

CHAPITRE **e35****Cystite interstitielle/
syndrome de la vessie
douloureuse**

John W. Warren

La plupart des cliniciens qui exercent dans des cabinets de consultations externes voient des cas non diagnostiqués de cystite interstitielle/syndrome de la vessie douloureuse (CI/SVD). Cette affection chronique est caractérisée par une douleur perçue comme provenant de la vessie, un besoin impérieux d'uriner, une fréquence exagérée des mictions et une nycturie. Comme les diagnostics actuels le montrent, la très grande majorité des cas concernent les femmes. Les symptômes s'intensifient et diminuent pendant des mois, des années, voire probablement pendant toute la vie du patient. Le spectre de l'intensité des symptômes est large. La douleur peut être insoutenable, le besoin impérieux d'uriner pénible, la fréquence exagérée des mictions atteindre jusqu'à 60 fois en 24 heures et la nycturie être responsable d'une privation de sommeil. Ces symptômes peuvent être invalidants en termes d'activités quotidiennes, d'horaires de travail et de relations personnelles ; les patients souffrant de CI/SVD font état d'une satisfaction à l'égard de la vie inférieure à celle des patients souffrant d'insuffisance rénale terminale. L'étiologie de la CI/SVD n'est pas connue. Il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie, puisqu'elle a été décrite pour la première fois à la fin du dix-neuvième siècle chez un patient souffrant des symptômes décrits ci-dessus et présentant un seul ulcère visible à la cystoscopie (désormais appelé ulcère de Hunner, du nom du premier urologue à en avoir fait état). Au cours des décennies suivantes, il est apparu clairement que de nombreux patients présentant des symptômes similaires n'avaient pas d'ulcère. On estime à présent que moins de 10 p. 100 des patients souffrant de CI/SVD ont un ulcère de Hunner.

La définition de la CI/SVD, les caractéristiques de son diagnostic et même son nom continuent à évoluer. La Société internationale de la continence, organisme qui se consacre à l'étude des troubles du bas appareil urinaire et du plancher pelvien, a défini le SVD comme « une douleur sus-pubienne liée au remplissage de la vessie, accompagnée d'autres symptômes tels qu'une augmentation diurne et nocturne de la fréquence des mictions en l'absence d'une infection urinaire confirmée ou d'une autre pathologie évidente ». Dans la pratique, les cliniciens ont interprété cette définition pour y inclure toute douleur pelvienne chronique qui augmente avec le remplissage de la vessie et/ou diminue avec l'évacuation et qui ne peut être expliquée en faisant référence à une autre maladie identifiable.

De nombreux patients souffrant de CI/SVD présentent également d'autres syndromes, tels que fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome du côlon irritable, vulvodynie et migraine. Collectivement, ces syndromes sont connus sous le nom de syndromes somatiques fonctionnels (SSF) : des affections chroniques dans lesquelles la douleur et la fatigue sont des caractéristiques importantes alors que les examens biologiques et les résultats histologiques sont normaux. Comme la CI/SVD, les SSF sont souvent associés à la dépression et l'anxiété. La majorité des cas concernent des femmes, et plusieurs SSF peuvent affecter un même patient. En raison de ses caractéristiques et comorbidité similaires, la CI/SVD est parfois considérée comme un SSF.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les études de population contemporaines portant sur la CI/SVD aux États-Unis indiquent des prévalences de 2 à 3 p. 100 chez les femmes et de 1 à 2 p. 100 chez les hommes. Pendant des décennies, on a cru que 90 p. 100 des cas de CI/SVD se produisaient chez les femmes. Cependant, ces résultats relatifs à la prévalence ont donné lieu à des recherches visant à déterminer la proportion d'hommes présentant les

symptômes habituellement diagnostiqués comme ceux d'une prostatite chronique (désormais connue sous le nom de prostatite chronique/syndrome douloureux pelvien chronique) souffrant en fait d'une CI/SVD. Aucun compte rendu d'études bien conçues portant sur l'incidence de la CI/SVD n'a été publié.

