

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

TITRE

**HERNIE INGUINALE CHEZ L'ENFANT AU
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
DE L'HOPITAL DE SIKASSO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. OUATTARA Mamadou

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Mr Lassana KANTE, Professeur

Directeur/trice : Mr Yacaria COULIBALY, Professeur

Co-directeur/trice : Mr Mamadou Bernard COULIBALY, Médecin

Membre(s) : Mr Boubacar KAREMBE, Maître de conférences

DEDICACES

Dédicaces

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que j'ai envers vous qui avez contribué à l'aboutissement de ce jour. Aussi tout simplement que je dédie ce travail...

À ALLAH

Au nom d'Allah, Le Tout Puissant, Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux.

Dis :<> (sourate Al-ikhlas). Et que la prière et le salut soient sur le serviteur d'Allah, notre Prophète Muhammad (SAW), sa famille et ses compagnons jusqu'au jour de la résurrection. Gloire à ALLAH, le tout puissant, pour avoir toujours guidé mes pas et pour m'avoir donné la force d'y croire et la patience d'aller jusqu'au bout de mon rêve ! Qu'ALLAH me pardonne pour toutes les imperfections que j'aurais faites depuis le début de ce travail. Qu'il nous accorde sa grâce. A ma Patrie, le Mali Chère Patrie, tu m'as vu naître et grandir pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire de te servir avec loyauté et dévouement.

À mon très cher père, Feu OUATTARA Diakaridia, l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre. En ce jour, ton garçon, espère être à la hauteur de tes espérances. Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation et témoigne de l'amour, de l'affection et du profond respect que j'éprouve à ton égard. C'est ta réussite avant d'être la mienne. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te pardonner et t'accorder son Paradis Firdaws.

À ma très chère et adorable mère SANGARE Ramatou

Mère, ce travail est le tien pour avoir assuré au prix de mille sacrifices mon éducation et ma formation. Brave femme résignée qui par tes bénédictions, tes conseils m'ont guidé sur la voie de la persévérance, de la probité, de l'abnégation, de la vertu, du dévouement et du travail bien fait. Chère mère je te demande pardon pour mes caprices que tu as su bien supporter.

Trouve ici chère mère, l'expression de ma grande affection et reconnaissance pour toi.

À mes très chers frères et sœurs : Abdramane, Idrissa, Mariam, Lamine, Kassoum, Bintou, Arouna, Afou, Yacouba et Fanta.

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur du monde et beaucoup de réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès. A mes oncles et tantes je ne peux exprimer avec des mots tout l'amour et l'affection que j'ai pour vous. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés, et je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite. Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

À mon oncle : OUATTARA Aboubacar

Tes bénédictions, tes conseils et tes encouragements m'ont fortement soutenu tout au long de ce travail.

À mes ami(e)s de peur d'en oublier, je me garde de citer. La bonne amitié dont vous avez su faire preuve, m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme. A tous, bonheur, succès et réussite. Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on reconnaît ses vrais amis. Je vous dis simplement un grand merci. Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

REMERCIEMENTS

Remerciements

Au Décanat et au corps professoral de la FMOS

Qui ont bien voulu m'instruire et me faire profiter de leur immense connaissance.

Au Professeur COULIBALY Yacaria dit Zaki,

Chef de service de chirurgie pédiatrique du C.H.U Gabriel TOURE, merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la chirurgie pédiatrique. Votre grandeur d'âme, votre jeunesse d'esprit et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils, le savoir-faire que vous nous avez transmis. Puisse le seigneur vous combler de grâces.

À Pr Issa AMADOU, votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Votre apport pour la réalisation de ce travail, fut plus que considérable. Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maître toute ma reconnaissance et mon estime.

Aux docteurs : COULIBALY Oumar, KAMATE Bénoi, DOUMBIA Aliou, DJIRE Mohamed Kassoum, DAOU Moussa.

À mes encadreurs du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

Pr Aly Boubacar DIALLO chirurgien généraliste chef de service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

Pr Bathio TRAORE chirurgien généraliste

Pr Moussa DIASSANA chirurgien généraliste

Dr Mamadou Bernard COULIBALY chirurgien pédiatre

Dr Mamed SACKO Médecin généraliste

Durant notre séjour dans le service, vous n'avez ménagé aucun effort que pour nous former à l'art médical. A travers ce modeste travail, je vous témoigne toute ma gratitude.

Vous qui m'avez tant aidé tout au long de ce travail, vous avez été un soutien infaillible dans l'élaboration de ce document. Vous restez un homme soucieux de la réussite de vos jeunes frères, soit rassuré de mes sincères reconnaissances.

À tous mes collègues internes : Moumouni SIDIBE, Lassina A OUATTARA, Seydou BENGALY, Mohamed ONGOIBA, Issiaka DIARRA, Harouna A SAGARA, Ewelou SAGARA, Cheick O TOGOLA, Modibo COULIBALY, Oumar BERTHE et Siaka COULIBALY.

J'ai passé un moment inoubliable avec vous, merci pour la collaboration. Je vous souhaite bon courage et bonne continuation.

À tous les personnels paramédicaux de la chirurgie de l'hôpital de Sikasso : Namissa KEITA, Fatim SANOGO, Salimata KONE, Mr Salif KONE.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

À toute la 12ème promotion du numéris clausus de la FMOS Feu Pr Mamadou DEMBELE. En souvenir des bons moments passés ensemble. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

À tous mes camarades et amis du Point-G avec qui j'ai passé des moments difficiles. Les bancs de cette faculté nous ont réunis. Merci d'avoir été là à tous les instants. Merci pour les heures de fous rires, de joie et de folie. Je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.

À tous les personnels des services de la chirurgie et du bloc opératoire.

À tous les personnels médicaux et paramédicaux de l'Hôpital de Sikasso.

À tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation ou à l'élaboration de ce travail. A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Lassana KANTE

- ❑ **Maître de conférences Agrégé en Chirurgie Générale à la FMOS**
- ❑ **Chirurgien, praticien hospitalier au C.H.U Gabriel Touré**
- ❑ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)**
- ❑ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit non critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

Professeur Boubacar KAREMBE

- Maître de conférences à la FMOS**
- Spécialiste en chirurgie générale**
- Praticien hospitalier au CSRéf de la C III de Bamako**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)**
- Responsable du service de chirurgie du CSRéf C III de Bamako**

Cher Maître, votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mamadou Bernard COULIBALY

- Chirurgien pédiatre**
- Praticien hospitalier à l'hôpital de Sikasso**
- Détenteur du Diplôme Universitaire de Traumatologie Pédiatrique de l'Université Paris Cite**
- Détenteur de Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (D.F.M.S.A) en orthopédie pédiatrique à l'Université de Paris**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)**
- Membre de la société sénégalaise de chirurgie pédiatrique**
- Membre de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique (S.A.C.P)**

Cher Maître, vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le model que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période. C'est l'occasion pour nous d'exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Yacaria COULIBALY

- ❑ **Pr Titulaire en Chirurgie Pédiatrique à la FMOS**
- ❑ **Praticien Hospitalier au C.H.U Gabriel TOURE**
- ❑ **Diplômé en Nutrition Pédiatrique**
- ❑ **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres (S.A.C.P)**
- ❑ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)**
- ❑ **Membre de l'Association Malienne des Pédiatres (AMAPED)**
- ❑ **Chevalier de l'Ordre de Mérite de la Santé**

Cher Maître, vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscitent l'admiration de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

CPV : Canal Péritonéo-Vaginal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CO₂ : Dioxyde de Carbone

CAN : Coupe d'Afrique des Nations

% : Pourcentage

Fig : Figure

GT : Gabriel TOURE

HI : Hernie Inguinale

HID : Hernie Inguinale Droite

HIG : Hernie Inguinale Gauche

HIS : Hernie Inguino-Scrotale

HISD : Hernie Inguino-Scrotale Droite

HISG : Hernie Inguino-Scrotale Gauche

H : Hôpital

ha : Hectare

HO : Hernie Ombilicale

J : jour

Kg : Kilogramme

km : Kilomètre

km² : Kilomètre carré

Khi² : test de khi²

mm Hg : Millimètre de Mercure

mg : Milligramme

mn : minute

mm : Millimètre

VIP : Very Important Person

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES :	6
IV. METHODOLOGIE.....	38
V. RESULTATS :.....	46
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	57
CONCLUSION :.....	66
VII. RECOMMANDATIONS :.....	68
VIII. REFERENCES :	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Apparition du Processus vaginal = Expansion péritonéale sous la forme d'un diverticule en doigt de gant pair et symétrique qui gagne de chaque côté le bourrelet génital en empruntant le trajet du canal inguinal.....	7
Figure 2 : Evolution du canal péritonéo-vaginal chez le garçon.....	8
Figure 3 : Evolution du CPV chez la fille	9
Figure 4: Vue antérieure du canal inguinal.	10
Figure 5 : Constitution du canal inguinal.	11
Figure 6 : Conséquences de la persistance du canal péritonéo-vaginal	12
Figure 7 : Hernie bilatérale (image de COULIBALY MB, hôpital de Sikasso 2022).....	14
Figure 8 : Hernie de Claudius Amyand (image de COULIBALY MB, hôpital de Sikasso 2022).	14
Figure 9 : Hernie inguinale gauche et hernie ombilicale (image COULIBALY MB, hôpital Sikasso2022).	15
Figure 10 : Hernie de l'ovaire gauche (image COULIBALY MB, hôpital Sikasso 2022).	15
Figure 11 : Hernie inguinale	16
Figure 12 : Hernie funiculaire	16
Figure 13 : Hernie inguino-scrotale	17
Figure 14: Installation du patient et voie d'abord.	28
Figure 15: Dissection du sac herniaire.	28
Figure 16 : Identification du cordon spermatique.	28
Figure 17: Dissection des éléments et du sac.....	29
Figure 18: Fermeture du canal péritonéo-vaginal.	29
Figure 19 : Fermeture pariétale.	30
Figure 20 : particularités chez la fille.....	30
Figure 21 : Méthode de réduction par taxis.	35

Figure 22 : Cadre des cercles de Sikasso.	39
Figure 23 : Répartition des patients selon le sexe	46
Figure 24 : Répartition des patients selon la provenance.....	47
Figure 25 : Répartition des patients selon le mode d'admission.	48
Figure 26: Répartition des patients selon le motif de consultation.....	48
Figure 27 : Répartition des patients selon le côté atteint.	49
Figure 28 : répartition des patients selon la présence de la douleur	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	46
Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.....	47
Tableau III : Répartition des patients selon le mode d'apparition de la tuméfaction.....	49
Tableau IV : Répartition des patients selon le terme de grossesse.	50
Tableau V : Répartition des patients selon la circonstance de découverte.	50
Tableau VI : Répartition des patients selon la réductibilité.	51
Tableau VII : Répartition selon la forme clinique.	51
Tableau VIII : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie inguino-scrotale	51
Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et le type de hernie	52
Tableau X : Répartition des types de hernie selon les complications.....	52
Tableau XI : Répartition des patients selon les pathologies et malformations associées	53
Tableau XII : Répartition selon le contenu du sac herniaire.....	54
Tableau XIII : Répartition des patients opérés selon les suites opératoires immédiates.....	54
Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier.....	55
Tableau XV : fréquences selon les auteurs.	57
Tableau XVI : répartition du sexe des patients selon les auteurs.....	58
Tableau XVII : Siège de la hernie selon les auteurs	60
Tableau XVIII : Tableau comparatif des pathologies et malformations associées.....	62

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La hernie inguinale de l'enfant est une lésion congénitale résultant de la persistance anormale du canal péritonéo-vaginal [1]. C'est une hernie oblique externe traversant une paroi saine et tonique chez le garçon. Chez la fille, elle est due à une persistance du canal de Nüeck [1,2].

Le canal péritonéo-vaginal est spontanément fermé à la naissance dans 40 % des cas et dans 60 % des cas à la fin de la première année de vie [1,3].

L'incidence de la hernie inguinale chez l'enfant est estimée entre 1 et 13 % selon les auteurs et atteint 30 % chez les prématurés [4,5].

Dans les pays développés tels que la France, la hernie inguinale est une pathologie fréquente puisque l'incidence globale varie de 0,8 à 4,4 % chez l'enfant tout âge confondu et atteint près de 30 % chez l'enfant prématuré [3].

En Afrique l'incidence de la hernie inguinale diffère :

Au Togo en 2016, une étude rapporte que les pathologies du CPV représentent 20% des tuméfactions inguino-scrotales [6].

En 2006 une étude réalisée en Côte d'Ivoire a retrouvé une prévalence de 18,2% [2].

Au Mali en 2011 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU-Gabriel TOURE une étude rapporte une fréquence hospitalière 5,29% [7].

Le diagnostic de la hernie inguinale est clinique, le praticien découvre chez le petit garçon une tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale réductible, impulsive lors des pleurs et/ou de la toux, ou une tuméfaction mobile non douloureuse de la grande lèvre chez la fille [1,8].

Certains examens complémentaires ont été utilisés pour confirmer le diagnostic d'une hernie, mais également à la recherche d'une hernie controlatérale latente [1,8].

Les principales complications sont l'engouement et l'étranglement de la hernie inguinale [2].

Le traitement est chirurgical et diffère considérablement de celui de l'adulte en raison de particularités anatomiques et physiopathologiques notables [1,2,5].

La prise en charge est très bien codifiée et donne de bons résultats.

L'Hôpital de Sikasso constitue le niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire de la 3ème région administrative, aucune étude sur les hernies inguinales chez l'enfant n'a été effectuée d'où le présent travail.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Etudier la hernie inguinale chez l'enfant à l'hôpital de Sikasso.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la hernie inguinale de l'enfant.
- Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la hernie inguinale de l'enfant.
- Déterminer les suites postopératoires.

GENERALITES

III. GENERALITES :

3.1. Définition : [9]

Une hernie inguinale est l'issue de viscères abdominaux qui empruntent le trajet du canal inguinal. Suivant le trajet du canal inguinal on distingue :

- la pointe herniaire qui s'engage dans l'orifice profond ;
- la hernie interstitielle qui s'engage dans l'épaisseur de la paroi ;
- la hernie complète qui pénètre dans le scrotum, on parle de hernie inguino-scrotale.

3.2. Rappel

3.2.1. Epidémiologie [10,11]

a. Selon l'âge et le sexe

La persistance du CPV est très fréquente chez les petits enfants, elle peut être asymptomatique. La prévalence de la hernie inguinale est de 3 à 4 %. Elle est plus fréquente chez le prématuré que chez le nouveau-né à terme, chez le garçon que chez la fille [12]. Elle apparaît dans 1/3 de cas avant l'âge de 1 an [10]. La hernie est plus fréquente à droite (60%) qu'à gauche (30%). Elle est bilatérale dans 10% des cas [11]. Chez l'homme jeune, on voit toujours une hernie inguinale indirecte ou oblique externe, tandis que chez les hommes âgés, obèses ou maigris, on rencontre souvent une hernie inguinale directe.

b. Selon les causes

La principale cause d'apparition des hernies inguinales chez l'enfant est la persistance de la perméabilité du CPV.

3.2.2. Embryologie : [13,14,15]

La formation de la région inguinale débute au 3ème mois de la vie intra-utérine : le péritoine émet de façon symétrique un diverticule en doigt de gant, le processus vaginal, qui sort de la cavité abdominale par l'anneau inguinal interne, alors que les gonades sont encore en situation rétro péritonéale. L'évolution du processus vaginal est différente selon les deux sexes. (Fig.1)

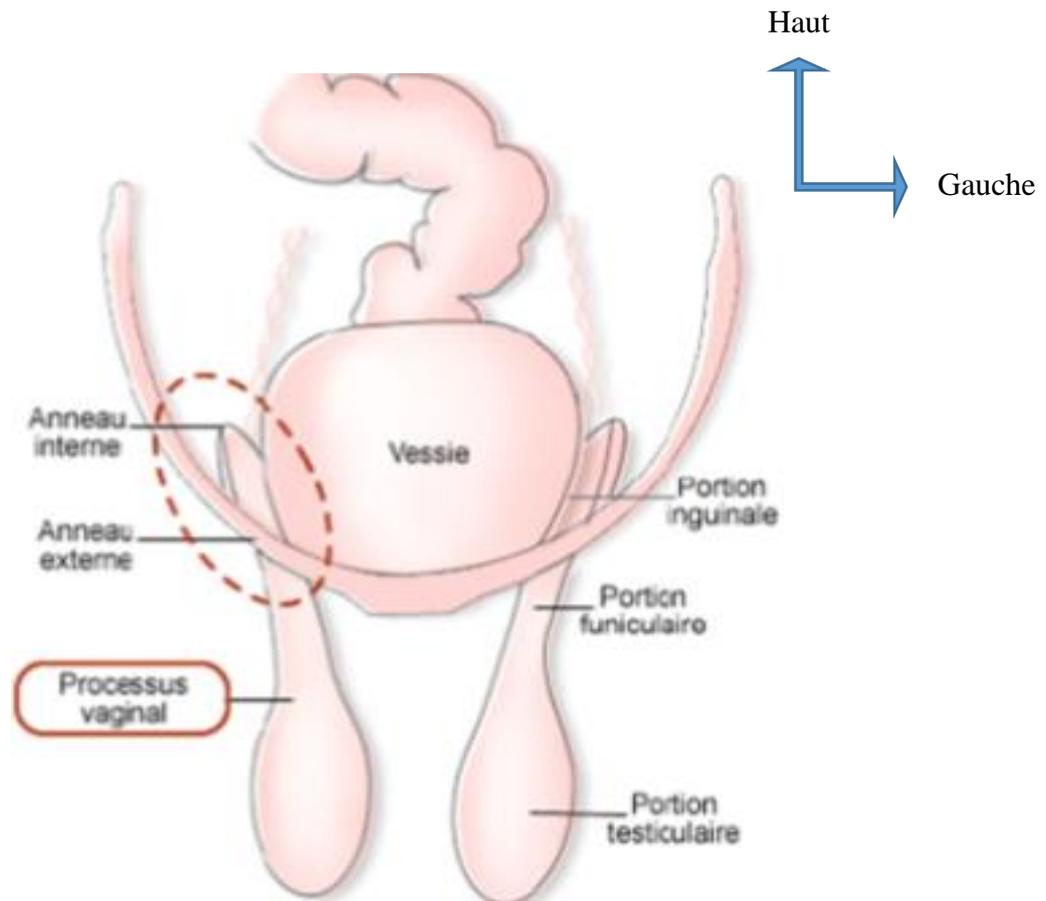


Figure 1: Apparition du processus vaginal = Expansion péritonéale sous la forme d'un diverticule en doigt de gant pair et symétrique qui gagne de chaque côté le bourrelet génital en empruntant le trajet du canal inguinal [13].

