

# Algies pelvi-périnéales chroniques

Eric de Bisschop\* – Rajeshree Nundlall\*  
55, avenue des Goums 13400 Aubagne

## *Introduction*

Les algies pelviennes chroniques sont un motif fréquent de consultation. Les causes sont multiples et peuvent faire suspecter de nombreux organes. Avant d'aboutir au diagnostic, le patient consultera souvent plusieurs cliniciens de spécialités différentes et subira de nombreuses explorations complémentaires. Le diagnostic peut ne pas être clairement posé. Le patient se sentira alors abandonné à lui-même.

## *Les causes des algies pelvi-périnéales chroniques*

- ✓ Neurologiques
- ✓ Gynécologiques
- ✓ Urologiques
- ✓ Digestives
- ✓ Rhumatologiques
- ✓ Musculaires
- ✓ Veineuses
- ✓ Psychologiques
- ✓ Diverses (proctalgies fugaces, immunologiques...)

## **CAUSES NEUROLOGIQUES**

Parmi les causes neurologiques, on peut trouver :

- ✓ La névralgie pudendale
- ✓ Les neuropathies
  - Nerf Ilio-inguinal
  - Nerf Ilio-hypogastrique (ex abdomino-génital)
  - Nerf génito-crural
- ✓ Les origines radiculaires
  - Les origines radico-plexiques
  - Les origines médullaires

## **La névralgie pudendale**

Un rappel anatomique avec schématisation des zones à risques du nerf pudental semble indispensable pour la compréhension de cette pathologie. Rappel anatomique (Fig. 1) (1)



Ces symptômes sont fréquemment exacerbés en position assise, avec une recrudescence progressive dans la journée aboutissant à une acmé vespérale. Ils sont généralement calmés par le décubitus et la position assise sur les toilettes.

Ces douleurs peuvent être d'une extrême violence, souvent décrite comme « suicidaires ».

## ***Symptômes d'accompagnement***

Ceux-ci constituent des éléments non obligatoires qui reflètent des conséquences possibles, à distance de la souffrance pudendale.

- Douleurs au niveau de la face médiale de la cuisse (territoire du nerf obturateur interne). Les potentiels évoqués somesthésiques corticaux obtenus par stimulations des dermatomes dépendant de ces nerfs ne sont pas obligatoirement retardés
- Syndromes douloureux : fosse iliaque, hypochondre, médio-fessière, lombosciatalgie tronquée ou complète
- Sensation de pesanteur pelvienne en position debout
- Modification de la coloration cutanée des lèvres
- Incontinence aux gaz, aux selles
- Dysurie, dyschésie
- Hypermobilité colique, souvent douloureuse
- Météorisme
- Syndrome vagal
- Fibromyalgies probablement secondaire à un abaissement central du seuil de la sensibilité

Le diagnostic est clinique, confirmé par l'électrophysiologie (1), l'écho-doppler des vaisseaux pudendaux (3) et par un test infiltratif.

## **Traitement de la névralgie pudendale**

### ● Traitement médical

- ✓ Infiltration focale (coulée infra-piriforme et/ou fosse ischio-rectale et/ou canal d'Alcock)
- ✓ Clonazepam, Lamaline suppo, antiépileptique capteur sérotonine, antidépresseur imipraminique ...

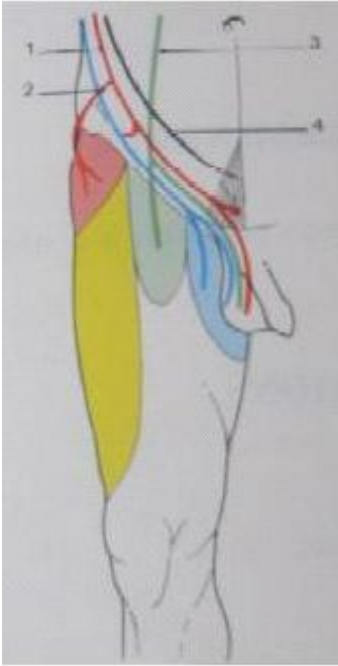
### ● Chirurgie

- ✓ Voie glutéale
- ✓ Voie trans-vaginale
- ✓ Trans-ischio-rectale
- ✓ Voie périnéale élargie

## **Neuropathie du nerf ilio-inguinal, du nerf ilio-hypogastrique et du nerf génito-fémoral**

Pour ces 3 nerfs, le diagnostic est clinique, confirmé par l'électrophysiologie (potentiels évoqués somesthésiques corticaux).

