

QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES

1/ Qu'est ce que la neuropathie pudendale ?

La neuropathie pudendale est responsable de douleurs de la région pelvienne basse, sans raison apparente. La douleur peut être localisée au niveau de l'anus, du périnée, du scrotum, du pénis ou de la vulve. La douleur est déclenchée ou majorée par la position assise et est soulagée par la position debout ou assise sur une bouée ou sur la cuvette des toilettes. La douleur est décrite comme cuisante, brûlante, lancinante, en coup de poignard, irritante, à type de crampes, de spasmes ou de striction, de torsion, de piqûre, d'engourdissement et d'hypersensibilité.

La douleur est perçante et comparable à une douleur dentaire. Elle débute souvent à un endroit précis puis progresse. Un dysfonctionnement urinaire, anal ou sexuel est souvent associé. La douleur peut être bilatérale.

2/ Quelles sont les causes de la neuropathie pudendale ?

La neuropathie pudendale est secondaire à des zones de conflits le long du trajet du nerf pudendale. La lésion initiale est souvent une pression ou un traumatisme. Ce nerf présente naturellement un trajet tortueux. Un étirement ou un frottement du nerf peut également déclencher cette neuropathie.

3/ Quelle est l'origine de ces zones de conflits ?

La neuropathie pudendale est habituellement déclenchée par la position assise prolongée ou un traumatisme du périnée, associée à une probable prédisposition génétique.

La neuropathie pudendale peut être déclenchée par un transport sur une longue distance et est parfois appelée « *le syndrome du cycliste* ».

4/ Avec quelle pathologie, peut-on confondre la neuropathie pudendale ?

La prostatodynie, la prostatite aseptique, la vulvodynie idiopathique (idiopathique signifie sans cause connue), l'orchialgie idiopathique, la proctalgie idiopathique, la douleur idiopathique de la verge etc...

5/ Quels sont les symptômes communs de la neuropathie pudendale ?

Le symptôme principal est la douleur déclenchée par la position assise. La douleur n'est pas présente au réveil et au lever mais apparaît en position assise lors du petit déjeuner ou lors de la conduite de son automobile. La douleur est calmée par la position allongée. La douleur se situe dans la région du nerf pudendale : organes génitaux, périnée ou anus. Elle peut être une combinaison de ces trois localisations en fonction de l'atteinte nerveuse.

6/ Quelles sont les possibilités de traitement ?

1. Eviter les situations qui déclenchent la douleur.
2. Trois blocs nerveux successifs, sous scanner ou avec neurostimulation, avec un anesthésique local associé à un corticoïde.
3. Un traitement médical avec des médicaments antalgiques : antidépresseurs et/ou antiépileptiques.
4. Intervention chirurgicale pour décompression nerveuse : nécessaire dans environ 30 % des cas.

7./ Que doit faire pour obtenir de l'aide une personne suspecte de présenter une neuropathie pudendale ?

Toute autre pathologie doit être éliminée. Une consultation spécialisée est nécessaire. Ensuite la réalisation d'un bloc nerveux sous scanner ou avec neurostimulation est programmée. Si ce bloc fait disparaître, même transitoirement la douleur, le diagnostic de neuropathie pudendale est hautement probable.

8/ Existe-t-il une relation entre la neuropathie pudendale et des troubles vertébraux ou une scoliose ?

Non

REFERENCES

- Amarenco G, Lanoe Y, Perrigot M, Goudal H. A new canal syndrome: compression of the pudendal nerve in Alcock's canal or perineal paralysis of cyclists. Presse Med. 1987;16:399.
- Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ. The urogenital and rectal pain syndromes. Pain. 1997;73:269-94.
- Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Besignor M, Raoul S, Rebai R, Leborgne J. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20:93-8.
- Thoumas D, Leroi AM, Mauillon J, Muller JM, Benozio M, Denis P, Freger P. Pudendal neuralgia: CT-guided pudendal nerve block technique. Abdom Imaging. 1999;24:309-12.
- McDonald JS, Spigos DG. Computed tomography-guided pudendal block for treatment of pelvic pain due to pudendal neuropathy. Obstet Gynecol. 2000;95:306-9.
- Antolak SJ Jr, Hough DM, Pawlina W, Spinner RJ. Anatomical basis of chronic pelvic pain syndrome: the ischial spine and pudendal nerve entrapment. Med Hypotheses. 2002;59:349-53.
- Ramsden CE, McDaniel MC, Harmon RL, Renney KM, Faure A. Pudendal nerve entrapment as source of intractable perineal pain. Am J Phys Med Rehabil. 2003;82:479-84.
- Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, de Vlioger J, Di Costanzo M, Habib L, Patroni G, Siboni S, Ceas B, Schiby V, Uglione-Ceas M. La prise en charge moderne des névralgies pudendales. À partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003 ;32:705-12.
- Mahakkanukrauh P, Surin P, Vaidhayakarn P. Anatomical study of the pudendal nerve adjacent to the sacrospinous ligament. Clin Anat. 2005;18:200-5.
- Robert R, Labat JJ, Besignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S, Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. Eur Urol. 2005;47:403-8.
- Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2005;192:1663-8.
- <http://www.pudendalsite.com/>
- <http://www.pudendal.info/francais/>
- www.alrf.asso.fr/site/techniques/tronc/b_pudendal.htm
- <http://www.pudendalnerve.info/>
- <http://www.tipna.org/francais/index.htm>

