

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA NEURALGIE PUDENDALE

Elodie BOUCHE

Née le 26 septembre 1983

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Jacques LABAT

Promotion 2002-2007

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	2
<i>Première partie : Définitions, description de la névralgie pudendale, démarche diagnostic et prise en charge</i>	3
1. DEFINITIONS	3
1.1. Douleur	3
1.2. Douleur chronique	3
1.3. Douleur neuropathique	3
1.4. Douleur périnéale	4
2. ANATOMIE	5
2.1. Le périnée	5
2.2. Description du trajet du nerf pudental	7
2.3. Les zones de conflits possibles	9
3. TABLEAU CLINIQUE	10
3.1. Topographie	10
3.2. Sexe	10
3.3. Age	10
3.4. Circonstances d'apparition	11
3.5. Type de douleur	11
3.6. Horaire	11
3.7. Caractère postural	12
3.8. Evolution	12
3.9. Signes associés n'excluant pas le diagnostic	12
4. EXAMEN CLINIQUE	13
5. DIAGNOSTIC	14
5.1. Clinique	14
5.2. Infiltration	14
5.3. Electrophysiologie	14

6. DIAGNOSTICS DIFFERENCIELS.....	15
6.1. Douleurs à composante névralgique.....	15
6.2. Douleurs à composante musculaire.....	15
6.3. Douleurs à composante ostéo-ligamentaire.....	16
6.4. Douleurs à composante végétative.....	16
6.5. Douleurs diverses mais caractéristiques.....	16
7. THERAPEUTIQUES.....	17
7.1. Premier niveau: Traitements médicamenteux.....	17
7.2. Deuxième niveau : Prise en charge rééducative : la kinésithérapie.....	18
7.3. Troisième niveau : les infiltrations.....	18
7.4. Quatrième niveau : la chirurgie.....	19
7.5. Autres traitements.....	20
8. PSYCHISME ET NEURALGIE PUDENDALE.....	21

<i>Deuxième partie : les névralgies pudendales secondaires. Présentation de 5 cas cliniques : étude réalisée au CHU de Nantes.</i>	<i>22</i>
1. Premier cas clinique.....	22
1.1. Antécédents.....	22
1.2. Histoire et caractéristiques de la douleur.....	23
1.3. Fin du cas clinique.....	24
2. Deuxième cas clinique.....	25
2.1. Antécédents.....	25
2.2. Histoire et caractéristique de la douleur.....	25
2.3. Fin du cas clinique.....	30
3. Troisième cas clinique.....	31
3.1. Antécédents.....	31
3.2 Histoire et caractéristiques de la douleur.....	31
3.3. Fin du cas clinique.....	36
4. Quatrième cas clinique.....	37
4.1 Antécédents :.....	37
4.2. Histoire et caractéristiques de la douleur.....	37
4.3. Fin du cas clinique.....	40

5. Cinquième cas clinique.....	41
5.1. Antécédents	41
5.2. Histoire et caractéristiques de la douleur.....	41
5.3. Fin du cas clinique.....	44
<i>Troisième partie : discussion.....</i>	45
1. Circonstances d'apparitions des névralgies pudendales.....	45
1.1. Une compression asymptomatique révélée par une intervention.	46
1.2. Syndrome douloureux complexe régional ou algodystrophie	48
1.3. Douleurs à composante musculaire réflexe ou douleurs myofasciales.	50
2. Intérêts pour les sages-femmes de connaître cette pathologie.....	51
<i>Conclusion</i>	52

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3

ANNEXE 4

ANNEXE 5

GLOSSAIRE

Paresthésie : sensations cutanées anormales, mais non désagréables, spontanées ou provoquées à type de fourmillements, d'engourdissements, de picotements.

Dysesthésie : sensations cutanées anormales et désagréables, spontanées ou provoquées. C'est le caractère désagréable qui les différencie des paresthésies.

Hyperalgésie : réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse. C'est une exagération de la sensibilité à la douleur. Elle peut être mécanique ou thermique.

Allodynie : douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse.

Hyperesthésie : sensibilité accrue à toute stimulation douloureuse ou non. Elle peut être mécanique ou thermique.

Hypoesthésie : diminution des divers modes de la sensibilité.

Hyperpathie : syndrome douloureux caractérisé par une sensation douloureuse anormale après une stimulation répétée (phénomène de sommation). Elle se traduit par une douleur aiguë perçue au delà du champ de stimulation et qui apparaît en retard par rapport à l'application du stimulus.

Introduction

Les névralgies pudendales sont des douleurs au niveau du trajet du nerf pudendal, nerf qui innerve le périnée. Il s'agit donc de douleurs périnéales chroniques. C'est encore une pathologie peu connue. Elle a été décrite pour la première fois en 1915 par G. ZUELZER dans un article intitulé « Reizung des nervus pudendus », puis a longtemps été oubliée pour être reprise en 1987 par G. AMARENCO.

Ce syndrome clinique est assez fréquent bien que la littérature à son propos soit pauvre. La prévalence n'est pas connue mais est estimée à 4% de l'ensemble des consultants dans une structure de lutte contre la douleur.

Après quelques recherches sur les névralgies pudendales, je me suis rendue compte de la souffrance des femmes qui en étaient atteintes. La plupart avait des histoires complexes marquées par une errance de spécialistes en spécialistes pendant plusieurs années avant que le diagnostic ne soit posé.

Dans une première partie, nous aborderons la description, le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie. Puis dans une deuxième partie, nous étudierons cinq cas cliniques de femmes ayant déclarées une névralgie pudendale suite à des interventions chirurgicales gynécologiques ou suite à des accouchements. Enfin, la discussion s'intéresse aux circonstances d'apparition de cette douleur. Pourquoi certaines femmes vont la déclencher et d'autres non ?

Première partie : Définitions, description de la névralgie pudendale, démarche diagnostic et prise en charge.

1. DEFINITIONS

1.1. Douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle ou décrite en les termes d'une telle lésion. » Cette définition donnée par l'International Association Study Pain prend bien en compte les dimensions émotionnelles, affectives et cognitivo-comportementales de la douleur. Cela signifie qu'est douleur tout ce que le patient exprime comme tel et non pas seulement les lésions tissulaires.[46]

1.2. Douleur chronique

« La douleur chronique désigne une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne. La douleur chronique altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle. » [46]

1.3. Douleur neuropathique

C'est une douleur liée à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux. Une douleur peut être considérée comme neuropathique quand elle comprend 4 des 10 items d'une échelle diagnostique validée (cf. Annexe 2).

Le système nerveux peut être lésé :

- au niveau central : atteinte médullaire (cornes antérieures et postérieures de la moelle) ou encéphalique.
- au niveau périphérique : atteinte radiculaire (au niveau des racines), atteintes plexiques (au niveau des plexus), atteinte des troncs nerveux et des branches distales des nerfs.

Ces atteintes peuvent être des lésions à type d'étirement, de compression ou être la conséquence des pathologies auto-immunes. On peut aussi avoir des polynévrites, c'est à dire des lésions des nerfs d'origines métaboliques ou toxiques comme des neuropathies diabétiques, éthyliques, médicamenteuses. [41-46]

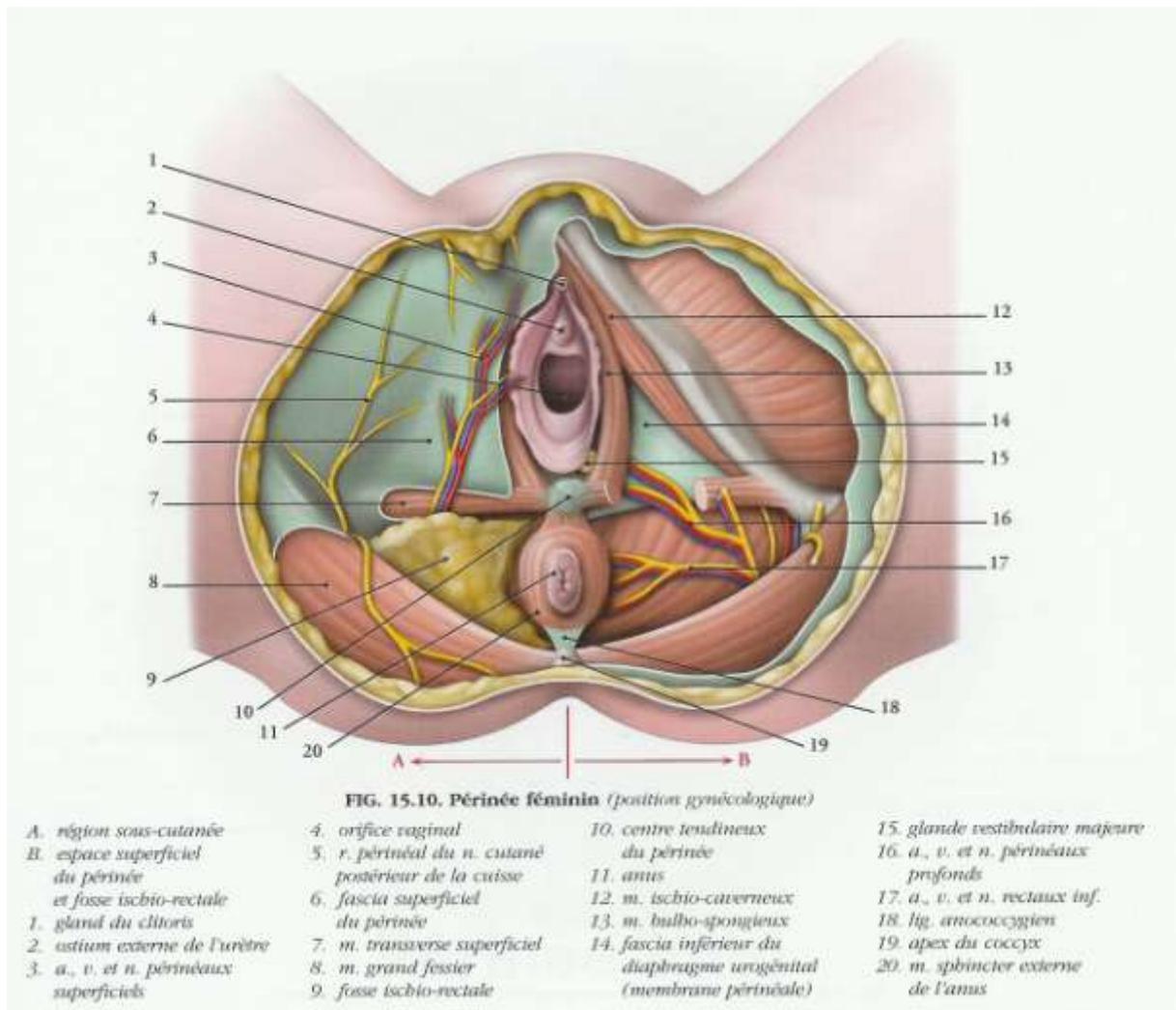
1.4. Douleur périnéale

Ce sont des douleurs situées au niveau du périnée donc sous le muscle élévateur de l'anus. Les patientes ont mal au niveau du noyau central du périnée, de l'anus, de la vulve, du clitoris.[46]

2. ANATOMIE

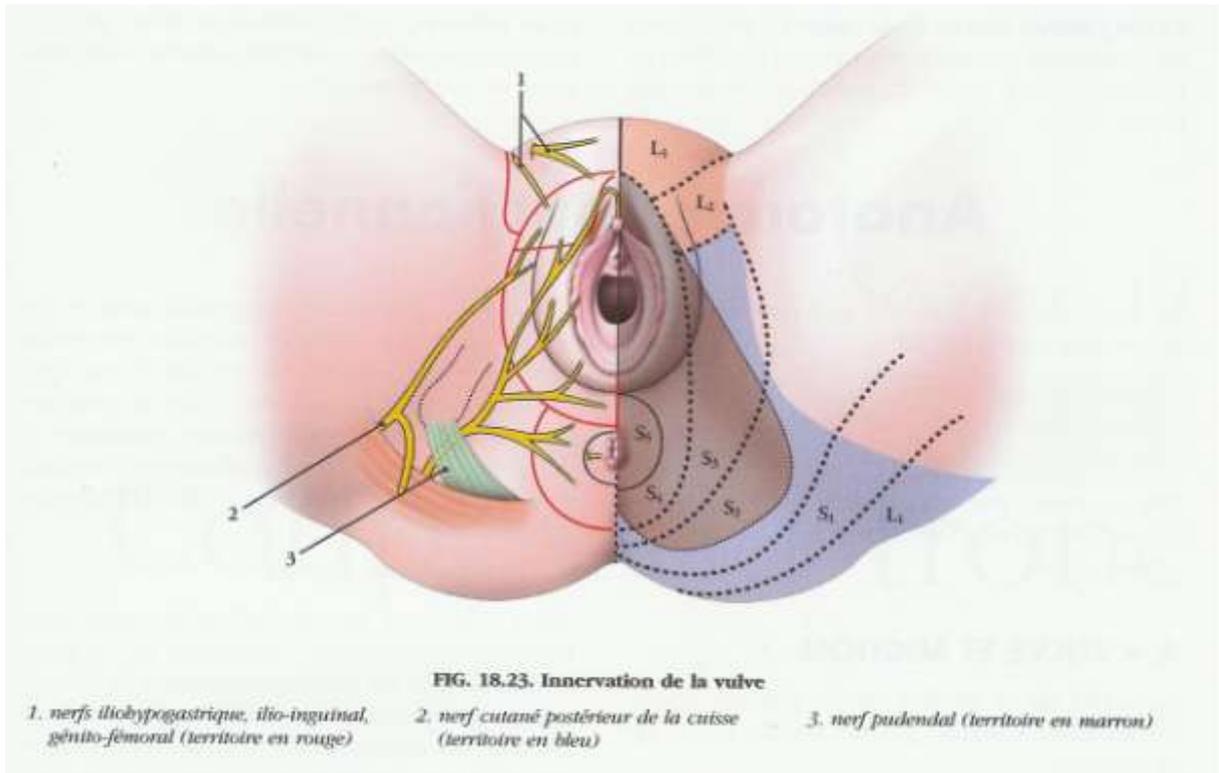
2.1. Le périnée

Le périnée est le plan situé sous le muscle levator-ani. Il est composé du secteur uro-génital avec la vulve, le méat urétral et le clitoris et du secteur anal. Ces deux zones sont séparées par le noyau central du périnée. En profondeur se trouve les sphincters striés urétral et anal ainsi que les muscles érecteurs (muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux). Les muscles transverses, superficiels et profonds du périnée s'insèrent en deux couches sur le noyau central du périnée.



KAMINA Pierre ; Précis d'anatomie clinique ; Tome 4 ; Paris ; Maloine ; 2005 ; 295.

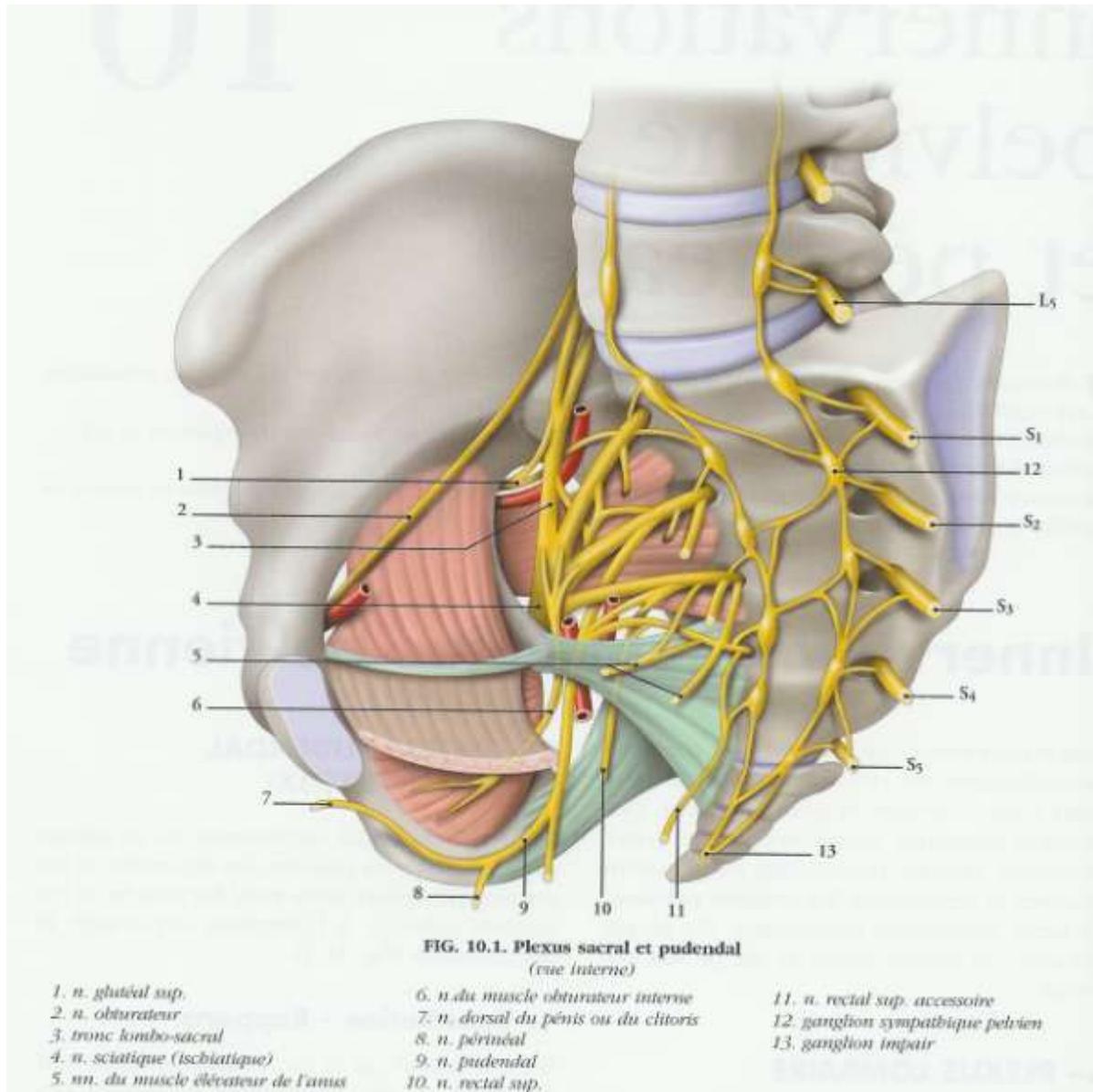
Le nerf pudendal est l'élément essentiel d'innervation périnéale mais il est suppléé par des nerfs voisins, ce qui explique l'absence habituelle de déficit neurologique sensitif lors de l'atteinte de ce nerf. Au dessus du muscle levator-ani, c'est le pelvis qui, lui, a une innervation essentiellement médiée par le système végétatif. [27-36-45]



KAMINA Pierre ; Précis d'anatomie clinique ; Tome 4 ; Paris ; Maloine ; 2005 ; 343.

