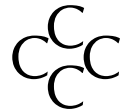


# IICPN FOUNDATION

*Cooperation - Collaboration - Coordination - Communication*



## *La Cystite Interstitielle*

*Jane M. Meijlink*

[www.iicpn-foundation.org](http://www.iicpn-foundation.org)

Cette brochure est publiée par l'**International Interstitial Cystitis Patient Network Foundation (IICPN Foundation)**.

IICPN Foundation est une association sans but lucratif enregistrée à la chambre de commerce de Rotterdam aux Pays Bas sous le numéro: 24359664.

[www.iicpn-foundation.org](http://www.iicpn-foundation.org)

[info@iicpn-foundation.org](mailto:info@iicpn-foundation.org)

L' *International Interstitial Cystitis Patient Network Foundation* (IICPN) ne s'engage pas dans la pratique de la médecine. Elle ne prétend pas être une autorité médicale ni détenir de connaissances en matière de médecine. L'IICPN Foundation conseille aux patients de consulter leur médecin de famille avant d'entreprendre un quelconque traitement.

© 2004 Jane M Meijlink, Rotterdam, Pays Bas

Date de publication: août 2004

La Cystite Interstitielle

IICPN Publ No 1;2004 Fr (adaptation)

ISBN 90-05163-3-3

Traduction: Translingua t.t.i. bv

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, mise en mémoire dans un système de recherche documentaire ni transmise sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit: électronique, mécanique, par photocopie ou autre, sans autorisation préalable de l'auteur. Toute demande d'autorisation devra être adressée à :

Jane M Meijlink, Burgemeester Le Fevre de Montignylaan 73, 3055 NA Rotterdam, Pays Bas,  
[jane-m@dds.nl](mailto:jane-m@dds.nl).

# LA CYSTITE INTERSTITIELLE

## (Syndrome douloureux de la vessie)

### Qu'est-ce que la cystite interstitielle ?

La cystite interstitielle (CI) est une inflammation chronique, bénigne, non-bactérienne de la vessie se manifestant parfois par des symptômes très douloureux et pénibles. Bien qu'on puisse la confondre de prime abord avec une inflammation de la vessie (cystite) d'origine bactérienne, les tests d'urine sont stériles et les antibiotiques ne sont d'aucun effet sur la CI.

### Qui atteint-elle ?

La CI est un syndrome douloureux de la vessie qui affecte principalement les femmes (90%). Près de 10% des patients sont des hommes chez qui elle peut prendre l'aspect d'une prostatite non-bactérienne chronique (inflammation de la prostate) ou d'une prostatodynie (douleurs au niveau de la prostate). La CI peut également toucher les enfants.

### Quels en sont les symptômes ?

Les symptômes caractéristiques de la CI sont la douleur, l'urgence et la fréquence urinaires:

- douleurs qui s'intensifient à mesure du remplissage vésical et se trouvent généralement soulagées par la vidange vésicale;
- douleurs suspubiennes; douleurs pelviennes qui s'étendent parfois au bas du dos; les douleurs peuvent aussi être ressenties au niveau de l'aîne et des cuisses;
- douleurs au niveau du vagin, chez les femmes;
- douleurs au niveau du pénis, des testicules, du scrotum et du périnée, chez les hommes;
- douleurs au niveau de l'urètre, chez les femmes comme chez les hommes;
- envie pressante et fréquente d'uriner;
- miction fréquente, de nuit comme de jour.

La douleur peut être ressentie comme une sensation de gêne ou de brûlure et sous forme de spasmes au niveau de la vessie ou alentour, ou d'élançement ou de brûlure au niveau du vagin, ou plus simplement comme une sensation de pression sur la vessie. La douleur peut être constante ou intermittente. Elle peut également se diffuser au niveau du plancher pelvien, allant jusqu'à l'inflammation de l'appareil intestinal inférieur. Toutefois l'absence de douleurs n'exclut pas obligatoirement l'éventualité d'une CI. Certains patients, en particulier au stade initial de l'affection, peuvent ressentir des urgences mictionnelles fréquentes sans douleurs. Il arrive que cette fréquence soit forte chez certains patients ressentant jusqu'à 30 fois, voire plus, par jour la nécessité d'uriner.

### Quelles en sont les manifestations ?

Les symptômes peuvent se manifester sans raison apparente, à la suite parfois d'une intervention chirurgicale, particulièrement chez les femmes ayant subi une hystérectomie ou une autre opération gynécologique, à la suite d'un accouchement ou après une grave infection bactérienne de la vessie.

Dans les phases initiales de l'affection ou sous ses formes légères, les symptômes peuvent se manifester par accès brusques et soudains. Ce qui conduit la plupart des patients et des médecins à présumer une infection. Ce qui signifie, par conséquent, qu'il est essentiel de procéder à une analyse d'urine afin d'identifier la CI comme telle et la distinguer d'une cystite bactérienne.

Le fait qu'un patient soit atteint d'une CI ne signifie pas qu'il ne développera jamais pour autant d'infections de l'appareil urinaire (UTI). Le développement d'une infection dans une vessie hypersensible risque d'aggraver considérablement les symptômes liés à la CI et de provoquer une grave irritation de la paroi vésicale déjà sensible. La douleur peut devenir insupportable. Dans ce cas, et après le diagnostic de confirmation de l'infection, il convient en effet de soumettre le patient aux antibiotiques afin de soigner l'infection.

Les symptômes de la cystite interstitielle cependant ne disparaissent pas mais peuvent au contraire s'aggraver progressivement chez certains patients. Le rythme d'aggravation peut varier considérablement d'une personne à l'autre. L'exacerbation des symptômes peut s'opérer de façon lente, sur plusieurs années, chez certains patients; chez d'autres, l'affection peut évoluer en très peu de temps du stade initial à une forme avancée, avec paroi vésicale contractée, réduite et fissurée et capacité vésicale minimale.

Il convient cependant de souligner que la CI ne dépasse jamais la forme légère chez la plupart des personnes, et que de nombreux patients gardent une capacité vésicale normale sous anesthésie.

### **Exacerbation et rémission**

Les accès soudains et les rémissions sont des phénomènes caractéristiques dans les cas de cystite interstitielle. Un grand nombre de femmes éprouvent une aggravation de leurs symptômes pendant la phase précédant immédiatement la menstruation, au cours de l'ovulation ou au cours des périodes où elles prennent la pilule. Certains chercheurs pensent expliquer ce phénomène par l'effet des hormones sexuelles sur les cellules vésicales. Il arrive également que les femmes ressentent une aggravation passagère des symptômes de la CI au moment de la ménopause.

