



Cas clinique

Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature

Hernia of urinary bladder apex discovered during surgery: a case report at Principal Hospital of Dakar and review of the literature

ST Faye*¹, TAO Sow¹, M Faye², M Dembélé¹, B Ndiaye², M Mboup², HM Ova¹, M Touré¹, I Sall², EGPA Diémé², R Kane¹, A Ndiaye¹

Résumé

La hernie inguinale de la vessie est une forme clinique très rare, représentant 1 à 4% des hernies inguinales. Le sexe masculin, l'obésité et l'obstruction sous vésicale chronique sont les principaux facteurs de risque. Plus de 90% des cas sont de découverte peropératoire, avec survenue de plaies vésicales iatrogènes dans 16% des cas. Nous rapportons un cas de hernie inguinale de la vessie de découverte per opératoire avec survenue d'une plaie vésicale iatrogène.

Mots-clés : hernie inguinale, hernie vésicale, dysurie, plaie vésicale.

Abstract

Inguinal bladder hernia is a very rare clinical entity, accounting for 1 to 4% of inguinal hernias. Male gender, obesity, chronic vesical outlet obstruction are the main risk factors. More than 90% of cases are discovered intraoperatively, with the occurrence or iatrogenic bladder wounds in 16% of cases. We report a case of inguinal hernia of the bladder discovered intraoperatively with the occurrence of an iatrogenic bladder injury.

Keywords: inguinal hernia, bladder hernia, dysuria, bladder injury.

Introduction

La hernie inguinale est l'une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie et se définit par le passage du contenu abdominal ou pelvien à travers l'orifice inguinal [1]. La hernie inguinale de la vessie est une forme clinique très rare de cette pathologie de l'ordre de 1 à 4% [2,3]. Le sexe masculin, l'obésité et l'obstruction sous vésicale sont les principaux facteurs de risque [3]. Plus de 90% des cas sont de découverte peropératoire, avec survenue de plaies vésicales dans 16% des cas [3].

Nous rapportons un cas de hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire avec survenue d'une plaie vésicale iatrogène. La reconnaissance peropératoire de la plaie vésicale et sa réparation immédiate ont permis d'avoir une bonne évolution.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 50 ans, militaire de profession et sans antécédents pathologiques particuliers qui s'est présenté en consultation pour tuméfaction inguinale droite et une pollakiurie nocturne évoluant depuis plusieurs années.

L'examen clinique avait mis en évidence une hernie inguinale droite non compliquée. La prostate était augmentée de volume d'allure bénigne au toucher rectal. L'indice de masse corporelle (IMC) était calculé à 28.

L'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU) était négatif. La fonction rénale était normale et le taux de l'Antigène Spécifique de la Prostate (PSA) était de 0,89 ng/ml.

L'échographie des voies urinaires montrait un lipome inguinal droit de 5cm x 2cm, une hernie inguinale avec un collet de 12 cm de diamètre et un volume prostatique de 28 cc, sans résidu post mictionnel.

Après abord inguinal, l'exploration chirurgicale a trouvé une hernie inguinale directe avec un volumineux lipome pré-herniaire. La dissection du lipome a conduit à une brèche de la corne vésicale (figure 1), en regard de l'orifice inguinale profond. La corne vésicale était réparée par un surjet aller-retour au vicryl 2.0 (figure 2).

Le lipome était réséqué après ligature à sa base au vicryl 2.0. La corne vésicale était refoulée dans la cavité pelvienne, suivie d'une herniorraphie selon la technique de Bassini par abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale. L'abord inguinal était fermé plan par plan. Une sonde urinaire transurétrale était mise en place pendant 4 jours. Les suites opératoires étaient simples. La sortie était prononcée au cinquième jour post opératoire. Après un recul de 3 mois, le patient ne présentait aucune plainte. La cystographie de contrôle montrait une vessie pleine dans l'aire de projection pelvienne avec une bonne capacité (figure 3).

