

DOULEURS PELVIENNES

Les clés de la coccygodynie : compréhension, exploration et voies de traitement

PAR MAUD MEUNIER, SAGE-FEMME ET FORMATRICE

RÉSUMÉ

La coccygodynie est une douleur pelvienne chronique localisée au coccyx, majorée en position assise. Cet article propose une vision complète de sa physiopathologie, de son exploration et de sa prise en charge. Elle se divise en deux types principaux : les coccygodynies radiologiques (avec lésion osseuse ou articulaire visible) et non radiologiques (d'origine musculaire, neurologique ou liée à une sensibilisation pelvienne). Un interrogatoire et un examen clinique précis permettent d'exclure les diagnostics différentiels tels que le syndrome du piriforme, la sacro-iliite, la névralgie pudendale ou les lombalgies irradiées. L'imagerie radiologique dynamique (clichés debout et assis) est indiquée après trois semaines d'évolution, surtout en cas de suspicion d'origine osseuse. La prise en charge est progressive et multimodale : la première ligne repose sur la thérapie manuelle ciblant les hypertopies musculaires (piriforme, obturateur interne, ischio-coccygien), les structures neurologiques et la mobilité sacro-coccygienne. La seconde ligne intègre les infiltrations locales, et la troisième ligne peut inclure la coccygectomie en cas d'échec. L'article souligne également l'importance de considérer les composantes émotionnelles, posturales et neurovégétatives, prônant une approche globale et personnalisée de la douleur chronique.

Mots-clés : coccygodynie, douleur pelvienne chronique, articulation sacro-coccygienne, thérapie manuelle, névralgie pudendale, diagnostic radiologique, infiltration, coccygectomie, plancher pelvien, prise en charge de la douleur.

ABSTRACT

Coccydynia is a chronic pelvic pain disorder characterized by pain localized to the coccyx, exacerbated by sitting. This article provides a comprehensive overview of its pathophysiology, diagnostic approach, and therapeutic management. Coccydynia is classified into two main types: radiological (with visible bony or articular lesions) and non-radiological (often related to muscular, neurological, or pelvic sensitization). A detailed clinical interview and examination are crucial to differentiate it from other pelvic pain conditions such as piriformis syndrome, sacroiliitis, pudendal neuralgia, and lumbar pathologies. Radiological evaluation, including dynamic seated X-rays, is indicated after three weeks if symptoms persist, particularly for suspected

bony etiology. Treatment is multimodal and progressive: first-line therapy involves manual therapy targeting hypertonic muscles (piriformis, obturator internus, ischiococcygeus), neurological structures, and sacrococcygeal mobility. Second-line options include local infiltrations, and third-line may involve surgical coccygectomy for refractory cases. The article also highlights the importance of addressing emotional and postural factors, as well as pelvic and central sensitization, advocating for a holistic, patient-centered approach to chronic pain management.

Keywords: coccydynia, chronic pelvic pain, sacrococcygeal joint, manual therapy, pudendal neuralgia, radiological diagnosis, infiltration, coccygectomy, pelvic floor, pain management.

La coccygodynie fait partie de la liste des douleurs pelviennes dont peuvent souffrir les femmes et les hommes.

Mais contrairement aux autres tableaux de douleurs pelvi-périnéales chroniques qui souffrent trop souvent d'une longue errance diagnostique (endométriose, vestibulodynie vulvaire provoquée, névralgie clunéale ou sensibilisation pelvienne par exemple), l'errance à laquelle sont confrontés les patients souffrant de coccygodynie est le plus souvent thérapeutique.

L'objectif de cet article est donc de proposer des connaissances permettant de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de ce tableau douloureux, de savoir comment l'explorer, et d'envisager une prise en charge adaptée.

■ DÉFINIR LA COCCYGDYNIÉ

La définition de la coccygodynie est à la fois simple et complexe.

