

# Les algies périnéales: approche diagnostique

Dr C. Lukowski

CRF CHPLT

# Epidémiologie des douleurs pelvi-périnéales chroniques

- En Grande-Bretagne: prévalence annuelle: 3.8% des femmes de 15 à 73 ans (migraine 2.1%, asthme 3.7%)
- 10 % des cs gynéco, 12% des indications d'hystérectomie et 40 % des coelioscopies exploratrices.

- 33% attendent en moyenne plus de 2 ans avant de consulter et 38% n'ont pas de diagnostic pdt les 3-4 ans qui suivent la 1ère consultation.
- Errance diagnostique avec des examens habituels restent négatifs -->  
Répercussions psychologiques majeures
- Difficultés parfois de faire la part du « primum novens » entre douleurs chr et tableau psychologique

# Anamnèse

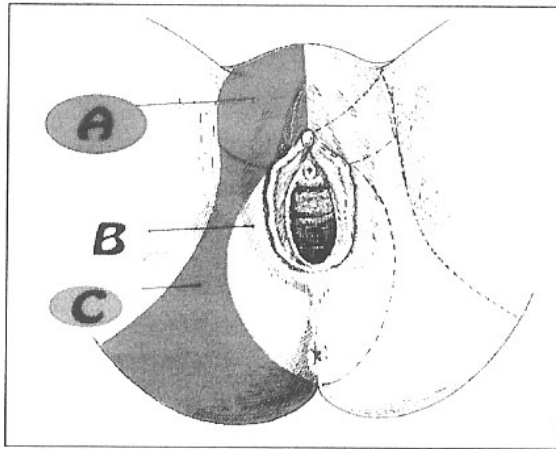
- Antécédents traumatologiques, médicaux, chirurgicaux et obstétricaux
- Durée des symptômes
- Mode d'apparition, circonstances
- Intensité douleur (EVA)
- Type (neuropathique vs nociceptive)

- Cyclisme
- Traitements déjà reçus et leurs effets
- Examens complémentaires déjà réalisés
- Association à des troubles de continence (U ou A) ou gynéco-sexuels (dyspareunie)
- Influence de
  - Position assise
  - Défécation/ miction
  - Cycle menstruel

# Examen clinique

- Examen neurologique complet des membres inférieurs (y compris le testing du court fléchisseur plantaire S2)
- Examen du rachis dorso-lombaire, des hanches, sacro-iliaques, du coccyx
- Examen neurologique du périnée:
  - Réflexe anal (S4),
  - Réflexe bulbo- ou clitorido-anal (S3)
  - Réflexe d'étirement de la marge anale (S4)
  - Contraction réflexe à la toux (D6-D12 S3S4)