2.2. Description du trajet du nerf pudendal

Le nerf pudendal est issu principalement de la racine S3 et accessoirement des racines S2 et S4.



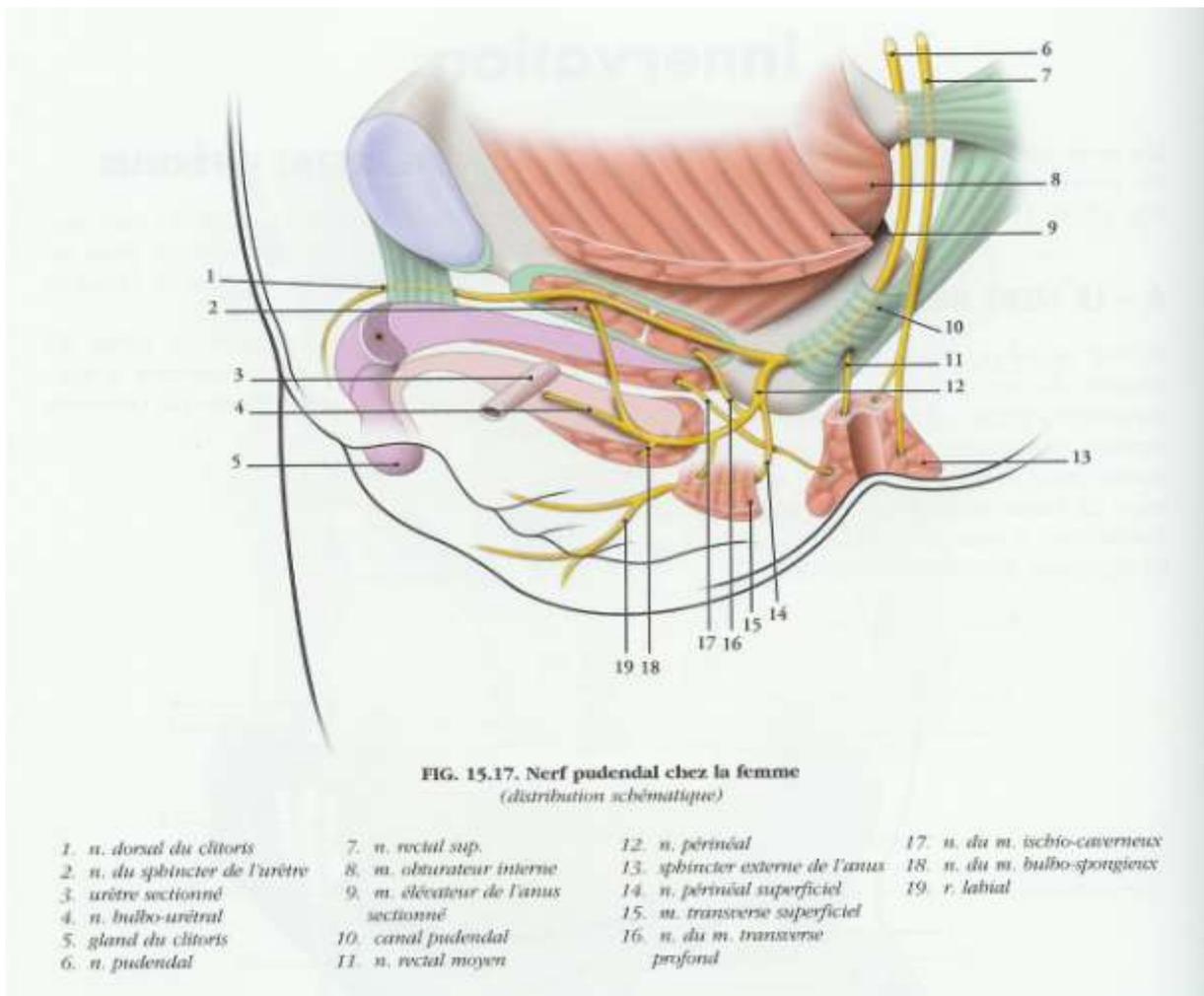
KAMINA Pierre ; Précis d'anatomie clinique ; Tome 4 ; Paris ; Maloine ; 2005 ; 140.

Dès sa sortie du canal vertébral, il quitte de façon latérale la région pré-sacrée, médialement par rapport au tronc sciatique, et pénètre dans la région glutéale par la grande incisure sciatique, sous le muscle piriforme.

Il contourne le ligament sacro-épineux dans sa partie distale (au niveau de son insertion sur l'épine sciatique), parfois l'épine sciatique, en ayant comme rapport dorsal le ligament sacro-tubérale. Il décrit là une courbe à concavité ventrale pour regagner le pelvis. Il passe par la petite incisure sciatique sous le muscle levator ani, donc dans un plan périnéal, en empruntant le dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne. C'est le canal pudendal ou canal d'Alcock.

C'est à ce niveau que le nerf émet ses différentes branches :

- anale, le nerf rectal inférieur, le plus souvent issu du plexus pudendal, accompagnant le nerf dans son trajet et subissant les mêmes contraintes,
- périnéales, avec des branches superficielles sensibles (peau du périnée) et des branches profondes pour les muscles érecteurs (ischio-caverneux) et les sphincters uro-génitaux,
- un rameau sensitif, le nerf dorsal de la verge ou du clitoris.



En pénétrant dans le canal d'Alcock, le nerf pudendal surcroise la partie distale du ligament sacro-tubéral au niveau de son processus falciforme qui a la particularité d'être tranchant.

En résumé ce nerf a une origine pelvienne dans la région pré-sacrée, un trajet glutéal sous le muscle piriforme et se termine au niveau périnéal par ses divisions dans le canal d'Alcock.[27-36]

2.3. Les zones de conflits possibles

Il y a deux principaux endroits où des conflits peuvent survenir, le troisième est moins fréquent.

1. Dans le canal sous piriforme au niveau de la pince ligamentaire entre le ligament sacro-épineux ventralement et le ligament sacro-tubéral dorsalement. En position assise, le ligament sacro-épineux est mis en tension.
2. Dans le canal pudendal d'Alcock où le nerf est plaqué par le fascia du muscle obturateur. Il subit les pressions du processus falciforme au dessus et de la graisse ischio-rectale en dessous lors de son ascension en position assise. L'épaississement de l'aponévrose, dont on ne connaît pas la cause, bloque le nerf et réalise un véritable syndrome canalaire comme dans d'autres pathologies plus courantes (syndrome du canal carpien par exemple). C'est cette zone de conflit qui a été décrite en premier par Amarenco G. en 1987 [1]
3. Dans le repli (processus falciforme) du ligament sacro-tubéral lors de son insertion sur la branche ischio-pubienne.

Une position extrême longtemps maintenue (lors d'une intervention chirurgicale par exemple), un traumatisme (physique comme une chute ou psychique comme une agression), la pratique assidue de la bicyclette peuvent révéler ces conflits sous-jacents, c'est à dire en déclenchant les symptômes d'un problème préexistant. [27-36]

3. TABLEAU CLINIQUE

Les névralgies pudendales ont un tableau et une histoire clinique très spécifiques. Les symptômes sont constants d'un patient à l'autre.

3.1. Topographie

Les douleurs correspondent au territoire d'innervation sensitive du nerf pudendal et de ses branches. Elles sont donc périnéales (de l'anus au clitoris) accompagnées ou non d'irradiations en avant vers la vulve et/ou en arrière vers l'anus et le rectum. Certaines douleurs peuvent être uniquement ano-rectales avec sensations de corps étranger intra-rectal. Elles sont le plus souvent unilatérales (tableau le plus évocateur) mais peuvent être également bilatérales (atteinte des nerfs de chaque côté) ou médianes. On peut aussi avoir des irradiations plus trompeuses vers le pubis, la face interne de la cuisse ou la région fessière (pli fessier, ischions). [16-34-45-46]

3.2. Sexe

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, 7 fois sur 10 le tableau les concerne. Ceci serait expliqué par le fait qu'une neuropathie périnéale occulte secondaire à un accouchement favoriserait l'apparition de la névralgie pudendale. Les femmes suite aux accouchements et aux efforts de poussée abdominale (dus à la constipation) sont souvent sujettes aux neuropathies d'étirement. En effet les poussées distendent le périnée et étirent le nerf pudendal. Cet étirement produit une dénervation qui provoque une amyotrophie des muscles périnéaux et du coup cela majore la distension, la descente du périnée et donc l'étirement du nerf pudendal. Ce cercle vicieux est le concept de neuropathie d'étirement. Le problème est que le lien avec la douleur n'est pas prouvé. En tout cas l'existence chez les femmes de séquelles d'une neuropathie d'étirement laissant des anomalies rend difficilement interprétables les examens électrophysiologiques sauf chez les nullipares. [16-34-45-46]

3.3. Age

L'âge moyen de survenue se situe entre 50 et 70 ans avec des extrêmes allant de 18 à 85 ans. Une pathologie survenant chez des femmes jeunes laisse supposer qu'il y ait une prédisposition anatomique comme une épine sciatique longue. L'ancienneté de la douleur n'est pas corrélée à l'ancienneté de la compression. Par analogie avec les autres syndromes canaux, l'ancienneté de la compression serait corrélée à la démyélinisation et la sévérité de la compression aux lésions axonales donc à la dénervation. Le succès thérapeutique est en

relation directe avec l'âge puisque les patients les plus âgés ont eu un temps de compression plus long donc, ils ont une moins bonne capacité de régénération de leurs nerfs. [16-34-45-46]

3.4. Circonstances d'apparition

Le début est le plus souvent progressif, insidieux et dans ce cas peut commencer par des paresthésies dans le même territoire. Il peut aussi être aigu (1/3 des cas) comme à la suite d'une intervention chirurgicale (urologique, gynécologique ou proctologique), d'un geste endoscopique, d'une infection loco-régionale ou plus rarement d'un traumatisme (chute sur les fesses). La station assise prolongée, de longs déplacements en voiture sont des facteurs favorisants mais celui qui est le plus souvent retrouvé est la pratique du cyclisme. [16-34-45-46]

3.5. Type de douleur

Au début, le patient peut décrire des paresthésies, c'est à dire des sensations gênantes de picotements, de fourmillements, d'engourdissements. La plupart du temps, il s'agit de douleurs à type de brûlure, de torsion, de striction, de pincement sans paroxysme névralgique. Ces sensations incitent le patient à faire des bains de siège, à appliquer des glaçons qui ne sont que momentanément soulageant. Il n'y a jamais de sensation de prurit. Certains patients décrivent aussi la sensation de corps étranger rectal ou vaginal avec une sensation de pesanteur le plus souvent quand les douleurs sont postérieures. Ces douleurs ne sont pas soulagées par les antalgiques habituels. Les patients peuvent présenter une intolérance au contact superficiel rendant difficile le port de slip ou de pantalon un peu serrés et de collants (allodynie). Habituellement, la miction, le cycle menstruel et la défécation n'aggravent pas la douleur sauf dans certaines formes ano-rectales. Il n'y a pas de douleur pendant la défécation, elle apparaît après. Les rapports sexuels, les touchers vaginaux et le port de tampons intra vaginaux sont peu douloureux, à la différence des vulvodynies. [16-34-45-46]

3.6. Horaire

Ce ne sont pas des douleurs insomniantes. Le patient n'est pas réveillé par la douleur. Au réveil, la douleur n'est pas présente mais apparaît dès la première position assise et augmente en intensité dans la journée pour être maximale le soir. Elle ne disparaît pas immédiatement au coucher mais cède avec l'endormissement. [16-34-45-46]

3.7. Caractère postural

La douleur est maximale en position assise. La majorité des patients est soulagée par la position debout (70 %) ou allongée (85 %). Ils ne peuvent rester assis de façon prolongée parce que la douleur deviendrait insupportable. Les longs trajets en voiture et le vélo leur sont impossibles. Ces patients vivent debout et en consultation certains refusent même de s'asseoir. La position assise sur les WC est mieux supportée et les patients utilisent souvent une bouée pour s'asseoir ce qui diminue la pression sur le périnée. La consistance du siège a une importance puisque ceux qui sont mous sont plus douloureux. Quand la douleur est unilatérale, il s'assoit sur une fesse et quand elle est plus médiane, il passe d'une fesse sur l'autre. [16-34-45-46]

3.8. Evolution

Elle est lentement progressive vers une aggravation. Cela commence par une gêne périnéale puis, par une douleur en position assise et pour finir, par une douleur constante de plus en plus importante et de moins en moins soulagée par la position debout ou couchée. Même dans les formes les plus graves le sommeil reste réparateur. Cette évolution peut se faire sur plusieurs années. Dans certains cas, la douleur apparaît d'emblée de façon permanente mais le plus souvent, l'histoire de la pathologie présente des périodes douloureuses spontanément régressives qui récidivent jusqu'à ce que la douleur devienne constante. La douleur est résistante aux antalgiques périphériques et centraux faibles, et parfois également aux anti-dépresseurs, aux anti-épileptiques et aux anxiolytiques. Les patients vont de spécialistes en spécialistes sans succès malgré les interventions souvent pratiquées sur les hémorroïdes, les prolapsus ou les fibromes quelquefois facteurs aggravants. [16-34-45-46]

3.9. Signes associés n'excluant pas le diagnostic

On peut avoir une irradiation dans le territoire sciatique ou en sus pubien. En général il n'y a pas de troubles urinaires. Cependant, des phénomènes d'hypersensibilisation sont souvent présents avec par exemple, au niveau viscéral, la présence d'une pollakiurie et/ou d'une douleur au remplissage vésical. Ces symptômes régressent avec la diminution de la douleur. Ce ne sont pas des complications urologiques à proprement parler mais une pathologie fonctionnelle réactionnelle. Les troubles sexuels sont difficilement appréciables dans le contexte de douleurs périnéales chroniques. Ce qui est sûr, c'est qu'il y a une diminution de l'activité sexuelle avec parfois des dyspareunies et/ou des douleurs après les rapports. On peut aussi retrouver une constipation qui a souvent une évolution concomitante à la douleur. [16-34-46]

4. EXAMEN CLINIQUE

Pour la consultation d'algie pelvi-périnéale, une trame a été proposée (cf. Annexe 3) et un questionnaire que les femmes peuvent remplir avant et qui permet d'orienter l'interrogatoire (cf. Annexe 4). Après ce dernier, un examen clinique est réalisé.

Il est particulièrement pauvre dans la névralgie pudendale. Il n'y a pas de troubles sensitifs au niveau du périnée. Le réflexe anal et les réflexes bulbo-caverneux sont présents. Habituellement, il n'y a pas de déficit sphinctérien et si il y en a, rien ne peut permettre d'affirmer l'origine neurologique. Il y a cependant un élément quasi constant, qui est le déclenchement lors du toucher rectal d'une douleur exquise et localisée au niveau de la région de l'épine sciatique. Elle est perçue sur la paroi postéro-latérale du rectum.

Cet examen sera complété par la recherche de points gâchettes au niveau de la région fessière qui évoquerait des points douloureux myofasciaux et, par la recherche de points douloureux fibromyalgiques au niveau du rachis thoraco-lombaire et lombo-sacré.

Les bilans gynécologiques, urologiques et proctologiques sont normaux, ainsi que les examens radiologiques et tomodensitométriques. [17-27-34-45-46]

5. DIAGNOSTIC

5.1. Clinique

Le diagnostic de névralgie pudendale est avant tout clinique. Les quatre critères retrouvés le plus fréquemment sont :

- Douleur dans le territoire du nerf pudental (de l'anus au clitoris).
- Maximale en position assise mais améliorée sur le siège des toilettes.
- Sans réveil nocturne dû à la douleur.
- Sans déficit sensitif objectif.

[17-27-34-45-46]

5.2. Infiltration

Le diagnostic est confirmé par les infiltrations d'anesthésiques locales au niveau de la zone de conflit. L'infiltration s'effectue en premier au niveau de la zone de conflit la plus fréquente, qui est celle du ligament sacro-épineux. Si cela est inefficace, l'infiltration sera renouvelée mais au niveau du canal d'Alcock. Si la douleur cède à l'injection, le bloc analgésique immédiat diagnostic est dit positif. [9-13-15]

5.3. Electrophysiologie

On peut également avoir recours à des explorations électrophysiologiques qui sont principalement de deux types :

- l'électromyographie (EMG) de détection à l'aiguille concentrique, réalisée obligatoirement de façon bilatérale et comparative, au niveau des muscles bulbo-caverneux et du sphincter anal.
- l'étude des conductions motrices du nerf pudental, effectuée avec les mêmes sites de recueil que l'EMG. Elle comprend deux mesures :
 1. la mesure de la latence distale motrice par stimulation transrectale du nerf pudental à l'épine sciatique. Elle doit être inférieure à 5 ms.
 2. la mesure de la latence des réflexes sacrés par stimulation du nerf dorsal du clitoris. Elle doit être inférieure à 44 ms.

