

Prise en charge des hernies de l'aine de l'adulte à l'hôpital préfectoral de Dubréka : à propos de 153 cas

Management of inguinal hernias in adults at the Dubréka prefectural hospital: a report on 153 cases

Yattara A¹, Bangoura MS², Camara NLY¹, Oularé I², Soumaoro LT²,
Diakité S², Touré A²

¹Service de chirurgie générale, hôpital préfectoral de Dubréka, Guinée

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

Auteur correspondant: Abdoulaye YATTARA, E-mail : yattarakine@gmail.com ;

Téléphone : (+224) 628220488

Reçu le 05 janvier 2026 - Accepté le 23 avril 2026 - Publié le 29 avril 2026

RESUME

Introduction : l'objectif de cette étude était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hernies de l'aine prises en charge à l'hôpital préfectoral de Dubréka.

Patients et Méthodes : nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans (janvier 2020 à décembre 2024). Étaient inclus tous les dossiers de patients de 18 ans au moins opérés pour une hernie de l'aine. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : nous avons colligé 146 dossiers regroupant 153 hernies de l'aine. L'âge moyen des patients était de 42,84 ans avec des extrêmes de 17 et 75 ans. L'évolution moyenne était de 3,34 ans. La hernie était latérale (n=126 ; 82,35%), médiale (n=26 ; 16,99%) et fémorale (n=1 ; 0,65%). La hernie était primaire dans 141 cas (92,315%), et récidivée dans 12 cas (17,84%). Le traitement était une cure selon Bassini dans 80 cas (52,16%), selon Desarda dans 41 cas (28,8%), selon Lichtenstein dans 29 cas (18,95%) et Mc Vay dans 3 cas (1,96%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours (extrêmes 1 heure et 12 jours). Les suites opératoires étaient simples dans 136 cas (93,15%). Des douleurs chroniques étaient notées dans 3 cas (1,96%). La récurrence était notée dans 4 cas (2,61%).

Conclusion : Les hernies de l'aine sont fréquentes dans notre service. Elles touchent principalement des hommes jeunes, avec un retard de consultation. La technique de Bassini demeure majoritaire, mais associée à un risque plus élevé de récurrence.

Mots clés : hernie, aine, Bassini, Dubréka, Guinée

SUMMARY

Introduction: the objective of this study was to analyze the epidemiological, clinical, and therapeutic characteristics of inguinal hernias treated at the Dubréka prefectural hospital.

Patients and methods: we conducted a retrospective descriptive study over a 5-year period (january 2020 to december 2024). The study included all medical records of patients aged 18 years or older who underwent surgery for an inguinal hernia. The parameters studied were epidemiological, diagnostic, therapeutic, and clinical course-related.

Results: we compiled 146 records involving 153 inguinal hernias. The mean age of patients was 42.84 years, ranging from 17 to 75 years. The mean duration of follow-up was 3.34 years. The hernia was lateral (n=126; 82.35%), medial (n=26; 16.99%), and femoral (n=1; 0.65%). The hernia was primary in 141 cases (92.315%) and recurrent in 12 cases (17.84%). Treatment was performed using the Bassini method in 80 cases (52.16%), the Desarda method in 41 cases (28.8%), the Lichtenstein method in 29 cases (18.95%), and the McVay method in 3 cases (1.96%). The average length of hospital stay was 7 days (range: 1 hour to 12 days). Postoperative complications were minor in 136 cases (93.15%). Chronic pain was noted in 3 cases (1.96%). Recurrence was noted in 4 cases (2.61%).

Conclusion: inguinal hernias are common in our department. They primarily affect young men, who tend to seek medical attention late. The Bassini technique remains the most commonly used, but is associated with a higher risk of recurrence.

Keywords: hernia, inguinal, Bassini, Dubréka, Guinea

INTRODUCTION

Les hernies de l'aine représentent l'une des pathologies chirurgicales les plus fréquentes en Afrique subsaharienne, constituant une cause majeure de morbidité chirurgicale [1]. Elles regroupent principalement les hernies inguinales (latérales et médiales) et fémorales. La hernie inguinale touche environ 27 % des hommes et 3 % des femmes au cours de leur vie [2], avec une incidence plus élevée dans les pays en développement, où les facteurs de risque comme l'effort physique intense, la constipation chronique, ou encore la toux chronique sont fréquents [3].

