



## Prise En Charge Des Hernies De L'aine Au Chu-Kara (Togo)

*Dossouvi Tamegnon*

*Kanassoua Kouliwa Kokou*

Service de Chirurgie Générale, CHU Kara, Togo

*Kassegne Iroukora*

Service de Chirurgie Générale, CHR Kara-Tomdè, Togo

*Amouzou Efoe-Ga Olivier*

Service de Chirurgie Générale, CHU Kara, Togo

*Adabra Komlan*

*Dosseh Ekoué David*

Service de Chirurgie Générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

[Doi:10.19044/esj.2021.v17n21p256](https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n21p256)

Submitted: 05 January 2021

Accepted: 27 April 2021

Published: 30 June 2021

Copyright 2021 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

### *Cite As:*

Dossouvi T., Kanassoua K.K., , Kassegne I. Amouzou Efoe-Ga O., Adabra K. & Dosseh Ekoué D. (2021). *Prise En Charge Des Hernies De L'aine Au Chu-Kara (Togo)*. European Scientific Journal, ESJ, 17(21), 256.

<https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n21p256>

### **Résumé**

**Objectif:** Evaluer la prévalence de la hernie de l'aine et d'analyser sa prise en charge au CHU-Kara (Togo).

**Matériel et Méthode:** Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive qui a été menée du 1er juillet 2014 au 31 décembre 2019 soit 66 mois au CHU Kara. Ont été inclus dans notre étude tous les patients âgés de plus de 15 ans présentant une hernie de l'aine compliquée ou non et ayant été pris en charge pendant la période d'étude. Les patients de moins de 15 ans présentant hernie de l'aine ou les autres formes de hernie de la paroi abdominale ont été exclus de notre étude.

**Résultats:** Au cours de notre période d'étude nous avons opéré 444 hernies de l'aine dont 26 bilatérales sur les 2557 interventions réalisées en chirurgie générale. Parmi les patients opérés de hernie, 371 étaient des hommes et 60 des femmes avec une sex-ratio de 6,1. L'âge moyen était de 48 ans  $\pm 17,2$ . Toutes les professions étaient représentées dominées par les cultivateurs suivies des femmes au foyer. Après examen clinique les formes

inguinales et inguino-scrotales prédominaient avec respectivement 60,8% et 37,6%.

Parmi ces hernies de l'aïne colligées 82 (18,5%) étaient étranglées et 6(1,4%) cas de récidives. Au plan thérapeutique, tous les patients avaient été opérés sous anesthésie loco-régionale. Les techniques opératoires utilisées étaient celle du Bassini dans 355 cas, le Shouldice dans 53 cas, le Lichtenstein dans 26 cas et le Mac Vay dans 10 cas. La durée moyenne du séjour était de 3,7 jours  $\pm$ 4,2. La morbidité a été de 6,5% dominée essentiellement par les hématomes de bourses et les suppurations pariétales. La mortalité est de 0,5%.

**Conclusion:** La hernie de l'aïne est très fréquente dans notre pratique. La hernie inguinale est la forme la plus rencontrée. Elle pose le problème de sa prise en charge dans les pays à ressources limitées. Une prise en charge précoce et efficiente permettra de réduire la morbi-mortalité dans nos pays pauvres.

---

**Mots clés:** Hernie de l'aïne, complications, hernioplastie, prothèse, morbidité, mortalité

## **The Management Of Groin Hernia At Kara Teaching Hospital, Togo**

*Dossouvi Tamegnon*

*Kanassoua Kouliwa Kokou*

Service de Chirurgie Générale, CHU Kara, Togo

*Kassegne Iroukora*

Service de Chirurgie Générale, CHR Kara-Tomdè, Togo

*Amouzou Efoe-Ga Olivier*

Service de Chirurgie Générale, CHU Kara, Togo

*Adabra Komlan*

*Dosseh Ekoué David*

Service de Chirurgie Générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

---

### **Abstract**

**Objective:** To assess the prevalence of groin hernia and to analyze its management at Kara Teaching Hospital, Togo.

**Materials and Method:** This was a retrospective and descriptive study that was carried out from July 1, 2014, to December 31, 2019, i.e., 66 months at the Kara Teaching Hospital. All patients over 15 years of age with a complicated or uncomplicated groin hernia who were treated during the study period were included in our study. Patients under 15 years of age with a

groin hernia or other forms of abdominal wall hernia were excluded from our study.

