

Les douleurs périnéales

Objectifs pédagogiques

- Connaître les principales causes d'algies pelviennes ;
- Connaître la stratégie d'exploration ;
- Connaître les traitements disponibles et leurs résultats.

Introduction

Les douleurs périnéales sont un motif fréquent de consultation dans les centres anti-douleurs (4-5 % des consultations) après que les différentes spécialités médicales (dermatologie, proctologie, gynécologie, urologie, neurologie etc.) ont éliminé une cause organique. Ces douleurs «sans cause» sont particulièrement difficiles à traiter, nécessitant fréquemment une approche multidisciplinaire. Parmi elles, sont de mieux en mieux identifiées les névralgies pudendales, ilio-inguinales, ilio-hypogastriques, et génito-fémorales, les douleurs à composante ostéo-ligamentaire, le syndrome myofascial, les douleurs d'origine musculaire et veineuse.

Les névralgies pudendales

Les névralgies pudendales correspondent à une douleur d'origine neurologique sur le territoire du nerf pudendal. Il peut s'agir d'une atteinte radiculaire, plexique ou tronculaire. Les lésions radiculaires sont observées

en cas de syndrome de la queue de cheval, de canal lombaire étroit, de fracture ou de tumeur du sacrum. Les lésions plexiques (siégeant au niveau du plexus pudendal) ont été décrites après amputation du rectum, hystérectomie élargie, accouchement difficile avec délivrance par forceps, ou étirement sur table de chirurgie orthopédique. Les lésions tronculaires sont secondaires à une compression du nerf pudendal, à des lésions d'étirement ou à d'autres causes toxiques, infectieuses, métaboliques responsables de polyneuropathie.

Dans le **syndrome du canal d'Alcock**, le nerf pudendal est comprimé dans son passage au travers du dédoublement aponévrotique de l'obturateur interne ou au niveau de l'épine sciatique entre le ligament sacro-épineux et sacro-tubéral. Les critères indispensables au diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal ou de névralgie pudendale d'origine compressive (Critères de Nantes) [1] sont :

- 1) Douleur située dans le territoire anatomique du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris) ;
- 2) Douleur prédominant en position assise alors que les patients sont soulagés lorsqu'ils sont assis sur le siège des toilettes ;
- 3) Douleur ne réveillant pas la nuit.
- 4) Absence de déficit sensitif objectif. Devant tout déficit sensitif superficiel périnéal, il faudra évoquer avant tout une atteinte lésionnelle

A.-M. Leroi

radiculaire sacrée (syndrome de la queue de cheval) ou plexique sacrée.

- 5) Soulagement des douleurs après la réalisation d'une infiltration anesthésique du nerf pudendal.

D'autres critères sont considérés comme évocateurs ou compatibles avec le diagnostic, mais sans être indispensables. Il s'agit de sensation de brûlures, de décharges électriques, de tiraillement ou d'engourdissement, d'une allodynie (intolérance cutanée par exemple au port de vêtement), d'une aggravation des douleurs au cours de la journée, d'une douleur à prédominance unilatérale, apparaissant après la défécation et/ou déclenchée par la pression de l'épine sciatique. Au contraire, des douleurs uniquement coccygiennes, fessières, pubiennes ou hypogastriques, les douleurs paroxystiques (devant faire rechercher une lésion nerveuse tumorale), à type de prurit, ou survenant exclusivement pendant la défécation, la miction, les rapports sexuels, permettent d'exclure le diagnostic de syndrome du canal d'Alcock [1].

Le diagnostic de névralgie pudendale par atteinte canalaire est un diagnostic clinique. Les explorations complémentaires permettront soit d'évoquer une autre origine aux douleurs périnéales du patient (tests électrophysiologiques périnéaux et imagerie), soit de donner des facteurs prédictifs avant une intervention de décompression du

■ A.-M. Leroi (✉)

Faculté de Médecine de Rouen, ADEN EA4311, CHU, 1, rue de Germont, F-76031 Rouen

E-mail : Anne-Marie.Leroi@chu-rouen.fr

nerf pudendal (tests électrophysiologiques périnéaux) [1].

Lorsque le diagnostic de syndrome du canal d'Alcock est suspecté, l'infiltration (le plus souvent scanno-guidée) permettra de confirmer l'hypothèse diagnostique et de soulager le patient. Si les infiltrations apportent un bénéfice de trop courte durée, une intervention visant à libérer puis à transposer le nerf pudendal peut être proposée [2].

Les névralgies pudendales peuvent parfois s'accompagner de douleurs à composante sympathalgique. Il s'agit de sensation de corps étranger au niveau rectal, de « bête qui ronge ou qui grouille ». Ces douleurs peuvent être améliorées par une infiltration du ganglion impar, dernier ganglion sympathique pré-vertébral situé au niveau sacro-coccygien [1].

Autres névralgies

Le tableau ci-dessous récapitule les principales névralgies entraînant des manifestations douloureuses périnéales [3].