# Examen de la sensibilité périnéale

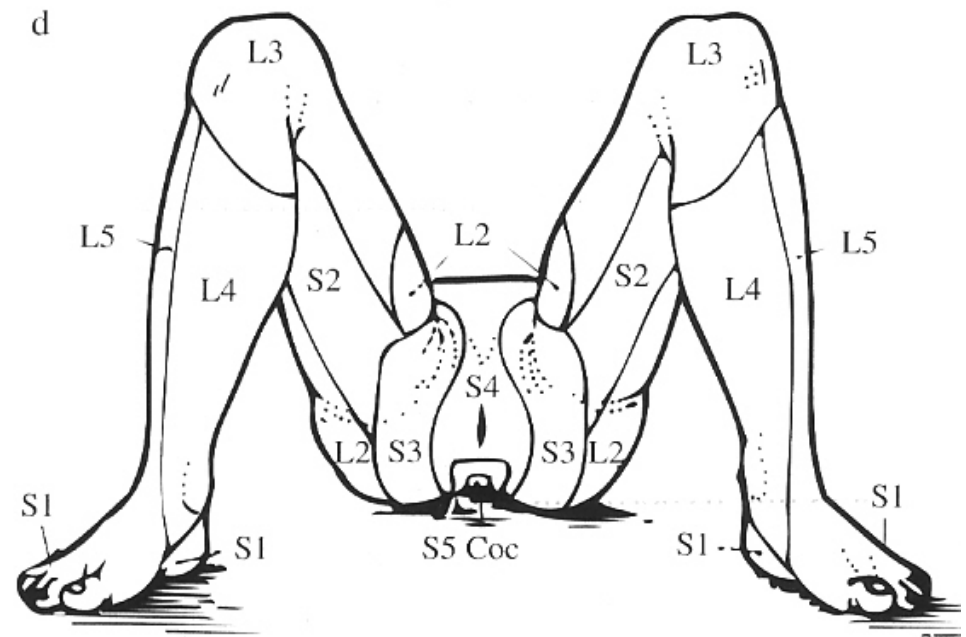


*D'après Kamina*

*A. territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral*

*B. territoire du nerf pudendal*

*C. territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse (nerf clunéal inférieur)*



# Suite examen clinique

- Toucher vaginal: TB, contractures douloureuses, contraction des releveurs, fatigabilité, contractions parasites, prolapsus, proprioception abdomino-périnéale
- Toucher rectal: TB, contraction volontaire, contraction réflexe à la toux, palpation épine ischiatique



# Orientation étiologique

5 grandes orientations:

- Urologique
- Gynécologique
- Gastro-entérologique
- Neurologique
- Ostéo-articulaire

# Algies urinaires

- Cystites, prostatites
- Tumeurs vésicales
- Tumeurs prostatiques
- Malformations de l'appareil urinaire  
(rein ectopique, diverticule vésical,  
uréthrocèle)

# Algies gynécologiques

## ■ 1. Endométriose:

douleur influencée par le cycle menstruel (dysménorrhée), dyspareunie

- Lien de causalité stricte entre douleur et endométriose non établie.
- Coelioscopies exploratrices pour douleurs périnéales --> 33% endométriose, 24% adhérences et 35% aucune anomalie

## ■ 2. Sd de congestion pelvienne

- Entité discutée
- Dysménorrhée
- Topographie mouvante, dyspareunie profonde
- Station debout, effort, soirée +++
- Dilatation des veines ovariennes et utérines

- 3. Adhérences post chirurgie pelvienne ou abdominale
- 4. Post-partum --> descente périnéale --> étirement du nerf pudendal --> dénervation --> amyotrophie périnéale --> ... cercle vicieux.

