



**INTERET PRATIQUE DE LA
CURE HERNIAIRE SOUS
ANESTHESIE LOCALE CHEZ
L'ADULTE AU CHU DE
MAHAJANGA**

INTRODUCTION

Les hernies de l'aine ou éventrations constituent l'une des affections chirurgicales les plus rependues [1], et très fréquentes en pathologie chirurgicale viscérale [2], quelques soient leurs types, et dans la majorité des cas, elle est sanctionnée par la chirurgie, bien qu'il existe des rémissions spontanées.

La hernie est l'issue d'un organe à travers un orifice anormal des points faibles de la paroi abdominale [3].

Elles peuvent apparaître à tous les âges et touchent les deux sexes avec une fréquence plus élevée chez les hommes [4].

Les hernies inguinales constituent les trois quarts des hernies. Un homme sur 4 sera atteint au cours de sa vie, et moins de 3 % chez les femmes [5].

La cure chirurgicale de la hernie de l'aine est l'intervention la plus fréquente en chirurgie adulte [6]. Elle fait partie des interventions les plus bénignes et simples dans la très grande majorité des cas et ce, grâce à une connaissance parfaite de l'anatomie de la région de l'aine et à l'évolution des techniques chirurgicales et des procédés anesthésiques [2].

L'intervention se fait sous anesthésie générale ou locorégionale ou encore locale. Elle nécessite une hospitalisation de trois à dix jours habituellement, mais une chirurgie en ambulatoire est possible actuellement [7].

Dans cette étude, nous avons pratiqué la cure herniaire sous anesthésie locale, quelque soit le type d'hernie, dans le but de réduire la durée d'hospitalisation, le coût de l'intervention, ainsi que la douleur post opératoire, mais surtout elle permet la reprise précoce des activités.

Cette technique correspond à des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, suivie d'une surveillance post opératoire en salle de réveil. Elle permet sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de l'intervention.

C'est de cette particularité qui est née notre étude intitulée « **L'intérêt pratique de la cure herniaire sous anesthésie locale chez l'adulte au CHU de Mahajanga** ».

L'objectif de notre étude est de vulgariser cette attitude chirurgicale. Pour l'atteindre, nous allons adopter le plan suivant :

- ✓ Une première partie qui sera consacrée à la revue de la littérature comportant les rappels embryologique et anatomique, ainsi qu'un rappel général sur la pathologie herniaire, en particulier la technique sous anesthésie locale.
- ✓ La seconde partie présentera l'étude proprement dite dans la quelle se distingueront méthodologies et résultats.
- ✓ La troisième partie sera réservée aux commentaires et aux discussions.

Nous terminerons cette étude par quelques suggestions et une conclusion.

**PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE**

RAPPELS

I.-RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

La formation de la région inguinale est débutée au troisième mois de la grossesse, le péritoine émet de façon symétrique un diverticule en doigt de gant appelé **le processus vaginal**. Il sort de la cavité abdominale par l'anneau inguinal interne.

- **Chez le garçon**, ce diverticule suit le trajet de Gubernalicum testis qui permet au testicule de migrer depuis la crête urogénitale jusque dans le scrotum.

Au troisième mois, le testicule est en situation retro péritonéale, puis attiré par le gubernaculum testis en formation, il entreprend sa descente en repoussant devant lui le péritoine.

Entre le 7^e et le 8^e mois, dirigé par la fibre centrale du gubernaculum testis, le testicule passe dans l'anneau externe et descend dans le scrotum.

Entre 8^e et 9^e mois, le processus vaginal, régresse.

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 (CPV)** [8].

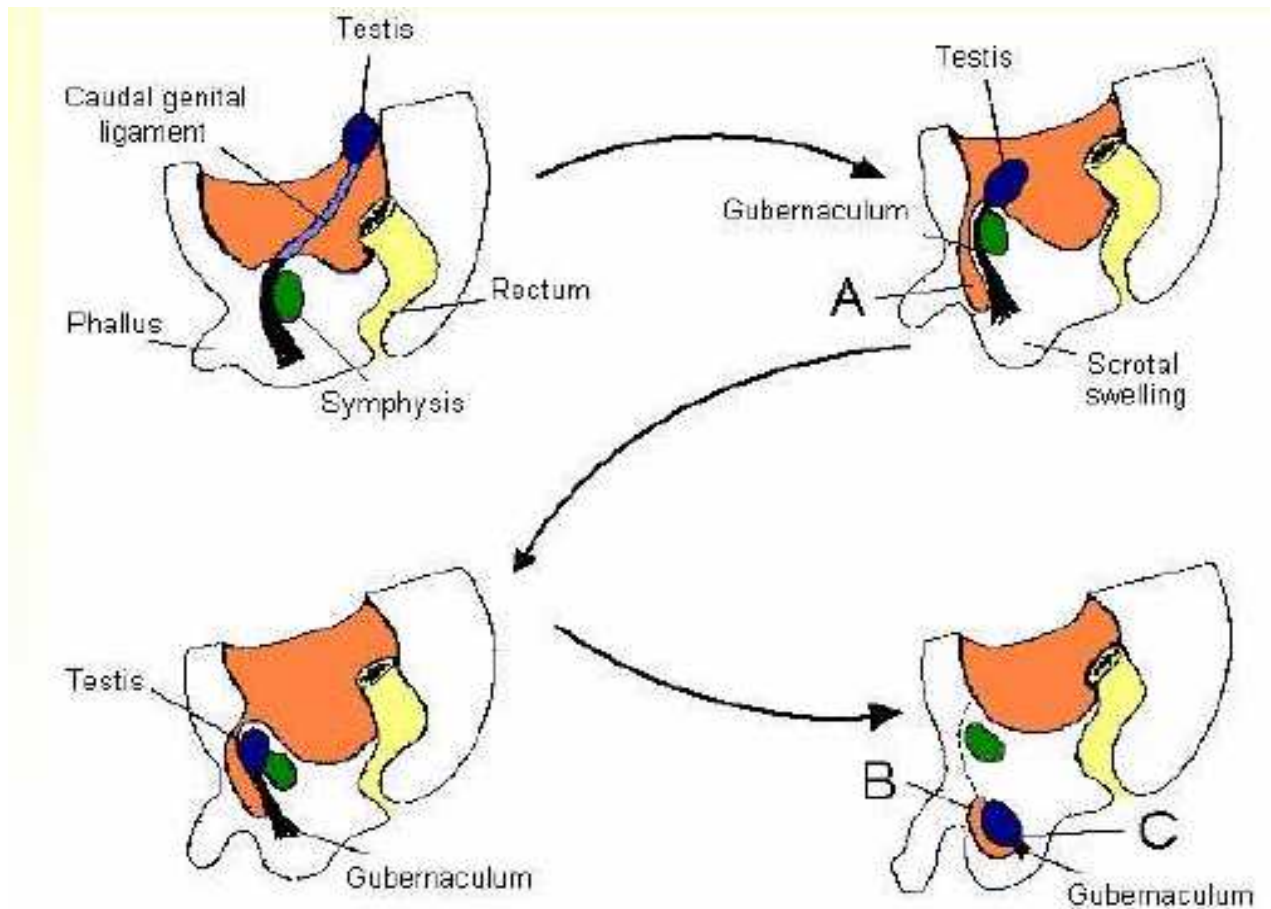


Figure N°1 : Le CPV et Migration testiculaire

Source : HUTTEN O ; 2004



Figure N°2 : Régression progressive du CPV

Source : HUTTEN O ; 2004

L'absence de la fermeture du canal péritonéo-vaginal totale ou partiel peut aboutir aux différentes pathologies dont les hernies inguinales, le kyste du cordon communicant et l'hydrocèle.

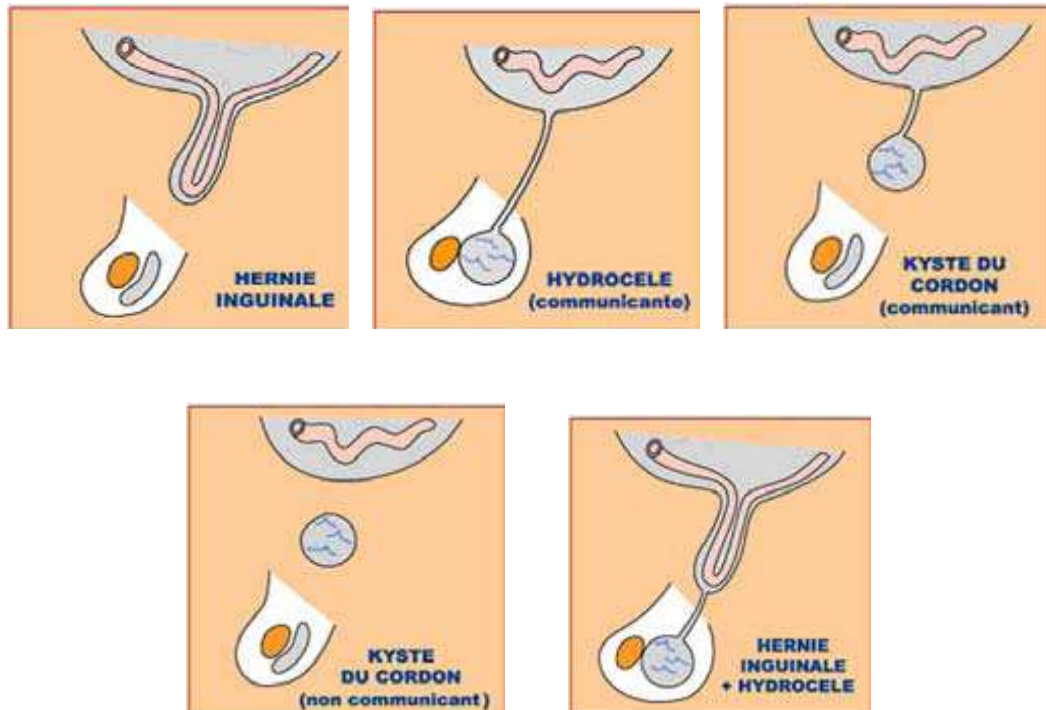


Figure N°3 Pathologie liée à la fermeture du CPV

Source : HUTTEN O ; 2004

- **Chez la fille**, le processus vaginal porte le nom de canal de Nuck .Il suit le trajet du ligament rond qui s'étend depuis l'annexe jusqu'à la grande lèvre.

Le canal de Nuck se résorbe à la fin de la grossesse ou au cours des premiers mois de la vie, formant la cavité péritonéale. La persistance de ce canal favorise la formation de kyste ou des hernies dont le contenu est le plus souvent l'ovaire [9].

II- RAPPEL ANATOMIQUE DE LA REGION DE L'AINE

II.1- Anatomie de la région de l'aine

Anatomiquement, les hernies de l'aine s'extériorisent en franchissant le fascia transversalis par le trou musculopéctinéal situé entre le bord inférieur du plan musculaire et la crête pectinée.

L'étude de la région de l'aine comporte deux chapitres distincts :

la région inguinale : située au -dessus du ligament inguinal (anciennement arcade crurale).

la région crurale : située en dessous du ligament inguinal.

Le ligament inguinal est tendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis et sépare l'abdomen de la cuisse.

En pratique il ne faut décrire à la région de l'aine qu'un seul orifice : « l'orifice musculo-pectinéal »

Orifice musculo-pectinéal

- ✓ L'orifice musculo-pectinéal est limité par un cadre osto-musculaire :
- ✓ le bord supérieur de la branche ilion-pubienne en bas (doublée du ligament de Cooper).
- ✓ le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse en haut.
- ✓ le psoas en dehors

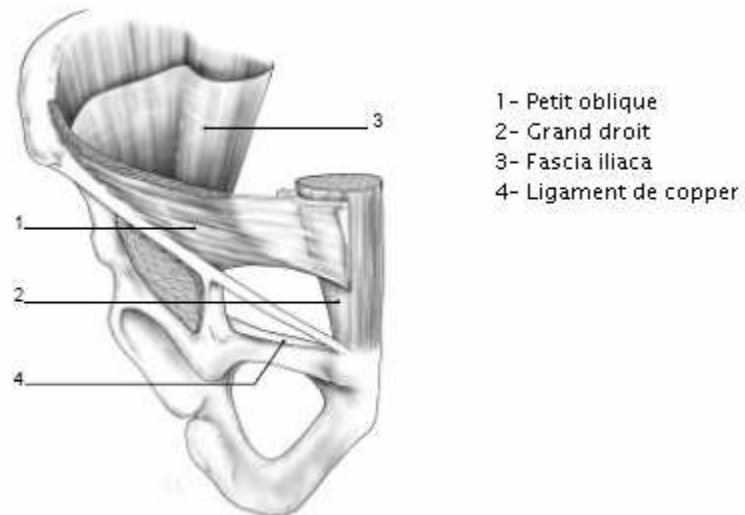


Figure N°4: Vue antérieure du cadre solide de l'aîne et du trou musculo-péctinéal

Source JEREMIE L ; 2009

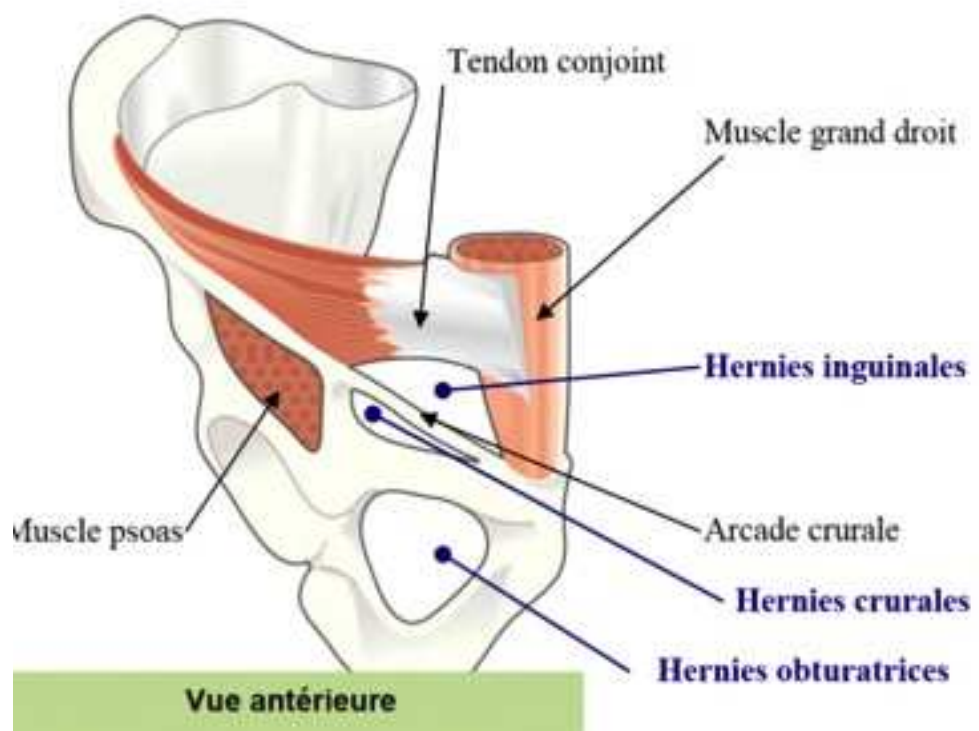


Figure N°5 : Vue antérieure du canal inguinal

Source : JEREMIE L ; 2009

Le bord externe du droit et du tendon conjoint en dedans.