Fig. 2 (4)



1. Nerf ilio-inguinal – 2. Nerf ilio-hypogastrique – 3. Nerf génito-fémoral

### **Neuropathie du nerf ilio-inguinal**

Le nerf ilio-inguinal perfore le muscle transverse puis se divise en 2 branches :

- Une branche abdominale qui se distribue essentiellement aux muscles larges et droits de l'abdomen
- Une branche génitale qui accompagne en avant et en dehors, le ligament rond chez la femme et le cordon spermatique chez l'homme, puis réapparaît au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal où elle va donner des branches aux téguments de la partie supéro-interne de la racine de la cuisse, du pubis et de la grande lèvre ou de l'hémiscrotum correspondant.

Il existe de fréquentes anastomoses entre ces 2 nerfs à ce niveau.

Les causes étiologiques d'une neuropathie du nerf ilio-inguinal sont :

- ✓ Les incisions abdominales inférieures (Pfannenstiel)
- ✓ La grossesse
- ✓ L'os iliaque moissonnant
- ✓ La hernie inguinale débutante +++
- ✓ La hernie inguinale opérée +++
- ✓ L'hystérectomie abdominale
- ✓ L'orchectomie
- ✓ Idiopathique +++.

Symptomatologie :

- Hyperesthésie ou hypoesthésie au niveau de l'aîne, pouvant se projeter au niveau abdominal inférieur et au niveau de la hanche
- Douleur du scrotum chez l'homme et de la grande lèvre chez la femme
- Souvent exacerbée lors des efforts de contraction des muscles abdominaux

● Fréquente reproduction de la douleur à la pression digitale en regard de l'orifice inguinal externe, parfois à la palpation de la face médiale de l'épine iliaque d'antéro-supérieure (EIAS).

Le traitement de choix reste l'infiltration tronculaire ou la cure chirurgicale d'une cause étiologique si récurrence douloureuse post-infiltration.

### **Neuropathie du nerf ilio-hypogastrique**

Le nerf ilio-hypogastrique perfore le muscle transverse de l'abdomen quelques centimètres au dessus de la crête iliaque et donne le rameau cutané latéral qui innerve les téguments de la partie supéro-externe de la fesse et la région trochantérienne.

Peu après avoir traversé ce muscle transverse de l'abdomen, le nerf ilio-hypogastrique passe au dessus de l'orifice profond du canal inguinal puis donne le rameau cutané antérieur destinée à l'innervation musculaire des muscles piramidiaux et droits de l'abdomen et à l'innervation sensitive de la région pubienne et le scrotum chez l'homme et la grande lèvre chez la femme.

Symptomatoologie

- Douleurs partie supéro-externe de la fesse
- Douleurs de la région pubienne
- Douleurs scrotum chez l'homme et la grande lèvre chez la femme

Traitement : Infiltration téguments supéro-externe de la fesse et bord latéral pubis

### **Neuropathie du nerf génito-fémoral**

A une distance variable du ligament inguinal, le nerf génito-fémoral se divise en 2 branches :

- ✓ Branche fémorale, suit l'artère fémorale externe, passe sous le ligament inguinal et donne des branches aux téguments du trigone fémoral ainsi qu'à l'artère fémoral
- ✓ Branche génitale, s'engage dans le canal inguinal et se termine aux téguments de la grande lèvre ou du scrotum

Symptomatoologie

- Douleurs aine
- Douleurs trigone fémoral
- Douleurs scrotum chez l'homme et la grande lèvre chez la femme

