

PRISE EN CHARGE DES HERNIES ETRANGLEES DE L'AINE CHEZ L'ADULTE À PROPOS DE 295 CAS

1-INTRODUCTION

La hernie de l'aine est l'issue spontanée de tout ou partie d'un viscère hors des limites normales de la cavité abdominale au niveau de l'aine ; région de transition entre l'abdomen, la cuisse et les organes génitaux externes [1,2]. Il s'agit des hernies inguinales dont le trajet emprunte le canal inguinal et des hernies crurales dont le trajet emprunte l'orifice crural. L'étranglement, constriction brutale, serrée et permanente d'un viscère et de son méso à l'intérieur du sac herniaire en est une complication relativement fréquente et grave à cause du risque de nécrose du contenu du sac. Les résultats périopératoires dépendent essentiellement des tableaux cliniques et de la rapidité de la prise en charge. Nos buts ont été de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients admis pour hernie étranglée de l'aine, de recenser les éléments du diagnostic préopératoire et de rapporter nos résultats thérapeutiques périopératoires.

2- METHODE DE TRAVAIL

L'étude a été retrospective sur 9 ans du 1^{er} Janvier 1995 au 31 Décembre 2003 et a concerné les dossiers des patients opérés pour hernie étranglée de l'aine en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. A partir des registres tous les cas ont été recensés. Nos critères d'inclusion ont été une observation médicale complète, un compte rendu opératoire confirmant le diagnostic de hernie étranglée de l'aine et notifiant la technique de réfection utilisée, enfin des renseignements sur l'évolution au cours de l'hospitalisation. Les variables étudiées ont été l'âge, le sexe, la profession, les antécédents, les circonstances et les éléments du diagnostic, le mode d'anesthésie, le traitement et l'évolution au cours de l'hospitalisation. L'anesthésie a été générale et locale ; la laparotomie, la seule voie d'abord ; une résection intestinale a été pratiquée dans certains cas. Les techniques utilisées ont été celles de Bassini, de Mac Vay, de Forgues, de Shouldice et chez certaines patientes, l'arcade crurale a été suturée au tendon conjoint. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel EPI-info version 6.04d.fr. Les comparaisons statistiques ont été effectuées à l'aide du Khi 2 de Mantel-Haenszel. La valeur de p inférieure ou égale à 0,05 a été considérée comme significative.

3- RESULTATS

A partir des registres, 329 cas ont été recensés chez 329 patients. Trente quatre dossiers n'ont pas été retrouvés et 295 ont répondu à nos critères d'inclusion.

3.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

3.1.1 Fréquence

De Janvier 1995 à Décembre 2003 ; 295 hernies étranglées de l'aine ont été opérées ce qui représente 32,78 cas par an et 26,41% des 1117 hernies de l'aine opérées au cours de la même période.

3.1.2 Age

L'âge moyen a été de 39,3 ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans.

3.1.3 Sexe

Il s'agissait de 248 hommes et 11 femmes, la sex-ratio était donc de 25,81.

3.1.4 Profession

Les maçons, menuisiers, dockers, agriculteurs tous travailleurs de force ont représenté 68,81% des cas (203 patients). Les agents de bureau, élèves, étudiants : 92 cas représentant 31,19% des cas.

3.1.5 Antécédents des patients

Dans 262 cas (88,81%), on a noté un antécédent de hernie de l'aine du même côté que l'étranglement alors que 30 patients (10,17%) ont eu un étranglement inaugural et que dans 3 cas (1,02%) rien n'a été précisé.

3.2 ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

3.2.1 Les motifs de consultation

Il s'agissait de douleur à l'aine (295 cas ; 100%), de tuméfaction à l'aine (295 cas ; 100%), de vomissements (133 cas ; 45,08%), de douleur abdominale généralisée avec arrêt des matières et des gaz (38 cas ; 12,88%) et de dysurie (2 cas ; 0,68%).

3.2.2 Le délai entre l'étranglement et la consultation

Dans les 6 premières heures, 87 patients (29,49%) ont consulté ; 169 patients (57,%) ont été vus entre 6 heures et 24 heures et 39 représentant 13,22% ont été vus plus de 24 heures après l'étranglement.

