

COCCYODYNIES ET ALGIE PERINEO-COCCYGIENNES

Les algies de la région coccygienne sont peu fréquentes au sein d'une consultation de médecine orthopédique mais posent toujours un problème étiologique et souvent thérapeutique. On peut distinguer trois entités justiciables d'un traitement manuel en sachant qu'elles sont souvent intriquées : la coccygodynie vraie d'origine sacro-coccygienne, le syndrome du releveur, pathologies à forte prédominance féminine (3 femmes pour 1 homme) et les douleurs sacro-coccygiennes d'origine lombo-sacrée.

La coccygodynie

La douleur siège au coccyx et à l'articulation sacro-coccygienne, présente une irradiation variable, est accentuée par la position assise obligeant le plus souvent le patient à s'asseoir de travers alternativement sur chaque fesse.

L'interrogatoire retrouve le plus souvent la notion d'un traumatisme déclenchant tel qu'un coup de pied, une chute sur les fesses ou encore l'accouchement. La mobilisation du coccyx, que ce soit par voie externe ou par toucher rectal, est très douloureuse.

Les radiographies sont normales ou peuvent montrer une malposition antérieure du coccyx par rapport au sacrum (**Attention** : les radiographies dynamiques sont maintenant indispensables à la prise en charge d'une coccygodynie)

Syndrome du releveur

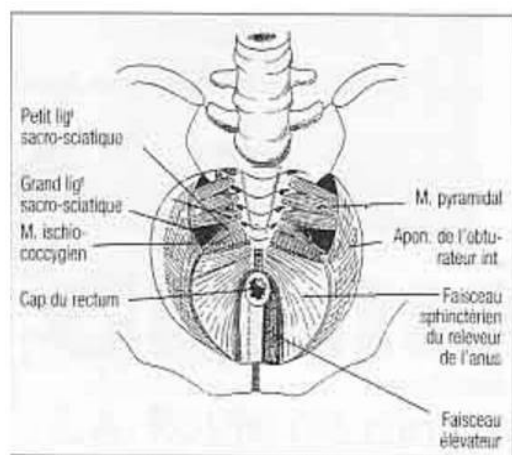


Fig. 1 - Releveurs de l'anus (d'après Waligora)

Il réalise le plus souvent une douleur coccygienne à irradiation rectale ou anale, parfois la douleur irradie au périnée, au pli interfessier ou dans la région fessière. L'irradiation rectale la plus fréquente et la douleur ressentie comme une pesanteur, voire comme un ténésme, conduisent le plus souvent à une consultation proctologique. Chez la femme, le motif de consultation peut être sexologique par l'existence de dyspareunie. L'interrogatoire retrouve fréquemment une constipation associée avec des douleurs à la défécation, l'accouchement, des interventions sur le petit bassin chez la femme, ou prostatiques chez l'homme sont des facteurs favorisants fréquents. Cette symptomatologie résulte d'un spasme de la musculature périnéale affectant plus spécifiquement les muscles releveurs de l'anus, soit de manière bilatérale, soit unilatérale (avec plus de fréquence à gauche) (Fig.1). Cette hypertonie musculaire striée peut se retrouver au niveau du sphincter anal, réalisant alors un véritable anisme avec constipation par obstruction terminale.

L'examen clinique retrouve, au toucher rectal, l'hypertonie des muscles releveurs, perçus comme une corde douloureuse, de manière uni ou bilatérale. Le sphincter anal peut être hypertonique. La palpation du coccyx dans sa région antérieure n'est pas constamment douloureuse, de même que sa mobilisation, mais une coccygodynie vraie peut s'associer au syndrome du releveur. Le toucher vaginal perçoit l'hypertonie douloureuse d'un ou des muscles releveurs.

Douleurs sacro-coccygiennes d'origine lombo-sacrée

Dans certains cas, la douleur est ressentie comme coccygienne mais le toucher rectal ne retrouve pas de contracture des releveurs, le coccyx n'est pas douloureux à la palpation ou à la mobilisation. Il peut alors s'agir de douleurs d'origine lombo-sacrée : MAIGNE souligne la possibilité de douleurs rapportées d'origine discale lombo-sacrée pouvant dans ce cas justifier d'une infiltration épidurale. Nous avons personnellement constaté la fréquence des hyperlordoses lombaires avec surmenage fonctionnel des articulations postérieures en L4-L5 ou L5-S1, justiciables de manipulations vertébrales, voire d'une infiltration articulaire postérieure constituant un test diagnostique et thérapeutique.

Des points gâchettes siégeant dans les muscles multifidus en regard de S1 sont susceptibles d'entamer une douleur référée au coccyx ; leur traitement est soit manuel par compression digitale ischémique, soit par infiltration anesthésique locale (Fig. 2).

Le syndrome du muscle pyramidal peut également donner des douleurs fessières latéro-sacrées ou latéro-coccygiennes, la symptomatologie est alors unilatérale.

Le toucher rectal et le toucher vaginal peuvent être douloureux du côté incriminé (mais l'on ne perçoit pas de releveur contracturé), la palpation de la région fessière perçoit la contracture sur toute la longueur du muscle du sacrum au grand trochanter, l'abduction et la rotation externe de hanche contrariées sont douloureuses.

Le traitement passe

- par la correction d'une inégalité de longueur des membres inférieurs,
- une prise en charge par thérapeutiques manuelles
- le traitement étiologique spécifique si la symptomatologie s'intègre dans un syndrome radiculaire S1.
- Dans les cas rebelles, Chantraine propose d'infiltrer le muscle à son insertion trochantérienne et dans la région musculaire adjacente, à la partie latérale du sacrum.