



Cas clinique

Colloque de néphrologie du 30.04.2010
aux HUG

Madame H. 64 ans

- Anamnèse actuelle:
 - En raison d'une cystite interstitielle, intervention urologique le 30.3
 - Elle développe une pancréatite aigue probablement médicamenteuse (Novalgine, supracycline, flagyl) ou auto-immune vu les antécédents.
 - Évolution favorable

Madame H. 64 ans

- **ATCD:**
 - Lupus érythémateux disséminé depuis 1995
 - Colite collagène diagnostiquée en 2002
 - Cystites à répétitions depuis 2008 → cystite interstitielle

Pain bladder syndrome/ interstitial disease


- Définition proposée par la ESSIC en 2007:
 - Douleur chronique (>6 mois) au niveau du pelvis
 - Sensation de pression et d'inconfort au niveau de la vessie
 - Urgence urinaire ou augmentation de la fréquence (cause d'incontinence)
 - Exclusion de toutes autres causes (gynécologiques, digestives, infectieuses,...)

Symptômes

- Douleur au remplissage ou vidange de la vessie
- Urgence, pollakiurie, dysurie, nycturie (60x/J → incontinence)
- Augmentés par des situations de stress, par le cycle menstruel,...

Diagnostic d'exclusion

- Examen physique:
 - Gynécologique
- Examens paracliniques:
 - Urines: sédiment, culture, cytologie, biomarqueur (APF)
 - Cystoscopie (pour exclure d'autres pathologies): hydrodistention (traitement), glomérulation, lésions de Hunner

