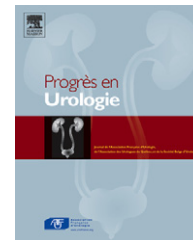




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La névralgie clunéale inférieure par conflit au niveau de l'ischion : identification d'une entité clinique à partir d'une série de blocs anesthésiques chez 72 patients[☆]

Cluneal inferior neuralgia by conflict around the ischium: Identification of a clinical entity from a series of anesthetic blocks in 72 patients

U. Pouliquen^{a,*}, T. Riant^b, R. Robert^c, J.-J. Labat^c

^a Centre régional de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, rue des Capucins, BP 40329, 49103 Angers cedex 02, France

^b Unité d'évaluation et de traitement de la douleur M.-Bensignor, centre Catherine-de-Sienne, 2, rue É.-Tabarly, 44200 Nantes, France

^c Centre fédératif de pelvi-périnéologie, clinique urologique Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 44093 Nantes, France

Reçu le 13 mai 2012 ; accepté le 4 octobre 2012

MOTS-CLÉS

Névralgie clunéale inférieure ;
Névralgie pudendale ;
Bloc anesthésique

Résumé

Introduction. — Certains patients présentent des douleurs neuropathiques du périnée, de topographie atypique pour une névralgie pudendale par syndrome canalaire. Le but de cette étude était de valider l'hypothèse d'une nouvelle entité clinique correspondant à une souffrance d'un autre tronc nerveux, le nerf clunéal inférieur, branche du nerf cutané postérieur de la cuisse et d'évaluer l'intérêt thérapeutique d'une infiltration de corticoïdes.

Patients. — Étude rétrospective de 72 patients présentant ces douleurs périnéales atypiques par leur topographie. Réalisation d'un bloc anesthésique avec adjonction de corticoïdes du nerf clunéal inférieur, sous scanner, au niveau de la région endo-ischiatique. Évaluation de la douleur, par l'échelle visuelle analogique (EVA) au cours d'un questionnaire, huit jours et quelques minutes avant l'infiltration, puis cinq minutes et trois semaines après le geste.

Résultats. — Population composée de 40 (55 %) femmes et d'âge moyen 55 ans. Quarante-neuf (68 %) patients ont eu un bloc positif. Ces patients étaient caractérisés par des douleurs neuropathiques ischio-périnéales, respectant la verge ou le clitoris, aggravées en station assise (98 %),

[☆] Niveau de preuve : 5.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : uriell.pouliquen@yahoo.fr (U. Pouliquen), jjlabat@chu-nantes.fr (J.-J. Labat).

KEYWORDS

Cluneal inferior
neuralgia;
Pudendal neuralgia;
Block

surtout sur les sièges durs, ne réveillant pas la nuit, et ne s'accompagnant pas d'hypoesthésie superficielle. L'adjonction de corticoïdes associés lors de l'infiltration n'a qu'un effet modeste sur l'évolution de la douleur à trois semaines avec une diminution de 30% de l'EVA maximale (au cours de la semaine précédant l'évaluation) pour 40% ($n=29$) des patients.

Conclusion. — Cette étude a permis de décrire une population de patients qui présentaient des critères cliniques communs pouvant caractériser une névralgie clunéale inférieure par conflit ischiatique.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. — Some patients have atypical perineal neuropathic pain that differs from a pudendal neuralgia. The purpose of this study was to define a new clinical entity of such pain and to evaluate the therapeutic benefit of corticosteroid infiltration.

Material and methods. — Retrospective study of 72 patients presenting with atypical perineal pain. A nerve block was performed using added steroid anesthetic in cluneal inferior nerve, at the endo-ischial area. Pain assessment was recorded 8 days and 10 minutes before the injection and 5 minutes and 3 weeks after the procedure.

Results. — The population included 40 (55%) women, mean age 55. Forty-nine (68%) patients presented with a positive block test. These patients were characterized by ischio-perineal neuropathic pain, respecting the penis or clitoris, worse sitting (98%), especially on hard seats, do not wake up at night, and not accompanied by superficial hypoesthesia. A decrease in VAS scores ($>30\%$) at 23 weeks follow-up following the addition of corticosteroids during infiltration was observed in only 29 (40%) patients.

Conclusion. — The current series described the population characteristics of cluneal inferior neuralgia by ischial conflict.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les patients qui présentent des douleurs chroniques péri-néales et fessières sont un véritable challenge dont le démembrement clinique reste difficile et souvent incertain. Depuis plus de 20 ans, le concept de névralgie pudendale par syndrome canalaire [1] a permis d'identifier un groupe de patients présentant des caractéristiques cliniques homogènes. La définition consensuelle de critères diagnostiques simples (critères de Nantes [2,3]) a permis de mieux préciser le cadre global de ce syndrome et ses limites.

