

Sindrome dolorosa vescicale (o cistite interstiziale)

S. Drouin, M. Rouprêt

La sindrome dolorosa vescicale o cistite interstiziale (CI) è una patologia della vescica che rimane ampiamente misconosciuta. La CI colpisce più le donne che gli uomini e la sua eziologia resta non chiarita. I differenti studi suggeriscono che la sua fisiopatologia sia multifattoriale. La diagnosi della CI deve essere sospettata dal medico in base alle informazioni ottenute al momento dell'anamnesi. La conferma di questa diagnosi, che resta una diagnosi di esclusione, si basa su una serie di esami il cui scopo è quello di escludere altre patologie. Non è disponibile alcun test patognomonico della CI. Il mancato riconoscimento della fisiopatologia rende i trattamenti empirici. La risposta al trattamento varia in funzione del paziente e spesso si tentano numerosi farmaci prima di trovarne uno che allevia i sintomi. Alcune metodiche o alcuni farmaci possono avere degli effetti benefici abbastanza importanti, ma, spesso, dopo qualche mese e, purtroppo, per un periodo limitato. È frequente che il trattamento divenga sempre meno efficace nel corso del tempo e che i sintomi ricompaiano. Inoltre, è difficile dire se un miglioramento è stato causato da un farmaco o se è stato causato semplicemente da una remissione spontanea. Al termine di questo articolo è proposto un algoritmo decisionale. Sono stati descritti alcuni fattori aggravanti, suscettibili di precipitare il dolore dovuto alla CI. Si ricordano lo stress, i rapporti sessuali, gli abiti stretti, l'esercizio fisico e alcuni alimenti come le bevande acide, il caffè, le spezie, l'alcol, le bibite gassate, il tè e il cioccolato.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Cistopatie; Cistite; Vescica; Eosinofilia; Idrodistensione; Glicosaminoglicano; Cistoscopia; Istologia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Cenni storici	1
■ Definizione	2
■ Epidemiologia	2
■ Eziologia e fisiopatologia	2
Infettiva	2
Infiammazione e meccanismi autoimmuni	2
Mastociti e mediatori dell'infiammazione	3
Barriera di glicosaminoglicani e permeabilità epiteliale	3
Neurobiologia	3
Fattore antiproliferativo	3
■ Orientamento diagnostico	3
Anamnesi ed esame obiettivo	3
Esami complementari	3
■ Gestione terapeutica	4
Educazione e sostegno psicologico	4
Trattamenti orali	4
Trattamenti endovesicali	5
Neuromodulazione	5
Chirurgia	6
■ Quale opzione scegliere?	6
■ Conclusioni	6

■ Introduzione

La sindrome dolorosa vescicale o cistite interstiziale (CI) rimane una patologia della vescica in gran parte misconosciuta. Essa appartiene al gruppo delle sindromi dette della «vescica dolorosa», ma non corrisponde ad alcun criterio diagnostico specifico, il che porta spesso i pazienti che ne soffrono a lunghi vagabondaggi diagnostici.

La sua incidenza non smette, tuttavia, di aumentare nei paesi sviluppati. Si tratta di una malattia «benigna», ma responsabile di un handicap funzionale che può unire delle alterazioni fisiche, psichiche o anche socioeconomiche per i pazienti. Conoscere la CI, saperla ipotizzare, sospettarla, diagnosticarla e sottoporla a un trattamento si rivela indispensabile, ai nostri giorni.

■ Cenni storici

La CI è stata definita come un'entità a pieno titolo già nel XIX secolo da Skene, ma è stata realmente descritta solo nel 1918 da Hunner. Quest'ultimo descrisse una cistite responsabile di dolore e di urgenturia associata alla presenza di ulcere vescicali alla cistoscopia.

Nel 1949, Hand fu l'autore del primo studio che includeva 223 casi di CI con la presenza di un'ulcera detta di Hunner. Si deve attendere il 1978 perché Messing e Stamey segnalino l'esistenza di forme non ulcerose e la presenza di glomeruli vescicali. La prima definizione consensuale della CI vide la luce

solo negli anni '80 con la creazione dell'Interstitial Cystitis Association. Nel 1989, l'Istituto nazionale di sanità americano ha definito dei criteri diagnostici precisi per gli studi clinici. Questi sono stati rivisti nel 2002 e nel 2005, con l'introduzione delle sindromi della vescica dolorosa.

■ Definizione

Dal 1987, l'Istituto nazionale di sanità aveva posto dei criteri di diagnosi di CI che dovevano servire alla ricerca clinica [1]. Questi comprendevano dei criteri istologici di inclusione, dei fattori positivi e dei criteri di esclusione. L'uso di tali criteri permetteva, in realtà, di includere solo il 60% dei pazienti con una CI. Così, nel 2005, la Società internazionale di continenza e l'European Society for the Study of IC/PBS (ESSIC) hanno modificato le definizioni [2].

“ Punto importante

Definizione secondo l'ESSIC 2005

La CI è una malattia di origine sconosciuta che:

- consiste in un disturbo doloroso sovrapubico legato al riempimento vescicale;
- è accompagnata da altri sintomi come la pollachiuria diurna (più di otto volte al giorno) e notturna (più di una volta a notte);
- ha le seguenti caratteristiche:
 - cistoscopiche: glomeruli e/o ulcera di Hunner
 - e/o istologiche (infiltrazione da parte di cellule infiammatorie mononucleate compresi i mastociti e un tessuto di granulazione)
- in assenza di infezioni o di un'altra patologia.

