Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Hernie inguinale de l'adulte au Centre de Sante de Référence de la commune VI du district de Bamako

Inguinal hernia of the adult at the Reference Health Center of Commune VI of the district of Bamako

M Konaté*[1], M Diallo[1], IK Diakité[1], M Camara[1], L Diarra[2], A Diallo[1], M Keïta[1], M Maïga[1], A Samaké[1], O Traoré[3], M Zakaria[1], MS Ag Med Elmehdi Elansari[1], D Koné[6], MD Soumaré[7], A Maïga[4], O Coulibaly[1], B Berté[1], SM Diarra[1], ML Diakité[5]

Résumé

La hernie inguinale se définit par le passage spontané ou provoqué, temporaire ou permanent d'un diverticule péritonéal (le sac herniaire) contenant ou non des viscères, à travers le fascia transversalis qui constitue la paroi postérieure du canal inguinal. Elle est l'une des pathologies chirurgicales la plus fréquente.

Objectif : Etudier la hernie inguinale de l'adulte dans le service de chirurgie générale du centre de sante de référence de la commune VI.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective sur une période de 12 ans incluant tous patients opérés pour hernie inguinale de l'adulte dans le service.

Résultats : Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 824 cas de hernies inguinales de l'adulte représentant 20,6% de l'activité chirurgicale. Le sexe masculin a été le plus représenté 769 cas soit 93.3% avec un sex-ratio de 13,98 en faveur de sexe Masculin. La moyenne d'âge a été de 51,91 ans avec des extrêmes de 18 et 90 ans. Les cultivateurs ont représenté255 cas soit 30,9%. La tuméfaction inguinale a représenté 489 cas soit 59,3% des motifs de consultations. Le siège de la hernie a été à droite chez 510 cas soit 61,9%. La hernie étranglée a représenté 50 cas soit 6,1%. L'anesthésie locale a été utilisée dans 790 cas soit 95,9%. Nous avons réalisé 824 cures de la hernie. La technique de Shouldice a été pratiquée chez 770 cas soit 89,7%. La hernie a été oblique externe dans 519 cas de cure soit 60,5%. Les suites opératoires ont été simples dans 799 cas soit 96,9%, Sept (07) cas de récidives ont été trouvé soit 0,8%, Deux (02) cas de décès ont été déplorés soit 0,2%.

Conclusion : Les hernies inguinales représentent les pathologies chirurgicales les plus fréquentes. Le traitement est chirurgical avec en général des suites opératoires simples.

Mots-clés : Hernies inguinales, chirurgie, CSRéf CVI, Bamako, Mali.

Abstract

Inguinal hernia is defined by the spontaneous or provoked, temporary or permanent passage of a peritoneal diverticulum (the hernia sac) containing or without viscera, through the fascia transversalis which constitutes the posterior wall of the inguinal canal. It is one of the most common surgical pathologies.

Objective: To study inguinal hernia in adults in the general surgery department of the reference health center of Commune VI.

Methodology: This was a retrospective cross-sectional study over a period of 12 years including all patients operated for adult inguinal hernia in the ward.

Results: During the study period, we recorded 824 cases of inguinal hernias in adults representing 20.6% of surgical activity. Male sex was the most represented 769 cases or 93.3% with a sex ratio of 13.98 in favor of male. The average age was 51.91 years with extremes of 18 and 90 years. Growers accounted for 255 cases, or 30.9%. Inguinal swelling accounted for 489 cases, or 59.3% of the reasons for consultations. The site of the hernia was on the right in 510 cases, or 61.9%. Strangulated hernia accounted for 50 cases or 6.1%. Local anesthesia was used in 790 cases, or 95.9%. We performed 824 hernia cures. The Shouldice technique was performed in 770 cases, or 89.7%. The hernia was externally oblique in 519 cases of cure, i.e. 60.5%. The postoperative follow-up was simple in 799 cases (96.9%), Seven (07) cases of recurrence were found (0.8%), Two (02) cases of death were deplored (0.2%).

Conclusion: Inguinal hernias are the most common surgical pathologies. The treatment is surgical, usually with simple post-operative effects.