Les données de l'anatomie nous apprennent que le périnée n'est pas innervé uniquement par le nerf pudendal mais également dans sa partie antérieure par les nerfs issus de la région thoraco-lombaire (nerf ilio-inguinal, ilio-hypogastrique ou génito-fémoral) mais également pour sa partie postérieure et latérale par le nerf cutané postérieur de la cuisse et plus spécifiquement le rameau périnéal distal de celui-ci appelé nerf clunéal inférieur. Ces recouvrements des territoires anatomiques du pelvis et du périnée peuvent rendre incertaine l'interprétation des douleurs.

Parmi les patients qui présentent les quatre critères cliniques de Nantes (Annexe 1) en faveur d'un syndrome canalaire du nerf pudendal, certains ont un bloc anesthésique peu probant allant contre un conflit pudendal au niveau du ligament sacro-épineux (LSE). Certains ont eu un bloc du nerf pudendal positif et n'ont été soulagés ni par les infiltrations ni par la chirurgie (30%) [4]. Dans les deux cas, l'explication pourrait être rattachée à l'existence d'un conflit (isolé ou non) au niveau du nerf clunéal inférieur,

puisque l'infiltration au niveau du LSE n'est pas spécifique du nerf pudendal et est susceptible d'anesthésier à la fois le nerf pudendal et le nerf cutané postérieur de la cuisse.

Ces réflexions ont conduit à essayer d'identifier les patients présentant des douleurs neuropathiques pouvant être liées à une souffrance isolée du nerf clunéal inférieur.

La littérature concernant le nerf clunéal est pauvre. Une recherche bibliographique sur PubMed avec comme mots-clés *cluneal nerve inferior* ne retrouve que sept articles, avec les mots-clés *cluneal nerve inferior*, *perineal pain* et *neuralgia* que quatre articles. Ces différents articles sont tous cités ici. Les connaissances anatomiques du nerf clunéal inférieur ont été récemment décrites par Darnis et al. [5] et Tubbs et al. [6] notamment. Aucune publication n'a été consacrée à la possibilité d'une névralgie clunéale inférieure.

Le nerf clunéal inférieur naît du nerf cutané fémoral postérieur (nerf cutané postérieur de la cuisse) qui provient des racines S1, S2 et S3. Il se détache médialement de ce nerf cutané fémoral postérieur à la partie inférieure de la fesse, sous le bord inférieur du muscle grand fessier et passe donc sous l'ischion. À ce niveau, il existe en réalité une division en nerf clunéal inférieur à proprement parler à destinée ischiatique et en rameau périnéal (Fig. 1). Le tronc commun (que l'on appellera nerf clunéal inférieur) se trouve dans un angle constitué par le muscle grand fessier à la partie supérieure et l'insertion des muscles ischio-jambiers internes. Le rameau périnéal, dans son

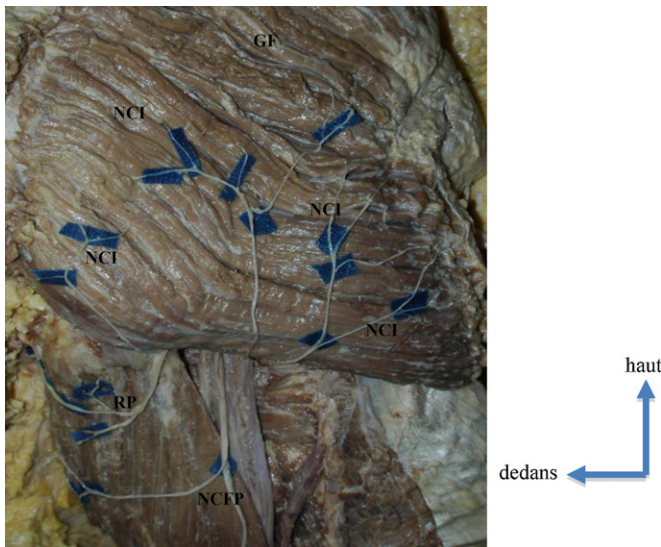


Figure 1. Vue postérieure de la région glutéale droite. GF : grand fessier ; NCFP : nerf cutané fémoral postérieur ; NCI : nerf clunéal inférieur ; RP : rameau périnéal. D'après Darnis.

trajet horizontal, se trouve dans une zone de glissement adipeuse et fibreuse avant de se diviser en branches terminales innervant la partie latérale de la marge anale, les grandes lèvres ou le scrotum. L'innervation ne concerne pas l'anus en lui-même ni la vulve, ni le clitoris, ni la verge. Les territoires sensitifs du nerf pudendal et du nerf clunéal inférieur peuvent parfois se chevaucher (Fig. 2).

