

I Post-partum

Connaître, dépister et prendre en charge les coccygodynies du post-partum

RÉSUMÉ : La coccygodynie correspond à une douleur du coccyx (du grec *odunê* [-odynie], douleur) sans irradiation particulière. Il s'agit d'une conséquence de 4 à 15 % des accouchements, souvent attribuée à une position inconfortable prolongée (en particulier en cas d'analgésie péridurale) ou au résultat du passage du mobile fœtal.

Ces douleurs s'amendent parfois spontanément dans les 2 mois qui suivent l'accouchement, mais leur persistance peut se révéler très invalidante au quotidien et impose une prise en charge adaptée. En effet, le traitement repose trop souvent sur les antalgiques simples et aboutit à une expectative nonchalante, source d'errance diagnostique et de chronicisation. Pourtant, la compréhension de cette pathologie et une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée permettent d'obtenir une guérison dans 90 % des cas [1].



M. PIKETTY
Hôpital privé Paul d'Égine,
CHAMPIGNY-SUR-MARNE.

La coccygodynie du *post-partum* est un symptôme classique du *post-partum* immédiat dont l'incidence est fortement sous-estimée par les équipes obstétricales. Elle peut correspondre à différentes lésions physiques. L'absence de lésions radiologiques visibles sur les radiologies conventionnelles est source de retard diagnostique et donc thérapeutique. Or, les douleurs coccygiennes sont vives et impactent la qualité de vie au quotidien. C'est pourquoi la coccygodynie mérite une sensibilisation du corps médical et quelques clés pour une prise en charge adaptée.

Définition anatomique et fonctionnelle du coccyx

Le coccyx est constitué de 1 à 4 pièces osseuses réunies entre elles par des ligaments et articulations. De forme plus ou moins courbe [2], il est le plus souvent incurvé à concavité antérieure et inférieure [3]. Le coccyx présente

une petite latitude physiologique de flexion et d'extension grâce à l'articulation sacrococcygienne non fusionnée, variable selon les individus (de 0 à 25°). En position normale, le coccyx n'oppose donc en théorie aucune gêne à l'accouchement du fait de sa position excentrée, de sa concavité et de son caractère flexible. (*fig. 1*)

■ Diagnostic

1. L'interrogatoire

Il s'attachera à :

- rechercher un facteur déclenchant (évident en cas de coccygodynie du *post-partum* immédiat) et une notion de craquement audible ou ressenti lors de l'accouchement ;
- recueillir une description de la douleur : typiquement, il s'agit d'une douleur du coccyx, en position assise prolongée et aux changements de position avec une exacerbation au lever. Il a été rapporté

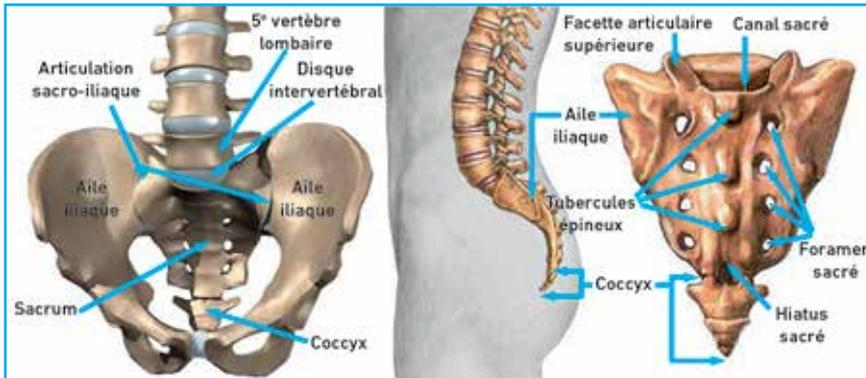


Fig. 1: Situation anatomique du coccyx.

des douleurs survenant à l'occasion de l'acte sexuel ou de la défécation. Cette douleur caractéristique des coccygodynies est causée par une blessure du coccyx ou de ses articulations, par l'inflammation des tissus adjacents et la contraction réactionnelle des muscles releveurs de l'anus ;

- localiser précisément la douleur et évaluer son exacerbation au relever ;
- vérifier l'ancienneté du trouble : on parle de coccygodynie chronique si la douleur persiste au-delà de 2 mois, aiguë sinon ;
- dépister des signes associés (lombalgies, constipation) ;
- calculer l'indice de masse corporelle (IMC) : un IMC > 27 semble être un facteur de prédisposition [4] ;
- estimer le retentissement (lors de trajets en voiture, de séances de cinéma, au travail en cas de position assise prolongée...) sur la qualité de vie.

