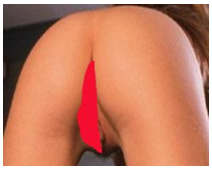


Fessalgies et algies périnéales savoir y penser

Dr Kévin Buffenoir MD, PhD
Pr roger Robert – Pr Olivier Hamel
neurochirurgie/neurotraumatologie
CHU de nantes

Algies pelvi-périnéales

3,8% des femmes de 15 à 75 ans

Névralgies périnéales

Syndrome(s) canalaire(s)

Les syndromes bien définis

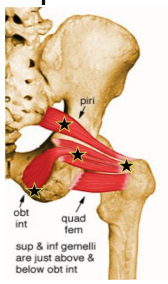
Névralgie pudendale

Névralgie clunéale

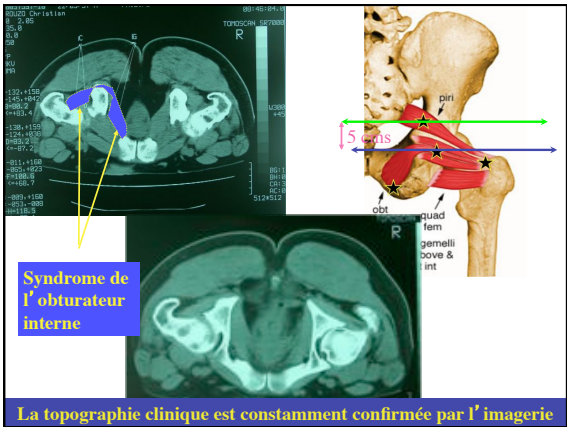
Syndrome du piriforme

La situation clinique

- Douleur fessière
- Prépondérante en station assise
- Avec ou sans irradiation périnéale
- Avec ou sans irradiation sciatalgique, sans rachialgie
- Accompagnée de points douloureux gachettes au niveau fessier

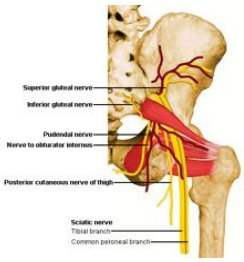


Situation fréquente, mésestimée car orpheline de spécialité d'origine



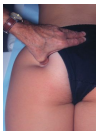
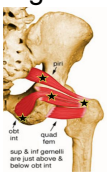
La topographie clinique est constamment confirmée par l'imagerie

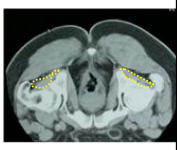
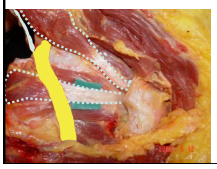
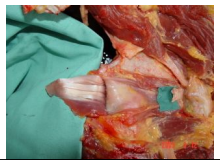
Le muscle obturateur interne



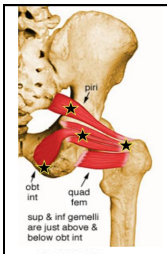
- Un chef fessier en rapport avec le sciatique et le nerf cutané postérieur de la cuisse
- Un chef pelvien en rapport avec le nerf pudendal

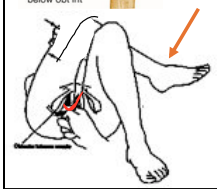
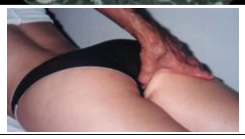
Obturateur interne:versant fessier pathologie tendineuse

O. I. versant endopelvien Pathologie musculaire



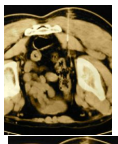
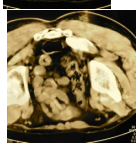



Infiltrations musculaires

- Muscle Piriforme
- Muscle Obturateur interne
- *A titre de test diagnostic*
- *Avant injection de Botox*

Syndrome piriforme et/ou obturateur interne
Fesso- Sciatalgie plus ou moins tronquée
Non insomniante
Non déficitaire
Se majorant en position assise
Syndrome myofacial piriforme et/ou obturateur interne