Traitement : infiltration tronculaire ce jour

## **LES CAUSES GYNECOLOGIQUES**

### **Episiotomie**

Symptomatoologie

Dyspareunie en post-partum

Douleur provoquée par la palpation de la zone cicatricielle

L'Echographie endo-anales peut être nécessaire pour éliminer une fistule anale sous-jacente ou un foyer d'endométriose

Traitement : infiltration à la lidocaïne comme test diagnostique et thérapeutique

## **Endométriose**

Symptomatologie

Douleurs de topographie variable s'accompagnent souvent d'une dyspareunie profonde classiquement à recrudescence menstruelle.

Intérêt de l'écho-endoscopie et de l'imagerie par résonance magnétique dans le bilan d'extension avant traitement hormonal ou chirurgical.

## **Vulvodynies**

Symptomatologie

Brûlures vulvaires accentuées par la marche et le port de vêtements serrés

Dyspareunie d'intromission

Diagnostic différentiel

Candidose

Infection génitale

Dermatose vulvaire évoluant par poussées.

## **Syndrome de Master et Allen**

Symptomatologie

Dyspareunie profonde s'accompagnant d'une douleur posturale avec sédation en décubitus ventral

Le port d'un tampon à visée antalgique est un argument diagnostique

La cœlioscopie montre la rupture du ligament large.

## **Prolapsus génitaux (utérus, col utérin)**

Peuvent s'accompagner d'une sensation de pesanteur pelvi-périnéale parfois douloureuse exacerbée en position debout.

La responsabilité du prolapsus dans ces douleurs n'est attribuée qu'après disparition de ces dernières après traitement du trouble de la statique pelvienne (pessaire, chirurgie).

## **LES CAUSES UROLOGIQUES**

Causes :

- ✓ Cystites infectieuses
- ✓ Cystites interstitielles
- ✓ Troubles trophiques
- ✓ Urétrites

- ✓ Cystocèle

## **Cystite**

- Sensation de brûlure mictionnelle
- Besoins mictionnels douloureux

La recherche d'une infection urinaire est systématique avant d'évoquer le diagnostic de cystite interstitielle

## **Cystocèle**

Peut s'accompagner d'une sensation de pesanteur pelvi-périnéale parfois douloureuse exacerbée en position debout

Examen clinique : Déroulement la paroi antérieure du vagin

Investigation :

Preuve des valves++

Colpocystogramme

IRM dynamique

## **Les causes digestives**

Causes :

- ✓ Rectocèle
- ✓ Elytrocèle
- ✓ Abscès intra-mural chronique du rectum
- ✓ Ulcère solitaire

## **Rectocèle**

Constipation, pouvant s'accompagner d'une sensation de pesanteur pelvi-périnéale parfois douloureuse exacerbée en position debout

Examen clinique :

Déroulement de la paroi postérieure du vagin

Investigations :

Preuve des valves++

Défécographie

IRM dynamique

## **Elytrocèle (enterocèle, hernie vaginale postérieure)**

Ptose de l'intestin grêle ou épiploon dans un dédoublement de la cloison recto vaginale C'est une véritable hernie du cul de sac de Douglas

Facteur favorisant : trauma obstétrical.

Symptomatologie

Sensation de corps étranger intra vaginale

Sensation de pesanteur pelvienne, parfois douloureuse (15%) exacerbée à l'effort physique et calmée par le repos Dyspareunie profonde.

Examen Clinique:

- ✓ Colpocèle postérieure
- ✓ Epreuve des valves en poussée
- ✓ Touchers pelviens bigidigitaux.

Examens para cliniques :

- ✓ La colpo-défécographie
- ✓ IRM dynamique.

### **Abcès intra-mural chronique du rectum**

Toucher Rectal : induration localisée

Echographie endo-anorectale confirme le diagnostic

Traitement : ouverture endo-anorectale de la collection.