Répercussions sur la continence urinaire +/- anale

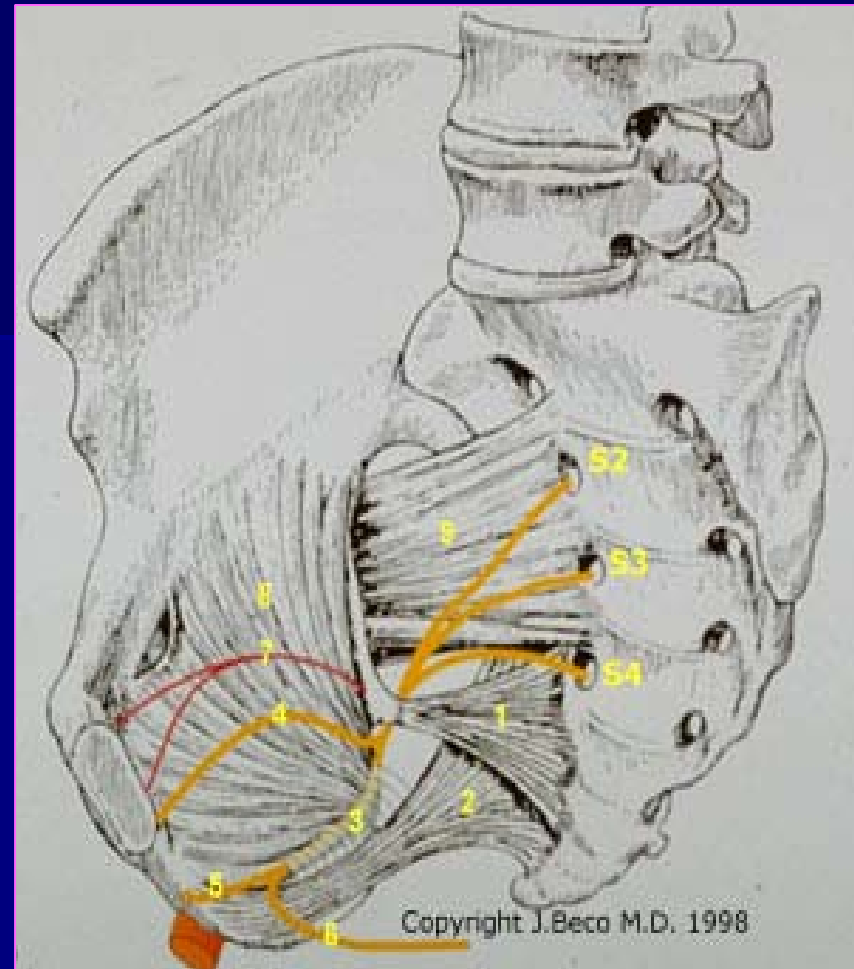
# Algies ostéo-articulaires

- 1. Métastases (histoire clinique, signes d'appel)
- 2. Fractures du cadre obturateur
- 3. Pubalgies - Ostéites pubiennes inflammatoires ou infectieuses
- 4. Atteintes des sacro-iliaques : pelvi-spondylite rhumatismale (manœuvres spécifiques)

## 5. Syndrome du muscle piriforme (pyramidal)

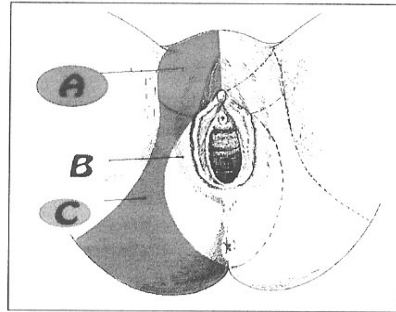
- Pelvi-trochantérien, rotateur externe, (abducteur et extenseur) de hanche
- Douleur fessière haute, profonde, en station assise, à la marche prolongée, avec irradiation descendante dans un trajet sciatique +/- tronqué, lié à une irritation du nerf cutané postérieur de la cuisse (S1 S3) au contact du rebord inférieur du muscle piriforme.

1. Sacro-spinal ligament
  2. Sacro-tuberous ligament
  3. Alcock's canal (or pudendal canal) with the pudendal nerve
  4. Nerve of the clitoris
  5. Perineal branch of the pudendal nerve
  6. Anal branch of the pudendal nerve
  7. Arcus tendineus fascia pelvis
  8. Obturator muscle
  9. Piriformis muscle
- S2, S3 and S4: sacral roots forming the pudendal nerve

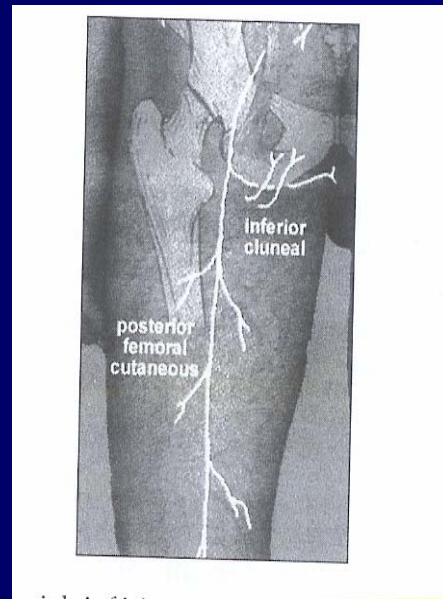




- Douleur à la palpation appuyée de l'insertion trochantérienne du piriforme et lors de la mise en adduction-RI de hanche.
- Position assise + + +
- Association à une névralgie pudendale dans 1 cas / 3
- Infiltration, électrothérapie et kinésithérapie