Elle est simple car tout est dit dans l'étymologie du terme : il s'agit d'une douleur qui s'exprime dans le territoire coccygien. Le tableau clinique retrouvera toujours une douleur majorée en position assise.

La complexité, réside dans la compréhension du mécanisme physiopathologique qui génère cette douleur car il existe 2 types de coccygodynies : les coccygodynies radiologiques (celles dont la cause est visible sur un cliché radiologique), et les coccygodynies non radiologiques (celles dont l'étiologie n'est pas visible en radiologie).

LES CLÉS DE LA COCCYODYNIE : COMPRÉHENSION, EXPLORATION ET VOIES DE TRAITEMENT

Plus généralement, les enraidissements de la jonction lombo-sacrée sur lombalgie chronique induisent une limitation de la capacité de rotation pelvienne sagittale, facteur de risque important de survenue d'une coccygodynie (on observe un risque de coccygodynie multiplié par 50 chez les patients opérés d'arthrodèse dans le territoire lombo-sacré). En effet, la perte de capacité de bascule pelvienne majeure l'impact direct du coccyx sur le siège lors du passage en position assise.

I La douleur périnéale d'origine musculaire

Les muscles du diaphragme périnéal se terminent sur le coccyx de manière directe (pour le muscle ischio-coccygien) ou indirecte via le raphé ano-coccygien (pour les muscles releveurs de l'anus) (**figure 3**).

Toute atteinte du diaphragme périnéal peut donc générer des douleurs dans le territoire coccygien.

I La douleur d'origine neuro-végétative

La coccygodynie peut être intriquée dans un tableau de sensibilisation pelvienne voire centrale.

Sur le plan neurovégétatif, le ganglion impar, dernier ganglion de la chaîne pré-vertébrale sympathique, est en rapport direct avec la face antérieure du coccyx. Il est responsable de la sensibilité neurovégétative du périnée.

Ainsi, une douleur coccygienne peut être l'expression d'une sensibilisation pelvienne. La probabilité d'une composante végétative sera majorée en cas de comorbidité par une hyperactivité vésicale voire un syndrome de vessie douloureuse, un syndrome douloureux utérin, ou un syndrome de l'intestin irritable.

I La douleur par pathologie anale

Certaines pathologies du territoire anal peuvent provoquer des douleurs en position assise, mais pourront être rapidement éliminées par l'interrogatoire et l'examen clinique.

Il s'agit ici des pathologies hémorroïdaires, des fissures anales chroniques, ou des pathologies dermatologiques du territoire anal. Peuvent également être citées ici les autres problématiques de kystes, d'abcès, ou de malignité.

I La proctalgie fugace

De mécanisme encore mal connu, la proctalgie fugace s'exprime par une douleur vive initiée en territoire anal et/

ou rectal, mais l'expression fulgurante de la douleur ainsi que son caractère non prévisible permettront l'élimination rapide du diagnostic de coccygodynie.

■ Distinction entre la coccygodynie d'origine radiologique ou non radiologique

Une fois les diagnostics différentiels éliminés, il s'agira de définir si la coccygodynie a les caractéristiques d'une étiologie radiologiquement identifiable ou non, ce qui orientera ensuite sur la pertinence à réaliser des clichés radiologiques, ainsi que sur le type de prise en charge à proposer.

Ici encore, la pertinence de l'interrogatoire sera l'outil le plus précieux permettant de faire cette distinction diagnostique.

Les questions incontournables sont les suivantes :

- Le moment du relevé permettant le passage d'une position assise à debout est-il le moment le plus douloureux dans le tableau clinique ?
- La douleur coccygienne présente-t-elle des irradiations ?
- Les caractéristiques de la douleur comportent-elles une aggravation horaire ?
- La position bipède peut-elle provoquer la douleur ?
- La douleur en position assise est-elle immédiate, ou surgit-elle après un temps de latence ?

Le **tableau 1**, très largement inspiré des travaux du Dr Jean Yves Maigne qui a consacré plusieurs décennies de sa carrière à l'amélioration des connaissances et du traitement de la coccygodynie, permettant de regrouper ces questions afin d'en tirer une probabilité diagnostique.

