

Prise en charge de la névralgie pudendale



C. Debes
Hôpital Tenon, PARIS

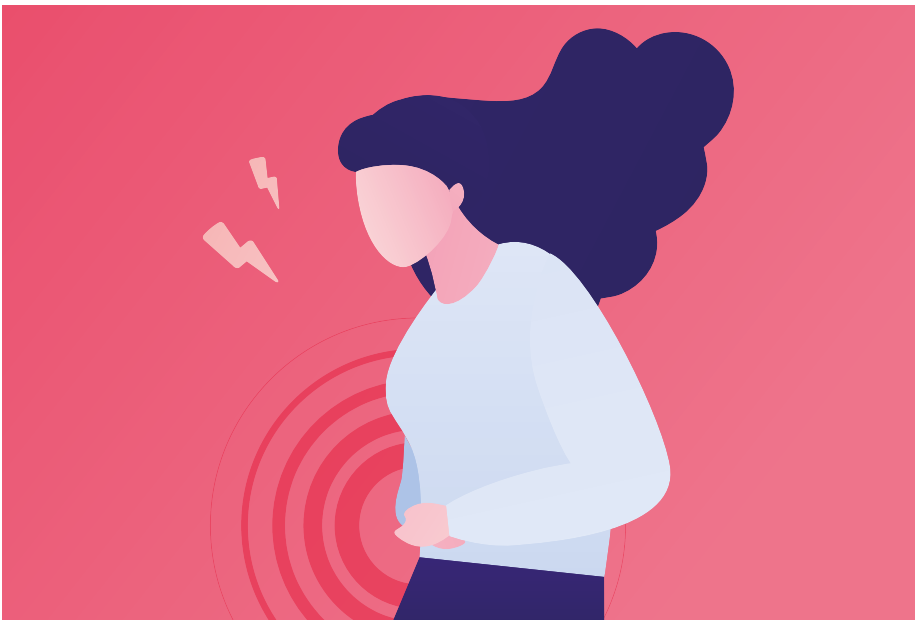
RÉSUMÉ : Le diagnostic de névralgie pudendale est clinique, il repose sur les critères de Nantes et un bloc test infiltratif. Il ne nécessite pas d'exploration complémentaire en dehors des drapeaux rouges qui doivent orienter vers une pathologie organique. L'électromyogramme périnéal ne doit plus faire partie des examens de routine.

La neuropathie par compression du canal d'Alcock est la forme la plus typique, mais il existe de nombreuses formes non mécaniques. Il convient de systématiquement rechercher un tableau d'hypersensibilisation pelvienne associée.

Le traitement repose sur des recommandations de prise en charge. La chirurgie ne doit être réalisée qu'en cas d'échec des traitements de première ligne bien conduits : antineuropathiques, kinésithérapie, simulateur électrique transcutané (TENS), et uniquement en cas de bloc test infiltratif positif. Les techniques émergentes comme la radiofréquence pulsée et la neurostimulation médullaire sont prometteuses. Toutefois, elles ne bénéficient pas d'un niveau de preuve suffisant à l'heure actuelle pour faire l'objet de recommandations. Elles pourront être proposées en deuxième ou troisième ligne au sein de centres d'expertise.

POINTS FORTS

- Son diagnostic est clinique. Il repose sur les critères de Nantes (quatre critères cliniques et une réponse positive au bloc test infiltratif).
- Une IRM sera nécessaire pour éliminer une pathologie organique.
- L'électromyographie (EMG) ne doit pas être systématiquement proposée.
- Son traitement est multimodal, la prise en charge doit être globale. La chirurgie ne peut être envisagée qu'en deuxième intention après sélection rigoureuse des patients.
- Les techniques comme la radiofréquence pulsée et la neuromodulation sacrée sont prometteuses, mais elles ne bénéficient pas d'un niveau de preuve suffisant actuellement.