### **Conséquences sociales de la CI**

La fréquence d'une envie pressante d'uriner peut constituer une gêne et un obstacle majeur au travail, au voyage, aux sorties, de loisirs, de visites ou d'achats. Hors du cadre de la maison, la vie du patient est dominée par la question "où vais-je pouvoir trouver des toilettes?" Avant toute sortie, le patient va soigneusement établir un itinéraire jalonné de toilettes. Cette situation peut miner l'assurance en soi de l'individu concerné, le déprimer et lui faire appréhender toute éventualité de sortie. Il serait erroné de sous-estimer les conséquences sociales de la CI. Il peut arriver que les patients doivent cesser leur travail, ou changer d'occupation professionnelle, ou prendre un travail à la maison. Les patients ressentant des envies d'uriner fréquentes et aigües peuvent se retrouver dans une situation d'isolement subjectif - et parfois bien réel. La cystite interstitielle peut avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patients et mener à des graves dépressions.

### **Rapports sexuels**

Les rapports sexuels peuvent être douloureux, tant chez l'homme que chez la femme, et même être rendus impossibles chez certaines femmes à cause des fortes douleurs au niveau de l'urètre, de la vessie et du vagin. Les douleurs peuvent perdurer plusieurs jours après les rapports.

L'éjaculation chez les hommes développant une CI peut être douloureuse. Il est important que les patients aient la possibilité d'en parler avec leur partenaire et de trouver de commun accord des solutions, le cas échéant avec l'aide d'un thérapeute.

# Diagnostic

## Critères de diagnostic

A l'occasion d'une conférence de consensus, en 1987 puis en 1988, les Instituts Nationaux de Santé américains (NIDDK) ont établi les critères diagnostiques de la CI. En l'absence d'autres directives plus spécifiques, ces critères, conçus à l'origine pour des objectifs de recherche, ont également et largement servi à l'usage du diagnostic clinique. Etant donné le nombre relativement peu important de personnes correspondant à ces critères très stricts, un grand nombre de patients restent sans diagnostic et, partant, sans traitement. L'ironie de cette situation est telle qu'alors que les critères du NIDDK ont été abandonnés par les médecins aux Etats-Unis pour établir leur diagnostic clinique, ils sont toujours appliqués de façon stricte par les médecins dans d'autres parties du monde.

L'absence de critères standard adéquats et internationalement reconnus pour établir le diagnostic clinique conduit à voir, dans les divers pays, chaque urologue adopter ses propres critères diagnostiques. Il s'ensuit une grande divergence, au niveau international, sur l'acceptation de l'affection comme telle. C'est pourquoi il est aujourd'hui capital que les médecins et les chercheurs collaborent dans l'objectif d'établir une nouvelle définition de la CI, des critères à l'usage du diagnostic clinique, des procédures de diagnostic standard et d'une désignation unique applicable dans le monde entier. A ce jour, les mêmes symptômes sont décrits sous des termes aussi divers que CI, syndrome vésical douloureux et syndrome de douleur pelvienne chronique. Une œuvre de clarification et de standardisation est capitale en la matière. Une harmonisation du diagnostic sur une base standard commune constitue la condition d'un travail de recherche efficace et fructueux.

## Rôle du médecin traitant

Dans le cas de la CI, le diagnostic est souvent l'aboutissement d'un processus long et complexe qui commence avec l'indication d'un urologue par le médecin traitant. Ce qui signifie qu'il est essentiel de s'assurer que le médecin traitant soit sensibilisé à la CI et à ses symptômes. Un grand nombre de femmes, dans le passé, ont été confiées par erreur aux soins d'un gynécologue et, par conséquent, soumises à toutes sortes de traitements inadéquats, parfois même chirurgicaux.

## Diagnostic de l'urologue

Jusqu'ici, le diagnostic de la CI a été essentiellement l'aboutissement d'un processus d'élimination. Il existe d'autres syndromes de douleurs vésicales qui ressemblent à la CI mais qui ont une cause différente et identifiable. La plupart des procédures d'investigation sont destinées à éliminer ces autres possibilités. Il n'y a toujours pas de tests diagnostiques spécifiques pour la CI. Toutefois, la recherche dans le domaine des marqueurs urinaires fait de grands progrès et la production d'un test efficace n'est plus qu'une question de temps. La découverte d'un marqueur urinaire fiable permettra de hâter considérablement le diagnostic.

A quels examens procède l'urologue pour aboutir à son diagnostic? Il procède, en premier lieu, à un examen détaillé du patient et de son dossier médical. Le patient peut être invité à remplir des fiches de bilan organique, avec indication des quantités ingérées et évacuées, des symptômes, des gênes endurées et autres informations touchant la qualité de vie. Le patient peut encore être invité à indiquer sur une échelle des symptômes (Visual Analogue Scale) les douleurs ressenties au cours des dernières 24 heures. L'objectif de toutes ces fiches est d'évaluer le niveau et la nature des symptômes.

L'urologue peut décider de procéder à un examen vaginal, chez les femmes, et à un examen manuel rectal, chez les hommes. Des cultures peuvent être effectuées sur les échantillons d'urine pour contrôler l'éventualité d'infections bactériennes ou de maladies infectieuses.

Le test de sensibilité au potassium, disponible aujourd'hui dans une nouvelle forme allégée, reste controversé et généralement considéré comme une procédure de diagnostic facultative. Ce test fonctionne sur le principe du déclenchement de douleur et de symptômes d'impériosité mictionnelle sur une vessie avec CI à l'inverse d'une vessie saine, sous l'effet d'une solution de potassium. Son objectif est de voir si le revêtement mucosal glycosaminoglycane est défectueux et "fuit". Ce test, dont la fiabilité est mise en cause par certains urologues, provoque le déclenchement de douleurs chez le patient et son application varie selon les pays.

Un bilan urodynamique peut être parfois prescrit lorsqu'il est jugé nécessaire mais il n'est pas considéré comme essentiel pour le diagnostic de la CI. Cet examen permet d'établir la capacité de la vessie, le moment auquel le patient ressent l'impériosité mictionnelle et la douleur éventuelle qu'elle accompagne. Un fin cathéter est inséré par l'urètre dans la vessie afin de la remplir et mesurer la pression qui s'établit à l'intérieur de l'organe. Un deuxième cathéter est placé dans le rectum pour mesurer la pression qui s'exerce au niveau de l'abdomen. Cet examen est aussi effectué si le patient souffre de tout autre forme de rétention urinaire ou d'incapacité totale ou partielle d'uriner.

La cystoscopie est recommandée comme procédure standard pour le diagnostic de la CI, mais doit être menée sous anesthésie en cas de suspicion de CI. La cystoscopie permet à l'urologue d'inspecter l'intérieur de la vessie et de procéder à un certain nombre de tests. Un fin tube est inséré à l'intérieur de la vessie par l'urètre. Il est composé d'un ou de deux conduits: l'un contenant un endoscope qui permet l'examen visuel de l'intérieur de la vessie, l'autre acheminant un fluide destiné à être instillé dans la vessie. La cystoscopie sert à éliminer la possibilité d'autres causes des symptômes, comme des tumeurs et calculs. Elle sert également à procéder à l'hydrodistension au cours de laquelle la vessie est remplie deux fois de fluide, une première fois à capacité maximale, pour établir la capacité de la vessie sous anesthésie, et en moindre mesure une deuxième fois, pour l'inspection de la paroi vésicale. La distension hydrique de la vessie peut faire apparaître chez 90% des patients avec CI des hémorragies pétéchiales, aussi appelées glomérulations. Toutefois, les glomérulations peuvent aussi apparaître chez les patients n'ayant pas développé de CI, et leur présence n'est donc pas un indice fiable pour le diagnostic d'une CI. L'ulcère de Hunner est rarement constaté, mais sa présence éventuelle est toujours détectée au cours d'une cystoscopie. Cet examen permet également de détecter la présence de fissures éventuelles.

