

Diagnostic de la névralgie pudendale (1^{ère} partie)

Cet article fait suite à notre travail [1] sur le toucher rectal, et nous vous présentons la démarche diagnostique de cette pathologie que l'on rencontre beaucoup dans nos cabinets.

Anatomie

- Le nerf naît de S1, S2, S3 en avant du muscle piriforme, puis va passer dans la pince sacro-spino-tubérale (LST et LES et muscle coccygien), rentre dans le canal pudental (fosse ischio-rectale), et se divise en 2 au niveau de l'ischion.
- Les deux branches terminales (fig. 1) sont :
 - **le nerf périnéal** (superficiel et profond) : territoire sensitif du vagin, de l'urètre, des lèvres.
Territoire moteur : sphincter externe de l'anus, transverse superficiel, ischio-caverneux, et bulbo-spongieux ;
 - **le nerf dorsal du clitoris ou du pénis** : territoire sensitif cutané du pénis et du gland ou du clitoris en homolatéral.
Territoire moteur : transverse profond, corps caverneux.
- Les collatérales sont le nerf rectal inférieur et branche périnéale de S4 (sensitif : cutanée autour de l'anus, et moteur : sphincter externe de l'anus).
- Le nerf pudental a des fibres végétatives. Il existe quantitativement un fort pourcentage de fibres sympathiques (30 % du contingent nerveux) [2, 3].
- Rappel : le diaphragme pelvien est constitué par l'élévateur de l'anus et muscle coccygien qui sont innervés par des nerfs propres provenant de S3 et de S4.

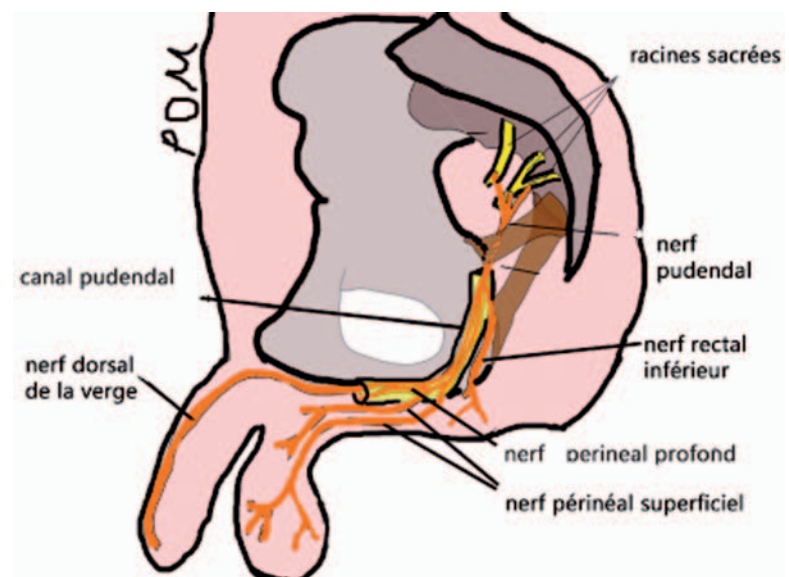
Anatomo-pathologie

Lors du trajet, les compressions peuvent être au niveau de 3 zones (de l'origine à la terminaison du nerf) :