Cet orifice est séparé en deux étages par enroulement des fibres inférieures du muscle oblique externe correspondant à ce qu'on appelle le ligament inguinal, qui en fait n'a pas d'existence propre. [10, 11]

Le fascia transversalis

L'orifice musculo-péctinéal est fermé par le fascia transversalis. Il s'agit du feuillet profond de l'aponévrose du transverse et il s'insère en bas sur le ligament de Cooper.

Il est munit de renforcements :

- ✓ au bord externe du droit : le ligament de Henlé
- ✓ autour de l'artère épigastre : le ligament de Hesselbach
- ✓ près de son insertion pectinéale : la bandelette ilio-pectinée.
- ✓ autour de l'artère ombilicale.

Etage supérieur

L'étage supérieur ou inguinal, situé au dessus du ligament inguinale, limité en haut par le tendon conjoint, en bas par « l'arcade crurale », présente trois points faibles limités par les renforcements du fascia transversalis :

La fossette inguinale externe ou orifice profond du canal inguinal se trouve en dehors de l'artère épigastrique et du ligament de Hesselbach, donnant passage au cordon spermatique ;

La fossette inguinale moyenne est située entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale ;

La fossette inguinale interne s'engage entre l'artère ombilicale et l'ouraque.

L'étage inférieur

L'étage inférieure fémoral ou crural présente un seul point faible qui est l'anneau crural.

Il est limité en dehors par la bandelette ilio-péctinée et le psoas, en haut par « l'arcade crural » en bas par la branche ilio-pubienne doublée du ligament de Cooper, en dedans par le ligament de Gimbernat constitué par les fibres les plus internes de l'aponévrose de l'oblique externe.[12]

Il contient le pédicule fémoral où la veine est située en dedans de l'artère.

(Schéma le ligament inguinal, région inguinale gauche, vue intra abdominale)

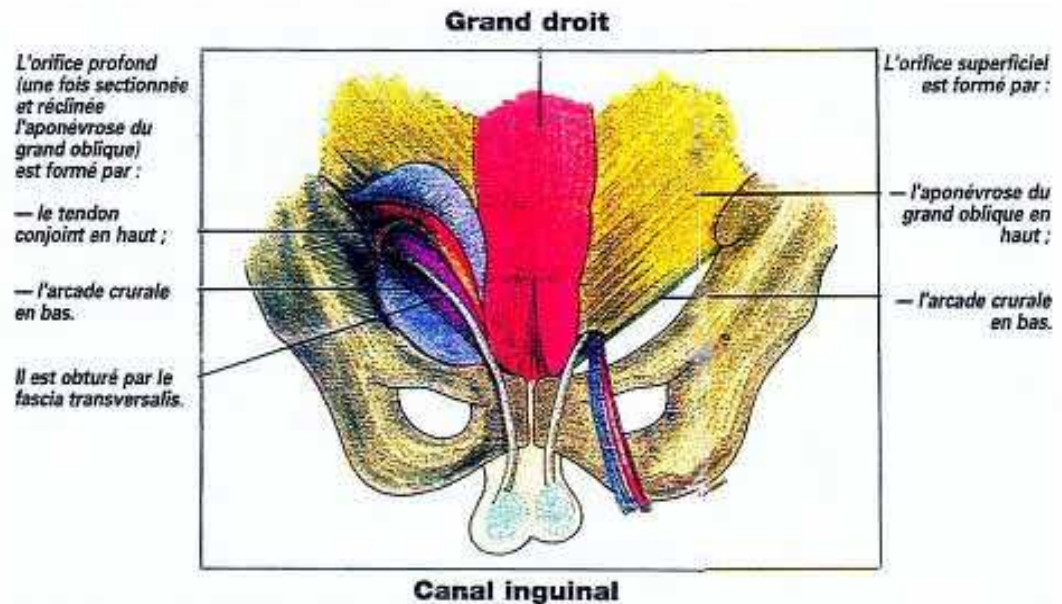


Figure N°6 : vue intra abdominale du canal inguinal

Source : JANSSEN B ; 2009

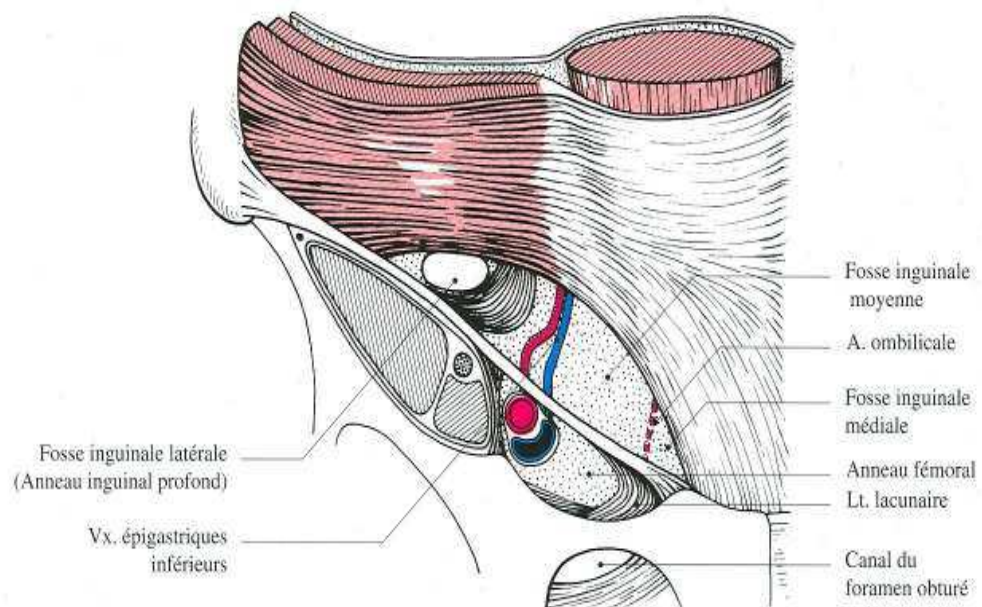


Figure N°7 : Vue antérieure du plan musculo-aponévrotique

Source : CHEVREL JP; 2009

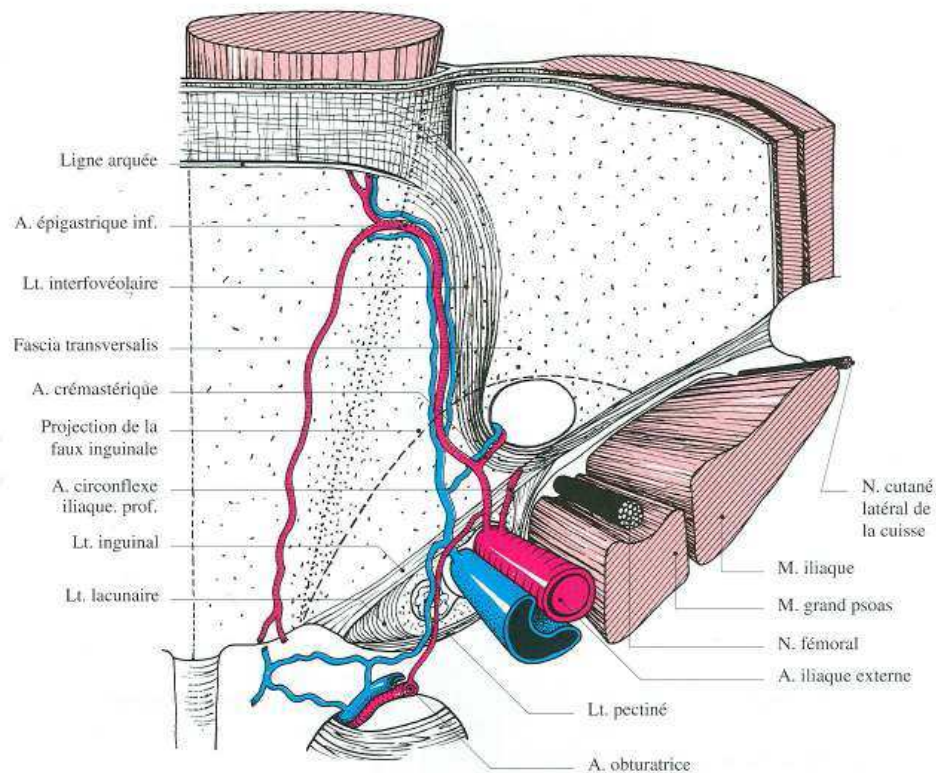


Figure N°8 : Vue postérieure de la région inguino-fémorale après ablation du péritoine

Source : CHEVREL JP; 2009

II-2- Classification anatomique des hernies de l'aîne

Les caractéristiques anatomique propre à une hernie sont l'existence d'un trajet intra pariétale, d'enveloppe entourant les organes herniés et constituent le sac herniaire, et le types de viscères herniés.

II.2.1- Selon l'existence d'un trajet intra –pariétal

On distingue deux types :

- ✓ Les hernies inguinales et inguino-scrotales
- ✓ Les hernies fémorales ou crurales

II.2.1.1- Les hernies inguinales et inguino-scrotales

Elles franchissent le trou musculo-péctinéal au dessus du ligament inguinal et se développe dans le canal inguinal.

Elle se repartît en plusieurs variétés anatomiques.

- **Hernie oblique externe (HOE) ou hernie indirect**

C'est une hernie congénitale liée le plus souvent à un défaut de fermeture de canal péritonéo-vaginal chez un adulte jeune. Elle a un trajet oblique suivant le cordon ; son collet est en situation externe en dehors des vaisseaux épigastriques. Parfois réduite à une très petite tuméfaction (pointe herniaire), cette forme de hernie peut emprunter le trajet oblique du cordon spermatique et se développer jusque dans la bourse, c'est pourquoi la hernie inguino-scrotales devient très volumineuse voire monstrueuse. Elles sont plus fréquentes (50% des hernies de l'aine) et se voient surtout chez les individus de sexe masculin.

Chez la femme, le sac herniaire constitué par le canal de Nuck persistant emprunte le trajet du ligament rond et reste en général de petites dimensions. De même, il peut descendre jusque dans la grande lèvre vaginale et former hernie inguino-vulvaire. Elle est 25fois moins fréquente [13], [14].

- **Hernies directes**

Il s'agit d'une déhiscence de la paroi abdominale à la hauteur du fascia transversalis. La hernie est située en dedans du pédicule épigastrique et est indépendant du cordon. Elle survient plus fréquemment chez les sujets âgés, rares chez la femme. Elle représente un tiers des hernies de l'aine. Refoulant le fascia transversalis, les hernies s'extériorisent directement à l'orifice superficiel du canal inguinal, en dedans du cordon mais reste en général peu volumineuse [15].

- **Hernies obliques internes**

Très rare elles sont surtout de curiosité anatomique. Elles franchissent le fascia transversalis dans l'aire de la fossette inguinale interne ou fossette supra-vésicale entre l'artère ombilicale et l'ouraque [15].

II.2.1.2- Les hernies fémorales ou crurales

Elles franchissent le trou musculo-péctinéal au dessus du ligament inguinal. Assez rare (6% des hernies de l'aîne), elles se voient surtout chez la femme dont elle présente plus du tiers des hernies de l'aîne. Elles sont exceptionnelles chez l'enfant.

Le sac péritonéal s'insinue le plus souvent entre la veine fémorale et le ligament de gibernant pour s'épanouir à la racine de la cuisse en restant en général de petite taille. Elle se développe au travers de l'anneau fémoral, dans l'immense majorité des cas au-dedans des vaisseaux fémoraux [15]

A l'étroit dans l'anneau rigide (ligament inguinal en haut, ligament de Cooper en bas, et le ligament Gibernant en dedans), elles sont le plus souvent de petit volume, donc difficile, et se compliquent fréquemment d'étranglement.

II.2.2- Selon le trajet emprunté

On distingue :

La hernie fémorale, typique ou commune à travers l'orifice musculo-péctinéal, puis anneau fémoral, en dedans des vaisseaux fémoraux : hernies infundibulaires.

La hernie de Laugier, à travers le ligament réfléchi.

La hernie de Cloquet ou hernie péctinéale, sous l'aponévrose du muscle pectiné.

La hernie de Hesselbach ou multiverticulaire.

La hernie d'ASTLEY-COOPER ou hernie en bissac.

II.2.3- Selon l'impotence du sac herniaire

On pourra distinguer :

Une pointe de hernie. Elle est due à un début d'engagement du sac herniaire au niveau de l'orifice inguinal profond et set palpable lors des efforts de toux.

Une hernie interstitielle : le sac herniaire se situe dans la partie intra-pariétale du canal inguinal.

Une hernie funiculaire : le sac herniaire est franchi l'orifice externe et est palpable directement.

Une hernie inguino-scrotale : le sac herniaire décent jusqu'au niveau des bourses [16].

II.2.4- Selon le contenu des hernies

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

On retrouve généralement le grand omentum réalisant une épiplocèle, ou plus souvent encore l'intestin grêle. Le colon surtout le colon sigmoïde est fréquemment retrouvé dans des volumineuses hernies inguino-scrotales du côté gauches. La vessie (corne vésicale) appartient presque toujours aux contenus des hernies directes à large collet.

Adroite, on peut parfois retrouver l'appendice dans le sac, ou encore un glissement complet du coecum lorsque la hernie est volumineuse réalisant la hernie de Littré.

Enfin chez les cirrhotiques le contenu herniaire peut être représenté par le liquide de l'ascite.

Chez la femme, on peut retrouver l'anneau génital dans le sac péritonéal (annexes)

Chez le nourrisson, on peut retrouver l'ovaire dans le sac herniaire [17].

