

# **HERNIES INGUINALES ETRANGLEES A L'HOPITAL DE MAMOU EN GUINEE À PROPOS DE 160 CAS**

## **1. INTRODUCTION**

La hernie inguinale a été rapportée comme étant la seconde pathologie chirurgicale digestive la plus fréquente après l'appendicite [8, 13, 15, 18, 27, 29]. Cette pathologie continue de susciter un grand intérêt par la variété des techniques opératoires et leur mise à jour continue. C'est une affection bénigne dont l'évolution spontanée peut être émaillée de complications graves au 1<sup>er</sup> rang desquelles l'étranglement. En dehors d'un traitement précoce, l'étranglement par ses conséquences sur les viscères herniés et sur l'état général, peut mettre en jeu le pronostic vital des patients. Si dans les pays développés et les centres urbains les patients consultent dès l'apparition d'une hernie pour une cure à froid, dans les régions rurales, les malades peu ou pas informés de la nature et des conséquences de cette pathologie, et aussi par pudeur sur tout ce qui dévoile leurs parties génitales, ne consultent généralement qu'au stade de complications.

Il s'agissait dans cette étude de décrire les caractéristiques des 160 patients (clinique, prise en charge, statut socioprofessionnel et évolution) souffrant d'une hernie inguinale étranglée admis à l'hôpital du district de Mamou sur la période allant de 1996 à 1999.

## **2. POPULATION ET METHODES**

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Mamou, situé dans la commune de Mamou, à 277 km de Conakry. Sur le plan administratif, la région est composée de 3 trois préfectures dont celle de Mamou. La préfecture de Mamou est composée de 14 sous préfectures dont 13 rurales et une urbaine. C'est un carrefour national, un passage obligé pour relier par voie terrestre toutes les régions du pays et tous les pays limitrophes. Sa population est cosmopolite et réunit les 3 principales ethnies du pays : peulhs, sousous et malinkés.

L'étude à visée descriptive s'est déroulée sur la période allant de 1996 à 1999 (4 ans) et elle a porté sur une revue de dossiers médicaux, de registres des urgences chirurgicales et de comptes rendus opératoires. Pour l'année 1999, une fiche standardisée a été utilisée pour recueillir des informations auprès de chaque patient admis pour hernie inguinale étranglée. Le dépouillement des données a été réalisé manuellement.

Tous les patients admis pour une hernie inguinale ou inguino scrotale étranglée pendant la période considérée, ont été inclus dans l'étude.

Ont été exclus de l'étude, les patients souffrant d'une hernie inguinale simple et les cas d'engouements herniaires.

Pour permettre d'apprécier la perception des hernies par les agents de santé et par les malades, l'examen des dossiers a été complété par une enquête qualitative. Cette dernière a consisté à conduire des entretiens auprès des prestataires de soins des établissements périphériques et auprès des patients admis dans l'étude en 1999.

Les paramètres soumis à l'analyse ont été les caractéristiques individuelles (âge, sexe, profession, moyen de transport), les aspects cliniques (symptomatologie, siège de la hernie, prise en charge, évolution), le délai entre le début de la maladie et l'admission à l'hôpital, la provenance (localité, distance entre le lieu de résidence et l'hôpital).

## **3. RESULTATS**

L'étude a retenu 105 dossiers médicaux sélectionnés sur la période 1996-1998 et 55 patients suivis au cours de l'année 1999 soit un total de 160 patients.

### **3.1. Fréquence et caractéristiques individuelles**

L'ensemble des pathologies chirurgicales admises à l'hôpital de Mamou a été de 1302 cas sur la période allant de

1996 à 1999 (4 années). Parmi eux, les hernies inguinales étranglées ont représenté 160 cas, soit 12,3 % , situant la hernie inguinale étranglée au 3<sup>e</sup> rang, après les hernies simples (39,9 %) et les traumatismes (12,7 %) (Tableau 1).

