

La cystite interstitielle

les défis diagnostiques et thérapeutiques*

par Mireille Grégoire

LA CYSTITÉ INTERSTITIELLE, également appelée syndrome vésical douloureux, est une entité encore très mal définie du point de vue pathologique. En réalité, la cystite interstitielle n'a en commun avec la cystite infectieuse que certains symptômes, et surtout, le nom. L'inflammation, toujours présente en cas de cystite, n'affecte pas la vessie des patients qui souffrent de cystite interstitielle. C'est la raison pour laquelle nous tenons à présenter ici les hypothèses étiologiques ainsi que les éléments diagnostiques plus caractéristiques de cette affection. Nous aborderons également les traitements présentement utilisés.

Prévalence

Plusieurs études ont examiné la prévalence de la cystite interstitielle dans la population au cours des 25 dernières années. Dans une étude plus récente, la prévalence se situait entre 51 et 63 femmes par 100 000 sujets de la population féminine¹. Il s'agit donc d'un problème peu fréquent, mais que les omnipraticiens peuvent néanmoins rencontrer dans leur pratique.

Épidémiologie

Pour expliquer la cystite interstitielle, plusieurs causes ont été proposées. Pour le moment, on ne semble pas associer à la cystite interstitielle une infection bactérienne ou vi-

rale². Par contre, l'érosion de la couche imperméable de glycosaminoglycane qui revêt la surface de l'épithélium de la vessie est une hypothèse étiologique souvent avancée dans la littérature qui traite d'urologie³. On soupçonne également d'autres causes, comme des phénomènes inflammatoires ou encore des neuropathies qui touchent spécifiquement les fibres nerveuses de la vessie⁴. Le rôle des mastocytes dans l'étiologie de la cystite interstitielle demeure controversé.

Éléments d'anamnèse

La douleur est le symptôme le plus caractéristique de la cystite interstitielle. Elle affecte la région sus-pubienne ou l'urètre et, parfois, elle irradie jusqu'aux cuisses ou au bas du dos, et même jusqu'à la vulve ou au clitoris. Chez les hommes, les symptômes s'apparentent à ceux de la prostatite chronique. Cette douleur est généralement aggravée par la plénitude vésicale et soulagée après la miction. Elle n'est pas plus intense pendant la miction, et peut également varier en intensité en fonction du cycle menstruel. Certaines patientes remarquent que les symptômes sont exacerbés au moment de l'ovulation ou en phase périmenstruelle, alors que d'autres affirment que la douleur est plus marquée lorsqu'elles consomment des denrées riches en potassium comme des agrumes, des épices ou du vin. La douleur peut réveiller les patients la nuit lorsqu'elle

La D^e Mireille Grégoire, urologue, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec.

* Cet article s'inspire d'un exposé présenté au congrès sur la santé des femmes organisé par la FMOQ en octobre 2001 à Québec.

75

La caractéristique principale de la cystite interstitielle est la douleur sus-pubienne.

La douleur provoquée par la cystite interstitielle est habituellement aggravée par la plénitude vésicale, et elle est soulagée après la miction.

Des symptômes vésicaux irritatifs, comme la pollakiurie, la nycturie et le besoin impérieux d'uriner sont souvent présents. L'hématurie macroscopique est rare.

RÉPÈRES

devient intense. Bien qu'elle soit généralement présente en permanence, son intensité peut varier.

On note également souvent la présence de symptômes vésicaux irritatifs, comme la pollakiurie, la nycturie et le besoin impérieux d'uriner. L'hématurie macroscopique est rare. À l'occasion, les symptômes de la cystite interstitielle sont dus à une utilisation excessive de détersifs ou de javellisants. Il est donc utile de demander aux patients quels produits ils utilisent pour faire leur lessive, de les inciter à rincer leurs sous-vêtements à l'eau seulement, et d'observer les symptômes durant les semaines qui suivent.

Examen objectif

Les signes relevés à l'examen physique du patient atteint de cystite interstitielle ne sont pas spécifiques. On constate parfois une sensibilité sus-pubienne à la palpation de l'abdomen, et aussi une sensibilité à la base de la vessie et à l'urètre à la palpation bimanuelle (chez la femme).

Examens paracliniques

Les résultats de l'analyse d'urine sont habituellement normaux, quoiqu'on puisse noter la présence d'une hématurie microscopique et (ou) d'une leucocyturie. Par définition, le résultat de la culture d'urine est négatif. Il est également très utile de connaître les heures où le patient urine, et de pouvoir noter les volumes d'urine évacuée ainsi que la fréquence des mictions. Pour ce faire, on demandera au patient de mesurer pendant 24 heures la quantité d'urine produite à chaque miction et de noter, en même temps, l'heure où les mictions ont eu lieu. Les volumes mictionnels normaux se situent habituellement entre 175 et 350 mL, quoiqu'ils puissent être plus importants à l'occasion. Une fréquence diurne de sept mictions, et nocturne de deux, est considérée comme la limite supérieure de la normale. Donc, c'est par l'heure des mictions qu'on confirmera la pollakiurie, la nycturie et une capacité fonctionnelle diminuée de la vessie.

Compte tenu de l'absence d'analyses de laboratoire spécifiques, les urologues suggèrent souvent des bilans urodynamiques et (ou) une cystoscopie, en règle générale, pour exclure d'autres diagnostics qui pourraient être at-

tribuables à des symptômes similaires. Il arrive parfois que l'hyperactivité vésicale se manifeste par des symptômes identiques à ceux de la cystite interstitielle. Il est à noter que ni l'urodynamie ni la cystoscopie n'offrent d'éléments diagnostiques spécifiques de la cystite interstitielle. Par contre, on a proposé plus récemment un test de perméabilité au chlorure de potassium, qui consiste à instiller dans la vessie une solution contenant 40 mEq de cette substance. Partant de l'hypothèse que la couche imperméable de glycosaminoglycane est absente, on pourrait supposer que le potassium diffuse au travers de la paroi vésicale, ce qui exacerberait les symptômes de miction impérieuse et de douleur. Il n'y a toutefois pas de lien évident entre l'aspect cystoscopique de la vessie et la réponse au test à base de chlorure de potassium⁵.

