



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Douleurs pelvipérinéales chroniques neurogènes : diagnostic positif ou d'élimination ?



*Chronic neurogenic pelvic and perineal pain: Positive or elimination diagnosis?*

Valérie Laigle-Quérat<sup>a,\*</sup>, Éric Frampas<sup>a</sup>,  
Thibault Riant<sup>b,c</sup>, Claire Defrance<sup>a</sup>,  
Stéphane Ploteau<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup> Service de radiologie, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

<sup>b</sup> Centre fédératif de pelvipérinéologie, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

<sup>c</sup> Unité de la douleur, centre Catherine-de-Sienne, hôpital privé le Confluent, 2, rue Éric-Tabarly, 44202 Nantes, France

<sup>d</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU Hôtel-Dieu, 38, boulevard Jean-Monnet, 44000 Nantes, France

Reçu le 1<sup>er</sup> février 2018 ; accepté le 5 mars 2018

Disponible sur Internet le 21 avril 2018

### MOTS CLÉS

Néuralgie pudendale ;  
Néuralgie clunéale ;  
IRM ;  
Infiltration ;  
Critères de Nantes

**Résumé** Les douleurs pelvipérinéales chroniques neurogènes sont largement dominées à l'étage périnéal par la néuralgie pudendale. Son étiologie principale est un syndrome canalaire. Il peut se situer à trois niveaux différents : le canal sous piriforme, la pince ligamentaire entre le ligament sacroépineux et le ligament sacrotubéral, le canal d'Alcock. Elle est diagnostiquée par les seules données de l'interrogatoire et de l'examen clinique périnéal. L'imagerie complémentaire par résonance magnétique pelvienne ne sera réalisée qu'en cas d'atypie clinique, relativement rare, à la recherche d'une autre cause de néuralgie pudendale : principalement à la recherche d'un syndrome de masse sur le trajet de son tronc nerveux. Les autres entités de néuralgie périnéales sont rares et de diagnostic principalement clinique. Le radiologue a une place importante dans le diagnostic positif de néuralgie périnéale puisque l'infiltration, idéalement sous contrôle scanographique, en est une étape incontournable.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [valerie.laigle@chu-nantes.fr](mailto:valerie.laigle@chu-nantes.fr) (V. Laigle-Quérat).

<https://doi.org/10.1016/j.femme.2018.03.009>

1776-9817/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**KEYWORDS**

Pudendal neuralgia;  
Clunial neuralgia;  
MRI;  
Infiltration;  
Nantes criteria

**Summary** Perineal chronic pelvic pain is largely dominated at the perineal level by pudendal neuralgia. Its main aetiology is a tunnel syndrome due to an entrapment of the pudendal nerve. It can be located at three different levels: the piriformis canal, the ligamentous entrapment between the sacrospinous ligament and the sacrotubal ligament, the Alcock canal. It is diagnosed by the data of the interrogation and the perineal clinical examination. Complementary imaging by pelvic magnetic resonance will only be performed in the case of a relatively rare clinical atypia, looking for another aetiology of pudendal neuralgia: mainly searching for a mass syndrome on the path of the nerve trunk. Other entities of perineal neuralgia are rare and their diagnosis is made only on clinical grounds. The radiologist has also an important role in the diagnosis of perineal neuralgia since the infiltration, ideally under scanner control, is an essential step confirming the diagnosis.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les douleurs pelviennes ou périnéales sont un motif de consultation fréquent qui intéresse plusieurs spécialités (gynécologie, urologie, proctologie) et dont la prise en charge est pluridisciplinaire [1]. Si ce symptôme est peu spécifique, un interrogatoire correctement mené et un examen clinique ciblé permettent dans la majorité des cas une orientation diagnostique.

Les douleurs pelvipérinéales d'origine neurogène sont en grande part dominées par les névralgies périnéales. En raison d'une innervation différente entre le pelvis et le périnée, les douleurs neurogènes d'origine périnéales sont cliniquement aisément identifiables sous condition bien entendu de connaître ces entités pathologiques. La place de l'imagerie à visée étiologique est relativement rare.

## Innervation du pelvis et du périnée : rappels anatomiques

Le pelvis est séparé du périnée par le muscle élévateur de l'anus.

La douleur pelvienne est médiée uniquement par le réseau nerveux végétatif via le système orthosympathique, seul médiateur sensitif (le système parasymphatique étant strictement moteur) [2].

La douleur pelvienne qu'elle soit d'origine urologique, gynécologique ou digestive, est véhiculée par les fibres orthosympathiques viscérales correspondantes qui gagnent les lames sacro-recto-génitopubiennes pour converger vers le ganglion hypogastrique inférieur puis rejoindre la chaîne orthosympathique latérovertébrale et le névraxe à hauteur de L1-L2 par les rameaux communicants. À l'instar du système nerveux somatique, le système nerveux végétatif est métamérique et les douleurs pelviennes, d'origine viscérale, captées par plusieurs racines seront dans une grande majorité des cas diffuses, mal systématisées car plurimétamériques. Seules les pathologies pelviennes postérieures atteignant par continuité une ou plusieurs racines sacrées pourront avoir une systématisation mieux définie, radicaire.

Le périnée présente, quant à lui, une innervation double : d'une part, somatique, principalement via le nerf pudendal

responsable de douleurs systématisées à son territoire d'innervation sensitif, et, d'autre part, végétative, via le nerf pudendal également et via le plexus hypogastrique inférieur.

La douleur neurogène périnéale sera ainsi nettement dominée par l'atteinte du principal nerf somatique du périnée : le nerf pudendal.

Le nerf pudendal est issu principalement de la troisième racine sacrée avec des afférences des deuxième et quatrième racines sacrées [3]. Il sort de la cavité pelvienne par la grande échancrure sciatique et chemine latéralement sous le muscle piriforme où il décrit son trajet glutéal, court. Il passe en arrière de l'épine sciatique ou le plus souvent à la face dorsale de l'insertion du ligament sacroépineux où il est situé dans une pince ligamentaire entre ce dernier et le ligament sacrotubéral. Accompagné de son pédicule vasculaire, il décrit alors un trajet d'arrière en avant au sein du canal d'Alcock (canal pudendal) : dédoublement du fascia du muscle obturateur interne. Au sein de la partie postérieure de ce canal, il peut être parfois au contact du processus falciforme du ligament sacrotubéral (Fig. 1).

De topographie infralévatorienne, il donne alors ses branches périnéales :

- le nerf anal (à destinée sensitive de la marge anale et motrice du sphincter externe de l'anus) ;
- une branche sensitive des téguments du périnée (noyau fibreux central, bourse ou grandes lèvres) ;
- une branche motrice pour les muscles érecteurs (ischio- et bulbocaverneux) ;
- le nerf dorsal de la verge ou du clitoris (branche terminale sensitive).

Le nerf pudendal est donc responsable de l'innervation de la marge anale, du noyau fibreux central du périnée et des bourses ou des grandes lèvres. Mais l'innervation des organes génitaux externes est complexe dépendant également d'autres nerfs issus de la charnière thoracolombaire (nerf iliohypogastrique innervant le mont-de-vénus et la région pubienne, ilio-inguinal et génitofémoral innervant tous deux la bourse ou les grandes lèvres). Il existe donc des zones de chevauchement avec le territoire d'innervation du nerf pudendal [4] (Fig. 2). Elles expliquent en partie l'absence de déficit sensitif en cas de névralgie pudendal. Par ailleurs l'innervation des régions glutéales, des portions latéorales du périnée et latérales des bourses ou

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606626>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606626>

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