
PSEUDOCYSTITE ET SENSIBILITÉ ANORMALE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

J THOMAS¹

Résumé

7 observations sont rapportées, de manifestations douloureuses à localisation apparemment vésicale, se présentant comme des cystites rebelles, mais avec une symptomatologie assez particulière. Pour ces 7 cas, il y avait, d'une part une pollakiurie, mais plus marquée dans la journée que dans la nuit, et d'autre part le patient se plaignait de douleurs abdominales basses, supra-vésicales. L'interrogatoire nous apprenait, en outre, chaque fois, que la miction entraînait des douleurs au niveau du méat urétral, non pas au moment de la miction, mais dans les suites immédiates de la miction, et que la douleur de la région vésicale allait en s'atténuant après la miction pour reprendre progressivement après la miction.

Surtout, l'examen mettait en évidence, dans tous les cas, une sensibilité de la symphyse pubienne, douloureuse à la pression dans sa partie antérieure, au niveau de son bord supérieur et plus encore de son bord inférieur. Sa face postérieure examinée par le toucher vaginal était souvent encore plus sensible que sa partie antérieure.

Dans tous les cas, l'examen clinique montrait une sensibilité anormale de la cheville gauche, au niveau de la région sous-malléolaire externe, et du genou gauche dans la région postéro-interne. Dans tous les cas aussi, grâce à un jeu de cales podologiques, celles-ci glissées sous le pied au niveau de la partie interne de la voûte plantaire, on parvenait, pour une hauteur précise de relèvement de la voûte plantaire, identique à droite et à gauche, à la disparition de la sensibilité de la cheville gauche, du pied gauche, avec, en même temps, la disparition de la sensibilité de la symphyse pubienne. Cela a conduit à la réalisation de semelles orthopédiques en tenant compte des données fournies par le test des cales podologiques.

Dans les 7 cas, on a obtenu une amélioration importante, voire totale, de la symptomatologie douloureuse de type urinaire. Ces résultats sont une invitation à un examen systématique de la symphyse pubienne, et à la recherche d'une sensibilité douloureuse provoquée des chevilles, surtout de la cheville gauche, dans sa partie sous-malléolaire externe, et des genoux, surtout du gauche, dans sa partie postéro-interne. Lorsque les examens sont positifs à ces trois niveaux, il faut tester les effets du relèvement de la voûte plantaire interne avec le concours des cales podologiques, et si celles-ci apportent une atténuation de la sensibilité des zones douloureuses qu'on vient de citer, elles sont une indication au recours aux semelles orthopédiques qui ont bien des chances d'améliorer ces cystalgies rebelles.

Mots clés : pseudocystite, symphyse pubienne, cales podologiques.

Abstract

Pseudocystitis and anormal sensibility of symphysis pubis

The autor reports 7 cases of apparently bladder pain, presenting in the form of refractory cystitis, but with fairly unusual clinical features. These 7 patients presented with urinary

¹ Médecin thermal, 20 avenue du Casino, 88800 Vittel

frequency, more marked during the day than at night, and suprapubic low abdominal pain. In every case, clinical interview revealed that voiding induced pain in the urethral meatus, not at the time of voiding, but immediately following voiding, and that pain in the bladder region tended to wane after voiding, and then gradually returned. In particular, physical examination demonstrated tenderness of the anterior, superior and especially inferior surfaces of the symphysis pubis in every case. The posterior surface of the symphysis pubis palpated by vaginal examination was often even more tender than the anterior surface. In every case, physical examination showed abnormal tenderness of the lateral inframalleolar region of the left ankle and the posteromedial region of left knee. A set of test orthotics placed under the medial aspect of the plantar arch, with an identical height on the left and on the right, eliminated this tenderness of the left ankle and left foot and simultaneously eliminated tenderness of the symphysis pubis. These orthotics were then used to design orthopaedic insoles based on the results of these tests. A marked or even complete improvement of bladder pain was obtained in all 7 cases. These results support the value of systematic examination of the symphysis pubis and testing for tenderness of the ankles, especially the lateral inframalleolar region of the left ankle, and knee, especially the posteromedial region of the left knee. When examination of these three sites positive, the effects of raising the medial plantar arch should be tested by means of orthotics, and when orthotics induce attenuation of this tenderness, orthopaedic insoles are very likely to improve these forms of refractory bladder pain.