Cependant, différentes considérations physiopathologiques et techniques expliquent certaines limites de l'examen électroneuromyographique (ENMG). C'est ainsi que les techniques utilisées n'évaluent pas les anomalies fonctionnelles à l'origine des douleurs mais plutôt les altérations structurelles du nerf pudendal (démýélinisation ou perte axonale). De plus, seule l'innervation motrice est évaluée, alors que l'étude des conductions sensibles serait sans doute plus sensible à objectiver une compression nerveuse. Enfin, il n'est pas possible de distinguer l'atteinte compressive des nombreuses autres causes de lésion nerveuse pudendale (chirurgicales, obstétricales,...), qui ne sont pas forcément responsables d'algies périnéales.

L'électroneuromyographie chez la multipare n'a donc aucune valeur diagnostic. Ainsi, l'ENMG périnéal a une sensibilité et une spécificité limitées dans le diagnostic de syndrome canalaire pudendal et ne renseigne pas directement sur le phénomène douloureux. Le diagnostic de névralgie pudendale répond en fait à des critères cliniques précis et l'ENMG ne peut que donner des arguments supplémentaires mais non formels en faveur de ce diagnostic.[7-19-34]

6. DIAGNOSTICS DIFFERENCIELS

6.1. Douleurs à composante névralgique

Les atteintes radiculaire sacrées : ce sont les atteintes des racines nerveuses sacrées. Elles se caractérisent par une hypoesthésie périnéale bilatérale et par des troubles sensitifs à type d'engourdissement, anomalies de sensation de passage des urines, des gaz ou des selles.

Les atteintes des nerfs ilio-inguinaux, ilio-hypogastriques, génito-fémoral, cutané latéral de la cuisse et obturateur : ce sont des douleurs qui se situent au niveau du territoire d'innervation du nerf atteint, qui ont des caractéristiques neurogènes et mécaniques et qui surviennent chez des patients qui ont des antécédents chirurgicaux.

Les atteintes centrales : les douleurs sont à type de paresthésies, de dysesthésies pelvi-périnéales. [30]

6.2. Douleurs à composante musculaire

La sciatique de la fesse : une douleur sciatique n'est pas toujours d'origine radiculaire, le nerf sciatique peut aussi entrer en conflit avec le bord inférieur du muscle piriforme ou le bord supérieur du muscle obturateur interne.

Le syndrome myofascial : ces douleurs sont assez mal définies mais centrées au niveau du périnée et de la région fessière. A l'examen clinique, des points gâchettes sont retrouvés au niveau des muscles pyramidaux du bassin, obturateurs internes, droits fémoraux, psoas et élévateurs de l'anus.

Le surentraînement des élévateurs de l'anus : cela peut provoquer un syndrome douloureux avec la présence de dyspareunie. A l'examen clinique, la douleur est reproduite par la palpation des élévateurs. [30]

6.3. Douleurs à composante ostéo-ligamentaire

Les coccygodynies : ce sont des douleurs strictement localisées au coccyx, aggravées par la station assise et reproduites à l'examen clinique par la pression sur le coccyx.

Les douleurs projetées d'origine rachidienne : c'est le syndrome de la charnière thoracolumbaire. Ce sont des douleurs projetées au niveau viscéral sans qu'il n'y ait de cause locale. Il n'y a pas de douleur spontanée au niveau du rachis.

Les tendinites : il peut y en avoir au niveau des adducteurs, au niveau de l'insertion des ischio-jambiers.

Les douleurs des articulations sacro-iliaques : ces douleurs sont parfois difficiles à identifier. On les retrouve habituellement au niveau de l'interligne sacro-iliaque. [30]

6.4. Douleurs à composante végétative

Les vulvodynies : ce sont des douleurs à type de brûlures au niveau de la vulve. Il y a également une sensibilité vulvaire excessive avec une hyperesthésie associée à une dyspareunie.

Les douleurs uréthrales : ce sont des douleurs qui persistent en dehors de la miction, en dehors de toute anomalie urologique ou infectieuse. [30]

6.5. Douleurs diverses mais caractéristiques

Les proctalgies fugaces : ce sont des douleurs à début extrêmement brutales le plus souvent en nocturne, pénétrantes, à type de striction, de crampes de la région ano-rectale.

Les douleurs rectales chroniques idiopathiques : ce sont des douleurs à type de tensions intra-rectales, constantes ou intermittentes, avec ou sans irradiations, et soulagées après l'émission de gaz ou de selles. [30]

7. THERAPEUTIQUES

Les traitements de la névralgie pudendale sont à adapter en fonction du contexte clinique, de l'intensité et du retentissement émotionnel. La prise en charge de ces douleurs doit être multidisciplinaire et nécessite une analyse minutieuse et parfois complexe. Même si une guérison complète n'est pas toujours obtenue, dans la majorité des cas, le résultat est un soulagement appréciable pour la qualité de vie du patient. Il existe 4 niveaux de traitements: les traitements médicamenteux, la rééducation, les infiltrations et la chirurgie. Le TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ou neurostimulation peut être également utilisé en complément ou en cas d'échec des autres thérapeutiques.

7.1. Premier niveau: Traitements médicamenteux

C'est le niveau de traitement le plus facilement utilisable. En général, les patients ont un traitement de fond et un traitement pour les phases aiguës. Les antalgiques périphériques et centraux comme le paracétamol, les anti-inflammatoire non stéroïdiens, la codéine et le dextropropoxyphène, sont peu ou pas efficaces.

Le traitement de fond est basé sur les médicaments de la douleur neuropathique:

- les antiépileptique ou anticonvulsivants, comme le clonazépam, RIVOTRIL®, la gabapentine, NEURONTIN®, ou la prégabaline, LYRICA®, peuvent apporter un certain soulagement. Ces médicaments sont indiqués dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques. Les principaux problèmes de ces traitements sont leurs effets secondaires parfois invalidants comme l'étourdissement, la somnolence, les troubles de la vision, la sensation ébrieuse.
- les antidépresseurs, comme l'imipramine, TOFRANIL®, l'amitriptyline, LAROXYL®, ou la paroxétine, DEROXAT®, sont moins souvent efficaces.

Le traitement des phases aiguës repose principalement sur le tramadol par exemple, le TOPALGIC®.

Aucun de ces médicaments n'a l'autorisation de mise sur le marché pour ce type de douleurs à part le LAROXYL®.

Les inconvénients principaux de ces médicaments sont leurs effets secondaires parfois très invalidants. Il faut mettre en permanence en balance les bénéfices du traitement sur la douleur et les risques liés à leurs effets secondaires (par exemple il vaut mieux éviter de conduire).[15]

7.2. Deuxième niveau : Prise en charge rééducative : la kinésithérapie

Ce traitement est utile lorsque des hypertonies sont associées aux douleurs périnéales. Effectivement lors de l'examen des patients, il est très souvent retrouvé des points douloureux précis, qui évoquent un syndrome myofascial. On va rechercher six points qui correspondent aux muscles piriforme, obturateur interne, droit fémoral, psoas, élévateur de l'anus et transverse profond du périnée. La douleur provoque la contracture musculaire et les muscles en se contractant vont irriter les nerfs à proximité et majorer les douleurs sur leurs trajet. C'est un cercle vicieux, plus les patients ont mal, plus ils se contractent et plus ils compriment le nerf. Le praticien va utiliser des techniques de relaxation et d'étirement pour soulager la tension musculaire et ainsi arrêter le cercle de la douleur.[22]

7.3. Troisième niveau : les infiltrations

C'est le traitement spécifique de première intention. On va faire des infiltrations des blocs péritronculaires du nerf pudendal au niveau des zones de conflits potentiels.

Techniques

Deux abord principaux transfessiers sont décrits pour les différentes zones de conflits possibles :

- la voie transfessière à l'épine sciatique sous amplificateur de brillance
- le canal pudendal sous scanner

Intérêts

Les infiltrations ont deux objectifs :

- diagnostique avec l'injection d'un anesthésique local souvent 3 ml de LIDOCAINE® ou XYLOCAINE® à 1%. Si la douleur disparaît dans les dix minutes, le bloc est dit positif et le diagnostic est posé. Il faut faire l'infiltration en phase douloureuse. Dans les douleurs bilatérales, il faudra faire une infiltration des deux côtés.
- thérapeutique avec l'injection d'un corticoïde retard permettant d'avoir un effet plus ou moins durable. Après l'infiltration, il peut y avoir une majoration de la douleur pouvant durer deux à dix jours avant la phase d'amélioration. Deux ou trois infiltrations sont généralement nécessaires. Il faut les espacer de quatre à huit semaines minimum et limiter leurs nombres à trois ou quatre. La première infiltration se fait au niveau de l'épine sciatique, zone la plus fréquente de conflit, et la deuxième

est à adapter au résultat de la première. Si le patient a été bien soulagé on recommencera au même endroit, par contre si l'amélioration n'a pas été satisfaisante, la deuxième infiltration se fera au niveau du canal d'Alcock.

Résultats

Les résultats sont de 50% d'amélioration au bout de quelques mois.

A peu près 70% des patients sont soulagés avec un recul de 12 mois et une moyenne de 2,2 infiltrations par patient. Le problème est que le soulagement est souvent transitoire et partiel. La douleur réapparaîtra probablement à plus ou moins long terme. Les patientes tiennent les médecins au courant de l'évolution trois semaines après, pour évaluer l'effet thérapeutique et si c'est nécessaire, un nouveau bloc est renouvelé 4 à 8 semaines après.

Complications

Il y a un risque immédiat et transitoire de dérobement du membre inférieur ainsi que celui d'une incontinence urinaire transitoire (en cas de blocs bilatéral). L'augmentation des douleurs pendant dix jours est possible.[9-13-15]

7.4. Quatrième niveau : la chirurgie

La chirurgie trouve sa place dans le traitement des névralgies pudendales quand les médicaments et les infiltrations n'ont pas eu d'effet durable. Elle doit en un seul temps supprimer toutes les zones de conflits possible. L'indication opératoire impose qu'au moins un bloc anesthésique du nerf pudendal ait été positif. Avant toute chirurgie, il faut une IRM normale pour s'assurer qu'il n'y est pas une autre cause aux douleurs comme par exemple une tumeur qui comprimerait le nerf.

Plusieurs voies d'abord ont été décrites :

Décompression par voie périnéale [12]

C'est la première technique chirurgicale qui ait été décrite. Une incision cutanée para anale d'environ 4 cm est réalisée. On traverse le tissu adipeux, on repère le nerf rectal inférieur que l'on suit jusqu'à l'entrée du canal d'Alcock. Ensuite, on dissèque en ouvrant le dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne. Le problème est qu'il s'agit d'une technique rendue difficile en raison de l'importance de la graisse et limitée car rendant peu accessible la pince ligamentaire. Cet abord permet uniquement d'agir au niveau du canal d'Alcock.

Une décompression complète du nerf pudendal par voie périnéale a été décrite par le Dr BECO récemment. Le début de l'intervention est le même mais une fois le canal d'Alcock

libéré, on continue en réalisant une petite ouverture du fascia reliant les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral. Le nerf est alors séparé de la face inférieure du ligament sacro-épineux et de la face antérieure du processus falciforme.

Décompression et transposition par voie transischiorectale ou transglutéale [31-33-36-37-43]

Voie d'abord la plus utilisée, elle permet de libérer le nerf de toutes ses zones de conflits. Cette chirurgie dure 30 minutes par nerf. Une incision glutéale uni ou bilatérale, parallèlement aux fibres du muscle grand fessier, est réalisée. On découvre le ligament sacro-tubéral que l'on résèque et on arrive sur le paquet pudendal. On libère le nerf et on le suit. A ce niveau, il est aisé de sectionner un processus falciforme menaçant et d'inciser le fascia de l'obturateur interne. Après, il reste à sectionner le ligament sacro-tubéral et à basculer le nerf, avec ou sans ses vaisseaux en avant de l'épine sciatique.

Résultats

La chirurgie n'intéresse qu'un tiers des patients puisque deux tiers d'entre eux se considèrent définitivement améliorés par les infiltrations. En général, les résultats ne sont pas obtenus avant le 5^{ème} mois post-opératoire. Sur une série de 400 opérés avec un recul de 13 ans, les deux tiers sont franchement améliorés ou guéris, un tiers reste inchangé et seuls deux patients s'estime pire qu'en pré-opératoire [28].

7.5. Autres traitements

7.5.1. La neurostimulation transcutanée ou TENS

Le but est d'appliquer une stimulation nerveuse avec une conduction plus rapide que celle de la douleur et ainsi le premier message arrivé va bloquer le second, donc le message douloureux. On a donc une diminution de la douleur. On stimule un autre nerf, dans le cas présent il s'agit du nerf tibial postérieur, et par un phénomène de diffusion centrale la douleur va diminuer. On peut stimuler 6 fois/jour pendant ½ heure.[46]

7.5.2. La toxine botulique

La toxine botulique peut être injectée dans le muscle obturateur. On réalise ainsi un bloc musculaire utile quand on a une hypertonie. Le but est de détendre le muscle et donc de libérer le nerf.[46]

8. PSYCHISME ET NEURALGIE PUDENDALE

Le périnée fait l'objet d'un investissement lourd sur les plans culturel, affectif, émotionnel et sexuel. Les patientes qui souffrent de douleurs périnéales chroniques sont souvent en détresse psychologique, en particulier lorsque aucune cause lésionnelle n'a été identifiée. Nombre de ces patientes ont des difficultés ou des réticences pour parler de leurs symptômes à leurs proches et même parfois à leur médecin. Ils redoutent de s'entendre dire qu'il n'y a rien, que la douleur est psychosomatique.

Si certaines de ces patientes présentent une détresse psychologique, une véritable pathologie psychiatrique n'est toutefois en cause que très exceptionnellement. Une anxiété, voire une humeur dépressive sont fréquemment mise en évidence : elles sont probablement plus souvent une conséquence qu'une cause de la douleur chronique. En effet, elles s'amendent en général facilement quand le traitement de la douleur est efficace.

En pratique, il importe peu que les difficultés psychologiques soient considérées comme une conséquence ou comme une cause de la douleur : elles sont là, constituent un ensemble et, doivent donc faire l'objet d'une réponse de la part d'un médecin souvent mal informé pour cela. [14-18]

Deuxième partie : les névralgies pudendales secondaires.

Présentation de 5 cas cliniques : étude réalisée au CHU de Nantes.

Le diagnostic de névralgie pudendale est souvent difficile car c'est encore une pathologie méconnue. Cette étude a pour but à travers 5 cas cliniques de montrer les différents aspects de cette douleur lors de sa survenue secondairement à des interventions.

C'est une analyse descriptive de cinq dossiers. Le premier et le troisième cas clinique sont des dossiers d'expertise. Les trois autres dossiers ont été recueillis en service de neurotraumatologie au CHU de Nantes. Ces trois femmes ont été en consultation multidisciplinaire d'algies pelvi-périnéales au CHU de Nantes. Dans les trois premiers dossiers, une chirurgie gynécologique est la cause déclenchante de la symptomatologie et dans les deux derniers, la symptomatologie s'est déclenchée suite à des accouchements.

Le nom des médecins a été volontairement supprimé pour préserver leur anonymat, en ne laissant que leur spécialité.

L'équipe de Nantes a recensé 350 nouveaux cas par an de névralgie pudendale dont 60% de femmes.

1. Premier cas clinique

Madame C. Anne est née le 1^{er} mai 1954. Elle était âgée de 48 ans au moment des faits. Elle pesait, en 2002, 54 kg et mesurait 1 m55. Elle exerçait la profession de caissière.

1.1. Antécédents

Antécédents familiaux : on note un cancer du colon chez une tante paternelle.

Antécédents obstétricaux : Mme C. est troisième geste primipare. Elle a eu recours à deux interruptions volontaires de grossesse à l'âge de 24 ans et de 30 ans.

En 1985 elle a accouché à terme d'une fille.

Antécédents gynécologique : elle utilisait une contraception orale.

En 2001 elle a suivi un traitement progestatif pour des ménorragies.

Antécédents médicaux : elle a été soignée en 1991-1992 pour une sciatique S1 gauche. Madame C. a présenté une dépression nerveuse en 2000.

Antécédents chirurgicaux : hystérectomie en 2002 par voie vaginale pour métrorragies du à un fibrome.

1.2. Histoire et caractéristiques de la douleur

Début de l'histoire

Depuis la mi-août 2002, un mois après l'intervention, Madame C. se plaint de douleurs périnéales, à type de brûlures.

Début septembre 2002, lors de la visite post-opératoire, le médecin qui l'a opéré, constate une cicatrisation normale, mais, selon Mme C., il ne s'attarde pas sur l'origine des douleurs.

Fin septembre 2002, nouvelle visite médicale. Le praticien pense que les douleurs sont dues à certains fils de l'intervention, non encore résorbés, et prescrit des ovules de Négatol® et de Flagyl®.

Mi-octobre 2002, Madame C. est vue par un remplaçant qui lui prescrit des anti-inflammatoires.

Lors d'une nouvelle consultation avec ce praticien, une atteinte d'un nerf lors de l'intervention est évoquée. Prescription de TEGRETOL®.

Madame C. revoit, par la suite, son médecin généraliste qui conserve le TEGRETOL®, ajoute un anti-dépresseur, le DEROXAT® et oriente la patiente vers un centre anti-douleur, où on lui conseille du NEURONTIN® 800, 1 comprimé par jour pendant une semaine, puis deux comprimés par jour.

