



NEURALGIES PELVI-PERINEALES CHRONIQUES ORIGINES SACREE OU THORACO-LOMBAIRE COMPRENDRE, ÉDUQUER ET BIEN ACCOMPAGNER



Dr Sylvie HENRY

UGECAM Nord-Est : Institut
Régional de Réadaptation

Pôle de rééducation du CHRU

NANCY





Introduction

- Origine sacrée : NEVRALGIES PUDENDALE, CLUNEALE INFERIEURE
- Origine thoraco-lombaire : NEVRALGIES ILIO-HYPOGASTRIQUE, ILIO-INGUINALE, GENITO-FEMORALE
- 1^{ère} décrite : Névralgie pudendale = 1987
- Retard diagnostique moyen de 4 ans,
- Errance médicale - Coût de santé important
- 1 cas pour 6000 habitants en France
- 6 fois/10 = femme
- Age moyen de révélation : 57 ans

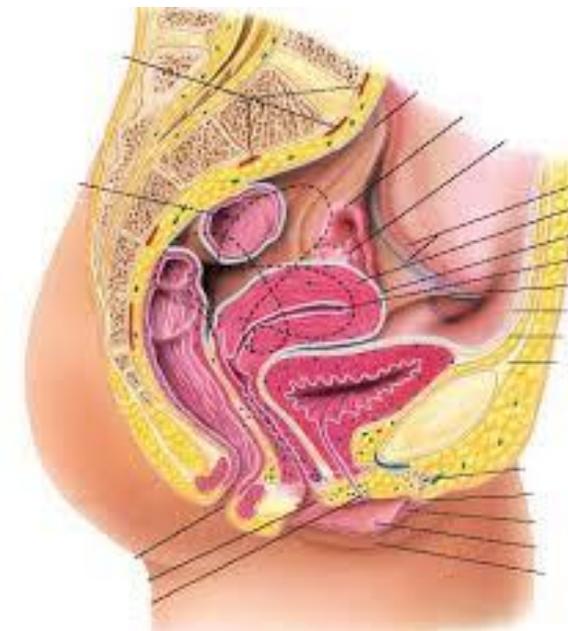




CONNAITRE SON ANATOMIE POUR MIEUX DECRIRE ET SITUER SA DOULEUR

Anatomie 3D Lyon :

<https://www.youtube.com/watch?v=iTOBN2AJqnl>



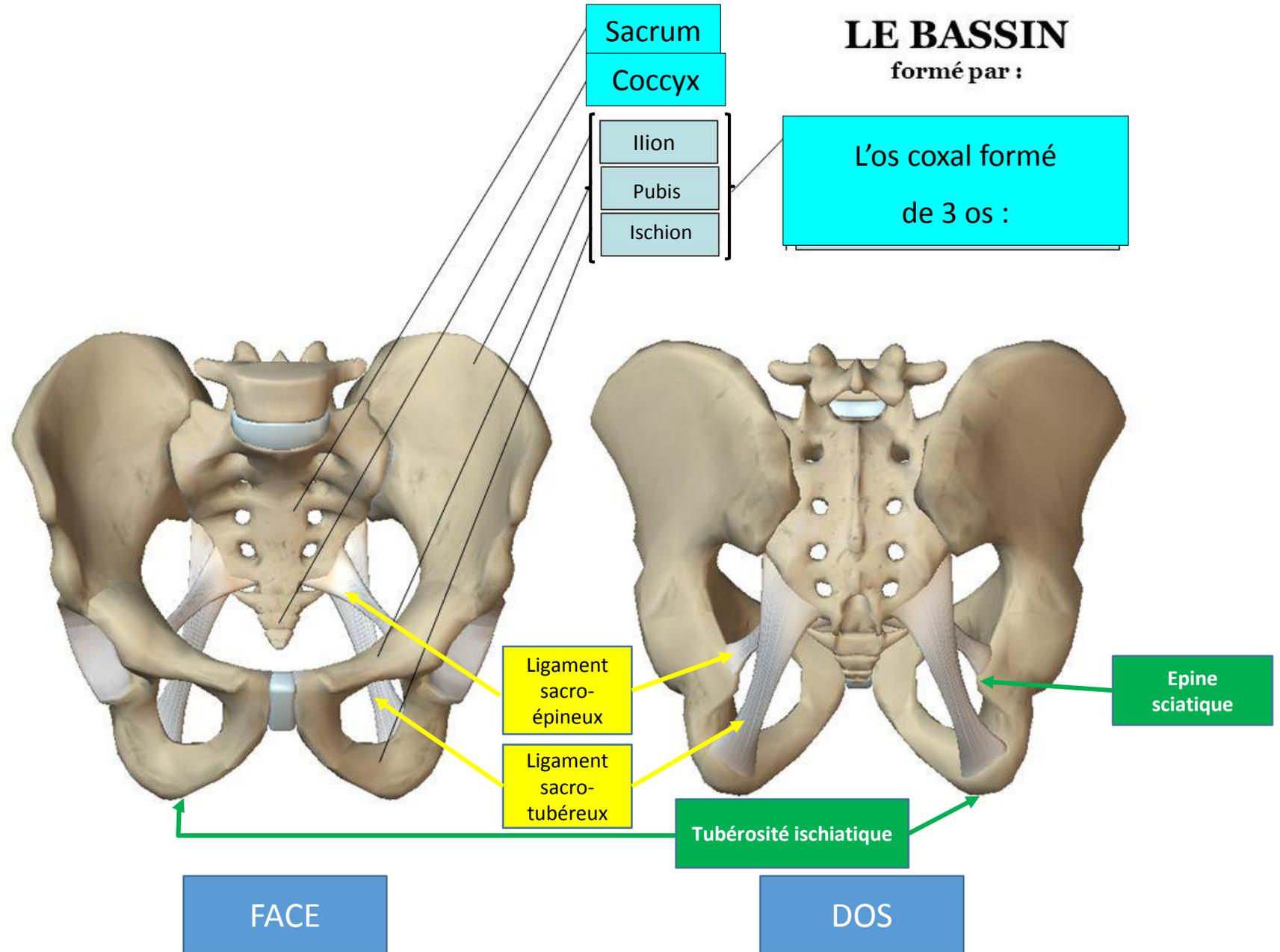
Définitions

- Bassin :

Partie du squelette à la jonction entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs

- Névralgie :

Douleur liée à la souffrance d'un nerf



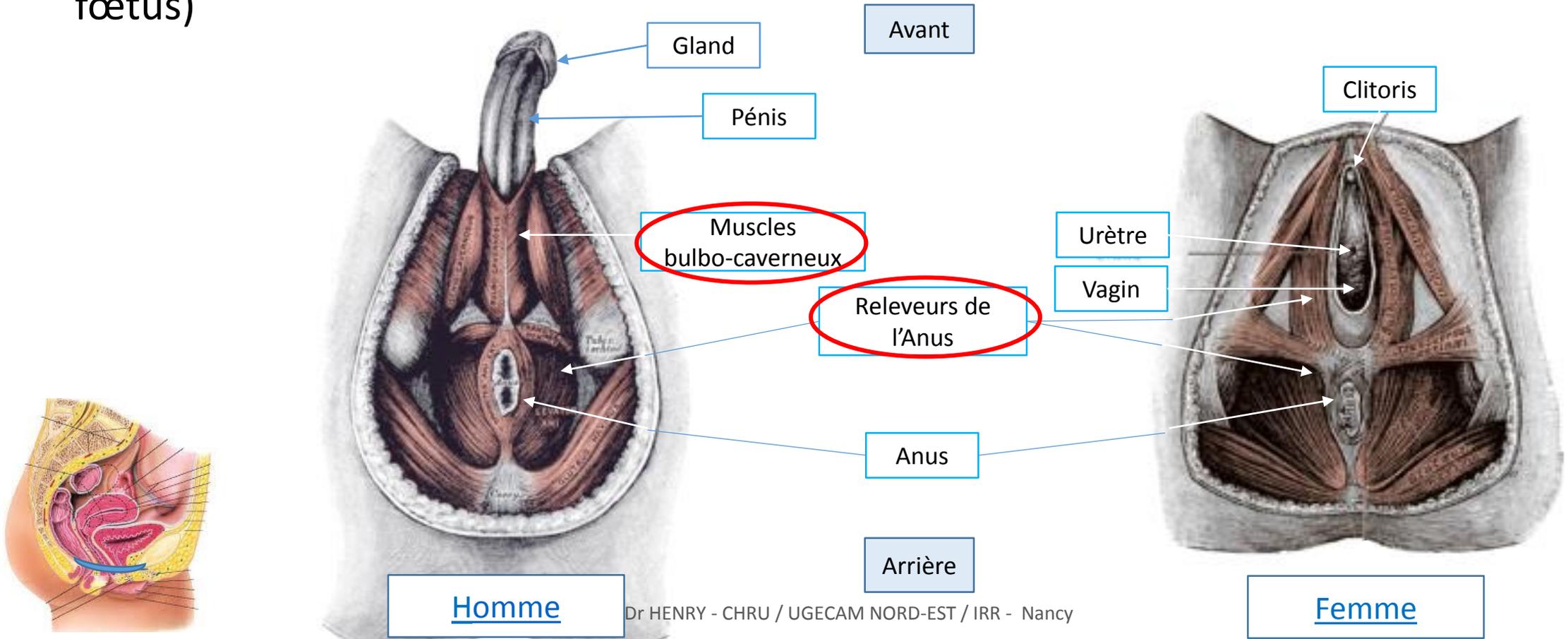
• Périnée :

Région en forme de losange entre le pubis à l'avant et le coccyx à l'arrière

Ensemble de muscles, de ligaments et de membranes dans le bas du bassin

Soutient la vessie en avant, le rectum en arrière, et entre les 2 le vagin et l'utérus chez la femme, la prostate chez l'homme

Percé en arrière de l'anus (évacuation des selles), en avant de l'urètre (évacuation des urines) et entre les 2 chez la femme du vagin (extériorisation des règles et expulsion du fœtus)



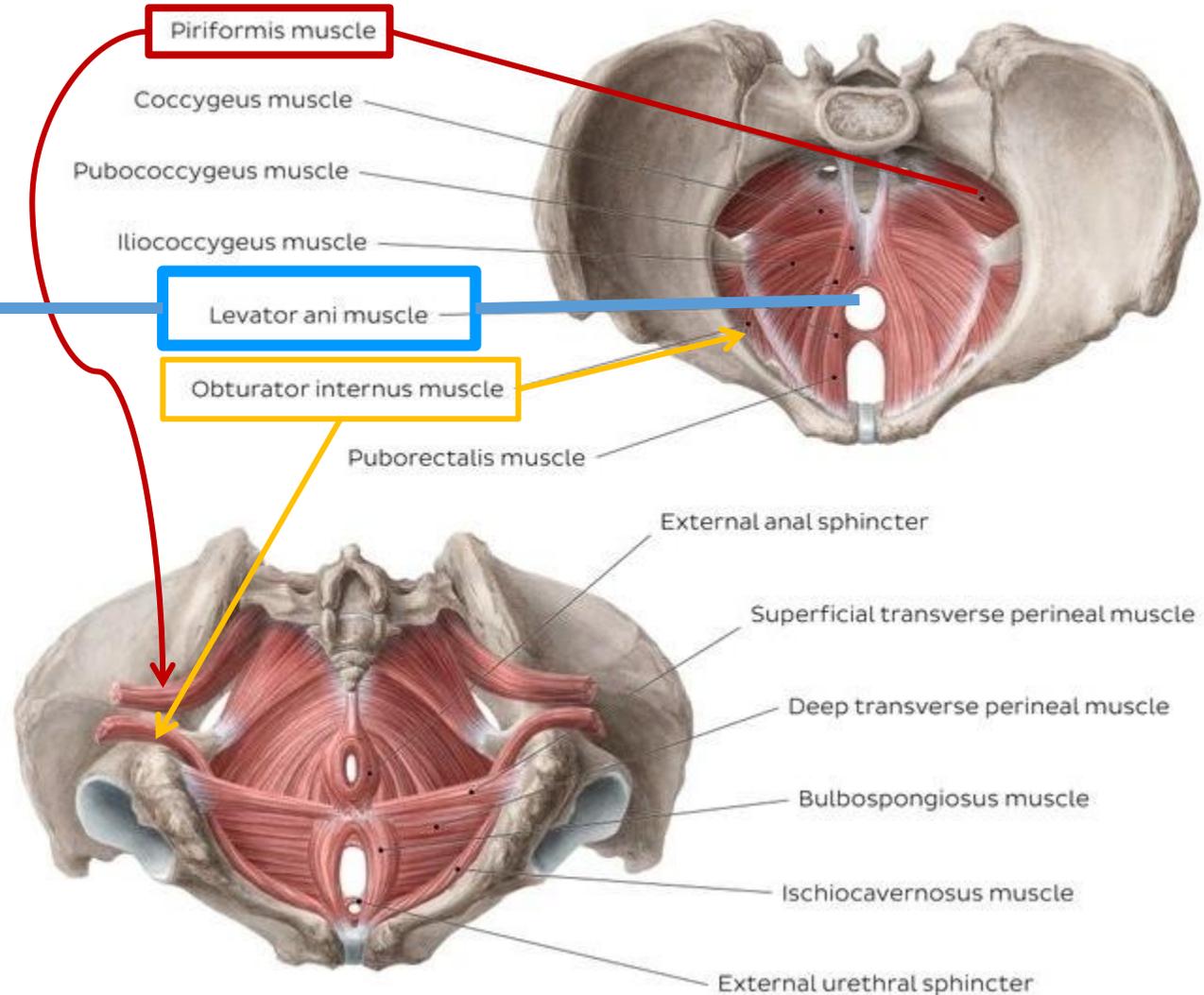
Muscles pelvi-périnéaux :