NEUROPATHIE PUDENDALE

La neuropathie du pudendale est une douleur dans la région innervée par le nerf pudendale. Cette région inclut les organes génitaux externes, l'urètre, l'anus et le périnée.

Dr Benoit Rabischong
Praticien Hospitalier
Chirurgien des Hôpitaux

Service de Gynécologie, Obstétrique et Reproduction Humaine
Polyclinique, Hôtel Dieu - CHU
Bd Léon Malfreyt – 63058 Clermont-Ferrand cédex 1
Tel : 04 73 750 115 ou 117

Dr Pascale Picard
Praticien Hospitalier
Anesthésiste Réanimateur

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Bâtiment 3 C, Hôpital Gabriel Montpied - CHU
Rue Montalembert - BP 69 – 63003 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 17 84 31

Frank Bolandard
Praticien Hospitalier
Anesthésiste Réanimateur

Service d'Anesthésie Réanimation,
Polyclinique, Hôtel Dieu - CHU
Bd Léon Malfreyt – 63058 Clermont-Ferrand cédex 1
Tel : 04 73 750 115 ou 117



SYMPTÔMES DE LA NEUROPATHIE PUDENDALE

La neuropathie pudendale est fréquemment provoquée par une atteinte mécanique ou inflammatoire du nerf pudendale. Les symptômes incluent douleur imprécise, élancement, brûlure, piqûre, engourdissement, torsion, sensation de froid ou d'étiement. Les zones pouvant être atteintes sont le rectum, l'anus, l'urètre et le périnée. Chez la femme, le vagin et la vulve, l'entrée du vagin, les grandes et petites lèvres, le mont de vénus et le clitoris. Chez l'homme, le pénis et le scrotum peuvent être atteints. Les douleurs et les paresthésies peuvent irradier dans l'aîne, l'intérieur des cuisses, les fesses et l'abdomen. La douleur et les paresthésies peuvent être ressenties dans une seule de ces régions ou dans plusieurs, voire dans toutes. Ces symptômes peuvent être uni ou bilatéraux et sont habituellement aggravés par la position assise. L'utilisation d'une bouée ou la position assise sur la lunette des toilettes procurent un certain degré de soulagement en diminuant la pression exercée sur le(s) nerf(s) pudendale (aux). La peau de cette région peut réagir de manière tellement exacerbée au toucher léger (hyperesthésie et allodynie) que certaines personnes évitent le port de sous-vêtements ou de vêtements trop moulants dans le but de diminuer cet inconfort.

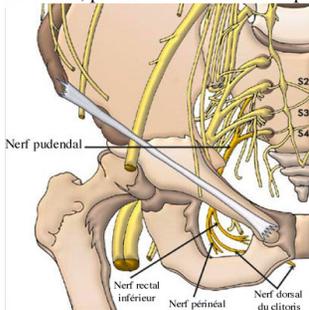
Des difficultés pour uriner, hésitations ou urgences, peuvent obliger à de nombreux allers-retours aux toilettes. La fonction digestive peut être anormale voire douloureuse. La constipation est plus fréquente chez les patients présentant une neuropathie pudendale. Les rapports sexuels peuvent être difficiles, avec douleur lors de la pénétration chez la femme ou des problèmes d'érection et/ou d'orgasmes douloureux chez l'homme.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

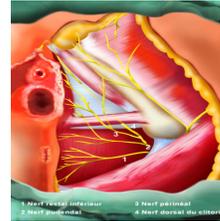
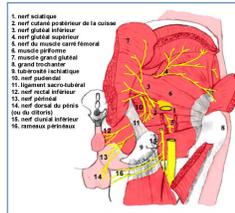
Il existe de nombreuses causes responsables des mêmes symptômes comme des tumeurs, des maladies de la colonne vertébrale ou de la peau, des problèmes gynécologiques, urologiques et/ou proctologiques qui doivent être exclus avant de conclure à une neuropathie pudendale. Les prostatites, chroniques ou aseptiques, la prostatodynie, la vulvodynie, les vestibulites, les douleurs pelviennes chroniques, les proctalgies, les contractures pelviennes, la congestion pelvienne ou un syndrome du releveur de l'anus peuvent ressembler à une neuropathie pudendale. Les douleurs pelviennes sont souvent qualifiées de « psychosomatiques » ce qui afflige les patients, les rend méfiants et désemparés.

