

SFTG PARIS-NORD

Document de synthèse:

Cystite interstielle

23 Février 2002

Dr. C. Guy-Coichard

membre de SFTG PARIS-NORD

Quel copyright pour ce document?

introduction

Le terme de **cystite interstielle** est utilisé depuis 1887 (inflammation de la paroi vésicale). Cette maladie invalidante, considérée comme assez rare (51/100.000 aux Etats Unis) est très probablement sous-diagnostiquée et n'est pas exceptionnelle en pratique de ville. Le diagnostic intervient souvent en fin d'un parcours éprouvant pour la patiente, qui aura consulté pour ses douleurs chroniques parfois intenses et sa dysurie invalidante un grand nombre de généralistes, d'urologues, de psychiatres, et de spécialistes de la douleur .

Il s'agit le plus souvent d'une patiente jeune (Le sex ratio est de 1 homme pour 9 femmes, le pic de fréquence se situe autour de 30-40 ans).

diagnostic

Le diagnostic clinique ne s'appuie sur aucun signe spécifique, mais sur l'histoire clinique :

- **tableau clinique suggestif d'une infection urinaire** chronique, mais à **cultures d'urine négatives**,
- **pollakiurie diurne et nocturne**
- **cystalgie ou douleur pelvienne chronique, soulagée par la miction.**
- Parfois une douleur à la palpation de la paroi antérieure du vagin.

Le calendrier mictionnel est un bon moyen d'objectiver la fréquence réelle des mictions et de suivre l'évolution de la maladie.

Devant ce tableau, il est alors nécessaire de réaliser une **cystoscopie**:

- Sous anesthésie générale, celle-ci retrouvera l'aspect de **glomérulation** (pétéchies apparaissant en réponse à la distension) et les **ulcérations de Hunner** du dôme vésical, caractéristiques de la maladie.
- Elle réalisera dans le même temps une **dilatation** au sérum physiologique, qui permettra une mesure de la **capacité vésicale maximale (souvent diminuée)**, et représentera le **premier temps du traitement**, puisque 50% des patientes sont améliorées, au moins transitoirement.
- Une ou plusieurs **biopsies** sont réalisées systématiquement pour **éliminer une tumeur** .

Le bilan urodynamique n'est pas nécessaire au diagnostic. **La culture urinaire** ainsi que les cytologies urinaires devront être négatives.

Le test au KCI a pour but d'objectiver une perméabilité anormale de l'urothélium , qui serait selon certains travaux un des ressorts physiopathologiques de la maladie[1].

2.1. Les critères requis pour le diagnostic (d'après le NIH)

2.1.1. Un des deux critères suivants doit obligatoirement être présent, visible dans la vessie lors de l'examen endoscopique:

- 1) glomérulation de la muqueuse, ou
- 2) **ulcère de Hunner** classique. Les glomérulations doivent être diffuses avec au moins 10 éléments par quadrant.

2.1.2. Un des deux symptômes suivants doit être présent :

- 1) cystalgies (douleurs vésicales) ou
- 2) impériosités mictionnelles (envies pressantes)

2.1.3. Chaque critère suivant élimine le diagnostic de cystite interstitielle :

- 1) capacité vésicale > 350 cc en l'absence d'anesthésie
- 2) absence d'envie d'uriner après remplissage (à 30-100 cc/mn) de la vessie à 150 cc
- 3) présence de contractions vésicales involontaires pendant le remplissage ci-dessus
- 4) symptômes depuis moins de 9 mois
- 5) absence de mictions fréquentes la nuit
- 6) apparition de symptômes soulagés par les antimicrobiens, les anticholinergiques ou les antispasmodiques
- 7) pollakiurie diurne < 8
- 8) diagnostic de cystite bactérienne ou de prostatite dans les trois mois
- 9) présence d'un calcul dans la vessie ou le bas uretère
- 10) herpès génital en phase d'activité
- 11) cancer utérin, cervical, vaginal ou urétral
- 12) diverticule de l'urètre
- 13) cystite au cyclophosphamide
- 14) cystite tuberculeuse
- 15) cystite après radiothérapie
- 16) tumeur vésicale bénigne ou maligne
- 17) infection vaginale
- 18) patiente de moins de 18 ans

approches thérapeutiques

Le premier temps du traitement est toujours constitué par l'hydrodistension vésicale réalisée pendant la cystoscopie, et qui améliorera (au moins transitoirement) environ 50% des patientes.