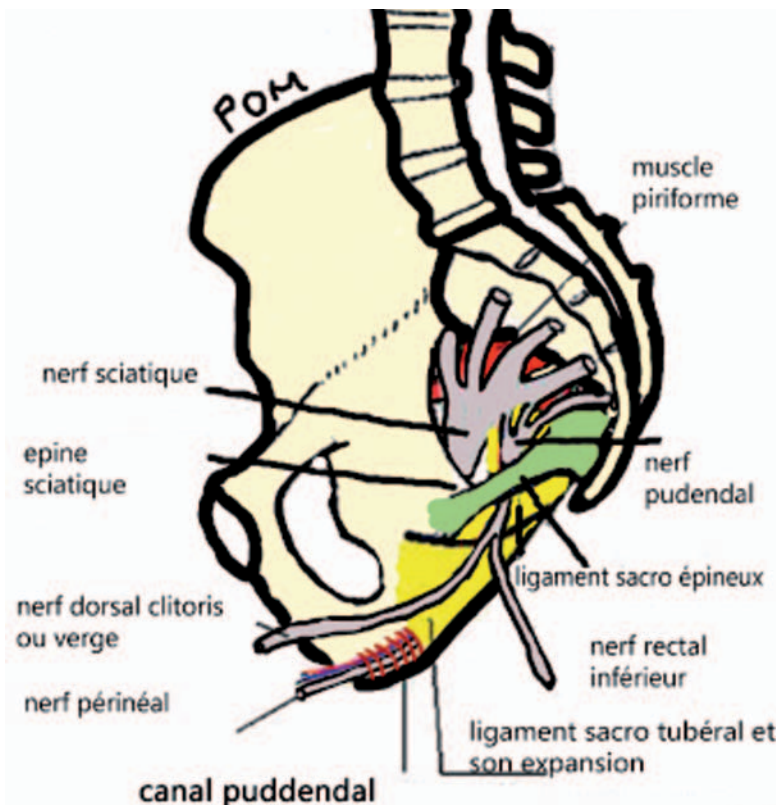
- du **canal infra-piriforme** : le conflit est possible également avec le tronc sciatique avec un signe d'élévation de la jambe positive.
Les causes de cette compression sont multiples :
 - hypertrophie musculaire (sport, professionnel) ;
 - membre dominant ;
 - jambe haute ;
 - excès de rotation latérale.
 Les symptômes seront souvent mixtes avec l'atteinte du nerf pudental et du nerf tibial, et la présence constante de douleurs fessières ;
- de **l'épine sciatique** : conflit dans la pince ligamentaire entre ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral (ligaments petit et grand sacro-sciatiques).
L'hypertrophie et les calcifications de ces ligaments est le plus souvent la conséquence de :
 - passages permanents de la station debout à la station assise ;

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
cadre de Santé -
Ostéopathe
Directeur de
PLP Formation
Lyon (69)



► **Figure 1**
Trajet du nerf



► **Figure 2**

Le canal pudendale ou d'Alcock

Au niveau du canal sous-pubien, on retrouve une atteinte de la branche terminale du nerf dorsal de la verge ou du clitoris. Il existe un facteur aggravant constant : c'est l'hyperpression périnéale

- rétropulsion sacro-coccygienne lors de l'accouchement ;
- modification du pelvis après 40-50 ans (verticalisation, rétropulsion et abaissement du sacrum, élargissement de la distance AP du diaphragme pelvien, horizontalisation du sacrum) ;
- atonie du diaphragme qui comprime le muscle coccygien ;
- augmentation des pressions dans le petit bassin ;

- du **canal pudendale ou d'Alcock** (fig. 2) : on pourra retrouver une fibrose de l'aponévrose de l'obturateur interne et/ou un conflit avec le processus falciforme du ligament sacro-tubéral. Le muscle obturateur interne est un puissant rotateur latéral. Dans la station assise, il se transforme en abducteur, et son hypertrophie ou son hypersollicitation peut entraîner un épaississement de son fascia médial, et favoriser la fibrose au niveau du canal d'Alcock.

Ce canal est composé d'une partie fessière où le nerf pudendale est en rapport avec le nerf sciatique, nerf cutané postérieur de la cuisse et une partie pelvienne où le nerf pudendale est avec le nerf obturateur.

Toute perte de mobilité du nerf pudendale favorisera l'écrasement du nerf sur le prolongement falciforme (PF) du lit sacro-épineux lors de la station assise (fig. 2) [4]. Le cyclisme entraîne parfois une fibrose au niveau de ce canal avec sclérose cicatricielle [5]. L'atonie de l'élévateur de l'anus et les prolapsus sont également des éléments aggravants.

Étiologies

Les hypothèses étiologiques peuvent être :

- **d'origine traumatique** : fractures (de proximité) du bassin (aile iliaque, branche ischio-pubienne, cotyle, sacrum, col du fémur...), fractures à distance de la colonne vertébrale, conflits vertébraux, dysfonctions ostéopathiques, sports intenses, accouchements... ;
- **suite à des facteurs psychogènes** : stress, angoisse, inquiétude, problèmes familiaux sentimentaux et socioprofessionnels. C'est l'esprit qui souffre et le corps dit sa douleur, entraînant des spasmes musculaires et des réflexes myotatiques de défense, générateur d'augmentation de pression dans le petit bassin. Ces mécanismes perturbent en premier lieu la vascularisation locale et par la suite la fonction neurale ;
- **suite à des contraintes mécaniques** : excès de position assise, excès de frottement (cyclisme), sport à glotte fermée, constipation récurrente, renforcement musculaire des abdominaux sur hyperpression du petit bassin.

■ Diagnostic médical d'exclusion —

Le rôle du médecin est d'exclure des pathologies comme :

- les syndromes de la queue de cheval/hernie discale ;
- les origines oncologiques (tumeur sacrée, cancer de prostate, etc.) ;
- le kyste arachnoïdien et les infections du petit bassin ;
- les pathologies urinaires et digestives non fonctionnelles.



