

## Case report

### Diagnostic scanographique d'une hernie inguino-scrotale de la vessie à propos d'un cas



#### *Scannographic investigation in the diagnosis of inguinoscrotal bladder hernia*

**Nfally Badji<sup>1,&</sup>, Hamidou Deme<sup>1</sup>, Geraud Akpo<sup>1</sup>, Mouhamadou Toure<sup>1</sup>, Boucar Ndong<sup>1</sup>, El Hadji Niang<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Radiologie Générale, Hôpital Aristide Le Dantect, Dakar, Sénégal

<sup>&</sup>Corresponding author: Nfally Badji, Service de Radiologie Générale, Hôpital Aristide Le Dantect, Dakar, Sénégal

Mots clés: Vessie, hernie inguino-scrotale, TDM

Received: 09/07/2016 - Accepted: 04/08/2016 - Published: 01/11/2016

#### **Abstract**

We report the case of a patient aged 67 with a history of inguinal hernia, which featured a large painless purse evolving for several months associated with urinary disorders like urinary frequency. Ultrasound allowed highlight an emptiness of bladder lodge, urinary stasis and fluid collection in the scrotum that was mentioned a hydrocele. The abdominal pelvic CT revealed a bladder intra scrotal right situation associated with an inguinal hernia and direct left to bilateral urinary stasis. The diagnosis was confirmed by surgical exploration. The postoperative course was uneventful. The inguinoscrotal hernia exclusively bladder content is an exceptional entity. CT should be sought before any inguinoscrotal hernia associated with urinary disorders ( Mery 's Sign ).

**Pan African Medical Journal. 2016; 25:126 doi:10.11604/pamj.2016.25.126.10280**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/126/full/>

© Nfally Badji et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Abstract

*We report the case of a 67-year old patient with a personal history of inguinal hernia, presenting with a large painless bag associated with urinary disorders, similar to pollakiuria, evolving for several months. Ultrasound allowed to reveal an emptiness in the bladder bag, urinary stasis and a collection of fluid in the scrotum, evoking a hydrocele. Abdominal/pelvic CT scan showed right intrascrotal bladder associated with left direct inguinal hernia and bilateral urinary stasis. The diagnosis was confirmed by surgical exploration. The postoperative course was uneventful. Inguinoscrotal hernia containing exclusively urinary bladder is an exceptional entity. CT scan should be recommended for patients with inguinoscrotal hernia associated with urinary disorders (Mery's Sign).*

**Key words:** Bladder, inguinoscrotal hernia, CT scan

## Introduction

---

La pathologie herniaire constitue la première intervention en chirurgie digestive. La vessie représente rarement le contenu de la hernie. Il s'agit le plus souvent d'une incarceration d'un diverticule ou d'une partie de la vessie [1]. Souvent asymptomatique le diagnostic est fait en per ou en postopératoire suite à des complications. Nous rapportons un cas de hernie inguinoscrotale droite, à contenu exclusivement vésical dont le diagnostic a été confirmé à la tomодensitométrie (TDM).

## Patient et observation

---

M.D.D âgé de 67 ans, aux antécédents de cure de hernie inguinale droite, reçu au service d'urologie pour une volumineuse bourse indolore évoluant depuis plusieurs mois associée à des troubles urinaires à type de pollakiurie. L'examen clinique a mis en évidence une cicatrice sur le pli inguinal droit. Le patient était apyrétique avec un état général conservé. Au toucher rectal la prostate était plate. Le bilan rénal était normal. L'échographie avait permis de mettre en évidence une vacuité de la loge vésicale, une collection liquide dans le scrotum et une stase urinaire bilatérale. Le scanner abdomino-pelvien (Figure 1, Figure 2) a mis en évidence une vessie en situation intrascrotale droite associée à une hernie inguinale gauche directe et à une stase urinaire bilatérale. L'exploration a été effectuée par voie inguinale bilatérale. Elle a visualisé la vessie dans la bourse droite. A gauche, on a noté une hernie inguinale directe. Les suites opératoires étaient simples.

