



4- Décompression complète du nerf pudendal par voie périnéale

Etude de faisabilité et premiers résultats

Docteur Jacques BECO

Groupement Européen de Périnéologie, CHU Sart-Tilman, Service de Gynécologie, B-4000-Liège, Belgique.
CHC Clinique Sainte Elisabeth, B-4802-Heusy, Belgique.

En 1991, Shafik ⁽¹⁾ a décrit le syndrome du canal pudendal comprenant des douleurs périnéales, de l'incontinence urinaire, de l'incontinence anale et des troubles de l'érection. Il a montré ensuite que la simple ouverture du canal d'Alcock, réalisée bilatéralement, par voie périnéale, permettait de traiter ces différents symptômes.



Figure 1 : Incision para-anale droite. La pointe de l'index recherche délicatement le nerf rectal inférieur.



Figure 2 : Fosse ischio-rectale droite. Dissection sur cadavre frais congelé. Le nerf rectal inférieur (NRI) est bien visualisé et mène à l'entrée (A) du canal d'Alcock (CA) qui sera



Dans une première étude portant sur 74 patientes opérées selon la technique de Shafik entre 1995 et 2002, nous avons pu confirmer que cette intervention permet de guérir ou d'améliorer 75 % des périnéodynies (douleurs périnéales, anales ou vulvaires), 80% des incontinenances anales et 50% des incontinenances urinaires⁽²⁾. Les latences distales anales et périnéales ainsi que la richesse des tracés du sphincter anal et des bulbo caverneux sont améliorées de manière significative par l'intervention ⁽²⁾.

D'autres auteurs ont insisté sur l'intérêt de l'ouverture de la pince interligamentaire dans le traitement de la névralgie pudendale. Cette ouverture est obtenue grâce à la section partielle ⁽³⁾ ou complète ⁽⁴⁾ du ligament sacro-épineux et parfois du ligament sacro-tubéral.

Pour tenter d'améliorer nos résultats, notamment dans le traitement de la douleur, nous avons décidé de compléter l'opération de Shafik en ouvrant la pince interligamentaire en plus du canal d'Alcock.

Matériel et méthode :

La population étudiée comprend 34 patients opérés entre 2002 et 2004 (31 femmes et 3 hommes ; âge moyen : 54 ans, extrêmes : 34-77). Ces patients souffraient d'un syndrome du canal pudendal fortement suggéré par l'anamnèse (incontinence anale, périnéodynie, incontinence urinaire), l'examen clinique (asymétrie de sensibilité para-anale et/ou périnéale antérieure, test du palpé-roulé positif et nerf pudendal douloureux au toucher rectal) et le bilan électromyographique. Les critères d'inclu-

sions étant les mêmes que dans notre première étude (2).

La décompression complète du nerf pudendal par voie périnéale a été le seul geste chirurgical réalisé chez 14 patients. Les 20 autres patients présentaient d'autres lésions (prolapsus, bascule de la plaque des releveurs, descente du col vésical) qui ont été traitées par les gestes appropriés durant la même narcose. Les patients ont été revus entre 1 et 29 mois après l'intervention (moyenne 11 mois ; 12 patients revus moins de 12 mois après l'intervention).

L'intervention comprend les temps suivants :

- Incision cutanée para-anale de 4 cm
- Repérage du nerf rectal inférieur sous l'index (fig.1)
- Le nerf rectal est suivi jusqu'à l'entrée du canal d'Alcock (fig.2)
- Ouverture du canal d'Alcock au doigt (parfois aidé par les ciseaux)
- Petite ouverture du fascia reliant les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral à l'aide de la pointe des ciseaux et sous contrôle du doigt
- L'ouverture est élargie par l'index en clivant le fascia entre le coccyx et l'ischion (fig.3)
- Le nerf pudendal est séparé de la face inférieure du ligament sacro-épineux et de la face antérieure du processus falciforme

Résultats :

Une large ouverture de la "pince interligamentaire", permettant le passage aisé de l'index dans l'abdomen (fig.4), a été obtenue chez les 34 patients sans hémorragie significative et sans difficulté technique majeure.

Figure 3 : Après ouverture du fascia reliant les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral . Fosse ischio-rectale droite. Dissection sur cadavre frais congelé. Le nerf clitoridien (NC) quitte le nerf pudendal (NP) juste après le passage sous le ligament sacro-épineux (SS). Le nerf pudendal est situé sous le nerf clitoridien et croise le processus falciforme (PF) du ligament sacro-tubéral. L'espace entre les 2 ligaments est large et permet le passage aisé de l'index. NT= branche du muscle transverse du périnée.



Figure 4 : Point de sortie de l'index dans l'abdomen (Flèche). USD = ligament utéro-sacré droit. V = vagin. D = cul de sac de Douglas.