Keywords: Inguinal hernias, surgery, CSRéf CVI, Bamako, Mali.

Introduction

La hernie inguinale se définit par le passage spontané, temporaire ou permanent d'un diverticule péritonéal, le sac herniaire contenant ou non des viscères, à travers le fascia transversalis qui constitue la paroi postérieure du canal inguinal [1]. Ce passage est fait à travers une zone de faiblesse inguinale [2]. 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 19eme siècle que les premières réparations chirurgicales ont été décrites [3]. Elle est une des pathologies chirurgicales la plus fréquente, et la plus fréquente des hernies de l'aine [4]. Près d'un (1) homme sur quatre (4) sera atteint au cours de sa vie (moins de 3% des femmes). Sa fréquence s'accroit nettement avec l'âge [4 ; 5 ; 6]. C'est une pathologie connue à travers le monde, et très fréquente au Mali [7]. Aux Etats-Unis d'Amérique le US Cencus Bureau estime que 500 000 cures de hernies inguinales soient effectuées chaque année [7]. En Europe, les hernies inguinales étranglées représentaient 5% des urgences chirurgicales à l'hôpital universitaire de Londres avec une morbidité estimée à 10 % et une mortalité postopératoire de 3,96% en 2007[9]. En Afrique la hernie inguinale touche environ 4.6% de la population. Elle est l'une des principales causes de l'abdomen aigu chirurgicale en Afrique [4]. Au Sénégal en 2008 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar, la hernie était simple dans 62,7% et étranglée dans 32,2% [10]. Au Mali dans les hôpitaux de 3ème référence (Point G, Gabriel Toure, Kati), 10.5% de l'ensemble des interventions chirurgicales portaient sur la hernie inguinale [11]. Le diagnostic de la hernie inguinale est clinique (Tuméfaction inguinale) [12]. Il n'y a pas de consensus pour le choix de la technique de réparation idéale de la hernie inguinale [13]. Le traitement peut être fait : Par suture pariétale : Procédés de BASSINI, de SHOULDICE, de MAC WAY [14] ; par la mise en place d'une prothèse : Par voie inguinale directe [15] ou Par Laparoscopie [16]. Parmi les techniques de herniorraphies, la technique de Shouldice est considérée comme le procédé de référence en raison du taux de récidives inférieur à 1% publié par l'école de Toronto et dans le pays en développement à cause de bon résultat [17]. Au CS Réf Commune VI en 2014, la cure de hernie inguinale non compliquée a

représenté 31,76% des Interventions chirurgicales, c'est dans le but de réévaluer cette étude que ce travail a été initié avec comme objectifs : Déterminer la fréquence hospitalière des hernies inguinales ; décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des hernies inguinales ; d'Analyser les résultats du traitement ; déterminer le coût de la prise en charge de la hernie inguinale.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale de 12 ans, de janvier2009 à décembre 2020. Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Elle porte sur tous les patients opérés pour hernie inguinale de l'adulte dans le service de chirurgie du centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako dont l'âge est supérieur ou égale à 16 ans (âge ≥16 ans). La collecte des données a été faite à partir : Des registres de consultation ; de compte rendu opératoire ; des dossiers de malade ; des appels téléphoniques ; des rendez-vous pour les patients qui ont respectent les calendriers de suivi périodique. Nous avons suivi les patients sur une période de12 mois.

La saisie et l'encodage de nos données ont été faits sur le logiciel IBM SPSS Statistics version 20. La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2013et EXCEL 2013 pour les tableaux et graphiques.

