

syndrome de vessie douloureuse



mécanismes étiopathogénique

JJ Labat, J Rigaud, T Riant
Centre fédératif de pelvipérinéologie
CHU Nantes

Le contexte

- Cystalgie à urine claire
- Cystite interstitielle

- Une douleur, des troubles urinaires, sans infection, sans pathologie tumorale

Définition du syndrome de la vessie douloureuse (ICS 2002 modifiée ESSIC 2005)

ESSIC = European Society for the Study of IC/PBS

- **PBS ou le syndrome de la vessie douloureuse**
 - douleur sus-pubienne liée au remplissage vésical et soulagée par la miction
 - accompagnée par d'autres symptômes comme la pollakiurie nocturne ou diurne (plus de 8 le jour et plus de 1 la nuit) ou l'urgenturie
 - en l'absence d'infection urinaire prouvée ou d'autre pathologie évidente.

Définition de la cystite interstitielle (ICS 2002 modifiée ESSIC 2005)

ESSIC = European Society for the Study of IC/PBS

- Cystite interstitielle (CI)
 - syndrome de la vessie douloureuse (PBS) avec des caractéristiques typiques cystoscopiques (glomérulations et/ou ulcère de Hunner) et/ou histologiques (infiltration par des cellules inflammatoires mononucléaires incluant les cellules mastocytaires et un tissu de granulation)
 - en l'absence d'infection ou d'autre pathologie

Du PBS (painful bladder syndrome) au BPS (bladder pain syndrome) ESSIC 2007

- Douleur, pression ou inconfort pelvien *perçu comme étant en relation avec la vessie* et accompagné d'une urgence persistante (« persistant urge ») et/ou d'une pollakiurie
- Avec ou sans anomalie cystoscopique et/ou biopsique
- Terme de PBS/IC mais ne présume pas d'une « origine vésicale », intégré dans le cadre des CPPS (chronic pelvic pain syndrome ICS- EAU)

~~URGENTURIE~~

Il existe donc deux cadres pathologiques

- Une maladie de la paroi vésicale (véritable CI)
 - Avec des anomalies cystoscopiques
 - pouvant évoluer vers la fibrose (défaut de compliance)
- Une maladie de la sensibilité vésicale, sans anomalie pariétale significative s'intégrant souvent dans un contexte d'hypersensibilisation régionale ou générale
- formes de passage?

épidémiologie

- AUX USA:
 - 750000 à 7,5M de patients
 - 100 millions de \$/an
- EN EUROPE
 - 10 à 20 / 100000 habitants
- 1 HOMME POUR 9 FEMMES
- Méconnaissance et fréquence des retards de diagnostics (5 ans)
- En augmentation:
 - USA, Finlande, Pays Bas: de 10/100 000 à 500/100 000 en 10 ou 20 ans

Mécanismes étiopathogéniques du BPS / CI

- Modification de la **perméabilité urothéliale** (altérations de la couche GAG) : augmentation de la diffusion des subst toxiques de l'urine (KCI) **Parsons CL 1986**
- Augmentation de l'activité des cellules, mastocytaires et des neuromédiateurs de **l'inflammation** : histamine, leukotrienes, prostaglandine) **Peeker R 2000**
 - conséquence inflammation chronique, trauma tissulaire, et dépolarisation des fibres nerveuses
- Augmentation des **facteurs antiprolifératifs** (APF) dans 94% des cas vs 9%: altération des facteurs de croissance des cell épithéliales) **Oravisto KJ 1980
Keay S 1997**

CI: des facteurs favorisants?

- Sexe
 - 9 femmes pour un homme
- Infectieux
 - Dans 18 à 36% des cas à la phase initiale
- Immuno allergiques
 - auto immunité proche de sclérodermie
 - Dans 28% associée à un syndrome de Goujerot S
 - 100 fois plus de risques de maladie inflammatoire du tube digestive
 - 30 fois plus de risques de Lupus ED
 - Allergie dans 40 à 80%
- Atteinte neurologique
 - Névralgies pudendales
 - Conflit thoraco lombaire

