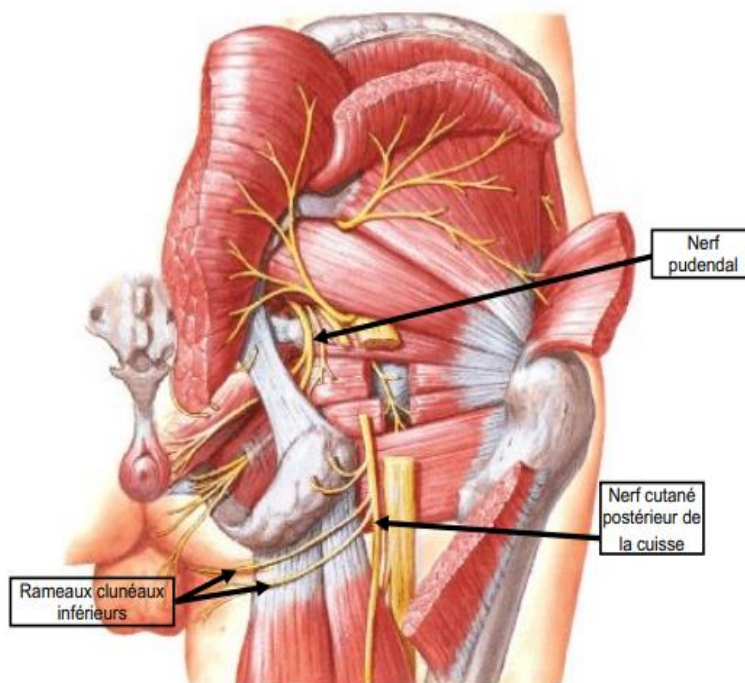
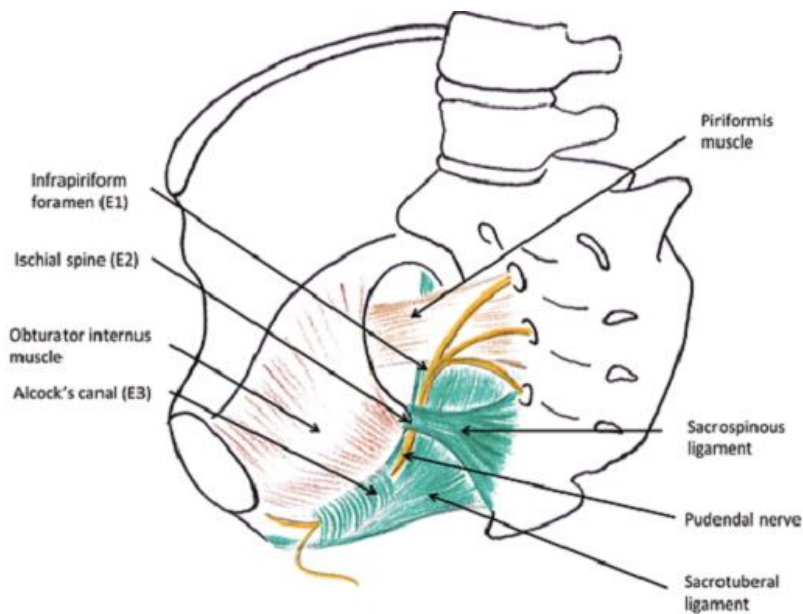


Néuralgie pudendale

Le nerf pudendal est l'un des nerfs principaux qui innervent le périnée, c'est-à-dire la zone intime entre le clitoris et l'anus chez la femme et entre le gland et l'anus chez l'homme.

Les névralgies pudendales sont habituellement en rapport avec une compression du nerf durant son trajet dans différents tunnels qu'il traverse (syndrome canalaire). La compression peut se situer à différents niveaux : conflits d'origine ligamentaire (pince entre 2 ligaments pelviens : sacro-tubéral et sacro-épineux), sous le muscle piriforme, ou encore dans une structure canalaire aponévrotique (enveloppe fibreuse autour du muscle obturateur interne ou canal d'Alcock).