**Results:** During our study period, we operated on 444 groin hernias, including 26 bilateral out of the 2557 procedures performed in general surgery. Among the hernia operated patients, 371 were men and 60 were women with a sex ratio of 6.1. The mean age was  $48 \pm 17.2$ . All professions were represented dominated by farmers followed by housewives. After clinical examination, the anatomo-clinical varieties found were dominated by inguinal forms (60.8%), followed by inguino-scrotal forms (37.6 %). Among collected groin hernias, 82(18.5%) were strangulated alongside with 6(1.4%) cases of recurrence. Therapeutically, all the patients had been operated on under locoregional anesthesia. All patients had undergone hernia repair by laparotomy. The surgical technique used was that of Bassini in 355 cases, Shouldice in 53 cases, Lichtenstein in 26 cases, and Mac Vay in 10 cases. The associated pathologies were taken care of at the same operating time. The mean length of stay was 3.7 days  $\pm$  4.2. Morbidity was 6.5%, which is mainly dominated by bursa hematomas and parietal suppurations. Mortality was 0.5%.

**Conclusion:** Groin hernias are very common in our practice. The inguinal hernia is the most common form. Some countries lack adequate resources to effectively treat groin hernia. Early and efficient treatment will reduce morbidity and mortality in poor countries.

---

**Keywords:** Groin Hernia, Complications, Hernioplasty, Prosthesis, Morbidity, Mortality

## Introduction

La hernie de l'aine est une issue des viscères abdominaux et/ou pelviens hors des limites de la cavité péritonéale à travers un point de faiblesse naturel située dans la zone de transition entre l'abdomen et la cuisse. La hernioplastie de l'aine représente l'une des interventions chirurgicales les plus réalisées en chirurgie générale (Rutkow & Robbins, 1993; Oberlin et al., 1998; Koumare et al., 1991). Le diagnostic de cette affection est clinique. Sa prise en charge est essentiellement chirurgicale et fait appel à plusieurs moyens et méthodes dont la préférence est actuellement portée vers une hernioplastie par prothèse par voie laparoscopique. Dans les pays à ressources limitées comme le Togo surtout dans sa partie septentrionale, ces hernies sont diagnostiquées souvent en urgences au stade de complications et la prise charge se réduit dans la grande majorité des cas à une herniorraphie exposant à des récidives.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de cette pathologie avec ses différentes variétés anatomiques et ensuite d'analyser sa prise en charge au CHU-Kara.

## Matériel et Méthode

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive qui a été menée du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 31 décembre 2019 soit 66 mois au CHU Kara.

Ont été inclus dans notre étude tous les patients âgés de plus de 15 ans présentant une hernie de l'aine compliquée ou non et ayant été pris en charge pendant la période d'étude. Les patients de moins de 15 ans présentant une hernie de l'aine ou les autres formes de hernie de la paroi abdominale ont été exclus de notre étude.

Le diagnostic a été clinique dans tous les cas. En ce qui concerne la prise en charge, les patients présentant une hernie de l'aine non compliquée étaient vus en consultation puis opérés après un bilan préopératoire en ambulatoire ou en chirurgie programmée. Le bilan préopératoire était constitué d'un bilan biologique (NFS, Urémie, glycémie, créatininémie, Groupage-Rhésus, TP-INR, TCA) et d'un bilan morphologique (Radiographie du thorax et l'ECG). En urgence ce bilan préopératoire se réduisait essentiellement à la NFS, urémie, créatininémie, glycémie et au Groupage Rhésus. Les hernies de l'aine compliquées étaient prises en charges en urgences. Après la sortie, les patients étaient revus en contrôle après un mois, trois mois, six mois et 12 mois.