Key words : *pseudocystitis, symphysis pubis, orthotics.*

Nous nous sommes penché sur ce problème pour diverses raisons,

- parce que, attaché dans le service d'urologie de l'Hôpital Cochin de Paris depuis de nombreuses années, nous avons eu maintes fois l'occasion d'aborder la pathologie urinaire basse,
- parce que la pathologie de la douleur nous a toujours intéressés, et en particulier à Vittel, nous nous sommes beaucoup penchés sur les répercussions à distance de certaines irritations de la sphère oro-faciale [11] et des pieds [6-10].

La cystite, affection à large dominante féminine, perturbe, souvent de manière importante, la vie de certaines femmes, par l'irritation vésicale que cela comporte, par la répétition parfois déprimante que cela entraîne, dans la vie courante, dans la vie professionnelle et dans la vie de couple.

Au cours de l'examen clinique systématique, chez des cystalgiques, nous avons relevé dans un certain nombre de cas, une sensibilité douloureuse à la pression de la zone symphysaire. Nous avons pu alors enregistrer des répercussions favorables tout d'abord des cales podologiques soutenant la voûte interne des pieds, puis secondairement du port de semelles orthopédiques.

Nous nous proposons de rapporter ici quelques-unes de telles observations.

Observation 1

Madame B..., âgée de 60 ans, nous consulte en septembre 2007 pour des douleurs pelviennes qui durent depuis deux ans. Dans les antécédents, on apprend qu'il y a eu autrefois des crises de coliques néphrétiques et quelques manifestations à type de cystite, mais sans gravité, vite stoppées par le traitement anti-infectieux. Les ennuis actuels ont

commencé brutalement il y a deux ans, peut-être à la suite d'un rapport sexuel. Les ennuis urinaires n'ont plus cessé. Il y avait initialement des cystalgies, des réactions à type de vulvovaginite, des douleurs pelviennes à irradiations droites : on avait alors évoqué le diagnostic de névralgie du nerf honteux interne. Les examens cytot bactériologiques montraient la présence de germes, en quantité limite d'ailleurs, de l'ordre de 10⁴, 10⁵, ce qui avait justifié de traitements anti-infectieux renouvelés, peu efficaces. Il y a eu un prélèvement vaginal négatif. On a parlé d'une mycose vaginale. Le traitement spécifique n'a rien donné. L'association à ces troubles de la sphère urinaire basse de douleurs sacro-coccygiennes, de douleurs lombaires, de douleurs des épaules, des coudes, ont fait évoquer le diagnostic de fibromyalgie, ce qui a été démenti par une consultation et un bilan réalisé dans le service de rhumatologie de l'hôpital Bichat à Paris. C'est là que fut préconisé le port de semelles orthopédiques qui n'ont donné aucun résultat. Il faut dire qu'elles n'ont pas été réalisées en respectant les consignes prévues. Un psychiatre a été consulté. Il a prescrit des antidépresseurs, amitriptyline, lonazepam, rapidement abandonnés. Un bilan urodynamique n'avait pas conclu à des anomalies dignes d'intérêt. Bref, le diagnostic retenu est celui de cystites à répétition et, devant la chronicité, on a même évoqué celui de cystite interstitielle.

Madame B... nous consulte donc avec le diagnostic de cystites rebelles résistant à tous les traitements.

Elle nous précise qu'elle souffre plus spécialement au niveau de l'ogive pubienne, avec une impression de brûlures locales permanentes, avec des irradiations postérieures, latéro-pelviennes, surtout à droite. Elle souffre davantage en position debout et se tient souvent penchée en avant, la main ou le poing volontiers pliés sur la région pelvienne, ce qui lui procure un certain soulagement. Nous l'examinons attentivement. On met d'emblée en évidence une sensibilité très vive au niveau de la cheville gauche, pas de la cheville droite, dans la région sous-malléolaire externe. Il existe aussi une sensibilité douloureuse anormale au niveau de la partie postéro-interne du genou gauche, pas au niveau du genou droit. Le palper abdominal ne réveille aucune sensibilité sauf dans la région pelvienne médiane. Nous constatons alors que la symphyse pubienne est très sensible à la pression, en avant sur toute sa hauteur, en haut sur son bord supérieur, en bas sur son bord inférieur. Le toucher vaginal ne montre pas de sensibilité utérine anormale, pas de sensibilité du côté de la vessie. Il permet d'explorer la partie postérieure de la symphyse pubienne et celle-ci est extrêmement douloureuse. Nous pensons donc à une pubalgie, et, notre expérience nous conduit à vérifier les effets des cales podologiques. Or, avec des cales d'une hauteur de 12 millimètres, glissées sous la partie interne de la voûte plantaire, non seulement, la cheville et la face postéro-interne du genou gauche ne sont plus du tout douloureux, mais surtout la symphyse pubienne n'est pratiquement plus sensible sur ses bords supérieurs et inférieurs, sur sa partie antérieure. On pratique même un examen par toucher vaginal en position debout et la partie postérieure de la symphyse pubienne n'est plus douloureuse. On fait faire dans la foulée des semelles orthopédiques, en les préconisant en matériau compact pour qu'il n'y ait pas de tassement secondaire, avec la hauteur de la partie correspondant à la voûte plantaire

