Mieux comprendre la névralgie pudendale et ses enjeux

1°) Névralgie pudendale : un handicap pelvi périnéal

⌘ Historique

La névralgie pudendale est une pathologie dont l'identification est relativement récente. En 1987, G Amarenco rapportait des observations de cyclistes se plaignant de douleurs périnéales et évoquait la possibilité d'un syndrome du canal d'Alcock, c'est à dire de la possibilité d'une compression du nerf pudental par la selle de vélo. Des études anatomiques ont montré la possibilité d'une compression du nerf pudental en plusieurs endroits : dans son trajet fessier au niveau du canal sous piriforme, au niveau de la pince ligamentaire entre ligament sacro épineux et ligament sacro tubéral, enfin au niveau du canal pudental d'Alcock. (Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ et al. *Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudental nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20:93-98.*)

⌘ Les signes cliniques

• Une névralgie

La névralgie pudendale a les caractéristiques d'une douleur neuropathique : elle siège dans le territoire du nerf pudental (au niveau du périnée superficiel de la verge ou du clitoris jusqu'à l'anus, de façon médiane ou unilatérale), le type de la douleur est neuropathique : brûlures intenses, étai, élancements, engourdissements....

Il s'y associe souvent des douleurs végétatives : sensation de corps étranger, de pieu intra rectal ou intravaginal. Elle est en général d'une intensité extrême, souvent cotée entre 7 et 10/10 sur une échelle visuelle analogique, particulièrement invalidante du fait de son caractère chronique (il y a 10 ans, le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 4,5 ans).

Cette douleur neuropathique est très particulière par ses circonstances de déclenchement car **elle est avant tout liée à la position assise**. Ceci est expliqué par des raisons anatomiques : le nerf pudental ayant perdu de sa mobilité, il ne pourra pas échapper à la compression sur le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral. Généralement, les patients ne souffrent ainsi que peu le matin au réveil, la douleur s'aggrave dans la journée, est maximum le soir et disparaît avec l'endormissement. La station assise normale est difficile, voire impossible, sauf sur un siège de toilettes. Les patients utilisent des bouées, vivent debout.

• Des signes d'accompagnement invalidants

Le nerf pudental intervient dans les fonctions sensitivo motrices du périnée.

Les patients souffrant de névralgie pudendale ont très souvent des troubles associés à la douleur :

Troubles sexuels : diminution des sensations sexuelles, rapports sexuels douloureux ou aggravation des douleurs après les rapports

Troubles urinaires : augmentation de la fréquence des mictions de jour comme de nuit, difficultés mictionnelles, douleurs augmentées par le remplissage vésical, parfois incontinence urinaire

Troubles ano rectaux : constipation de transit, difficultés d'exonération (défécation), augmentation des douleurs après l'exonération

Douleurs musculaires (syndrome myofascial), avec des douleurs fessières

Signes de diffusion témoignant de phénomènes d'hypersensibilisation : irradiations sciatiques, pelviennes.

La névralgie pudendale n'est donc pas qu'une douleur, mais une pathologie dysfonctionnelle pelvi périnéale invalidante.

Des critères diagnostiques consensuels (*Critères de Nantes*), ont été élaborés récemment, leur diffusion permet de sensibiliser les différents spécialistes des pathologies d'organes à la connaissance de la maladie. Ces critères sont aujourd'hui internationalement reconnus. Ils permettent aussi d'identifier des populations homogènes de patient et la réalisation de protocoles de recherche clinique (*Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). NeuroUrol Urodyn. 2008;27:306-310.*)

☞ Une maladie de traitement difficile

La névralgie pudendale est particulièrement rebelle aux thérapeutiques antalgiques habituelles y compris morphiniques. Les médicaments de la douleur neuropathique sont utiles et sont des compromis entre l'efficacité et la tolérance, compte tenu d'éventuels effets secondaires.

La prise en charge rééducative est souvent un traitement de première intention, permettant d'améliorer nombre de patients dont les douleurs sont modérées.

Il est parfois possible d'améliorer les patients par des **infiltrations spécifiques**, les résultats sont très fluctuants d'un patient à l'autre. Nous réalisons actuellement, dans le cadre d'un PHRC (protocole hospitalier de recherche clinique) national, un protocole randomisé et multicentrique (Nantes, Paris, Rouen, Bayonne, Clermont Ferrand), sur l'efficacité des infiltrations dans les syndromes canauxiers du nerf pudental en comparant 3 groupes de patients (groupe contrôle avec anesthésiques locaux seuls, anesthésiques + corticoïdes, anesthésiques + corticoïdes + grands volumes de sérum physiologique).