Résultats

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale de 12 ans allant de Janvier 2009 à Décembre 2020, pendant cette période d'étude, 22 970 consultations et 3999 interventions chirurgicales ont été effectuées dans le service dont 824 cas de hernie inguinale de l'adulte soit 20,6% des interventions chirurgicales. Les pathologies de la chirurgie générale ont représenté 2940 cas soit 73,5 % des interventions chirurgicales. Les hernies de l'aine ont représenté 839 cas soit 76,3% des hernies de la paroi. Les hernies inguinales ont représenté 98,2% des hernies de l'aine. La tranche d'âge de 56 ans et plus a été la plus représentée soit 33,6 %. La moyenne d'âge est de 51,91 ans ; Écart-type : 07,15 ans ; les âges extrêmes : 16 ans à 90 ans. La majorité de nos patients ont été des cultivateurs avec 255 cas soit 30,9%. Les patients résidant à la commune VI de Bamako ont représenté 565 cas soit 68,6 %. Les patients ont été reçus en consultation ordinaire dans 93,3 % des cas. La majorité des patients a consulté pour une tuméfaction inguinale avec 522 cas soit63,3% (Tableau I). La tuméfaction a été plus fréquente à droite avec 503 cas soit 61,9%. Les patients ayant des antécédents de cure de la hernie ont représenté 154 cas soit 18,7%. Les efforts physiques ont représenté 568 cas soient 69,0% des facteurs favorisants. La durée d'évolution de la hernie comprise entre 00 et 01 an a été représentée dans 62,0%. La tuméfaction a été douloureuse dans 60 cas soit 7,2% des patients. La consistance de la tuméfaction a été molle dans 774 cas soit 94,0% des patients. La tuméfaction a été réductible dans 774 cas soit 94,0% des patients. La hernie inguinale non compliquée a représenté 503 cas soit 61,1 % (Tableau II). La hernie indirecte oblique externe a été la plus fréquente soit 60,5% des cas. La taille du sac herniaire comprise entre 01 et 10cm a été la plus fréquente soit 81,6%. Le procédé de Shouldice a été la technique la plus utilisée dans 770 cas soit 89,7%des cures de la hernie. L'anesthésie locale a été la plus utilisée soit 95,9%des cas. Le temps opératoire a été moins d'une heure dans 99,8% des cas. La durée moyenne a été de34,6min. Ecart-type : 5,9 min Les extrêmes : 23 min et 60 min. L'étranglement d'organe a été retrouvé dans50 cas soit 6,1%, et avec 06 cas de nécroses. Le traitement chirurgical a été effectué dans 13 cas soit 26,0% des étranglements d'organe.

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans 96,8% des patients (Tableau III). Les suites opératoires après trois (03) mois ont été simples dans 820 cas (99,5%). Les suites opératoires après douze (12) mois ont été simples dans 748 cas soit90,7% des patients avec 71 patients perdus de vue.

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motifs de consultations	Effectifs	Pourcentage(%)
Tuméfaction inguinale	522	63,3
Tuméfaction inguino-scrotale	257	31,2
Douleur inguinale	25	03,0
Tuméfaction + Douleur	18	02,2
Dysurie	02	00,5
Total	824	100,0

La majorité des patients a consulté pour une tuméfaction inguinale avec 522 cas soit63,3%.

Tableau II : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.

Types de hernies	Effectifs	Pourcentage(%)
Hernie inguinale non compliquée	503	61,1
Hernie inguino-scrotale non compliquée	271	32,9
Hernie inguinale étranglée	20	02,4
Hernie inguino-scrotale étranglée	30	03,6
Total	824	100,0

La hernie inguinale non compliquée a représenté 503 cas soit 61,1 %.

Tableau III : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires immédiates	Effectifs	Pourcentage(%)
Simples	799	96,9
Abcès de la paroi	06	0,7
Hématome Scrotale	03	0,4
Nécrose testiculaire	01	0,1
Orchite	03	0,4
Céphalée persistante	03	0,4
Poussée hypertensive	02	0,2
Douleur du site opératoire	05	0,6
Décès	02	0,2
Total	824	100,0

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans96,8% des patients.