Chez les femmes, l'âge moyen à l'apparition des symptômes de la CI/SVD est de 40 à 45 ans, mais les symptômes peuvent apparaître depuis l'enfance jusqu'à la soixantaine. Les facteurs de risque (caractéristiques des antécédents qui distinguent les cas des témoins) sont principalement les SSF. En fait, les chances de souffrir de CI/SVD augmentent avec le nombre de ces syndromes présents. La chirurgie a longtemps été considérée comme un facteur de risque pour la CI/SVD, mais les analyses corrigées pour tenir compte des SSF ont réfuté cette association. Une minorité de patients présentent une infection bactérienne de l'appareil urinaire à l'apparition de la CI/SVD.

L'histoire naturelle de la CI/SVD n'est pas connue. Bien que, selon l'interprétation des études découlant des pratiques d'urologie et d'urogynécologie, la CI/SVD dure toute la vie du patient, des études de population suggèrent que certaines personnes souffrant de CI/SVD ne consultent pas de spécialistes, voire aucun professionnel de santé du tout, et la plupart des études de prévalence ne font apparaître aucune tendance à la hausse avec l'âge – évolution à laquelle on pourrait s'attendre avec l'apparition de nouveaux cas tout au long de l'âge adulte, suivie d'une persistance pendant toute la vie d'une maladie non fatale. On pourrait donc raisonnablement conclure que les patients des cabinets d'urologie représentent ceux qui souffrent des formes de CI/SVD les plus sévères et récalcitrantes.

PATHOLOGIE

Pour la proportion de moins de 10 p. 100 de patients souffrant de CI/SVD qui présentent un ulcère de Hunner, le terme de *cystite interstitielle* pourrait réellement décrire le tableau histopathologique. La plupart de ces patients présentent une inflammation substantielle, des mastocytes et du tissu de granulation. Cependant, chez les 90 p. 100 de patients ne présentant pas ces ulcères, la muqueuse de la vessie est relativement normale, avec une faible inflammation.

ÉTIOLOGIE

De nombreuses théories relatives à la pathogenèse de la CI/SVD ont été avancées. Sans surprise, les premières théories se concentraient pour la plupart sur la vessie. Ainsi la CI/SVD a-t-elle été étudiée en tant qu'infection de la vessie chronique. Des technologies sophistiquées n'ont pas réussi à identifier de germe responsable dans l'urine ou les tissus de la vessie ; cependant, les patients étudiés par ces méthodes présentaient une CI/SVD chronique, et les résultats n'excluent pas la possibilité que l'infection puisse déclencher le syndrome ou être une caractéristique des premières phases de la CI/SVD. D'autres facteurs inflammatoires, notamment un rôle pour les mastocytes, ont été proposés, mais comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les 90 p. 100 de patients ne présentant pas d'ulcère de Hunner ont une inflammation limitée de la vessie et ne présentent pas de prééminence des mastocytes. Une auto-immunité a été envisagée, mais les auto-anticorps sont non spécifiques et en titre faible et l'on estime qu'il s'agit d'un résultat plutôt que d'une cause de la CI/SVD. Une perméabilité accrue de la muqueuse de la vessie due à un défaut de l'épithélium ou de la glycosaminoglycane (le revêtement muqueux de la vessie) a souvent été étudiée, mais les observations n'ont pas été concluantes.

