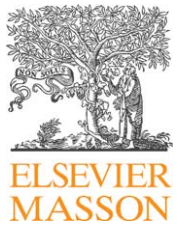
Progrès en urologie (2010) **20**, 922—929



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Approche symptomatique des douleurs pudendales chroniques

Symptomatic approach to chronic pudendal pain

J.-J. Labat[a,*], D. Delavierre[b], L. Sibert[c], J. Rigaud[a]

[a] *Centre fédératif de pelvipérinéologie, clinique urologique, CHU de Nantes, 44093 Nantes, France*
[b] *Service d'urologie, EA 4308, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, université de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France*
[c] *Service d'urologie-andrologie, CHR La-Source, 45000 Orléans, France*

Reçu le 12 août 2010 ; accepté le 16 août 2010
Disponible sur Internet le 13 octobre 2010

MOTS CLÉS
Névralgie pudendale ;
Syndrome canalaire ;
Douleur périnéale ;
Douleur pelvienne ;
Prostatite chronique ;
Vulvodynie ;
Neuropathie

Résumé
Introduction. — La névralgie pudendale est une entité récente maintenant reconnue. Douleur invalidante, d'évolution chronique, elle relève d'un syndrome canalaire pelvipérinéal.
Matériel et méthodes. — Étude de la littérature à travers les publications référencées Medline consacrées au sujet.
Résultats. — Le diagnostic est purement clinique et repose sur des critères consensuels simples (Critères de Nantes) : douleur siégeant dans le territoire anatomique du nerf, aggravée en position assise, ne réveillant pas habituellement la nuit, ne s'accompagnant pas d'hypoesthésie périnéale objective et dont le bloc anesthésique du nerf réalisé au niveau de l'épine sciatique est positif.
Conclusion Le diagnostic de névralgie pudendale est facile quand le tableau reste limité aux critères diagnostiques. Ces critères sont tous indispensables au diagnostique. Il existe, cependant, souvent des signes associés urinaires, anorectaux, sexuels, neuromusculaires, des signes d'hypersensibilisation qui vont complexifier la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique.
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : jjlabat@chu-nantes.fr (J.-J. Labat).

1166-7087/$ — see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.purol.2010.08.055

KEYWORDS
Pudendal neuralgia;
Tunnel syndrome;
Perineal pain;
Pelvic pain;
Chronic prostatitis;
Vulvodynia;
Neuropathy

Summary
Introduction. — Pudendal neuralgia is a recently identified and now clearly recognized clinical entity. This chronic disabling pain is due to a pelviperineal tunnel syndrome.
Material and methods. — Review of the literature based on a Medline search of articles devoted to this subject.
Results. — The diagnosis is purely clinical, based on simple consensual criteria (Nantes Criteria): pain situated in the anatomical territory of the pudendal nerve, worse on sitting, not usually waking the patient at night, not accompanied by any objective perineal sensory loss with a positive anaesthetic block of the pudendal nerve at the ischial spine.
Conclusion. — The diagnosis of pudendal neuralgia is straightforward when the patient's symptoms remain confined to these diagnostic criteria, which are all essential for the diagnosis. However, the patient often presents associated urinary, anorectal, sexual, neuromuscular and hypersensitization signs, which can complicate the diagnostic approach and therapeutic management.
© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La névralgie du nerf pudendal (honteux interne) est très évocatrice et aussi fréquente qu'elle a longtemps été méconnue. Pourtant la névralgie pudendale a été décrite pour la première fois par G. Zuelzer dans un article intitulé : « Reizung des nervus pudendus » en 1915 cité par Turner et Marinoff [1]. Six fois sur dix, le tableau concerne une femme. L'âge moyen de survenue se situe entre 50 et 70 ans.

Une histoire clinique très évocatrice

La symptomatologie est remarquablement constante d'un patient à l'autre. En effet, ces douleurs réalisent un tableau très spécifique et évocateur par ses irradiations, son type et ses caractères de survenue.

Le mode d'installation

Le plus souvent la douleur s'est installée *insidieusement*, parfois précédée d'une phase de paresthésies dans le même territoire. Nombreux sont, cependant, les patients (environ un sur quatre) qui rattachent le début de leur douleur à un évènement aigu. Rarement, il s'agit d'un traumatisme comme une chute sur les fesses. Plus souvent, il s'agit d'une intervention chirurgicale parfois d'un geste endoscopique, parfois d'une infection locorégionale.

Si le travail assis, les déplacements automobiles répétés (VRP) semblent des situations favorisantes, c'est essentiellement la pratique du cyclisme qui est le facteur de risque le plus classique. Il peut s'agir d'une pratique occasionnelle et la névralgie apparaîtra dans les suites d'un trajet inhabituel. Il peut s'agir de cyclistes ayant une pratique assidue, régulière, sportive, et dans ces conditions, la douleur est précédée d'une phase de paresthésies transitoires dans les moments qui suivent l'effort, évoluant souvent pendant plusieurs années.

La topographie de la douleur

Cette douleur prédomine au niveau du *périnée* (de l'anus à la verge ou au clitoris). Elle peut avoir des irradiations antérieures au niveau de la région vulvaire ou scrotale. La douleur peut être unilatérale et alors encore plus évocatrice mais comme dans les autres syndromes canalaires, elle est souvent bilatérale, médiane avec parfois un coté prépondérant.

Il est important mais pas toujours facile de faire préciser au patient si sa douleur est scrotale ou testiculaire, les douleurs du nerf pudendal (issu de S2-S3-S4) ne concernent que le scrotum mais pas le testicule lui-même dont l'innervation est issue de la racine L1. Parfois, les irradiations postérieures se font vers la région anorectale. Dans d'autres circonstances, il s'agit de douleurs strictement anales ou plus souvent anorectales avec parfois une impression de corps étranger intrarectal. Des irradiations plus trompeuses peuvent se retrouver au niveau du pubis, de la face interne des cuisses, au niveau du pli fessier, des ischions et souvent de la fesse. Cette topographie correspond au territoire d'innervation sensitive du nerf pudendal et de ses branches (génitale, périnéale et anale).

Dans certains cas, la douleur peut s'installer d'emblée de façon permanente et sans rémission, dans d'autres cas, elle évolue avec des périodes et lors de la consultation initiale, l'interrogatoire retrouvera souvent une ou plusieurs périodes douloureuses de quelques mois, régressives spontanément avant que la douleur ne prenne un caractère régulier, quotidien.

Le type de la douleur

Il s'agit d'une douleur à type de *brûlure*, de torsion, de striction, de pincement avec parfois des élancements, très mal soulagée par les antalgiques habituels. Cette sensation de cuisson incite souvent aux bains de siège ou à l'application de glaçons, qui ne sont que brièvement efficaces. Parfois, la douleur a un caractère algique moins marqué et les patients parleront plus volontiers d'une gêne, d'un engourdissement,

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3823753

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3823753

Daneshyari.com