

# EPU Neurochirurgie

## La Névralgie PUDENDALE: Diagnostic et prise en charge

Clinique Drouot – 15 décembre 2016

1<sup>ère</sup> présentation:

### ***Anatomie du nerf pudendal.***

*Dr Gaëlle MOUTON-PARADOT Clinique drouot/Centre du Rachis*

2<sup>ème</sup> présentation

### ***Diagnostic clinique de la névralgie pudendale.***

*Dr Anne LASSEAUX Hopital Rotchild*

3<sup>ème</sup> présentation:

### ***EMG périnéal.***

*Dr Fabrice LISOVOSKI Centre du Rachis*

4<sup>ème</sup> présentation:

### ***Infiltration du nerf pudendal***

*Dr Antoine HAKIME Clinique Drouot*

5<sup>ème</sup> présentation:

### ***La chirurgie de la névralgie pudendale***

*Dr Gaëlle MOUTON-PARADOT Clinique drouot/Centre du Rachis*

# RAPPELS ANATOMIQUES

Dr Gaëlle MOUTON PARADOT

CLINIQUE

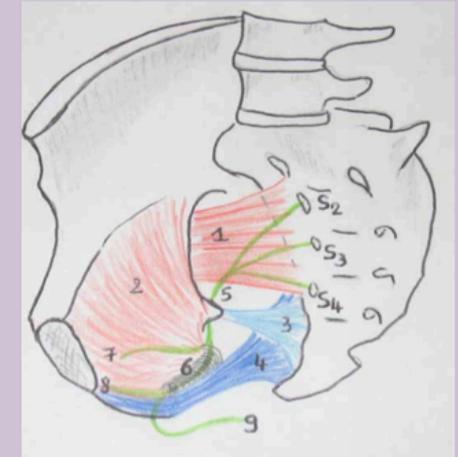
DROUOT  
sport & arthrose

## ANATOMIE DU NERF PUDENDAL

- nerf pudendal
  - Nerf mixte
  - prend naissance dans le pelvis,
  - traverse la région glutéale
  - et se termine au niveau du périnée.
- A l'étage pelvien:
  - se dirige latéralement
  - sort du pelvis par la grande échancrure sciatique, en passant sous le muscle piriforme
  - pénètrent ensemble dans la région glutéale.

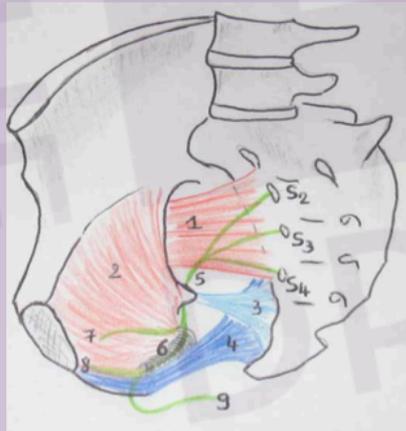


- Dans la région glutéale:
  - passe dans une pince ligamentaire entre
    - le ligament sacro-épineux (LSE)
    - et le ligament sacro-tubéral (LST)
  - il contourne ainsi l'épine ischiatique
  - pour ensuite pénétrer dans la région périnéale,



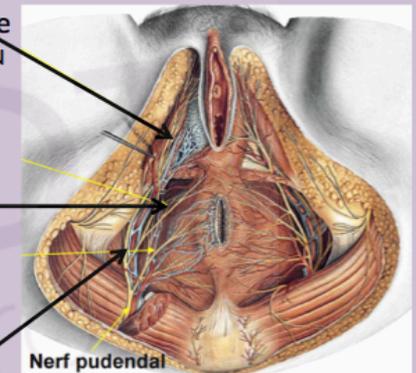
## ANATOMIE DU NERF PUDENDAL

- Au niveau périnéal:
  - pénètre la fosse ischio-rectale par la petite échancrure sciatique.
  - Il entre ensuite dans le canal pudendal ou canal d'Alcock.

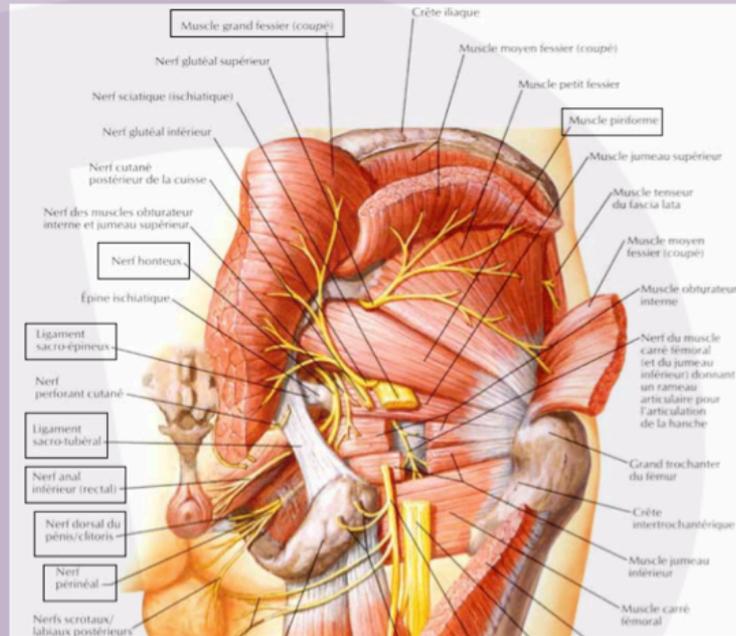


## ANATOMIE DU NERF PUDENDAL

- donne ensuite naissance à 3 principales:
  - Le nerf dorsal du clitoris (ou de la verge) qui innerve la majeure partie de la peau du clitoris (ou de la verge),
  - Le nerf périnéal qui innerve le sphincter strié de l'urètre, et les autres muscles du périnée antérieur (bulbo-caverneux et constricteur de la vulve) et la peau du périnée postérieur.
  - Le nerf rectal inférieur qui innerve le sphincter anal externe, le muscle pubo-rectal, et la peau de la région périanale.