©Anastasia Userko@Stock

Retrouvez cette fiche en flashant
le QR code ci-dessous



■ Généralités

La névralgie pudendale correspond à une douleur neuropathique localisée dans le territoire pudendal au niveau de la région pelvienne. Elle peut être associée à des troubles urinaires, digestifs ou sexuels. Le diagnostic a été grandement facilité par l'élaboration de critères cliniques en 2008, sous l'égide de Convergence PP, société savante internationale regroupant les professionnels de santé experts dans le domaine des douleurs pelvi-périnéales [1]. Des recommandations de la même société savante ont été publiées récemment afin d'aider à la prise en charge de cette pathologie méconnue [2].

Son diagnostic repose sur des critères essentiellement cliniques. Sa prévalence est rare, estimée à 1 pour 100 000, mais elle est probablement sous-évaluée et se situerait plutôt autour de 1 % [3, 4]. Elle touche préférentiellement les femmes (60 %), l'âge moyen de survenue étant entre 50 et 70 ans.

Sa forme la plus typique est le syndrome du canal d'Alcock (compression canalaire) dont la sanction peut être dans certains cas chirurgicale, mais il ne faut pas négliger les autres causes "non mécaniques".

■ Anatomie du nerf pudendal

Le nerf pudendal émerge des branches ventrales des racines sacrées S2, S3 et S4. Il chemine initialement entre deux muscles, le piriforme et le coccygien, puis sort du bassin par la grande échancrure sciatique, en dessous du muscle piriforme, pour rentrer dans la fosse ischio-rectale par la petite échancrure sciatique, puis cheminer dans le canal d'Alcock qui est un dédoublement de l'aponévrose recouvrant la face interne du muscle obturateur interne [3].

Une compression, un étirement ou une irritation peuvent survenir à différents niveaux de son trajet (*cf. infra*). Sa proximité

avec les muscles piriforme, obturateur interne et les ligaments s'insérant sur la tubérosité ischiatique l'expose à souffrir aussi en cas de pathologie myofasciale de voisinage.

Il s'agit d'un nerf mixte, composé de trois branches (nerf rectal inférieur, périnéal, dorsal du clitoris ou de la verge). Il est composé de fibres nerveuses à la fois motrices, sensibles et végétatives. Cependant, une lésion entraîne d'avantage d'effets sensitifs que moteurs.

Son contingent sensitif innerve la région anale, vulvovaginale (incluant le clitoris et le pénis), ainsi que la peau du scrotum (mais pas le testicule, "squatteur du périnée", d'innervation végétative). Son contingent moteur innerve en partie le sphincter anal externe et les muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux et élévateurs de l'anus. Il participe donc à la motricité anale.

