

# Cystite interstitielle : une vessie en enfer...

François Melançon, M.D.



## Le cas de Johanne

Johanne se présente « encore » à votre bureau pour une infection urinaire. Elle vous raconte que dans les deux derniers mois, elle a dû se présenter plusieurs fois à la salle d'urgence où on l'a traitée pour une infection urinaire. Chaque fois les symptômes sont les mêmes : urgence, pesanteur dans le bas-ventre, douleur pelvienne, miction douloureuse, etc. Elle est soulagée par le pyridium et un antibiotique, mais les symptômes reviennent en général après quelques semaines. Elle est pressée et veut un soulagement.

**Que faites-vous? La traitez-vous comme vos collègues? L'investiguez-vous?**

## Une maladie caméléon

Condition chronique de la vessie, la cystite interstitielle est souvent confondue avec la cystite bactérienne. Elle touche neuf femmes adultes pour un homme, quoique, comme les symptômes physiques sont semblables à ceux de la prostatite chronique et de l'hyperplasie prostatique bénigne, le diagnostic est beaucoup plus difficile à faire chez les hommes. Il semble toutefois y avoir une forte composante familiale. La cystite interstitielle est souvent associée à d'autres conditions telles que le côlon irritable, la panique, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, le lupus et la fibromyalgie.

Rien n'est spécifique dans cette maladie. L'examen physique, l'analyse d'urine et toutes les procédures urologiques ne permettent pas d'arriver précisément au diagnostic, qui doit être un diagnostic d'exclusion, soit la présence des symptômes en l'absence de toute autre condition urologique.

On ignore la cause de la cystite interstitielle. Certaines théories suggèrent une perméabilité accrue de la muqueuse vésicale, une anomalie de la fonction neuronale, une activation des mastocytes, une condition auto-immunitaire, une réaction à une infection ou la présence de substances toxiques dans l'urine.

## Poser le diagnostic

La patiente typique se présente au médecin pour une histoire récurrente de douleur vésicale durant depuis plusieurs mois, de fréquence urinaire augmentée, d'urgences mictionnelles et de nycturie. Une sensation de brûlure à la miction et de dysurie est aussi fréquemment présente. Le clinicien procédera automatiquement à une analyse d'urine pour éliminer une cystite bactérienne et pourra être trompé par la présence fréquente de pyurie et d'hématurie, et souvent même de bactériurie. La culture d'urine, si elle est faite, sera toujours négative dans le cas de cystite interstitielle.

La douleur vésicale, habituellement ressentie en supra-pubien, mais aussi fréquemment dans l'urètre ou le vagin, est un élément essentiel au diagnostic. Cette douleur augmentera en général pendant le remplissage vésical et diminuera lors de la vidange de la vessie.

Certains aliments peuvent augmenter la douleur ressentie par la patiente (Tableau 1). Éviter ces aliments peut souvent améliorer de façon spectaculaire les symptômes. Une liste de ces aliments peut être fournie à la patiente qui pourra, pour un temps, tout éliminer, puis réintroduire chaque aliment un à la fois jusqu'à la réapparition de la symptomatologie.

## Diagnostic différentiel

- La vessie hyperactive se présentera presque de la même façon, mais n'est pas associée à de la douleur.
- L'herpès génital donnera la même sensation de brûlure génitale, mais s'accompagnera de lésions vésiculaires typiques.
- Une vaginite grave peut donner de l'irritabilité vésicale : une culture vaginale devrait être considérée dans les cas de « cystite » récidivante.
- Devant un tableau de « cystites » à répétition, une cystoscopie permettra d'éliminer un diagnostic de pierres vésicales, de cancer de la vessie, de cystite radique (ne pas oublier l'histoire clinique) ou d'une (rarissime) tuberculose vésicale.
- Un cancer du col de l'utérus, du vagin ou de l'urètre pourrait donner suffisamment d'irritation pour causer des symptômes suggestifs de cystite. Une cytologie et une échographie pelvienne permettront d'éliminer ces conditions.
- Un diverticule de l'urètre sera identifié à la cystoscopie et une

cystographie identifiera une vessie neurogène.

## L'investigation

Rien n'est vraiment spécifique de la cystite interstitielle. L'investigation servira surtout au diagnostic différentiel. Les anomalies trouvées lors de l'investigation peuvent se retrouver dans d'autres conditions et le diagnostic se posera à l'histoire, une fois que les autres conditions auront été éliminées. L'addition de trouvaillles non spécifiques fera alors pencher la balance vers la cystite interstitielle. Ces trouvaillles sont l'ulcère de la muqueuse vésicale ou ulcère de Hunner (dans 10 % des cas), la présence de pétéchies visibles à la cystoscopie, l'hématurie ou la pyurie, ou encore une aggravation de la douleur vésicale ou de l'urgence mictionnelle après l'instillation de chlorure de potassium.

## Le traitement

L'approche sera en quatre points :

- l'éducation
- la diète

- les analgésiques
- la médication « spécifique »

## L'éducation et la diète

On doit rassurer la patiente que son syndrome est réel et que des solutions existent. La liste des aliments incriminants devra être fournie à la patiente. La façon la plus efficace de déterminer l'aliment (ou les aliments) causant problème consiste à tout éliminer, puis à réintroduire chaque aliment un par un jusqu'à la réapparition des symptômes.

