

Pathologies pudendales: implications pratiques dans les activités sportives

R.Bollens

CHWaPi Centre Hospitalier Wallonie Picarde, Belgium
Epicura Mons, Belgium
Catholic University of Lille, St Phillibert Hospital, France

Consultant:
Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Luxembourg
Saudi German Hospital, Le Caire, Egypte



● You tube:

◎Présentation complète: Chaîne PURE

◎Videos disponible

◎Chaîne Renaud Bollens

◎“névralgie pudendale traitement”
(Dr. F. Absil channel)



Neurolyse laparoscopique

● C.I.L 2014 Barcelone



Evolution depuis 2014

Feedback des patients opérés:

=> Névralgie

=> Neuropathie

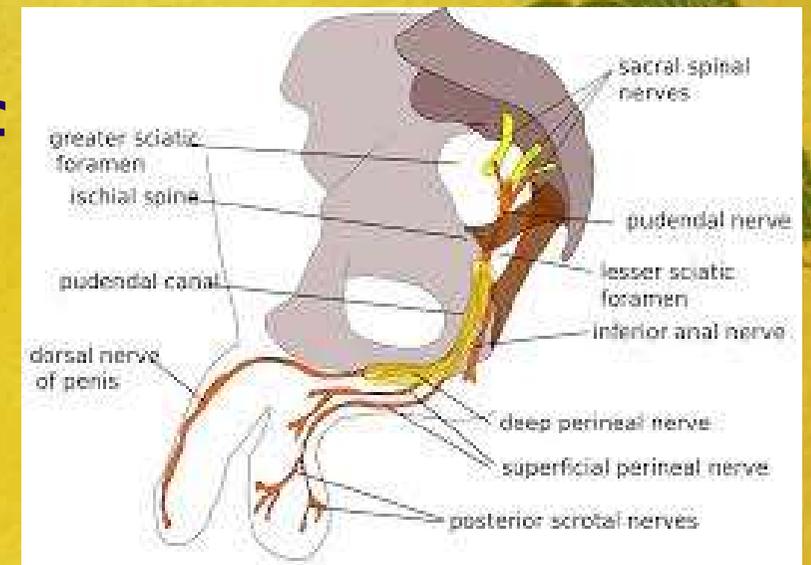
=> Artériopathie

=> Veinopathie

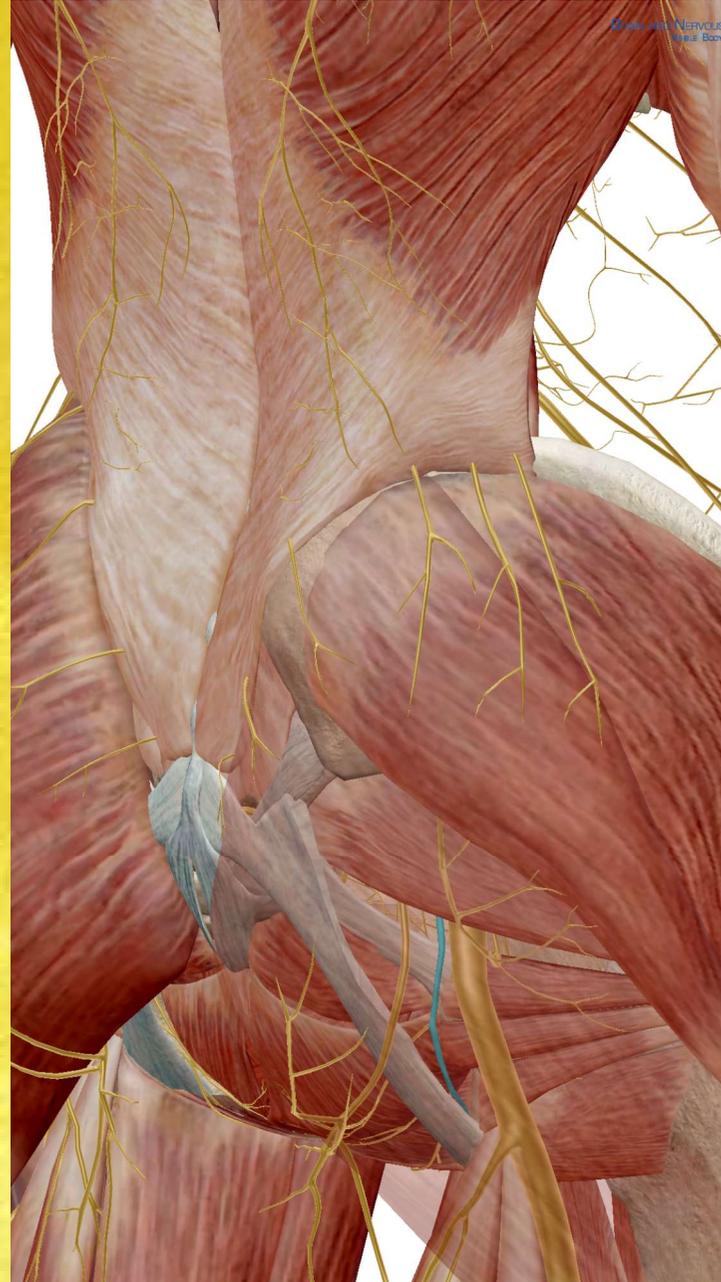
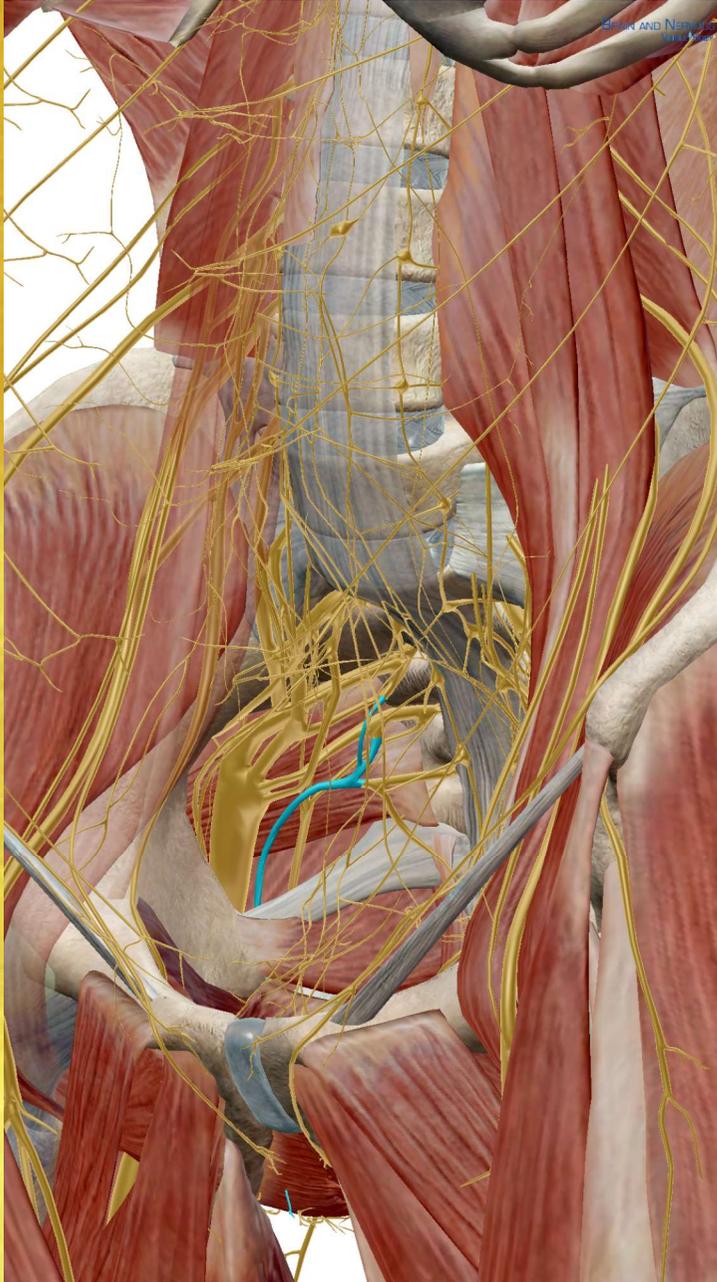


