

Coccygodynies

La coccygodynie se définit par une douleur du coccyx **déclenchée par la position assise** et plus particulièrement en appui sur le coccyx, ou au relevé de la position assise.

Plus rarement des douleurs sont aussi retrouvées en position de debout et à la marche. Ces dernières caractéristiques résulteraient d'une composante myofasciale intéressant les muscles s'insérant sur le coccyx (le chef ischiococcygien de l'élevator ani, le gluteus maximus et le sphincter anal).

Dans les formes chroniques (au delà de 3 mois), les douleurs, déclenchée en position assise et/ou au relevé de la position assise, sont dans la moitié des cas en lien avec des troubles de la mobilité du segment coccygien : soit hypermobilité, soit luxation. Le plus souvent ces troubles de la mobilité sont favorisées par des microtraumatismes répétés du coccyx en raison d'une perte de rotation sagittale du pelvis (post-accouchement, chute sur les fesses...).

Le surpoids ou une perte de la mobilité rachidienne (arthrodèse) sont des facteurs favorisants.

Ces troubles de la mobilité coccygienne s'évaluent grâce aux clichés dynamiques. Ce sont des radios du sacrum et du coccyx réalisés en position debout puis assise avec mesure de la variation de l'angle entre le sacrum et le coccyx.

Ces examens radiologiques sont indispensables pour faire le bilan des douleurs et orienter au mieux leur traitement.

Dans l'autre moitié des cas, il n'y a pas de trouble de la mobilité observé et les causes peuvent alors être multiples : présence d'une épine osseuse, bursite inflammatoire en regard du coccyx, souffrance neuropathique en regard du coccyx, souffrance du disque intervertébral,...

Les épines sont congénitales et se manifestent souvent dans les suites d'un amaigrissement. On retrouve plus rarement des pathologies microcristallines, de véritable spondylarthrose. Environ 25 % des douleurs sont réactionnelles dites « référées » d'origine pelvienne, périnéale ou rachidienne.

Les anti-inflammatoires sont souvent prescrit en première intention ainsi que la décharge du coccyx (coussin bouée).

En cas de persistance des douleurs et après bilan radiologique, pourra vous être proposé de la kinésithérapie (+/- manœuvre ostéopathique) et une infiltration qui améliore 60 à 80 % des patients. Celle-ci est répétée si l'amélioration dure plus d'un mois. Elle peut être couplée à une infiltration du ganglion impar. L'application d'un traitement local peut être également proposée dans les douleurs réfractaires comme le patch de Capsaïcine à haute concentration par exemple.

La recherche d'une désensibilisation locorégionale permet de diminuer le nombre de non répondeur aux infiltrations et d'augmenter leurs efficacités.

La radiofréquence est de plus en plus proposée avant d'évoluer vers la chirurgie.

L'intervention chirurgicale, permet la résection de l'élément identifié, à l'origine des douleurs (épine, coccyx). Elle dure environ 20 min. Elle permet une amélioration de plus de 50 % des douleurs dans 80 % des cas. Le risque principal, infectieux, est actuellement bien contrôlé par un protocole d'antibioprophylaxie spécifique.

Coccygodynies

L'approche thérapeutique doit de nouveau être globale sans négliger le retentissement psychologique de ces lésions.