En cas de névralgie pudendale par syndrome canalaire des douleurs sont déclenchées ou très nettement majorées par la **position assise** et sont soulagées par la position debout ou sur le siège des toilettes. Elles **ne réveillent pas la nuit**. Il n'y a **pas de trouble de la sensibilité** du périnée, les urines sont perçues pendant la miction, idem pour les selles et les gaz. Lorsque ces critères cliniques

sont remplis, une infiltration anesthésique être faite afin de vérifier le diagnostic. Ces caractéristiques ont été appelées **Critères de Nantes** pour faire le **diagnostic de névralgie pudendale par syndrome canalaire** (= compression du nerf durant son trajet). Le diagnostic est donc clinique et confirmé par **l'infiltration test anesthésique**. Les autres examens (EMG ou imagerie par Scanner et/ou IRM) **ne sont pas indispensables**.

Même si le nerf pudental n'innervait pas les fesses, ni les cuisses, ni le bas du ventre, certains patients présentent des douleurs au-delà du périnée qui peuvent s'expliquer par des contractions réflexes des muscles de la région ou par des phénomènes de sensibilisation locale à la douleur.

Etiologies « non canales » des névralgies pudendales

Dans certaines situations, les névralgies pudendales ne sont pas dues à un syndrome canalaire mais à une lésion du nerf.

- Les **étiologies traumatiques** :

Par étirement : après un accouchement par exemple, survenue en post-partum immédiat, de violentes douleurs pudendales uni ou bilatérales aggravées en position assise et associées à des incontinences sphinctériennes urinaires et anales. Elles sont en relation avec un niveau élevé de lésion d'étirement tronculaire pudendale

Par section ou compression brutale (traumatisme du bassin, syndrome de la queue de cheval, chirurgie...): dans ces cas, les douleurs dans le territoire du nerf pudental peuvent s'accompagner de troubles de la sensibilité (parties génitales anesthésiées) et de troubles sphinctériens (incontinence urinaire, incontinence anale). Dans ces cas spécifiques, une IRM pelvienne et un EMG peuvent être prescrits.

- Les **étiologies myofaciales** :

Les contractures myofasciales des muscles piriformes, obturateurs internes et élévateurs de l'anus peuvent s'accompagner d'une névralgie pudendale. Celle-ci survient typiquement de façon secondaire dans l'histoire clinique de la maladie. Il est cependant parfois difficile d'être certain de l'existence ou non d'une névralgie pudendale par syndrome canalaire sous-jacent. C'est pourquoi la kinésithérapie sera, dans tous les cas, l'axe initial du traitement.

- La **douleur neuropathique du syndrome d'hypersensibilisation pelvienne** :

Il s'agit d'une douleur neuropathique qui peut siéger dans le territoire du nerf pudental, mais qui n'a pas pour origine une atteinte neuropathique du nerf pudental. Elle est en relation avec une anomalie centrale des seuils de la douleur et s'associe avec d'autres manifestations douloureuses myofasciales, dysvégétatives ainsi qu'à d'autres douleurs diffuses. La présence de critères d'hypersensibilisation pelvienne est capitale à rechercher. Elle s'accompagne le plus souvent d'une réponse en aggravation à l'infiltration-test pudendale et à un mauvais pronostic à la chirurgie de neurolyse du nerf pudental.

Diagnostiques différentiels

Ils sont nombreux, comportant souvent une aggravation des douleurs en position assise et seule une analyse sémiologique fine permet de les différencier.

Devant une symptomatologie douloureuse vulvaire, neuropathique, le gynécologue devra par exemple différencier la névralgie pudendale, d'une brûlure vulvaire soit spontanée (vulvodynie spontanée), soit provoquée (vestibulodynie provoquée), en regard du vestibule vulvaire, au contact des rapports ou des tampons.

L'urologue devra différencier la pollakiurie uniquement diurne de la névralgie pudendale de la grande pollakiurie diurne, voire aussi nocturne du syndrome douloureux vésical.

Le proctologue devra différencier la brûlure anale le plus souvent latéralisée de la névralgie pudendale de la douleur anale du syndrome myofascial des élévateurs de l'anus.

Un traitement de 1^{ère} intention

Dès le diagnostic évoqué devant les critères cliniques, un traitement doit être mis en place. Il n'y a pas d'antalgique particulièrement efficace dans cette indication mais les **dérivés du Tramadol** semblent apporter l'accalmie la plus régulière. Un **traitement de la douleur neuropathique** est généralement associé : l'Amitriptyline (Laroxyl®), La Gabapentine (Neurontin®).