Anatomie du nerf pudendal:

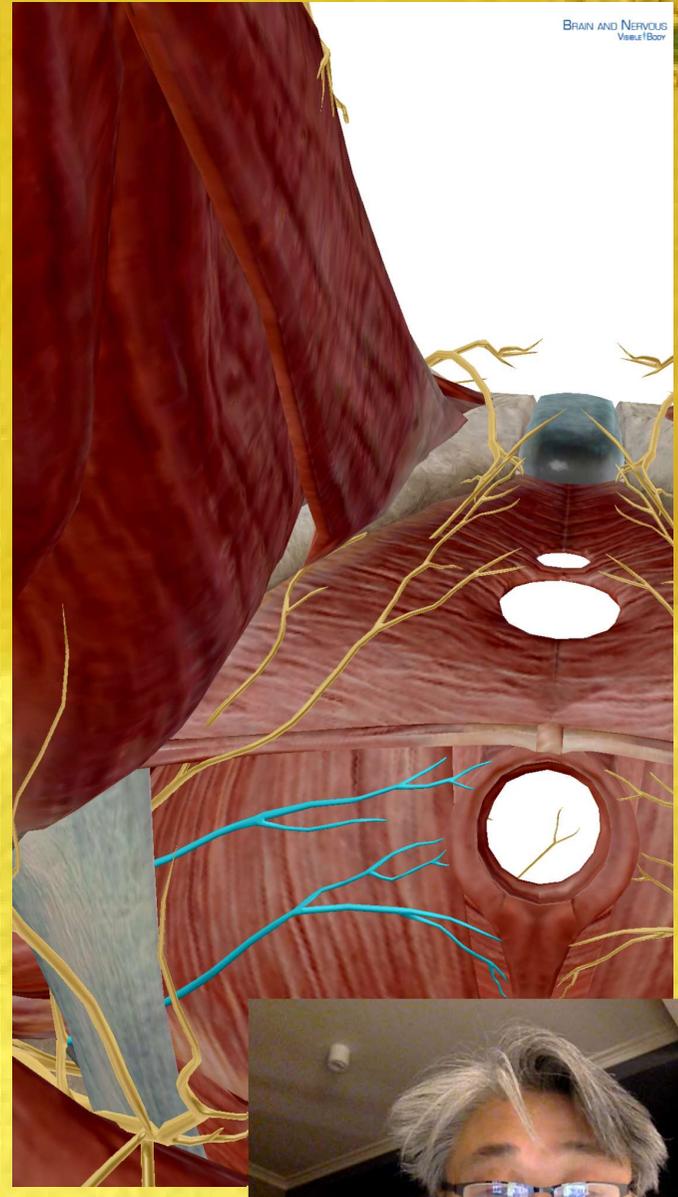
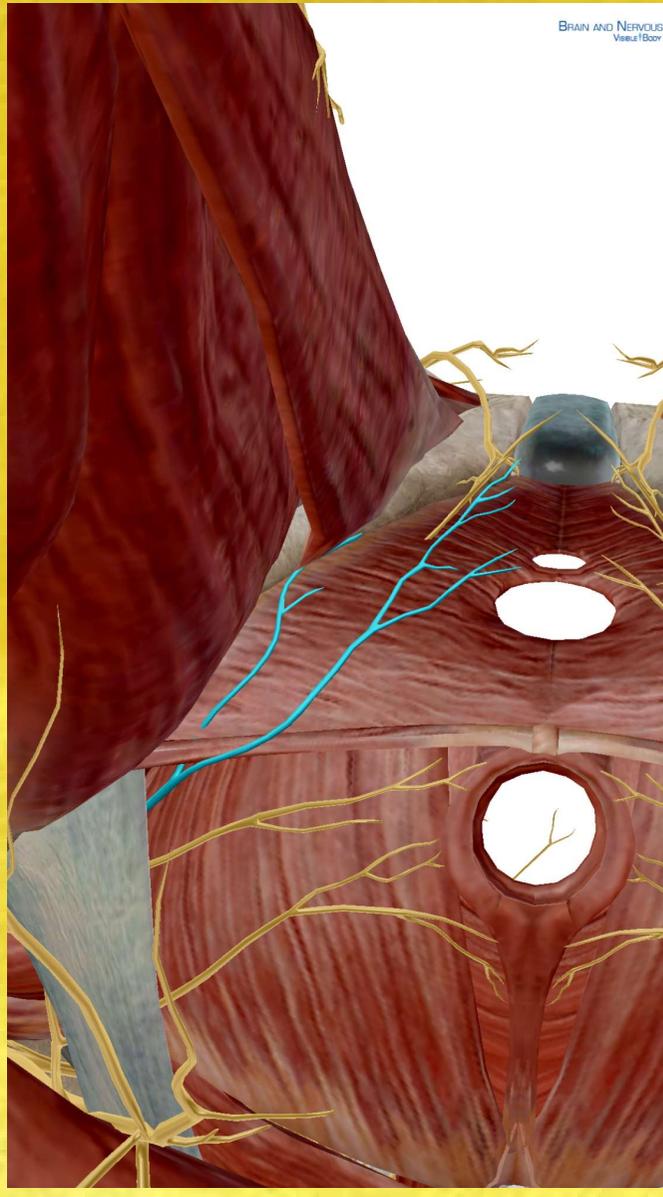
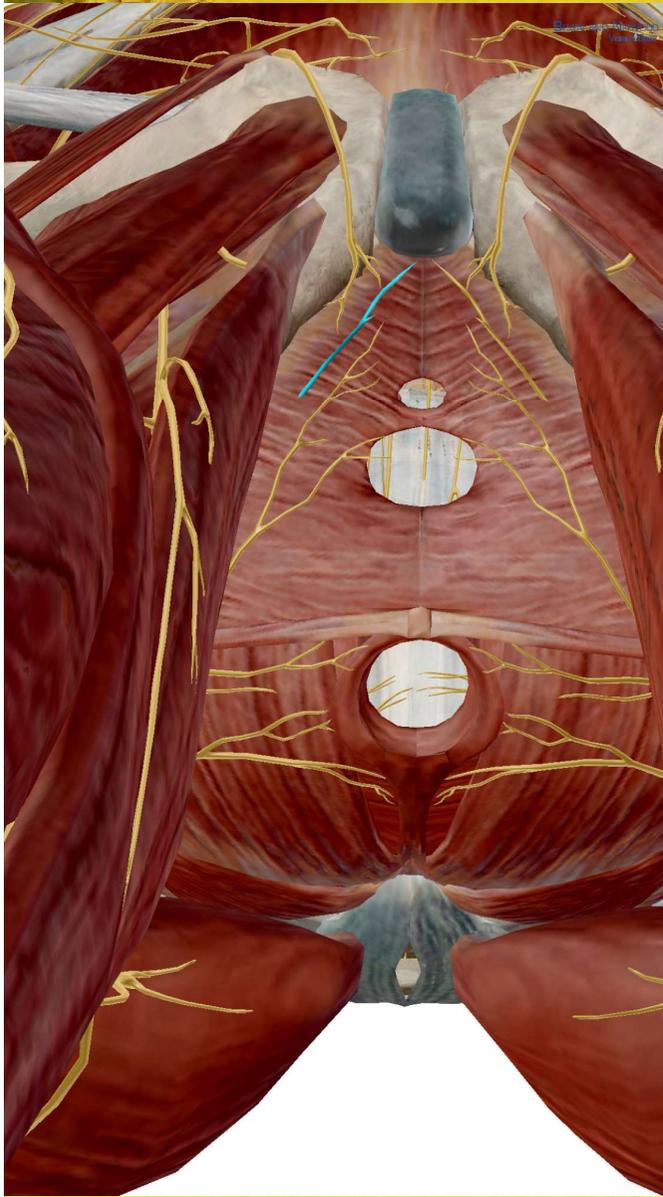
- S2, S3, S4
- Entre le ligament sacrosciatique et le muscle pyramidal:
 - Avec les racines du sciatique
- Canal d'Alcock:
 - Duplication du muscle obturateur
 - Relâche la branche rectale avant le canal d'Alcock