**Tableau 1.** Répartition pathologies chirurgicales admises à l'hôpital de Mamou, 1996 à 1999

| Pathologies/Années                    | 1996       | 1997       | 1998       | 1999       | Total       | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Hernie inguinale étranglée            | 31         | 34         | 40         | 55         | 160         | 12,3        |
| Hernie inguinale simple               | 104        | 111        | 120        | 146        | 481         | 36,9        |
| Autres hernies de la paroi            | 21         | 18         | 16         | 35         | 90          | 6,9         |
| Autres affections digestives*         | 49         | 61         | 71         | 78         | 259         | 19,9        |
| Traumatismes                          | 28         | 31         | 43         | 64         | 166         | 12,7        |
| Affections urogénitales               | 9          | 12         | 16         | 24         | 61          | 4,7         |
| Affections ostéo-arto-myoarticulaires | 15         | 18         | 22         | 30         | 85          | 6,5         |
| <b>Total</b>                          | <b>257</b> | <b>285</b> | <b>328</b> | <b>432</b> | <b>1302</b> | <b>100</b>  |

\* Appendicites, occlusions intestinales aiguës, péritonites, tumeurs digestives

Selon l'année, 31 cas ont été enregistrés en 1996 et 55 en 1999 avec 34 et 40 cas respectivement en 1997 et en 1998. Avec 39,9 %, la hernie inguinale étranglée a été la 1<sup>ère</sup> cause d'admission des urgences abdominales suivie des appendicites aiguës (21,9 %) et des occlusions intestinales (tableau 2).

**Tableau 2.** Fréquence hernies inguinales étranglées selon le délai d'admission, les urgences abdominales et les hernies de la paroi abdominale à l'hôpital de Mamou, 1996 à 1999

| Variables                  | Modalités                       | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|---------------------------------|----------|-------------|
| Délai admission            | 1- 3 jours                      | 101      | 63,1        |
|                            | 4-10 jours                      | 59       | 36,9        |
| Urgences abdominales       | Hernies inguinales étranglées   | 160      | 39,9        |
|                            | Autres hernies étranglées paroi | 16       | 04,0        |
|                            | Appendicites aiguës             | 88       | 21,9        |
|                            | Péritonites généralisées        | 80       | 19,9        |
|                            | Occlusions intestinales aiguës  | 57       | 14,2        |
| Autres hernies abdominales | Hernies simples                 | 555      | 75,9        |

|  |                                  |     |      |
|--|----------------------------------|-----|------|
|  | Hernies inguinales étranglées    | 160 | 21,9 |
|  | Hernies ombilicales étranglées   | 11  | 1,5  |
|  | Hernies ligne blanche étranglées | 3   | 0,4  |
|  | Hernies crurales étranglées      | 2   | 0,3  |

**Tableau 3.** Fréquence hernies inguinales étranglées selon âge, sexe, statut socioprofessionnel, provenance et localisation à l'hôpital de Mamou, 1996 à 1999

| Variables   | Modalités   | Effectif | Pourcentage |
|-------------|-------------|----------|-------------|
|             | Moins de 20 | 9        | 5,6         |
| Age (année) | 21-40       | 57       | 35,6        |
|             | 41-60       | 65       | 40,6        |
|             | 61-80       | 29       | 18,1        |
| Sexe        | Masculin    | 154      | 96,3        |
|             | Féminin     | 6        | 3,7         |
| Profession  | Agriculteur | 110      | 68,7        |
|             | Ouvrier     | 21       | 13,1        |
|             | Commerçant  | 10       | 6,2         |
| Provenance  | Autres      | 19       | 12,0        |
|             | Rural       | 99       | 61,0        |
|             | Urbain      | 61       | 39,0        |

La hernie inguinale a été plus fréquente chez les patients dont l'âge était compris entre 41 et 60 ans (40,6 %) et entre 21 et 40 ans (35,6 %). Avec deux tiers des cas (68,7 %), les agriculteurs étaient plus concernés, et la quasi totalité des patients étaient de sexe masculin (96,3 %).