Piriforme

Releveur de l'anus

(Levator ani muscle)

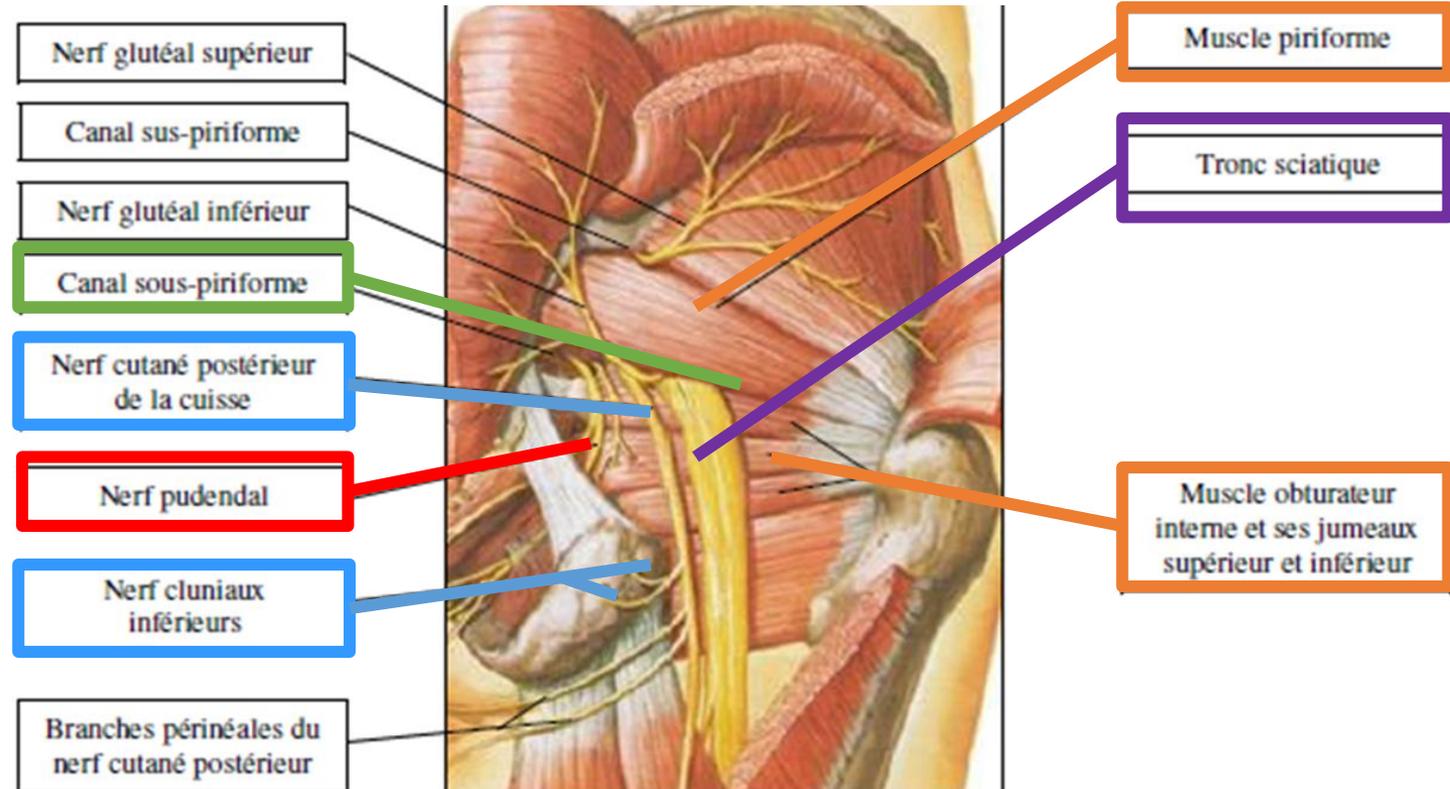
Obturateur interne



Nerfs pelvi-périnéaux d'origine sacrée

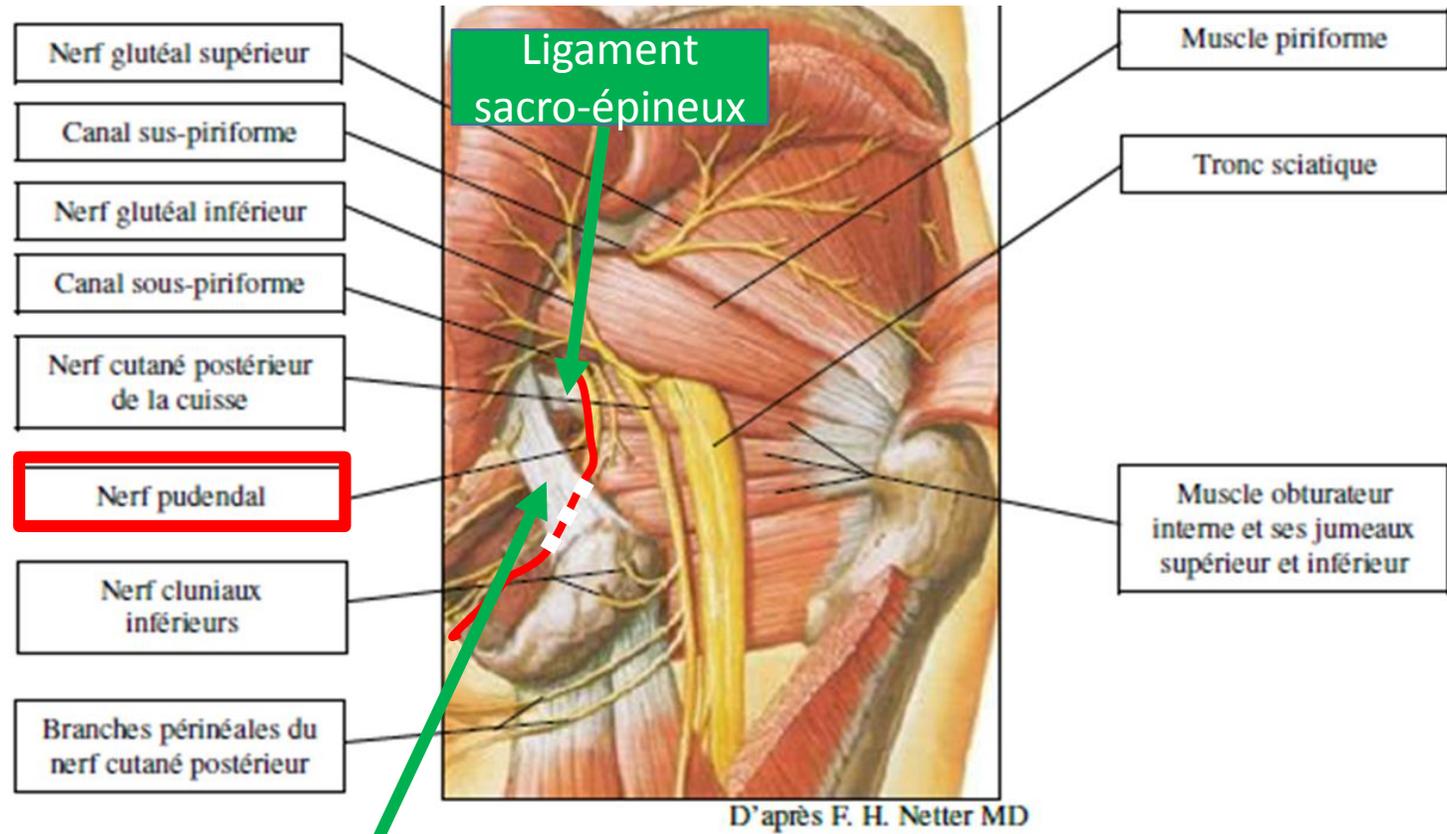
PAR L'ARRIERE

**Vue postérieure des nerfs
et muscles de la région
fessière profonde**



D'après F. H. Netter MD

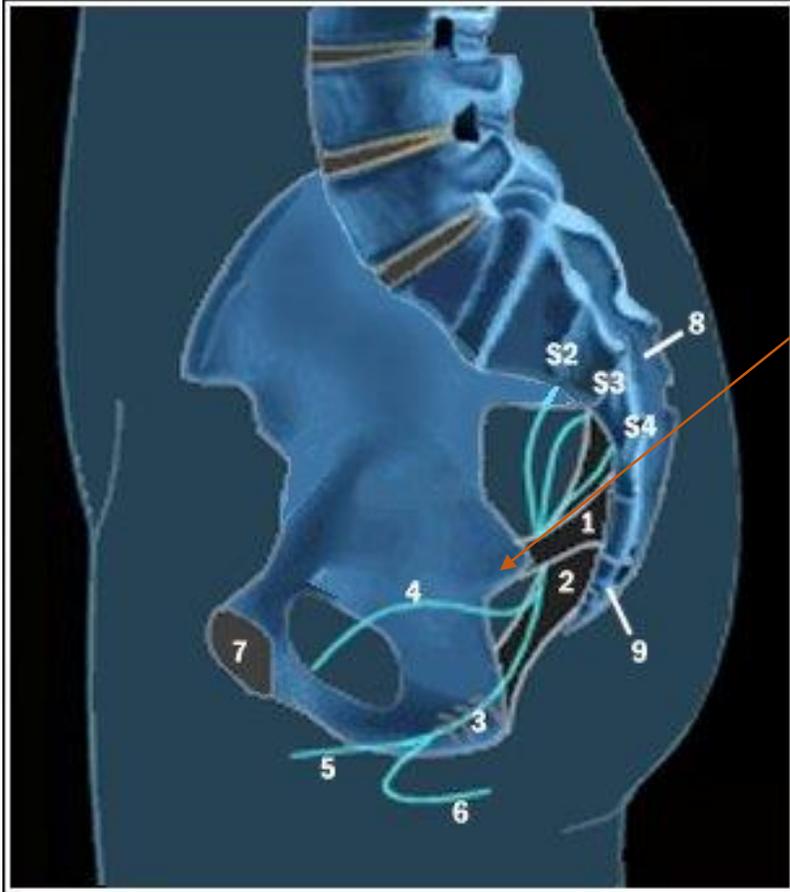
**Vue postérieure des nerfs
et muscles de la région
fessière profonde**



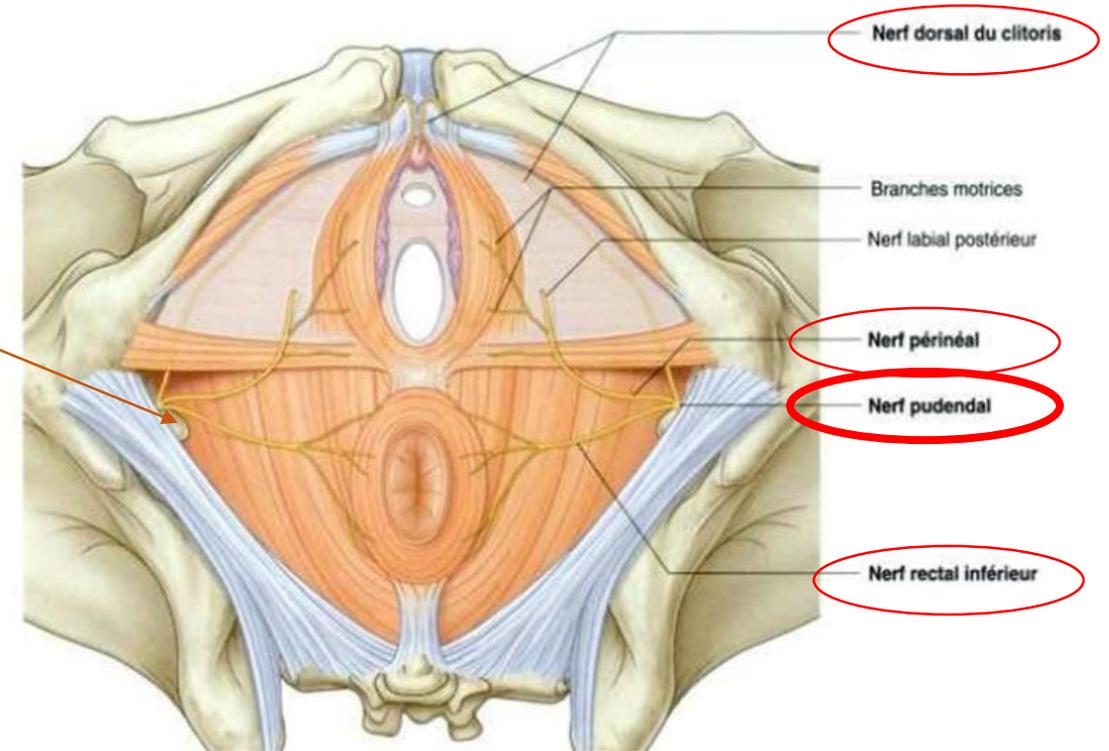
Nerf pudendal

Nerf pudendal

Anciennement nommé nerf honteux interne,
Emergeant en avant du sacrum par les 2°, 3° et 4° trous sacrés et cheminant dans la région
du bassin par un trajet complexe



Epine sciatique



Vue gynécologique de périnée de femme - Gray's Anatomy, 2006

Ces 3 branches nerveuses innervent à la fois
et en partie les sphincters urétral, anal, les
muscles du périnée et les organes génitaux