Infiltration piriforme

Critères de positivité du test infiltratif diagnostic

- **Compte rendu détaillé de l'infiltration**
  Conserver l'imagerie
- **Scanner ET produit de contraste**
- Anésthésie locale de la structure+++(testdg)
- **Evaluation de la douleur en position douloureuse** (souvent assise)
- EVA pré et post infiltration

Traitement symptomatique: rééducation

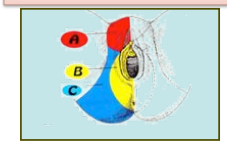
- Technique du contracter-relâcher:
  - Contracter pendant l'inspiration
  - Relâcher pendant l'expiration
- Étirement lent, progressif, indolore
  - Éviter le réflexe myotatique
- Retour lent

Piriforme

Obturateur interne

Névralgies pudendales

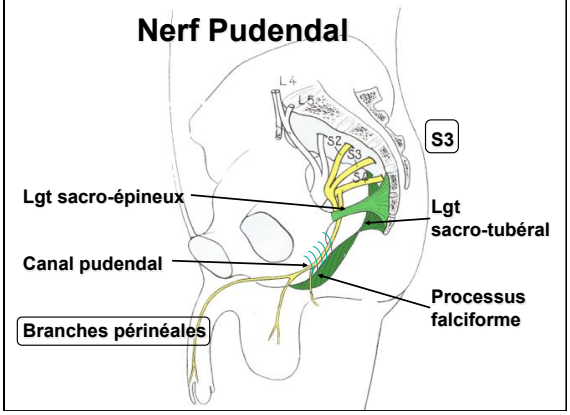
Critères de Nantes



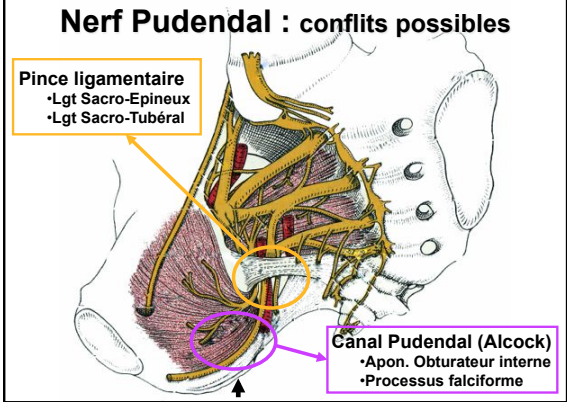
(Kamina)
A:Ilio-inguinal, Ilio hypogastric, Genito-femoral nerves
B: *Pudendal nerve*
C: Inferior Cluneal nerve

- Douleurs périnéales (anus, lèvres ou scrotum, verge ou clitoris)
- Non déficitaires
- Non insomniantes
- Positionnelles
  - Augmentant en position assise
  - Diminuant couché ou debout
- **Infiltration test pudendale au niveau du ligament sacro- épineux ou en aval (Alcock) positive**

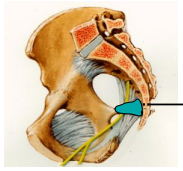
Nerf Pudendal

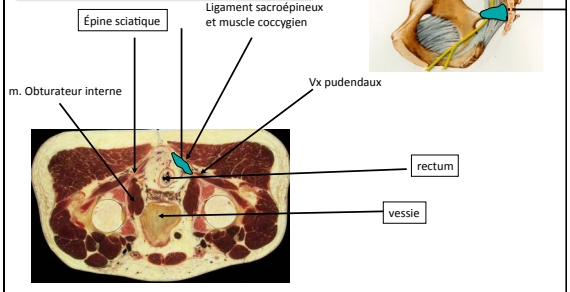


Nerf Pudendal : conflits possibles

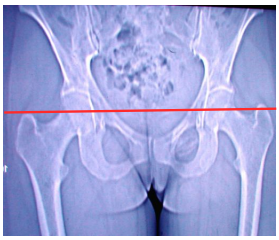


Infiltration au niveau du Ligament Sacro épineux





Infiltration au L.S.E ligament sacro-épineux

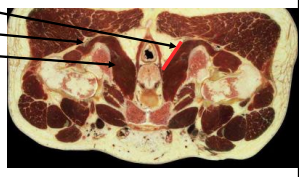


Evaluation immédiate test LSE

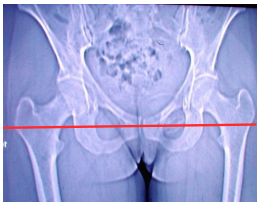
- Positif:
  - Névralgie pudendale
  - Névralgie clunéale
- Négatif:
  - Mauvais placement (erreur technique ou variabilité anatomique)
  - Etiologie en amont de l'épine
  - Erreur diagnostique