Les traitements ne sont pas toujours parfaitement efficaces, mais ils apportent un certain degré de soulagement selon les cas.

La **kinésithérapie** doit être mise en place rapidement. C'est une rééducation en relâchement musculaire globale et périnéale des muscles impliqués par la contraction myofasciale de la névralgie pudendale. Il s'agit le plus souvent des muscles élévateurs de l'anus, obturateurs internes et piriformes, avec apprentissage d'auto-étirement.

L'**ostéopathie** peut également compléter la prise en charge rééducative en particulier du fait des modifications positionnelles du bassin utilisées par les patient(e)s pour éviter la douleur, ou d'anomalies de la posture.

De plus, il ne faut pas oublier les conseils d'évitements de la position assise et d'utilisation d'un **coussin** à forme de bouée...

Enfin, l'utilisation des **psychothérapies thérapies brèves** est importante (Psychothérapie, Hypnose, EMDR,..) à la fois à la recherche d'une étiologie traumatique (« cible ») ou en gestion et traitement du traumatisme que représente en elle-même la violence de la symptomatologie douloureuse.

Dans tous les cas, compte tenu de répercussions majeures de ces douleurs sur la qualité de vie (professionnelle, psychologique, sexuelle...), une prise en charge globale vous sera proposée: kinésithérapie, médicaments de la douleur neuropathique, neurostimulations, psychothérapie cognitivo-comportementale.

La chirurgie : Lorsque la névralgie pudendale est rattachée à une compression canalaire (infiltration anesthésique test du nerf pudental positive) et que les premières phases thérapeutiques ont échoué ou laissent une névralgie encore gênante, la chirurgie peut être envisagée car pour les indications correctement posées elle peut apporter de décompression jusqu'à 60 % d'amélioration, toujours dans le cadre d'une prise en charge globale associée.

Dans les formes sévères, malheureusement fréquentes, une reconnaissance de la maladie au titre maladie longue durée peut être demandée.

Qu'est-ce qu'une infiltration test ?

Une infiltration test du nerf pudental ou « bloc test » consiste à venir endormir le nerf pudental à l'aide de produits anesthésiants et une aiguille à l'endroit précis où l'on sait qu'il est le plus fréquemment contraint par certaines structures anatomiques (pince ligamentaire au niveau du ligament sacro-épineux ou aponévrose de l'obturateur interne (canal d'Alcock). 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 pudental va me soulager ?

L'objectif principal d'une infiltration test du nerf pudental n'est pas de traiter la douleur mais de s'assurer que la douleur vient bien du nerf pudental. 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 (nerf pudental, nerf clunéal), les corticoïdes ont été abandonnés en raison de l'absence de bénéfice supplémentaire démontré par rapport à l'utilisation d'anesthésiant seul.

Quand l'infiltration test anesthésique du nerf pudental a été positive (diminution immédiate de la douleur de plus de 50 %), renouveler 2 à 3 infiltrations, espacées d'au moins 4 semaines, peut donner jusqu'à 30 %, selon les séries, de franches améliorations voire de vraies guérisons. Une réponse significative de plus de 36 heures à l'infiltration plaide pour une compression canalaire. La qualité de cette réponse fait d'ailleurs partie des facteurs de bon pronostic à la chirurgie de décompression.

Faut-il faire un EMG du périnée ?

Selon les critères de Nantes, le diagnostic est clinique et ne repose pas sur les données de l'EMG du périnée pour poser le diagnostic de névralgie pudendale. Les informations apportées par cet examen ne permettent pas d'éliminer ou de poser avec certitude le diagnostic de névralgie pudendale. L'inconfort généré par cet examen ne justifie pas selon nous sa réalisation systématique en cas de douleurs pelvi-périnéales.

Dans de rares cas, lorsqu'il existe des déficits sphinctériens, des troubles de la sensibilité, ou des symptômes diffus intéressant les membres inférieurs associées aux douleurs périnéales, un EMG du périnée peut être demandé.

Pour aller plus loin :

France 5 - Allo Docteurs [Névralgie pudendale : les douleurs aiguës du périnée](#)

Le Figaro [Névralgie pudendale, les inavouables douleurs de la position assise](#)

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

**Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). NeuroUrol Urodyn. 2008;27:306-10*