Nerf pudendal:



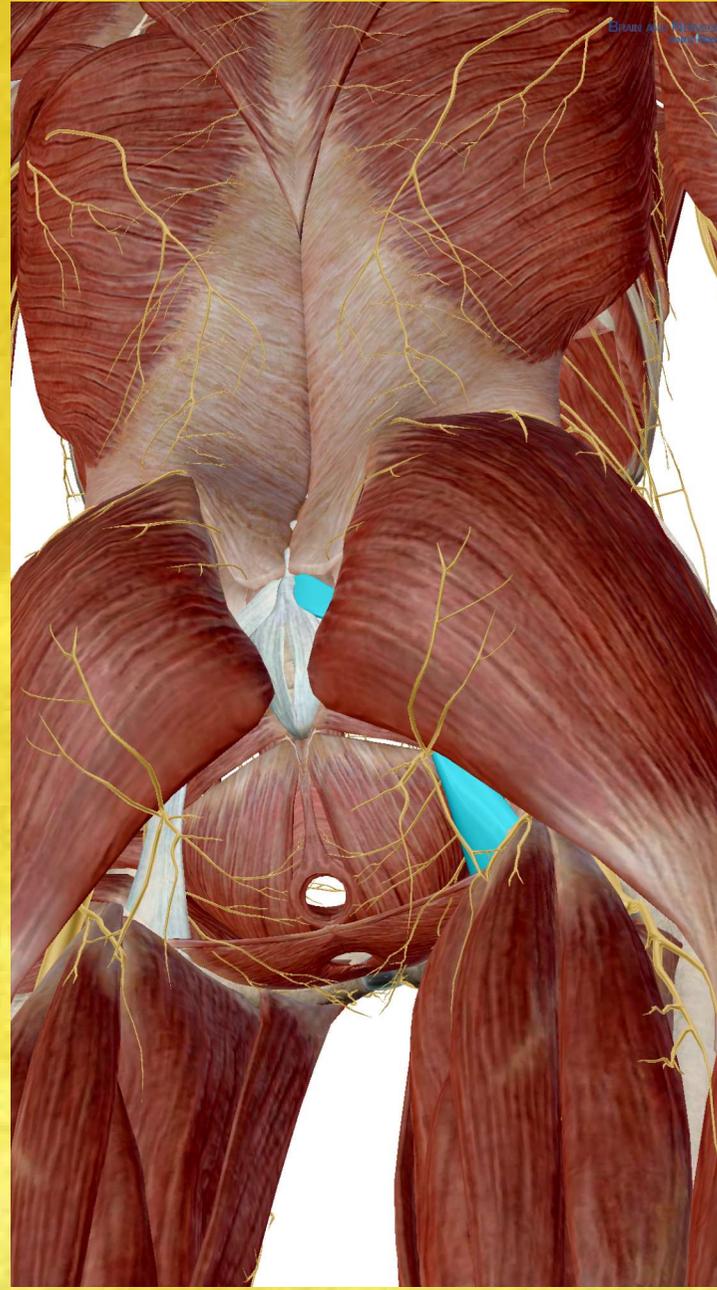
Branches terminales du nerf pudendal



Ligament du pelvis

Sacro sciatique

Grand tubéreux

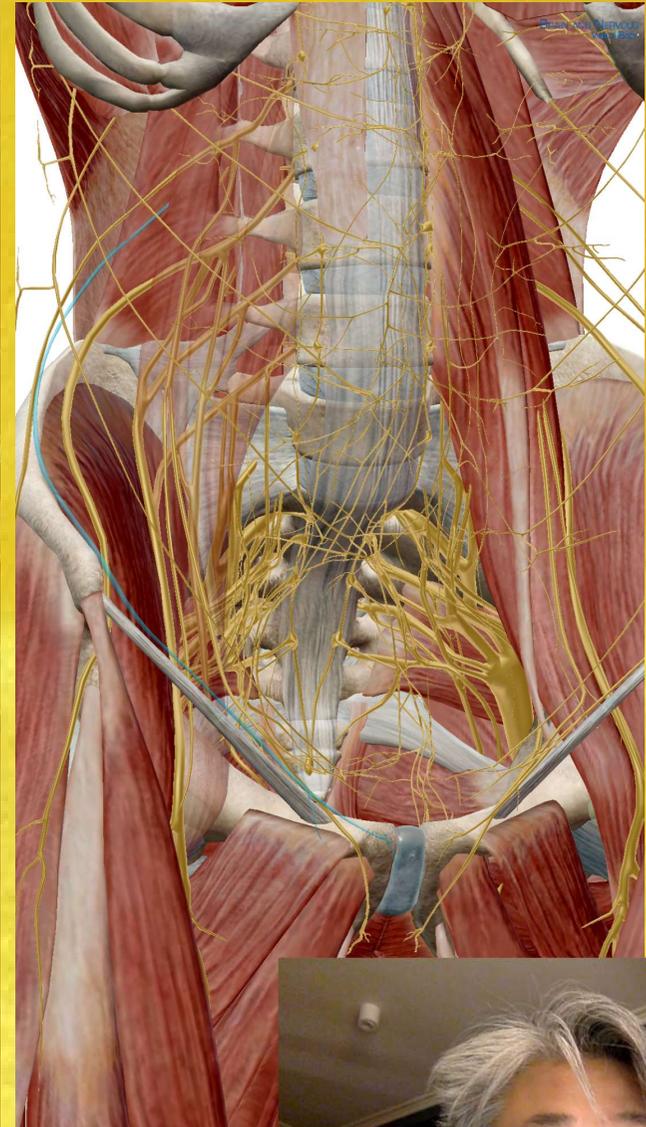
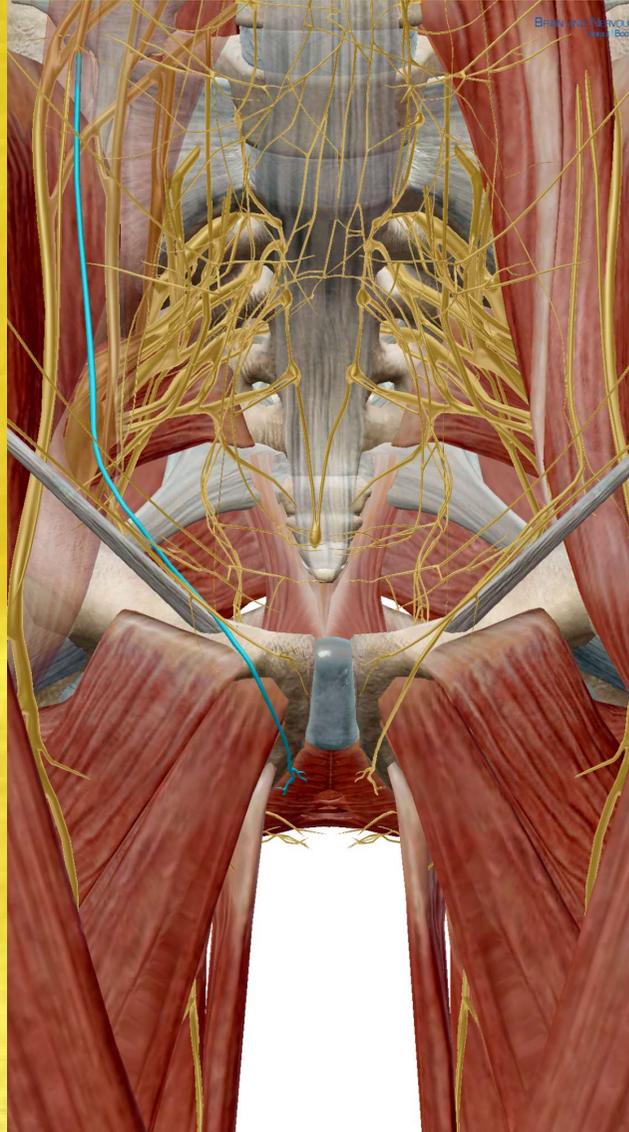
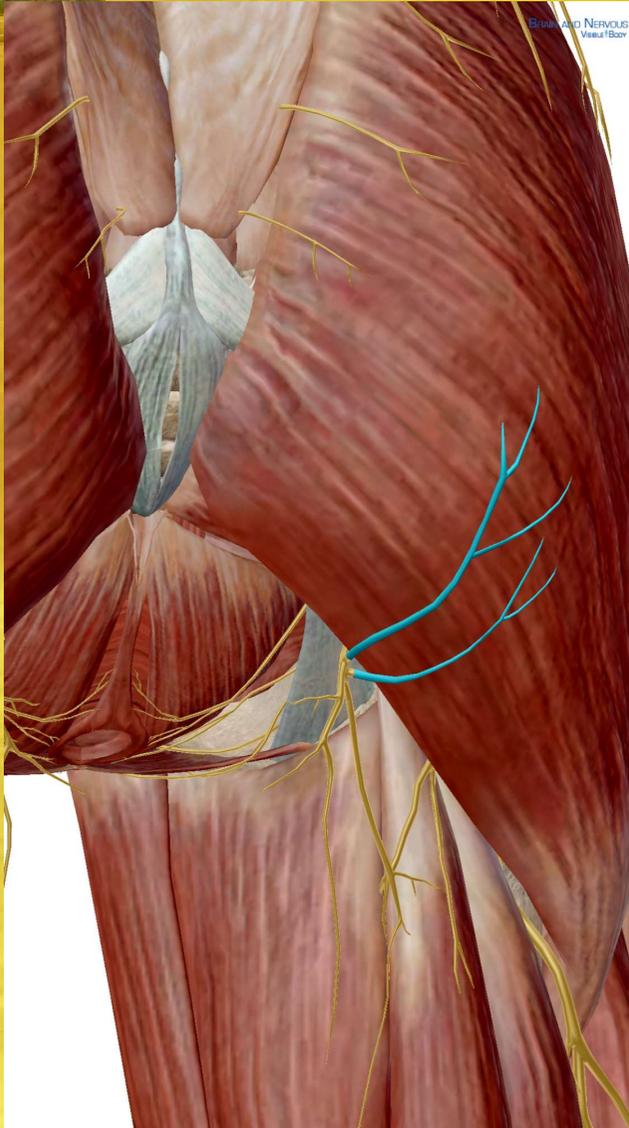


Autre nerfs:

clunéal

génitofémoral

Ilio inguinal



Epidémiologie

● Incidence:

- ◎ 15 % des femmes
- ◎ Probablement sous estimé

● Délai moyen entre les symptômes/ diagnostic:

- ◎ 5 ans

● Apparition des symptômes:

- ◎ Progressif

◎ Aigu:

- ◎ Post infection urinaire, trauma,
- ◎ Post pratique sportive intensive
- ◎ **Chirurgie en position gynécologique**



Epidémiologie:

● Profile du patient:

◎ 9 F./ 1 H., > 35 ans, accouchement

◎ Consultation antérieures:

◎ Proctologue

◎ Gynécologue / Urologue

◎ Dermatologue

◎ Psychiatre

◎ Chirurgies inutiles:

◎ Prolapsus, TVTO, TURP, cystectomie,...

