



## Hernie de la vessie en inguino-scrotal

## Bladder inguinoscrotal hernia

## الفتق الإربي-الصفني للمثانة

M. El Alaoui; M. Hamid; Y. Bakali; A. Hrora; M. Ahallat

## الملخص :

**مقدمة :** إن انحسار المثانة في الفتق الإربي نادر الحدوث. غالباً ما يكون بدون أعراض و يتم التشخيص أثناء الجراحة أو بعد العملية الجراحية بسبب مضاعفات.

**الملاحظة :** نقدم تقريراً عن حالة مريض يشكو من فتق إربي-صفني مقترن بأعراض بولية والذي أظهر عنده تصوير الإحليل و المثانة الرجعي أن هذه الأخيرة توجد كلياً داخل الصفن.

**المناقشة :** يتم العثور على المثانة في كيس الفتق الأربي فقط في 1-4 % من الحالات، والهجرة الكلية للمثانة خارج البطن تكون أكثر استثناء. إن اقتران فتق إربي وأعراض بولية تهيجية أو انسدادية يزكي تشخيص المرض، ولكن غالباً ما يتم القيام به خلال العملية الجراحية. ويتم التشخيص عن طريق تصوير المسالك البولية الدنيا (تصوير الجهاز البولي عن طريق الوريد، تصوير المثانة والإحليل رجعياً) أو عن طريق التصوير المقطعي. العلاج يشمل تصحيح الفتق مع إعادة إدماج المثانة. يتم استئصال الجزء المنفتق من المثانة إذا كان الفتق كبيراً أو العنق ضيقاً.

**الخلاصة :** إن التشخيص قبل الجراحة يمكن من تجنب مضاعفات ما بعد الجراحة.

**الكلمات الأساسية :** المثانة، الفتق الإربي.

## Résumé :

**Introduction :** L'incarcération de la vessie dans la hernie inguinale est rare. Souvent asymptomatique le diagnostic est fait en peropératoire ou en postopératoire suite à des complications.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient ayant une hernie inguino-scrotale droite associée à des signes urinaires et dont l'urétrocystographie rétrograde (UCR) a montré une vessie totalement intra scrotale.

**Discussion :** L'incarcération de la vessie dans le sac herniaire n'est retrouvée que dans 1- 4% des hernies inguinales, la migration totale de la vessie en extra abdominal est encore plus exceptionnelle. L'association d'une hernie inguinale et des signes urinaires irritatifs et obstructifs doit faire évoquer le diagnostic, cependant celui-ci peut se faire le plus souvent en peropératoire. La confirmation diagnostique est assurée par l'opacification des voies urinaires basses (uréthrocystographie rétrograde ou l'urographie intraveineuse) ou par le scanner. Le traitement comprend la cure de la hernie avec réintégration de la vessie. La résection de la partie herniée de la vessie ne s'impose qu'en cas de hernie volumineuse ou de collet étroit.

**Conclusion :** le diagnostic préopératoire permet d'éviter les complications opératoires.

**Mots clés :** Vessie ; hernie inguinale.

## Abstract :

**Introduction :** The incarceration of the bladder in the inguinal hernia is rare. Often asymptomatic, the diagnosis is made during surgery or postoperatively due to complications.

**Observation :** We report the case of a patient with a right inguino-scrotal hernia associated with urinary symptoms and whose retrograde urethrocytography (UCR) showed an bladder totally intra scrotal.

**Discussion :** Incarceration of the bladder in the hernial sac is found only in 1-4% of inguinal hernias, the total extra abdominal bladder migration is even more exceptional. The association of inguinal hernia and urinary irritative and obstructive signs should suggest the diagnosis, however it is most often done during surgery. Confirming diagnosis is provided by the opacification of the lower urinary tract (cystourethrography or retrograde intravenous urography) or by CT. The treatment includes the cure of the hernia with bladder reintegration. Resection of the herniated bladder portion is needed only in case of large hernia or narrow neck.