interne strictement identique à celle des cales podologiques, donc de 12 millimètres. Madame B... reprend vite une vie normale, n'a plus de cystites, ne fait plus d'examen cytotobactériologiques urinaires. La cystite était une fausse cystite.

Observation 2

Madame L..., âgée de 60 ans, vient en cure à Vittel en juin 2008 pour des problèmes d'infections urinaires. Dans son passé, on note qu'elle a fait une fois, il y a de nombreuses années, des crises de coliques néphrétiques, et qu'elle a éliminé un petit calcul. Depuis une vingtaine d'années, une fois par an, elle fait un épisode de cystite aiguë. C'est depuis trois ans que la situation s'est nettement aggravée. On est passé au stade de la cystite chronique. En fait, si on interroge Madame L..., elle a des brûlures à chaque miction, mais ce n'est pas pendant la miction elle-même, mais après la fin de la miction. Les brûlures ne sont pas uréthrales mais plutôt pelviennes, dans la région sous-urétrale : si elles se produisent le matin, elles peuvent durer toute la journée, et c'est le cas le plus fréquent. Plusieurs examens cytotobactériologiques sont restés négatifs. Ces manifestations urinaires ont conduit à deux cystoscopies. Le compte-rendu de la première cystoscopie date du 16 Juillet 2006. Il est libellé ainsi : "cystite chronique intense au niveau du col" et le compte-rendu de l'anatomopathologiste qui a examiné les fragments biopsiques répond : "cystite chronique non spécifique". Un traitement est prescrit dans les suites de cet examen, alternant norfloxacine, sulfaméthoxazole-triméthoprine et fosfomycine. En fait, la situation ne change pas. Le 30.8.07, l'urologue fait un deuxième examen cystoscopique qui répond "sténose urétrale relativement serrée, dilatation avec une bougie jusqu'à 28 CH, inspection de la vessie, montrant un réservoir de grande capacité, très inflammatoire, surtout au niveau du trigone". À partir des prélèvements biopsiques, l'anatomopathologiste répond "absence de cellules suspectes et muqueuse vésicale normale". Il y a un répit de trois mois, puis rechute malgré un traitement anti-infectieux qui sera poursuivi pendant 8 mois et finalement arrêté car inactif et en fait mal toléré. Un uroscanner, en date du 13.11.07 montre un appareil urinaire normal. L'urologue évoque l'entretien des ennuis urinaires par le stress entretenu par une séparation très difficile du couple.

Nous nous trouvons donc devant une femme de 60 ans qui vient en cure pour des problèmes urinaires, bas, très handicapants, depuis trois ans. On lui fait suivre une cure hydrominérale appropriée, à base d'eau de Vittel Grande Source et d'eau de Vittel Bonne Source. On lui prescrit de l'hydrothérapie sédative et des applications de boue sur la région vésicale. On réfléchit, bien entendu, sur son problème qui sort du cadre de l'épuration. Les cystalgies sont quasi permanentes. Elles apparaissent souvent le matin, à la première miction, mais sans brûlures uréthrales permictionnelles. L'irritation s'installe quand la miction est terminée. Madame L... nous précise qu'elle accuse un certain soulagement quand elle appuie sa main ou son poing sur la région périnéale. Notre attention est, de ce fait, directement orientée vers cette région et nous constatons rapidement qu'il y a une irritation symphysaire. En position couchée, la symphyse pubienne est très sensible sur toute sa hauteur, sur son bord supérieur, sur son bord inférieur. La paroi

abdominale pelvienne est également sensible. Nous constatons dans la foulée que la cheville gauche, dans la région sous-malléolaire externe est hypersensible et que le genou gauche, dans sa partie postéro-interne, l'est tout autant.

