
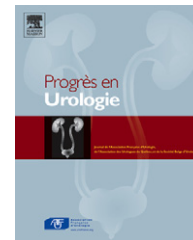




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Quel bilan face à une suspicion de cystite interstitielle ?

The diagnostic workup in case of suspecting an interstitial cystitis

P. Mouracade

*Hôpitaux universitaires, université de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital,
67091 Strasbourg, France*

Reçu le 19 août 2009 ; accepté le 7 septembre 2009
Disponible sur Internet le 13 octobre 2009

MOTS CLÉS

Cystite interstitielle ;
Diagnostic ;
Hydrodistention
vésicale

KEYWORDS

Interstitial cystitis;
Diagnosis;
Hydrodistention

Résumé Malgré de nombreux travaux de recherche sur l'étiologie et le traitement de la cystite interstitielle, le diagnostic dépend toujours de la suspicion de cette affection par le médecin.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Despite considerable research on the etiology and treatment of interstitial cystitis, diagnosis still depends on the suspicion of this condition by the physician.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La cystite interstitielle (CI) touche plus les femmes que les hommes 10/1 [1]. L'étiologie de cette affection reste indéterminée. Les différentes études suggèrent que la pathophysiologie est multifactorielle associant à des degrés divers un facteur infectieux, auto-immun, neurologique et une altération de la perméabilité urothéliale de la vessie. Le diagnostic de la CI doit être suspecté par le clinicien sur les données de l'interrogatoire. La confirmation de ce diagnostic repose sur l'application des critères diagnostiques de l'European

Adresse e-mail : pmouracade@hotmail.com.

Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC) (la société européenne sur l'étude de la CI). Aucun test pathognomonique de la CI n'est disponible. La méconnaissance de la physiopathologie rend les traitements empiriques.

Infirmières diplômées d'état (IDE) en urologie et cystite interstitielle

Toute IDE affectée dans un service d'urologie a pu être confrontée à des patients ayant une CI et a pu constater les difficultés diagnostiques, de prise en charge et de suivi de ces patients. Ces difficultés résidaient d'un côté en l'absence, pendant plusieurs années, d'une définition standard et des critères diagnostiques facilement applicables en pratique quotidienne et de l'autre en la complexité de cette affection qui ne connaît toujours pas un consensus physiopathologique ou thérapeutique.

C'est ainsi qu'en 2005, une nouvelle terminologie de la CI/syndrome de la vessie douloureuse (SVD) a été établie par l'ESSIC, celle-ci se définissait ainsi :

- le syndrome de vessie douloureuse se définit par une douleur sus-pubienne en relation avec le remplissage vésical et accompagnée de symptômes tels qu'une pollakiurie et une nycturie, en l'absence d'autres pathologies telles qu'une infection urinaire ;
- la CI faisant partie des syndromes de la vessie douloureuse avec en plus des caractéristiques typiques cystoscopiques et/ou histologiques en l'absence d'infection urinaire ou d'autres pathologies.

Tableau clinique faisant suspecter une CI

Les éléments du tableau clinique faisant suspecter une CI sont :

- une femme ;
- un besoin mictionnel permanent, une pollakiurie ;
- une gêne pelvienne, une dyspareunie, une douleur vésicale, pelvienne, périnéale, vaginale ou urétrale ;
- des examens cyto bactériologiques des urines (ECBU) stériles ;
- une inefficacité des traitements antibiotique, anti-inflammatoire, anti-cholinergique ;
- un soulagement des douleurs et du besoin par les mictions ;
- une absence de brûlures mictionnelles ;
- une nycturie avec au moins un lever la nuit ;
- une association à d'autres syndromes comme la fibromyalgie, syndrome de Sjögren, syndrome du côlon irritable.

Le tableau le plus typique est une patiente qui vient consulter pour des douleurs associées aux mictions apparues depuis plusieurs années, qui a consulté plusieurs spécialistes et a eu recours à plusieurs traitements médicamenteux type antibiotique et anti-inflammatoire mais sans amélioration, qui dit souffrir de façon chronique de sa vessie, dit être obligée à uriner fréquemment, voire tout le temps et même la nuit et dont l'examen clinique ne retrouve aucun signe d'anomalies en dehors parfois d'un profil psychologique particulier (type anxiodépressif).

Les critères diagnostiques de la CI/SVD

Désormais, pour poser le diagnostic de CI/SVD, il suffit d'appliquer la définition de l'ESSIC :

- réaliser un interrogatoire à la recherche d'une douleur sus-pubienne en relation avec le remplissage vésical associée à des symptômes tels qu'une pollakiurie diurne et une nycturie. Sachant que la symptomatologie de la CI est riche, [2] les symptômes pour lesquels les patients consultent comprennent la pollakiurie avec une moyenne de 16,5 mictions par jour, la nycturie, la douleur pelvienne, la gêne pelvienne, les spasmes vésicaux, la dyspareunie. L'urgenterie fait partie des définitions cliniques anglo-saxonnes de la CI mais notre expérience clinique de cette maladie nous fait suggérer qu'il s'agit d'une mauvaise description sémiologique. Les patients atteints de CI ne se plaignent pas d'une véritable urgenterie mais plutôt d'une envie mictionnelle quasi permanente allant de la simple gêne à une véritable douleur et qui est soulagée par la miction. Ce soulagement par la miction parfois fugace et rarement prolongé explique l'empressement de ces patients à vider leur vessie, ce qui entraîne la confusion avec l'urgenterie.