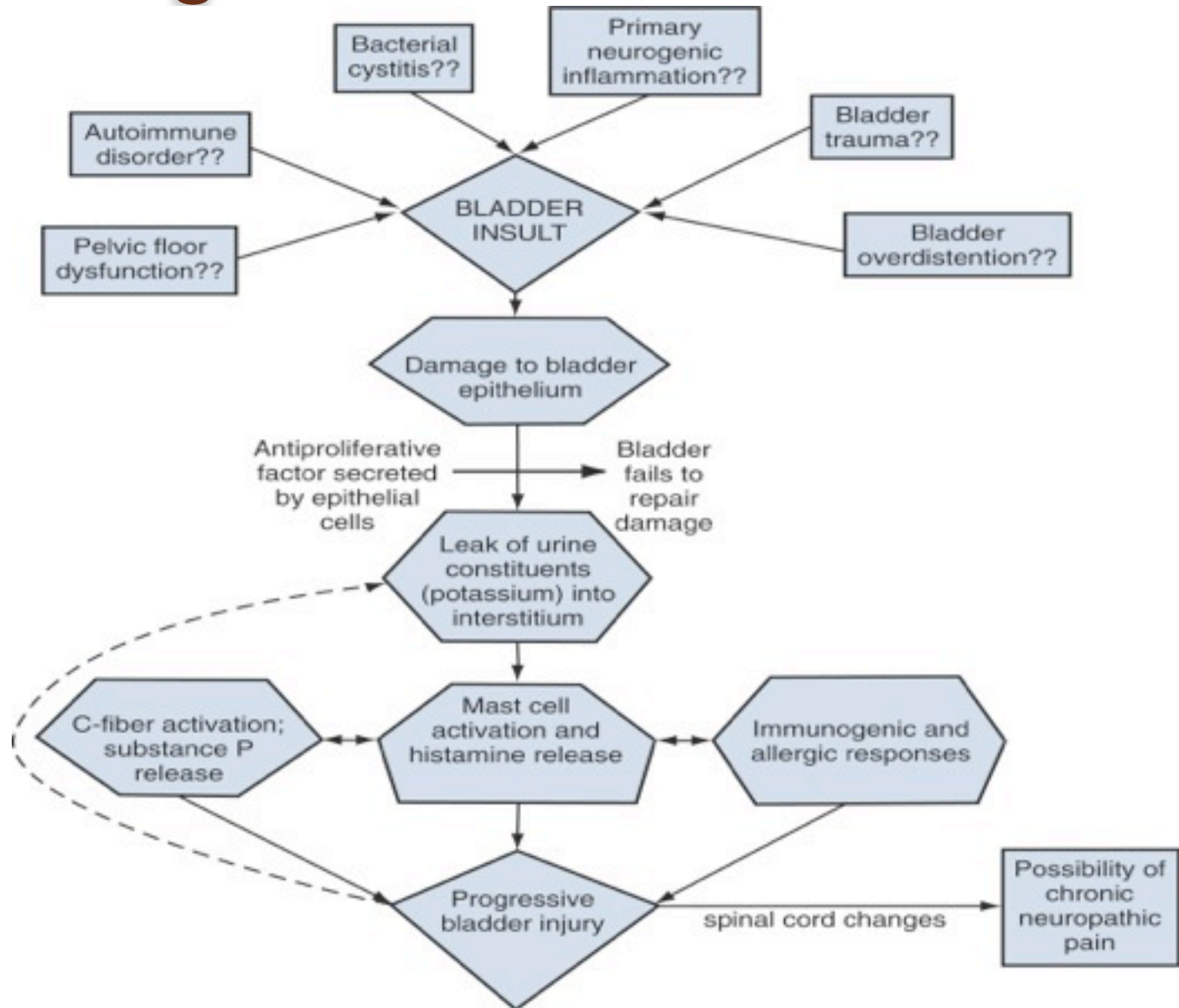


The role of histopathology in the diagnosis of IC is primarily one of excluding other possible diagnoses.

Epidémiologie

- 15/100'000
- 12 femmes pour 1 homme
- Association fréquente avec maladies auto-immunes (LED, Crohn,...)
- Syndrome méconnu par les médecins de premier recours, il se peut qu'il y ait 5 ans de délai avant un diagnostic

