

**LIGNES DIRECTRICES DE L'AUC POUR LE DIAGNOSTIC DE CYSTITE  
INTERSTITIELLE  
JUN 2007**

**Groupe consensuel :**

**Présidente :** Lesley K. Carr MD, FRCSC  
Professeure adjointe, département de chirurgie, Université de Toronto  
Sunnybrook Health Sciences Centre

**Membres :**

Jacques Corcos MD  
Professeur d'urologie, Université McGill  
Hôpital général juif

J. Curtis Nickel MD, FRCSC  
Professeur d'urologie, Université Queen's

Joel Teichman MD, FRCSC  
Professeur agrégé, Université de Colombie-Britannique

**Conflits d'intérêts :** Les présentes lignes directrices ne traitent que de terminologie, de diagnostic et d'évaluation. Aucun des participants ne déclare donc de conflit d'intérêts.

**Méthodologie :** Les lignes directrices suivantes sont fondées sur les comptes rendus officiels de conférences consensuelles. Pour chaque section, on a effectué une recherche MEDLINE dans la littérature publiée en anglais, recherche dont les résultats ont été soigneusement examinés.

**Terminologie**

Le terme idéal à utiliser pour désigner la maladie traditionnellement appelée cystite interstitielle fait actuellement l'objet de débats, du moins en anglais. Le terme « interstitial cystitis » reflète l'interprétation clinique d'une douleur centrée dans la vessie et implique une inflammation locale qui pourtant ne peut souvent pas être démontrée. En 2002, l'International Continence Society a créé le terme Painful Bladder Syndrome ou PBS (« syndrome cystalgique ») pour désigner la douleur se manifestant dans la région sus-pubienne pendant le remplissage de la vessie et accompagnée d'autres symptômes comme une miction plus fréquente le jour et la nuit en l'absence d'une infection urinaire confirmée ou d'une autre pathologie évidente<sup>1</sup>. Par suite de la création de cette définition, certains ont décidé de parler de « interstitial cystitis » dans les cas qui répondent aux critères classiques du NIH<sup>2</sup> et de PBS dans les cas présentant des symptômes identiques mais n'ayant pas subi d'hydrodistension ou ne répondant pas à tous les critères du NIH. Il est reconnu que les critères du NIH ont été conçus pour délimiter une population homogène en vue d'études cliniques et sont trop restrictifs pour être utiles dans la pratique clinique courante<sup>3</sup>. Tout récemment, en raison des similitudes entre les deux pathologies et d'autres syndromes de douleur chronique, on a entrepris de modifier la terminologie afin de refléter le chevauchement dans les descriptions, ce qui se reflète dans le terme Painful Bladder Syndrome. En ce moment, les trois termes anglais (Interstitial Cystitis, Painful Bladder Syndrome et Bladder Pain Syndrome) sont largement utilisés. La terminologie française

correspondante est la suivante : cystite interstitielle, cystalgie à urine claire ou cystalgie abactérienne. Il est à espérer qu'on s'accordera au cours de la prochaine décennie sur un terme et une définition uniques.

### **Références :**

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:116.
2. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the NIDDK workshop on interstitial cystitis, NIH, Bethesda, MD, 28 et 29 août 1997. *J Urol* 1988;140:203.
3. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, et al. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the national institutes of health interstitial cystitis database study. *J Urol* 1999;161:553.

### **Antécédents, calendrier mictionnel et examen physique**

Une revue détaillée des antécédents médicaux est d'une importance capitale pour cerner les symptômes classiques de cystite interstitielle et d'autres maladies pouvant lui ressembler. Il faut dégager tout symptôme lié au stockage et à l'élimination de l'urine et établir les caractéristiques de la douleur. La survenue de la douleur par rapport au remplissage/vidage de la vessie ou à d'autres éléments déclencheurs comme l'alimentation, les rapports sexuels ou les menstruations, la durée de la douleur ainsi que sa description peuvent tous être utiles. Dans les cas précoces ou plus légers de cystite interstitielle, les patients peuvent ne pas décrire une douleur franche, mais parler plutôt de pression ou d'une sensation incommode de miction impérieuse. Même si aucune infection des voies urinaires (IVU) ne doit être présente au moment du diagnostic, jusqu'à 50 % des patients signalent des antécédents d'IVU. Des antécédents de chirurgie ou de radiothérapie dans la région pelvienne, l'emploi de médicaments pouvant entraîner une cystite, la présence de maladies auto-immunes ou d'autres symptômes gynécologiques ou intestinaux peuvent tous revêtir de l'importance.

On préconise de recourir à un calendrier mictionnel pour distinguer une polyurie des faibles volumes mictionnels habituellement notés en présence de cystite interstitielle. Le calendrier aidera aussi à déterminer la gravité des symptômes de stockage et pourrait servir de renforcement positif pour toute intervention pharmacologique ou comportementale.