Chez l'homme, il est responsable de la composante afférente de l'érection

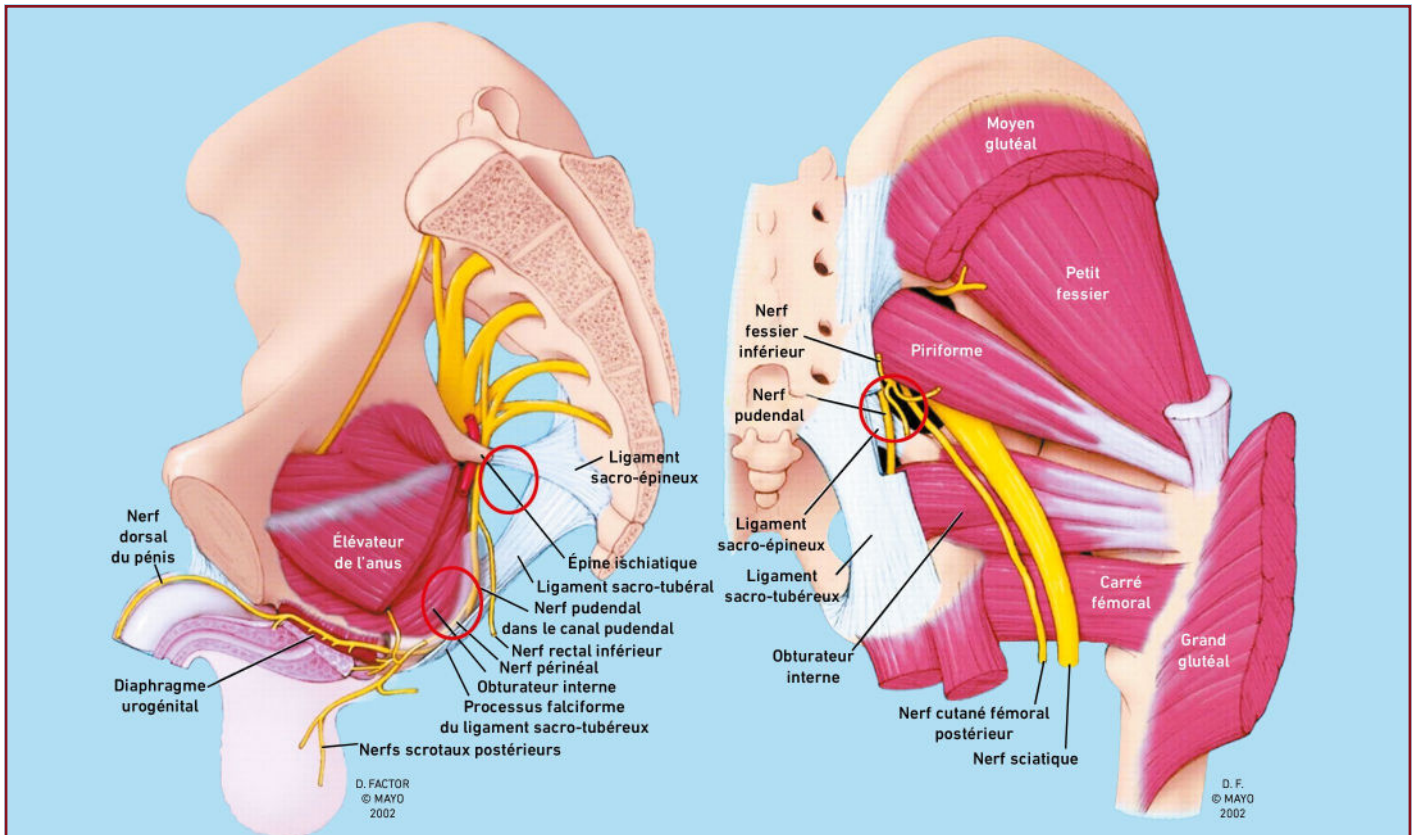


Fig. 1 : Anatomie du nerf pudendal et ses rapports anatomiques [5]. Zones de conflit possibles.

pénienne et de l'éjaculation, et les fibres végétatives sont impliquées dans le contrôle vasculaire de l'érection. Chez la femme, il est responsable de la composante afférente de l'érection clitoridienne.

La **figure 1** [5] montre l'anatomie du nerf pudendal et ses rapports anatomiques.

■ Principaux tableaux cliniques

Les névralgies pudendales font partie des douleurs neuropathiques périphériques chroniques de la classification de l'International Association for the Study of Pain (IASP) pour la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [6].

1. Syndrome du canal d'Alcock

Il s'agit de la forme la plus connue, mais il existe d'autres causes à rechercher. Elle est liée à une compression sur le trajet du nerf qui peut intervenir à différents niveaux, déterminant quatre types [7] (**fig. 1**) :

- type I : compression sous le muscle piriforme, à la sortie du nerf pudendal de la grande échancrure sciatique ;
- type II : compression entre les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéreux, site le plus fréquent de compression du nerf pudendal ;
- type III : compression dans le canal d'Alcock ;
- type IV : compression des branches terminales.