Nous avons montré qu'il était possible de pratiquer **une libération-transposition chirurgicale du nerf pudental par un abord transfessier**, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'alors. La chirurgie a été validée par la réalisation d'un protocole randomisé (chirurgie versus abstention), (*Robert R, Labat JJ, Besignor M et al. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. Eur Urol. 2005;47:403-408*), c'est donc le seul traitement validé dans cette pathologie.

Cette chirurgie est proposée pour des douleurs invalidantes et rebelles aux autres traitements, si les résultats sont significatifs, cette prise en charge est loin de résoudre tous les problèmes : 50 % des patients sont nettement améliorés, 20% bénéficie d'une amélioration modeste, 30 % ne tire aucun bénéfice de l'intervention. Les personnes âgées posent un problème particulier du fait de leurs difficultés de déplacement vers des équipes spécialisées pas toujours bien identifiées, de la fréquence des effets secondaires des médicaments, de leur faible taux de réponses aux infiltrations et à la chirurgie.

Les autres traitements de la douleur chronique sont applicables en fonction du contexte avec des résultats variables et non scientifiquement évalués (techniques de neuro stimulation, traitements de l'hypersensibilisation)

☞ Epidémiologie

Il n'y a aucune étude épidémiologique concernant la fréquence de la névralgie pudendale, au niveau national ou international. L'explication à cette absence de chiffre est liée à la découverte récente de la pathologie, avec une première identification il y a moins de 20 ans. C'est en France que l'on retrouve les équipes pionnières qui font référence au niveau international.

2°) La nécessité de la reconnaissance de la névralgie pudendale au niveau institutionnel (centre de référence)

☞ Favoriser la reconnaissance de la maladie pour un diagnostic et des traitements adaptés plus précoces

Elle est tout à fait indispensable au fléchage de l'activité, permettant aux patients une RECONNAISSANCE donc une démarche d'accueil et non de rejet, avec l'insupportable étiquette psychogène qui leur est souvent accolée. Cela permettra à des patients en détresse d'éviter de pérenniser leur souffrance, d'errer de consultations en consultations, de consommer examens sur examens pour **une pathologie dont le diagnostic est uniquement clinique**. Cette reconnaissance est nécessaire également vis à vis des organismes sociaux pour faire accepter des prises en charge au titre des affections de longue durée, des prises en charge des hospitalisations, des transports...

Peu d'équipes ont réussi à mettre en route une prise en charge allant de l'évaluation diagnostique à la prise en charge thérapeutique y compris chirurgicale car cette pathologie échappe à la culture des spécialités et la segmentation de la médecine d'organe (urologie, gynécologie, coloproctologie, neurologie, algologie...).

☞ Améliorer la prise en charge et développer la recherche clinique

Actuellement la prise en charge des névralgies pudendales est relativement codifiée mais fait appel à des hyperspécialistes dans la mesure où les techniques utilisées restent des techniques d'exception : kinésithérapie spécifique, infiltrations du canal d'Alcock, du ligament sacro-épineux sous scanner avec bloc diagnostique et injections locales de corticoïdes, neurostimulation transcutanée, libération chirurgicale du nerf pudental par abord transfessier.

1. Evolution des techniques

Dans les 5 ans à venir, la pathologie pourrait bénéficier, outre de l'évolution des molécules de la douleur neuropathique

- de la radiofréquence pulsée,
- de la mise en place de cathéters dans le canal d'Alcock ou au niveau des racines sacrées avec chambre implantée,
- de la possibilité de développer la stimulation médullaire antalgique
- de la possibilité de réaliser de la neurostimulation tronculaire au niveau du nerf pudental,
- du développement de la stimulation transcorticale antalgique

2. Evolution institutionnelle

La prise en charge pluridisciplinaire, l'évaluation systématique, la réalisation de gestes techniques devraient bénéficier du développement de l'hospitalisation de jour. Il faudra développer des activités dans l'approche psychologique, comportementale et sexologique notamment.

3. Le développement des protocoles de recherche clinique

Afin d'évaluer l'efficacité des techniques utilisées, et leur impact médico-économique. Nous avons actuellement 2 demandes de PHRC (protocole hospitalier de recherche clinique) en cours, sur la possibilité d'agir au niveau du système sympathique et les composantes végétatives de la douleur (neurostimulation du système sympathique, toxine botulique dans le ganglion impar).

Dr Jean-Jacques LABAT

Responsable du Centre Fédératif de Pelvi-Périnéologie, CHU Nantes

Neurologie, médecine physique et de réadaptation, Clinique urologique, CHU Nantes