Le traitement spécifique de la douleur utilise la pharmacopée classique sans spécificité de mécanisme : antalgiques mineurs puis majeurs, opiacés de courte et longue durée d'action, anticonvulsivants (Gabapentine, etc...)

Comme toute douleur chronique, **la prise en charge pluridisciplinaire** est essentielle et ne devra pas négliger **l'aspect social** (invalidation, désinsertion) comme **l'aspect psychique** (anxiété, dépression, stress, troubles comportementaux induits) [2], [3].

Les traitements médicamenteux de la cystite interstitielle sont encore mal évalués [4] , [5], et suivent quatre pistes:

1) traitement spécifique du terrain

a) Antidépresseurs : TRICYCLIQUES (Amitriptyline) à visée autant antalgique et anticholinergique qu'antidépresseive.

b) Antihistaminiques (hydroxyzine) , ANTICHOLINERGIQUES (Ditropan à ,...) et **ANTISPASMODIQUES**,: sont des prescriptions courantes, bien qu'aucune étude contrôlée n'en ait vraiment établi l'efficacité .

2) alcalinisation des urines :

L'alcalinisation des urines avec du bicarbonate de soude semble apporter un certain degré de soulagement.

3) Cytodestruction :le DMSO (diméthylsulfoxyde).

Ce solvant organique est utilisé en instillation intravésicale hebdomadaire par cures de 6 à 8 semaines.. **Une réponse favorable mais temporaire a été notée chez plus de 50 % des patients, y compris sur les récives. Mais** une résistance progressive au DMSO a aussi été observée.

4) Cytoprotection :

a) Héparine intravésicale Instillation quotidienne **durant 3 à 4 mois**, puis 3 à 4 fois par semaine. Environ 50% de réponses. Suivi de la coagulation indispensable.[6].

b) Elmiron (pentosan polysulfate): c'est l'unique substance disponible sur le marché pour **administration par voie orale**. Les résultats à long terme suggèrent une **amélioration cliniquement significative chez près de 3 patients sur 4 sur la douleur, la fréquence mictionnelle, les mictions impérieuses et la nycturie**, l'amélioration étant d'autant plus marquée que les symptômes initiaux étaient sévères. Evaluation au bout de 3 mois, réponse optimale entre 12 et 18 mois. Effets secondaires : intolérance digestive, alopécie (réversible).[7], [8]. Ce produit n'est pas disponible en France.

mesures adjuvantes

La patiente elle-même doit participer au régime thérapeutique élaboré.

- **En tentant d'allonger progressivement le laps de temps entre les mictions**, ce qui favorise l'accroissement de la capacité vésicale
- **Par une rééducation pelvi-périnéale**
- **En évitant les aliments riches en potassium** (banane, café, orange, tomate, etc.) ou connus par la patiente comme générateurs de crises.
- Plusieurs autres situations peuvent représenter des facteurs déclenchants comme le **stress, les allergies, l'exercice physique, les voyages, etc.** [3], **que la patiente doit apprendre à gérer.**

Les autres traitements

- **Electrocoagulation** par les voies naturelles des ulcérations visibles dans la vessie, en particulier au Laser
- **Cystectomie partielle** avec entérocystoplastie d'agrandissement .
- **Electrostimulation** : TENS classique, ou " neuromodulation du nerf sacré" (existe sous forme d'implant, le Medtronic Interstim à)
- **BLOC SYMPATHIQUE LOMBAIRE** : peu d'évaluations