❖ **Chez le garçon :**

Ce diverticule suit le trajet du gubernaculum testis permettant la migration du testicule depuis la crête uro-génitale jusque dans le scrotum.

Au 3ème mois, le testicule est en situation rétro-péritonéale puis il débute sa descente, attiré par le gubernaculum testis en formation, en repoussant devant lui le péritoine. Entre le 7ème et le 8ème mois, il passe l'anneau externe et descend dans le scrotum, dirigé par les fibres centrales du gubernaculum testis.

Entre le 8ème et le 9ème mois débute la régression du processus vaginal. Au niveau du canal inguinal, il se ferme complètement et ne laisse qu'un mince cordon fibreux : le ligament de Cloquet.

Sa partie distale ne subit aucun changement et forme la vaginale du testicule, d'où sa dénomination de canal péritonéo-vaginal. **(Fig. 2)**

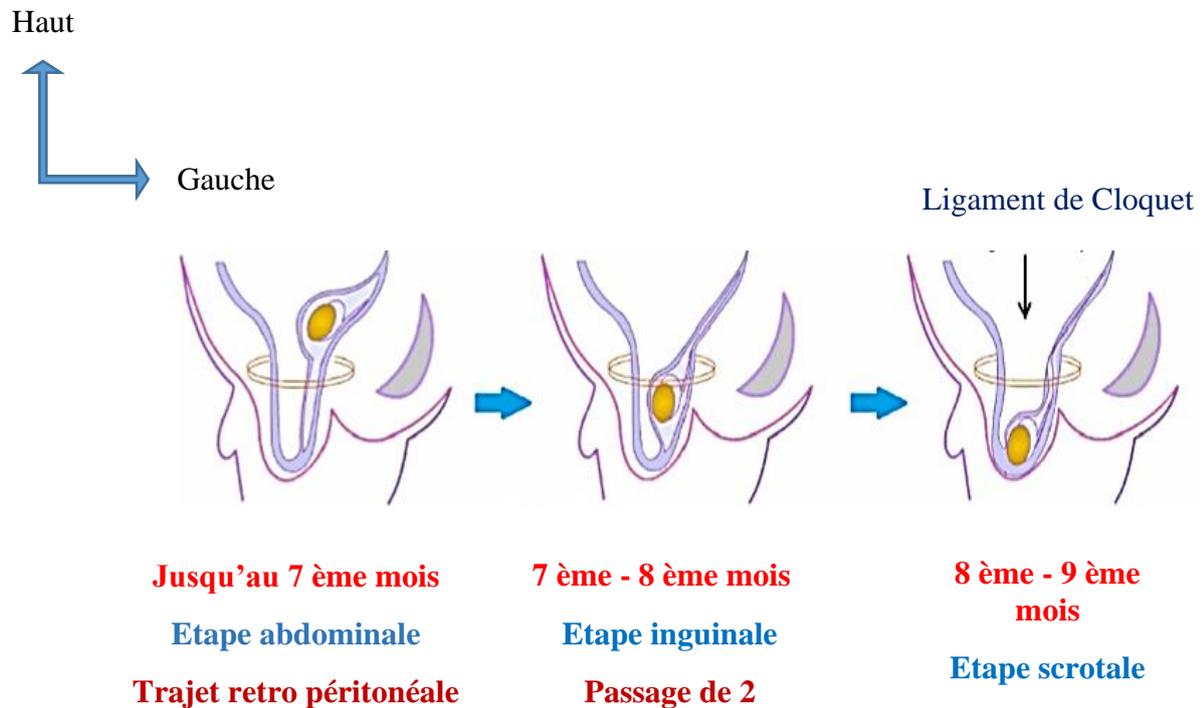


Figure 2 : Evolution du canal péritonéo-vaginal chez le garçon [13].

Chez la fille :

Le processus vaginal est appelé canal de Nüch. Il suit le trajet du ligament rond, équivalent embryonnaire du gubernaculum testis, suivant un trajet arqué vers l'avant en direction du canal inguinal, pour se fixer sur les grandes lèvres.

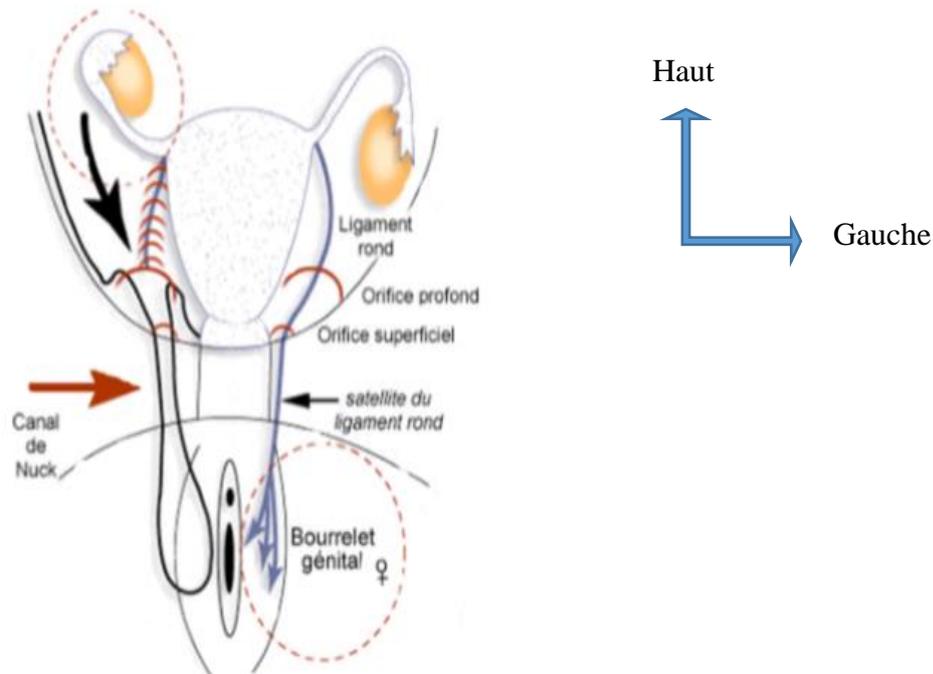


Figure 3 : Evolution du CPV chez la fille [13]

3.2.3. Anatomie : [16,17,18]

a. Anatomie du canal inguinal :

La région de l'aîne constitue une jonction entre la paroi abdominale antérieure et le membre inférieur. Elle est divisée en deux parties par le ligament inguinal : la région inguinale au-dessus et la région fémorale en dessous.

Le canal inguinal est un passage en chicane, présentant un trajet oblique en bas et en dedans, situé au-dessus et parallèlement au ligament inguinal.

❖ Les orifices du canal inguinal :

L'entrée du canal inguinal est l'anneau inguinal profond, situé immédiatement en dehors des vaisseaux épigastriques inférieurs, et sa sortie, l'anneau inguinal superficiel, se situe au-dessus du tubercule du pubis.

Les parois du canal inguinal sont constituées d'une :

➤ **Paroi antérieure, formée par :**

- L'aponévrose du muscle oblique externe sur toute la longueur ;

- Les fibres inférieures du muscle oblique interne, renforcement latéral.
- **Paroi postérieure, formée par :**
 - le fascia transversalis, sur toute la longueur du tendon conjoint ou faux inguinal, renforçant son tiers interne (réunion des tendons de terminaisons des muscles obliques internes et les muscles transverses).
- **Paroi inférieure ou plancher, formée par :**
 - la moitié du ligament inguinal ;
 - les fibres interne inférieures de l'aponévrose de l'oblique, formant une gouttière sur le ligament.
- **Paroi supérieure ou toit, formée par :**
 - les fibres arquées des muscles obliques internes et transverses, passant de leur insertion latérale sur le ligament inguinal à leur terminaison commune médiale, le tendon conjoint.

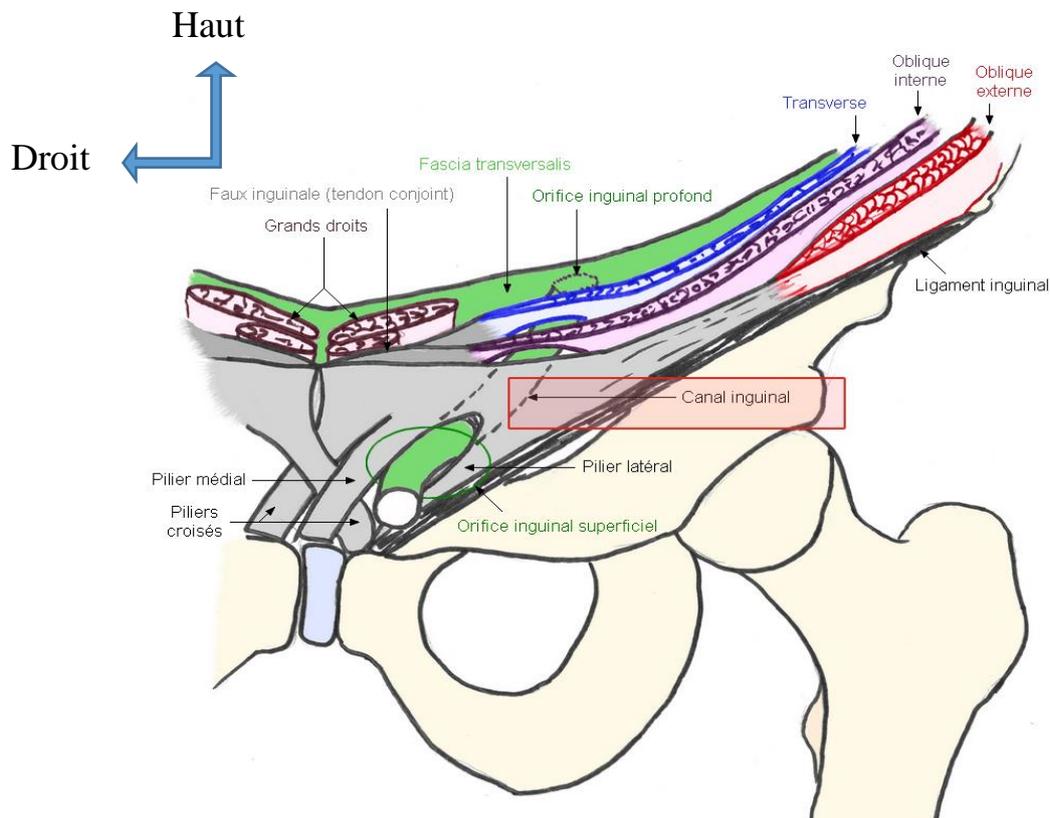


Figure 4: Vue antérieure du canal inguinal [17].

b. Contenu du canal inguinal :

Il contient le rameau génital du nerf génito-fémoral et le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond de l'utérus chez la femme, et dans les deux sexes, le nerf ilio-inguinal qui traverse une partie du canal.

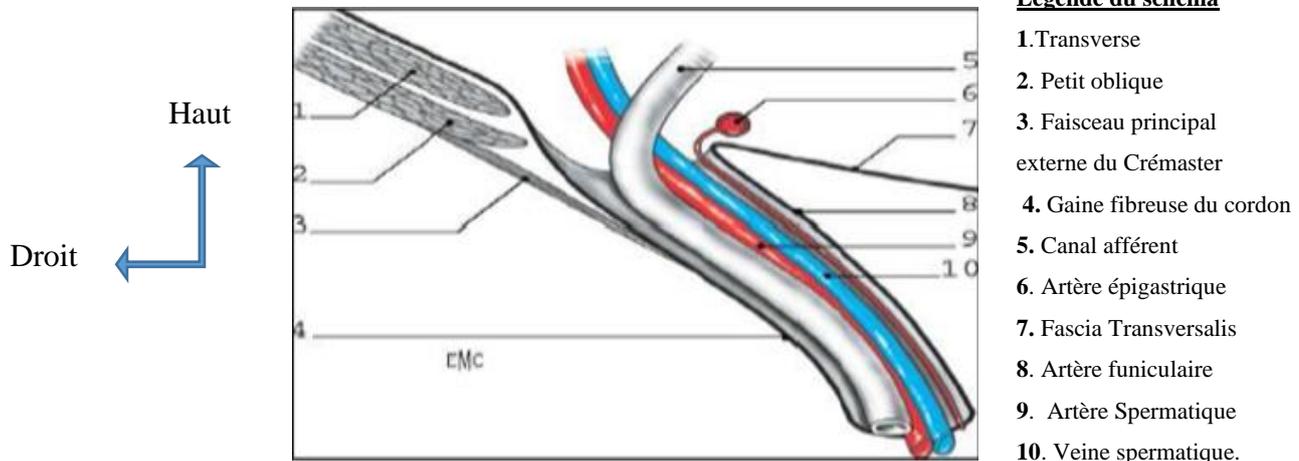


Figure 5 : Constitution du canal inguinal [18].

3.3. Anatomopathologie de la hernie inguinale [19,20,21]

3.3.1. Différents types de hernie :

La hernie de l'enfant est une hernie oblique externe à travers une paroi saine et tonique, suivant un trajet oblique de dehors en dedans, de la profondeur à la superficie. Elle correspond à la persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon, et à celle du canal de Nüick chez la fille.

Ces anomalies sont le résultat d'un défaut de maturation plus qu'une véritable malformation et les structures musculaires régionales sont normales.

On estime que le processus péritonéo-vaginal reste perméable chez environ 80 à 90 % des nouveau-nés. 50 % restent ouverts à la fin de la première année de vie, et ce processus d'oblitération se poursuit jusqu'à la fin de la deuxième année de vie.

❖ Chez le garçon

La hernie inguinale correspond à l'absence ou au défaut d'involution du sac ou canal péritonéo-vaginal, accompagnant le testicule lors de sa descente dans la bourse entre les semaines 24 et 34 de la vie fœtale.

C'est l'enveloppe séreuse péritonéale qui recouvre une partie du testicule et de l'épididyme. Son émanation à partir de l'orifice inguinal profond donne naissance à une structure tubulaire ou canalaire. Le cloisonnement partiel et étagé du canal péritonéo-vaginal peut induire une hydrocèle distale souvent largement communicante avec la cavité péritonéale.

Le kyste du cordon correspond à un cloisonnement funiculaire du canal péritonéo-vaginal. Les trois modes d'expression de la non-involution du canal péritonéo-vaginal peuvent coexister.

Chez la fille

La hernie inguinale correspond à l'absence ou un défaut d'involution du canal de Nüeck longeant le ligament rond et plongeant dans la grande lèvre. Le cloisonnement partiel du canal de Nüeck peut s'exprimer cliniquement sous la forme d'un kyste retrouvé au-dessus de la grande lèvre.