### **Ulcère solitaire**

Défécographie+++ confirme le diagnostic

Électromyographie périnéale et Manomètre ano-rectale évaluent l'état sphinctérien

Les douleurs disparaissent après chirurgie.

## **LES CAUSES RHUMATHOLOGIQUES**

Les causes :

- ✓ Coccygodynies
- ✓ Syndrome du muscle piriforme
- ✓ Syndrome du muscle élévateur de l'anus
- ✓ Sphinctéralgies anales

### **Les coccygodynies**

Evoquées par leur reproduction lors de la pression du coccyx

Toucher rectal : recherche une mobilité anormale du coccyx

Les clichés radiologiques, de profil, en charge et décharge sont à effectuer en première intention.

Traitement : infiltrations ou ostéopathie

Ces coccygodynies "vraies" doivent être différenciées des coccygodynies révélatrices d'affections sous-jacentes.

### **Syndrome du muscle piriforme**

Symptomatologie

Douleurs dans 1 ou plusieurs des territoires du nerf pudendal  
Sensation de brûlure face postérieure cuisse (nerf cutané postérieur de la cuisse)  
Sciatalgies souvent tronchées  
Douleurs exacerbées à la marche  
Douleurs soulagées en position de relaxation du muscle piriforme.

✓ Examen :

Douleur à la pression du muscle piriforme ou de ses insertions tendineuses (trochanter, sacrum)

Traitement : infiltration sous contrôle électromyographique ou scanno-guidée.

### **Syndrome du muscle élévateur de l'anus**

Douleurs rectales profondes avec caractère postural  
Toucher rectal : contracture du muscle releveur et reproduit la douleur à la palpation de ce muscle  
Traitement : infiltration toxine botulique muscle pubo-coccygien.

### **Sphinctéralgies anales**

Sensation de brûlures anales  
Manométrie ano-rectale : hypertonie anale (inconstant).

### **Les causes veineuses pelvi-périnéales**

La pathologie veineuse pelvienne est sous-estimée. Elle représente 20% des algies pelviennes

Les causes :

- ✓ Le syndrome de congestion pelvienne
- ✓ Les varices pelviennes et vulvaires
- ✓ Les varices des membres inférieurs atypiques.

L'écho-doppler visualise la stase et les dilatations veineuses.

Les traitements se sont précisés :

- **médicaux** : veinotoniques
- **instrumentaux** : embolisation endovasculaire radiologique des veines pudendales, ovariennes, voire des veines hypogastriques.
- **chirurgicaux** : par exérèse des varices vulvaires ou chirurgie laparoscopique en cours d'évaluation.

## **LES CAUSES DIVERSES**

### **Les proctalgies fugaces**

Douleurs inopinées, violentes, brutales au niveau rectal, de durée brève (20 secondes) chez des patients anxieux.

Les examens proctologiques et pelviens sont normaux

L'inhalation de Salbutamol dès le début de la crise a été proposée.

## **La lipomatose pelvienne**

Affection rare touchant préférentiellement l'homme (9/10)

Les algies s'accompagnent d'un syndrome compressif pelvien

Scanner pelvien : infiltration graisseuse caractéristique

Traitement : Les chirurgies de dérivation semblent être utiles en cas d'obstructions digestives ou urinaires.

## **Amylose, sarcoïdose...**

### *Conclusion*

Les algies pelviennes sont fréquentes et souvent mal associées à la pathologie causale.

Elles touchent plusieurs spécialités, ce qui en fait leur difficulté de diagnostic et de prise en charge.

### *Bibliographie*

1. J. P. Spinosa, E. de Bisschop et al [Les réflexes sacrés étagés dans l'étude de la névralgie pudendale](#) : validation anatomique – Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 2416-21
2. E. de Bisschop [La participation radiculaire et vertébrale dans certains dysfonctionnements du nerf pudendus](#).
3. R. Nundlall de Bisschop [Intérêt de l'échodoppler pelvi-périnéal](#)  
A propos de 456 explorations. Congrès sifud Ile maurice

[Retour vers amap-asso.com](http://amap-asso.com)