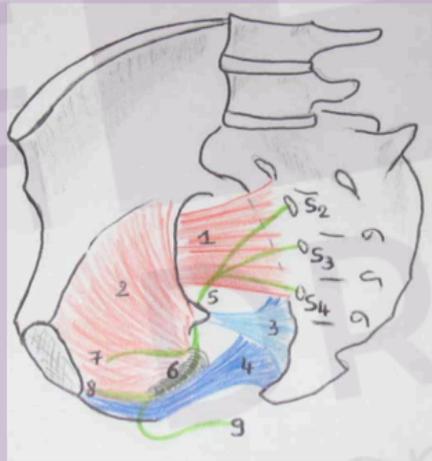
## VUE POSTERIEURE DU NERF PUDENDAL



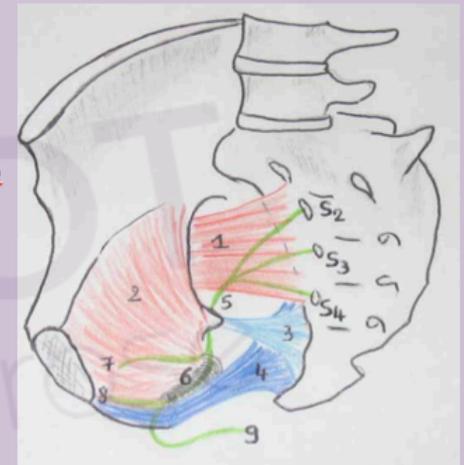
### ZONES DE CONFLIT POTENTIEL

### ZONES DE CONFLIT POTENTIEL

- 3 zones de compression potentielle:
  - Pince ligamentaire entre LSE et LST .
  - Entrée dans le canal pudendal avec le processus falciforme
  - La canal pudendal d'Alcock

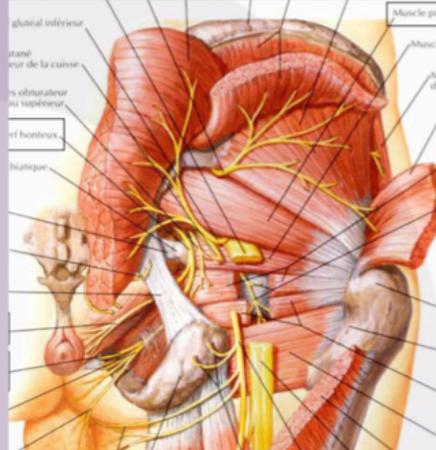


- 2 mécanismes de compression:
  - Fibrose périneurale liée à disparition de la graisse péritronculaire
  - Hypertrophie des éléments aponévrotiques et/ou ligamentaires



## LE NERF CLUNEAL

- Dans la région glutéale:
  - est en rapport avec le nerf cutané postérieur de la cuisse, et le nerf sciatique qui lui sont latéraux.
  - Branche périnéale du nerf cutané postérieur de la cuisse: nerf clunéal
    - Sillon sous fessier
    - Région latéro-anale
    - Bourse ou grande lèvre



## LE NERF CLUNEAL

- Série de 136 patients opérés de septembre 2013 à février 2014 (R Robert)
  - 71% nerfs pudendaux
  - 12% de nerfs clunéaux inférieurs isolés
  - 13% conflit commun nerf pudendal et nerf clunéal inférieurs traités par la même incision

## CONCLUSION

- Région sujette à variations anatomiques:
  - > 17%
- Compression peut être à plusieurs niveaux:
  - Pince ligamentaire entre LSE et LST .
  - Entrée dans le canal pudendal avec le PF
  - La canal pudendal d'Alcock
- Voie d'abord adaptée

**EPU**

**NEVRAGIE PUDENDALE**

**Clinique Drouot**

20 rue Laffitte Paris 9è

**15 décembre 2016**

Dr LASSAUX PHAR-DOULEUR

HOPITAL ROTHSCHILD

5 rue Santerre Paris 12è

[anne.lassaux@aphp.fr](mailto:anne.lassaux@aphp.fr)

CLINIQUE

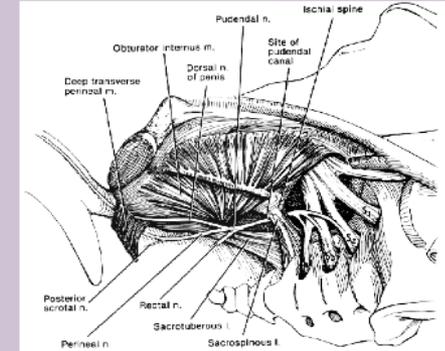
DROUOT  
sport & arthrose

# NEURALGIE PUDENDALE

- Données anatomiques
- Critères diagnostiques de Nantes
- Diagnostics différentiels
- Infiltration diagnostique
- Traitements

# NERF PUDENDAL DONNEES ANATOMIQUES

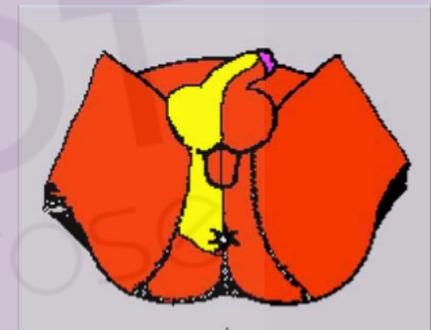
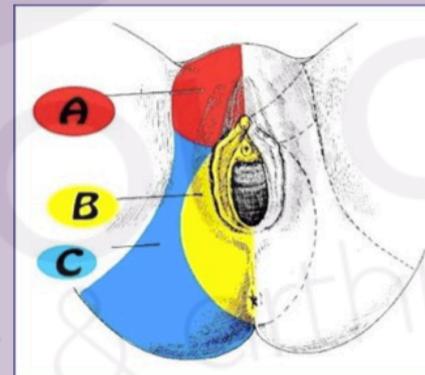
- Nerf sensitif du périnée
- Issu des racines sacrées S2 S3 S4
- Associé dans cette région à d'autres nerfs



# NEURALGIE PUDENDALE CRITERES DAGNOSTIQUES DE NANTES

- Critères indispensables au diagnostic:
- Douleur dans le territoire du nerf pudendal  
(de l'anus à la verge ou au clitoris)
- Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de wc)
- Sans réveil nocturne par la douleur
- Sans déficit sensitif objectif
- Ayant un bloc diagnostique du nerf pudendal positif

# NEURALGIE PUDENDALE TERRITOIRES SENSITIFS



## NEURALGIE PUDENDALE

### LES CRITERES DIAGNOSTIQUES EN PRATIQUE

- Le temps de l'**interrogatoire** est **FONDAMENTAL**
- La localisation des douleurs est difficile à faire décrire aux patient(e)s; leur faire montrer l'endroit de la douleur avec un doigt
- La posture douloureuse: **douleurs en position assise**, moins ou pas de douleur assis sur les WC
- La temporalité des douleurs doit être bien analysée car on entend le plus souvent: « j'ai mal tout le temps »

## NEURALGIE PUDENDALE

### LES CRITERES DIAGNOSTIQUES EN PRATIQUE

- Brûlures vulvaires ou du scrotum
- Syndrome d'excitation sexuelle inappropriée ou « persistent sexual arousal syndrom »
- Sensations de corps étranger intra cavitaire: intra urétral, intra vaginal, intra anal.
- Des sortes de dysesthésies bizarres: « comme une bête qui ronge »,...
- Des sueurs ou une sensations de chaleur ou d'humidité dans les zones douloureuses
- Toutes sortes de symptômes qui pourraient prêter à rire et dont les patients parlent avec gêne