D'après Kamina  
 A. territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral  
 B. territoire du nerf pudendal  
 C. territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse (nerf clunéal inférieur)



- Le nerf clunéal inférieur, branche du nerf cutané postérieur, innerve la région latéro-anale (pas l'anus, les gds lèvres, la vulve ou le clitoris)
- Position assise +++
- Epine sciatique douloureuse lors d'une palpation superficielle (≠ Alcock: profonde)
- Bloc anesthésique axe ischiatique

## 6. Coccygodynie à forme rectale

- Femme
- Douleurs rectales, sans irradiation caractéristique, de type pesanteur, brûlure
- Postural (assis)
- Clinique: TR: douleur à la mobilisation de coccyx pouce- index + contractures des releveurs

- Rx profil:dynamique ( debout et assis):  
luxation vers l'arrière du coccyx en  
position assise
- Manipulations, antalgiques  
neuropathiques

# 7. Syndrome de la charnière dorso-lombaire

- Syndrome de Maigne
- Dérangement intervertébral mineur D12- L1
- Symptomatologie variée:
  - Lombalgies (branche postérieures D12-L1)
  - Pseudo-sciatalgies
  - Coxalgies (rameau perforant latéral D12)
  - Douleurs pseudo-urologiques, viscérales, pseudo-gynécologiques (branches antérieures)

- La branche antérieure de L1 forme avec la branche antérieure de D12 le grand nerf abdomino-génital et le **nerf abdomino-génital** qui est inconstant. Ce dernier présente
  - Un rameau abdominal avec un filet cutané et un filet musculo-cutané (muscles de l'abdomen et peau de la partie inférieure de l'abdo et de l'aîne)
  - Un rameau génital qui donne un filet cutané pour la peau du scrotum ou des grandes lèvres et un filet pubien pour l'os du pubis

- Douleurs (ou pas, le plus souvent) localisée à la charnière, palp doul, palper-rouler dans le territoire des nerfs atteints, palpation des crêtes iliaques et dyesthésies dans le territoire des nerfs abdomino-génitaux
- Manipulation D12 L1, infiltration des facettes postérieures en D12-L1, tens