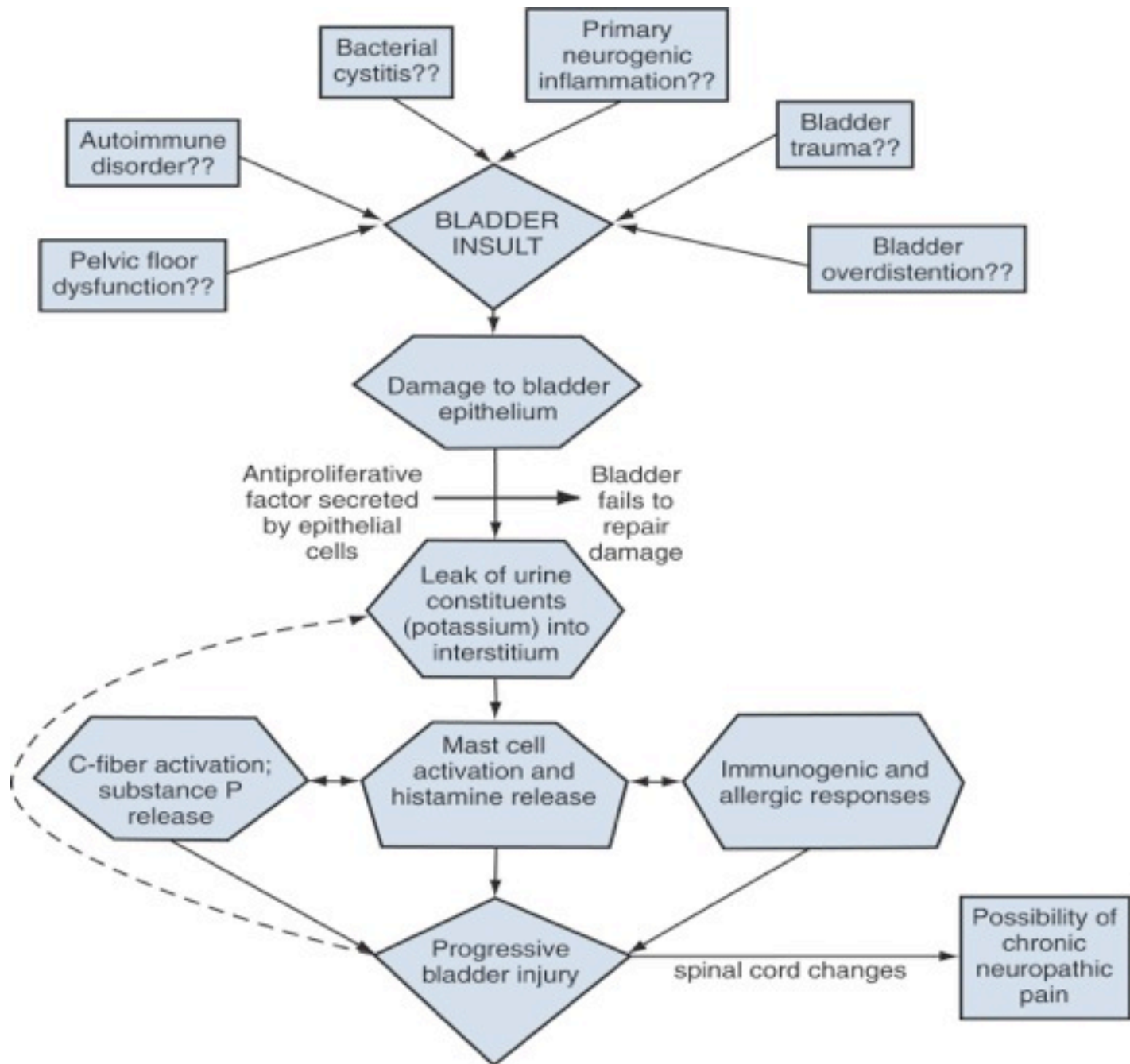
Etiologie



Etiologie et Physiopathologie

- Plusieurs théories:
 - Infectieuse: +/- de trace ADN virale ou bactérien n'a pas été mise en évidence
 - Auto-immunité
 - Perméabilité épithéliale: Sans cette couche protectrice, la susceptibilité aux infections sera augmentée ainsi que la production de NO par les cellules urothéliales. La production de substance P se verra aussi augmentée.

- douleur neurogène: l'inflammation chronique amène à une potentialisations centrale et a une hyperesthésie, une douleur non-nociceptive
- Facteurs antiprolifératif: le facteur anti-prolifératif (APF) est produit par la vessie des patients PBS/IC, peut servir comme bio marquer (apparemment sensible et spécifique).
- Activation des mastocytes



Traitement

- Administration intravésicale:
 - DMSO (diméthyle sulphoxide) en combinaison avec corticostéroïdes et/ou héparine
 - BCG
 - Acide hyaluronique (GAG)
 - Resiniferatoxine (désensibilisation des fibres C)
 - Héparine
 - Toxine botulinique