Une fois cette orientation diagnostique faite, la décision sera prise de prescrire ou non un examen d'imagerie par radiologie, puis d'initier le traitement adapté.

■ PRESCRIRE UNE EXPLORATION RADIOLOGIQUE SUR DIAGNOSTIQUE DE COCCYODYNIE

Comme expliqué précédemment, cette exploration sera tout à fait pertinente pour une coccygodynie évoquant une origine osseuse, donc radiologiquement identifiable.

Pour les autres coccygodynies, cette exploration pourra être faite en cas d'échec de prise en charge primaire.

Figure 3

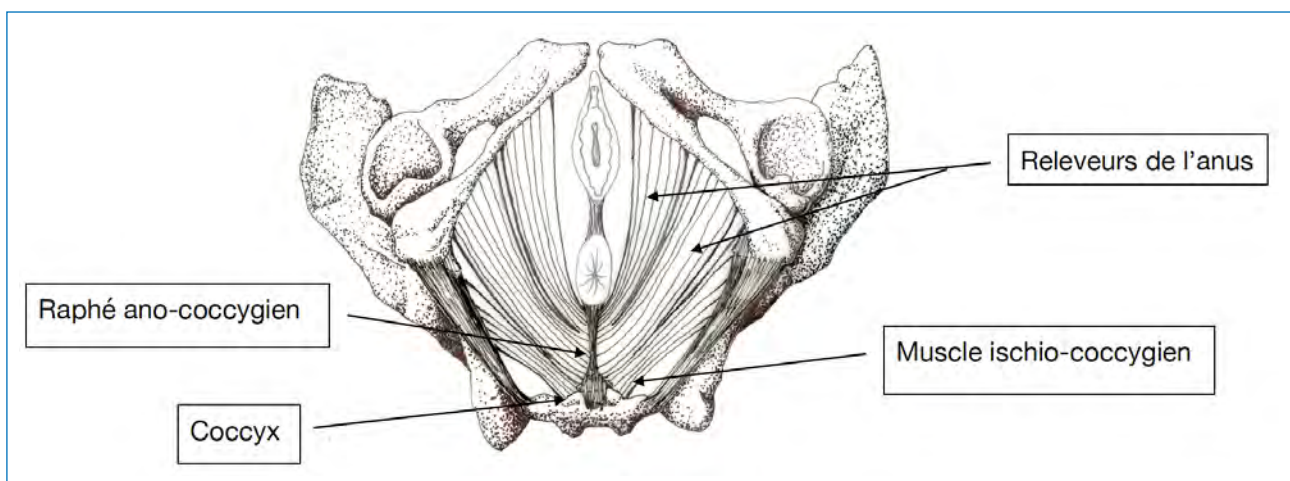


Tableau 1

	Coccygodynie avec lésion osseuse	Coccygodynie sans lésion osseuse
La douleur coccygienne présente des irradiations	+/-	+
Douleur en position assise	Dès le début	Après un temps de latence
Douleur au relevé	+++	+/-
Douleur en position debout	-	+/-
Aggravation horaire	-	+

■ Quand prescrire ?

La majorité des coccygodynies ayant une résolution spontanée dans les 3 semaines, il n'est pas utile de prescrire une exploration radiologique avant ce délai.

Passé ce stade de la douleur aiguë, la prescription pourra être faite.

■ Comment prescrire ?

Il est primordial de rédiger une prescription précise, afin d'obtenir des clichés utiles et interprétables.

1. La première partie de l'examen paraclinique se fera en position debout de face et de profil, après un temps d'attente du patient d'une durée minimale de 10 minutes en position debout. Cette précaution permet de s'assurer que le coccyx aura retrouvé sa position neutre habituelle, notamment dans le cadre d'une hypermobilité.
2. Le second cliché se fera de profil, en position assise, en respectant les critères suivants :
 - une flexion de hanche de 90° (qui reproduit les conditions d'assise classique) ;
 - le patient doit se mettre dans la position qui réveille la douleur ;
 - si la douleur n'est pas réveillée avec le paramètre de flexion de hanche de 90°, ce dernier sera abandonné car la priorité doit être donnée au cliché pris en position algique.