Il faut procéder à un examen physique complet, mais il importe aussi de chercher particulièrement tout signe de distension vésicale, hernie, compression d'un nerf et facteurs déclencheurs dans l'abdomen. Un examen musculo-squelettique et un examen neurologique ciblé peuvent aussi aider à poser le diagnostic. Il est également essentiel de procéder à un toucher rectal chez l'homme et un examen pelvien chez la femme. Lors du toucher rectal, il faut vérifier les caractéristiques et les points de sensibilité au toucher de la prostate et des muscles du plancher pelvien. On peut envisager un massage de la prostate si la douleur semble davantage reliée à cet organe. L'examen pelvien chez la femme devrait permettre d'éliminer une vulvodynie, une vaginite, des changements atrophiques, un prolapsus, une pathologie cervicale, des masses ou une sensibilité affectant les annexes cutanées, une sensibilité, une faiblesse et des spasmes des muscles du plancher pelvien, et une sensibilité au toucher affectant l'urètre ou la vessie.

Une échographie de l'abdomen ou du pelvis, ou d'autres techniques d'imagerie pourraient être utiles lorsque la possibilité d'autres problèmes cliniques est soulevée mais qu'on soupçonne que tout est normal si la cystite interstitielle est la seule pathologie diagnostiquée.

## Épreuves de laboratoire

Au minimum, il faut effectuer un test par bandelette réactive. On peut aussi vérifier la présence de glucose, de leucocytes, de nitrites et d'une hématurie, et vérifier l'osmolalité. En présence de signes d'IVU, effectuer une culture et un test de sensibilité, et possiblement une épreuve de résistance des bacilles aux acides en cas de pyurie stérile persistante. Une cytologie est indiquée en présence d'une hématurie microscopique ou d'autres facteurs de risque de carcinome urothélial. On a signalé une hématurie chez jusqu'à 41 % des patients atteints de cystite interstitielle (seuls 2 cas sur 60 d'hématurie macroscopique) et aucun de ces cas n'a été associé à une maladie urologique menaçant le pronostic vital<sup>1</sup>.

### Référence :

1. Gomes CM, Sanchez-Ortiz RF, Harris C, et al. Significance of hematuria in patients with interstitial cystitis: review of radiographic and endoscopic findings. *Urology* 2001;57: 262.

### Échelles d'évaluation (recommandées)

Les échelles d'évaluation des symptômes pourraient avoir une utilité théorique pour le diagnostic et la détermination de la gravité de la cystite interstitielle, et aussi pour évaluer la réponse au traitement. Quatre échelles des symptômes auto-administrées ont été mises de l'avant et évaluées à divers degrés : l'Indice des symptômes de cystite interstitielle (ICSI)<sup>1</sup>, l'Indice des problèmes liés à la cystite interstitielle (ICPI)<sup>1</sup>, l'Échelle d'évaluation de la cystite interstitielle de l'Université du Wisconsin (UW-IC)<sup>2</sup>, et le score de douleur, d'urgence et de fréquence mictionnelles (PUF)<sup>3</sup>.

La première échelle d'évaluation, l'échelle UW-IC, comprend 7 questions directement liées aux symptômes vésicaux des dernières 24 heures et vérifie 18 points non reliés à la vessie appelés points de référence<sup>2</sup>. L'article d'origine démontrait la validité et la fiabilité conceptuelle et du contenu, mais cette analyse n'était basée que sur 8 patients atteints de cystite interstitielle et 9 patients témoins<sup>2</sup>. D'autres études ont réévalué cet instrument chez un plus grand nombre de patients<sup>4,6</sup>. Goin et son équipe ont utilisé l'échelle UW-IC chez 30 femmes atteintes de cystite interstitielle lors d'une étude de phase 2 sur l'administration intravésicale du BCG<sup>4</sup>. Leurs résultats montrent que les propriétés psychométriques de cette échelle étaient similaires à celles d'autres instruments employés en recherche clinique, mais laissent aussi entendre que l'élément pelvien dans les points de référence pourrait être inclus dans les éléments liés à la CI et qu'un effet de plafonnement de la douleur pourrait être lié à une baisse de la sensibilité de l'échelle UW-IC pour la détection de différences dans les résultats de divers traitements<sup>4</sup>. On a aussi noté une étroite corrélation entre l'échelle UW-IC et les indices ICSI et ICPI chez 107 patients atteints de cystite interstitielle<sup>5</sup>. De plus, on a montré que l'échelle était sensible aux changements survenant avec le temps chez les patients atteints de cystite interstitielle; on la recommandait d'ailleurs comme critère d'évaluation secondaire dans les études cliniques<sup>6</sup>.