Cela nous conduit aussitôt au test des cales podologiques. Avec des cales dont la flèche interne est de 10 millimètres, placées sous la voûte plantaire interne, l'une à droite, l'autre à gauche, toute l'irritation constatée s'atténue. Avec des cales de 11 millimètres, l'irritation a totalement disparu : la partie antérieure, les bords supérieur et inférieur de la symphyse ne sont plus sensibles. La paroi abdominale pelvienne n'est plus sensible, et parallèlement, la cheville et le genou gauches ne sont plus douloureux. Des semelles orthopédiques sont faites avec un renforcement correspondant à la partie interne de la voûte plantaire, de 11 millimètres, à droite comme à gauche. La fin de la cure se passe sans irritation. Des nouvelles sont transmises par téléphone 15 jours après le départ de la station. Elles sont bonnes. Bien entendu, le recul est insuffisant pour porter un jugement définitif, mais on ne peut s'empêcher d'évoquer une relation de cause à effet entre les cystalgies quotidiennes depuis 3 ans et leur disparition instantanée rien qu'avec le recours à des cales podologiques d'une efficacité constatée instantanément, et ensuite avec des semelles orthopédiques, maintenant la voûte plantaire interne à la même hauteur que les cales podologiques.

Observation 3

Nous suivons en cure à Vittel, chaque année, en juillet, Mademoiselle M..., depuis 2006 (elle est alors âgée de 18 ans), pour des problèmes d'infection urinaire qui remontent à l'enfance. Ces infections très fréquemment renouvelées, étaient en fait en rapport avec un reflux vésico-urétéral bilatéral, confirmé par une uréthro-cystographie mictionnelle et ascendante, et traité en 2000, à droite comme à gauche, par des injections péri-méatiques de téflon. Depuis cette date, et la cure aidant, les épisodes d'infection aiguë sont devenus très rares, ne se produisant au maximum qu'une ou deux fois par an, et sont facilement jugulés par les antibiotiques.

Depuis 2007, Melle M... fait de la kinésithérapie, car elle souffre de lombo-sacralgies et de douleurs pelviennes, mais sans brûlures mictionnelles. Elle a perdu une fois ses urines, sans explication valable, mais cela l'a beaucoup perturbée. Son médecin traitant nous a fait part de sa crainte d'une rechute du reflux vésico-urétéral. Le kinésithérapeute a remarqué l'existence d'une scoliose lombaire, ce qui a été confirmé par un examen radiographique. Ce même kinésithérapeute a surtout noté une sensibilité anormale de la région symphysaire et nous en a entretenu. Notre examen clinique va confirmer cette impression. La symphyse pubienne est extrêmement sensible sur sa partie antérieure, et sur ses bords supérieur et inférieur. On retrouve également une sensibilité douloureuse à la pression de la cheville gauche, au niveau de la région sous-malléolaire externe, et au niveau du genou gauche, sur sa partie postéro-interne.

Nous recourons au test des cales podologiques. Avec des cales de 10 mm, placées sous la voûte plantaire interne des pieds, l'une à droite, l'autre à gauche, toute la sensibilité douloureuse disparaît, non seulement au niveau de la cheville gauche, du genou gauche,

de la partie droite de la charnière dorso-lombaire mais également au niveau de la symphyse pubienne. Bien entendu, on fait faire des semelles orthopédiques, avec renforcement correspondant à la voûte plantaire interne des pieds, d'une hauteur de 10 mm. Depuis, plus aucun ennui. Nous avons des nouvelles régulièrement. Les semelles n'ont pas guéri les infections urinaires, puisqu'elles avaient pratiquement disparu, mais elles ont supprimé la sensibilité douloureuse de la symphyse pubienne qui entretenait une irritation pelvienne permanente, laquelle explique probablement la perte d'urine, apparemment sans cause, et pouvait être interprétée comme une nouvelle menace d'infections urinaires dans un délai plus ou moins proche.

Observation 4

Madame S... âgée de 58 ans, vient faire une cure thermale à Vittel, pour surcharge pondérale importante (110 kilos, pour une taille de 1,65 mètre), pour une gonarthrose bilatérale qui la conduira à la pose d'une prothèse droite le 1 juillet 2006 et une prothèse gauche le 25.10.07 ; c'est une femme tonique mais qui néanmoins se déprime assez facilement. Elle respecte très bien les consignes médicales. Son poids est en 2008 de 95,200 kilos. C'est au cours de l'hiver 2007 que ses manifestations urinaires apparaissent. Madame S... fait apparemment un épisode de cystite aiguë, ce qui va conduire à un bilan échographique urinaire, lequel ne révèle aucune anomalie, ni du haut, ni du bas appareil. Néanmoins, elle continue à souffrir du bas-ventre. Elle se fait beaucoup de soucis, craignant le pire, et nous en fait part.

