

Hernie inguinale ou vésicale ?

Jihad El Anzaoui, MD ;* Y. El Harrech, MD ;* N. Abbaka, MD ;* D. Touiti, MD ;* M. Lahkim, MD ;† J. Fassi Fihri, MD ;† W. Bakzaza, MD ;† M. Majdane, MD ;† A. Achour, MD†

*Service d'urologie Hôpital Militaire Avicenne Marrakech ; †Service de chirurgie viscérale Hôpital Militaire Avicenne Marrakech

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2013;7(11-12):e837-9. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.418>
Published online November 8, 2013.

Résumé

Si la hernie inguinale est une pathologie fréquente en chirurgie digestive, elle touche rarement la vessie. La hernie vésicale ne se manifeste généralement par aucun signe particulier, et son diagnostic est le plus souvent peropératoire, parfois même postopératoire lors de l'apparition de complications. Le traitement est chirurgical ; il consiste à réintégrer la partie herniée et à réaliser une pariétorraphie. Le présent article fait état de l'observation médicale d'un patient présentant une hernie vésicale de découverte peropératoire.

Introduction

La hernie inguinale est une pathologie fréquente en chirurgie digestive. Elle se traduit par le passage du contenu abdominal ou pelvien à travers un défaut de la paroi abdominale ou le canal inguinal. Elle résulte à la fois d'une faiblesse de la paroi abdominale et d'une élévation de la pression intraabdominale, l'obstruction prostatique étant le plus souvent en cause chez le sujet âgé.

Il est rare qu'une hernie inguinale touche la vessie. Le cas échéant, aucun signe clinique ne permet généralement de la déceler. Le cas suivant fait état d'une hernie vésicale de découverte peropératoire.

Observation

Un patient âgé de 62 ans s'est présenté en consultation de chirurgie viscérale en raison de l'apparition, quelques mois auparavant, d'une hernie inguinale droite. Il ne possédait aucun antécédent pathologique notable. En l'interrogeant sur son état de santé, le médecin a découvert d'importants troubles de vidange vésicale de type dysurie (jet fin et interrompu, gouttes retardataires), des troubles de remplissage

de type pollakiurie (trois réveils nocturnes par nuit) et de l'impériosité mictionnelle. Mis à part une hernie inguinale droite, l'examen clinique a révélé, au toucher rectal, une prostate pesant 60 grammes de consistance souple et aux contours bien nets. Le bilan biologique a révélé un PSA de 3,2 ng/ml et un ECBU stérile, aucune anomalie n'ayant été décelée à la numération formule sanguine et à l'ionogramme. L'échographie abdomino-pelvienne a permis de confirmer le diagnostic de hernie inguinale sans préciser l'organe touché, en plus d'indiquer une hypertrophie prostatique à 50 grammes avec paroi vésicale épaissie et diverticule de la corne vésicale droite unique. Le haut appareil urinaire ne présentait aucune anomalie.

Un traitement par des alpha-bloquants a permis d'améliorer la symptomatologie urinaire notamment obstructive en quelques jours. On a décidé de procéder à un traitement chirurgical de la hernie inguinale avec poursuite du traitement alpha-bloqueur.

Au cours de l'exploration chirurgicale, l'ouverture du diverticule vésical faisant hernie dans le canal inguinal (lequel a été pris au départ pour un sac herniaire péritonéal) a permis d'orienter le diagnostic vers une hernie vésicale. L'épreuve du remplissage vésical à l'aide d'une sonde de Foley a confirmé cette hypothèse en raison du passage du sérum à travers le diverticule ouvert. L'intervention s'est conclue par la fermeture du diverticule au moyen de fil résorbable 2-0, sa réintégration pelvienne et la fermeture de l'orifice inguinal. Les suites opératoires ont été simples.

Une sonde vésicale a été maintenue en place pendant 10 jours après l'intervention. Une débimétrie réalisée trois mois plus tard a indiqué un débit urinaire maximal de 16 ml/s avec absence de résidus postmictionnels. Le contrôle à six mois s'est révélé satisfaisant.