D'après l'anatomie décrite, il existe donc deux zones principales de conflit possible, une proximale et une distale (Fig. 3).

La zone de conflit proximale correspond à une atteinte du nerf cutané fémoral postérieur de la cuisse entre le bord inférieur du muscle piriforme et l'épine sciatique. Cette

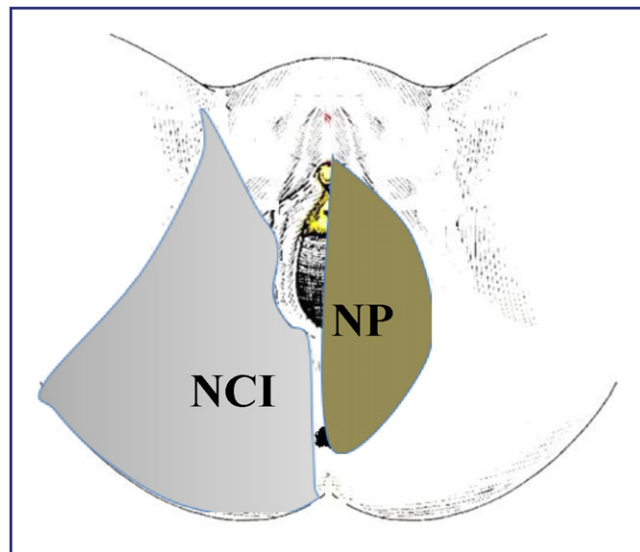


Figure 2. Territoires sensitifs du nerf pudendal (NP) et du nerf clunéal inférieur (NCI).

atteinte entraînerait des lésions du nerf cutané fémoral postérieur de la cuisse et de ses rameaux distaux notamment périnéaux dans le territoire du nerf clunéal inférieur. Cliniquement, cela pourrait correspondre à des douleurs de la face postérieure de la cuisse, de la partie inférieure de la fesse et du périnée, survenant en position assise.

La zone de conflit distale correspond à une compression du rameau périnéal par l'ischion et l'insertion des ischio-jambiers en position assise. Cette atteinte entraînerait des lésions du nerf clunéal inférieur à proprement parler et du rameau périnéal. Cliniquement, cela pourrait correspondre à des douleurs para-anales, du scrotum ou des grandes lèvres avec une irradiation vers la partie médiane de la fesse et la partie supéro-postérieure de cuisse. Ces douleurs seraient déclenchées par l'assise particulièrement sur siège dur du fait de la proximité osseuse.

Ainsi, chez les patients qui se plaignent d'une douleur majoritairement ischio-périnéale aggravée par la station assise, on pourrait évoquer un conflit sur le nerf clunéal inférieur.

La positivité d'un bloc anesthésique local est en faveur d'une atteinte focale située au niveau ou en aval du site d'infiltration.

Il est donc légitime de proposer un bloc anesthésique du nerf clunéal inférieur dans la région ischiatique chez les patients qui présentent des douleurs périnéales d'expression neuropathique, avec des irradiations plus ou moins marquées au niveau de la fesse, de la région ischiatique, ou de la face postérieure de la cuisse, s'aggravant en station assise. La positivité complète de celui-ci apporte alors des arguments forts en faveur d'une névralgie clunéale inférieure par conflit dans la région ischiatique ou en aval et par la même permet d'exclure la responsabilité du nerf pudendal qui ne peut être anesthésié par une infiltration à ce niveau. En effet, ce bloc est extrapérinéal (réalisé à la partie postérieure et basse de l'ischion), la solution ne pénètre pas la partie inférieure du canal d'Alcock.

Parmi les patients qui présentent les quatre critères cliniques de Nantes en faveur d'un syndrome canalaire du nerf pudendal, certains ont un bloc anesthésique peu probant allant contre un conflit pudendal au niveau du LSE ou en aval. Certains ont eu un bloc du nerf pudendal positif mais n'ont été soulagés ni par les infiltrations ni par la chirurgie (30%) [4]. Dans les deux cas, l'explication pourrait être rattachée à l'existence d'un conflit (isolé ou non) au niveau du nerf clunéal inférieur puisque l'infiltration au niveau du LSE n'est pas spécifique du nerf pudendal et est susceptible d'anesthésier à la fois le nerf pudendal et le nerf cutané postérieur de la cuisse.