Après l'hydrodistension, on procède à une biopsie consistant, au minimum, en trois petits prélèvements de tissu de la paroi vésicale sur trois endroits différents. Ces prélèvements font ensuite l'objet, par le pathologiste, d'un examen microscopique susceptible de révéler une augmentation des mastocytes dans la paroi vésicale. Les mastocytes jouent un rôle dans l'hypermotilité et l'inflammation des tissus. Certains chercheurs considèrent qu'ils jouent un rôle crucial dans la CI, d'autres les voient comme la conséquence d'une inflammation chronique. La biopsie peut également être utile pour éliminer d'autres causes éventuelles des symptômes.

Même si le résultat de tous ces examens était négatif, on ne peut en exclure pour autant une CI éventuelle chez la personne concernée. Il peut arriver qu'aucune anomalie ne se révèle au cours de ces examens chez des patients présentant pourtant tous les symptômes caractéristiques de la CI.

Tous ces tests peuvent provoquer chez les personnes qui y sont soumises une aggravation temporaire des symptômes ainsi qu'une sensation de brûlure dans la vessie et l'urètre et à l'occasion de la miction pendant quelques jours ou plus, avec apparition de traces de sang dans l'urine. Une biopsie vésicale peut provoquer une sensation de brûlure pendant plusieurs semaines, le temps que la paroi vésicale se rétablisse.

### **L'heure du diagnostic, un soulagement**

Les patients, pour beaucoup, se sont déjà rendu auprès d'un grand nombre de médecins et de spécialistes avant de s'entendre prononcer le bon diagnostic. Il arrive parfois que les patients qui, malgré le grand nombre de médecins différents consultés, n'ont toujours pas de diagnostic tombent

dans un état de dépression proche du suicide. Beaucoup se sont entendu dire à chaque reprise que "tout était psychique". C'est pourquoi, quand il est prononcé, le diagnostic de la CI, maladie cataloguée, représente un immense soulagement pour le patient. Les patients voient enfin leurs longs antécédents de douleurs et de symptômes considérés avec sérieux par la profession médicale.

## **Les causes**

Tous les efforts de recherche déployés au niveau des différents aspects de la cystite interstitielle n'ont pas réussi à en dévoiler la cause. Il est aujourd'hui peu à peu admis que la CI ne peut s'expliquer par une cause unique, mais comme un syndrome multi-factoriel caractérisé par une réaction inflammatoire de la paroi vésicale provoquée par un certain nombre de facteurs divers. Les nombreuses théories évoquent une activité accrue des mastocytes, des lésions de la paroi vésicale provoquant des pertes d'urine, des troubles immunologiques, une hypersensitivité, des anomalies neurogéniques et bon nombre d'autres hypothèses. Des recherches récentes ont révélé qu'une activité nerveuse anormale peut être un facteur central dans l'aspect chronique de la douleur dans le cas de la CI et de sa propagation au niveau du plancher pelvien. Aucune réponse n'a pu cependant être encore trouvée malgré la somme de recherches et de théories différentes consacrées au sujet.

## **Le stress n'est pas une cause de la CI**

Bien que de nombreux patients ressentent une aggravation de leurs symptômes sous l'effet de stress émotionnel ou physique, il est particulièrement important de préciser que le stress en tant que tel ne peut être désigné comme une cause de la CI.

## **Traitement**

Une fois le diagnostic établi, le devoir du médecin est d'expliquer au patient que le but du traitement est la réduction des symptômes. Malgré toutes les recherches et les études réalisées, aucune possibilité de guérison n'a pu encore être trouvée. Le traitement est hautement individuel. Il n'existe aucune médication permettant de traiter de façon aussi efficace l'ensemble des patients. Une substance d'un impact bénéfique sur les symptômes d'un patient donné peut n'être d'aucun effet sur un autre. Ceci est une raison supplémentaire attestant que la CI est bien une affection multi-factorielle, voire un ensemble de sub-catégories similaires.

Les différents traitements de la CI peuvent être fondés sur des hypothèses relatives à la cause de la CI, ou sur la pratique relative à certaines médications spécifiques ou, parfois encore, purement sur le traitement de symptômes particuliers. Certains symptômes peuvent être éprouvés différemment selon les patients: ainsi, tel patient pourra ressentir l'impériosité mictionnelle comme une source de gêne extrême, tandis qu'un autre trouvera intolérables le manque de sommeil et l'incessante obligation de sortir du lit pour se rendre aux toilettes, quand un autre se plaindra principalement de la douleur. L'urologue doit traiter cette complexité de symptômes avec un traitement multi-modal. L'évaluation du traitement est gênée par la manifestation de crises soudaines et la rémission des symptômes si caractéristiques de la CI. C'est pourquoi il est parfois si difficile d'établir si une amélioration est l'effet d'une médication ou simplement le fait d'une rémission spontanée.

Le traitement peut varier de l'administration orale d'un ou plusieurs médicaments, d'instillations et distensions vésicales, de thérapies laser et de neuromodulations ou électrothérapies jusqu'à l'intervention chirurgicale. En complément d'un traitement médical, un changement de régime alimentaire peut apporter une atténuation des symptômes chez certains patients. Si l'effet varie selon les individus, il est généralement recommandé aux patients d'éviter les aliments acides, les boissons à base d'agrumes et de caféine, les comprimés de vitamine C et les nourritures épicées.

## Traitements par voie orale

Différents produits (comprimés, gélules ou sirop) sont proposés pour le traitement de la CI par voie orale. Ce mode de traitement a les avantages d'être non-envahissant et facile à administrer. Mais il présente aussi un certain nombre d'inconvénients. Administrés par voie orale, les médicaments sont absorbés par l'organisme. L'effet souhaité s'opère par le sang, ou par l'urine après filtrage par les reins. Ceci se fait naturellement dans la durée et une partie relativement petite du médicament atteint véritablement la vessie. Le fait que le médicament soit absorbé par le sang signifie aussi que l'apparition éventuelle d'effets secondaires est inévitable. Le traitement le plus efficace consiste bien souvent en une combinaison de produits, suivant la méthode multimodale, visant à atténuer les différents symptômes de douleur, d'impériosité et de fréquence. Le traitement oral consiste généralement en l'administration d'un ou plusieurs des produits suivants:

- anti-inflammatoires
- anti-spasmodiques et anti-cholinergiques
- anti-convulsants
- anti-histaminiques
- analgésiques
- pentosan polysulfate de sodium
- antidépresseurs tricycliques

### Anti-inflammatoires

Il existe plusieurs groupes différents d'anti-inflammatoires.

