
LA NEURALGIE PUDENDALE OU SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK

INTRODUCTION

Les douleurs du petit bassin et du périnée peuvent être en rapport avec des maladies bien documentées de la vessie (cystite), des organes génitaux (tumeurs, kystes), de la région anorectale (hémorroïdes, abcès, fissure, cancer), des os du bassin ou de la partie terminale de la moelle épinière. Il est cependant des situations où les douleurs ne trouvent pas d'explication après un examen approfondi complété d'explorations radiologiques et endoscopiques. Dans ces situations, on peut évoquer une origine neurologique, musculaire ou fonctionnelle aux douleurs décrites. Le diagnostic repose le plus souvent sur les seuls signes de la présentation et de l'examen clinique. La névralgie pudendale ou syndrome du canal d'Alcock est l'une de ses situations.

PRESENTATION

Les personnes se plaignent habituellement de douleurs du "siège" (de l'anus au pubis) accentuées en position assise prolongée, soulagées par le repos (sans douleur nocturne). La douleur est décrite comme une brûlure, un tiraillement, un engourdissement et elle a tendance à s'aggraver au cours de la journée pour se calmer la nuit. Elle est plus souvent latéralisée d'un côté. Elle peut s'accompagner d'une sensation de "corps étranger" dans le rectum ou le vagin. Ces douleurs évoluent le plus souvent depuis plusieurs mois au moment où les personnes consultent.

A l'inverse les douleurs qui surviennent uniquement lors de la défécation, lors de l'appui sur le coccyx, sur la fesse, le pubis ou le bas du ventre ne sont le plus souvent pas en rapport avec le syndrome du canal d'Alcock.

LE MECANISME

L'hypothèse avancée pour expliquer ces douleurs positionnelles si particulières repose sur le concept de compression du nerf pudendal. Ce nerf important, puisqu'il commande entre autres les muscles profonds du petit bassin et des sphincters, chemine dans un défilé étroit contre l'os du bassin ; Il traverse des zones de rétrécissement au contact des tendons d'insertion des muscles et des ligaments. A l'occasion de microtraumatismes (appui répété) ou dans des circonstances non encore clairement identifiées, la constitution d'une zone cicatricielle peut gêner la mobilité du nerf dans sa gaine et induire des signes de "souffrance" du nerf sur tout le long de son trajet.

LA PREUVE DU DIAGNOSTIC

Il n'existe pas d'examen qui permette d'assurer le diagnostic avec certitude. Ce sont souvent les signes de la présentation et de l'examen du médecin qui constituent les meilleurs compromis, comme c'est également le cas pour d'autres maladies (fibromyalgies...). Les signes cliniques énoncés ci-dessus, une sensibilité lors de la palpation de la région que le nerf pudendal innerve et la reproduction de la douleur lors de la palpation profonde sur une zone précise du trajet du nerf constituent les preuves les plus convaincantes du diagnostic. Certains médecins ont recours à des explorations supplémentaires qui étudient la conduction électrique du nerf.

Ces méthodes n'ont de valeur que chez l'homme ou la femme jeune sans passé d'accouchement.

Le meilleur test diagnostique consiste à réaliser l'injection, sous contrôle radiologique, d'un agent anesthésique dans l'une des zones présumées de compression du nerf. La disparition de la douleur (ne serait ce que pendant quelques heures) a une forte valeur diagnostique.



Figure 1 : Block pudendal.

LES TRAITEMENTS

Trois types de traitement peuvent être proposés pour contrôler les douleurs du syndrome du canal d'Alcock que sont les médicaments, les infiltrations et la chirurgie.

Les médicaments communément utilisés dans le contrôle des douleurs de tout type peuvent être proposés et sont parfois suffisants (paracétamol, tramadol, anti-inflammatoires). Certains médicaments peuvent avoir une action plus ciblée sur les douleurs liées à la souffrance d'un nerf. On ne dispose pas de données scientifiques permettant de préciser le bénéfice apporté par ces seuls traitements.

Les méthodes d'infiltration reposent sur la même approche que celles utilisées pour le test diagnostique : le trajet du nerf et la zone supposée du conflit sont repérés à l'occasion d'un scanner du petit bassin réalisé sur une personne à plat ventre. La ponction est peu douloureuse et elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. Un produit à base de corticoïdes est injecté. L'efficacité de cette approche ne peut être appréciée qu'après un mois. Environ un à deux tiers des personnes tirent un soulagement de cette infiltration. L'efficacité peut s'épuiser avec le temps et imposer plusieurs infiltrations.

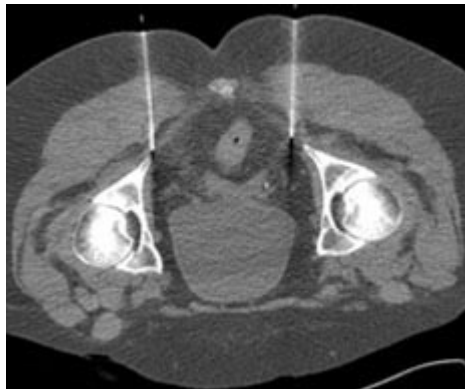


Figure 2 : Infiltration de corticoïdes sous contrôle radiologique.

L'approche chirurgicale consiste à réaliser une libération du nerf aux principaux points de compression rencontrés et de déplacer le cheminement de ce nerf pour éviter de nouvelles compressions. Cette technique s'appelle la "neurolyse transposition". Elle se pratique par une incision de quelques centimètres à la partie haute de la fesse. Elle impose une anesthésie générale et quatre jours d'hospitalisation environ. L'amélioration après chirurgie est le plus souvent lente et l'efficacité du geste est souvent jugée au terme de la première année de suivi. La chirurgie est le plus habituellement proposée lors de récurrences après une ou plusieurs infiltrations.

Mise à jour : décembre 2008