

16-18 NOVEMBRE 2017
NICE ACROPOLIS

P-104

LA NEURALGIE CLUNÉALE INFÉRIEURE : ÉTUDE RETROSPECTIVE DE 45 PATIENTS OPÉRÉS

M. Khalfallah¹, T. Riant², M. Begué³, B. Rioult², MI Hernández Sendín⁴, S. Ploteau⁵, R. Marlois¹, R. Robert²

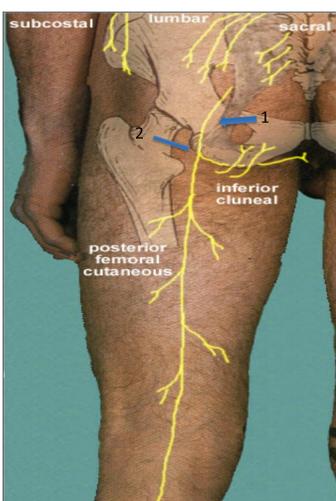
1. Polyclinique Saint Jean de Luz, 2. Hôpital privé le confluent, Nantes, 3. CRF Marienia, Cambo Les Bains, 4. CRF hospital d'Irun (Espagne), 5. CHU Hotel Dieu, Nantes.

Introduction

Au cours de trois dernières décennies, la prise en charge des douleurs périnéales a connu un important développement. On a pu définir deux syndromes canaux responsables de douleurs périnéales se majorant en position assise:

- La névralgie pudendale, à l'origine de douleurs périnéales médianes
- La névralgie clunéale se traduisant par des douleurs paramédianes

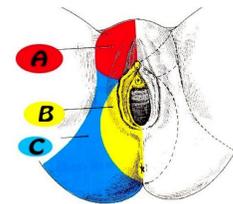
2 zones de conflits



Bien que ces 2 diagnostics sont souvent associés, la névralgie clunéale présente des caractéristiques qui lui sont propres.

Le conflit intéresse le nerf cutané postérieur de cuisse et ses branches médiales : les rameaux clunéaux inférieurs. En fonction de la localisation du conflit, la douleur intéresse totalement ou partiellement un territoire allant de la région endo-ischiatique, vers le pli sous fessier et la face postérieure de cuisse, et médialement vers la région para-anale, voire la grande lèvre ou le scrotum. En revanche le clitoris ou la verge sont épargnés dans les formes pures.

La description par le patient d'avoir la sensation de s'asseoir sur ses os est très évocatrice du diagnostic de névralgie clunéale.



D'après Kamina

A: territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral

B: territoire du nerf pudendal

C: territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse (nerf clunéal inférieur)

Le diagnostic est clinique, confirmé par une imagerie normale et un bloc test anesthésique à la hauteur de l'ischion atténuant immédiatement les douleurs d'au moins 50 % en position assise.

Résultats :

Notre étude porte sur 45 patients opérés avec un recul de plus d'un an. Le délai moyen de pris en charge est de 4,9 ans (1 an – 15 ans),

Nos résultats objectivent d'importantes différences avec la névralgie pudendale.

On n'observe pas de prédilection féminine (54 %). Les douleurs sont le plus souvent bilatérales (71 % des cas). Il n'y a pas en règle d'accompagnement viscéral (pollakiurie, sensation de corps étrangers intracavitaire par exemple). Il n'y a pas de facteur déclenchant ou favorisant bien identifié. La pratique du vélo n'est retrouvée que dans 1 cas. 20 % des patients ont déjà été opérés d'une névralgie pudendale suggérant une sous-évaluation des formes d'emblée mixtes. Les douleurs sont importantes (EVA moy : 7,9). La durée moyenne de position assise est de 20 min.

Le traitement est chirurgical

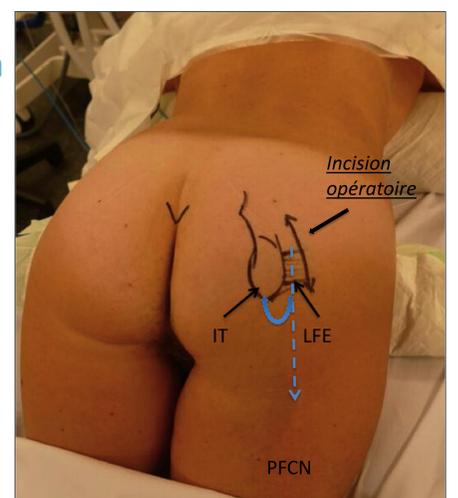
Le traitement chirurgical a consisté en une libération du nerf cutané postérieur de cuisse (PFCN) et des rameaux clunéaux dans leur trajet le long de la face postéro latérale de l'ischion (IT). Les conflits observés confirment l'hypothèse canalaire.

L'amélioration est progressive et se stabilise 1 an après l'intervention.

Une amélioration des douleurs d'au moins 30 % est retrouvée dans 62 % des cas.

Conclusion

L'amélioration que nous observons après la libération du nerf cutané postérieur de cuisse, confirme son implication dans la genèse de ces douleurs. Le diagnostic et les mécanismes lésionnels sont mieux identifiés. En l'absence d'efficacité du traitement médical, la décompression chirurgicale est le traitement préconisé. Un diagnostic plus précoce pourrait sans doute influencer sur le résultat.



Arcade fibreuse (LFE) comprimant le nerf cutané postérieur de cuisse (PFCN)