Les échelles ICSI et ICPI (aussi appelé indice de symptômes et problèmes de O'Leary Sant) ont été validés chez un groupe de 45 patients atteints de cystite interstitielle et de 67 patientes atteintes de pathologies gynécologiques<sup>1</sup>. Le processus a débuté par un indice comportant 23 éléments; après analyse, on a mis de l'avant un indice des symptômes et problèmes en 4 éléments, soit l'urgence mictionnelle, la fréquence, la nycturie et la douleur au cours du mois précédent. L'indice ainsi obtenu répondait aux normes concernant la variabilité, la fiabilité d'une seconde évaluation, l'uniformité interne et la validité conceptuelle<sup>1</sup>. Lubeck et son équipe ont

évalué l'utilité de l'échelle ICSI chez 376 patients atteints de cystite interstitielle inscrits dans un essai portant sur différentes doses de polysulfate de pentosan sodique<sup>7</sup>. Ils ont trouvé que l'échelle ICSI était une méthode valide, fiable et sensible pour mesurer les changements dans les symptômes de cystite interstitielle<sup>7</sup>. Comme pour l'échelle UW-IC, Propert et son équipe ont démontré que les échelles ICSI et ICPI étaient sensibles aux changements qui se manifestent chez les patients atteints de cystite interstitielle<sup>6</sup>. Fait intéressant noté par Diggs *et al.*<sup>8</sup>, l'échelle ICSI sous-estime le degré d'urgence mictionnelle chez les patients atteints de cystite interstitielle en comparaison avec une entrevue selon la définition de l'International Continence Society.

La dernière échelle d'évaluation de la cystite interstitielle est l'échelle PUF<sup>3</sup>. Cet instrument ne semble pas avoir été l'objet d'un processus de validation aussi complet que les 3 autres instruments; il comporte des éléments supplémentaires ayant trait à la douleur pelvienne et à la douleur liée aux rapports sexuels. Trois cent trente-quatre patients provenant de cliniques d'urologie ou de gynécologie ont subi un test de sensibilité au potassium et une évaluation du score PUF. Soixante-seize pour cent des patients dont le score PUF était de 15 à 19 ont eu un résultat positif au test de sensibilité au potassium<sup>3</sup>. On a noté que le score PUF était exact lorsque le test de sensibilité au potassium représentait la norme, et la reproductibilité s'est révélée bonne chez un sous-groupe de 32 femmes<sup>3</sup>. Kushner et son équipe ont examiné la capacité du score PUF et des indices ICSI/ICPI à différencier la cystite interstitielle d'autres pathologies des voies urinaires chez un groupe de 220 patients d'une clinique d'urologie<sup>9</sup>. Les trois échelles ont permis d'établir cette distinction; le score PUF (lorsqu'il est de 13 ou plus) est le plus efficace à cet égard<sup>9</sup>. Cependant, aucun des instruments ne montrait une spécificité suffisante pour servir d'indicateur diagnostique unique<sup>9</sup>.

Selon les articles publiés, nous recommandons de recourir aux échelles d'évaluation ICSI, ICPI, UW-IC ou PUF pour aider au diagnostic et au suivi de la réponse au traitement chez les patients atteints de cystite interstitielle.

## Références

1. O'Leary MP, Sant Gr, Fowler FJ, et al. The interstitial cystitis symptom index and problem index. *Urology* 1997;49(5A Suppl):58-63.
2. Keller ML, McCarthy DO, Neider RS. Measurement of symptoms of interstitial cystitis. A Pilot Study. *Urol Clin North Am* 1994; 21(1):67.
3. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, et al. Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity. *Urology* 2002; 60: 573.
4. Goin JE, Olaleye D, Peters KM, et al. Psychometric analysis of the University of Wisconsin interstitial cystitis scale: implications for use in randomized clinical trials. *J Urol* 1998; 159: 1085.
5. Sirinian E, Azevedo K, Payne CK. Correlation between 2 interstitial cystitis symptom instruments. *J Urol* 2005; 173:835.
6. Propert KJ, Mayer RD, Wang Y, et al. Responsiveness of symptom scales for interstitial cystitis. *Urology* 2006; 67:55.
7. Lubeck DP, Whitmore K, Sant GR, et al. Psychometric validation of the O'Leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium. *Urology* 2001; 57:62.
8. Diggs C, Meyer WA, Langenberg , et al. Assessing urgency in interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2007; 69: 210.
9. Kushner L, Moldwin RM. Efficiency of questionnaires used to screen for interstitial cystitis. *J Urol* 2006; 176.