Traitements

Il existe actuellement sur le marché divers médicaments à administrer par voie orale ou intravésicale. Parmi les médicaments oraux, on trouve le polysulfate de pentosan (Elmiron^{MD})⁶. Ce médicament vise à remplacer la couche de glycosaminoglycane de la muqueuse vésicale. La posologie recommandée est de 100 mg, trois fois par jour, à jeun. L'effet thérapeutique peut ne pas se manifester avant plusieurs mois. Le médicament est généralement bien toléré, bien qu'il provoque à l'occasion des troubles digestifs, en particulier la dyspepsie ou la diarrhée. Plus rarement, les patients signaleront une chute de cheveux. Ces phénomènes sont réversibles après l'arrêt du traitement. Soulignons que le pentosan étant légèrement anticoagulant, il peut modifier les effets de la warfarine et augmenter le rapport international normalisé (RIN).

L'amitriptyline ou l'imipramine peuvent également s'avérer utiles⁷. Les doses thérapeutiques se situent généralement entre 10 et 50 mg, à prendre au coucher. Les effets secondaires sont habituellement la somnolence et un gain d'appétit. Les effets secondaires tendent à disparaître dans les quelques semaines qui suivent le début du traitement.

Le médicament intravésical le plus couramment employé est une solution de diméthylsulfoxyde (DMSO), administrée hebdomadairement par sonde urétrale pendant six semaines⁸. À l'occasion, une dose d'entretien administrée toutes les quatre à six semaines permet de maîtriser les symptômes. À part la gêne due à l'introduction de la sonde, le DMSO peut occasionner une exacerbation des symptômes pendant les 24 à 48 heures qui suivent son ad-

Par définition, le résultat de la culture d'urine est négatif.

R E P È R E



par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ministration. Le produit étant absorbé par la muqueuse vésicale, les patients dégagent une odeur d'ail pendant les 24 heures qui suivent chaque traitement. Il est recommandé de prescrire un analgésique avant les traitements.

On a également proposé l'administration d'héparine par voie intravésicale, à raison de 10 000 à 20 000 unités trois fois par semaine⁹. Par ailleurs, la dilatation vésicale sous anesthésie générale peut s'avérer efficace pour soulager les symptômes. Malheureusement, ce soulagement est souvent de courte durée, généralement de moins de trois mois.

LA CYSTITITE INTERSTITIELLE EST PRINCIPALEMENT un syndrome vésical douloureux, souvent associé à des symptômes vésicaux irritatifs. Le diagnostic est difficile à poser, car il n'existe aucun test diagnostique spécifique. De plus, les traitements coûtent cher et peuvent être désagréables. Par conséquent, lorsqu'on soupçonne une cystite interstitielle, il est recommandé de demander l'opinion d'un urologue. ☞

Bibliographie

1. Curhan GC. Interstitial cystitis. *J Nephrol* 1998; 11 : 169-70.
2. Haarala M, Jalava J, Laato M, Kiilholma P, Nurmi M, Alanen A. Absence of bacterial DNA in the bladder of patients with interstitial cystitis. *J Urol* 1996; 156 : 1843-5.
3. Moskowitz MO, Byrne DS, Callahan HJ, Parsons CL, Valderrama E, Moldwin RM. Decreased expression of a glycoprotein component of bladder surface mucin (GP1) in interstitial cystitis. *J Urol* 1994; 151 : 343-5.
4. Wesselmann U. Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain. *World J Urol* 2001; 19 : 180-5.
5. Grégoire M, Liandier F, Naud A, Lacombe L, Fradet Y. Does the potassium stimulation test predict cystometric and cystoscopic outcome in interstitial cystitis? *J Urol* [sous presse] automne 2002.
6. Hwang P, Auclair B, Beechinor D, Diment M, Einarson TR. Efficacy of pentosan polysulfate in the treatment of interstitial cystitis: a meta-analysis. *Urology* 1997; 50 : 39-43.
7. Pranikoff K, Constantino G. The use of amitriptyline in patients with urinary frequency and pain. *Urology* 1998; 51 : 179-81.
8. Parkin J, Shea C, Sant GR. Intravesical dimethyl sulfoxide (DMSO) for interstitial cystitis – a practical approach. *Urology* 1997; 49 : 105-7.
9. Parsons CL, Housley T, Schmidt JD, Lebow D. Treatment of interstitial cystitis with intravesical heparin. *Br J Urol* 1994; 73 : 504-7.

**Il n'existe aucun test diagnostique spécifique
qui permette de déceler la cystite interstitielle.**

R E P È R E

Épargne et investissement

- Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
- Compte de retraite immobilisé (CRI)
- Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
- Fonds de revenu viager (FRV)
- Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
- Fonds d'investissement

Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597

Programmes d'assurances

- Assurances de personnes
- Assurances automobile et habitation
- Assurances de bureau
- Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires
- Assurances frais de voyage et annulation

Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756

Pro-Fusion « auto »

- Achat – vente
- Voitures neuves ou usagées
- Location
- Financement d'auto

Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500

Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675
M^{me} Renée Carter : (514) 390-2159

Carte La Professionnelle (carte multi-avantages)

Corporation de Services aux membres
(514) 861-2052 ou 1 800 520-2052

Tarifs corporatifs des hôtels pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Direction des Affaires professionnelles

D^r Hugues Bergeron, directeur
FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle