

Cure prothétique des hernies ombilicales géantes ayant perdu droit de cité à l'hôpital préfectoral de Pita (Guinée).

Prosthetic treatment of giant umbilical hernias with loss of domaine at the prefectural hospital of Pita (Guinea).

Sow Y¹, Conde A², Bangoura MS², Diallo I¹, Bah Aa¹, Barry MM¹, Barry R¹, Bemba I¹, Soumaoro LT², Toure A².

¹ Service de chirurgie, hôpital préfectoral de Pita, Guinée

² Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée

Auteur correspondant : Youssouf SOW, service de chirurgie, hôpital préfectoral de Pita, Guinée ; Téléphone : (+224) 628 47 08 52 ; Email : sowyoussouf3@gmail.com

Reçu le 30 janvier 2025 - Accepté le 11 avril 2025 - Publié le 28 avril 2025

RESUME

But : était de rapporter notre expérience dans la cure prothétique des hernies ombilicales géantes ayant perdu droit de cité à l'hôpital préfectoral de Pita (Guinée).

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 3 ans (janvier 2021 à décembre 2023) portant sur le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive des hernies ombilicales géantes ayant perdu droit de cité dans notre service.

Résultats : nous avons colligé 25 dossiers de patients porteurs de hernies ombilicales géantes avec perte de droit de cité ayant bénéficié d'une cure prothétique; soit 3,5% de l'ensemble de cure de hernies (N=723). L'âge moyen des patients était $58,32 \pm 9,43$ ans. Nous avons noté une prédominance féminine (88%). Il s'agissait de femmes multipares, paysannes vivant en zone rurale. Le délai moyen de consultation était de $58,32 \pm 9,43$ ans. Tous les malades ont été opérés sous anesthésie générale après des séances de rééducation abdominale. La cure a été réalisée par la pose d'une prothèse de type polypropylène en position pré aponévrotique. Les suites opératoires ont été simples. Avec un suivi moyen post-opératoire de 39,4 mois (extrêmes : 16 et 52 mois) aucune récurrence n'a été notifiée.

Conclusion : les hernies ombilicales géantes ayant perdu droit de cité sont fréquentes en zone rurale. La sensibilisation et l'organisation des campagnes de chirurgie foraine en faveur des populations défavorisées s'avèrent nécessaires.

Mots clés : hernies ombilicales, géantes, cure prothétique, Pita, Guinée

SUMMARY

Aim: to report on our experience in the prosthetic cure of giant umbilical hernias with loss of domaine at the prefectural hospital of Pita (Guinea).

Patients and methods: this was a 3-year retrospective descriptive study (January 2021 to December 2023) of the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary profile of giant umbilical hernias with loss of domaine in our department.

Results: we compiled 25 cases of patients with giant umbilical hernias with loss of domaine who had undergone a prosthetic cure, representing 3.5% of all hernia cures (N=723). The mean age of the patients was 58.32 ± 9.43 years. They were predominantly female (88%). These were multiparous women from rural areas. The average consultation time was 58.32 ± 9.43 years. All patients underwent surgery under general anaesthesia after abdominal rehabilitation. A polypropylene prosthesis was inserted in a preaponeurotic position. Post-operative follow-up was simple. With a mean post-operative follow-up of 39.4 months (extremes: 16 and 52 months), no recurrence was reported.

Conclusion: Giant umbilical hernias are common in rural areas. There is a need to raise awareness and organize fairground surgery campaigns for underprivileged populations.

Key words: giant umbilical hernias, prosthetic treatment, Pita, Guinea

INTRODUCTION

Une hernie géante est définie par une largeur de collet supérieure à 10 cm [1,2]. Cette caractéristique ne suffit pas pour définir une perte de droit de cité, qui est cependant volontiers associée aux hernies de grande taille. Une perte de droit de cité correspond à un état où le contenu herniaire s'étant soustrait du volume abdominal, toute réintégration induit une augmentation de pression intra-abdominale ; on parle alors de deuxième abdomen [1-4]. Ces hernies géantes peuvent se compliquer d'une occlusion intestinale par strangulation ou d'une fistulisation entéro-cutanée [5,6]. Rarement, ces hernies sont issues de l'évolution naturelle d'une hernie ombilicale ou d'une autre localisation. Le plus souvent, il s'agit d'éventrations, aussi appelées hernies incisionnelles [3]. Leur traitement est essentiellement chirurgical, soit par simple raphie, soit par pariétoplastie prothétique. De nos jours, la pariétoplastie prothétique tend à devenir la méthode de référence [7,8]; toutefois, il y a peu de données sur son utilisation en Afrique au Sud du Sahara. Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la cure prothétique des hernies ombilicales géantes ayant perdu droit de cité à l'hôpital préfectoral de Pita (Guinée).