### 3.2. Aspects cliniques et chirurgicaux

L'ensemble des patients présentait une douleur localisée ou diffuse (**tableau 4**).

**Tableau 4.** Symptomatologie hernies inguinales étranglées, hôpital de Mamou, 1996 à 1999

| Signes chirurgie recours | Modalités                    | Effectif | %    |
|--------------------------|------------------------------|----------|------|
|                          | Douleur localisée ou diffuse | 160      | 100  |
| Fonctionnel              | Vomissements                 | 80       | 50,0 |
|                          | Arrêt matière et gaz         | 23       | 14,4 |
|                          | Hoquet                       | 21       | 13,1 |
|                          | Tuméfaction                  | 11       | 6,9  |
|                          | Autres*                      | 8        | 3,1  |

|          |                              |     |      |
|----------|------------------------------|-----|------|
|          | Droit                        | 107 | 66,9 |
|          | Gauche                       | 53  | 33,1 |
|          | Défense et douleur palpation | 160 | 100  |
|          | Tuméfaction inguinoscrotale  | 101 | 63,1 |
| Physique | Tuméfaction inguinale        | 48  | 30,0 |
|          | Météorisme                   | 22  | 13,7 |
|          | Bruit hydro aérique          | 20  | 12,5 |
|          | Contracture abdominale       | 16  | 10,0 |
|          | Autres**                     | 12  | 7,5  |

\* Diarrhée (2), fièvre (3) et pleurs (3)

\*\* Abolition péristaltisme (8)  
et tuméfaction inguinale fluctuante (4)

La moitié des patients (50 %) avait vomis, l'arrêt des matières et des gaz, le hoquet ont été rapportés respectivement chez 23 et 21 patients avec 14,3 % et 13,1%. On notait une tuméfaction inguino scrotale chez 101 malades avec 63,1 %. Le météorisme était présent chez 22 malades avec 13,7% et dans 66,9 % des cas, la hernie siégeait du côté droit ; Une douleur provoquée était constatée chez tous les malades et une contracture abdominale chez 16 malades avec 10%. Les bruits hydro aériques étaient audibles dans 22 cas avec 12,5%.

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale.

L'étranglement était complet dans près de 94 % des cas et le sac contenait une anse grêle dans 80,5 % des cas et dans 17 % le cæcum et l'appendice (**tableau 5**).

**Tableau 5.** Aspects chirurgicaux hernies inguinales étranglées, hôpital de Mamou, 1996 à 1999

| Variables    | Modalités                | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|--------------------------|-----------|-------------|
|              | Anse grêle               | 128       | 80,5        |
| Contenu      | Coecum et appendice      | 27        | 17,0        |
|              | Autres*                  | 6         | 2,5         |
|              | Complet                  | 149       | 93,7        |
| Forme        | Pincement latéral        | 7         | 4,4         |
| Etranglement | Rétrograde en W          | 3         | 1,9         |
|              | Simple                   | 115       | 72,3        |
|              | Abcès paroi              | 20        | 12,6        |
| Suites       | Oedèmes organes génitaux | 12        | 7,5         |
| opératoires  | Décès                    | 8         | 5,0         |
|              | Autres**                 | 4         | 2,5         |

\* Epiplon (3), Sigmoidé (2), Colon droit (1)

\*\* Hématome pariétale (3), Fistule intestinale (1).

Le type anatomique de l'étranglement était dans notre série de 93,7 % d'étranglements complets, 4,4 % de pincements latéraux et 1,9 % d'étranglements rétrogrades en W.

Les lésions étaient réversibles dans 126 cas avec 78,75% ; elles étaient irréversibles dans 34 cas avec 21,25%, résultant de 16 cas de péritonite et 18 cas d'occlusion intestinale aigue ; elles ont nécessité une résection intestinale segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité.