Discussion

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale portant sur 824 patients opérés pour hernie inguinale durant une période de 12 ans, dans le service de chirurgie générale. La hernie inguinale est la pathologie chirurgicale la plus fréquente au Mali. [19]. Dans notre étude, la hernie inguinale en générale a occupé la première place soit 28,2% des interventions chirurgicales et la hernie de l'adulte a représentée 20,6% des interventions chirurgicales. Selon les auteurs elle est une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie générale [20, 21, 22] particulièrement en Afrique où elle touche environ 4,6 % de la population [23, 17]. Les patients opérés en chirurgie ambulatoire ont représenté 805 cas (97,8%). La hernie inguinale est une pathologie de l'adulte jeune [24, 25] La fragilité des structures anatomiques avec l'âge et les efforts physiques peuvent expliquer la survenue de la hernie chez les sujets âgés. L'âge moyen de nos patients a été de 51,91 ans avec des extrêmes de 16 ans et 90 ans. Ce résultat est comparable à ceux de. FELIX.E et Al [26]; de Traoré D et Al [17] ; de Dieng M et Al [15] ; et de Dembélé I. B [11], et diffère de celui de Harouna Y et Al [23]. Cette différence avec notre étude pourrait s'expliquer par le choix des tranches d'âge. La hernie inguinale est de loin plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et cela pourrait s'expliquer par : La configuration anatomique du canal inguinal chez l'homme, les travaux d'efforts physiques, le plus souvent déployés par les hommes. Nous avons trouvé une nette prédominance masculine avec 93,3%. Le sexe ratio a été de 13,9. Nos résultats sont comparables à ceux de Harouna Y [23], de Campanelle G [27], de Traoré D [17] et diffère de celui de Dieng M [15]. Les travaux physiques intenses exposent à la hernie inguinale car les efforts fréquents fragilisent la paroi abdominale par le biais des poussées abdominales répétées. L'exercice d'activités physiques nécessitant des efforts physiques peut être mis en cause dans la survenue d'une hernie. Les cultivateurs ont été les plus représentés dans notre série avec 30,9% suivi des ouvriers avec 12,6%. Ce résultat est comparable à ceux Danielsson P [18], de Palot J P [29] et de Massengo R [10]. Dans notre étude, les motifs de consultation les plus fréquents ont été les tuméfactions inguinales et inguino-scrotales soit 94,5%. Ce résultat est comparable à celui de Traoré D [17] ; US C B [7] et différent de celui de Massengo R [10]. Tous les facteurs pouvant entrainer une hyperpression intra abdominale peut être à l'origine de la genèse d'une hernie inguinale [30]. Dans notre étude, nous avons constaté que l'effort physique a représenté 69,0% ; suivi de la toux 15,5%, constipation chronique 7,4% ; la dysurie 5,2 %. Ce résultat est comparable à ceux de Traoré D [17], de Massengo R [10] et diffère de celui de US C B [7] et Danielsson P [18], cette différence pourrait être due à la taille des échantillons choisis. Le siège de la hernie est fréquent à droite [15 ; 10 ; 29 ; 31 ; 32]. La prédominance du côté droit de la hernie inguinale serait liée à : L'oblitération tardive du canal péritonéo-vaginal droit [33]. La masse grêlique est plus importante à droite qu'à gauche. La situation haute du testicule droit par rapport au testicule gauche. Dans notre série, le côté droit a été le plus atteint soit 61,6% de nos patients. D'autres auteurs : Traoré D [17], Dieng M [15], et Massengo R [10] rapportaient respectivement 58,2%, 63,6%, et 63,8% en faveur du côté droit. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre nos résultats et ceux de ces auteurs. La hernie est une maladie bénigne, le plus souvent indolore en absence de complication. Nous avons une durée d'évolution moyenne en année des hernies inguinales de 03,5 ans avec un extrême de 01 mois et 30 ans. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre notre résultat et ceux de [34] et [10]. Ce résultat est différent de celui de [18]. Cette différence peut s'expliquer par la taille des échantillons choisis. La forme hernie inguinale indirecte oblique externe est la plus fréquente [35]. La forme directe s'observe surtout chez le sujet âgé et est liée à la faiblesse de la paroi postérieure [35]. Dans notre étude nous rapportons que 60,5% était une hernie indirecte et la hernie directe représentait 39,5%. Nos résultats sont comparables avec ceux Massengo R [10], [18],