Infiltration au canal d' ALCOCK

- Canal d' Alcock
- Nerf sciatique
- Muscle obt interne

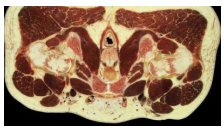


Infiltration au canal d' Alcock



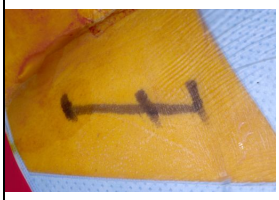
Evaluation Immédiate test Alcock

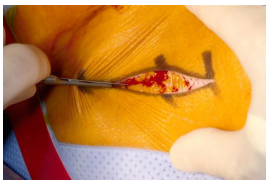
- Bloc positif
  - participation n pudendal
  - Participation n obturateur
  - Pathologie musculaire obturatrice
  - Participation clunéale si bas situé
- Bloc négatif
  - Pathologie en amont
  - Erreur diagnostique



CHIRURGIE

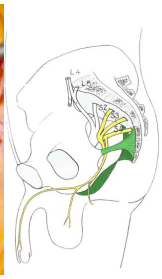
INCISION





GLUTEUS MAXIMUS

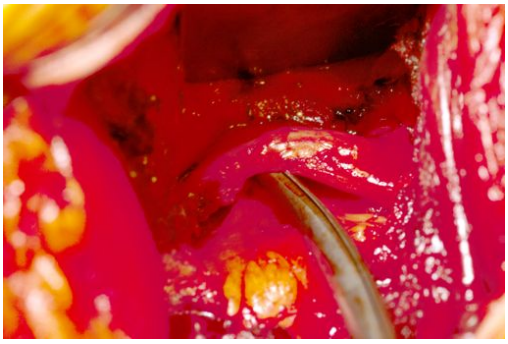
LIGAMENT SACRO-TUBERAL



SECTION DU LSE

DISSECTION DU NERF

TRANSPOSITION

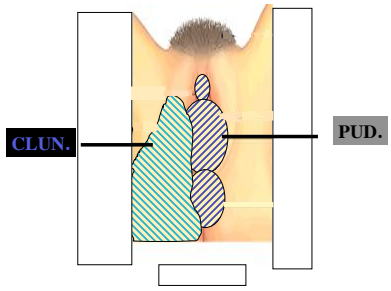


Nerf clunéal inférieur

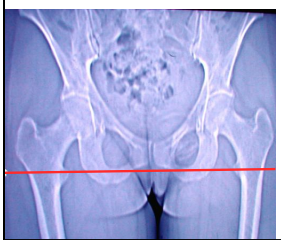
- *Couvre:*
  - *le pli fessier*
  - *La partie basse de la fesse*
  - *Paraanal*
  - *Mediolabial*
  - *Sillon genito crural*
- *Exopelvien*

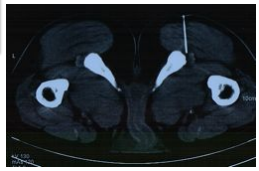
Névralgie clunéale: Douleurs fessopérinéales, positionnelles, non insomniantes, épargnant le plus souvent la verge et le clitoris