Les corticostéroïdes (comme l'hydro-cortisone, la prednisolone et la dexaméthasone) sont un groupe de médicaments à fortes propriétés anti-inflammatoires. Leur usage prolongé peut provoquer de sérieux effets secondaires, comme l'ostéoporose et une diminution de la résistance aux infections.

Les NSAID, médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdaux, bloquent la production de prostaglandines, substances qui jouent un rôle important dans les processus d'inflammation. En plus de leur propriété anti-inflammatoire, les NSAID, comme l'aspirine, le diclofénac et l'ibuprofène, ont un effet d'apaisement sur la douleur. La nouvelle génération de NSAID, p.e. rofécoxibe, célécoxibe et étoricoxibe, provoquent moins d'effets secondaires (comme les hémorragies gastriques) que les produits traditionnels.

Selon certaines informations, confirmées par de récentes études, l'acide tiaprofénique, un NSAID, pourrait provoquer chez certaines personnes des symptômes similaires à ceux de la CI. L'acide tiaprofénique est aussi utilisé dans le traitement de la douleur et de l'inflammation chez les rhumatisants et pour d'autres troubles musculo-osseux. Une étude récente sur les rats a montré que l'indométhacine pouvait aussi provoquer des symptômes caractéristiques de la CI accompagnés d'une détérioration du revêtement GAG.

Le montélucastr (p.e. Singulair®), médicament utilisé dans le traitement de l'asthme, enraye la diffusion de leucotriènes par les mastocytes et autres types de cellules, et prévient, en conséquence, les inflammations. Une première étude danoise a montré que l'administration d'une dose quotidienne de montélucastr aux patients atteints de CI avait pour effet d'opérer un soulagement sensible de l'impériosité mictionnelle et de la douleur. Cependant, il faut attendre le résultat d'autres d'essais cliniques sur un nombre plus important de patients pour mieux comprendre ce mécanisme sur la CI.

### Anti-spasmodiques et anti-cholinergiques

Les anti-spasmodiques et les anti-cholinergiques, comme l'oxybutynine, un récepteur muscarinique antagoniste, et la toltérodine, un anti-muscarinique développé pour le traitement des vessies suractives, sont utilisés pour détendre le muscle vésical. Administrée par voie orale, l'oxybutynine présente les

inconvénients de provoquer une somnolence, des troubles de la vision et un grave dessèchement des muqueuses buccales et nasales.

La toltrérodine est réputée pour provoquer moins d'effets secondaires (comme la bouche sèche) et peut être utilisée chez les patients en phase initiale. Le chlorure de trospium, un médicament appliqué dans le traitement des vessies suractives, peut aussi se révéler utile pour traiter le symptôme d'impériosité mictionnelle chez les patients atteints de CI. Le trospium bloque l'action des récepteurs cholinergiques présents sur les cellules musculaires de la vessie et prévient, en conséquence, l'action de l'acétylcholine. Celle-ci détend le muscle vésical et contribue à rendre la vessie plus stable. Bien que tous ces médicaments puissent avoir un effet sédatif sur la vessie chez certains patients, il a été démontré que leur usage prolongé pouvait causer des problèmes de rétention vésicale.

#### Anti-convulsants

La gabapentine (Neurontin®) est un anti-convulsant dont l'effet positif a été prouvé dans le traitement des douleurs neuropathiques. Utilisée à titre expérimental dans le traitement de la CI et d'autres douleurs d'ordre urogénital, elle peut avoir une action positive chez certains patients se plaignant de douleurs aiguës. La carbamazépine (Tegretol®), agent de blocage de la chaîne du sodium, offre une autre possibilité. En général, ces médicaments ont l'inconvénient de provoquer un assoupissement.

#### Anti-histaminiques

Il existe deux types de récepteurs d'histamine, appelés H1 et H2. Les médicaments qui bloquent le récepteur H1 sont aussi appelés anti-histaminiques. L'utilisation de l'hydroxyzine (p.e. Atarax®), antagoniste du récepteur H1, se fonde sur l'hypothèse selon laquelle l'histamine libérée par les mastocytes serait responsable des symptômes de la CI. Ces médicaments ne peuvent cependant pas empêcher la production d'histamines. Ce type de traitement peut se révéler utile chez les patients développant des allergies.

La cimétidine (Tagamet®) et la ranitidine (Zantac®) sont deux anti-histaminiques de type H2 ou agents de blocage principalement utilisés dans le traitement des ulcères peptiques et de la dyspepsie acide. Cependant, ils ont tous deux prouvé leur effet sédatif sur les douleurs et autres symptômes chez certains patients présentant une CI.

#### Arginine-L

Présente de façon naturelle dans l'organisme sous forme d'acide aminé, l'une des unités structurales élémentaires des protéines, l'arginine-L joue un rôle dans l'apport d'oxyde nitrique à l'organisme, utile pour maintenir la dilatation des vaisseaux sanguins et stimuler la circulation sanguine. Son usage est controversé et des études récentes ont suggéré que son effet se révélait minime en matière de CI. Néanmoins son usage ne peut nuire dans les cas de CI légère.

#### Calmants (analgésiques)

Le contrôle de la douleur constitue un aspect très important du traitement des patients présentant une CI. Les analgésiques courants ne semblent pas très efficaces (quand ils le sont) pour calmer les douleurs spécifiques à la CI. Dans les cas de douleurs opiniâtres, des opioïdes à action prolongée (morphine, oxycodone, hydromorphone) sont parfois nécessaires. Le recours chronique aux opioïdes doit être considéré comme une solution ultime.

Les analgésiques sous forme de suppositoires peuvent être aussi utilisés (paracétamol, paracétamol avec codéine) et sont parfois plus indiqués pour les patients présentant des problèmes gastriques. L'usage de *patches* est une autre possibilité.

Le phénazopyridine (Pyridium) est un analgésique de l'appareil urinaire utilisé pour le soulagement de douleurs brèves dans la vessie. Il n'est pas indiqué pour les traitements à long terme car il peut s'accumuler dans l'organisme et provoquer de graves effets secondaires. (Voir aussi sous NSAID.)

Le pentosan polysulfate de sodium (PPS, Elmiron®, Fibrase®, SP54®)

L'une des hypothèses concernant les causes de la cystite interstitielle évoque un état défectueux du revêtement glycosaminoglycane (GAG) agissant comme une protection de la paroi vésicale. Le PPS est censé remédier de façon temporaire à cet état par la création d'un revêtement synthétique qui protège la paroi vésicale contre l'action d'éléments caustiques présents dans l'urine. Ce produit est proposé en comprimés ou en gélules sous le nom Elmiron® aux Etats-Unis, Fibrase® en Italie et SP54® en Allemagne. Un certain nombre d'études ont été menées aux Etats-Unis sur l'administration orale de ce produit avec des résultats positifs. L'action du PPS est lente et se manifeste de façon générale au bout de 12 à 16 semaines de traitement et jusqu'à 6 mois selon certaines études récentes. Il est utilisé comme traitement alternatif, lorsque les autres médicaments n'ont pas montré d'effet. Le principal problème, à l'heure actuelle, réside dans la difficulté de se procurer ce produit dans certains pays.

