



THEMATIQUE NEURALGIE PUDENDALE

GUIDE PRATIQUE

Chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

Les fiches thématiques élaborées sous l'égide du comité médico scientifique ont pour objectif de vulgariser des informations médicales fiables et à jour qui sont indispensables à la compréhension des syndromes douloureux périnéaux et à leurs traitements. Cette fiche concerne l'opération de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale (Pr Roger ROBERT), appelée méthode de Nantes.

A qui s'adresse cette chirurgie ?

❖ **Aux patients qui présentent tous les critères diagnostiques de syndrome canalaire du nerf pudendal** (= de compression du nerf pudendal), donc à l'exclusion des vulvodynies ou autre pathologie douloureuse pelvi-périnéale.

❖ **L'évaluation diagnostique :**

Aucun examen ne permet de visualiser le nerf pudendal.

Les examens d'imagerie tels que l'IRM, l'EMG (électromyogramme) et écho-doppler peuvent apporter des informations sur le fonctionnement du nerf (et notamment d'éventuelles anomalies), sur sa situation anatomique locale, et sur l'absence d'autres pathologies (tumeurs...). Compte tenu des difficultés d'interprétation, ce sont des informations complémentaires qui ne constituent pas des éléments diagnostiques de la névralgie pudendale.

L'évaluation diagnostique est donc basée sur :

- ✓ la description de la douleur

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

✓ **les résultats des traitements**

✓ **l'examen clinique :**

Examen vaginal et/ou rectal + une évaluation musculo-squelettique au niveau du périnée et du plancher pelvien + une évaluation posturale globale du patient.

✓ **l'anamnèse** (histoire médicale du patient)

Cette évaluation diagnostique doit être pratiquée par un praticien expérimenté dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

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

Lorsque les critères de diagnostic de névralgie pudendale (« critères de Nantes ») sont complets, le pronostic selon les études est avant tout fonction de l'âge, dans la tranche la plus fréquente des 50/70 ans. **Le pronostic est meilleur pour les patients les plus jeunes.**

- **75% de patients améliorés :**

- 50% sont très améliorés
- 25% sont améliorés de façon modeste :
Ils conservent des douleurs chroniques mais moins intenses.

- 1 à 2 % de patients s'estiment aggravés mais il ne s'agit pas de complication neurologique de la chirurgie puisqu'on ne retrouve jamais de séquelles neurologiques secondaires de celle-ci.

Il faut rapporter cela au fait que certains patients s'aggravent même s'ils ne sont pas opérés.

Important : Même si certains patients peuvent être améliorés très rapidement l'amélioration peut mettre six mois avant d'apparaître, mais peut survenir et progresser au cours des deux ans qui suivent.

L'intervention chirurgicale

❖ Quels sont les principes de la méthode de décompression du nerf par la voie transglutéale ?

C'est une chirurgie de la région profonde de la fesse qui a pour but de libérer le nerf sur tout son trajet (de son émergence sous le muscle piriforme, jusqu'au canal d'Alcock). Afin de lui redonner toute sa mobilité.

Cette méthode permet de visualiser le nerf lors de l'intervention et de garantir que les 3 zones de compression possibles ont été levées

- Au niveau de la pince ligamentaire
- A l'entrée du canal pudendal (au niveau du processus falciforme du ligament sacro-tubéral)
- Au niveau du canal d'Alcock

Si le mode opératoire peut impressionner compte tenu de la voie d'abord par la fesse, il est en fait peu invasif et respectueux des fibres nerveuses grâce à un contrôle visuel permanent du nerf et de l'anatomie lors de l'intervention libération chirurgicale du nerf pudendal.

❖ L'acte opératoire

- **C'est un acte de neurochirurgie d'une durée relativement brève :**

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

De 30 mn à une heure par nerf

- **Sous anesthésie générale**
- **Abord fessier haut : incision de 5 à 7 cm**

Ne gêne pas la position assise car la cicatrice est plus haute :

Possibilité de s'asseoir dès le lendemain de l'opération et/ou d'être en position couchée sur le dos.

- **Durée d'hospitalisation : 3/4 jours en moyenne**



Le suivi post-opératoire

❖ **Les douleurs post-opératoires**

L'opération de décompression du nerf est considérée par la majorité des patients comme peu douloureuse.