Le diagnostic est clinique, il repose sur les critères de Nantes, définis par un comité d'experts en 2008 [1]. Ils sont au nombre de cinq et sont indispensables au diagnostic :

- Topographie douloureuse principale systématisée : la douleur doit siéger dans le territoire du nerf pudendal (topographie périnéale : de l'anus à la verge ou au clitoris).
- Douleur aggravée et/ou déclenchée en position assise, typiquement aggravée sur les sièges mous. Il en découle une aggravation en cours de journée, une diminution de la douleur en position debout/allongée et à la marche. Un élément assez caractéristique de l'interrogatoire est l'absence de douleur sur la cuvette des WC.

- Une douleur ne réveillant habituellement pas la nuit.

● L'examen neurologique est normal. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur objectivé, probablement par l'absence d'atteinte du contingent moteur dans la compression qui est partielle, ou la compensation du déficit par les autres nerfs du voisinage. Un déficit neurologique est un signe d'exclusion, et doit faire évoquer une lésion des racines sacrées ou de la queue de cheval.

- Un bloc test positif. Le bloc pudendal anesthésique échoguidé ou scannoguidé est un test diagnostique essentiel pour affirmer l'implication du nerf pudendal. Il répond à plusieurs critères pour pouvoir être interprété :
 - réalisation en amont de la lésion supposée, au niveau de l'épine ischiatique. La précision topographique doit être donnée par le scanner ou l'échographie ;
 - utilisation d'anesthésiques locaux (lidocaïne ou ropivacaïne). L'ajout de corticostéroïdes est inutile [8]. Quelques millilitres suffisent, afin d'éviter une diffusion au nerf sciatique ;
 - infiltration en période douloureuse, donc souvent en fin d'après-midi : en effet, un bloc test est considéré positif si on note une diminution d'au moins 50 % de la douleur ;
 - autoévaluation écrite par le patient et analyse rétrospective.

L'amélioration ne dure en général que le temps du test, qui doit être présenté au patient uniquement à visée diagnostique et non thérapeutique. Cependant, dans environ 12 % des cas, on note une prolongation de l'effet à 3 mois après la levée du bloc [8], sans que l'on puisse aisément l'expliquer sur le plan physiopathologique. Une autre étude rétrospective retrouvait 50 % d'amélioration à 6 mois et 25 % à 3 mois, mais elle excluait les patients avec bloc test négatif [9]. Ce test d'infiltration n'est pas spécifique d'une atteinte par compression, mais il est un facteur pronostique positif de la chirurgie de décompression [2].

Il existe un certain nombre de critères complémentaires au diagnostic qui peuvent être retrouvés classiquement :

- sensation de brûlures, décharges électriques, tiraillement, engourdissement ;

- sensation de corps étranger endocavitaire rectal et/ou vaginal ("sympathalgie") ;
- aggravation de la douleur en cours de journée, majoration vespérale ;
- prédominance unilatérale ;
- aggravation après défécation ;
- présence d'une douleur exquise à la palpation de l'épine ischiatique au toucher rectal.

Certains signes associés n'excluent pas le diagnostic :

- irradiation fessière ou aux membres inférieurs, notamment en position assise ;
- douleurs sus-pubiennes ;
- pollakiurie et/ou douleur au remplissage vésical ;
- douleurs apparaissant après éjaculation ;
- dyspareunies et/ou douleurs après les rapports sexuels ;
- troubles de l'érection ;
- normalité de l'électromyographie (EMG).

Enfin, certains signes cliniques sont des critères d'exclusion :

- douleur uniquement coccygienne, fessière, pubienne ou hypogastrique ;
- prurit ;
- douleurs uniquement paroxystiques ;
- anomalie d'imagerie pouvant expliquer la douleur.

Les "drapeaux rouges" doivent faire évoquer une cause organique sous-jacente [1] :

- des réveils nocturnes, qui peuvent traduire une infection ou une inflammation ;
- une douleur "trop focale", signe de névrome ;
- une douleur "trop neuropathique", pouvant faire évoquer une tumeur y compris nerveuse ;
- un déficit sensitif ou moteur (hypoesthésie, incontinence) signe d'une atteinte des racines sacrées ou un syndrome de la queue de cheval ;
- un prurit, en lien avec des hémorroïdes ou des lésions dermatologiques.