Les antidépresseurs tricycliques

Les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine, désipramine et nortriptyline, p.e.) sont utilisés dans le traitement de la CI pour leur action sédatrice et de frein à la production d'histamine. Ils peuvent avoir aussi un effet relaxateur sur la vessie, en réduisant d'autant les impériosités mictionnelles. Les meilleurs effets sont enregistrés chez les patients dont la vessie présente une capacité convenable.

### **Les instillations vésicales**

Les thérapies intravésicales ou instillations vésicales sont des traitements où le remède s'applique directement à la vessie ou à la paroi vésicale par le procédé de l'instillation. Ce qui signifie que le produit entre immédiatement en contact *in situ* et dans des concentrations beaucoup plus fortes que dans les cas d'administration orale. Les effets secondaires sont limités du fait de la courte durée de l'opération qui restreint d'autant les risques d'absorption du produit par le sang à partir de la vessie. C'est l'un des principaux avantages de l'instillation vésicale opposé à l'inconvénient que représente l'insertion du cathéter nécessaire pour permettre le remplissage vésical et l'instillation du médicament. Le risque d'infection toujours présent dans ce genre d'opération est de nos jours relativement rare vu la très haute qualité et la totale sécurité du matériel utilisé. L'application préalable de gel lidocaïne dans l'urètre avant l'insertion du cathéter peut réduire la douleur de l'opération. L'instillation de certains médicaments (comme la chloropactine®) peut nécessiter une anesthésie générale ou épidurale, en rapport avec la forte douleur causée par l'administration de ces produits.

Les médicaments utilisés pour le traitement intravésical peuvent s'appliquer séparément ou en cocktail combinant plusieurs éléments actifs, dont un analgésique. Le nombre d'instillations nécessaires peut varier selon les traitements. L'instillation peut s'effectuer dans un service hospitalier mais, dans les cas nécessitant plusieurs instillations par semaine, il est possible de familiariser le patient avec la procédure afin qu'il puisse l'effectuer lui-même chez lui. Ce que certains trouvent préférable.

La plupart des fluides utilisés pour l'instillation doivent être gardés dans la vessie de 15 à 60 minutes pour être efficaces. La durée variant selon le produit utilisé.

Médicaments utilisés pour l'instillation vésicale

L'application du BCG (Bacille Calmette-Guérin), déjà utilisé pour le traitement de divers types de cancer de la vessie, est actuellement à l'étude depuis que des expériences diverses ont permis d'enregistrer des résultats positifs sur certains patients présentant une CI. L'application de ce traitement, dont l'action est de l'ordre de l'immunothérapie, se fonde sur l'hypothèse évoquant une maladie auto-immune à l'origine de cette affection.

Le chondroïtine de sulfate (Uracyst-S®) est une substance présente à l'état naturel dans le revêtement vésical GAG. Ce traitement est censé remédier à la carence de cette substance dans la protection GAG. Les premières études menées à ce sujet au Canada semblent prometteuses. Le traitement intra-vésical sera proposé dans un certain nombre de pays européens en 2004.

Le disodium chromoglycate est une substance qui enraye la production des mastocytes. Les urologues l'utilisent déjà avec un succès variable dans les instillations vésicales. Cependant, le soulagement apporté est généralement de courte durée et le retour des symptômes d'autant plus rapide.

Le DMSO (diméthyl sulfoxyde) est l'une des substances les plus généralement utilisées pour les instillations vésicales et l'un des deux seuls médicaments agréé pour le traitement de la CI par l'Office américain de Contrôle pharmaceutique et alimentaire (FDA). C'est souvent la première substance utilisée dans les traitements pour le grand nombre de propriétés importantes qu'elle possède en rapport avec les symptômes de la CI. Elle agit comme relaxant musculaire et comme anti-inflammatoire et analgésique sur la vessie. Si les symptômes peuvent parfois s'aggraver pendant quelques jours suivant le traitement, une amélioration se fait généralement ressentir après. Une petite quantité de DMSO pénètre dans la paroi vésicale et se mêle au souffle, après son passage dans les poumons, provoquant cette fameuse odeur alliée émanant de l'haleine et de la peau des patients trois jours durant après le traitement. Le DMSO peut s'appliquer en association avec d'autres médicaments, comme l'héparine. Des études récentes ont montré que les améliorations constatées sur des patients après une période de traitement à base d'instillations de DMSO perduraient avec un suivi de traitement consistant en une héparinothérapie en instillation mensuelle. Cette évolution semble très prometteuse pour les patients réagissant de façon positive au DMSO.

La doxorubicine (adriamycine) est utilisée à titre expérimental en tant qu'instillation vésicale pour les patients présentant une CI à un stade avancé, compliquée d'un ulcère de Hunner.

L'héparine est un médicament couramment utilisé comme anti-coagulant. Elle a aussi un effet anti-inflammatoire sur les cellules de surface de la paroi vésicale et opère une restauration temporaire du revêtement épithélial (GAG). Comme le PPS, son effet ne se manifeste qu'au bout de 2 à 3 mois.

L'acide hyaluronique (Cystistat®, SI-7201®), appelé aussi hyaluronate de sodium, est l'une des substances contenues à l'état naturel dans les glycosaminoglycanes, ou le revêtement GAG de la paroi vésicale, et tous les tissus conjonctifs. Son utilisation se fonde sur le principe qu'une CI peut découler d'un revêtement GAG défectueux. Comme l'héparine et le PPS, il est censé opérer une restauration temporaire du revêtement GAG défectueux et, en conséquence, soulager les symptômes de douleur et d'impériosité. L'acide hyaluronique est connu pour être bien toléré par l'organisme. Agréé comme remède pour la restauration temporaire du revêtement GAG de la vessie, Cystistat® est commercialisé dans une vingtaine de pays. Cystistat® fait actuellement l'objet, en Europe, d'une étude randomisée contre placebo en double-aveugle.

La lidocaïne est utilisée pour combattre la douleur, généralement en association avec d'autres médicaments dans les instillations vésicales en traitement multi-modal.

Le pentosan polysulfate de sodium (Elmiron®, Fibrase®, SP54®) est aussi utilisé en instillation vésicale et paraît avoir un meilleur effet qu'en administration orale. Des études actuellement en cours sur cette forme de traitement ont produit des résultats prometteurs dans un certain nombre de pays.

L'oxybutynine de chlorure est un médicament très communément utilisé en instillation vésicale. Il réduit le symptôme d'impériosité mictionnelle en opérant une augmentation de la capacité de la vessie et un contrôle des contractions vésicales.

L'oxychlorosène de sodium (Chloropactine®) est une substance utilisée à l'origine dans le traitement de la tuberculose grâce à ses propriétés antimicrobiennes. L'instillation d'une solution à 0,4% combinée à une hydrodistention fréquemment appliquée par le passé est si douloureuse qu'elle ne peut être effectuée que sous anesthésie. L'instillation d'une solution à 0,2% sans hydrodistention est recommandée chez les patients présentant une CI. L'oxychlorosène de sodium a été remplacé en grande partie par des modes de traitement moins douloureux.