**Conclusion :** The preoperative diagnosis avoids postoperative complications.

**Keywords :** Bladder; inguinal hernia.

*Tiré à part :* M. El Alaoui : Service de chirurgie générale et digestive « C », Hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat - Salé, Maroc

## Introduction

La pathologie herniaire est fréquente en chirurgie digestive. Le sac herniaire comprend souvent le grand épiploon, des anses grêles, le caecum. L'incarcération de la corne vésicale ou encore la migration totale de la vessie est exceptionnelle [1-3].

## Observation

M. M. H âgé de 60 ans a consulté pour une volumineuse hernie inguino-scrotale droite évoluant depuis plusieurs années, associées à des troubles urinaires à type de dysurie et la nécessité de comprimer le scrotum au moment de la miction. A l'examen l'hernie était bilatérale indolore, irréductible à droite avec effondrement de l'aïne. Au toucher rectal la prostate était estimée à 30g. L'urétrocystographie rétrograde (UCR) montrait une vessie totalement intra scrotale (figure 1). La voie d'abord

*Figure 1*



*Urétrocystographie rétrograde : vessie intra scrotale.*

était une médiane sous ombilicale. L'exploration chirurgicale a trouvé une vessie ayant migré en inguino-scrotale à travers l'orifice inguinal profond. La dissection de la vessie était laborieuse mais sans incident, puis elle a été réintégrée dans la cavité abdominale. La cure de la hernie a été réalisée par la mise en place d'une plaque non résorbable selon Stoppa. Les suites opératoires ont été simples. Le contrôle à 4 ans trouvait un patient asymptomatique.

## Discussion

L'incarcération de la vessie dans le sac herniaire n'est retrouvée que dans 1- 4% [1-3] des hernies inguinales, la migration totale de la vessie en extra abdominal est encore plus exceptionnelle. L'incarcération partielle de la vessie dans le sac herniaire est souvent asymptomatique de découverte fortuite lors d'un examen urologique, en peropératoire ou en postopératoire suite à la survenue d'une complication à type d'hématurie, de lâchage de suture, de fistule [2-4]. La migration totale de la vessie a par contre une symptomatologie bruyante, faite de signes urinaires irritatifs, et surtout de miction en deux temps avec la nécessité de comprimer le scrotum pendant la miction, comme ce fut le cas pour notre patient. Le diagnostic préopératoire de l'hernie vésicale est fait dans moins de 7% des cas et permet de réduire le risque de blesser la vessie, d'autant plus que la dissection est difficile à cause des adhérences, et de l'ancienneté de la hernie [4,5]. Chez 43 patients sur 374 rapportés par Watson [6], le diagnostic de hernie vésicale a été fait en postopératoire devant l'apparition d'une suppuration de la plaie opératoire et l'apparition d'une fistule urinaire secondaire à une blessure de la vessie non diagnostiquée en peropératoire. La présence de signes urinaires irritatifs et ou obstructifs chez un patient ayant une hernie inguinale doit faire évoquer le diagnostic, d'autant plus s'il existe une miction en deux temps avec réduction du volume de la hernie post-mictionnel [7-8]. L'urographie intra veineuse, l'urétrocystographie rétrograde ou le scanner pelvien permettent de mettre en évidence la vessie intraherniaire [7,9-11]. La présence de signes urinaires irritatifs chez notre patient et la nécessité de comprimer la hernie lors de la miction est fortement

évocatrice de l'incarcération de la vessie dans la hernie, l'urétrocystographie rétrograde a confirmé le diagnostic.

**Figure 2**



*Image reconstruite sagittale montrant nettement la hernie de la vessie dans le canal inguinal (la flèche) [11]*

La hernie vésicale inguino-scrotale est associée à une pathologie maligne dans 11,2 % des cas (adénocarcinome vésical ou prostatique) [12], et à une pathologie bénigne dans 23,5% des cas (adénome de la prostate, hydronéphrose uni ou bilatérale, lithiase du segment vésical incarcerated, reflux vésico-urétéral) [13,14]. Certains facteurs semblent favoriser la hernie de la vessie : l'âge supérieur à 50 ans, l'obésité et l'existence d'une pathologie urologique.