Warren 2008

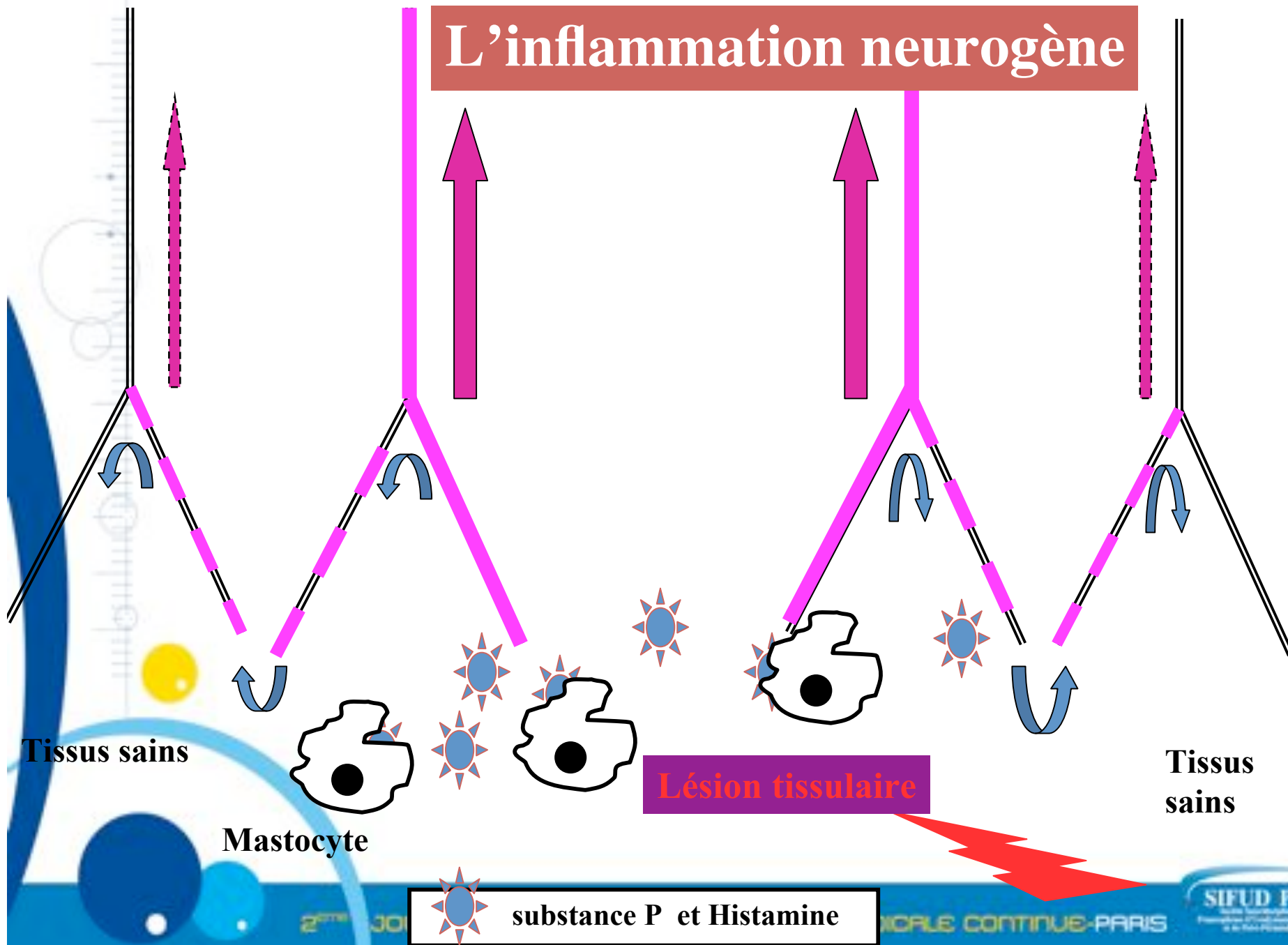
Alagiri M 1997

van de Merwe
JP,2003

Étiopathogénie du PBS: hypersensibilisation

- **Hypersensibilisation vésicale**
 - Allodynie vésicale
 - Inflammation neurogène
- augmentation de substances algogènes (P),

L'inflammation neurogène



Tissus sains

Mastocyte

Lésion tissulaire

Tissus sains

substance P et Histamine

• Hypersensibilisation viscérale

– Association:

- vestibulite vulvaire (51%),
- syndrome de l'intestin irritable
- Douleurs pelviennes chroniques (80%)

Simon LJ 1997

– Topographie des douleurs dans 256 PBS

- Sus pubienne 188
- Uréthrale: 81
- Génitale: 51
- Extra pelvienne:65

Warren JW 2008

– Allodynie

- Génitale 55%
- Uréthrale 54%
- Sus pubienne 32%
- Extrapelvienne 18%

• Hypersensibilisation générale

– Association à des douleurs myofasciales dans 85% des cas

Doggweiler-Wiygul R 2002, 2004
Prendergast SA 2003
Hetrick DC 2003

– Association aux pathologies

douloureuses: céphalées, SADAM, gastrites, lombalgies

Clemens 2008

– Lien avec des antécédents d'abus sexuels (plus de douleurs et moins de troubles urinaires)

Seth 2008

– Association à une fibromyalgie

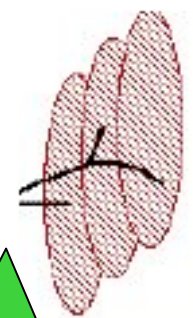
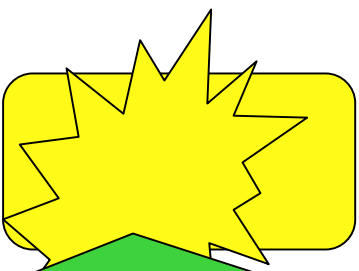
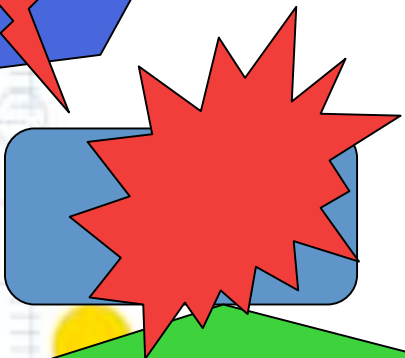
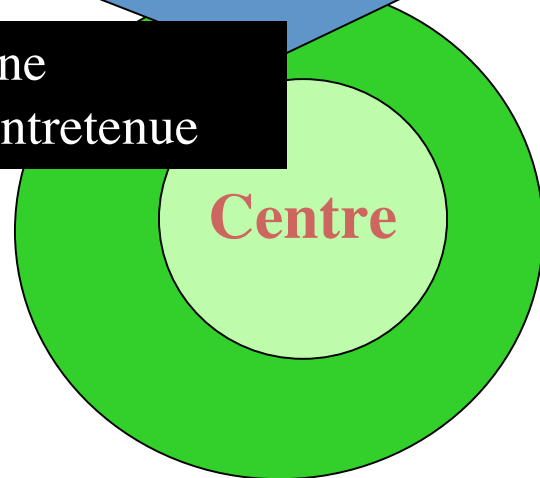
Clauw DJ 1997

