

« Démystifier la névralgie pudendale »

Pour beaucoup, le terme « névralgie pudendale » véhicule un diagnostic de douleur chronique effrayant et mystérieux. Et pour être sûr, à un moment donné, recevoir un diagnostic de névralgie pudendale, ou "NP" comme on l'appelle communément, était vraiment terrifiant, d'autant plus que c'était dans le contexte d'une communauté médicale qui n'avait pas de réponses et d'une communauté en proie à la désinformation.

Cependant, «névralgie pudendale» signifie littéralement «douleur lancinante et lancinante le long de la distribution du nerf pudental». Donc, en réalité, la névralgie pudendale n'est pas un diagnostic sombre et mystérieux, c'est simplement une douleur n'importe où le long du nerf qui innerve le plancher pelvien.

Bien que des progrès aient été réalisés dans le traitement de la NP au cours de la dernière décennie, il continue d'y avoir une énorme confusion autour du diagnostic, dont la moindre n'est pas la confusion massive entourant la différence entre le diagnostic de NP et le diagnostic de PNE et quel est le traitement approprié pour chacun.

Dans cet article, je vais aborder ces deux points. Mais ce n'est pas la dernière fois que vous entendrez parler de PN sur ce blog. C'est un sujet dans lequel j'ai passé ma carrière, et c'est un sujet qui me passionne.

Cet article marque donc le début de ce qui sera une série en quatre parties sur PN.

D'autres articles de la série aborderont [PT comme traitement de la NP](#), et un [entretien en deux parties avec les Drs. Mark Conway et Michael Hibner](#).

Un parcours tortueux

Avant d'aborder la NP par rapport à l'NPE, je veux d'abord vous donner une brève explication de la physiologie du nerf pudental et du diagnostic de NP.

Le nerf pudental est un gros nerf qui provient des racines nerveuses S2, S3 et S4 dans le sacrum et se divise en trois branches : le nerf rectal inférieur, la branche périnéale et la branche dorsale clitoridienne/pénienne. Le nerf parcourt un parcours tortueux à travers le bassin pour innerver :

- la majorité des muscles du plancher pelvien,
- le périnée,
- la région périnéale,
- le tiers distal de l'urètre
- une partie du canal anal
- la peau de la vulve, le clitoris, des parties des lèvres chez la femme,

- le pénis et le scrotum chez l'homme.

Le nerf pudendal parcourt un parcours tortueux à travers le bassin.

Les patients atteints de NP peuvent avoir des picotements, des coups de poignard et/ou des douleurs lancinantes n'importe où sur le territoire du nerf. Les symptômes comprennent des douleurs vulvaires ou péniennes, des douleurs périnéales, des douleurs anales, des douleurs clitoridiennes et des douleurs au niveau des tubérosités ischiatiques ainsi que des douleurs lors des selles, de la miction et de l'orgasme.

L'une des choses qui rendent le nerf pudendal si inhabituel est qu'il n'a pas seulement des fibres motrices et sensorielles comme d'autres nerfs qui existent en dehors du cerveau et de la moelle épinière, il a aussi des fibres autonomes.

Voici la signification de cette qualité inhabituelle : les fibres motrices et sensorielles innervent les structures somatiques, comme les muscles, nous donnant un contrôle volontaire sur elles. Alors que les structures innervées par des fibres autonomes ne sont pas sous notre contrôle volontaire. Le cœur, les poumons et le tractus gastro-intestinal sont des exemples de telles structures.

C'est donc grâce aux fibres autonomes du nerf pudendal que nos muscles du plancher pelvien conservent toujours un certain tonus, ce qui nous permet de rester continents. Mais nous avons la capacité de remplacer le tonus de nos muscles du plancher pelvien et de les contracter ou de les détendre davantage quand nous le souhaitons. Ainsi, le nerf pudendal n'est que partiellement sous contrôle autonome.