Prise en charge suite au diagnostic

Le 13 février 2003, un neurologue évoque une lésion du nerf pudendal droit, propose du LAROXYL® en gouttes et demande un examen électromyographique qui est effectué le 6 mars 2003. Le médecin qui le réalise note que les douleurs sont situées à droite, déclenchées par la position assise, calmées en station debout, en décubitus et en position assise sur la cuvette des toilettes. L'électromyogramme et la mesure des conductions nerveuses motrices permettent de conclure à une atteinte neurogène du muscle bulbo-caverneux droit et à un allongement de la latence du réflexe bulbo-caverneux droit. Une première infiltration du nerf pudendal droit est effectuée.

3 juin 2003, les mêmes praticiens constatent l'échec de cette infiltration et en préconisent une seconde, effectuée en septembre 2003.

Octobre 2003, vu l'échec de la seconde infiltration, une libération chirurgicale du nerf pudendal est faite le 24 novembre 2003 dans un service de neurochirurgie après une information sur les risques généraux et spécifiques de l'acte. Le compte rendu précise qu'il semble que la compression du nerf siège au bord supérieur du ligament sacro-épineux. Le nerf n'apparaît pas macroscopiquement lésé, ni comprimé par quelque masse que ce soit, comme par exemple un hématome post-opératoire. Mme C. signale, après cette intervention, l'apparition d'une insensibilité de la partie postérieure de la fesse droite.

17 décembre 2003, Madame C. est revue par le neurochirurgien qui ne peut que constater l'échec de l'intervention de décompression du nerf pudendal et qui préfère réintervenir.

5 mars 2004 : reprise chirurgicale par le neurochirurgien, qui remarque un bloc de fibrose très dense rendant difficile l'abord du nerf qui sera libéré au niveau de sa face postérieure.

29 mars 2004 : contrôle post-opératoire alors que les douleurs ne se sont pas calmées. Prescription de SKENAN LP® 10 mg/ 2 fois par jour et de NEURONTIN® 400, 3 fois par jour.

17 mai 2004, toujours les mêmes plaintes. Ordonnance de NEURONTIN® 600 mg, 3 fois par jour et de SKENAN LP® 10 mg/jour.

25 juin 2004 Madame C. est revue par le neurologue qui établit ainsi l'ordonnance : pendant 3 jours : NEURONTIN® 600, 2 comprimés par jour, NEURONTIN® 800, 1 comprimé à midi et les 3 jours suivants : NEURONTIN® 600, 1 comprimé le matin, NEURONTIN® 800, 1 comprimé midi et soir et à partir du 7^{ème} jour : NEURONTIN® 800, 3 comprimés par jour.

Le 7 décembre 2004, une nouvelle exploration électro-physiologique a été réalisée : elle montre un aspect neurogène chronique modéré du périnée, une latence du réflexe bulbo-caverneux droit normale, une augmentation de la latence distale du nerf pudendal droit.

1.3. Fin du cas clinique

Consultation multi-disciplinaire

Le 18 février 2005. Une reprise chirurgicale n'est pas envisagée puisqu'elle a été opérée deux fois et qu'elle présente une héli-hypoesthésie périnéale. Une neurostimulation externe par TENS face à ces douleurs neuropathiques a été mise en place. Il s'agit d'un test thérapeutique, car si les résultats sont positifs une neuro-stimulation permanente par implantation médullaire pourrait être envisagée.

2. Deuxième cas clinique

Madame B. Yvette née le 14 août 1945. Elle est retraitée secrétaire. Elle mesure 1m63 et pèse 66 kg.

2.1. Antécédents

Antécédents familiaux : RAS

Antécédents médicaux : dépression (jamais hospitalisée), hypercholestérolémie minime et hépatite C post-transfusionnelle, asthme.

Antécédents obstétricaux : accouchements sans particularités

1969, grossesse normale, accouchement voie basse d'un bébé pesant 2500g à terme.

1971, grossesse normale, accouchement voie basse d'un bébé pesant 3100g à terme.

Antécédents chirurgicaux : intervention sur l'épaule droite d'un kyste sus claviculaire, appendicectomie, fracture de la jambe gauche et entorse grave de la cheville droite, en 2002 une hystérectomie totale non conservatrice pour méno-métrorragies par voie abdominale et ovariectomie.

2.2. Histoire et caractéristique de la douleur

Première partie de l'histoire de la douleur

Consultation octobre 2003

Elle vient consulter pour des douleurs périnéales irradiant au niveau de la face interne de la cuisse gauche qui sont apparues dans les suites du retrait de la sonde urinaire qui avait été posée pour la chirurgie de l'utérus. Elle avait tout d'abord présenté des difficultés au déclenchement mictionnel associées à une infection urinaire initiale. Depuis, une douleur persiste décrite au départ comme plutôt urétrale puis, un peu plus global. La gêne est prédominante à gauche, tend à se majorer au fur et à mesure de la journée, la position assise semblant constituer un facteur favorisant. Elle présente, par ailleurs, une pollakiurie avec des mictions quasi horaires dans la journée et 2-3 levés nocturnes. Un bilan urodynamique a été effectué et était normal. La patiente ne se déclare pas dysurique et ne présente pas non plus de douleurs permictionnelles. Elle a eu de multiples infections urinaires traitées par antibiothérapie. Sur le plan intestinal, il existe une alternance de diarrhée et de constipation. Il

n'y a pas de troubles associés de la marche.

Cliniquement, l'examen neurologique des membres inférieurs et du périnée est normal tant sur le plan de la motricité volontaire et réflexe que de la sensibilité. La palpation rachidienne est indolore et il existe également une coccygodynie modérée. On constate surtout un syndrome musculaire pelvien bilatéral semblant plutôt prédominer sur les obturateurs internes mais, concernant sans doute également les muscles pyramidaux du bassin. Les deux épines sciatiques sont douloureuses mais de façon plus nette à droite.

Conclusion de la consultation

Dans un premier temps, du fait de l'importance du syndrome musculaire, une prise en charge kinésithérapique semble utile. En cas de résultats insuffisant, un examen électromyographique a été envisagé.

Au total, la kinésithérapie ne l'a guère soulagée. Elle a également eu une cystoscopie qui était normale.

Consultation mars 2004

Les douleurs sont vaginales gauches. Elles sont apparues dès l'ablation de la sonde à demeure de façon assez aiguë. La patiente a perçu une sensation de déchirure et depuis elle ressent toujours une sensation de tension extrêmement localisée. Elle est plus gênée en position assise qu'en position debout ou couchée mais la gêne peut persister sur un siège de WC ou la nuit. Il n'y a aucune incontinence urinaire. Elle va uriner environ 6 fois dans la journée mais 2 à 3 fois la nuit avec des besoins impérieux. Elle ne se plaint d'aucune dysurie, elle a simplement l'impression de pousser un peu en fin de miction.

Cliniquement, elle a une douleur localisée dans la région para-urétrale gauche. Elle n'a pas d'hypermobilité cervico-urétrale, pas de prolapsus, pas de fuites lors des efforts. Le bilan urodynamique retrouve une vessie très instable avec une insuffisance sphinctérienne. La stabilité urétrale ne peut pas véritablement être appréciée étant donné l'existence de contractions vésicales désinhibées. Il n'y a aucun défaut de vidange vésicale et la miction est obtenue avec un débit tout à fait normal.

Conclusion de la consultation :

Cette instabilité vésicale peut n'être que secondaire à une épine irritative locale et ne mérite pas de traitement dans la mesure où la patiente ne se plaint pas de troubles vésico-sphinctériens.

Consultation multidisciplinaire de juin 2004 :

Les douleurs sont assez mal systématisées, pariétales profondes, uniquement à gauche et elle a toujours une douleur très vive à la palpation de l'extrémité gauche de la cicatrice du Pfannenstiel. Elle a eu une IRM abdominale qui est normale. Une anesthésie locale au bout de la cicatrice correspondant au passage du nerf ilio-hypo-gastrique, nerf ilio-inguinal a été réalisée. Le bloc anesthésique a été très positif puisque la patiente n'avait plus de douleur. Une injection de corticoïdes locaux a été réalisée, en espérant qu'elle aura un résultat thérapeutique durable.

Conclusion :

La positivité du bloc anesthésique permet d'éliminer toute pathologie intra-pelvienne. Ainsi, il s'agit donc probablement d'un problème de paroi. Une infiltration pourra être refaite. Si la douleur perdure une chirurgie de neurolyse du nerf ilio-inguinal gauche pourra être posée.

Le bloc diagnostique a été positif environ 3-4 heures avec la disparition de toutes les douleurs pelviennes, malheureusement la patiente n'a pas eu d'effet thérapeutique par l'injection locale de corticoïdes. Une nouvelle infiltration a été réalisée en septembre 2004, avec un bloc diagnostique positif.

La patiente a probablement un névrome sur son nerf ilio-inguinal gauche à la partie externe de son Pfannenstiel. Cliniquement, elle a un point gâchette. La décision est prise de l'opérer.

Chirurgie d'exérèse de névrome sur le nerf ilio-inguinal gauche pratiquée le 9 février 2005.

Mme B. a été hospitalisée du 8 au 10 février. Elle a été opérée par voie d'abord type Pfannenstiel sous anesthésie générale et on lui a ôté un authentique névrome avec un paquet nerveux cicatriciel.

A la suite de l'intervention, elle n'a plus d'irritation vaginale et les pincements se sont nettement améliorés. Elle sent toujours une tension à gauche. Elle souhaiterait avoir une exploration de ses douleurs par cœlioscopie.

Consultation multidisciplinaire de juin 2005

La patiente évalue sa douleur maximale à 67% et minimale à 29%. Elle évalue à 50% le temps dans la journée avec des douleurs insupportables. Elle peut rester 2 heures au maximum en position assise mais la douleur maximale arrive au bout d'une heure. Elle évalue son handicap, sa gêne et son désagrément liés à la douleur à 55%.

Conclusion de la consultation :

Elle a tiré un grand bénéfice de la chirurgie du névrome au niveau pariétal. Les douleurs insupportables à type de pincements ont disparu. En revanche, elle a d'autres douleurs qui siègent au niveau du noyau central du périnée et un peu au niveau de la marge anale. Les douleurs sont majorées par la position assise. Elle doit avoir une infiltration au niveau du ligament sacro-épineux et en fonction de résultat, une infiltration du nerf clunéal inférieur sera proposée, pouvant expliquer ses algies annales marginales.

Deuxième partie de l'histoire de la douleur

Consultation septembre 2005

L'intervention sur le névrome ilio-inguinal a procuré un changement de localisation des douleurs qui sont plus spécifiquement localisées en paralabial gauche. Elles débutent au niveau de l'urètre, irradient dans la partie postérieure de la grande lèvre. Elles peuvent irradier vers la face interne de la cuisse, épargnant l'anus, la face postérieure des cuisses, les fesses, vers le bas ventre et le clitoris. Il existe parfois des douleurs plus profondes au niveau du vagin. Elles sont décrites à type de pincements légers, de brûlures, d'étirements, sans picotements, sans décharges électriques, sans engourdissements. Il existe une allodynie aux vêtements serrés, sans sensation de corps étranger intravaginal ou intrarectal. Elles sont quotidiennes, non insomniantes, se majorant au cours de la journée. Elles sont majorées par la position assise surtout sur un plan dur, par la défécation. Elles sont minorées par la position allongée, debout, la marche. Elles ne sont pas modulées par la miction, par la toux, le siège des toilettes. Ces douleurs s'accompagnent d'une pollakiurie modérée (8 par jour et 3 par nuit) sans sensation désagréable ou douloureuse au remplissage. L'état général est conservé avec un poids stable, une absence d'asthénie marquée, une absence de troubles vésico-sphinctériens. Au niveau du moral, il n'existe pas de sentiment de tristesse, ni d'idées noires, ni de diminution des capacités d'anticipation. Elle cote sa douleur maximale dans la journée à 83% et minimale à 27%. La douleur est présente toute la journée. La position assise est possible pendant 30 minutes. Elle estime son empêchement lié à la douleur à 52%. Sa vie sociale est altérée (elle ne peut plus aller au restaurant). Il existe une dyspareunie

d'introduction et pendant les rapports.

L'examen clinique retrouve une absence de déficit sensitivo-moteur au niveau du périnée et des membres inférieurs. Le toucher rectal retrouve un tonus normal, une absence de sensibilité particulière sur le trajet du nerf pudendal tant à gauche qu'à droite. Elle présente un syndrome myofacial sur les muscles piriformes droit et gauche et psoas droit et gauche. Il existe une trigger-zone au niveau de la face interne et latérale gauche du pubis. Le traitement actuel comprenant du STABLON® et du ZAMUDOL® a été arrêté car mal supporté.

Conclusion :

Il existe des arguments en faveur d'une névralgie pudendale gauche sans que l'on puisse exclure une névralgie clunéale seule ou associée. Ces douleurs surviennent dans un contexte d'hypersensibilisation patente.

Prise en charge

Infiltration de septembre 2005 :

Elle a eu une infiltration scanno-guidée au niveau du ligament sacro-épineux à gauche. On lui a injecté de la XYLOCAÏNE® à 1% 3cc et 80mg de DEPOMEDROL®. Le bloc analgésique immédiat a été partiel. Elle cotait sa douleur à 63% sur l'EVA avant et à 22% après.

Infiltration mars 2006 :

Elle a eu une infiltration scanno-guidée dans l'attente de la chirurgie de libération, dans le canal d'Alcock à gauche. Le bloc analgésique immédiat a été nul. Elle cotait sa douleur à 68% avant et à 63% après.

Chirurgie de libération transposition de nerf pudendal gauche le 20 juin 2006

Hospitalisée du 19 au 23 juin.

Sous anesthésie générale, une incision glutéale gauche est réalisée, de part et d'autre d'une transversale passant par le sommet du coccyx et orientée dans l'axe des fibres du grand fessier. Libération du nef par section de l'aponévrose de l'obturateur interne dans le canal d'Alcock où il n'est pas siège de compression. Section du sacro-épineux et transposition du nerf en avant de l'épine sciatique.

Troisième partie de l'histoire de la douleur

Consultation août 2006

Depuis l'intervention, qui avait montré uniquement un conflit au niveau de l'épine, une franche amélioration est constatée. Les douleurs ont nettement changé de nature. Elles sont maintenant situées plus basses et sous et endo-ischiatiques. Elles sont actuellement localisées à la face postérieure de la cuisse gauche, de la fesse gauche, de l'anus. Elles sont quotidiennes, non insomniantes et stables au cours de la journée. Elle cote sa douleur maximale dans la journée à 60% et minimale à 0%. Elles ne sont plus majorées par la position assise mais franchement améliorées par le siège des toilettes et la position couchée. A l'examen, on ne retrouve pas de déficit sensitivo-moteur, en revanche, le syndrome myofacial pelvien diffus est toujours présent ainsi que le syndrome de Maigne (dérangement intervertébral mineur de la charnière thoraco-lombaire aussi appelé syndrome de la charnière thoraco-lombaire).

Conclusion :

Il est proposé l'introduction du LYRICA®, un TENS, de la kinésithérapie et une infiltration du ligament sacro-épineux gauche.

Infiltration le 31 août 2006 :

La patiente a eu une infiltration au niveau du ligament sacro-épineux gauche avec un bloc analgésique immédiat complet. Elle est passée de 53% avant à 0% après.

2.3. Fin du cas clinique

Consultation multidisciplinaire le 29 novembre 2006

Elle n'a plus les mêmes douleurs mais des douleurs qui sont maintenant situées plus basses et sous et endo-ischiatiques.

Elle cote l'intensité maximale de sa douleur dans la journée à 7 sur 10 et minimale à 3 sur 10. Elle a mal toute la journée. Dès qu'elle s'assoit la douleur apparaît. Elle peut rester une heure assise de façon normale. Elle estime son empêchement et l'altération de sa qualité de vie à 4 sur 10 et l'altération de sa vie sexuelle au maximum.

Conclusion :

Il est probable qu'elle souffre dans le territoire du nerf clunéal. Il serait intéressant de l'infiltrer à ce niveau. Elle sera revue à 1 an de sa chirurgie.

3. Troisième cas clinique

Mlle H. est née le 29 septembre 1965. Elle était âgée de 29 ans lors des faits. Elle exerce la profession d'institutrice.

3.1. Antécédents

Antécédents familiaux : asthme chez un grand père, insuffisance veineuse chez la mère.

Antécédents médicaux : asthme, eczéma, allergie aux acariens, au pollen, aux plumes.

Antécédents chirurgicaux : amygdalectomie dans l'enfance.

Plastie mammaire bilatérale de réduction en 1983 et reprise de cicatrice en 1988 par un surjet intra-dermique

Ablation de la vésicule biliaire par coelioscopie en 2003.

3.2 Histoire et caractéristiques de la douleur

Première partie de l'histoire et première intervention

28 juillet 1995 : Mlle H. consulte un médecin pour des douleurs dans le sillon entre la grande et la petite lèvres droites accompagnées d'une tuméfaction. Il lui prescrit un traitement antibiotique ainsi que des ovules vaginaux.

31 juillet 1995 : Mlle H. consulte un remplaçant gynécologue. Celui-ci constate une infection d'une glande de la lèvre droite.

1er août 1995 : Mlle H. est admise dans une clinique. Le chirurgien intervient sous anesthésie générale pour un abcès de la petite lèvre droite au niveau de la glande de SKENE.

2 août 1995 : L'examen anatomo-pathologique dit qu'il s'agit d'un granulome inflammatoire sub-aigu avec des cellules spumeuses.

7 août 1995 : L'examen bactériologique du prélèvement, à nouveau qualifié d'abcès de la grande lèvre, ne retrouve pas de germe pathogène.

Fin août 1995 : Mlle H. a consulté à plusieurs reprises pour des récurrences douloureuses à l'entrée du vagin.