La technique de Bassini a été utilisée chez tous les patients.

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans 72,3 %. Une morbidité dominée par les abcès de paroi dans 12,6 % des cas avec 20 cas, et d'œdème des organes génitaux externes dans 12 cas avec 7,5% a été observée. Les suites secondaires et tardives n'ont pas été décrites, les malades étant perdus de vue à leur sortie

de l'hôpital.

La létalité était de 5 % avec 8 cas, se répartissant en 5 cas de péritonite comme cause intermédiaire, et 3 cas de septicémie. Tous avaient eu une résection intestinale en per opératoire.

A partir des résultats de cette étude, le profil du patient souffrant d'une hernie inguinale étranglée pourrait se présenter comme suit : *une tuméfaction inguinoscrotale douloureuse droite, chez un agriculteur, de sexe masculin, âgé de 21 à 60 ans et résidant en milieu rural.*

### 3.2. Perception de la hernie inguinale étranglée

Certains patients ont eu d'autres recours avant leur admission à l'hôpital. Ainsi, 68,1 % avaient réalisé une réduction et 46,2 % ont eu recours à des auto médications traditionnelles ou à des tradipraticiens. Dix patients avaient absorbés des antalgiques et seulement 4 patients avaient consultés dans un centre de santé.

Les agents de santé interrogés savaient ce que c'est qu'une hernie inguinale, mais tous ne savaient pas reconnaître une hernie inguinale étranglée, surtout évoluée. La plupart des malades urbains savaient qu'ils ont une hernie et que leur douleur actuelle était due au fait que la hernie ne « rentre plus » ; certains d'entre eux avaient subi des épisodes d'engouements fréquents. Certains patients ont rapporté n'avoir pas remarqué la présence de hernie antérieurement même si elle existait. La quasi totalité de ceux qui se savaient porteurs de hernie, avaient appris que le traitement était chirurgical, mais auraient négligé ce traitement en raison de l'absence de douleur à cette période.

Le niveau d'information était différent chez les ruraux où par exemple un patient avait déclaré ne pas avoir de hernie et que « le léger gonflement douloureux et fluctuant » qu'il présentait au niveau inguinal, résulterait d'une piqûre de guêpe survenue depuis environ 10 mois. En fait il s'agissait d'une hernie inguinale droite étranglée, compliquée de phlegmon, « réduite » par taxis et ayant entraîné une péritonite aiguë généralisée. Pendant l'opération il a été retrouvé un pincement latéral avec nécrose et fistule de l'iléon.