## Test de sensibilité au potassium (facultatif)

On a suggéré de recourir à un test de perméabilité de la vessie au chlorure de potassium pour aider au diagnostic de cystite interstitielle et en particulier pour cerner un sous-groupe de patients pouvant être atteint de « dysfonctionnement épithélial » (déficit de la surface vésicale en glycosaminoglycanes<sup>1</sup>). La technique, qui compare la douleur subjective ou l'urgence mictionnelle suite à une instillation intravésicale d'eau et de chlorure de potassium (0,4 M), a été décrite par Parsons *et al.*<sup>1</sup>, mais a ensuite été modifiée par d'autres auteurs qui ont introduit des variantes comme le cystométragramme comparatif<sup>2</sup>. Après un résultat positif au test de sensibilité au potassium, les valeurs reviennent à la normale avec un traitement ciblant l'épithélium<sup>3</sup>. En principe, comme le laissent croire les résultats de deux petites études<sup>4,5</sup>, une corrélation étroite entre un résultat positif au test de sensibilité au potassium et une réponse favorable aux agents utilisés pour tenter de reconstituer la couche de glycosaminoglycanes devrait être avantageuse pour la prise en charge.

Chambers et son équipe ont noté que la sensibilité et la spécificité de ce test (69,5 % et 50 %) étaient faibles, et que ce test n'avait aucune utilité supplémentaire par rapport à la revue des antécédents et à une cystoscopie<sup>6</sup>. Cependant, leur version modifiée du test reposait sur une échelle différente et non validée et n'évaluait que la douleur, et non pas l'urgence mictionnelle, contrairement à la version originale du test. D'autres ont trouvé que le test de sensibilité au potassium n'était pas corrélé aux observations par cystoscopie ou à la capacité de la vessie lors des épreuves urodynamiques<sup>7</sup>. Cela dit, ces conclusions mettent davantage en évidence les problèmes liés au diagnostic de la cystite interstitielle puisque aucun des autres tests, y compris la cystoscopie, la biopsie ou les épreuves urodynamiques, n'est bien corrélé avec les symptômes ni ne représente un point de repère idéal pour la comparaison.

À l'heure actuelle, l'emploi du test de sensibilité au potassium n'est pas largement validé et la capacité de ce test à prédire le résultat d'un traitement de reconstitution de la couche de glycosaminoglycanes n'a été avancé que lors de deux petites études. C'est pourquoi ce test n'est pas recommandé comme méthode d'évaluation standard de la cystite interstitielle mais peut être envisagé comme méthode d'évaluation d'appoint facultative. Chez les patients ayant reçu un diagnostic précoce ou chez qui le diagnostic n'est pas bien établi, le test de sensibilité au potassium pourrait fournir plus de données pour le diagnostic.

## Références :

1. Parsons CL, Greenberger M, Gabal L, et al. The role of urinary potassium in the pathogenesis and diagnosis of interstitial cystitis. *J Urol* 1998; 159: 1862-1866.
2. Daha LK, Riedl CR, Hohlbrugger G, et al. Comparative assessment of maximal bladder capacity, 0.9% NaCl versus 0.2 M KCl, for the diagnosis of interstitial cystitis: a prospective controlled study. *J Urol* 2003; 170: 807-809.
3. Parsons CL, Forrest J, Nickel JC, et al. Effect of pentosan polysulfate therapy on intravesical potassium sensitivity. *Urology* 59:329-333, 2002.
4. Gupta SK, Pidcock L, Parr NJ. The potassium sensitivity test: a predictor of treatment response in interstitial cystitis. *BJU Int* 2005; 96: 1063-1066.
5. Teichman JMH, Nielsen-Omeis BJ. Potassium leak test predicts outcome in interstitial cystitis. *J Urol* 1999; 161: 1791-1796.
6. Chambers GK, Fenster HN, Cripps S, et al. An assessment of the use of intravesical potassium in the diagnosis of interstitial cystitis. *J Urol* 1999; 162: 699-701.
7. Gregoire M, Liandier F, Naud A, et al. Does the potassium stimulation test predict cystometric cystoscopic outcome in interstitial cystitis? *J Urol* 2002; 168: 556-557.