L'objectif principal de cette étude a été d'étudier une population homogène de patients présentant une douleur périnéale atypique, essentiellement de par sa topographie (par exemple, irradiation fessière, ischiatique et face postérieure de cuisse) et/ou du fait d'un bloc au niveau du LSE douteux, à laquelle on a proposé un bloc clunéal inférieur ; et notamment d'essayer d'en valider les caractéristiques cliniques communes et les éléments qui pourraient la différencier des patients présentant une atteinte du nerf cutané postérieur de la cuisse dans la région du canal sous piriforme d'une part, et d'une névralgie pudendale d'autre part. Par l'évaluation de la douleur à trois semaines de l'infiltration,

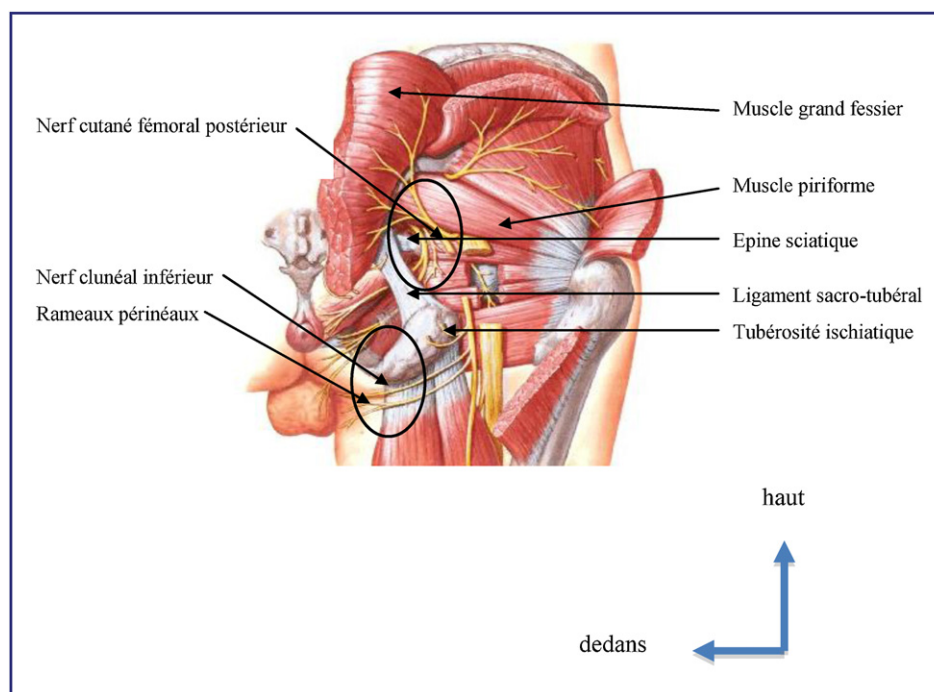


Figure 3. Vue postérieure de la région glutéale droite. Deux zones principales de conflit (cercle noir). D'après Netter.

nous avons également voulu savoir si le geste à but diagnostique avec le produit anesthésique pouvait aussi avoir une part thérapeutique avec l'adjonction de corticoïdes locaux.

Patients

Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur l'analyse de dossiers des patients concernés par une névralgie d'allure clunéale et infiltrés entre le début de l'année 2009 et janvier 2012. Ces patients ont consulté soit au centre de pelvi-périnéologie du centre hospitalo-universitaire de Nantes soit directement dans le centre d'évaluation et de traitement de la douleur de la clinique Catherine de Sienne à Nantes, ces deux services travaillant étroitement ensemble.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients adultes, consultant pour des douleurs périnéales chroniques (localisation, durée supérieure à six mois, expression neuropathique, déclenchées par la position assise, non insomniantes) atypiques pour des névralgies pudendales du fait de leur topographie, donc plutôt évocatrices d'une névralgie clunéale et ayant retourné le questionnaire d'évaluation de la douleur trois semaines après l'infiltration.

L'infiltration était réalisée sous tomodensitométrie, avec injection simultanée de produit de contraste, d'anesthésiques locaux d'action rapide (type ropivacaïne 0,2 % ou lidocaïne 1 %) à but diagnostique et de corticoïdes locaux à but thérapeutique. Le patient avait, au cours des consultations préalables, été informé des objectifs et des risques potentiels de ce geste et avait donné son consentement écrit.