II-2-5- Les enveloppes : comprennent le sac péritonéal et les enveloppes externes

- **Le sac péritonéal** : est un diverticule péritonéal qui s'est engagé dans le trajet intra-pariétal dont il peut émerger de façon plus ou moins importante. Il comprend un collet qui correspond à l'orifice profond de ce trajet, un corps de volume variable et un fond. Il peut être rétrécie ou cloisonné par des brides scléreuses rétractiles adhérents à la paroi interne du sac et aux viscères herniés et faisant courir le risque d'étranglement herniaire interne.

- **Les enveloppes externes :** sont formées par les divers éléments de la paroi traversée, souvent doublées par un lipome herniaire : fascia spermatique externe, muscle crémaster dans les hernies obliques externes par exemples.

II.2.6- Associations et variations

Une hernie oblique externe surtout lorsqu'elle est volumineuse, peut affaiblir le canal inguinal et permettre l'apparition d'une hernie directe associée.

Au maximum, le canal inguinal peut être réduit à l'état d'un large anneau béant réalisant l'effondrement de l'aine. L'association d'une hernie fémorale constitue la distension de l'aine [16], [17].

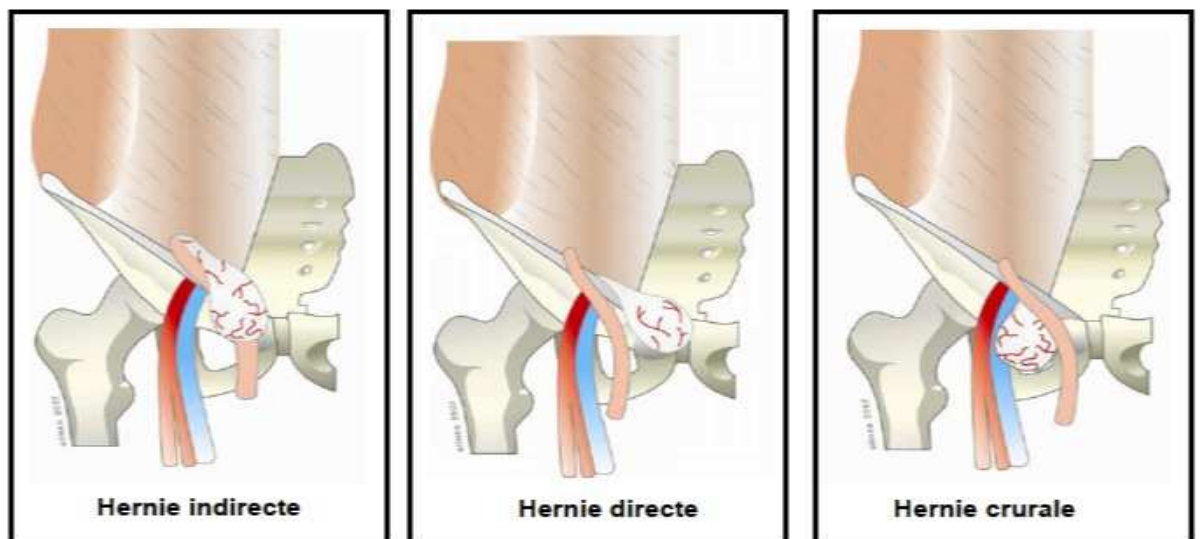


Figure N°9 : Hernie congénitale indirecte

Source : JEREMIE L ; 2009

III-RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUE

La région inguino-fémorale constitue la frontière entre l'abdomen et le membre inférieure .A ce niveau il existe, un point faible pariétal autour de deux voies de passage : l'une superficiel autour du cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme, l'autre profonde pour le pédicule vasculaire du membre inférieur. Du faite de la station debout, cette région « fragilisée » doit supporter toute les variations de la pression abdominale : des diverticules du péritoine peuvent progressivement s'extérioriser entraînant la formation de hernie. Bien que lors n'ayons en vue dans ce travail que les hernies de l'adulte, il est nécessaire de rappeler que la hernie de l'aine relève de deux étiologies différentes. Certaines sont les hernies congénitales et s'observent le plus souvent chez le nourrisson et chez l'enfant .D'autres sont les hernies acquises, qui résultent de la faiblesse des structure muscla-aponévrotiques, »acquise » au cours du vieillissement, et elles ne peuvent évidemment s'observer que pendant la deuxième partie de la vie [16], [17].

On distingue deux variétés :

III.1- La hernie congénitale

Elle est due à la persistance complète ou incomplète d'un diverticule péritonéal dans le canal inguinale : le CPV chez le garçon et le canal de Nuck chez la fille alors le fascia transversalis est de bonne qualité. Ce canal met en communication le péritoine et la vaginale testiculaire chez l'embryon puis s'oblitére à la naissance chez 40% des enfants et dans 60% des cas, dans la première année, laissant un vestige : le ligament de Cloquet. Il se voit souvent chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent [18].

III.2- La hernie acquise

Elle est due à une faiblesse musculaire et aponévrotique. Elle est fréquente chez le garçon étant donnée la présence du cordon spermatique. Elle résulte d'un déséquilibre entre les poussées abdominales, d'une faiblesse pariétale acquise (obésité, cachexie) [1].

L'augmentation rapide du volume d'une hernie, ou son aggravation, doivent faire rechercher des facteurs favorisant selon la « règle des 4P », pour « poids, poumon, péritoine, et prostate » :

- ✓ Le port de charge lourde ou la modification du poids corporel (en plus ou moins) peuvent provoquer l'apparition ou le grossissement de la hernie.
- ✓ Une pathologie pulmonaire chronique, ou une bronchite aigue, provoque des à-coups hypertensifs.
- ✓ Une ascite, ou des problèmes intra-péritonéaux qui entraînent des poussées abdominales.
- ✓ Une maladie de la prostate peut également être révélée par une hernie, car la première nécessite parfois des poussées abdominales importantes pour pouvoir uriner : on nocturne (le patient se lève plusieurs fois par nuit pour uriner à chaque fois un petit volume) [4].

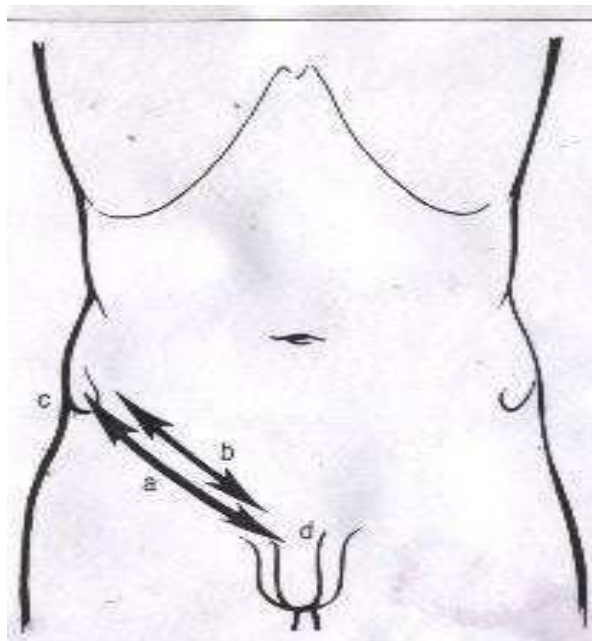


Figure N°10 : Projection cutanée du trajet du canal inguinal

a : ligament inguinal

b : canal inguinal

c : épine iliaque antéro-supérieure

d : épine du pubis

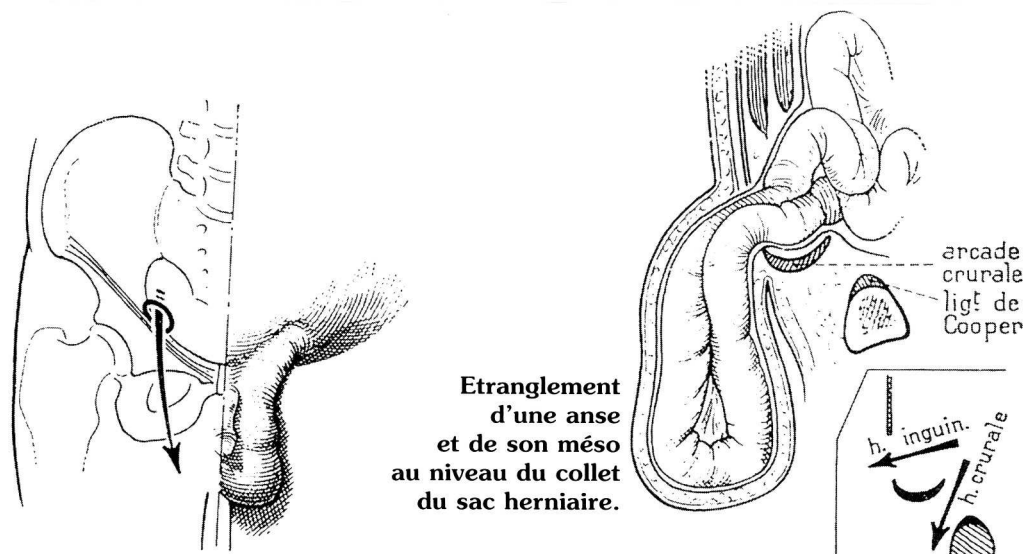


Figure N°11 : Hernie inguinale

Source : FAZIA R; 2008

IV- LES HERNIES DE L'AINE

IV.1- Définition

On parle de hernie lorsqu'un organe sort par un orifice de la cavité qui le contient. C'est le passage d'un organe à travers un orifice naturel [11].

La hernie de l'aine se définit alors comme étant l'issue de viscères abdominaux (intestin, appendice, épiploon, colon,...) entourés d'un sac péritonéal à travers l'orifice musculo-pectiné de la région inguinale [12].

Le sac péritonéal est constitué de péritoine faisant issue sous la peau. Il est toujours en communication avec l'abdomen et contient un ou plusieurs viscères. Il comporte habituellement une zone rétrécie à l'endroit de la traversée de la paroi appelée le collet du sac herniaire [3].

IV.2- Epidémiologie

Les hernies de l'aine sont des pathologies les plus fréquemment observées après l'appendicite et avant la cholécystite (25%).

Elle constitue l'une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie générale, particulièrement en Afrique où elle touche 4,6 % de la population

En France, la hernie représente 17% des Chirurgies digestives, elle est second motif d'intervention en Chirurgie générale après l'appendicectomie. 100000 hernies sont annuellement opérées.

Aux Etats Unis, elle représente 24% des Chirurgies digestives dont 600000 interventions par an [18].

C'est une pathologie de l'adulte jeune et de l'enfant comme en témoignent de nombreuses études, elle atteint toutes les catégories socioprofessionnelles comme le démontre cette étude avec une nette prédominance masculine de l'ordre de 50% contre 30% des femmes [19].

La hernie survient en Afrique chez des patients plus jeunes par rapport aux études européennes qui trouvent une moyenne d'âge entre 50-60 ans [22].

La hernie inguino-scrotale est la forme la plus fréquente de la consultation, il représente 90% des hernies de l'aîne, et affectent neuf fois sur dix le sexe masculin [23].

IV.3- Diagnostic

IV.3.1- Diagnostic positif d'une hernie inguinale

Le diagnostic d'une hernie inguinale se fait essentiellement par la clinique. Quelque soit l'âge et le sexe, le patient consulte en général pour une tuméfaction de la région inguinale. Il ressent parfois un léger inconfort à la région de l'aîne. Une douleur prononcée est rare en l'absence de complications [19].

IV.3.1.1- Formes simples ou (non compliquées)

➤ Circonstances de découvertes

Elles réunissent la modalité d'apparition des symptômes :

- ✓ récente ou ancienne
- ✓ progressive ou brutale
- ✓ d'emblée douloureuse ou non

- ✓ à la suite d'un effort de toux ou au cours d'un effort physique, de la défécation ou de la miction

Elles stipulent les antécédents pathologiques du patient.

➤ **Examens cliniques** [20]

L'examen doit être effectué de façon méthodique : les patients en position debout puis en position couchée en faisant pousser pour augmenter la pression intra-abdominale et favoriser l'extériorisation de la hernie

✓ **Signes généraux,**

Ils sont souvent pauvres, l'état général est conservé

✓ **Signes fonctionnels**

Une sensation de tiraillement, de pesanteur plus pénible que douloureuse, se présente, accentuée par la station debout ou la marche avec constatation d'une voussure anormale au niveau de la région inguinale. Des fois, aucune tuméfaction inguinale n'est visible mais tout simplement une douleur au niveau de la région de l'aîne, du canal inguinal ou du testicule.

✓ **Signes physiques**

Examens locaux

- Inspection : Tuméfaction de l'aîne située au dessus de la ligne de Malgaigne
- Palpation : Elle apprécie
 - ☞ Les caractères de la tuméfaction (réductible, impulsive et reproductible à la toux)
 - ☞ Le contenu du sac et leur consistance : exemple : épiploon (grenue), intestin (molle).

Examens locorégionaux

- ✓ Vérifie l'état de la peau en regard de la hernie,
- ✓ Apprécie l'état des organes génitaux externes
- ✓ Recherche de principe une hernie de l'autre côté.

L'examen de la région controlatérale est systématiquement exploré car plus de quart des hernies sont bilatérales.

➤ **Examens para-cliniques : Bilan préopératoire [22]**

- ✓ Echographie
- ✓ Radiographie du thorax
- ✓ Numération formule Sanguine
- ✓ Taux de prothrombine

IV.3.1.2- Formes évolutives

➤ **Hernies inguino-scrotale**

Il s'agit d'une hernie existant le plus souvent chez l'adulte, en cas de hernie négligée [21].



Figure N° 12: Une hernie inguino scrotale

Source : PRADO R ; 2007

➤ **Hernie inguinale étranglée**

L'étranglement se fait au niveau du collet.

IV.3.1.3- Formes associées

- ✓ HIOE de faiblesse (acquise)
- ✓ L'association HI+hernie crurale (=distension de l'aîne).
- ✓ L'association HIOE+HID
- ✓ Hernie inguinale interne (en dedans de l'artère ombilicale) : rare.

IV.3.2- Diagnostic différentiel [9-18]

IV.3.2.1- L'hydrocèle vaginale (non impulsive à la toux)

La tuméfaction est localisée à la bourse, alors que la région inguinale est normale. Cette tuméfaction est ferme, lisse et surtout **transiluminable**.

IV.3.2.2- Le kyste du cordon

La tuméfaction sur le trajet du cordon spermatique est arrondie, lisse, ferme, parfois sensible, située entre l'orifice inguinal superficiel et le testicule.