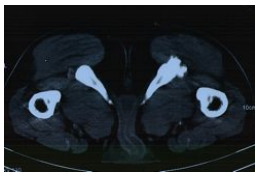
Deux territoires différents

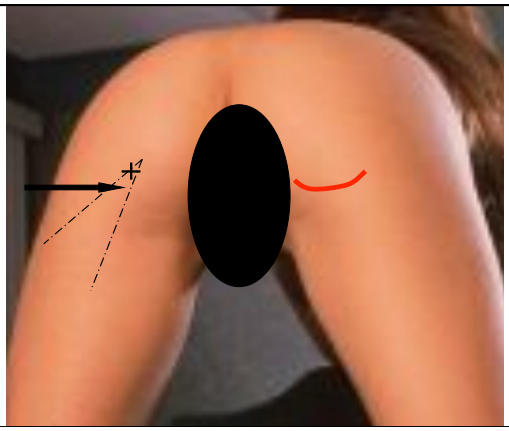


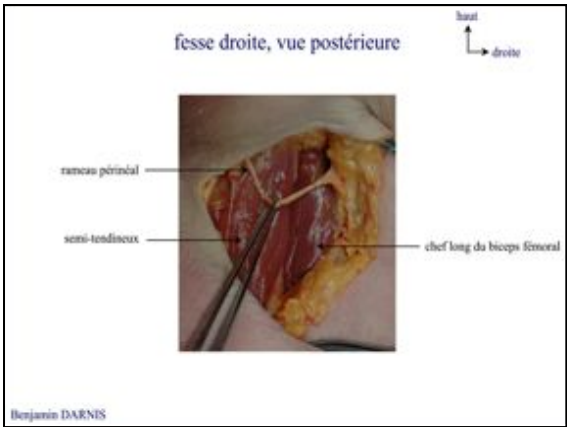
Bloc clunéal











Conclusions

- Infiltration INDISPENSABLE au **diagnostic**
- Utilisation INDISPENSABLE **d' anesthésiques locaux**
- Utilisation TRES souhaitable de **produit de contraste**
- **EVALUATION COMPARATIVE** en position douloureuse OBLIGATOIRE

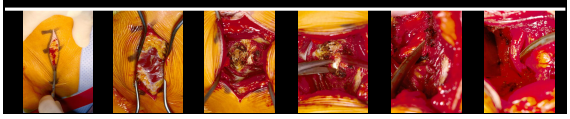
Libération transposition chirurgicale du nerf pudendal

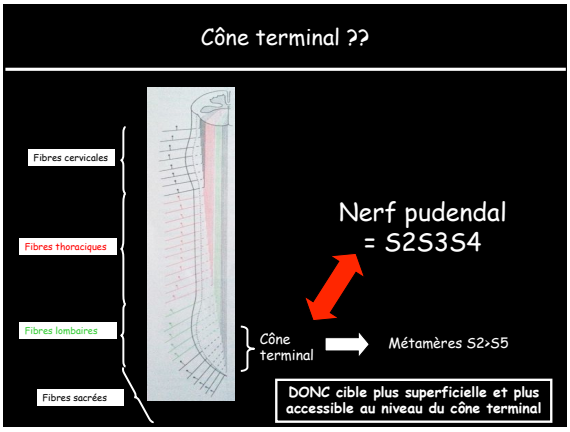
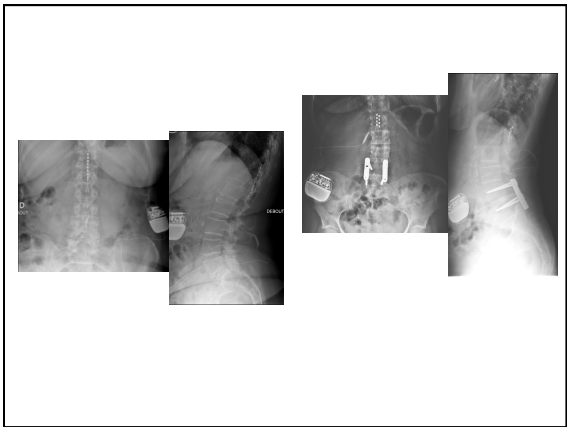
Chirurgie rapide

Faible taux de complication

MAIS

Environ 30% de patients peu ou pas soulagés




Cône terminal ??
Fibres cervicales
Fibres thoraciques
Fibres lombaires
Fibres sacrées
Nerf pudendal
= S2S3S4
Cône terminal
Métamères S2>S5
DONC cible plus superficielle et plus accessible au niveau du cône terminal