3.2.3 Signes d'examen

Dans 100% des cas, on a noté à l'aine, une tuméfaction douloureuse, irréductible et non expansive à la toux. Un abdomen météorisé ballonné, avec résistance élastique et tympanisme évoquant une occlusion intestinale aiguë a été noté chez les 38 patients (12,88%) ayant présenté un arrêt des matières et des gaz.

3.2.5 Répartition des cas en fonction du sexe, du côté et du type de la hernie

Elle est résumée dans le tableau I ci-dessous

Tableau I : Répartition des cas en fonction du sexe, du côté et du type de la hernie

Type de la hernie	Masculin	Féminin	Total
Hernie inguino-scrotale droite	182		182
Hernie inguino-scrotale gauche	68		68
Hernie inguinale droite	21	4	25
Hernie inguinale gauche	12	4	16
Hernie crurale droite	0	1	1
Hernie crurale gauche	1	2	3
Total	284	11	295

Le côté droit a été atteint 208 fois (70,51%) et le côté gauche 87 fois (29,49%). Les hernies inguinales et inguino-scrotales ont représenté 291 cas (98,64%) alors que les hernies crurales ont été constatées dans 4 cas (1,36%).

3.3 TRAITEMENT

3.3.1 Le mode d'anesthésie

L'anesthésie a été générale dans 294 cas (99,67%) et locale chez un état général.

3.3.2 Les voies d'abord

L'abord par kélotomie a été pratiqué dans 100% des cas. Chez 11 p

médiane complémentaire a été nécessaire.

3.3.3 Le contenu du sac herniaire

La viscère étranglée était l'intestin grêle dans 211 cas (71,52%) ; l'appendice dans 31 cas (10,51%) ; le caecum dans 20 cas (6,78%) ; l'épiploon dans 16 cas (5,42%) et le côlon dans 13cas (4,41%). Dans 4 cas (1,36%), le contenu n'a pas été précisé.

3.3.4 La vitalité du contenu

Dans 33 cas (11,19%), il a été constaté une nécrose du grêle. Dans 262 cas (88,81%), le contenu a été viable.

3.3.5 Les gestes opératoires

La réintégration sans résection a été pratiquée dans 262 cas (88,81%). La résection intestinale a concerné les 33 cas de nécrose du grêle ce qui fait un taux de résection intestinale de 11,19%. Vingt deux (66,67% des cas) résections ont été réalisées par l'abord inguinal ; pour 11 cas (33,33%), une laparotomie médiane sous ombilicale a été nécessaire. La longueur réséquée a varié de 8centimètres à 1mètre.L'anastomose a été immédiate termino-terminale.

La réfection pariétale a été réalisée par les techniques suivantes à l'aide de fil non résorbable : BASSINI (270 cas ; 91,53%), Mac Vay (7cas ; 2,37%), Forgues (7 cas ; 2,37%), Shouldice (3cas ; 1,02%).Chez 8 femmes (2,71%), l'arcade crurale a été suturée au tendon conjoint.

Les gestes complémentaires ont été un drainage scrotal (71 cas ; 24,06%), une appendicectomie (31cas ; 10,51%), une suture de brèche iléale iatrogène (3cas ; 1,02%) et la compression digitale de plaie par piqûre accidentelle de la veine fémorale (1 cas ; 0,34%). La plaie opératoire a été suturée en un ou deux plans avec utilisation de fil non résorbable sur la peau en points séparés.

3.4. RESULTATS PERIOPERATOIRES

L'évolution a été favorable dans 284cas soit 96,27% des cas dont 199 cas (67,46%) d'évolution d'emblée favorable et 85 cas (28,81%)de suites favorables après traitement de complications. Les 11 autres patients (3,73%) étaient décédés.