2. L'examen clinique

Le diagnostic est principalement clinique : en décubitus ventral, la palpation directe du coccyx dans le pli interfessier, voire par toucher rectal (non systématique), déclenche une douleur fulgurante et recherche une hypermobilité coccygienne.

3. Le bilan radiologique

Un bilan radiologique s'impose pour les coccygodynies chroniques, c'est-à-dire évoluant depuis plus de 2 mois. Les radiologies conventionnelles statiques [5] restent utiles en cas de fracture déplacée (fig. 2), de calcifications ou de pathologie osseuse sous-jacente.

Ce sont les clichés dynamiques (de profil centré sur le coccyx : debout puis assis en position douloureuse)

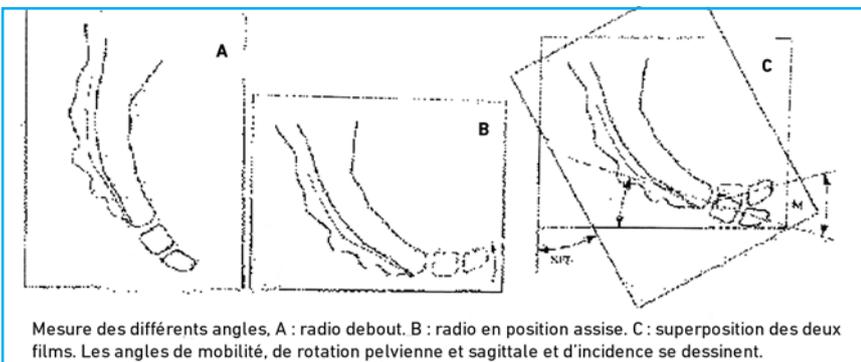


Fig. 3: Interprétation des clichés dynamiques (d'après Dr J.-Y. Maigne, *La Coccygodynie. Les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux*, 2004).



Fig. 2: Fracture coccygienne (Dr J.-Y. Maigne)

qui renseignent le mieux sur la nature précise de la pathologie [6]. Les clichés sont interprétés indépendamment puis superposés sur un spot lumineux en faisant coïncider les sacrum, afin de rechercher un angle de mobilité coccygienne : celui-ci est normal de 0 à 25° (fig. 3).

Au-delà de 25-30°, le diagnostic d'hypermobilité est retenu (fig. 4). Des luxations antérieures (fig. 5) ou postérieures (fig. 6) peuvent également être mises en évidence : elles représentent 20 % des coccygodynies chroniques.

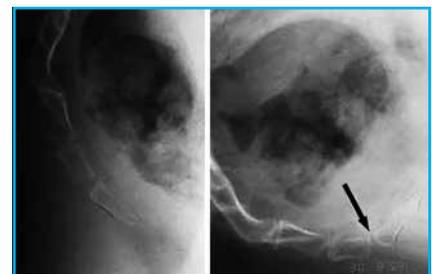


Fig. 4: Hypermobilité coccygienne (Dr J.-Y. Maigne).



Fig. 5: Luxation antérieure (Dr J.-Y. Maigne).

Post-partum



Fig. 6 : Luxation postérieure (Dr J.-Y. Maigne).

L'IRM statique complète le bilan radiologique en évaluant particulièrement le degré d'inflammation de l'articulation sacrococcygienne. Elle permet en outre d'éliminer les diagnostics différentiels (chordome, tumeur à cellules géantes, schwannome intradural, kyste péri-neural, lipome intraosseux...)