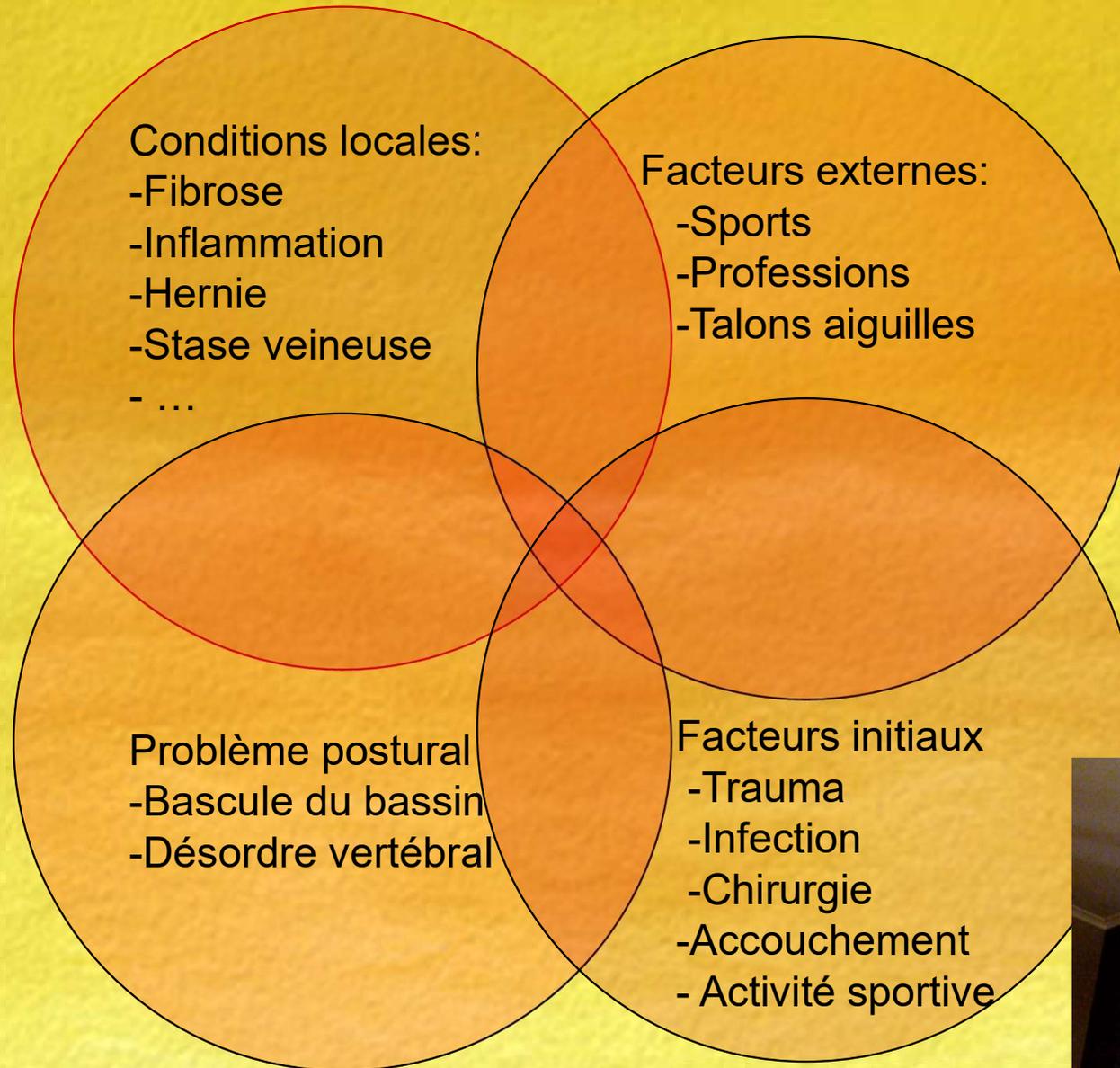


Physiopathologie:

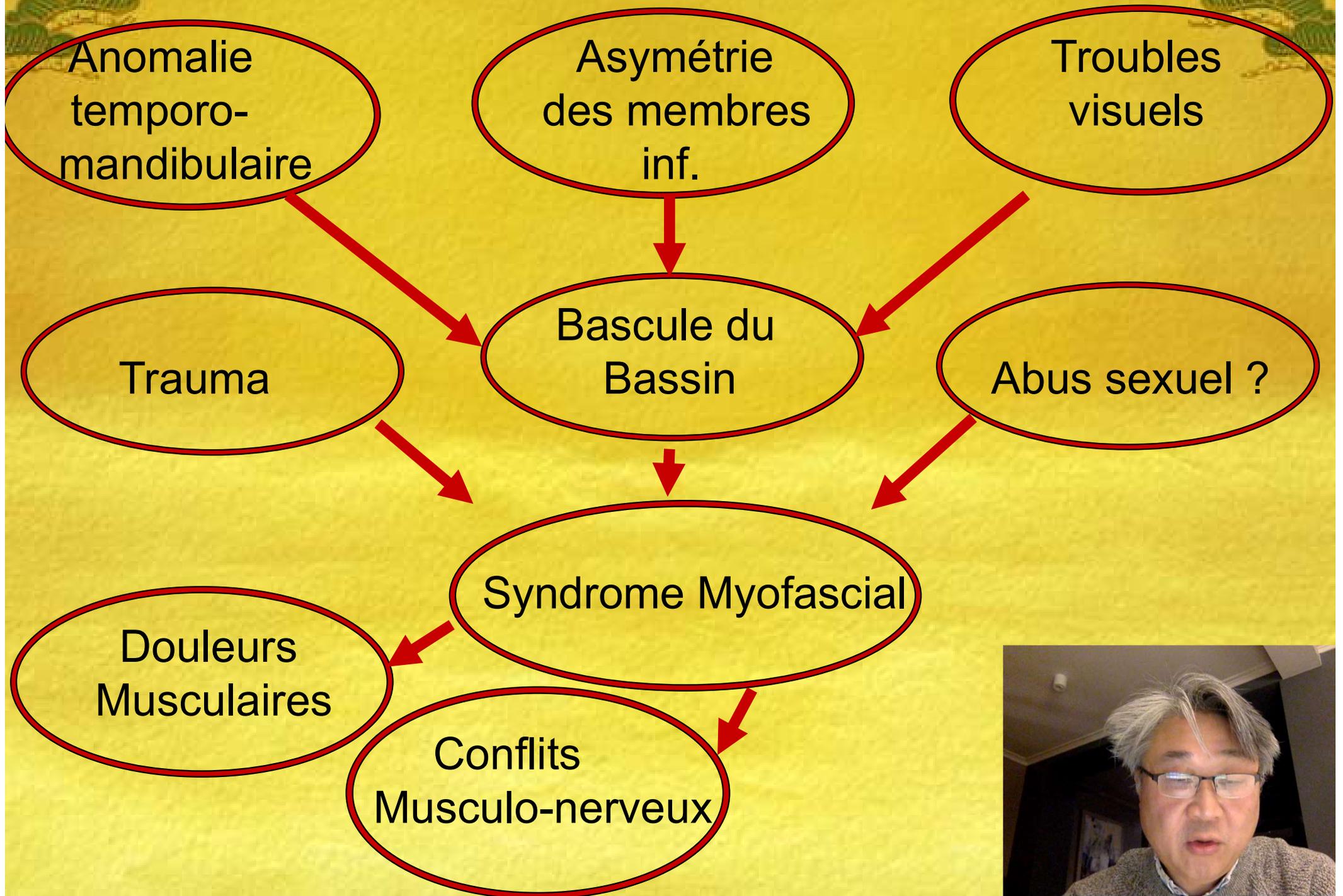
- Compression pudendale:
 - ⊙ Ligament sacrosciatique/ m. pyramidal
 - ⊙ Canal d'Alcock
 - ⊙ Compression extrinsèque:
 - ⊙ Selles (vélo, moto, équitation)
- Etirement du nerf:
 - ⊙ Syndrome du périnée descendant
 - ⊙ Branche rectal
 - ⊙ karaté, danse classique,
... Grand écart



Etiopathologie



Ethiopathologie:



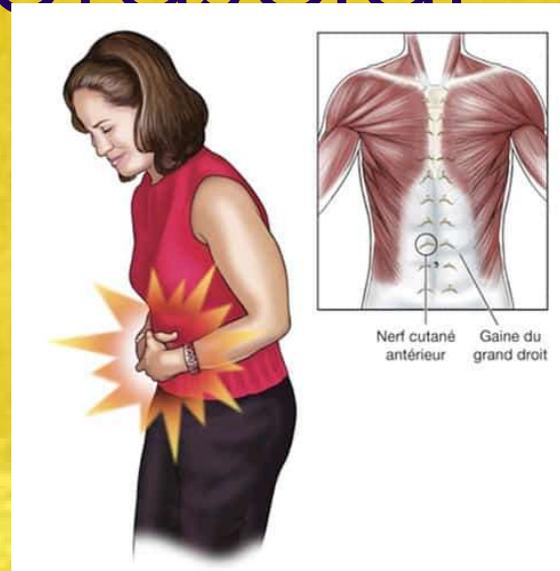
Ethiopathologie: Trouble postural et syndrome myofascial

© Fascia lata muscle

- Gonalgie
- Trochanterite

© Muscle pyramidal:

- Fessalgie
- Pseudosciatalgie
- Neuropathie pudendale



© Muscles abdominaux

- Douleur rameaux perforants abdominaux

© Muscles paravertébraux:

- Lombalgie chronique basse
- Cervicalgie et migraine (nerf d'Arnold)
- Syndrome de Robert-Maigne



Etiopathologie:

● Observation Clinique:

- Plus frequent à droite
- Associé à la main dominante
- Associé à une asymétrie des membres inf.