Le traitement comprend la cure de la hernie avec réintégration de la vessie comme ce fut le cas pour notre patient. La résection de la partie herniée de la vessie ne s'impose qu'en cas de hernie volumineuse ou de collet étroit [8]. Le traitement de la cause de l'hyperpression abdominale doit être envisagé avant ou en même temps que la cure de la hernie afin d'éviter la récurrence. Lorsque l'adénome de la prostate nécessite une résection, celle-ci peut être réalisée par voie endoscopique et la hernie par voie inguinale ou, si une chirurgie à ciel ouvert s'impose pour l'adénome, la hernie sera traitée dans le même temps opératoire par voie pré péritonéale [15,16].

## Conclusion

L'existence de signes urinaires irritatifs ou obstructifs chez un patient âgé de plus de cinquante ans, ayant une hernie inguinale doit faire évoquer une hernie vésicale. Le diagnostic préopératoire par une cystographie rétrograde ou une urographie intra veineuse permet d'éviter les incidents lors de l'intervention et les complications postopératoires.

## Références

1. Pasquale MD, Shabahang M, Evans SRT. Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1993; 150:1906-8
2. Vindlacheruvu RR, Zayyan K, Burgess NA, Warton SB, Dunn DC. Extensive bladder infarction in a strangulated inguinal hernia. *Br J Urol* 1996; 77:926-927.
3. Schewe J; Brands FH, Pannek J. The inguinal bladder diverticulum: A rare differential diagnosis of hernias. *Int Urol Nephrol* 2000; 32:255-256.
4. Catalano O. US evaluation of inguinoscrotal bladder hernia: Report of three cases. *Clin Imaging* 1997; 21:126-128.
5. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, Ram MD, Flanigan RC. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. *Arch Surg* 1985; 120:964-968.
6. Watson LF. *Hernia*. Saint-louis: Mosby. 1948.
7. Fisher PC, Hollenbeck S, Jeffrey M. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. *Urology* 2004; 63: 175-6.
8. Elizabeth R, Mueller KS, Kton L, Brubaker. Sliding hernia of the bladder presenting as supra pubic pain in a female. *Int Urogynecol J* 2004; 15: 51-2.
9. Blah M, Noura Y, Kallel Y, Hafsia G.H, Horchani A. Hernie vésicale. *Annales de chirurgie* 2005; 2450-3.
10. B.N.K. Kumar, A.K. Sakalecha, D. Das, P. B. Kumar. Urinary bladder herniation rare preoperative incidental finding radiological features. *Int J Biol Med Res* 2012; 3(1): 1459-60.
11. Gadodia A, Sharma R, Parshad R. Bladder hernia: Multidetector computed tomography findings. *Indian J Urol*. 2011 Jul; 27(3):413-4.
12. Caterino M, Finocchi V, Gunta S, De Carli P, Grecco M. Bladder cancer within a direct inguinal hernia: CT demonstration. *Abd Imaging* 2004; 26:664-6.
13. Oruç MT, Akbulut Z, Özoan Ö, Coskun F. Urological finding in inguinal hernias: A case report and review of the literature. *Hernia* 2004; 8:76-79.
14. Ptochos A, Isifidis N. Lithiasic inguinoscrotal herniation of the bladder secondary to prostate enlargement. *Acta Radiol* 2002; 43:543-4.
15. Kursh ED, Persky L. Preperitoneal hernioraphy. Adjunct to prostatic surgery. *Urology* 1975; 05:322-5.
16. Bawa AS, Batra RK, Singh R. Management of inguinal hernia with benign prostatic hyperplasia: simultaneous inguinal hernioplasty with transurethral resection of prostate. *Int Urol Nephrol* 2003; 35: 503-6.