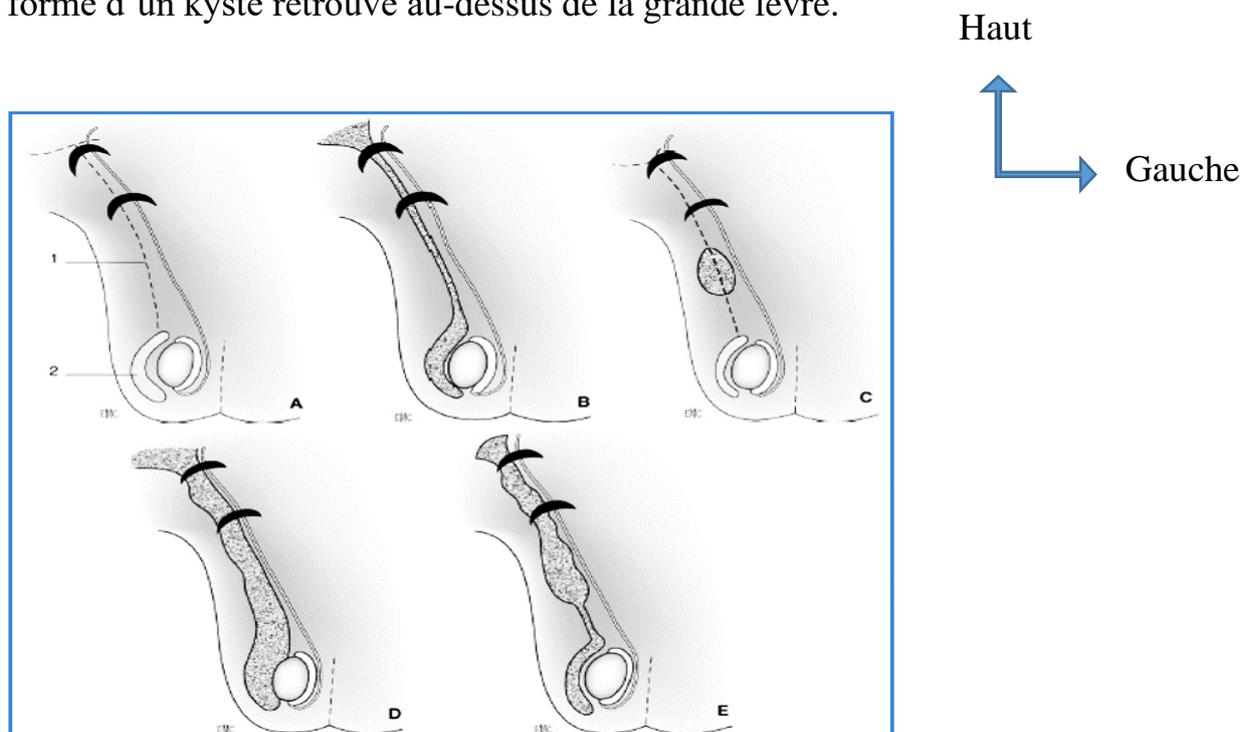


Figure 6 : Conséquences de la persistance du canal péritonéo-vaginal [20]

A : Evolution normale du processus vaginal :

1 : ligament de Cloquet ; 2 : vaginale

B : Hydrocèle de la vaginale ; **C :** Kyste du cordon ; **D :** Hernie inguino-scrotale;

E : Hernie funiculaire associée à une hydrocèle du cordon ;

Ces anomalies peuvent être associées entre elles : hernie inguinale associée à un kyste du cordon et/ou à une hydrocèle, rendant parfois leur distinction clinique malaisée.

3.3.2. Description [22,23,24]

a. L'enveloppe :

De dedans en dehors, elle est constituée par :

- Un sac herniaire formé par l'évagination péritonéal à travers l'orifice herniaire.
- Un tissu adipeux formant des lipomes.
- La paroi abdominale
 - ❖ Le sac herniaire présente :
 - Un collet : zone rétrécie en regard de l'orifice herniaire.
 - Un corps herniaire, la partie la plus élargie faisant suite au collet. Il contient les viscères herniés.
 - Un fond sacculaire, partie la plus externe.

b. Le contenu : Si le canal est large, le contenu peut être :

- De l'épiploon
- Un viscère intra-abdominal : des anses intestinales (portion du grêle ou colique), de l'ovaire, de l'appendice (hernie de Claudius Amyand) ou un diverticule de Meckel (hernie de Littré).

Si le canal est étroit, seul du liquide péritonéal s'accumulera pour former une hydrocèle.

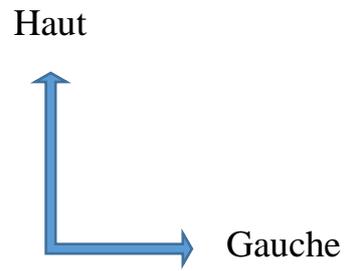


Figure 7 : Hernie bilatérale (image de l'hôpital de Sikasso 2022).

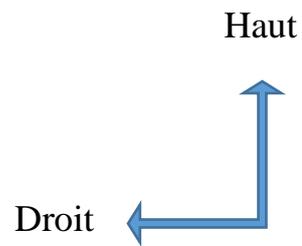
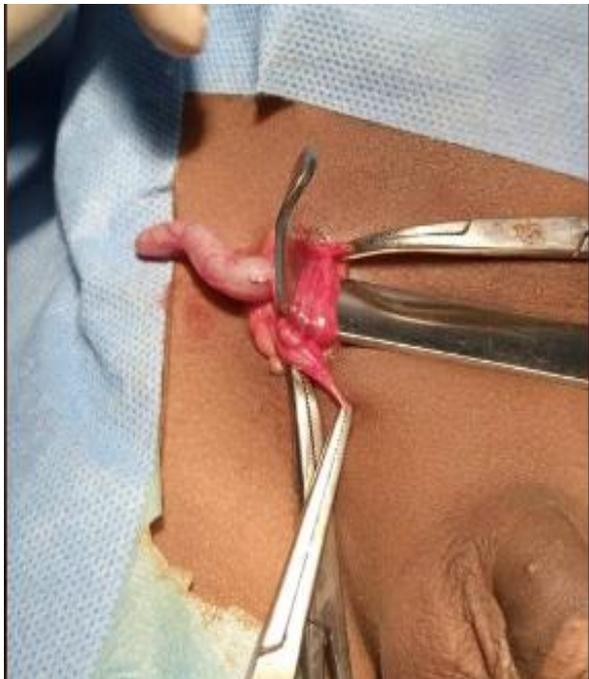


Figure 8 : Hernie de Claudius Amyand (image de l'hôpital de Sikasso 2022).

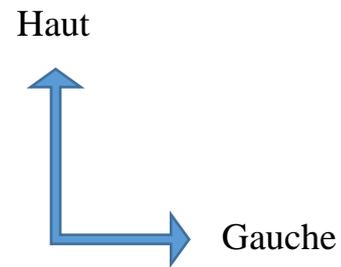


Figure 9 : Hernie inguinale gauche et hernie ombilicale (image de l'hôpital Sikasso2022).

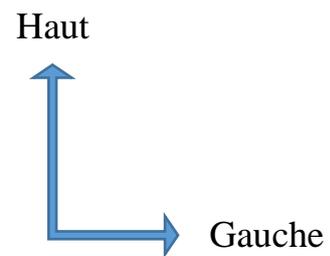


Figure 10 : Hernie de l'ovaire gauche (image de l'hôpital Sikasso 2022).

3.1. Classification anatomique des hernies : [25,26]

Selon le niveau du fond du sac, on parle de hernie inguinale, inguino-scrotale, ou funiculaire.

- a. **La hernie inguinale** : il s'agit d'une oblitération de la partie proximale du canal, d'abord hernie interstitielle (dans le canal), puis une pointe de hernie (dépassant à peine l'orifice superficiel).

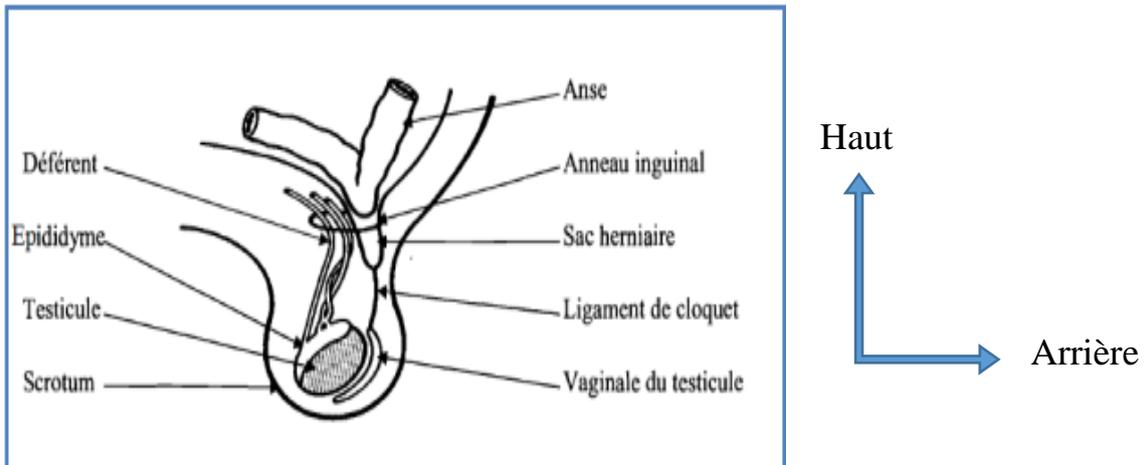


Figure 11 : Hernie inguinale [25]

- b. **La hernie funiculaire** : elle ne concerne que la région inguinale, se prolongeant peu ou pas à la partie supérieure de la bourse correspondant à l'oblitération partielle distale du CPV.

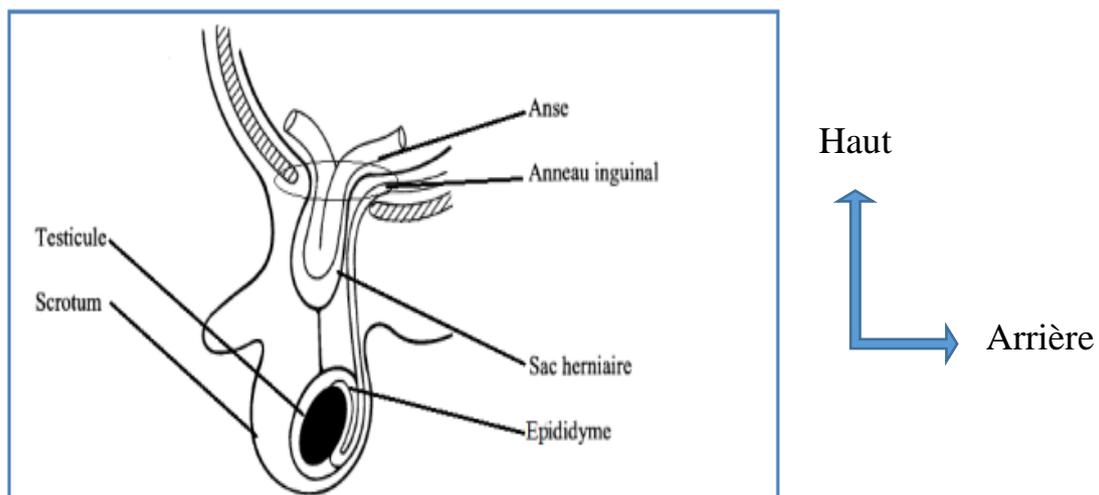


Figure 12 : Hernie funiculaire [26]

c. La hernie inguino-scrotale : elle se prolonge dans la bourse et est caractérisée par un CPV perméable sur toute sa hauteur.

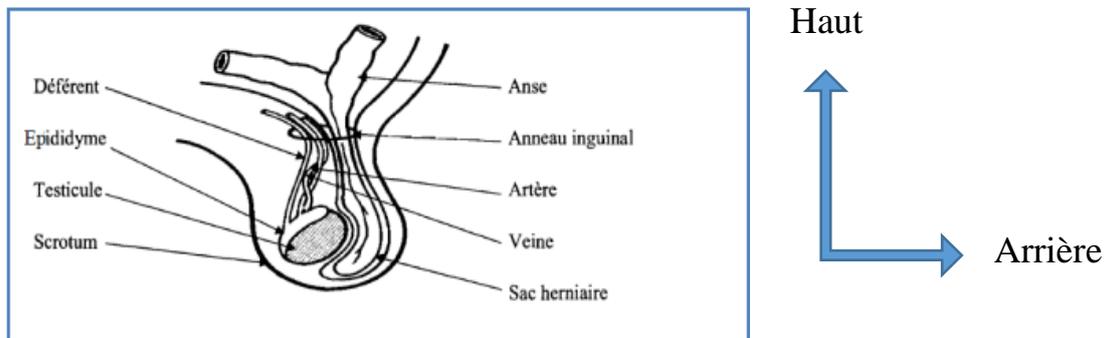


Figure 13 : Hernie inguino-scrotale [25]

3.2. Signes [11,25]

3.5.1. Type de description : hernie inguinale simple du nourrisson de sexe masculin.

a. Interrogatoire

Permet de préciser :

- ✓ La date et les modalités d'apparition :
 - A la naissance ;
 - Récente ou ancienne ;
 - Progressive ;
 - Brutale et douloureuse au cours d'un effort ;
 - Parfois, il s'agit d'une récurrence.
- ✓ L'existence ou non de troubles fonctionnels :
 - Simple gêne, pesanteur, tiraillement ;
 - Douleurs à l'effort ;
 - Troubles digestifs, surtout si la hernie est volumineuse ;
 - Le retentissement sur l'activité physique.
- ✓ Les antécédents personnels et familiaux du patient
 - Le terme de la grossesse ;
 - L'existence de hernie inguinale chez les parents et/ou dans la fratrie.

b. L'examen physique

↳ Examen local

L'examen local doit être conduit de façon méthodique :

- Debout, puis en position couchée ;
- En faisant tousser ou crier le malade, pour extérioriser la hernie.

✓ L'inspection

- Parfois on ne voit rien.
- Parfois, la tuméfaction est évidente et on appréciera :
 - son volume;
 - son caractère impulsif et expansif à la toux, aux cris et aux pleurs.
- L'inspection permet également d'étudier l'aspect des bourses et la peau en regard de la tuméfaction : elle est généralement saine.

✓ La palpation

Elle permet :

De rechercher les repères anatomiques de la région inguinale :

- La ligne de Malgaigne qui correspond à la projection cutanée du ligament inguinal tendu, de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis.
- Les vaisseaux fémoraux : les battements de l'artère fémorale sont perçus un peu en dehors du milieu de la ligne de Malgaigne (projection cutanée du ligament inguinal ou arcade crurale).

- Percussion

La percussion peut renseigner sur le contenu des hernies les plus volumineuses :

- Sonore : grêle ou côlon ;
- Matité : omentum.

↳ Examen régional et général

- On vérifie l'état de la peau en regard de la hernie.

- On recherche attentivement une autre hernie, en particulier de l'autre côté (les mêmes causes produisant les mêmes effets).

Examen général, des autres appareils et systèmes

Le reste de l'examen est complété par l'examen général et l'examen des différents appareils et systèmes.

3.5.2. Les formes cliniques

a. Les formes selon le terrain

➤ Chez le prématuré

Il s'agit le plus souvent d'une forme bilatérale car les canaux inguinaux ont eu moins de temps pour se refermer. Le taux de décès lié au traitement chirurgical est majoré par le risque de détresse respiratoire lié à l'anesthésie générale et l'état immature des systèmes et fonctions des organes. Exemple : foie (métabolisme des drogues) ; reins (élimination des médicaments).

Ces problèmes posés à l'anesthésie générale par rapport au terrain pourraient être amoindries par l'utilisation de matériels et de drogues adaptés à l'anesthésie du nouveau-né.

➤ Chez la fille avant l'âge de 3 mois

C'est fréquemment l'ovaire qui s'extériorise dans la hernie inguinale : on parle alors de "hernie de l'ovaire". Il s'agit d'une tuméfaction ovoïde, ferme, de 10 à 15 mm de grand axe, siégeant à la racine de la grande lèvre, devant le pubis ou devant l'orifice externe du canal inguinal.

➤ Chez la plus grande fille (5 ans)

Le contenu herniaire est toujours intestinal, et la sémiologie rejoint celle du garçon.

b. Les formes anatomiques

Selon l'importance du sac herniaire on distingue :

- La pointe herniaire : où le fond du sac est limité au niveau de l'orifice inguinal profond

- La hernie interstitielle : c'est-à-dire elle n'atteint pas l'orifice inguinal superficiel et reste en intra-canalair ;
- La bubonocèle : où le sac atteint l'orifice inguinal superficiel et fait saillie sous la peau ;
- La hernie funiculaire : elle dépasse l'orifice inguinal superficiel mais n'atteint pas le scrotum ;
- La hernie inguino-scrotale : où le sac dépasse l'orifice inguinal superficiel et atteint le scrotum.

c. Les formes topographiques

Selon les formes topographiques on distingue :

- La hernie inguinale droite : c'est la forme la plus fréquente et représente 60% des cas ;
- La hernie inguinale gauche qui représente 30% des cas ;
- La hernie inguinale bilatérale : elle représente 10% des cas.

d. Les formes selon le contenu

Tous les organes peuvent se retrouver dans le sac herniaire, en particulier les organes de voisinage et les organes mobiles.

Habituellement, on retrouve :

- ✓ L'omentum : dans ce cas il s'agit d'un épiplocèle et la palpation peut retrouver une masse de consistance grenue, dense et irrégulière
- ✓ L'intestin grêle : c'est la plus fréquente des situations, il s'agit d'une entérocele et dans ce cas la palpation retrouve une masse rénitente et gargouillante.
- ✓ Le côlon est fréquemment retrouvé dans les hernies du côté gauche et peut donner lieu à une forme particulière, la hernie par glissement où le côlon descend avec son fascia d'accolement (fascia de Toldt gauche), et on ne trouve donc plus de sac à ce niveau, ce qui représente un risque pour le chirurgien ; on peut se trouver en présence d'une volumineuse hernie inguinale gauche. Le lavement baryté permet d'en faire le diagnostic.