Mous ahmed el A et ALL [36] soient respectivement 75%, 75,6%, 48,8%. L'intervention se déroule sous anesthésie générale en particulier pour la chirurgie laparoscopie ; pour la chirurgie ouverte elle peut être réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale [37]. L'anesthésie locale aurait beaucoup d'avantages : elle évite le relâchement artificiel des plans musculo-aponévrotique et les sutures sous traction, elle prévient les complications thromboemboliques grâce à la mobilisation rapide et elle est plus économique [38, 39, 40]. Dans notre étude, l'anesthésie locale a été la technique la plus utilisée avec 95,9% suivie de l'anesthésie locorégionale et de l'anesthésie générale. Ce type d'anesthésie a été pratiqué par des auteurs comme Samuel D au Ghana soit 71,7% [41], Massengo R [10] soit 82,3% avec des données statistiques similaires avec les nôtres, et par Traoré D et Al [17] et Harouna Y. [23] soient respectivement 48,9% et 71,94% dont les données sont inferieures par rapport à nos résultats. Cette différence statistique avec ces derniers peut s'explique par la taille leur échantillon qui est inférieur à la nôtre. D'autres auteurs qui ont eu recours à l'anesthésie locorégionale comme, Harouna Y au Niger [34] avec 45,5%. Les incidents peropératoires sont rares [54]. Nous avons enregistré 08 cas de complications dont 02 cas lésions du canal déférent, 06 cas de lésions vasculaires soit 0,9% d'incidents per opératoire et 15 cas de pathologies associés à l'intervention soit 01,8%. [43] a obtenu 01 cas de lésion vésicale (0,8%). Au Maroc rapporte 02,47% de lésion vésicale ; 01,23% de lésion vasculaire ; 01,23% de lésion du pédicule testiculaire soit 02,93% d'incidents per opératoire [44]. Traoré D et Al [17] a retrouvé deux (02) incidents : une lésion du côlon et une lésion de la grêle soient 0,89%. Dieng M et Al [10] au Sénégal, a retrouvé quatre (04) complications : deux (02) plaies intestinales, une plaie caecale, une plaie vésicale soient 01,75%. Les suites opératoires sont liées au terrain, à l'anesthésie ou à l'intervention elle-même [45]. Dans notre étude, la morbidité post opératoire a été représenté par l'abcès de la paroi (0,7%), Hématome scrotale (0,4%), Nécrose testiculaire (0,1%), Orchite (0,4%), Céphalée persistante (0,4%), Poussée hypertensive (0,2%), Douleur du site opératoire (0,6 %) soient 02,8% de morbidité précoce. Konaté I et Al au Sénégal [28] a retrouvé 02,1% de suppuration pariétale, 01,1% d'œdème scrotal, 0,4% de troubles sensitifs, 0,2% de rétention d'urine, 0,2% de crise hypertensive soient 04% de morbidité précoce. Dieng M et Al au Sénégal [15] a retrouvé 08,3% de morbidité qui étaient dominés par la suppuration pariétale (02,2%) et les douleurs post opératoires (02,2%) suivie de retard de reprise de transit (0,9%) et d'hématome de la bourse (01,3%). P. Marre et Al, en France [46] a retrouvé 05,3% dont la majorité était des douleurs postopératoires. Les résultats de ces auteurs sont statistiquement comparables avec les nôtres, qui par contre sont significativement différent de celui de Traoré D et All [17] qui a enregistré 16,9% de morbidité. Les facteurs de mortalité sont liés l'âge et les pathologies associées. Nous avons enregistré 02 décès soit 0,2% de mortalité, survenus dans un contexte de choc cardiogénique à 02 heures et à 08 heures postopératoire. C'étaient des cures de la hernie dont les contenues du sac étaient appendiculaires compliquées d'une péritonite aigue appendiculaire. Nos résultats sont comparables à ceux de Konaté I et Al au Sénégal [28] qui a enregistré 0,23% de mortalité soit un décès non lie également à la cure de hernie mais qui est survenu au 15ème jour postopératoire dans un tableau de méningite compliquant une rachianesthésie. Dieng M et Al au Sénégal [36] % a enregistré 0,4% de mortalité soit un décès dans un tableau de décompensation d'une cardiopathie préexistante. Le taux de récidive, seul critère d'évaluation d'une technique de cure herniaire ne peut être apprécié qu'après un délai minimal de 02 ans. Nous avons noté 07 cas de récidive soit 0,8% sur un recul de 12 mois chez les patients qui avaient été opérés pour récidive herniaire. Dieng M et Al au Sénégal en 2008 [15] a retrouvé 08 cas de récidive soit 7,4%. Les auteurs suivants Fine A [44], Dieng M et Al au Sénégal en 2012 [36] Glassow F [24] n'ont pas enregistré de récidive. Dans notre étude, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 2,5 jours soit 2,2%. Les auteurs Konaté I et Al au Sénégal [28],