Lors de l'infiltration, le patient était en décubitus ventral. Après repérage de la partie basse de l'ischion, l'aiguille

était insérée par voie transglutéale jusqu'au contact osseux au bord médial de l'insertion des muscles ischio-jambiers. Après vérification de la bonne position de l'aiguille au scanner, le mélange était injecté (Fig. 4). On vérifiait alors l'absence de diffusion intra-périnéale et/ou au niveau du canal d'Alcock. Le choix du bloc anesthésique à ce niveau permet d'éviter une diffusion du produit au nerf pudendal.

La ponction était uni- ou bilatérale en fonction de la clinique.

L'évaluation de la douleur se faisait par un questionnaire donné au patient le jour de son infiltration. Il devait estimer, par l'échelle visuelle analogique (EVA), la douleur maximale qu'il avait ressentie dans les huit jours précédant l'infiltration, la douleur juste avant le geste et la douleur à cinq, 15 et 60 minutes après le geste. Cette évaluation de la douleur devait évidemment se faire en reproduisant les facteurs déclenchants, c'est-à-dire la position assise dans la quasi-totalité des cas. Un bloc est considéré positif si, cinq minutes après l'infiltration, l'EVA diminue de 50 % ou de 40 mm sur 100. Dans le cas contraire, il est estimé négatif.

Le patient devait ensuite évaluer sa douleur maximale à trois semaines de l'infiltration et renvoyer le questionnaire entièrement rempli. On considérait que l'infiltration était efficace à trois semaines si l'EVA maximale avait diminué de 30 %.

Le recueil des données s'est fait à partir des questionnaires renvoyés et remplis de manière exhaustive. Les dossiers cliniques des patients sélectionnés ont ensuite été analysés pour les données suivantes : interrogatoire, examen clinique avec schéma daté et retentissement de cette douleur. Les éléments ont été regroupés dans une base de données Excel.

Les critères de jugement retenus étaient une positivité du bloc anesthésique cinq minutes après le geste (diminution

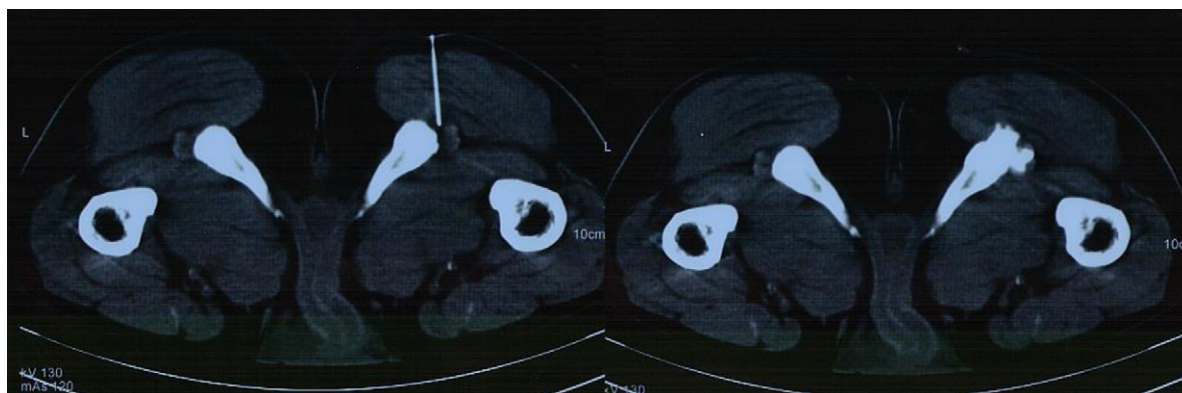


Figure 4. Infiltration du nerf clunéal gauche. Aiguille en position au niveau de l'ischion. Solution radio-opaque diffusant le long de l'ischion.

de l'EVA maximale de 50% ou de 40 mm sur 100) à but diagnostique et une amélioration à trois semaines pour rechercher une efficacité à plus long terme (diminution de 30% de l'EVA entre l'EVA maximale dans les huit jours précédant le geste et l'EVA maximale à trois semaines).

spécifiques à 100% des syndromes canaux du nerf pudendal et ne permettent donc pas de différencier ceux-ci des souffrances clunéales inférieures. Ce qui différencie ces névralgies clunéales, d'après les éléments cliniques relevés ici, c'est la localisation précise des douleurs dans le

Résultats

Soixante-douze patients ont retourné et rempli correctement le questionnaire d'évaluation de la douleur trois semaines après l'infiltration. La population était composée de 40 femmes (55,6%) avec une moyenne d'âge de 55,4 ans. Les caractéristiques cliniques des douleurs sont résumées dans le **Tableau 1**.