## 4. DISCUSSION

Les hernies inguinales étranglées ont représenté 12,3 % de l'ensemble des interventions chirurgicales pratiquées à l'hôpital régional de Mamou durant la période d'étude, 39,9 % des urgences abdominales chirurgicales non traumatiques, occupant ainsi le 1<sup>er</sup> rang devant les appendicites et 21,3 % des cures de toutes les hernies de la paroi abdominale. Selon certaines caractéristiques individuelles, la hernie inguinale étranglée était plus fréquente chez les sujets âgés de 41 à 60 ans (40,6 %), les agriculteurs (68,7 %), le sexe masculin (96,3 %) et les ruraux 61 % des cas. Sur le plan clinique, la douleur a été observée chez tous les patients, suivie des vomissements (50 %), de l'arrêt des matières et des gaz (14,4 %). Quant aux signes physiques, la tuméfaction douloureuse irréductible était inguinale dans 55 cas (34,4%) et inguinoscrotale dans 105 cas (65,6 %). La hernie siégeait plus du côté droit que du côté gauche avec 107 cas (66,9%) Cette fréquence élevée des hernies étranglées et de leurs signes évolutifs s'expliquerait par la consultation tardive, due à l'absence de douleur dans la forme simple, à l'inaccessibilité géographique, financière et culturelle qui fait que les malades ne viennent consulter qu'en urgence bien qu'ils soient porteurs d'une affection chronique. Une fréquence plus faible de 7,7 % par rapport aux interventions pratiquées à l'Hôpital National Universitaire Ignace Deen de Conakry en 5 ans (1983-1987) [27] a été rapportée. Cette proportion plus faible serait due au caractère urbain de la population, qui, mieux informée, consulterait au stade de hernie simple et bénéficierait d'une cure à froid. Dans cette même étude la hernie inguinale étranglée occupait le 2<sup>ème</sup> rang, alors que dans notre étude, elle occupe la 3<sup>ème</sup> place après les hernies simples (39,9 %) et les traumatismes (12,7 %). Les études réalisées dans une population identique au Wesley Guild Hospital à Ile-Ife au Nigeria [1], au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Donka à Conakry [15] et à N'zérékoré [10] ont rapporté des fréquences plus élevées respectivement de 26,4 %, 20,4% et 14,5%. Comme dans l'étude de l'Hôpital National Universitaire Ignace Deen, celles du CHU Donka et de l'hôpital d'entreprise de Kamsar [4], les hernies inguinales étranglées occupaient le second rang après les appendicites. D'autres études ont rapporté des fréquences similaires à Kassongo au Zaïre [11] et à l'hôpital d'entreprise de Kamsar [4]. Les fréquences étaient respectivement de 11,4% et 11,9 % de hernies inguinales étranglées sur de 11,4% et 11,9 % de hernies inguinales étranglées sur l'ensemble des interventions chirurgicales à Kassongo et sur les urgences abdominales non traumatiques à Kamsar. En France, l'incidence des cures de hernies étranglées est de 8 à 15% ; ce chiffre est en régression dans ce pays où il était de 50 % il y a quelques années [29]. Cette régression s'expliquerait par la consultation précoce et la cure chirurgicale à froid au stade de hernies inguinales simples.

L'âge moyen de nos patients était de 40,5 ans avec des extrêmes de 15 jours et 80 ans ; les tranches les plus affectées étaient celles des 41-60 ans (40,6 %) et 21-50 ans (35,6 %). La prédominance de l'étranglement entre 21 et 60 ans correspondrait à la fréquence de survenue des hernies en général à cet âge actif et productif où les efforts physiques sont plus intenses. Cette observation a été faite dans des études antérieures [10, 11, 15, 27]. L'atteinte élective de la couche sociale productive a un impact sur le développement socio économique des populations. Chez les hommes âgés de plus de 61 ans [4, 14, 11], la prédisposition serait majorée par des facteurs de risque liés au terrain et aux pathologies urologiques ou digestives coexistantes [4, 14, 19,25]. Au jeune âge, il existerait un risque de nécrose testiculaire précoce majorant la gravité de l'urgence [1, 3, 5, 16, 22]. Nous avons observé une prédominance masculine de 96,3 %, proche de ce qui a été retrouvée dans les études de Adesunkani avec 94,7% [1], de De Munyk avec 92,8% [11] et de Soumah avec 84,1% [27]. Cette constatation serait due au fait que le sexe masculin exerce des activités nécessitant plus d'efforts physiques, qu'il connaît des

pathologies spécifiques notamment urologiques entraînant des dysuries ; elle serait aussi due à la faible fréquence des hernies inguinales simples chez les patients de sexe féminin [4, 10, 11, 27].

Selon l'occupation socioprofessionnelle, les cultivateurs viennent en tête avec 68,7 %, suivis des ouvriers avec 13,1 %. Dans les études de Soumah [27] et Diané [4], ce sont les ouvriers qui ont été les plus atteints. L'exposition de ces 2 catégories professionnelles se justifierait par les métiers de force qu'ils exercent qui prédisposent à l'apparition de hernie et à son étranglement [14].