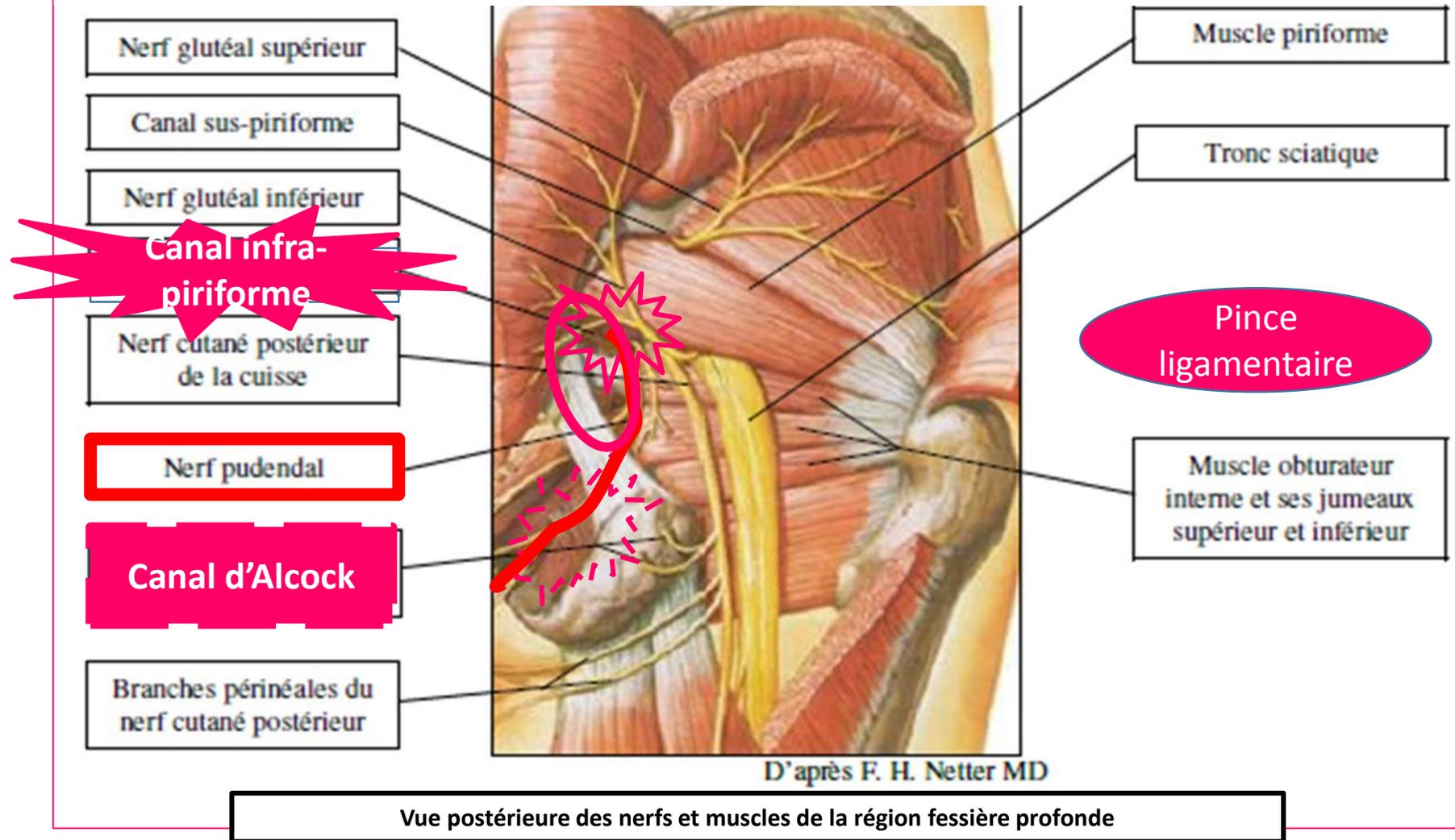
1. Ligament Sacro-épineux ; 2. Ligament Sacro-tubéreux ; 3. Canal d'Alcock ;
4. Nerf dorsal du clitoris (ou de la verge) ; 5. Nerf périnéal ;
6. Nerf rectal inférieur ; 7. Pubis ; 8. Sacrum ;
9. Coccyx ; S2, S3 et S4 : Racines sacrées formant le nerf pudendal

3 ZONES DE CONFLIT CANALAIRE PUDENDAL :

→ Canal infra-
piriforme

→ Pince ligamentaire
(entre ligament
sacro-épineux et
ligament sacro-
tubéreux

→ Canal d'Alcock



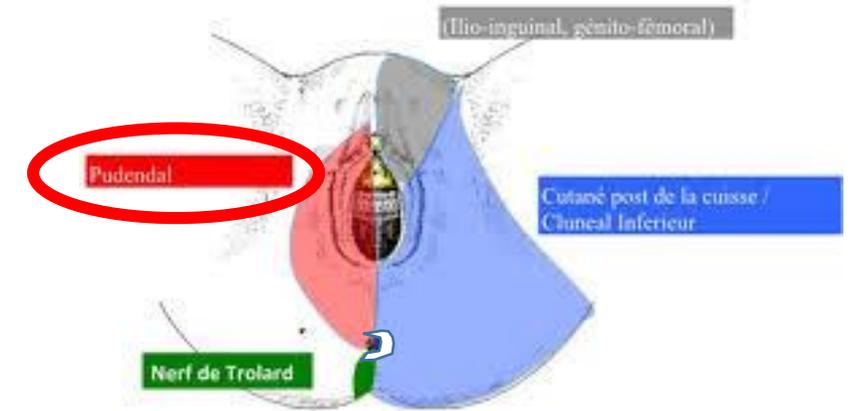
Diagnostic clinique **névralgie pudendale**

5 Critères indispensables de NANTES

1 - Douleur dans le territoire du **nerf pudental** de l'anus à la verge ou au clitoris



2 - Douleur prédominant en position assise (siège mou ++)



3 - Douleur ne réveillant pas la nuit



4 - Sensibilité normale du périnée

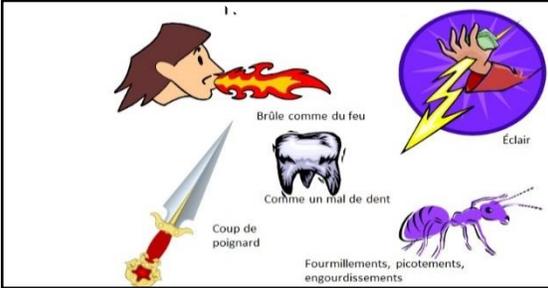
5 - Bloc diagnostique anesthésique en période douloureuse par infiltration

autour du nerf pudental :
POSITIF si disparition de la douleur en position assise durant l'anesthésie locale



Diagnostic clinique **névralgie pudendale**

8 Critères complémentaires de NANTES

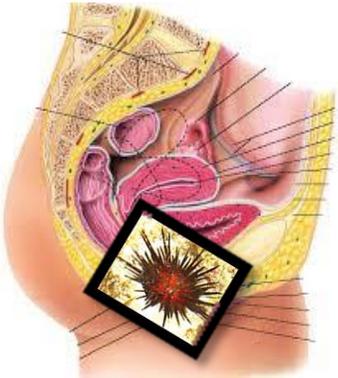


Caractéristiques neuropathiques de la douleur (DN4)

- Allodynie (douleur déclenchée par simple contact non douloureux)

Hyperpathie (douleur + fortement perçue que le déclencheur douloureux)

- Sensations de corps étranger endocavitaire (vagin ou rectum, voire noyau fibreux central du périnée (à l'avant du rectum))



- Intensification de la douleur durant la journée

- Prédominance d'un côté

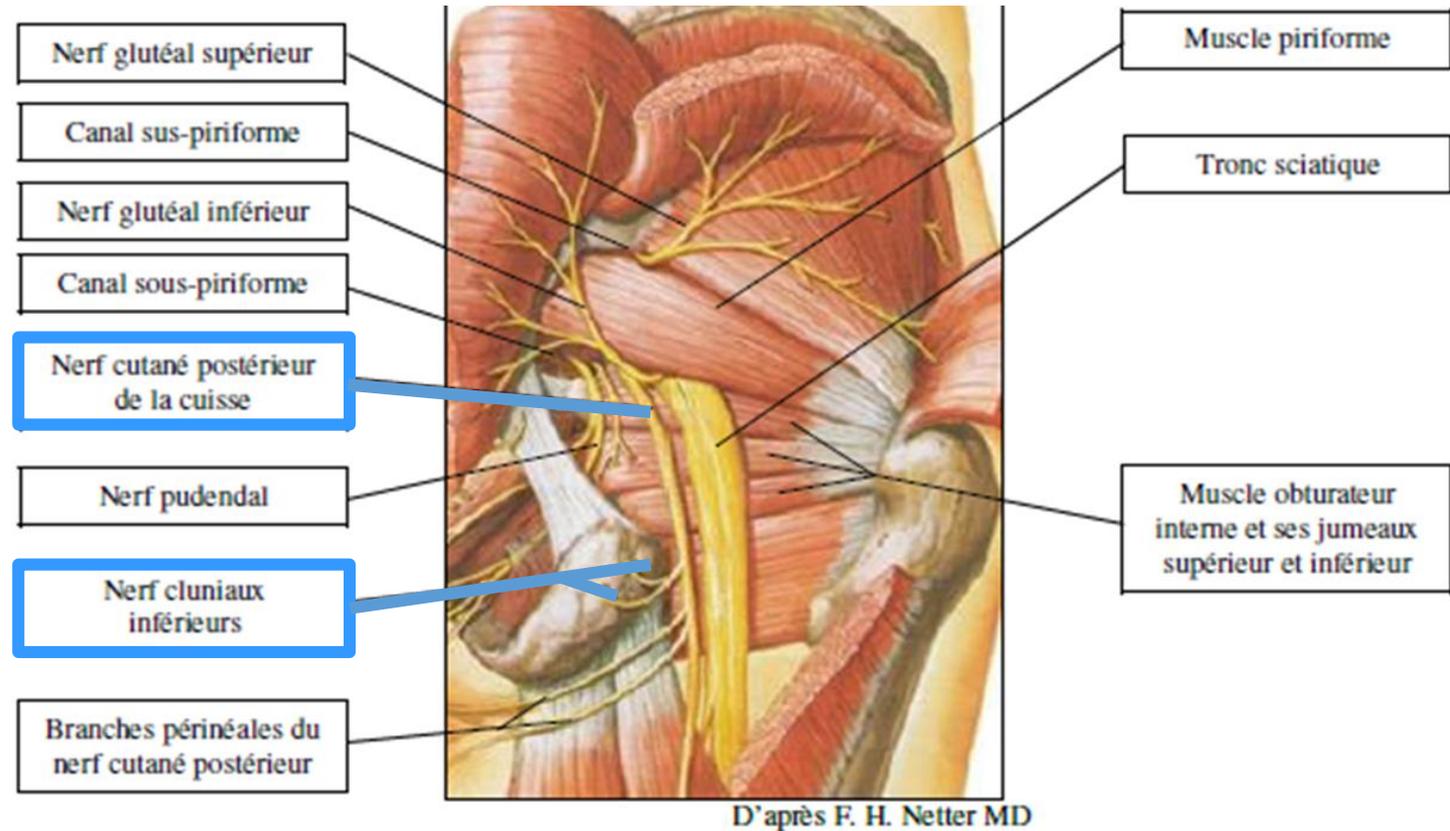
- Apparition après défécation, rapport sexuels



- Douleur intense à la pression de l'épine sciatique

- Données EMG pour cas particuliers exclusivement

Vue postérieure des nerfs et muscles de la région fessière profonde



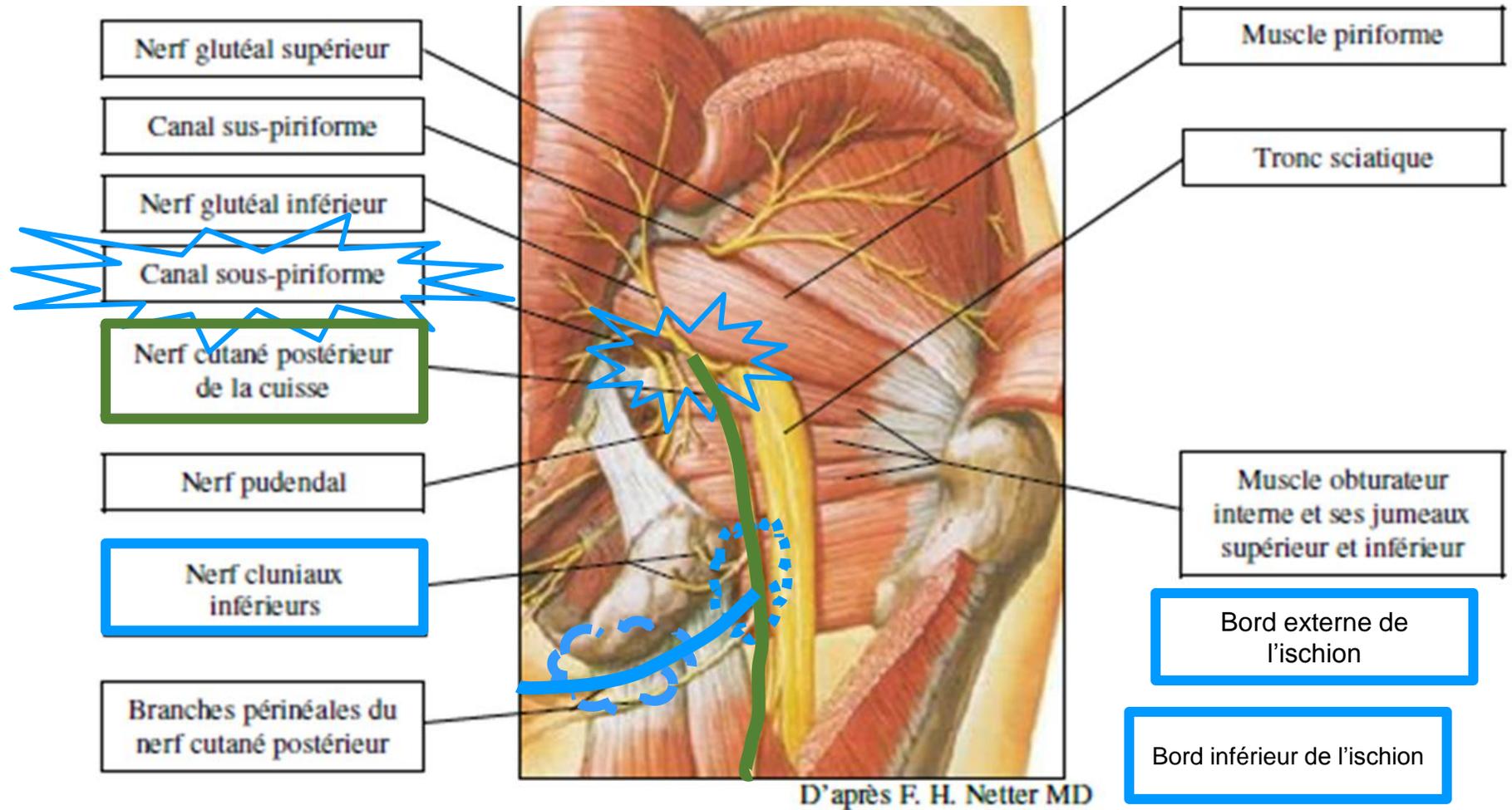
Nerf cutané postérieur de cuisse et son collatéral le Nerf clunéal inférieur

