

THEMATIQUE NEVRALGIE PUDENDALE

GUIDE PRATIQUE

Chirurgie de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale

Les fiches thématiques élaborées sous l'égide du comité médico scientifique ont pour objectif de vulgariser des informations médicales fiables et à jour qui sont indispensables à la compréhension des syndromes douloureux périnéaux et à leurs traitements. Cette fiche concerne l'opération de décompression du nerf pudendal par voie transglutéale (Pr Roger ROBERT, Dr Mansour KHALFALLAH).

A qui s'adresse cette chirurgie ?

- ❖ **Aux patients qui présentent tous les critères diagnostiques de syndrome canalaire du nerf pudendal** (= de compression du nerf pudendal). Ces critères (« critères de Nantes ») sont les suivants :
 - douleur dans le territoire du nerf pudendal : pénis ou clitoris, grandes lèvres ou scrotum, anus, de façon complète ou incomplète, unilatéralement ou bilatéralement.
 - Pas de déficit sensitif dans ce territoire (sensibilité au tact normale)
 - Position assise déclenchant la douleur
 - Diminution franche de la douleur dans la demi-heure qui suit l'infiltration en position assise

- ❖ **L'évaluation diagnostique :**

Aucun examen ne permet de visualiser le nerf pudendal.

Les examens d'imagerie tels que l'IRM, l'EMG (électromyogramme) et écho-doppler peuvent apporter des informations sur le fonctionnement du nerf (et notamment d'éventuelles anomalies), sur sa situation anatomique locale, et sur l'absence d'autres pathologies (tumeurs...). Compte tenu des difficultés d'interprétation, ce sont des informations complémentaires qui ne constituent pas des éléments diagnostiques de la névralgie pudendale. Les consultations sont multidisciplinaires.

Qui opère t-on ?

- ❖ Des patients qui souffrent de douleurs persistantes malgré les traitements proposés : infiltrations, kinésithérapie, traitements médicamenteux.
- ❖ Des patients qui adhèrent à la proposition thérapeutique :
 - Les patients, qui en accord avec l'équipe médicale, ont intégré la chirurgie comme le meilleur choix thérapeutique à ce moment de leur parcours de soins.
 - Les patients qui ont intégré que la guérison est un processus : l'intervention chirurgicale est une étape majeure, elle fait partie d'une prise en charge globale et les résultats sont interdépendants d'autres facteurs tels que l'âge du patient, l'ancienneté du syndrome, le contexte de vie du patient...comme pour tout autre traitement.

Qu'attendre de la chirurgie

Lorsque les critères de diagnostic de névralgie pudendale (« critères de Nantes ») sont complets, le pronostic selon les études est avant tout fonction de l'âge, dans la tranche la plus fréquente des 50/70 ans. **Le pronostic est meilleur pour les patients les plus jeunes.**

- **70% de patients améliorés :**
 - 45% sont très améliorés
 - 25% sont améliorés de façon modeste :
Ils conservent des douleurs chroniques mais moins intenses, qualifiées de supportables.
- 1 à 2 % de patients s'estiment aggravés mais il ne s'agit pas de complication neurologique de la chirurgie puisqu'on ne retrouve jamais de séquelles neurologiques secondaires de celle-ci.
Il faut rapporter cela au fait que certains patients s'aggravent même s'ils ne sont pas opérés.

Important : Même si certains patients peuvent être améliorés très rapidement l'amélioration peut mettre six mois avant d'apparaître, mais peut survenir et progresser au cours des deux ans qui suivent.

L'intervention chirurgicale

❖ Quels sont les principes de la méthode de décompression du nerf par la voie transglutéale ?

C'est une chirurgie de la région profonde de la fesse qui a pour but de libérer le nerf sur tout son trajet (de son émergence sous le muscle piriforme, jusqu'au canal d'Alcock). Afin de lui redonner toute sa mobilité.

Cette méthode permet de visualiser le nerf lors de l'intervention et de garantir que les 3 zones de compression possibles ont été levées

- Au niveau de la pince ligamentaire
- A l'entrée du canal pudendal (au niveau du processus falciforme du ligament sacro-tubéral)
- Au niveau du canal d'Alcock

Si le mode opératoire peut impressionner compte tenu de la voie d'abord par la fesse, il est en fait peu invasif et respectueux des fibres nerveuses grâce à un contrôle visuel permanent du nerf. La section de la pince ligamentaire n'entraîne aucune morbidité.

❖ L'acte opératoire

- C'est un acte de neurochirurgie d'une durée relativement brève :
De 30 mn à une heure par nerf
- Sous anesthésie générale
- Abord fessier haut : incision de 5 à 7 cm

Ne gêne pas la position assise car la cicatrice est plus haute :

Possibilité de s'asseoir dès le lendemain de l'opération et/ou d'être en position couchée sur le dos.

