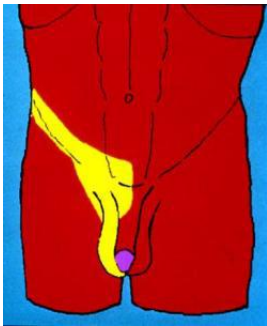


**Névroalgies pelvi-périnéales à topographie antérieure douloureuse :**  
**Névroalgies ilio-inguinale, ilio-hypogastrique, génito-fémorale,**  
**Névroalgie obturatrice, cruralgie,**  
**Syndrome thoraco-lombaire**

Névroalgies pelvi-périnéales à topographie antérieure douloureuse : les douleurs sont neuropathiques avec des douleurs de fond à type de brûlures, parfois des douleurs paroxystiques de type électrique dans un territoire neurologique systématisé. Les douleurs se situent sur le trajet des nerfs innervant la paroi abdominale basse : pli de l'aîne, pubis, cuisse, testicule chez l'homme, grandes lèvres chez la femme. Ces douleurs concernent les nerfs :

**1) Nerf ilio-hypogastrique, nerf ilio-inguinal, nerf génito-fémoral, ces nerfs sont issus des racines lombaires L1, L2 :**

- Territoire des douleurs : pli de l'aîne, pubis, grande lèvre chez la femme et testicule chez l'homme, urètre proximal, partie supérieure et interne de la cuisse
- *Facteurs positionnels aggravants* : position assise, vêtements serrés



En jaune, le territoire des douleurs à topographie antérieure

**2) Nerf obturateur, nerf issu des racines lombaires L2, L3 :**

- Territoire des douleurs : face antéro-interne de la cuisse, voire aîne et hanche.
- *Facteurs positionnels aggravants* : appui monopodal du côté atteint, hyperflexion de hanche, la marche, boiterie par esquive du pas du fait de la douleur, la position assise pouvant majorer ou calmer la douleur

**3) Nerf fémoral (ou nerf crural), nerf issu des racines lombaires L3, L4**

- Territoire des douleurs : face antérieure de la cuisse.

**Etiologie**

- Les **étiologies myofasciales** : les contractures myofasciales des muscles psoas, souvent en synergie avec une hypertonie du muscle droit fémoral, peuvent irriter, en tout ou en partie, les racines nerveuses et occasionner des douleurs sur le territoire d'un ou plusieurs de ces nerfs (nerf ilio-hypogastrique, nerf ilio-inguinal, nerf génito-fémoral, nerf obturateur, nerf fémoral).
- un **syndrome thoraco-lombaire** (syndrome de Maigne) avec des douleurs projetées dans ce même territoire pli de l'aîne, pubis, cuisse et parfois aussi lombaire et fesse
- Les **étiologies traumatiques** : souvent induite par un traumatisme chirurgical abdominal, il s'agit dans ce cas d'une **douleur chronique post-opératoire** (DCPO)

Premier diagnostic à évoquer lors d'un antécédent chirurgical même ancien, devant des douleurs associées à des troubles de la sensibilité avec des dysesthésies, une hypoesthésie, voire une anesthésie dans le territoire du nerf concerné et une hyperalgésie (allodynie mécanique à l'effleurement). Les douleurs sont neuropathiques avec des douleurs de fond à type de brûlures, parfois des douleurs paroxystiques de type électrique dans un territoire neurologique systématisé. Ces douleurs surviennent soit en postopératoire immédiat ou différée de quelques jours (névrome local), soit à distance (les nerfs sont laminés par la fibrose cicatricielle). Il est nécessaire de réaliser en première intention une imagerie pelvienne et rachidienne pour éliminer une cause compressive tumorale pelvienne ou une compression radiculaire rachidienne dont la prise en charge sera spécifique.

**Les névralgies inguino-génitales dans le territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique ou le nerf genito-femoral** devant des douleurs du pli de l'aîne, pubis, cuisse, testicule chez l'homme et grandes lèvres chez la femme, par exemple, après une cure de hernie inguinale ; Ces douleurs peuvent concerner également **le nerf femoro-cutané ou cutané latéral de cuisse** avec alors des douleurs au niveau de la face externe de la cuisse et de la fesse.

Chez un patient avec un antécédent chirurgical avec un tableau clinique évocateur, l'examen clinique doit rechercher une zone gâchette au niveau de la cicatrice, des dysesthésies, une hypo ou anesthésie dans le territoire du nerf.