En ce qui concerne l'évaluation de l'amélioration de la douleur à plus long terme (comparaison de l'EVA maximale dans les huit jours précédant le geste et de l'EVA maximale trois semaines après), 40,3% ($n=29$) des patients ont une diminution de 30% de leur douleur initiale.

À titre informatif (car il est peu significatif de comparer des moyennes d'EVA chez des patients différents dont chacun a une quantification de la douleur personnelle), la moyenne des EVA maximales huit jours avant était de 68, celle des EVA maximales à trois semaines était de 52 mm.

Afin d'étudier les caractéristiques des douleurs en cas de bloc positif à cinq minutes (diminution de 50% ou de 40 mm de l'EVA) et de bloc négatif, nous avons comparé les résultats pour les deux groupes (**Tableau 2**). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Discussion

D'après le **Tableau 1**, on retrouve très facilement des items des critères de Nantes concernant les névralgies pudendales, à savoir : les critères cliniques indispensables : douleur périnéale prédominant en position assise, douleur ne réveillant habituellement pas la nuit, et des critères complémentaires : douleur d'expression neuropathique (DN4) [7] (sensation de brûlures, décharges électriques, tiraillement, engourdissement), à prédominance unilatérale. Les critères de Nantes ne sont pas

Tableau 1 Caractéristiques cliniques des douleurs.

	% = $n/72$ (n)
Latéralisation	
Gauche	27,8% (20)
Droite	37,5% (27)
Bilatérale	34,7% (25)
Topographie	
Partie inférieure de la fesse	62,5% (45)
Ischiatique	33,3% (24)
Face postérieure de cuisse	50% (36)
Périnée latéral	43,1% (31)
Clitoris/verge	6,9% (5)
Autres caractéristiques	
Sensation de corps étranger intrarectal ou intravaginal	25% (18)
Expression neuropathique (DN4) ^a	86,1% (62)
Caractère insomniant	8,3% (6)
Déclenchée par assise sur siège dur	98,6% (71)
Déclenchée par assise sur toilettes	2,8% (2)
Présence à la marche	6,9% (5)
Retentissement	
Gêne dans la vie quotidienne (de 0 à 10) ^b	
Légère (< 4)	15,3% (11)
Modérée (entre 4 et 7)	47,2% (34)
Sévère (> 7)	37,5% (27)
Altération de la vie sexuelle (de 0 à 10) ^c	
Légère (< 4)	45,8% (33)
Modérée (entre 4 et 7)	19,5% (14)
Sévère (> 7)	34,7% (25)

^a Questionnaire DN4 de probabilité de douleurs neuropathiques [7].

^b 0 : pas de gêne ; 10 : gêne considérable.

^c 0 : pas d'altération ; 10 : altération majeure.

Tableau 2 Comparaison des caractéristiques des douleurs dans le groupe avec un bloc positif à cinq minutes et le groupe avec un bloc négatif.

	Bloc positif à 5 minutes % = n/49 (n)	Bloc négatif à 5 minutes % = n/23 (n)
<i>Latéralisation</i>		
Gauche	26,5 % (13)	30,4 % (7)
Droite	36,7 % (18)	39,1 % (9)
Bilatérale	36,7 % (18)	30,4 % (7)
<i>Topographie</i>		
Partie inférieure de la fesse	61,2 % (30)	65,2 % (15)
Ischiatique	38,8 % (19)	21,7 % (5)
Face postérieure de cuisse	51 % (25)	47,8 % (11)
Périnée latéral	42,9 % (21)	43,5 % (10)
Clitoris/verge	4,1 % (2)	13 % (3)
<i>Autres caractéristiques</i>		
Sensation de corps étranger intrarectal ou intravaginal	26,5 % (13)	21,7 % (5)
Expression neuropathique (DN4) ^a	85,7 % (42)	87 % (20)
Caractère insomniant	10,2 % (5)	4,3 % (1)
Déclenchée par assise sur siège dur	98 % (48)	100 % (23)
Déclenchée par assise sur toilettes	2 % (1)	4,3 % (1)
Présence à la marche	2 % (1)	17,4 % (4)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les caractéristiques des deux groupes.
^a Douleur d'expression neuropathique.

territoire du nerf clunéal inférieur associée à bloc diagnostique positif du nerf clunéal inférieur. Ce dernier n'aurait aucune raison d'être positif dans le cadre d'une névralgie pudendale car l'injection systématique de produit de contraste permet de constater que celui-ci reste dans la région ischiatique et ne diffuse pas dans la région du canal d'Alcock. L'analyse des données cliniques de la population à bloc positif identifie les critères cliniques en faveur d'une névralgie clunéale : une douleur qui aurait des caractéristiques communes avec les critères de Nantes de la névralgie pudendale et des caractéristiques propres concernant la localisation ischiatique avec une épargne de la verge et du clitoris. Cela est conforme aux données de l'anatomie.