Les données épidémiologiques (âge, sexe, fréquence, profession), cliniques (motif de consultation, examen physique, variétés anatomo-cliniques de la hernie, complications), thérapeutiques (la technique opératoire et les suites opératoires) ont retenu notre attention.

## Résultats

Au cours de notre période d'étude, nous avons opéré 444 hernies de l'aine dont 26 bilatérales sur les 2557 interventions réalisées en chirurgie générale soit 17,4%.

Parmi les patients opérés 371 étaient des hommes et 60 des femmes avec une sex-ratio de 6,1. L'âge moyen était de 48 ans  $\pm$ 17,2.

Toutes les professions étaient représentées dominées par les cultivateurs suivies des femmes au Foyer (Tableau I).

**Tableau I.** Répartition des patients en fonction de la profession

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cultivateurs</b>	<b>248</b>	<b>57,5</b>
<b>Femmes au Foyer</b>	<b>57</b>	<b>13,2</b>
Fonctions libérales	40	9,3
Etudiants/élèves	25	5,8
Forces de l'ordre	21	4,9
Fonctionnaires d'état	21	4,9
Retraités	19	4,4
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100</b>

Le motif de consultation était représenté par une tuméfaction non douloureuse de l'aïne dans 362 cas, une tuméfaction douloureuse de l'aïne dans 82 cas avec seulement 20 cas d'arrêt du transit.

Après examen clinique les variétés anatomo-cliniques retrouvées étaient dominées par les formes inguinales (60,8%) suivies des formes inguino-scrotales (37,6%).

**Tableau II.** Répartition en fonction des formes anatomo-cliniques de la hernie

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hernie inguinale</b>	<b>270</b>	<b>60,8</b>
<b>Hernie inguino-scrotale</b>	<b>167</b>	<b>37,6</b>
Hernie crurale	7	1,6
<b>Total</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

Parmi ces hernies de l'aïne colligées 82(18,5%) étaient étranglées et 6(1,4%) cas de récurrences. Les hernies se situaient à droite dans 337 (75,9%) cas et à gauche dans 107(24,1 %) cas.

Au plan thérapeutique, tous les patients avaient été opérés sous anesthésie loco-régionale. Les techniques opératoires utilisées étaient celle du Bassini dans 355 cas, le Shouldice dans 53 cas, le Lichtenstein dans 26 cas et le Mac Vay dans 10 cas.

Parmi 82(18,5%) hernies étranglées dont 12 (2,7%) avaient nécessité une résection intestinale avec rétablissement immédiat de la continuité digestive. La durée moyenne du séjour était de 3,7 jours  $\pm$ 4,2.

Les suites opératoires ont été compliquées dans 29(6,5%) cas et avons déploré deux décès (0,5%). En effet, nous avons noté un cas d'un saignement inguinal en postopératoire immédiat ; un hématome des bourses dans 21 cas ; une suppuration pariétale dans 4 cas ; une atrophie testiculaire dans un cas ; un cas de douleur inguinale résiduelle ; une récurrence herniaire inguinale droite après un mois dans un cas et déploré deux cas de décès (0,5%). Le saignement inguinal avait nécessité une reprise chirurgicale avec hémostase. Les hématomes de bourses avaient régressé sous surveillance au bout de deux semaines sauf dans un cas où on avait eu recours à un drainage. Le cas de récurrence herniaire avait bénéficié d'une cure selon Lichtenstein. Les suites avaient été simples. Le premier cas de décès enregistré avait été noté chez un patient de 80 ans opéré pour une hernie inguinale droite non compliquée qui avait présenté en postopératoire la décompensation d'une tare cardiaque méconnue. Le second cas de décès concernait une femme de 61 ans ayant présenté une hernie crurale gauche étranglée compliquée d'une occlusion intestinale avec un retard de prise en charge. Une résection de l'iléon avait été réalisée et les suites opératoires avaient été compliquées d'une défaillance multiviscérale ayant conduit au décès.