## NEURALGIE PUDENDALE

- Autres éléments diagnostiques:
- Pas de douleur au lever matinal , aggravation au fur à mesure de la journée
- Douleurs pendant ou après les rapports sexuels
- Pas de trouble urinaire, parfois constipation
- Fréquence d'une sciatalgie tronquée débutant au niveau de la fesse.
- Hypersensibilité au contact local (slip, jean)
- Douleurs au TR au voisinage de l'épine sciatique

## NEURALGIE PUDENDALE

### CRITERES DAGNOSTIQUES DE NANTES

- Critères d'exclusion:
- Douleurs purement coccygiennes, fessières ou hypogastriques ou testiculaires (L2)
- Douleurs uniquement paroxystiques
- Prurit
- Présence d'anomalies d'imagerie susceptibles d'expliquer la symptomatologie.

## NEURALGIE PUDENDALE EXAMEN CLINIQUE

- Patient(e) en sous vêtements
- Pesée, équilibre postural debout
- Assis(e), contraction des obturateurs et piriformes
- Allongé(e) sur le ventre: palpation des épineuses vertébrales, du sacrum, du coccyx, du releveur de l'anus, pression sur les muscles obturateurs et piriformes. Syndrome myofascial associé ?
- Examen des organes génitaux externes---> découverte d'un autre diagnostic
- Je fais montrer les endroits douloureux précisément
- Je ne fais pas de toucher pelvien.

## NEURALGIE PUDENDALE

- Diagnostic positif:
- **Critères diagnostiques de Nantes dont**
- **Examen neuro-périnéal et des membres inférieurs normal**
- **IRM pelvienne et IRM lombaire normales**
- **Normalité de l'examen génito-urologique**
  
- Données de l'électroneuromyogramme du nerf pudendal ( à discuter)

## NEURALGIE PUDENDALE

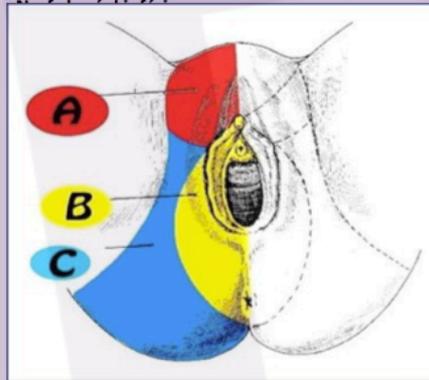
- **LE DIAGNOSTIC EXPRESS DE LA NEURALGIE PUDENDALE**
- C'est le monsieur debout dans la salle d'attente avec un pantalon large ou un pantalon de jogging
- La dame toujours debout en salle d'attente, alors qu'il y a plusieurs places libres, en une jupe longue.
- La personne assise sur une seule fesse, l'autre en dehors de la chaise
- Et ceux qui vous expliquent en consultation qu'ils portent le moins possible leurs sous vêtements

# NEURALGIE PUDENDALE DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

## Nerf fémoral inférieur

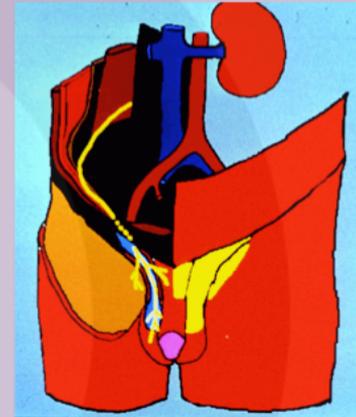
- le pli sous fessier
- La partie basse de la fesse
- Para-anal
- Médio-labial
- Sillon génito-crural

- Exo-pelvien
- Douleurs en position assise

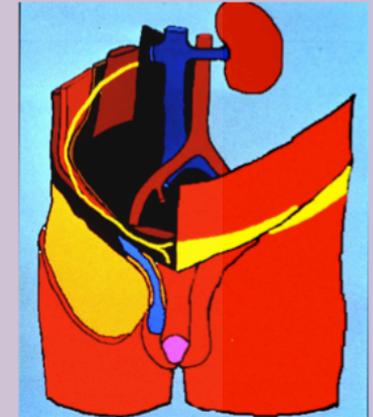


# NEURALGIE PUDENDALE DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

## Nerf ilio-inguinal

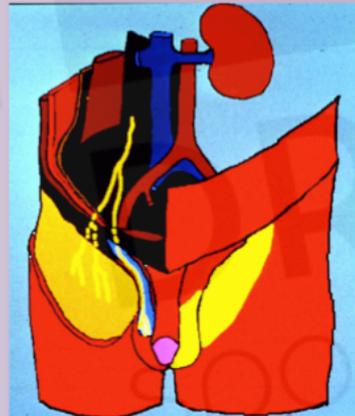


## Nerf ilio-hypogastrique



# NEURALGIE PUDENDALE DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

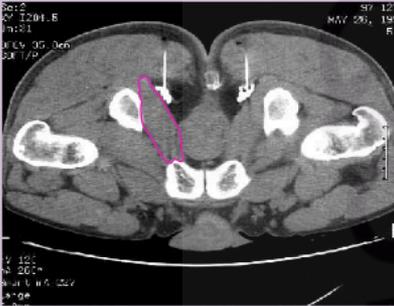
## Nerf génito-fémoral



- AUTRES:
- Nerf obturateur
- Coccygodynies: hyper mobilité coccygienne, luxation postérieure du coccyx, épine coccygienne
- Douleurs paroxystiques: proctalgies fugaces, cystalgies, vulvodynies, périnéalgies fugaces
- Syndrome myofascial: muscle pyramidal, obturateur interne

## NEURALGIE PUDENDALE INFILTRATIONS SCANNOGUIDEES

Epine ischiatique



Canal d'Alcock



## CE QUE L'ON ATTEND DE L'INFILTRATION

- UN **CRITERE DIAGNOSTIC SUPPLEMENTAIRE**
- Remplissage d'une feuille d'évaluation par le patient ( PHRC Infilthéra –Nîmes 2012)
- UN EFFET THERAPEUTIQUE au mieux dans 14% des cas
- AVOIR UN ARGUMENT SUPPLEMENTAIRE POUR PROPOSER UNE **TRANSPOSITION NEUROLYSE DU OU DES NERFS PUDENDAUX**