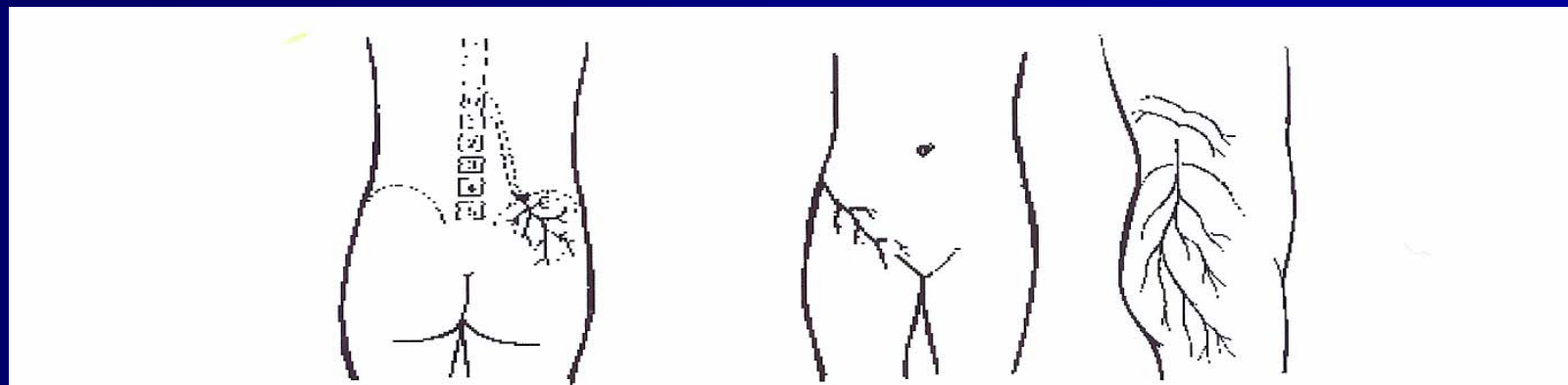
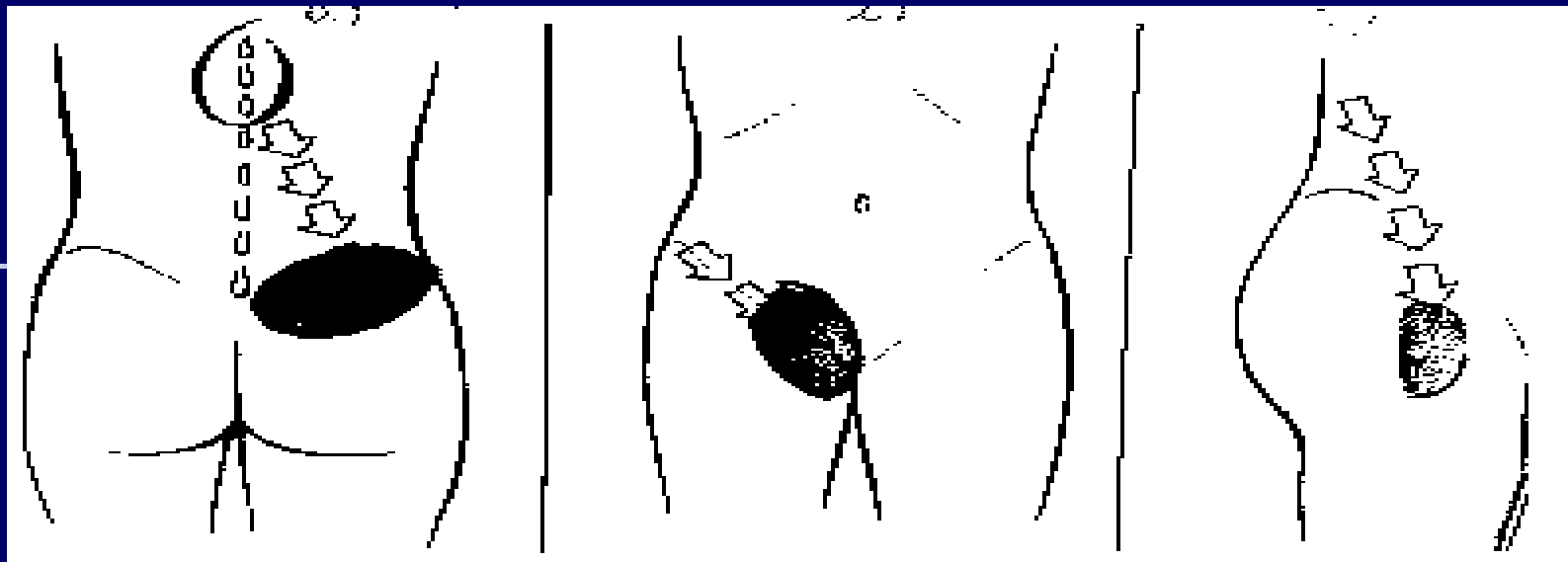


Fig. 3. Gauche : territoire cutané des branches antérieures. Centre : territoire cutané des branches postérieures des 12<sup>ème</sup> nerfs dorsal et du 1<sup>er</sup> nerf lombaire (Maigne). Droite : partie superficielle du rameau perforant latéral issu de la branche antérieure du 12<sup>ème</sup> nerf dorsal.