Massengo R [10], Gallagher J [30], Dieng M et Al au Sénégal [15] ont enregistré des résultats respectifs sur la durée moyenne d'hospitalisation : 2,5 jours, 1,4 jours, 4,2 jours, 3,6 jours. La différence avec les autres auteurs sur la durée moyenne d'hospitalisation peut être liée : Aux complications post opératoires ; aux tares du malade ; aux la résection ; La majorité de nos malades avait un bon état général et tous ont été pris en charge le jour de leur admission. Dans notre étude, le coût moyen de la prise en charge était de 73 629,3 FCFA avec des extrêmes de 60 000 FCFA et 150 000 FCFA. Ce coût est supérieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est, depuis le 1er janvier 2016, de 40 000 FCFA par mois soit 230,77 FCFA par heure. [47].

Conclusion

La hernie inguinale est une pathologie fréquente en chirurgie touchant préférentiellement le sujet de sexe masculin. Pathologie de l'adulte jeune, son diagnostic est essentiellement clinique et son traitement repose sur la cure chirurgicale avec ou sans tension. La cure herniaire selon la technique de Shouldice et sous anesthésie locale a permis la prise en charge ambulatoire de la majorité de nos patients. Les nouvelles méthodes de cure sans tension devraient être de plus en plus utilisées dans nos structures.

***Correspondance**

Konaté Moussa

konate08@yahoo.fr

Disponible en ligne: 30 Novembre 2023

1 : Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
2 : Hôpital de dermatologie de Bamako
3 : Service de chirurgie générale de l'Hôpital mère-enfants le Luxembourg
4 : Service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré
5 : Service d'urologie du CHU Point G
6 : Centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako
7 : Centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] ALAINGAINANT,PIERRECUBERTAFOND. Hernies inguinales : Bases et perspectives chirurgicales. Paris : Medsi/Mc Graw. Hill Ed 1991;4-29.
[2] LUC J: Hernies abdominals. Revue du Praticien 2003 ; 53 : 1637-1640 ; 75181 Paris Cedex 04
[3] KINGSNORTH A ET AL. Hernias inguinal incisional. Lancet. 2003; 362:1561-71. Pub Med I Google Scholar
[4] ANANIAN P, BARRAU K, BALANDRAUD P, LE TREUT YP. Cure chirurgicale des hernies inguinales de l'adulte : enjeux cliniques, fonctionnels et économiques des pratiques chirurgicales. J Chir. 2006 ; 143(2) : 76-83. Pub Med I Google Scholar
[5] JENKINS JT. O'DWYER PJ. Inguinal hernias. BMJ 2008; 336:269-72.
[6] M. HAOUAT MOHAMMED AMIN les hernies inguinales étranglées de l'adulte (A propos de 81 cas), dans le service de chirurgie viscérale du C.H.U Hassan II de Fès sur une étude rétrospective de 6 ans (2006-2011). Année 2012 Thèse N° 069/12.
[7] US CENSUS BUREAU, population estimate, 2004. Statistics by country for inguinal hernia. (124e édition)
[8] JORGE BARREIRO. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adultsAm J. Surg 2007; 77(1):40-5

[9] TAOUAGH N. Cure des hernies inguinales selon le procédé de ‟ Plug-plaque”. Thèse de doctorat en sciences médicales. Tlemcen 2013.

