



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

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



# La chirurgie du nerf pudendal dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques

Pudendal nerve surgery in the management of chronic pelvic and perineal pain

R. Robert<sup>a</sup>, J.-J. Labat<sup>b,\*</sup>, M. Khalfallah<sup>c</sup>,  
J.-M. Louppe<sup>a</sup>, T. Riant<sup>d</sup>, O. Hamel<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de neurotraumatologie et laboratoire d'anatomie, CHU de Nantes, 44100 Nantes, France

<sup>b</sup> Centre fédératif de pelvi-périnéologie et clinique urologique, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

<sup>c</sup> Département de neurochirurgie, centre hospitalier de la Côte-Basque, 64000 Bayonne, France

<sup>d</sup> Unité d'évaluation et de traitement de la douleur Maurice-Bensignor, centre Catherine-de-Sienne, 44200 Nantes, France

Reçu le 20 septembre 2010 ; accepté le 21 septembre 2010

Disponible sur Internet le 14 octobre 2010

## MOTS CLÉS

Pudendal ;  
Nerf ;  
Compression  
névralgie ;  
Syndrome canalaire ;  
Chirurgie ;  
Douleur ;  
Périnéale

## Résumé

**Objectif.** – Préciser la place de la chirurgie du nerf pudendal dans les syndromes canauxaires du nerf pudendal.

**Matériels et méthodes.** – Exposé des différentes techniques chirurgicales et des résultats publiés.

**Résultats.** – La chirurgie princeps, et qui reste la chirurgie de référence, consiste à réaliser une libération chirurgicale du nerf pudendal du canal sous piriforme au canal d'Alcock par un abord transfessier. Cette chirurgie est sûre. Les résultats sont encourageants, validés par un protocole prospectif, randomisé. De 66 à 80% des patients sont améliorés. D'autres abords (transvaginal ou transpérinéal) sont proposés.

**Conclusion.** – La chirurgie du nerf pudendal reste une possibilité thérapeutique non dédaignable lorsque le reste a échoué. Il apparaît cependant fondamental de faire état des différentes techniques proposées et des critiques que l'on peut en faire.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

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

**KEYWORDS**

Pudendal nerve entrapment;  
Pudendal neuralgia;  
Surgery;  
Perineal pain

**Summary**

*Objective.* – To define the place of pudendal nerve surgery in pudendal nerve entrapment syndromes.

*Materials and methods.* – Description of the various surgical techniques and published results.

*Results.* – The original surgical technique, which remains the reference technique, consists of performing surgical release of the pudendal nerve from the infrapiriformis foramen to Alcock's canal via a transgluteal approach. This surgical procedure is safe and gives encouraging results validated by a prospective, randomized protocol: 66 to 80% of patients are improved. Other transvaginal or transperineal approaches have also been proposed.

*Conclusion.* – Pudendal nerve surgery is a reasonable treatment option when all other treatments have failed. However, the various techniques proposed and their respective criticisms must be carefully evaluated.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La chirurgie du nerf pudendal lors d'algies périnéales chroniques a fait son chemin depuis ses premières descriptions [1]. Arme thérapeutique lorsque les prises en charges médicales ont échoué, elle a pour but de lever les obstacles potentiels menaçant le nerf dans sa course. C'est une chirurgie de syndrome canalaire de la région profonde de la fesse dont le but est de redonner leur liberté aux fibres tronculaires du nerf pudendal et à ses branches. Les principes de la chirurgie sont clairs : libérer la totalité de l'axe nerveux dans des régions bien connues où les structures anatomiques peuvent entrer en conflit avec le nerf.

## Les données physiopathologiques

Elles guident le principe chirurgical. Trois zones de compression potentielle ont été individualisées [2] : la pince ligamentaire entre le ligament sacrotubéral et le ligament sacroépineux sous le canal infrapiriforme ; l'entrée dans le canal pudendal où se dresse le processus falciforme du ligament sacrotubéral ; le canal pudendal d'Alcock dans lequel circulent les vaisseaux pudendaux et leurs branches entre les deux feuillets du fascia du muscle obturateur interne. Deux facteurs peuvent intervenir, expliquant la symptomatologie de ces douleurs positionnelles : l'installation d'une fibrose périneurale liée à la disparition de la graisse pérित्रonculaire responsable d'une non-mobilité du nerf, l'hypertrophie des éléments aponévrotiques et/ou ligamentaires source de compression. Le caractère positionnel des douleurs en position assise est expliqué par l'ascension de la graisse ischioirectale source d'hyperpression sur un nerf peu mobile ou mal à l'aise.

## Les principes chirurgicaux

Ils doivent répondre à ces critères :

- de visualiser d'abord la victime (le tronc nerveux et ses branches) tout au long de leur trajet ;
- d'ôter toutes les sources de compression possibles et de façon systématique par une voie d'abord peu invasive permettant une parfaite vision anatomique ;

- de respecter impérativement les fibres nerveuses en parfaite connaissance des variations anatomiques qui ne peuvent être identifiées qu'en peropératoire ;
- d'apprécier les retentissements de la compression chronique sur les éléments nerveux et en déduire une prédiction quant au résultat ;
- de garantir le caractère anodin des sacrifices ligamentaires.

## Les techniques proposées

### La voie transglutéale (R. Robert) [3]

Chirurgie princeps, elle est d'inspiration neurochirurgicale et est d'essence anatomique. L'abord est réalisé sur un sujet en décubitus ventral cuisses fléchies sur le bassin [4], sous anesthésie générale. L'incision d'environ 5 cm est menée dans l'axe des fibres du gluteus maximus, de part et d'autre, d'une transversale passant par l'extrémité du coccyx. Les fibres du muscle sont écartées dans leur axe et désinsérées du ligament sacrotubéral. Ce dernier est fenestré dans sa partie rétrécie qui est au niveau de l'épine sciatique. Le canal infrapiriforme est alors disséqué et, si nécessaire, agrandi. Le paquet pudendal alors repéré est clivé de la face dorsale du ligament sacroépineux. Le nerf est individualisé et suivi à son entrée dans le canal pudendal. Le processus falciforme est sectionné ainsi que le fascia de l'obturateur interne. Chaque fois que possible le contingent nerveux du muscle obturateur interne est repéré, stimulé, coagulé et sectionné espérant ainsi créer une amyotrophie du muscle qui va diminuer la pression dans le canal pudendal [4]. Ainsi, le nerf est libéré de son émergence sous le muscle piriforme jusqu'à sa sortie du canal d'Alcock.

### La voie trans-ischioirectale ou transvaginale (E. Bautrant) [5]

Elle consiste à aborder les zones de conflit bien connues, par un abord vaginal, au travers de la voie ischioirectale, sectionnant le ligament sacroépineux, le processus falciforme et le fascia du canal pudendal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3823774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3823774>

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