## Discussion

La cure de la hernie de l'aïne représente environ 10% des interventions en chirurgie digestive (Traoré et al., 2015). Elle a représenté 17,4% des activités chirurgicales dans dans notre service. C'est la plus fréquente hernie de la paroi abdominale (Olory-Togbé et al., 2010; Mukuku et al., 2014). Cette fréquence élevée s'explique par le fait que la région de l'aïne constitue une zone de faiblesse privilégiée de la paroi abdominale, et ceci pour 2 raisons : elle livre passage au cordon spermatique chez l'homme (et au ligament rond chez la femme) et également aux vaisseaux ilio-fémoraux à destinée des membres inférieurs.

La prédominance masculine notée dans notre étude était la règle dans la littérature (Traoré et al., 2015; Olory-Togbé et al., 2010; Mukuku et al., 2014; Harouna et al., 2000; Koutora et al., 2019). Cela s'expliquerait par les prédispositions anatomiques plus favorables chez l'homme, la persistance du canal péritonéo-vaginal chez l'homme mais également aux activités physiques intenses auxquelles se livrent souvent les hommes qui en sont victimes. Nous en voulons pour preuve le nombre élevé des travailleurs de force comme les cultivateurs (68% des opérés) dans notre série, qui utilisent les moyens rudimentaires nécessitant des efforts physiques intenses pour faire leur culture. La même observation a été faite par plusieurs auteurs (Harouna et al., 2000; Koutora et al., 2019).

La localisation à droite de la hernie a été prédominante dans notre série (75,9%) à l'instar de plusieurs séries (Mukuku et al., 2014; Harouna et al., 2000; Koutora et al., 2019; Sakiye et al., 2014; Dieng et al., 2011). Cela serait dû à la situation haute du testicule droit par rapport au testicule gauche et l'oblitération tardive du canal péritonéo-vaginal droit (Mukuku et al., 2014; Wind & Chevrel, 2002; Michel et al., 2012).

Parmi les formes anatomo-cliniques des hernies de l'aïne, la hernie inguinale a été la plus rencontrée dans notre série (56,6%) contrairement à la forme inguino-scrotale dans autres études (Mukuku et al., 2014; Koutora et al., 2019; Dieng et al., 2011; Adamou et al., 2017).

La hernie de l'aïne se manifeste par une sensation de pesanteur, de gêne et rarement de douleur au niveau de l'aïne ou peut rester asymptomatique. C'est ce qui pousse certains patients dans les pays sous-développés à ne consulter qu'en cas de complications comme l'étranglement. Le taux d'étranglement dans notre série est de 18,4% superposable à celui d'Adamou et al au Niger (Adamou et al., 2017). En dehors des difficultés socio-économiques limitant l'accès aux soins plusieurs autres raisons telles que l'ignorance, l'accessibilité géographique et la peur du geste chirurgical permettent d'expliquer le retard de consultation (Adamou et al., 2017; Lebeau et al., 2011; De Muynck, 1979).