14 septembre 1995 : Mlle H. consulte un autre praticien qui note une tuméfaction arrondie et douloureuse qu'il soupçonne être une bartholinite. IL prescrit de la Mynocine® (un antibiotique).

30 octobre 1995 : Mlle H. consulte à nouveau le chirurgien pour des douleurs apparues après

le premier rapport sexuel suivant l'intervention. Celui-ci aurait alors incisé la petite lèvre, ramenant un liquide ressemblant à du « blanc d'œuf ». Il aurait également évoqué un passage à la chronicité.

Un dermatologue aurait renouvelé ces incisions, apparemment sans anesthésie, le 24 novembre 1995 et le 15 décembre 1995, car la tuméfaction douloureuse réapparaissait après chaque rapport sexuel.

10 janvier 1996 : dernière consultation avec le chirurgien qui lui annonce « qu'il ne peut plus rien faire » Il prescrit du gel de XYLOCAINE® et un tube de pommade de SENSILUBE®, lubrifiant vaginal.

Deuxième partie de l'histoire et deuxième intervention

26 janvier 1996 : Mlle H. consulte un médecin généraliste et présente une inflammation aiguë très douloureuse de la petite lèvre droite. A la palpation il perçoit comme des « grains de plomb » dont le plus haut semble extrêmement douloureux. Ces douleurs entraînent une impossibilité des rapports sexuels normaux et donc une anxiété importante. Il note également des saignements en milieu de cycle sous ADEPAL, pour lesquels il demande une échographie à la recherche d'un kyste ovarien par insuffisance de blocage hypophysaire par la pilule.

30 janvier 1996 : une échographie pelvienne montre dans l'ovaire droit un kyste dermoïde, mais la radiographie du pelvis ne confirme pas l'existence d'une calcification. L'examen DOPPLER n'est pas en faveur d'une lésion maligne. Une autre échographie périnéale montre un granulome inflammatoire au contact d'une glande de SKENE dilatée qui alimente de façon périodique la petite tuméfaction très superficielle et de « couleur claire » qui est visible au milieu de la grande lèvre droite.

19 mars 1996 : Mlle H. est hospitalisée dans un service de Gynécologie-Obstétrique. Une coelioscopie est réalisée montrant un pelvis normal, sans kyste ovarien. Puis, le chirurgien intervient au niveau vulvaire. Il constate la présence d'une tuméfaction de la face interne de la petite lèvre droite sous la glande de Skene.

7 juin 1996 : l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est compatible avec un kyste du canal excréteur de la glande de Bartholin.

Troisième partie de l'histoire et troisième intervention

1^{er} août 1996 : Mlle H. est vue par un dermatologue. Il remarque une volumineuse tuméfaction déformant l'entrée du vestibule qui, à la palpation, se trouve à la partie inféro-interne de la grande lèvre, évoquant un kyste de la glande de Bartholin.

28 août 1996 : un praticien réputé spécialiste dans les maladies de la vulve, diagnostique un diverticule antérieur d'un kyste du canal de la glande de Bartholin droite et une vestibulite qu'il convient d'opérer.

1^{er} octobre 1996 : il réalise l'opération.

4 octobre 1996 : la pièce opératoire fait conclure à une Bartholinite subaiguë chronique avec dilatation kystique des canaux excréteurs.

15 octobre 1996 : Mlle H. est revue en consultation post-opératoire. Elle a eu très mal pendant 15 jours et reste gênée par la sensibilité locale. Il y a une attraction de la petite et de la grande lèvre droite vers l'intérieur. La moitié des fils de suture sont enlevés.

11 janvier 1997 : « douleurs en éternuant et en toussant, avec sensation à l'intérieur de tiraillement et de pincement, déviation du jet urinaire vers la droite et tendance à la brûlure. Arrive à marcher, ne court pas. La cicatrice a un bon aspect. Il y a un petit bourgeon charnu sur la cicatrice qui est nitraté et sectionné ».

3 mars 1997 : patiente revue avec toujours les mêmes plaintes douloureuses. Examen au spéculum impossible en raison d'un vaginisme important. Prescription de TRANCOPAL® (1 à 3 cp/jour), de crème EMLA® anesthésiante et de kinésithérapie périnéale.

24 avril 1997 : Mlle H. est vue dans un centre anti-douleur. Depuis son intervention, elle se plaint de douleurs permanentes, insomniantes, cotées à 1,5 en position assise, 10 pendant les rapports, décrite en termes de tiraillements, de pincements et rebelles à tout traitement antalgique proposé jusqu'à maintenant. Elle reçoit une prescription de RIVOTRIL® et d'ANAFRANIL®.

14 mai 1997 : un praticien de chirurgie réparatrice et plastique constate que la douleur siège à la partie médiane du vagin où l'on perçoit comme un bourrelet induré, apparemment très douloureux, formant un petit cratère dont il explique mal la nature et la présence. Il note une zone hypersensible au niveau de la partie droite du vestibule avec une douleur irradiant en arrière comme si quelque chose appuyait.

24 juin 1997 : Mlle H. est vue dans un centre pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur. Les douleurs étaient intermittentes, à type de tiraillement allant de l'hémi-vulve postérieure droite vers le clitoris avec, par moments, une douleur à type de brûlure, de

grignotement au niveau du site opératoire. L'examen retrouvait une zone hypoesthésique de la partie postérieure du vestibule droit et une zone allodynique de la partie inféro-interne de la fesse droite. Ces troubles sensitifs couplés à la tonalité de la douleur ressentie spontanément ou de manière provoquée plaident pour une névralgie de désafférentation nerveuse induite par l'étirement ou la section des branches distales périnéales du nerf honteux interne droit, à l'occasion de l'acte opératoire. Le médecin conseille de ne plus intervenir chirurgicalement sur la région opérée. Il prescrit un traitement de plusieurs mois associant un anti-dépresseur tricyclique (LAROXYL® : 15 mg/jour) et un anti-épileptique (RIVOTRIL® : 0,5mg/jour) à visée anti-névralgique.

Après un mois de traitement, il constate que les douleurs spontanées à type de tiraillement ont nettement régressé ainsi que l'allodynie cutanée, mais que des douleurs à type d'étirement persistent encore au moment d'une toux, d'une défécation ou en début de rapport sexuel.

11 avril 1998 : consultation dans un service de gynécologie-obstétrique. Les plaintes de Mlle H. restent identiques. A l'examen, douleur dans le sillon interlabial qui est exposé du fait d'une bascule de la lèvre gauche vers la droite et toujours la même zone hypersensible et légèrement oedématisée du vestibule. Béance vulvaire avec entrée d'eau au cours des séances de piscine.

8 septembre 1998 : Mlle H. s'adresse à un chef de service. Celui-ci constate des lésions scléreuses de la vulve et récuse toute nouvelle intervention car il estime que les lésions sont trop proches du canal anal.

6 avril 2001 : un médecin généraliste note des douleurs périnéales intenses évoquant typiquement une lésion hépérique évoluée, qui est traitée comme telle.

Quatrième partie de l'histoire et quatrième intervention

25 juin 2001 : Mlle H. est à nouveau opérée par un praticien de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Il constate une rétraction de l'orifice vaginal par une bride associée à une disparition complète de la petite lèvre droite. Il décide, en accord avec la patiente en pré-opératoire, de reconstruire l'entrée vaginale par une double plastie en Z associée à une greffe de peau totale pour dédoubler la petite lèvre gauche, celle-ci devant servir ultérieurement de donneur pour reconstruire la petite lèvre droite. La greffe de peau est mise en place sur l'hémi-lèvre gauche.

22 août 2001 : le chirurgien transpose l'hémi-lèvre gauche à droite

19 septembre 2001 : il constate que le lambeau greffé n'a pris que dans sa moitié et le praticien réaccroche l'autre moitié déhiscente.

22 octobre 2001 : le chirurgien lors de la 4^{ème} intervention, met en évidence des problèmes de souffrance vasculaire faisant évoquer une perte de la moitié du lambeau de petite lèvre.

23 juillet 2002 : un gynécologue est consulté pour des douleurs au niveau du site de la prise de greffe, soit sur la petite lèvre gauche. Il remarque une petite lèvre droite atrophique, une atrophie de la paroi vaginale, une petite lèvre greffée désinsérée, une distance ano-vulvaire très courte (1cm). Il s'interroge sur la nécessité d'une neurolyse des nerfs honteux internes et sur une nouvelle plastie vulvaire et prend l'avis d'un neurologue qui déconseille les neurolyses par alcoolisation et suggère des infiltrations anesthésiques locales de longue durée.

9 décembre 2002 : une exploration électro-physiologique des muscles du périnée est réalisée. Le praticien constate une dénervation du muscle bulbo-caverneux droit. De même, il n'est pas possible d'obtenir un réflexe bulbo-caverneux par stimulation électrique de la région clitoridienne. Par contre, les latences terminales et les potentiels évoqués somesthésiques corticaux du nerf pudendal sont normaux. Il s'agit donc d'un dysfonctionnement neurogène périphérique à l'étage sacré, avec tracé neurogène dans le muscle bulbo-caverneux droit avec augmentation de la latence réflexe ipsi-latérale.

19 février 2003 : une imagerie par résonance magnétique nucléaire du pelvis permet de conclure qu'il n'existe aucun processus expansif pelvien au niveau des plexus sacrés. Au niveau du rachis lombaire, on retrouve de petits signes de discopathie dégénérative L5-S1 débutante, mais sans processus expansif intra-canaulaire décelable et sans conflit disco-radiculaire démontré aux étages explorés.

4 juin 2004 : un autre praticien s'étonne de l'importance de la chirurgie effectuée pour une lésion qui aurait pu être traitée de manière moins radicale et se demande si l'histologie correspond bien à la réalité. Il attribue les douleurs à une pathologie du nerf pudendal dans ses branches périphériques, sans atteinte tronculaire. Il n'y a donc aucune indication à intervenir sur le tronc de ce nerf comme on peut le faire chirurgicalement lorsqu'il est comprimé bien plus en amont dans le canal d'Alcock ou par des injections scanno-guidées de corticoïdes et d'anti-inflammatoires. Il conseille des rapports sexuels avec de la Xylocaïne® en gel et un traitement par Catapressan®, ½ comprimé/jour pour réguler l'hypertonie sympathique.

26 octobre 2004 : nouvelle consultation. Le praticien décrit une zone blanche de la petite lèvre gauche greffée, une naviculite fissuraire, un déficit de la petite lèvre droite suite à la vestibulectomie. Une nouvelle intervention est envisagée sous forme d'une vulvo-périnéoplastie.

3.3. Fin du cas clinique

Depuis 1995, Mlle H. a toujours été sous pilule oestro-progestative, à titre contraceptif, d'abord par ADEPAL®, puis par PHYSIOSTAT®, enfin par LUTERAN® 25 jours par mois. En réalité, du fait de la dyspareunie (douleur lors des rapports), elle n'aurait plus eu de rapport sexuel depuis la fin de l'année 1995, ce qui a entraîné la rupture avec son compagnon en 1997. Mlle H. est actuellement en aménorrhée provoquée (suppression des règles), car le contact de la vulve avec des serviettes périodiques lui est impossible, de même que la mise en place de tampons vaginaux. Cette aménorrhée est effective sous LUTERAN® 10 mg par jour, en prise continue. Mlle H. ne peut pas rester plus de deux heures assise. Le contact avec les sous-vêtements lui est très pénible, au point qu'à son domicile, elle n'en porte pas. Elle se plaint aussi d'une déviation du jet urinaire vers la droite et de fuite d'eau par le vagin après un séjour en piscine, du fait d'une béance de la vulve.

Elle est traitée pour ses douleurs par NEURONTIN® 3 x 300 mg par jour et utilise un gel de XYLOCAINE® sur la vulve pour pouvoir supporter le contact avec ses vêtements.

L'examen de la région vulvaire montre une face interne de la petite lèvre gauche d'aspect blanchâtre, correspondant au greffon de la peau inguinale. La vulve est déviée vers la gauche dans sa partie supérieure, alors que le méat urinaire est orienté vers la droite. La partie supérieure de la petite lèvre droite est bien vascularisée, mais toute la partie inférieure est nécrosée. Il existe enfin une zone rouge, avec des fissures, sur la partie droite du vestibule. Cette zone est très douloureuse au toucher et son effleurement déclenche une douleur intense qui irradie vers la région clitoridienne.

Il faut noter aussi une cicatrice du pli inguinal gauche correspondant au prélèvement du greffon destiné à reconstituer la petite lèvre gauche, sectionnée de haut en bas dans sa moitié interne.

4. Quatrième cas clinique

Mme C. Jacqueline, née le 23.10.1949.

4.1 Antécédents :

Antécédents médicaux : terrain dépressif

Antécédents chirurgicaux : opérée d'une déchirure périnéale en 1983.

Antécédents obstétricaux :

Un accouchement voie basse en 1972 avec déchirure périnéale.

Un accouchement voie basse en 1981 avec récurrence de la déchirure périnéale.

4.2. Histoire et caractéristiques de la douleur

Debut de l'histoire

Le premier accouchement de Mme C., en 1972, a entraîné une déchirure périnéale. Cependant, la patiente n'a pas développée par la suite de syndrome algique. Après le deuxième accouchement en avril 1981, il y a eu récurrence de la déchirure périnéale dont elle a été réopérée en 1983. Depuis, elle a toujours gardé des douleurs pelvi-périnéales d'évolution chronique fluctuante. Elle a eu des douleurs vésicales qui ont régressé spontanément.

Mme C. a mis 17 ans avant d'aller consulter un médecin pour ses douleurs.

Consultation février 1998 : ses douleurs débutent dans la région du pubis et irradient du côté droit vers la grande lèvre, la face interne de la cuisse, de la fesse ainsi qu'au niveau de l'ischion. Cette douleur n'a pas de caractère postural bien net mais la patiente dit quand même qu'elle préfère s'asseoir sur un coussin, que la douleur est aggravée sur les sièges durs. Elle peut également souffrir en position debout ou couchée, globalement elle est plutôt améliorée en position couchée. Ce syndrome algique est latent, sourd, elle peut parfois avoir des douleurs beaucoup plus paroxystiques. Elle peut être soulagée par le COLTRAMYL®.

A l'examen clinique, il a été retrouvé un anus hypotonique mais sans défaut évident, elle n'a pas de déficit sensitif au niveau du périnée, on retrouve une cicatrice périnéale. Une douleur assez vive est présente à la palpation du coccyx. Au toucher rectal, il y a une vague douleur sur le plan profond mais pas de douleur très élective au voisinage de l'épine sciatique.

L'exploration électrophysiologique du périnée réalisée dans le muscle bulbo-caverneux droit retrouve partout des tracés assez appauvris mais sans caractère neurogène formel et sans signe évocateur de fibrose. L'étude du réflexe bulbo-caverneux est normale à 41 m/sec et la latence distale du nerf honteux interne, est à la limite supérieure à la normale à 4,9 m/sec.

Au total, cet examen reste peut être altéré. Il est donc bien difficile d'affirmer que la douleur soit neuropathique. L'efficacité des antalgiques va d'ailleurs plutôt contre cette hypothèse.

D'autre part, un examen tomodensitométrique pelvien a été réalisé le 26.07.1997. Il retrouvait un processus tissulaire ne prenant pas le contraste au niveau de la partie basse du col vésical et de la cavité vaginale venant jusqu'au contact du muscle obturateur interne ainsi que de la branche ischio-pubienne droite. Ceci apparaît être cicatriciel et intéressant précisément le trajet de la branche antérieure du nerf pudendal en regard du tiers antérieur du canal d'Alcock droit. Cette douleur chronique est accompagnée d'une décompensation émotionnelle importante, elle a d'ailleurs été hospitalisée en clinique psychiatrique.

Conclusion de la consultation de février 1998 : L'accouchement a-t-il généré un cercle vicieux de la douleur par le biais de contractures musculaires, décompensant une coccygodynie ? L'image de cicatrice périnéale fusant vers l'ischion vue au scanner peut-elle être responsable de la douleur à elle seule ? Il n'y a donc pas d'indication chirurgicale. Il faudrait que Mme C. soit hospitalisée dans un centre anti-douleur afin de désamorcer le cercle vicieux de la douleur.

Quand la douleur prend une telle dimension, la mise en place d'un cathéter péridurale avec injection d'anesthésiques locaux répétée pendant quelques jours, permet de faire diminuer le seuil douloureux. Cela aide pour faire la part des choses entre les douleurs purement périnéales et une participation supra-segmentaire. Cependant, le fait que la douleur soit localisée dans le territoire d'innervation du nerf pudendal et même en l'absence d'une neuropathie importante, pourra inciter dans un deuxième temps à faire des infiltrations transfessières du nerf honteux interne droit au voisinage de l'épine sciatique avec une injection locale de corticoïdes.

Prise en charge de février à octobre 1998

Après sa sortie de la clinique psychiatrique, Mme C. a été hospitalisée du 31 mars au 5 avril dans un centre anti-douleur pour la mise en place d'un cathéter péridural avec des injections itératives de petits volumes de MARCAINE® faiblement concentrée. Cela apportait un soulagement assez net au moins pendant la durée d'action des produits injectés. Elle a été suivie par un neurologue. Il lui a par ailleurs été réalisé une infiltration péritronculaire en regard de l'épine sciatique droite mais le bloc diagnostique était difficile à interpréter compte-tenu de l'intensité relativement faible de la douleur. Elle a eu une deuxième infiltration, 2 à 3 semaines après la première, au niveau du canal d'Alcock droit avec l'injection d'un corticoïde et de 500 unités de HYALURONIDASE®, au niveau de la zone cicatricielle visible, entre l'aponévrose de l'obturateur interne et la paroi latérale du vagin, en avant du trou obturateur. Le bloc diagnostique était plutôt positif.