Ces douleurs ont deux caractéristiques : elles correspondent à un territoire d'innervation et elles se traduisent par des paresthésies (picotements, engourdissements, pelote d'aiguilles), des décharges électriques, ou des brûlures. Le patient peut également signaler une allodynie. L'existence de dysesthésies au contact (contact qui déclenche des sensations désagréables), d'une hypoesthésie au piquer-toucher ou au chaud-froid est très évocatrice de douleurs neurogènes.



Lorsque la symptomatologie est compatible avec une névralgie dans le territoire d'un de ces nerfs, l'origine rachidienne doit être recherchée et une infiltration anesthésique envisagée. Il peut également s'agir d'une atteinte tronculaire dans un territoire cicatriciel, par exemple, post-chirurgicale.

Les douleurs à composante ostéo-ligamentaire

Le syndrome de la charnière dorso-lombaire

Il est dû à une irritation des nerfs rachidiens D12 et L1 qui émergent du rachis au niveau de la charnière dorso-lombaire. Ces deux nerfs innervent par leur branche antérieure, les plans cutanés de la région abdominale inférieure, la face interne des cuisses à leur partie supérieure, les grandes lèvres ou le scrotum, le pubis. De chacune

des branches antérieures se détache, à la verticale du trochanter, un rameau cutané perforant latéral qui innerve la peau de la partie supéro-externe de la cuisse. Les rameaux cutanés de leur branche postérieure innervent les plans cutanés de la région lombaire inférieure et de la partie supérieure des fesses [4].

La manifestation la plus fréquente du syndrome de la charnière dorso-lombaire est une lombalgie basse simulant une lombalgie d'origine lombo-sacrée ou sacro-iliaque. Il peut également s'agir de douleurs abdominales basses pseudo-viscérales, ou de douleurs simulant une bursite trochantérienne ou plus rarement de douleur pubienne [5].

L'examen clinique recherchera une douleur provoquée à la pression des épineuses, des manifestations cellulagiques (pincer-rouler douloureux dans le territoire des nerfs rachidiens), un point gâchette au niveau de la crête iliaque (trigger point).

Le traitement comporte des manipulations du segment thoraco-lombaire et en cas d'inefficacité, une infiltration anesthésique au niveau du point articulaire postérieur, douloureux à l'examen.

La coccygodynie

Elle correspond à une douleur en position assise, strictement localisée au coccyx, reproduite par la pression du

Nerf	Racines	Innervation motrice	Innervation sensitive
Ilio-inguinal	D12-L1	Oblique interne Transverse	Partie supéro-médiane de cuisse - racine du pénis - partie supérieure du scrotum - mont de Vénus - grande lèvre
Ilio-hypogastrique	D12-L1	Oblique interne Transverse	Partie supéro-latérale de cuisse - région pubienne
Génito-fémoral	L1-L2	Portion latérale du bulbo-caverneux	Partie supérieure et médiale de cuisse - grande lèvre -scrotum
Fémoro-cutané latéral	L2-L3	Aucune	partie latérale et antérieure de cuisse

coccyx par voie externe ou lors du toucher rectal. Elle peut parfois être le témoin d'une instabilité coccygienne démasquée par les clichés dynamiques du coccyx (une instabilité supérieure à 25° entre position debout et assise étant considérée comme pathologique). Lorsque le coccyx reste stable, les douleurs peuvent être dues à une arthrose inter-coccygienne ou une épine coccygienne. Le traitement consiste essentiellement en la réalisation d'infiltrations [6].

Douleurs d'origine musculaire

Les douleurs d'origine musculaire sont le plus souvent mixtes liées à la contracture musculaire d'une part, et à la compression des nerfs sciatiques, nerf cutané postérieur de cuisse, voire nerf pudendal, qui peuvent entrer en conflit avec le muscle hypertonique, d'autre part [6].

Le syndrome du muscle piriforme

Il provient de la contracture du muscle piriforme qui s'insère entre le grand trochanter et l'os iliaque. Il se traduit par une douleur fessière avec des irradiations descendantes à la face postérieure de cuisse. Ces douleurs sont aggravées en position assise, par des efforts physiques comme la marche, le soulèvement, la montée des escaliers. À l'inverse, les patients peuvent être soulagés en position assise par la mise en flexion et abduction passive du membre inférieur (ce qui entraîne un raccourcissement du muscle).

Le syndrome du muscle obturateur

Il se différencie du précédent par des douleurs fessièes et du membre inférieur mais prédominant en position assise et irradiant dans le territoire inguinal et périnéal (par contrainte du nerf pudendal cheminant dans l'aponévrose du muscle).

Le diagnostic de ces douleurs musculaires est clinique (manœuvres de

mise en tension du muscle pouvant réveillant la douleur, points douloureux à la palpation). La prise en charge est essentiellement rééducative.

Syndrome myofascial

Le syndrome myofascial est défini par un syndrome douloureux musculaire avec faiblesse motrice, corde musculaire tendue, point gâchette et douleur référée. Il serait dû à un dysfonctionnement neuro-musculaire localisé, entraînant une sensibilisation des nocicepteurs de voisinage. La douleur myofasciale s'exprime par une douleur régionale complexe, mais reproductible à l'examen clinique [6]. Peuvent être responsables de douleurs pelviennes, l'élevateur de l'anus, le muscle piriforme, le muscle obturateur interne, le psoas, le droit fémoral, le transverse profond.