- ✓ La vessie : appartient presque toujours au contenu d'une hernie directe à très large collet et peut donner lieu à des troubles urinaires ; l'urographie intraveineuse peut montrer le diverticule vésical intra herniaire.
- ✓ L'ovaire : c'est la forme la plus fréquemment rencontrée chez la fillette avant l'âge de 3 mois. L'ovaire s'extériorise dans la hernie inguinale : on parle alors de "hernie de l'ovaire". Il s'agit d'une tuméfaction ovoïde, ferme de 10 à 15 mm de grand axe, siégeant à la racine de la grande lèvre. Il ne faut surtout pas tenter de réduire ces hernies du fait du risque important de léser l'ovaire.
- ✓ La hernie de Littré : c'est une forme rare qui résulte de la présence du diverticule de Meckel dans le sac herniaire.
En cas d'ascite, la hernie se remplit en position debout et se vide en position couchée.

e. Les formes évolutives

↳ L'étranglement herniaire

Il peut compliquer tous les types de hernies, en particulier les hernies à grand sac et à collet étroit ; c'est une striction brutale, permanente et serrée du contenu herniaire au niveau du collet et il peut s'agir :

- ✓ D'une striction de l'anse et de son méso ;
- ✓ D'une striction du bord anti mésentérique de l'intestin "pincement latéral" ;
- ✓ D'une épiplocèle : nécrose épiploïque (moins grave) ;
- ✓ D'une hernie en W.

Sur le plan clinique, les signes locaux se modifient d'une façon caractéristique qui ne prête pas à discussion.

La hernie devient :

- ✓ Globuleuse et tendue ;
- ✓ Douleuruse ;
- ✓ Irréductible ;
- ✓ Non impulsive ni à la toux, ni aux cris, ni aux pleurs.

Ces signes imposent une intervention chirurgicale d'urgence, avant l'apparition des signes abdominaux et généraux qui sont ceux d'une occlusion par strangulation.

L'étranglement herniaire (si l'intestin est intéressé) réalise une occlusion mécanique par strangulation qui va évoluer vers :

- La nécrose ;
- La perforation viscérale qui peut se faire :
 - Dans le sac : phlegmon pyo-stercoral ;
 - Dans la grande cavité péritonéale : péritonite aiguë généralisée.

↳ **L'engouement herniaire**

Il s'agit d'une forme mineure d'étranglement : la hernie est irréductible ou partiellement réductible ; elle est gênante sans être douloureuse et il n'y a pas de signes abdominaux. L'intervention doit être également rapide.

↳ **L'irréductibilité sans étranglement**

Cette forme clinique se voit surtout lorsque les hernies sont géantes et le contenu ne peut plus réintégrer la cavité abdominale : on parle alors de « perte de droit de cité ».

3.3. Diagnostic positif

3.6.1. Hernie inguinale simple

Le diagnostic positif de la hernie inguinale chez l'enfant est avant tout clinique. Il se fait par un interrogatoire minutieux et un examen physique bien conduit. Il s'agit d'un nourrisson connu porteur ou non de tuméfaction inguinale d'évolution paroxystique. Cette tuméfaction inguinale est indolore, de volume variable, impulsive à la toux, aux cris, aux pleurs ; et elle est réductible.

3.6.2. Hernie inguinale étranglée

La hernie devient douloureuse, non impulsive à la toux, aux cris et aux pleurs et elle devient irréductible.

On peut utiliser certains examens complémentaires telle que l'échographie inguino-scrotale ou inguino-labiale pour confirmer le diagnostic dans les cas douteux.

3.4. Diagnostics différentiels [21,25,27]

3.7.1. Dans les hernies inguinales simples.

Le diagnostic différentiel se fera avec :

➤ **La hernie fémorale**

Elle est très rare chez l'enfant et se voit le plus souvent chez la femme. Il s'agit d'une tuméfaction au niveau de la racine de la cuisse, située en dessous de la ligne de Malgaigne.

➤ **L'hydrocèle**

Il s'agit d'un épanchement séreux de la vaginale, non impulsif dont le diagnostic se fait par diaphanoscopie.

➤ **Le kyste du cordon spermatique**

Il s'agit d'une tuméfaction permanente, siégeant sur le trajet du cordon spermatique entre l'orifice inguinal superficiel, qui est libre, et le testicule. Le kyste est arrondi, bien limité, parfois sensible, plus ou moins tendu, transluminale. Lorsqu'il se situe à proximité de l'orifice inguinal superficiel, on peut le confondre

avec une hernie inguinale extériorisée, d'autant qu'à la pression il lui arrive de s'engager dans le canal inguinal.

➤ **L'ectopie testiculaire**

Un testicule ectopique peut être en position inguinale. On palpe alors une tuméfaction ovale, ferme, bien limitée, indolore, parfois abaissable vers la racine de la bourse homolatérale qui est vide.

➤ **La varicocèle**

Varice scrotale, tuméfaction molle, dépressible, disparaissant en position couchée.

➤ **Une adénopathie inguinale**

Elle peut être confondue avec une hernie de l'ovaire. L'adénopathie inguinale est plus basse et plus externe, ferme, immobile, le plus souvent indolore, et rarement unique.

3.7.1. Dans les hernies inguinales étranglées

Le diagnostic différentiel se fera avec :

➤ **La torsion néonatale du kyste du cordon spermatique**

Elle est caractérisée par l'existence d'une grosse bourse inflammatoire contenant une masse ferme peu ou pas douloureuse (car la torsion était in-utéro).

➤ **La torsion du testicule ectopique inguinal**

On observe un syndrome douloureux sur un testicule en ectopie inguinale. Le fait important, c'est que le scrotum est vide.

➤ **L'épididymite chez le nourrisson**

Elle est rare. On est devant une grosse bourse d'apparition aiguë. La palpation révèle un gros épидидyme au-dessus d'un testicule normal. Le nourrisson est fébrile.

➤ **L'abcès inguinal collecté**

Il se caractérise par l'existence d'une tuméfaction inguinale fluctuante et douloureuse.

La ponction ramène du pus franc et celle-ci confirme le diagnostic.

3.5. Traitement : [27,28,29]

3.8.1. But :

- Suppression du canal péritonéo-vaginal ou du canal de Nüch ;
- Vérification du contenu de la hernie en cas d'étranglement.

3.8.2. Moyens et méthodes

Pour la prise en charge des hernies inguinales de l'enfant nous avons essentiellement : les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux.

a. Méthodes médicales :

- Antalgiques
 - Paracétamol à la dose de 60 mg/kg/j ;
- Anti-inflammatoire
 - Aspirine à la dose de 20 mg/kg/j ;
- Antibiotiques
 - Amoxicilline à la dose de 50 mg/kg en trois prises ;
 - Céphalosporine de 3ème génération : ceftriaxone à la dose de 50-100mg/kg/j en deux prises ;
 - Imidazolés : Métronidazole à la dose de 30mg/kg/j en trois prises ;
 - Aminoside : Gentamicine à la dose de 3mg/kg/j en trois prises ;
- Les solutés de remplissage utilisés surtout en per opératoire.
- Les antiseptiques locaux pour les soins locaux de la plaie opératoire.

b. Méthodes chirurgicales : [30,31]

C'est l'essentiel du traitement.

❖ **Herniotomie de Pott : [28,29]**

Chez le garçon

➤ **L'installation**

En décubitus dorsal, sans billot, l'enfant est examiné sous anesthésie de façon à vérifier la position des testicules et bien sûr le côté à opérer.

Lors de l'installation, on prendra soin de dessiner au crayon le tracé de l'incision.

➤ **Incision cutanée**

Il s'agit d'une herniotomie inguinale et se pratique par une courte incision horizontale dans le pli abdominal inférieur. Cette incision s'arrête à 1 cm en dehors de l'épine du pubis palpée au travers du pannicule adipeux.

➤ **La dissection du fascia superficialis**

Après ouverture cutanée et dissociation du plan graisseux sous-jacent à l'aide de deux petits écarteurs de Farabeuf, on découvre le fascia superficialis qu'on fend d'un coup de ciseau. Toujours avec les écarteurs de Farabeuf on exerce une traction orientée dans le sens des fibres du muscle oblique externe pour découvrir le canal inguinal superficiel et le cordon spermatique qui en sort.

➤ **La dissection du cordon spermatique**

Le cordon spermatique est disséqué tout d'abord dans sa globalité sans chercher à en individualiser les éléments, puis présenté à l'aide d'une pince d'ombrédanne ou d'un lac sans traction pour ne pas le léser. La branche génitale du nerf génito-fémoral doit être soigneusement respectée pendant l'exposition du cordon.

Après incision de la fibreuse commune du cordon, le sac herniaire est repéré, pincé puis disséqué aux ciseaux en refoulant avec douceur les éléments vasculo-nerveux du cordon et le canal déférent. Le canal déférent doit être parfaitement visualisé sans être disséqué pour ne pas risquer d'être lésé ; il a fréquemment un trajet en « boucle », ce qui doit être une préoccupation constante au long de la dissection. Cette dissection doit être exsangue, l'électrocoagulation mono polaire étant proscrite pour ne pas occasionner de lésion adjacente. En cas de nécessité d'hémostase, la coagulation bipolaire doit être préférée.

➤ **Le traitement du sac herniaire**

La dissection du cordon permet d'isoler le sac herniaire (CPV) de manière à pouvoir en faire le tour et à le sectionner entre deux pinces en contrôlant en permanence le trajet du canal déférent. La portion proximale du sac herniaire est disséquée jusqu'à l'orifice profond où elle est ligaturée par une bourse ou un point transfixiant (fil résorbable 4/0) et l'excédent de sac est réséqué.

Si le sac herniaire est borgne, il est retiré dans sa totalité après isolement des éléments nobles du cordon.

Si le sac communique avec la vaginale testiculaire, la portion distale est habituellement abandonnée : il n'est pas conseillé d'en faire la résection.

Enfin, du fait de la mobilisation du cordon, il faut, en fin d'intervention, prendre soin de repositionner le testicule en situation scrotale car celui-ci est toujours attiré lors de la dissection du sac.

➤ **La fermeture**

Elle doit être la plus anatomique possible en reconstituant l'orifice inguinal superficiel.

Après d'éventuel abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale, conseillé en cas de volumineux sac herniaire ayant distendu le canal inguinal, l'aponévrose du muscle grand oblique est suturée en avant du cordon par des points séparés de fil résorbable 2/0.

Après vérification de l'hémostase, une simple réfection du fascia superficialis permet une cicatrice de bonne qualité pratiquement invisible.

La fermeture cutanée est assurée par des points séparés inversés intradermiques de fil résorbable 5/0. Le pansement idéal est un aérofilm imperméable, surtout chez le tout-petit.

Un simple pansement sec est laissé en place pendant 48 heures. Il n'y a pas de soin postopératoire particulier, les fils étant résorbables. Il faut proscrire les bains

pendant une durée de 8 jours et prévenir les parents de la possibilité d'un léger œdème scrotal pendant quelques jours.

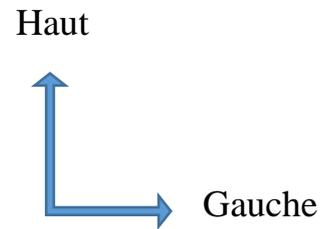


Figure 14: Installation du patient et voie d'abord.

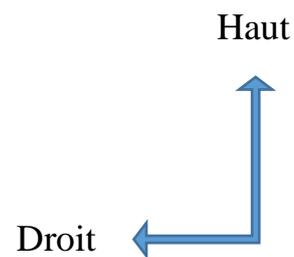
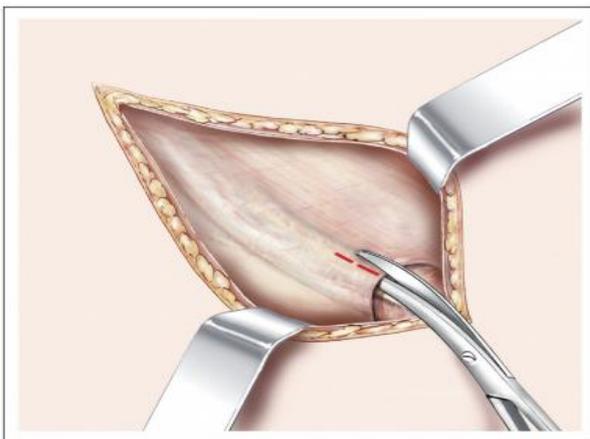


Figure 15 : Dissection du sac Herniaire.

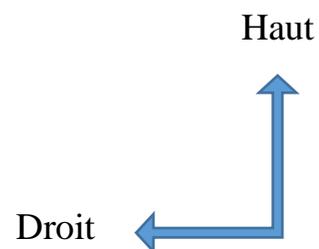
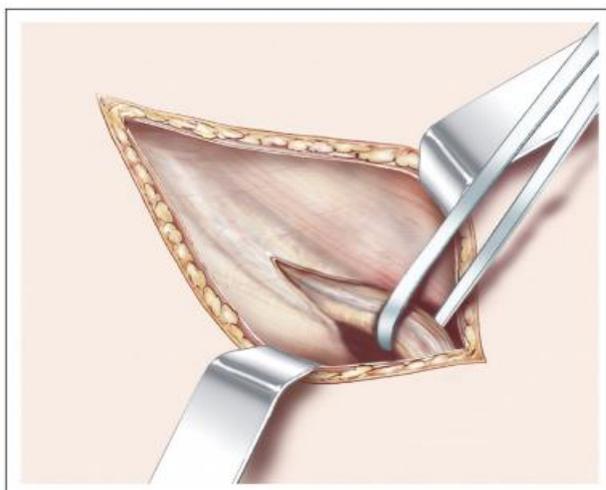


Figure 16 : Identification du cordon spermatique.

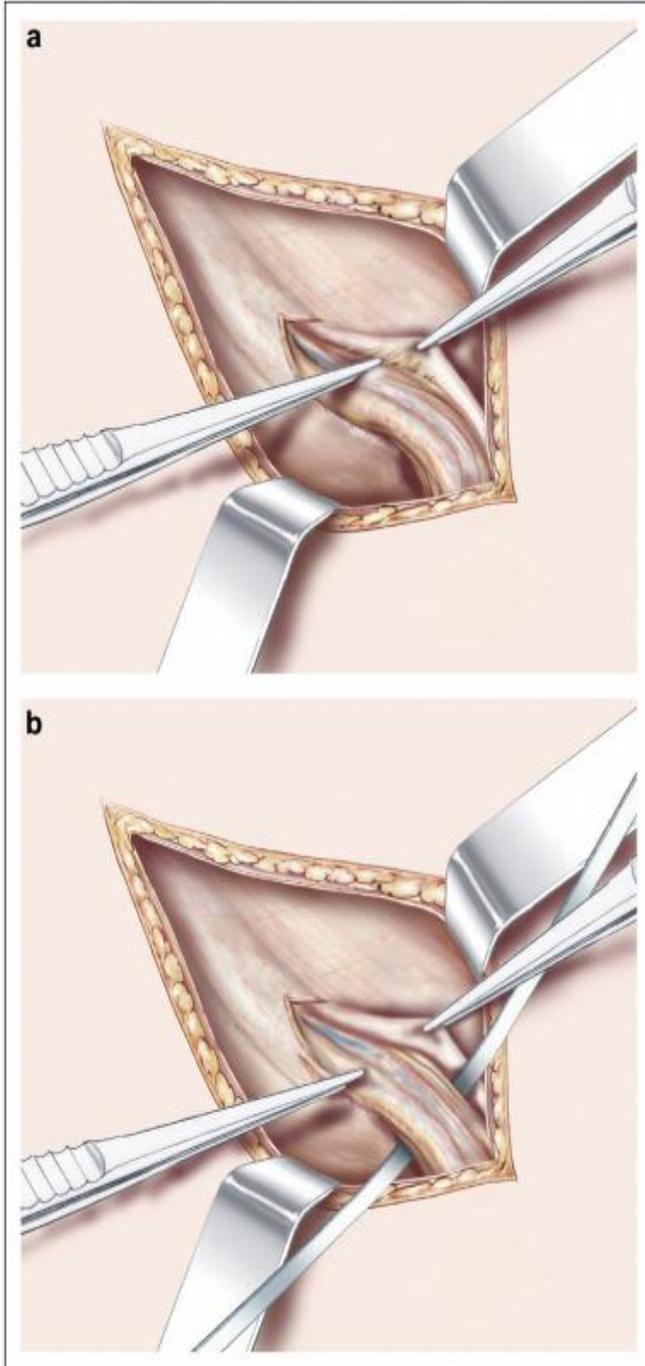


Figure 17: Dissection des éléments et du sac.