L'aggravation en station assise sur un siège dur est un élément anatomiquement logique déjà observé par les médecins spécialisés qui menaient ces consultations, alors que dans le cadre des névralgies pudendales, il s'agit plutôt des sièges mous. Que le bloc soit positif ou négatif, cet élément est une des caractéristiques de la population chez laquelle le bloc a été proposé. Il peut s'agir d'un biais de recrutement, les investigateurs évoquant plus volontiers la possibilité d'une névralgie clunéale inférieure quand le patient signalait une aggravation de la douleur en station assise sur un siège dur plutôt que sur un siège mou. Quand le bloc est négatif, on peut exclure une pathologie lésionnelle dans la région ischiatique mais on peut évoquer une atteinte plus haut située sur le nerf cutané postérieur de la cuisse dans la région sous piriforme puisque l'on connaît la sensibilité à la pression en cas de souffrance neuropathique. Celle-ci pourrait donc s'exprimer lors de la station assise sur un siège dur.

La question qui peut se poser, au vu des résultats, est la stratégie de la technique d'infiltration à adopter. Si on a un

doute diagnostique entre névralgie pudendale et clunéale, on peut décider d'infiltrer tout d'abord le nerf clunéal au niveau sous ischiatique. Si le bloc est positif, on ne poursuit pas. Si le bloc est négatif ou douteux ou incomplet, on exclut une atteinte isolée du nerf clunéal inférieur. On peut alors proposer, dans la même séance, une infiltration du nerf pudendal au niveau du LSE. Si celui-ci est positif nous aurons la certitude d'un conflit de cette région mais nous ne saurons pas différencier une atteinte pudendale ou une atteinte du nerf cutané postérieur de la cuisse puisque ces deux nerfs sont très proches à ce niveau et l'infiltration ne peut être spécifique de l'un ou de l'autre. Cette argumentation reste cependant théorique car dans la pratique cela ne changera pas la prise en charge thérapeutique puisqu'un conflit local aura été identifié et peu importe qu'il soit sur l'un ou l'autre des troncs nerveux ou les deux, le patient pourra éventuellement être soulagé par l'infiltration dans les deux cas, et une éventuelle prise en charge chirurgicale explorera cette région et les conflits locaux possibles.

Enfin, si le bloc au niveau du LSE est négatif, il faudra savoir proposer, dans ce contexte clinique, une infiltration-test foraminale S2. Cette infiltration réalisée dans un second temps, amenant en cas de positivité à proposer une chirurgie radicalement différente en termes de voie d'abord dans l'hypothèse d'une souffrance du plexus sacré au voisinage des faisceaux musculaires du muscle piriforme (approche cœlioscopique translévatorienne).

En théorie, on pourrait, en cas de négativité du bloc clunéal, proposer une infiltration isolée au niveau du canal d'Alcock afin de faire la part des choses entre clunéal et pudendal. Toutefois, une négativité de ce bloc n'exclurait pas une névralgie pudendale par entrapement proximal (en cas de conflit exclusif au niveau du LSE), une positivité

conduirait à proposer une chirurgie au niveau du canal d'Alcock mais les constatations peropératoires et la fréquence des conflits au niveau du LSE, ne permettraient en aucun cas de proposer une chirurgie du nerf pudendal limitée au canal d'Alcock. L'intérêt d'une telle infiltration (hors effet thérapeutique propre qui est faible) n'est donc que théorique.

Comme dans toute prise en charge de la douleur chronique, on peut discuter des effets placebo et nocebo. La disparition, même transitoire, de la douleur après infiltration est une preuve de la réalité organique de cette douleur. Le médecin peut ainsi prouver au patient qu'il croit bien en sa douleur, en ses répercussions puisqu'il vient de la localiser. Le patient peut ainsi prouver au médecin que sa douleur n'est pas « psychogène ». C'est un élément majeur dans l'alliance thérapeutique. Même si les différents traitements proposés ne permettent pas de faire disparaître entièrement cette douleur, le simple fait de l'avoir reconnue objectivement est un premier pas dans l'arsenal thérapeutique.

