

Cystites intersticielles : résultats d'une étude de prise en charge pluridisciplinaire

Eric Salvat

Approche pluridisciplinaire de patientes cystalgiques chroniques dans un Centre de la Douleur Pelvienne Chronique.

A partir de quelques cas de cystalgies chroniques, description d'une approche pluridisciplinaire soulignant l'apport de l'acupuncture dans la prise en charge.

Salvat E , Rempp C , Jung S , Haeringer MT , Simon T , Meyer C , Schoettel B

Mots clefs : cystalgie chronique, cystite interstitielle, pluridisciplinaire.

Le Centre de la Douleur Pelvienne Chronique (CDPC) fut créé en septembre 1997 au sein du Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (CMCO) de Schiltigheim. Dans cet établissement, la création de cette unité fonctionnelle constituait l'aboutissement d'une réflexion sur la difficulté de prise en charge de femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques (2).

L'équipe du CDPC a été constituée dans l'optique d'aborder la douleur sur plusieurs fronts, l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques étant souligné par de nombreuses études (1).

Cette équipe comprend :

1. une gynécologue, ayant une formation de gynécologie psychosomatique, responsable de la coordination de l'activité médicale ;
2. une psychologue clinicienne ;
3. un médecin acupuncteur ;
4. trois kinésithérapeutes avec orientations micro kinésithérapie et Yoga;
5. un anesthésiste algologue.

Lors de chaque journée d'hospitalisation la patiente va rencontrer successivement chacun des intervenants. Le regroupement de différentes consultations sur une seule journée et dans un cadre spécifique, réalisant ainsi une unité de lieu et de temps, est bénéfique sur plusieurs points. Il constitue tout d'abord un cadre sécurisant, donc plus efficace. La notion d'une équipe travaillant dans une même optique évite les effets de morcellements dus à l'addition d'un grand nombre de consultations différentes». La motivation et la disponibilité de l'ensemble de l'équipe, avec une unité de visée thérapeutique, ont un effet rassurant, anxiolytique. Cette unité est perçue par la patiente dans le discours de chacun des intervenants qui vont exprimer, au travers d'un vocable qui lui est spécifique, la même détermination. C'est dans ce même cadre que va se faire un échange d'informations entre les différents praticiens. Cette communication a lieu ponctuellement au cours de journées d'hospitalisation, ou de manière plus approfondie au cours des réunions hebdomadaires. La patiente, devenant l'objet d'une réflexion commune, est mise en perspective, en relief : elle n'est plus une simple image dans un espace plan.

Ferragut nous rappelle que notre perception du malade dépend de notre subjectivité : c'est cela qu'il faut venir interroger, qu'un tiers, personne ou groupe, porte un autre regard sur cette relation : « *La pluridisciplinarité est aussi pouvoir interroger un autre point de vue que le sien* ». (3)

Lorsqu'une patiente bénéficie d'une prise en charge au centre de la douleur pelvienne chronique, l'objectif de la première journée d'hospitalisation est de réaliser une évaluation globale de la personne et de sa douleur par chacun des intervenants.

Ce bilan médical, gynécologique, psychologique et physique est complété par un questionnaire. Celui-ci est remis et remplis par la malade lors de la première, la 7ème journée, la dernière journée puis 1 an après la fin de la prise en charge (adressé alors par voie postale).

Il comporte des outils d'autoévaluation recommandés par l'ANAES tels que :

- un schéma donnant la topographie des zones douloureuses ;
- une évaluation de l'anxiété et de la dépression par l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) ;
- une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien par la version courte du Questionnaire Concis sur les Douleurs, dont l'item « activité générale » est supprimé pour être remplacé par « activité sexuelle » en raison de la spécificité pelvienne de la douleur.
- une mesure de l'intensité du soulagement de la douleur n'est proposée qu'à partir de la seconde évaluation (7ème séance) et comporte des échelles visuelles analogiques, numériques et verbale simple.

Une mesure de l'intensité de la douleur est effectuée par les kinésithérapeutes, lors de chaque journée d'hospitalisation, par une échelle visuelle analogique de forme mécanique.

Toutes ces informations sont communiqués au cours des réunions hebdomadaires et donnent lieu, par décision collégiale, à une orientation de la prise en charge de la malade puis sa constante réévaluation.

Dans l'étude que nous avons menée, nous avons choisi de nous intéresser à un symptôme fréquemment rencontré en consultation de gynécologie et de médecine générale : la cystalgie chronique, définie par une douleur vésicale présente depuis plus de 6 mois.

La recherche s'est effectuée sur les dossiers de patientes, dont la symptomatologie motivant la prise en charge était une cystalgie chronique, admises en Hôpital de jour de juillet 1999 à avril 2003. Elle a donné lieu au recrutement de onze patientes dont sept avaient achevé leur prise en charge depuis plus d'un an, et quatre sont en cours de traitement.

Le diagnostic de cystite interstitielle a été posé antérieurement pour huit des onze patientes, et le tableau clinique en était fortement évocateur chez les trois autres. Cela conforte le caractère fréquent et peu connu de ce syndrome, dont relèvent probablement de nombreuses cystites à urines claires insuffisamment explorées.