Traitement

Une fois le diagnostic posé et la lésion caractérisée, la prise en charge doit être pluridisciplinaire et le traitement adapté au type de lésion. Ces traitements débutent par des mesures non invasives :

- repos, adaptation des sièges, conseils posturaux, émoullients fécaux ;
- AINS (efficaces en cas de coccygodynies aiguës uniquement) ;
- traitement manuel basé sur le massage et l'étirement des releveurs de l'anus et mobilisation du coccyx en extension ;
- physiothérapie ou neurostimulation transcutanée.

En cas de persistance des douleurs, l'infiltration locale intradiscale radioguidée de corticoïdes [7] est indiquée. Elle peut être répétée une fois (à au moins 3 semaines d'intervalle) et permet dans 85 à 90 % des cas une diminution significative, voire une disparition des symptômes [1-5].

Enfin, la coccygectomie (ablation chirurgicale du coccyx) peut se révéler nécessaire en cas de coccygodynie réfractaire aux traitements conservateurs [8].

POINTS FORTS

- Les coccygodynies du *post-partum* ne sont pas rares (4 à 15 % des accouchements).
- La coccygodynie est dite chronique si elle perdure au-delà de 2 mois après son apparition. Elle devient alors extrêmement invalidante au quotidien.
- Le diagnostic est rendu facile par un interrogatoire ciblé et un examen clinique rapide et simple : la palpation du coccyx déclenche une douleur fulgurante.
- Le diagnostic radiologique nécessite la réalisation de clichés dynamiques.
- Une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée à la lésion permet dans 90 % des cas d'obtenir une guérison.

Conclusion

La coccygodynie est une pathologie souvent méconnue, et même si la littérature est pauvre, le lien de cause à effet entre accouchement et coccygodynie est établi [5, 7, 9-11]. Source de douleurs invalidantes dont la chronicité est directement liée à l'errance diagnostique, la coccygodynie est pourtant simple à déceler (interrogatoire ciblé, examen clinique rapide et simple, clichés de radiologie dynamiques) et la prise en charge est désormais bien codifiée.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAPAR B, AKPINAR N *et al.* Coccygectomie in patients with coccygodynia. *Chin J Traumatol*, 2011;14:25-28.
2. POSTACCHINI F, MASSOBRIO M. Idiopathic coccygodynia. Analysis of fifty-one operative cases and a radiographic study of the normal coccyx. *J Bone Joint Surg Am*, 1983;65:1116-1124.
3. WOON JT, STRINGER MD. Clinical anatomy of the coccyx: A systematic review. *Clin Anat*, 2012;25:158-167.
4. MAIGNE JY, DOURSOUNIAN L, CHATELLIER G. Causes and mechanisms of common coccydynia: role of body mass index and coccygeal trauma. *Spine*, 2000;25:3072-3079.
5. WRAY CC, EASOM S, HOSKINSON J. COCCYDYNIA. Aetiology and treatment. *J Bone Joint Surg Br*, 1991;73:335-338.
6. MAIGNE JY, GUEJ S, STRAUS C. Idiopathic coccygodynia. Lateral roentgenograms in the sitting position and coccygeal discography. *Spine*, 1994;19:930-934.
7. NATHAN ST, FISHER BE, ROBERTS CS. Coccydynia: a review of pathoanatomy, aetiology, treatment and outcome. *J Bone Joint Surg Br*, 2010;92:1622-1627.
8. PENNEKAMP PH, KRAFT CN, STÜTZ A *et al.* Coccygectomy for coccygodynia: does pathogenesis matter? *J Trauma*, 2005;59:1414-1419.
9. MAIGNE JY, DOURSOUNIAN L, CHATELLIER G. Causes and mechanisms of common coccydynia: role of body mass index and coccygeal trauma. *Spine*, 2000;25:3072-3079.
10. BRUNSKILL P, SWAN J. Spontaneous fracture of the coccygeal body during the second stage of labour. *J Obstet Gynaecol*, 1987;7:270-271.
11. JONES ME, SHOAB A, BIRCHER MD. A case of coccygodynia due to coccygeal fracture secondary to parturition. *Injury*, 1997;28:549-550.

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