On l'examine attentivement. On constate que la paroi abdominale sous-ombilicale est très sensible et que la symphyse pubienne est très douloureuse sur toute sa hauteur et au niveau de son bord supérieur et de son bord inférieur. Compte tenu de l'expérience acquise dans ce domaine, nous examinons les chevilles et les pieds. Nous constatons que la cheville gauche est très sensible, dans sa région sous-malléolaire externe et que le genou gauche est lui aussi sensible sur sa face postéro-interne.

Madame S... porte des semelles orthopédiques qu'on lui avait conseillées quelques années auparavant pour des lombo-sacralgies. Debout sur ses semelles, on n'enregistre aucune amélioration au niveau de la symphyse, de la cheville gauche et du genou gauche. En augmentant la hauteur des semelles orthopédiques grâce à des cales podologiques très fines de 1 mm, ou mieux de 2 mm, à droite et à gauche, on enregistre une indiscutable amélioration. Avec des cales de 2 millimètres de hauteur, toute l'irritation disparaît au niveau de la symphyse pubienne, au niveau de la cheville gauche et au niveau du genou gauche.

On fait faire des semelles orthopédiques nouvelles d'une hauteur de 2 millimètres supérieure à celle des semelles antérieures. Madame S... oublie immédiatement sa cystite ou sa pseudocystite. On la revoit en juin 2008. Elle n'a plus souffert.

Observation 5

Madame P..., âgée de 59 ans, nous est adressée en juin 2008 parce qu'elle est atteinte de "fibromyalgie". Cette femme a une santé très perturbée depuis février 2005. À cette date, apparaissent brutalement des acouphènes bilatéraux, qui vont s'atténuer progressi-

vement sans jamais disparaître en totalité. Rapidement, s'installe toute une série de troubles nouveaux, des douleurs de la face, surtout localisées à droite, des manifestations douloureuses de type arthritique, à localisation cervicale, dorsale et lombaire.

Le bilan clinique met en évidence une sensibilité anormale dans la sphère oro-faciale, du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, du masséter gauche, des deux muscles temporaux, des deux ptérygoïdiens latéraux et une sensibilité des nerfs faciaux à leur émergence extra-cânienne, à savoir les branches externes et internes des nerfs supra-orbitaires et des nerfs sous-orbitaires. Nous retrouvons également une sensibilité anormale des chevilles, dans la région sous-malléolaire externe à dominante gauche, des deux genoux au niveau de leur partie postéro-interne, de la région para-vertébrale au niveau de D4-D5, à droite au niveau de D9 à droite, et au niveau de C4-C5, surtout à droite. L'épaule droite est sensible en sa partie antérieure. On retrouve ainsi tous les points douloureux définissant, pour certains, la fibromyalgie. En fait, pour nous, la pathogénie de cette fibromyalgie relève, essentiellement, d'une part d'une dysocclusion dentaire, d'autre part d'une anomalie podologique [4]. Nous mettons effectivement en évidence une prématurité dentaire gauche, contact dentaire prématuré, entre la 26 et la 36, c'est-à-dire les premières molaires gauches, supérieure et inférieure, et la correction mise en œuvre apporte rapidement une amélioration dans toute la région cervico-faciale. Nous relevons également une anomalie podologique et c'est elle qui nous intéresse tout particulièrement dans cette communication.

Depuis une dizaine d'années, Madame P... se plaignait de cystites à répétition, d'envies mictionnelles impérieuses. Elle avait consulté plusieurs fois pour ces manifestations. Elle a eu des examens urinaires, et la bactériologie a été positive quelques fois, négative plus souvent. On lui a fait faire un examen uro-dynamique, qui a conclu à "une vessie irritable". Lors de notre examen clinique, systématique, nous constatons que la paroi abdominale est sensible dans sa partie basse, au niveau de la vessie, mais nous constatons surtout que la symphyse pubienne est sensible, en position couchée et plus en position debout, sur toute sa hauteur, sur son bord supérieur et sur son bord inférieur. Nous recourons alors au test des cales podologiques. En position debout avec des cales de 10 millimètres, placées sous la voûte plantaire interne, une à droite et une à gauche, non seulement la sensibilité des chevilles et des genoux disparaît, mais nous enregistrons également la disparition de la sensibilité de la symphyse pubienne, et celle de la partie basse, pelvienne, médiane de la paroi abdominale. Dans notre programme thérapeutique, nous inscrivons immédiatement, outre la correction de la dysocclusion dentaire, ce qui va rapidement atténuer l'irritabilité oro-faciale, la réalisation de semelles orthopédiques, avec un renforcement au niveau de la partie interne de la voûte plantaire de 10 millimètres. Depuis, on ne parle plus de cystite, ni de vessie instable.