La prise en charge des hernies de l'aine a considérablement évolué ces dernières décennies avec l'introduction des techniques de réparation sans tension, notamment celle de Lichtenstein et plus récemment celle de Desarda. Malgré cela, les techniques classiques comme celle de Bassini demeurent largement utilisées, notamment en zone rurale ou à faible ressource [4].

Ce travail a pour objectif d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hernies de l'aine prises en charge à l'hôpital préfectoral de Dubréka en Guinée, afin de mieux orienter la stratégie de gestion de cette affection dans notre contexte.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée au service de chirurgie de l'hôpital préfectoral de Dubréka (Guinée). L'étude a couvert une période de 5 ans allant de janvier 2020 à décembre 2024. Elle a concerné l'ensemble des dossiers des patients âgés de 18 ans ou plus opérés pour hernie de l'aine dans le service durant cette période. Les paramètres étudiés ont concerné les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS

Nous avons colligé 146 patients porteurs de 153 hernies de l'aine soit une incidence hospitalière de 30,6 cas par an. L'âge moyen était de 42,84 ans avec un écart type de 16,96 et des extrêmes de 18 et 75 ans. Il y avait 144 hommes (98,63 %) et 2 femmes (1,37 %) soit un sex-ratio de 72. Cinquante-huit pour cent (58%) des malades exerçaient un travail nécessitant une force physique.

Les caractéristiques diagnostiques des patients sont détaillées au tableau I. La durée d'évolution de la hernie était de 3,34 ans en moyenne avec un écart type de 3,36 et des extrêmes de 1 mois et 10 ans. L'étranglement évoluait depuis 22,53 heures avec un écart type de 28,55 et des extrêmes de 2 et 120 heures. Le siège de la hernie était à droite dans 69,18% des cas (n=101) et à gauche dans 26,03% (n= 38). Concernant le type de hernie selon la classification EHS, la hernie était latérale dans 126 cas (82,35%),

médiale dans 26 cas (16,99%) et fémorale dans 1 cas (0,65%). La hernie était primaire dans 141 cas (92,15%), et récidivée dans 12 cas (7,84%).

Tableau I : caractéristiques diagnostiques des patients

Caractéristiques	Effectif	%
Type de hernie		
Simple	127	83,0
Etranglée	26	16,9
Latéralité		
Droite	101	69,1
Gauche	38	26,0
Bilatérale	7	4,7
Classification EHS		
Latérale	126	82,3
Médiale	26	16,9
Fémorale	1	1,1
Primaire	141	92,1
Récidivée	12	7,8
Antécédents et terrain		
Tumeur prostatique	5	3,4
Constipation	11	7,5
Bronchopneumopathie	9	6,2
Cure de hernie	17	11,6

L'anesthésie générale était pratiquée dans 56,16% (n=82), l'anesthésie locale à la lidocaïne dans 26,71% (n=39) et l'anesthésie loco-régionale dans 17,12% (n=25) des cas. L'abord par incision transversale ou oblique était pratiqué dans 100%. Les caractéristiques thérapeutiques des patients sont détaillées au tableau II.

Le traitement était une cure selon Bassini dans 80 cas (52,16%), selon Desarda dans 41 cas (28,8%), selon Lichtenstein dans 29 cas (18,95%). Une résection intestinale était réalisée dans 2 cas (1,31%) devant une nécrose intestinale.

Tableau II : caractéristiques thérapeutiques des patients

Caractéristiques	Effectif	%
Anesthésie		
Loco-régionale	25	17,1
Locale	39	26,7
Générale	82	56,1
Technique de cure		
Bassini	80	52,2
Desarda	41	28,8
McVay	3	1,9
Lichtenstein	29	18,9
Résection intestinale		
Oui	2	1,3
Non	151	98,7

La durée moyenne d'hospitalisation était de $7 \pm 1,01$ jours et des extrêmes de 6 heures et 12 jours. Des complications postopératoires survenaient chez 10 patients (6,84%). Il s'agissait d'une infection du site opératoire dans 5 cas (3,26%), d'un hématome dans 3 cas (1,96%). La mortalité post opératoire était de 1,37% (n=2). Le délai moyen de suivi était de 8 mois avec des extrêmes de 3 et 36 mois. Le suivi était effectif chez 75 patients (51,37%). Des douleurs chroniques étaient notées chez 3 patients (1,96%). La récurrence a été observée dans 4 cas (2,61%) chez des patients opérés par la technique de Bassini.