Origine : fibres nerveuses émergeant en avant du sacrum par les 1°, 2° et 3° trous sacrés et cheminant dans la région du bassin (pelvis)

Trajet : Ils passent du pelvis dans la fesse par le canal infra-piriforme (sous piriforme) entre le nerf pudendal (en dedans) et le nerf sciatique (en dehors) puis longent l'extérieur de l'ischion. Le nerf clunéal inférieur bifurque sous l'ischion. Le nerf cutané postérieur de cuisse descend à l'arrière de la cuisse jusqu'au genou

**3 ZONES DE
CONFLIT
Pour le nerf
CLUNIAL
INFERIEUR**

- Canal sous-piriforme
- Bord externe de l'ischion
- Bord inférieur de l'ischion



Vue postérieure des nerfs et muscles de la région fessière profonde

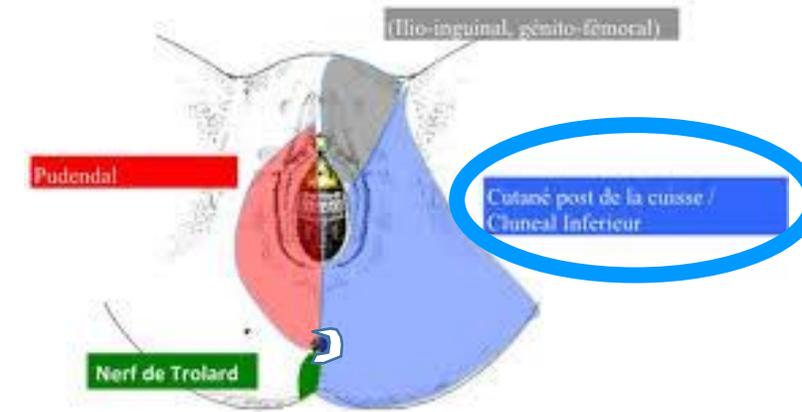
Diagnostic clinique **névralgie clunéale inférieure**

1 - Douleur dans le territoire du **nerf clunéal inférieur**

Sous l'ischion (caillou, carton, béton), irradiant au scrotum ou grandes lèvres, autour mais pas dans l'anus et vers le pli génito-fémoral

(couture slip insupportable), respectant la verge ou le clitoris,

2 - Douleur s'aggravant en position assise (siège dur ++)



3 - Douleur ne réveillant pas la nuit



4 - Sensibilité normale du périnée

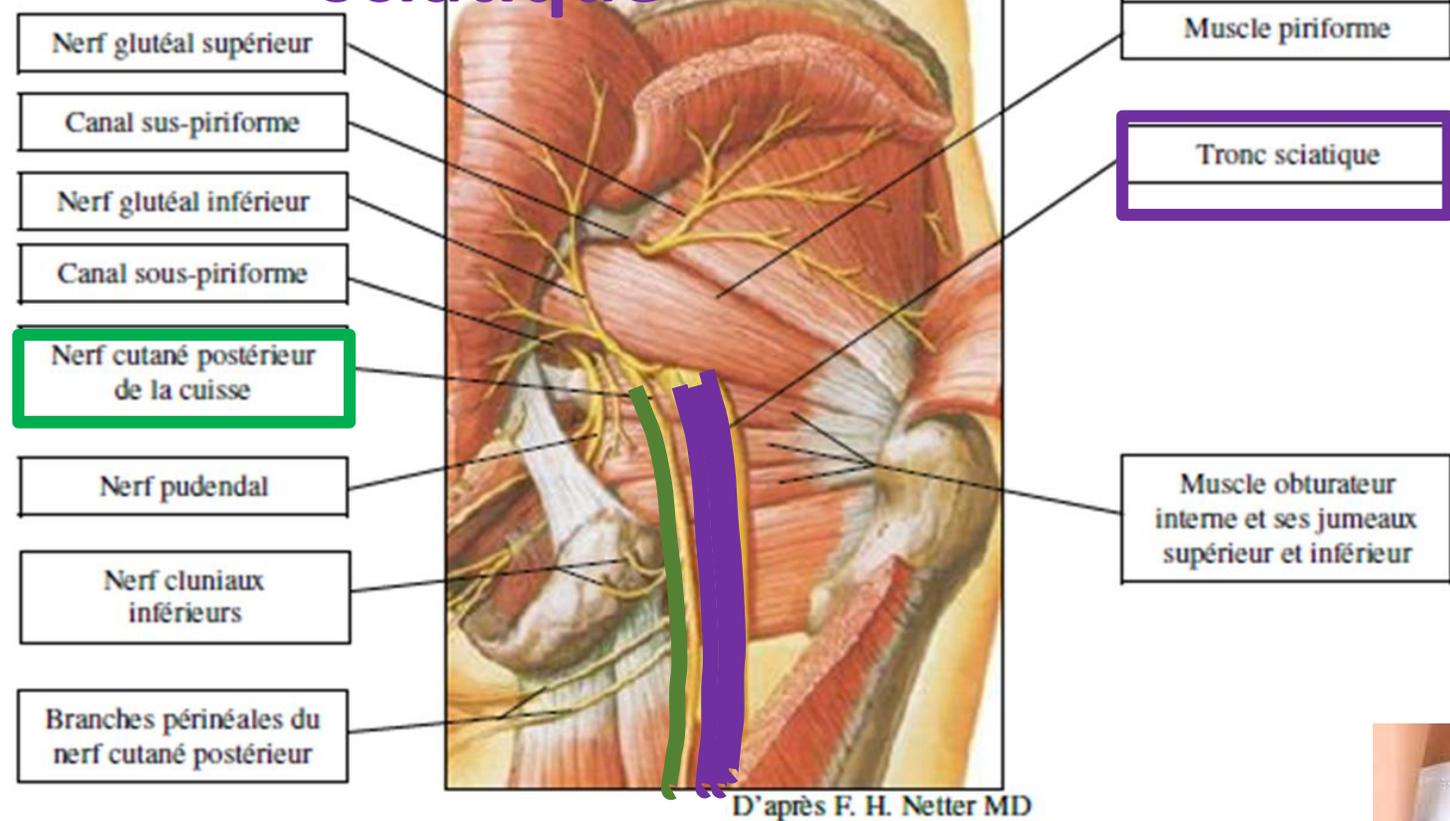
5 - Bloc diagnostique anesthésique en période douloureuse par infiltration latéro-ischiatique

POSITIF si disparition de la douleur en position assise durant l'anesthésie locale



Diagnostic clinique Névralgies cutanée postérieure de cuisse et sciatique

Vue postérieure des nerfs et muscles de la région fessière profonde



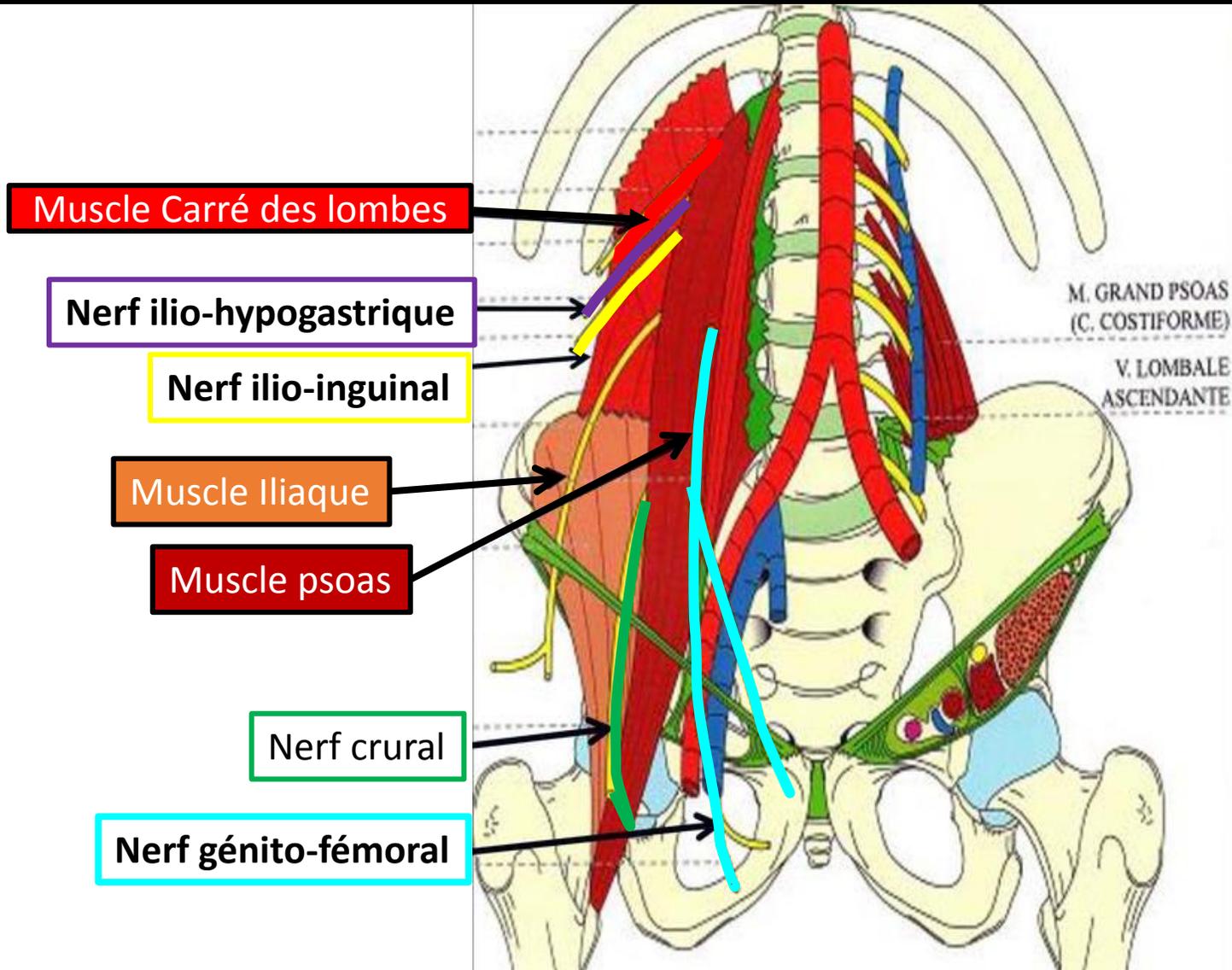
par compression dans le canal infra-piriforme

- Paresthésies (fourmillements) à la face postérieure de cuisse (= **Nerf Cutané Postérieur de Cuisse**), s'arrêtant au genou
- **Sciatique** à point de départ fessier (pas lombaire), descendant sous le genou, jusqu'au pied



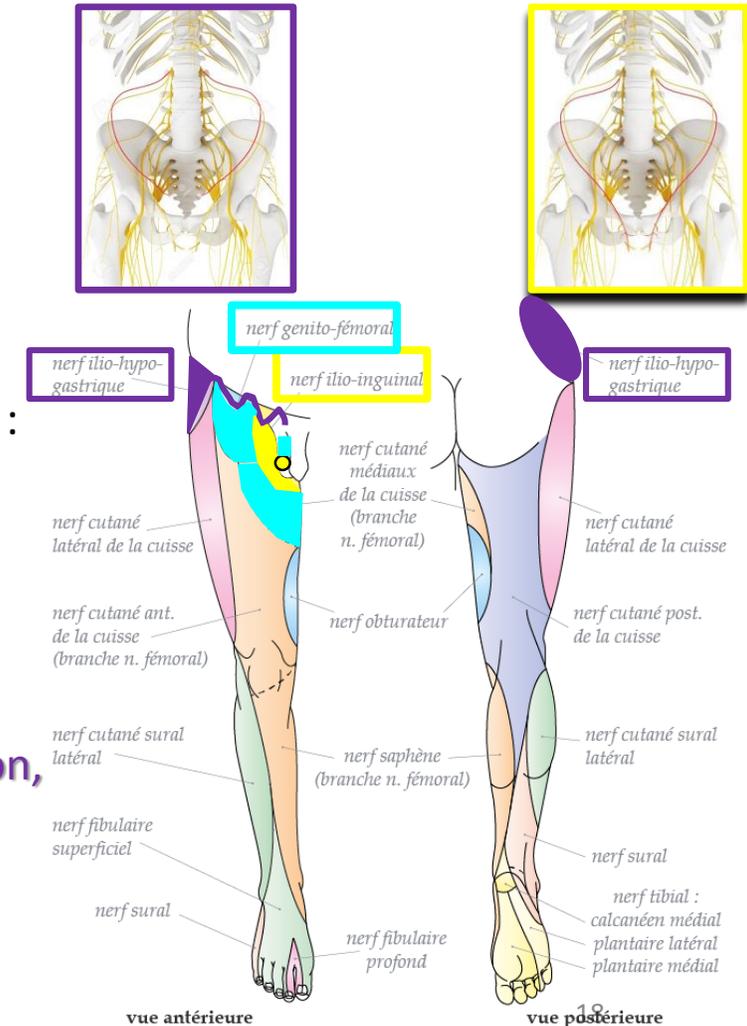
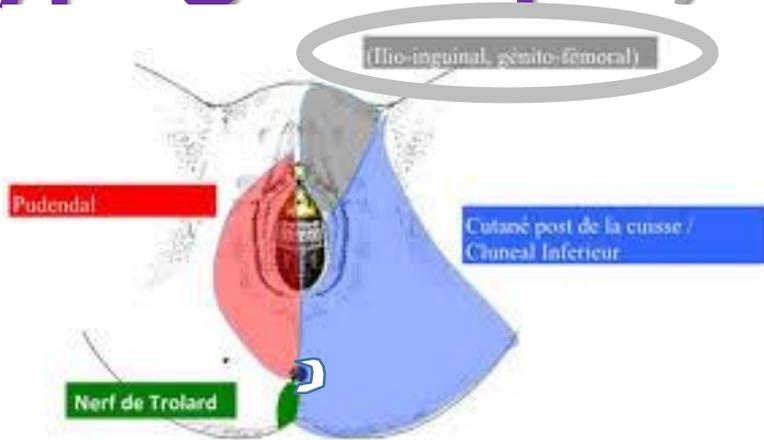
Nerfs pelvi-périnéaux d'origine thoraco-lombaire