Les recherches de causes extérieures à la vessie ont été suscitées par la présence de SSF co-morbides. De nombreux patients souffrant de SSF présentent une sensibilité anormale à la douleur comme le prouvent : 1) des seuils de la douleur bas dans des zones du corps sans rapport avec le syndrome diagnostiqué ; 2) un contrôle neurologique descendant dysfonctionnel des signaux tactiles ; 3) des réponses accrues du cerveau au toucher dans des études de neuroimagerie fonctionnelle. En outre, chez les patients souffrant de CI/SVD, les surfaces du corps distantes de la vessie sont plus sensibles à la douleur que chez les personnes sans CI/SVD. Toutes ces observations sont cohérentes avec une régulation positive du traitement sensoriel dans le cerveau. En fait, selon la théorie dominante, ces syndromes qui se produisent de manière concomitante ont en commun une anomalie du traitement des informations sensorielles par le cerveau. Cependant, l'antécédence est un critère essentiel pour la causalité et aucune étude n'a démontré qu'une sensibilité anormale à la douleur précède la CI/SVD ou les SSF.

■ PRÉSENTATION CLINIQUE

Chez certains patients, la CI/SVD s'installe de façon progressive et/ou les symptômes cardinaux de douleur, besoin impérieux d'uriner, fréquence exagérée des mictions et nycturie apparaissent les uns après les autres sans ordre précis. D'autres patients peuvent identifier la date exacte de l'apparition des symptômes de CI/SVD. Plus de la moitié de ces derniers patients décrivent une brûlure ou une douleur à la miction qui débute à cette date. Ce symptôme, habituellement appelé *dysurie*, est caractéristique d'une infection de l'appareil urinaire. Comme nous l'avons mentionné précédemment, seule une minorité de patients souffrant de CI/SVD qui consultent un médecin peu de temps après l'installation des symptômes ont des bactéries uropathogènes ou des leucocytes dans les urines. Ces patients et de nombreux autres présentant une CI/SVD d'installation récente sont traités par des antibiotiques pour une infection présumée de l'appareil urinaire. Les hommes présentant ces symptômes sont généralement traités pour une prostatite chronique bactérienne. Des symptômes persistants ou récidivants sans bactériurie entraînent finalement un diagnostic différentiel, et la CI/SVD est envisagée. Traditionnellement, le diagnostic de CI/SVD est retardé (parfois pendant des années), mais l'intérêt récent pour cette maladie a raccourci cet intervalle.

La douleur de la CI/SVD comporte une prééminence sus-pubienne et évolue avec le cycle mictionnel. Les deux tiers des femmes présentant une CI/SVD font état de deux sites ou plus de douleur. Le site le plus fréquent (présent chez 80 p. 100 des femmes) et généralement celui pour lequel la douleur est la plus sévère est la région sus-pubienne. Environ 35 p. 100 des patientes ont des douleurs dans l'urètre, 25 p. 100 dans d'autres parties de la vulve et 30 p. 100 dans des régions non génito-urinaires, principalement le bas du dos et également la face antérieure ou postérieure des cuisses, ou les fesses. La douleur de la CI/SVD est le plus fréquemment décrite comme sourde, oppressante, pulsative, sensible et/ou transfixiante. Il est possible de distinguer la CI/SVD d'une autre douleur pelvienne en se fondant sur le fait que, chez 95 p. 100 des patients, le remplissage de la vessie exacerbe la douleur et/ou la vidange de la vessie la soulage. Presque autant de patients font état d'une évolution surprenante dans laquelle certaines substances alimentaires aggravent la douleur de la CI/SVD. De plus faibles proportions – mais toujours la majorité – de patients indiquent que la douleur de leur CI/SVD est aggravée par les règles, le stress, des vêtements serrés, l'exercice et par un voyage en voiture ainsi que pendant ou après un rapport vaginal.

La douleur urétrale et vulvaire de la CI/SVD mérite une mention spéciale. Outre les adjectifs descriptifs mentionnés précédemment pour la CI/SVD, cette douleur est fréquemment décrite comme brûlante, cuisante et vive et aggravée par le toucher, les tampons et les rapports vaginaux. Les patients indiquent que la douleur urétrale augmente pendant la miction et diminue généralement par la suite. Ces caractéristiques ont fréquemment poussé à diagnostiquer la douleur urétrale de la CI/SVD comme étant celle d'un syndrome urétral chronique et la douleur vulvaire comme vulvodynie.