# Algies gastro-entérologiques

## 1. Proctalgies fugaces

diagnostic facile: anamnèse typique

- femme 40-50 ans
- Douleur rectale profonde, crampoïde
- Irradiations abdominales ou sacrées
- Pesanteur ou brûlures aggravées par la position assise
- Nocturne (réveil en sursaut)

- Brève durée (max 15 minutes)
- Examen clinique totalement négatif
- Etiologie discutée: constriction des vaisseaux hypogastriques, spasme de la musculature colique, contracture des releveurs
- Antalgiques, décontracturants, anxiolytiques

## 2. Syndrome du releveur

- Douleurs ano-rectales, brûlures, tèmesme, en général déclenchée après l'exonération (passage des selles indolore).
- Position assise + + +
- Pas de réveil nocturne
- TR: contracture nette des releveurs à la traction
- Etiologie inconnue (forme frontière coccygodynies, névralgie pudendale)

### 3. Syndrome de l'intestin irritable

- Douleur soulagée par la défécation
- Début associé à un changement dans la fréquence et la forme ou l'apparence des selles
- Hypersensibilité viscérale: perception exagérée de la distension du TD

# Douleurs médullaires ou radiculo-plexiques

- Méningo-radiculite zostérienne (éruption S1S2S3)
- CLE
- Lésions plexiques: paranéoplasiques post-radiothérapie
- Polyradiculonévrite de Guillain Barré
- Hernie discale par ischémie radiculo-médullaire
- Affections médullaires: épendymome, myéломéningocèle, tumeur du cône
- Poussée de sclérose en plaques: douleurs cordonales postérieures (parfois révélateur)
- Douleurs périphériques des atteintes thalamiques

# Syndrome du nerf pudendal

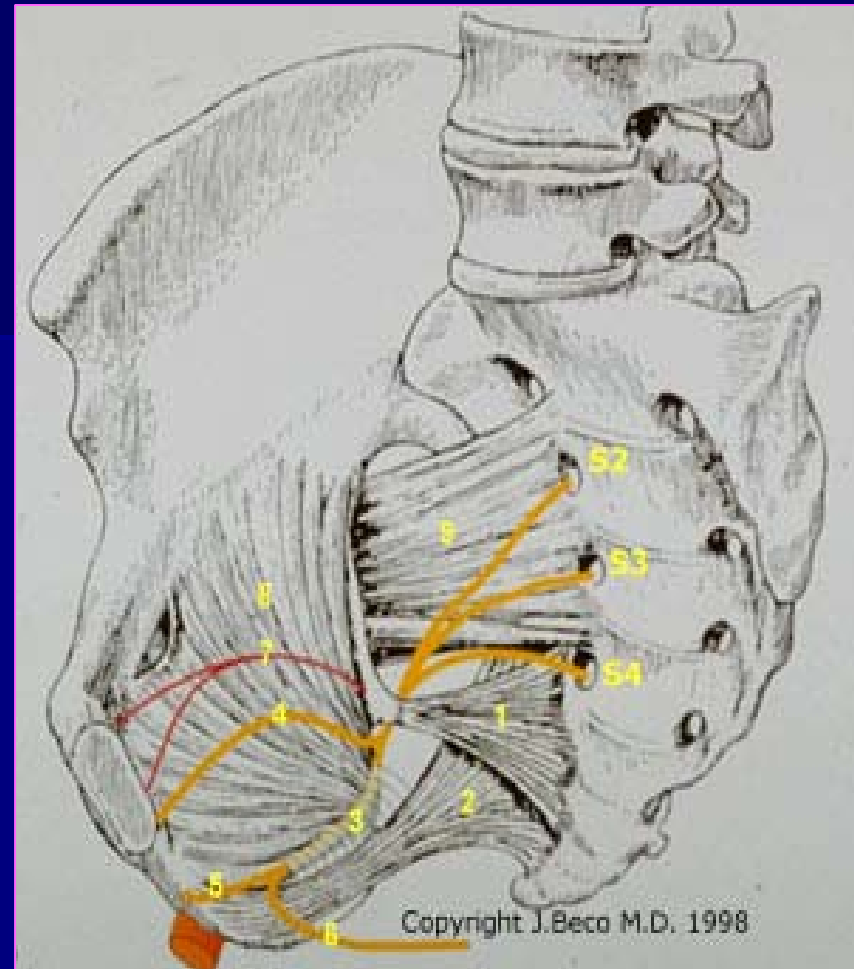
## Historique

- 1915: Zuelzer
- 1987: G. Amarenco établit une synthèse clinique

## Syndrome canalaire

- Pince ligament sacro-épineux et ligament sacro-tubéral
- Canal d'Alcock: dédoublement aponévrose m. obturateur interne