Le nitrate d'argent exerce un effet caustique, antiseptique et astringent sur la vessie. Il est principalement utilisé dans le cas des patients présentant des hémorragies vésicales. Le nitrate d'argent est souvent administré en association avec une hydrodistention de la vessie. Appliqué à l'époque par Hunner, le traitement intravésical de la CI avec le nitrate d'argent remonte à 1928 et n'est plus recommandé de nos jours.

Les stéroïdes (comme l'hydrocortisone) peuvent être aussi utilisés en traitement intravésical, soit séparément soit en cocktail.

### **Les autres thérapies intravésicales**

#### La thérapie laser

Habituellement réservée au traitement des formes de CI avec ulcère (ulcère de Hunner), elle est utilisée pour cautériser les ulcères avec hémorragies. La thérapie a un effet temporaire mais peut être répétée.

#### L'hydrodistention vésicale

L'hydrodistention vésicale n'est pas seulement utilisée à des fins de diagnostic mais aussi pour le traitement de la cystite interstitielle. La distention de la vessie a été appliquée dans le traitement des patients depuis 1930 avec des résultats variés. La distention consiste en un remplissage de la vessie au delà de sa capacité. La méthode Helmstein est une procédure bien connue, effectuée sous anesthésie épidurale, au cours de laquelle la vessie est dilatée de trois à six heures au moyen d'un ballon inséré dans l'organe. La distention peut provoquer une exacerbation temporaire des symptômes chez les patients pendant quelques jours. Les résultats de cette procédure sont variables et la durée de l'amélioration incertaine. La plupart des patients signalent le retour des symptômes après trois mois. Le rôle et la valeur de l'hydrodistention sont à ce jour objets de controverses.

### **Neuromodulation / électrostimulation**

La neuromodulation de la racine des nerfs sacrés appliquée au traitement de l'incontinence et des dysfonctionnements de la vessie constitue un développement majeur dans le domaine de l'urologie. La neuromodulation pourrait être d'un intérêt capital pour un certain nombre de patients pour qui l'échec de toutes les autres formes de traitement ne laisserait plus de choix que l'intervention chirurgicale. Le principe de la neuromodulation n'est pas nouveau. L'électrostimulation a été utilisée dans le traitement de la douleur depuis les années 1960 (voir plus bas, p.e. TENS). Elle opère un reconditionnement des nerfs affectés au contrôle de la fonction vésicale. Il en résulte une inhibition des contractions intempestives et une restauration du fonctionnement normal de la vessie. Le bon état de la racine des nerfs du système périphérique soumis à la stimulation constitue une condition essentielle de réussite de l'opération. Les patients dont ces nerfs ou la moëlle épinière ont été endommagés, comme c'est parfois le cas des personnes souffrant de diabète et de maladies auto-immunes, ne sont pas aptes à ce traitement.

#### Électrostimulation transcutanée (TENS)

L'électrostimulation transcutanée est la plus ancienne forme de stimulation nerveuse. Elle consiste à transmettre à l'organisme de faibles impulsions électriques par le biais d'électrodes placées dans la région suspubienne ou le bas du dos. L'électrostimulation est engendrée par une petite unité portative. Un grand nombre de patients de divers pays utilisent ce procédé comme une forme (complémentaire) de traitement de la douleur. Selon la théorie décrite sous le nom de Gate-Control, certains scientifiques considèrent que la stimulation des fibres nerveuses ainsi obtenue enrayer la transmission des signaux douloureux au cerveau. L'électrostimulation transcutanée est aussi censée accroître la production de substances analgésiques naturelles, comme l'endorphine, par l'organisme.

### Stimulation Percutanée du Nerf Tibial (PTNS)

La stimulation percutanée du nerf tibial (connu sous l'ancien sigle anglais SANS, puis PTNS, et décrit aujourd'hui comme Urgent PC Stimulator®) constitue un développement récent dans ce domaine : électrostimulation des nerfs sacrés pour le traitement efficace, non-envahissant de l'impériosité mictionnelle, de l'incontinence et de la douleur pelvienne. Le nerf qui innerve toute la jambe à partir du plexus sacré - le nerf tibial postérieur - convient particulièrement pour les thérapies destinées à améliorer le fonctionnement de la vessie. Dans le cas de la PTNS, l'effet thérapeutique est obtenu à partir de séances hebdomadaires d'électrostimulation de 30 minutes. La fréquence du traitement peut être augmentée ou réduite selon les besoins de chaque patient. La stimulation du nerf tibial postérieur s'opère à partir d'une aiguille très fine, insérée à chaque séance juste derrière la cheville.

L'électrostimulation est transmise par l'aiguille au moyen d'un générateur électrique externe à basse tension (avec télécommande). Celui-ci transmet un faible courant électrique aux nerfs, situés dans la zone pelvienne, affectés au contrôle du fonctionnement de la vessie, des intestins et des organes pelviens. Il est encore malheureusement impossible de se prononcer sur le type de patients pour lesquels ce traitement serait indiqué. Il offre, toutefois, une alternative toujours utile pour les personnes ayant essayé sans résultat probant toutes les autres formes de traitement. Les premiers essais sembleraient indiquer que les meilleurs résultats sont enregistrés chez les patients en phase initiale. A l'avenir, ce procédé trouvera probablement sa meilleure application en complément de traitement. Une version implantée est à l'étude. Comme mentionné plus haut, ce traitement ne s'adresse pas aux personnes présentant une neuropathie touchant le système nerveux périphérique ou d'autres troubles neurologiques, comme dans le cas de certains patients souffrant de diabète ou de maladies auto-immunes.

### Interstim® Stimulation (neuro-modulation) du nerf sacré pour dysfonctionnement vésical

La stimulation du nerf sacré Interstim® est une option pour les patients qui ne réagissent pas aux traitements standard et présentent depuis longtemps des symptômes invalidants. Cette thérapie est appliquée en cas de suractivité vésicale, c'est à dire en cas d'incontinence et de fréquentes envies pressantes et incontrôlables d'uriner, que la cause en soit ou non neurologique. Elle est aussi utilisée pour les patients présentant une "vessie paresseuse" qui sont dans l'incapacité de vider (entièrement) leur vessie (rétention). Ce traitement est utilisé depuis plus de 10 ans déjà pour traiter les symptômes mentionnés plus haut et montre un taux de réussite à long terme de 70% environ des patients avec un test d'évaluation percutanée positif. Ce procédé a aussi été appliqué, ces dernières années, dans le traitement des patients présentant une CI avec des résultats encourageants qui ont fait l'objet de publications aux Etats-Unis, en Australie et en Italie. Cette utilisation de la stimulation du nerf sacré Interstim® dans les cas de CI fait actuellement l'objet d'un suivi dans d'autres pays également.