Quelle est la pertinence de cela pour notre discussion sur les symptômes de la NP ? Eh bien, c'est à cause de ces fibres autonomes que les patients atteints de NP peuvent éprouver des sensations inquiétantes de régulation sympathique lorsque leur douleur augmente.

Des symptômes tels que :

- une accélération du rythme cardiaque,
- une diminution de la mobilité du gros intestin,
- une constriction des vaisseaux sanguins,
- une dilatation des pupilles,
- une transpiration,
- une élévation de la tension artérielle
- la chair de poule, et
- une transpiration, une agitation , et l'anxiété.

J'ai eu de nombreux patients qui ont signalé ces symptômes. Beaucoup m'ont dit qu'ils pensaient qu'ils devenaient fous ou qu'ils avaient une crise d'angoisse à ces moments-là. Il est donc important que les patients soient conscients de cette caractéristique du nerf. Ils ne sont pas fous ! Et avec le traitement approprié, ces symptômes peuvent être arrêtés.

PN vs PNE

Afin de mieux comprendre les différences entre PN et PNE, vous devez avoir une idée de l'historique des deux diagnostics.

J'ai commencé à travailler avec des patients souffrant de douleurs pelviennes en 2001. À l'époque, presque tous les patients que j'ai vus souffraient depuis au moins cinq ans, souvent plus, avaient vu en moyenne dix autres prestataires et souffraient énormément. Dans l'ensemble, ces patients avaient été renvoyés, mal diagnostiqués et maltraités.

Cependant, lorsque je suis entré dans l'image de la douleur pelvienne, un changement se produisait dans la communauté médicale. Il s'enfonçait dans le fait que la douleur pelvienne était un problème de santé valable qui devait être résolu. « PN », « [vulvodynie](#) » et « [IC](#) » étaient tous des diagnostics qui avaient fait leur chemin individuellement, mais collectivement, ils étaient maintenant transmis aux patients avec plus de fréquence. Ainsi, par exemple, une patiente à qui on avait dit que ses symptômes étaient "tout dans sa tête" recevait maintenant un diagnostic de "PN".

Qu'est-ce que cela signifiait d'être diagnostiqué avec NP à l'époque ?

Parce qu'il s'agissait d'un groupe démographique de patients qui avait été maltraité pendant si longtemps, pour la majorité de ces patients, leur douleur était devenue ancrée dans leur système nerveux. Par conséquent, les traitements administrés, tels que les infiltrations, les médicaments et la PT, n'ont pas réussi car ils ne visaient que la périphérie de la douleur des patients, et non les systèmes nerveux périphérique et central. De plus, il n'y avait pas le même niveau de compréhension de la composante musculo-squelettique myofasciale de la douleur pelvienne ou de la nécessité d'une approche multidisciplinaire du traitement qu'il y a aujourd'hui.

Puis vers 2003, la compression du nerf pudendal ou "PNE" est devenue le diagnostic du jour. La PNE a été mentionnée pour la première fois en 1988, mais est devenue populaire en tant que diagnostic vers 2003, probablement à cause des forums de discussion sur la condition sur Internet.

La PNE est le plus souvent définie comme un piégeage physiologique du nerf pudendal qui nécessite une libération chirurgicale. Alors que "PNE" peut certainement causer NP, c'est loin d'être la seule cause. Cependant, l'un des symptômes de la PNE à l'époque était la "douleur en position assise". Par conséquent, toute personne qui avait mal en s'asseyant, avait tout d'un coup un nerf coincé. De plus, les termes « PN » et « PNE » devenaient soudainement utilisés de manière interchangeable. Trop souvent, dès qu'il y avait la moindre idée que le nerf pudendal était impliqué dans la douleur d'un patient, on lui disait que le piégeage était la cause et que trois infiltrations et la chirurgie de décompression étaient la réponse.

De toute évidence, les prestataires surdiagnostiquaient systématiquement les patients atteints de NPE. Les intentions étaient au bon endroit. Les prestataires voulaient diagnostiquer et traiter avec succès leurs patients, et les patients, pour leur part, voulaient aller mieux.