## NEURALGIE PUDENDALE

- TRAITEMENTS A ASSOCIER:
- **MEDICAMENTEUX** classiques des douleurs neuropathiques: antiépileptiques, tricycliques, IRS
- **KINESITHERAPIE** de relaxation du périnée pour les syndromes myo-fasciaux associés (releveurs,...)
- **KINESITHERAPIE** d'étirement et de relaxation des pyramidaux, des obturateurs internes, des adducteurs, des ischio-jambiers quand ils sont associés
- **TENS**
- **QUTENZA°** tissugel de capsaïcine pour les douleurs neuropathiques séquellaires

## NEURALGIE PUDENDALE NEUROLYSE RESULTATS A UN AN

- Aggravés: <1%
- Pas améliorés: 24%
- De modérément améliorés à guéris: 75%
- Facteurs prédictifs:
- âge +++: TB résultats:
  - avant 50 ans:73%,
  - après 70 ans: 28%
- sexe (masculin>féminin)
- topographie de la douleur (étendue)
- contexte psychiatrique +++
- aspect du nerf en per-opératoire (nerf sain= défavorable)
- Début de l'amélioration clinique: **après 6 mois**

## NEURALGIE PUDENDALE

- ARBRE DECISIONNEL
- **La clinique:** territoire, durée des symptômes > 6mois, gêne fonctionnelle, sociale, **retentissement psychologique**, examen clinique normal
- **Normalité de l'imagerie**
- Infiltration avec un **bloc diagnostic positif**
- Efficacité thérapeutique médicamenteuse, kinésithérapie si syndrome myofascial, TENS
- Discussion en consultation pluridisciplinaire
- Proposition ou pas d'une **transposition neurolyse pudendale**

# NEURALGIE PUDENDALE

## CONCLUSION

- LE **DIAGNOSTIC CLINIQUE** PEUT ETRE DIFFICILE EN CAS DE NEURALGIE BILATERALE
- LA **NORMALITE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES** NE RASSURE PAS LE PATENT
- QUI EST TRES GENE DANS SA VE PROFESSIONNELLE, SOCIALE ET INTIME, AVEC UN **IMPACT** PSYCHOLOGIQUE **MAJEUR**
- LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SONT MOYENNEMENT EFFICACES,
- LES **INFILTRATIONS** ONT PLUS UNE **VALEUR D'AGNOSTIQUE** QUE THERAPEUTIQUE DURABLE
- LA TRANSPOSITION NEUROLYSE NE GUERIT PAS TOUS LES PATIENTS

## NEURALGIE PUDENDALE



# **Le Nerf Pudendal**

## *Evaluation électrophysiologique*

**F. Lisovoski MD, PhD**

**Neurologie - Neurophysiologie**

**Centre De Prise En Charge De La Douleur**

**CMC AMBROISE PARE NEUILLY**

**25, boulevard Victor Hugo**

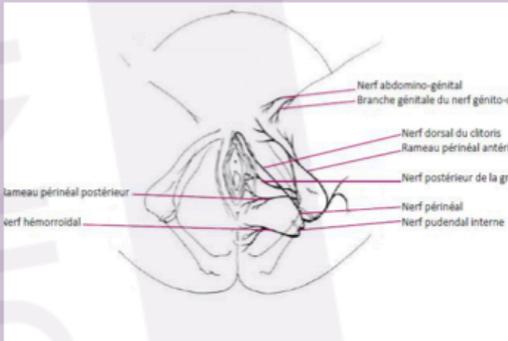
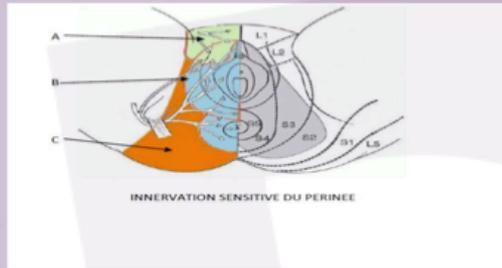
**92200 Neuilly sur Seine**

**DROUOT**  
sport & arthrose

## INNERVATION PERINEALE

### Territoires sensitifs du périnée féminin

- A. Nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinale et génito-fémoral
- B. Nerf pudendal
- C. Nerf clunéal inférieur + Nerf perforant cutané

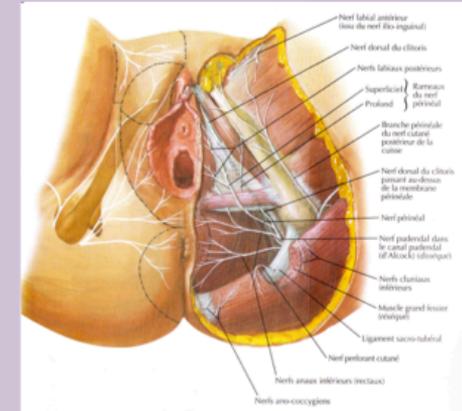


### Terminaisons du Nerf pudendal

## Le Nerf Pudendal

### Deux zones de contraintes potentielles

1. Pince ligamentaire
2. Canal d'Alcock

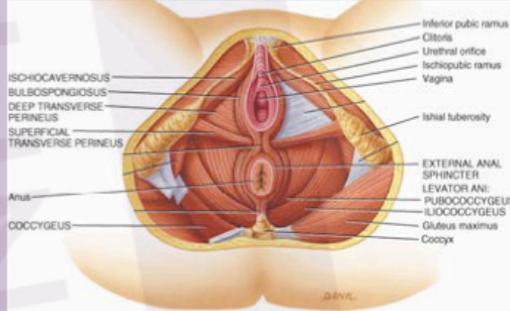


## LES DIFFERENTES EXPLORATIONS NEURO-PHYSIOLOGIQUES PERINEALES

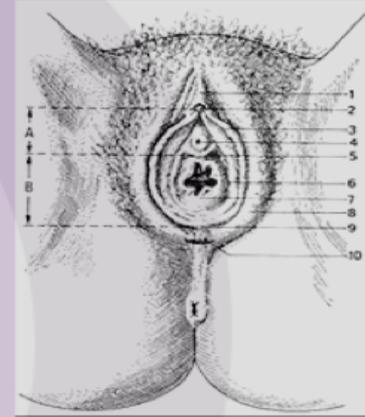
- 1 - Electromyogramme (EMG) du sphincter anal du bulbo-spongieux, de l'ischio-caverneux
- 2- Etude des latences sacrées
- 3- Latence distale motrice du nerf pudendal avec stimulation endorectale sur la branche distale du nerf pudendal
- 4- Latence distale sensitive du nerf pudendal
- 5- Potentiels évoqués corticaux

# Muscles périnéaux explorables en détection

- 1. Ischio-caverneux
- 2. Bulbo-spongieux
- 3. Transverse superficiel
- 5. Sphincter anal
- 5. Élévateur de l'anus
- 6. Grand fessier