### **Cystoscopie avec anesthésie locale (facultative)**

Une cystoscopie effectuée seule sans hydrodistension devrait donner des résultats normaux (à l'exception d'une légère douleur et d'une capacité « fonctionnelle » réduite de la vessie) chez la majorité des patients atteints de cystite interstitielle. On rencontre des ulcères de Hunner chez environ 6 à 8 % de ces patients<sup>1</sup>; ces ulcères sont associés à des symptômes plus graves, une réduction des propriétés urodynamiques et de la capacité anesthésique<sup>2,3</sup>. Les observations habituelles, soit une hématurie terminale et des glomérulations, ne peuvent être identifiées avec confiance qu'avec une hydrodistension sous anesthésie. Ainsi, la cystoscopie effectuée seule doit être vue comme un outil permettant d'écartier la possibilité de cancer de la vessie ou de carcinome in situ, de confirmer des ulcères de Hunner reflétant une maladie grave (et pouvant avoir un impact sur les choix thérapeutiques), de déterminer l'effet sur la douleur pelvienne du remplissage et du vidage de la vessie, d'évaluer de façon objective la capacité « fonctionnelle » de la vessie, de permettre un examen pelvien approprié et de rassurer le patient. L'incidence de cancer de la vessie s'accompagnant de symptômes rappelant ceux de la cystite interstitielle est faible. Tissot *et al.*<sup>4</sup> ont observé que 1 % des 600 patients ayant reçu un diagnostic de cystite interstitielle avaient un cancer de la vessie. Ces patients constituaient probablement une cohorte hautement sélectionnée représentant le pire des scénarios. La plupart de ces cas de cancer (5/6) avaient plus de 60 ans et tous, sauf deux, présentaient une hématurie microscopique ou une cytologie positive.

Il n'est pas obligatoire de procéder à une cystoscopie chez les jeunes femmes présentant des symptômes de cystite interstitielle sans facteur de risque de cancer de la vessie ou d'autres pathologies pelviennes. Cette épreuve pourrait néanmoins permettre à un médecin qui n'est pas spécialisé en urologie d'entreprendre un traitement à un stade plus précoce de la maladie lorsqu'un tel traitement pourrait être plus efficace<sup>5</sup>. Il est raisonnable d'avoir recours à la cystoscopie pour aider à poser le diagnostic avant d'entreprendre le traitement, surtout s'il y a quoi que ce soit dans les antécédents, l'examen physique, l'analyse d'urine ou la cytologie qui porte à croire au besoin d'écartier d'autres pathologies (ce qui est habituellement le cas).

### **Références :**

1. Parsons CL, Walker CJ. Cystoscopic changes in interstitial cystitis. *Urology* 1996; 48: 289.
2. Messing E, Pauk D, Schaeffer A, et al. Associations among cystoscopic findings and symptoms and physical examination findings in women enrolled in the interstitial cystitis data base (ICDB) study. *Urology* 1997; 49: 81.
3. Nigro DA, Wein AJ, Foy M, et al. Associations among cystoscopic and urodynamic findings for women enrolled in the interstitial cystitis data base (ICDB) study. *Urology* 1997; 49: 86.
4. Tissot WD, Kiokno AC, Peters KM. A referral center's experience with transitional cell carcinoma misdiagnosed as interstitial cystitis. *J Urol* 2004; 172, 478.
5. Forrest JB, Sebastianski P, O'Brien-Westbrook M. Observations on the clinical factors affecting the treatment outcomes of interstitial cystitis. Affiche présentée lors du congrès annuel de l'International Pelvic Pain Society (IPPS); du 5 au 7 août 2004; Chicago, Ill.

### **Hydrodistension (facultative)**

L'hydrodistension sous anesthésie générale permet de diviser les patients en deux groupes, soit les cas plus « classiques » avec ulcères et glomérulations et les cas sans anomalie évidente touchant les muqueuses<sup>1</sup>. L'hydrodistension consiste habituellement en un remplissage de la vessie par gravité avec 70-100 cm de H<sub>2</sub>O pendant au moins 2 minutes sous anesthésie générale ou régionale. La capacité anesthésique maximale est établie lorsque le débit entrant reflue dans la

chambre compte-gouttes ou lorsqu'il y a fuite par l'urètre en dépit de la compression contre le cystoscope. Même s'il existe une corrélation entre des capacités anesthésiques grandement réduites de la vessie (< 400 mm<sup>3</sup>) et la douleur<sup>2</sup>, une capacité supérieure à 800 mm<sup>3</sup> a été observée chez plus de 50 % des patients atteints de cystite interstitielle<sup>2</sup>. On a laissé entendre que la présence d'une hématurie terminale au moment du drainage du liquide de perfusion et l'apparition d'hémorragies pétéchiales dans la sous-muqueuse (glomérulations) étaient des caractéristiques de la cystite interstitielle et l'une des observations requises selon les critères du NIDDK<sup>1</sup>. La gravité des glomérulations a aussi été évaluée<sup>1</sup>. On a trouvé un lien potentiel entre les glomérulations et les facteurs de croissance angiogéniques, ce qui porte à croire que ces facteurs de croissance pourraient jouer un rôle important dans la pathogenèse de la cystite interstitielle<sup>3</sup>.

