

Les névralgies pudendales : une maladie honteuse ?

Professeur Ph. Hanson

Chef de service Médecine Physique et Réadaptation

CHU UCL Namur – site Godinne

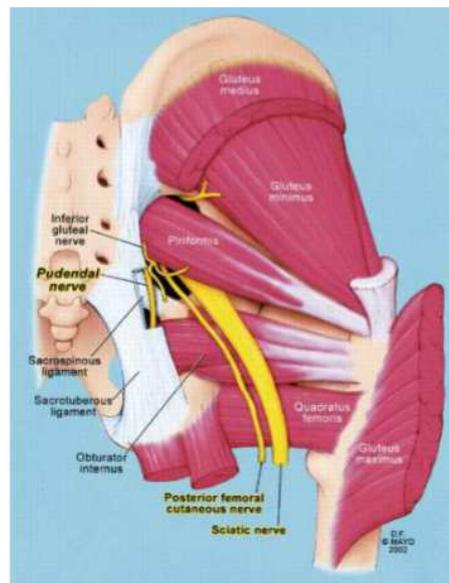
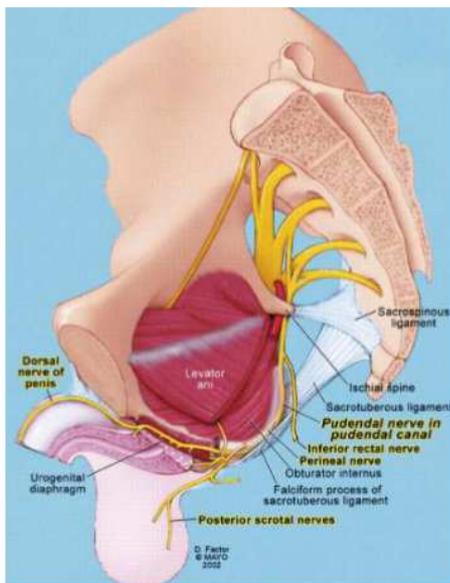
La première description de la névralgie pudendale a été faite par G. Zuelzer en 1915. Le nom vient du latin "pudenda" : parties génitales. La névralgie pudendale survient pour 60 % chez les femmes. L'âge moyen de survenue est entre 50 et 70 ans. La prévalence estimée est de 1/6000 patients (site Orphanet) pour une prévalence des douleurs pelvi-périnéales de toutes origines de 6,6 %. Nous verrons que le diagnostic en est avant tout clinique.

Rappels anatomiques (1)

Le nerf pudental naît des racines sacrées S2 S3 S4. Il s'agit d'un nerf mixte comportant pour 20 % des fibres motrices, pour 50 % des fibres sensibles et pour 30 % des fibres autonomes. Son innervation motrice est destinée aux sphincters striés externes urétral et anal, aux muscles bulbocaverneux, ischiocaverneux et transverses du périnée. Son innervation sensitive intéresse la marge anale, les bourses et le pénis chez l'homme, le clitoris et les lèvres vaginales chez la femme de même que la région intermédiaire entre l'anus et les organes génitaux correspondant au noyau fibreux du périnée.

Physiopathologie

Les douleurs de la névralgie pudendale surviennent dans 2/3 des cas avec un début insidieux parfois précédé de paresthésies. Ce n'est que dans 1/3 des cas qu'elles sont liées à un événement aigu : rarement une chute, plus souvent un traumatisme pelvien ou la conséquence d'un acte chirurgical ou endoscopique ou suite à un trajet prolongé en voiture ou la pratique intensive du cyclisme. Trois zones principales de conflit potentiel pouvant provoquer une névralgie pudendale sont décrites : le canal sous-piriforme, le canal pudental d'Alcock (dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne au niveau de la fossette ischiorectale) et plus fréquemment au niveau de la pince entre les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral (2). Fig 1 : zones de conflit (1)



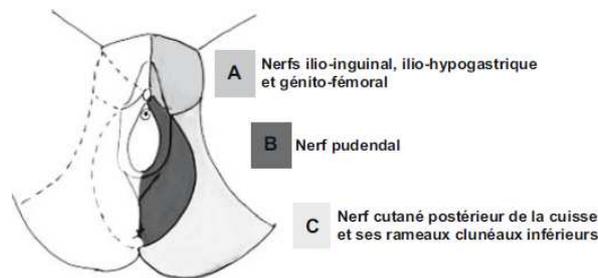
Longtemps négligé et méconnu, le diagnostic de névralgie pudendale est maintenant posé assez (voire trop) facilement devant toute douleur pelvi-périnéo-fessière, soit par défaut en l'absence de lésion organique objectivée, soit par excès, toutes les douleurs aggravées en position assise ayant tendance à recevoir le diagnostic de névralgie pudendale. Le bilan uro-gynécologique est en général peu contributif. Nous allons voir que le diagnostic est avant tout clinique.