Observation 6

Monsieur F..., âgé de 42 ans, accompagne sa femme qui fait une cure thermale en septembre 2008. Il nous fait part de ses troubles urinaires. Il a eu des crises de coliques néphrétiques en 1994. Il a subi successivement une lithotripsie extra-corporelle et une

urétéroscopie, pour extraction d'un calcul bloqué dans l'uretère gauche. Depuis cette période, il accuse, de plus en plus souvent, des impériosités urinaires, et même des difficultés mictionnelles avec parfois des brûlures mictionnelles. Les examens bactériologiques urinaires n'ont pas montré la présence de germes. Les contrôles radiographiques n'ont pas montré de récurrence lithiasique. Monsieur F... se plaint souvent de ballonnements abdominaux, de "spasmes intestinaux". Une colonoscopie n'a pas montré d'anomalies particulières. On a conclu à une colite spasmodique. À l'examen clinique, les reins sont indolores. Le palper abdominal montre une sensibilité de la région pelvienne, mais il y a surtout une très vive sensibilité de la symphyse pubienne, sur toute sa hauteur. Au toucher rectal, la prostate est de taille normale. Elle n'est pas indurée, elle n'est pas douloureuse. Par contre la face postérieure de la symphyse pubienne est très sensible. Nous constatons également que la cheville gauche, dans sa partie sous-malléolaire externe, est très sensible et que la face postéro-interne du genou gauche, au niveau de l'insertion des tendons des muscles de la patte d'oie est très sensible également. En position debout, on s'aperçoit qu'il y a un pied creux bilatéral. On teste les effets des cales podologiques, d'abord celles de 10 millimètres, puis celles de 11 mm, de 12 mm, de 13 mm et enfin de 14 mm d'épaisseur. C'est avec des cales de 14 mm qu'on a les meilleurs résultats : pratiquement plus de sensibilité de la symphyse pubienne, ni de la paroi abdominale, au niveau de la région pelvienne, et nous ne réveillons plus de sensibilité douloureuse à la pression au niveau de la cheville gauche et du genou gauche. On fait faire des semelles orthopédiques par notre "podologue spécialisée" avec un renforcement correspondant à la voûte plantaire interne de 14 millimètres.

Les résultats sont immédiats. Toute la symptomatologie "urinaire" disparaît. Les dernières nouvelles, fin d'année 2008, le confirment. Monsieur F... n'est pas venu à Vittel pour sa propre santé mais pour celle de sa femme. Il n'est pas mécontent de son séjour.

Observation 7

Madame B... nous avait consulté en 2002, âgée alors de 62 ans, pour des problèmes de cystite, qui duraient depuis 1 an et demi, dont la fréquence et l'intensité allaient nettement en s'aggravant. Il y avait eu divers traitements antibiotiques, qui dépendaient des résultats des examens bactériologiques urinaires, tantôt positifs, avec des colibacilles ou des streptocoques, tantôt négatifs. Une échographie rénale et pelvienne n'avait pas donné de renseignements notables. Il n'y avait pas d'antécédents urinaires autres que cette cystite. À l'examen clinique, nous n'avions pas noté de sensibilité rénale, et le toucher vaginal avait relevé une légère sensibilité du cul-de-sac gauche. Rien de très précis. Toutefois, devant l'aggravation de ces manifestations, nous avons conseillé une surveillance dans un service d'urologie. Nous avons préconisé nous-même un traitement alternant des anti-inflammatoires, des anti-infectieux urinaires, acide pipémidique, céfixime. Nous refaisons le point en juin 2007, après cinq ans sans nouvelles. En fait, la situation n'a pas changé, elle a plutôt empiré. Madame B... a été suivie par un urologue. Elle a vu deux gynécologues. Elle a eu un examen uro-dynamique, une échographie pelvienne, une cystoscopie qui n'a pas montré de lésions vésicales nettes. On lui a

prescrit divers traitements antispasmodiques, des traitements vaginaux divers. On lui a fait, à plusieurs reprises, des instillations de nitrate d'argent. Récemment, on l'a inscrite dans un protocole : on expérimente un traitement nouveau. Elle résume la situation ainsi, sur un papier rédigé avant la consultation : “j'ai des brûlures terribles. Je ne peux pas garder l'urine plus d'une heure (léger soulagement après la miction). Mon vagin est comme une plaie sur laquelle on verse de l'acide. Je ne peux pas conduire plus d'une heure, ni aller au cinéma sans déranger le monde”.