Chez de nombreux patients souffrant de CI/SVD, il existe un lien entre la douleur et la miction impérieuse ; plus précisément, deux tiers des patients décrivent le besoin impérieux d'uriner comme un désir de soulager la douleur. Seuls 20 p. 100 indiquent que ce besoin impérieux provient d'un désir de prévenir l'incontinence ; en fait, très peu de patients présentant une CI/SVD sont incontinents. La fréquence des mictions peut être sévère, quelque 85 p. 100 des patients évacuant plus de 10 fois par 24 heures, voire jusqu'à 60 fois pour certains. L'évacuation continue pendant la nuit et la nycturie est courante, fréquente et souvent associée à des symptômes de privation du sommeil.

Outre ces symptômes courants de la CI/SVD, des symptômes urinaires supplémentaires et d'autres symptômes pourraient être présents. Parmi les symptômes urinaires, on trouve la difficulté pour commencer à uriner, les perceptions de difficulté pour vider la vessie et les spasmes de la vessie. Parmi les autres symptômes, on trouve les manifestations de SSF comorbides, ainsi que des symptômes qui ne constituent pas des syndromes reconnus, tels que l'engourdissement, les spasmes musculaires, l'état vertigineux, le tintement d'oreilles et la vision trouble.

La douleur, le besoin impérieux d'uriner et la fréquence exagérée des mictions de la CI/SVD peuvent être débilissants. La proximité avec des toilettes est une préoccupation de tous les instants, et les patients font état de difficultés sur leur lieu de travail, dans leurs loisirs, pour voyager ou simplement pour quitter leur domicile. Les relations familiales et sexuelles peuvent être tendues.

■ DIAGNOSTIC

Traditionnellement, la CI/SVD a été considérée comme une affection rare diagnostiquée par les urologues à la cystoscopie. Cependant, ce trouble est bien plus courant que ce que l'on pouvait penser ; on l'envisage désormais plus précocement dans son évolution, son diagnostic et sa prise en charge étant plus souvent effectués par des cliniciens de premier recours. Les résultats de l'examen physique, de l'examen des urines et des procédures urologiques sont insensibles et/ou non spécifiques. Par conséquent, le diagnostic est fondé sur la présence des symptômes appropriés et l'exclusion des maladies à la présentation similaire.

Trois catégories de troubles peuvent être envisagées dans le diagnostic différentiel de la CI/SVD. La première représente les autres maladies identifiables qui se manifestent par une douleur pelvienne et/ou des symptômes urinaires, y compris des infections courantes (infection récurrente de l'appareil urinaire, vaginite, herpès génital) ; une cystite due à une irradiation, un traitement par cyclophosphamide, ou la tuberculose ; une vessie neurogène, des calculs vésicaux, ou un diverticule de l'urètre ; un cancer de la vessie, de l'utérus, du col de l'utérus, du vagin, ou de l'urètre ; et, chez les hommes, un cancer de la prostate. Une vessie hyperactive est une affection chronique de l'homme et de la femme qui se manifeste par un besoin impérieux d'uriner et une fréquence exagérée des mictions et qui peut être distinguée de la CI/SVD par les antécédents du patient : la douleur n'est pas une caractéristique de la vessie hyperactive, et son besoin impérieux d'uriner vient de la nécessité d'éviter l'incontinence. L'endométriose est un cas particulier : celle-ci peut être asymptomatique ou causer une douleur pelvienne, une dysménorrhée et une dyspareunie – à savoir, les types de douleur qui reproduisent ceux de la CI/SVD. La présence d'implants endométriaux sur la vessie (bien que peu fréquente) peut être à l'origine de symptômes urinaires, et le syndrome qui en résulte peut reproduire celui de la CI/SVD. Même si une endométriose est identifiée, il est difficile, en l'absence d'implants dans la vessie, de déterminer si celle-ci est responsable des symptômes ou si elle est secondaire aux symptômes de la CI/SVD chez une femme particulière.