# Repérage et mise en place d'une électrode aiguille dans le muscle bulbo-spongieux et le sphincter anal de la femme

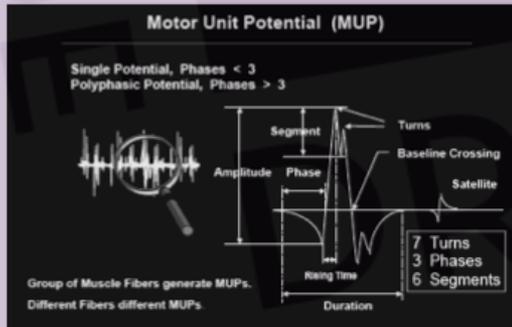


# Examen de Détection : Le Potentiel d'Unité Motrice

# Détection dans le muscle bulbo-caverneux

Trois aspects évalués

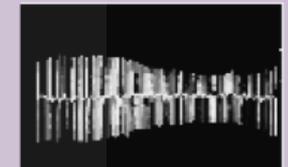
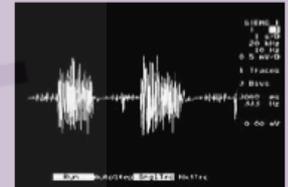
- 1. Activité spontanée au repos
- 2. Amplitude et durée des PUM
- 3. Recrutement



# Effort de contraction volontaire Détection dans un muscle bulbo-caverneux

# Tracé électromyographique normal avec recrutement sans sommation temporelle

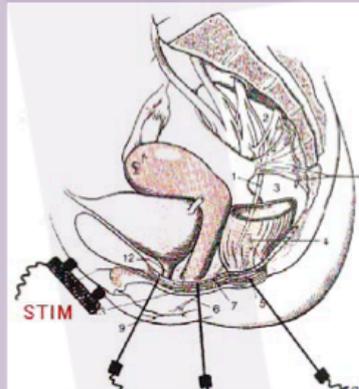
# Tracé électromyographique simple accéléré



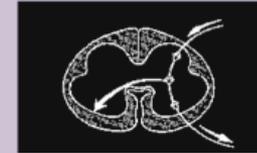
# Etude des réflexes sacrés

# Latence du réflexe bulbo-caverneux

Différents sites de recueil



Réflexe polysynaptique

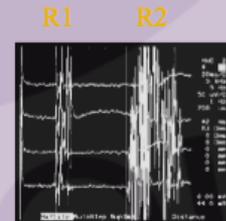


Technique



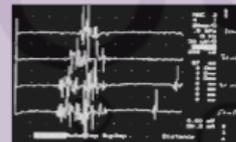
## Latence du réflexe bulbo-caverneux

Différentes composantes



Effet de l'intensité de stimulation

Réduction de la latence



L'accentuation de l'aire de la réponse motrice



# Etude Des Latences Distales Du Nerf Pudendal

## 1. Etude des Latences Distales Motrices

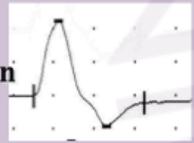
A. Matériel



Voies rectale/vaginale  
 Stim n. pudendal  
 Recueils :  
 - Anal  
 - BC



C. Réponse :  
 Potentiel d'action



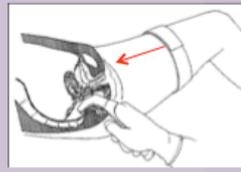
B. Méthodologie



# Etude Des Latences Distales Du Nerf Pudendal

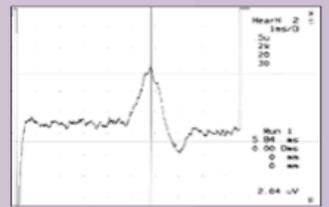
## 2. Etude des Latences Distales Sensitives

Technique



Recueil paraclitoridien

Réponse



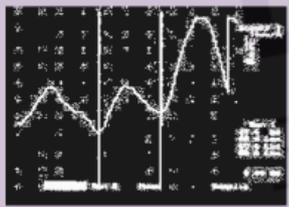
Stim n. pudendal

# PES Corticaux Du Nerf Pudendal

Technique



Réponse



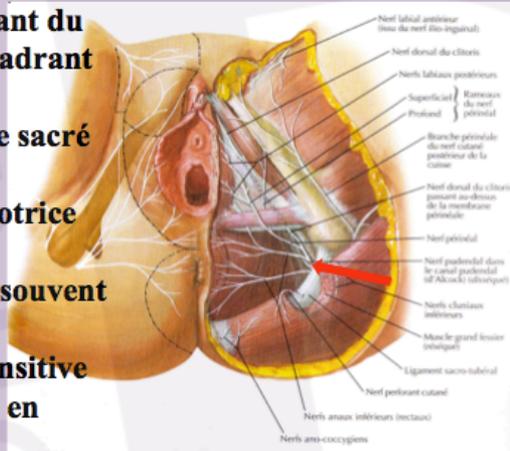
# Qu'attendre d'un électrodiagnostic périnéal ?

- **Intérêt Diagnostique**  
 Diagnostic positif d'une lésion nerveuse périphérique
- **Intérêt Topographique**  
 Précision de la topographie tronculaire ou radiculaire de la lésion
- **Intérêt Pronostique**  
 Capacité de récupération des symptômes déficitaires éventuels

# Profil électrologique selon la topographie lésionnelle

## 1. Lésion tronculaire du nerf pudendal dans le canal d'Alcock

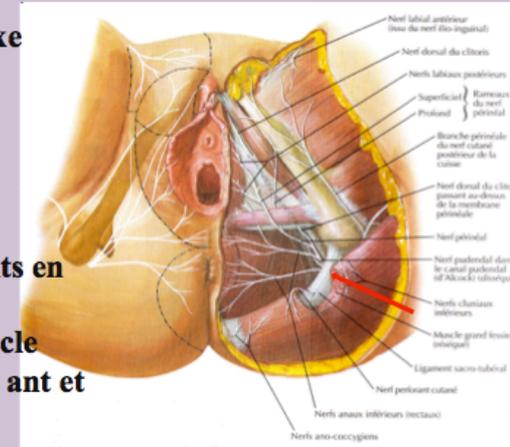
- Tracé neurogène dans le muscle bulbo-caverneux, le quadrant ant du sphincter anal, épargnant le quadrant post
- Retard de la latence du réflexe sacré bulbo-caverneux
- Retard de la latence distale motrice périnéale
- Latence distale motrice anale souvent normale
- Retard de la latence distale sensitive
- PES variables (souvent réduit en amplitude)



