



MADAME X, 46 ans, présente depuis cinq ans des symptômes tels que de la pollakiurie, une miction impérieuse et des brûlures à la miction. Elle est par ailleurs en bonne santé. Les résultats des cultures d'urine ont toujours été négatifs. Malgré des traitements séquentiels avec des antibiotiques différents, les symptômes persistent. Ils s'estompent à peine et reviennent. Elle vous demande si elle ne devrait pas voir un spécialiste.

Habituellement, la combinaison d'une douleur suspubienne et de symptômes irritatifs des voies urinaires (miction impérieuse, pollakiurie, brûlure à la miction, nycturie) constitue un symptôme-signal de cystite bactérienne. Un traitement antibiotique oral de courte durée règle presque toujours le problème. À l'occasion, cependant, même plusieurs essais d'antibiotiques se soldent par un échec : les résultats des cultures d'urine demeurent négatifs, mais les symptômes persistent et deviennent parfois chroniques. Ce scénario, extrêmement frustrant pour le clinicien et la patiente, milite en faveur d'une approche systématique visant à mieux cerner les cas susceptibles d'être résolus (encadré).

Examen clinique

Un examen clinique ciblé, même s'il rapporte rarement des dividendes, demeure indispensable. Il faut chercher des ulcérations herpétiques, une néoplasie génitale ou une sensibilité circonscrite à proximité de l'urètre té-

Le Dr Sammy Renda, omnipraticien et chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal, exerce à l'hôpital Notre-Dame.

La cystite rebelle l'est-elle vraiment ?

par Sammy Renda

Plusieurs femmes souffrent d'une douleur pelvienne chronique qui n'est pas due à une cystite bactérienne. Ces patientes vont souvent d'un médecin à un autre sans que la cause du problème soit démasquée ni, par conséquent, qu'une solution définitive soit trouvée. La présence d'un chef d'orchestre est primordiale en pareille circonstance, et le médecin de famille est sans doute la personne la mieux placée pour jouer ce rôle.

moignant de la possibilité d'un diverticule urétral.

Épreuves de laboratoire

Il est important d'obtenir une analyse et une culture d'urine. La présence de pyurie stérile devrait faire soupçonner une tuberculose urinaire. La présence d'hématurie justifie l'exploration de l'arbre urinaire supérieur et inférieur. La cytologie urinaire est de rigueur pour détecter une tumeur vésicale possible, notamment un carcinome *in situ*. Finalement, il faut procéder à une culture des sécrétions urétrales pour exclure une infection causée par *Chlamydia* et *Neisseria gonorrhoeae* ou d'autres agents comme *Ureaplasma*, les mycoplasmes et *Trichomonas*⁵. Comme le rôle causal de ces derniers dans l'urétrite est controversé, une culture peut s'avérer fastidieuse et un traitement empirique peut être indiqué.

Encadré

L'anamnèse est essentielle pour exclure d'autres causes de cystite :

- La patiente est-elle immunodéprimée (cystite mycotique) ?
- A-t-elle reçu de la chimiothérapie (cystite à la cyclophosphamide) ?
- A-t-elle déjà été en contact avec le bacille de la tuberculose (cystite à bacille de Koch) ?
- A-t-elle déjà subi une radiothérapie du bassin (cystite radique) ?

Des antécédents d'allergie, de lupus érythémateux, de fibromyalgie, ou de syndrome de Sjögren sont plus souvent associés à la cystite interstitielle¹⁻⁴.

Examens paracliniques

Si les résultats des examens habituels orientent vers des causes qui n'appartiennent pas à l'arbre urinaire, il faudra explorer les autres causes probables : cancer du col (colosco-

La présence de pyurie stérile devrait faire soupçonner une tuberculose urinaire.

La présence d'hématurie justifie l'exploration de l'arbre urinaire supérieur et inférieur.

Repères

Tableau I

Diagnostic différentiel de la cystite rebelle^{6,7}

Causes vésicales

Infectieuses	Tuberculose Mycose Virus
Irritatives	Cystite interstitielle Cystite radique Malacoplasie Cyclophosphamide Corps étranger Cystite éosinophile
Néoplasiques	Carcinome <i>in situ</i> Cancer transitionnel
Métaboliques	Lithiase
Fonctionnelles	Cystite psychogénique Dyssynergie vésicosphinctérienne

Causes extravésicales

Urétrales	Syndrome urétral Urétrite Diverticule
Vulvovaginales	Mycose Maladie transmissible sexuellement Ulcération/herpès Néoplasie
Gynécologiques ou autres	Masse pelvienne Endométriose

pie), masse pelvienne (échographie ou tomographie axiale abdominale et pelvienne), endométriose (laparoscopie). Autrement, on adressera la patiente à un urologue, qui procédera à une cystoscopie associée à une

cystométrie afin d'évaluer la capacité vésicale et d'exclure un calcul vésical, une tumeur vésicale ou une cystite interstitielle.

