

PRISE EN CHARGE DES NEURALGIES PERINEALES PAR ATTEINTE DU NERF PUDENDAL (SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK)

G. Amarenco, B. Bayle, S. Sheik Ismaël

Service de Rééducation Neurologique et d'Explorations Périnéales

Hôpital Rothschild, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 75571 Paris Cedex 12

Les atteintes du nerf pudendal sont rares car il s'agit d'un nerf profond et bien protégé. Il peut être lésé lors de fractures pelviennes, de plaies, d'hématome profonds (injections, plaies par balle), de traction excessive (réduction de fracture sur table orthopédique), ou de station assise prolongée sur les ischions. Les signes en sont alors une sensation d'hypoesthésie ou de paresthésies non douloureuses périnéales. La compression prolongée du nerf pudendal entre l'ischion et l'obturateur interne dans la fossette ischio-rectale (ou canal d'Alcock) ou au dessus, par le ligament sus-épineux détermine un syndrome douloureux périnéal.

CLINIQUE DU SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK

Le mécanisme de cette lésion est une fibrose du canal ostéo-musculo-aponévrotique constitué de l'ischion et de l'obturateur interne dans lequel est contenu le nerf pudendal. Ce mécanisme est le même que celui observé au cours de tout syndrome canalaire tel le syndrome du canal carpien. La sémiologie est caractérisée par des **douleurs périnéales** spontanées permanentes à type de brûlure ou des paresthésies irradiant volontiers à tout le pelvis, s'exacerbant en position assise et se calmant en position debout et à la marche. Une localisation élective des douleurs peut être rencontrée (sphincter anal, vagin), pouvant être le fait d'une atteinte spécifique d'un seul rameau nerveux, bien qu'une telle distribution tronculaire ne soit constatée que dans quelques rares observations. La diminution des douleurs lors du décubitus ou à la station debout, et leur exacerbation en position assise, témoigne du facteur étiopathogénique que représente la mise en tension du nerf dans son canal. Souvent, le toucher rectal met en évidence lors de la palpation appuyée du nerf pudendal sur l'épine ischiatique une douleur élective reproduisant la douleur spontanée.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK

Le nerf pudendal peut être aussi comprimé en plusieurs autres points le long de son trajet : prolongement falciforme du **ligament sacro-tubéral** (grand ligament sacro-sciatique); pince entre le ligament **sacro-épineux** (ou l'épine sciatique) et le ligament sacro-tubéral.

L'inefficacité des infiltrations tests du nerf pudendal dans le canal d'Alcock sous repérage

scanographique, doivent faire évoquer une telle compression plus haut située. **L'atteinte proximale** du nerf pudendal est plus rare. Le diagnostic est parfois facile en cas de traumatisme direct (plaie), parfois plus difficile lorsque la lésion est per-opératoire (blessure au cours de colposuspension par voie trans vaginale lors de la fixation haute effectuée sans contrôle visuel). La possibilité d'une tumeur compressive du petit bassin doit toujours être évoquée devant une algie pelvi-périnéale, avec nécessité de réaliser une exploration par Résonance Magnétique du petit bassin ce d'autant que la latence sacrée est augmentée sans altération des latences distales. L'apparition de troubles au décours d'une chirurgie orthopédique, doit faire incriminer une compression du nerf pudendal secondaire au mode d'installation . **Les atteintes radiculo-plexiques** sont classiquement la cause de douleurs périnéales : zona périnéal (méningo-radiculite zostérienne), lésions plexiques (néoplasique, postradiothérapique). **Les atteintes médullaires** responsables de névralgies périnéales sont de connaissance ancienne. Les douleurs peuvent être révélatrices de la lésion (tumeur bénigne ou maligne, neurinome et épendymome notamment).