Néanmoins, comme toute chirurgie, elle peut être douloureuse et imposer un traitement antalgique spécifique.

Concernant les douleurs périnéales qui ont justifié le recours à la chirurgie : certains patients évoquent des douleurs au niveau des cicatrices et/ou des ischions (des fesses) dans les mois qui suivent l'intervention. Ces douleurs peuvent être latentes et se déclarer à l'occasion de l'intervention. Des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites.

❖ **Le suivi médical**

- Cours terme :

Par le neuro-chirurgien lui même au cours de l'hospitalisation

- Long terme :

- Consultation d'évaluation à cinq-six mois
- Consultation d'évaluation à un an (pluridisciplinaire)
- Consultation à la demande
- Infiltrations en fonction des douleurs et adaptation des traitements

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

❖ Complications à court terme

- Rares : 1 à 2% et communes à toute intervention chirurgicale
- Hématome pouvant survenir au cours de la première semaine et pouvant nécessiter une reprise chirurgicale
- Infection pouvant survenir au cours de la première semaine, malgré l'antibioprophylaxie (Antibiotique donné pendant l'intervention) et pouvant nécessiter une reprise chirurgicale

- Risque d'incontinence ?

Aucune incontinence n'a été décrite à ce jour en relation avec cette chirurgie

- Risque de complication neurologique ?

Absence de complication neurologique séquellaire de la chirurgie (déficit sensitif ou moteur au niveau du périnée).

✚ Conseils pré-opératoires et post-opératoires

❖ Prévention des douleurs post-opératoires :

Les douleurs post-opératoires vont également être en lien avec le niveau des douleurs pré-opératoires. Il est donc intéressant de préparer l'intervention. Cette préparation peut varier d'un patient à l'autre en fonction des traitements en cours.

En cas de dimension myofasciale des douleurs, des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites afin de limiter une réaction squeletto-musculaire post-opératoire.

Le patient peut également recourir à des séances d'hypnose ou toute technique de relaxation permettant à la fois de se préparer mentalement à l'intervention et limiter les tensions de toute nature.

❖ Repères post-opératoires :

▪ Poursuite des autres traitements :

L'intervention chirurgicale est une étape dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire, il est donc indispensable de poursuivre les autres traitements en cours et/ou de les adapter si nécessaire, notamment les traitements médicamenteux.

▪ Gestion post-opératoire :

Les bénéfices de la chirurgie survenant dans la durée, il est conseillé de gérer la période suivant les 6 mois de l'opération en dosant ses efforts afin de favoriser la récupération. Ceci varie d'un patient à un autre et de la situation pré-opératoire.

Il est donc normal de ressentir des douleurs durant les mois qui suivent l'opération même si certains patients s'améliorent plus vite que d'autres

FICHE PATIENT : chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

Activité : c'est le patient qui peut évaluer quelles sont les activités qui ne génèrent pas de douleur. Néanmoins, les sports violents et ceux qui sollicitent la zone pelvi-périnéale sont déconseillés. La pratique du cyclisme reste déconseillée même à distance de l'opération.

- **Vie sexuelle** : l'opération n'interfère pas. C'est à nouveau le niveau de douleur qui prime et le ressenti du patient.
- **Position assise** : l'intervention et notamment la cicatrice ne gênent pas la position assise. Il n'est pas impératif de d'être en position couchée pour le retour à domicile suite à l'intervention.

▪ Durée de l'arrêt maladie

L'arrêt maladie est généralement d'une durée de 1 à 2 mois. Il peut être prolongé, ce qui représente la majorité des cas. Sa durée dépend principalement de l'aptitude du patient à travailler ou non avant l'opération. La durée moyenne des arrêts est de 3 mois.

Conclusion

La chirurgie de décompression peut représenter une option thérapeutique dans le contexte d'une prise en charge pluridisciplinaire et lorsque les résultats des autres traitements n'ont pas été jugés satisfaisants.

Plus de 2 500 patients ont déjà bénéficié d'une libération chirurgicale du nerf pudendal par la méthode transglutéale qui a fait l'objet d'une étude randomisée (étude scientifique) publiée en 2005, montrant que plus de 70 % des patients ont été améliorés (Robert et al. 2005).

Validation scientifique :

Pr R. ROBERT, Neuro-chirurgien, CHU Nantes

Dr M. KHALFALLAH, Neuro-chirurgien, CHU Bayonne