DISCUSSION

Notre étude, menée sur une période de 5 ans, a permis de colliger 146 dossiers regroupant 153 cas de hernies de l'aine, soit une fréquence annuelle de 30,6 cas. Cette fréquence est comparable à celle rapportée par Koumaré et al. au Mali (29 cas/an) [5], ce qui dénote une prévalence relativement stable dans la sous-région.

La prédominance masculine était très marquée avec un sex-ratio de 72, ce qui est supérieur à la moyenne retrouvée dans la littérature où le sex-ratio varie généralement de 7 à 10 [6]. La prédominance chez des hommes pourrait s'expliquer d'une part par leur exposition plus importante aux efforts physiques intenses, notamment dans le cadre du travail agricole et artisanal local et d'autre part par une disparité anatomique entre les deux sexes. Le canal inguinal de la femme ne contient que le ligament rond, tandis que chez l'homme, le canal inguinal se trouve fragilisé par la traversée du cordon spermatique [7]. L'âge moyen des patients était de 42,84 ans, ce qui cadre avec les données africaines où les patients sont souvent jeunes au moment du diagnostic [8]. Il est plus élevé dans les séries occidentales. La fragilité des structures anatomique avec l'âge pourrait expliquer la survenue des hernies chez les sujets âgés [9]. L'évolution moyenne de la hernie était longue (3,34 ans), témoignant d'un retard fréquent de consultation, souvent liée à des contraintes socio-économiques, à l'automédication ou au recours initial à la médecine traditionnelle [10].

Les hernies étaient majoritairement de type inguinal latéral (82,35 %), ce qui est conforme aux données classiques : les hernies inguinales latérales représentent 60 à 80 % des cas selon les études [11]. La localisation de la hernie à droite dans notre étude a été également retrouvée dans différentes études [12, 13, 14]. Cela serait en rapport avec la situation haute du testicule droit par rapport à celui gauche et à l'oblitération tardive du canal péritonéo-vaginal droit. Les formes étranglées représentaient 16,99 %, un taux légèrement inférieur à celui rapporté par certains auteurs en milieu africain (20-25 %) [15]. L'évolution moyenne des hernies étranglées avant la

prise en charge (22,53 heures) montre encore une fois le délai important entre le début des complications et l'accès aux soins, ce qui peut avoir un impact sur la morbidité post-opératoire.

Le défi du traitement des hernies inguinales est aujourd'hui le problème du choix parmi plusieurs techniques chirurgicales (cures avec ou sans prothèses, par voie ouverte ou laparoscopique) offrant des résultats cliniques comparables [16]. L'abord par chirurgie ouverte a été pratiqué dans la majorité des cas dans notre étude. Ceci s'explique par le niveau de notre plateau technique malgré le retour au pays des compétences en matière d'approche laparoscopique dans la cure des hernies de l'aine.

La cure selon la méthode de Bassini a été utilisée dans plus de la moitié des cas (52,29 %), ce qui reste courant dans les structures à faibles ressources où les filets synthétiques ne sont pas toujours disponibles. Toutefois, cette technique est associée à un taux de récurrence plus élevé, ce que confirme notre série avec 4 cas de récurrences exclusivement après cure de Bassini. À l'inverse, les techniques sans tension comme celles de Lichtenstein et Desarda, bien que moins utilisées (respectivement 18,95 % et 28,8 %), sont reconnues pour leur faible taux de récurrence [17,18].

L'évolution post opératoire est en général favorable. La morbidité dans notre série (6,85%) était dominée par l'infection du site opératoire et de l'hématome scrotal. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par Camara SK et al [19] mais inférieurs à ceux de Ndong A et al [20]. Les complications, y compris le décès lors d'une chirurgie en urgence pour hernie inguinale étranglée, sont plus élevées que ceux d'une chirurgie à froid [8]. Elles dépendraient de la durée d'évolution de l'étranglement, de l'existence d'une nécrose digestive, de l'âge et de l'état physiologique du patient [21]. Une revue systématique sur les hernies inguinales en Afrique avait montré que le taux de mortalité pour les hernies compliquées (6,4%) était plus élevé que pour les hernies non compliquées (0,2%) [8].

La mortalité post-opératoire reste faible dans notre étude (1,37 %), due essentiellement aux comorbidités de nos patients mais l'interprétation difficile à cause du fait du faible effectif. La douleur chronique a été retrouvée chez seulement 3 patients soit 1,96%. Des taux plus élevés ont été apportés dans d'autres séries, entre 3 et 12% [8,22]. Cette différence avec nos résultats est peut-être due à la différence des durées de suivi, des moyens d'évaluation et de la technique chirurgicale utilisée.