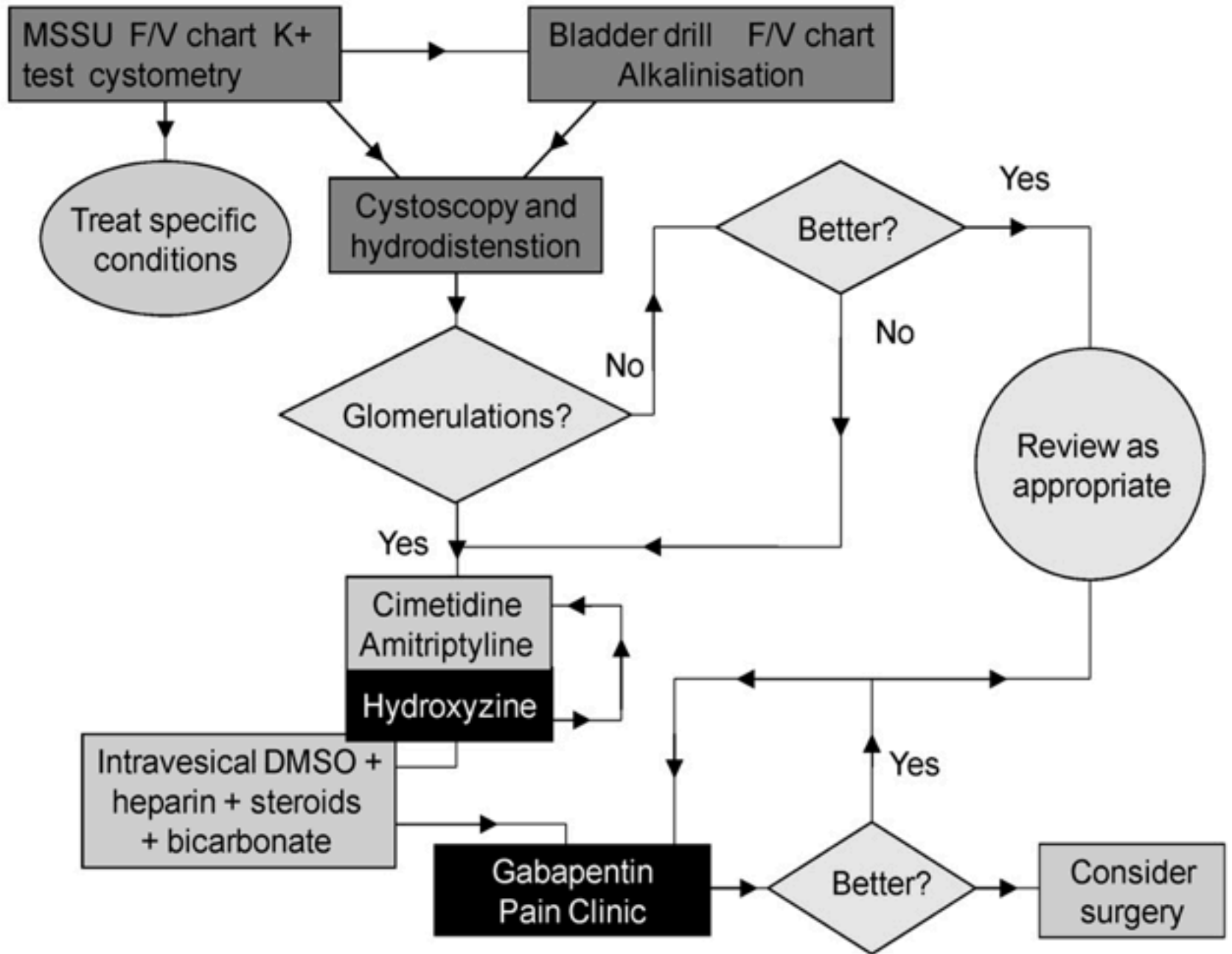
Traitement

- **Systemique**
 - Cimetidine (anti H2 → mastocytes)
 - Amitriptyline (modulation de la douleur)
 - Pentosan polysulfate (GAG)

⊕ **Table 10-11 -- Some Oral Medications That Have Been Used for Treatment of PBS/IC**

Drug	Randomized Control Trial	% Success
Amitriptyline	Yes	42%
Antibiotic regimens	Yes	48%
Anticholinergics and antispasmodics	No	Anecdotal
Azathioprine	No	50%
Benzydamine	Yes	0%
Chloroquine derivatives	No	50%
Cimetidine	Yes	65%
Cortisone and other steroids	No	80%
Cyclosporine	No	90%
Doxycycline	No	71%
Gabapentin	No	Anecdotal
Hormones	No	Anecdotal
Hydroxyzine	Yes	31%
L-Arginine	Yes	Not effective
Methotrexate	No	50%
Misoprostol	No	48%
Montelukast	No	90%
Nalmefene	Yes	Not effective
Narcotic analgesics	No	Anecdotal
Nifedipine	No	87%
Phenazopyridine	No	Anecdotal
Quercetin	No	92%
Sodium pentosan polysulfate	Yes	33%
Suplatast tosylate	Yes	Pending publication

□



Messages clés

- Qualité de vie
- Maladie méconnue
- Diagnostic retardé
- Connaissances physiopathologiques
- Prise en charge difficile

Références

- J.Dasgupta, D.Tincello, Interstitial cystitis/bladder pain syndrome:An update; **Maturitas 64 (2009) 212-217**
- **Wein: Campbell-Walsh Urology, 9th ed.**; Chapter 10 - Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis and Related Disorders
- www.essic.eu (European Society for the Study of IC/PBS)