La PNE était apparue dans la littérature comme diagnostic dans les années 1980, alors que presque rien n'était connu sur la douleur myofasciale et les syndromes de douleur chronique en général. Les chirurgiens et les anesthésistes européens ont été les premiers à s'intéresser à l'NPE, et par conséquent les méthodes de traitement qui ont été développées se sont concentrées sur les infiltrations et la chirurgie de décompression.

Les tests électrophysiologiques relevaient également de la compétence de ce groupe particulier de médecins, ce sont donc les méthodes de test qui ont été utilisées pour déterminer PN / PNE. (Rappelez-vous, pendant un certain temps, les deux se sont confondus.) Donc, si une PN/PNE était suspectée, un test de latence motrice terminale du nerf pudendal ou un « PNTMLT », qui est un test de vitesse de conduction nerveuse, a été administré pour « vérifier » la diagnostic. Ensuite, les patients ont reçu trois infiltrations et des médicaments.

Pour sa part, A PNTMLT est un test qui mesure les temps de vitesse de conduction nerveuse. Le test est administré en insérant une petite aiguille dans le sphincter anal externe ventral (la partie innervée par la branche périnéale du nerf pudendal). Le médecin insère ensuite un doigt ganté avec une électrode dans l'anus et délivre une charge à la branche périnéale du nerf pudendal au niveau de l'épine sciatique. L'électrode à aiguille d'enregistrement capture le temps nécessaire pour que le signal passe de l'épine ischiatique au sphincter. Si le temps est « retardé », le test est considéré comme positif. Ce test est incroyablement douloureux et peut provoquer une poussée qui peut durer des semaines. De plus, au moment du test, le spasme musculaire secondaire associé à la douleur du test rend souvent ses lectures inaccessibles.

Historiquement, avec ou sans les résultats d'un PNTMLT, la prochaine étape du traitement de la PN/PNE consistait à administrer des infiltrations et des médicaments. Les infiltrations étaient douloureux et procuraient au mieux environ quatre heures de soulagement, et le médicament n'a pas aidé ou a causé des effets secondaires qui étaient pires que la douleur elle-même.

Lorsque ce protocole a échoué (et il l'a presque toujours fait pour les raisons mentionnées ci-dessus), l'étape suivante du train de traitement était la chirurgie de décompression. On a dit aux patients que plus ils attendaient pour se faire opérer, plus leur douleur s'aggraverait. Pour compliquer encore les choses, pendant un temps, les seuls chirurgiens qui pratiquaient l'opération étaient en France. Les patients se rendaient donc en masse en France pour se faire opérer.

Avance rapide jusqu'à nos jours. Aujourd'hui, de grands progrès ont été réalisés dans notre compréhension de la PN et de la PNE.

Et l'une des plus grandes découvertes est qu'il n'y a aucun moyen de savoir si un patient a une compression du nerf pudendal avant l'opération. Je vais le répéter parce que je pense

qu'il vaut la peine de le répéter : il n'y a aucun moyen de déterminer si quelqu'un a ou non une compression du nerf pudendal avant la chirurgie.

Et en fait, la seule façon de savoir avec certitude s'il y a bien eu un piégeage post-opératoire est une constatation post-opératoire de soulagement de la douleur. C'est selon les recherches menées par le neurochirurgien, le professeur Roger Robert, et le neurologue et urologue, le Dr JJ Labat, l'équipe de chirurgiens français qui a développé la technique chirurgicale initiale pour la chirurgie de décompression PNE.

Aucun moyen de savoir

En 2008, plusieurs groupes d'éminents experts en PN ont mené des études et discrédité les tests électrophysiologiques en tant qu'outils de diagnostic de la PN/PNE. (Un excellent article qui résume les nombreuses études qui ont conduit à l'invalidation des tests est "Quelle est la place des études ENMG dans le diagnostic et la gestion de la névralgie pudendale liée à un syndrome de piégeage?" par Lefaucher, JP, Labat, JJ, Amerenco, G., et al.)