La seconde catégorie de troubles inclut les SSF qui peuvent accompagner la CI/SVD. La CI/SVD peut être diagnostiquée à tort comme étant une douleur pelvienne chronique, un syndrome du côlon irritable, ou une fibromyalgie. Le diagnostic correct peut n'être envisagé que lorsque les variations de la douleur avec la modification du volume de la vessie ou les symptômes urinaires apparaissent ou deviennent plus proéminents.

La troisième catégorie concerne les syndromes que la CI/SVD reproduit par le biais de sa douleur projetée. Ces syndromes incluent la vulvodynie et le syndrome urétral chronique. Dans des études portant sur des adultes présentant des symptômes urinaires chroniques, la distribution des symptômes est similaire chez les hommes et chez les femmes, découverte qui remet en question les distinctions entre CI/SVD, vessie hyperactive, hypertrophie de la prostate et prostatite chronique/syndrome douloureux pelvien chronique.

Par conséquent, la CI/SVD doit être envisagée dans le diagnostic différentiel d'une « infection de l'appareil urinaire » persistante ou récurrente, mais avec des cultures d'urines stériles ; d'une « vessie hyperactive » avec douleur ; d'une douleur pelvienne chronique, d'une endométriose, d'une vulvodynie, ou de SSF avec symptômes urinaires ; et d'une « prostatite chronique ». Comme nous l'avons mentionné précédemment, les pistes importantes pour le diagnostic de la CI/SVD sont l'exacerbation de la douleur avec le remplissage de la vessie ou avec la consommation de certains aliments ou boissons et le soulagement de la douleur après la miction.

On considérerait autrefois qu'une cystoscopie sous anesthésie était nécessaire pour le diagnostic en raison de sa capacité à révéler un ulcère de Hunner ou, chez 90 p. 100 des patients sans ulcère, des hémorragies péti-chiales après distension de la vessie. Cependant, ces observations n'étant pas spécifiques, de nombreux experts trouvent cette procédure inutile. Dans la mesure où les autres procédures de diagnostic urologiques ne sont pas particulièrement utiles, les indications pour une orientation vers un urologue ont évolué pour concerner davantage la nécessité d'exclure toutes les autres maladies ou d'administrer un traitement plus perfectionné.

Un patient typique se présente chez le clinicien de premier recours après des jours, des semaines, voire des mois de douleur, de besoin impérieux d'uriner, de fréquence exagérée des mictions et/ou de nycturie. La présence de nitrites, de leucocytes, ou de bactéries uropathogènes dans l'urine doit déclencher un traitement pour une infection de l'appareil urinaire et une prostatite bactérienne chez la femme et l'homme, respectivement. La persistance ou la récurrence de symptômes en l'absence

de bactériurie devrait inciter à procéder à un examen pelvien pour les femmes, un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique pour les hommes, et une cytologie urinaire et une inclusion de la CI/SVD dans le diagnostic différentiel pour les deux sexes.

Dans le diagnostic de la CI/SVD, les questions à propos de la douleur, de la pression et de la gêne sont utiles ; la CI/SVD doit être envisagée si l'une de ces sensations est notée dans un ou plusieurs sites antérieur ou postérieur entre l'ombilic et la partie supérieure des cuisses. Les questions non directives à propos de l'effet des changements de volume de la vessie comprennent « Lorsque votre prochaine miction approche, votre douleur s'atténue-t-elle, s'aggrave-t-elle ou reste-t-elle la même ? » et « Après avoir uriné, cette douleur s'atténue-t-elle, s'aggrave-t-elle ou reste-t-elle la même ? » Le fait d'établir que la douleur est exacerbée par la consommation de certains aliments et certaines boissons, peut non seulement étayer le diagnostic de CI/SVD mais sert également de base pour l'une des premières phases de la prise en charge de ce syndrome. Un moyen non directif de se renseigner à propos du besoin impérieux d'uriner est de le décrire au patient comme un besoin irrésistible d'uriner difficile à retarder ; des questions de suivi peuvent déterminer si ce besoin impérieux est destiné à soulager la douleur ou à prévenir l'incontinence. Pour évaluer la sévérité et fournir des mesures quantitatives initiales, le patient doit estimer la douleur et le besoin impérieux d'uriner sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant une absence de ces symptômes et 10 le pire degré imaginable. La fréquence des mictions par période de 24 heures doit être déterminée et la nycturie évaluée comme le nombre de fois par nuit où le patient a été réveillé par le besoin d'uriner.