## Les analgésiques

En plus des analgésiques urinaires, plusieurs médicaments peuvent être utilisés. En ordre d'efficacité et de commodité d'utilisation, on retrouve :

- **L'amitryptiline** à doses croissantes jusqu'à un maximum de 100 mg, en partant à 10 mg, soulagera jusqu'à 63 % des patientes qui tolèrent ce médicament.
- **Le polysulfate de pentosane sodi-que** est un polysaccharide semi-synthétique dont la dose recommandée est de 100 mg trois fois par jour, à prendre idéalement

**Tableau 1. Liste d'aliments pouvant potentiellement exacerber les symptômes de cystite interstitielle**

Agave et jus d'agave	Canneberges	Lentilles	Prunes et pruneaux
Ananas	Cantaloupes	Mayonnaise	Raisins, raisins secs et jus de raisins
Aspartame et tous les aliments, boissons et vitamines édulcorés à l'aspartame	Chili (l'épice) et les aliments très épicés	Noix (les amandes, les arachides et les pignons peuvent être consommés en petites quantités)	Saccharine
Avocats	Chocolat	Oignons	Sauce soya
Bananes	Crème sure	Pêches	Thé
Bœuf en boîte ( <i>corned beef</i> )	Fèves de Lima	Harengs marinés	Tomates, jus et sauce tomate, à l'exception des variétés à basse acidité
Boissons alcoolisées	Foie de poulet	Pain de seigle	Vinaigres
Boissons gazeuses	Fraises	Pommes, purée de pomme et jus de pomme	Yogourt
Café (sauf les cafés à l'acidité très basse)	Fromages (sauf le ricotta et le cottage)		
	Fruits citrins		

au moins une heure avant ou deux heures après les repas. Chez certaines patientes, un traitement de six à huit semaines peut être nécessaire pour soulager les symptômes. Au maximum, 30 % des patientes s'en trouvent améliorées, contre 15 à 20 % pour le placebo. On utilise ce polysaccharide sur la suspicion que la couche de glycoaminoglycans de la muqueuse serait défectueuse et que l'ajout d'un polysaccharide pourrait aider à la normaliser.

- **L'hydroxyzine**, un dérivé pipérazine et antagoniste des récepteurs H1 de l'histamine, soulagera pour sa part 31 % des patientes. Certaines études suggèrent cependant que son efficacité est semblable à celle des placebos.
- **La cyclosporine** donnera pour sa part un soulagement de 75 %. Sa toxicité limite cependant son utilisation.
- **Le diméthylsulfoxyde** sera utilisé à l'occasion par les urologues en instillation intravésicale.

On adressera la patiente en urologie afin d'obtenir une cystoscopie. Devant des symptômes récidivants et une culture négative, il ne faut pas hésiter toutefois à traiter une patiente avant même qu'elle ait rencontré l'urologue.

### La médication « spécifique »

Les patientes qui ne répondent pas aux médicaments ci-dessus pourront à l'occasion répondre favorablement, pour quelques mois au moins, à la distension de la vessie sous anesthésie. En désespoir de cause, même en l'absence d'essais cliniques, devant l'échec de toutes les modalités, certains essaieront l'instillation intravésicale de lidocaïne, de corticostéroïdes ou même d'héparine. Devant un constat d'échec, on utilisera aussi à l'occasion des anticonvulsivants, de nouveaux analgésiques, et même des narcotiques dans les cas les plus graves. Ces essais devraient cependant être laissés aux urologues.

Une approche multidisciplinaire avec l'expertise de psychologues et de physiothérapeutes pourra aider dans les cas les plus graves (dysfonction du plancher pelvien). Dans de rarissimes cas, on pourra passer à des approches héroïques, comme la stimulation continue du nerf sacré par implantation d'électrodes, la dénervation de la vessie ou même la cystectomie. **C**

**Des références sont disponibles, contactez-nous : [clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)**

## Retour sur le cas de Johanne

Vous procédez à une analyse d'urine sur bâtonnet, qui ne démontre que des leucocytes. Par prudence, vous demandez une culture d'urine et, en raison des symptômes récidivants et des cultures négatives à répétition, vous décidez de la traiter comme si elle souffrait de cystite interstitielle. Vous lui expliquez en quoi la pathologie consiste et vous lui remettez la liste des aliments potentiellement nocifs. Vous débutez le traitement avec de l'amitriptyline.

Quelques jours après, elle vous recontacte : elle a dû cesser l'amitriptyline en raison d'effets secondaires importants. Sa culture est négative. Vous lui prescrivez du polysulfate de pentosan sodique et vous demandez une consultation en urologie. À son rendez-vous de suivi un mois plus tard, elle vous apprend que ses symptômes ont diminué de plus de la moitié.



**Dr Melançon** est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment

revenu à ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.

**MAINTENANT  
REMBOURSÉ**  
PAR LES RÉGIMES  
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS  
DU QUÉBEC, DE L'ALBERTA,  
DE LA SASKATCHEWAN,  
DU MANITOBA,  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK,  
DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE,  
ET DE TERRE-NEUVE†



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

M.C. de Pfizer Inc, utilisée sous licence  
ZELDOX<sup>MD</sup>, Pfizer Products Inc., Pfizer Canada Inc., licencié  
© 2009 Pfizer Canada Inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5



**ZELDOX<sup>MD</sup>**  
chlorhydrate de ziprasidon

† ZELDOX est inscrit à la section régulière de la Liste de médicaments du régime général et de la Liste de médicaments-établissements du Québec. ZELDOX a été ajouté à l'Alberta Health and Wellness Drug Benefit List à titre de traitement entièrement remboursé. ZELDOX est remboursé par le programme Drug Plan & Extended Benefits de la Saskatchewan. ZELDOX a été ajouté à la partie 1 de la Drug Benefit and Interchangeability List du Manitoba. ZELDOX est également remboursé, en vertu d'une autorisation spéciale, par le programme Pharmacare de la Nouvelle-Écosse, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et le Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program de Terre-Neuve.