Subst P, Cytokinines : IL-1 β , TNF- α

Stimulation X

hyperactivité A δ et C

Inflammation neurogène
Récation locale auto-entretenue

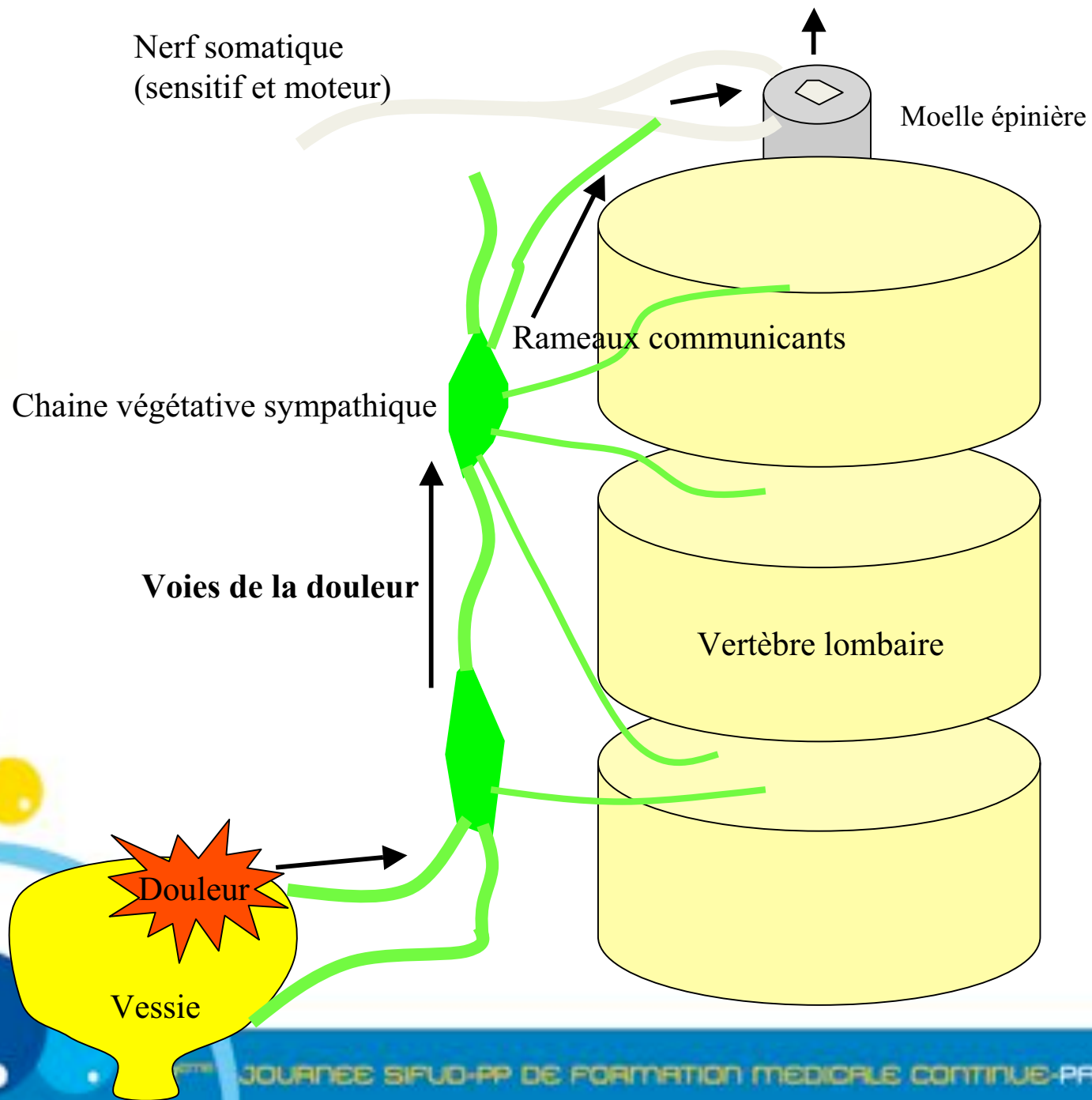


Hypersensibilisation centrale

Une conception globaliste: le syndrome douloureux complexe pelvien

- Ce dérèglement végétatif peut-être **déclenché** par
 - Une infection ou un traumatisme initial, un stress(?)
- Sur un **terrain** favorisant
 - Immunitaire? allergie? Fibromyalgie? Dysautonomie?
 - un état de stress (hypertonie sympathique et somatique), antécédents abus sexuels
- Sous tendu par des anomalies **neurologiques**
 - Par des lésions sur le trajet du nerf pudendal (sacré)
 - Par un conflit de la charnière thoraco-lombaire (origine des fibres sympathiques)
 - Par des lésions neurogènes pelviennes infra cliniques (endométriose, adhérences, chirurgie pelvienne)
- Et **entretenu** par
 - Les interventions ultérieures
 - La répétition des explorations locales

Janicki TI 2003



Neuropathique
Locale

**NEURALGIE PUDENDALE
ISOLEE**

AUTRES NEURALGIES: OBTURATRICE,
ILIO INGUINALE

FIBROMYALGIE

**Composante
émotionnelle**
Globale

**Hyper-
sensibilisation**
Regionale
globale

**ENDOMETRIOSE
DOULEURS
PELVIENNES
COMPLEXES
VESTIBULODYNIE**

**SYNDROME DE VESSIE
DOULOUREUSE
SYNDROME DE
L'INTESTIN IRRITABLE**

Douleur viscérale, sympathique
Regionale