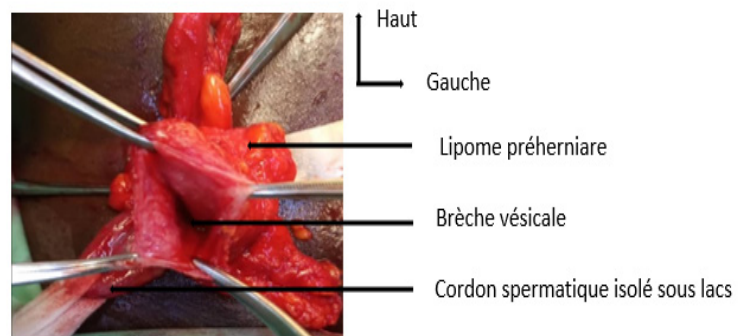


Figure 1 : Plaie de la corne vésicale

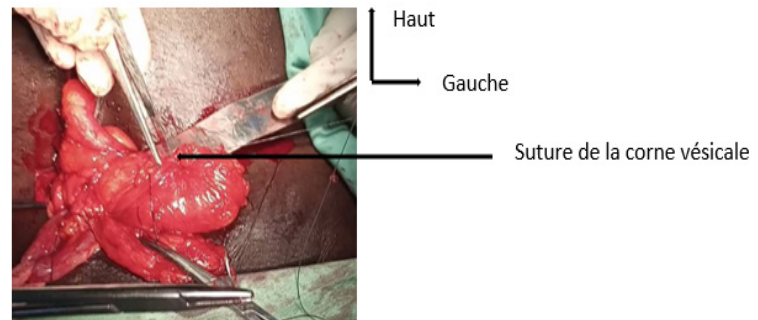


Figure 2 : Plaie vésicale suturée au vicryl 2.0

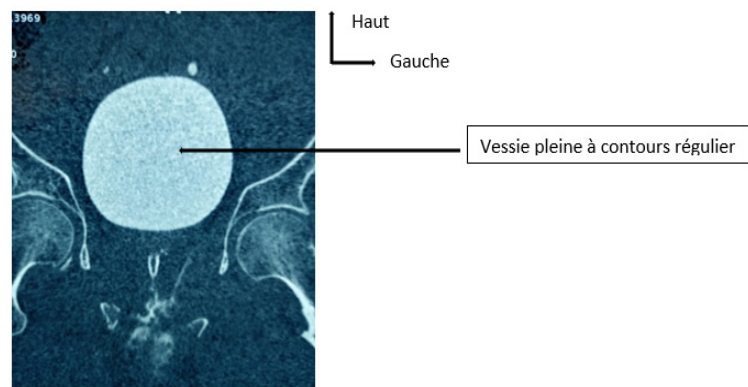


Figure 3 : Cystographie de contrôle

Discussion

La hernie inguinale de la vessie est une entité clinique très rare, décrite pour la première fois par Levine en 1951 [2]. Elle représente de 1 à 4 % de toutes les hernies inguinales dans la population générale [3] et environ 10% chez les sujets obèses d'âge supérieur à 50 ans [3,4]. La genèse d'une hernie de la vessie peut être liée à une obstruction sous vésicale, une distension chronique de la vessie, une baisse du tonus vésical, une obésité et une faiblesse de la paroi abdomino-pelvienne. Ceci expliquant leur fréquence

plus importante chez les sujets de plus 50 ans [4,5]. Notre patient, âgé de 50 ans, présentait en plus de l'âge, un surpoids et une profession exposant à une hyperpression abdominale quotidienne.

Elle est plus fréquente chez l'homme [1,6]. Elle siège habituellement à droite et réalise le plus souvent une hernie directe [1,3,7,8]. Ces caractéristiques ont été retrouvées chez notre patient.