IV.3.2.3- L'éclopie testiculaire ou cryptorchidie

L'examen doit toujours commencer par palper le testicule dans la bourse afin d'éviter de confondre une simple cryptorchidie avec une hernie inguinale.

IV.3.2.4- Les adénopathies inguinales

La tuméfaction est plus externe, souvent multiple et parfois fixée au plan profond si elle est inflammatoire [9].

IV.3.5- Varicocèle ou tumeur des parties molles

IV.3.6- Eventration

Située à l'extrémité d'une cicatrice sus pubiennes de type Pfennersiel.

V-TRAITEMENT

➤ Buts

L'objectif du traitement est de :

- ✓ Fermer le canal péritonéo-vaginale ou le canal de NUCK
- ✓ Réintégrer le contenu de la hernie dans la cavité abdominale.
- ✓ Fermer l'orifice et le canal inguinal, puis renforcer la paroi abdominale.
- ✓ Prévenir la récurrence.

➤ Moyens et méthodes

Le traitement des hernies est chirurgical, sous anesthésie locale

➤ Anesthésie locale

V.1.1- Produits utilisés

Lidocaïne à 2% non adrénaliné,

V.1.2- Technique de l'anesthésie locale

L'intervention est réalisée selon la technique de Bassini, et Mac vey

La conduite de l'anesthésie locale dans le détail est faite en plusieurs temps :

- ✓ Le premier temps à lieu la veille de l'intervention, le chirurgien explique au malade les avantages de l'anesthésie locale :
- ✓ la suppression des risques propres à l'anesthésie générale,
- ✓ la diminution de la douleur post opératoire qui est retardée et raccourcie,

- ✓ une reprise immédiate de la marche et une alimentation légère dès le retour dans la chambre,
- ✓ la diminution de la durée du séjour hospitalier et la reprise plus précoce de l'activité.
- ✓ 2 flacons de 20ml chacun injectée à l'aide d'une seringue jetable, une fois le malade est installé sur la table d'opération en décubitus dorsal, et badigeonnage du champ opératoire.
- ✓ L'infiltration de la solution anesthésique des nerfs abdomino-génitaux à 3cm en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure se fait en utilisant une aiguille intramusculaire longue (0,8x50) à biseau court,
- ✓ Le plan intradermique de la ligne d'incision est d'abord infiltré, puis la profondeur, plan par plan et en éventail. [23-24].
- ✓ Une infiltration est nécessaire au niveau de l'épine du pubis, en dedans et en arrière de la terminaison du muscle grand droit. Elle peut être réalisée à travers la peau ou plus facilement en cours d'intervention après la dissection du cordon. [23]
- ✓ Il faut, après incision cutanée et sous cutanée, effectuer l'hémostase par ligature que par électrocoagulation, tester et infiltrer, si besoin sous l'aponévrose du grand oblique.
- ✓ infiltré la racine du cordon pour le nerf génito-crural, cette injection facilite la dissection du cordon et la ligature des muscles crémastrs.
- ✓ Le sac péritonéal identifié doit être insensibilisé à son tour afin de le disséquer, de le lier et de réséquer sans douleur.
- ✓ 3 moments douloureux peuvent être signalés par le malade : l'incision du fascia transversalis au niveau de l'épine du pubis, la forcipressure des vaisseaux funiculaire lorsque le rameau génital du génito-crural est inclus dans la prise, et le passage de l'aiguille dans l'arcade rétrécit l'orifice profond au cours du premier surjet.

La technique, décrite par Pauchet puis modifiée par Dallens [10], pour la réalisation d'un BIIG à visée anesthésique comprend les trois points de ponction suivants [24].

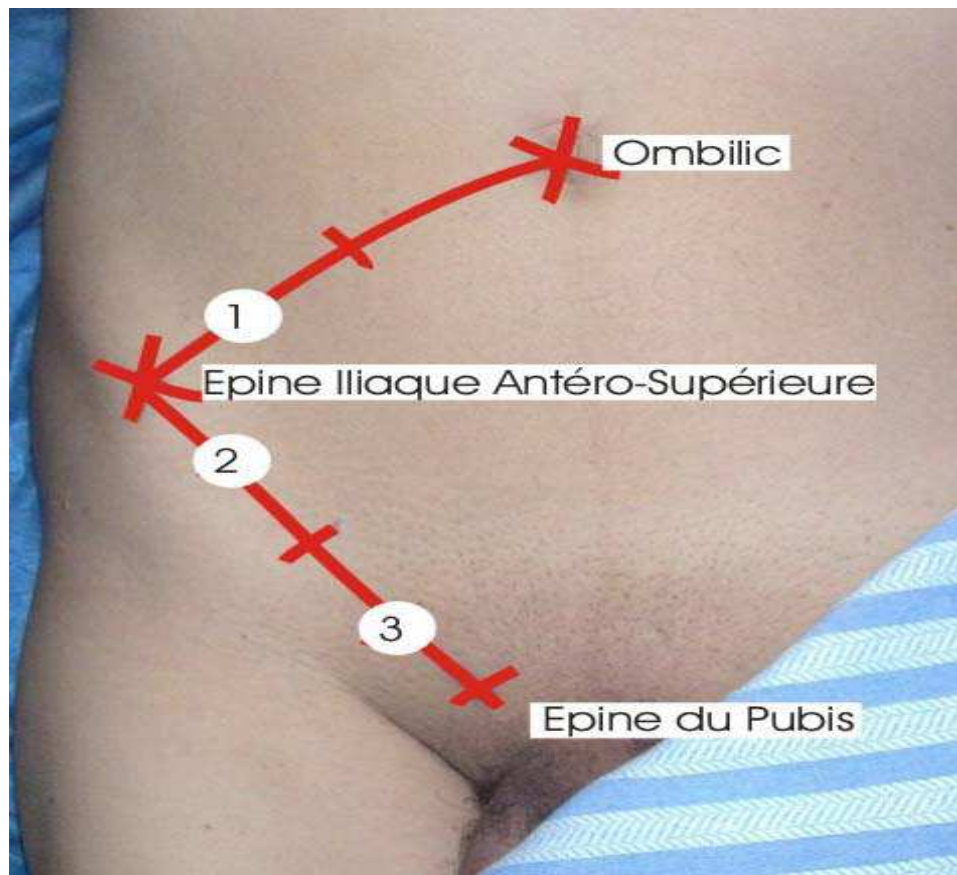


Figure N° 13 : Les trois points d'infiltration inguinale

Source : BRACHET D ; 2004

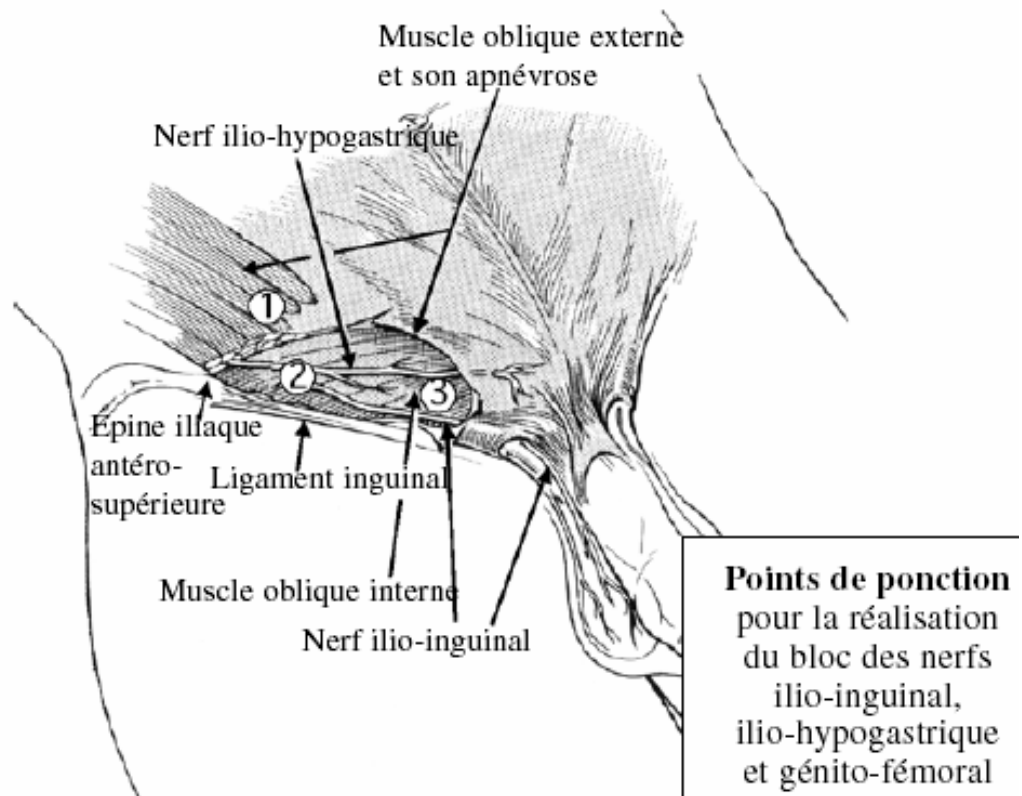


Figure N°14 : Les points d’infiltration des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral.

Source : BRACHET D ; 2004, BASSOUL B; 2005

Le premier point de ponction se situe au niveau du tiers externe-deux tiers interne d’une ligne joignant l’épine iliaque antéro-supérieure et l’ombilic (1), pour le pédicule ilio-inguinal et ilio-hypogastrique.

Le deuxième point de ponction se situe au niveau du un quart externe-trois quarts internes d’une ligne joignant l’épine iliaque antéro-supérieure et l’épine du pubis (2), pour les rameaux des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique

Le troisième point de ponction se situe au niveau des trois quarts externe un quart interne d’une ligne joignant l’épine iliaque antéro-supérieure et l’épine du pubis (3) afin de bloquer les rameaux nerveux du nerf génito-fémoral [24], [25].

V.1.3- Indications de l'anesthésie locale sur la cure herniaire

Chez l'adulte

Une contre indication à l'anesthésie générale :

- ✓ poumon emphysémateux,
- ✓ hypertension artérielle instable malgré le traitement médical,
- ✓ cardiopathie ischémique [23].

VI- CURE CHIRURGICALE

Le traitement des hernies est chirurgical. L'intervention chirurgicale comporte deux temps : la dissection herniaire puis la réparation pariétale.

➤ La dissection du sac herniaire

La dissection du sac herniaire consiste à une exposition des différents plans muscla-aponévrotique puis dans le repérage et la dissection du cordon.

Le sac herniaire est identifié et disséqué jusqu'au niveau de son collet. Le sac herniaire est réséqué et lié puis refoulé dans la cavité abdominale après résection et suture de l'excédent de péritoine.

➤ Réparation de la paroi

La réparation de la paroi peut se faire selon plusieurs techniques qui ont tout pour objectif de renforcer les mécanismes de solidité pariétale. On distingue aujourd'hui les réparations avec tension pariétale et les réparations sans tension pariétale. La voie d'abord peut être conventionnelle ou laparoscopique [15].

VI.1- Technique avec tension

Intervention de Bassini : Elle consiste en un rapprochement du tendon conjoint et de l'arcade crurale sans résection du fascial transversalis.

Intervention de Mac vey : Il s'agit d'un abaissement sur le ligament du Cooper du tendon conjoint

Intervention de Shouldice : Cette technique consiste à une réfection pariétale en trois plans, réparant successivement le fascia transversalis, le tendon conjoint abaissé à l'arcade crurale et l'aponévrose du grand oblique. Elle est la technique de référence [15] [29].

VI.2-Technique sans tension

Technique de Lichtenstein : elle consiste à la mise en place d'une plaque prothétique de renforcement pariétal doublant le fascia transversalis [28], [30].

Technique du « Plug » : il s'agit de la mise en place d'un matériau prothétique obturant l'orifice herniaire et l'oblitérant [31], [32].

La durée moyenne d'intervention est de 60 minutes (extrême 50-90)

Les suites opératoires sont habituellement simples, dans l'immense majorité des cas, (93% des cas), sans séquelles avec un bon résultat sur le plan cicatrisation.

Aucun décès ni complications générales majeurs n'ont été notées [29], [33].

Tableau N°1 : Evaluation de l'apprentissage des techniques de l'anesthésie locale

Source : NGANGA JL ; 1997

Types d'interventions	Nombre d'interventions	Complications
Cure herniaire	3755	1(0,02%)
Exérèse lipome	279	---
Exérèse fibroadénome mammaire	67	---
Exérèse kyste scrotaux/ Ligaments ronds	63	---
	59	---
Cure hydrocèle	18	---
Orchidopexie	13	---
Cure varicocèle	15	---
Appendicectomie	12	---
Thyroïdectomie partielle	1	---
Varicectomie membre inferieur (saphène externe)	1	---
Hémorroïdectomie		
Total	4283	1(0,02%)

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE

MATERIELS ET METHODES

I- Cadre d'étude

Notre travail a été effectué au Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga dans le service de chirurgie viscérale.

II- Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers des malades opérés pour des hernies de l'aine, pendant une période de 4ans consécutif allant de Janvier 2007 au Décembre 2010, dans le Services de Chirurgie générale et digestive du centre hospitalier Universitaire de Mahajanga.

Les registres de protocole opératoire sont exploités, ainsi que ceux de l'hospitalisation. Les facteurs épidémiologiques retenus pour la réalisation de notre étude ont été le suivant :

1. L'identité (Nom, le sexe et l'âge)
2. fréquence
3. l'activité socio- professionnelle
4. Type d'anesthésie
5. Intervention et traitement postopératoire

Les critères d'évaluation sont :

- ✓ La durée d'hospitalisation et la sortie
- ✓ L'évolution tant précoce (hémorragie, hématome) que tardive (récidive)

III-RECRUTEMENT DES PATIENTS

III.1- Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette étude les :

- ✓ Patients âgés de 15 ans à 80 ans.
- ✓ Patients présentant d'une cure herniaire sous anesthésie locale.