## Discussion

---

Cette observation a montré la très bonne spécificité de la TDM pour le diagnostic de la hernie intra scrotale de la vessie. La tomодensitométrie après injection a montré à la phase de remplissage la localisation intra scrotale de la vessie qui a permis de poser de manière péremptoire le diagnostic. Les signes associés étaient la stase urinaire en amont qui montre le caractère compressif de cette pathologie menaçant ainsi la fonction rénale et la hernie inguinale directe gauche. Il aurait été difficile de poser le diagnostic si la vessie était vide. Dans lequel cas on aurait pu évoquer une hernie tissulaire, péritonéale en particulier. Dans la littérature cette pathologie représente 1 à 3% des hernies inguinales [2]. Elle se voit chez le sujet de plus de 50 ans. Il s'agit le plus souvent d'une incarceration d'un diverticule et ou d'une partie de la vessie dans le sac hernié. Ces formes sont asymptomatiques et le diagnostic se fait en per opératoire lors de la cure chirurgicale. La migration totale de la vessie dans le scrotum comme c'est le cas chez notre patient est qualifié d'exceptionnelle [3]. Le diagnostic est suspecté devant l'association d'une hernie inguino-scrotale et des signes urinaires et surtout d'une miction en deux temps avec la nécessité de comprimer le scrotum pendant la miction, « Mery's Sign » [4]. Il s'agit d'une pathologie dont le diagnostic est posé le plus souvent en peropératoire [5, 6]. Dans notre cas tous les signes cliniques évoqués dans la littérature ont été retrouvés. Les antécédents de cure de hernie constitueraient le facteur favorisant [7], cela a été retrouvé chez notre patient. Ce tableau clinique a permis dans notre observation d'évoquer le diagnostic et de poser l'indication d'un examen scanographique. L'exploration échographique a été effectuée chez ce patient avant l'examen scanographique. Elle a montré deux signes majeurs, la présence de liquide dans le scrotum qui faisait évoquer le diagnostic d'hydrocèle d'une part et d'autre part l'absence de vessie malgré la sensation

impérieuse d'uriner du patient a qui on a fait ingérer de l'eau. Ces deux signes conjointement à un antécédent de récurrence d'hernie auraient suffi pour étayer les bases du diagnostic. Certains auteurs soulignent les difficultés du diagnostic échographique dans les formes bilatérales [8]. En réalité le scanner a facilité le diagnostic en mettant en évidence un sac contenant de l'iode dans le scrotum. Le scanner a été d'une grande aide et a permis de consolider le diagnostic en montrant une triade très significative regroupant une envie impérieuse d'uriner, une vacuité vésicale et la présence de collection liquide entourée d'une paroi. Cette démarche prospective a permis de limiter les risques de lésions iatrogènes de la vessie au cours de l'intervention chirurgicale. L'urétrocystographie rétrograde (UCR) serait le meilleur examen dans l'exploration de la hernie vésicale. C'est l'examen qui devrait être demandé en première intention, du fait de sa disponibilité, de sa réalisation facile, rapide et de l'absence de contre-indication. Elle suffit pour poser le diagnostic et permettrait de faire le suivi post opératoire [9]. Cependant, elle occulte la stase urinaire haute. Chez notre patient, l'UCR n'a pas été demandée Cette observation nous suggère une attitude pratique bien différente de celle proposée par IZES Ba et al [10]. L'échographie abdomino-pelvienne devrait être de première intention et suffirait pour poser le diagnostic devant les signes cardinaux que sont l'envie impérieuse d'uriner, la vacuité de la loge vésicale, la présence de sac dans le scrotum. Ces signes auraient d'autant plus de valeur dans ce contexte de récurrence de hernie inguinoscrotale. Le traitement se résume à la cure chirurgicale de la hernie avec réintégration de la vessie comme ce fut le cas chez notre patient. Les suites post opératoires étaient simples. L'UCR de contrôle était normale.

## Conclusion

---

La hernie vésicale inguinoscrotale est une entité exceptionnelle et survient le plus souvent chez un sujet de plus de 50 ans ayant des antécédents de cure de hernie inguinale. La symptomatologie est non spécifique, le diagnostic est suspecté par l'association de troubles urinaires ( Mery's Sign ) et confirmé par la tomodensitométrie.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

## Contributions des auteurs

---

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de cet article. Les auteurs déclarent également avoir lu et accepté la version finale de cet article.