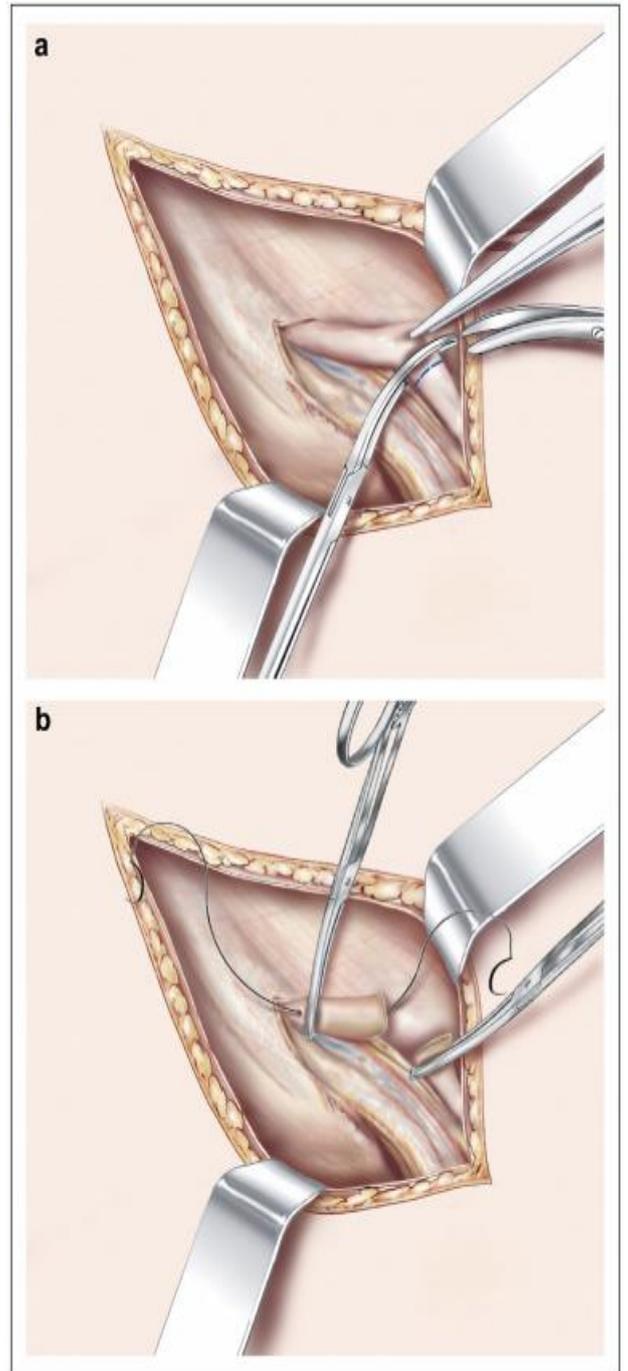
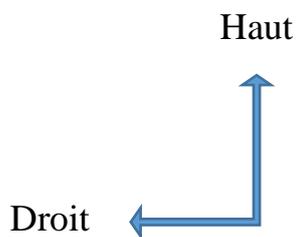
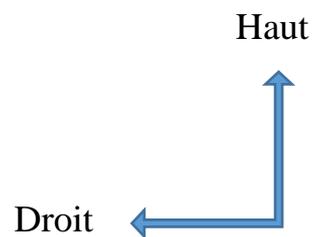


Figure 18: Fermeture du canal péritonéo-vaginal.



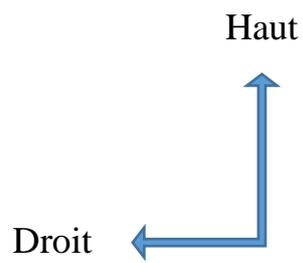
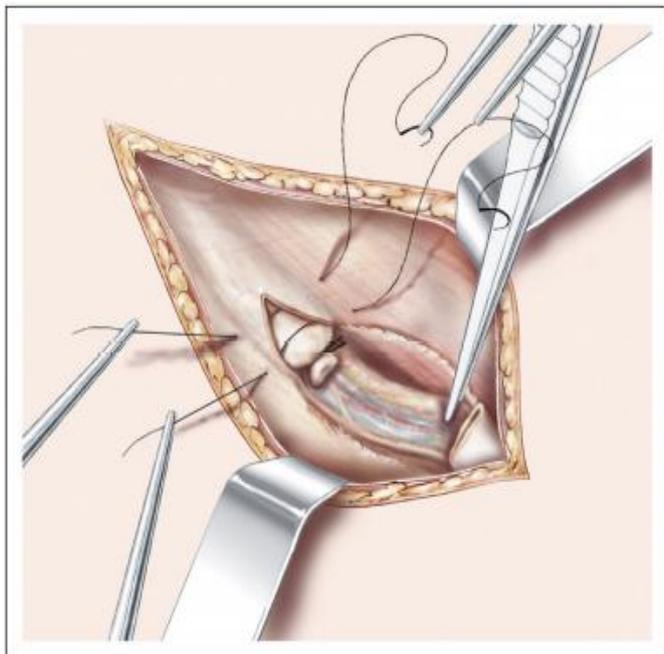


Figure 19 : Fermeture pariétale.

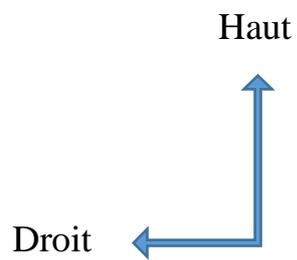
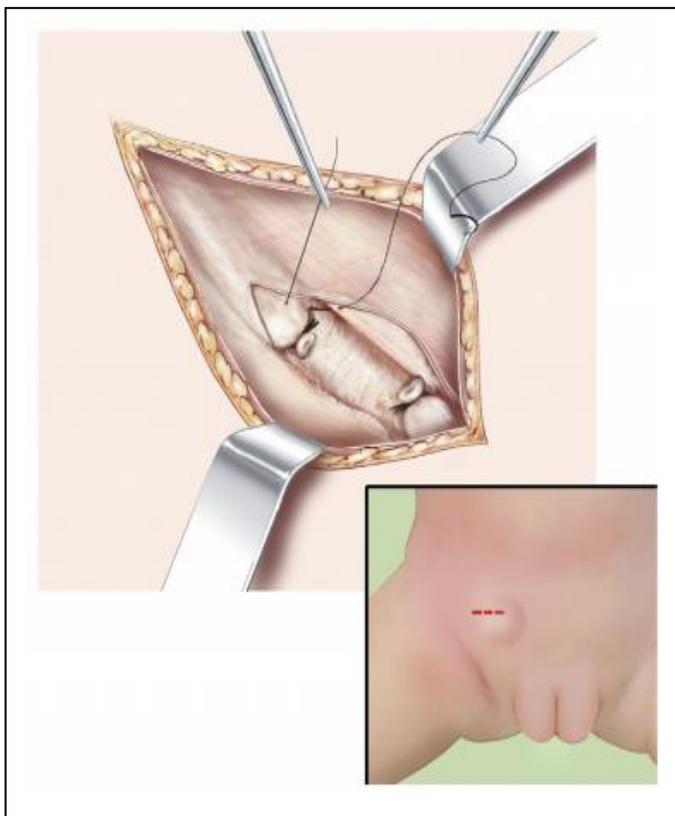


Figure 20 : particularités chez la fille.

Chez la fille

La technique chirurgicale est la même. L'incision cutanée et les manœuvres de découverte du sac sont identiques à ceux du garçon. Une traction efficace sur le sac permet de bien isoler son collet et de repérer les berges aponévrotiques de l'orifice inguinal superficiel.

On procède à une ouverture du sac pour s'assurer qu'il est bien vide et que la trompe n'est pas adhérente. Une réfection pariétale peut être associée à la résection du sac et dans ce cas la conservation du ligament rond est inutile ; il est sectionné avec le sac. Le moignon du sac et l'extrémité proximal du ligament rond sont solidarisés à la paroi au niveau du point de réfection le plus externe de la suture arcado-conjoint.

Il existe quelques particularités de la technique classique :

- Abord du sac dans le canal inguinal, suivi d'une ligature section sans ouverture de celui-ci.
- Abord du sac herniaire dans l'orifice inguinal externe ; ouverture dissection de celui-ci sans ouverture de l'aponévrose du muscle oblique externe.

❖ Résection-anastomose :

Il convient de distinguer l'incarcération, qui correspond simplement au caractère irréductible, de l'étranglement caractérisé par la présence de signes de souffrance viscérale à un degré variable.

Le pourcentage de résections intestinales au cours des interventions en urgence pour hernie incarcerated ou étranglée est d'environ 13 à 16 %. L'incision est tracée sur la saillie de la hernie, suivant la même direction inguinale oblique que l'incision habituelle, tout en étant un peu plus longue. Lorsque le sac proprement dit est découvert, on pratique une moucheture au bistouri manié très légèrement. L'anse intestinale est extériorisée largement en zone saine et observée attentivement, ainsi que son mésentère. Si l'anse est simplement rouge, œdématisée, congestive, les lésions sont probablement réversibles. Il faut arroser

au sérum physiologique chaud. À l'opposé, lorsque l'intestin est rouge foncé, lie-de-vin, immobile, le liseré d'étranglement grisâtre, le méso siège d'ecchymoses. Il est préférable de réséquer. La résection intestinale doit se faire comme pour toute occlusion par strangulation. Elle doit porter en zone saine, sur des tissus qui saignent normalement. Le rétablissement de continuité par anastomose se fait immédiatement [32,33].

❖ Résection-stomie :

La stomie est l'abouchement de l'intestin à la peau afin de donner issue au contenu intestinal. Cet abouchement peut être temporaire ou définitif.

Les conditions pathologiques qui aboutissent à la confection d'une stomie intestinale peuvent imposer une résection intestinale plus ou moins large : le siège de la stomie est donc variable.

Deux points doivent toutefois être soulignés :

- il est important d'essayer de garder la plus grande longueur possible de l'intestin afin de diminuer le volume des selles, d'en augmenter la consistance et de garder une bonne efficacité aux irrigations coliques;
- le siège de la stomie dépend certes du segment colique abouché à la peau, mais les règles générales demeurent : elle doit être distante des plis et des reliefs osseux [34].

❖ Traitement Laparoscopique : [27,31]

Elle se pratique sur un patient en décubitus dorsal sous anesthésie générale plus intubation trachéale ou anesthésie péridurale plus rarement.

On réalise, avant l'introduction du trocart principal, un pneumopéritoine par ponction directe en retro pubien à l'aiguille de Veress l'insufflation de 11 mm Hg de gaz carbonique (CO₂) dans l'espace de Retzius.

On procède à la disposition :

Des trois trocarts :

Trocart 10 mm à la marge inférieure de l'ombilic ;

Trocart 5 mm à trois travers de doigt au-dessus du pubis sur la ligne médiane;
Trocart 12 mm à l'aplomb de l'épine iliaque antéro supérieure.

Des instruments :

Système optique ;

Palpateur ;

Pince à préhension.

➤ Puis à l'exposition des différents repères anatomiques :

Le ligament de Cooper ;

Le pédicule épigastrique dont la dissection permet de découvrir le bord supérieur du sac herniaire.

➤ On procède ensuite à la dissection et pédiculisation du sac herniaire : grâce au palpateur le bord supérieur du sac péritonéal est disséqué et progressivement abaissé.

➤ Puis à la dissection du sac péritonéal et pariétalisation des éléments du cordon spermatique.

3.8.3. Indications : [35,36,37,38]

Elles reposent sur quelques grands principes :

Toute hernie diagnostiquée doit être opérée car comporte un risque élevé et permanent d'étranglement [9].

Il n'y a pas d'âge minimum pour opérer car le risque « anesthésique » reste bien inférieur au risque de complications graves. Si la hernie est bien tolérée, l'intervention est programmée dans un délai de quelques semaines. S'il s'agit d'une hernie de l'ovaire, l'intervention doit être réalisée le plus tôt possible. Chez le prématuré hospitalisé en néonatalogie, la hernie doit être corrigée juste avant la sortie de l'hôpital [39].

En cas d'étranglement, si la hernie a pu être réduite par taxis, l'enfant est gardé en observation, jusqu'au lendemain, et l'intervention est prévue 48 à 72 heures plus tard, délai nécessaire à l'extinction des phénomènes inflammatoires locaux [9].

a. **Taxis :**

Méthode de réduction par taxis :

Elle consiste à réduire manuellement une hernie engouée ou étranglée. Cette manœuvre se fait sur un enfant calme, après administration intra-rectale de 0,5 mg/kg de diazépam.

Trois premiers doigts de chaque main entourant le plus complètement possible la tuméfaction inguinale, et exerçant une pression « sur place » pour diminuer l'œdème et vider les anses intestinales. Pression ferme, continue, parfois pendant plusieurs minutes.

Réduction : progressive, puis sensation du contenu herniaire filer sous les doigts avec un gargouillement caractéristique.

- ✓ Le taxis est indiqué en cas de hernie étranglée et engouée du garçon.
- ✓ Contre-indication :
 - Hernie évoluant depuis plusieurs heures
 - Syndrome occlusif franc
 - Signes locaux inflammatoires
 - HI de la fille

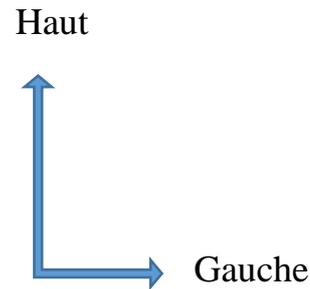
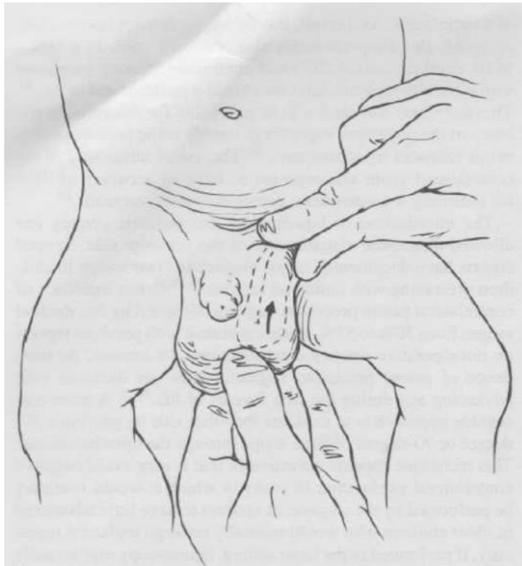


Figure 21 : Méthode de réduction par taxis.

➤ **Chirurgie : Herniotomie de Potts**

- Toute hernie engouée ou étranglée
- Hernie diagnostiquée après 6 mois
- Hernie chez un prématuré
- Hernie chez la fille

➤ **Laparoscopie**

- Hernie bilatérale
- Exploration côté controlatéral

➤ **Résection-anastomose**

Dans le cas d'une hernie inguinale étranglée : l'intervention se fait en urgence.

Toute hernie suspecte d'étranglement doit être opérée sans délai ; le risque de résection intestinale augmente au-delà de 6 heures [32].

➤ **Résection-stomie**

Les stomies digestives sont des opérations palliatives, temporaires ou définitives, consistant à fistuliser à la peau un segment du tube digestif sain, en aval ou en amont d'une lésion. Elles peuvent avoir plusieurs indications : pour décompresser et drainer le tube digestif en occlusion ; ou pour protéger une anastomose digestive en dérivant, le plus souvent transitoirement, le flux intestinal [40].

3.8.1. Résultats :

➤ Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont :

L'hémorragie qui doit être immédiatement évacuée s'il est important ;

L'infection pariétale

Le « sérome » ; collection liquidienne souvent indolore qui se résorbe spontanément.

➤ La récurrence et le risque d'apparition d'une hernie controlatérale constituent les éléments de surveillance postopératoire à moyen et à long terme. Cette récurrence, d'une hernie controlatérale gauche, serait beaucoup plus fréquente après une cure de hernie chez le garçon à droite [37,41,42,43].

Les complications tardives sont rares :

Les douleurs résiduelles dont se plaignent près de 5 % des patients. Ces douleurs sont souvent minimes, dues à une lésion nerveuse ou à une tension excessive sur les muscles ;

L'ectopie testiculaire secondaire : les tractions exercées sur le cordon lors de l'intervention remontent le testicule. Celui-ci doit être replacé en position intra scrotale, en fin d'intervention, pour éviter que les adhérences post-opératoires ne le fixent en position haute ;

L'atrophie testiculaire secondaire : elle peut être due aux épisodes d'étranglement précédant le traitement chirurgical, ou au traumatisme opératoire. Sa fréquence est 1-2%.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

↳ Situation géographique et description :

➤ Représentation géographique de la région de Sikasso :

La région de Sikasso ou 3ème région administrative du Mali, occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière burkinabé d'autre part. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro. D'une superficie de 71790 Km² soit 5,8% du territoire national, la région de Sikasso compte 5 cercles (Sikasso, Katiola, Kolondièba, Yanfolila, et Yorosso), la commune urbaine (Sikasso), 144 communes rurales et 1831 villages avec une population de 3.242.000 habitants en 2015. La région de Sikasso, la seule région du Mali qui s'étend en exclusivité dans la zone humide et subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes 750 mm au nord et 1400 mm au sud.

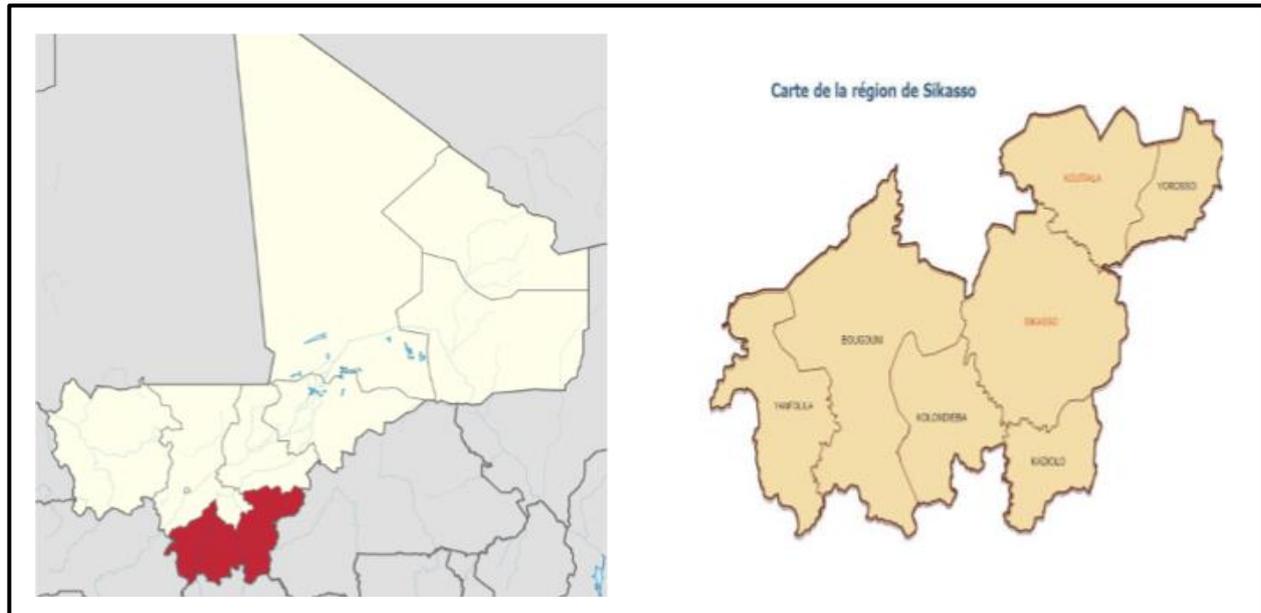


Figure 22 : Cadre des cercles de Sikasso.

