

Un cas de cystocèle scrotal

A scrotal cystocele case

HEINEN M.¹, ILOAIE C.² et VRANCKX M.³

¹Services des Urgences, Grand Hôpital de Charleroi

²Services des Urgences, CHU Marie Curie - Charleroi

³Directeur médical du CHRSM - site Meuse

RÉSUMÉ

La hernie inguinale est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine d'urgence. L'incarcération d'un contenu graisseux ou intestinal représente la complication la plus connue contrairement à celle de la vessie qui reste rare.

Un homme se présente au Service des Urgences pour une augmentation de la taille de son scrotum associée à des difficultés à la miction. Devant un examen clinique peu contributif, l'imagerie révèle une hernie vésico-scrotale gauche sévère responsable des plaintes. La réduction de celle-ci n'est réussie qu'après sondage de la vessie. Une opération de renforcement de la paroi musculaire est réalisée dans un second temps.

La hernie inguino-scrotale de la vessie est une pathologie rare. Son diagnostic repose sur la clinique et l'anamnèse. L'imagerie et la biologie clinique sont utiles pour en établir les causes et conséquences principales.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 227-229

Doi : 10.30637/2022.20-084

ABSTRACT

Inguinal hernia is a frequent pathology in the emergency department. Incarceration of fat or intestinal loop is the most common and sought-after complication, unlike bladder incarceration which is rare.

A man goes to the emergency room because of his scrotum's enlargement with difficulties in urinating. As the clinical exam is non-contributory, the imagery reveals a major left vesico-scrotal hernia responsible of the patient's complaints. Reduction of this hernia needs emptying of the bladder by catheterisation. In a second step, an operation to strengthen the muscle wall is performed to avoid recurrences.

Inguino-scrotal hernia of the bladder is a rare condition. Diagnosis is based on clinical examination and anamnesis. Imagery and biological blood testing are useful to investigate main causes and consequences.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 227-229

Doi : 10.30637/2022.20-084

Key words : inguinal hernia, inguinoscrotal hernia, bladder hernia, vesicoscrotal hernia, guidelines

INTRODUCTION

Les complications des hernies inguinales sont fréquemment rencontrées dans les services d'urgence. La hernie inguinale touche en moyenne un homme sur quatre alors que seules 3 % des femmes sont concernées. Les hernies inguinales représentent 75 % des hernies de la paroi abdominale et leur contenu est le plus souvent constitué de graisse ou d'anses intestinales^{1,2}. La hernie de la vessie au travers du canal inguinal est plus rare et ne représente que 1-4 % de toutes les hernies inguinales²⁻⁶, voire 10 % chez les patients de 50-70 ans⁷.

CAS CLINIQUE

Un homme de cinquante ans s'est présenté aux urgences pour une majoration progressive de la taille de son scrotum depuis plusieurs semaines. La masse, dans un premier temps, réductible, ne l'était plus lors de l'examen physique. Une douleur localisée ainsi que des troubles du transit et urinaire étaient apparus, justifiant la consultation aux urgences. Le patient ne déclarait aucun antécédent contributif. Il rapportait une oligurie avec pollakiurie et dysurie sans nycturie ni mictalgie. Aucun épisode de fièvre n'était rapporté et le patient ne se plaignait d'aucune autre douleur.

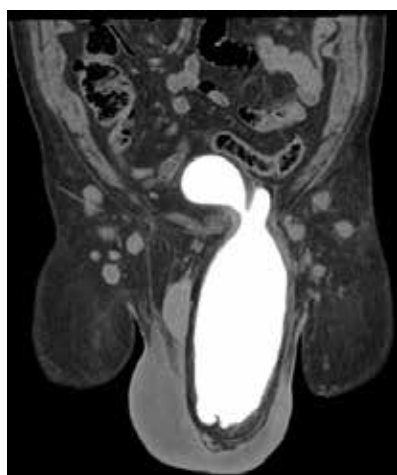
L'examen physique a révélé une hernie inguino-scrotale gauche importante dont le contenu semblait liquidien mais le test de transillumination était négatif. Le patient ne présentait pas de fièvre, la palpation abdominale était totalement indolore. Une tentative de manœuvre de réduction a été réalisée sans effet et douloureuse ; après celle-ci, le patient se plaignait de vouloir uriner.

Vu le caractère douloureux et l'irréductibilité, une échographie en urgence ne rapportait pas de phénomène ischémique ni obstructif, mais elle n'a pu déterminer la nature de la masse liquidienne qui s'étendait du pelvis jusque dans la bourse scrotale. Une tomodensitométrie révélait une hernie vésico-scrotale gauche majeure (figure).

Figure

Tomodensitométrie pelvienne avec injection de produit de contraste.

A. En coupe frontale ; B. En coupe transversale.



Le patient a bénéficié de la pose d'une sonde urinaire et la vessie a été vidée au fur et à mesure que la réduction de la hernie était réalisée. Dans un second temps, le patient devait être revu en ambulatoire afin de réévaluer la nécessité d'une intervention chirurgicale visant à renforcer la paroi abdominale, mais le patient ne s'est plus présenté aux différents rendez-vous.