2. Autres causes de névralgie pudendale

Ce sont les causes "non canalaire" ou "non mécaniques", les plus nombreuses [10] :

- les neuropathies pudendales par étirement après accouchement dystocique [9, 11]. Elles sont les plus fréquentes, en lien avec des mécanismes à la fois d'étirement et de compression survenant en seconde

phase de travail. Elles surviennent toujours en cas d'accouchement dystocique et/ou de périmètre crânien foetal élevé et/ou de présentation postérieure. Les symptômes peuvent débuter immédiatement après l'accouchement ou à distance, voire chez la femme âgée ;

- les lésions neuropathiques pudendales directes sont beaucoup plus rares (cyclisme), avec parfois un syndrome canalaire par fibrose réactionnelle. Les lésions chirurgicales sont rares, après cure de prolapsus (Richter) ;

- les lésions nerveuses métaboliques, infectieuses, pharmacologiques, auto-immunes, toxiques ;

- les contractures myofasciales des muscles de voisinage (obturateur interne et piriforme) peuvent être à l'origine de phénomènes compressifs, et doivent être systématiquement recherchées et prises en charge. Les processus tumoraux restent exceptionnels ;

- l'hypersensibilisation pelvienne centrale doit elle aussi être systématiquement recherchée, car elle peut entraîner des douleurs d'allure neuropathique dans le territoire du nerf pudendal, souvent mal systématisées.

■ Diagnostics différentiels

1. Autres névralgies pelvi-périnéales

Le diagnostic se fera essentiellement sur un examen clinique minutieux, aidé de tests infiltratifs si besoin. La **figure 2** montre les différents territoires sensitifs des nerfs périnéaux.

La névralgie clunéale est localisée au

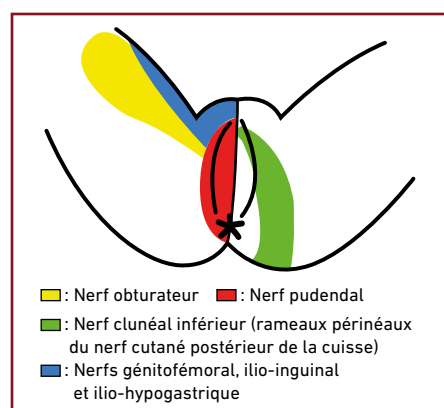


Fig. 2 : Territoires anatomiques sensitifs des nerfs périnéaux.

niveau de la partie latérale du périnée (scrotum/grande lèvre) et du pli sous fessier. Le siège dur est un facteur aggravant.

La névralgie du cutané postérieur de la cuisse intéresse la partie latérale du périnée, la partie basse de la fesse et la face postérieure de la cuisse. Le siège dur est un facteur aggravant.

L'atteinte des nerfs thoraco-lombaires (ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral) intéresse l'aîne, la partie antérieure du périnée, le scrotum ou la grande lèvre.

2. Autres pathologies de voisinage

La coccygodynie : douleur coccygienne, déclenchée en position assise arrière et/ou au relever de celle-ci, souvent post-traumatique.

La vestibulodynie provoquée : douleur vulvaire (tout ou partie), avec allodynie au premier plan.

Les pathologies proctologiques classiques : atteintes dermatologiques, fissure anale, maladie hémorroïdaire...

Les pathologies neurologiques non névralgiques : au niveau des racines sacrées ou de la queue de cheval (attention aux "drapeaux rouges"), sclérose en plaques.

■ Examens complémentaires

Ils doivent être systématiques en cas de drapeau rouge : IRM pelvienne et médullaire. L'électromyographie n'a pas ou peu de place comme outil diagnostique dans les névralgies périnéales désormais et n'est plus retenue comme critère diagnostique. Elle est à la fois peu sensible et peu spécifique, car elle explore principalement les fibres motrices. En outre, c'est un examen douloureux et parfois mal toléré. Elle reste utile pour compléter l'examen clinique, en particulier en cas de "drapeaux rouges", et peut aider au diagnostic différentiel.