PAR L'AVANT



VUE AVANT : LOMBAIRES - BASSIN - HANCHES

Diagnostic clinique névralgies ilio- hypogastrique, ilio-inguinale, génito-fémorale



Irritation par contractures iliaque, psoas, carré des lombes ou par DIM Thoraco-lombaire :

*branche postérieure : cellulalgie lombaire inférieure et fessière supérieure, simulant douleur lombo-sacrée ou sacro-iliaque

*branche antérieure :

→ Cellulalgie latéro-trochantérienne (simulant bursite ou tendinite de Moyen Fessier)

→ Douleur abdominales basses pseudo-viscérales (digestives, gynécologiques)

ILIO-HYPOGASTRIQUE : Douleur sus-pubienne à réplétion vésicale, moindre après miction, Cellulalgie sus pubienne

ILIO-INGUINALE : Douleur clitoridienne, vulve antérieure(♀), testiculaire (♂)

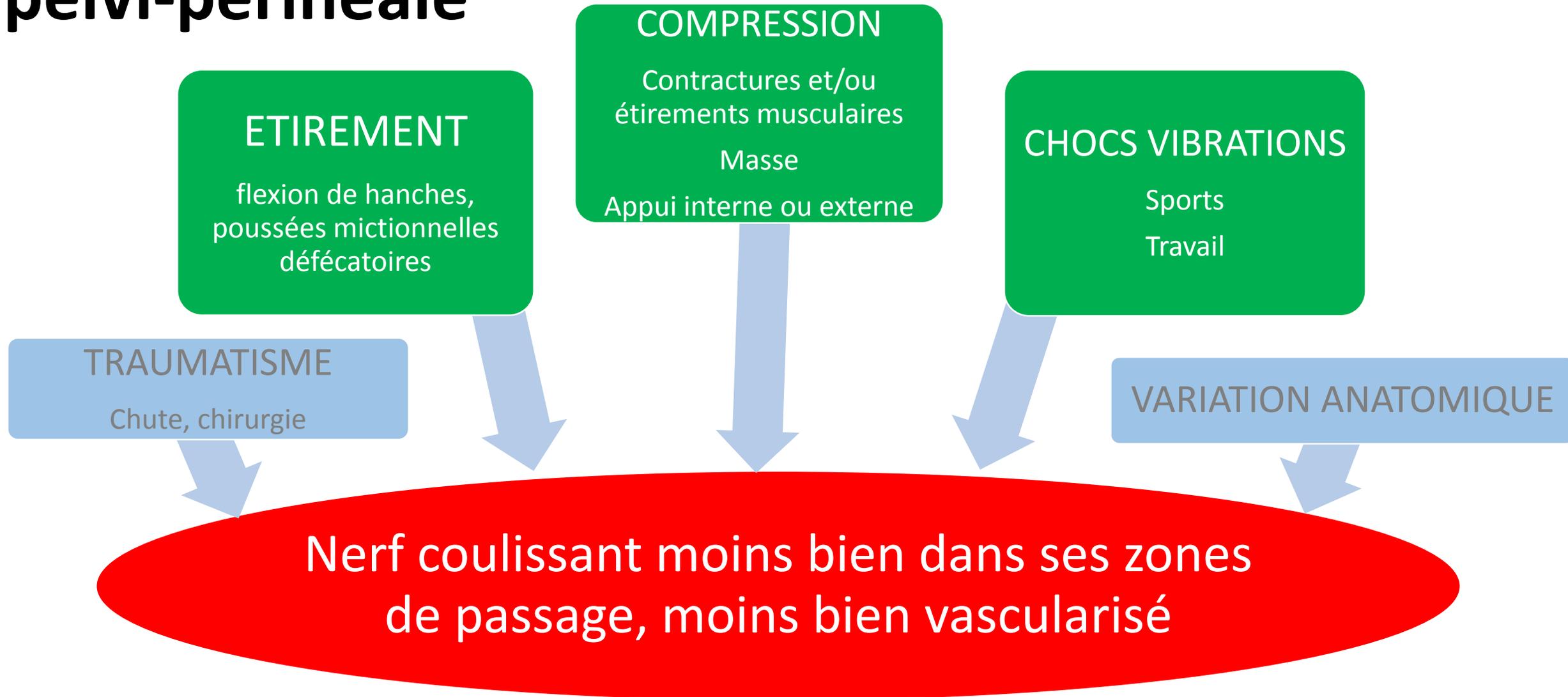
GENITO-FEMORALE : Genitale = douleur vulve médiane(♀), scrotum (♂)

Fémorale = face supéro-interne de cuisse



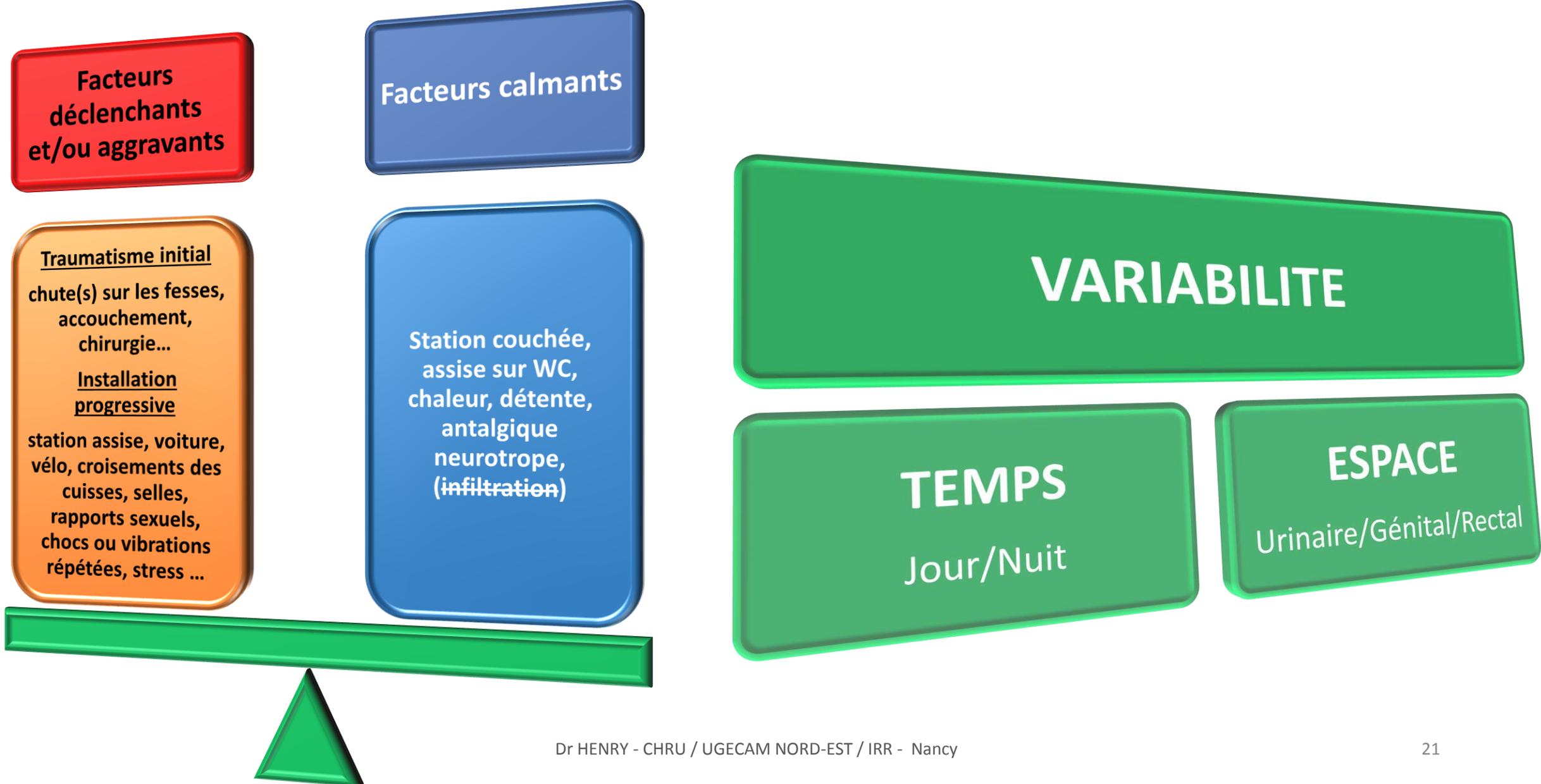
COMPRENDRE COMMENT EST GENEREE LA DOULEUR POUR MIEUX L'EVITER

Mécanismes de souffrance des nerfs à destinée pelvi-périnéale



Action préventive sur étirement, compression et exposition aux chocs et vibrations

Histoire de la douleur



Symptômes associés éventuels : Contractures

○ Muscles pelvi-trochantériens

Releveur de l'anus, piriforme, obturateur interne, transverse pelvien profond

→ Douleur musculaire, Faiblesse musculaire,
Corde musculaire tendue, point gâchette et douleur parfois ressentie à distance



Muscle PIRIFORME (ou pyramidal)

- Douleur fessière irradiant à la face postérieure de cuisse
- Aggravée par le piétinement++, le soulèvement, la montée des escaliers, l'assise cuisses croisées
- Soulagée en position assise par raccourcissement du muscle en flexion et abduction passive du membre inférieur



Muscle OBTURATEUR INTERNE

- Douleur fessière et du membre inférieur irradiant en fosse iliaque et dans le périnée (par compression du nerf pudendal dans le canal d'Alcock)
- Aggravée en position assise



Symptômes associés éventuels : Contractures

- Muscles de la paroi abdominale
 - Douleur musculaire, souvent prise pour des douleurs digestives ou gynécologiques
 - Corde musculaire, douloureuse au toucher, augmentée à la contraction,