Varices pelviennes

Les varices pelviennes permanentes asymptomatiques, fréquentes dès la deuxième grossesse, peuvent néanmoins être à l'origine d'une symptomatologie spécifique invalidante. On distingue trois types de sémiologie clinique : 1) le syndrome de congestion pelvienne ; 2) les douleurs pelviennes focalisées à siège constant ; 3) les varices atypiques des membres inférieurs [7] Dans le syndrome de congestion pelvienne, les douleurs pelviennes sont aggravées en position debout à la marche, en fin de journée et en période pré-menstruelle. Une dyspareunie ou des douleurs post-coïtales durant 24 à 48 heures sont souvent associées. Une sensation de pesanteur périnéale, des urgences mictionnelles, une sensation de lourdeur de jambes sont inconstantes mais caractéristiques. L'association d'une palpation annexielle reproduisant les douleurs de la patiente et de dyspareunies chroniques post-coïtales aurait une bonne sensibilité dans la distinction entre le syndrome de congestion

pelvienne et les autres causes de douleurs pelviennes [8]. Les douleurs pelviennes peuvent également être localisées à un viscère en rapport avec les varices (cystalgie, douleurs abdominales incompatibles avec le diagnostic de côlon irritable).

Les examens paracliniques sont essentiellement radiologiques. Une échographie endovaginale, si possible couplée au doppler, est l'examen de première intention. Lorsque le diagnostic est confirmé, le traitement endovasculaire est à l'heure actuelle, la solution thérapeutique proposée.

Conclusion

Les douleurs périnéales chroniques sont parfois difficiles à prendre en charge compte tenu des incertitudes diagnostiques et des problèmes thérapeutiques rencontrés. Il est important de rechercher des éléments évocateurs de douleur neuropathique, musculaire, rachidienne qui permettront d'orienter le diagnostic et le traitement proposé (antidépresseurs, antiépileptiques, kinésithérapie, infiltrations etc.).

Références

1. Labat JJ, Riant T, Robert R. Critères diagnostiques d'une névralgie pudendale (critères de Nantes). *Pelv Perineol* 2007;2;65-70.
2. Mauillon J, Thoumas D, Leroi AM, Freger P, Michot F, Denis P. Results of pudendal nerve neurolysis-transposition in twelve patients suffering from pudendal neuralgia. *Dis Colon Rectum* 1999;42:186-92.
3. Benson JT. Neuropathic pain. In *Chronic pelvic pain. An integrated approach*. Eds Steege JF, Metzger DA, Levy BS. 1998 WB Saunders Company.
4. Maigne JY, Lazareth JP, Guérin-Surville H, Maigne R. The lateral cuta-

- neous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. Surg Radiol Anat 1986;8:251-6.
5. Maigne R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem Hôp Paris 1981; 57:545-54.
 6. Labat JJ, Guérineau M, Bensignor M, Robert R. Composantes pariétales et musculo-squelettiques des algies pelvi-périnéales. In Pelvi-Périnéologie. Eds Blanc B, Siproudhis L. 1995. Springer-Verlag.
 7. Greiner M. Varices pelviennes symptomatiques : diagnostic et traitement. Pelv Perineol 2007;2:27-32.
 8. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. Br J Obstet Gynaecol 1998;95:153.

Les points forts

- ❶ Les névralgies pudendales sont liées à une atteinte radriculaire, plexique ou tronculaire sacrée.
- ❷ Le syndrome canalaire pudendal est caractérisé par des douleurs situées dans le territoire du nerf pudendal, prédominantes en position assise, ne réveillant pas la nuit, sans déficit sensitif et soulagées par l'infiltration.
- ❸ Une lésion des nerfs ilio-inguinaux, ilio-hypogastriques, génito-fémoraux peut provoquer des douleurs périnéales neurogènes.
- ❹ Une atteinte des muscles périnéaux peut provoquer des névralgies périnéales.

Questions à choix unique

Question 1

Quel critère n'est pas compatible avec le syndrome du canal d'Alcock ?

- A. douleurs situées dans le territoire du nerf pudendal
- B. douleurs réveillant la nuit
- C. douleurs prédominant en position assise
- D. douleurs soulagées après infiltration anesthésique
- E. absence de déficit sensitif

Question 2

Ne sont pas évocatrices d'une douleur neurologique :

- A. douleurs associées à des troubles sensitifs
- B. douleurs associées à un déficit moteur
- C. douleurs dans le territoire d'un nerf
- D. douleurs lors des efforts
- E. douleurs associées à un signe de Tinel

Question 3

Les douleurs majorées en position assise sont caractéristiques :

- A. de la neuropathie ilio-inguinale
- B. de la neuropathie ilio-hypogastrique
- C. du syndrome du muscle obturateur
- D. du syndrome de la charnière dorso-lombaire
- E. du syndrome du muscle piriforme