## Figures

---

**Figure 1:** Uroscanner: coupes axiales TDM, montrant une hernie vésicale inguino-scrotale droite (flèche vert clair) et inguinale gauche (flèche jaune) avec une stase urinaire bilatérale (tête de flèche)

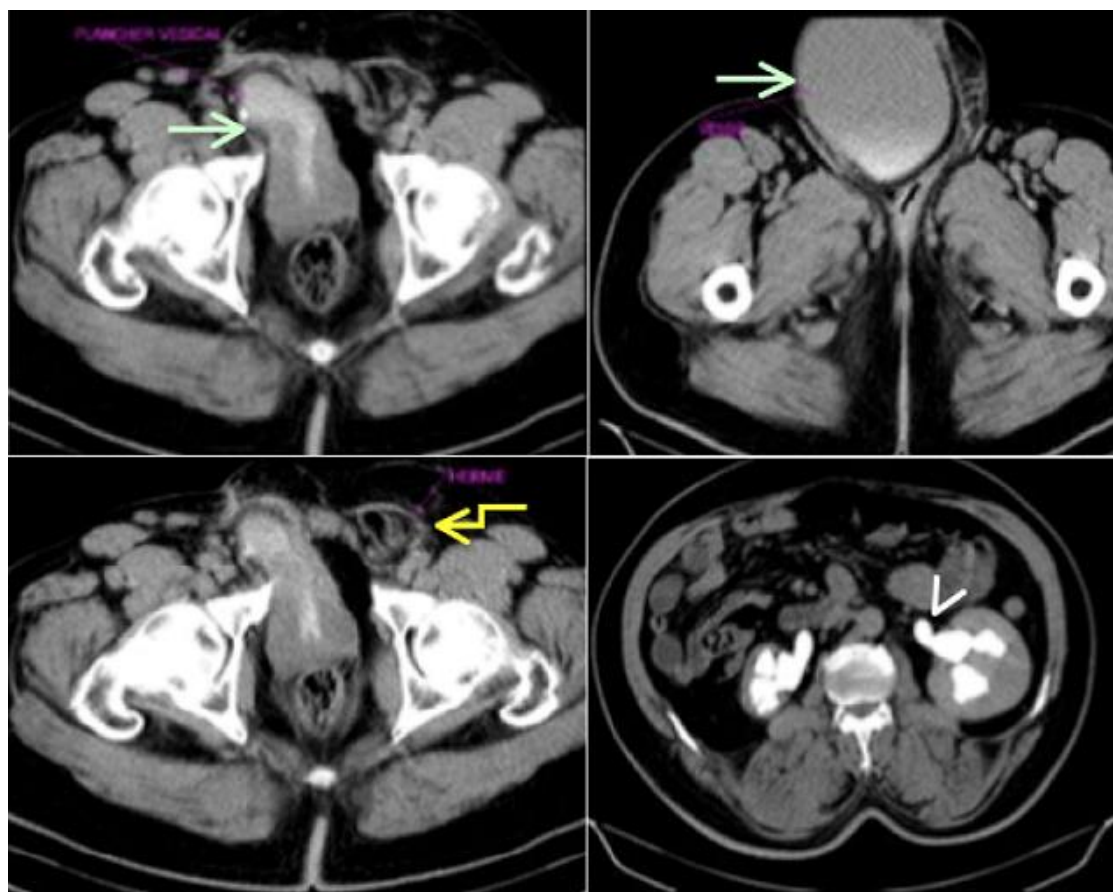
**Figure 2:** Uroscanner: reconstructions para sagittale droite et coronale en MIP montrant une hernie vésicale inguino-scrotale droite et une stase urinaire bilatérale