Ilio-psoas,

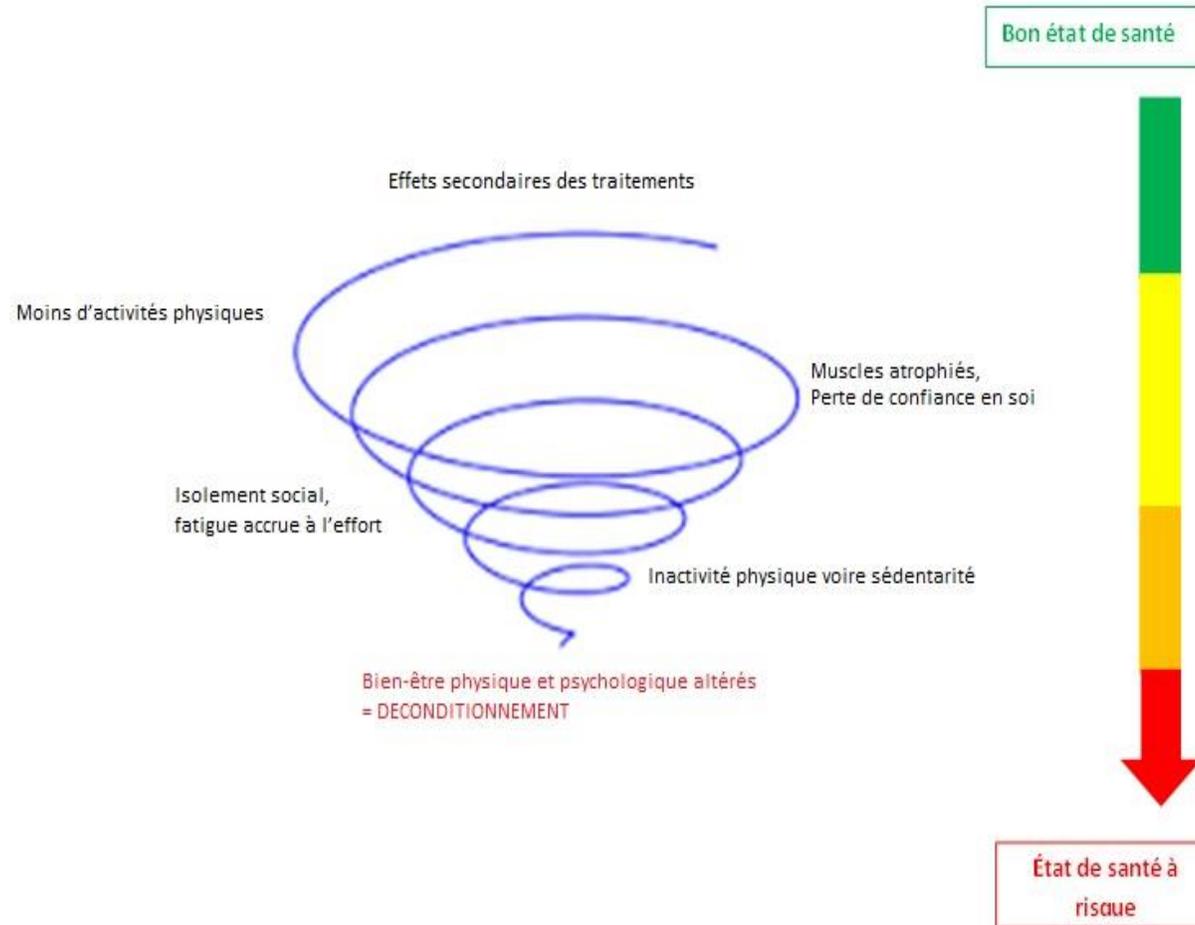


Carré des lombes

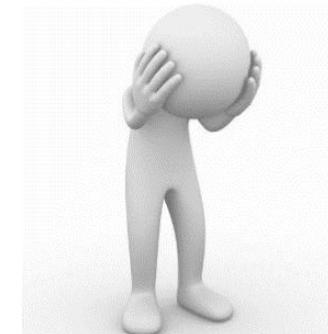


Symptômes associés éventuels

- Perte de condition physique à l'effort

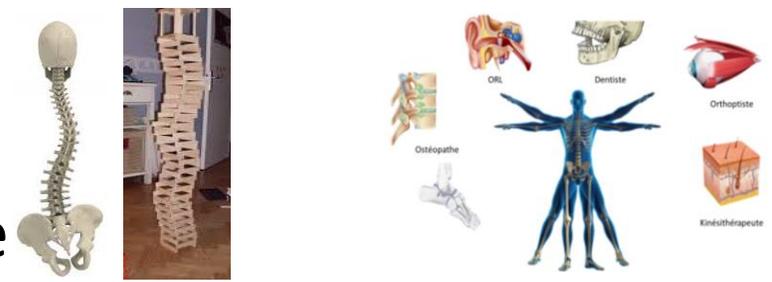


- Retentissement psychologique



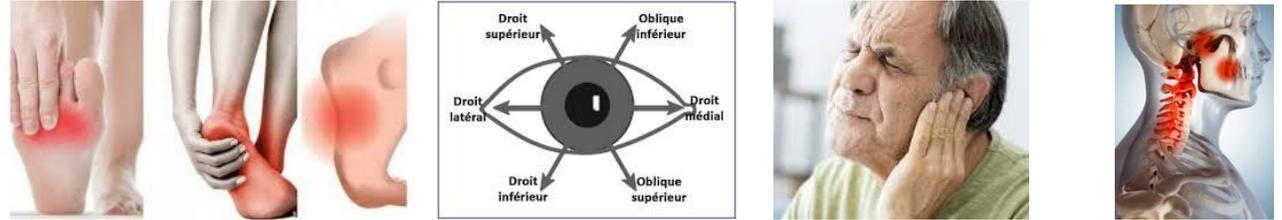
Symptômes associés éventuels

- Syndrome de déficience posturale = traiter la cause initiale



Incohérences
afférences
proprioceptives

- Aponévrosite plantaire
- Troubles oculo-moteurs
- SADAM



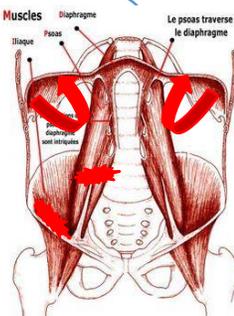
Asymétrie des
efférences
motrices

- DIM Thoraco-lombaire homolatéral au psoas,
- DIM cervical et/ou cervico-occipital sus-jacents compensatoires



Syndromes
myo-fasciaux
(Cellulalgies)

- Contracture Psoas → Névralgies d'origine thoraco-lombaire IH, II, GF
- Sd de Maigne avec contractures Piriforme, Obturateur Interne... → Névralgies d'origine sacrée : pudendale, cutanée postérieure de cuisse et clunéale inférieure, sciatique (à départ fessier)
- Fausses tendinites, Syndrome Défilé CTB, Névralgie d'ARNOLD



Symptômes associés pelvi-périnéaux

Sensibilisation pelvienne : Parfois **L'étincelle provoque un INCENDIE dans TOUT LE BASSIN** = Embrassement des mécanismes de contrôle de la douleur

- Douleurs pelvi-périnéales > 3 mois

- Symptômes disproportionnés par rapport aux examens cliniques et complémentaires (bilan infectieux, imageries, endoscopies)

	Sphère urinaire basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère digestive basse	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire	SCORES
Abaissement des seuils de perception de la douleur	Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	Douleurs influencées lors de la distension et/ ou la vidange rectale (matières, gaz)	Allodynie pelvipérinéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au ports des sous-vêtements serrés)	Présences de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)	/5
Diffusion temporelle : La douleur dure longtemps	Douleurs post-mictionnelles	Douleurs persistantes après l'activité sexuelle	Douleurs post-défécatoires			/3
Variabilité des symptômes	Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la <u>topographie</u> douloureuse					/1
Maladies fréquemment associées	Douleurs dysfonctionnelles (migraine, fibromyalgie, intestin irritable) et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique					/1
SCORE TOTAL DE SENSIBILISATION PELVIENNE						/10

Patient sensibilisé à la douleur pelvienne si **PPSS ≥ 5/10**

Symptômes associés éventuels

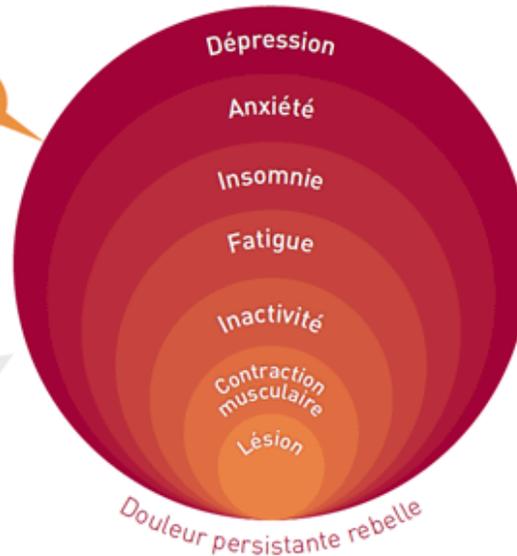
Sensibilisation centrale : Parfois **L'incendie se propage dans TOUT LE CORPS**

= Embrassement des mécanismes de contrôle de la douleur **AU NIVEAU DU CERVEAU**



Les répercussions de la douleur persistante sont nombreuses et intriquées

Cause
unique
Douleur brève



© Les Entreprises du Médicament / Médis Photo et Pierre Bourcier - 09/2010

Source : François Bourreau, Contrôlez votre douleur, Ed. Payot, 2004



**Quand l'incendie est propagé,
agir sur l'étincelle ne suffit pas :
Agir en plus sur le cerveau**

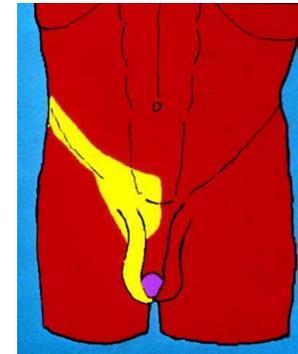
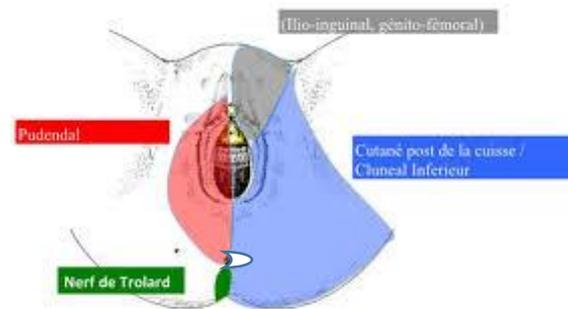
Consultation auprès d'un clinicien spécialisé

Meilleures compréhension et prise en charge des douleurs pelvi-périnéales complexes si professionnel sensibilisé à cette pathologie

à même d'interpréter et de tenir compte des signes associés, intriqués :

- Autres névralgies d'origine sacrée (clunéale inférieure) et/ou thoraco-lombaire

(ilio-hypogastrique
ilio-inguinale,
génito-fémorale)



Labat, 2012

- Contractures musculaires (piriformes, obturateurs internes, releveurs de l'anus, transverse pelvien, ilio-psoas)

- Troubles rachidiens ± Syndrome de Déficience posturale

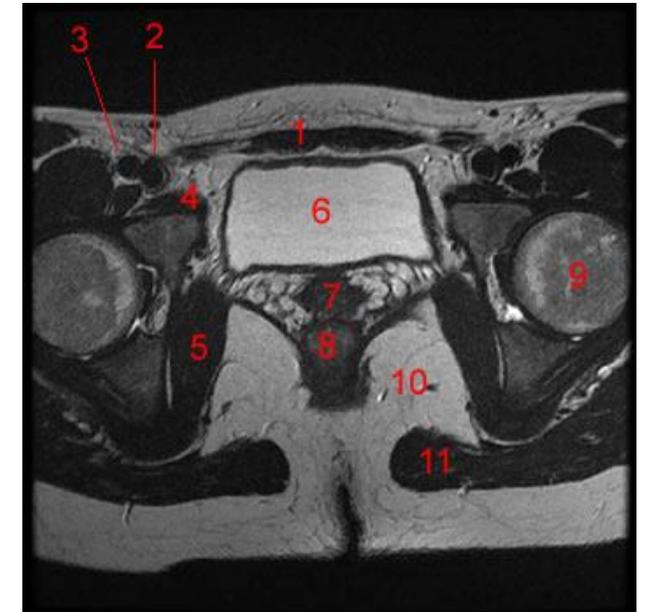
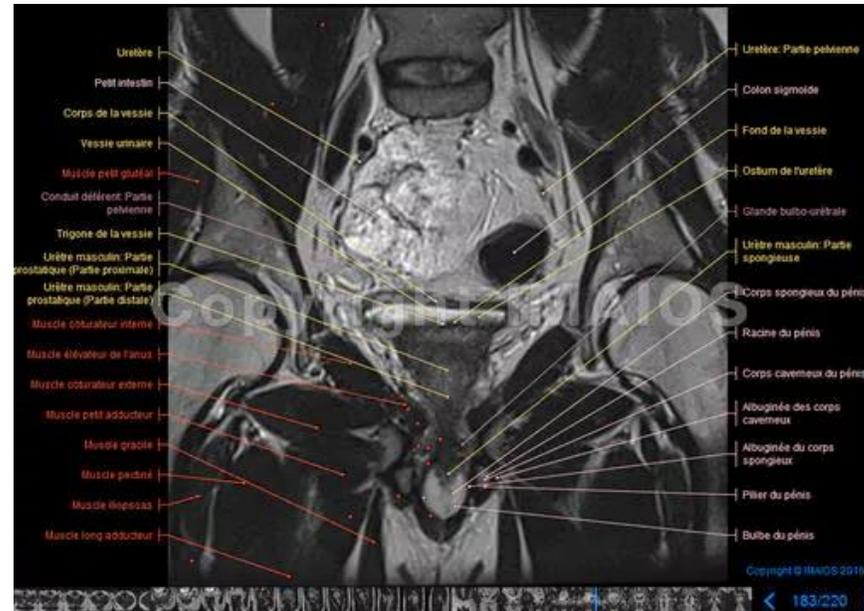
- Hypersensibilisation pelvienne et centrale...

Examens complémentaires

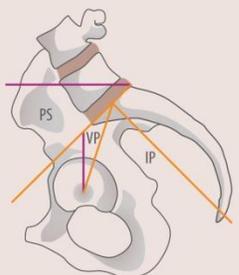
- Eliminer définitivement une cause secondaire rachidienne ou pelvienne à l'origine de la souffrance du nerf, en particulier si symptômes, examen clinique et évolution sous traitement, inhabituels

→ Radiographies, Scanner ou IRM médullaire, sacré et/ou abdo-pelvien

la plupart du temps normaux, donc inutile de les répéter



1 muscle droit de l'abdomen, 2 veine fémorale, 3 artère fémorale, 4 muscle pectiné, 5 muscle obturateur interne, 6 vessie, 7 vagin, 8 canal anal, 9 tête fémorale, 10 fosse ischio-rectale, 11 muscle grand fessier



VP : version pelvienne, angle formé par la verticale et la ligne joignant le centre du plateau sacré au centre des têtes fémorales (moyenne chez les sujets normaux : 12°, DS 6°).

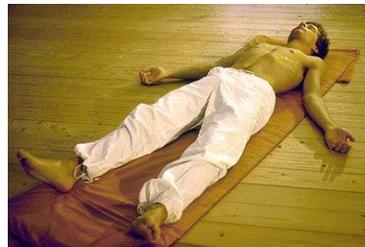
IP : incidence pelvienne, angle tracé à partir du milieu du plateau sacré entre la perpendiculaire au plateau de S1 et la ligne passant par le centre des têtes fémorales (moyenne chez les sujets normaux : 50-55°, DS 11°).

PS : pente sacrée, angle formé par la tangente au plateau supérieur de S1 et l'horizontale (moyenne chez les sujets normaux : 39-42°, DS 8-9°).