Etiopathologie:

- Position asymétrique des membres inférieurs:
 1. Flexion légère d'un genou (raccourcissement)
 2. Compensation des pieds
 - ◎ Côté long: Valgus de la cheville et pied plat
 - ◎ Côté court: pied creux
 - ◎ Rotation antérieure du bassin
 3. Rotation antérieure du bassin: syndrome myofascial
 4. Conflict Musculo nerveux



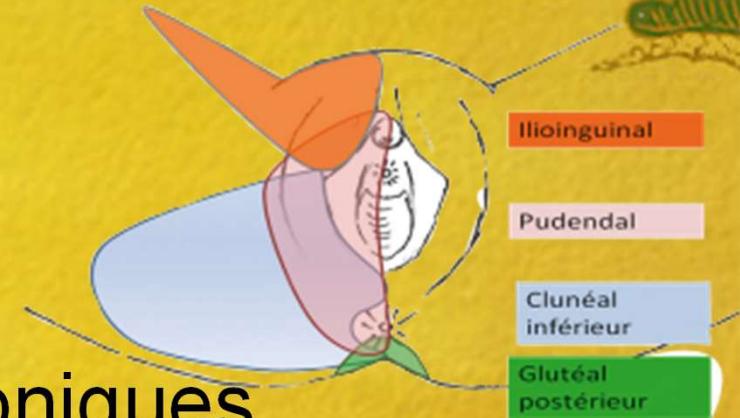
Aspect clinique (et diagnostic)

- Nerf pudendal:
 - ◎ Fibres sensitives
 - ◎ Allodynie (douleur)
 - ◎ Anesthésie
 - ◎ Fibres motrices
 - ◎ Hypertonicité
 - ◎ Hypotonicité
 - ◎ Fibres sympathiques
 - ◎ Erythème
 - ◎ transpiration



Cliniques des fibres sensibles

- Douleur périnéale
- Symptômes urinaires:
 - ⊙ Cystites stériles, prostatites chroniques
 - ⊙ Incontinence par urgences mictionnelles
- Symptômes sexuels
 - ⊙ Ejaculation précoce / Arousal / Anorgasmie
 - ⊙ Dyspareunie
 - ⊙ Impression de corps étranger vaginal
- Symptômes anorectaux:
 - ⊙ Impression de corps étranger



Aspect clinique des fibres motrices: hypertonicité sphincters

● Symptômes urinaires

- ⊙ Dysynergie, rétention urinaire

- ⊙ PSA élevé

- ⊙ Cystites bactériennes ou prostatites aiguës

● Symptômes sexuels

- ⊙ Vaginisme

● Symptômes anorectaux

- ⊙ Constipation, dyschésie



Aspect Clinique des fibres sympathiques:

- Erythème périnéal
- Transpiration du périnée
- Oedème périnéal
- Altération de la qualité des orgasmes



Aspect cliniques de l'artériopathie pudendale:

- Dysfonction érectile
- Raccourcissement de la verge au repos
- Sensation de gland froid



Aspect Clinique de la veinopathie pudendale:

- Erections nocturnes douloureuses
- Hard flacid syndrome
- Hémangiome vulvaire
- Hémorroïdes



Variations cliniques:

● Aggravé:

- ⊙ En position assise
- ⊙ En fin de journée
- ⊙ Après les activités sexuelles:
 - ⊙ Le lendemain ou le surlendemain
 - ⊙ Durée de la crise: 1 semaine

● Diminue:

- ⊙ En position debout
- ⊙ Pendant la nuit
- ⊙ Assis sur les toilettes



Variation Clinique individuelle:

- < 100% des symptômes
- Symptômes nocturnes:
 - ⊙ Compression sévère
 - ⊙ Exclure compression dans le SNC
- Symptômes en position debout:
 - ⊙ Possible en cas de compression sévère



Examen clinique:

● Recherche de dysesthésie

- ⊙ Peau: palpé roulé

- ⊙ Muqueuse

● Points périnéaux : Latéralisation !

- ⊙ Palpation des fesses

 - ⊙ Muscle pyramidal

- ⊙ Points para anaux

- ⊙ Autres nerfs:

 - ⊙ Ganglion impar: Dans la courbure du coccyx

 - ⊙ Nerf clunéal: externe / Tubérosité ischiatique

Examen clinique:

Touché Vaginal ou rectal:

TR parfois impossible (latéraliser la douleur)

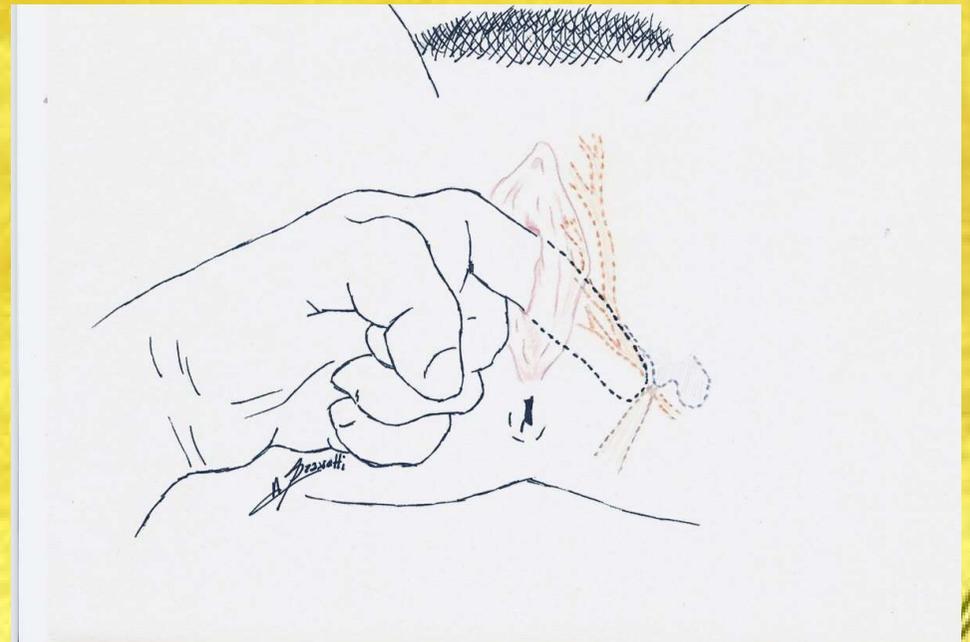
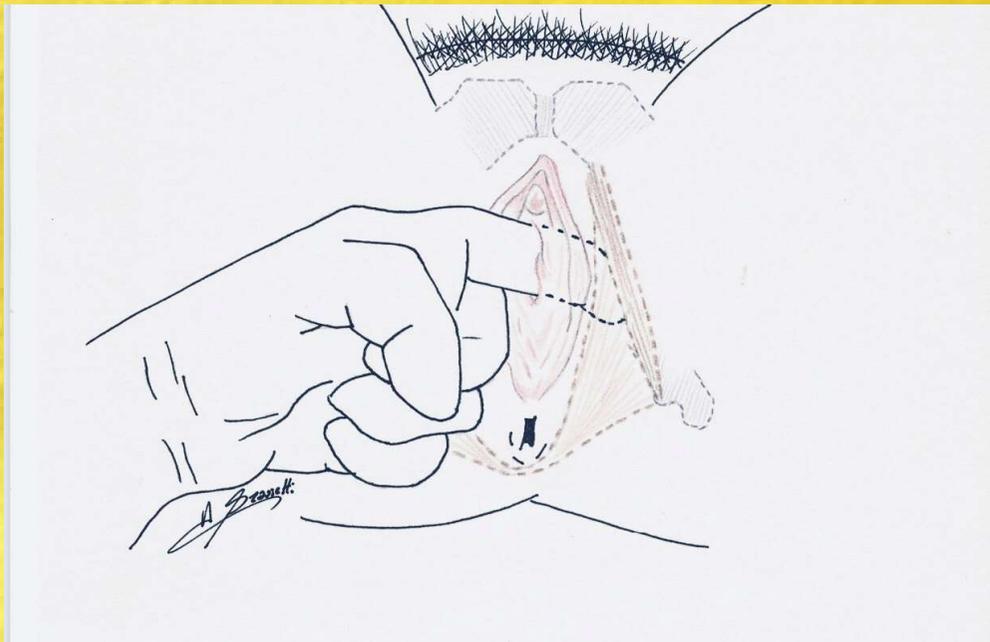
Arcus tendineux élévateur de l'anus :

Contracture musculaire douloureuse

Parfois relaxation après palpation

Parfois signe de la sonnette

Ligaments sacrosciatique et épine sciatique



Examens complémentaires:

???