# Profil électrologique selon la topographie lésionnelle

## 2. Lésion tronculaire du nerf pudendal au passage du ligament sacro-tubéral

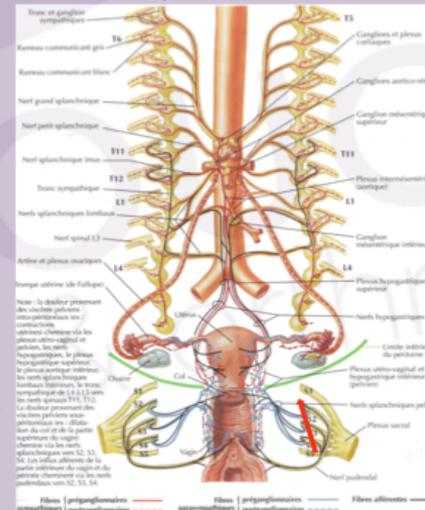
- Retard de la latence du réflexe sacré bulbo-caverneux
- Retard de la latence distale motrice périnéale et anale
- Retard de la latence distale sensitive
- PES variables (souvent réduits en amplitude)
- Tracé neurogène dans le muscle bulbo-caverneux, le quadrant ant et post du sphincter anal



# Profil électrologique selon la topographie lésionnelle

## 3. Lésion affectant les racines sacrées S2 à S4 (étage plexique ou intra-canaulaire)

- Retard de la latence du réflexe sacré bulbo-caverneux
- Normalité de la latence distale motrice périnéale et anale
- Normalité de la latence distale sensitive si lésion radiculaire pré-ganglionnaire, retard de latence en cas de lésion plexique
- Tracé neurogène dans le muscle bulbo-caverneux, le quadrant ant et post du sphincter anal
- PES altérés en latence



# Infiltration du pudental

Antoine HAKIME. IMPC / CLINIQUE DROUOT

DROUOT  
sport & arthrose

# Généralité sur les infiltrations du nerf pudenda

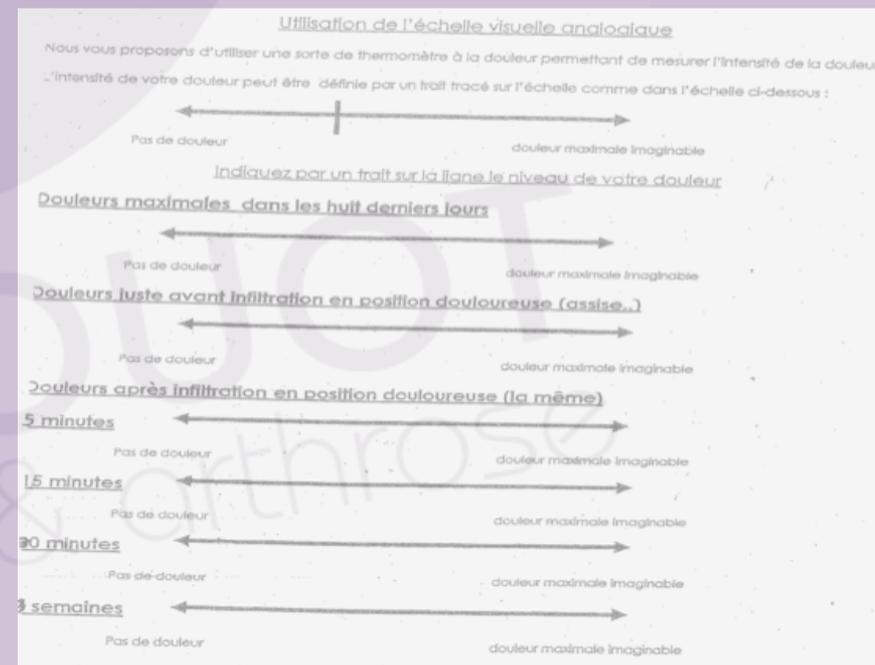
## Généralité des infiltrations des nerfs somatique

- dans le cadre des douleurs pelvipérinéales les infiltrations ont deux objectifs distincts :
  - confirmer le diagnostic ++++ . Xylocaïne+++
  - et tenter de traiter la douleur. Corticoides
- Il existe fréquemment une confusion dans la tête des patients et des médecins dans l'interprétation du résultat des infiltrations. Ces dernières sont volontiers qualifiées d'inutile au vu de leurs résultats au long cours. Si cette attitude est compréhensible s'agissant d'un geste pratiqué en un temps, elle est dommageable car elle entretient une illusion sur l'utilité des infiltrations

## Généralité sur les infiltrations

- Critères de Nantes
  - une évaluation de la douleur avant et immédiatement après la réalisation du bloc (en circonstances déclenchantes de la douleur)
  - évaluation de la qualité de l'infiltration : position anatomique de l'aiguille, diffusion de la solution, éventuelle anesthésie obtenue.
- Infiltrer un patient algique
- Evaluer la douleur après avoir maintenu la position assise pendant 5 minutes, avant et après l'infiltration à l'aide de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) pour juger de l'efficacité de l'infiltration
- Utiliser un produit de contraste pour être sûr de la localisation de l'infiltration
- Utiliser un anesthésique local(xylocaïne) pour l'évaluation immédiate de l'efficacité de l'infiltration
  - Et un corticoïdes pour tenter de traiter la douleur

- Elles ont une valeur essentielle pour le diagnostic positif (critère diagnostique majeur).
  - Un bloc pudenda positif est une preuve supplémentaire;
    - Attention limité par un manque de spécificité
  - un bloc négatif, correctement réalisé, l'écarte.
    - la valeur prédictive négative d'un tel bloc réalisé sous scanner avec utilisation de produit de contraste est bonne et justifie son utilisation en première intention.
- Il existe deux sites d'infiltration possibles:
  - au niveau de l'épine ischiatique
  - et au niveau du canal d'Alcock
- S'être assuré de l'absence de contre-indication(allergie au produit de contraste, troubles de la crase sanguine)
- et avoir recueilli le consentement éclairé du patient



## Généralité sur les infiltrations

- Critères de positivité de l'infiltration: signifient qu'il existe une pathologie en aval du point de ponction.
  - Si douleur initiale >4 sur EVA: amélioration de plus de 50% de la symptomatologie douloureuse
  - Si douleur initiale <4 sur EVA: disparition de la douleur
- Le bloc peut également être positif en cas de névralgie du nerf cutané postérieure de la cuisse ++, nerf du muscle obturateur interne, ganglion Impar, voire nerf obturateur interne ou d'atteinte organique du nerf pudental.

