

CAS CLINIQUE

LA HERNIE DE VESSIE : UNE CAUSE PEU COMMUNE DE GROSSES BOURSES.***BLADDER HERNIA: AN UNUSUAL CAUSE OF LARGE SCROTAL***

C. ZE ONDO, B. FALL, Y. SOW, A. SARR, A THIAM, I.D. BISSIRIOU, A.K. NDOYE, M. BA, B.A. DIAGNE

*Auteur correspondant Dr Ze Ondo Cyrille, Service d'Urologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec
Dakar, Sénégal. Email : zecyrille@yahoo.fr*

Résumé

La hernie de la vessie n'est pas une forme courante de hernie inguinale. Cette affection n'a pas de symptomatologie particulière, à cet effet le diagnostic de hernie vésicale se fait souvent en per opératoire ou en post opératoire d'une hernie intestinale. Nous rapportons un cas de hernie inguino scrotale de la vessie dont le diagnostic a été fait fortuitement par des examens complémentaires demandés pour l'exploration d'une tumeur de prostate. La prise en charge de l'hypertrophie bénigne de prostate par un alpha bloquant et le traitement chirurgical de la hernie inguinale ont été satisfaisants.

Les mots clés : hernie vessie ; tumeur bénigne prostate ; traitement chirurgical

Summary

Bladder hernia is not a common form of inguinal hernia. This ailment has no specific symptoms, for this purpose the diagnosis of bladder hernia often occurs during surgery or post surgery for an intestinal hernia. We report a case of scrotal hernia inguinal bladder whose diagnosis was confirmed by supplementary examination asked for the exploration of a prostate tumor. The management of benign prostatic hyperplasia by blocking alpha and surgical treatment of inguinal hernia were satisfactory.

Key words: bladder hernia; benign prostate tumor; surgical treatment

INTRODUCTION

La hernie inguino-scrotale correspond le plus souvent au passage des viscères intra abdominales dans la bourse, à travers un point de faiblesse pariétal constitué par le canal inguinal. Le contenu de cette hernie est rarement constitué de vessie [1]. Par conséquent, le diagnostic de hernie vésicale se fait le plus souvent en per opératoire ou en post opératoire après chirurgie d'une hernie intestinale, avec l'apparition des complications telles qu'une hématurie ou l'issue d'urines par la plaie opératoire [2]. Nous rapportons un cas de hernie inguino-scrotale de la vessie dont le diagnostic a été fait avant l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION

Mr MD patient âgé de 65 ans, aux antécédents de cure de hernie inguino-scrotale gauche il y a environ 7 ans, a été reçu en consultation externe d'urologie pour une dysurie à type d'efforts de poussée lors de la miction, une pollakiurie mixte (le score IPSS était estimé à 20) associée à une tuméfaction scrotale droite indolore et réductible. Ce tableau évoluait depuis 1 an environ et était marqué par l'installation des troubles mictionnels suivie 3 mois plus tard de la tuméfaction. A l'examen le patient avait une cicatrice inguinale gauche ; une tuméfaction inguino-scrotale droite réductible, impulsive et expansive à la toux et une prostate augmentée de volume adénomateuse. Les examens complémentaires ont révélé une fonction rénale normale, un taux de PSA à 2,5 ng/ml et à l'échographie la prostate était estimée à 90g avec une continuité de la vessie dans la bourse droite. Ce constat a motivé la demande d'un uro-scanner qui a mis en évidence un passage complet de la vessie dans la bourse droite (fig. 1 et 2). Le diagnostic d'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) compliquée d'une hernie inguino-scrotale droite de la vessie a été retenu. Une adénomectomie prostatique et une cure de la hernie ont été proposées au patient. Ce dernier a refusé la première intervention par soucis de conservation de la fertilité. Il a donc été mis sous alpha bloquant (doxazosine 4mg/Jour) avec une nette amélioration de la symptomatologie urinaire (score IPSS était estimé à 15 après 1 mois de traitement) et une cure de la hernie a été réalisée. L'exploration chirurgicale a révélé un passage complet de la vessie à travers un collet large dans la bourse droite. La vessie a été réintégrée dans la

cavité pelvienne et une réfection pariétale selon Bassini a été faite. Le contrôle à 3 mois était satisfaisant.

DISCUSSION

La hernie inguinale vésicale est une entité anatomo-clinique assez rare [1,3]. Elle peut se rencontrer aussi bien chez la femme que chez l'homme mais avec une nette prédominance chez celui-ci [2]. La hernie inguinale vésicale serait plus fréquente chez l'homme tandis que la hernie crurale de la vessie serait plus fréquente chez la femme [2].