La cystite interstitielle peut se définir comme une maladie inflammatoire chronique de la vessie (5). Touchant électivement la femme (90%) de la quarantaine, la cystite interstitielle reste une énigme quant à son étiopathogénie et différentes hypothèses sont évoquées : altération de la perméabilité de l'urothélium vésical ? séquelle d'infection chronique ? pathologie de la cellule mastocytaire ? , maladie auto-immune d'expression vésicale ?.

Le diagnostic, clinique et cystoscopique, associe des lésions (pétéchies ou ulcère) de la membrane vésicale à des douleurs et/ou des impériosités mictionnelles et ne peut être porté qu'en l'absence de toute autre pathologie vésicale.

La symptomatologie associant douleurs et impériosités handicape notablement la vie quotidienne des patientes de notre étude. Cette symptomatologie est très invalidante pour l'ensemble de ces patientes. Toutes sont affectées dans leur vie familiale et professionnelle : les échelles d'autoévaluation montrent un impact fort de la douleur sur la mobilité, le travail (y compris les travaux domestiques) et la sexualité. Les patientes décrivent leur appréhension des déplacements et des situations où il n'est pas possible d'uriner, restreignant spontanément de nombreuses activités. Sur les onze patientes, neuf présentent des signes de sévérité de symptomatologie anxieuse. Seules trois patientes présentent un indice révélateur d'un syndrome dépressif, dont une souffre d'un syndrome dépressif important. Une personnalité borderline ou état-limite, comportant des risques de décompensation psychotique, se retrouve chez sept des onze patientes. Deux patientes présentent un tableau de structure hystérique. Enfin, une patiente possède un profil psychologique " sans anomalie ".

Les entretiens ne rapportent pas d'antécédents de violences sexuelles dans ce groupe de patientes, par opposition à la fréquence élevée de ce type d'antécédents dans les populations souffrant de douleurs pelviennes chroniques.

Les conclusions des consultations menées par le médecin acupuncteur mettent en évidence des troubles du « territoire » chez l'ensemble des patientes. Elles ont en commun des difficultés à trouver et à gérer leur place au sein de leur famille, de leur environnement affectif, social et professionnel.

L'identification de cette problématique a permis d'orienter les modalités de l'approche psychothérapique, qui associée aux techniques acupuncturales, physiques et à l'effet contenant du cadre hospitalier, a exercé un rôle efficace dans le traitement de ces personnalités. La signification donnée à cette douleur n'a pas seulement eu valeur d'information, « elle précède aussi l'action et suppose que sa nature étant identifiée, le moyen de la combattre va de soi » nous rappelle Le Breton (4).

Sept des onze patientes ont terminé leur traitement au CDPC depuis plus d'un an. La durée de leur prise en charge s'est étendue de six à vingt mois, avec une moyenne de un an.

Un soulagement sensible s'observe dès la septième séance pour la majorité des patientes avec une amélioration très nette (80% de soulagement) pour deux d'entre elles.

L'étude de l'évolution de l'indice de dépression ne montre pas de différence significative entre le début et la fin de la prise en charge pour l'ensemble des patientes, à la différence de l'indice d'anxiété qui va baisser régulièrement durant cette période.

Nous pouvons constater qu'un an après la fin du traitement, six des sept patientes éprouvent un soulagement de leur douleur de 70 à 100%. Il faut également noter que pour ces patientes, l'amélioration se poursuit au-delà de la prise en charge, alors que ces patientes ne mentionnent pas de traitement ni de suivi médical. Seule une patiente n'a tiré qu'un faible bénéfice de la prise en charge.

Une diminution de l'impact de la douleur sur le comportement quotidien s'observe dès la septième séance pour se poursuivre durant le traitement, et également un an après la fin du traitement pour six des sept patientes.

En réhabilitant la personne dans sa globalité, le Centre de la Douleur Pelvienne Chronique, associant acupuncture, psychothérapie et techniques physiques, apporte aux soignants une meilleure compréhension de la malade, de sa souffrance et du sens porté par le symptôme, permettant ainsi d'en adapter la prise en charge.

C'est cette dynamique de soins qui va permettre aux patientes de bénéficier d'un changement radical du mode de vie et d'un soulagement durable.

« Les médecines ne s'annulent pas entre elles, mais témoignent chacune d'une interprétation propre du corps et de la maladie, elles mettent en œuvre des thérapeutiques spécifiques mais toutes participent d'une certaine vérité du corps ou de la maladie. »(4)

1. Collet BJ, Cordle C, Steward C. *Setting up a multidisciplinary clinic*. Brs Clin Obstet Gynaecol 2000; 3: 541-556.
2. Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. *Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique*. Gynecol Obstet Fertil 2001 ; 29 : 234-243.
3. Ferragut E. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Paris : Masson 2000.
4. Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié, 1995.
5. Messing E, Stamey T. *Interstitial cystitis: early diagnosis, pathology, and treatment*. Urology 1978; 12: 381-392.