QUE DOIT FAIRE LE **PATIENT** POUR SE SOULAGER ?



Traitement des causes de souffrance neurologique
par le patient **EN PLUS** du traitement des
conséquences par les soignants



Traitement des causes de souffrance pudendale

Le patient est l'indispensable acteur de son mieux-être

- Supprimer ou limiter définitivement l'irritation des nerfs par **étirement**, **compression** et d'exposition aux **vibrations ou chocs** des nerfs d'origine sacrée
- Douleur = signal d'alerte de souffrance du nerf
Agir **quand la douleur est présente ET avant** pour diminuer son intensité, sa durée, sa fréquence et son étendue, en modifiant les habitudes qui irritent le ou les nerf(s)
- Conduite de changement par effort volontaire et prolongé :
Apprendre et automatiser les changements de postures, de déplacements et d'hygiène de vie avec efficacité retardée
Le patient doit donc faire preuve de PATIENCE



Traitement des causes internes : Muscles

→ Croisement
des cuisses



Fixer le coussin en face interne de cuisse

Position du papillon = Décubitus dorsal en abduction, rotation externe, extension de hanches (2 à 3 fois 15 minutes/j) avec respiration abdo-périnéale hypopressive (contracter périnée et abdominaux pendant l'expiration prolongée, relâcher pendant l'inspiration), avec application locale de chaleur ou froid ± TENS



sinon



→ Limiter les ports de charge et les accès répétés aux positions basses



Dr HENRY - CHRU / UGECAM NORD-EST / IRR - Nancy



Agenuilloir pour jardin

Traitement des causes internes : Selles

- Exercice physique et Régime alimentaire adapté (eau, fibres...)

pour selles,



→ De consistance normale à molle,

± laxatifs de lest avec eau +++

→ Quotidiennes ou tous les 2j maximum,

± laxatifs de transit

- **Evacuation des selles sans poussée**

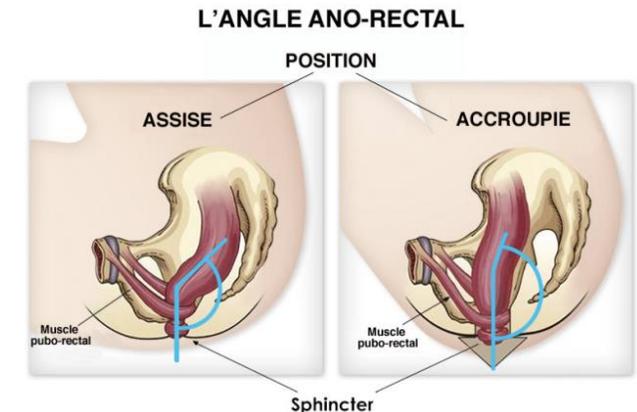
→ facilitée sur un marchepied

→ ± traitement exonérateur de selles (EDUCTYL

Ou lavement voire Irrigation transanale)



Echelles de Bristol



Traitement des causes internes : Sexualité

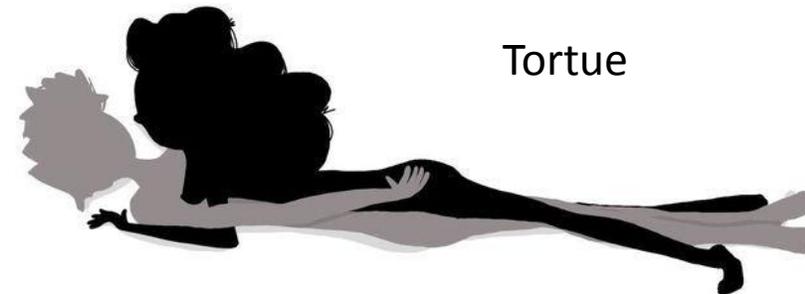
La pénétration n'est pas une fin en soi en terme de plaisir sexuel...

- Massages tantriques
- Rapport sexuel doux lubrifié, limité en fréquence et en durée,
 - pour les hommes : si possible en dessous du ou de la partenaire



- pour les femmes : pénétration vaginale peu profonde en évitant l'appui sur les épines sciatiques

→ Importance du dialogue dans le couple et des préliminaires



Traitement des causes extérieures :

Station assise (1)

- Eviter compression = Hanches écartées, pieds tournés vers l'extérieur sur assise évidée par coussin ou siège ergonomiques



Coussin repositionnable
du Dr Beco



Coussin d'assise à pads repositionnables
Ergotech



Coussin d'assise à
Mémoire de forme



Siège Périnéos - KHOL

- Limiter étirement par assise ≤ 30 minutes haute, hanches peu fléchies, dos bien redressé

- Trajet voiture comme passager, dossier à plat avec coussin sous fesses

Siège assis à
genoux
Accent Wood



Siège assis-
debout
Semi Sitting -
Steelnovel



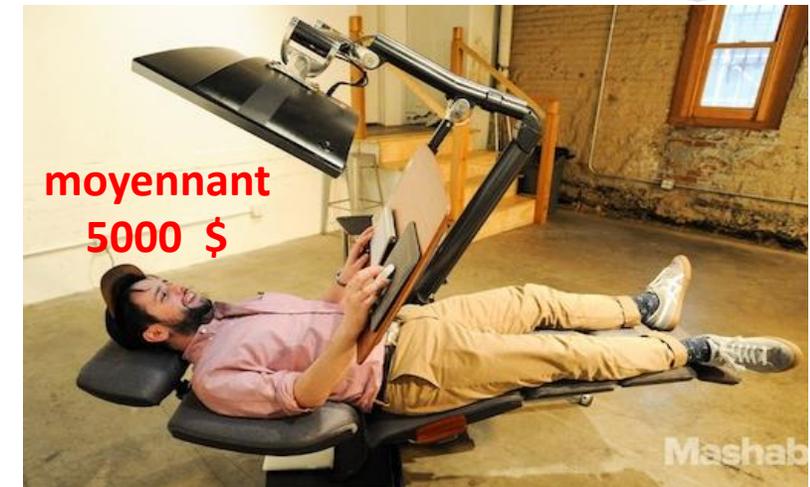
Traitement des causes extérieures : Station assise (2)

Après 30 minutes assis(e), changement de positions :

- Marchez 5 minutes/30 min,
- et au moins 30 min d'affilée/j à vitesse normale (décompression nerveuse, endurance, fabrication de morphine naturelle, activité dérivative)



+ station couchée...



Traitement des causes extérieures : Station assise (2)

Après 30 minutes assis(e), changement de positions :

- Marchez 5 minutes/30 min, et au moins 30 min d'affilée/j à vitesse normale (décompression nerveuse, endurance, fabrication de morphine naturelle, activité dérivative)



- Décubitus dorsal 15-20 min, si possible dans la journée et au moins le soir, si possible dans les conditions de papillon couchée décrite précédemment pour libérer au maximum les nerfs



- Regardez la télévision et dormez

* en position couchée sur le dos



* sur le côté avec oreiller fixé entre les cuisses

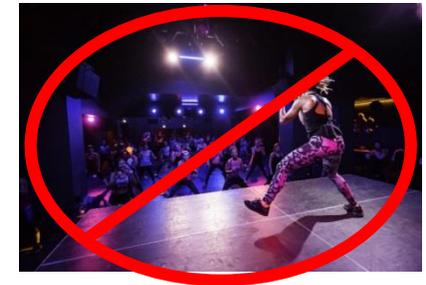
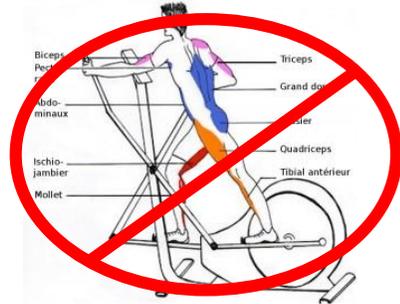


Hygiène de vie : Adaptez la pratique sportive

- (1) - Evitez au maximum les sports **associant compression, étirement, chocs et vibrations** pour les nerfs sacrés comme le vélo, le cheval, la moto...



- Limitez les sports **sollicitant trop les pelvi-trochantériens** : vélo elliptique, stepper, squat...



- A fortiori si aussi sources de **chocs, de vibrations** : course à pieds, boxe, tennis, ping pong, zumba ...

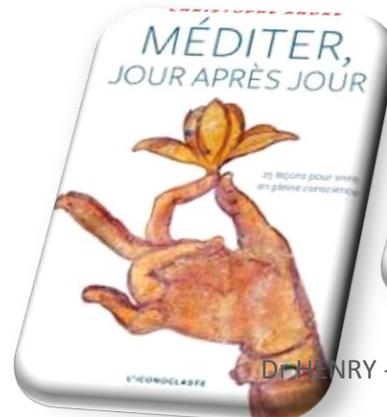
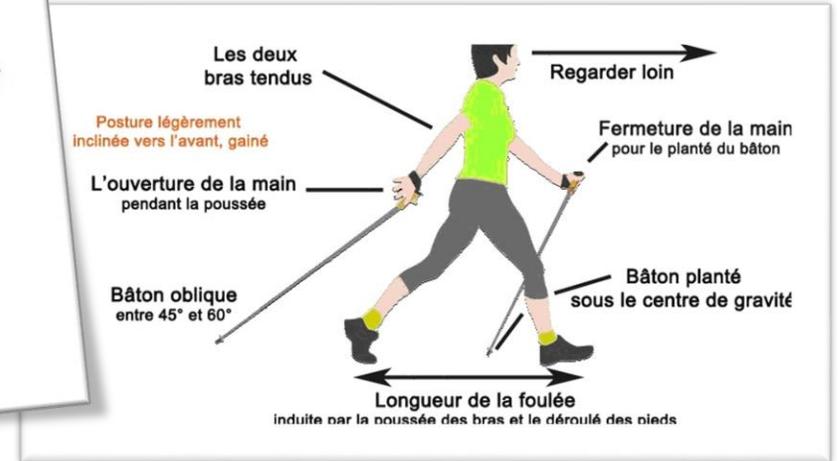
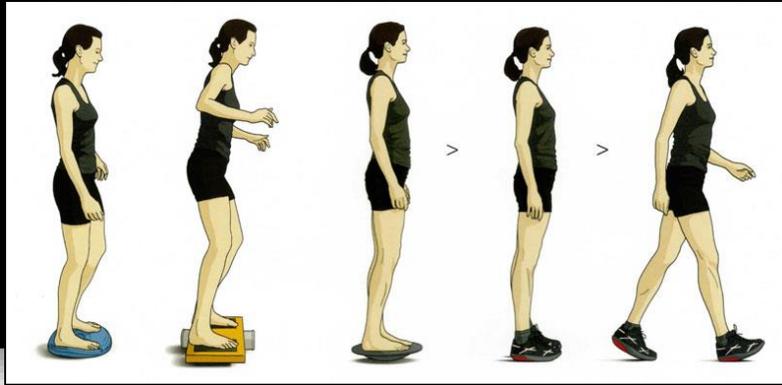
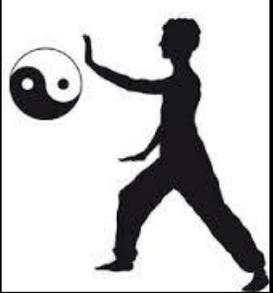


Hygiène de vie : Adaptez la pratique sportive

(2)

Privilégiez les activités d'**endurance** en marche (intérêt postural des bâtons) ou natation (sans palme), la gymnastique douce et toutes activités permettant un meilleur **contrôle postural**, de se **relaxer** et de muscler son mental

https://kinemamanbebe.fr/coin_des_mamans/yoga_douleurs_perineales.php



Dr HENRY - CHRU / UGECAM NORD-EST / IRR - Nancy



Hygiène de vie : Soignez-vous dans l'eau (3)

- Marchez dans l'eau, en avant (normalement puis comme une majorette), en arrière, sur les côtés
- Renforcement de l'éventail fessier pour soulager la sollicitation des MUSCLES pelvi-trochantériens



- Equilibre statique puis dynamique, assis puis debout, sur frite ou planche



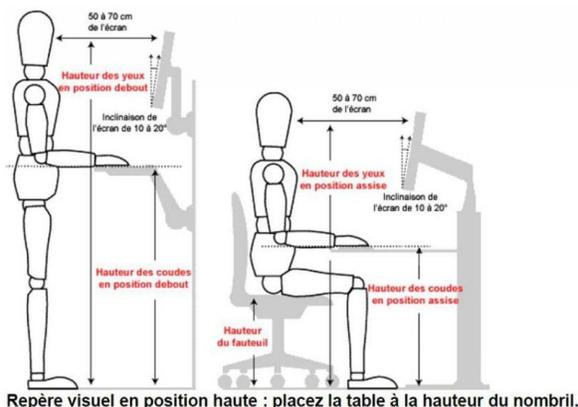
- Aquajogging



Hygiène de vie : Loisirs et Travail (4)

POSTURE DU CHEVALIER SERVANT

- Accès aux positions basses par chevalier servant : genou du côté le plus douloureux au sol et appui sur l'autre genou pour se relever (limite l'étirement du nerf et le travail pelvi-trochantérien)
- Travaillez au sol à genoux (agenouillement)
- Changez régulièrement de positions



Repère visuel en position haute : placez la table à la hauteur du nombril.