Consultation en juin 1998 : la douleur périnéale droite est toujours présente mais a diminué en intensité. La topographie est la même, mais elle n'a plus de douleur coccygienne. Elle garde un coussin pour s'asseoir. Elle a vu réapparaître une cystalgie pour laquelle elle avait déjà été explorée (cystoscopie en 1997 qui était normale). Il s'agit d'une douleur en fin de remplissage vésical entraînant une pollakiurie intermittente, les douleurs sont soulagées par la miction. Cela pourrait évoquer une cystite interstitielle. Si cela persiste, il faudra envisager de refaire une cystoscopie.

Conclusion de la consultation

« La question est de savoir s'il faut opérer la patiente de son nerf pudendal droit. Il est certain que l'existence des éléments cicatriciels au niveau du périnée droit avec une possible fibrose de l'aponévrose de l'obturateur interne est susceptible de comprimer le nerf pudendal. Avant il faudra refaire une infiltration dans le canal d'Alcock pour confirmer l'efficacité. »

Fin juin 1998, une deuxième infiltration au niveau du canal d'Alcock sur la zone cicatricielle a été réalisée avec un bloc diagnostique plutôt positif. En l'absence de résultats prolongés, une chirurgie de neurolyse transposition du nerf pudendal droit pourrait être envisagée devant cette souffrance manifestement organique du nerf, sans dénervation très importante.

Elle a passé tout l'été jusqu'au 15 septembre en clinique psychiatrique.

Consultation du 30 octobre 1998 : la situation s'est améliorée à tous points de vue. Au mois de février, la douleur était absolument insupportable et le contexte dépressif majeur. Elle a eu deux infiltrations au niveau du canal d'Alcock sans réel bénéfice immédiat, mais depuis sa sortie de psychiatrie, il y a une considérable amélioration de ses douleurs. Actuellement elle ne souffre pratiquement plus, sauf en station assise prolongée avec quelques douleurs tout à fait supportables. Elle cote sa douleur à 2-3 sur l'échelle visuelle analogique et peut sans problème tenir trois heures en voiture.

Conclusion de la consultation :

« Est-ce le fait d'une amélioration clinique ? Est-ce le fait d'un effet de libération du nerf pudendal par les infiltrations ? En tout cas dans l'immédiat, il n'est pas question de proposer un traitement chirurgical. »

4.3. Fin du cas clinique

Consultation multi-disciplinaire du 29 novembre 2006

Depuis 1998, la situation a fluctué. Globalement, la patiente est quand même moins algique qu'elle ne l'était. Les phénomènes se sont aggravés il y a un an avec une composante de névralgie pudendale plus importante, mais qui a été bien améliorée par les nouvelles infiltrations réalisées au niveau du nerf pudendal. En revanche, elle présente une symptomatologie de syndrome douloureux vésical, particulièrement invalidant. Elle présente une pollakiurie importante puisqu'elle va uriner entre 20 et 30 fois par jour mais pratiquement sans lever nocturne. Le remplissage vésical est douloureux et la miction la soulage temporairement.

Cependant, ce n'est pas un tableau de cystite interstitielle car elle a eu un bilan urodynamique récent et on constate que les capacités vésicales fonctionnelles atteignent 640ml avec un premier besoin apparaissant à ce volume. Par ailleurs, l'absence de lever nocturne va contre une pathologie de la paroi vésicale. Une cœlioscopie avec hydro-distension lui sera probablement proposée ainsi que la tenue d'un carnet mictionnel pour vérifier la fluctuation de ses volumes urinaires.

Conclusion de la consultation :

« Nous sommes donc dans un contexte d'hypersensibilisation végétative, notamment vésicale. Il faut sûrement proposer une prise en charge antalgique globale, dans le cadre d'une unité anti-douleur, qui pourra faire appel de nouveau à la mise en place d'un cathéter péridural avec par exemple la perfusion de kétamine. »

5. Cinquième cas clinique

Mme C. Marie-Christine née le 15.09.1971.

5.1. Antécédents

Antécédents médicaux : syndrome myofacial

Antécédents gynécologiques : contraception orale.

Antécédents obstétricaux : Mme C. est troisième geste et troisième pare.

Premier accouchement 1991.

Deuxième accouchement en 1994 avec analgésie péridurale, épisiotomie. Poids du bébé 3kg200

Troisième accouchement en 1998 avec une épisiotomie

5.2. Histoire et caractéristiques de la douleur

Début de l'histoire

Ses douleurs ont débuté quelques mois après son deuxième accouchement, imputées à la cicatrice d'épisiotomie. Les douleurs périnéales survenaient avant tout dans les suites des rapports sexuels avec également une aggravation en période menstruelle. Les symptômes faisaient évoquer une endométriose bien qu'aucune preuve n'ait été apportée. Elle a eu un troisième accouchement avec une nouvelle épisiotomie et une exploration locale volontaire qui n'a pas retrouvé d'anomalies. La douleur se localise au niveau de la région périnéale avec une irradiation par moment au niveau de la fesse droite. Initialement, les douleurs n'existaient qu'après les rapports sexuels mais actuellement la douleur peut survenir à d'autres moments. Elle a essayé de faire du vélo et cela a entraîné une douleur plus vive. Elle n'est pas franchement déclenchée par la position assise comme on le voit habituellement. Son examen clinique est proche de la normale.

Elle a eu des examens électrophysiologiques. L'électromyogramme retrouvait des signes d'atrophie neurogène dans son muscle bulbocaverneux droit avec une latence distale du nerf pudendal sur la branche anale après stimulation endorectale à 4,5 m/sec. Il y avait un réflexe global bulbocaverneux normal, mais le problème est que la stimulation endorectale de ce nerf a été difficile à réaliser. Il existe une atteinte du nerf pudendal droit. Par contre, la localisation de l'atteinte est inconnue. Une infiltration du nerf a été proposée.

Prise en charge

Elle a eu 3 infiltrations du nerf pudendal droit. La première a été réalisée sous scopie à l'épine sciatique en septembre 2005, et les deux suivantes sous scanner au niveau du canal d'Alcock en janvier et février 2006. Les blocs analgésiques immédiats étaient complets et la patiente a vu ses douleurs pratiquement disparaître complètement pendant un mois après chacune de ses 3 infiltrations.

Elle a eu une infiltration locale sur l'épisiotomie en 2004 dont il est difficile d'apprécier la valeur diagnostique, le premier rapport sexuel qui a eu lieu quelques heures après était moins douloureux.

Elle a eu une échographie endovaginale et une IRM pelvienne qui n'ont pas noté d'anomalies, notamment pas de signes d'endométriose.

Consultation décembre 2006

Ses douleurs sont localisées au niveau de la région vaginale beaucoup plus que vulvaire pouvant irradier au niveau du périnée et de la région anale parfois au niveau pubien du côté droit. Habituellement, la douleur périnéale elle-même n'est pas latéralisée, il n'y a pas de douleurs au niveau des grandes lèvres. Elle a également, depuis 2 ans, des irradiations tout à fait régulières au niveau de la face interne et haute de la cuisse droite. Les douleurs augmentées en période menstruelle sont moins marquées qu'elles ne l'étaient avant. Les dyspareunies sont toujours présentes. Elle peut cependant avoir quelques douleurs spontanées mais, il n'y a pas vraiment de circonstances déclenchantes puisqu'elle peut souffrir aussi bien le jour que la nuit, en position debout et en position assise. Globalement, elle est mieux couchée et les douleurs sont plutôt aggravées quand elle est debout immobile. Après les rapports sexuels, cette aggravation est beaucoup plus marquée, la patiente ne tenant pratiquement plus debout. Ses douleurs sont comparées à une sensation de corps étranger intravaginal, d'étirement, sans brûlure et sans paresthésie. Il n'y a pas d'influence par la miction, ni par la défécation. Elle n'a pas d'allodynie au contact vulvaire. L'épisiotomie est sensible mais cela est tout à fait indépendant de la douleur dont se plaint la patiente. Enfin, il faut noter que la pratique du vélo est très aggravante.

A l'examen clinique, elle a des douleurs myofaciales majeures à la palpation des muscles piriformes, obturateurs internes, tant sur le chef pelvien que le chef fessier de ce muscle et ceci des deux côtés. Elle a également des douleurs plus diffuses pouvant faire évoquer un syndrome fibromyalgique par l'importance de point gâchette. On note également des douleurs paravertébrales notamment la charnière thoraco-lombaire et une hypersensibilité à la pression

osseuse des branches ischio-pubiennes et de la région pubienne. Il n'y a pas de déficit sensitif périnéal. Au toucher rectal, une douleur apparaît à la palpation de l'épine sciatique et à la palpation du muscle obturateur interne des deux cotés avec une prédominance à droite.

Conclusion de la consultation :

Le tableau clinique n'est pas typique d'une névralgie pudendale. En effet, la douleur siège dans le territoire du nerf mais on ne retrouve pas de facteurs positionnels si caractéristiques des syndromes canaux du nerf pudendal. On est frappé par l'importance des douleurs myofaciales mais qui, d'après la patiente, sont apparues secondairement. Cela pourrait témoigner d'un terrain d'hypersensibilisation régionale ou plus ou moins générale. Les projections douloureuses au niveau de la région pubienne et de la racine de la cuisse peuvent être des douleurs projetées par dérangements intervertébraux mineurs de la charnière thoracolumbaire. En revanche, le bénéfice des trois infiltrations est quand même très en faveur d'une souffrance canalaire du nerf pudendal. Cependant, on pourrait toujours discuter de l'effet de l'infiltration au niveau du canal d'Alcock puisqu'il est possible que le muscle obturateur interne ait été infiltré, ce qui n'est pas le cas au niveau de l'épine sciatique où l'infiltration n'est que ligamentaire.

Prise en charge dans un centre anti-douleur

Consultation dans un centre anti-douleur

La douleur maximale dans la journée est cotée par la patiente à 76% et minimale à 8%. Elle peut rester assise sans limite de temps. Elle évalue son empêchement lié à la douleur ainsi que l'altération de sa vie sexuelle à 95%. Les douleurs à droite augmentent au cours de la journée, elle sont quotidiennes, non insomniantes. Elle a plus mal à droite qu'à gauche. La douleur se situe au niveau du clitoris et de la lèvre droite. Elle est à type de pesanteur, d'hyperpathie et de sensation de corps étranger. La marche est très douloureuse. Un traitement par RIVOTRIL® est efficace. Ces douleurs peuvent faire évoquer une névralgie pudendale à prédominance droite mais il existe des atypies. Cela survient dans un contexte d'hypersensibilisation plus global non nécessairement primaire (syndrome sec de *Gougerot Sjögren*). Il existe par ailleurs une forte tonalité sympathique aux douleurs. En conséquence une infiltration au niveau des rameaux communicants en L2 sera réalisée.

Elle a eu une infiltration scanno-guidée le 21 décembre 2006 de la chaîne sympathique lombaire au niveau des rameaux communicants en L2 à droite et à gauche. Il a été injecté de la NAROPEINE® 0,75 3cc et 40mg de DEPOMEDOL®. Le bloc analgésique immédiat a été partiel puisque la douleur est passée de 100% avant à 48% après sur l'échelle visuelle analogique.

De manière concomitante au syndrome d'Alcock, d'autres éléments sont apparus, à savoir des douleurs articulaires des moyennes et petites articulations plutôt de type inflammatoire, une sensation de douleur musculaire, un syndrome sec essentiellement buccal, nasal et vaginal. Il existe d'autre part une toux sèche irritative. Dans ce contexte, il est suspecté un *Gougerot Sjögren*, avec un bilan immunologique récent normal. S'y associent, cependant, une fatigue importante et des douleurs aux différents points de pression faisant suspecter d'autre part une fibromyalgie.

Il est important de pouvoir éliminer de manière formelle un syndrome de *Gougerot Sjögren* et étant donné que le bilan immunologique était négatif, une biopsie des glandes salivaires accessoires a été pratiquée. En fonction des résultats de celle-ci, le diagnostic de *Gougerot Sjögren* sera posé ou alors on s'orientera plus vers un diagnostic de fibromyalgie.

5.3. Fin du cas clinique

Consultation multidisciplinaire du 22 décembre 2006 :

L'intensité maximale de la douleur dans la journée était cotée à 9 et la minimale à 1 sur l'échelle visuelle analogique allant de 1 à 10. Le temps en heure dans la journée pendant lequel elle souffrait était coté à 6 sur 10. Elle n'avait pas de douleurs majorées en position assise. Elle qualifiait l'altération de sa qualité de vie à 7 sur 10, son empêchement à 8 sur 10 et l'altération de sa sexualité à 10 sur 10.

Conclusion de la consultation :

Elle a manifestement un syndrome myofacial et donc une hypersensibilité. Il faudra attendre les résultats du bloc en L2. Elle n'a pas de présentation incluant les critères diagnostiques d'une névralgie pudendale habituelle. Il n'est pas exclu que l'amélioration suivant les infiltrations ait été plus le fait de l'effet global des corticoïdes, plutôt qu'une efficacité sélective autour du tronc du nerf pudental. L'affaire est complexe et, dans un premier temps, il faudrait réaliser une prise en charge antalgique du terrain ainsi qu'une prise en charge en kinésithérapie.

Troisième partie : discussion

Je vais aborder deux points différents dans ma discussion. Tout d'abord les circonstances d'apparition des névralgies pudendales et ensuite l'intérêt pour les sages-femmes de connaître cette pathologie.

1. Circonstances d'apparitions des névralgies pudendales

Ces cas cliniques avaient pour but d'illustrer les différentes formes d'apparition des névralgies pudendales. On peut distinguer d'emblée deux histoires différentes:

1. Dans le cadre d'un traumatisme direct du nerf, par exemple lors d'une spino-fixation ou comme dans le cinquième cas clinique, on aura une douleur immédiatement après l'intervention puis une récupération avec la présence d'hypoesthésie. Dans le troisième cas clinique, il n'y a pas eu cette récupération, puisque cette femme a eu de nombreuses interventions de vulvo-plasties après l'apparition de ses douleurs. Cela a probablement majoré les douleurs et entraîné une hyperesthésie vulvaire. Dans cette circonstance, on comprend aisément l'étiologie de la névralgie pudendale puisque le nerf a été touché.
2. Quand il n'y a pas de lésion directe du nerf, on aura une douleur qui ne va pas cesser d'augmenter après l'intervention. Là, plusieurs hypothèses permettent d'expliquer l'apparition des douleurs. Soit il y avait une compression asymptomatique du nerf qui a été révélée par l'intervention, soit cette douleur se présente dans un contexte douloureux plus global dû à une algodystrophie ou à un syndrome myofascial.

1.1. Une compression asymptomatique révélée par une intervention.

Cette hypothèse part du principe qu'une compression, qu'une lésion du nerf pudendal, existait avant l'intervention mais qu'elle ne s'exprimait pas. La femme n'avait donc aucune douleur. Elle ne se plaignait de rien. A la suite de l'intervention, les symptômes vont se déclarer. Le premier cas clinique illustre bien cette hypothèse. Pourquoi certaines personnes vont déclarer une névralgie pudendale et d'autres non ? Cela n'est pas expliqué mais des facteurs de risques ont été identifiés.

On en a de deux types :

1. Une fragilité du nerf préexistante, par exemple due à l'accouchement, comme une neuropathie périnéale d'étirement. Ceci explique la prédominance féminine dans cette pathologie.[6-39-42]
2. Un terrain d'hypersensibilité, c'est à dire des personnes qui sont plus sensibles à la douleur que d'autres. Ces terrains peuvent être dus à différentes circonstances :
 - Tout d'abord, les personnes qui ont déjà des douleurs périnéales préexistantes. Elles seront plus susceptibles de déclarer une névralgie pudendale puisque leur seuil douloureux est abaissé car les fibres qui transmettent la douleur sont déjà stimulées.
 - Il y a également les fibromyalgiques. Ce sont des personnes qui présentent une pathologie myofasciale généralisée. La pathologie myofasciale est la présence de points douloureux gâchettes à certains endroits du corps. Quand on exerce une pression à ces endroits là, cela déclenche une contracture réflexe et une douleur vive dans le muscle correspondant. Les patientes atteintes de fibromyalgie ont donc un syndrome douloureux généralisé et donc un seuil douloureux abaissé par hypersensibilisation. Ceci explique bien leur prédisposition à déclencher une névralgie pudendale. Les points gâchette de la fibromyalgie sont bien définis. Il y a dix huit points possibles (cf. Annexe 5) mais pour le diagnostic il n'en faut que onze. La fibromyalgie réalise un syndrome douloureux chronique qui s'accompagne fréquemment d'une fatigue générale, de troubles du sommeil, de céphalées. Dans le cinquième cas clinique, la femme est porteuse d'une fibromyalgie.[26-44]

- Les personnes qui ont des antécédents d'abus sexuels ont également des prédispositions à avoir des douleurs chroniques au niveau du périnée. Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont fréquentes, universelles, et relativement mal connues. Les agressions sexuelles représentent un fléau universel et fréquent. Leurs conséquences sont multiples et souvent responsables d'une altération majeure de la qualité de vie ultérieure des victimes. Il semble exister une relation forte entre antécédents d'abus sexuels et douleurs pelvi-périnéales chroniques. Les agressions sexuelles peuvent avoir pour séquelles des douleurs pelvi-périnéales résiduelles. Les conséquences algiques tardives d'un abus sexuel semblent d'autant plus importantes que l'abus sexuel a généré un état de stress post traumatique. Il faut cependant noter que toutes les agressions sexuelles n'ont pas pour conséquence des douleurs chroniques et que toutes les douleurs chroniques pelvi-périnéales n'ont pas pour origine un stress ou un traumatisme antérieur. L'association d'agression sexuelle et de douleur pelvi-périnéale nécessite une prise en charge globale, notamment par psychothérapie.[24-32]
- Les terrains psychologiques fragiles. Effectivement, la souffrance psychologique est souvent liée aux douleurs chroniques en générale et donc également aux douleurs périnéales chroniques. On ne sait pas si c'est la cause ou la conséquence de la douleur, en tout cas c'est très souvent associé. Dans les cinq cas cliniques présentés ci-dessus, trois des femmes souffraient d'une dépression.[14-18]

1.2. Syndrome douloureux complexe régional ou algodystrophie

La douleur pelvi-périnéale chronique est un motif fréquent de consultation en urologie, gynécologie ou gastro-entérologie. La douleur peut en effet s'exprimer au niveau de différents organes (vessie, urètre, rectum, utérus, vagin), dont l'innervation est avant tout dépendante du système nerveux végétatif. Cette douleur est donc très différente des douleurs dépendantes du système nerveux somatique, c'est une forme spécifique de douleur viscérale. Récemment, le terme de syndrome douloureux pelvien chronique a été utilisé pour caractériser un certain nombre de douleurs déroutantes, urologiques ou gynécologiques.