- Neurophysiologiques:
 - ⊙ EMG du périnée
 - ⊙ Vitesse de conduction
 - ⊙ IRM: lésion musculaire ou nerveuse
- Echodoppler
 - ⊙ Artères pudendales
- Infiltration test sous scanner
- Résultats:
 - ⊙ Sensibilité < 100%
 - ⊙ Spécificité < 100%

Examen complémentaire:

● Infiltration du nerf pudendal:

◎ Technique:

◎ Echo < Ct-scan

◎ Mélange:

◎ Anesthésie locale:

- Diagnostique, Effet de 24 H max

◎ Corticoïdes:

- Effet plus long potentiel (15% des patients)

◎ Résultats:

◎ Effet transitoire

◎ Plus diagnostic que thérapeutique

Diagnostic clinique: Critères de Nantes

- Douleur dans le territoire du nerf pudendal
- Douleur en position assise
- Mieux durant la nuit et sur les toilettes
- Sensibilité périnéale préservée
- Réponse transitoire à l'infiltration

=> Basés sur la douleur (symptôme le moins spécifique de la pathologie pudendale)



Diagnostic clinique: Critères de Nantes accessoires

- Impression de corp étranger vaginal ou rectal
 - Augmentation de la douleur dans la journée
 - Allodynie
 - Examen neurophysiologiques normaux!
- 

Traitements: décompression

- Contrôle des facteurs de risque:
 - ⊙ Semelles orthopédiques si nécessaire
 - ⊙ Physiothérapie posturale et stretching
 - ⊙ 15% guérison
 - ⊙ 66% amélioration chez 2/3 des patients
 - ⊙ Pas de selles (vélo, moto, équitation)
 - ⊙ Pas de talon haut toute la journée
 - ⊙ Pas de chirurgie en position gynéco.
 - ⊙ Coussin spécifique (périnée libre)



Traitement chirurgical:

● Approches chirurgicales: ligamentotomie

◎ Transvaginale, transpérinéale:

◎ Bon accès sur le ligament sacrosciatique

◎ Mauvais accès sur le canal d'Alcock

◎ Transglutéal:

◎ Bon accès sauf sur le ligament proximal

◎ Grande incision et invasif

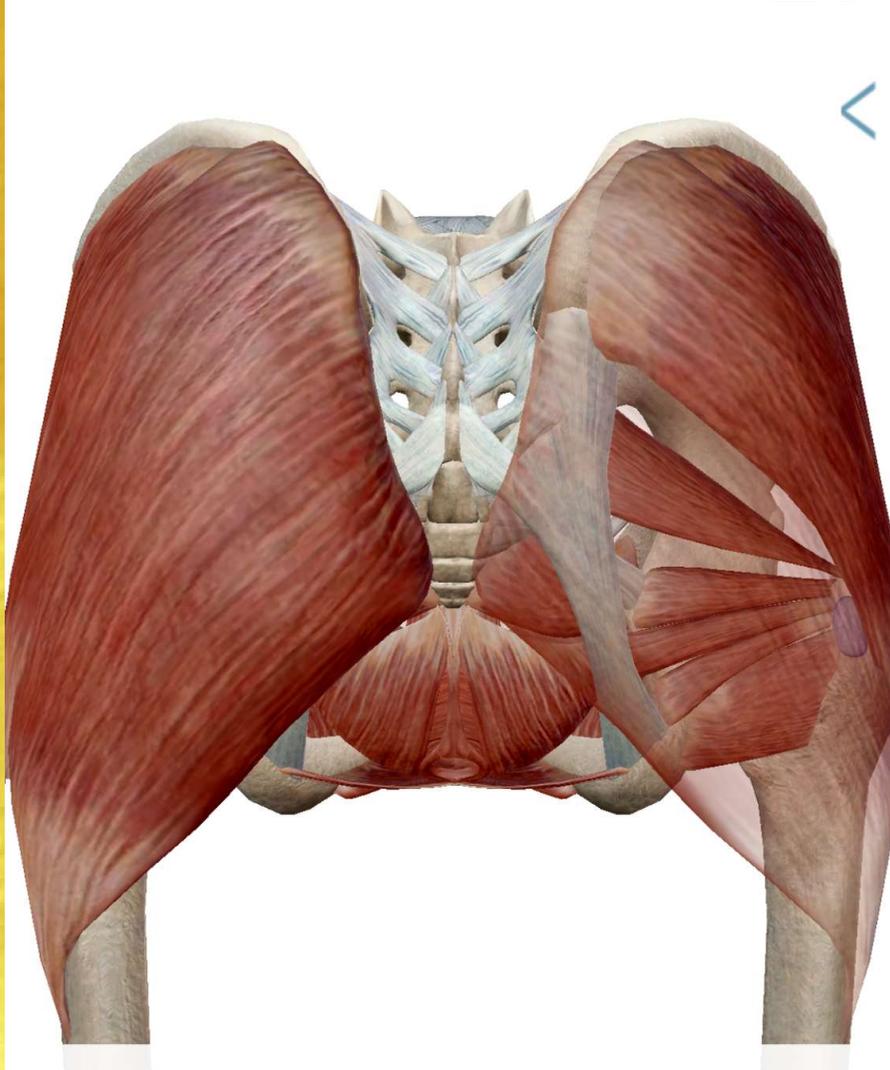
◎ Laparoscopique

◎ Peu invasif

◎ Bon accès sauf sur les br. terminales



Stabilité du pelvis et chirurgie



Traitements Palliatifs:

● Médicaments:

● Tramadol

● Amitryptiline, Gabapentine, Pregabaline

● **Tadalafil 5mg**

● Eviter les morphiniques puissants



Sports à risque de compression pudendale:

- Selles: Cyclisme, équitation, moto
 - ⊙ Compression extrinsèque
- Jogger:
 - ⊙ Trouble postural
- Bodybuilder, cross-fit,
 - ⊙ Compression muscle pyramidal
- Karaté, Dance classique,
 - ⊙ Traction pudendale

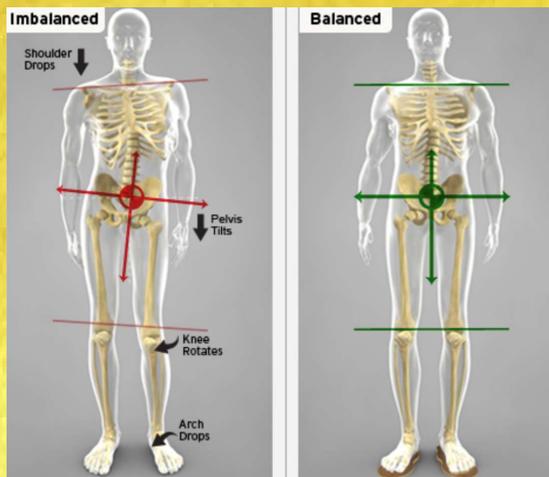


Prévention:

Matériel adapté:



Correction posturale: contrôle syndrome myofascial



Prévention: Ergonomie



Approche laparoscopique:

Istanbul: Tibet Erdogan

27 cas

16 FU > 6 mois

Accès:

Ligament sacrosciatique: excellent

Entrée du canal d'Alcock: bon

Canal d'Alcock: ?

