

Article original

## Comparaison entre la latence distale motrice du nerf pudendal, la topographie de la douleur périnéale et le résultat d'infiltrations. Analyse pour 53 patients

### Comparison between the terminal motor pudendal nerve terminal motor latency, the localization of the perineal neuralgia and the result of infiltrations. Analysis of 53 patients

H. Le Tallec de Certaines<sup>a</sup>, D. Veillard<sup>b</sup>, J. Dugast<sup>c</sup>, J.-P. Estèbe<sup>d</sup>, J. Kerdraon<sup>e</sup>, P. Toulouse<sup>f</sup>,  
L. Siproudhis<sup>g</sup>, R. Brissot<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de MPR, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

<sup>b</sup> Épidémiologie et santé publique, faculté de médecine de Rennes, 35000 Rennes cedex, France

<sup>c</sup> Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, 35768 Saint-Grégoire, France

<sup>d</sup> Centre d'Algologie, Hôtel-Dieu, CHU de Rennes, 35033 Rennes cedex, France

<sup>e</sup> Centre de réadaptation de Kerpape, 56275 Ploemeur, France

<sup>f</sup> Service d'explorations fonctionnelles, CHU de Rennes, 35033 Rennes cedex, France

<sup>g</sup> Fédération d'hépatogastroentérologie, CHU de Rennes, 35033 Rennes cedex, France

Reçu le 24 avril 2006 ; accepté le 28 juillet 2006

#### Résumé

**Objectif.** – Étudier la valeur localisatrice de l'allongement de la latence distale motrice du nerf pudendal (LDMNP), par rapport au côté douloureux, dans les douleurs périnéales, ainsi que la valeur prédictive d'un allongement possible de cette latence sur le résultat d'infiltrations.

**Matériel et méthodes.** – Dans le cadre de cette étude rétrospective, 53 patients, ayant consulté entre 2000 et 2004 pour une névralgie pudendale, ont été inclus. La LDMNP a été mesurée par la technique de Saint-Mark, par le même opérateur. Les critères d'évaluation de la latence ont été les suivants : allongement significatif à partir de 6 ms, différence considérée significative entre les deux côtés à partir de 2 ms. Les infiltrations ont été faites par voie périnéale (30 cas) ou transglutéale (huit cas). Le côté de l'infiltration était défini par le côté de la douleur. Les résultats ont été considérés comme bons en cas de disparition de la douleur supérieure à six mois. Une analyse statistique descriptive a été réalisée et le test exact de Fisher utilisé pour les comparaisons.

**Résultats.** – Chez les 53 patients (42 femmes, 11 hommes ; âge moyen  $62 \pm 12$  ans), l'ancienneté de la douleur périnéale, calculée pour 47 patients, était en moyenne de 30 mois  $\pm$  47). Quarante-trois patients avaient une douleur unilatérale ; parmi eux 17 (40 %), avaient une latence augmentée des deux côtés, six (14 %) une latence augmentée du côté de la douleur et cinq (11 %) une latence augmentée du côté controlatéral. Les 15 autres patients ne présentaient pas d'augmentation de la LDMNP. Les douleurs étaient bilatérales chez dix patients. Parmi eux : quatre présentaient des latences augmentées des deux côtés, un uniquement à droite, un uniquement à gauche et quatre avaient des latences normales. Il n'a pas été trouvé de liaison significative entre, d'une part, l'allongement de la LDMNP et, d'autre part, ni l'ancienneté de la douleur ni le résultat des infiltrations, qu'elles aient été périnéales ou transglutéales.

**Conclusion.** – La LDMNP peut être allongée sans correspondre à une neuropathie pudendale compressive et normale sans l'éliminer. La prise en charge des douleurs périnéales nous paraît devoir encore, actuellement, être guidée essentiellement par la clinique.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [regine.brissot@chu-rennes.fr](mailto:regine.brissot@chu-rennes.fr) (R. Brissot).

## Abstract

**Aim.** – The aim is to study the value of the pudendal nerve terminal motor latency (PNTML) testing, in respect to the painful side in patients with pudenda neuralgia, and to determine whether a possible increased latency in the painful side is predictive of a good result with the infiltration.

**Method.** – This retrospective study included 53 outpatients (42 women, mean age 62) with suffering from pudendal neuralgia, who were seen between 2000 and 2004. The mean duration of the pain was  $30 \pm 47$  months. The PNTMPNL was measured by the Saint-Mark hospital technique, by the same operator. The following criteria have been defined: significant increased latency greater than above 6 ms, significant difference of 2 ms in latency between 2 sides from 2 ms, and side of the infiltration corresponding to the side of the neuralgia. The infiltrations were performed either by perineal (30 cases) or transgluteal (8 cases) way. The results on pain were have been considered as good when a substantial reduction of the pain was observed for 6 months or more. Statistical analysis involved was done by the exact Fischer's test to seek for a possible relation between variables.