La survenue de cette affection est liée à l'âge, c'est ainsi qu'elle se rencontre surtout chez les hommes de plus de la cinquantaine [2]. Ses facteurs favorisants peuvent être en rapport avec le vieillissement pariétal inguinal dû à l'âge, mais également en rapport avec l'existence des troubles mictionnels secondaires à un obstacle sous vésical notamment une tumeur de prostate. Celle-ci se développe également à partir de 50 ans et elle peut provoquer une hyperpression intra abdominale qui va favoriser le passage de la vessie au travers d'un canal inguinal à paroi affaiblie [4]. Chez notre patient il y avait au moins 2 facteurs possibles pouvant expliquer la hernie de la vessie d'une part l'âge (65 ans) et une HBP d'autre part.

Le diagnostic de hernie inguinale vésicale se fait souvent en per ou post opératoire car c'est une affection sans symptômes particuliers [2]. Cependant, Une miction en plusieurs temps, facilitée par la pression sur la grosse bourse et la disparition de celle-ci après la miction est un signe d'appel [3]. Plus rarement encore, le diagnostic peut se faire devant des complications telles qu'une infection urinaire, un calcul vésical, une altération de la fonction rénale voire une tumeur de la vessie [5]. Chez notre patient, la découverte de la hernie inguinale vésicale a été fortuite après des examens complémentaires demandés pour des troubles mictionnels en rapport avec la tumeur prostatique.

Ces examens complémentaires peuvent être utiles au chirurgien dans la mesure où ils orientent vers le diagnostic et peuvent permettre d'éviter des lésions per opératoires de la vessie [1].

La hernie inguinale vésicale était considérée comme une complication de l'HBP chez notre patient. Ce constat était le même chez Dahani [6] pour lequel l'HBP pouvait se compliquer dans 15 à 25% de hernie inguinale de la vessie. Par conséquent, le traite-

ment de la hernie ne pouvait se concevoir sans la prise en charge également de la tumeur de prostate sans quoi, le patient était exposé à un risque de récurrence important. Le traitement chirurgical de L'HBP n'était pas systématique dans cette situation [7]. Nous avons opté chez notre patient pour un traitement médical de l'HBP. Cette attitude se justifiait d'autant plus que les autres modalités thérapeutiques ne donnaient pas de meilleurs résultats dans la situation de notre patient [6].

En ce qui concerne le traitement propre de la hernie inguinale vésicale, nous avons effectué un renforcement pariétal inguinal après la réintégration de la vessie dans la cavité pelvienne. Cette modalité de prise en charge semble la plus communément admise [1,2]. Cependant, dans de rares situations telles

qu'un collet herniaire étroit ou une nécrose de la vessie il pourrait s'avérer nécessaire de réséquer une partie plus ou moins importante de la partie vésicale concernée par la hernie [8].

CONCLUSION

Le diagnostic de hernie inguinale de la vessie a été fortuitement établi en pré opératoire chez notre patient, grâce à des examens complémentaires demandés pour une tumeur prostatique. La prise en charge de l'HBP par un alpha bloquant et le traitement chirurgical de la hernie inguinale ont été satisfaisants.



Figure 1 : Passage de la vessie dans la bourse (tomodensitométrie coupe sagittale)



Figure 2 : Passage de la vessie dans la bourse (tomodensitométrie coupe frontale)

REFERENCES

1. El Anzaoui J, El Harrech Y, Abbaka N, Touiti D, Lahkim M, Fassi Fihri J, Bakzaza W, Majdane M, Achour A. Hernie inguinale ou vésicale ? Canadian urological association journal 2013 ; 7(11-12) : 837-9.
2. Watson LF. Hernia. Saint-Louis: Mosby; 1948.
3. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, Ram MD, Flanigan RC. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. Archives of Surgery 1985; 120:964-7.
4. Fisher PC, Hollenbeck BK, Montgomery JS, Underwood III W. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. Urology 2004; 63 (1) :175-6.
5. Storm DW, Drinis S. Radiographic diagnosis of a large inguinal hernia involving the urinary bladder and causing obstructive renal failure. Urology 2008; 72:523.
6. Dahami Z, Barjani F, Saghir O, Ben Elkhayat R, Moudouni MS, Sarf I. Combined inguinal hernia repair and transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hypertrophy [in French]. Journal de Chirurgie viscérale 2009; 146 (6):549-52.
7. Initial assessment and follow-up of benign prostatic hyperplasia: systematic review of the literature by the LUTS committee of the French Urological Association [in French]. Progrès en Urologie 2012; 22:1-6.
8. Thompson JE Jr, Taylor JB, Nazarian N, Bennion RS. Massive inguinal scrotal bladder hernias: a review of the literature with 2 new cases. Journal of Urology 1986; 136:1299-301.