La douleur est ressentie au niveau vésical en sus-pubien mais peut intéresser aussi le vagin, l'urètre ou le périnée. Les facteurs décrits par les patients comme précipitant la douleur de CI sont variés, on note le stress, la menstruation, les rapports sexuels, les vêtements serrés, l'exercice et certains aliments. Le rôle de l'alimentation comme facteur aggravant les symptômes de la CI est considéré comme important [3].

Pour confirmer l'origine vésicale de la douleur, cette douleur doit augmenter lors du remplissage vésical et s'améliorer après vidange de la vessie ;

- éliminer toute autre affection pouvant expliquer ces symptômes (cystite bactérienne, virale, fongique, cystite radique, cystite médicamenteuse, carcinome excréto-urinaire vésical [CIS], lithiase vésicale, diverticule urétral, endométriose et une obstruction sous-vésicale. . .) (Tableau 1). L'examen cyto bactériologique des urines est réalisé afin d'éliminer une infection urinaire. La cytologie urinaire peut suspecter la présence d'un carcinome excréto-urinaire. L'échographie vésicale et pelvienne permet d'éliminer une pathologie lithiasique vésicale ou une pathologie des voies génitales. La cystoscopie (avec éventuellement des biopsies) quant-à-elle permet de diagnostiquer la présence d'un carcinome in situ vésical. Le catalogue mictionnel permet d'éliminer un trouble comportemental type polydypsie ou une polyurie. L'échographie endovaginale est réalisée afin d'éliminer un diverticule urétral suspecté à l'examen clinique. L'IRM pelvienne permet d'éliminer une endométriose pelvienne en cas de suspicion clinique ;
- réaliser un test d'hydrodistension avec des biopsies vésicales à la recherche de modifications cystoscopiques typiques lésions de Hunner (rupture de la muqueuse), ou glomérulations (pétéchies sous-muqueuses) et/ou histologiques typiques (une inflammation dans la *lamina propria*, une mastocystose détrusorienne, une présence de tissu de granulation ou une présence de fibrose intrafasciculaire).

Diagnostic différentiel	Diagnostiquer ou éliminer par
Carcinoma in situ	Cystoscopie avec biopsie vésicale
Infection urinaire banale	ECBU
Infection urinaire par germes atypiques : <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Corynebacterium urealyticum</i> , <i>Candida Mycobacterium tuberculosis</i>	Culture spécifique à chaque germe
Herpès génital (HSV) et <i>human papilloma virus</i> (HPV)	À suspecter si pyurie et ECBU stérile. Culture spécifique ou PCR Examen clinique à la recherche des lésions herpétiques ou des condylomes au niveau des vulves, du vagin ou du col utérin ou urètre
La cystite radique	Antécédents de radiothérapie
La cystite médicamenteuse : cyclophosphamide	Antécédents de traitements par cyclophosphamide
Une obstruction sous-vésicale	Débitmètre et mesure du résidu post-mictionnel
Lithiase vésicale	Échographie ou cystoscopie
Diverticule urétral	Examen clinique, échographie endovaginale
Endométriose pelvienne ou vésicale	Histoire clinique, IRM pelvienne, cystoscopie et biopsie de nodule bleuté
Cancer vaginal, du col utérin ou de l'utérus	Examen clinique, consultation gynécologique, biopsie, échographie pelvienne
Hyperactivité vésicale	Clinique, bilan urodynamique si suspicion
Cancer prostatique	Toucher rectal, PSA
Hypertrophie prostatique	Débitmétrie, étude pression-débit
Prostatite chronique	Histoire clinique, ECBU
Névralgie pudendale	Clinique, bloc anesthésique du tronc du nerf pudental positif

PSA : prostate spécifique antigène.

Le test d'hydrodistension est réalisé sous anesthésie générale en position gynécologique, en remplissant la vessie à l'aide d'un cystoscope avec du sérum physiologique situé à 80 cm au-dessus du niveau de la vessie jusqu'à ce que le débit de remplissage cesse par équilibration des pressions. La distension vésicale doit être maintenue pendant deux à cinq minutes. Lors de la vidange vésicale, la vessie est explorée à la recherche de lésions de Hunner ou de glomérulations. Des biopsies vésicales sont réalisées à la recherche de lésions histologiques typiques.

