

CISTITE CRONICA, CISTITE INTERSTIZIALE: UNA UNICA ENTITA'?

Dott. D. Porru

IRCCS Fondazione San Matteo, Pavia

La cistite interstiziale, o sindrome del dolore vescicale/cistite interstiziale (IC/BPS) è una sindrome la cui diagnosi è posta su base clinica, solitamente quando da parte del clinico esiste un alto indice di sospetto, e quando possono essere escluse varie altre condizioni, in assenza di segni fisici che si possano considerare patognomonici. La presenza di una sensazione variamente descritta come "fastidio", "pressione", "dolore", "bruciore" in sede pelvica, in sede vescicale, associata a sensazione di urgenza minzionale, e/o aumentata frequenza delle minzioni.

Esistono altre condizioni dolorose vescicali, come la cistite attinica, infiammazioni vescicali non rilevabili con la uro coltura di routine ("broth culture"), patologie ginecologiche oppure sistemiche che coinvolgono la vescica. In vari Paesi asiatici la definizione usata è "vescica ipersensibile" (HSB, hypersensitive bladder), ciò è da considerare quando si esamina la letteratura sull'argomento prodotta in questi Paesi.

UCPPS (urologic chronic pelvic pain syndrome) è una definizione coniata di recente che comprende la cistite interstiziale (IC/BPS) e la prostatite cronica abatterica/sindrome del dolore pelvico cronico (CP/CPSS), avendo queste due condizioni alcuni sintomi in comune. I fattori di rischio per la variabilità dei sintomi urinari e del dolore non sono conosciuti.

I sintomi sono di solito "allodinici", caratterizzati da una amplificazione di sensazioni normali.

E' difficile una precisa stima della epidemiologia in assenza di criteri diagnostici condivisi di certezza, che l'ESSIC (società europea per lo studio della cistite interstiziale) ha cercato di definire. Comunque circa il 90% dei pazienti sono donne, nel 1975 la prevalenza era 18/100.000, nel 1995 67/100.000, nel 2005 230/100.000, nel 2008 è divenuta 5/1000 donne adulte (N.Fall); altri autori riportano una incidenza persino maggiore. Esiste una associazione con patologie di altri apparati, la vulvodinia, la fibromialgia, la sindrome del colon irritabile (IBS), celiachia, endometriosi etc. E' infatti probabile che la eziologia sia multifattoriale: infezione, infiammazione, autoimmunità, aumentata permeabilità dell'urotelio; esiste poi una comunicazione "chimica" mediante trasmissione di segnali ("crosstalk") tra gli organi viscerali pelvici in grado di condizionarne il comportamento e le risposte agli stimoli esterni.

Esistono inoltre *modificazioni anatomiche e funzionali della sostanza grigia e bianca del SNC*, che indicano la necessità di uno studio più globale dei pazienti, per la scelta di un trattamento individualizzato.

Non esistono reperti patognomonici all'esame istologico eseguito con biopsia a freddo della parete vescicale. Il riscontro di petecchie emorragiche dopo idrodistensione della vescica non viene più considerata una osservazione senza la quale non è possibile fare diagnosi di IC/BPS. Tuttavia la osservazione di lesione ulcerativa mediante cistoscopia, lesione di Hunner, permette una diagnosi di certezza, in presenza dei sintomi clinici, nei casi in cui è possibile riscontrare tale alterazione, che sono circa il 10 %. Tale area è osservabile in fase acuta come un'area friabile, infiammata, denudata dal rivestimento uroteliale, mentre in fase cronica appare come cicatriziale, non sanguinante.

GIORNATE MEDICO-SCIENTIFICHE GYNEPRO 2015

VULVODINIA E DOLORE PELVICO CRONICO

BOLOGNA, 11 DICEMBRE 2015

Terapia orale

- triciclici antidepressivi, che hanno azione anticolinergica centrale e periferica, bloccano il re-uptake della serotonina e noradrenalina, ed hanno azione sedativa.
- antistaminici: il rilascio locale di istamina può accompagnare lo sviluppo della CI.
- Pentosano polisolfato di sodio: è un eparinoide, con azione di ripristino della barriera uroteliale composta da glicosaminoglicani (GAGs).

Terapia endovesicale e intradetrusoriale

- Dimetilsulfossido con effetto positivo anti-infiammatorio nel 70%
- Ac. ialuronico
- Condrotina solfato
- Ac. ialuronico+condroitina solfato
- Iniezione detrusoriale/sottomucosa di tossina botulinica

La terapia chirurgica è una scelta da considerare dopo che tutti i tentativi di trattamento conservativo hanno fallito, ad eccezione dei casi con lesione di Hunner, in cui è dimostrato che la resezione endoscopica comporta una remissione del dolore e dei sintomi nella maggior parte dei casi. Negli altri casi la scelta è tra cistectomia sovra trigonale con vescica orto topica continente, e la cistectomia con derivazione urinaria eterotopica.