III.2-Critères d'exclusion

Sont exclus de cette étude les :

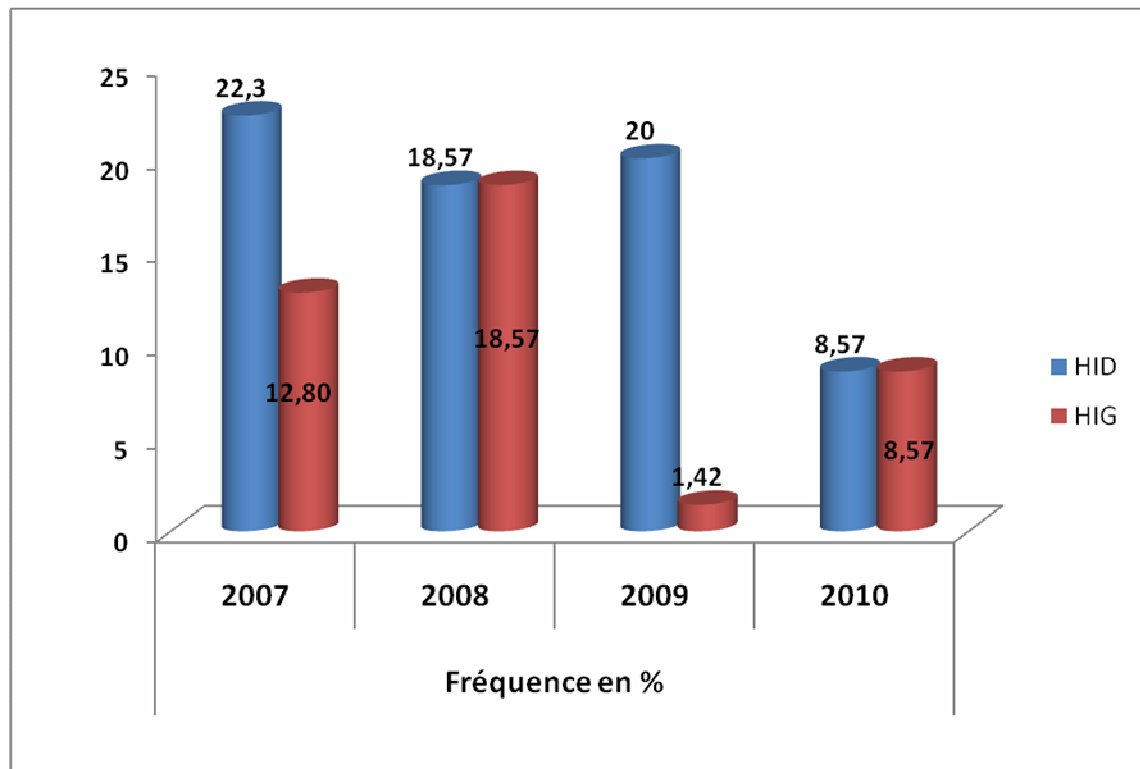
- ✓ Patients âgés de moins de 15ans.
- ✓ Patients présentant une hernie de l'aine compliquée (engouée, étranglée).
- ✓ Patients ayant présenté une hernie de l'aine simple mais n'ayant pas reçu une cure herniaire sous anesthésie locale.

Nous avons colligé 70 cas de hernie de l'aine opérés sous anesthésie locale, dont 67 hommes et 3 femmes. L'âge moyen est de 47ans, avec extrêmes de 21ans et 77 ans.

IV-RESULTATS

V.1- La fréquence annuelle des hernies inguinales opérées sous anesthésie locale

Figure N°15 : Fréquence annuelle des hernies de l'aine opérées sous cette technique



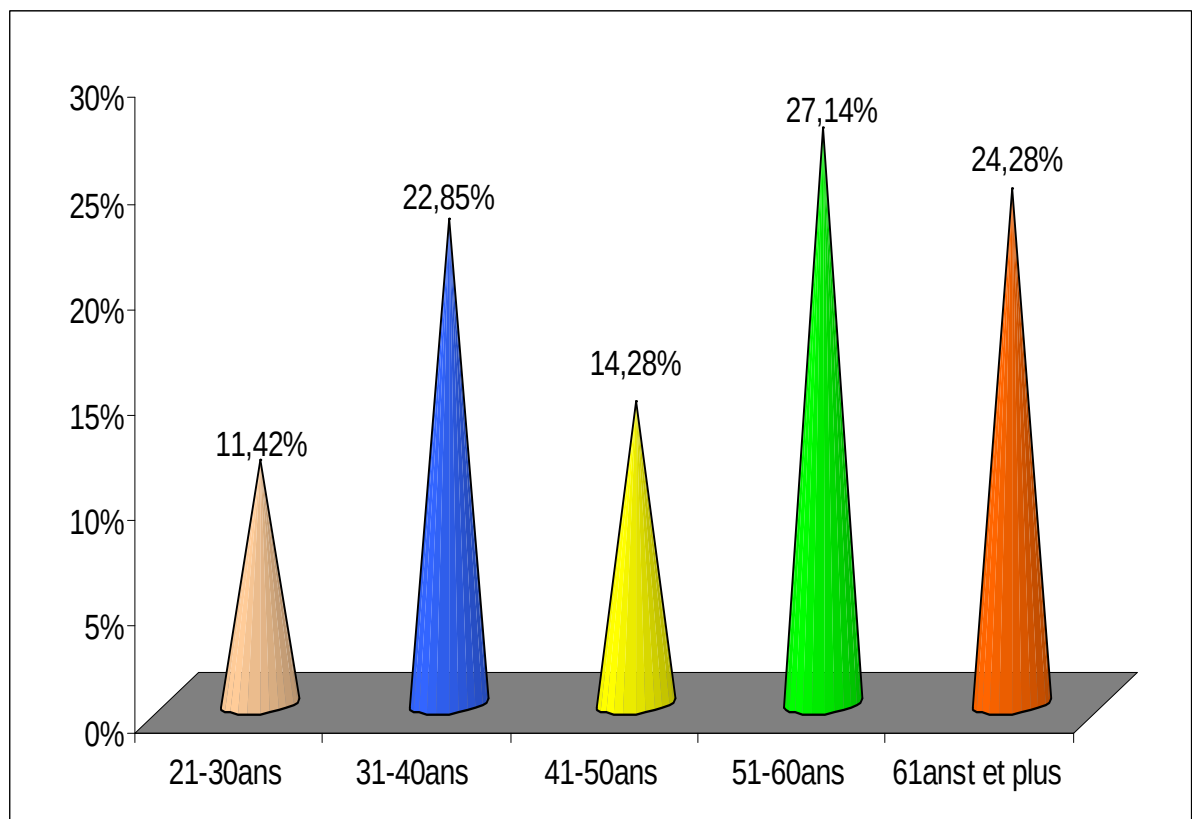
V.2- L'âge des patients au moment de son hospitalisation

Figure n° 16 : Répartition selon les tranches d'âge des patients

V.3- La fréquence des hernies inguinales opérées sous anesthésie locale dans les deux sexes

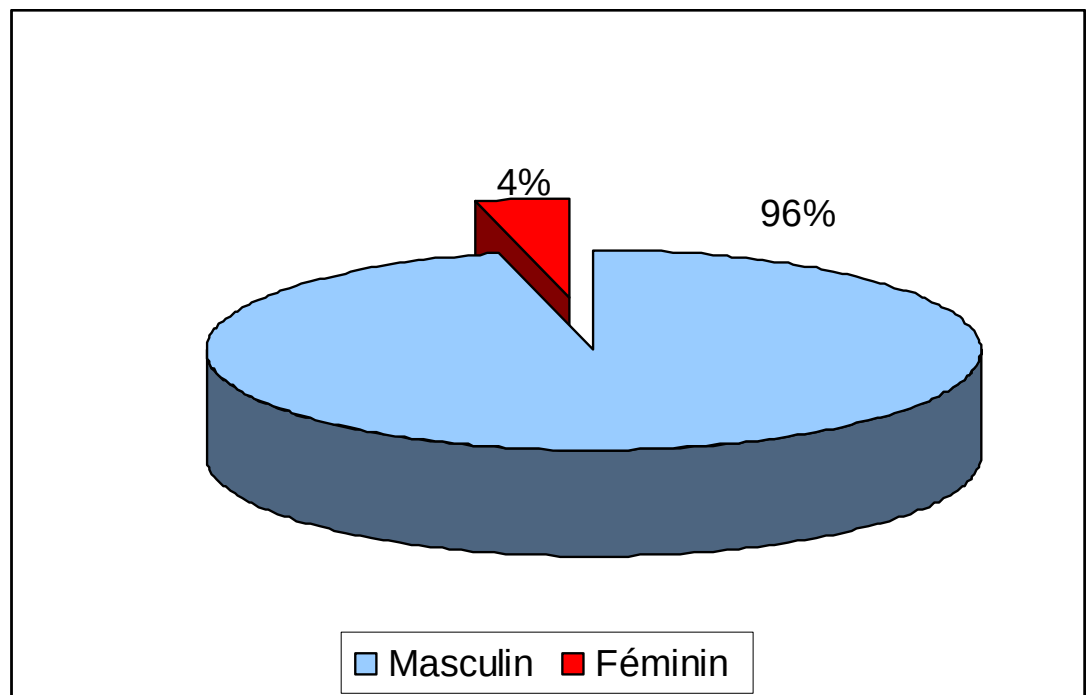


Figure n°17 : Répartition selon le sexe des patients

V.4- Provenance géographique

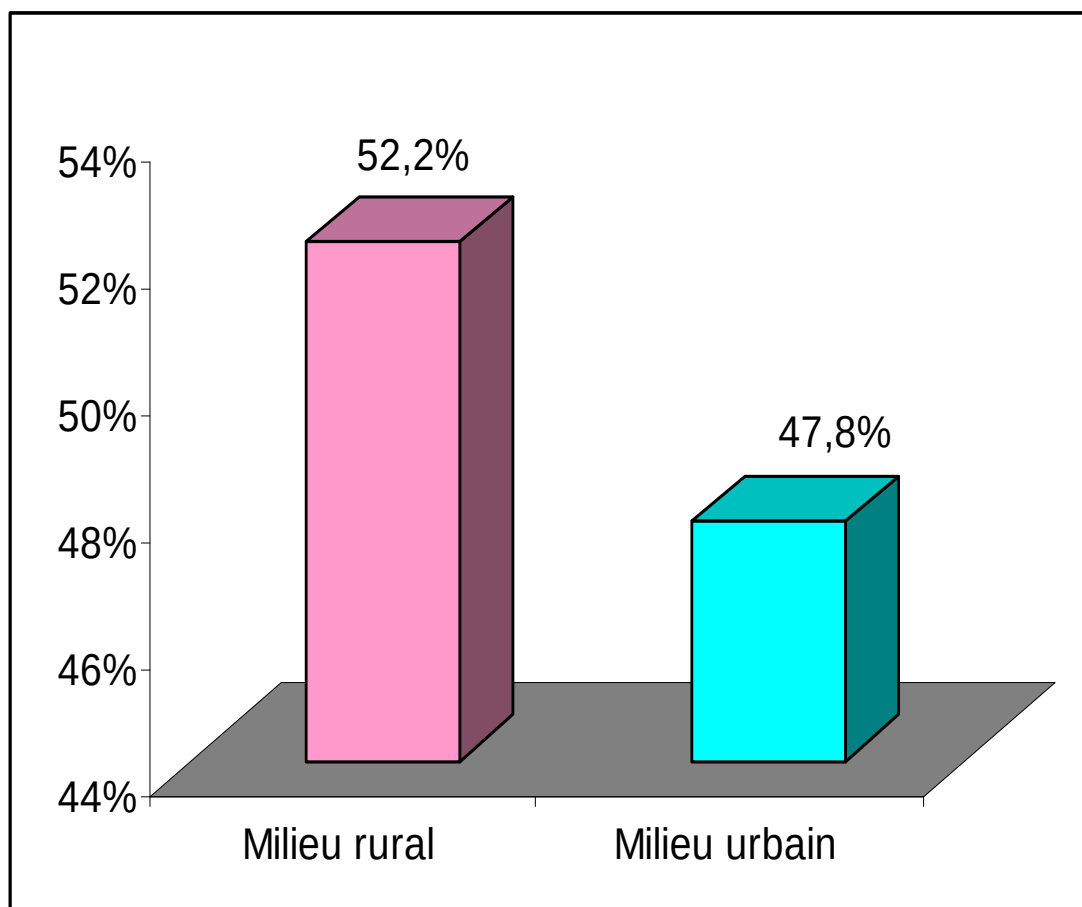


Figure N° 18 : Répartition selon la provenance géographique

V.5- Les différentes catégories des patients opérés d'une hernie de l'aîne sous anesthésie locale non compliquée