Le bilan urologique et la cystoscopie n'ont révélé aucune anomalie. La cysto-

Chez bon nombre des femmes souffrant de cystite rebelle, l'investigation systématique ne révélera pas d'infection, d'inflammation ni de problème urodynamique particulier. Le traitement reposera alors sur la relation de soutien que le médecin entretient avec la patiente, étayée par des traitements adjuvants tels que le *biofeedback*, la rassurance et des agents pharmacologiques non spécifiques (antidépresseur tricyclique, anticholinergique et antiseptique urinaire).

tométrie indique une capacité vésicale de 400 mL et les contractions enregistrées sont normales. Selon le gynécologue appelé en consultation, il n'y a pas d'affection de l'appareil génital.

Diagnostic différentiel

Le tableau I énumère plusieurs causes possibles de cystite rebelle. La plupart d'entre elles sont peu fréquentes, voire rares. Une fois le bilan complété, l'urologue consulté, de concert avec le médecin de famille, adoptera la stratégie thérapeutique appropriée. Soulignons que certaines entités morbides, comme la cystite interstitielle, peuvent rester latentes pendant plusieurs années. D'autres, comme le syndrome urétral, restent des diagnostics d'exclusion.

Chez bon nombre des femmes souffrant de cystite rebelle, l'investigation systématique ne révélera pas d'infection, d'inflammation ni de problème urodynamique particulier. Le traitement reposera alors sur la relation de soutien que le médecin entretient avec la patiente, étayée par des traitements adjuvants tels que le *biofeedback*, la rassurance et des agents pharmacologiques non spécifiques (antidépresseur tricyclique, anticholinergique et antiseptique urinaire). □

Date de réception : 12 février 2001.

Date d'acceptation : 14 juin 2001.

Mots clés : cystite, douleur pelvienne.

Bibliographie

1. Pontari MA, et al. Logical and systematic approach to the evaluation and management of patients suspected of having interstitial cystitis. *Urology* 1997 ; 49 (Suppl 5A) : 114-20.
2. Van De Merwe J, et al. Sjögren's syndrome in patients with interstitial cystitis. *J Rheum* 1997 ; 20 : 962-5.
3. Meulders Q, et al. Association of chronic



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Septembre 2001

13, 14 **La neurologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Octobre 2001

4, 5 **La santé des femmes**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

26 **L'obésité revue... et corrigée**
Centre Mont-Royal, Montréal

Novembre 2001

15, 16 **L'appareil locomoteur/La santé au travail**
Hôtel Wyndham, Montréal

24 au 30 **La FMOQ sous d'autres cieux**

Varadero, Cuba

Décembre 2001

6, 7 **La périnatalité/Obstétrique**
Hôtel Hilton, Québec

Février 2002

7, 8 **L'endocrinologie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Avril 2002

18, 19 **La pédiatrie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Mai 2002

9, 10 **La pneumologie**
Palais des Congrès, Montréal

Juin 2002

13, 14 **La cardiologie**
Hôtel Rimouski, Rimouski

Summary

Obstinate cystitis. Recurrent or chronic pelvic pain is a common problem in women. After a bacterial urinary tract infection has been ruled out, a systematic investigation needs to be undertaken, keeping in mind a thorough differential diagnosis. The history should inquire about the past medical history and more specifically about allergies, lupus, fibromyalgia, Sjögren syndrome, possible immunosuppression, previous tuberculosis, pelvic radiation or cyclophosphamide treatment. Physical examination remains mandatory although often disappointing.

A urine analysis and culture, urine cytology and cultures for sexually transmitted diseases are part of the basic investigation. Many specialists may have to contribute to the investigation of those patients and the family physician should be the one to direct the appropriate investigation and gather the results.

A good patient relationship is particularly important for the management of that difficult problem.

Key words: cystitis, pelvic pain.

interstitial cystitis, protein losing enteropathy and paralytic ileus with sero-negative systemic lupus erythematosus. *Clin Nephrol* 1992 ; 371 : 239-44.

4. Clauw J, et al. *The Relationship Between Fibromyalgia and Interstitial Cystitis*. Research Symposium on Interstitial Cystitis. Bethesda, Md.: NIDDK, 1995 : 103.
5. Schwartz MA, et al. Etiology of non gonococcal non chlamydial urethritis. *Derm Clin* 1998 ; 16 : 727-33.
6. Gillenwater JY, et al. *Adult and Pediatric Urology*. 2^e éd. Toronto : Mosby Year Book, 1992 : 1073-118.
7. Walsh P, et al. *Campbell's Urology*. 7^e éd. Toronto : WB Saunders, 1998 : 533-605.