



THEMATIQUE NEURALGIE PUDENDALE

GUIDE PRATIQUE

Chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie ischio-rectale

Les fiches thématiques élaborées sous l'égide du comité médico scientifique ont pour objectif de vulgariser des informations médicales indispensables à la compréhension des syndromes douloureux périnéaux et à leurs traitements. Cette fiche concerne l'opération de décompression du nerf pudendal par voie ischio-rectale pratiquée par l'équipe d'Aix en Provence (Dr E. BAUTRANT).

Quelle est l'indication opératoire ?

La névralgie du nerf pudendal liée à une compression canalaire au niveau de la pince ligamentaire et/ou du canal d'Alcock.

- ❖ Quels sont les critères diagnostic retenus par l'équipe d'Aix en Provence ?
 - ✓ Le site de la douleur, obligatoirement décrit dans le territoire d'innervation des trois branches terminales du nerf pudendal, qui représente le critère le plus important pour le diagnostic.
 - ✓ Les critères diagnostic : sont distingués des critères majeurs et des critères mineurs :
 - ✓ **CRITERES MAJEURS :**
 - Douleur dans le territoire d'au moins 2 des 3 branches terminales du nerf Pudendal (nerf rectal inférieur, Nerf Périnéal, Nerf dorsal du clitoris ou de la verge).
 - Signe de Tinel positif (Zone gâchette à l'épine sciatique ou au
 - ✓ **CRITERES MINEURS :**
 - Type neuropathique de la douleur (Questionnaire DN4 positif)
 - Douleur dans le territoire d'une seule des trois branches du nerf Pudendal.
 - Aggravation en position assise /

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression par voie ischio-rectale

canal d'Alcock qui reproduit la douleur)

- « Sexual arousal syndrome
- Réponse positive à l'infiltration du canal pudendal supérieure à 36 heures.

Amélioration allongé ou debout/
Aggravation en cours de journée et amélioration la nuit.

- Gâchette significativement douloureuse d'un canal Pudendal / au côté opposé sans véritable signe de Tinel.
- EMG anormal (Allongement du RS ou latence motrice de conduction)
- Ralentissement vélocimétrique du flux de l'artère pudendale lors de l'écho-doppler.

❖ **Le diagnostic de névralgie pudendale par compression canalaire est retenu lorsque sont présents :**

- 2 critères majeurs ou
- 1 critère majeur et 2 critères mineurs ou
- 4 critères mineurs dont les deux premiers obligatoires.

Qui opère t'on ?

❖ **Des patients qui souffrent de douleurs persistantes malgré les traitements proposés :** infiltrations, kinésithérapie, traitements médicamenteux.

❖ **Des patients qui adhèrent à la proposition thérapeutique :**

- Les patients, qui en accord avec l'équipe médicale, ont intégré la chirurgie comme le meilleur choix thérapeutique à ce moment de leur parcours de soins.
- Les patients qui ont intégré que la guérison est un processus: l'intervention chirurgicale est une étape majeure, elle fait partie d'une prise en charge globale et les résultats sont interdépendants d'autres facteurs tels que l'âge du patient, l'ancienneté du syndrome, le contexte de vie du patient...comme pour tout autre traitement.

Qui hésite-t-on à opérer ?

❖ Les patients qui s'améliorent

❖ Les patients qui ont des signes d'hypersensibilisation trop marqués c'est-à-dire en cas de diffusion de la douleur en dehors du territoire du nerf pudendal : douleurs viscérales (vessie, appareil digestif), douleurs myofasciales diffuses, douleurs associées hors de la sphère pelvienne, existence d'aggravation des douleurs après les gestes chirurgicaux ou infiltrations. Il est nécessaire de traiter la composante d'hypersensibilisation avant toute chirurgie pour ne pas prendre un risque d'aggravation post opératoire.

- ❖ Les patients âgés de plus de 80 ans.

Qu'attendre de la chirurgie ?

- ❖ Le pronostic dépend de 6 facteurs majeurs :

- La réponse aux infiltrations ou l'existence de périodes de rémissions spontanées.
- Le statut psychologique du patient.
- L'âge du patient.
- L'ancienneté de la douleur.
- L'association d'un syndrome myo-fascial.
- Les constatations anatomiques.

- ❖ Résultats sur 420 patients opérés (octobre 1998 à décembre 2006) :
Dans les 3 mois qui suivent l'intervention, 51% des patients sont asymptomatiques.

A 12 mois :

- 80% d'améliorations significatives
- Dont 61% de guérisons (disparition complète de la douleur).

L'intervention chirurgicale

- ❖ **Quels sont les principes de la méthode de décompression du nerf par la voie ischio-rectale ?**

C'est une chirurgie par voie endo-pelvienne qui vise à décompresser le nerf dans l'enceinte du canal pudendal en procédant à l'ouverture du canal d'Alcock ou du ligament sacro-épineux.

L'intervention s'effectue après une incision vaginale chez la femme et périnéale chez l'homme.