Le syndrome douloureux complexe pelvien concerne des patients qui présentent des symptômes d'hypersensibilisation de plusieurs organes. Ils peuvent s'en plaindre spontanément et cela sera alors particulièrement déroutant pour qui a l'habitude de raisonner en pathologie d'organe. Les patients peuvent aussi n'exprimer qu'un seul symptôme et il faudra systématiquement rechercher les dysfonctionnements des organes de voisinage.

Cette approche globale de syndrome douloureux chronique pelvien a pour avantage de considérer beaucoup plus la douleur pelvienne chronique comme l'expression d'une dysrégulation des mécanismes régulateurs de la douleur pelvienne plutôt que comme l'expression d'une pathologie d'organe.

L'International Continence Society (ICS) a adopté le terme de syndrome de douleur pelvienne chronique pour définir les douleurs pelviennes chroniques associées à des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire, sexuels ou intestinaux.

Ces douleurs peuvent être regroupées sous le terme d'hypersensibilisation, terme clinique simple qui sous-entend l'absence de pathologie locale source d'excès de nociception et qui évoque une modification des seuils de perception de la douleur indépendamment de son origine périphérique ou centrale.

Les éléments cliniques permettant d'évoquer une participation végétative à une douleur pelvienne sont des signes de quatre types :

- cutanéomuqueux comme des troubles vasomoteurs (sensation de froid ou de brûlure) ;
- urinaires comme des sensations de corps étranger intra-urétral ou intra-vésical, des douleurs au remplissage vésical et soulagées à la miction, une pollakiurie ;
- digestifs comme une sensation de corps étranger intra-rectal, des douleurs apparaissant dans les suites de la défécation ;
- gynécologiques comme une allodynie vulvaire, une vestibulite, des douleurs apparaissant après les rapports sexuels ou une sensation de corps étranger intravaginal.

Les femmes qui souffrent de ce dysfonctionnement sympathique qui provoque une diminution du seuil douloureux ont plus de risque de déclencher la symptomatologie douloureuse de névralgie pudendale. Dans le sens inverse c'est également vrai, c'est-à-dire que les femmes douloureuses chroniques ont plus de risque de développer une algodystrophie par excès de stimulation nociceptive. Cette situation se visualise dans l'exposé des cas cliniques n°2, 4 et 5, exposés ci-dessus. Les femmes ont des névralgies pudendales dans un contexte d'hypersensibilisation latente.[23]

1.3. Douleurs à composante musculaire réflexe ou douleurs myofasciales.

L'hypertonie périnéale peut être une explication à un syndrome algique pelvi-périnéal. On peut toujours discuter des facteurs responsables de ces tensions musculaires, mais il est toujours bien difficile d'affirmer qu'elles sont l'origine d'une douleur et non une conséquence réflexe de celle-ci. Toute douleur entraîne des réactions réflexes responsables d'une contraction musculaire.

Une douleur myofasciale est définie par la présence d'un point douloureux gâchette au sein d'un muscle traduisant une hyper irritabilité du muscle ou de son fascia. Cette réaction locale perturbe l'allongement du muscle, contribue à sa faiblesse, génère des douleurs et perturbe le bon équilibre musculaire de la région. La douleur myofasciale est reproductible à chaque examen clinique par pression des points gâchettes. Cependant, le lien de causalité entre syndrome myofascial et algie périnéale ne pourra être établi qu'à posteriori, si les symptômes douloureux et l'hypertonie musculaire ont disparu après le traitement. L'hypertonie périnéale est habituelle dans la plupart des syndromes douloureux pelvi-périnéaux. Elle peut parfois être un élément prépondérant mais, dans tous les cas, elle participe à la douleur et à la pérennisation des cercles vicieux : contracture-douleur. A ce titre, elle mérite d'être recherchée systématiquement à l'examen clinique et traitée.

Dans le deuxième et le cinquième cas cliniques présentés ci-dessus, les femmes souffrent d'un syndrome musculaire pelvien. Elles présentent une névralgie pudendale associée à un syndrome myofascial.[26-46-47]

2. Intérêts pour les sages-femmes de connaître cette pathologie

Les sages-femmes sont des spécialistes du périnée. Elles connaissent son anatomie, sa vascularisation, son innervation, son fonctionnement. Le nerf pudendal est le nerf du périnée. C'est lui qui l'innerve au niveau sensitif et moteur. Il paraît donc normal que les sages-femmes connaissent la pathologie douloureuse de ce nerf.

La névralgie pudendale peut apparaître chez des femmes jeunes, en âge de procréer ou même être déclenchée suite à un accouchement traumatique comme dans les cas cliniques n° 4 et 5. Etant donné que c'est une pathologie encore peu connue, il me semble important d'informer les professionnelles. Le tableau clinique de la névralgie pudendale est assez simple et le diagnostic est avant tout clinique. Il s'agit d'une femme qui se présente avec des douleurs au niveau de la zone d'innervation du nerf pudendal, qui augmentent en position assise, non insomniantes et sans déficit sensitif du périnée.

Il est important d'écouter la plainte douloureuse, de l'identifier et de diriger cette femme vers un centre anti-douleur où elle sera prise en charge. Ce qui est également frappant dans les cas cliniques exposés plus haut, ce sont les parcours souvent très longs de ces femmes allant de professionnels en professionnels avant que le diagnostic de névralgie pudendale ne soit posé. Plus les professionnels seront informés, plus le temps d'errance diagnostique des personnes souffrant de cette pathologie va se raccourcir et donc plus une prise en charge adaptée sera mise en place rapidement.

La sage-femme a une place en post-partum dans la reconnaissance des étirements du nerf pudendal lors du testing des releveurs de l'anus et peut prendre en charge la rééducation périnéale.

Conclusion

La névralgie pudendale est une pathologie peu connue mais qui mériterait de l'être beaucoup plus. Ce ne sont pas des douleurs exceptionnellement rares et elles peuvent survenir chez des femmes de tout âge. Il me semble qu'une information soit nécessaire pour que le plus de personnels soit au courant des signes cliniques, du diagnostique et puisse ainsi orienter les femmes vers des centres spécialisés dans la lutte anti-douleur le plus rapidement possible. Cela éviterait l'errance, souvent de plusieurs années, avec une altération majeure de la qualité de vie de ces femmes. Une prise en charge adaptée serait mise en place plus rapidement. Avoir mal quelques mois est déjà très difficile mais plusieurs années cela devient intolérable.

Le tableau clinique typique est une douleur siégeant dans le territoire du nerf pudendal, se majorant en position assise d'autant plus que le siège est dur, non insomniante, non soulagée par les antalgiques habituels périphériques et sans déficit sensitif du périnée.

Les facteurs déclenchants peuvent être une chirurgie comme une hystérectomie, une chirurgie de la vulve ou suite à un accouchement. Cette pathologie peut se déclarer à la suite d'un traumatisme direct du nerf, lors d'une intervention chirurgicale par exemple, mais peut également se déclarer sans qu'il y ait un traumatisme direct et dans ce cadre, entrer dans un ensemble douloureux souvent plus complexe. Elle peut être le reflet d'un conflit sous-jacent qui ne s'exprimait pas ou être comprise dans une pathologie douloureuse plus globale comme une hypersensibilisation végétative ou algodystrophie ou comme dans un syndrome myofascial. Il existe très fréquemment un terrain psychique particulier.

Le traitement consiste principalement à libérer chirurgicalement le nerf pudendal lorsqu'il y a une compression.

Il s'agit d'une maladie chronique qui provoque un handicap au niveau professionnel, social et sexuel. Il faut savoir écouter les femmes douloureuses et leur proposer une prise en charge adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DE PERIODIQUES

1. AMARENCO G., LANOE Y., PERRIGOT M., et al. Un nouveau syndrome canalaire : la compression du nerf honteux interne dans le canal d'Alcock ou paralysie périnéale du cycliste. *La Presse Médicale*. 1987 ; 16 : 399.
2. AMARENCO G., LANOE Y., GHASSIA R.T., et al. Syndrome du canal d'Alcock et névralgie périnéale. *La Revue de Neurologie*. (Paris). 1988 ; 144 : 523-526.
3. AMARENCO G., LE COCQUEN-AMARENCO A., KERDRAON J., et al. Les névralgies périnéales. *La Presse Médicale*. 1991 ; 20 : 71-74.
4. AMARENCO G., KERDRAON J. Syndrome du canal d'Alcock et névralgies périnéales. *Lyon Chirurgical*. 1993 ; 89 : 179-182.
5. AMARENCO G., SAVATOVSKY I., BUDET C., et al. Névralgies périnéales et syndrome du canal d'Alcock. *Annales d'Urologie*. 1989 ; 23 : 488-492.
6. AMARENCO G., KERDRAON J., LANOE Y., et al. Les neuropathies périnéales d'étirement. *Annales de Réadaptation et de Médecine physique*. 1990 ; 33 : 5-12.
7. AMARENCO G. Explorations électrophysiologiques périnéales. *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale ; Neurologie ; tome 2 ; 17-030-C-10* : 8.
8. AMARENCO G., BAYLE B., SHEIK ISMAEL S. Les névralgies périnéales. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 12-14.
9. BAUDE C., GALAUP J.P., BERNARD G., et al. Traitement de la névralgie ano-périnéale par bloc tronculaire du nerf honteux interne. *Lyon Chirurgical*. 1993 ; 89 : 188-189.

10. BAUTRANT E., DE BISSCHOP E., VAINI-ELIES V., et al. La prise en charge moderne des névralgies pudendales. A partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2003 ; 32 :705-712.
11. BAUTRANT E., DE BISSCHOP E., POMEL C. et al., Comprendre et traiter les douleurs pelvi-périnéales chroniques : le modèle de la névralgie pudendale. *Pelvimag*. 2006 ; 55 :8-11.
12. BECO J., Décompression complète du nerf pudental par voie périnéale. *Pelvimag*. 2006 ; 55 : 17-18.
13. BENSIGNOR M., Blocs du périnée. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 15-17.
14. BENSIGNOR M., Douleurs périnéales : la relation médecin-malade. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 31-34.
15. BENSIGNOR M., LABAT J.J., ROBERT R., GUERINEAU M., Prise en charge médicale des douleurs périnéales, *Kinésithérapie Scientifique*. 2003 ; 434 : 21-26.
16. BENSIGNOR-LE-HENAFF M., LABAT J.J., ROBERT R., et al. Douleur périnéale et souffrance des nerfs honteux internes. *Agressologie*. 1991 ; 32 : 277-279.
17. BENSIGNOR-LE-HENAFF M., LABAT J.J., ROBERT R., et al. Douleur périnéale et souffrance des nerfs honteux internes. *Douleur et Analgésie*. 1990 ; 3 : 99-101.
18. CHEVRET-MEASSON M., Approche psychologique des douleurs périnéales de la femme : quelques réflexions. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 29-30.
19. DE BISSCHOP E., BAUTRANT E., Nouveaux concepts d'explorations électrophysiologiques du nerf pudental dans le cadre de la névralgie pudendale. *Pelvimag*. 2006 ; 55 : 12-14.

20. DUHAMEL J., GARRIGUES J.M., ROMAND-HEUYER Y., et al. Algies ano-rectales essentielles. Formes atypiques. *La semaine des Hôpitaux de Paris*. 1982 ; 58 : 381-396.
21. GRANDJEAN J.P. Douleurs ano-périnéales par étirement nerveux. *Lyon Chirurgical*. 1993 ; 89 : 176-178.
22. GUERINEAU M., BENSIGNOR M., LABAT J.J., ROBERT R., Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapeute. *Kinésithérapie scientifique*. 2003 ; 434 : 33-42.
23. JANICKI, THOMAS I., Chronic Pelvic Pain as a Form of Complex Regional Pain Syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2003; 46: 797-803.
24. LABAT J.J., Conséquences pelvi-périnéales des abus sexuels. *Pelvi-Périnéologie*. 2006 ; 1 : 264.
25. LABAT J.J., Douleurs pelvi-périnéales : la jungle des mots. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 8-11.
26. LABAT J.J., GUERINEAU M., Composante musculo-tendineuse des algies périnéales. *Correspondances en pelvi-périnéologie*. 2001 ; 1 : 24-28.
27. LABAT J.J., ROBERT R., BENSIGNOR M., et al. Les névralgies du nerf pudendal (honteux interne). Considérations anatomo-cliniques et perspectives thérapeutiques. *Journal d'Urologie*. 1990 ; 96 : 239-244.
28. LABAT J.J., RIGAUD J., ROBERT R., RIAANT T. Les douleurs neuropathiques somatiques pelvi-périnéales. *Pelvi-Perineologie*. 2006 ; 1: 100-112.
29. LABAT J.J., ROBERT R., BENSIGNOR M., BUZELIN J.M. Les douleurs périnéo-scrotales essentielles. *Le Concours Médical*. 1991 ; 19 : 114-117.
30. LABAT J.J., ROBERT R., BENSIGNOR M., GUERINEAU M., Approche clinique des algies périnéales, *Kinésithérapie Scientifique*. 2003 ; 434 : 7-20.

31. LUCOT J.P., COSSON M., Decompression du nerf pudendal par voie transischiorectale. *Pelvimag*.2006 ; 55 : 15-16.
32. Riant T., LABAT J.J., RIGAUD J., Douleurs pelvi-périnéales chroniques et antécédents d'agression(s) sexuelle(s). Quelles conséquences thérapeutiques ? *Pelvi-Périnéologie*. 2006 ; 1 : 272-280.
33. ROBERT R., BRUNET C., FAURE A., et al. La chirurgie du nerf pudendal lors de certaines algies périnéales : évolution et résultats. *Chirurgie*. 1993 ; 119 : 535-539.
34. ROBERT R., LABAT J.J., LEHUR P.A., et al. Réflexions cliniques, neurophysiologiques et thérapeutiques à partir de données anatomiques sur le nerf pudendal (honteux interne) lors de certaines algies périnéales. *Chirurgie*. 1989; 115: 515-520.
35. ROBERT R., LABAT J.J., BENSIGNOR M., et al. Decompression and Transposition of the Pudendal Nerve in Pudendal Neuralgia : A Randomized Controlled Trial and Long-Term Evaluation. *European Urology*. 2005 ;47: 403-408.
36. ROBERT R., LABAT J.J., BENSIGNOR M., et al. Bases anatomiques de la chirurgie du nerf pudendal. *Lyon Chirurgical*. 1993 ; 89 : 183-187.
37. ROBERT R., BENSIGNOR M., LABAT J.J., et al. Le neurochirurgien face aux algies périnéales : guide pratique. *Neurochirurgie*. 2004 ; 50 : 533-539.
38. ROBERT R., BENSIGNOR M., LABAT J.J., La chirurgie du nerf pudendal. *Kinésithérapie scientifique*. 2003 ; 434 : 27-31.
39. SULTAN A.H., KAMM M.A., HUDSON C.N. Pudendal nerve damage during labour : prospective study before and after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1994; 101: 22-28.
40. TURNER M.C., MARINOFF S.C. Pudendal neuralgia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991; 165: 1233-1236.

LIVRE

41. LAPLANE D. Diagnostic des lésions nerveuses périphérique, Les cahiers Baillière, édition J. B. Baillière, 2^{ème} édition, Paris, 1977.

OUVRAGES COLLECTIFS

42. BENSIGNOR M., LABAT J.J., ROBERT R. Neuropathies pudendales. *Pelvi-périnéologie*. Ed. par BLANC B., SIPROUDHIS L. Paris : Springer-Verlag, 2005, 363-366.

43. LABAT J.J., GUERINEAU M., BENSIGNOR M., ROBERT R. Composantes pariétales et musculo-squelettiques des algies pelvi-périnéales. *Pelvi-périnéologie*. Ed. par BLANC B., SIPROUDHIS L. Paris : Springer-Verlag, 2005, 367-378.

44. LABAT J.J., GUERINEAU M. Hypertonie périnéale et douleur : physiopathologie et traitements. *L'hypertonie périnéale*. Ed. par LABAT J.J., Société Internationale Francophone d'Urodynamique, Puteaux : éditions DaTeBe S.A.S, 2004, 139-152.

THESE

45. DESCHAMPS, Cédric

La neurolyse transposition du nerf pudendal dans les névralgies pudendales : étude rétrospective à propos de 158 patients opérés.

Thèse de Médecine : Nantes : 2002 : 118 p.

CONGRES

46. Congrès de la Société Internationale Francophone d'UroDynamique (28 : 2005 : Nantes)
LABAT J.J., ROBERT R., GUERINEAU M., RIAANT T. Algies pelvi-périnéales chroniques : une approche globale. p. 124-167.