1. Sacro-spinal ligament
  2. Sacro-tuberous ligament
  3. Alcock's canal (or pudendal canal) (1/3) with the pudendal nerve
  4. Nerve of the clitoris
  5. Perineal branch of the pudendal nerve
  6. Anal branch of the pudendal nerve
  7. Arcus tendineus fascia pelvis
  8. Obturator muscle
  9. Piriformis muscle
- S2, S3 and S4: sacral roots forming the pudendal nerve



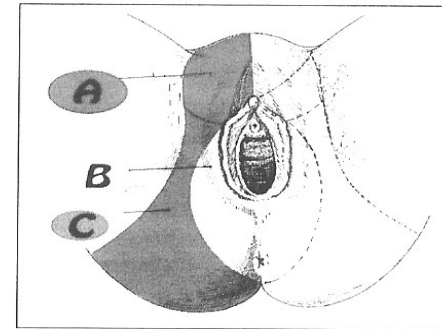
# Fonctions du nerf pudendal

1. Sensitif:

2. Moteur:

1. Sphincter de l'anus
2. Elevateur de l'anus
3. Bulbo- et ischio-caverneux
4. Sphincter strié urétral
5. M. périnéaux profonds et superficiels

Végétatif: érection, sensation du besoin d'uriner



*D'après Kamina*

*A. territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral*

*B. territoire du nerf pudendal*

*C. territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse (nerf clunéal inférieur)*



# Etiologies

- Causes extrinsèques:
  - Post-opératoires (traction sur la table orthopédique, spinofixation)
  - Post-traumatique (chute sur les fesses et lgt falciforme refoulé vers le haut)
  - Syndrome du cycliste (Goodson 1979: Sd canalaire)
- Causes intrinsèques:
  - Fibrose idiopathique
  - Inflammation ou neuropathie préexistante facilitée par diabète, éthylisme, une PR ou l' IR des dialysés
  - Épine ischiatique hypertrophique (cf défilé scapulo-thoracique)

# Tableau clinique

- Femme (2/3) 40-60 ans
- Topographie anale, uro-génitale ou mixte
- Uni ou bilatérale
- Brûlures, pesanteur, corps étranger, ténesme intra-rectal: **neurogène**
- Posturale+++ assis (sauf WC), amélioré debout et en décubitus dorsal. Jamais de réveil nocturne

- Bilans Gynéco, uro et proctologiques négatifs.
- Examens Rx, scan, ... négatifs
- Pas d'influence (habituellement) de la miction ou de la défécation. Pfs troubles de l'activité sexuelle.
- Allodynie mécanique au frottement ou à la pression
- Résistance aux antalgiques habituels et efficacité des tricycliques ou des anti-épileptiques.

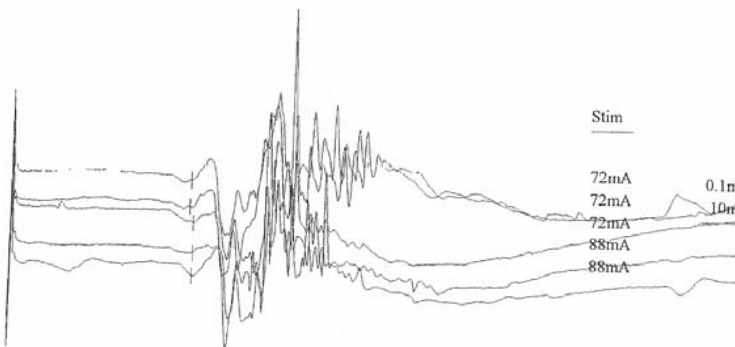
# Examen clinique

- Pauvre !!!
- Pas d'anesthésie périnéale mais dysesthésies dans le territoire sensitif de n. pudendal et de ses branches
- Pas de trouble moteur
- Pas d'altération des réflexes du cône
- Douleur à la palpation de l'épine sciatique au TR, prostate normale