Même si le NIH a adopté comme critère initial de diagnostic de la cystite interstitielle la présence de glomérulations durant l'examen par hydrodistension, environ 8 % des patients ayant reçu un tel diagnostic de cystite interstitielle ne présentent aucune glomérulation<sup>4,5</sup>. On a noté que la corrélation entre la gravité des glomérulations et les symptômes et les signes histologiques d'inflammation était faible<sup>6</sup>. En revanche, Lamale *et al.* ont noté une forte corrélation entre la douleur et les observations lors de l'hydrodistension<sup>7</sup>. Leur étude était de petite envergure (12 patients) et comptait peut-être plus de cas graves, tel que démontré par la capacité anesthésique vésicale moyenne de 604 mm<sup>3</sup>, mais elle représentait une cohorte de patients non traités chez qui les auteurs postulaient qu'il n'existait aucun facteur thérapeutique de confusion, permettant ainsi de cerner une véritable corrélation. Dans une autre étude menée auprès de 84 patients, une cystoscopie avec hydrodistension a fourni peu d'information utile allant au-delà des données tirées des antécédents médicaux et de l'examen physique<sup>5</sup>. En outre, la spécificité des glomérulations a été remise en question lorsque Waxman et ses collègues ont trouvé des glomérulations caractéristiques chez 45 % des femmes d'état normal ayant accepté de se prêter à une hydrodistension au moment de subir une ligature des trompes<sup>8</sup>.

Même si ce test procure un soulagement des symptômes à certains patients et qu'il s'agisse d'un élément clinique utile, ce soulagement est habituellement de courte durée<sup>5,9</sup>; comme traitement répétitif, l'hydrodistension ne vaut probablement pas le risque de morbidité et les coûts associés à une anesthésie générale répétée. Une hydrodistension modifiée, effectuée à l'aide d'une solution alcalinisée de lidocaïne<sup>10</sup>, peut être effectuée sous anesthésie locale. Une telle approche est peu coûteuse, sans danger et peut générer des données similaires à celles obtenues lors d'une hydrodistension sous anesthésie générale concernant l'intégrité des muqueuses et la réponse clinique.

La cystoscopie sous anesthésie générale ou régionale avec hydrodistension est considérée comme une approche facultative pour l'évaluation de routine de patients ayant reçu un diagnostic de cystite interstitielle.

### Références :

1. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the NIDDK workshop on interstitial cystitis, NIH, Bethesda, MD, August 28-29, 1997. *J Urol* 1988; 140: 203.
2. Nigro DA, Wein AJ, Foy M, et al. Associations among cystoscopic and urodynamic findings for women enrolled in the interstitial cystitis data base (ICDB) study. *Urology* 1997; 49: 86.
3. Tamaki M, Saito R, Ogawa O, et al. Possible mechanisms inducing glomerulations in interstitial cystitis: relationship between endoscopic findings and expression of angiogenic growth factors. *J Urol* 2004; 172: 945.

4. Messing E, Pauk D, Schaeffer A, et al. Associations among cystoscopic findings and symptoms and physical examination findings in women enrolled in the interstitial cystitis data base (ICDB) study. *Urology* 1997; 49: 81.
5. Ottem DP, Teichman JMH. What is the value of cystoscopy with hydrodistension for interstitial cystitis? *Urology* 2005; 66: 494.
6. Denson MA, Griebeling TL, Cohen MB, et al. Comparison of cystoscopic and histological findings in patients with suspected interstitial cystitis. *J Urol* 2000; 164: 1908.
7. Lamale LM, Lutgendorf SK, Hoffman AN, et al. Symptoms and cystoscopic findings in patients with untreated interstitial cystitis. *Urology* 2006; 67: 242.
8. Waxman JA, Sulak PJ, Kuehl TJ. Cystoscopic findings consistent with interstitial cystitis in normal women undergoing tubal ligation. *J Urol* 1998; 160: 1663.
9. Cole EE, Scarpero, HM, Dmochowski RR. Are patient symptoms predictive of the diagnostic and/or therapeutic value of hydrodistension? *Neurourol Uroldynam* 2005; 24: 638.
10. Henry R, Patterson L, Avery N, et al. Absorption of alkalized intravesical lidocaine in normal and inflamed bladders: A simple method to improve bladder anesthesia. *J Urol* 2001; 165: 1900.

### **Biopsie de la vessie (non recommandée)**

Aucune observation particulière effectuée lors d'une biopsie de la vessie ne permet de confirmer un diagnostic de cystite interstitielle. Les observations liées à une inflammation chronique ne sont pas spécifiques, puisqu'elles recouvrent d'autres causes, et sont mal corrélées aux données obtenues par cystoscopie avec hydrodistension<sup>1</sup>. De 30 %<sup>1</sup> à 43 %<sup>2</sup> des patients avec un diagnostic clinique de cystite interstitielle peuvent obtenir des résultats normaux à une épreuve d'histologie. Ainsi, le recours à la biopsie pour confirmer ou infirmer un diagnostic de cystite interstitielle n'a pas été validé.