Environ la moitié des patients souffrant de CI/SVD présentent une hématurie microscopique intermittente ou persistante ; cette manifestation et le besoin d'exclure les calculs de la vessie ou le cancer nécessite une orientation vers un spécialiste urologique ou urogynécologique. L'instauration du traitement pour la CI/SVD n'empêche pas une évaluation urologique ultérieure.

TRAITEMENT

L'objectif du traitement est de soulager les symptômes de la CI/SVD ; le défi réside dans le fait qu'aucun traitement n'est uniformément efficace. Cependant, la plupart des patients finissent par obtenir un soulagement, généralement grâce à une approche à multiples facettes. La bonne stratégie consiste à commencer avec les traitements les moins invasifs et à n'adopter les mesures plus invasives que si celles-ci sont nécessaires et uniquement sous la supervision d'un urologue ou d'un urogynécologue. Les tactiques comprennent l'éducation, les modifications alimentaires, les médicaments, la rééducation du plancher pelvien et le traitement des SSF associés.

Des mois, voire des années, sont susceptibles de s'être écoulés depuis l'apparition des symptômes, et la vie du patient peut avoir été bouleversée de manière continue par des visites médicales répétées provoquant frustration et désarroi tant chez le patient que chez les médecins. Dans ces circonstances, le simple fait de donner un nom au syndrome est bénéfique. Le médecin doit discuter de la maladie, du diagnostic, des stratégies thérapeutiques et du pronostic avec le patient et le conjoint et/ou d'autres membres de la famille concernés qui pourraient avoir besoin de prendre conscience que bien que la CI/SVD n'a pas de manifestations visibles, le patient ressent une douleur importante et souffre. Cette information est particulièrement importante pour les partenaires sexuels, dans la mesure où l'exacerbation de la douleur pendant et après les rapports sexuels est une caractéristique courante de la CI/SVD. L'association Interstitial Cystitis Association (<http://www.ichelp.com>) et le réseau Interstitial Cystitis Network (<http://www.ic-network.com>) peuvent être utiles dans cette tâche éducative.

Avec le temps, de nombreux patients identifient des aliments et des boissons particuliers qui exacerbent leurs symptômes. Parmi les fautes fréquentes on trouve les piments, le chocolat, les agrumes, les tomates, l'alcool, les boissons caféinées et les boissons gazeuses ; des listes complètes des aliments déclencheurs courants sont disponibles sur les sites Internet cités précédemment. Pour élaborer un régime alimentaire bénin, certains patients trouvent utile d'exclure tous les responsables possibles, puis de réintégrer ces éléments un par un dans le régime alimentaire afin d'identifier ceux qui aggravent les symptômes de la CI/SVD. Les patients doivent également faire des expériences avec les volumes de liquides ; certains trouvent un soulagement avec moins de liquide, d'autres avec plus.