La hernie de la corne vésicale est pauci voire asymptomatique, surtout lorsqu'elle intéresse une petite partie de la vessie [3,9,10]. La tuméfaction inguinale intermittente, les troubles urinaires du bas appareil et la douleur inguinale sont les signes les plus rapportés dans la littérature [6]. En plus de la tuméfaction inguinale intermittente, notre patient présentait des troubles urinaires irritatifs et le bilan prostatique effectué était sans particularité. Ces signes avaient complètement disparu après la cure de la hernie. Plusieurs auteurs ont rapporté une rémission des signes urinaires après la cure de la hernie vésicale lorsqu'il n'y avait pas d'obstacle sous vésical associé [9].

Dans les formes symptomatiques, le classique signe de Mery qui se traduit par 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 évocateur mais inconstant [5]. Sur une revue systématique de 10 ans, colligeant 64 cas de hernie de la vessie, menée par Branchu et al, ce signe n'était rapporté que chez 8 patients soit 12,5% [6]. En cas de suspicion clinique, les examens d'imagerie peuvent aider à poser le diagnostic avec certitude. Il s'agit particulièrement de l'Urétro-Cystographie Rétrograde (UCR) qui est le gold standard [4,7,9]. Outre l'UCR, l'échographie et la tomodensitométrie permettent de poser le diagnostic, et en même temps de mettre en évidence des facteurs favorisants et ou des complications [6,7,9]. Cette découverte préopératoire permet de mieux planifier la prise en charge chirurgicale et de réduire les complications peropératoires telles qu'une brèche vésicale pouvant passer inaperçues et entraîner une fistule vésico-cutanée ou une suppuration de la

plaie opératoire [1,9]. Seize pour cent des hernies de la vessie sont découvertes en post opératoire par une complication [3]. Dans notre cas, l'échographie avait montré un volumineux lipome pré-herniaire qui a masqué la mise en évidence du contenu vésical du sac herniaire.

Ainsi comme chez notre patient, le diagnostic est fait en peropératoire dans plus de 70% des cas [5]. Sur une série de 8 cas, Sarr A a rapporté 75% de hernies de la vessie découvertes en peropératoire [1]. De même, Watson, sur une série de 347 cas, a rapporté 279 cas de hernies de la vessie de découverte peropératoire [11]. La hernie peut intéresser la corne vésicale, un diverticule de la vessie ou même toute la vessie, réalisant le classique cystocèle scrotal décrit par Levine en 1951 [1,2]. Dans 16% des cas, la découverte est post-opératoire, lorsqu'une brèche vésicale, méconnue en peropératoire, est révélée par une complication telle qu'une suppuration pariétale ou une fistule vésico-cutanée [2,10]. Ce fut le cas, chez 1 des patients de Sarr A et chez 12,3% des patients de la série de Watson [1,11].

Les complications de la hernie vésicale sont celles de la mauvaise vidange vésicale avec des infections urinaires à répétition et la formation de lithiase urinaire [1]. Le reflux vésico-urétéral, la rupture de la vessie, l'urétéro-hydronephrose, la strangulation voire l'ischémie et la nécrose de la vessie peuvent aussi être rencontrés [9]. La survenue de tumeur vésicale intraherniaire a aussi été rapportée dans la littérature [12].

En cas de diagnostic pré-opératoire le traitement d'une hernie de la vessie ne diffère pas de celui des autres hernies et consiste à un refoulement de la vessie associé à une réfection de la paroi [1,9,10]. La résection de la partie herniée de la vessie est à proscrire du fait du risque de réduction de la capacité vésicale et de lésion urétérale [1]. Cependant cette résection est indiquée en cas de volumineuse hernie, de collet étroit, de nécrose et de tumeur intra herniaire [13]. En cas de lésion vésicale reconnue en peropératoire, la vessie est immédiatement réparée par un surjet et un drainage vésical trans-urétral mis

en place pour quelques jours [13]. Ce fut le cas pour notre patient, chez qui la sonde était enlevée au 4ème jour post opératoire et les suites étaient simples. La cystographie de contrôle était normale, avec une bonne opacification vésicale dans sa loge.