L'apport des examens complémentaires

Les questionnaires de symptômes et de gêne dans la CI

En 1997, O'Leary a développé un questionnaire de symptômes et de gêne spécifique pour la CI. Le questionnaire comporte cinq questions pour évaluer les symptômes et quatre questions pour évaluer la gêne. En 1998, un autre questionnaire de symptômes a vu le jour, celui de l'inventaire de l'université de Wisconsin. Ce questionnaire comporte sept questions avec un choix allant de 0 (jamais) jusqu'à 6 (continuellement) et un score maximal de 42. Les deux questionnaires sont validés. Dans notre institution nous utilisons le questionnaire d'O'Leary-

Sant. L'intérêt de ces questionnaires n'est pas diagnostic mais dans le suivi objectif de la réponse au traitement.

Le bilan urodynamique et le test au KCl

Les autres examens complémentaires tels que le bilan urodynamique et le test KCl n'interviennent plus directement dans le diagnostic de CI. En effet, l'ESSIC a considéré ces examens comme peu spécifiques ; à titre d'exemple, la réduction de la capacité vésicale et la présence d'un premier besoin mictionnel précoce recherchés par le bilan urodynamique reflétaient une maladie avancée et l'absence de ces signes n'excluaient pas le diagnostic. Cet examen est indiqué pour éliminer d'autres pathologies comme une obstruction sous vésicale ou une hyperactivité du détrusor. Le test KCl de son côté est associé à des faux-négatifs (25%) ainsi que des faux-positifs (4%), sa réalisation dans le cadre d'un bilan de CI reste optionnelle. Le test KCl est basé sur la théorie de l'altération de la perméabilité urothéliale. Ce test a été proposé par Parsons comme test diagnostique de la CI. Le potassium, en diffusant dans la paroi vésicale, irrite les terminaisons nerveuses et peut expliquer la douleur ressentie par les patients lors de ce test. Le test est réalisé en remplissant la vessie avec 40 ml d'une solution de KCl (40 mEq de KCl dans 100 ml de

solution). L'intensité douloureuse est reportée après cinq minutes sur une échelle de 0 (pas de douleur) à 5 (douleur intense) et comparée avec la douleur ressentie avec un remplissage équivalent par du sérum physiologique. Une différence de score de deux points rend le test positif [4].

Le rôle du soutien psychologique/psychiatrique

La plupart des patients consultent pendant des mois et des années plusieurs médecins généralistes, gynécologues et urologues avant d'obtenir le bon diagnostic. En outre, on leur laisse parfois sous-entendre qu'il s'agit d'un problème psychologique. De plus, la multiplicité des examens et le début du traitement jusqu'à l'obtention d'une amélioration est une période longue qui nécessite de nombreuses consultations à l'hôpital. La chronicité de la maladie, la nécessité de suivre un traitement pendant des années, la limitation des activités physiques et le retentissement sur la vie quotidienne sont autant de poids difficiles à porter. Il peut donc être important de faire appel à une aide psychologique/psychiatrique.

La réponse au traitement

La réponse au traitement varie en fonction du patient et il est fréquent d'essayer de nombreux médicaments avant d'en trouver un qui soit efficace. Certaines méthodes ou certains médicaments peuvent avoir des effets bénéfiques assez importants, mais souvent au bout de quelques mois, et malheureusement pendant une période limitée. Il est fréquent que le traitement devienne de moins en moins efficace au cours du temps et que les symptômes réapparaissent. De plus, il est difficile de dire si une amélioration a été provo-

quée par un médicament ou simplement par une rémission spontanée.

Par ailleurs, la liste des effets secondaires entraînés par certains médicaments peut paraître impressionnante. Toutefois, il est important de noter que le choix d'un traitement repose sur une évaluation précise des besoins du malade par le médecin, qui pèse consciencieusement le pour (amélioration de l'état du patient) et le contre (effets indésirables). La prescription de tels médicaments s'accompagne nécessairement d'un suivi attentif avec des examens réguliers permettant de vérifier qu'ils sont bien tolérés par l'organisme.

Conclusion

La CI/SVD reste un défi pour les urologues et une affection chronique mal tolérée par les patients. La prise en charge multidisciplinaire peut être proposée afin de traiter au mieux ces patients. Une association de patient(e) a été créée en France il y a quelques années et contribue à mieux faire connaître cette pathologie pour améliorer sa prise en charge. (site : <http://www.orpha.net/associations/AFCI> et courriel : ci.france@hotmail.com).

Références

- [1] Hanno PM, Levin RM, Monson FC, Teuscher C, Zhao Zong Zhou, Ruggieri M, et al. Diagnosis of interstitial cystitis [see comments]. *J Urol* 1990;143:278–81.
- [2] Mouracade P, Lang H, Jacqmin D, Saussine C. Utilisation des nouveaux critères diagnostiques de la cystite interstitielle dans la pratique quotidienne : à propos de 156 cas. *Prog Urol* 2008;18:674–7.
- [3] Mouracade P, Saussine C. La cystite interstitielle : quel traitement en 2008 ? *Progres-FMC* 2008;18:1–8.
- [4] Mouracade P, Saussine C. La cystite interstitielle en 2008. *Prog Urol* 2008;18:418–25.