Les complications ont été à type de suppuration pariétale inguinale(28cas ;9,49%),hématome scrotal(22cas ;7,46%), œdème scrotal (13cas ; 4,40%), abcès scrotal (11cas ; 3,73%), infiltration du cordon spermatique(8cas ; 2,71%),occlusion post-opératoire(5cas ;1,69%), Péritonite post-opératoire (1cas ; 0,34%),varicocèle(1cas ;0,34%).Les 28 cas de suppuration se répartissaient comme suit : 23 cas parmi les 262 patients(8,78%) n'ayant pas eu de résection intestinale et 5cas parmi les 33patients (15,15%) ayant eu une résection intestinale .Les cas de péritonite et d'occlusion étaient survenus après résection intestinale.

Des 11cas décès, 10 étaient survenus après résection intestinale ce qui représente 90,90% des décès et 30,30% des résections intestinales.

3.5 DUREE D'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 11,64jours avec des extrêmes de 2 et 76jours.Elle a été plus longue après résection (16jours) et complications (18,5jours).

IV DISCUSSION

4.1 Fréquence

Elle est variable. De Muynck A [3] au Zaïre a trouvé pour 1140hernies de l'aine opérés en 5ans une fréquence de 18%, ce qui est inférieure à la nôtre : 26,41%.

4.2 Age

L'âge moyen de 39,3ans suggère que l'étranglement était survenu surtout chez des patients jeunes. Harouna Y [4] a trouvé que 85% des patients avaient moins de 45ans.Tout ceci confirme que le principal facteur déclenchant de l'étranglement est l'effort physique [2].

4.3 Sexe

Nous avons noté une prédominance masculine avec 284hommes (96,27% des cas), ce qui confirme les données de la littérature [3,5].

4.4 Antécédents

Dans 262 cas (88,81%), l'étranglement était survenu sur une hernie préexistante ; l'étranglement inaugural a été rare (10%), constat déjà fait par plusieurs auteurs dont Hair A [6].

4.5 Délai de consultation

Dans 70,51% des cas, les patients ont consulté plus de 6 heures après l'étranglement. Ce retard à la consultation pourrait être expliqué entre autre par le recours premier à la médecine traditionnelle, le peu de moyens financiers de nos malades qui craignent de faire face au coût des soins, la peur de l'anesthésie et de la chirurgie et l'absence de prise en charge sociale. Au CNHU de Cotonou les hernies étranglées de l'aine sont presque toujours opérées au-delà des 6 premières heures suivant l'étranglement.

4.6 Diagnostic positif

Il a été aisé ; aucun examen complémentaire n'a été nécessaire. Dans 100% des cas, la tuméfaction douloureuse de l'aine a été évidente, irréductible et non expansive à la toux.

4.7 Mode d'anesthésie

L'anesthésie générale a été la règle (99,67% des cas). Pourtant il n'existerait aucune différence en terme de complications entre l'anesthésie locorégionale et l'anesthésie générale [7].

4.8 Vitalité du contenu et délai de consultation

Le taux de nécrose (11,19%) nous paraît faible par rapport au fort taux de retard de consultation. Ceci confirme que même après les classiques 6 premières heures, le contenu herniaire peut être viable d'où la règle de considérer comme urgence la hernie étranglée quelle que soit la durée de l'étranglement.

4.9 Réfection pariétale

La herniorraphie a été pratiquée chez tous les patients. Même si pour la plupart des auteurs, le Shouldice semble la meilleure technique de raphie, c'est le Bassini qui continue d'avoir la préférence des chirurgiens au CNHU de Cotonou : 91,53% des patients ont subi cette opération. Pour d'autres auteurs [8,9], la hernioplastie utilisant les prothèses présentent plus d'avantages que la raphie. En fait beaucoup de controverses existent au sujet de l'utilisation de prothèses dans les hernies étranglées [10] à cause notamment des risques accrus de sepsis ou de surinfection. Dans notre contexte de travail à condition d'hygiène peu satisfaisante, nous pensons qu'il est prudent d'éviter les prothèses en cas de hernie étranglée.