### Deux phases: test de stimulation et implantation

Au cours de la procédure de test de stimulation, une électrode provisoire est implantée au bas du dos du patient. Cette électrode est connectée à un stimulateur externe. Au cours de la période de test (de 3 à 7 jours), l'effet de la stimulation est rapporté quotidiennement dans un journal. La décision de poursuivre et de procéder à l'implant est fondée sur l'information recueillie dans le journal avant et après le test de stimulation, et sur la propre expérience du patient. Si la décision est positive, une électrode permanente est alors implantée dans la région du sacrum et connectée à une sorte de pacemaker (générateur électrique à pile) qui transmet un courant électrique continu à très basse tension aux nerfs sacrés concernés. Ce courant électrique modéré exerce un effet modulateur (de reconditionnement) sur les nerfs sacrés.

### Miniaturio™-I

Nouvelle forme d'électrostimulation conçue en Israël, le Miniaturio™-I est actuellement testé sur des patientes souffrant de douleurs pelviennes et/ou d'impériosité mictionnelle associées à la cystite interstitielle. Le Miniaturio™-I est un système implantable à encombrement minimal pour les personnes ayant essayé sans résultat probant les formes de traitement conservateur. Le système de test Miniaturio (MTS) permet au médecin d'évaluer la compatibilité du patient avant de prendre la décision de procéder à l'implantation définitive.

## **Traitements chirurgicaux**

Chez certains patients, les problèmes de vessie sont si sévères que le recours à la chirurgie reste la seule option. Il ne s'agit pas là d'une décision à prendre à la légère. Les patients ayant développé une CI présentent des cas complexes, et l'intervention peut conduire à d'autres complications. C'est pourquoi il est important que les patients soient parfaitement informés de ce qui est en jeu. Le "syndrome de la vessie fantôme" est l'un des problèmes susceptibles de se manifester après l'ablation de la vessie. Le patient peut continuer à ressentir les douleurs même après que l'organe défectueux ait été enlevé. Il peut s'agir d'une diffusion de douleurs persistantes au niveau du plancher pelvien dues au développement de nouveaux nerfs dans le bassin suite aux graves douleurs dans la vessie causées par la CI.

### **Agrandissement de la vessie**

Cette opération consiste à agrandir la vessie du patient en ajoutant à l'organe une section de l'intestin grêle. Le succès de cette opération sur les patients est plus que mitigé, les douleurs et autres symptômes d'impériosité pouvant demeurer ou revenir. Si la douleur est le symptôme principal, elle ne sera pas réduite après cette opération.

Après cette opération, certains patients peuvent se trouver dans l'incapacité d'uriner et nécessiter la pose d'un cathéter. Cette opération accroît aussi le risque d'infection des voies urinaires, la muqueuse intestinale pouvant constituer un foyer de développement des bactéries. Néanmoins, elle est souvent choisie comme mesure provisoire avant de procéder à l'ablation définitive de la vessie (cystectomie).

### **Ablation de la vessie / stomates urinaires**

L'ablation intégrale de la vessie peut être recommandée dans le cas de douleurs très graves ou de capacité vésicale réduite compliquée de douleurs. La cystectomie implique la dérivation du flux urinaire vers un nouvel orifice pratiqué dans l'abdomen, appelé stomate urinaire ou urostomie. L'urine passe de façon normale des reins à la vessie par deux uretères. La dérivation urinaire consiste à connecter ces deux uretères sur un segment de l'intestin grêle (iléon).

Ces dernières années, la pratique a montré que les personnes souffrant de CI étaient différentes des autres patients en ce qu'il paraissait essentiel dans ce cas de pratiquer l'ablation intégrale de la vessie et de l'urètre. Si l'urètre est sauvegardé, les patients continuent à ressentir les mêmes symptômes douloureux, même après l'ablation de la vessie. Ce qui réclame une seconde opération pour enlever l'urètre douloureux.

Il existe différentes techniques possibles. Un stomate interne, comme la poche de Koch ou Indiana, se présente comme un réservoir iléal interne opérant le drainage de l'urine à intervalles donnés au moyen d'un cathéter. Bien que ce type de stomate avec poche interne puisse paraître plus attrayant d'un point de vue esthétique, il peut causer des complications intestinales. Le stoma interne est jugé moins adapté pour les patients souffrant de dysfonctionnement rénal. Une autre technique consiste à dériver l'urine vers une poche jetable externe attachée à l'extérieur du corps, selon la technique Bricker par exemple. Les associations d'urostomie sont en mesure de fournir aux patients une information détaillée relative aux différentes options chirurgicales.

### **Traitements potentiels actuellement à l'épreuve**

La cyclosporine A est un médicament qui suspend le système immunitaire. Elle est en général utilisée pour éviter les réactions de rejet après une greffe d'organe ou dans le traitement de cas aigus de psoriasis, d'arthrite rhumatisante et bon nombre d'autres maladies auto-immunes. Une étude récente publiée en Finlande a montré l'efficacité de l'administration de cyclosporine A à faible dose sur des patients avec CI.

L'IPD-1151T (nom générique suplatast tosilate) est un nouveau médicament immuno-régulateur, administré par voie orale, qui supprime les réactions allergiques. Ce médicament, conçu au Japon, est utilisé dans ce pays dans le traitement de l'asthme bronchitique. Il exerce une action anti-inflammatoire par l'inhibition de la production de cytokines (IL-4 et IL-5), dérivant des cellules T d'assistance de type 2 (Th2) en jeu dans les réactions immunitaires. Son application est actuellement à l'étude pour la CI et les formes de prostatite chronique et non-bactérienne, avec des résultats jusqu'ici prometteurs pour le traitement de la CI non-ulcéralive.

La résinifératoxine (RTX®), du groupe des "vanilloïdes", constitue un traitement intravésical avec effet dérivant appliqué dans les cas de vessie suractive et de vessie hypersensible. Bien plus puissant dans son effet analgésique que la capsaïcine (extrait du piment rouge), il est connu pour provoquer beaucoup moins de brûlures et d'irritation. Même si de récentes expériences aux USA ont été abandonnées sur les patients avec CI devant l'absence de résultats, il serait prématuré de l'écarter définitivement, instruits que nous sommes par la pratique que le succès de telles expériences dépend bien souvent du type de patients sélectionnés.

La toxine botulique, l'une des toxines biologiques les plus puissantes au monde, a généré, ces derniers temps, un formidable enthousiasme dans le monde de l'urologie pour son application dans le traitement des dysfonctionnements de l'urètre et de la vessie. Les chercheurs examinent actuellement la possibilité d'un usage intravésical dans le traitement de la CI.

L'application au traitement de la CI de la thérapie génétique et sa méthode de transfert avec injection de gènes est actuellement à l'étude dans l'optique de la suppression des réactions de douleur vésicale.

## **Cystite interstitielle et troubles associés**

Certains faits avérés au sujet de la CI peuvent suggérer qu'il pourrait s'agir d'une maladie auto-immune.