Critères diagnostiques (3)

Devant la multitude de symptômes pouvant évoquer la névralgie pudendale, un groupe d'experts multidisciplinaire s'est réuni à Nantes en 2006 pour discuter et valider les critères diagnostiques de la névralgie pudendale. En l'absence de critères d'imagerie, de biologie, et d'électrophysiologie pathognomoniques, le diagnostic de névralgie pudendale reste avant tout clinique. En fait, seule la constatation opératoire d'un nerf comprimé et la disparition de la douleur en postopératoire peuvent permettre d'affirmer avec certitude le diagnostic de névralgie pudendale d'origine compressive sauf effet placebo de la chirurgie. Quatre domaines diagnostiques ont été définis : des critères indispensables, des critères complémentaires, des critères d'exclusion et des signes associés.

Critères indispensables

- **Douleur dans le territoire du nerf pudental** c'est-à-dire de l'anus à la verge ou au clitoris avec parfois irradiation (fesses, sacrum, pubis,...). Fig 2 (15)



- **Douleur prédominant en position assise** par hyperpression pouvant provoquer un écrasement du nerf sur les structures ligamentaires rigides. Par contre, la douleur est souvent soulagée en position assise sur un siège de toilette.
- **Douleur ne réveillant pas la nuit.**
- **Absence de déficit sensitif objectif** pour laquelle plusieurs explications sont possibles : la lésion peut être insuffisante pour provoquer une perte significative de fibres sensitives et par ailleurs les données de l'anatomie nous montre que la sensibilité périnéale correspond au chevauchement de plusieurs troncs nerveux (nerf pudental, nerf cutané postérieur de la cuisse, rameaux clunéaux inférieurs, territoire des nerfs ilio-inguinal, génito-fémoral).
- **Bloc diagnostique du nerf pudental positif** (sous réserve d'une technique irréprochable). C'est un critère indispensable mais qui n'est pas spécifique du syndrome canalaire puisqu'il signifie seulement que la douleur est située dans le territoire du nerf. Le bloc pourra donc être positif pour toute lésion nerveuse pudendale d'autre nature que compressive.

Critères complémentaires au diagnostic de névralgie pudendale

- Sensations de brûlures, décharges électriques, tiraillement, engourdissement c'est-à-dire les caractéristiques d'une douleur neuropathique. Même si l'on ne retrouve que rarement plus de 4 critères au DN4 (échelle comprenant 10 critères dont la présence de 4 d'entre eux est nécessaire au diagnostic de douleur neuropathique).
- Allodynie ou hyperpathie s'exprimant au niveau périnéal par une intolérance au port de vêtements serrés comme des slips ou au niveau vulvaire par des dyspareunies superficielles.
- Sensation de corps étranger endocavitaire : sensation de boule, de pesanteur, de balle de tennis,... Ces douleurs ont une connotation végétative évoquant une médiation par les fibres sympathiques du nerf pudental.
- Aggravation de la douleur en cours de journée : la douleur est généralement absente le matin au réveil avec aggravation progressive en cours de journée et le soir jusqu'à l'endormissement.
- Douleur à prédominance unilatérale.
- Douleur apparaissant après la défécation (de quelques minutes à ¼ heure)
- Présence d'une douleur élective à la pression de l'épine sciatique ou toucher rectal ou vaginal. Ce signe n'est cependant pas spécifique et peut s'observer en dehors de toute compression nerveuse.
- Données de l'électro-neuromyographie (ENMG) chez l'homme ou la femme nullipare. Chez la femme multipare, l'examen ENMG perd de sa spécificité, l'accouchement étant la cause la plus fréquente de neuropathie périnéale d'étirement de même que la constipation chronique.

Critères d'exclusion

- Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne ou hypogastrique.
- Prurit : la notion de prurit avec besoin de grattage, évoque avant tout une lésion dermatologique
- Douleurs uniquement paroxystique, survenant en éclair, évoque à priori l'existence d'une tumeur nerveuse imposant l'exploration par imagerie de la région pelvienne, de la queue de cheval et de la moelle. Par ailleurs les proctalgies fugaces survenant pendant la défécation ou les douleurs survenant à la miction ou aux rapports sexuels évoquent plutôt des pathologies organiques ou des pathologies des organes pelviens.
- Anomalies d'imagerie révélant une autre pathologie pouvant expliquer la douleur.

Signes associés n'excluant pas le diagnostic

- Irradiation fessière ou aux membres inférieurs (notamment en position assise) c'est-à-dire dans une région ne correspondant pas à l'innervation du nerf pudental. Ces douleurs sont souvent expliquées par des contractures musculaires profondes (obturateur interne, piriforme, muscles fessiers...)
- Douleur sus-pubienne
- Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical
- Douleurs apparaissant après l'éjaculation
- Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports
- Troubles de l'érection, le nerf pudental n'étant que partiellement impliqué dans l'érection
- Normalité de l'ENMG.