Au début, lorsque la communauté médicale s'efforçait de faire face ou face à un diagnostic de PN/PNE, il semblait logique d'appliquer les tests au diagnostic. Après tout, c'était le protocole utilisé dans d'autres parties du corps pour la névralgie et le piégeage. Alors pourquoi cela ne fonctionnerait-il pas pour le nerf pudendal ? La raison en est que la névralgie pudendale et la PNE sont un problème sensoriel – la douleur – et ce test mesure la vitesse des fibres motrices. On ne peut pas corrélérer les vitesses de conduction nerveuse de la douleur.

Il y a des chirurgiens qui disent croire qu'ils peuvent voir le piégeage lorsqu'ils ouvrent le patient, qu'ils peuvent voir des nerfs qui sont gris et qui ont l'air effilochés ; cependant, il n'y a pas beaucoup de corrélation entre les niveaux de douleur du patient et la vision du médecin. De plus, les chirurgiens n'opèrent pas sur des individus asymptomatiques, nous ne savons donc pas si la population asymptomatique a la même apparence anatomique. Par conséquent, c'est une grande hypothèse de dire que vous pouvez voir un piège alors que nous ne savons pas ce qu'est « normal ».

Aujourd'hui, les patients atteints de NP subissent des IRM. (Plus de détails à ce sujet dans le quatrième article de cette série.) De leur côté, les IRM peuvent montrer qu'il y a un gonflement autour du nerf. Cependant, des problèmes autres que le piégeage peuvent provoquer un gonflement, donc encore une fois, ce n'est pas un test de diagnostic approprié pour PNE.

Ainsi, bien que les patients continuent à subir ces tests et même à s'y fier comme preuve de piégeage et de NP, le fait est que toute la pensée acceptée dans le domaine, même par les chirurgiens qui effectuent la chirurgie de décompression, est que les tests ne confirment ni le piégeage ni la névralgie pudendale.

L'histoire est la clé

Le facteur le plus important pour décider si oui ou non un patient a un piégeage possible est l'histoire du patient. En fait, c'est la pensée adoptée par l'un des plus grands médecins en PN du pays, le Dr Michael Hibner.

Par exemple, si un patient qui n'a pas eu de douleur pelvienne, a subi une chirurgie reconstructive pelvienne et s'est réveillé de l'opération avec une douleur vaginale lancinante et lancinante, il s'agit probablement d'un piégeage qui doit probablement être libéré chirurgicalement. Cependant, si un patient a eu sept infections à levures consécutives et développe des brûlures vaginales, il n'est pas raisonnable de conclure qu'un ligament emprisonne le nerf et provoque ces symptômes. Un dysfonctionnement du tissu conjonctif et des muscles hypertoniques en sont plus probablement la cause.

Ainsi, avant qu'un patient, ou un chirurgien d'ailleurs, ne procède à une chirurgie de décompression nerveuse, il doit être sûr que l'histoire du patient a un sens.

Certains membres de la communauté médicale, moi y compris, croient qu'il n'y a que deux situations difficiles et rapides où un nerf sera probablement piégé. L'une est une déviation anatomique avec laquelle le patient est né, et l'autre est le résultat d'une chirurgie pelvienne problématique, telle qu'une hystérectomie ou une chirurgie reconstructive pelvienne pour corriger une cystocèle, une rectocèle ou un prolapsus. Si un patient ressent une douleur lente et insidieuse qui finit par devenir brûlante, il ne s'agit probablement pas d'un piégeage, mais plutôt d'une douleur pelvienne myofasciale qui affecte le nerf pudendal.

Quand la PN joue un rôle

À ce stade, j'espère avoir clairement indiqué que les diagnostics de PN et de PNE ne sont pas interchangeables et qu'aucun test ne peut montrer si le nerf pudendal est piégé ou qu'un patient a même une PN.

Alors, comment savez-vous si vous avez NP?

