

Néuralgie pudendale : actualisation des connaissances et conduite pratique

E. Bautrant*, J. Eggermont, R. Boyer, L. Raffi, P. Weber, V. Morel et S. Collet

Centre « l'Avancée » de réhabilitation pelvi-périnéale
25 avenue Victor Hugo. 13100 Aix-en-Provence
*ebautrant@l-avancee.fr

La néuralgie du nerf pudental est à la fois largement sous-estimée et diagnostiquée en excès. Porter son diagnostic nécessite une connaissance précise de ses symptômes dont le principal est le site de la douleur.

Celle-ci doit être enregistrée dans le territoire du nerf pudental et de ses branches :

Territoire du nerf rectal inférieur : anus, peau péri-anale, ampoule rectale, arc dorsal du sphincter anal.

Territoire du nerf périnéal : périnée, vagin, lèvres, arc ventral du sphincter anal, urètre et probablement le col vésical .

Territoire du nerf dorsal du clitoris : clitoris, pénis, inguinal et peut-être jusqu'en fosse iliaque.

Seule cette étude précise de la localisation de la douleur, associée à d'autres critères peut permettre de porter le diagnostic de néuralgie pudendale (Critères d'Aix-en-Provence).

1/ Les examens complémentaires :

Aucun examen para-clinique n'est pathognomonique de la néuralgie pudendale. Ne portons pas le diagnostic sur les seuls résultats de l'électromyogramme (EMG) périnéal. Celui-ci est très souvent pathologique chez la femme qui a accouché et présente à la fois de nombreux faux positifs et faux négatifs. Le consensus actuel n'impose donc pas sa pratique systématique et l'EMG ne sera demandé que lorsqu'un argument supplémentaire est nécessaire. Il sera alors interprété en fonction du terrain et des symptômes (1)

En revanche, Le diagnostic de néuralgie pudendale est suffisamment sérieux pour imposer une exploration anatomique. L'échographie pelvienne est un minimum et le dossier devra comprendre un scanner ou plus efficacement, une IRM pelvi-périnéale afin de ne pas méconnaître une étiologie tumorale à la symptomatologie douloureuse, certes peu fréquente mais toujours possible.

2/ Les diagnostics différentiels :

Ils sont nombreux , comportant souvent une aggravation en position assise et seule une analyse sémiologique fine permet de les différencier.

Le gynécologue devra par exemple, différencier la symptomatologie douloureuse vulvaire spontanée (vulvodynie) de la néuralgie pudendale de la brûlure vulvaire provoquée au contact des rapports ou des tampons de la vestibulodynie provoquée (vestibulite vulvaire).

L'urologue devra différencier la pollakiurie uniquement diurne de la néuralgie pudendale de la grande pollakiurie diurne et nocturne de la cystite interstitielle.

Le proctologue devra différencier la brûlure para-anale le plus souvent latéralisée de la néuralgie pudendale de la douleur spastique anale centrale du syndrome myo-fascial des élévateurs de l'anus.

3/ Les traitements de première intention :

Dès le diagnostic évoqué devant les critères cliniques, un traitement doit être mis en place.

Il n'y a pas d'antalgique particulièrement efficace dans cette indication mais les dérivés du Tramadol semblent apporter l'accalmie la plus régulière.

Un consensus se fait vers l'introduction primaire de la Prégabaline (Lyrica®) plutôt que du Clonazepam (Rivotril®) qui n'a pas d'AMM dans cette indication. La Prégabaline ayant l'avantage d'avoir aussi une action myo-relaxante utile pour le traitement de la réaction de contracture myo-fasciale périnéale qui accompagne rapidement toute névralgie pudendale si elle n'en est d'ailleurs pas la cause.

Le Clonazepam ,ne sera utilisé qu' en cas d'intolérance ou d'inefficacité de la Prégabaline.

En cas de syndrome dépressif sur ajouté,le choix peut se porter d'emblée sur l'Amitryptiline.

Les traitements ne sont pas toujours parfaitement efficaces, mais ils apportent un certain degré de soulagement selon les cas.

Enfin, il ne faut pas oublier les conseils d'évitements de la position assise et d'utilisation d'un coussin à forme de bouée.

Dans les formes sévères, malheureusement fréquentes, une reconnaissance de la maladie au titre maladie longue durée peut être demandée.

4/ Les causes de la névralgie pudendale :

La compression canalaire du nerf pudental ou syndrome du canal d'Alcock est la forme la plus connue de la névralgie pudendale.

Cependant il existe des étiologies « non canales » aux névralgies pudendales :

- **Les étiologies traumatiques :** les lésions tronculaires pudendales chirurgicales ont fait couler beaucoup d'encre mais ils semble que ces lésions soient plus qu'exceptionnelles lors des interventions de chirurgie pelvienne hormis certaines chirurgies élargies de type pelvectomie. En revanche, les névralgies pudendales de l'accouchement sont souvent sous-estimées , survenant en post-partum immédiat, elles sont mises sur le compte d'une épisiotomie difficile voire d'un refus de maternité. Il s'agit de violentes douleurs pudendales bilatérales aggravées en position assise et associées à des incontinences sphinctériennes urinaires et anales. Elles sont en relation avec un niveau élevé de lésion d'étirement tronculaire pudendale.
- **Les étiologies myo-fasciales :** les contractures myo-fasciales des muscles piriformes, obturateurs internes et élévateurs de l'anus peuvent s'accompagner d'une névralgie pudendale. Celle-ci survient typiquement de façon secondaire dans l'histoire clinique de la maladie. Il est cependant parfois difficile d'être certain de l'existence ou non d'une névralgie pudendale par syndrome canalaire sous-jacent. C'est pourquoi la kinésithérapie sera, dans tous les cas, l'axe initial du traitement.