Examens complémentaires

Aucun examen complémentaire ne peut être considéré comme un "Gold Standard" pour la névralgie pudendale dont le diagnostic reste avant tout clinique.

ElectroNeuroMyoGraphie (4)

En tant qu'électromyographe, je reçois souvent des demandes de bilan par EMG pour névralgies pudendales dont il m'arrive de réfuter les indications sur base de l'examen clinique et de l'anamnèse.

L'examen ENMG du périnée se réalisant par insertion d'électrodes aiguilles et par stimulation électrique est toujours vécu comme fort agressif par les patients et surtout les patientes et il convient donc d'en limiter l'usage à des cas bien précis.

Il convient de rester très prudent dans l'interprétation des résultats de l'ENMG car celui-ci présente une sensibilité et une spécificité limitée par les différentes explications ci-après.

L'étude des muscles périnéaux (sphincter anal et bulbo-caverneux) peut être influencée par de nombreux autres facteurs lésionnels : obstétricaux, statiques et constipation.

L'étude des réflexes sacrés bulbo-caverneux par stimulation du nerf dorsal du clitoris ou de la verge n'a aucune valeur localisatrice de la lésion.

Aucune technique ENMG ne permet l'étude des conductions sensibles du nerf pudental, pourtant précocement impliquées dans les douleurs canalaire.

Les résultats de l'ENMG sont corrélés avec des anomalies nerveuses structurelles (démýélinisation et/ou perte axonale) mais pas avec des anomalies fonctionnelles comme on les rencontre dans les syndromes canalaire tels que les douleurs de névralgie pudendale.

Enfin, il n'y a pas d'intérêt à réaliser des potentiels évoqués somesthésiques ou moteurs des nerfs pudendaux (sauf pour le diagnostic différentiel) ni des réflexes cutanés sympathiques.

L'ENMG reste surtout utile dans le cadre des diagnostics différentiels afin de ne pas méconnaître d'autres lésions neurologiques radiculaires ou tronculaires.

Radiologie

Les examens IRM de la colonne lombo-sacrée et du bassin sont indispensables pour exclure toute cause neurologique lombo-sacrée ou compressive par une tumeur pelvienne.

La NRM (neurographie périphérique par résonance magnétique) est une technique récente qui permet d'objectiver un hyper-signal du nerf pudental et de mieux voir les rapports entre le nerf pudental et les ligaments et autres structures qui l'entourent (5).

L'échographie de haute résolution est une technique également récente qui permet la visualisation du nerf pudental dans la région de l'épine sciatique à la recherche d'un épaississement ou d'une déformation de ce nerf (6).

Traitement

Après exclusion de toute autre cause neurologique, urologique, digestive ou gynécologique, on en viendra au traitement de la névralgie pudendale qui doit idéalement être pluridisciplinaire.

Il comportera :

- un traitement médicamenteux à visée neuropathique (anti-épileptique et/ou antidépresseurs tricycliques),
- une kinésithérapie spécifique : exercices en délordose lombaire, lutte contre d'éventuelles contractures musculaires,
- un soutien psychologique : en effet, *"cette douleur chronique, lourdement chargée de symbolisme et de tabou compte-tenu de sa topographie, est fortement marquée par l'intervention du psychologique"*. (7)
La névralgie pudendale, de par son caractère chronique et prolongé, induit fréquemment un retentissement psychologique majeur sur les vies sexuelle, familiale, sociale et professionnelle. On observe une association fréquente avec la présence de stress, d'angoisse, d'inquiétude, de problèmes familiaux, sentimentaux, professionnels,... On note également une fréquence importante d'antécédents d'abus sexuels ou tout autre vécu sexuel traumatique.
- Blocs anesthésiques pudendaux guidés par scopie ou plus souvent par CTscan ou même plus récemment par échographie : ces blocs doivent être réalisés au niveau de l'épine sciatique et au niveau du canal d'Alcock. Ces blocs auxquels on peut parfois ajouter des corticoïdes, ont un but thérapeutique et surtout diagnostique, une réponse positive au bloc anesthésique étant un critère indispensable au diagnostic de névralgie pudendale (8).
- Radiofréquence pulsée guidée par échographie et électrostimulations : indiquée en cas de bloc anesthésique positif, cette technique récente permet des améliorations de 6 à 10 mois (9,10).
- Neuromodulation spinale (11), sacrée (12) ou pudendale (13) : techniques encore peu répandues mais qui ont montré des résultats encourageants dans plusieurs études.

