

SYNDROME DOULOUREUX VESICAL/CYSTITE INTERSTITIELLE (SDV)

Dr Laurence Peyrat
Urologue



SDV

Pathologie rare : certainement sous estimée / USA entre 10 et 510 sur 100000

Pathologie chronique

Age moyen 40 ans / 25 % moins de 30 ans

9 femmes pour 1 homme

Diagnostic posé en moyenne en 4 à 5 ans

Evolution fréquente avec phase exacerbation et amélioration

Impact majeur sur la qualité de vie

4 fois plus de de suicide que la population générale

qualité de vie comparable aux patients dialysés



SDV / GENERALITES

Physiopathologie multiples

Alteration de la perméabilité paroi vésicale / Alteration de la couche protectrice de Glycose Amino Glycane GAG

Théorie inflammatoire Les cellules impliquées dans allergie sont presentes dans la paroi en trop grand nombre / Association frequente allergie et SDV

Théorie auto-immune / Association frequente SDV et PAR, LED, Gougerot ...

Théorie la plus ancienne des infections chroniques ont altérées la paroi vésicale



SDV / SYMPTOMES

Typiquement cystalgies calmées transitoirement par la miction

Envie ressentie comme une brûlure, sensation de spasme, de faux besoin, coups de poignards...sans réelle urgence

Irradiation possible périnée, lombaire ..

Pollakiurie diurne et nycturie

Soulagement pouvant être de qqs mn uniquement



SDV / DIAGNOSTIQUE

Interrogatoire

Catalogue mictionnel typiquement mictions de petits volumes, variations importantes d'un jour à l'autre au sein d'une même journée possibles

Examen normal / sensibilité de la paroi vaginale antérieure

Bilan urodynamique

non indispensable / voir à éviter pour diminuer les examens invasifs

Apparition d'une douleur rapidement au remplissage vésical

Test au K+ / nombreux faux positifs et négatifs / peu de spécificité



SDV / DIAGNOSTIQUE

Eliminer autres causes

Indispensables

Infections

Tumeur vésicale / pelvienne ..

Association autres syndromes douloureux

D'ou nécessité ECBU / PV / Echo / IRM / cytologie urinaire

ECBU : hématurie / leucocyturie/ normal



SDV / DIAGNOSTIQUE CYSTOSCOPIE

Idéalement sous AG

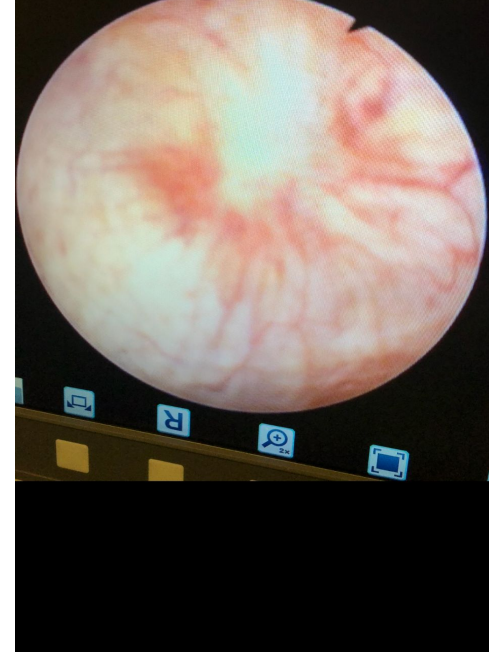
Mais patient souvent réticent

Permet recherche signe diagnostique / hydrodistension / biopsie

Sous Locale

peut être utile si refus AG d'emblée : éliminer tumeur, pour le diagnostique recherche douleur au remplissage sans avoir d'anomalie de la muqueuse, LÉSION ULCÉRÉE,

Un remplissage à 400/500 ml sans aucune douleur "élimine " est un fort argument contre le diagnostique



SDV / DIAGNOSTIQUE

CYSTOSCOPIE SOUS AG

Permet le diagnostique

LESION ULCERRE /Ulcere de Huner

Remplissage / Distension de la vessie à pression controlée : moins de 80 cm H2O

Apparition de pétéchies plus ou moins diffuses



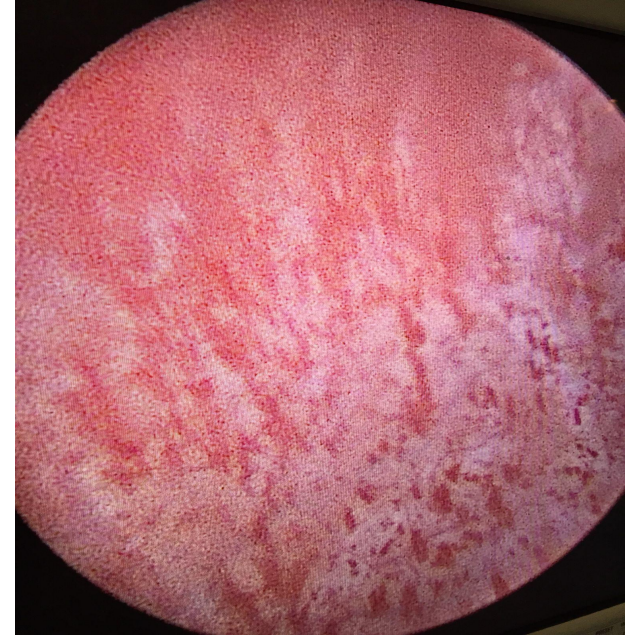
SDV / DIAGNOSTIQUE

CYSTOSCOPIE SOUS AG

Aspect de vessie qui pleure le sang

Capacité vésicale

Biopsie élimine CIS / Nombreux mastocytes



Critères établis par le NIH (National Institutes of Health) aux Etats-Unis pour le diagnostic de la cystite interstitielle