Les résultats préliminaires de cette technique sont repris dans le tableau I.

Discussion :

Cette étude montre la faisabilité d'une décompression complète du nerf pudendal sans section des ligaments et par une courte incision para-anales. Nous n'avons pas trouvé de véritable pince entre les deux ligaments mais plutôt un fascia très solide les unissant. Il pourrait s'agir du fascia lunata⁽⁵⁾ ou simplement de fibres des deux ligaments qui s'entrecroisent⁽⁶⁾. Une fois ce fascia ouvert, l'espace entre les ligaments permet le passage aisé de l'index et est donc largement suffisant pour éviter une compression du nerf.

Les trois symptômes principaux du syndrome du canal pudendal peuvent être guéris ou améliorés par cette opération. Comme le recul est insuffisant chez 12 patients (moins de 12 mois), les résultats repris dans le tableau I doivent être considérés comme provisoires.

D'un point de vue théorique, au plus le nerf est libéré, au plus le résultat devrait être satisfaisant. Cependant, une décompression plus complète peut augmenter le risque de dévascularisation du nerf et aggraver la fibrose réactionnelle. En comparant ces données préliminaires à celles obtenues lors de notre première étude, il semble que

l'ouverture de la pince améliore les résultats obtenus sur la douleur sans modifier ceux portant sur l'incontinence anale ou urinaire.

Pour confirmer, de manière formelle, l'intérêt clinique de cette approche plus complète par rapport à la technique de Shafik, une étude prospective randomisée devrait être réalisée.

L'absence de section d'un ou des deux ligaments de la pince interligamentaire (indis-

pensable dans la technique transglutéale de Robert) avec son risque, au moins théorique, de déstabiliser les sacro-iliaques et l'absence de rétraction de la plaque des releveurs (nécessaire dans l'intervention trans-ischiorectale de Bautrant pour atteindre le canal d'Alcock) qui pourrait délabrer ce muscle, représentent les deux atouts majeurs de notre approche. Son point faible étant son caractère " aveugle ", la rendant difficilement reproductible.



CONCLUSION

Cette étude a démontré la faisabilité d'une décompression complète du nerf pudendal par voie périnéale. Dans nos mains, le pourcentage de douleurs améliorées semble plus élevé que dans la technique originale de Shafik. Par contre, le pourcentage d'inconti-

nence anale ou urinaire guéries est inchangé. La notion de pince interligamentaire devrait être revue. Les deux ligaments sont séparés par un large espace comblé par un fascia solide qui peut être incisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Shafik A: Pudendal canal syndrome. Description of a new syndrome and its treatment. Report of 7 cases. *Coloproctology* 1991, 13:102-110.
2. Beco J, Klimov D, Bex M: Pudendal nerve decompression in perineology : a case series. *BMC Surg* 2004, 4(1):15.
3. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, de Vlieger J, Di Constanzo M, Habib L, Patroni G et al: La prise en

charge moderne des névralgies pudendales. A partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003, 32:705-712.

4. Robert R, Brunet C, Faure A, Lehur PA, Labat JJ, Bensignor M, Leborgne J, Barbin JY: [Surgery of the pudendal nerve in various types of perineal pain: course and results]. *Chirurgie* 1993, 119(9):535-539.
5. Derry DE: Pelvic muscles and fasciae. *Journal of Anatomy and Physiology* 1907, 42:107-111.
6. Gray H: *Anatomy of the human body* 1918, Bartleby.com

Tableau I : Décompression complète du nerf pudendal par la voie périnéale (Beco-Mouchel)

Efficacité sur les symptômes.

Isolé = décompression uniquement. Tous = y compris gestes associés.

(Expérience Liégeoise : n=34, recul moyen 11 mois, 12 cas < 12mois)

Paramètres	Perinéodynie Tous	Périnéodynie Isolé	Inc Anale Tous	Inc Anale Isolé	IUE Tous	IUE Isolé	Urge Inc Tous	Urge Inc Isolé
Nombre de cas	27	12	15	4	19	5	19	6
Guéris	12 (44,4%)	6 (50%)	8 (53,3%)	2 (50%)	14 (73,7%)	2 (40%)	9 (47,3%)	3 (50%)
Améliorés	9 (33,3%)	5 (41,6%)	1 (6,6%)	0	1 (5,3%)	1 (20%)	6 (31,5%)	1 (16,6%)
Inchangés	6 (22,2%)	1 (8,3%)	6 (40%)	2 (50%)	3 (15,8%)	2 (40%)	3 (15,8%)	2 (33,3%)
Aggravés	0	0	3 de novo (2 gaz, 1 selles liquides)	0	1 (5,3%)	0	1 (5,2%)	0