




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Décompression chirurgicale du nerf pudendal par voie périnéale à l'aide d'une sonde à ballonnet

Surgical decompression of pudendal nerve by transperineal approach using a probe with a small balloon

E. de Bisschop^{a,*}, R. Nundlall^b

^a 55, avenue des Goums, 13400 Aubagne, France

^b Clinique chirurgicale de Martigues, 13500 Martigues, France

Reçu le 3 avril 2010 ; avis du comité de lecture le 21 novembre 2010 ; définitivement accepté le 8 décembre 2010

Disponible sur Internet le 8 avril 2011

MOTS CLÉS

Axe coulée
infrapiriforme–fosse
ischiorectale ;
Décompression
chirurgicale ;
Écho-doppler ;
Hyperpression
compressive ;
Nerf pudendal ;
Névrалgie pudendale ;
Potentiels évoqués
somesthésiques ;
Réflexes sacrés
étagés ;
Sonde à ballonnet

Résumé

But de l'étude. – Décrire et analyser la décompression chirurgicale du nerf pudendal par voie périnéale à l'aide d'une sonde à ballonnet.

Patients et méthode. – De mai à décembre 2009, 43 patients (31 femmes, 12 hommes) ont été sélectionnés pour une décompression chirurgicale du nerf pudendal (NP). Ces patients présentaient des signes cliniques de névrалgie pudendale. L'exploration électroneuromyographique et l'exploration écho-doppler des vaisseaux pudendaux évoquaient une zone d'hyperpression compressive au niveau de l'axe coulée infrapiriforme–fosse ischiorectale. Une infiltration tronculaire effectuée au niveau de la coulée infrapiriforme et de la fosse ischiorectale s'est révélée positive, confirmant l'étiologie tronculaire pudendale. Les patients étaient connus pour cette pathologie depuis plusieurs années. Parmi ces 43 patients, six avaient antérieurement bénéficié de décompressions des NP, quatre par voie transglutéale et deux par voie transvaginale (♀)/trans-ischiorectale (♂), mais sans efficacité clinique. Chez ces 43 patients, la décompression chirurgicale s'est faite par voie périnéale avec l'aide d'une sonde à ballonnet.

Résultats et conclusion. – Le procédé chirurgical, les suites opératoires et les résultats sont rapportés ci-après. Ceux-ci présentent des résultats encourageants avec à j + un jour, 77 %, à j + un mois, 84 %, et à j + trois mois, 89 % de patients asymptomatiques ou en réduction significative des douleurs. La douleur est évaluée par l'échelle d'évaluation numérique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rajeshree@free.fr (E. de Bisschop).

KEYWORDS

Compressive hyperpressure;
Differential staged sacral reflexes;
Infrapiriformis area–ischio-rectal fossa axis;
Probe with balloon;
Pudendal nerve;
Pudendal neuralgia;
Somesthetic evoked potentials;
Surgical decompression;
Ultrasound

Summary

Aim of the study. – Describe and analyze the surgical decompression of pudendal nerve by transperineal approach using a probe with a small balloon.

Patients and method. – Since 2009 may, 43 patients (31 females, 12 males) underwent for a pudendal nerve decompression. These patients had clinical symptoms of pudendal neuralgia. Neurophysiological tests based on differential staged sacral reflexes and on somesthetic evoked potentials and ultrasound investigations of pudendal vessels evoked a zone of compressive hyperpressure at the level of the axis infrapiriformis area – ischio-rectal fossa. In all of these 43 patients, injection block at the level of the infrapiriformis area appeared positive between one to nine months. Patients were known for this pathology since many years. Among these 43 patients, six had already pudendal nerve decompression, four by transgluteal approach and two by transvaginal (♀)/transischio-rectal (♂) approach but without clinical efficiency. In all of these 43 patients, surgical decompression was done by transperineal approach using a probe with a small balloon.