PATIENT ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 3 ans (janvier 2021 à décembre 2023) réalisée à l'hôpital préfectoral de Pita. Ont été inclus dans cette étude tous les dossiers des patients porteurs de hernies ombilicales géantes avec perte de droit chez les quels une cure prothétique a été réalisée ayant un suivi post-opératoire d'au moins 12 mois. Tous les patients ont été opérés sous une anesthésie générale après des séances de rééducation abdominale selon la méthode décrite par Balaphas A et al [3]. Un bilan biologique préopératoire de routine (hémogramme, Temps de saignement et de coagulation, glycémie, sérologie VIH et AgHBs, groupage sanguin, bandelette urinaire) et une radiographie pulmonaire étaient systématiques. La cure prothétique réalisée par la même équipe chirurgicale a consisté en la pose d'une prothèse de type polypropylène en position pré aponévrotique. Les paramètres étudiés ont concernés les données épidémiologiques cliniques, thérapeutiques et évolutives. Les variables qualitatives ont été présentées en termes de fréquence ou pourcentage et celles quantitatives ont été évaluées en moyenne avec écart type.

RESULTATS

Durant les trois ans nous avons colligé 25 dossiers hernies ombilicales géantes avec perte de droit de cité ayant bénéficié d'une cure prothétique ; représentant 3,5% de l'ensemble des cures de hernies de la paroi abdominales réalisées durant la période. La tranche d'âge de 46 à 65 ans était la plus dominante (76%) avec une moyenne d'âge de $58,32 \pm 9,43$ ans (extrêmes : 45 et 84 ans). Le sexe féminin était prédominant (88%). Il s'agissait de femmes non scolarisées, cultivatrices vivant en milieu rural. Le délai moyen de consultation était de $58,32 \pm 9,43$ ans. L'interrogatoire a retrouvé des notions de constipation chronique (52%), multiparité (88%), de signes de sub-occlusion (douleur abdominale, vomissement, météorisme) résolutive spontanément dans 28% et de cure de hernie ombilicale (24%). Le diamètre de la hernie était compris entre 10 et 16 cm. L'abord a été médian (100%). Dans tous les cas, nous avons noté des adhérences épiploo-pariétales, iléo-iléales. Nous avons procédé à une adhésiolyse et au traitement du sac herniaire. Une appendicectomie a été réalisée dans 11 cas (44%). Un drainage du site opératoire était associé dans 21 cas (84%). Les suites opératoires étaient simples chez 22 malades (88%). Nous avons noté 3 cas (12%) d'infection du site opératoire qui ont répondu favorablement à l'antibiothérapie (association amoxicilline + acide clavulanique et métronidazole).

La durée moyenne d'hospitalisation était de $11,2 \pm 1,8$ jours (extrêmes : 7 et 15 jours). Avec un suivi moyen post-opératoire de 39,4 mois (extrêmes : 16 et 52 mois) aucune récurrence n'a été notifiée.



Figure 1 : hernie ombilicale géante avec perte de droit de cité chez une patiente âgée de 67 ans évoluant depuis la naissance.

DISCUSSION

Les hernies géantes avec perte de droit de cité sont fréquentes dans nos sociétés africaines contrairement aux pays industrialisés. En effet, elles considérées parfois comme une maladie honteuse ou encore comme un signe de bonheur. Ammar et al en Egypte ont rapporté 35 patients atteints de hernies ventrales géantes en 2 ans [9]. Si les hernies inguinales géantes sont fréquentes chez les hommes celles dites ombilicales se rencontrent préférentiellement chez les femmes. En effet, la prédominance des hernies inguinales chez l'homme pourrait s'expliquer par la prédisposition anatomique du cordon spermatique, l'étranglement de l'anneau inguinal superficiel, la disposition en chicane plus marquée chez la femme et le bassin un peu plus élargi chez la femme [10,11]. Cependant, dans notre société la femme jadis n'était pas trop impliquée dans les activités dites de l'homme mais de nos jours vu la promotion de la mondialisation et de l'égalité du genre, l'émancipation de la femme et les conditions socio-économiques, elle est impliquée dans toutes les activités de forces comme les hommes. En général, il s'agit de hernies congénitales, présentes à la naissance, causées par une faiblesse de la ligne blanche au niveau du nombril ou encore un défaut de fermeture du canal ombilical. Plusieurs facteurs liés au patient peuvent augmenter le risque de hernie ventrale, notamment les principaux tels que l'obésité, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète de type II, la malnutrition et le traitement aux stéroïdes [1,2,9].

Le long délai de consultation serait dû aux préjugés et croyance mais aussi le manque de moyen financier pour accéder aux soins chirurgicaux en milieu rural.

Le diagnostic des hernies ombilicales géantes avec perte de droit de cité est essentiellement clinique ; cependant, le recours à des examens d'imagerie (échographie, tomodensitométrie) permet non seulement de détecter les organes herniés mais surtout d'apprécier le diamètre du collet [9].