[10] MASSENGO R, YABA-NGO B. Les hernies étranglées de l'aine : A propos de 138 cas chez l'adulte. Med Trop 1986 ; 46(1) :39-42.

[11] BOUDET M. J. Diagnostic des hernies inguinales. Rev Prat. 1997 Feb ; 47(3) : 256- 61.

[12] LEBEAU. R, F. BROU ASSAMOI KASSI, S. KACOU YENON, B. DIANE ET J.- C. KOUASSI. Les hernies étranglées de l'aine : une urgence chirurgicale toujours d'actualité en milieu tropical. Rev Med Brux 2011 ; 32133-8.

[13] E.Pelissier, J-P.Palot, P.Ngo. Traitement chirurgical des hernies inguinales par voie inguinale, 40-110. Le manuel du résident : techniques chirurgicales Appareil digestif. Exclusivité 2009. Edition Tsunami.

[14] FROMOND. G. Technique de hernioplastie par voie transabdomino - pré péritonéale. 40-137-B. Le manuel du résident : techniques chirurgicales Appareil digestif. Exclusivité 2009. Edition Tsunami.

[15] DIENG M, EL KOUZI B, KA O, KONATE I, CISSE M ET AL. Les hernies inguinales étranglées de l'aine de l'adulte : une série de 228 observations. Mali Médical 2008,23(1).

[16] SHOULDICE EB. The Shouldice repair for groin hernias. Surg Clin North Am. 2003; 83(5):1163-87.

[17] TRAORE D, KOUMARE A K, SISSOKO F, ONGOIBA N, TRAORE A, DIARRA L, ET Al. Hernie inguinale en Afrique sub saharienne : quelle place pour la technique de Shouldice ? 2015 Septembre, Vol 22, pp 50/ 10.11604/ pamj.2015.22.50.6803

[18] DANIELSSON P., ISCSON S., HANSEN M.V., Rendo,ised study of Lichtenstein compared with Shouldice inguinal hernia repair by surgeons in training. The European journal of surgery [En ligne]. Janvier 1999, vol.165(1), 49-53p. Pub Med 16418463.

[19] M'BALLA-NDI CH., NALI MN, BEDAYA-NGARO S. Notre expérience des hernies de l'aine en République Centrafricaine. Chir. 1985,111, 4587-591.

[20] BOUDET M.J; PERNICENI T. Traitement des hernies inguinales. J. Chir. (Paris), 1998, 135, (2) : 57-64.

[21] GROEBELI Y., FIALA JM., RACLOZ Y. Les récidives après cure de hernie inguino-scrotales. Ann. Chir., 1984, 38, 9 : 659-664.

[22] SANGARE D., SOUMARE CISSE M.A, SISSOKO F. Chirurgie des hernies de l'aine sans hospitalisation. Lyon chir. 88/5, 1992 : 437-439.

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

[24] GLASSOW F. The surgical repair of inguinal and femoral hernias Can Med Assoc. 1973; 108:308-313.

[25] BOUDET H, MJFINGERHUTA, POURCHER J, HENNET H, HABIB E. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard. Ann Surg. 1995; 222(6) :719-727.

[26] FELIX.E. L, MICHAS CA, GONZALES.M.H Jr. Laparoscopic hernioplasty: TAPP is TEP. Surg Endosc. 1995; 9: 984-989.

[27] CAMPANELLI G, PETTINARI D, NICOLOSI FM, CAVALLI M, EC. Inguinal hernia recurrence: classification and approach. Hernia2006; 10:159-161.

[28] KONATE I, M CISSE, T WADE, PA BA, J TENDENG, B SINE ET AL. Prise en charge des hernies inguinales à la clinique chirurgicale de l'hopital Aristide Le Dentec de Dakar : étuderétrospectiveà propos de 432 cas. J AFR CHIR DIGEST 2010; 10 (2): 1086-1089.

[29] PALOT J P, FLAMENT J B, AVISSE C, GREFFIER D, BURDE A. Utilisation des prothèses dans les conditions de la chirurgie d'urgences. Etude rétrospective de 204 hernies de l'aine étranglées. Chirurgie 1996 ; 121 :48-50.