Cependant, on a noté des corrélations avec des types spécifiques d'observations pathologiques et de symptômes. Par exemple, une dénudation de la muqueuse (p. ex., en présence d'ulcères de Hunner) et une hémorragie sous-muqueuse ont été fortement associées à la douleur; la numération des mastocytes lors d'une coloration par tryptase, une perte complète de l'épithélium urinaire (ulcère de Hunner), un tissu de granulation dans la lamina propria, et la densité vasculaire ont été associés à une nycturie dans une analyse multivariée de patients provenant de la base de données sur la cystite interstitielle<sup>3</sup>. Le rôle joué par les mastocytes ne fait pas l'unanimité. Dundore et son équipe n'ont noté aucune différence significative dans les numérations de mastocytes dans la lamina propria ou le détrusor sur des sections traitées par coloration de Giemsa entre des patients atteints de cystite interstitielle et des cas témoins<sup>4</sup>. Comme il pourrait y avoir un lien entre des caractéristiques pathologiques particulières et des symptômes précis, il est raisonnable d'inclure une biopsie de la vessie et une classification pathologique dans des études futures sur l'évolution naturelle ou sur les interventions thérapeutiques.

Lorsqu'il est indiqué de recourir à une biopsie dans le cadre d'une étude clinique ou pour écarter la possibilité d'un carcinome in situ si on soupçonne un tel carcinome en raison d'une lésion focale ou d'un résultat anormal lors d'une cytologie, l'échantillon devrait être prélevé dans la région présentant la plus grande anomalie en apparence<sup>5</sup> et après une hydrodistension pour éviter un risque accru de perforation de la vessie.

Il n'est pas recommandé de recourir systématiquement à une biopsie de la vessie pour le diagnostic de la cystite interstitielle, mais cette technique peut être envisagée dans les études

cliniques ou pour écarter des diagnostics particuliers comme un carcinome in situ lorsque cela est indiqué sur le plan clinique.

#### Références :

1. Denson MA, Griebing TL, Cohen MB, et al. Comparison of cystoscopic and histological findings in patients with suspected interstitial cystitis. *J Urol* 2000; 164: 1908.
2. Matilla J. Vascular immunopathology in interstitial cystitis. *Clin Immunol Immunopathol* 1992; 23: 648.
3. Tomaszewski JE, Landis JR, Russack V, et al. Biopsy features are associated with primary symptoms in interstitial cystitis: results from the interstitial cystitis database study. *Urology* 2001; 57: 67.
4. Dundore PA, Schwartz AM, Semerjian H. Mast cell counts are not useful in the diagnosis of nonulcerative interstitial cystitis. *J Urol* 1996; 155: 885.
5. Rosamilia A, Igawa Y, Higashi S. Pathology of interstitial cystitis. *Int J Urol* 2003; 10: 11.

#### Épreuves urodynamiques (non recommandées)

Certains préconisent l'emploi d'une cystométrie de remplissage pour l'établissement d'un diagnostic de cystite interstitielle<sup>1,2</sup>. Il existe certainement un chevauchement entre les symptômes de vessie hyperactive et de cystite interstitielle, et une hyperactivité du détrusor pendant une cystométrie de remplissage peut amener le clinicien à entreprendre un traitement avec des agents anticholinergiques. Néanmoins, une épreuve urodynamique pourrait ne pas révéler une telle hyperactivité du détrusor chez jusqu'à 50 % des patients en comparaison avec une épreuve urodynamique ambulatoire<sup>3</sup>; par conséquent, la plupart des cliniciens ont l'habitude d'utiliser des agents anticholinergiques pour traiter les symptômes de vessie hyperactive sans d'abord effectuer une épreuve urodynamique.