Discussion

La hernie vésicale représente de 1 % à 4 % de toutes les hernies inguinales^{1,2} et affecte surtout les hommes âgés de 50

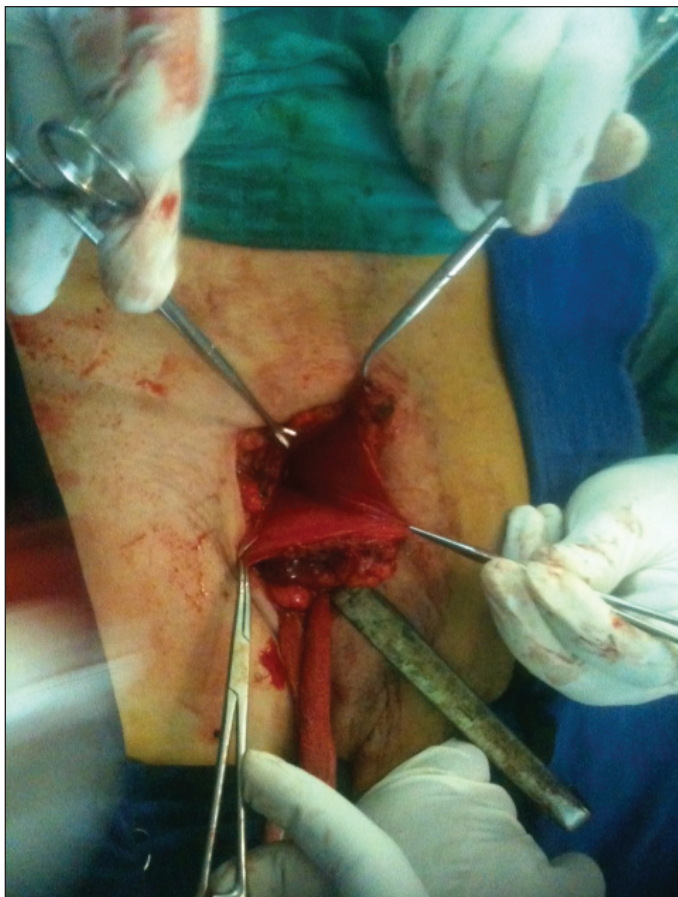


Figure 1 : Diverticule vésical ouvert dans le canal inguinal.

à 70 ans^{3,4}. L'existence de troubles urinaires du bas appareil constitue un facteur de risque^{5,6} de la maladie.

Les hernies peuvent toucher une corne vésicale, un diverticule ou même l'ensemble de la vessie. Elles sont responsables d'une symptomatologie allant du simple syndrome irritatif jusqu'à l'insuffisance rénale aiguë obstructive^{7,8}. Une miction en deux temps, facilitée par l'appui sur la voussure herniaire et la disparition de la hernie après la vidange vésicale, constitue un signe clinique très révélateur^{9,10}. Or, cette pathologie reste souvent asymptomatique. De ce fait, le diagnostic est généralement péroopératoire.

Dans 279 des 347 cas signalés par Watson, une hernie vésicale a été découverte pendant l'intervention chirurgicale¹¹. Dans le cas qui nous occupe, la symptomatologie irritative a été associée à la pathologie prostatique. Aucune hernie vésicale n'a été soupçonnée à l'examen clinique.

L'imagerie préopératoire peut être d'une grande aide au chirurgien, car elle permet de consolider le diagnostic, d'orienter l'exploration chirurgicale et, par conséquent, de limiter le risque de négliger, voire de léser la vessie au cours de l'intervention chirurgicale.

L'échographie, la tomodynamométrie et la cystographie peuvent s'avérer très utiles en montrant la partie de la vessie herniée engagée dans le canal inguinal⁷. En l'occurrence,



Figure 2 : Diverticule vésical réséqué et suturé.

l'échographie n'a pas permis de préciser le contenu herniaire, la découverte ayant eu lieu pendant la phase péroopératoire.

Les complications de la hernie vésicale sont essentiellement l'infection urinaire et la lithiase urinaire¹². La survenue d'une tumeur vésicale intraherniaire a aussi été signalée¹³.

Le traitement consiste en une chirurgie de la hernie avec réintégration de la vessie. En cas de hernie importante, de diverticule vésical, de collet court ou de nécrose vésicale, la partie herniée peut être réséquée.

Chez notre patient, après confirmation du diagnostic, la résection du diverticule vésical a permis de gagner de l'espace à la suite de la suture de la paroi vésicale. Ainsi, la partie herniée a pu être réintégrée facilement au niveau pelvien. L'intervention a été complétée par une fermeture de l'orifice inguinal profond.

Ainsi, traiter une hernie vésicale, c'est avant tout savoir la reconnaître. Cela dit, la reconnaissance péroopératoire d'une hernie vésicale n'est pas toujours évidente.