■ Prise en charge

La prise en charge d'une névralgie pudendale est multimodale et complexe. Elle intègre des mesures physiques

médicamenteuses et des techniques plus invasives pour lesquelles il manque encore des données dans la littérature.

La validation de la plainte et la reformulation des objectifs de traitement sont fondamentales. Il convient de ne pas multiplier les examens cliniques invasifs, d'imagerie récurrente, et de poser consciencieusement l'indication et la réalisation des gestes plus invasifs, infiltratifs ou chirurgicaux.

On peut regrouper les traitements en première ligne (consensuels), deuxième ligne (chirurgie) et les thérapeutiques non validées mais prometteuses car moins invasives. La société savante Convergence PP a publié récemment des recommandations basées sur une revue de la littérature (assez pauvre) et des avis d'expert [2].

1. Première ligne de traitements consensuelle

>>> Conseils et précautions

- Utilisation d'un coussin d'assise ("bouée de décharge").

- Éviter la pression périnéale douloureuse (vélo, moto, équitation).

- Adaptation du poste de travail : bureau assis/debout, travail à domicile.

>>> Traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques

Il n'y a pas d'étude spécifique concernant la névralgie pudendale. On se réfère aux recommandations de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) concernant le traitement des douleurs neuropathiques : gabapentine, inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) ou amitriptyline en première intention [12]. L'utilisation des morphiniques est fortement déconseillée, en raison de leur rapport bénéfice/risque défavorable dans le cadre des douleurs neuropathiques, d'autant plus s'il y a une hypersensibilisation pelvienne associée.

>>> Rééducation périnéale en relâchement musculaire

Malgré l'absence d'études, la kinésithérapie est recommandée en cas d'hypertonie

associée. Les techniques visant à favoriser la relaxation musculaire sont à privilégier, incluant des manœuvres endocavitaires.

>>> Dispositifs de neurostimulation transcutanée (TENS)

La stimulation tibiale postérieure des racines sacrées est recommandée en association avec un traitement multimodal, en raison des résultats bénéfiques obtenus dans d'autres types de douleurs pelviennes et périnéales et de la bonne tolérance décrite.

>>> Thérapie cognitivo-comportementale

Elle est recommandée en complément de la prise en charge médicale, en particulier lorsque le patient présente au moins l'un des principaux facteurs psychologiques associés à la chronicisation de la douleur : dépression, anxiété, catastrophisme, sentiment d'injustice, kinésiophobie, trouble de stress post-traumatique, perfectionnisme, hypervigilance, dysfonctionnement sexuel et manque de motivation pour le changement. Comme pour toutes les douleurs chroniques, les méthodes non pharmacologiques de réduction du stress et de gestion de la douleur (hypnose, méditation, sophrologie, EMDR, etc.) peuvent être associées à un traitement médical.

>>> Infiltrations pudendales

Comme nous l'avons vu précédemment, le rôle thérapeutique des infiltrations pudendales ne peut pas être établi dans la littérature. En dehors des cas qui répondent de manière durable à une première injection (plusieurs semaines), il n'est pas recommandé de les répéter.

Par contre, un bloc test positif est un critère de sélection pour les patients éligibles à une chirurgie de libération du nerf pudendal [5].

2. Deuxième ligne de traitements : chirurgie de libération pudendale

Celle-ci ne peut s'envisager qu'en cas d'échec des traitements de première ligne bien conduits, et uniquement en cas de réponse positive au bloc test infiltratif. Le taux de réussite dans la littérature varie

de 60 à 80 %. Une sélection rigoureuse des patients est nécessaire. En général, seuls les patients présentant les cinq critères de Nantes pouvaient répondre à la chirurgie [5]. Une attention particulière doit être portée aux patients présentant une hypersensibilisation pelvienne selon les critères de Convergence PP, ces derniers risquant au contraire de voir leur état s'aggraver en postopératoire.