CAUSES DE L'ATTEINTE NERVEUSE ET ANATOMIE

Le nerf pudendale naît du plexus sacré (S2-S4) et entre dans la région glutéale par la partie basse de la grande échancre sciatique. Il chemine dans le pelvis en contournant l'épine sciatique, puis passe entre les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral. Il se divise ensuite en trois branches : rectale inférieure, périnéale et clitoridienne/pénienne.



Le nerf se dirige ensuite dans la petite échancre sciatique puis va longer la surface du muscle élévateur de l'anus et entre dans le canal d'Alcock qui est un dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne. Les deux zones de conflits sont localisées lors du passage entre les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral (80 %) et dans le canal d'Alcock (17%). Le cyclisme, l'équitation et de longs trajets en voiture peuvent déclencher les symptômes de la neuropathie pudendale.

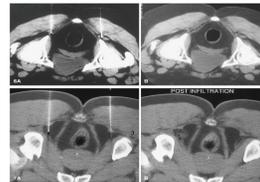


DIAGNOSTIC

La neuropathie pudendale est un diagnostic d'exclusion. Cela signifie que toutes les autres causes pouvant donner les mêmes symptômes doivent être éliminées pour envisager le diagnostic de neuropathie pudendale.

1/ Bloc nerveux diagnostique scannoguidé

Le bloc nerveux guidé sous scanner est l'élément diagnostique le plus important après l'interrogatoire et l'examen clinique. Le nerf est endormi par un anesthésique local afin de voir si les symptômes disparaissent lorsque le nerf est anesthésié. Le bloc est réalisé à l'endroit où passe le nerf entre les deux ligaments et/ou au niveau du canal d'Alcock. Le bloc est réalisé en position ventrale par une injection à travers la fesse.



2/ Bloc nerveux avec neurostimulation

Ces blocs nerveux peuvent également être réalisés à l'aide d'un stimulateur nerveux qui va entraîner des contractions musculaires ou des paresthésies dans le territoire du nerf, signant ainsi la bonne position de l'aiguille. Le bloc peut être réalisé en position ventrale ou latérale à travers la fesse et/ou par voie transpérinéale en position gynécologique.



3/ Etude de la latence motrice du nerf pudendale

L'étude de la latence motrice est similaire à un électromyogramme (EMG) et mesure la vitesse de conduction nerveuse. Des électrodes sont positionnées au niveau de différents muscles du périnée et le nerf pudendale est stimulé par voie endorectale, permettant ainsi de mesurer la vitesse de conduction du nerf. Cette vitesse de conduction est souvent diminuée lorsque le nerf est comprimé. Ce test n'est pas réalisé systématiquement.

TRAITEMENT

1/ Bloc du nerf pudendale et corticoïdes

Le bloc du nerf pudendale sous scanner ou avec neurostimulation, avec injection d'un anesthésique local et d'un corticoïde, permet à la fois de faire le diagnostic et le traitement. Si la douleur est nettement améliorée après le bloc, le nerf pudendale est probablement la cause de la douleur. Les symptômes peuvent revenir à l'arrêt de l'action des anesthésiques locaux. Les corticoïdes peuvent augmenter la durée d'action du bloc. La douleur peut être très améliorée au bout de 2 semaines pour une période de 4 à 6 semaines. Deux ou 3 blocs peuvent être nécessaires pour régler le problème. Le mode d'action des corticoïdes est de diminuer l'inflammation et de permettre au nerf de glisser plus facilement. Après l'injection, la douleur peut être majorée pendant 7 à 10 jours.

2/ Médicaments antalgiques

La douleur peut être calmée par la prescription d'un antidépresseur et/ou d'un antiépileptique.

3/ Chirurgie

La chirurgie est indiquée dans environ 30 % des cas en dernier recours, lorsque les blocs apportent une amélioration temporaire ou partielle.

Le nerf est abordé à travers la fesse ou par voie basse et libéré de toute contrainte le long de son trajet.

Cette chirurgie est réalisée sous anesthésie générale et dure environ 30 minutes par côté. Après l'intervention, l'amélioration peut être lente nécessitant 4 à 6 mois d'attente. Un bloc nerveux supplémentaire peut être éventuellement proposé.

Cette chirurgie donne en moyenne 60 % d'amélioration.



Voie d'abord chirurgicale transglutéale