■ Prendre en charge une coccygodynie sans lésion osseuse

Les coccygodynies sans lésions osseuses présentent les caractéristiques cliniques évoquées précédemment, et répondent majoritairement à une prise en charge en thérapie manuelle. Il est à noter que nombreux sont les diagnostics différentiels précédemment évoqués qui trouveront également une amélioration par ces techniques.

La thérapie manuelle consiste en un traitement neuro-musculo-squelettique de la douleur.

Voici plus précisément les structures anatomiques qui seront traitées dans le cadre des douleurs coccygiennes.

■ Le traitement musculaire

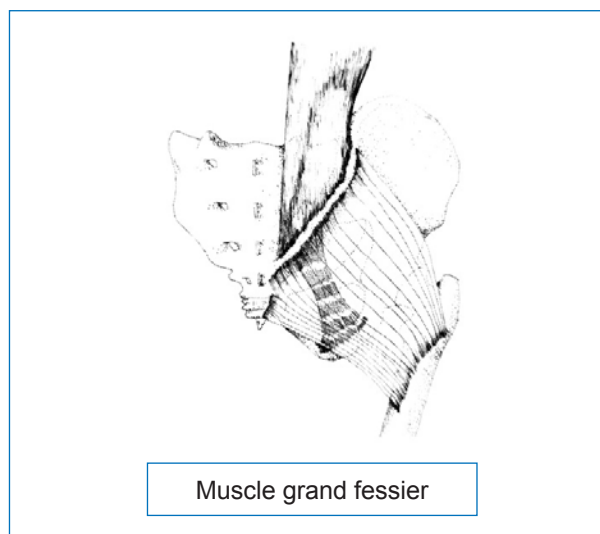
L'objectif sera le traitement des hypertonies et SMF des muscles incriminés dans la douleur d'expression coccygienne.

Seront concernés :

- Les muscles piriformes et obturateurs internes (cf. paragraphe 2.A).

- Les muscles carré des lombes (cf. paragraphe 2.A).
- Les muscles psoas-iliaques : en effet leur hypertonie fixe le rachis lombaire en hyperlordose, majorant les risques de discopathies de la région lombo-sacrée, ainsi que les capacités de rotation pelvienne sagittale.
- Les muscles grands fessiers en raison de leur territoire d'insertion (figure 4). En effet celui-ci concerne notamment le fascia thoraco-lombal qu'il met en tension (avec une répercussion sur le rachis lombaire) et le coccyx. Son hypertonie peut donc générer des douleurs coccygiennes par ces 2 biais.

Figure 4



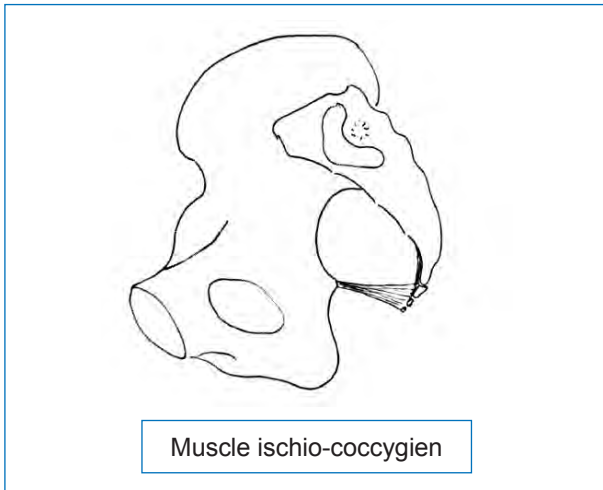
- Les muscles ischio-coccygiens en raison de leur insertion coccygienne (figure 5) : ils sont très fréquemment le siège de SMF lors des coccygodynies, notamment lorsque l'origine de la douleur est un traumatisme par chute ou accouchement. En effet ce muscle a comme rôle l'opposition à la nutation sacrée et à la bascule postérieure du coccyx.