Plusieurs techniques ont été décrites (transglutéale, transpérinéale, coelioscopique), sans qu'il soit possible d'en privilégier l'une ou l'autre au regard des données de la littérature. La technique choisie dépendra donc des antécédents du patient et des habitudes des équipes chirurgicales. Néanmoins, la faible agressivité de la technique de neurolyse pudendale sous coelioscopie et son faible taux de complication en font une opération de choix.

3. Thérapeutiques non validées mais prometteuses

La radiofréquence pulsée est une technique en plein essor. Ses résultats sont prometteurs, mais les données de la littérature, encore trop limitées (seulement trois études valides, sur un total de 113 patients) [13-15], ne permettent pas de la recommander formellement à ce jour. Toutefois, sa facilité de mise en œuvre et son innocuité en font une option intéressante, d'autant qu'elle est moins invasive que les autres traitements de deuxième et troisième ligne.

La neurostimulation médullaire : là aussi, les données de la littérature sont manquantes, la neuromodulation sacrée semble apporter les meilleurs résultats par rapport à la neuromodulation tronculaire ou pudendale. En raison de son efficacité prouvée dans d'autres indications de douleurs chroniques neuropathiques, elle peut être envisagée pour les névralgies pudendales en cas d'échec des traitements de première et deuxième ligne ou ne répondant pas au bloc test infiltratif.

Bibliographie

1. LABAT JJ, RIAUT T, ROBERT R *et al.* Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurol Urodyn*, 2008;27:306-310.

2. LEVESQUE A, BAUTRANT E, QUISTREBERT V *et al.* Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. *Eur J Pain*, 2022;26:7-17.
3. KAUR J, LESLIE SW, SINGH P. Pudendal Nerve Entrapment Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544272/>
4. HIBNER M, DESAI N, ROBERTSON LJ *et al.* Pudendal neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol*, 2010;17:148-153.
5. WAXWEILER C, DOBOS S, THILL V *et al.* Selection criteria for surgical treatment of pudendal neuralgia. *Neurol Urodyn*, 2017;36:663-666.
6. SCHOLZ J, FINNERUP NB, ATTAL N *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*, 2019;160:53-59.
7. FILLER AG. Diagnosis and treatment of pudendal nerve entrapment syndrome subtypes: imaging, injections, and minimal access surgery. *Neurosurg Focus*, 2009;26:E9.
8. LABAT JJ, RIAUT T, LASSAUX A *et al.* Adding corticosteroids to the pudendal nerve block for pudendal neuralgia: a randomised, double-blind, controlled trial. *BJOG*, 2017;124:251-260.
9. KASTLER A, PUJET J, TIBERGHEN F *et al.* Dual Site Pudendal Nerve Infiltration: More than Just a Diagnostic Test? *Pain Physician*, 2018;21:83-90.
10. BAUTRANT É. Chronic pelvi-perineal pain: 10 key messages. *Rev Prat*, 2025; 75:432.
11. LIEN KC, MORGAN DM, DELANCEY JOL *et al.* Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3D computer simulation. *Am J Obstet Gynecol*, 2005;192:1669-1676.
12. MOISSET X, BOUHASSIRA D, AVEZ COUTURIER J *et al.* Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol*, 2020;176:325-352.
13. FANG H, ZHANG J, YANG Y *et al.* Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: a prospective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res*, 2018;11:2367-2374.
14. MASALA S, CALABRIA E, CUZZOLINO A *et al.* CT-guided percutaneous pulse-dose radiofrequency for pudendal neuralgia. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2014;37:476-481.
15. COLLARD MD, XI Y, PATEL AA *et al.* Initial experience of CT-guided pulsed radiofrequency ablation of the pudendal nerve for chronic recalcitrant pelvic pain. *Clin Radiol*, 2019;74:897.e17-897.e23.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.