

Diagnostic de la névralgie pudendale (2^e partie)

Bilan-diagnostic

■ Interrogatoire

Il faut retrouver les signes cliniques ; pour cela, on peut utiliser le questionnaire DN4 (évaluation des douleurs neurales en 4 questions) pour mettre en évidence la douleur neuropathique.

Durant l'anamnèse, on notera l'aspect émotionnel de la douleur. Existe-t-il une nociception ou une hypersensibilité centrale ?

■ Observation

Il faut observer la position du sacrum qui va jouer un rôle selon l'âge du patient (fig. 4) :

- chez le sujet jeune, on va rechercher une lordose importante et une position exagérée d'horizontalisation du sacrum qui va favoriser la tension du piriforme et de la pince interligamentaire sacro-spino-tubérale ;
- chez le sujet de plus de 60 ans, on va rechercher, en plus de la nutation qui va augmenter avec le vieillissement un recul du sacrum (rétroposition du sacrum), une augmentation de la distance pubis-coccyx (synonyme de distension du péri-née). Ces éléments vont créer une augmentation de pression sur le périnée et un étirement du nerf pudental, surtout chez une femme ayant un prolapsus (3 fois moins de résistance au niveau du diaphragme pelvien) [8].

D'après ces travaux [8], on peut donc penser que le sujet jeune serait plus sensible à la compression. Le sujet âgé (avec un prolapsus pelvien) aurait plus un mécanisme lié à l'étirement du nerf pudental suite à ces modifications de position du bassin.

■ Examen clinique

Nous utilisons les trois signes décrits par Beco [2] : le toucher rectal, le palpé roulé du raphé, le test de sensibilité, et un quatrième : le *slump* coucher [7].

■ Le toucher rectal

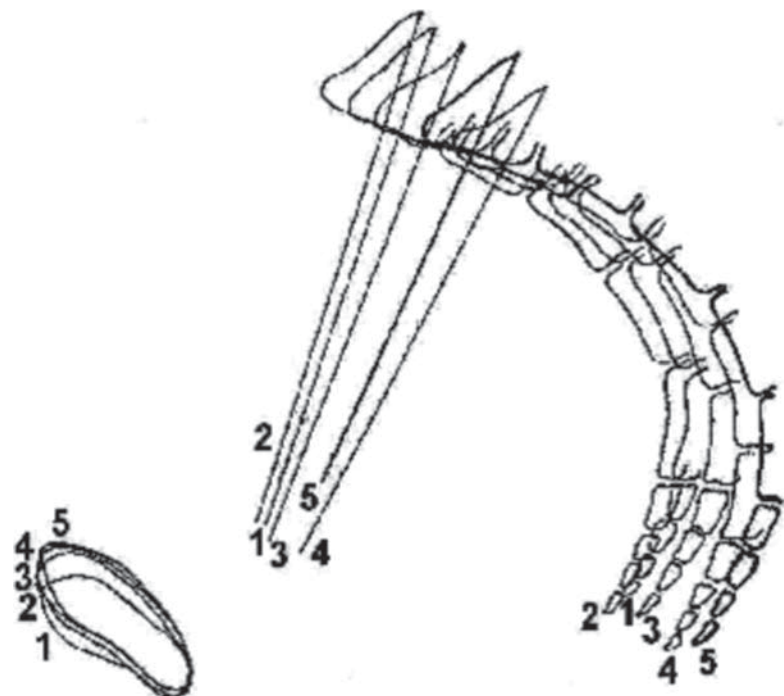
Il met en évidence, lors de la palpation appuyée du nerf pudental sur l'épine ischiatique, une douleur élective reproduisant la douleur spontanée.

Il est bon de rappeler que ce geste peut être perçu comme un viol [9]. L'avis du CNO de juin 2013 sur la réalisation des touchers pelviens est pertinent [1].

Dans le cadre d'une névralgie pudendale et de son bilan, le toucher rectal est indispensable pour le kinésithérapeute ou l'ostéopathe pour faire la différence entre un spasme du releveur de l'anus, des douleurs sacro-coccygiennes, des spasmes du

Pascal POMMEROL

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



► Figure 4

Effets du vieillissement sur le système osseux pelvien, d'après Lazarevski [8]

1 = groupe de contrôle. 2 = patientes âgées de moins de 30 ans.

3 = de 41 à 50 ans. 4 = au-dessus de 61 ans. 5 = prolapsus totaux de l'utérus



► **Figure 5**

Toucher rectal en direction du côté douloureux en allant vers épine sciatique, puis en descendant latéralement

sphincter anal et du transverse profond, de l'obturateur interne, alors que le toucher vaginal ne se justifie peu ou pas.

Si ce test est réalisé en direction de l'épine sciatique, puis de la branche ischio-pubienne, il permet alors de mettre en évidence une souffrance du nerf pudendal avec une participation de l'obturateur interne (fig. 5). En revanche, s'il est douloureux en direction du coccyx, il permet d'envisager une dysfonction coccygienne. On termine le toucher rectal en réalisant les tests du releveur de l'anus (vers l'arrière), du sphincter externe (sur les berges de l'anus) et sur le transverse du périnée (en avant et sur les côtés).