L'ouverture est effectuée à distance du nerf sous contrôle endoscopique sans risque de lésion du nerf ou de l'une de ses branches. L'utilisation de ciseaux ultra-sons permet de contrôler la coagulation des nombreux vaisseaux sanguins dans cette zone très vascularisée et d'ouvrir sélectivement le site de compression sans risquer de blesser le nerf pudendal.

En fin d'intervention, une sonde permet de vérifier la liberté complète de tout le canal pudendal (canal d'Alcock et pince inter-ligamentaire).

L'intervention se termine par l'infusion d'un anesthésique local (narcopéine) dans le canal pudendal et la mise en place d'un drain pour 48 heures.

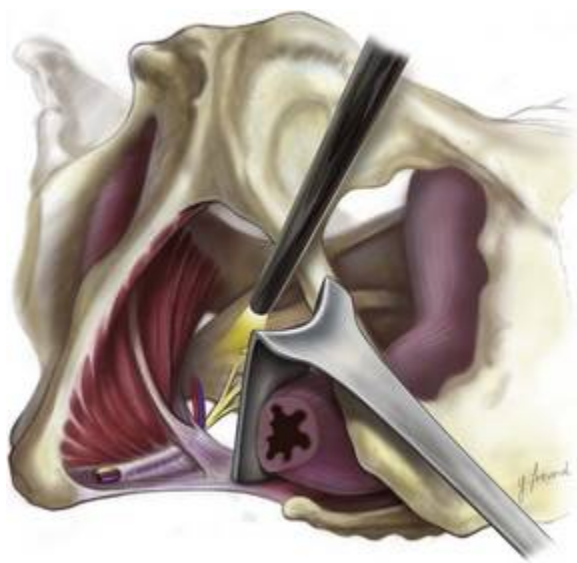
- ❖ **Modalité pratiques**

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression par voie ischio-rectale

- Sous anesthésie générale
- Durée d'hospitalisation : 4 jours

❖ Risques opératoires et complications répertoriées à ce jour

- **Risque hémorragique : 2,9 %**
Celui-ci est prévenu par l'utilisation du système de ciseaux ultra-soniques.
- **Complications hémorragiques : 1,9 %**
Il peut s'agir d'hématome post-opératoire qui peut nécessiter une évacuation par reprise opératoire (0,9 %) ou de saignements actifs secondaires dont le contrôle est le plus souvent obtenu par embolisation obturation de l'artère en cause) sous contrôle radiologique artériographique. (1%).
- **Les complications infectieuses post-opératoires : (1,4%)**
Infection de la cicatrice traitée par des soins locaux et antibiotiques ou reprise chirurgicale pour évacuation et drainage de la fosse ischio-rectale. (0,4 %).



✚ Le suivi post-opératoire

Les suites opératoires ne sont pas généralement pas douloureuse compte tenu de la faible agressivité de la voie d'abord et de l'infusion anesthésique du canal pudendal en fin d'intervention. Elles varient néanmoins d'un patient à un autre et dépendent de l'intensité des douleurs pré-opératoires.

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression par voie ischio-rectale

❖ Suites opératoires cours-terme :

- Généralement, seule la fesse correspondant à la zone opérée sera endolorie et sensible pendant environ 8 jours. La prudence est conseillée afin d'éviter tout choc ou toute chute pouvant faire prendre le risque d'un saignement secondaire.
- Le lever s'effectue le lendemain de l'intervention.
- Ablation de la sonde vésicale chez la femme (pas de sonde chez l'homme).
- Un drain est enlevé le surlendemain de l'opération
- La position assise est possible dès le 2^e jour en prenant soins de s'asseoir doucement sur une chaise souple ou un coussin adapté. Cette prudence doit être maintenue pendant un mois.

❖ Conseils post-opératoires

- **Kinésithérapie :**
 - A l'issue du premier mois post-opératoire : démarrage d'une rééducation en massage et application de source de chaleur externe pour éviter la réaction myofasciale du muscle piriforme.
 - A l'issue du deuxième mois post-opératoire : rééducation interne afin d'éviter les réactions myofasciales des élévateurs de l'anus et de l'obturateur interne.
- **Activités :**
 - Les rapports sexuels, les bains et l'activité peuvent être repris un mois après l'intervention.
 - L'activité physique et sportive ne pourra être reprise que 3 mois après l'intervention.
Les sports s'accompagnant de pressions et/ou risque de choc sur le périnée ou la fesse (cyclisme, ski, skate board, cheval, moto-cross...) ne pourront être repris que 9 mois à un an après l'intervention, en fonction de la récupération du patient.

Conclusion

L'intervention chirurgicale est un des traitements majeurs de la névralgie pudendale par compression canalaire. Dans ces formes sévères, elle est généralement indispensable et est une étape majeure de la prise en charge pluridisciplinaire. Les soins pré-opératoires et post-opératoire, notamment la kinésithérapie sont des facteurs d'amélioration des résultats de la chirurgie.

Rédaction et validation scientifique :

Dr Eric BAUTRANT, Chirurgien -Gynécologue

Responsable de l'Unité Multidisciplinaire de traitement des douleurs et dysfonctions pelvi- périnéales, Aix en Provence.