## Généralité sur les infiltrations

- Critères de négativité de l'infiltration:
  - d'absence d'analgésie malgré une anesthésie du territoire pudental
  - Il est cependant important de confirmer les conditions d'examen avant de valider la négativité du bloc en vérifiant la technique de réalisation du bloc et les iconographies (tomodensitométrie)
- Un bloc négatif confirme l'absence de cause caudale par rapport à l'épine sciatique du nerf pudental dans la symptomatologie

## Généralité sur les infiltrations

- Un bloc sera jugé ininterprétable si:
  - Pas d'utilisation d'anesthésiques locaux
  - Pas d'évaluation de la douleur avant le test
  - Douleur avant le test trop faible
  - Pas d'anesthésie périnéale ( variante de la normale du nerf pudental)
  - Mauvaise diffusion du produit de contraste

# Infiltration au niveau du ligament sacro-épineux

- C'est celle qui doit être réalisée en premier car
  - principale zone de conflit du nerf sur son trajet.
  - De plus il s'agit de la zone la plus proximale de compression du nerf en cas de syndrome canalaire au sens des critères de Nantes .
- Elle peut être réalisée sous scopie, sous echo ou sous TDM.
- réalisée uniquement sous TDM qui est la technique de référence
  - permet d'éviter les risques de perforation digestive et vasculaire
  - accessible
  - Permet de vérifier la bonne réalisation de l'infiltration pour une bonne interprétation.
    - Mauvais placement de l'aiguille
    - Diffusion du contraste aux nerfs avoisinant source de faux positifs
    - Refaire l'infiltration++

Infiltration au niveau  
du ligament sacro-  
épineux



Patient en procubitus,

spirale à hauteur des épines ischiatiques

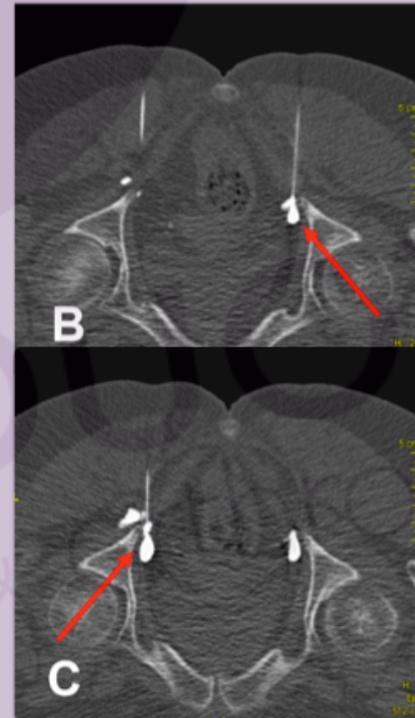
on repère la coupe horizontale sur laquelle les épines sont les plus grandes de telle façon à voir le bout distal interne de l'épine

## Infiltration au niveau du ligament sacro-épineux

Aiguille introduite dans la moitié interne du ligament sacro-épineux. moindre risque de traumatisme nerveux ou vasculaire).

La diffusion du produit de contraste va le mouler en formant une lentille biconvexe

volume total de 3 à 5cc associant un mélange de 0,5cc de produit de contraste (omnipaque 240) avec un mélange d'anesthésique locaux et de corticoïdes



## Infiltration du canal d'Alcock

Ce bloc est plus distal que l'infiltration au niveau du ligament sacro-épineux uniquement sous scanner.

Patient en procubitus, spirale centrée sur le milieu des foramens obturateurs

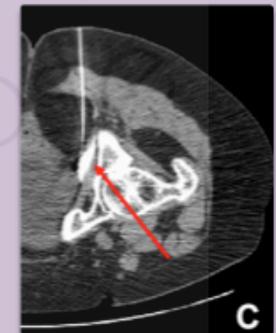


## Infiltration du canal d'Alcock

Aiguille introduite à la partie pelvienne, et le plus interne possible du muscle obturateur interne

- Injection du produit de contraste à ce niveau qui va mouler le bord interne du muscle

respectant ce muscle et ne diffusant pas dans la graisse ischiorectale ().



# Complication des infiltrations

- Anesthésie sciatique avec risque de chute dans les heures suivant la procédure: complication la plus fréquente.
- Les autres complications sont plus rares, notamment depuis l'abandon des infiltrations sous scopie: –
  - Traumatisme du nerf pudendal, du nerf sciatique ou du nerf obturateur
  - Effraction vasculaire à l'origine d'hématomes
  - Infection par défaut d'asepsie ou effraction digestive
  - d'incontinence transitoire surtout si anesthésie bilatérale,
  - d'aggravation secondaire des douleurs pendant un période d'une quinzaine de jours après la période d'anesthésie.

# Infiltration à visée thérapeutique

- peu codifié.
- Peut y avoir une augmentation transitoire de la douleur jusqu'à 10j.
- 2 à 3 infiltrations sont généralement nécessaires. 4 max
- Espacés de 4 à 8 s.
- 1ere au niveau épine sciatique.
- Scde à adapter en fnction résultat.
  - Si patient soulagé: même endroit.
  - Sinon canal d'alcock
- 70% patients soulagés avec un recul de 12 mois
- Transitoire et partiel

## Diagnostic différentiel douleurs pelvipérinéales chroniques

- les infiltrations des nerfs somatiques concernent,
  - d'une part, les nerfs d'origine thoracolombaire
    - (ilio-inguinal,
    - iliohypogastrique
    - et génitocrural, et par extension sémantique le nerf obturateur)
  - et, d'autre part, les nerfs d'origine sacrée
    - pudendal
    - et branches clunéales inférieures du nerf cutané postérieur de la cuisse).

# CHIRURGIE DES NEVRALGIES PUDENDALES

Dr Gaëlle MOUTON PARADOT

DROUOT  
sport & arthrose

# PLAN

- 1/ Indications chirurgicales
- 2/ Techniques
- 3/ Complications
- 3/ Suites post-opératoires
- 4/ Efficacité
- 5/ Prise en charges des douleurs résiduelles

## 1/ INDICATIONS CHIRURGICALES

•« L'indication c'est moi qui la pose, l'acceptation c'est vous »

- Diagnostic certain: les critères de Nantes
  - Douleur dans le territoire nerf pudendal
  - Aggravation par le position assise
  - Pas de réveil nocturne
  - Pas de troubles de la sensibilité objective
  - Bloc test anesthésique +
- Douleur résistante à prise en charge médicale complète

## 1/ INDICATIONS CHIRURGICALES

•« L'indication c'est moi qui la pose, l'acceptation c'est vous »

- Diagnostic certains: les critères de Nantes
- Douleur résistante à prise en charge médicale complète
- « est-ce que je vais guérir Dr ? »
  - = infiltration

## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### les différentes techniques

- La voie trans-ischiorectale ou transvaginale (E. Baurant, 2003)
  - abord endopelvien
- La voie périnéale (Shafik 1994)
  - incision pararectale
- Les techniques par coelioscopie (Possover 2009)
- Injection de cellules adipeuses (Venturi 2015)
- La voie transglutéale (Roger Robert 1993)

## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### voie transglutéale: avantages

- Contrôle visuel complet:
- Décompression complète:
  - À tous les sites potentiels de compression
    - Émergence sous le muscle piriforme
    - Au niveau de la pince LSE/LST
    - À l'entrée du canal d'Alcock avec le PF
    - Dans le canal d'Alcock
- Transposition : évite les récives



## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### voie transglutéale: avantages

- Contrôle visuel complet:
  - Contrôle nerf
  - Contrôle vasculaire
    - Variations anatomiques > 17%

## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### voie transglutéale: avantages

- Contrôle visuel complet:
- Décompression complète:
- Bonne cicatrisation:
  - Pas de sacrifice musculaire
  - aucun inconvénient cicatriciel
  - incision à distance du périnée

## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### description

#### •Technique:

- Patient en décubitus ventral cuisses fléchies sur le bassin,
- sous anesthésie générale.



## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### description

#### •Technique

- L'incision d'environ 5cm est menée dans l'axe des fibres du gluteus maximus

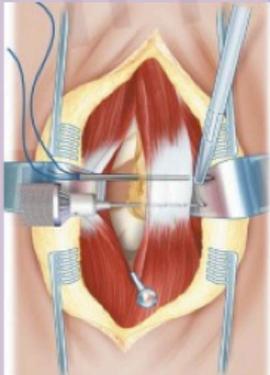


## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### description

#### •Technique

- L'incision d'environ 5cm est menée dans l'axe des fibres du gluteus maximus

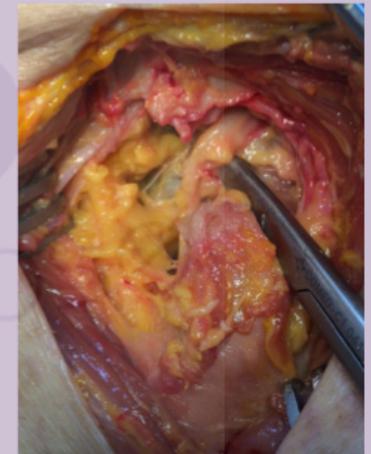
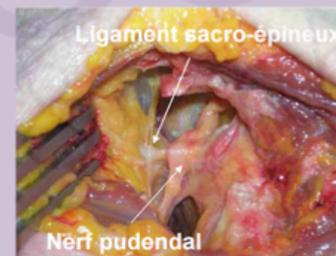


## 2/TECHNIQUES CHIRURGICALES

### description

#### •Technique

- Repère le paquet pudental
- le nerf est libéré de son émergence sous le muscle piriforme jusqu'au canal d'Alcock





## 5/ EFFICACITE

- Efficacité (Deschamps 2002)

- à tout âge

- 70% d'amélioration,

- 30% d'échec, dont 2% s'estiment aggravés.

- Après 70 ans :

- taux d'amélioration diminuée à 50%

- Amélioration décalée

- au bout de 5 à 6 mois

- Jusqu'à 2 ans

- Taux récidives: 10 / 4500 patients

## 5/ EFFICACITE

- Facteurs prédictifs (Deschamps 2002)

- Âge +++

- > 70 ans

- Durée des symptômes

- >7 ans

- Notion de traumatisme déclenchant

- Aspect du nerf en per-opératoire

## 5/ EFFICACITE

- Facteurs non prédictifs (Deschamps 2002)

- Sexe

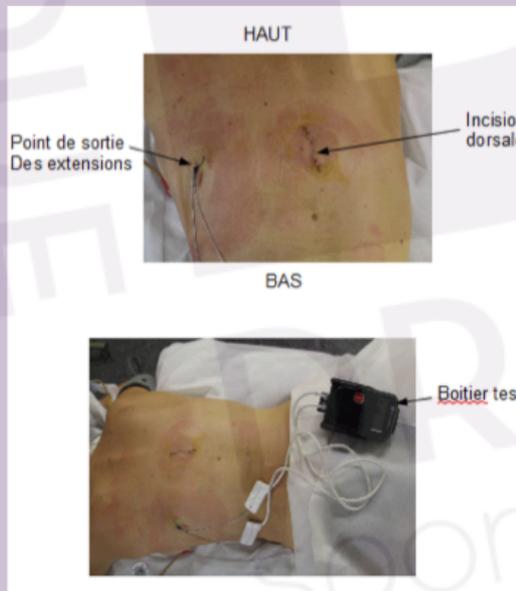
- Caractère uni ou bilatéral de la symptomatologie

- Intensité de la douleur pré-opératoire

## 6/ PLACE DE LA STIMULATION MEDULLAIRE

- Si pas d'amélioration par la chirurgie de libération:
- Prise en charge médicale
- En dernier recours : stimulation médullaire épidurale
  - Au cône terminal
  - Protocole prospectif d'évaluation en cours

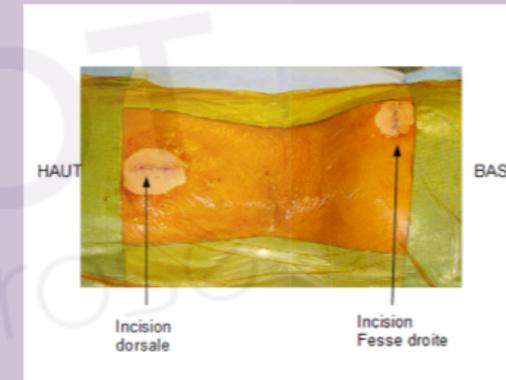
1<sup>er</sup> temps opératoire



## 6/ PLACE DE LA STIMULATION MEDULLAIRE

- 1<sup>er</sup> temps
  - Pose électrode test relié à un boîtier extérieur
- 2<sup>ème</sup> temps
  - Internalisation du boîtier
  - Délai 7 jours

2<sup>ème</sup> temps opératoire



# CONCLUSION

## •Place de la chirurgie

- En cas d'échec de la prise en charge médicale
- Libération de toutes les zones de conflit potentiel

## •Efficacité:

- 70%
- Entre 6 mois et 2 ans

## •Nécessité d'une prise en charge

- spécialisée
- et pluridisciplinaire ++++

Algologues périnéaux

Urologues  
Gynécologues

Algologues périnéaux  
- Dr Anne LASSAUX

Urologues  
Gynécologues

Neurologues

Kinésithérapeutes  
Ostéopathes

Neurologues  
- Dr Fabrice LISOVOSKI  
- Pr Gérard AMARENCO

Kinésithérapeutes  
Ostéopathes  
SIREPP

Radiologues

Sages femmes

Radiologues  
- Dr Antoine HAKIME  
- Dr Franck BOUDGHENE

Sages femmes

Chirurgiens

Psychiatres

Chirurgiens  
- Dr MOUTON PARADOT

Psychiatres  
Philippe TOUZE