5/ La kinésithérapie :

C'est le traitement de fond de la névralgie pudendale. Elle doit être mise en place rapidement..

C'est une rééducation périnéale en relâchement. Elle s'oppose donc à la rééducation périnéale classique après l'accouchement ou pour l'incontinence urinaire.

Le rééducateur devra effectuer un travail spécifique sur plusieurs muscles périnéaux intéressés par la contraction myo fasciale de la névralgie pudendale. Il s'agit le plus souvent des muscles élévateurs de l'anus, obturateurs internes et piriformes.

L'ostéopathie peut également compléter la prise en charge rééducative en particulier du fait des modifications positionnelles du bassin utilisées par les patient(e)s pour éviter la douleur.

Les injections de Toxine Botulinique (Botox) ont un intérêt majeur lorsque la composante spastique musculaire réactionnelle ou primaire reste au premier plan malgré une rééducation bien menée et ce avant d'envisager une décompression chirurgicale lorsque celle-ci est indiquée (2).

Enfin l'utilisation des thérapies brèves est importante (psychothérapie, hypnose, EMDR,..) à la fois à la recherche d'une étiologie traumatique psychique (« cible ») ou en gestion et traitement du traumatisme que représente en elle-même la violence de la symptomatologie douloureuse.

6/ Comment rattacher la névralgie pudendale au syndrome de compression canalaire dit « d'Alcock » :

C'est le point le plus difficile

Certains critères cliniques (« **critères de Nantes** ») et la qualité de la réponse à l'infiltration permettent d' orienter vers une compression canalaire.

L'EMG perinéal ne permet en aucun cas de porter le diagnostic de névralgie pudendale par compression canalaire (3)

En revanche l'Echo-doppler des artères pudendales peut s'avérer très utile. Seul examen qui par la modification du flux des artères pudendales internes peut nous renseigner sur l'élévation des pressions dans l'enceinte du canal pudendal.

Pour un opérateur entraîné, la sensibilité est bonne (89,6%). Un echo-doppler normal de l'artère pudendale excluant donc pratiquement une compression canalaire. Cependant avec une spécificité de 67,4%,le taux de faux positifs est le plus souvent lié aux contractions myofasciales (4)

7/ Le traitement de la névralgie pudendale par syndrome canalaire :

Il fait appel aux infiltrations canalaires et à la chirurgie de décompression

- Les infiltrations des canaux pudendaux :

Une à 3 infiltrations espacées d'au moins 4 semaines peuvent donner jusqu'à 30% selon les séries de franches améliorations voire de vraies guérisons.

Les infiltrations peuvent être effectuées avec la même efficacité sous contrôle scanner, échographique, électromyographique, radioscopique ou anatomique, selon l'habitude de l'opérateur et dans la mesure où un bloc pudendal immédiat est bien obtenu. Cependant notre préférence va à l'infiltration sous scanner ou sous échographie qui sont les seules permettant une iconographie qui confirme la bonne position de l'aiguille.

Enfin, on l'a écrit, une réponse significative de plus de 36 heures à l'infiltration plaide pour une compression canalaire. La qualité de cette réponse fait d'ailleurs partie des facteurs de bon pronostic à la chirurgie de décompression.

- La chirurgie :

Lorsque la névralgie pudendale est rattachée à une compression canalaire et que les premières phases thérapeutiques ont échoué ou laissent une névralgie encore gênante, la chirurgie doit être envisagée car pour les indications correctement posées elle peut apporter jusqu'à 80% de guérisons.

A propos des techniques utilisées, citons rapidement les dilatations digitales à l'aveugle du canal d'Alcock décrites initialement par Shafik, régulièrement remises au goût du jour, mais qui ne permettent pas de véritables décompressions en particulier des syndromes canalaires serrés et les décompressions par voie coelioscopique autorisant l'ouverture du ligament sacro-épineux mais ne permettent pas l'accès au canal d'Alcock..

Deux procédés apportent les meilleurs résultats en termes d'efficacité décompressive et de résultats à long terme sur la névralgie pudendale : la neurolyse par voie trans-glutéale après incision fessière, décrite par Robert (Nantes) et la décompression par voie trans-ischio-rectale après abord vaginal chez la femme, périnéal chez l'homme et sous contrôle retro-péritonoscopique, décrite par notre équipe (Aix-en-Provence).

Ces deux techniques ont des concepts différents. La première est une vision purement neurologique de la pathologie, considérant le nerf comme un « responsable » avec pour

objectif une neurolyse complète. La deuxième est une vision musculo-ligamentaire, considérant le nerf comme une « victime » avec pour objectif l'obtention d'une décompression complète des sites de rétractions fibreuses du ligament sacro-épineux et du processus falciforme du canal d'Alcock.

Références :

- 1- Amarenco G. *Place des explorations électrophysiologiques dans la névralgie pudendale*. Congrès Convergences in Pelvi-Perineal Pain ; Nantes, 16-18 dec 2009
- 2- Abott J, Jarvis S, Lyons S, Thomson A and Vancaillie T. *Botulinum Toxin Type A for Chronic Pain and Pelvic Floor Spasm in Women. A randomized controlled trial*. Obstetrics & Gynecology. 2006 ; Vol 108, NO.4 : 915-923
- 3- Lefaucheur JP, Labat JJ, Amarenco G et al. *What is the place of electroneuromyographic studies in the diagnosis and management of pudendal neuralgia related to entrapment syndrome*. Neurophysiologie clinique / Clin Neurophysiol 2007 ; 37 : 223-228.
- 4- Mollo M, Bautrant E, Rossi AK, Collet S, Boyer R and Thiers-Bautrant D. *Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in Pudendal Neuralgia by entrapment : A prospective study on 96 patients*. Pain. 2009 ; 142 : 159-163.