Cette prise en charge pluridisciplinaire qui s'étale sur plusieurs mois, voire plusieurs années, entraîne habituellement un soulagement significatif des douleurs chez 70 % des patients.

- Chirurgie : pour les 30 % de patients qui n'ont pas été soulagés par le traitement conservateur, une décompression chirurgicale peut être proposée pour autant que les critères diagnostiques de névralgie pudendale soient bien remplis (avec réponse positive aux blocs anesthésiques) et idéalement chez des patients de moins de 50 ans, avec absence de troubles comportementaux ou psychiatriques et absence de fibromyalgie. La décompression chirurgicale montre de bons résultats dans 70 % des cas (14).

Conclusions

Bien que fréquemment évoquée devant toute douleur pelvipérinéale, la névralgie pudendale reste une pathologie rare. Son diagnostic est avant tout clinique et repose sur les critères de Nantes. Certains examens complémentaires sont indispensables pour exclure d'autres pathologies (IRM lombo-sacrée et pelvienne). La névralgie pelvi-périnéale présente un retentissement psychologique important. Son traitement est pluridisciplinaire comportant essentiellement des médicaments antalgiques à visée neuropathique, de la kinésithérapie, un soutien psychologique, des blocs anesthésiques et, en cas d'échec de ce traitement conservateur, la chirurgie décompressive peut être proposée.

REFERENCES

1. Popeney C, Ansell V, Renney K. Pudendal entrapment as an etiology of chronic perineal pain : diagnosis and treatment. *Neurourol Urodyn* 2007; 26(6) : 820-827.
2. Robert R, Beaudic Y, Hamel O, Khalfallah M, Labat JJ, Riant T. Anatomophysiologie des algies pudendales. *Pelv Perineol* 2007; 2 : 58-64.
3. Labat JJ, Riant T, Robert R et al. Critères diagnostiques d'une névralgie pudendale (*Critères de Nantes*). *Pelv Perineol* 2007; 2 : 65-70.
4. Lefaucheur JP, Labat JJ, Amarenco G, et al. Quelle est la place de l'examen EMG dans le diagnostic des névralgies pudendales liées à un syndrome canalaire ? *Pelv Perineol* 2007; 2 : 73-77.
5. Wadhwa V, Hamid A, Kumar Y, Scott K, Chhabra A. Pudendal nerve and branch neuropathy : magnetic resonance neurography evaluation. *Acta Radiol* 2016; Sep 23. pii: 0284185116668213.
6. Tagliafico A, Bignotti B, Perez M, Reni L, Bodner G, Martinoli C. Contribution of ultrasound in the assessment of patients with suspect idiopathic pudendal nerve disease. *Clin Neurophysiol* 2014; 125 : 1278-1284.
7. Amarenco G. Histoire de la névralgie pudendale : une douleur presque sans fondement ! *Pelv Perineol* 2007; 2 : 54-57.
8. Labat JJ, Riant T, Lassaux A, Rioult B, Rabischong B, Khalfallah M, Volteau C, Leroi AM, Ploteau S. Adding corticosteroids to the pudendal nerve block for pudendal neuralgia : a randomised, double-blind, controlled trial. *BCOG* 2017; 124(2) : 251-260.
9. Ozkan D, Akkaya T, Yildiz S, Comert A. Ultrasound-guided pulsed radiofrequency treatment of the pudendal nerve in chronic pelvic pain. *Anaesthesist* 2016; 65 : 134-136.
10. Hong MJ, Kim YD, Park JK, Hong HJ. Management of pudendal neuralgia using ultrasound-guided pulsed radiofrequency : a report of two cases and discussion of pudendal nerve block techniques. *J Anesth* 2016; 356-359.
11. Buffenoir K, Rioult B, Hamel O, Labat JJ, Riant T, Robert R. Spinal cord stimulation of the conus medullaris for refractory pudendal neuralgia : a prospective study of 27 consecutive cases. *Neurourol Urodyn* 2015; 34(2) : 177-182.
12. Valovska A, Peccora C, Philip C, Kaye A, Urman R. Sacral Neuromodulation as a treatment for pudendal neuralgia. *Pain Physician* 2014; 17 : E645-E650.
13. Peters KM, Killinger KA, Jaeger C, Chen C. Pilot study exploring chronic pudendal neuromodulation as a treatment option for pain associated with pudendal neuralgia. *Low Urin Tract Smptoms* 2015;7(3): 138-142
14. Khalfallah M, Labat JJ, Riant T, Guérineau M, Richardson R, Deschamps C. Chirurgie de la névralgie pudendale par voie transglutéale. *Pelv Perineol* 2007; 2 : 86-91.
15. Labat JJ, Rigaud J, Robert R, Riant T. Les douleurs neuropathiques somatiques pelvi-périnéales. *Pelv Perineol* 2006 ;1 : 100-112