Au plan thérapeutique, la première herniorraphie a été réalisée par Bassini il y a plus de 100 ans et depuis lors plusieurs techniques se sont développées grâce aux avancées technologiques. On distingue deux types de cure herniaire : l'abord inguinal conventionnelle avec laparotomie (les voies postérieures par suture en tension de l'anneau inguinal, de type Shouldice, Mc Vay ou Bassini, et des voies antérieures sans tension, par obturation de l'anneau inguinal avec une prothèse selon Lichtenstein ou Plug et l'abord laparoscopique avec pose de prothèse (Ananian et al., 2006). La technique avec pose de prothèse par laparotomie ou par voie laparoscopique est simple, rapide, moins douloureuse, et efficace, permettant la reprise rapide de l'activité physique sans restriction avec un taux de récurrence très bas. Le choix entre laparotomie et laparoscopie est encore discuté. La laparoscopie permet de réduire la douleur postopératoire immédiate, les douleurs chroniques et une reprise plus rapide d'une l'activité normale (Liem et al., 1997; The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group, 1999; Mc Cormack et al., 2003; Neumayer et al., 2004; Pettersson et al., 1998). Dans notre série les techniques par raphie ont été les plus utilisées et ceci pour deux principales raisons : l'inaccessibilité financière aux prothèses par la majorité de nos patients qui prennent en charge eux même leurs soins et la prise en charge fréquente de ces hernies en urgence. Les mêmes remarques ont été faites par plusieurs auteurs dans leurs séries (Koutora et al., 2019; Sakiye et al., 2014; Adamou et al., 2017). Cependant, la technique de Shoudice moins pourvoyeuse de récurrence est recommandée à défaut de cure par prothèse (Traoré et al., 2015). La morbidité a été de 6,7% dominée essentiellement par les hématomes de bourses et les suppurations pariétales. Ce taux est superposable à ceux de plusieurs séries africaines (Koutora et al., 2019 ; Adamou et al., 2017) mais moins élevé que celui de Mèhinto et al qui était de 29,6% (Mèhinto et al., 2003).

La mortalité de cette pathologie est très faible et est liée dans la majorité des cas à des hernies de l'aine étranglée et aux comorbidités (Adamou et al., 2017).

## **Conclusion**

La hernie de l'aine est très fréquente dans notre pratique. La hernie inguinale a été la forme la plus rencontrée dans notre série. Elle a posé le problème de sa prise en charge en raison non seulement de la consultation tardive en cas d'étranglement par la majorité des patients mais également à l'inaccessibilité financière aux prothèses qui constituent le traitement de référence. Les herniorraphies ont été les techniques les plus pratiquées en particulier celle de Bassini avec des résultats acceptables à moyen terme. La technique de shouldice permettant d'avoir moins de récurrence est recommandée



en alternative à la cure par prothèse. Une prise en charge précoce et adéquate permettra de réduire la morbi-mortalité dans nos pays pauvres.

### References:

1. Adamou, H., Amadou, M.I., Halidou, M., Habou, O., Amadou, M., Abdou, M.M., Amadou, S., & Sani, R. (2017). Prise en charge des hernies de l'aine chez l'adulte à l'Hôpital National de Zinder, Niger. *Annales de l'Université Abdou Moumouni*; 22 : 102-10.
2. Ananian, P., Barrau, K., Balandraud, P., & Le Treut, YP. (2006). Cure chirurgicale des hernies inguinales de l'adulte. *J Chir*; 143(2):76-83.
3. De Muynck, A. (1979). Facteurs de risque des hernies inguinales étranglées: Étude de 243 cas à Kasongo ZAIRE. *Ann Soc Belg Med Trop* ; 59:185-98
4. Dieng, M., El-Kouzi, B., Ka, O., Konate, I., Cisse, M., Sanou, A., et al. (2008). Les hernies étranglées de l'aine de l'adulte : une série de 228 observations. *Mali Médical* ; 23 (1) : 12-6.
5. Harouna, Y., Seibou, A., Manzo, R., Abdou, I., & Bazira, L. (2000). La hernie inguinale simple de l'adulte. Etude médico-économique à propos de 244 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 47 (6) :292-7.
6. Koumare, K.A., Traore, K.A., Dit Diop, Ongoiba, N., Bouare, M., & Simpara, D. (1991). Evaluation rétrospective 4539 cures de hernies inguinales effectuées par des médecins généralistes dans certains districts au Mali. *Med Afr Noire* 1991; 38(2):137-41.
7. Koutora, B., Alassani, F., Amouzou, E-G., Sakiye, A., Geraldo, R.F., Boyodi, K.T., Changai, B.K., Kanassoua, K.K., Apetogbo, B., Villa, S., Songne-Gnamkoulamba, B. (2019). Prise en Charge des Hernies de l'aine : Expérience d'un Hôpital Confessionnel en Zone Rurale au Togo. *European Scientific Journal*; 15(18)
8. Lebeau, R., Brou Assamoi Kassi, F., Kacou Yenon, S., Diané, B., & Kouassi, J-C. (2011). Les hernies étranglées de l'aine: une urgence chirurgicale toujours d'actualité en milieu tropical. *Rev Méd Brux*; 32(3):133-18.
9. Liem, M.S., van der Graaf, Y., van Steensel, C.J., Boelhouwer, R.U., Clevers, G.J., & Meijer, W.S. (1997). Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. *N Engl J Med*; 336:1541-7.
10. Mc Cormack, K., Scott, N.W., Go, P.M., Ross, S., & Grant, A.M. (2003). Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*;1:CD001785.
11. Mèhinto, D.K., Diatéma, S., Bagnan, O.K., Padonou, N. (2003). Expérience béninoise de la prise en charge des hernies de l'aine chez