Dans 43 des 347 cas signalés par Watson¹¹, le diagnostic a été posé pendant la phase postopératoire à la suite de l'apparition d'une fistule urinaire et d'une infection de la paroi pour cause de blessures non diagnostiquées à la vessie.

La hernie inguinale est une complication fréquente de l'adénome prostatique. Elle survient dans de 15 % à 25 % des cas d'adénome de la prostate¹⁴. Le traitement de l'obstruction prostatique doit être envisagé avant ou en même temps que le traitement de la hernie, car la persistance de la dysurie entraîne des risques de récurrence. La présence d'une hernie inguinale ne justifie pas un traitement chirurgical de l'adénome prostatique¹⁵, qui peut être traité de façon médicale, endoscopique ou chirurgicale pendant la chirurgie de la hernie inguinale¹⁴.

En présence d'une hernie vésicale, il n'est pas établi que le traitement chirurgical de l'adénome prostatique donne de meilleurs résultats¹⁶. Bien que le traitement chirurgical de

l'adénome prostatique permette une meilleure désobstruction, il pourrait exister une autre solution : un traitement médical permettant une amélioration notable des paramètres débimétriques.

Chez notre patient, l'adénome prostatique a bien répondu au traitement médical, d'où une amélioration de la symptomatologie obstructive. La surveillance clinique, échographique et débimétrique reste nécessaire.

Competing interests: Dr. El Anzaoui, Dr. El Harrech, Dr. Abbaka, Dr. Touiti, Dr. Lahkim, Dr. Fassi Fihri, Dr. Bakzaza, Dr. Majdane and Dr. Achour all declare no competing financial or personal interests.

This paper has been peer-reviewed.

Références

1. Levine B. Scrotal cystocele. *JAMA* 1951;147:1439-41. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1951.73670320003013a>
2. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, et al. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. *J Urol* 1993;149:1002-5.
3. Conde Sanchez JM, Espinoza Olmedo J, Salazar Murillo R, et al. Giant inguino-scrotal hernia of the bladder: clinical case and review of the literature. *Acta Urol Esp* 2001;25:315-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806\(01\)72623-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-4806(01)72623-X)
4. Fisher PC, Hollenbeck BK, Montgomery JS, et al. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. *Urology* 2004;63:175-6.
5. Koontz AR. Sliding hernia of diverticula of bladder. *Arch Surg* 1955;70:436-8. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1955.01270090114025>
6. Iason AH. Repair of urinary bladder herniation. *Am J Surg* 1944;63:69-77. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(44\)90456-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(44)90456-3)
7. Storm DW, Drinis S. Radiographic diagnosis of a large inguinal hernia involving the urinary bladder and causing obstructive renal failure. *Urology*. 2008;72:523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2008.03.059>. Epub 2008 Jul 7.
8. Wagner AA, Arcand P, Bamberger MH. Acute renal failure resulting from huge inguinal bladder hernia. *Urology* 2004;64:156-7.
9. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, et al. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. *Arch Surg* 1985;120:964-7. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1985.01390320084018>
10. Schaeffer EM, Bhayani SB. Inguinal bladder hernia. *Urology* 2003;62:940. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(03\)00762-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(03)00762-3)
11. Watson LF. *Hernia*. Saint-Louis: Mosby; 1948.
12. Prochos A, Iosifidis N. Lithiasic inguinoscrotal herniation of the bladder secondary to prostate enlargement. *Acta Radiol* 2002;43:543-4.
13. Caterino M, Finocchi V, Giunta S, et al. Bladder cancer within a direct inguinal hernia: CT demonstration. *Abd Imaging* 2001;26:664-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00261-001-0019-6>
14. Dahami Z, Barjani F, Saghir O, et al. Combined inguinal hernia repair and transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hypertrophy [in French]. *J Chir (Paris)* 2009;146:549-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchir.2009.10.005>. Epub 2009 Nov 3.
15. 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]. *Prog Urol* 2012 ;22:1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2011.09.011>. Epub 2011 Nov 1.
16. Kursh ED, Persky L. Preperitoneal herniorrhaphy. Adjunct to prostatic surgery. *Urology* 1975;05:322-5. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295\(75\)90146-6](http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295(75)90146-6)

Correspondence: Dr Jihad El Anzaoui, Service d'urologie Hôpital Militaire Avicenne Marrakech ; jihad.elanzaoui@gmail.com