



## Algies neurologiques

● G. Amarenco, B. Bayle, S. Sheik Ismaël\*

### Points forts

La compression chronique du nerf pudendal dans la fossette ischio-rectale (syndrome du canal d'Alcock), ou au niveau du ligament sacro-épineux, est responsable d'une névralgie périnéale. Évoquée par la recrudescence des douleurs en position assise et leur tonalité à type de brûlures ou de dysesthésies, l'étiologie neurologique est confirmée

par les explorations électrophysiologiques périnéales. Les infiltrations du nerf à l'épine ischiatique ou dans la fossette ischio-rectale et le traitement médicamenteux sont, en règle générale, essayés en première intention. La neurolyse chirurgicale proposée en cas d'atteinte strictement unilatérale est efficace deux fois sur trois.

**E**N dehors de son étirement progressif lors des prolapsus, de périnée descendant et d'accouchements dystociques (neuropathie d'étirement), les atteintes focales et directes du nerf pudendal sont rares car il s'agit d'un nerf profond et bien protégé. Il peut être ainsi lésé lors de fractures pelviennes, de plaies, d'hématomes profonds (injections, plaies par balle), de traction aiguë excessive (réduction de fracture sur table orthopédique), ou de station assise prolongée sur les ischions (1). Les signes sont alors une sensation d'hypoesthésie ou de paresthésie périnéale non douloureuse. La compression prolongée du nerf pudendal entre l'ischion et l'obtura-

teur interne dans la fossette ischio-rectale (2) (ou canal d'Alcock), ou au-dessus, par le ligament sus-épineux, peut déterminer un syndrome périnéal douloureux.

### CLINIQUE DES NÉVRALGIES PÉRINÉALES

Le nerf pudendal (figure 1) peut être comprimé en plusieurs points de son trajet (3) : canal pudendal d'Alcock (canal ostéo-musculo-aponévrotique constitué de l'ischion et de l'obturateur interne) ; prolongement falciforme du **ligament sacro-tubéral** (grand ligament sacro-sciatique) ; pince entre le ligament **sacro-épineux** (au niveau de l'épine sciatique) et le ligament sacro-tubéral. Le mécanisme de cette lésion est le même que celui observé au cours de tout syndrome canalaire (syndrome du canal carpien, par exemple) et la femme est plus souvent atteinte que l'homme. La sémiologie est caractérisée par des **douleurs périnéales** spontanées, permanentes, à type de brûlure, ou par des paresthésies, accompagnées parfois de décharges à tonalité électrique, s'exacerbant en position assise (cyclistes, par exemple) (4), et se cal-

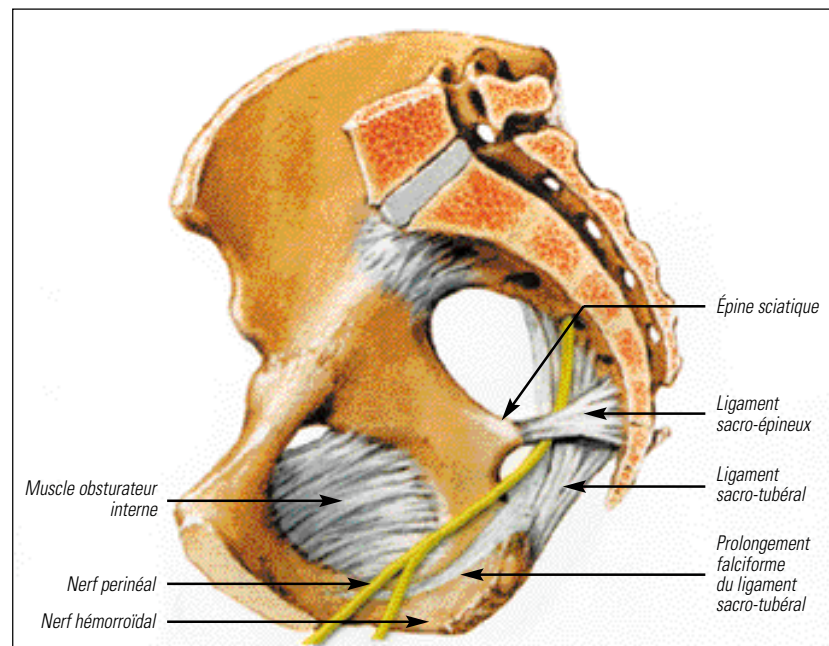


Figure 1. Le trajet du nerf pudendal.