# Examens complémentaires

- Electrophysiologie périnéale:
  - allongement de la latence distale motrice du nerf pudendal sur ses branches périnéale et/ou anale
  - EMG (SAE, BC): dénervation, réinnervation, appauvrissement des tracés
  - Réflexe BC: pour éliminer une atteinte médullaire
- Intérêt pronostique (+ suivi post-opératoire)

Left Latence Suerde BC  
StimPer - BulbCav  
StimPer - BulbCav  
StimPer - BulbCav  
StimPer - BulbCav  
StimPer - BulbCav



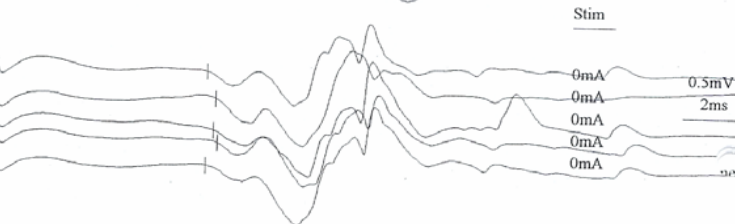
Right LDNHI br.Anale  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal



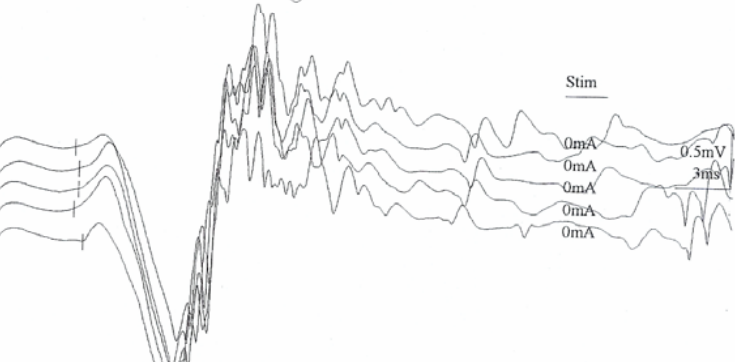
Left LDNHI br.Anale  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal  
EndoRec - S. Anal



Right LDNHI br.périnéale  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav



Left LDNHI br.périnéale  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav  
EndoRec - Bul-Cav



# Traitements

- Médical:
  - Anti-dépresseurs tricycliques
  - Inhibiteurs de recapture de la sérotonine
  - Anti-épileptiques: clonaépam, gabapentine
- Infiltration anesthésiques locaux + cortisonés du nerf pudendal, au niveau de l'épine sciatique (68%) sous contrôle scopique par voie trans-glutéale ou scanno-guidée, dans le canal d'Alcock (20%).

- Chirurgical: réservé aux cas rebelles au traitement médical bien conduit plus de 6 mois avec douleurs  $> 7/10$  (EVA) et  $< 70$  ans: décompression du nerf pudendal aux sites (pince ligamentaire +/- canal Alcock)
- Plusieurs voies d'abord:
  - périnéale (Shafik)
  - trans-glutéale (Robert)
- Effets + sur la douleur (52% d'amélio à 19 mois), sur l' IU ou anale (si elle est présente) et sur les valeurs EMG par technique de Shafik (Beco)



# Conclusions

1. Approche multi-disciplinaire
2. Importance de l'anamnèse et d'un examen clinique précis

- Merci pour votre attention et ...  
bon appétit !!!!