Les études récentes confirment qu'une des meilleures façons d'évaluer la douleur chronique dans le cadre des protocoles est d'utiliser une échelle numérique utilisant des chiffres 0 à 10. L'évaluation des douleurs maximales et des douleurs moyennes étant les plus pertinentes. La meilleure façon d'évaluer l'efficacité d'un traitement est le pourcentage d'amélioration de l'échelle numérique. Un taux de 30 à 33 % est considéré comme significatif dans la mesure où la douleur initiale est cotée à 4 sur 10 ou plus [8].

Dans notre étude, la diminution de 30 % de l'EVA maximale trois semaines après le geste, comparativement à l'EVA maximale huit jours avant, chez 40,3 % des patients laisse penser que l'adjonction de corticoïdes d'action locale n'a finalement pas un intérêt clinique majeur, d'autant plus que les risques liés aux corticoïdes ne sont pas nuls (risque de rupture des tendons des ischio-jambiers entre autre). Une étude de l'EVA maximale à un terme encore plus éloigné de la date du bloc pourrait permettre de réellement mieux étudier l'effet thérapeutique s'il existe.

Dans ces conditions, il peut être proposé une exploration chirurgicale qui pourra être localisée au niveau de la région ischiatique, ou sur l'ensemble du trajet du nerf cutané postérieur de la cuisse à partir du muscle piriforme jusqu'à la région ischiatique soit une exploration mixte pudendale et nerf cutané postérieur de la cuisse. Les résultats de ces interventions sont en cours d'évaluation.

Une autre alternative, elle aussi en cours d'évaluation, est de proposer une radiofréquence pulsée en cas d'inefficacité thérapeutique et de bloc diagnostique positif.

Conclusion

Parmi les patients qui présentent des douleurs périnéales chroniques répondant aux quatre critères cliniques de Nantes en faveur d'un syndrome canalaire du nerf pudendal, certains ont un bloc anesthésique du nerf pudendal négatif, d'autres ont eu un bloc partiellement positif mais n'ont été soulagés ni par les infiltrations ni par la chirurgie.

Dans les deux cas, l'explication peut parfois être rattachée à l'existence d'un conflit au niveau du nerf clunéal inférieur, branche distale du nerf cutané postérieur de la cuisse.

Celui-ci pourrait être authentifié par la positivité d'un bloc anesthésique endo-ischiatique. Parmi 72 patients chez lesquels a été proposée une telle infiltration, 68 % ont un bloc positif. Cette population est caractérisée par des douleurs du périnée associées à une composante ischiatique, respectant la verge ou le clitoris, une aggravation en station assise sur les sièges durs, une absence de réveils nocturnes, n'ayant pas d'hypoesthésie objective et ayant donc un bloc anesthésique ischiatique positif. Ces infiltrations, si elles ont une valeur diagnostique, ne semblent pas avoir d'effet thérapeutique significatif par l'adjonction de corticoïdes.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.purol.2012.10.007](https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.10.007).

Références

- [1] Amarenco G, Lanoe Y, Perrigot M, Goudal H. Un nouveau syndrome canalaire : la compression du nerf pudendal dans le canal d'Alcock ou paralysie périnéale des cyclistes. *Presse Med* 1987;16:399.
- [2] Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn* 2008;27:306–10.
- [3] Labat JJ, Riant T, Robert R. Critères diagnostiques d'une névralgie pudendale (critères de Nantes). *Pelv Perineol* 2007;2: 65–70.
- [4] Robert R, Labat JJ, Khalfallah M, Louppe JM, Riant T, Hamel O. La chirurgie du nerf pudendal dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol* 2010;20:1084–8.
- [5] Darnis B, Robert R, Labat JJ, Riant T, Gaudin C, Hamel O. Perineal pain and inferior cluneal nerves: anatomy and surgery. *Surg Radiol Anat* 2008;30:177–83.
- [6] Tubbs RS, Miller J, Loukas M, Shoja MM, Shokouhi G, Cohen-Gadol AA. Surgical and anatomical landmarks for the perineal branch of the posterior femoral cutaneous nerve: implications in perineal pain syndromes. Laboratory investigation. *J Neurosurg* 2009;111:332–5.
- [7] Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, et al. Development and validation of the neuropathic pain symptom inventory. *Pain* 2004;108:248–57.
- [8] Farrar JT, Pritchett YL, Robinson M, Prakash A, Chappell A. The clinical importance of changes in the 0 to 10 numeric rating scale for worst, least, and average pain intensity: analyses of data from clinical trials of duloxetine in pain disorders. *J Pain* 2010;11:109–18.