DISCUSSION

La hernie inguino-scrotale de la vessie ou cystocèle scrotal, est une pathologie rare. Décrite depuis des décennies, la première publication à ce sujet remonte à 1951 par Levine^{4,8}. Depuis lors, on compte de nombreux articles rapportant des cas similaires sans qu'aucune statistique sérieuse ne soit réellement produite. Décrite dans 4 % des cas de hernie inguinale, elle reste pour la majorité des cas diagnostiquée fortuitement lors d'une opération de réduction et renforcement de la paroi abdominale chez des patients porteurs de hernie inguinale^{7,8}. Moins de 7 % des cystocèles scrotaux sont diagnostiqués avant le geste chirurgical, ce qui peut augmenter le risque de complications opératoire parmi lesquelles on retrouve les lésions de différentes structures (vessie, paroi abdominale, canal déférent, intestin, vaisseau, nerf), la formation d'hématome et la surinfection^{5,8-10}.

Le diagnostic de hernie inguino-scrotale de la vessie repose sur l'anamnèse et sur l'examen physique. L'anamnèse rapporte une masse croissante jusqu'à atteindre un volume important au niveau de la région inguinale et pouvant s'étendre jusqu'au scrotum ; il s'agit de la plainte urinaire la plus fréquemment rapportée. La miction en deux temps, c'est-à-dire la manœuvre de réduction de la hernie inguinale afin de permettre la miction, appelé signe de Mery dans la littérature, représente une plainte pathognomonique⁶⁻⁸.

Parmi les facteurs de risque identifiés, on trouve le sexe masculin, un âge supérieur à cinquante ans, l'obstruction des voies urinaires, la distension chronique de la vessie, la perte du tonus vésical, la protrusion de la graisse périvésicale, l'obésité, les masses pelviennes et les antécédents de hernies opérées^{2,5-8,11}. L'examen clinique est le Gold standard pour le diagnostic de hernie inguinale avec une sensibilité de 74,5 % et une spécificité de 96,3 %. L'imagerie par tomodensitométrie ne possède qu'une sensibilité de 83 % et une spécificité variant de 67 à 83 % selon les études ; elle reste donc utile dans les cas de hernie inguinale compliquée ou dont le diagnostic reste flou⁹⁻¹¹.

Néanmoins, en ce qui concerne le diagnostic de cystocèle scrotal, la tomodensitométrie possède une place prépondérante à la cystographie rétrograde qui représentait auparavant l'examen de choix.⁸ Branchu et al. proposent, en cas de doute, de réaliser systématiquement une tomodensitométrie à tout patient devant bénéficier d'une chirurgie du pli inguinal⁸.

L'abord thérapeutique de cette pathologie ne bénéficie malheureusement pas de recommandations européennes¹⁰. Branchu *et al.* rapportent qu'aucune technique chirurgicale n'a montré sa supériorité statistique dans la réduction du cystocèle scrotal et de son suivi au long cours⁸. La résection vésicale est recommandée pour les patients présentant une nécrose de la vessie associée, une hernie cervicale de la vessie, un diverticule ou une tumeur vésicale.

CONCLUSION

Le cystocèle scrotal est une pathologie rare à laquelle il faut penser devant toute personne se plaignant d'une masse apparaissant en région inguinale ou scrotale associée à des plaintes urinaires. Il nécessite une prise en charge plus complète de la simple hernie inguinale par imagerie et analyse biologique afin de déterminer les causes et conséquences de celui-ci.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Raiss H, Hübner M, Abrazhda D, Demartines N, Vuilleumier H. Cure de hernie inguinale en ambulatoire. *Rev Med Suisse*. 2011;7:1354-6.
2. Zihni I, Duran A, Soysal V. A rare cause of inguinal hernia: scrotal cystocele. *Türk J Surg*. 2016;32(2):137-9.
3. Ono R, Kitagawa I. Scrotal Cystocele with Two-phase Micturition. *Intern Med*. 2019;58(7):1047.
4. Levine B. Scrotal cystocele. *J Am Med Assoc*. 1951;147(15):1439.
5. Coskun F, Tahir Oruç M, Akbulut Z, Özozan Ö. Urological findings in inguinal hernias: A case report and review of the literature. *Hernia*. 2004;8(1):76-9.
6. Capitano S, Castellani D. Unusual Scrotal Swelling. *JAMA Surg*. 2018;153(9):856.
7. Kim KH, Kim MU, Jeong WJ, Lee YS, Kim KH, Park KK *et al*. Incidentally Detected Inguinoscrotal Bladder Hernia. *Korean J Urol*. 2011;52(1):71.
8. 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. *Türk Ürol Dergisi/Turkish J Urol*. 2018;44(5):384-8.
9. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J. European hernia society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403.
10. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.
11. Wagner AA, Arcand P, Bamberger MH. Acute renal failure resulting from huge inguinal bladder hernia. *Urology*. 2004;64(1):156-7.

Travail reçu le 26 octobre 2020 ; accepté dans sa version originale le 15 avril 2021.

CORRESPONDANCE :

M. HEINEN
Grand Hôpital de Charleroi
Services des Urgences
Grand Rue, 3 - 6000 Charleroi
E-mail : Maxime.heinen@ghdc.be