➤ **Présentation de l'hôpital de Sikasso :**

Situation géographique et l'implantation : l'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2ème arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. Il a 5 portes d'accès :

- Une porte principale destinée aux patients et usagers,
- Une porte destinée aux véhicules d'urgences,
- Une porte destinée à l'entrée du personnel. L'ensemble de ces portes fait face à la route de Missirikoro ;
- Une porte d'accès de la morgue qui est située sur la façade Nord,
- Une porte d'accès des sapeurs-pompiers située sur la façade Est.

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence M. Amadou Toumani TOURE. Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

➤ **Les locaux :**

a - Bloc hospitalisation chirurgie

- Ce bloc est constitué de :
 - Une salle d'accueil
 - Une salle d'orientation ;
 - Une salle VIP à 1 lit ;
 - 6 bureaux ;
 - Deux grandes salles à 8 lits ;
 - Deux (02) grandes salles 6 lits
 - Deux (02) salles isolées de 1 lit
 - Une (01) salle de garde des infirmiers
 - Une salle de soins ;
 - Une salle de garde des internes ;
 - Quatre (04) toilettes
 - Un (01) ascenseur

b - Bloc opératoire et stérilisation centrale :

- Le Bloc opératoire : il est constitué de :
 - Trois (03) salles d'opération ;
 - Une salle de réveil avec 2 lits
 - Une (01) salle de préparation des patients ;
 - Deux (02) vestiaires ;
 - Une (01) salle d'entrée des produits ;
 - Une (01) salle de sortie des linges salles
 - Deux (02) bureaux ;
 - Une (01) salle de garde des aides
 - Deux (02) salles de garde des anesthésistes ;
 - Deux (02) toilettes ;
 - Deux (02) bureaux ;
 - Une (01) salle de garde des aides

Deux (02) salles de garde des anesthésistes ;

Deux (02) toilettes ;

Deux (02) vestiaires

Une salle d'entrée des produits

Une salle de sortie des linges sales

▪ **Bloc de stérilisation centrale :**

Il est constitué de :

Une aire de lavage ;

Une aire d'emballage ;

Une (01) salle d'autoclave ;

Deux (02) salles de stockage du matériel stérilisé ;

Une (01) salle de livraison du matériel stérilisé ;

Deux (02) toilettes ;

Un (01) bureau ;

Deux (2) vestiaires ;

Une (01) salle de garde.

c - Bloc du service d'accueil des urgences :

Il est constitué de :

Deux (02) salles d'accueil

Une (01) salle d'orientation ;

Trois (03) box de tri ;

Une (01) salle de soins ;

Une (01) salle de plâtrage ;

Une (01) salle de petite chirurgie ;

Une (01) salle de bain malade ;

Deux (02) salles d'observation à 3 lits ;

Quatre (04) bureaux ;

Une (01) salle de garde des internes ;

Une (01) salle de garde des chirurgiens ;

Une (01) salle de garde des médecins ;

Deux (02) salles de garde des infirmiers

Deux (02) toilettes

d- Service de réanimation

Il est constitué de :

Une (01) salle d'accueil

Une salle (01) d'orientation

Une (01) grande salle d'hospitalisation à quatre (4) lits

Deux (02) salles VIP

Une (01) salle de garde des infirmiers

Trois (03) bureaux pour les personnels :

Deux (2) médecins anesthésistes et réanimateurs,

Sept (7) assistants médicaux anesthésistes réanimateurs

Six (6) infirmiers

e- Service de chirurgie

Il se compose de :

Trois chirurgiens généralistes.

Un chirurgien pédiatre

Six étudiants hospitaliers (faisant fonction d'interne)

Quatre infirmiers : 2 techniciens supérieurs de santé ; 2 techniciens de santé.

f - Activités du service de chirurgie

- Staff de 45 minutes tous les jours

- Visite des patients hospitalisés tous les jours.

- Consultations externes du lundi au vendredi.

- Interventions chirurgicales programmées tous les jeudis

- Interventions chirurgicales d'urgence tous les jours

- Elaboration du programme opératoire tous les vendredis

- Staff général d'une heure tous les vendredis

- Sensibilisation des accompagnants de malade tous les lundis

4.2. Types et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive rétro-prospective réalisée sur une période de 3 ans du 1er juin 2019 au 30 juin 2022. Elle portait sur 50 cas de hernies inguinales colligés au service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

4.3. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients âgés de 0 à 15 ans, sans distinction de sexe, admis pour hernie inguinale dans le service durant la période d'étude.

4.4. Critères non inclusion :

- Les patients hospitalisés et opérés pour d'autres pathologies.
- Les patients de plus de 15 ans.
- Les patients ayant un dossier médical incomplet.

4.5. Echantillonnage :

L'échantillonnage a consisté à une collecte systématique de tous les dossiers de patients âgés de 0-15 ans opérés de hernie inguinale et hospitalisés dans le service.

4.6. Instruments de collecte des données :

La collecte des données a été faite par un interrogatoire des patients, de leurs parents, de l'examen clinique et de l'exploitation du dossier médical de chaque patient.

Les supports utilisés pour la collecte des données ont été les suivants :

- Fiches d'enquête individuelle ;
- Dossiers médicaux des patients ;
- Comptes rendus opératoires.
- Registres de consultation ordinaires et d'urgence.
- Registres d'hospitalisations.

4.7. Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur le Microsoft Word office 2019 et SPSS version 25.0. Le test de student, le test de khi2, et le test exact de ficher ont été utilisés pour l'analyse des données avec un seuil de signification $p \leq 0,05$.

4.8. Définition opérationnelle

- Nouveau-né : Patient ayant un âge compris entre 0 jours et 28 jours
- Nourrisson : Patient ayant un âge compris entre 29 jours et 30 mois.
- Petit enfant : Patients ayant un âge compris entre 31 mois et 78 mois.
- Grand enfant : Patients ayant un âge compris entre 79 mois et 180 mois.

RESULTATS

V. RESULTATS :

Fréquence :

Pendant la période d'étude soit 36 mois, nous avons opéré 350 enfants dont 50 pour hernie inguinale dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Ce qui a représenté 14,28% des interventions effectuées et 8,52% des hospitalisations.

5.1. Aspects socio-épidémiologiques :

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Nouveau-né	3	6
Nourrisson	31	62
Petit enfant	13	26
Grand enfant	3	6
Total	50	100

La majorité des patients étaient des nourrissons avec un taux de 62%.

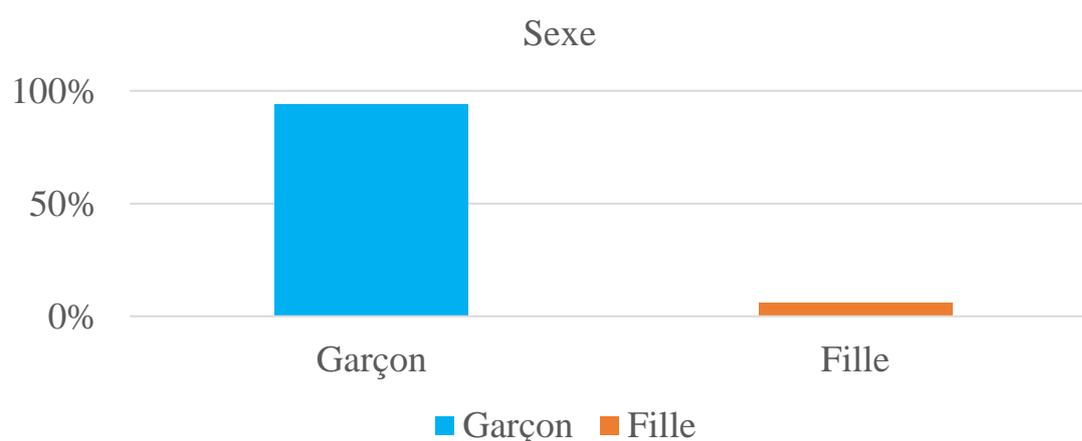


Figure 23 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec 94% des cas et le sex-ratio était de 15,66.

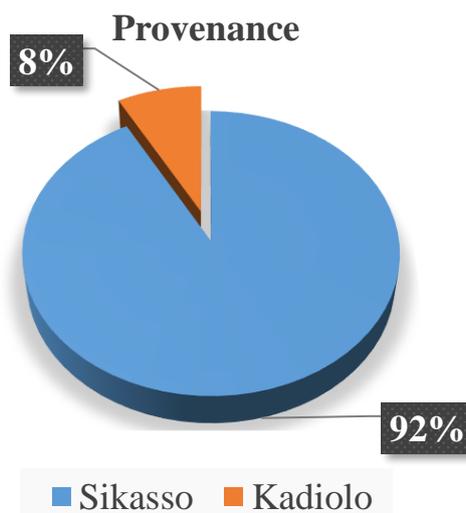


Figure 24 : Répartition des patients selon la provenance.

La majorité des patients résidaient à Sikasso avec un taux de 92%.

Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	18	36
Dogon	2	4
Malinké	1	2
Peulh	10	20
Sarakolé	1	2
Senoufo	9	18
Bobo	1	2
Mianka	8	16
Total	50	100

L'ethnie bambara était la plus représentée soit 36% des cas.

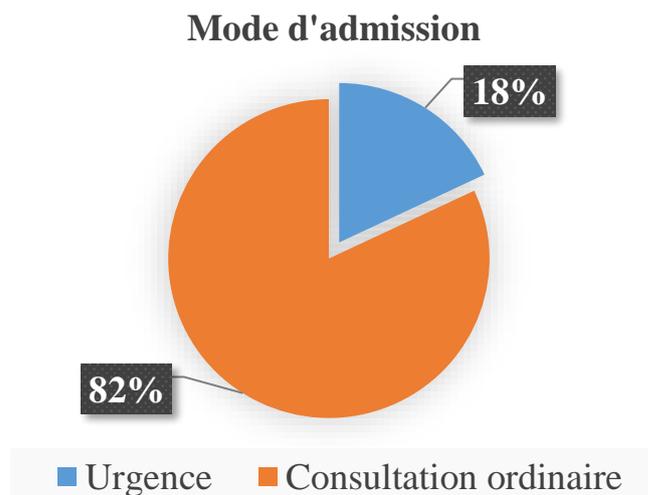


Figure 25 : Répartition des patients selon le mode d'admission.

Dans 82% des cas, les patients étaient recrutés en consultation ordinaire.

5.2. Aspects cliniques :

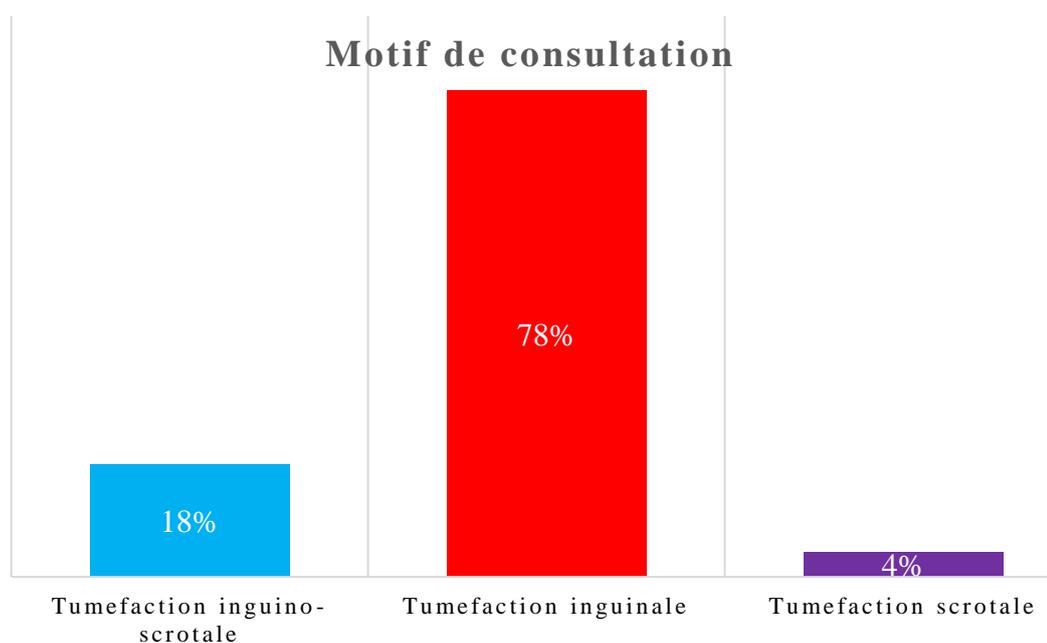


Figure 26: Répartition des patients selon le motif de consultation

La tuméfaction inguinale était le principal motif de consultation chez 78% des patients.

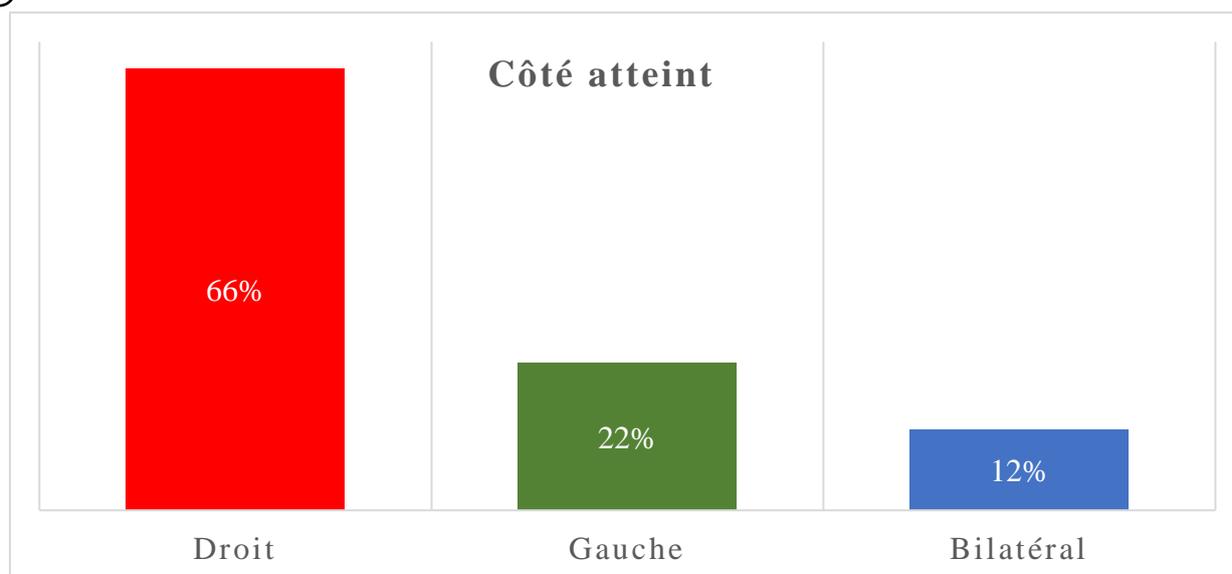


Figure 27 : Répartition des patients selon le côté atteint.

Le côté droit était le plus touché chez 66%.

Tableau III : Répartition des patients selon le mode d'apparition de la tuméfaction.

Mode d'apparition	Effectif	Pourcentage
Brutal	10	20
Progressif	40	80
Total	50	100

La tuméfaction était d'apparition progressive chez 80% des patients.

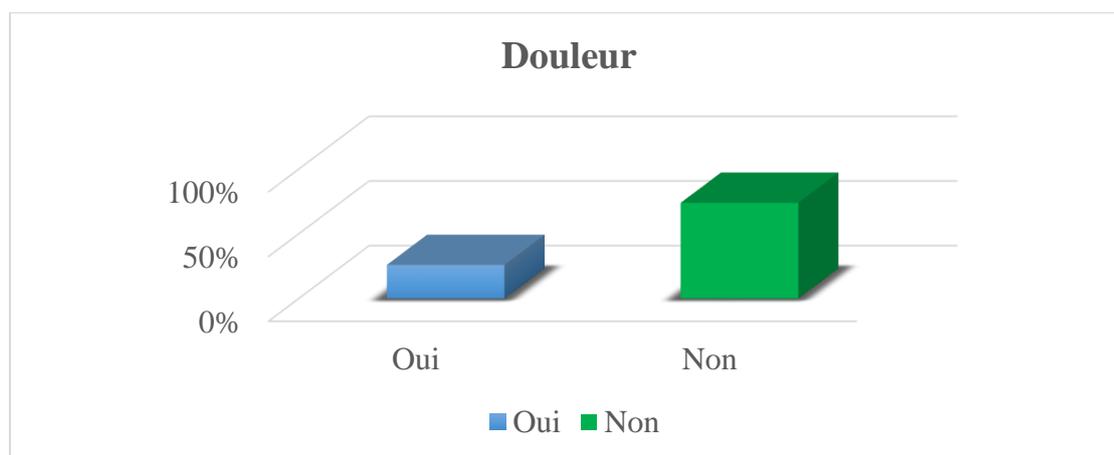


Figure 28 : Répartition des patients selon la présence de la douleur

La tuméfaction était indolore dans 76% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le terme de grossesse.