Concernant la cure de la hernie, différentes techniques sont décrites dans la littérature [5]. La chirurgie ouverte est la plus pratiquée [5]. Dans la revue de Banshu et al, 46 sur 64 patients étaient opérés, soit 71,9% [6]. Trente-sept patients (80,4%) étaient opérés par chirurgie ouverte, avec les techniques de Lichtenstein chez 32,6% des patients, de Bassini chez 15,2% des patients de Mac Vay chez 4,3% des patients et de Shouldice chez 2,2% des patients. Des cures par laparoscopie sont aussi décrites par quelques auteurs [2,3,5,6]. La technique de Bassini était faite dans notre cas et le résultat était satisfaisant. En effet, cette technique est la plus utilisée dans notre service. Helleman et al ont utilisé la technique de Bassini dans leur cas, car selon eux, la présence d'urine dans le champ opératoire augmente le risque de surinfection de la prothèse dans les techniques de cure avec prothèse [14].

Conclusion

La hernie de la vessie est une entité clinique très rare, souvent diagnostiquée en per ou post opératoire devant des complications. Elle doit être évoquée devant une hernie inguinale chez un homme âgé de plus de 50 ans, obèse et présentant des signes urinaires du bas appareil. La cystographie et ou l'uroscanner permettent de poser le diagnostic. Le diagnostic préopératoire permet de mieux planifier la prise en charge chirurgicale pour éviter une lésion accidentelle de la vessie.

*Correspondance

Samba Thiapato Faye

thiapatomaleme@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

1 : Service d'Urologie de l'Hôpital Principal de Dakar
2 : Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Principal de Dakar

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sarr A, Ondo CZ, Sow Y, Fall B, Thiam A, Sine B et al. Hernie inguinale de la vessie: à propos de 8 cas. Pan Afr Med J. 2015;22(4):7.
- [2] Levine B. Scrotal cystocele. JAMA.1951;147:1439-41.
- [3] Namba Y, Fukuda T, Ishikawa S, Kai A, Kohata A, Okimoto S et al. Inguinal bladder hernia treated using transabdominal preperitoneal approach: A case report. Int J Surg Case Rep. 2020;67:165-168.
- [4] Hamidi Madini A, Hossein MN, Aval HB, Enshaei A, Asadollahzade, Esmacili S. Scrotal herniation of bladder: a case report, Iran. J. Med. Sci. 2013;38:62-64.
- [5] Khan A, Beckley I, Dobbins B, Rogawski KM, Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder, Urol. Ann.2014;6:159-162.
- [6] Branchu B, Renard Y, Larre S, Leon P. Diagnosis and treatment of inguinal hernia of the bladder: a systematic review of the past 10 years. Turk J Urol 2018; 44(5): 384-8.
- [7] Zihni İ, Duran A, Soysal V. A rare cause of inguinal hernia: scrotal cystocele. Ulus Cerrahi Derg. 2014;32(2):137-9.
- [8] De Angelis M, Mantovani G, Di Lecce F, Boccia L. Inguinal Bladder and Ureter Hernia Permagna: Definition of a Rare Clinical Entity and Case Report. Case Rep Surg. 2018 Sep 30;2018:9705728.
- [9] Kamal Moufid, Driss Touiti, Lezrek Mohamed. Inguinal Bladder Hernia: Four Case Analyses Rev Urol. 2013;15(1):32-36.
- [10] Blah M, Nouira Y, Y kallel, Hafsia GH, Horchani A. Hernie vésicale, service d'urologie, hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie, annales de chirurgie 2005;130:633-635.
- [11] Watson LF. Hernia. Saint-Louis: Mosby; 1948

- [12] Oruç MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia*. 2004;8:76-79.
- [13] Westera J, Meyer J, Reynolds J, Lambrianides A L. Massive Inguinoscrotal Bladder Hernia. *JSCR* 2012;5:5.
- [14] Helleman JN, Willemsen P, Vanderveken M, Cortvriend J, Van Erps P. Incarcerated vesico-inguinal hernia: A case report. *Acta Chir Belg* 2009;109:815-7.

Pour citer cet article :

ST Faye, TAO Sow, M Faye, M Dembélé, B Ndiaye, M Mboup et al. Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 375-379