Nous-même, lors de cette consultation, nous faisons les constatations suivantes. Il y a une pollakiurie, certes, mais uniquement diurne, avec une miction importante toutes les heures, au mieux toutes les deux heures. Par contre, Madame B... ne se lève pas la nuit. Elle dort 7 à 8 heures d'affilée. Les douleurs se situent à un endroit très précis. Elle fait elle-même un schéma du bassin sous forme d'hémi-cercle à courbure inférieure, avec un trait vertical médian qui répond au siège de la douleur. À l'examen clinique, en effet, c'est indiscutablement la symphyse pubienne qui est douloureuse : la douleur est nettement médiane, sur toute la hauteur du pubis, du bord supérieur au bord inférieur et c'est le bord inférieur qui est le plus sensible. On fait un toucher vaginal : l'utérus est souple, mobile, les culs de sacs sont libres. Par contre, l'appui du doigt sur la partie postérieure de la symphyse pubienne réveille une douleur aussi vive que l'appui sur la partie antérieure : qu'il y ait une symphysite pubienne, c'est certain. Nous poursuivons notre examen et constatons que la cheville gauche est très sensible à la pression de la région sous-malléolaire externe et le genou gauche est très sensible sur sa partie postéro-interne. Avec le jeu des cales podologiques, nous constatons que, la patiente en position debout et en relevant de 13 millimètres à droite et à gauche la voûte plantaire interne des pieds, la symphyse pubienne n'est plus du tout sensible, et si on examine la partie postérieure par un toucher vaginal, en position debout, celle-ci n'est absolument plus douloureuse. Nous faisons faire, par notre podologue, une paire de semelles orthopédiques avec un renforcement au niveau correspondant à la voûte plantaire interne, strictement identique à celui des cales. Nous avons des nouvelles quelques mois plus tard par téléphone. Il y a une très nette amélioration que les urologues attribuent au nouveau médicament inscrit dans leur protocole.

Discussion

Tout d'abord, pourquoi ce titre de “pseudocystite” pour cette communication ? Le terme de cystite évoque pour le médecin une inflammation de la vessie le plus souvent par infection urinaire ou par inflammation venant d'organes voisins, l'intestin, l'utérus, la prostate, avec, comme traduction clinique, une pollakiurie et surtout, dans la majorité des cas, des brûlures uréthrales pendant la miction. Dans les cas rapportés, il y a, au cours de l'évolution, des manifestations cliniques urinaires avec une symptomatologie de cystite vraie et de l'infection urinaire traduite par la présence de germes à l'examen cytbactériologique. Mais, en fait, après la stérilisation des urines, les troubles restent pratiquement inchangés. On ne peut donc parler de cystite vraie, en tout cas pas de cystite d'origine infectieuse, d'où cette terminologie de “pseudocystite”.

Dans presque tous ces cas, la persistance des troubles urinaires fait évoquer, un peu de manière systématique, la possibilité de cystite interstitielle. Mais on sait les difficultés que soulève un tel diagnostic [1,5,12] qui relève à la fois de la durée des troubles, de la possibilité d'une infection urinaire intermittente et des résultats de certains examens, de la présence de lésions vésicales, lorsque la vessie est examinée après distension vésicale hydrique : il s'agit ou de pétéchies [1] ou d'ulcérations de Hunner [2]. Mais il y a aussi l'absence en général de lésions spécifiques sur les biopsies. Il y a le test au KCL : remplissage de la vessie avec une solution hydrique contenant 40 mEq de chlorure de potassium par litre, le KCL accélérant l'envie mictionnelle par rapport à ce qu'on constate lors du remplissage de la vessie par 100 cm³ d'eau pure. Il faut relever aussi que la notion de douleurs sus-pubiennes prend de plus en plus d'importance, et cela a été confirmé par le rapport récent de l'équipe urologique de Strasbourg [3] à tel point qu'on en arrive à considérer que la douleur sus-pubienne est un test suffisant pour parler de cystite interstitielle. Nous n'en sommes pas arrivés au stade de ranger nos cas systématiquement dans le cadre de la cystite interstitielle et pourtant la notion de douleur sus-pubienne serait une tentation facile. Pour notre dernière observation, il semble que les urologues se soient prononcés pour une cystite interstitielle car elle était incluse dans un protocole qui proposait un nouveau médicament destiné à la cystite interstitielle.