Le délai entre l'étranglement et l'admission à l'hôpital est un paramètre clé de la prise en charge. Dans notre étude plus du tiers des cas (36,9) ont été admis au delà du 3<sup>ème</sup> jour. Plus les délais sont longs, plus la vitalité des viscères herniés est menacée. La mort des tissus emprisonnés conduit à des complications mettant en jeu le pronostic vital du patient. Les difficultés liées à l'accessibilité sont multidimensionnelles associant des problèmes de transport, d'accessibilités financière, géographique, culturelle et psychologique. La production de connaissances utiles pour des actions de santé dans ce sens mérite la conduite d'enquête particulière. Telle n'était pas l'objectif de la présente étude. Il faut tout de même souligner que l'étude conduite à Kasongo au Zaïre rapporte que 55 % de patients étaient reçus dans les 3 premiers jours [11] et que ce délai dépendait de la distance à parcourir et du temps mis avant d'accéder à l'hôpital.

Un autre facteur spécifique a été le recours fréquent aux auto médications traditionnelles ou au tradiparticien. Cette pratique observée dans notre étude, a été retrouvée ailleurs en Afrique. Des patients ont été reçus en urgence avec des lésions méésentériques et intestinales causées par des coiffeurs traditionnels qui ont pris la tuméfaction pour un abcès [26].

Les manifestations cliniques qui ont été observées dans notre étude se rapprochent de ceux de Adesunkani et coll. au Nigeria avec 100 % de douleur, 50 % de vomissement, 14,4 % d'arrêt des matières et des gaz et 65,6 % de présence d'une tuméfaction [1]. La prédominance du siège droit a été rapportée dans la littérature sans qu'aucune explication objective n'ait été donnée pour l'expliquer : 2 fois et 2,25 fois plus de siège droit que gauche dans les séries de Diané et Koita [4, 15] ; 3,5 fois dans la série de De Muynk [11] ; Rais et coll. ont considéré que cette localisation prédominante à droite était un facteur de risque d'étranglement [25]. L'évolution clinique spontanée a été marquée par la survenue d'une occlusion intestinale dans 23 cas (14,4 %), entre 3 et 10 jours de l'étranglement, d'une péritonite aiguë généralisée dans 16 cas dont un cas avait fait l'objet d'une réduction manuelle. Ces pourcentages élevés de complications seraient dus aux longs délais d'admission.

Le mode d'anesthésie était variable : anesthésie générale systématique dans notre étude, loco régionale ailleurs (11). Ce qui pourrait s'expliquer par la maîtrise des gestes et la disponibilité du matériel.

Le contenu herniaire le plus rencontré dans notre série, était l'iléon (80,5%), suivi du cæcum et de l'appendice (17 %). Houdard et Mongolfier ont aussi relevé l'intestin grêle comme l'organe hernié le plus fréquent [14, 28] suivi du colon, de la vessie et de l'épiploon. Des études ont fait remarquer que tous les organes pouvaient s'étrangler dans le sac en particulier les organes mobiles et ceux du voisinage [3, 5, 16, 21, 24, 25, 28], et ont insisté sur le cas du testicule chez l'enfant.

Le type anatomique de l'étranglement était dans notre série de 93,7 % d'étranglements complets, 4,4 % de pincements latéraux et 1,9 % d'étranglements rétrogrades en W. Des mises en garde ont été faites dans des études sur les formes anatomiques de l'étranglement dont les tableaux cliniques peuvent simuler une autre pathologie [7, 14, 24]. La responsabilité de l'appendicite a été établie dans la survenue d'une péritonite herniaire [17]. Un cas de péritonite aiguë généralisée consécutive à un abcès appendiculaire herniaire de découverte opératoire a été rapporté [7] ;