Innanzitutto, il termine di CI è stato sostituito da quello di «cistite interstiziale, sindrome della vescica dolorosa». La sindrome della vescica dolorosa è caratterizzata da un dolore sovrapubico cronico in rapporto con il riempimento vescicale e accompagnato da sintomi quali una pollachiuria e/o una nicturia, in assenza di altre patologie come un'infezione urinaria. La CI fa parte delle sindromi della vescica dolorosa con, in più, alcune caratteristiche cistoscopiche e/o istologiche [3]. L'anamnesi e l'esame obiettivo permettono di sospettare la diagnosi, ma non esiste alcun test diagnostico specifico della cistite interstiziale. Questa resta una diagnosi di esclusione, che richiede di eliminare le diverse diagnosi differenziali (Tabella 1). Si possono schematicamente descrivere due forme principali di CI:

- la forma non ulcerosa di tipo neurogeno, che riguarda la donna giovane a capacità vescicale normale;
- la forma ulcerosa di tipo infiammatorio, meno frequente in Europa, che interessa la donna più anziana e che provoca una riduzione della capacità vescicale.

■ Epidemiologia

La prevalenza della sindrome della «vescica dolorosa, cistite interstiziale» è estremamente variabile a seconda degli studi e delle popolazioni, tanto più che i criteri diagnostici si sono modificati con il tempo e che non esiste un indicatore diagnostico specifico della CI. Le cifre di prevalenza variano da 10 a 300/100 000, con un rapporto di dieci donne per un uomo. L'età media alla diagnosi è di 45 anni. Sembra, tuttavia, che l'incidenza della CI sia sottostimata nell'uomo e nel bambino. Essa è più frequente nei paesi anglosassoni e nei paesi del Nord Europa. Sembra essere presente una componente genetica con una predisposizione familiare [4]. Infine, sono state segnalate alcune associazioni con delle malattie infiammatorie o autoimmuni, la fibromialgia e i disturbi panici [5]. La fisiopatologia

Tabella 1.

Diagnosi differenziali della cistite interstiziale [3].

Diagnosi differenziali	Mezzi di esclusione
Carcinoma	Cistoscopia e biopsia
Carcinoma in situ	Cistoscopia e biopsia
Infezione da:	
- <i>Chlamydia trachomatis</i>	ECBU e mezzo di coltura adatto
- <i>Ureaplasma urealyticum</i>	ECBU e mezzo di coltura adatto
- Micoplasma	ECBU e mezzo di coltura adatto
- <i>Corynebacterium urealyticum</i>	ECBU e mezzo di coltura adatto
- Micobatterio	ECBU e mezzo di coltura adatto
- <i>Candida</i>	ECBU e mezzo di coltura adatto
- Herpes virus	ECBU, mezzo di coltura adatto e clinica
- Human papilloma virus	ECBU, mezzo di coltura adatto e clinica
Postumi:	
- di irradiazione	Anamnesi
- di chemioterapia	Anamnesi
- di trattamento antinfiammatorio (acido tiaprofenico)	Anamnesi
Adenoma prostatico	Flussimetria ed ecografia
Litiasi vescicale	Ecografia e cistoscopia
Ritenzione acuta di urina	Ecografia
Diverticolo dell'uretra	Anamnesi ed esame clinico
Prolasso	Anamnesi ed esame clinico
Endometriosi	Anamnesi ed esame clinico
Candidiasi vaginale	Anamnesi ed esame clinico
Cancro del collo dell'utero, dell'ovaio	Anamnesi ed esame clinico
Vescica iperattiva	Esame clinico e valutazione urodinamica
Cancro della prostata	Esame clinico e PSA
Adenoma della prostata	Flussimetria ed esame clinico
Prostatite	Esame clinico ed ECBU
Vescica neurologica	Interrogatorio ed esame clinico

PSA: *prostate specific antigen*; ECBU: esame citobatterologico delle urine.

comune si articolerebbe intorno a un modello globale di risposta allo stress che chiama in causa un aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico [6]. Si deve sottolineare che la CI non è una lesione precancerosa. Peraltro, la CI rimane una vera e propria sfida di salute pubblica, poiché si stima che il suo costo rappresenti ogni anno 100 milioni di dollari negli Stati Uniti [7].

■ Eziologia e fisiopatologia

L'origine della CI è, probabilmente, multifattoriale. Sono state avanzate numerose ipotesi eziologiche e patogenetiche, ma nessuna ha offerto prove certe. Esisterebbero diverse componenti che potrebbero spiegare l'alterazione della parete vescicale, che si sovrapporrebbero le une alle altre.

Infettiva

Si tratta dell'ipotesi più antica. Si riteneva che delle infezioni ripetute fossero responsabili di uno stato infiammatorio cronico, che rendeva la vescica sensibile a dei germi in genere non patogeni. Peraltro, e malgrado le tecniche moderne, non è mai stato implicato alcun microrganismo, e gli antibiotici restano inefficaci nel trattamento della CI [8].

Infiammazione e meccanismi autoimmuni

È difficile sapere se si tratta di una causa o di una conseguenza: l'infiammazione è costante nella malattia con delle lesioni di pancistite e di infiammazione perinervosa [9]. L'associazione con altre malattie infiammatorie è un argomento che depone a favore di una componente autoimmune della CI. Come in altre patologie, in alcuni pazienti sono stati osservati

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465054>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465054>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)