ANNEXE 1

	Cas clinique n°1	Cas clinique n°2	Cas clinique n°3
Année de naissance	1954 et début des douleurs à 48 ans	1945 et début des douleurs à 62 ans	1965 et début des douleurs à 31 ans
Facteurs de risques	Dépression nerveuse	Dépression Syndrome myofascial	Dépression
Elément déclencheur	Hystérectomie par voie vaginale en 2002	Hystérectomie par voie abdominale en 2002	Chirurgie vulvaire pour une bartholinite subaiguë en 1996
Symptômes	Douleurs périnéales droites, à type de brûlures, déclenchées par la position assise, calmée en station debout, en décubitus, et en position assise sur la cuvette des toilettes.	Douleurs localisées en paralabial gauche qui débute au niveau de l'urètre et irradie dans la partie postérieure de la grande lèvre, quotidiennes, non insomniantes, se majorant au cours de la journée en position assise.	Douleurs permanentes, insomniantes, à type de tiraillement, de pincements, de brûlure, au niveau vaginal et vulvaire allant de l'hémivulve postérieure droite au clitoris. Elle ne peut rester assise plus de deux heures
Examen clinique		L'examen neurologique des membres inférieurs et du périnée est normal sur le plan moteur et sur le plan sensitif. Elle présente un syndrome musculaire pelvien bilatéral.	L'inspection de la vulve, retrouve un aspect blanchâtre à la face interne de la petite lèvre droite, correspondant au greffon de la peau inguinale. La vulve est déviée à gauche alors que le méat urinaire est dévié à droite. La partie inférieure du greffon de la petite lèvre est nécrosé. Une zone rouge avec des fissures est présente sur la partie droite du vestibule. Il existe des troubles sensitifs.
Durée de la Symptomato­logie	De 2002 à 2004: 2 ans et demi	De 2002 à 2006 : 4 ans	De 1996 à 2004: 8 ans
Signes associés		Pollakiurie, alternance de diarrhée et de constipation Sensation de corps étranger intravaginal, allodynie, pollakiurie, dyspareunie	Dyspareunies ayant entraîné un arrêt complet des rapports, allodynie majeure au niveau vulvaire avec l'impossibilité de porter des serviettes hygiéniques.

Examens complémentaires	Electromyogramme et mesure des conductions nerveuses motrices qui ont permis de conclure à une atteinte neurogène.	IRM abdominale normale	Echographie pelvienne normale en 1996
Traitements	<p>Médicaments: TEGRETOL®, DEROXAT®, NEURONTIN 800®, LAROXYL®, SKENAN10mg®</p> <p>Infiltrations: en fev. et en oct. 2003 --> échec.</p> <p>Chirurgie : nov.2003 libération du nerf pudendal --> échec ; mars2004</p> <p>Reprise chirurgicale pour libération du nerf bloqué dans une fibrose très dense --> échec</p>	<p>Kinésithérapie --> peu efficace.</p> <p>En fev.2005 Chirurgie d'exérèse de névrome sur le nerf ilio-inguinal et changement de la symptomatologie douloureuse</p> <p>Médicaments : STABLON®, ZAMUDOL®, LYRICA®.</p> <p>2 infiltrations : 1 en sept.2005 - > effet partiel ; 1 en mars2006 - --> échec</p> <p>Chirurgie de libération transposition du nerf pudendal gauche --> diminution des douleurs</p> <p>1 infiltration en aout2006 qui a été efficace</p> <p>TENS</p>	<p>Médicaments: LAROXYL®, RIVOTRIL®, NEURONTIN® et de la XYLOCAINE® locale</p> <p>4 interventions chirurgicales de vulvo-plastie de juin à octobre 2001</p>
Evolution	Les douleurs ne se sont pas calmées depuis deux ans et demi. Aucun traitement n'a fonctionné. Une neurostimulation externe par Tens a été mise en place en fev.2005	Les douleurs sont toujours présentes mais leur topographie a encore changé. Maintenant elles se situent plus basses en sous et endo-ischiatique. Elle a probablement une souffrance dans le territoire du nerf clunéal, il faudrait l'infiltrer à ce niveau.	Une nouvelle intervention chirurgicale de vulvo-périnéoplastie était envisagée. Rien à propos de ses douleurs.

	Cas clinique n°4	Cas clinique n°5
Année de naissance	1949 et début des douleurs 34 ans	1971 et début des douleurs à 23 ans
Facteurs de risques	Décompensation émotionnelle --> hospitalisée en psychiatrie	Suspicion de fibromyalgie ou de Gougerot Sjögren.
Élément déclencheur	Récidive d'une déchirure périnéale opérée en 1983.	Début des douleurs quelques mois après son deuxième accouchement, imputé à la cicatrice d'épisiotomie.
Symptômes	Douleurs au niveau du périnée qui débute au pubis et irradie à droite vers la grande lèvre, la face interne de la cuisse, de la fesse, ainsi qu'au niveau de l'ischion. La douleur n'a pas de caractère postural bien net, cependant elle est aggravée sur les sièges durs et plutôt améliorée en position couchée.	Douleur localisée au niveau de la région périnéale avec irradiation au niveau de la fesse droite. Douleur initialement présente qu'après les rapports sexuels, le vélo entraîne une douleur plus vive. Pas vraiment de circonstances déclenchantes mais globalement elle est mieux couchée.
Examen clinique	Pas de déficit sensitif au niveau du périnée. Douleurs vives à la palpation du coccis. Au toucher rectal pas de douleur très élective au voisinage de l'épine sciatique	Pas de déficit sensitif du périnée. Au toucher rectal on déclenche une douleur à la palpation de l'épine sciatique. Douleurs myofasciales majeurs à la palpation des muscles piriformes, obturateurs internes.
Durée de la symptomatologie	De 1983 à 2006 : 23 ans, mais 17 ans d'attente avant d'aller consulter un médecin pour ses douleurs.	De 1994 à 2006 : 12 ans.
Signes associés	Cystalgie. Douleurs en fin de remplissage vésical, soulagée par la miction, pollakiurieHypersensibilisation vésicale.	Dyspareunies, douleurs augmentées en périodes menstruelles, sensations de corps étranger intravaginal.
Examens complémentaires	Examen électrophysiologique peu altéré. Scanner en 1997 qui montrait une zone cicatricielle intéressant le trajet de la branche antérieure du nerf pudendal.	L'examen électrophysiologique confirme l'existence d'une atteinte du nerf pudendal droit. Echographie endovaginale normale IRM pelvienne normale..
Traitements	Cathéter péri-dural avec injection de MARCAINE® 3 infiltrations : 2 au début 1998 qui étaient positives, et 1 en juin 1998 positive également.	Médicaments : RIVOTRIL® Infiltrations : 1 en sept.2005, 1 en jan.2006 et 1 en fev.2006 qui ont été efficaces. Infiltration en Dec.2006 de la chaîne sympathique lombaire : effet partiel.

Evolution	Première prise en charge en 1998 qui l'a améliorée, puis en 2006 aggravation qui l'a amenée à reconsulter. Contexte d'hypersensibilisation végétative majeure. Proposition de prise en charge antalgique globale dans le cadre d'une unité anti-douleur.	Il y a une hypersensibilité locale, il faudrait dans un premier temps réaliser une prise en charge antalgique du terrain afin de diminuer le seuil douloureux.
-----------	--	--

ANNEXE 2.

Echelle diagnostique d'une douleur neuropathique [46]

Questionnaire DN4

Interrogatoire du patient

Question 1: la douleur présente-t-elle une ou plusieurs caractéristiques suivantes?

1. brûlure
2. sensation de froid douloureux
3. décharges électriques

Question 2: la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

4. fourmillements
5. picotements
6. engourdissements
7. démangeaisons

Examen du patient

Question 3: la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence:

8. hypoesthésie au tact
9. hypoesthésie à la pique

Question 4: la douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

10. le frottement

OUI = 1 point

NON = 0

ANNEXE 3

Le contexte

- algie pelvi-périnéale évoluant depuis plus de six mois, sans explication aux multiples examens déjà réalisés.

Le préalable

- bien différencier ce qui est de l'analyse de la douleur et ce qui témoigne de son retentissement personnel
- recadrer la consultation systématiquement dans cet objectif
- préciser l'absence de traitement magique

Histoire de la maladie

- refaire préciser le mode d'installation de la douleur (aigu, progressif, circonstances déclenchantes)
- savoir si elle s'est modifiée de façon importante mais éviter à ce stade, de se laisser entraîner dans l'historique de tous les événements secondaires

Préciser le type de la douleur : neurologique ou hypersensibilisation viscérale ?

Territoire neurologique :

NERF PUDENDAL : DU CLITORIS OU DE LA VERGE À L'ANUS

- aggravée en station assise ? (névralgie pudendale ?)
- hypersensibilité au contact local ? (vestibulodynie ?)

NERF CUTANÉ POSTÉRIEUR DE LA CUISSE :

FESSE, LATÉRO-PÉRINÉALE ET MEMBRE INFÉRIEUR

INGUINO-GÉNITALE OU TESTICULAIRE ISOLÉE :

- antécédent de chirurgie, cicatrice sur les trajets nerveux ? (atteintes tronculaires ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral)
- avec douleurs projetées au niveau lombo-sacré et trochanter : syndrome de la charnière thoraco-lombaire

Sans territoire neurologique mais avec manifestation d'hypersensibilisation :

VÉSICALE

- douleurs au remplissage vésicale, soulagées par la miction : cystoscopie sous AG

VULVAIRE

- hypersensibilité au moindre contact vulvaire : vestibulodynies ?

DOULEURS AGGRAVÉES APRÈS LA DÉFÉCATION

- névralgies pudendales ?

DOULEURS PELVIENNES INFLUENCÉES PAR LE CYCLE

- endométriose ?

DOULEURS SOULAGÉES PAR LA DÉFÉCATION

- syndrome de l'intestin irritable ?

L'examen clinique à la recherche de points douloureux

AU NIVEAU DE LA FESSE

- obturateur interne : au milieu de la fesse, à hauteur du grand trochanter
- piriforme : 5 cms plus haut
- coccyx (coccygodynies ?)

ENDOISCHIATIQUE

- superficiel : nerf clunéal inférieur
- en profondeur : obturateur interne

RACHIS THORACO-LOMBAIRE

- douleurs articulaires postérieurs du rachis thoraco-lombaires
- cellulagie paravertébrale au pincer-rouler
- myalgie à la pression métamérique : sous costale, crête iliaque, région inguinal
- hypersensibilité à la palpation testiculaire
- réflexe crémasterien : L1

AU TOUCHER RECTAL

- au niveau du sphincter anal et du pubo-rectal
- à l'épine sciatique : nerf pudendal ? Ischio-coccygiens ? Ligament sacro-épineux ?
- sur l'obturateur interne : nerf pudendal ? Muscle obturateur interne ?

DOULEURS À LA PALPATION DE LA PAROI ABDOMINALE ?

POINTS DOULOUREUX DE FIBROMYALGIE ?

Quantification et retentissement comportemental de la douleur

- échelle visuelle analogique
- conséquences sur les activités de vie quotidiennes, professionnelles, sur les relations familiales, sur la sexualité
- facteurs d'amélioration ?
- facteurs d'aggravation ?
- Attente du sujet : reconnaissance ? amélioration ? Guérison ? Geste salvateur ?

Orientation thérapeutique primaire

Points douloureux musculaires :

- kinésithérapie

Brûlures, points douloureux multiples, hypersensibilisation viscérale :

- antiépileptiques et antidépresseurs tricycliques
- en précisant au patient que l'objectif est de diminuer l'excitabilité des cellules du système nerveux qui participe à la mémoire de la douleur

Focalisation neurologique :

- brûlures, paresthésies, décharges électriques dans un territoire neurologique :
- infiltrations avec blocs anesthésiques et corticoïdes,
- neurostimulation transcutanée.

ANNEXE 4

Questionnaire remis aux femmes avant la consultation [46]

ECHELLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR PERINEALE

Nom:

Prénom

Date:

Etant donné les fluctuations de la douleur d'un jour à l'autre, vous devez répondre en référence aux situations les plus habituelles (ou en moyenne)

<i>Répondre aux questions suivantes en mettant un trait vertical sur l'échelle horizontale</i>	
Intensité MAXIMALE de votre douleur dans la journée (entre 0 et maximum tolérable)	
Intensité MINIMALE de votre douleur dans la journée (entre 0 et maximum tolérable)	
temps (en heures) de la journée pendant lequel vous souffrez :	
Au bout de combien de temps (en minutes) de station assise, votre douleur apparaît-elle ?	
Combien de temps (en minutes) pouvez vous rester assis de façon « normale » ?	
Comment qualifiez-vous votre altération de qualité de vie:	
A quel pourcentage estimez vous « l'empêchement » lié à votre douleur (limitation d'activités)	
Comment qualifiez-vous l'altération de votre sexualité:	

ANNEXE 5

Les 18 points gâchettes pour faire le diagnostic de la fibromyalgie [44]

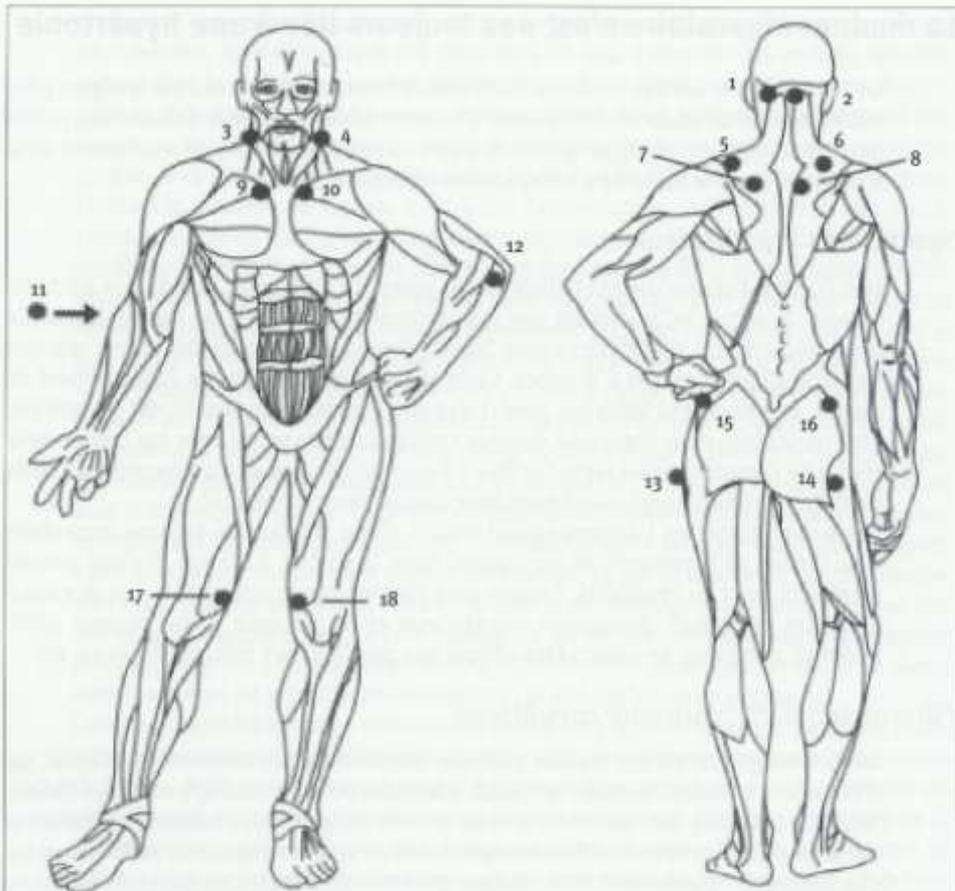


Figure 1. Points sensibles de la fibromyalgie définis par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1999 (12), avec une pression digitale d'une force d'environ 4 kg.

1, 2 - Occiput : bilatéral, à l'insertion du muscle sous-occipital.

3, 4 - Cervical bas : bilatéral, situé antérieurement en regard des espaces intertransversaires entre C5 et C7.

5, 6 - Trapèze : bilatéral, au milieu du bord supérieur.

7, 8 - Sus-épineux : bilatéral, à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne.

9, 10 - Deuxième côte : bilatéral, à la jonction du deuxième cartilage chondrocostal, juste à côté des jonctions sur les surfaces supérieures.

11, 12 - Épicondyle latéral : bilatéral, à 2 cm de distance des épicondyles.

13, 14 - Fessier : bilatéral, dans le quart supéro-externe de la fesse, dans l'enveloppe antérieure du muscle.

15, 16 - Grand trochanter : bilatéral, au niveau de la proéminence postérieure du trochanter.

17, 18 - Genoux : bilatéral, au niveau du coussinet graisseux de l'interligne interne proximale.

RESUME

La névralgie pudendale est une pathologie douloureuse chronique périnéale. Elle est dû à une compression du nerf pudental qui peut se situer à différents niveaux. C'est une pathologie qui touche principalement les femmes et qui provoque un handicap au niveau professionnel, social et sexuel. Le tableau clinique typique est une douleur située dans le territoire d'innervation du nerf pudental, majorée en position assise, non insomniante, sans déficit sensitif du périnée et résistante aux antalgiques habituels périphériques. Le diagnostic est principalement clinique et confirmé par une infiltration d'anesthésique local. Le traitement peut être médicamenteux, kinésithérapique mais surtout chirurgical. Cette douleur peut survenir dans les suites d'une intervention chirurgicale gynécologique ou d'un accouchement. Cela peut être dû à un traumatisme direct du nerf mais pas nécessairement. Une compression asymptomatique du nerf qui ne s'exprimait pas peut être révélée suite à un geste chirurgical surtout quand certains facteurs de risques sont présents comme une fragilité du nerf préexistante ou un terrain d'hypersensibilité dû par exemple à une douleur périnéale préexistante, une fibromyalgie, un antécédent d'abus sexuel ou un terrain psychologique fragile. La névralgie pudendale peut également s'intégrer dans un ensemble douloureux plus complexe comme une algodystrophie ou un syndrome myofasciale.

Mots clés : névralgie pudendale, nerf pudental, douleur périnéale chronique