Aujourd'hui, un diagnostic de NP est un diagnostic clinique, ce qui signifie que le diagnostic est basé sur les signes, les symptômes et les antécédents médicaux du patient plutôt que sur un examen de laboratoire ou une imagerie médicale. Généralement, on dit que les symptômes de la NP incluent une douleur brûlante, lancinante et/ou lancinante n'importe où sur le territoire du nerf.

De plus, un fournisseur peut examiner le plancher pelvien du patient en interne via le rectum ou le vagin et, lors de l'examen, tester le nerf pudendal en exécutant une technique appelée « signe de Tinel ». Un signe de Tinel est un moyen de détecter les nerfs irrités. Elle est réalisée en tapotant légèrement sur le nerf pour provoquer une sensation de picotement ou de « picotements » dans la distribution du nerf.

Comme vous l'avez peut-être déjà compris, bon nombre de ces symptômes se chevauchent avec les symptômes d'autres problèmes de plancher pelvien. Cela peut rendre difficile l'établissement d'un diagnostic définitif et à toute épreuve de la NP.

Cependant, en fin de compte, comme c'est le cas avec la plupart des syndromes de douleur pelvienne, ne pas pouvoir avoir un diagnostic écrit dans la pierre n'est pas une grande perte car avec la douleur pelvienne, le diagnostic ne dicte pas un traitement. protocole. En fait, il n'existe pas de protocole standard et unique pour le traitement de la NP. Sans parler du fait que le plus souvent, il y aura une combinaison de causes. Donc, en fin de compte, si vous y réfléchissez, la «névralgie pudendale» est plus un symptôme qu'un diagnostic, de toute façon.

N'oubliez pas que la «névralgie pudendale» signifie une douleur le long de la distribution du nerf pudendal. Donc, dire "j'ai une névralgie pudendale" est analogue à dire "j'ai une douleur clitoridienne, vaginale ou pénienne brûlante ou lancinante".

Ainsi, en ce qui concerne la névralgie pudendale, le plan d'action le plus important est de déterminer les causes sous-jacentes, puis de déterminer ce qui doit être fait pour les traiter.

Le traitement de la NP aujourd'hui

En terminant cet article, après avoir passé tant de temps à parler de ce qu'il ne faut pas faire en matière de NP, j'aimerais passer un peu de temps à discuter des actions que je recommande aux patients en cas de suspicion de névralgie pudendale. Heureusement, aujourd'hui, les patients disposent d'options de traitement plus raisonnables et plus complètes. Le meilleur plan d'action est pour eux d'aborder leur traitement avec une approche d'équipe multidisciplinaire à l'esprit.

Physiothérapie

Un acteur important dans une équipe multidisciplinaire pour traiter la NP est un [kinésithérapeute du plancher pelvien](#).

En fin de compte, la névralgie pudendale est un syndrome de douleur myofasciale qui affecte le nerf qui innerve la musculature et les viscères du plancher pelvien, donc un physiothérapeute expert dans le traitement du plancher pelvien devrait être en mesure de déterminer pourquoi ce nerf est irrité.

Cependant, de nombreux patients craignent que la TP n'irrite davantage leur nerf pudendal. Peut-être ont-ils lu sur un babillard en ligne que cela est arrivé à d'autres personnes présentant des symptômes similaires. Voici le problème : les physiothérapeutes n'apprennent pas à traiter le plancher pelvien à l'école de physiothérapie, encore moins à palper le nerf pudendal. Donc, si un patient voit un PT qui ne connaît pas son chemin autour du nerf pudendal, alors oui, ce PT pourrait irriter son nerf. C'est pourquoi il est important que le patient fasse ses devoirs et s'assure que le physiothérapeute possède le niveau d'expertise nécessaire pour le traiter. Les kinésithérapeutes du [Le centre de santé et de réadaptation pelvienne](#) est spécialement formé pour aider les personnes à se remettre de

syndromes douloureux pelviens complexes, y compris la névralgie pudendale. (Notre prochain article approfondira beaucoup plus la PT pour la NP.)