4.10 Evolution

Les complications ont été dominées par les infections surtout les suppurations pariétales. Des 28 cas de suppuration, 23 étaient notés chez les 262 patients n'ayant pas eu de résection intestinale soit 8,78% ; et 5 chez les 33 patients ayant eu de résection intestinale soit 15,15% et confirmant les conclusions de Kurt N [11] selon lesquelles la suppuration pariétale est plus fréquente chez les patients ayant eu une résection intestinale que chez ceux ne l'ayant pas eu. Mais ceci ne doit pas faire perdre de vue nos conditions d'hygiène qui ne garantissent pas toujours

Une asepsie rigoureuse.

La durée d'hospitalisation a été longue chez les patients qui ont présenté une complication avec son corollaire de reprise plus longue des activités professionnelles aussi bien pour le malade que pour ses accompagnants. L'amélioration des conditions d'hygiène diminuera la morbidité dominée par les infections. La mortalité de 3,73% est importante car il s'agit d'une affection bénigne lorsque la prise en charge est rapide. Angate Y [12] en Côte d'Ivoire a trouvé 2,09%. Aussi bien dans notre étude que dans celles de Angate Y [12] et de Harouna Y [4], la mortalité est plus élevée après résection intestinale. La rapidité de la prise en charge, en diminuant le taux de résection, améliorera la Mortalité.

CONCLUSION

La hernie étranglée de l'aine est une urgence chirurgicale dont le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge. L'éducation des patients à consulter dès la survenue de douleur à l'aine, l'existence de prise en charge sociale permettant un transport et une intervention chirurgicale rapides et enfin l'amélioration des conditions d'hygiène hospitalière en diminuant la morbidité et la mortalité amélioreront nos résultats thérapeutiques.

REFERENCES

1. Kernbaum S, Grünfeld JP. Dictionnaire de Médecine. 7^e édition. Paris : Flammarion, 2001 : p1035.
2. Benhamou G. Hernies de l'aine de l'adulte. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Estomac-Intestin, 9050 A10, 5-1990, 12p.
3. De Muyneck A. Facteurs de risque des hernies inguinales étranglées. Etude de 243 cas à Kassongo (Zaïre). Ann

Soc Belge Med Trop.1979 ; 59 : 185-98.

4. Harouna Y, Yaya H, Abdou I, Bazira L. Pronostic de la hernie inguinale étranglée de l'adulte : influence de la nécrose intestinale. A propos de 37cas. Bull Soc Path Ex 2000; 93, (5): 317-20.
5. Ohene -Yeboah M. Strangulated external hernias in Kumasi. West Afr J Med.2003; 22(4):310-3.
6. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter Jn, O'dwyer Pj. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms? J Am Coll Surg.2001; 193(2) :125-9.
7. Carre P, Mollet J, Le Poutel S, Costey G, Ecoffey C. Bloc des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique en une seule ponction : une alternative utile pour l'anesthésie des urgences chirurgicales inguinales. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. 2001 ; 20(7) : 643-7.
8. Miyazaki K, Nakamura F, Narita Y, Dohke M, Kashimura N, Matsunami O and al. Comparison of BASSINI repair and mesh-plug repair for primary inguinal hernia: a retrospective study. Surg Today. 2001; 31(7): 610-4.
9. Franciosi C, Romano F, Caprotti R, De Fina S, Colombo G , Visintini G and all. Hernia repair with prolene mesh according to the LICHTENSTEIN technique. Results of 692 cases. Minerva Chir. 2000; 55 (9) : 593-7.
10. Gavioli M, Rosi A, Piccagli I, Zenezini Chiozzi A, Bernardelli D, Lazzaretti G and al. Prothèse et chirurgie herniaire en urgence. Journal de Chirurgie 1996 ; 133 (7) : 317-19.
11. Kurt N, Oncel M, Ozan Z, Bingul S. Risk and outcome of bowel resection in patients with incarcerated groin hernias : retrospective study. World J Surg. 2003 ; 27 (6) : 741-3.
12. Angate Y, Kekeh Jk, Coulibaly Ao, Roux C, Cornet L. Statistique hospitalière de 478hernies étranglées opérées en 4 ans au CHU de Treichville. Ann de l'Université d'Abidjan 1972 ; 6.