**Results.** – Of 53 patients (42 women, 11 men, mean age 62) suffered from a with perineal neuralgia. The duration of the neuralgia was  $30 \pm 47$  months. It was bilateral in 10 cases and unilateral in 43 cases. In 43 patients with When the pain was unilateral pain, PNTML we find that the MDLPN was increased in both sides in 39.5% of the population, in the painful side in 14% and in the side opposite side of the to pain in 11%. In 10 patients with the neuralgia was bilateral pain, in 10 patients. Among then, 4 had a bilateral increase of the latency, one patient had an increase only on the right side, and another one an increase only on the left side. We did not find any correlation between the increased of the PNTML TMPNL and, either neither the duration of the neuralgia nor the result of the infiltrations, whatever the method way of the infiltration.

**Conclusion.** – The PNTML can be increased whether it corresponds or not to an entrapment of the pudendal nerve. Thus, the management of perineal pain is based mainly, from us, on clinical findings.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Névralgie pudendale ; Névralgie périméale ; Latence du nerf pudendal ; Examen neurophysiologique ; Infiltration pudendale ; Syndrome du canal d'Alcock

**Keywords:** Pudendal neuralgia; Perineal neuralgia; Pudendal nerve latency; Neurophysiological examination; Pudendal nerve infiltration; Alcock canal syndrome

## 1. Introduction

La névralgie pudendale est une pathologie rare et encore source d'erreur diagnostique. Il peut s'agir d'une névralgie périméale liée à la compression chronique du nerf pudendal soit dans la fossette ischiorectale, soit au niveau du ligament sacroépineux, ou encore d'une neuropathie ou d'un syndrome douloureux régional dont la physiopathologie est plurifactorielle et encore mal connue.

Le plus souvent, le tableau clinique associe une brûlure périméale uni- ou bilatérale augmentée par la station assise ; cependant, selon le contingent neuronal agressé, on peut constater une perception anormale du passage des urines, une hypo- ou dysesthésie vulvovaginale, une incontinence urinaire ou fécale, une dysorgasmie, des scrotalgies. Il a également été décrit un tableau aigu [3] notamment chez le cycliste après un effort prolongé avec une perte de sensibilité partielle ou complète du périnée associé à des troubles urinaires, qui peut être spontanément régressif contrairement au tableau douloureux chronique.

Selon Shafik [7], le nerf pudendal est un nerf mixte sensitivo-moteur. Il est composé de trois racines dérivées des rameaux sacrés antérieurs S2, S3 et S4. Ces trois racines forment deux cornes qui viennent fusionner en regard du ligament sacroépineux. Il passe ensuite entre celui-ci et le ligament sacrotubéral, puis pénètre dans le canal d'Alcock, dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne. Enfin, le nerf se divise en nerf dorsal du clitoris, nerf périméal, nerf rectal inférieur.

Les étiologies de la névralgie pudendale sont nombreuses : traumatisme, plaies, neuropathies diabétique ou inflammatoire, compression.

Le diagnostic évoqué par la clinique est conforté par l'élimination d'une cause coloproctologique, urogynécologique ou ostéoarticulaire pouvant expliquer les algies périméales. De même, il convient d'éliminer une cause médulloradiculaire ou radiculoplexique.

Il est important de connaître cette symptomatologie avant de poser l'indication d'une chirurgie de l'incontinence urinaire ou fécale. Certains travaux [2] ont montré en effet le rôle néfaste de cette dénervation dans la chirurgie classique de l'incontinence.

Les explorations électrophysiologiques aident au diagnostic, un bilan complet comprend la mesure [5] des latences sacrées, des latences du réflexe bulbocaverneux, du potentiel évoqué somesthésique du nerf pudendal, et des latences distales du nerf pudendal.

Ce dernier est l'examen clé des névralgies pudendales. L'étude de la latence permet une analyse discriminative des afférents droits et gauches. La stimulation se fait par l'intermédiaire d'une électrode de surface à usage unique (électrode de Saint-Mark hospital) collé à un gant en latex, positionnée sur la face ventrale de l'index. Ainsi, le doigt introduit dans le rectum et placé au niveau de la fossette ischiorectale à droite puis à gauche permet une stimulation du nerf dans sa partie distale. Le recueil est assuré par des électrodes de surfaces au niveau du sphincter strié anal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4040300>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4040300>

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