- l'adulte en milieu hospitalo-universitaire. *Revue africaine de chirurgie et spécialités* 2010 ;4(9) : J Afr Chir Digest 2003; 3 (2) : 267-71
12. Michel, J.L., Lapointe, S., & De Napoli-Cocci, S. (2000). Hernies de l'enfant. *Encycl Méd Chir* (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-018-A-10, 7 p.
  13. Mukuku, O.K., Wakunga, E., Bugeme, M., Kitembo, M., Kabwit, D., Wakungaw (2014). Hernies inguinales à l'hôpital Jason Sendwe de Lubumbashi en république démocratique du Congo. à propos de 41 cas. *Rev. méd. Gd. Lacs* 2014 ; 3(1) :114-25.
  14. Neumayer, L., Giobbie-Hurder, A., Jonasson, O., Fitzgibbons, R.Jr, Dunlop, D., Gibbs, J., Reda, D., & Henderson, W. (2004). Veterans Affairs Cooperative Studies Program 456 Investigators. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*; 350:1819-27.
  15. Oberlin, P., Mouquet, M., Burgun, A., Tudeau, L. (1998). Le traitement des hernies de l'aine en Un exemple de disparités des pratiques in *Dress. M. d. l. E. e. d. l. Solidarité*. Paris. 2000; 1-11.
  16. Olory-Togbé, J-L., Gbessi, D.G., Lawani, I., Padonou, N. (2010). Hernies pariétales au CNHU HKM de Cotonou. *J Afr Chir Dig.*; 10 (2): 1104 -8
  17. Pettersson, N., Emanuelsson, B., Reventlid, H., et al. (1998). High-dose ropivacaine wound infiltration for pain relief after inguinal hernia repair. *Reg Anesth Pain Med*; 23: 189-96.
  18. Rutkow, I.M. & Robbins, A.W. (1993). Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am.*; 73:413-26.
  19. Sakiye, K.A., Kanassoua, K., Kassegne, I., Ama, V.I., & Sogne, S. (2014). Prise en charge des hernies étranglées de l'aine en milieu chirurgical rural : à propos de 329 cas colligés à l'hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo). *J Rech Sci Univ Lomé* ; 16(3):433-40
  20. The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group (1999). Laparoscopic versus open repair of groin hernia: a randomised comparison. *Lancet*; 354:185-90.
  21. Traoré, D., Diarra, L., Coulibaly, B., Bengaly, B., Togola, B., Traoré, A., Traoré, H., Ongoïba, N., Sissoko, F., Koumaré, A.K. (2015). Hernie inguinale en Afrique subsaharienne: quelle place pour la technique de Shouldice. *Pan Afr Med J.*; 22: 50.
  22. Wind, P., & Chevrel, J.P. (2002). Hernies de l'aine de l'adulte. *Encycl Méd Chir* (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-050-A-10, 2002, 10 p.