À l'examen palpatoire, nous recherchons une cicatrice sur le trajet du nerf et surtout l'existence d'un signe de Tinel en endocavitaire ou en exocavitaire. La compression du nerf pudendal est accessible par la palpation dans les deux fossettes ischio-rectales et au niveau du ligament sus-épineux.

■ Le palpé-roulé douloureux au niveau du raphé (entre le vagin et l'anus chez la femme : fig. 6) et entre la verge et l'anus chez l'homme

Dans un but complémentaire, on réalise les palpations suivantes exopelviennes : palpation exopelvienne et endopelvienne de l'obturateur interne



► **Figure 6**

Le palpé-roulé est particulièrement intéressant au niveau du raphé, et légèrement latéral

(fig. 7 et 8) [10]. La palpation du piriformis (fig. 9) est aussi très importante : on peut alors retrouver une névralgie pudendale associée à une névralgie sciatique.

Dans un but de diagnostic différentiel, on recherche le spasme de l'élévateur de l'anus (*levator ani*) par une pression douloureuse en crochant la pointe du coccyx (fig. 10) [1].

• **Testing musculaire** : les muscles du périnée ne sont pas innervés par le nerf pudendal ; donc, on teste les muscles pour mettre en évidence des contractures réflexes. On réalise des contractions lors de mise en étirement des muscles obturateur interne, piriforme et du périnée (cf. article dans le numéro de juin : « Traitement manuel de la névralgie pudendale »).

■ Le test de sensibilité dans la région anale et du périnée antérieur

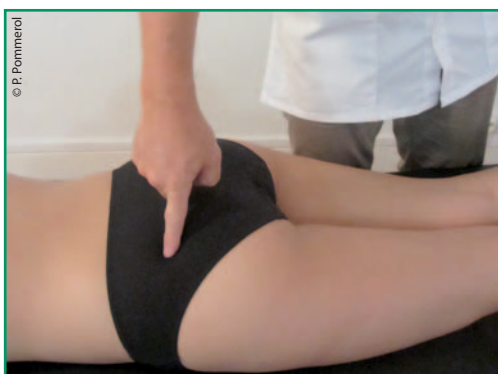
Il n'existe pas de perte de sensibilité objective (cf. critères de Nantes) de type anesthésie mais la présence d'une allodynie : anomalie au toucher du coton par exemple, ou d'une hyperpathie : anomalie du test à l'aiguille [2]. Il est important de noter s'il existe une suspicion d'hypersensibilité centrale.

Il faut rechercher une irritabilité des tissus nerveux par *slump* couché (fig. 11) [7]. Le *slump* classique se réalise assis, mais la position assise augmente le conflit par l'appui sur l'ischion. Nous préférons donc faire le test couché en le sensibilisant avec la manœuvre de Valsalva.



► Figures 7 et 8

À gauche, palpation de la partie exopelvienne du muscle obturateur interne, juste en dessous de l'épine sciatique
 À droite, palpation de la partie endopelvienne du muscle obturateur interne, au-dessus de la tubérosité ischiatique : c'est une palpation concomitante avec le ligament sacro-tubéral



► Figure 9

Palpation du *trigger* du piriforme sur une ligne passant par bord postéro-supérieur du grand trochanter, et épineuse de S2 à l'union du tiers externe et des deux tiers interne



► Figure 10

Palpation de l'éleveur de l'anus

Dans une démarche de précision diagnostique, il faut réaliser :

- une élévation de la jambe tendue du côté de la névralgie : l'atteinte du piriforme crée souvent une association névralgie tibiale (branche du nerf sciatique) et pudendale [5] ;
- le test du nerf obturateur que nous avons décrit en 2007 [7].

Ce bilan peut être complété par un bilan des incontinences, et par un examen utilisant le biofeedback instrumental et électrophysiologie des kinésithérapeutes spécialisés ou des sages femmes.



► Figure 11

Slump couché sensibilisé par une manœuvre de Valsalva

Conclusion

Le diagnostic s'est considérablement amélioré avec les critères de Nantes [4] et les tests cliniques de Beco [2].

La démarche de l'examen assure le diagnostic.

Le thérapeute manuel doit prendre en compte l'ensemble des troubles posturaux et des dysfonctions mécaniques de la région pour entreprendre un traitement adapté et personnalisé. Nous présenterons donc le traitement de la névralgie pudendale dans un prochain article. ✖



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 pudendal 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 canalaire*s. 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: Pudendal 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.
- [8] Lazarevski B. Pelvic bone system changes and pathogenesis of genital prolapse: A radiopelvimetric study. *Gynaecol Perinatol* 2004;13(1):1-12.
- [9] Avis du Conseil national de l'ordre du 19 et 20 juin 2013 relatif à la réalisation des touchers pelviens par le masseur-kinésithérapeute.
- [10] Guérineau M, Labat JJ, Sibert L, Delavierre D, Rigaud J. Traitement de la composante musculosquelettique des douleurs pelvipérinéales chroniques. *EMC* 2010; Progrès en urologie:1103-10.

Pour en savoir plus :

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