- la CI est 10 x plus fréquente chez les femmes que chez les hommes
- la CI est plus souvent associée à l'arthrite, au lupus érythémateux, au syndrome de Sjögren et autres troubles thyroïdes
- la CI s'accompagne souvent de douleurs doublées d'une intolérance médicale
- les tests sanguins montrent souvent des anomalies : taux accru de IgG, faible taux de C4, présence d'anticorps antinucléaires (ANA) et d'anticorps contre les mitochondries et les cellules pariétales
- présence d'un grand nombre de lymphocytes CD4+ T dans la paroi vésicale enflammée

### **Qu'est-ce qu'une maladie auto-immune ?**

Les maladies auto-immunes sont caractérisées par une action du système immunitaire tournée contre l'organisme. Le système immunitaire fait partie du dispositif de défense de l'organisme. En temps normal, il concentre son action sur les éléments extérieurs à l'organisme perçus comme "étrangers". Certaines maladies auto-immunes sont dites "spécifiques", en ce qu'elles visent un organe spécifique de l'organisme (comme dans le cas des troubles thyroïdiens). D'autres sont dites "systémiques", en ce qu'elles visent plusieurs organes et systèmes différents de l'organisme. Le lupus érythémateux (SLE) et le syndrome de Sjögren en sont des illustrations.

Une étude récente menée aux Etats-Unis analyse l'information recueillie à partir d'une sélection de 2405 patients présentant une CI. Le tableau suivant reprend les résultats les plus importants concernant les troubles complémentaires diagnostiqués chez les malades présentant une CI par rapport à la population totale des patients.

Il est intéressant de remarquer que l'incidence des troubles gastro-intestinaux est beaucoup plus grande chez les patients avec CI. Il s'agit à la fois du syndrome d'irritation intestinale (10 x plus fréquent) et de la maladie de Crohn/colite ulcéreuse (100 x plus fréquente). Le syndrome de Sjögren, exclu des données statistiques, a été ajouté à la liste.

Tableau: Incidence des troubles associés chez les patients avec CI par rapport au reste de la population

Prévalence en %		
Diagnostic	CI	population totale
allergie	40,6	22,5
syndrome d'irritation intestinale	25,4	2,9
épiderme sensible	22,6	10,6
vulvodynie	10,9	15,0
fibromyalgie	12,8	3,2
syndrome de fatigue chronique	7,7	8,5
migraine	18,8	18,0
asthme	9,2	6,1
maladie de Crohn /colite ulcéreuse	7,3	0,07
lupus érythémateux	1,7	0,05
syndrome de Sjögren	8,0	0,6

### Diagnostic et traitement

Le problème qui se pose avec la CI et les maladies auto-immunes est que, bien que certains patients présentent les symptômes d'une maladie auto-immune, les tests de laboratoire ne révèlent aucune ou peu d'anomalies. Bien souvent, le tableau médical des patients ne correspond pas à l'ensemble des critères d'une maladie bien spécifique. Ce qui fait qu'un grand nombre de malades restent sans diagnostic et sans traitement. Dans la suspicion d'une maladie auto-immune, le patient est invité à consulter un immunologiste ou un rhumatologue. Il peut être aussi nécessaire de consulter un spécialiste, gastroentérologue ou neurologue.

Il devient de plus en plus évident que les patients qui présentent des symptômes de maladie auto-immune en plus des symptômes propres à la CI doivent bénéficier d'un traitement "systémique" (= traitement avec une seule médication pour l'organisme entier), par exemple l'hydroxychloroquine et la sulphasalazine (généralement utilisées dans le traitement des colites ulcéreuses et des maladies rhumatismales), ou les stéroïdes, comme la prednisone, la dexaméthasone ou l'hydrocortisone. Certains patients ont fait part d'une atténuation sensible de leurs symptômes au cours de ce traitement. Cependant, ici encore, le résultat du traitement varie selon les individus.

### **Plus d'information:**

The Interstitial Cystitis Survival Guide  
Your Guide to the latest treatment options and coping strategies  
By Robert M. Moldwin MD  
Published by New Harbinger Publications, Inc  
ISBN 1-57224-210-8

Patient to Patient:  
Managing Interstitial Cystitis & Overlapping Conditions  
Gaye Grissom Sandler, Andrew B. Sandler  
Bon Ange LLC, 2000  
ISBN 0-9705590-0-3

Intersticiální Cystida (Czech language)  
By Tomáš Hanuš MD & Libor Zámečník MD  
Nucleus HK  
ISBN 80-86225-30-5

Interstitial Cystitis (Japanese language)  
By Tomohiro Ueda MD  
ISBN4-87151-311-4

### **Sources d'information et references bibliographiques:**

Campbell's Urology, 8<sup>th</sup> Edition  
Vol. 1, chapter 16: Interstitial Cystitis and Related Disorders  
By Philip M. Hanno MD.  
Saunders, 2002

Interstitial Cystitis,  
Edited by Grannum R. Sant MD, 1997,  
Lippincott-Raven  
ISBN 0-397-51695-9

Interstitial Cystitis 2001:  
An Evolving Clinical Syndrome  
Urology supplement June 2001 Vol 57 6A  
Elsevier

**Website International Interstitial Cystitis Patient Network Foundation:**  
**[www.iicpn-foundation.org](http://www.iicpn-foundation.org)**

*Remerciements particuliers à l'adresse du Comité Medical de l'ICP au Pays Bas et de l'IICPN Foundation pour leur aide et leurs conseils dans la compilation et l'actualisation de l'information composant cette brochure.*

International Consultation on Interstitial Cystitis Japan (ICICJ)  
International Journal of Urology  
Vol 10 Supplement October 2003  
Blackwell Publishing

Reviews in Urology: The Clinical Management of Interstitial Cystitis,  
MedReviews, Vol 4 Suppl 1 2002  
[www.medreviews.com](http://www.medreviews.com)

Evaluation of Patients Suspected of Having Interstitial Cystitis,  
J. Nordling, FH Anjum, JJ Bade, K. Bouchelouche, P. Bouchelouche, M Cervigni, S. Eneil, M. Fall, T. Hald, T Hanus, H Hedlund, G. Hohlbrugger, T Horn, S Larsen, M Leppilahti, S Mortensen, N Mishra, PD Oliveira, J Osborne, C Riedl, J Sairanen, M. Tinzl, JJ Wyndaele  
European Urology 45 (2004):662-669

New agents for the medical treatment of interstitial cystitis  
Theoharis Theoharides & Grannum Sant  
Expert Opinion on Investigational Drugs  
2001 Ashley Publications Ltd  
ISSN 1354-3784

Sjögren's syndrome in patients with interstitial cystitis,  
Van de Merwe JP, Kamerling R, Arendsen HJ, Mulder AH, Hooijkaas H, J Rheumatol  
1993;20:962-6

Interstitial Cystitis: a review of immunological aspects of the aetiology and pathogenesis, with a hypothesis,  
Van de Merwe JP, Arendsen HJ  
BJU International (200)85, 995

Interstitial Cystitis: new clinical aspects  
Bade JJ, 1996 (PhD thesis)  
<http://www.ub.rug.nl/eldoc/dis/medicine/j.j.bade/>