Résultats:

- Première semaine: pas de douleur
 - ⊙ Effet de l'anesthésie générale
- Premier mois:
 - ⊙ Allodynie de réinnervation (50% des cas)
- Résultats final
 - ⊙ 6-24 mois

Evolution post opératoire:

Symptômes



Observation per op (Nantes):

● Compression:

- Ligament sciatique et épine sciatique: 40 %
- Canal d'Alcock: 25 %
- Les deux: 15 %
- Autre: 15 %

Résultats:

● Nantes (Ouvert)

- ⊙ 3 mois: 57%
- ⊙ 12 mois: 71 %

● Erdogu (lap)

- ⊙ 6 moi: 81%

● Bollens/Absil (lap):

- ⊙ 6 mois:
 - ⊙ 75 % satisfaction
 - ⊙ 80% recommandent la chirurgie
 - ⊙ QOL: 4 à 6,4 (population générale belge: 6,9)

Discussion:

● Pathologie fonctionnelle:

◎ Choix du patient:

◎ Examens complémentaires

◎ Traitements:

- Quel traitement
- Séquence des traitements

◎ Séquence de traitement: décompresser en priorité

- Correction posturale et physiothérapie
- Chirurgie
- Médicaments
- Radiofréquence, neuromodulateur,...

Discussion:

- Laparoscopie: nouveau paradigme
 - ⊙ Minimal invasive:
 - ⊙ 15-20 % d'échec plus acceptable
 - ⊙ Plus large indication et chirurgie précoce:
 - ⊙ Cas plus favorables → meilleurs résultats

Discussion:

- Prévention:

- ⊙ Bilan postural

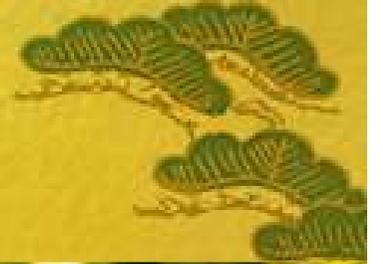
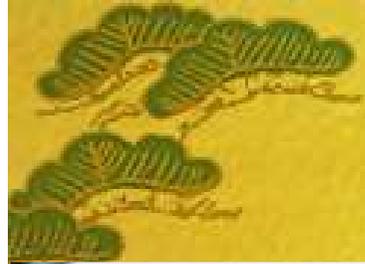
- Traitement:

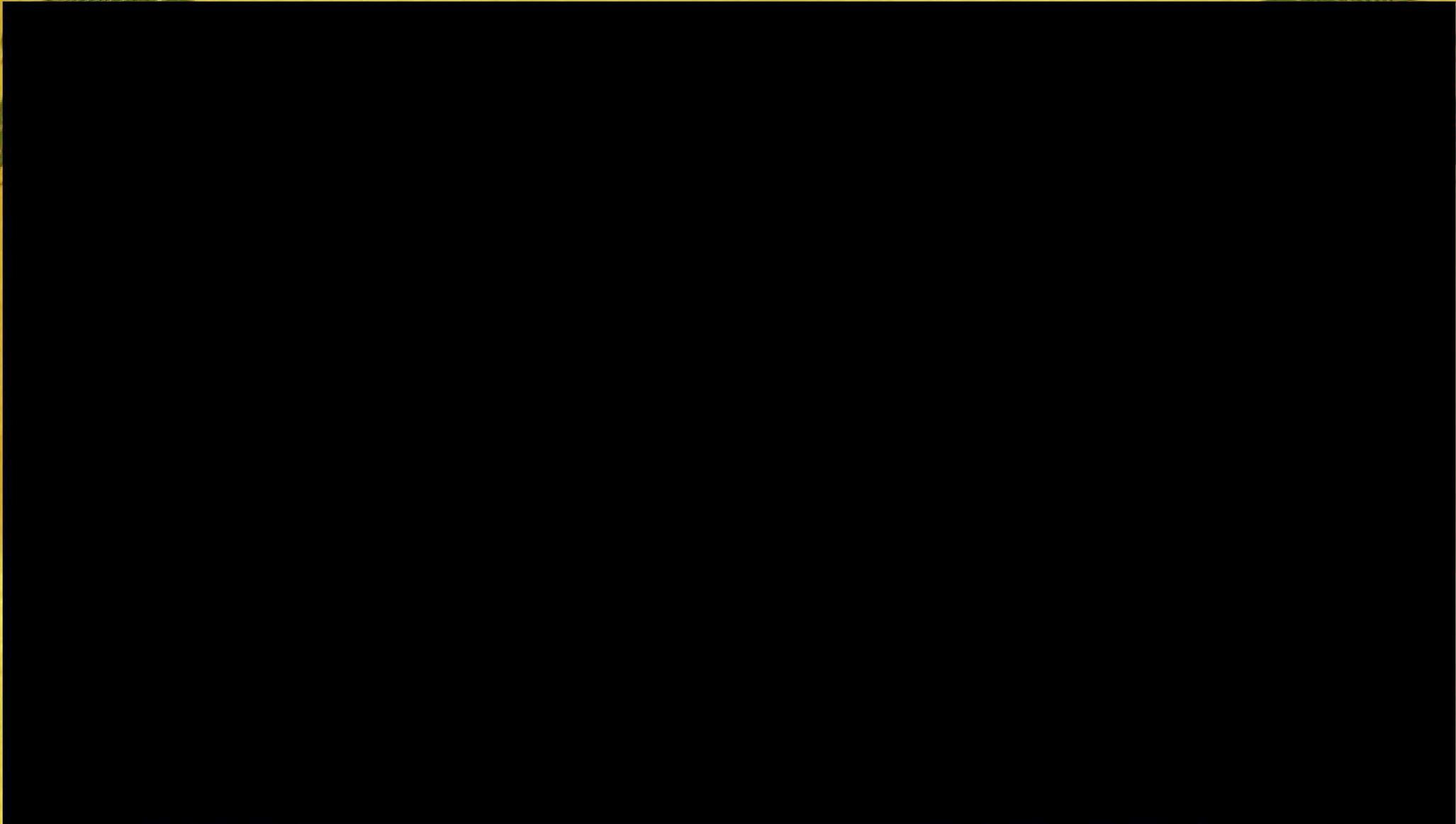
- ⊙ Supprimer les facteurs de risques

- ⊙ Matériel spécifique

Si échec des traitements conservateur:
Décompression chirurgicale.







Conclusions:

- Pathologie sous estimée
- La douleur n'est qu'une évolution terminale
- Principalement une pathologie fonctionnelle initialement
- You tube vidéo:
 - ◎ Chaîne Renaud Bollens
 - ◎ "névralgie pudendale traitement (Dr. F. Absil)
 - ◎ Présentation en anglais: PURE , Renaud Bollens



Conclusion:

● Nous devons oublier le passé...



...pour réinventer le futur