Terme de grossesse	Effectif	Pourcentage
Terme normal	49	98
Prématuré	1	2
Total	50	100

Parmi les 50 patients, 98% étaient issus d'une grossesse à terme.

Tableau V : Répartition des patients selon la circonstance de découverte.

Circonstance de découverte	Effectif	Pourcentage
Lors des efforts de poussées	38	76
Spontanément	12	24
Total	50	100

L'effort de poussée a permis de mettre en évidence la tuméfaction inguinale chez 76%.

Tableau VI : Répartition des patients selon la réductibilité.

Réductibilité	Effectif	Pourcentage
Oui	41	82
Non	9	18
Total	50	100

La tuméfaction était réductible chez 41 patients soit 82%.

Tableau VII : Répartition selon la forme clinique.

Types de hernies	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale simple	34	68
Hernie inguino-scrotale	7	14
Hernie inguinale étranglée	5	10
Hernie inguinale engouée	3	6
Hernie inguino-scrotale étranglée	1	2
Total	50	100

La hernie inguinale simple était majoritairement retrouvée avec 68% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie inguino-scrotale

Echographie inguino-scrotale	Effectif	Pourcentage
Oui	11	22
Non	39	78
Total	50	100

L'échographie inguino-scrotale était réalisée chez 11 patients soit 22% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et le type de hernie

Tranche d'âge	Types de hernie		Total
	HI	HIS	
Nouveau-né	3	0	3
Nourrisson	25	6	31
Petit enfant	11	2	13
Grand enfant	3	0	3
Total	42	8	50

Parmi les 31 nourrissons recrutés, la hernie était inguinale dans 25 cas.

Tableau X : Répartition des types de hernie selon les complications.

Types de hernie	Complications		Total
	Engouée	Etranglée	
HI	3	5	8
HIS	-	1	1
Total	3	6	9

L'étranglement était la complication majoritairement retrouvée soit 5 cas de HI et 1 cas de HIS.

Tableau XI : Répartition des patients selon les pathologies et malformations associées

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
HO	19	38
Cryptorchidie	0	0
Phimosis	0	0
Hydrocèle	0	0
Total	19	38

La hernie ombilicale était la seule pathologie associée à la hernie inguinale soit 38% des cas.

5.1. Aspects thérapeutiques :

➤ **Anesthésie :**

Tous les patients étaient opérés sous l'anesthésie générale soit 100%.

➤ **Voie d'abord :**

Tous les patients ont bénéficié d'une herniotomie inguinale faite d'une dissection du fascia superficialis, une dissection du cordon spermatique, de la persistance du CPV chez le garçon et du canal de Nüeck chez la fille suivie d'une fermeture en deux plans avec le surjet intradermique. Nous n'avons fait recours à aucun cas de coelioscopie.

Tableau XII : Répartition selon le contenu du sac herniaire

Contenu du sac herniaire	Effectif	Pourcentage
Caecum	3	6
Ovaire	2	4
Hernie Claudius Amyand	1	2
Grêle	32	64
Épiploon	12	24
Total	50	100

Chez les 50 patients recrutés et opérés pour hernie inguinale, le sac herniaire contenait du grêle dans 32 cas, l'appendice dans le sac herniaire (la hernie de Claudius Amyand) dans 1 cas.

➤ **Type de chirurgie :**

La herniotomie selon la technique de Pott a été pratiquée chez tous les patients soit 100%.

☐ **Complications per opératoires**

En per opératoire nous n'avons enregistré aucune complication.

Tableau XIII : Répartition des patients opérés selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	45	90
Hématome scrotal	3	6
Suppuration pariétale	2	4
Total	50	100

Les suites opératoires ont été simples chez 45 patients.

❑ Suites opératoires tardives

La récurrence a été observée chez l'enfant prématuré à 6 mois post opératoire.

Nous n'avons pas enregistré de décès post opératoire.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée du séjour hospitalier

Séjour hospitalier	Effectif	Pourcentage
Ambulatoire < 24 heures	44	88
1 - 4 jours	6	12
Total	50	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,3 jours +/- 0,83 jours.

Les extrêmes étaient de 1 jour et 4 jours.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

↪ Aspects épidémiologiques :

Fréquence hospitalière :

Pendant une période de 36 mois, 350 enfants ont été opérés dont 50 enfants pour hernie inguinale soit une fréquence de 14,28% des interventions.

L'incidence de la hernie inguinale chez l'enfant est diversement appréciée par les auteurs et est estimée entre 1 et 13 % selon les auteurs [30,37] et atteint 30 % chez les prématurés. On constate un pic fréquent avant l'âge de 12 mois et entre deux et dix ans [8].

Tableau XV : fréquences selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Durée d'étude
SARR.A (2014) Sénégal [45]	163	4,7	5 ans
AMADOU.I (2018) Mali [37]	150	5,5	2 ans
DENA.S (2010) Mali [7]	174	21,6	27 mois
Notre étude	50	14,28	36 mois

La faible prévalence chez certains auteurs [37,45] s'expliquerait par la prise en charge des pathologies herniaires de l'enfant dans d'autres services, mais aussi les conditions d'accès difficiles à l'hôpital et la fréquente sollicitation des guérisseurs traditionnels.

↪ Aspects socio-démographiques

➤ Age :

L'âge moyen était de 8,3 mois avec des extrêmes de 9 jours et 12 ans. Ce résultat concorde avec ceux de AIT HAMOU. L au Mali [22], et de HAROUNA. Y au Niger [30] qui ont respectivement retrouvé 10,7 mois et 12 mois.

BASTIANI.F [46] affirme que c'est la pathologie la plus fréquente du nourrisson. Les pathologies du canal péritonéo-vaginal sont très fréquentes chez le nourrisson. Elles ne sont pas rares chez le nouveau-né surtout en cas de prématurité [47]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'oblitération du canal péritonéo-vaginal se poursuit jusqu'à la fin de la deuxième année de vie [13].

➤ **Sexe :**

Tableau XVI : répartition du sexe des patients selon les auteurs

Auteurs	Sexe masculin	Sexe féminin	Sex-ratio
ZHOU.X (2014) Chine [48]	88,2%	11,8%	7,5
EZOMIKE.U-O (2013) Niger [49]	92%	8%	11,5
KAYA.M (2006) Allemagne [50]	79%	21%	3
AIT HAMOU.L (2016) Maroc [22]	96%	4%	25
Notre étude	94%	6%	15,66

Dans notre étude, la majorité des patients soit 94% étaient de sexe masculin avec un sex-ratio de 15,66. Cette prédominance est décrite dans la littérature [48,49,50,51].

Les pathologies du CPV surviennent fréquemment chez le garçon que chez la fille probablement à cause du rôle joué par la migration testiculaire dans cette pathologie qui n'existe pas chez la fille mais aussi certaines variations de la morphologie pelvi-abdominale [37,38,52].

➤ **Mode d'admission :**

Quatre-vingt-deux pourcents de patients ont été reçus en consultation ordinaire adressés par les médecins pédiatres. Ce résultat est similaire à ceux de ZONGO.P-

H au Burkina [22] et de DENA.S au Mali [7] qui ont trouvé respectivement 69,4% et 88% des patients reçus en consultation ordinaire. Cela pourrait s'expliquer par la proximité des services de pédiatrie dans nos hôpitaux.

↪ **Aspects cliniques :**

➤ **Motif de consultation :**

Les circonstances de découverte sont variables. Le plus souvent, la découverte est faite par les parents sous forme de tuméfaction inguinale, ou inguino-scrotale intermittente survenant lors des cris ou des efforts de poussées [7,52].

Dans notre étude la tuméfaction inguinale a été le principal motif de consultation tout comme dans les études de MIERET.J-C au C.H.U de Brazzaville (RDC) [53] et de SARR.A à Dakar (Sénégal) [45].

Tableau XVII : Siège de la hernie selon les auteurs

Auteurs	Côté droit	Côté gauche	Bilatéralité
KOUAME.B-D (2006) RCI [2]	59%	33%	8%
SARR.A (2014) Dakar [45]	49,7%	43%	7,3%
VAYSSE.P (2008) France [12]	60%	30%	10%
MISHRA.P-K (2014) Royaume Uni [54]	69%	21%	10%
Notre étude	66%	22%	12%

Au cours de cette étude, la hernie siégeait plus du côté droit que du côté gauche avec respectivement 66% et 22% et bilatérale dans 12% de cas.

Ces différents auteurs ont trouvé une prédominance de HID dans leurs séries.

➤ **Réductibilité de la tuméfaction**

La tuméfaction était réductible chez 41 patients soit 82%.

➤ **Résultat de l'échographie inguino-scrotale**

L'échographie inguino-scrotale réalisée chez 11 patients soit 22% a permis d'objectiver 8 cas de HIS, dont 7 cas de HIS simple et 1 cas de HIS étranglée. Elle est l'examen de première intention devant une tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale chez l'enfant.

➤ **Formes cliniques :**

- **Formes simples : [30,49,51]**

Dans notre étude, le diagnostic d'une hernie inguinale simple a été posé chez 41 patients soit 82%. Ceci à travers la constatation par les parents d'une tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale réductible, non douloureuse et impulsive à l'effort. Chez la fille, une tuméfaction mobile non douloureuse de la grande lèvre. Selon

plusieurs auteurs, le diagnostic d'une hernie est clinique [8,30]. Cependant dans certaines circonstances, on pourra se faire aider par une échographie inguinale en cas de doute chez le nourrisson [8].

Parmi les 31 nourrissons recrutés, la hernie était inguinale dans 25 cas.

- **Formes compliquées :**

Nous avons enregistré 18 % soit 9 cas compliqués dont 12% de hernies étranglées et 6% de hernies engouées. Ces chiffres montrent que l'étranglement herniaire prédomine légèrement par rapport à l'engouement dans notre étude.

Cela pourrait s'expliquer soit par un retard de consultation, soit par un retard de prise en charge suite au refus des parents pour l'intervention programmée ce qui conduit le plus souvent à des complications.

➤ **Formes associées :**

Les pathologies couramment associées étaient la hernie ombilicale retrouvée chez 38% de patients.

Tableau XVIII : Tableau comparatif des pathologies et malformations associées.

Auteurs	Pathologies associées			
	HO	Cryptorchidie	Hydrocèle	Phimosis
KOUAME.BD (2006) RCI [2]	-	-	-	25%
AIT HAMOU.L (2016) Maroc [22]	-	-	13,5%	-
DENA.S (2011) Mali [7]	-	25,5%	-	-
Notre étude	38%	-	-	-

La HO était la seule pathologie associée à la hernie inguinale avec 38% des cas dans notre étude. Notre résultat diffère de ceux de KOUAME BD (2006) RCI [2], de AIT HAMOU.L (2016) Maroc [22] et DENA.S (2011) Mali [7] qui ont retrouvé respectivement 25% de phimosis, 13,5% de l'hydrocèle et 25,8% de cryptorchidie.

↳ Aspects thérapeutiques :

➤ Anesthésie :

L'anesthésie générale a été pratiquée chez tous les patients. Dans la littérature l'anesthésie loco-régionale après une légère anesthésie générale ou une anesthésie caudale permettant un bloc loco-régional pour assurer une analgésie post-opératoire sont décrites [28,29].

➤ Chirurgie :

Tous les patients reçus pour hernie inguinale ont bénéficié de la herniotomie inguinale avec fermeture du canal sans réfection pariétale.

Nous n'avons pas réalisé la coelioscopie chez nos malades pour la simple raison de manque de plateau technique adapté à l'enfant.

Dans notre contexte, l'incision était toujours réalisée sur le pli abdominal inférieur, à distance du pubis, pour éviter les chéloïdes qui sont très fréquentes chez l'enfant [37].

Ces principes sont les mêmes pour toutes pathologies du processus de la persistance du canal péritonéo-vaginal comme le confirme certains auteurs [30,37,38].

Cependant, certains auteurs utilisent la technique de Forgue, dont le principe repose sur la fermeture du sac herniaire et le renforcement de la région de l'aïne par le rapprochement pré funiculaire du tendon conjoint et du ligament inguinal, en deux à trois points au fil non résorbable [2].

Nous pensons comme plusieurs auteurs que la fermeture du sac est suffisante pour la hernie de l'enfant [29,37,38].

Pour les hernies étranglées dans notre série, le traitement a consisté à une résection du sac herniaire et la suture du péritoine à l'orifice inguinal profond. Nous n'avons réalisé aucune réfection musculo-aponévrotique.

Cette pratique est similaire à celle réalisée par les auteurs Marocains, Français et en Afrique sub-saharienne [27,29,37,38].

Chez la fille, la persistance du canal de Nüick est le support anatomique de la hernie inguinale dont le contenu du sac est généralement représenté par l'ovaire [1,28].

La voie d'abord réalisée était identique dans les 2 sexes. Le sac herniaire est libéré et refermé après contrôle de sa vacuité, puis sectionné.

Cette technique est classique et réalisée par plusieurs auteurs [28,29].

↳ **Suites post opératoires**

➤ **Suites opératoires immédiates**

Nous avons enregistré un hématome scrotal avec une grosse bourse inflammatoire dans 3 cas ; l'infection pariétale dans 2 cas.

➤ **Suites tardives**

Nous avons enregistré 1 cas de récurrence herniaire. La récurrence étant la conséquence d'un geste initial inadéquat, soit par mauvaise technique chirurgicale [1]. Cependant selon certains auteurs, les récurrences seraient l'œuvre d'une hernie indirecte mais également les infections et les hématomes de la paroi [2,28].

Une récurrence et/ou un risque d'apparition d'une hernie contralatérale peut survenir [28,30].

➤ **La durée d'hospitalisation**

Le séjour post opératoire était de 1 jour pour les hernies simples et de 4 jours pour les hernies étranglées.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION :

La hernie inguinale chez l'enfant est une affection congénitale. Elle fait partie des pathologies les plus fréquentes en chirurgie pédiatrique. Le diagnostic est clinique, il est généralement évoqué par la présence d'une tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale unilatérale ou bilatérale. Dans nos pays, le diagnostic de la hernie inguinale est tardif pouvant conduire à une complication grave (étranglement) souvent mortelle. La cure de la hernie ne doit pas être un geste banal même si celle - ci s'effectue en ambulatoire.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS :

Aux parents

- Amener l'enfant en consultation médicale devant toute tuméfaction inguinale.

Aux agents de santé

- Examiner systématiquement tout nouveau-né à la naissance.
- Sensibiliser les parents sur les risques de complications des hernies inguinales.
- Mieux remplir et bien tenir les dossiers médicaux.
- Sensibilisation des sages-femmes et pédiatres sur la recherche de la HI chez tout nouveau-né.

Aux autorités

- Former des chirurgiens pédiatres et des anesthésistes réanimateurs pédiatres.
- Equiper les blocs opératoires en matériel de chirurgie pédiatrique.
- Organiser des sessions de formations des chirurgiens généralistes sur les techniques opératoires de la cure herniaire chez l'enfant.
- Organiser le système d'archivage des dossiers (informations des dossiers médicaux, construction de locaux pour la bonne conservation des dossiers).

REFERENCES

IX. REFERENCES :

[1]- Lardy H, Robert M.

Traitement des hernies de l'aine chez l'enfant. Encycl Méd Chir Techniques chirurgicales —Appareil digestif, (2000) : 40-125, p5.

[2]- B D Kouamé, R K Dick, O Ouattara, T Odehoury, J C Gouli, K Yao.

Etude descriptive des hernies inguinales du garçon à propos de 584 cas. Journal de pédiatrie et de puériculture 2006 ;(19) : 47-51.

[3]- Becmeur F.

Hernies inguinales de l'enfant. EMC Elsevier Masson SAS Paris Pédiatrie. 2007;(4-18-NaN 10).

[4]- Miltenburg DM, Nutchern JG, Jaksic T, Kozinetz C, Brandt ML.

Laparoscopic evaluation of the pediatric hernia: a meta-analysis. J Pediatr Surg 1998 ; 33 :8749.

[5]- Sébastien M, Giacchi R, Rossi M, Lungarotti F.

La hernie inguinale chez les enfants. J Chir (Paris) 1987; 124: 391-3.

[6]- Sewa Ev, Tengue KK, Kpatcha MTK, Botcho G.

Aspects cliniques et thérapeutiques des pathologies du canal péritonéo-vaginal au centre hospitalier régional de DAPAONG (TOGO). J Conf Ouest Afr Uro Andro. 2016 ; 6 (1) :1-15

[7]- Dena S.

Prise en charge de la hernie inguinale du nourrisson dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. [Thèse méd]. Bamako : FMPOS, 2011 ; n°11M249. p107.

[8]- Lemelle JL, Schmitt M.

Hernies inguinales de l'enfant. Ann Chir 1998 ; 52 : 1008-16.