Si l'on note volontiers dans la littérature la sensibilité de la région sus-pubienne, on ne parle pas de douleurs de la symphyse, encore faudrait-il la rechercher systématiquement. On ne parle pas non plus, bien entendu, de sensibilité de la cheville gauche et du genou gauche. Ce n'est pas inscrit dans le programme d'un examen urologique à l'heure actuelle. On parle encore moins, bien sûr, du test des cales podologiques et de la réalisation des semelles orthopédiques appropriées.

Il nous paraît également important de souligner l'intérêt du toucher vaginal non seulement en décubitus dorsal mais en position debout légèrement penchée en avant. C'est dans cette position que nous avons recueilli le maximum de sensibilité de la symphyse pubienne, surtout au niveau de son bord inférieur et de la partie inférieure de sa face postérieure.

Il faut enfin revenir sur le problème des semelles orthopédiques. Pour que celles-ci soient efficaces, il faut absolument que la hauteur du renforcement correspondant à la voûte plantaire interne soit strictement la même que celle des cales podologiques. Il faut que le matériau utilisé soit un matériau compact et non pas mou, sinon on n'obtient jamais la hauteur prévue en raison des tassements rapides des semelles. Il faut enfin que, sur les semelles, non seulement la symphyse pubienne mais aussi la cheville gauche et le genou gauche, ne soient plus sensibles à un palper appuyé.

Notons aussi que, dans nos 7 observations, nous avons 6 femmes et 1 homme et c'est sensiblement la même proportion que dans les cas des cystites dites interstitielles. Les cystites classiques sont aussi beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Conclusion

Certaines cystites, chroniques ou récidivantes, peuvent relever de pubalgies qu'il faut savoir reconnaître et dont l'origine peut être podologique.

Bibliographie

1. Hand J. Interstitial cystitis. Report of 223 cases. *Journal of Urology* 1949;61:291.
2. Hunner GL. A rare type of bladder ulcer in women. Report of cases. *J Boston Med Surg* 1915;172:660-665.
3. Mouracade P, Langh H, Jaqmin D, Saussine C. Utilisation des nouveaux critères diagnostiques de la cystite interstitielle dans la pratique quotidienne : à propos de 156 cas. *Progrès en Urologie* 2008;18:674-677.
4. Rosati LP, Thomas J. Fibromyalgie. Importance de la dysocclusion dentaire et des anomalies podologiques. *Revue de Médecine manuelle - Ostéopathie* 2007;21:16-21.
5. Simon CJ, Landis JR, Erickson DR, Nyberg LM. The interstitial cystitis database study : concepts and preliminary baseline descriptive statistics. *Urology* 1997;49:64-75.
6. Thomas J. Pieds et colonne vertébrale. Bilan de leur relation par une manœuvre simple au cabinet médical. 12^{ème} Congrès Français de Rhumatologie Paris 1999. *Revue du Rhumatisme* 1999;66:742.
7. Thomas J. Incidence du relèvement de la voûte plantaire interne sur les lombodorsalgies chroniques. Bilan de 241cas. 13^{ème} Congrès de Rhumatologie. *Revue du Rhumatisme* 2000;67:793.
8. Thomas J, CrosPAL A, Thomas E. Le pied et la pathologie de la colonne vertébrale. Technique personnelle d'exploration, de traitement correctif et de contrôle de la thérapeutique. *Press Therm Climat* 1991;136:58-67.
9. Thomas J, Thomas E. Relèvement de la voûte plantaire interne et rhumatologie. *Cinésiologie* 2002;41:46.
10. Thomas J, Guilbaud D, Thomas E. Jeu de cales podologiques. *Cinésiologie* 2006;45:14-16.
11. Thomas J, Tomb E, Thomas E. *La migraine, La connaître, La guérir définitivement*. Les Heures de France Edit 2006:135p.
12. Van de Merwe JP, Nording J. Interstitial cystitis : définitions and confusable diseases. ESSIC meeting 2005 Baden. *Eur Urol* 2006;6,7:16-7.