\* Service de rééducation neurologique et d'explorations périnéales, hôpital Rothschild, Paris.

mant en position debout et pendant la marche. Il n'y a habituellement pas de douleur en position couchée et notamment pas de réveil nocturne. Isolés, ces facteurs posturaux ne sont cependant pas pathognomoniques puisqu'ils sont observés avec une grande fréquence au cours d'autres pathologies, comme les coccygodynies. Une localisation élective des douleurs peut être rencontrée (sphincter anal, vagin, testicules), pouvant être le fait d'une atteinte spécifique d'un seul rameau nerveux. L'élément le plus constant est le déclenchement, lors du toucher rectal, d'une douleur exquise au niveau de la région de l'épine ischiatique. Celle-ci est perçue en bout de doigt sur la paroi postéro-latérale du rectum. Cet élément n'est pas non plus spécifique d'une névralgie mais prend toute sa valeur quand il est unilatéral, localisé au côté le plus symptomatique.

Cette symptomatologie doit être isolée et ne doit notamment pas être associée à des troubles vésico-sphinctériens ou ano-rectaux, leur présence devant alors faire rechercher une lésion plus proximale (méduillaire ou plexique) ou toute autre pathologie. À l'examen, le toucher rectal peut mettre en évidence, lors de la palpation appuyée du nerf pudendal sur l'épine ischiatique, une douleur élective reproduisant la douleur spontanée.

**L'atteinte proximale** du nerf pudendal est plus rare. Le diagnostic est parfois facile en cas de traumatisme direct (plaie), parfois plus difficile lorsque la lésion est peropératoire (blessure au cours des spino-fixations du dôme vaginal par voie basse).

Ces lésions tronculaires distales doivent être différenciées des autres atteintes neurologiques telles que **les atteintes radiculo-plexiques**, classiquement causes de douleurs périnéales (zona périnéal, lésions plexiques néoplasiques ou postradiothérapeutiques) et **médullaires** (tumeur bénigne ou maligne, neurinome et épendymome notamment).

## LE DIAGNOSTIC ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE

Le diagnostic repose sur les explorations électrophysiologiques du périnée, dont l'in-

terprétation est souvent délicate. L'examen de **détection** des muscles périnéaux met en évidence des signes neurogènes périphériques (appauvrissement du tracé, sommation temporelle, potentiels polyphasiques, activités spontanées de dénervation). La distribution unilatérale de l'atteinte, sa systématisation en termes d'atteinte tronculaire, sont autant d'arguments. La normalité des **latences sacrées** élimine une atteinte proximale, tout en sachant que certaines conditions pathologiques (canal lombaire étroit, antécédent de chirurgie pelvienne) peuvent déterminer des augmentations de latence non susceptibles d'être tenues pour responsables du syndrome douloureux périnéal. Les **latences distales motrices** du nerf pudendal, obtenues par stimulation endorectale du nerf pudendal à l'épine ischiatique avec recueil par électrode aiguille dans le muscle bulbo-caverneux ou par électrode de contact dans le sphincter anal, permettent de confirmer le diagnostic. La stimulation discriminative droite-gauche démontre l'atteinte focale, distale, unilatérale ou monotronculaire du nerf pudendal. En effet, en raison de l'extrême fréquence des atteintes neurogènes périnéales secondaires à une neuropathie d'étirement (passé de dyschésie, accouchements traumatisants, enfants de poids élevé, forceps, grossesses multiples...), seules une altération unilatérale ou une très franche asymétrie doivent être prises en compte. L'étude des **latences distales sensitives** du nerf pudendal affine la précision du diagnostic.

## LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les **radiographies osseuses** (bassin de face, sacrum de profil, radiotomographies du sacrum) permettent d'éliminer un processus expansif sacré comprimant les racines nerveuses, une fracture du sacrum (pouvant être passée inaperçue) déterminant des lésions neurogènes par atteinte proximale, et, dans de rares cas, des calcifications pelviennes, voire des exostoses (notamment de l'épine ischiatique) comprimant le tronc nerveux. La **scintigraphie osseuse** peut être d'une aide utile en cas

de suspicion de lésion osseuse (post-traumatique ou expansive) ou pour préciser les images de radiographies standard. Si l'**IRM pelvienne** (ou le scanner du petit bassin) peut objectiver des lésions viscérales (utérines, rectales, tumeurs présacrées) comprimant les racines ou les plexus nerveux, le plus souvent, les lésions plexiques ne déterminent aucune image radiologique particulière (plexopathies néoplasiques, paranéoplasiques ou radiothérapeutiques). L'**IRM du cône terminal** recherche des anomalies focales (tumeur bénigne ou maligne, neurinome et épendymome notamment) dont la responsabilité dans la genèse des douleurs périnéales est bien classique, contrairement à certaines pathologies congénitales dont on a souvent du mal à affirmer le caractère pathogène (kystes sacrés, méga-fourreau dural, spina-lipome, moelle attachée). Dans de rares cas (douleurs périnéales apparaissant en position debout), un facteur vasculaire peut être incriminé, et, en cas de négativité des investigations classiques, un bilan vasculaire à la recherche de varices pelviennes compressives, voire périmédullaires, est effectué (écho-doppler couleur pulsé, IRM pelvienne, artériographie médullaire).

## LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PUDENDALES

Les médicaments antalgiques sont en général peu actifs sur ce type de douleur. Certains patients peuvent être soulagés temporairement par la prise de tramadol (Topalgic®), à la demande. Les médicaments de la douleur neuropathique peuvent être essayés, les antiépileptiques (le clonazépam [Rivotril®], dont la dose est surtout fonction de la tolérance, la gabapentine [Neurontin®] à une posologie de 1 200 à 2 400 mg) sont parfois utiles, surtout si la douleur a une composante paroxystique. Les antidépresseurs (amitriptyline [Laroxyl®], paroxétine [Deroxat®]) sont également utilisés. Aucun de ces médicaments (en dehors du Laroxyl®) n'a d'AMM pour ce type de douleur.

La compression du nerf pudendal est accessible à une infiltration intracanalair



de corticoïdes au siège du conflit (fosse ischio-rectale, ligament sacro-épineux) (cf. Blocs du périnée).

Les résultats aléatoires des infiltrations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : le délai entre l'installation des douleurs et la mise en route du traitement, l'étiologie neurologique étant souvent longtemps méconnue (les traitements sont d'autant plus efficaces que le patient est jeune et la douleur récente) ; l'existence de sites multiples de compression éventuellement associés, comme le suggèrent les vérifications chirurgicales ; la fréquence d'une atteinte proximale (canal lombaire étroit, pathologie discale) ou d'une neuropathie périnéale d'étirement associées qui rendent le nerf plus fragile, avec des possibilités de restauration moindres ; la composante végétative non négligeable, s'expliquant par l'importance quantitative des fibres sympathiques (30 % du contingent nerveux) véhiculées par le nerf pudendal ; sur le plan technique, la difficulté de repérage du canal pudendal ou une dose d'anti-inflammatoires insuffisante ; la participation psychogène aux douleurs du fait de la chronicité ; la fréquence des pathologies associées (urinaires, ano-rectales, musculaires, articulaires).