LE DIAGNOSTIC ELECTROPHYSIOLOGIQUE

Le diagnostic repose avant tout sur les explorations électrophysiologiques du périnée. L'examen de **détection** des muscles périnéaux met en évidence des signes neurogènes périphériques (appauvrissement du tracé, sommation temporelle, potentiels polyphasiques, activités spontanées de dénervation). La distribution unilatérale de l'atteinte, sa systématisation en terme d'atteinte tronculaire, sont autant d'argument. La normalité des **latences sacrées** élimine une atteinte proximale, tout en sachant que certaines conditions pathologiques (canal lombaire étroit, antécédent de chirurgie pelvienne) peuvent déterminer des augmentations de latence et qui ne peuvent être tenues pour responsable du syndrome douloureux périnéal. Les **latences distales motrices** du nerf pudendal obtenues par stimulation endorectale du nerf pudendal à l'épine ischiatique avec recueil par électrode aiguille dans le muscle bulbo-caverneux ou par électrode de contact dans le sphincter anal, permettent de confirmer le diagnostic. La stimulation discriminative droite-gauche démontre l'atteinte focale, distale, unilatérale, monotronculaire du nerf pudendal. En effet, en raison de l'extrême fréquence des atteintes neurogènes périnéales secondaires à une neuropathie d'étirement (passé de dyschésie, accouchements traumatisants, enfants de poids élevé, forceps, grossesses multiples, ...) seule une altération unilatérale ou une très franche asymétrie doit être prise en compte. L'étude des **latences distales sensibles** du nerf pudendal affinent la précision du diagnostic.

LES AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les **radiographies osseuses** (bassin de face, sacrum de profil, radiotomographies du sacrum) permettent d'éliminer un processus expansif sacré comprimant les racines nerveuses, une fracture du sacrum (pouvant être passée inaperçue) déterminant des lésions neurogènes par atteinte proximale, et dans de rares cas des calcifications pelviennes voire des exostoses (notamment de l'épine ischiatique) comprimant le tronc nerveux. Le plus souvent ces investigations sont négatives, car il s'agit d'une syndrome canalaire. La **scintigraphie osseuse** peut être d'une aide utile en cas de suspicion de lésion osseuse (post-traumatique, expansive) ou pour préciser les images de radiographies standards. **Si l'IRM pelvienne** (ou le scanner du petit bassin) peut objectiver des lésions viscérales (utérines, rectales, tumeurs pré-sacrées) comprimant les racines ou les plexus nerveux, le plus souvent les lésions plexiques ne déterminent aucune image radiologique particulière (plexopathies néoplasiques, paranéoplasiques ou radiothérapiques). **L'IRM du cône terminal** recherche des anomalies focales (tumeur bénigne ou maligne, neurinome et épendymome notamment) dont la responsabilité dans la genèse des douleurs périnéales est bien classique, contrairement à certaines pathologies congénitales dont on a souvent du mal à affirmer le caractère pathogène (kystes sacrés, méga-fourreau dural, spina-lipome, moelle attachée). Dans de rares cas (douleurs périnéales apparaissant en position debout), un facteur vasculaire peut être incriminé, et en cas de négativité des investigations classiques, un bilan vasculaire à la recherche de varices pelviennes compressives, voire périmédullaires, effectué (écho-doppler couleur pulsé, IRM pelvienne, artériographie médullaire).

LE TRAITEMENT DU SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK

La compression du nerf pudendal est accessible à une infiltration intracanaulaire de corticoïdes. L'infiltration consiste en l'injection de 5 mg de Dexaméthasone dilués dans 9 ml de sérum physiologique dans les deux fossettes ischio-rectales sous repérage scanographique. Ce traitement est renouvelé deux fois, à un mois d'intervalle. En cas d'échec à 4 mois, ou de récurrence, une neurostimulation transcutanée antalgique et un traitement par clonazépan (1,5 à 3 mg par jour) sont essayés. L'échec de ces traitements conduit à une infiltration sous scolie du nerf au niveau du ligament sus-épineux avec une association de corticoïde retard (Dexaméthasone 5 mg) et de Lidocaïne. Dans notre expérience l'effet immédiat des infiltrations est décevant, n'améliorant qu'un tiers des patients. Ce résultat modeste tant dans le cadre de la douleur chronique compte tenu de l'effet placebo, que dans le cadre des