[9]- Galifer RB.

Manuel de chirurgie pédiatrique. Paris 1998, Tome 2 : 163-170.

[10]- Chevallier J M.

Anatomie le tronc, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1998; 120-143.

[11]- Poilleux F.

Sémiologie chirurgicale. Tome 2, Flammarion, Paris (1995), 611-635.

[12]- Vaysse P.

Hernie pariétale chez l'enfant. CHU de Toulouse.2008. p10.

[13]- Galinier P, Bouali O, Juricic M, Smail N.

Hernie inguinale chez l'enfant : mise au point pratique. Arch Pédiatrie. 2007;14(4):399-403.

[14]- Galinier P, Kern D, Bouali O, Chassery C, Juricic M, Lemasson F, et al.

Pathologie urgente du processus péritonéovaginal chez l'enfant. EMC - Médecine. 2005 Apr; 2(2):215-23.

[15]- Gearhart JG, Rink RC.

Pediatric Urology. Elsevier Health Sciences; 2009. p840.

[16]- Richard L, Drake, A Wayne Vogl, Adam W, M Mitchell.

Gray's Anatomie. 2ème édition. Elsevier Masson; 2010, 282-291.

[17]- Chevallier J-M.

Anatomie : le tronc. 2ème éd. Paris. Flammarion médecine-sciences; 1998, 120-143

[18]- Pélissier E.

Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne. Encycl MédChir. 40-105.

[19]- Becmeur F.

Hernies inguinales de l'enfant. EMC Elsevier Masson SAS Paris Pédiatrie. 2007 ;(4-18-).

[20]- Galinier P, Kern D, Bouali O, Chassery C, Juricic M, Lemasson F, et al.

Pathologie urgente du processus péritonéovaginal chez l'enfant. EMC - Médecine. 2005 Apr;2(2):215-23.

[21]- Hebra A.

Pediatric hernias. 2008 [cited 2016 Apr 28]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Andre_Hebra/publication/236595](https://www.researchgate.net/profile/Andre_Hebra/publication/236595191-Pediatric_Hernias/links/00b7d536aa164501ce000000.pdf)

191-Pediatric_Hernias/links/00b7d536aa164501ce000000.pdf

[22]- Ait Hamou. L

Hernies inguinales étranglées chez le nourrisson et l'enfant à propos de 52 cas. Année : 2016 Thèse : N 242, médecine de Maroc.p76-77.

[23]- Chevrel J P.

Hernies inguinales crurales ombilicales (Physiopathologie- Diagnostics- Complications-Traitements). Rev Prat (Paris) ; 1998.

[24]- Rasolonjatovo T.Y.

Les hernies inguinales étranglées chez l'enfant à propos de 32 cas [Thèse de médecine]. Université d'Antananarivo, faculté de médecine.; 2003.

[25]- Michel J L, Jan Y, Révillon Y.

Hernies inguinales de l'enfant. Encycl-Méd-Chir- Pédiatrie. Paris, 2000; 4-018-A-10 :46-49.

[26]- Ravasse P, Delmas P.

Les défauts d'oblitération du canal péritonéo-vaginal. J Pédiatrie Puériculture. 1990 ;3(4) :195-199.

[27]- Zongo P H.

Hernies inguinales de l'enfant au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso : aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques (à propose de 105 cas). Université polytechnique de Bobo Dioulasso (UPB) ; 2013. p122.

[28]- Pellerin D, Bertin P.

Techniques chirurgicales pédiatriques. Paris : Masson. 1978, p 526-530.

[29]- F. Le Roux et al.

Technique chirurgicale de la hernie inguinale chez l'enfant Journal de Chirurgie Viscérale (2016) JCHIRV-610.

[30]- Harouna Y, Vanneuville G.

La hernie inguinale en pratique pédiatrique Arch Pédiatr 2000 ; 7 : 1235-7Incar Pédiatrique. Hôpital Necker Enfants Malades, Paris.

[31]- Jean-Louis D, Jacques H.

Traitement des hernies inguinales par laparoscopie; chirurgie laparoscopique totalement extra péritonéale; chirurgie laparoscopique transabdominale pré péritonéale. Traité de technique chirurgicale ; appareil digestif. Tunisie, 1196 :40-137.

[32]- Pélissier E, Ngo P.

Traitement des hernies de l'aine étranglées. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-139, 2007.

[33]- Kurt N, Oncel M, Ozkan Z, Bingul S.

Risk and outcome of bowel resection in patients with incarcerated groin hernias: retrospective study. World J Surg 2003;27:741-3.

[34]- Gallot D, Lasser P et Lechaux JP.

Colostomies. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-540, 2002, 11 p.

[35]- Chevallier J M.

Anatomie le tronc, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1998 ; p120-143

[36]- Aigrain Y, Alain J L, Aubert D, Audry G, Azzis O, Babut J M et al.

Manuel de chirurgie pédiatrique (chirurgie viscérale) 1998. p 163-170.

[37]- Amadou I, Coulibaly Y, Coulibaly MT et al.

Les pathologies du canal péritonéo-vaginal en chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE. Mali médical 2018 TOME XXXIII N°2 17-20.

[38]- G Ngom et al.

Les hernies inguinales étranglées de l'enfant en milieu africain : à propos de 135 cas Revue Tropicale de Chirurgie 3 (2009) 13-16.

[39]- Lin CD, Tsai YC, Chan SJ, Yang SS. Surgical resultants of laparoscopic mini herniorrhaphy in infants. J. Urol . 2011 ; 185 (3) :1071-6.

[40]- Hanachi M et al.

Prise en charge clinique d'un patient porteur d'une stomie du grêle.

Nutrition clinique et métabolisme 26 (2012) 82–88.

[41]- Bagueley PE, Fitzgerald PG, Srinathan SK, Winthrop AL, Lan GP, Cameron GS, et al.

Emergency room reduction of incarcerated inguinal hernia in infants: is routine hospital admission necessary. Pediatr Surg Int 1992;7: 366-7.

[42]- Audry G, Johanet S, Achrafi H, Lapold M, Gruner M.

The risk of wound infection after inguinal incision in pediatric out patient surgery. Eur J Pediatr Surg 1994;4: 87-9.

[43]- Wright JE.

Recurrent inguinal hernia in infancy and childhood. *Pediatr Surg Int* 1994;9:164-6.

[44]- Ameh EA.

Incarcerated and strangulated inguinal hernias in children in Zaria, Nigeria. *East Afr Med J* 1999 ; 76 : 499-501.

[45]- A Sarr, Y Sow, B Fall, C.Ze Ondo, A Thiam, M Ngandeu, B Diao, P A Fall, A K Ndoeye, M Ba Diaye.

La pathologie du canal péritonéo-vaginal en pratique urologique. *Progrès en urologie* (2014) 24 , 665-669.

[46]- Bastiani F, Guys J.M.

‘‘Peritoneo-vaginal canal Pathology’’. *Soins Gynécol Obstet Pueric Pediatr.* 1990 April ;(107) : 12-4

[47]- Galinier P, Kern D, Bouali O, Chassery C, Juricic M, Lemasson F, Guitard J, Vaysse P, Moscovici J.

Pathologie urgente du processus péritonéovaginal chez l'enfant. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-140-F-40, 2007.*

[48]- Zhou X, Peng L, Sha Y, Song D.

Transumbilical endoscopic surgery for incarcerated inguinal hernias in infants and children. *J Pediatr Surg.* 2014 Jan;49(1):214–7.

[49]- Ezomike UO, Ekenze SO, Amah CC.

Irreducible inguinale hernias in the paediatric age group. *Niger J Med.* 2013 Sep;22(3).

[50]- Kaya M, Huckstedt T, Schier F.

Laparoscopic approach to incarcerated inguinal hernia in children. *J Pediatr Surg.* 2006 ; 41 : 567 – 569.

[51]- Given J P, Rubin S Z.

Occurrence of contralateral inguinal hernia following unilateral repair in a pediatric hospital. *Pediatric Surg*, 1989: 963-965. MADAGASCAR

[52]- Harouna et Coll.

Les hernies inguinales de l'enfant. *Méd Afr Noire*, 2001 : 48-56.

[53]- Mieret JC, Moyen E, Ondima I, Koutaba E.

Les hernies inguinales étranglées au CHU de Brazzaville. *Rev Int Sc*. 2016 ; 18(2): 157-80.

[54]- Mishra PK, Burnand K, Minocha A, Mathur AB, Kulkarni MS, Tsang

T. Incarcerated inguinal hernia management in children: “a comparison of the open and laparoscopic approach.” *Pediatr Surg Int*. 2014 Jun;30(6):621-4.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

I/DONNEES ADMINISTRATIVES :

N° Fiche.....

N° Dossier du malade.....

Q1 : Nom et Prénom

Q2 : Age.....

Q3 : Tranche :

1. Nouveau ne 2. Nourrisson 3. Petit enfant 4. Grand enfant

Q4 : Sexe.....

1. Masculin 2. Féminin

Q4 : Adresse à Sikasso

Q5 Provenance (Cercles)..... /

- 1.Sikasso 2.Bougouni 3.Kadiolo 4. Kolondiéba 5. Koutiala 6. Yanfolila
7 .Yorosso . 8.Autres à préciser.....

Q6 : Nationalité...../...../

1. Malienne 2. Autres à préciser.....

Q7 : Ethnie : /...../

1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Sonrhäï 5. Sarakolé 6. Sénoufo 7. Bobo
8. Minianka 9. Touareg 10. Dogon 11. Autres à préciser.....

Q8 : Adressé (e) par : ... /..... /

1. Amené(e) par les parents 2. Médecin 3. Infirmier 4. Autres à préciser.

Q9 : Mode de recrutement. /...../

1. Urgence 2. Consultation ordinaire

Q10 : Date de la consultation

Q11 : Hospitalisation Pré-op/...../ 1. Oui 2. Non

Q12 : Durée d'hospitalisation J1. J2. J3. J4. J5.

Q13 : Motif de consultation...../

1. tuméfaction scrotale 2. tuméfaction inguino- scrotale 3.tuméfaction inguinale
4. tuméfaction permanente 5. tuméfaction intermittente 6. Douleur abdominale
7.vacuité de la bourse 8.6+1 9.6+2 10.6+3 11.7+6 .Autres à préciser.....

Q14 : Le coté atteint...../..... / 1. droit 2. gauche 3. bilatérale

II/ATCD

ATCD personnels

Q15 : MEDICAUX.../...../

1. Diabète 2. Asthme 3. HTA 4. Drépanocytose 5. Epilepsie. 6. Autres à préciser.....

Q16 : Mode d'accouchement..... / 1. Voies naturelles 2. Césarienne

Q17 : Terme de la grossesse.../...../ 1. Terme normal 2. Prématuré 3. Post terme

Q18 : CHIRURGICAUX.....

1. OUI préciser 2.NON

Q19 : Vaccination à jour...../...../ 1. Oui 2. Non

ATCD Familiaux

MERE

Q20 : Age de la mère...../

Q21 : Profession...../...../

1. Fonctionnaire 2. Commerçante 3. Ménagère 4. Elève 5. Teinturière 6. Etudiante 7. Autres à préciser.....

Q22 : MEDICAUX..... /...../ 1. Diabète 2. HTA 3. Asthme 4.

Drépanocytose

5. Epilepsie 6. Autres à préciser

Q23 : CHIRURGICAUX..../...../ 1. Oui préciser... 2. Non

Q24 : OBSTETRICAUX...../...../

1. Multipare 2. Primipare 3. Accouchement eutocique 4. Accouchement dystocique 5. Avortement 6. Fécondation in vitro

5. 1 + 3 6. 1 + 4

PERE

Q25 : Age :

Q26 : Profession.....

Q27 : MEDICAUX...../...../

1. Diabète 2.HTA 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Epilepsie 6. AUTRES à préciser.....

Q28 : CHIRURGICAUX...../...../

1. Oui préciser..... 2. Non

Q29 : Fratrie :

III. CLINIQUE

Q30 : Mode d'apparition .../...../ 1. brutal 2.progressif

Q31 : Circonstances de découverte...../...../ 1. Lors des efforts de toux 2.Spontanément 3 .Change de linge 4.bain 5.Défécation

Q 32 : Signes associés : 1. Asymptomatique 2. Refuse l'alimentation 3. Pleure et agitation 4 .Toux 6.Vomissements 7.Arrêt de matière et de gaz 8. Autres à préciser.....

Examen Physique

Q33 : Signes généraux

Q33.1 : Poids : Taille :cm Pouls :btm/mn

Température.....°C Fréquence respiratoire.....cycles /mn

Q33.2 : Conjonctives...../...../ 1. Pâles 2. Bien colorées 3. Ictère

Q33.3 : Etat Général...../...../ 1. Passable 2. Mauvais

Q33.4 : Etat de conscience : /...../ 1. Passable 2. Altéré

Q34 : Inspection :

1. Pas de tuméfaction 2. Tuméfaction inguinale 3. Tuméfaction inguino scrotale
4. Grosse bourse 5. Autres (à préciser)

Q35 : Palpation 1. Réductible 2. Non réductible

Q36 : Palpation de la région inguino scrotale

Q36.1 : Douleur...../...../ 1. OUI 2.NON

Q36.2 : Consistance 1. Ferme 2. Molle 3. Autres à préciser

Q36.3 : Réductibilité..... /...../ 1. OUI 2.NON

Q37 : Malformations associées

1. Cryptorchidie 2. Ectopie testiculaire 3. Hypospadias 4. Epispadias 5. HO 6. Autres à préciser

Q38 : Diagnostic retenu.....

III / Examens Complémentaires

Q39 : Taux d'hémoglobine(Hb) :.....g/dl

Q40 : Taux d'hématocrite(HT):%

Q41 : Glycémie:.....mmol/

Q42 : Groupage rhésus.....

Q43 : Echographie.....

IV) Traitement

Q44 : Indication :/ 1. A froid 2. Aux urgences

Q45 : Date d'intervention :/...../

Q46 : Type d'anesthésie utilisée

Q47 : Durée de l'intervention

Q48 : Contenu du CPV/...../

1. Liquide péritonéal 2. Viscères 3. Ovaire 4. Ovaire 5. Autres a préciser

6. Autres à préciser.....

Q49 : Technique chirurgicale :

1. Herniotomie de Pott 2. Résection de la vaginale 3. Résection anastomose 4. Résection stomie 5. Autres à préciser

Q50 : Complications per opératoires...../

1. Oui Préciser.....2. Non

Q51 : Traitement postopératoire/...../

1. Antalgique
2. Antibiotique
3. Anti inflammatoire
4. Autres à préciser
.....

V) Suivi Post Opératoire

Q52 : Evolution immédiate

1. Simple
2. Hématome
3. Œdème du cordon et de la bourse
4. Suppuration
5. Hémorragie
6. Fistule
7. Décès

Q53 : Date de la première consultation après opération.....

Q54 : Evolution lointaine/...../

1. Retard de cicatrisation
2. Granulome sur fil
3. Chéloïdes
4. Récidive
5. HI Centro-latérale
6. Ectopie testiculaire secondaire

Q55 : Vu un (01) mois plus tard/...../

1. Venu de lui-même
2. Venu à la convocation
3. Vu à domicile
4. Non vu
5. Personne contact
6. Autres à préciser

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : OUATTARA

Prénom : Mamadou

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Titre : Hernie inguinale chez l'enfant au service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

Email : mamadououatt111222@gmail.com

Résumé

Introduction : La hernie inguinale de l'enfant est une lésion congénitale résultant de la persistance anormale du canal péritonéo-vaginal. C'est une hernie oblique externe traversant une paroi saine et tonique chez le garçon. Chez la fille, elle est due à une persistance du canal de Nüch.

But : Etudier la hernie inguinale chez l'enfant à l'hôpital de Sikasso.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive rétro-prospective réalisée du 1er juin 2019 au 30 juin 2022 portant sur 50 cas de hernies inguinales au service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Résultats : Pendant la période d'étude soit 36 mois, nous avons opéré 350 enfants dont 50 pour hernie inguinale dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Ce qui a représenté 14,28% des interventions effectuées et 8,52% des hospitalisations. La tranche d'âge la plus représentée était de 29 jours à 30 mois (nourrissons). Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio de 15,66. L'âge moyen était de 2,82 ans avec des extrêmes de 14 jours et 14 ans. Les patients étaient recrutés en consultation ordinaire soit 82 % des cas. La tuméfaction inguinale était le principal motif de consultation. Le côté droit était le plus touché. La tuméfaction était réductible chez 41 patients. La HI simple était majoritaire avec 68% des cas. Nous avons enregistré 9 cas de complications dont 6 cas de hernies étranglées et 3 cas de hernies engouées. La HO était la seule pathologie associée soit 38%. L'anesthésie générale était pratiquée chez tous les patients. Le contenu du sac était grêlique dans la majorité des cas. La technique de Pott était pratiquée dans tous les cas. Les suites opératoires étaient marquées par 3 cas d'hématome scrotal et 2 cas d'infection pariétale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,3 jours +/- 0,83 jours avec des extrêmes de 1 jour et 4 jours. Un cas de récurrence a été observée (enfant prématuré) à 6 mois post opératoire.

Conclusion : La hernie inguinale chez l'enfant est une affection congénitale, le diagnostic est clinique et le traitement est chirurgical.

Mots clés : hernie, inguinale, enfant, chirurgie, hôpital, Sikasso.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.