[30] GALLAGHER J, EARLEY TK. Adult groin hernias. In: Eisman B(Ed). Progressisof chirurgical disease. Philadelphie: WB saturders. 1980: 316-21.

[31] RORBAEK- MEDSEN M. Herniorrhaphy in patients aged 80 years or more. A prospective analysis of morbidity and mortality. Eur J Surg 1992; 158(11-12):591-40.

[32] KOUMARÉ A. K, TRAORE D, A.K. DIOP, ONGOIBA. N, BOUARE. M, SIMPARA D. Evaluation rétrospective de 4539 cures de hernies inguinales effectuées par certains médecins généralistes de districts au Mali. Médecine d'Afrique noire : 1991.38(2).

[33] JENKINS JT, O'DWYER PJ. Inguinal hernias, BMJ, 2008; 336: 269-272.

[34] ANDREWS N J. Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. Br. J. surg. 1981; 68:329-332.

[35] GENTILI ME, DELAUNAY L, PLANET F, CITTANOVA ML. Quelle prise en charge pour une hernie inguinale en ambulatoire ? Les congres. Evaluation et traitement de la douleur. Sfar 2012.

[36] M DIENG, M CISSE, M SECK, AO TOURE, I KONATE. Cure des hernies inguinales simples de l'adulte par plastie avec l'aponévrose du grand oblique : technique de Desarda. Mémoires de l'Académie Nationale de chirurgie. 2012 ; 11 (6) : 069-074

[37] SAMUEL D, SCHILLCUT, MSC; MICHAEL G, CLARKE, MD ET AL. Cost-effectiveness of groing hernia surgery in the western region of Ghana, Arch surg. 2010; 145 (10): 954-961. Pub MED.

[38] MEYER et coll. 100 cures consécutives des hernies inguinales selon Shouldice effectuées par 17 opérateurs. Méd.et Hyg.,1985,43, p.2140-49.

[39] WASSMER F.A. et coll. Faut-il opérer les hernies inguinales bilatérales en un temps ? Sem. Des Hôpitaux, 1988, n° 40, p. 2595-98.

[40] Pr Faouzi CHEBBI. Association Tunisienne de Chirurgie. LES HERNIES DE L'AINE, Rapport présenté au XXIXème Congrès National de Chirurgie Tunis les 01-02-03 Mars 2018.

[41] M.EL ALAOUI, S. BERRADA, K. EL MOUATACIM, B. KADIRI. La technique de Shouldice dans le traitement des hernies inguinales, à-propos de 130 cas, à la Service de Chirurgie Viscérale CHU Ibn Rochd - CasablancaMédecine du Maghreb 1995 n°53.

[42] Ananian P, Barrau K, Balandraud P, Le Treut YP. Cure chirurgicale des hernies inguinales de l'adulte : enjeux cliniques, fonctionnels et économiques des pratiques chirurgicales. J Chir 2006 ; 143 (2) : 76-83.

[43] P. Marre, J.M. Damas, A. Penchet, E.P. Pélissier. Traitement de la hernie inguinale de l'adulte : résultats des réparations sans tension à la clinique saint-Michel et sainte Anne. 2001, Editions scientifiques et médicales, Elsevier SAS.

[44] Fine A. Réparation laparoscopique d'une hernie inguinale utilisant des mailles surgisis et colle de fibrine. JSLS 2006 ; 10 (4) : 461-465.

[45] Nielsen B, M Kehlet H, Strand L, Malmstrom j, Andersen FH, wara P, et al. Quality assessment of 26,304 herniorraphies in Denmark: a prospectivenationwide study. Lancet 2001; 358:1124-8.

[46] Stoppa R, WarlaumontCh, Verhaeghe P, Henry X. Tulle de Dacron et cure chirurgicale des hernies de l'aine. Chirurgie 1983 ;109 :847-54.

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

Pour citer cet article :

M Konaté, M Diallo, IK Diakité, M Camara, L Diarra, A Diallo et al. Hernie inguinale de l'adulte au Centre de Sante de Référence de la commune VI du district de Bamako. Jaccr Africa 2023; 7(4): 195-203