La technique de Bassini a été utilisée pour tous nos patients, parce qu'elle était la mieux maîtrisée. Il faut noter que dans la littérature, la technique opératoire a varié selon les équipes : méthodes de Bassini, de Mac-Vay et de Shouldice [6, 11, 12, 13,18, 21, 24]. L'utilisation de prothèse a fait l'objet de controverse en raison du risque infectieux encouru ; d'aucun n'y ont pas vu de contre indication [23] et ont recommandé une mise en place sous coelioscopie pour minimiser le risque septique [6] ; d'autres restent classiques et prudents sur l'utilisation des prothèses dans le traitement des hernies étranglées surtout s'il y a eu résection intestinale ; pour ces derniers, la mise en place de prothèse doit être réservée au cas où aucun procédé classique ne paraît réalisable [18, 23, 24]. Les suites opératoires ont été simples dans 72,3 % et compliquées dans 27,6% de nos cas. La proportion élevée de suppurations pariétales dans notre série s'expliquerait par l'affaiblissement du terrain d'intervention dû à l'âge ou à l'état clinique ; la faible capacité du service de chirurgie obligeant à hospitaliser des opérés récents non infectés à coté de malades ayant des plaies septiques ; l'insuffisance d'hygiène du malade et de sa literie ; l'insuffisance de la préparation du chirurgien ou de son aide ; l'insuffisance dans l'antibioprophylaxie ;

Nos résultats n'ont pas été significativement différents de ceux de Soumah [27] et de De Muynk [11] qui ont rapporté 9 % et 14,4 % de suppurations de la paroi. Subbuswamy et coll. [28] ont quant à eux noté 5 cas de nécrose post opératoires du grêle après chirurgie pour hernie inguinale étranglée. Nous avons observé une mortalité de 5 % et une morbidité de 22,61% dominée par les abcès de la paroi avec 20 cas (12,6 %). La mortalité a représenté 5 % de nos complications et a porté sur 8 malades dont le décès est intervenu dans les 24 premières heures à l'exception d'un qui est décédé au 2<sup>ème</sup> jour. Cinq décès sur 8 étaient survenus au stade de péritonite, et 6 sur 8 avaient eu une résection intestinale. Soumah [27] a rapporté 1 % de décès ; nos résultats se rapprochent de ceux de De Muynk qui, dans les mêmes conditions a relevé 24,2 % de décès après résections intestinales [11], Bories Azeau [7] rapporte 9 % et pour Mutter elle atteindrait 25% [19].

Les complications et la mortalité d'une chirurgie en urgence pour hernie inguinale étranglée sont plus élevées que ceux d'une chirurgie à froid, et dépendraient de la durée d'évolution de l'étranglement, de l'existence ou non

d'une nécrose digestive de l'âge et de l'état physiologique du patient [24].