► **Figure 3**

Le patient est complètement soulagé s'il n'existe pas d'appui sur la branche ischio-pubienne

Dans une consultation de première intention, il est primordial de rechercher les drapeaux rouges (signes d'alerte).

■ **Diagnostic d'exclusion fonctionnelle**

Ce diagnostic permet d'exclure des dysfonctions régionales mécaniques comme les dysfonctions de T12-L1 sacro-iliaque, de la hanche, et des pubalgies, les coccygodynies, et les dysfonctions sacro-coccygiennes.

■ **Critères diagnostiques de névralgie pudendale**

L'interrogatoire est primordial : le patient se présente avec une nette aggravation des douleurs en position assise sans origine traumatique (fig. 3).

Les critères de Nantes du 22 septembre 2006 [4] sont bien admis au niveau international (tab. III). Ils se composent de :

- 5 critères indispensables au diagnostic ;
- 8 critères complémentaires et associés n'excluant pas le diagnostic ;
- et 4 critères d'exclusion.

► **Tableau III**

Critères de Nantes du 22 septembre 2006 [4]

5 critères indispensables	8 critères complémentaires	Critères associés n'excluant pas le diagnostic	4 critères d'exclusion
<ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge, ou au clitoris). 2. Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC). 3. Douleur non insomniante (sans réveil). 4. Sans déficit sensitif objectif. 5. Bloc diagnostic du nerf pudental positif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brûlures, tiraillement, engourdissement, décharges électriques. 2. Sensation de corps étranger endo-cavitaire. 3. Allodynie (hypersensibilité au contact) ou hyperpathie. 4. Aggravation de la douleur au cours de la journée. 5. Douleur à prédominance unilatérale. 6. Douleur post-défécatoire. 7. Présence d'une douleur exquise à la pression de l'épine sciatique (unilatérale⁺⁺⁺). 8. Données de l'ENMG chez l'homme ou la femme nullipare. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irradiation dans le territoire sciatique. 2. Douleurs sus-pubiennes. 3. Polliakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical. 4. Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports. 5. Troubles de l'érection. 6. Normalité de l'ENMG. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur exclusivement per-défécatoire. 2. Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique. Proctalgie fugace, prurit. 3. Troubles sensitifs objectifs. 4. Anomalies de l'imagerie pouvant expliquer la douleur.

■ Examens paracliniques

■ Place des examens complémentaires

Un des freins au diagnostic objectif est la douleur qui est une expérience émotionnelle [4]. Les examens complémentaires ne peuvent qu'essayer d'apporter des arguments pour un mécanisme lésionnel mais n'affirmeront jamais un diagnostic de névralgie.

Le nerf pudental est souvent comprimé, de façon muette chez 20 à 30 % des cadavres. Il n'y a donc pas forcément de corrélation entre la découverte d'une anomalie et la douleur. En peropératoire, le nerf est souvent source de multiples conflits et doit donc être exploré sur l'ensemble de son territoire.

En 2009, Mollo *et al.* [6] ont réalisé le doppler des artères pudendales internes chez 96 patients à la recherche de signes en faveur de compression vasculaire et ont montré qu'il existait souvent une perturbation circulatoire comme dans les autres syndromes canauxiers [7].

Suite dans notre numéro d'avril



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P, Langin D. Le toucher rectal en thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2014;559: 2014:45-8.
- [2] Beco JL, Biquet JF. Comprendre le syndrome d'Alcock et son traitement. *Agenda Gynécologie* 2003 Juill;32.
- [3] Shafik A, El Sherif M, Youssef A, Olfat E. Surgical anatomy of the pudental nerve and its clinical implications. *Clin Anat* 1995;8:110-5.
- [4] Labat JJ, Riant T, Robert R et coll. Critères diagnostiques d'une névralgie pudendale (critères de Nantes). *Pelv Perineol* 2007;2:65-70.
- [5] Bisschop G (de), Bisschop E (de), Commandré F. *Les syndromes canauxiers*. Paris : Éditions Masson, 1999.
- [6] Mollo M, Bautrant E, Rossi-Seignert AK et al. Evaluation of diagnostic accuracy of colour duplex scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes. In: Pudental neuralgia by entrapment: A prospective study on 96 patients. *Pain* 2009;142:159.
- [7] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Éditions Sauramps Médical, 2007.

Pour en savoir plus :

- www.pudendalsite.com/Professionnel.php
- Conférence du Pr Labat : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2005/confs2005/005/