La préparation abdominale préopératoire bien que non consensuelle a été d'une grande aide dans notre série. **Ammar et al.** ont pratiqué chez les patients un lavage du côlon à l'aide d'un lavement au phosphate de sodium pour dégonfler l'intestin la veille de l'intervention chirurgicale.

La réparation de ce défaut pariétal se fait soit par simple raphie soit par autoplastie soit par implantation de matériel prothétique pour renforcer le plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale [12,13]. Aujourd'hui, il est admis que si les petites hernies ombilicales peuvent être corrigées par les méthodes de raphie, celles de moyenne et grande dimension sont plutôt traitées par aponévroplastie prothétique. L'usage de matériel prothétique pour la chirurgie de la paroi abdominale date depuis 1900 quand Goebel H a proposé le filet

métallique en argent pour le traitement des hernies inguinales, première expérience d'une longue série de renforts prothétiques pariétaux [7] qui exposent à moins de complications et de récidives [5,6,14,15].

Globalement, la cure prothétique des hernies de la paroi abdominale donne de bons résultats. L'hématome, le sérome, l'infection du site opératoire, la détresse respiratoire et la douleur chronique sont les principales complications liées aux prothèses [8,15,16,17]. En pratique, une bonne hémostase associée à un drainage si nécessaire et une antibioprophylaxie réduisent considérablement la survenue de ces complications qui sont souvent responsables de l'échec de la réparation prothétique.

CONCLUSION

Le procédé de la cure prothétique des éventrations post-opératoires, bien que très récente dans notre pratique ; donne des résultats satisfaisants à court et moyen terme. Ainsi, nous recommandons vivement une subvention de l'Etat pour l'approvisionnement de nos hôpitaux en matériels prothétiques en vue de favoriser l'accès des couches sociales les plus défavorisées à cette technique de cure des hernies de la paroi abdominale.

REFERENCES

1. **Maurel A, Mouttalib S, Rabenasolo M, Eyssartier E, Harper L, De Napoli-Cocci S, et al.** SFCP-P16 – Chirurgie viscérale – Hernie para-ombilicale géante ou laparoscisis couvert ? Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15(5):908.
2. **Yankel A. Sanchez, Diana L. Garcia.** Giant umbilical hernia case report and literature review. Res Med Sci. 2022 Dec;10(12):2975-2977.
3. **Balaphas A, Morel P, Breguet R, Assalino M.** Hernies géantes avec perte de droit de cité : comment préparer au mieux les patients ? Rev Med Suisse 2016;523:1170-3.
4. **Abuabakar AI, Miner EN.** Giant pedunculated incisional hernia. Ann Afr Med. 2020;19(4):282-285.
5. **Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al.** Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. Br J Surg. 2020;107(3):171-90.
6. **Person H, Mojallal A, Braye F, Shipkov H.** Techniques of Concomitant Abdominoplasty and Umbilical Hernia Repair: A Review. Aesthet Surg J. 2021;41(7):831-9.
7. **Bouillot J, Servajean S, Berger N et al.** Comment choisir une prothèse pour le traitement des éventrations abdominales. Annales de Chirurgie 2004; 129 (3): 132 137.
8. **Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC et al.** Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg 2004; 240(4):578–583.

- 9. Ammar SA.** Management of giant ventral hernia by polypropylene mesh and host tissue barrier: trial of simplification. *J Clin Med Res.* 2009 Oct;1(4):226-9.
- 10. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G.** Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Reports.* 2011;2(1):16.
- 11. Kamina P.** Anatomie Clinique , thorax et abdomen 4e édition, Paris, Maloine 2009
- 12. Mannion J, Hamed MK, Negi R, Johnston A, Bucholc M, Sugrue M.** Umbilical hernia repair and recurrence: need for a clinical trial? *BMC Surg.* 2021;21(1):365.
- 13. Hawn MT, Snyder CW, Graham LA et al.** Long-term follow-up of technical outcomes for incisional hernia repair. *J Am Coll Surg* 2010; 210(5):648–655.
- 14. Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F.** Long-term Recurrence and Complications Associated With Elective Incisional Hernia Repair. *JAMA* 2016 Oct 18;316(15):1575-1582.
- 15. Chalabi HA, Larkin J, Mehigan B et al.** A systematic review of laparoscopic versus open abdominal incisional hernia repair, with meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg* 2015; 20: 65-74.
- 16. Ouedraogo S, Ouangre E, Kambire JL et al.** Résultats de la cure d'éventration par interposition de prothèse rétomusculaire au Burkina. *Revue Afr Chir et Spec* 2016 ; 10 (1):19-23.
- 17. James Didier L, Abdoulaye MB, Adamou H.** Cure d'éventration de l'adulte à l'hôpital national de Niamey : quelle est l'attitude actuelle dans le choix thérapeutique ? *RECAC* 2017; 2(13): 61-65.