Pour mémoire

- Il faut évoquer la cystite interstitielle chez une femme devant un tableau de douleur pelvienne chronique non infectieuse avec signes fonctionnels urinaires.
- Le premier temps du diagnostic et du traitement est une cystoscopie avec dilatation vésicale
- Le praticien dispose d'une vaste palette de traitements, mais aucun n'a fait la preuve d'une efficacité de longue durée
- Le retard diagnostique ou la prise en charge hésitante conduisent ces patientes à une invalidation progressive (impériosités mictionnelles incessantes, douleur)

Bibliographie : articles

- 1: Obstet Gynecol 2001 Jul;98(1):127-32 **Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity.** Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, Stanford EJ, Willems JJ. Division of Urology, University of California, San Diego Medical Center, :San Diego, California 92103-8897, USA.
- 2: Women Health 2000;31(4):67-81 **Pain and depression experienced by women with interstitial cystitis.** Rabin C, O'Leary A, Neighbors C, Whitmore K. Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway, NJ 08854-8020, USA. crabin@eden.rutgers.edu
- 3: Urology 2001 Mar;57(3):422-7 **Stress and symptoms in patients with interstitial cystitis: a life stress model.** Rothrock NE, Lutgendorf SK, Kreder KJ, Ratliff T, Zimmerman B. Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City, Iowa 52242, USA
- 4: J Urol 2000 May;163(5):1434-9 **A prospective study of interstitial cystitis: results of longitudinal followup of the interstitial cystitis data base cohort. The Interstitial Cystitis Data Base Study Group.** Probert KJ, Schaeffer AJ, Brensinger CM, Kusek JW, Nyberg LM, Landis JR. University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA.
- 5: Expert Opin Investig Drugs 2001 Mar;10(3):521-46 **New agents for the medical treatment of interstitial cystitis.** Theoharides TC, Sant GR. Department of Pharmacology and Experimental Therapeutics, Tufts University School of Medicine, 136 Harrison Avenue, Boston, MA 02111, USA. theoharis.theoharides@tufts.edu
- 6: J Formos Med Assoc 2001 May;100(5):309-14 **Urodynamic results of intravesical heparin therapy for women with frequency urgency syndrome and interstitial cystitis.** Kuo HC. Department of Urology, Buddhist Tzu Chi General Hospital, Hualien, Taiwan.
- 7: J Am Osteopath Assoc 2000 Mar;100(3 Suppl):S13-8 **Interstitial cystitis: a retrospective analysis of treatment with pentosan polysulfate and follow-up patient survey.** Waters MG, Suleskey JF, Finkelstein LJ, Van Overbeke ME, Zizza VJ, Stommel M. Botsford General Hospital, Farmington Hills, Mich., USA. drh2os1@aol.com
- 8: Med Hypotheses 1999 Apr;52(4):297-301 **Glycoaminoglycan (GAG) deficiency in protective barrier as an underlying, primary cause of ulcerative colitis, Crohn's disease interstitial cystitis and possibly Reiter's syndrome.** Russell AL.
- 9: Can Fam Physician 2000 Dec;46(12):2430-4, 2437-40 **Interstitial cystitis. Etiology, diagnosis, and treatment.** Nickel JC. Department of Urology, Queen's University in Kingston, Ont. jcn@post.queensu.ca
- 10: **Interstitial Cystitis Association.** "IC and Social Security Disability." ICA Update, 1988; (3):1.
- 11: Seminars in Urology, 1991; 9(2):154-159. **"Pelvic Floor Behavior and Interstitial Cystitis."**Schmidt, RA, Vapnek, JM.

bibliographie : livres

- **Hanno, PM, et al., Interstitial Cystitis**. New York, Springer, Verlag, 1990.
- **National Institutes of Health**, Office of Clinical Center Communications.
Relieving Pain. Single copies are available from NIH/OCCC, Relieving Pain/IC, Building 10, Room 1C255, 9000 Rockville Pike, Bethesda, MD 20892.