Selon les critères du NIDDK, une capacité > 350 mm<sup>3</sup>, l'apparition d'un besoin d'uriner avant 150 mm<sup>3</sup>, ou la présence d'une hyperactivité du détrusor permettent d'exclure un diagnostic de cystite interstitielle classique<sup>1</sup>. Cependant, on reconnaît que près de 15 % des patients ayant reçu un tel diagnostic présentent une hyperactivité du détrusor<sup>4</sup> et ainsi la coexistence d'une incontinence impérieuse ou d'une hyperactivité du détrusor ne doit pas exclure un diagnostic de cystite interstitielle. Parmi les autres observations d'urodynamique tirées de l'étude sur la base de données sur la cystite interstitielle, notons une baisse du seuil d'apparition du besoin d'uriner (moyenne : 81 +/- 64 mm<sup>3</sup>) et une réduction de la capacité sensorielle maximale (moyenne : 198 +/- 107 mm<sup>3</sup>)<sup>5</sup>. Même s'il y a corrélation entre ces paramètres et la fréquence, la nycturie et l'urgence mictionnelle<sup>4</sup>, la corrélation avec la douleur globale<sup>4</sup>, les observations faites à la cystoscopie avec hydrodistension (autres que la présence d'un ulcère de Hunner) ou les résultats d'une intervention thérapeutique était plutôt faible<sup>5</sup>. La capacité de la vessie peut être évaluée de façon moins invasive et moins coûteuse au moyen d'un calendrier mictionnel avec auto-mesure du volume d'urine éliminé; il a été montré que cette méthode est corrélée avec la capacité maximale mesurée par cystométrogramme et l'apparition du besoin d'uriner chez les patients atteints de cystite interstitielle<sup>4</sup>. Si on prévoit une cystoscopie sous anesthésie locale, la capacité fonctionnelle de la vessie et sa relation avec la douleur du patient peuvent être évaluées lorsque le patient est éveillé.

L'emploi d'un cystométrogramme comparatif à l'aide d'un soluté isotonique de chlorure de sodium plutôt qu'une solution de chlorure de potassium (0,3 M) a été suggéré comme outil diagnostique pour la cystite interstitielle<sup>6</sup>. Cela dit, Phillip *et al.* ont noté une réduction plus prononcée dans la capacité maximale mesurée par cystométrogramme avec chlorure de potassium dans le groupe présentant une hyperactivité du détrusor en comparaison avec le groupe atteint de

cystite interstitielle, ce qui porte à croire à une mauvaise valeur de prédiction positive pour le cystoméetrogramme comparatif dans la distinction entre une cystite interstitielle et une hyperactivité du détrusor<sup>7</sup>.

Les études sur la pression du débit mictionnel avec ou sans électromyographie peuvent être utiles dans certaines situations en présence de symptômes liés à la miction lorsqu'on soupçonne une obstruction de la vessie ou un dysfonctionnement mictionnel en raison d'un mauvais fonctionnement du plancher pelvien lié à une hypertonie.

Les épreuves urodynamiques ne sont pas recommandées dans l'évaluation diagnostique standard d'un patient chez qui on soupçonne la présence d'une cystite interstitielle.

### **Références :**

1. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, and Kidney Diseases workshop on interstitial cystitis. *J Urol* 1998;140: 203-6.
2. Pontari MA, Hanno PM, Wein AJ. Logical and systematic approach to the evaluation and management of patients suspected of having interstitial cystitis. *Urology* 1997;49:114-20.
3. Radley SC, Rosario DJ, Chapple CR, et al. Conventional and ambulatory urodynamic findings in women with symptoms suggestive of bladder overactivity. *J Urol* 2001;166: 2253-8.
4. Kirkemo A, Peabody M, Diokno AC, et al. Associations among urodynamic findings and symptoms in women enrolled in the Interstitial Cystitis Data Base (ICDB) study. *Urology* 1997;49:76-80.
5. Nigro DA, Wein AJ, Foy M, et al. Associations among cystoscopic and urodynamic findings for women enrolled in the interstitial cystitis data base (ICDB) study. *Urology* 1997;49: 86-92.
6. Daha LK, Riedl CR, Hohlbrugger G, et al. Comparative assessment of maximal bladder capacity, 0.9% NaCl versus 0.2 M KCl, for the diagnosis of interstitial cystitis: a prospective controlled study. *J Urol* 2003;170:807-9.
7. Phillip J, Willmott S, Irwin P. Interstitial cystitis versus detrusor overactivity: a comparative randomized, controlled study of cystometry using saline and 0.3M potassium chloride. *J Urol* 2006; 175: 566-570.

**Lignes directrices pour l'évaluation d'une cystite interstitielle**  
**Résumé**

<b>Ligne directrice</b>	<b>Évaluation</b>	<b>Niveau de confiance</b>	<b>Grade de la recommandation</b>
<b>Recommandés</b>	Antécédents Examen physique (abdomen, dos, pelvis, rectum, système musculo-squelettique, examen neurologique ciblé) Calendrier mictionnel Échelles d'évaluation (PUF, ICSI/ICPI, UW-IC) Urine (analyses, culture, cytologie)	4	C
<b>Facultatifs</b> (recommandée dans certaines circonstances)	Cystoscopie Cystoscopie avec hydrodistension (sous anesthésie générale ou intravésicale) Test de sensibilité au potassium Test avec lidocaïne alcalinisée	2-3	C
<b>Non recommandés</b> (à moins d'inquiétudes spécifiques non habituelles)	Biopsie de la vessie Épreuves urodynamiques	2-3	C