## 5 CONCLUSION

Les hernies inguinales étranglées constituent un problème majeur de santé publique au niveau de la population adulte, en majorité rurale et masculine de la région de Mamou. Elles ont occupé la première place des interventions chirurgicales en urgence. Les difficultés liées à l'accessibilité ayant conduit à des longs délais ont entraîné aux complications évolutives graves comme les occlusions intestinales aiguës et les péritonites aiguës généralisées. Cette évolution spontanée défavorable a eu un impact sur les suites opératoires immédiates.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Adesunkanmi AR, Adejuyigbe O, Agbakwuru EA. Prognostic factors in childhood inguinal hernia at Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. *East Afr Med J*, 1999, 76, (3) : 144-147.
2. Aigrain Y, Levard G, Boureau M. Hernies de l'enfant. *La revue du praticien*, Paris, 1997, 47 : 256-261.
3. Ameh EA. Incarcerated and strangulated inguinal hernias in children in Zaria, Nigéria. *East Afr Med J* 1999, 76, (9) : 499-501.
4. Bangoura I. Aspects épidémiologiques des urgences au service de chirurgie viscérale de l'hôpital de Kamsar de 1990 à 1995. Thèse Médecine, Faculté de médecine, Université de Conakry, 2001 : 44p.
5. Bary F, Beadoun S. Hernies de l'enfant *La revue du praticien*. (Paris), 1997, 47: 289-294.
6. Bax T, Sheppard BC, Crass RA. Surgical options in the management of groin hernias. *American Family Physician*, 1999, 59, (4):893-906.
7. Bories- Azeau L. Les complications des hernies de l'aine et leur traitement. *La revue du praticien*, 1987, 37 (45) : 2775-2781.
8. Boudet MJ. Diagnostic des hernies inguinales. *La revue du praticien*, Paris, 1947, 47 : 256-261.
9. Chiedozi LC, Aboh IO, Piserchia NE. Mechanical bowel obstruction – Review of 316 case in Benin City. *Am J Surg* 1980, 139 (3): 389-393.
10. Diané B. Fréquence, aspect clinique et thérapeutique des hernies inguinales à l'hôpital régional de N'zérékoré. Thèse Médecine, Faculté de Médecine, Université de Conakry, 2000 : 49 p.
11. De Muynck A. Facteurs de risque de hernie inguinale étranglée. Etude de 243 cas à Kassongo, Zaire. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.* 1979, 59, 185-198.
12. Gouillat C. Hernies in Pathologie Chirurgicale. In Fagniez et Houssin, Masson- Paris, 1991 : 307-313.
13. Hay JM Traitement des hernies inguinales : Méthodes. *La revue du Praticien* ; Paris, 1997, 47 : 262-267.
14. Houdard Cl, S. de Mongolfier. Complication des hernies. *Encycl. Med. Chir.* (Paris, France), Urgences, 24060 A10, 10- 1984, 4p.
15. Koita S. Hernies inguinales au CHU de Donka : aspects cliniques, particularités évolutives et thérapeutiques. Thèse Médecine- Faculté de Médecine, 1992 : 60 p.
16. Levard G. Hernie inguinale étranglée. *Rev. de Ped.*, 23, (9): 417-424.
17. Lyass S, Kim A, Bauer J. Perforated Appendicitis within an inguinal hernia/ case report and review of the literature. *American Journal of Gastroenterology*, 1997, 92, (4): 700-702. 2001,169 p.
18. Millat B. Traitement des hernies inguinales : indications. *La Revue du Praticien*, Paris, 47, (3) : 268-272.
19. Mutter D. Hernies inguinale, crurale et ombilicale : physiopathologie, diagnostic, complications, traitement. *J Méd. Strasbourg*, 1995, 26 (1-2): 22-25.
20. Nordberg EM. Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *Br Med J*, 1984, 289 (6437): 92-93.
21. Novak L. 10 years experience in performing shouldice operation. *Acta Chir Hung*, 1997, 36 (1-4):260-261.
22. Onuora VC, Chiedozi LC. Testicular infarction complicating strangulated inguinal herniae in Nigerian children. *Trop Geogr Med*, 1993, 45 (3): 129- 130.
23. Pans A, Desai C, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *British journal of surgery*, 1997, 84 (3) : 310-312.
24. Pessaux P, Arnaud JP. Hernie inguinale étranglée in *Chirurgie des hernies inguinales de l'adulte*, monographies de l'AFC (103ème congrès), 2001 : 157-169.
25. Rai S, Chandra SS, Smile SR. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Australian & New Zealand journal of Surgery*, 1998, 68, (9): 650-654.
26. Sabo Sy, Chirdan LB. Small bowel and mesenteric injury following traditional treatment and self – Inflicted trauma to inguinal hernia. *East Afr Med J*, 1994, 76 (9) : 533-534.
27. Soumah A. Hernies inguinales étranglées : fréquence, clinique et diagnostic au service de Chirurgie du CHU Ignace Deen de Conakry. Thèse Médecine, Faculté de Médecine, Université de Conakry : 52 p.
28. Subbuswamy SG, Iweze FI. Ischaemic strictures of the small intestine in Nigeria. *Gut*, 1977, 18 (4) : 266-273.
29. Verhaeghe P, Rorh S. Chirurgie des hernies inguinales de l'adulte. Monographies de l'Association Française de Chirurgie, 103<sup>ème</sup> congrès français de chirurgie, Arnette, 2001,169 p.