Parmi les médicaments oraux, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont fréquemment utilisés en premier mais le traitement est souvent un échec. Un essai randomisé et contrôlé de faible ampleur permet de penser que l'amitriptyline est un choix raisonnable pour l'agent suivant. Ce médicament est utilisé, non pas pour son activité antidépresseive, mais en raison de ses effets prouvés sur la douleur neuropathique. La dose initiale de 25 mg au moment du coucher est augmentée de 25 mg toutes les semaines, jusqu'à 100 mg (ou moins si un soulagement adéquat des symptômes est obtenu avec une dose inférieure). Des effets secondaires sont possibles et incluent une bouche sèche, une prise de poids, une sédation et une constipation. Si ce schéma ne contrôle pas suffisamment les symptômes, le polysulfate de pentosan, un polysaccharide semi-synthétique, peut être ajouté à une dose de 100 mg 3 fois par jour. Son effet théorique est de constituer une couche de glycosaminoglycane probablement défectueuse au-dessus de la muqueuse de la vessie, mais des essais cliniques randomisés suggèrent uniquement un modeste bénéfice par rapport au placebo. Les réactions indésirables sont peu fréquentes et incluent les symptômes gastro-intestinaux, les céphalées et l'alopécie. Le polysulfate de pentosan possède de faibles effets anticoagulants et devrait peut-être être évité avec les patients présentant une coagulation anormale.

Une sensibilité du plancher pelvien est signalée par les patients souffrant de CI/SVD. Un essai clinique de faible ampleur intelligemment conçu a suggéré qu'une physiothérapie hebdomadaire focalisée sur les muscles et les tissus mous du bassin procure significativement plus de soulagement qu'un programme similaire de massage général du corps. Cette intervention peut être instaurée sous la direction d'un physiothérapeute compétent pendant que les traitements de l'essai sont en cours.

Des rapports anecdotiques suggèrent qu'un traitement réussi pour un SSF est accompagné d'une diminution des symptômes d'autres SSF. Comme nous l'avons déjà noté dans cet article, la CI/SVD est souvent associée à un ou plusieurs SSF. Il semble donc raisonnable d'espérer que, dans la mesure où les SSF d'accompagnement peuvent être traités avec succès, les symptômes de la CI/SVD pourraient également être soulagés.

Si plusieurs mois de ces traitements en association ne soulagent pas suffisamment les symptômes, le patient doit être dirigé vers un urologue ou un urogynécologue qui a accès à d'autres modalités. La cystoscopie sous anesthésie permet la distension de la vessie avec de l'eau, procédure qui procure plusieurs mois de soulagement à ~40 p. 100 des patients et qui peut être répétée. Pour les quelques patients qui présentent un ulcère de Hunner, la fulguration pourrait offrir un soulagement. L'instillation de solutions contenant de la lidocaïne dans la vessie peut être répétée. Un essai clinique randomisé de faible ampleur indique que l'instillation dans la vessie de diméthyl sulfoxyde est efficace chez un nombre significativement plus important de patients que le placebo. Des médecins expérimentés dans les soins des patients souffrant de CI/SVD ont utilisé des anticonvulsifs, des analgésiques narcotiques et de la cyclosporine comme composants de thérapie. Des spécialistes de la douleur peuvent fournir une aide précieuse. La neuromodulation sacrée peut être tentée avec une électrode percutanée temporaire et, en cas d'efficacité, être administrée avec un dispositif implanté. Chez un très faible nombre de patients présentant des symptômes récalcitrants, les interventions chirurgicales, notamment la cystoplastie, la cystectomie partielle ou totale et la dérivation urinaire, peuvent être précieuses.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- FITZGERALD MP et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol*, 2009, 182 : 570.
- HANNO P et al. Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2010, 29 : 191.
- MARINKOVIC SP et al. The management of interstitial cystitis or painful bladder syndrome in women. *Br Med J*, 2009, 339 : b2707.
- PHATAK S, FOSTER HE Jr. The management of interstitial cystitis : an update. *Nat Clin Pract Urol*, 2006, 3 : 45.
- VAN OPHOVEN A et al. A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of amitriptyline for the treatment of interstitial cystitis. *J Urol*, 2004, 172 : 533.
- WARREN JW et al. Antecedent nonbladder syndromes in case control study of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*, 2009, 73 : 52.