Un des deux critères suivants doit obligatoirement être présent (visible à la cystoscopie) -
glomérulation de la muqueuse - ulcère de Hunner

Un des deux symptômes suivants doit être présent - cystalgies (douleurs vésicales) -
impériosités mictionnelles (envies pressantes)

Si l'un des critères suivants est présent, le diagnostic de cystite interstitielle est éliminé :

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



SDV / TRAITEMENT

Ne pas promettre de guérison

But : rémission / Stabilisation

Pas de traitement curatif en 2025

Association de traitements ET prise en charge pluridisciplinaire



SDV / TRAITEMENT

Hydrodistension / Resection des Lésions ulcérées /Ulcere de Hunner

60/70 % de rémission

Plus ou moins long terme

Peut être répétée

Une deuxième fois si première inefficace

Resistance à long terme

Temps hydrodistension très variable en fonction équipe De qqs MN à plusieurs heures



SDV / TRAITEMENT / REGIME ALIMENTAIRE

Fait partie intégrante de la prise en charge

Diminuer Aliments qui agressent la vessie

Aliments qui rendent acides les urines

Si prise d'aliments acides les associer à des traitement alcalinisants pour tamponner les premiers



SDV / TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Antalgiques simples peu efficaces

AINS efficacité variable

Intérêt de la prise en charge conjointe en algologie / centre de la douleur

Antidépresseur et anticonvulsivant / Intérêt de l'amitriptyline du neurontin



SDV / TRAITEMENT REPARATEUR PAROI VESICALE

Théorie : agir sur la cause de la maladie : réparer la couche de glycoprotéines de la vessie

Instillation intravésicale

PROTOCOLE DIFFERENTS EN FONCTION PRODUIT

heparine (long et pénible abandonné) ,

RIMSO ATU / DMSO auparavant depuis 1977 / moins utilisé

acide hyaluronique, de sulfate de chondroïtine et acide hyaluronique

Association GAG et chondroïtine sulfate / IALURIL prefill / 4 instillations à 1 semaine d'écart puis 1 par mois pendant ...très probable nécessité d'entretien



SDV / TRAITEMENT MEDISCAMENTEUX REPARATEUR PAROI VESICALE

Le pentosanpolysulfate **Elmiron**

Traitement médicamenteux

seul traitement medicamenteux specifique du SDV

Remboursement 15 %

Début d'efficacité uniquement après plusieurs mois

100 mg trois fois par jour

**Effets Il alopecie reversible, troubles digestifs, perturbation bilan
hepatique (surveillance) , description pb retinien (FO)**



SDV / TRAITEMENT / ANTIALLERGIQUES

CONTEXTE

Terrain allergique

ou/et symptômes évoluent lors saisons d'allergie

ATARAX SOUVENT DECRITE

AUPARAVANT CIMETIDINE POSSIBLE / N EST PLUS COMMERCIALISEE



SDV / TRAITEMENT

NEUROMODULATION TRANSCUTANEE OU SACREE

BOTOX

RESENT DES TRAITEMENTS CONSERVATEURS

NON SPECIFIQUES DU SDV

MISE A PART NEUROMODULATION TRANSCUTANEE JAMAIS DE PREMIERE INTENTION



SDV

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

CENTRE DE LA DOULEUR

REEDUCATION

PSYCHOLOGUE

ACUNPONCTURE

OSTEOPATHIE...



SDV TRAITEMENT DE DERNIÈRE LIGNE

CYSTECTOMIE SUS TRIGONALE AVEC REMPLACEMENT VÉSICAL ET
AGRANDISSEMENT

TRAITEMENT DE RECOURS

UNIQUEMENT SI ANOMALIE MAJEURE DE LA PAROI VÉSICALE

LORSQUE LA VESSIE N A PLUS QU UNE TRÈS PETITE CAPACITÉ SOUS AG
DONNE ALORS DE BONS RÉSULTATS



SDV / 2 PROFILS

1-SDV avec anomalie importante paroi vésicale / CYSTITE INTERSTIELLE

Cliniquement PKD et Nycturie sur volumes mictionnels quasi constants et petits

Anomalie des l'inspection de la fibroscopie

Lésion ulcérée / Ulcere de Hunner

Petite capacité vésicale sous AG

Correspond certainement à la “cystite interstitielle”

Moins de pathologie douloureuse associée



SDV / 2 PROFILS

2-SDV sans anomalie importante de la paroi

Cliniquement PKD et nycturie très variables sur volumes mictionnels très variables

Forme “sensitives” / peu d’anomalie de la paroi

Pas de limitation de la capacité vésicale sous AG

Association fréquente à d’autres pathologies douloureuses