Un test anesthésique à visée diagnostique est à réaliser, scanoguidé ou sous échographie, sur le trajet nerveux dans l'épaisseur de la paroi abdominale ou bien au niveau du point gâchette déclenchant la douleur s'il y en a un, avec évaluation de la douleur (EVA ou EN) avant et immédiatement après l'infiltration anesthésique. Le test anesthésique est positif si diminution d'au moins 50 % des douleurs, le temps des anesthésiques locaux. La positivité du test anesthésique confirme l'atteinte du nerf. Une reprise chirurgicale est alors indiquée pour lever le conflit nerveux surtout si la chirurgie est récente.

**Les névralgies obturatrices** devant des douleurs dans le territoire du nerf obturateur (douleur de la région inguinale et de la face antéro-interne de la cuisse descendant jusqu'au niveau de la face interne du genou), sans déficit sensitif, ni moteur dans le territoire du nerf obturateur, mais des dysesthésies au toucher dans le territoire du nerf obturateur. Elles sont essentiellement dues à des **causes traumatiques** : iatrogénique suite à une intervention chirurgicale pelvienne (chirurgie d'hernie inguinale, chirurgie d'incontinence urinaire avec pose de bandelette sous urétrale TVT ou TOT, ou de prolapsus avec prothèse, ou après une chirurgie pelvienne compliquée d'un important hématome postopératoire), après un traumatisme du bassin avec une fracture du cadre obturateur, après un accouchement ; lors de hernie obturatrice ou lors de la pratique intensive du sport ; plus rarement par syndrome canalaire du nerf obturateur par une compression du nerf dans sa traversée du foramen obturé par le muscle obturateur interne.

Le diagnostic de névralgie obturatrice est confirmé dans tous les cas par un test d'infiltration anesthésique sélective du nerf obturateur par voie postérieure, scanoguidé, avec une évaluation de la douleur avant et immédiatement après

l'infiltration. Le test anesthésique est positif si diminution d'au moins 50 % des douleurs, le temps des anesthésiques locaux. La positivité du test anesthésique permet d'affirmer qu'il s'agit d'une atteinte du nerf. Une reprise chirurgicale est alors indiquée pour lever le conflit nerveux surtout si la chirurgie est récente.

### **Qu'est-ce qu'une infiltration test ?**

Une infiltration test d'un nerf ou « bloc test » consiste à venir endormir le nerf présumé à l'origine des douleurs à l'aide de produits anesthésiants et une aiguille à l'endroit précis de la douleur, voire d'une zone gâchette déclenchant la douleur, ou bien à l'endroit précis où l'on sait qu'il est le plus fréquemment contraint par certaines structures anatomiques.

La localisation précise de l'infiltration doit être contrôlée par une image (scanner ou échographie) de l'infiltration avec produit de contraste. Comme chez le dentiste, l'effet de l'infiltration test ne dure que quelques heures. Il est donc primordial d'évaluer les douleurs en position assise au décours immédiat de l'infiltration.

Une feuille d'auto-évaluation vous sera remise.

### **Est-ce que l'infiltration du nerf va me soulager ?**

L'objectif principal d'une infiltration test d'un nerf n'est pas de traiter la douleur mais de s'assurer que la douleur vient bien du nerf en question. On peut s'attendre à une diminution franche des douleurs dans les 2 à 6H suivant l'infiltration. Seul 13% des patients ont un soulagement sur le long terme. Dans la grande majorité des cas, les douleurs réapparaissent après quelques heures.

Pour les Infiltrations de nerfs du périnée, les corticoïdes ont été abandonnés en raison de l'absence de bénéfice supplémentaire démontré par rapport à l'utilisation d'anesthésiant seul.

### **Quel traitement ?**

Lors de douleur post-opératoire, une reprise chirurgicale est alors indiquée pour lever le conflit nerveux surtout si la chirurgie est récente, sans permettre d'assurer une amélioration complète des douleurs.

Le traitement peut être d'utiliser un topique local type LIDOCAÏNE 5 % patch ou VERSATIS mais hors AMM

Les traitements des douleurs neuropathiques qui peuvent aussi être associés du fait d'un mécanisme d'action différent : GABAPENTINE ; DULOXÉTINE ou VENLAFAXINE

En centre de la douleur, devant les douleurs rebelles : topique par CAPSAÏCINE

Compte tenu de répercussions majeures de ces douleurs sur la qualité de vie (professionnelle, psychologique, sexuelle...), une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée : kinésithérapie, médicaments de la douleur neuropathique, neurostimulations par TENS, psychothérapie cognitivo-comportementale.

**Pour échanger avec d'autres patients** [association AINP https://www.association-ainp.com/](https://www.association-ainp.com/)