Les effets des infiltrations intracanalaires permettent également de sélectionner les

patientes en vue d'une discussion chirurgicale. Leur efficacité, associée à une présentation clinique concordante, en l'absence de signes évocateurs de pathologie concomitante, et à une exploration électrophysiologique cohérente avec une atteinte distale focale du nerf pudendal, invite à proposer une neurolyse chirurgicale (5).

L'intervention se fait par un abord transglutéal qui permet de répondre aux différentes formes de conflits que représentent, d'une part, la pince ligamentaire entre le ligament sacro-tubéral et le ligament sacro-épineux et, d'autre part, la compression du nerf en aval par l'aponévrose de l'obturateur interne et par le processus falciforme du ligament sacro-tubéral qui réalise une véritable faux pouvant stranguler le nerf qui le surcroise, lors de la position assise. L'épine sciatique peut être réséquée et le nerf peut alors être transposé en endopelvien, ce qui raccourcit son trajet. Les constatations opératoires ont permis de localiser les sites de conflits qui sont souvent multiples pour un même nerf.

Le bénéfice de cette intervention est rarement immédiat, les patients sont donc revus à 5 mois et à un an. Globalement, on peut considérer que les résultats sont les mêmes à ces deux échéances. Quarante-

quatre pour cent de patients sont guéris ou franchement améliorés, dont 65 % sans aucun antalgique ; 23 % ont eu une amélioration modeste mais indiscutable ; 33 % n'ont tiré aucun bénéfice de l'intervention et ont donc été opérés pour rien. Il n'y a cependant jamais d'aggravation.

En cas d'échec, les neuromodulations des racines sacrées sont peut-être une voie d'avenir. ■

#### RÉFÉRENCES

1. Laubichler W. Traumatisme des Nervus pudendus. *Akt Neurol* 1978 ; 5 : 47-50.
2. Amarengo G, Lanoe Y, Ghnassia RT, Goudal H, Perrigot M. Syndrome du canal d'Alcock et névralgie périnéale. *Rev Neurol Paris* 1988 ; 144, 8-9 : 523-6.
3. Labat JJ, Robert R, Bensignor M, Buzelin JM. Les névralgies du nerf pudendal. *J Urol* 1990 ; 5 : 239-44.
4. Oberpening F, Roth S, Leusmann D, Ahlen H, Hertle L. The Alcock syndrome : temporary penile insensitivity due to compression of the pudendal nerve within the Alcock canal. *J Urol* 1994 ; 151 : 423-5.
5. Robert R, Brunet C, Faure A, Lehur PA, Labat JJ, Bensignor M. La chirurgie du nerf pudendal lors de certaines algies périnéales : évolution et résultats. *Chirurgie* 1994 ; 119 : 535-9.

## Conclusion : le bout du tunnel ?

● V. de Parades\*

*“Je me suis rencontré entre deux siècles, comme au confluent de deux fleuves ; j'ai plongé dans leurs eaux troublées, m'éloignant à regret du vieux rivage où je suis né, nageant avec espérance vers une rive inconnue.”*

(Chateaubriand. *Mémoires d'outre-tombe.*)

\* Service de proctologie médico-chirurgicale, groupe hospitalier Diaconesses, Croix Saint-Simon, Paris.

La rédaction de ce dossier thématique nous a permis de mettre en exergue les principales affections qui constituent le champ complexe des algies ano-recto-périnéales chroniques. Il semble ainsi désormais possible de cataloguer avec une relative précision bon nombre de patients. Il n'en demeure pas moins que ces algies chroniques constituent encore un défi pour le praticien. Certains patients restent en effet énigmatiques et bénéficieraient certainement

d'une meilleure collaboration pluridisciplinaire. En outre, la prise en charge thérapeutique de ces algies chroniques est souvent empirique et mériterait d'être étudiée de façon plus rigoureuse. Espérons toutefois que nous verrons de moins en moins ces algies considérées comme “psychogènes” qui peuvent certes relever de la psychiatrie mais reflètent en fait souvent les limites de notre compréhension de ce chapitre volontiers déroutant de la pelvi-périnéologie. ■