- Durée d'hospitalisation : 3/4 jours en moyenne



Le suivi post-opératoire

❖ Les douleurs post-opératoires

L'opération de décompression du nerf est considérée par la majorité des patients comme peu douloureuse.

Néanmoins, comme toute chirurgie, elle peut être douloureuse et imposer un traitement antalgique spécifique.

Concernant les douleurs périnéales qui ont justifié le recours à la chirurgie : certains patients évoquent des douleurs au niveau des cicatrices et/ou des ischions (des fesses) dans les semaines qui suivent l'intervention. Des troubles sensitifs (impression de zone anesthésiée dans la fesse ou le périnée) peuvent aussi exister. Ces sensations ne sont que transitoires.

Le suivi médical

- Cours terme :

Par le neuro-chirurgien lui-même au cours de l'hospitalisation

- Long terme :

- Consultation d'évaluation à cinq-six mois (pluridisciplinaire)
- Consultation d'évaluation à un an (pluridisciplinaire)
- Consultation à la demande
- Infiltrations en fonction des douleurs et adaptation des traitements

❖ Complications à court terme

- Rares : 1 à 2% et communes à toute intervention chirurgicale
- Hématome pouvant survenir au cours de la première semaine et pouvant nécessiter une reprise chirurgicale
- Infection pouvant survenir au cours de la première semaine, malgré l'antibioprophylaxie (Antibiotique donné pendant l'intervention) et pouvant nécessiter une reprise chirurgicale
- **Risque d'incontinence ?**
Aucune incontinence n'a été décrite à ce jour en relation avec cette chirurgie
- **Risque de complication neurologique ?**
Absence de complication neurologique séquellaire de la chirurgie (déficit sensitif ou moteur au niveau du périnée).

✚ Conseils pré-opératoires et post-opératoires

❖ Prévention des douleurs post-opératoires :

Les douleurs post-opératoires vont également être en lien avec le niveau des douleurs pré-opératoires. Il est donc intéressant de préparer l'intervention. Cette préparation peut varier d'un patient à l'autre en fonction des traitements en cours.

En cas de dimension myofasciale des douleurs, des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites afin de limiter une réaction squeletto-musculaire post-opératoire.

Le patient peut également recourir à des séances d'hypnose ou toute technique de relaxation permettant à la fois de se préparer mentalement à l'intervention et limiter les tensions de toute nature.

❖ Repères post-opératoires :

▪ Poursuite des autres traitements :

L'intervention chirurgicale est une étape dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire, il est donc indispensable de poursuivre les autres traitements en cours et/ou de les adapter si nécessaire, notamment les traitements médicamenteux.

▪ Gestion post-opératoire :

Les bénéfices de la chirurgie survenant dans la durée, il est conseillé de gérer la période suivant les 6 mois de l'opération en dosant ses efforts afin de favoriser la récupération. Ceci varie d'un patient à un autre et de la situation pré-opératoire.

Il est donc normal de ressentir des douleurs durant les mois qui suivent l'opération même si certains patients s'améliorent plus vite que d'autres

- Activité sportive : c'est le patient qui peut évaluer quelles sont les activités qui ne génèrent pas de douleur. Néanmoins, les sports violents et ceux qui sollicitent la zone pelvi-périnéale sont déconseillés. La pratique du cyclisme reste déconseillée même à distance de l'opération.
- Vie sexuelle : l'opération n'interfère pas. C'est à nouveau le niveau de douleur qui prime et le ressenti du patient.
- Position assise : l'intervention et notamment la cicatrice ne gênent pas la position assise. Il n'est pas impératif de d'être en position couchée pour le retour à domicile suite à l'intervention.

▪ Durée de l'arrêt maladie

L'arrêt maladie est généralement d'une durée de 1 à 2 mois. Il peut être prolongé. Sa durée dépend principalement de l'aptitude du patient à travailler ou non avant l'opération.

Conclusion

La chirurgie de décompression peut représenter une option thérapeutique dans le contexte d'une prise en charge pluridisciplinaire et lorsque les résultats des autres traitements n'ont pas été jugés satisfaisants.

Plus de 3 500 patients ont déjà bénéficié d'une libération chirurgicale du nerf pudendal par la méthode transglutéale qui a fait l'objet d'une étude randomisée (étude scientifique) publiée en 2005, montrant que plus de 70 % des patients ont été améliorés (*Robert et al. 2005*).

Validation scientifique :

Pr R. ROBERT, Neuro-chirurgien, CHU Nantes

Dr M. KHALFALLAH, Neuro-chirurgien, CHU Bayonne