syndromes canaux où les résultats sont habituellement beaucoup plus efficaces, peut s'expliquer par plusieurs facteurs : (1) le délai entre l'installation des douleurs et la mise en route du traitement, l'étiologie neurologique étant souvent longtemps méconnue (il existe d'ailleurs une corrélation nette entre la durée d'évolution et l'efficacité des traitements); (2) l'existence de sites de compression multiples éventuellement associés, comme le suggèrent les vérifications chirurgicales; (3) la fréquence d'une atteinte proximale (canal lombaire étroit, pathologie discale) ou d'une neuropathie périnéale d'étirement associées qui rendent le nerf plus fragile avec des possibilités de restauration moindres; (4) la composante végétative non négligeable, s'expliquant par l'importance quantitative des fibres sympathiques (30% du contingent nerveux) véhiculées par le nerf pudendal; (5) sur le plan technique, la difficulté de repérage du canal pudendal ou une dose d'anti-inflammatoires insuffisante; (6) enfin une participation psychogène aux douleurs du fait de la chronicité. L'effet des infiltrations est de plus souvent transitoire, puisque seulement 10% des patients restent améliorés ou guéris par cette technique après un an d'évolution, 21% parmi les 31% améliorés récidivant dans les trois mois. L'infiltration du tronc nerveux à l'épine ischiatique est un peu plus efficace avec 57% d'amélioration immédiate (probablement en raison d'un conflit plus fréquent par le ligament sus-épineux que par la pince ostéo-musculaire du canal d'Alcock) et une amélioration définitive notée dans 15% des cas.

En réalité, les infiltrations intracanales constituent plus un mode de sélection des indications chirurgicales, qu'un traitement définitif de la névralgie périnéale. Leur efficacité, associée à une présentation clinique concordante (douleurs à type de brûlures exacerbées par la position assise) et à une exploration électrophysiologique cohérente avec une atteinte distale focale du nerf pudendal, invite à proposer une neurolyse chirurgicale. Le traitement médicamenteux est en effet souvent efficace (un tiers des cas) mais ne constitue qu'un traitement d'appoint, puisqu'il ne détermine une guérison complète que dans 4% des cas. Les résultats de la neurolyse sont bons dans deux tiers des cas (avec disparition totale de la symptomatologie dans un tiers des cas).

CONCLUSION

La compression chronique du nerf pudendal dans la fossette ischio-rectale (syndrome du canal d'Alcock) est responsable d'une névralgie périnéale. Evoquée par la recrudescence des douleurs en position assise et leur tonalité à type de brûlures ou de dysesthésies, l'étiologie neurologique est confirmée par les explorations électrophysiologiques périnéales. Les infiltrations (sous repérage radioscopique du nerf à l'épine ischiatique ou sous contrôle

tomodensitométrie dans la fossette ischio-rectale), sont en règle essayées de première intention. La neurolyse chirurgicale proposée en cas d'atteinte strictement unilatérale est efficace deux fois sur trois.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES SUR : LE SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK

Au cours du syndrome du canal d'Alcock, la localisation de la lésion du nerf pudendal est :
(cochez une seule réponse)

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|
| proximale, intra-pelviene | A | <input type="checkbox"/> |
| le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral (grand ligament sacro-sciatique) | B | <input type="checkbox"/> |
| la fossette ischio-rectale | C | <input checked="" type="checkbox"/> |
| la pince entre le ligament sacro-épineux et le ligament sacro-tubéral. | D | <input type="checkbox"/> |
| multiétagée | E | <input type="checkbox"/> |

Les signes cliniques suivants s'appliquent au syndrome du canal d'Alcock :
(cochez la ou les cases exactes)

| | | |
|------------------------------------------|----------|-------------------------------------|
| Brulure périnéale | A | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Douleur disparaissant en position assise | B | <input type="checkbox"/> |
| Trouble mictionnel à type de dysurie | C | <input type="checkbox"/> |
| Douleur à la palpation au toucher rectal | D | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Paresthésies vulvaires ou péniennes | E | <input checked="" type="checkbox"/> |

Le syndrome du canal d'Alcock est définie électrophysiologiquement par :
(cochez une seule réponse)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|
| Une dénervation isolée des deux muscles bulbo-caverneux | A | <input type="checkbox"/> |
| Une augmentation unilatérale des latences terminales du nerf pudendal | B | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Une augmentation bilatérale des latences terminales du nerf pudendal | C | <input type="checkbox"/> |
| Une augmentation d'une ou plusieurs latences sacrées | D | <input type="checkbox"/> |
| Une perturbation des potentiels cérébraux du nerf pudendal | E | <input type="checkbox"/> |

Les traitements suivants s'appliquent au syndrome du canal d'Alcock :
(cochez la ou les cases exactes)

| | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|
| Infiltration dans la fossette ischio-rectale | A | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Infiltration au ligament sacro-épineux | B | <input type="checkbox"/> |
| Phénoлизation du nerf pudendal sous repérage scannographique | C | <input type="checkbox"/> |
| Clonazépan ou Carbamazépine ou Tricycliques | D | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Neurolyse | E | <input checked="" type="checkbox"/> |