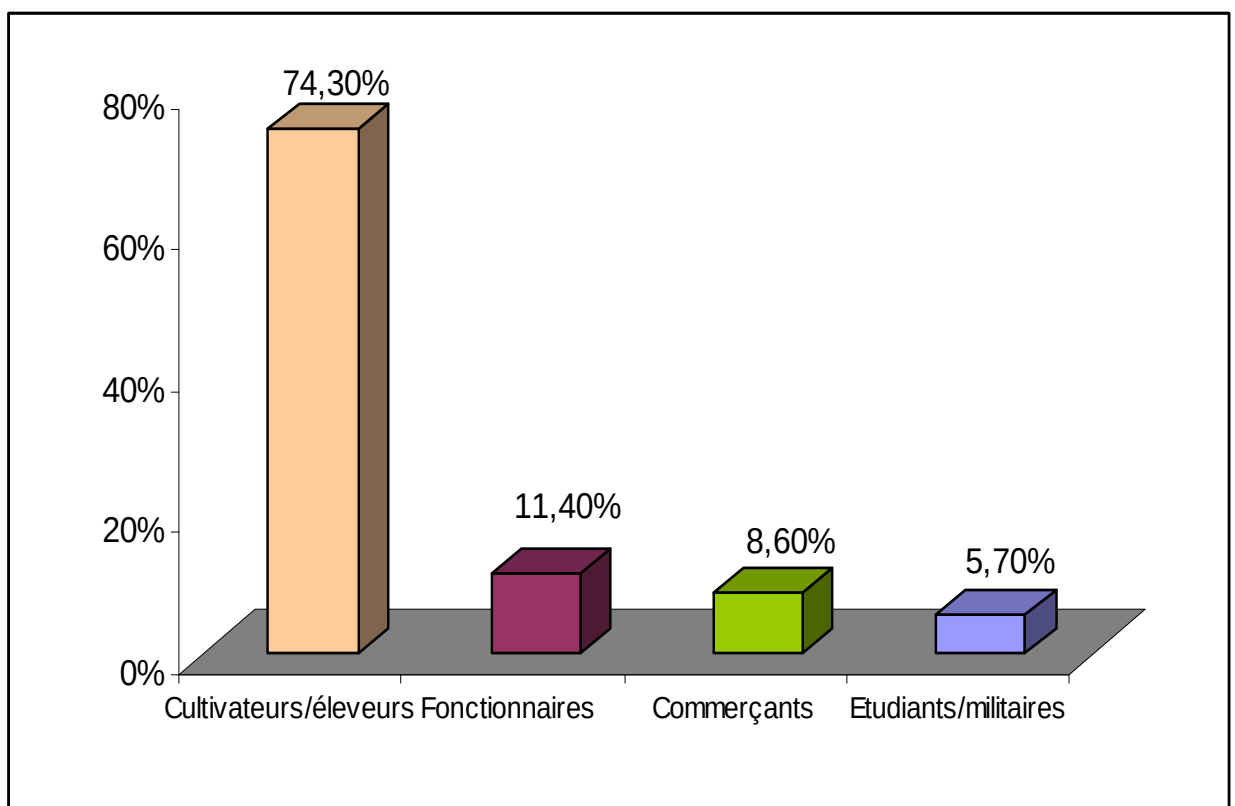


Figure n° 19 : Répartition selon les statuts des malades

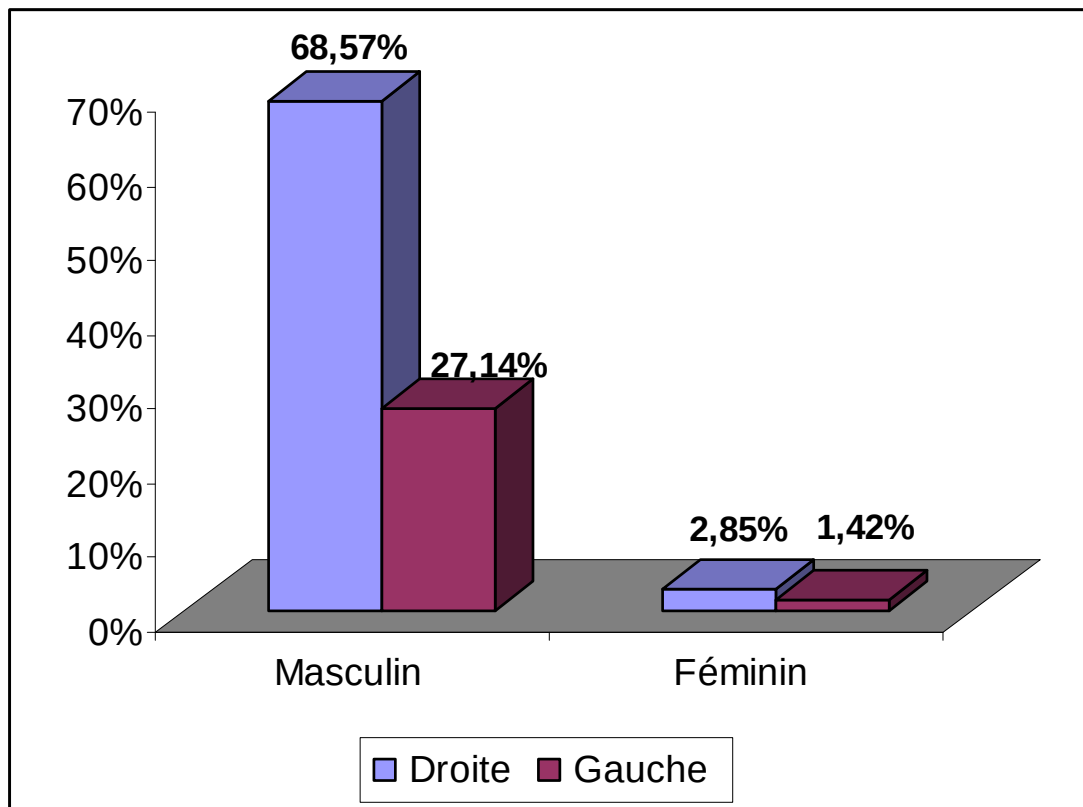
V.6- La localisation des hernies inguinales selon le sexe

Figure N° 20 : Répartition de la localisation selon le sexe

V.7- Signes cliniques

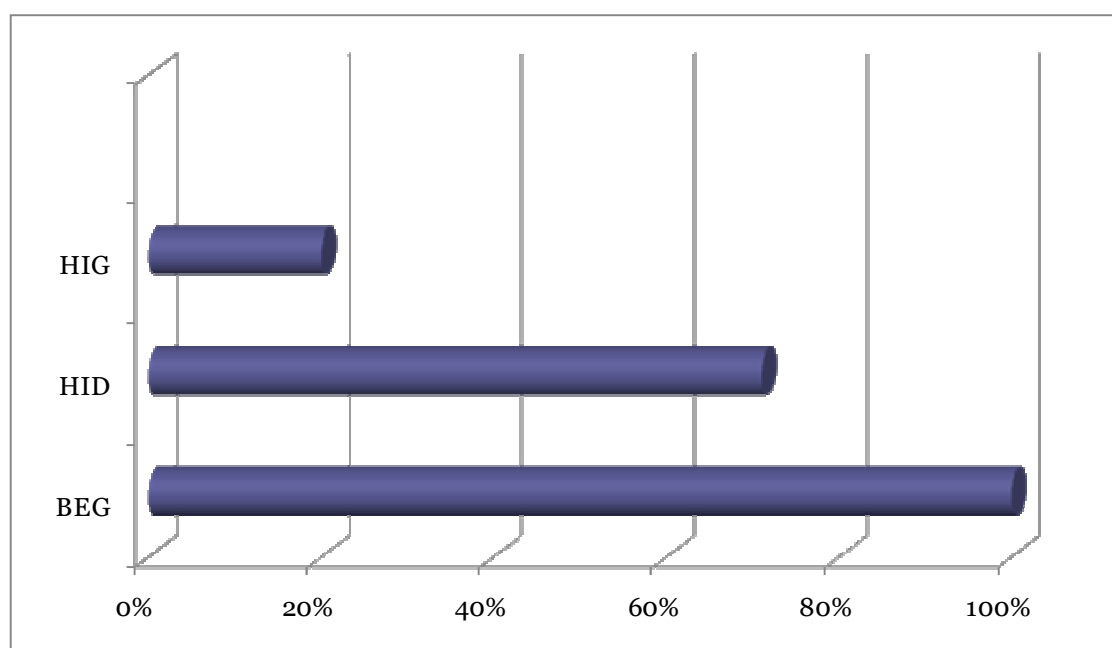


Figure N°21 : Répartition selon les signes cliniques

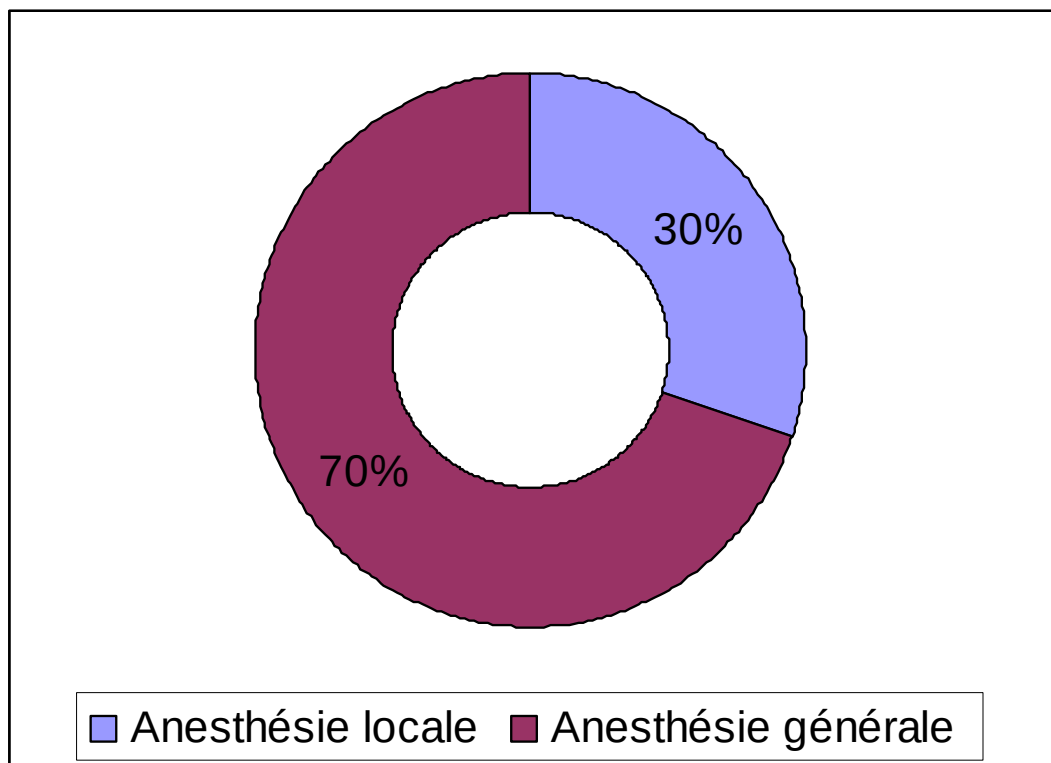
V.8-Modes anesthésiques utilisés

Figure N° 22 : Répartition selon le type d'anesthésie

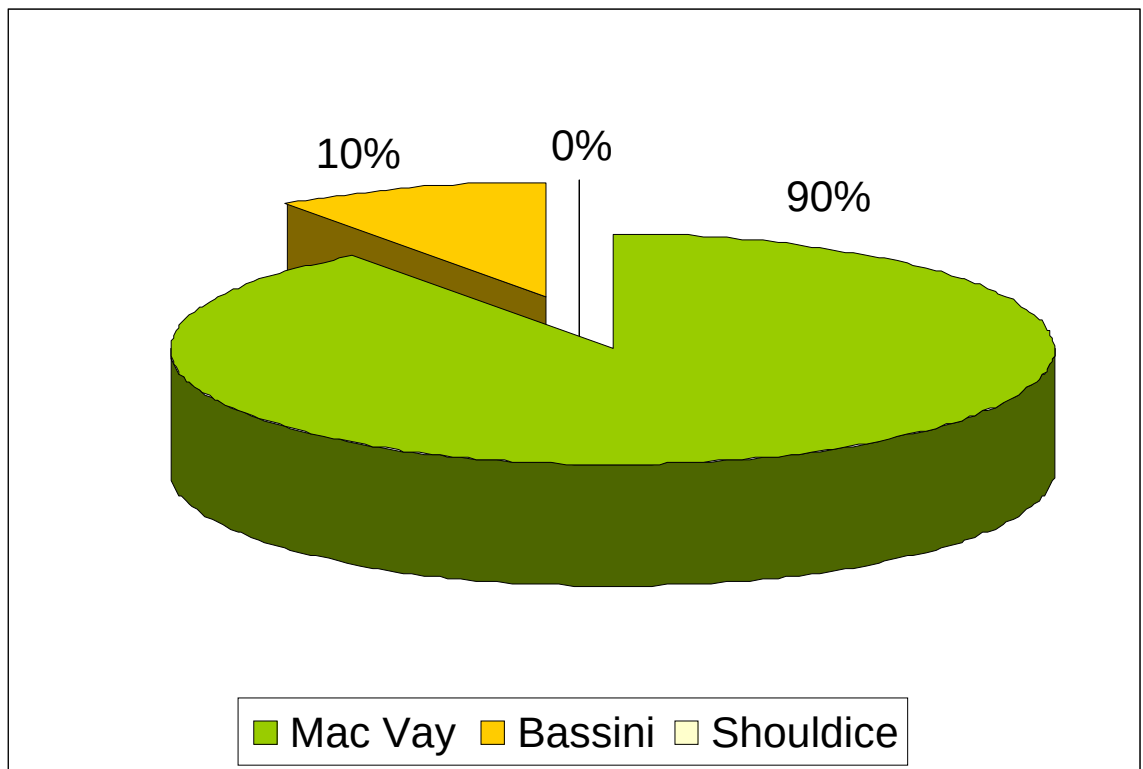
V.9- Les techniques chirurgicales utilisées dans la cure herniaire

Figure N° 23 : La répartition des différentes techniques chirurgicales utilisées

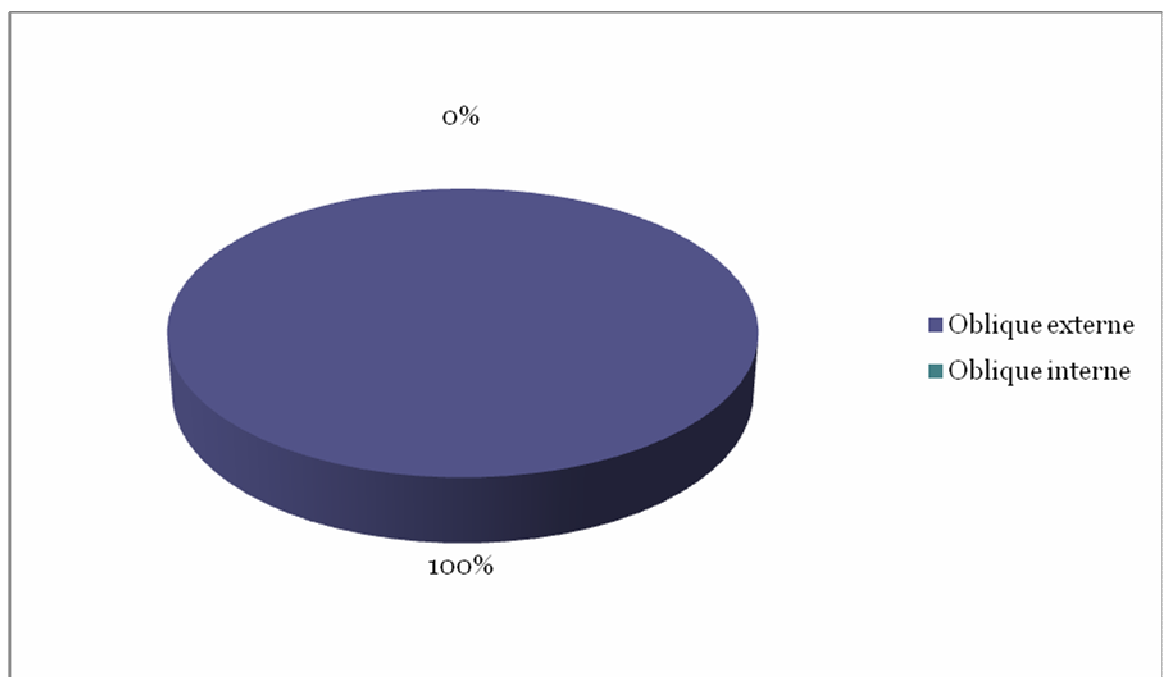
V.10- Les variétés anatomiques des hernies opérées dans le service