## Références

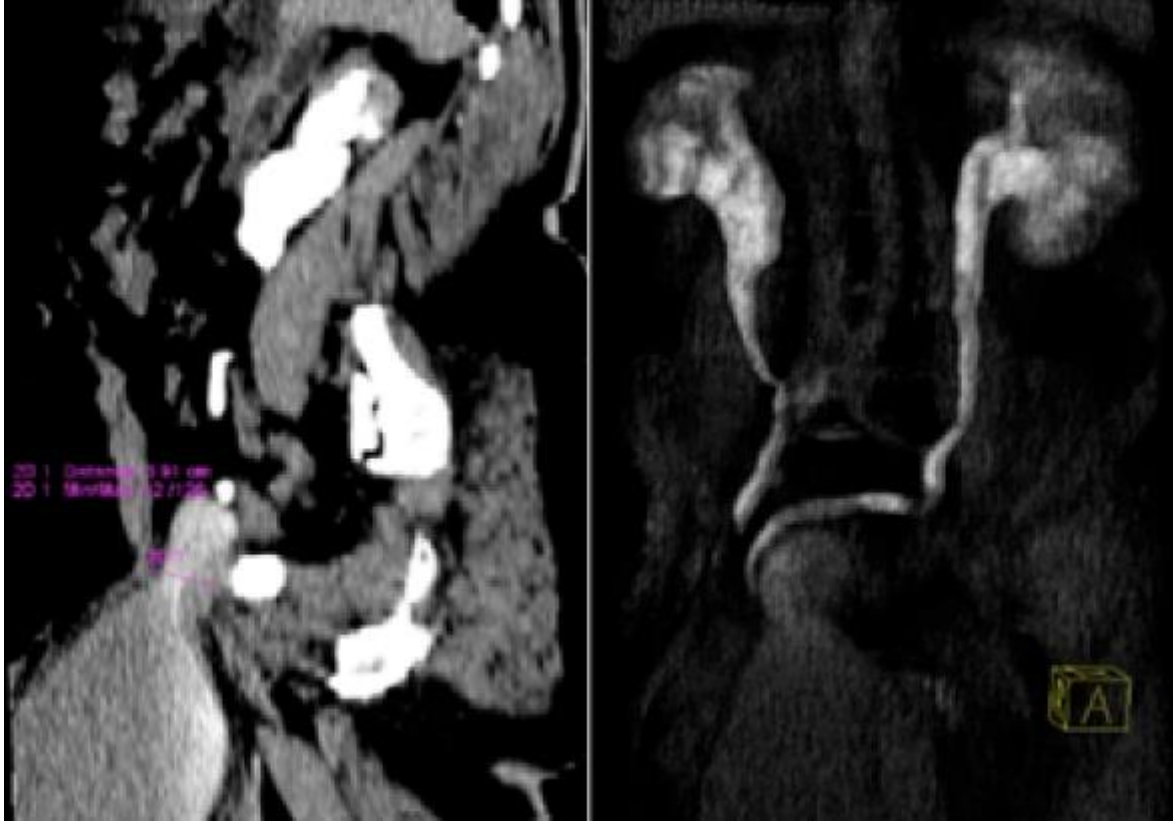
---

1. Schewe J, Brands F, Pannek J. The inguinal bladder diverticulum: a rare differential diagnosis of hernias. *Int Urol Nephrol.* 2000;32(2):255-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Andaç N, Baltacıoğlu F, Tüney D, Çimit NÇ, Ekinci G, Biren T. Inguinoscrotal bladder herniation: is CT a useful tool in diagnosis? (case report). *Clin Imaging.* 2002;26(5):347-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Peñacoba LMM, de Solórzano Aurusa JO, Martín MEJ, Perea JGG, de Heredia Rentería JB. Hernia vesical masiva y signo de Mery: a propósito de un caso. *Rev Hispanoam Hernia.* 2015;3(2):71-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Pasquale M, Shabahang M, Evans S. Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol.* 1993;150(6):1906-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Watson L, Hernia, St-Louis Mosby. Inferior lumbar triangle hernia as a rarely reported cause of low back pain: a report of 4 cases. *J Chiropr Med.* 2010 Jun; 9(2): 73-76. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

6. Blah M, Noura Y, Kallel Y, Hafsia G, Horchani A. Hernie Vésicale. In Elsevier. 2005; p 633-5.. **PubMed | Google Scholar**
7. Jihad El Anzaoui Y, Abbaka N, Touiti D, Lahkim M, Fihri JF, Bakzaza W et al. Hernie inguinale ou vésicale?. Can Urol Assoc J. 2013;7(11-12):E837. **PubMed | Google Scholar**
8. Levine B. Scrotal cystocele. J Am Med Assoc. 1951;147(15):1439-41. **PubMed | Google Scholar**
9. Gadodia A, Sharma R, Parshad R. Bladder hernia: multidetector computed tomography findings. Indian J Urol. 2011;27(3):413. **PubMed | Google Scholar**
10. Izes B, Larsen C, Izes J, Malone M. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. J Urol. 1993;149(5):1002-5. **PubMed | Google Scholar**



**Figure 1:** Uroscanner: coupes axiales TDM, montrant une hernie vésicale inguino-scrotale droite (flèche vert clair) et inguinale gauche (flèche jaune) avec une stase urinaire bilatérale (tête de flèche)



**Figure 2:** Uroscanner: reconstructions para sagittale droite et coronale en MIP montrant une hernie vésicale inguino-scrotale droite et une stase urinaire bilatérale