Médicaments

Il existe une poignée de médicaments qui sont utiles pour la NP. Un groupe est les SNRI, qui visent à calmer le système nerveux central, comme Cymbalta. D'autres médicaments anticonvulsivants tels que Lyrica et Neurontin sont également souvent les meilleurs choix dans ce groupe.

Un autre groupe comprend les antidépresseurs tricycliques, tels que l'amitriptyline, la nortriptyline et la désiprimine.

Lorsqu'ils travaillent avec des médicaments, les patients doivent réaliser qu'ils doivent obtenir la bonne dose thérapeutique pendant la durée appropriée avant de ressentir l'efficacité d'un médicament. De plus, ce n'est pas parce que le médicament ne supprime pas toute leur douleur qu'il n'a pas d'effet thérapeutique.

Infiltrations

Dans le passé, j'aurais dit que les infiltrations sont pas thérapeutiques. Cependant, je crois que la raison pour laquelle ils n'ont pas fonctionné pour mes patients dans le passé est que les patients qui les recevaient tôt avaient très probablement une sensibilisation centrale en raison de la gravité et de la chronicité de leur douleur, et donc de tout traitement dirigé vers la périphérie, si un bloc, un médicament ou un PT n'allait pas être aussi efficace qu'il pourrait l'être.

Cependant, aujourd'hui, les patients sont diagnostiqués beaucoup plus tôt dans le jeu ; par conséquent, je crois que tous les traitements visant la périphérie, tels que les infiltrations, ont des taux de réussite plus élevés.

Cela dit, les infiltrations ne devraient jamais être le seul traitement d'un patient. Ils ne seront pas une solution miracle. La plupart du temps, l'effet durable sur la douleur du patient est très minime. S'il y a un effet à long terme, ce sera qu'une fois l'anesthésie passée, le patient aura un peu moins de sensibilité.

Bref, mon conseil est que si un patient a accès à un médecin dans sa communauté qui a la réputation d'être un expert dans l'administration de infiltrations et que son assurance couvre le bloc, alors il devrait essayer en espérant que au mieux, cela peut aider et au pire, cela peut provoquer une poussée temporaire. Cependant, si le patient doit se rendre dans un autre État et dépenser des milliers de dollars pour le faire, l'avantage possible ne vaut probablement pas le déplacement et les dépenses.

Botox pour la PN

Le Botox est très bon pour l'hypertonie musculaire, qui est associée à la PN, donc si un patient (généralement avec la direction de son PT), soupçonne que l'obturateur interne est une grande partie de sa douleur/irritation nerveuse, alors le Botox peut avoir un sens.

Un bon test consiste à demander au médecin d'injecter d'abord de la lidocaïne dans la zone pour voir s'il y a un effet positif. Si une partie ou la totalité de la douleur du patient est réduite ou éliminée au cours de la première heure après l'injection, il peut être judicieux d'injecter ensuite du Botox. L'une des raisons de cette approche est que le Botox est assez cher, c'est donc une bonne idée de s'assurer qu'il va être injecté dans une zone pertinente.

Je mentionne l'obturateur spécifiquement parce que c'est un muscle qui est couramment impliqué dans la NP parce qu'une partie du canal d'Alcock est constituée de l'aponévrose de l'obturateur interne et donc s'il y a une compression dans ce canal, la diminution de l'hypertonie prendra une partie de la pression sur le nerf de la même manière que le ferait la chirurgie de décompression. Donc, en fait, dans une telle situation où le nerf est comprimé, le Botox ou la thérapie manuelle peuvent servir à le libérer au lieu de la chirurgie.

J'espère que cet article a rempli mon objectif de faire la lumière sur quelques domaines du diagnostic de NP qui continuent de semer la confusion. C'est un diagnostic compliqué qui, heureusement, commence à avoir plus de sens, mais il reste encore beaucoup de travail à faire. ,

Stéphanie