Figure N°24: Répartition des hernies selon le Trajet anatomique

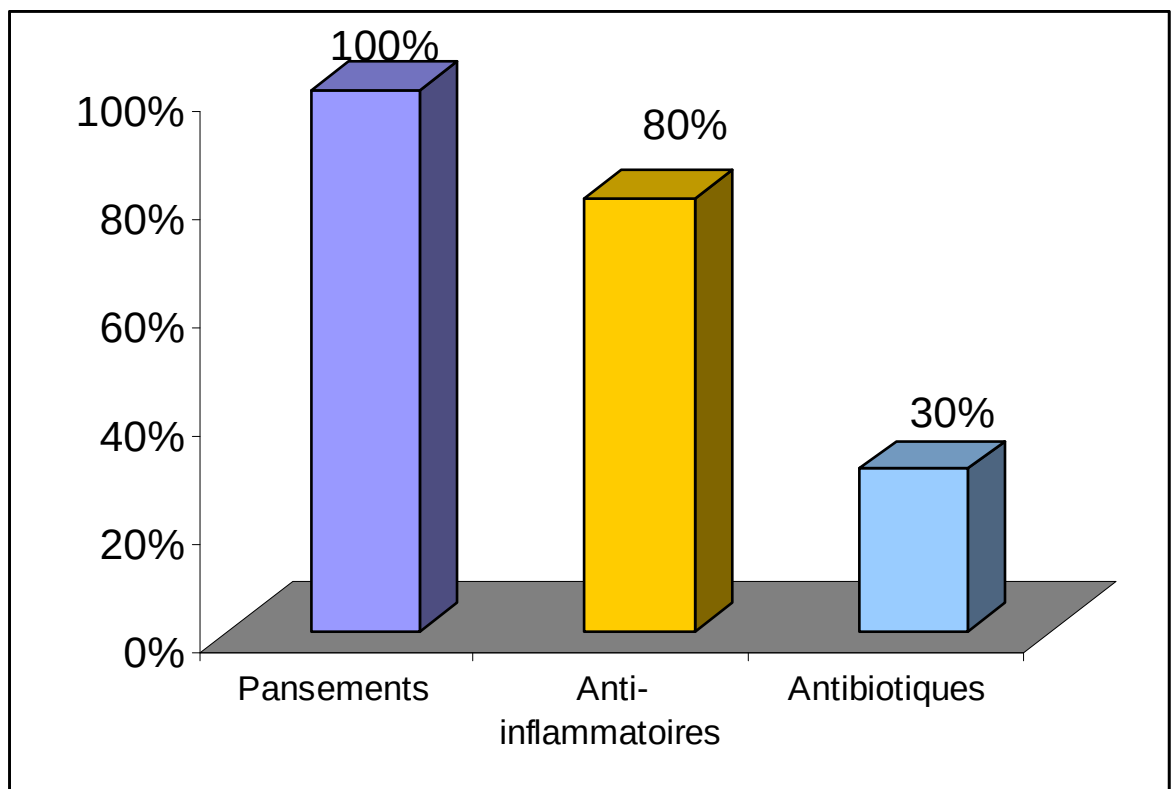
V.11- Le traitement post opératoire

Figure N° 25 : Répartition selon les soins postopératoires

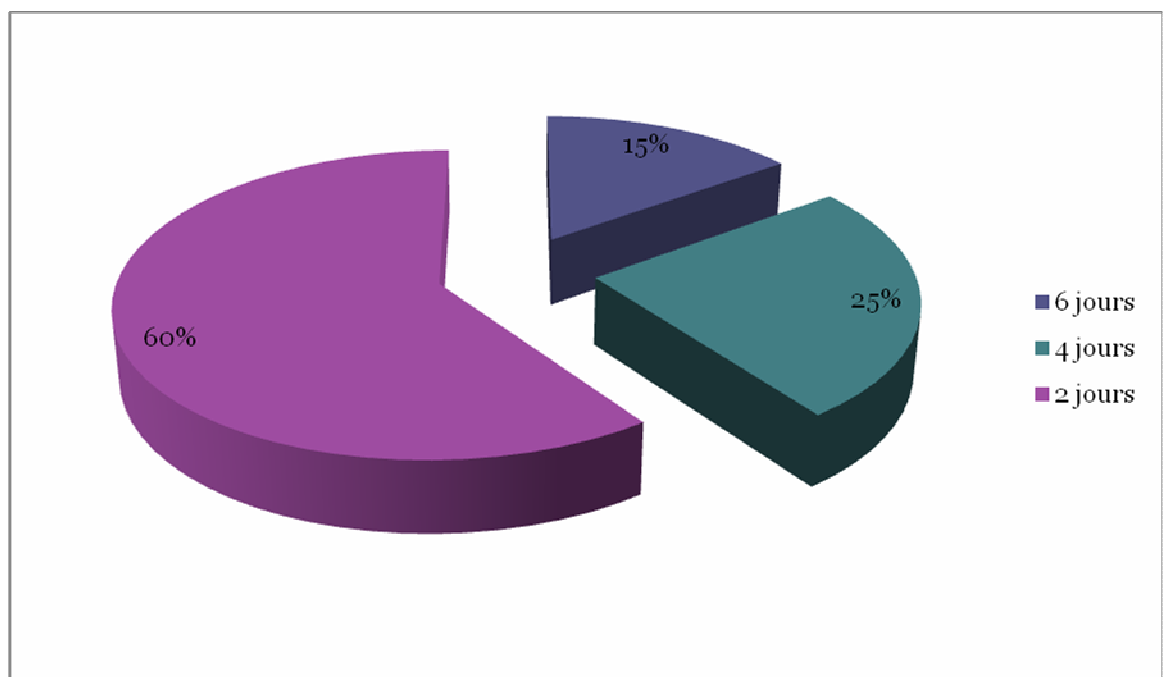
V.12- Le séjour moyen à l'hôpital pendant l'intervention chirurgicale

Figure N° 26 : Répartition selon la durée moyenne de séjour hospitalier

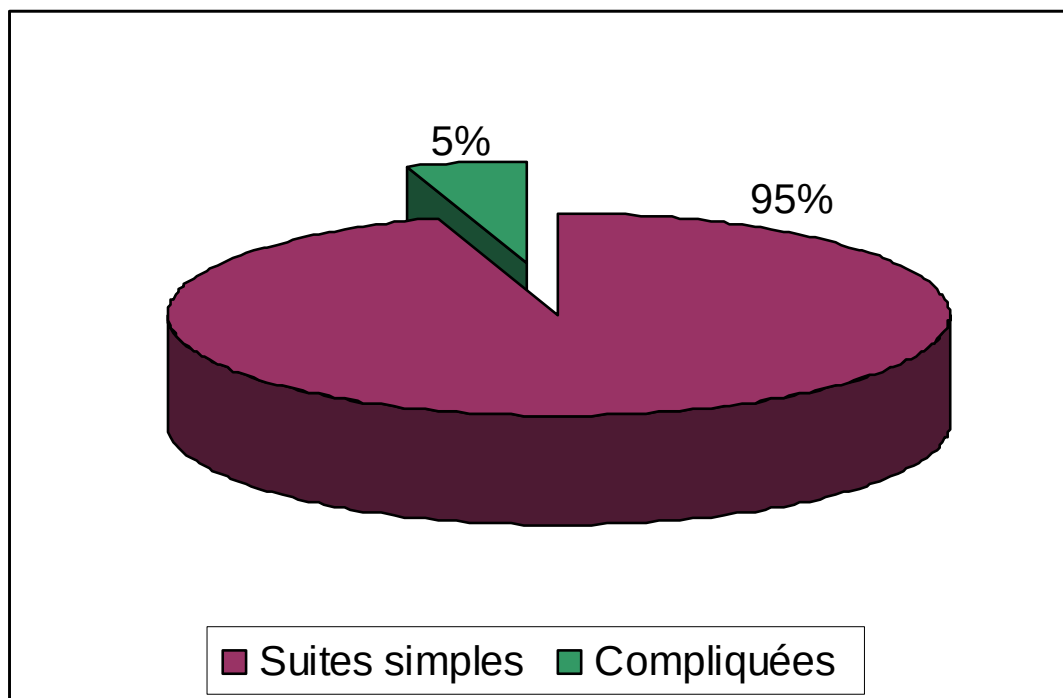
V.13- Les résultats après l'opération

Figure N° 27 : Répartition selon les suites opératoires

V.14- L'avis et l'impression des malades opérés d'une hernie inguinale sous anesthésie locale

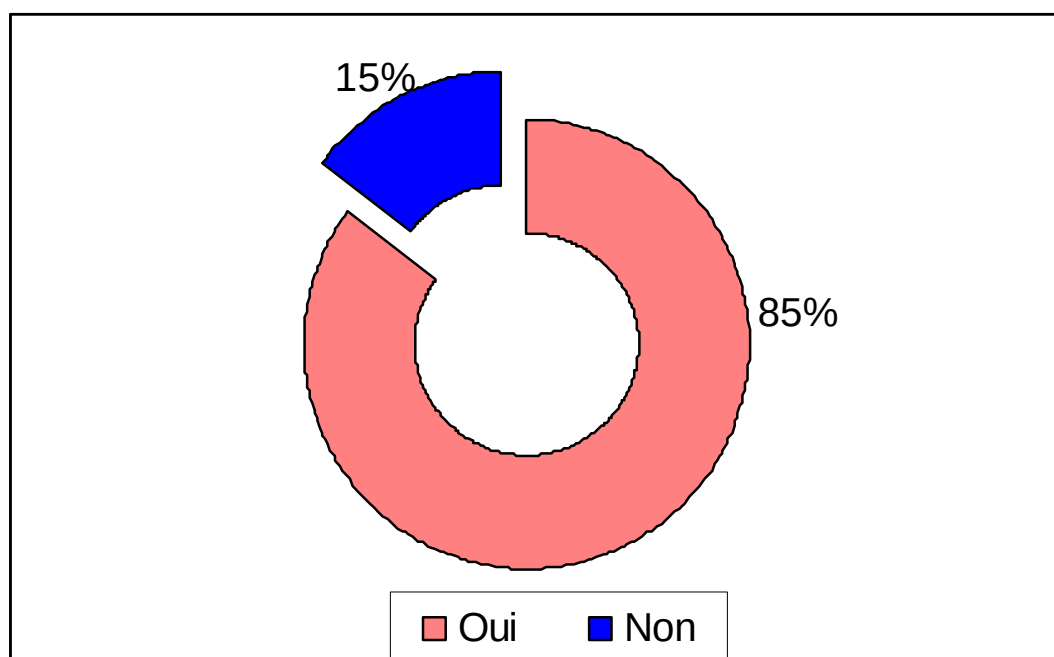


Figure N° 28 : Répartition selon la satisfaction des patients

**TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

DISCUSSIONS

Nous avons effectué une étude rétrospective pour mener à bien ce travail. Pour évaluer les suites opératoires, les résultats ont été obtenus par l'exploitation des dossiers des malades, les registres de protocole opératoire ainsi que celui de l'hospitalisation. En somme, nous avons pu colliger, pendant les quatre années consécutives, 70 cas de hernies inguinales simples chez l'adulte, âgés de 21 à 77 ans et opérés sous anesthésie locale.

Dans la littérature, la plupart des auteurs ont effectué des travaux de façon prospective pour bien étudier les indications, les avantages et l'efficacité de cette technique.

I- SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE

I.1- La fréquence

La cure herniaire sous anesthésie locale est en plein essor ces dernières années aussi bien en chirurgie adulte que chez l'enfant.

En ce qui concerne la fréquence, c'est une pathologie fréquente parmi la chirurgie abdominale ou pariéto abdominale car en Afrique elle touche plus de 4,6 % de la population, avec une nette prédominance masculine, elle s'observe à tout âge [22]. A Madagascar, et en particulier à Mahajanga, on n'a pas de statistique précise mais quand même elle est en troisième rang sur la pathologie abdominale vue dans notre formation sanitaire.

Quatre hommes pour une femme sont touchés par une hernie inguinale simple.

Quant à la fréquentation hospitalière, en quatre ans, nous avons recensé 70 cas opérés sous anesthésie locale sur les 220 adultes traités pour hernie de l'aine simple, soit 32 %. Nous avons commencé, parmi les chirurgiens et praticiens dans le service, à vulgariser cette intervention sous anesthésie locale et la sélection des malades est encore difficile.

Ailleurs, en Europe et même dans certains pays d'Afrique, cette attitude thérapeutique est pratique courante, sinon très développée pour toute hernie simple de l'aine, sauf contre indication [23].

Au Centre médical de Souanké au Bourkinafaso, elle est de l'ordre de 74 % [23].

En France, 200 000 cures de hernie sous anesthésie locale ont été répertoriées chez l'Homme de 20 à 60 ans. [24].

I.2- Répartition selon l'âge

Bien qu'il existe des hernies inguinales dès la naissance et même chez les vieillards, les adultes de 30 à 77 ans représentent 45 cas, soit 64,3% dans cette série, avec un pic observé dans la tranche d'âge de 50 à 60 ans.

L'âge moyen était de 32 ans avec des extrêmes de 21 et 77 ans.

Nous nous sommes limités à l'âge adulte pour la pratique de l'anesthésie locale qui est beaucoup plus facile par rapport aux enfants.

BOUDET MJ et PERNICENI T ont partagé le même avis en retrouvant la tranche d'âge de survenue des hernies entre 50-69 ans [34]. Par contre, **CLARC HOFFMAN H**, a observé que les hernies de l'aîne sont fréquentes entre 19 et 92 ans [35].

En Afrique, **SANGARE B** a confirmé que la hernie survient chez des patients plus jeunes, ils correspondent à la population active dont la majorité vivant en milieu rural est exclusivement des travailleurs agricoles, sollicitant beaucoup les muscles de la sangle abdominale [36].

Sur l'analyse de quelques facteurs épidémiologiques de 260 patients opérés par hernie au Centre Hospitalier de Talangaï à Brazzaville, L'âge moyen était de 40,7 ans avec des extrêmes de 1 à 82 ans [37].

I.3- Répartition selon le sexe

Quatre vingt seize pour cent des patients opérés d'une hernie inguinale droite sont de sexe masculin avec comme sexe ratio H/F= 24. Chez le sexe féminin, 4% seulement touche le coté droit.