Results and conclusion. – Surgical methodology, post-operation follow-up and results are reported hereby, which appear quite successful: after two days 77%, after one month 84% and after three months 89% of the subjects are symptom-free or with a significant reduction of pain.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La névralgie pudendale correspond à des douleurs et/ou signes fonctionnels dans un ou plusieurs des territoires du nerf pudendal. Le nerf pudendal peut subir de nombreux phénomènes lésionnels tout au long de son trajet, intra- ou extrarachidien (Fig. 1).

Les 43 patients sélectionnés présentaient un conflit au niveau de l'axe coulée infrapiriforme–fosse ischio-rectale. Les conflits au niveau du muscle piriforme et/ou radiculaire L4, L5 et S1 ont été écartés.

Rappel anatomique

Le nerf pudendal est un nerf mixte prenant ses origines au niveau des racines S2, S3 et S4, avec une contribution possible de S1. Il passe ensuite sous le ligament sacroépineux (Fig. 2). Le nerf rectal inférieur, première collatérale du nerf pudendal, naît avant l'entrée de la fosse ischio-rectale, ne passe donc pas sous le processus falciforme, ni dans le canal d'Alcock. Il va innover le quadrant dorsal du sphincter anal. Le trajet tronculaire du nerf pudendal, devenu nerf périméal, se poursuit sous le processus falciforme et dans le canal d'Alcock (dédoublé de fascia du muscle obturateur interne). Il va innover le quadrant ventral du sphincter anal [1].

Le nerf élévateur de l'anus parcourt la face antérieure du muscle coccygien. Il ne passe donc pas sous le ligament sacroépineux, ni sous le processus falciforme et évite donc le canal d'Alcock. Il innerve, entre autre, le muscle pubo-coccygien.

Notons que le nerf pudendal présente de nombreuses variations anatomiques.

Après dissection de sept corps [1]. – L'origine du nerf rectal inférieur se fait dans tous les cas avant l'entrée dans la fosse ischio-rectale avec une trajectoire directe vers la face postérieure du canal anal, en passant dans la pince ligamentaire mais pas par le canal pudendal. Le nerf pudendal passe dans la pince ligamentaire située entre le ligament sacroé-

pineux et le ligament sacrotubéral dans l'espace latéral de la fosse ischio-rectale où nerf et vaisseaux sont entourés par le fascia du muscle obturateur interne (canal pudendal); dans une des dissections sur sept, le nerf pudendal perforé le ligament sacroépineux.

Après dissection de 37 corps [2]. – Il a été constaté: un tronc passant sous le ligament sacroépineux dans 56,2% des cas, deux troncs dans 11%, deux troncs avec un nerf rectal inférieur perforant le ligament sacroépineux dans 11%, trois troncs avec un nerf rectal inférieur ne perforant pas le ligament sacroépineux dans 9,5%, et trois troncs dans 12,3% des cas.

Diagnostic clinique

Le diagnostic est clinique, confirmé par l'électrophysiologie [1], l'écho-doppler des vaisseaux pudendaux [3,4], et par un test infiltratif. Le patient décrit une douleur et/ou signe fonctionnel dans un ou des territoires du nerf pudendal.

Le Tableau 1 décrit les signes cliniques des 43 patients opérés:

- le signe clinique le plus fréquent est représenté par la sensation de brûlure dans un ou plusieurs de territoires du nerf pudendal;
- soulignons l'importance de la sensation de corps étranger intrarectal et notons que ce signe clinique ne s'accompagne que dans 50% des cas, tant chez les femmes que chez les hommes, d'une sensation de faux besoins de défécation;
- il est important de mettre en exergue l'absence d'incontinence anale et/ou d'incontinence urinaire; ce dernier point est à mettre en corrélation avec l'absence de dénervation du sphincter anal lors de l'investigation électroneuromyographique (tracés neurogènes mais sans dénervation).

La sensation de brûlure dans un des territoires du nerf pudendal ainsi que la sensation de corps étranger intrarectal sont décrites dans des publications [5,6]. Nous n'avons pas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272984>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272984>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)