Bureau et siège évidé à hauteurs réglables (certificat médical)

Dr HENRY - CHRU / UGECAM NORD-EST / IRR - Nancy

- Adaptez les conditions de travail en concertation avec le médecin du travail, éventuellement facilité par une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, accordée par la MDPH (financement du matériel ergonomique)

Rôle des sites et associations spécialisées

Par des patients

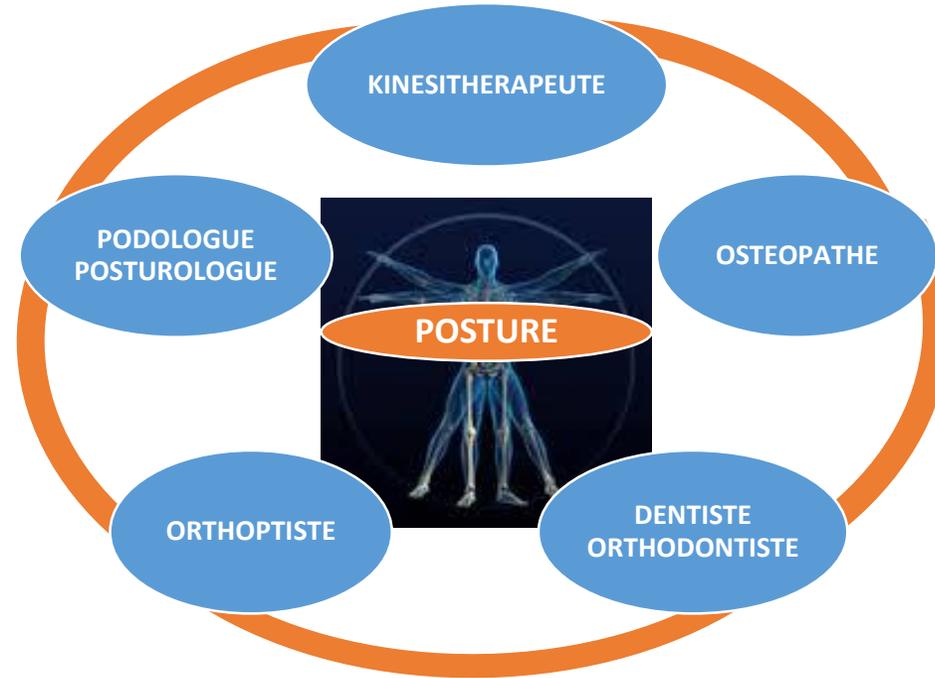
- AINP (Association d'Information sur la Névralgie Pudendale) <http://www.association-ainp.com/> (conseil téléphonique - prêt de coussins)
- Pudendalsite <http://www.pudendalsite.com/>

Par des professionnels

- ARREP (Association Réseau Rééducation Périnéale) <http://www.arrep-fr.org/> (nom d'un thérapeute spécialisé dans le périnée)

Prudence vis-à-vis des forums

QUE DOIT FAIRE LE **SOIGNANT** POUR SOULAGER LE **CAUSES** DE SOUFFRANCE DES NERFS ?



Sous réserve d'automatisation du traitement des causes par le patient

Traitement des causes par des techniques physiques

Thérapie manuelle



Ergonomie :

transfert monobloc latéral (assis↔couché)



Kinésithérapie <https://douleurs-pelviperineales-nantes.webnode.fr/kinesitherapie/> https://kinemamanbebe.fr/content/etirements_adaptes_aux_douleurs_perineales.mp4

Levées tensions musculaires

sans étirement piriforme ou obturateur interne en fermeture du canal infrapiriforme

Mais en ouverture :

<https://www.youtube.com/watch?v=31pDF6R64PM> et pour psoas : <https://www.youtube.com/watch?v=iqoCPA5MQ3E&t=32s>



Assouplissements



Respiration

Abdo-Périnéale



Rééducation posturale

Programme évolutif d'auto-rééducation

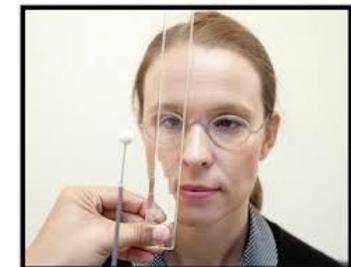
et

Plan de compensation de la déficience posturale

Semelles mécaniques et de posturologie

Gouttière ± traitement orthodontique

Bilan ± rééducation orthoptique voire prisme



TRAITEMENT DES **CONSÉQUENCES** RÉSIDUELLES RELATIVES À LA SOUFFRANCE DU NERF PAR LES **SOIGNANTS**

Sous réserve d'automatisation du traitement
des causes par le patient

Traitement des conséquences par des techniques physiques

**Neurostimulation antalgique transcutanée, utilisable à domicile
(uniquement prescrit en Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)**

-en inhibition sensitive sur trajet des nerfs
pudendal,
clunéal inférieur
ou tibial postérieur

-en mode endorphinique sur quadriceps



Traitement des conséquences par les médicaments

- **Médicaments antalgiques neurotropes**

2 classes de médicaments efficaces sur les douleurs neuropathiques

→ Antiépileptiques (prégabaline 75*2/j, gabapentine 600*3/j minimum pour efficacité)

→ Antidépresseurs si retentissement psychologique (cymbalta 60 mg/matin minimum)

Augmentation progressive des doses, fonction de l'efficacité et de la tolérance

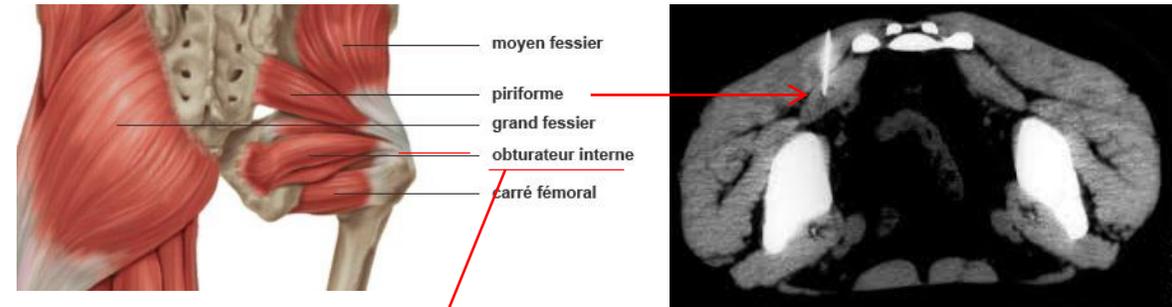
Efficacité jugée après 4 semaines de traitement à dose efficace

- **3 Injections dans muscles d'anesthésiants locaux (ou 1 de Toxine Botulinique, non remboursé)**

Si contractures rebelles aux techniques physiques

- **Patch cutané de Lidocaine**

(NCI, NIH, NII, NGF non remboursé)



Traitement des conséquences par la chirurgie

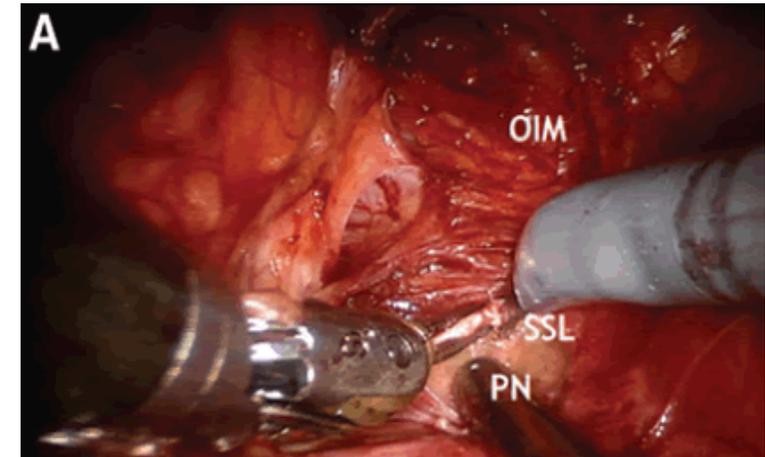
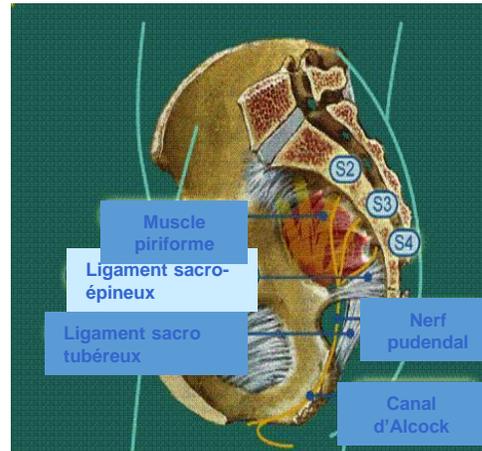
- Seul traitement de la cause (syndrome canalaire) pour libérer le nerf des différentes structures anatomiques qui entravent sa mobilité, toujours précédée d'une ou plusieurs infiltrations tests positives, surtout en l'absence d'amélioration objective après 6-12 mois d'application correcte des mesures prophylactiques et du plan de traitement des causes, à maintenir après chirurgie
- Chirurgie de libération du nerf au sein d'équipes spécialisées

Nantes

Paris

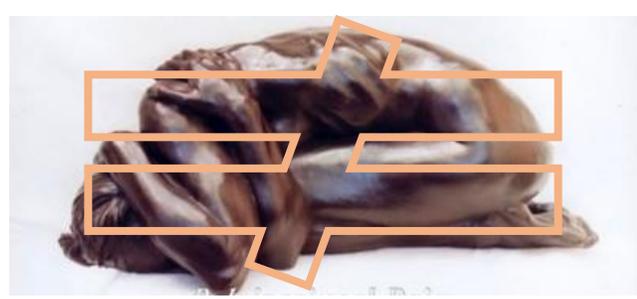
Aix en Provence

...



- Par des techniques différentes selon la zone de conflit, les habitudes du chirurgien...

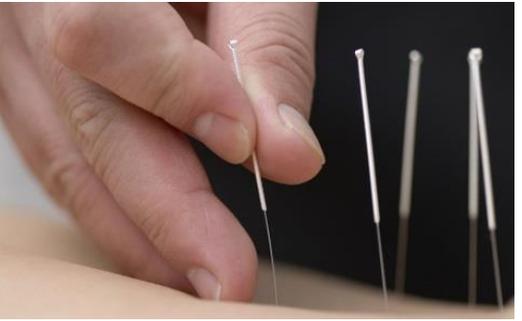
Traitement des conséquences par des disciplines alternatives



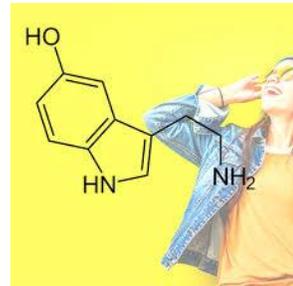
Cures thermales (Lamalou les Bains, Challes les Eaux, Nérès les Bains...)

→ Programme d'éducation thérapeutique

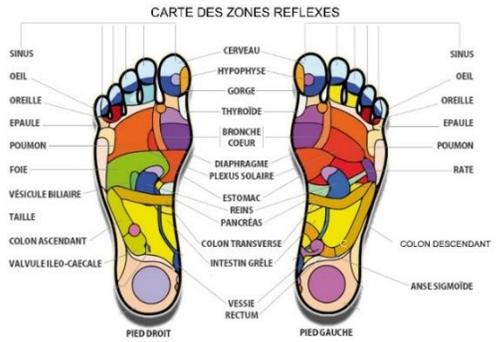
Gestion psycho-corporelle de la douleur +++



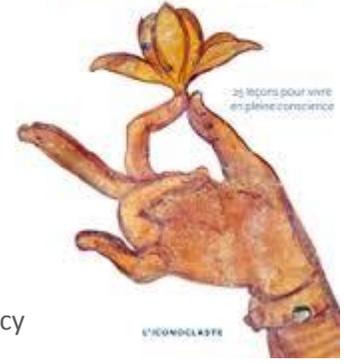
Acupuncture



CHRISTOPHE ANDRÉ
MÉDITER,
JOUR APRÈS JOUR



Réflexologie
plantaire



etc...

Traitements combinés avec approche multidimensionnelle

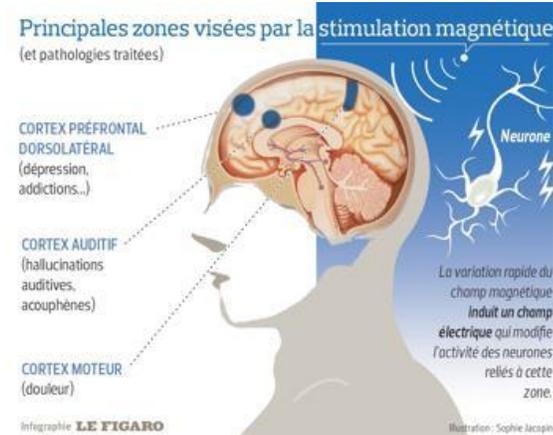
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Par des professionnels différents

Après l'analyse personnalisée de votre douleur, de la souffrance chronique et de toutes ses conséquences psycho-affectives et sociales

Combinaison des traitements précédents voire d'autres thérapies d'exception, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire avec hospitalisation :

- Perfusion de Kétamine,
- Patch de capsaïcine (Qutenza)
- Stimulation magnétique transcrânienne
- Neurostimulateur implanté au dessus du cône médullaire



Neurostimulateur implanté

NEURALGIES PELVI-PERINEALES : CONCLUSION

Handicap invisible, invalidant mais NON GRAVE,
encore souvent tabou et méconnu

- Causée dans la majorité des cas par étirement, compression, chocs et vibrations des nerfs destinés au bassin à l'origine d'un manque de vascularisation ou de mobilité des nerfs d'origine sacrée ou thoraco-lombaire
- A corriger en 1^{er} lieu par modifications de ses habitudes posturales, locomotrices, d'hygiène de vie pour en limiter leur souffrance et préserver leur intégrité (document à consulter toutes les semaines jusqu'à automatisation)
- En plus de soulager les conséquences résiduelles de cette douleur par divers moyens thérapeutiques
- Inutile de répéter les examens complémentaires, normaux

PATIENT = PREMIER ACTEUR DE SON MIEUX-ETRE