Pour **BOUDET MJ et PERNICENI T**, la pathologie herniaire touche beaucoup plus l'homme actif dans 60% des cas [34]. L'importance des facteurs d'hyperpression

abdominale joue un rôle majeur dans la survenue de cette pathologie, en d'autres termes, c'est une hernie de faiblesse [35].

Chez la femme adulte, elle est rare car la plupart mène une vie sédentaire.

Bien qu'il existe des hernies chez les femmes enceintes, à cause de l'hyperpression abdominale, aucune d'entre elles n'a été rencontrée durant la période d'étude.

CLARC H, dans leurs études confirment le même résultat en rapportant 93% des individus de sexe masculin porteurs des hernies [35].

I.4- Selon la provenance géographique

La provenance des malades a été recherchée dans 70 cas :

- ✓ 36 malades (52,2 %) viennent du milieu rural, entre autres de Mampikony, Ambatoboeny, Namakia,...
- ✓ 34(47,8%) proviennent de la commune urbaine.

Cela veut dire que les malades pris en charge sous anesthésie locale dans le service sont des patients référés aussi bien des centres de santé urbaine que ceux des districts environnants.

A Brazzaville, parmi les 255 cas opérés de hernies :

- ✓ 122 malades (47,8 %) venaient du milieu rural.
- ✓ 133 (52,2 %) provenaient des 3 plus grandes villes de Brazzaville, Pointe-Noire et Dolisie. [36].

D'une façon générale, la provenance géographique des malades révèle que la hernie se rencontre tant en milieu urbain qu'en milieu rural [23].

I.5- Selon l'activité socioprofessionnelle.

Les patients traités dans le service sont en majeure partie des cultivateurs/Éleveurs dans 52 cas (74,3%), alors que les fonctionnaires sont seulement de l'ordre de 08 cas soit (11,4%).

On rencontre aussi en nombre restreint d'autres catégories de patients comme les commerçants (8,6%), les étudiants et militaires (5,7%).

Au centre hospitalier de Talangai à Brazaville, 99 sujets (90 %) opérés appartiennent aux professions comportant des activités physiques intenses dont la plupart sont des cultivateurs/éleveurs [38].

Seulement 11 patients (10 %) ont une activité intellectuelle comme un officier ou un employé de bureau [39], [40].

I.6-Localisation de la hernie

Dans cette étude, 71% des adultes se font consulter pour une tuméfaction inguinale droite contre 29% pour tuméfaction inguinale gauche.

Ce sont des observations remarquées tout au long de notre expérience sans pouvoir expliquer pourquoi, chez les deux sexes, il n'y a pas de prédisposition anatomique à notre connaissance, mais dans la littérature, **WARDHANI H** ont trouvé 83,3% chez le sexe masculin avec des hernies inguinales droites à 60,5% traité sous anesthésie locale, à gauche à 39,5% et 55% d'atteinte bilatérale [42].

GUPTA DK. ons noté dans leurs études, 96% d'individus porteurs de hernies.

Chez le sexe masculin dont 54% des hernies sont localisées à droite, et 38,8% à gauche seulement 7,7% de hernies sont bilatérales [43].

I.7- Clinique

Dans la littérature, poser le diagnostic d'une hernie simple est aisé à condition de bien mener l'examen clinique. L'orientation diagnostic est faite dès l'interrogatoire qui retrouve une tuméfaction inguinale intermittente, remarquée par les patients lors des efforts de poussées, comme les efforts de toux.

L'examen clinique a révélé une tuméfaction inguinale arrondie, impulsive, molle, indolore et réductible.

Pour **QUATTARA IN**, les motifs de consultation les plus fréquents ont été la tuméfaction inguinale et la douleur inguinale 75%.**SANGARE** obtient 87% [36], [41].

Cet examen clinique est capital pour tous les praticiens, il est universel.

Dans notre étude, nos patients étaient tous 100%, en bon état général.

Au Mali, Samaké a trouvé que 5,98% des patients hospitalisés dans les hôpitaux de Bamako tous services confondus, souffrent de hernie de l'aine [41].

II-TRAITEMENT

Le seul traitement possible des hernies de l'aine chez l'adulte est chirurgical. Il consiste à réintégrer les viscères dans la cavité abdominale et à redonner à l'orifice distendu un diamètre adéquat. Nous avons effectué un remodelage de l'orifice distendu en se servant des structures musculo-ligamentaires voisines. Le but est de fermer le canal péritonéo-vaginal.

II.1- Technique d'anesthésie

L'anesthésie locale à la xylocaïne 2 % simple a été utilisée sans aucun inconvénient comme l'ont démontrée plusieurs auteurs [37], [38]. Nous n'avons pas utilisé de prémédication, comme plusieurs auteurs dans la littérature.

Certains auteurs européens, préfèrent utiliser une prémédication pour rendre plus distendus les patients durant les interventions [39], [40].

Les différents plans sont infiltrés pour avoir un endolorissement complet, certains auteurs ont utilisés la xylocaïne diluée dans du sérum glucosé isotonique pour avoir une bonne diffusion tissulaire du produit.

Mais dans la littérature, la naropéine est beaucoup utilisée pour son effet anesthésiant durable et facile à manipuler, par contre dans notre formation sanitaire, ce produit est indisponible.

Une quantité moyenne de 40 ml doit suffire pour la cure d'une hernie [23]. Tandis que **PELLISSIER** ont injecté 60 à 80 ml d'anesthésique durant l'intervention [46].

Une poussée hypertensive chez un jeune a été notée sans qu'elle soit forcément rattachable à l'utilisation de la xylocaïne et a été traitée en cinq jours en service de médecine.

Par rapport à l'anesthésie locorégionale, La rachianesthésie qui permet un relâchement musculaire satisfaisant expose à de nombreuses complications telles que le risque de méningite ou d'autres accidents par la ponction lombaire. En Afrique, et en particulier au Niger, les aiguilles pour la ponction lombaire sont encore à usage multiple [23].

Nous avons observé 2 cas de conversion à l'anesthésie générale pour des malades non coopérants et n'ayant pas résistées aux injections des produits [23].

II.2- Technique chirurgicale

Nous avons, comme tout autre praticien, le choix entre trois grandes voies : inguinale, abdominale médiane ou pré péritonéale et la voie coelioscopique.

Pour la technique que nous avons l'habitude d'utiliser, toutes les opérations sont effectuées par voie inguinale.

En effet, nous avons utilisé dans 90% des cas l'intervention selon la technique de Mac Vay. C'est une raphie qui consiste en l'abaissement sur le ligament de Cooper le tendon conjoint [15].

Nous avons utilisé rarement celle de Bassini .pour éviter le risque de récurrence, mais pour cette raison, la plupart des littératures a pratiqué les surjets de shouldice.

I.3-Trajet

La hernie de l'adulte résulte particulièrement de la persistance du canal péritonéo-vaginal et la forme la plus observée est la hernie indirecte.

Tous nos patients ont présenté des hernies obliques externes. Par contre, **WATT-WATSON J** a colligé 65,3% des hernies indirectes chez l'adulte [44].

Il en est de même que **KING S**, ont retrouvé plus de 84% des hernies indirectes. [45]

II.4- Le type de raphie

La morbidité reste non négligeable malgré toutes les précautions prises. Elle s'observe surtout chez les malades traités en hospitalisation traditionnelle. (1 à 2 semaines à l'hôpital) [47], [49], [50].

Pour des hernies simples de diamètre moyen, nous avons refoulé directement le sac sans l'ouvrir, dans l'orifice et avons fermé ce dernier avant la réfection pariétale en fermant le canal inguinal soit par Bassini ou Mac Vay, soit par bourdonné successif jusqu'au refoulement complet.

STOPPA R a partagé notre avis car, désormais, la cure herniaire est une chirurgie pariétale qui ne nécessite pas une ouverture de la cavité abdominale [47].

Plusieurs techniques de raphies ont été décrites et réalisées sous anesthésie locale, mais le malade évalue l'intervention en termes de confort, de complications et de récurrence [46], [47], [48], [49], [50], [51].

III- SOINS POST-OPERATOIRE

Dans notre travail, il a été administré à nos patients une antibioprophylaxie en per opératoire, poursuivie ou non après l'opération et associée éventuellement à un anti-inflammatoire, ceci pendant 5 jours.

Quand aux pansements, il est commencé à J5 de l'intervention, puis tous les 2 jours jusqu'à la cicatrisation, l'ablation des fils est à J12.

La plupart des auteurs ont de même avis avec nous pour la conduite de traitement post opératoire [41].

IV- DUREE DU SEJOUR

La durée moyenne de séjour des patients dans notre étude est de 3,5 jours. Plus de 60% ont séjourné 2 jours à l'hôpital, 25% ont fait 4 jours et 15% ont passé 6 jours.

La durée d'hospitalisation a été de 2 à 6 jours.

Nous n'avons pas procédé à la chirurgie ambulatoire pour raison de sécurité et de surveillance post opératoire immédiate.

Certains auteurs, en l'occurrence et ses collaborateurs ont retrouvé dans leurs études portées sur 73 patients opérés sous anesthésie locale pour hernie inguinale selon la technique de Bassini, pendant deux ans, que la durée d'hospitalisation a été de 3 à 8 jours avec une moyenne de 4,5 jours [23], [38], [39].

L'alimentation est reprise le soir même de l'intervention tandis que la perfusion est retirée dans la soirée.

V- EVOLUTION ET SUIVI

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans 95% des cas. Une suppuration pariétale et un œdème scrotal ont été observés pour 2 cas.

Aucun décès ni complications générales majeurs n'ont été notés [24].

Nous avons enregistré 95% des suites simples et 5% de suites compliquées due à une faute technique : ablation précoce du fil de suture, entraînant donc une réouverture et suppuration de la plaie opératoire.

Nos patients ont été revus pendant leurs pansements, puis à un mois après leur intervention pour évaluer leur état de santé.

Dans tous les cas une nouvelle cure chirurgicale a été à envisage, mais .dans de rare cas, l'intervention peut se compliquer d'une orchite ou encore de gros testicule douloureux du côté opéré [10], [17], [56].

VI- SATISFACTION DES MALADES

Quatre vingt cinq pour cent des patients étaient satisfaits des soins procurés. Ils ont échappé au problème de réveil, ainsi qu'à la reprise de la marche qui est possible dès la fin de l'intervention. La prise alimentaire est autorisée en fin de journée. Mais

15% d'entre eux furent retissant. Ceci est en rapport avec une réouverture de la plaie opératoire.

La durée de séjour hospitalier est réduite ce qui permet de diminuer aussi le coût thérapeutique, une reprise précoce de l'activité courante et professionnelle est assurée [23].

SUGGESTION

La chirurgie des hernies de l'aine sous anesthésie locale est encore très peu pratiquée dans notre centre de santé, or elle est très développée dans les pays africains et développés.

Comme l'objectif de ce travail est de vulgariser la cure chirurgicale des hernies de l'aine sous anesthésie locale afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cette pathologie très fréquente.

A cet effet, nous suggérons :

Au niveau de la population

- ✓ De sensibiliser la consultation de toute tuméfaction de la région inguinale.
- ✓ D'accepter de traiter chirurgicalement, dès que le diagnostic de hernie est posé.
- ✓ De suivre et respecter la recommandation donnée par le personnel médical.

Au niveau du personnel de santé

- Dans les régions périphériques : Dispensaire, CSB, SSD
 - ✓ Diagnostiquer à temps les hernies de l'aine.
 - ✓ Référer à temps les patients avant toutes complications dans un centre de référence et si possible dans une unité de chirurgie pour bénéficier de cette technique.
- Dans les centres régionaux : CHD, CHRR, CHU
 - ✓ Sensibiliser la population sur la cure chirurgicale des hernies inguinales sous anesthésie locale.
 - ✓ Expliquer au patient les avantages de l'intervention sous anesthésie locale

- ✓ Bien poser les indications et contre indications de la chirurgie sous anesthésie locale avant toute intervention.
- ✓ Adopter la technique chirurgicale sous anesthésie locale dans la prise en charge des hernies de l'aine.
- ✓ Etre disponible à tout moment pour la gestion de flux des malades.
- ✓ Bonne disponibilité du bloc opératoire, du matériel et du service postopératoire.
- ✓ Travail en équipe.
- ✓ Favoriser une meilleure collaboration entre le personnel médical et les patients.
- ✓ Bien expliquer aux patients les recommandations à suivre.
- ✓ Sensibiliser la population sur les avantages de la chirurgie sous anesthésie locale des hernies de l'aine.

Au niveau du Ministère de la santé

- ✓ Etablir une réflexion des acteurs de la santé sur le développement de la chirurgie sous anesthésie locale dans le cadre de l'offre de soins existante
- ✓ Créer des unités sous anesthésie locale ou extension des traitements sous anesthésie locale.
- ✓ Identifier des profils d'établissement ayant un potentiel de développements de la chirurgie sous anesthésie locale.
- ✓ Sensibiliser les équipes hospitalières.
- ✓ Déterminer des freins et des leviers face au développement de cette pratique.
- ✓ Motiver et augmenter le personnel soignant.



CONCLUSION

CONCLUSION

La chirurgie sous anesthésie locale des hernies de l'aine chez l'adulte est une pratique déjà adoptée dans notre service, car les hernies de l'aine représentent la 2^{ème} pathologie chirurgicale digestive la plus fréquente. Les âges extrêmes de la vie sont les plus atteints dont le sexe masculin étant le plus affecté.

Le diagnostic des hernies de l'aine est clinique. On note une prédominance du côté droit. Le traitement qui est la cure chirurgicale herniaire est actuellement réalisable sous anesthésie locale. L'infiltration du pédicule ou des nerfs sensitifs de la région inguinale et de la ligne d'incision permet une cure chirurgicale douce.

L'évolution après traitement est généralement favorable et avec des suites simples.

On peut en conclure, au terme de cette étude, que la cure de la hernie inguinale avec cette technique d'anesthésie, a fait la preuve de son efficacité, non seulement de son innocuité ainsi que son économie pour le malade et la société, mais surtout la guérison sans récurrence lui permettant de reprendre de façon précoce les activités quotidiennes de la vie. La durée de séjour est écourtée, et même on peut préconiser la chirurgie en ambulatoire pour certains cas d'entre eux.

Dans tous les cas, les bons résultats de cette méthode ne peuvent se concevoir qu'après une bonne conviction du patient par une information de préparation suffisante avant l'intervention, afin de surmonter les réticences et procurer de grande satisfaction tant au chirurgien qu'au malade.