CONCLUSION

Les hernies de l'aine sont fréquente dans notre service. Elles touchent principalement des hommes jeunes, avec un retard de consultation. Les techniques traditionnelles comme celle de Bassini demeurent majoritaires, mais sont associées à un risque plus élevé

de récurrence. L'introduction et la vulgarisation des techniques sans tension comme celles de Desarda et Lichtenstein pourraient améliorer le pronostic des patients. Il est essentiel de renforcer la sensibilisation communautaire pour une consultation précoce.

REFERENCES

1. **Kingsnorth A, LeBlanc K.** Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 003;362(9395):1561–71.
2. **Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen CB, Rosenberg J.** The prevalence of groin hernia in the 5-year-old to 100-year-old population. *Ann Surg* 2013;257(3):573–7.
3. **Beard JH, Oresanya LB, Ohene-Yeboah M, Dicker RA.** Characterizing the global burden of surgical disease: a method to estimate inguinal hernia epidemiology in Ghana. *World J Surg.* 2013;37(3):498–503.
4. **Ohene-Yeboah M, Abantanga FA.** Inguinal hernia disease in Africa: a common but neglected surgical condition. *West Afr J Med* 2011;30(2):77–83.
5. **Koumaré S, Sanogo Z, et al.** Hernies inguinales en milieu hospitalier Malien : aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *Rev Afr Chir* 2017;11(2):125–30.
6. **Jenkins JT, O'Dwyer PJ.** Inguinal hernias. *BMJ* 2008;336(7638):269–72.
7. **Rouet J, Bwelle G, Cauchy F et al.** Polyester mosquito net mesh for inguinal hernia repair: a feasible option in resource limited settings in Cameroon? *J Visc Surg* 2018;155(2):111-6.
8. **Ndong A, Tendeng JN, Diallo AC et al.** Adult groin hernia surgery in sub-Saharan Africa: a 20 year systematic review and meta-analysis. *Hernia* 2023;27(1):157-72.
9. **Konaté I, Cissé M, Wade T et al.** Prise en charge des hernies inguinales à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide le Dantec: étude rétrospective à propos de 432 cas. *J Afr Chir Digest* 2010; 10 (2) : 1086-9.
10. **Mabula JB, Chalya PL.** Surgical management of inguinal hernias in Tanzania. *BMC Res Notes* 2012;5:585.
11. **Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al.** European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13(4):343–403.
12. **Dossouvi T, Kanassoua KK, Kassegne I et al.** Prise en charge des hernies de l'aine au CHU-Kara (Togo). *European Scientific Journal* 2021 ; 17(21) : 256-64.
13. **Loua M, Camara K, Fofana N et al.** Management of groin hernias in the Department of General Surgery at Boke Regional Hospital (Guinea). *Journal of Surgery* 2022; 10(1): 1-3.
14. **Savom EP, Mbele RII, Ekani Boukar MY et al.** Cure prothétique des hernies de l'aine en stratégie avancée : résultats préliminaires à l'hôpital de district de Sangmelima, Cameroun. *RECAC* 2024 ; 4(26): 7-12.
15. **Shillcutt SD, Clarke MG, Kingsnorth AN.** Cost-effectiveness of groin hernia surgery in the Western Region of Ghana. *Arch Surg* 2010;145(10):954–61.
16. **Gerbitz J, Rose N, Eberle C.** Quality control after hernia operation. *Swiss surg* 2001; 7(3):105-9.
17. **Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM.** The tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989;157(2):188–93.
18. **Desarda MP.** New method of inguinal hernia repair: a new solution. *ANZ J Surg* 2001;71(4):241–4.
19. **Camara SK, Camara NLY, Diawara MA et al.** Prise en charge des hernies de l'aine étranglées de l'adulte à l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. *RECAC* 2025 ; 4(28): 51-55
20. **Ndong A, Diop FK, Senghor A et al.** Prise en charge des hernies de l'aine étranglées de l'adulte au CHR DE Saint-Louis : Etude rétrospective sur 59 cas. *RECAC* 2024 ; 4(26): 19-23
21. **Hernia Surge Group.** International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018; 22(1): 1-165.
22. **Ouedraogo S, Sanou A, Zida A et al.** Résultats de la cure des hernies inguinales selon la technique de Desarda au Burkina Faso. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités* 2014; 8: 15-8.