■ Le traitement neurologique

Le principe du traitement manuel dans sa composante neurologique est de permettre une capacité de glissement optimale du nerf somatique incriminé dans le tableau clinique douloureux (traitement des douleurs neuropathiques par compression radiculaire et/ou tronculaire).

Il s'agira donc de traiter les composants anatomiques musculaires et ligamentaires pouvant être pourvoyeurs de compression des nerfs somatiques lombo-sacrée de L4 à S3, ainsi que des troncs nerveux pudendaux et clunéaux.

Figure 5



Lorsque la coccygodynie est intriquée dans un tableau de sensibilisation pelvienne, il s'agira de mettre en place la prise en charge multimodale et pluriprofessionnelle inhérente à ces syndromes complexes. La mise en oeuvre de la thérapie manuelle sera identique si réalisable, et se verra agrémenter de réflexothérapies.

Le traitement articulaire

L'objectif est ici de restaurer une mobilité articulaire dans des amplitudes optimales. Cette restauration sera permise par la sollicitation des capteurs articulaires et par les réflexes neurologiques induits, mais aussi par l'abaissement du tonus de base des muscles s'insérant sur l'articulation à traiter, et enfin par la mobilisation des ligaments articulaires.

Les articulations ici concernées sont les articulations sacro-iliaques et, sans surprise l'articulation sacro-coccygienne.

Néanmoins, il serait une erreur de considérer que la prise en charge d'une coccygodynie doit débiter par une manipulation du coccyx réalisé par voie rectale.

En effet, dans le protocole proposé en thérapie manuelle, ce travail n'interviendra qu'après 2 séances de traitement manuel réalisées par voie externe, et appliquées à l'ensemble des structures anatomiques précédemment citées. Ensuite sera proposé le traitement par voie rectale, si et seulement si il reste nécessaire ! Car dans près de la moitié des cas (selon expérience personnelle), la douleur aura cédé après les 2 premières séances.

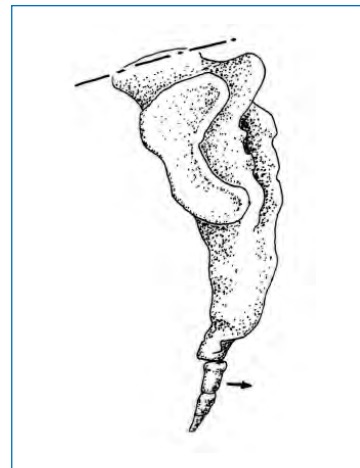
Prendre en charge une coccygodynie avec lésion osseuse (figure 6)

Voici les différentes pathologies radiologiquement visualisables et génératrices de coccygodynie, accompagnées de leurs axes de prise en charge.

La plupart de ces étiologies sont de bonnes candidates aux infiltrations (comportant un anesthésique local, avec ajout éventuel de corticoïde). Certains spécialistes combinent l'infiltration à de la radiofréquence pulsée.

L'infiltration peut également constituer un bloc test qui, lorsqu'il est positif (diminution immédiate de la douleur d'au moins 50% pendant au moins 1 heure), est une bonne indication de chirurgie par coccygectomie totale ou partielle.

Figure 6



Dans tous les cas, la première ligne de traitement sera toujours une thérapie manuelle, la seconde ligne repose sur les infiltrations, et la troisième ligne envisagée sera la chirurgie d'exérèse.

La fracture coccygienne

Rarissime, la fracture coccygienne génère une coccygodynie qui devrait être spontanément résolue en 4 semaines. L'abstention sera donc de mise, accompagnée des antalgiques adaptés.

Les pathologies articulaires

L'articulation sacro-coccygienne présente un disque intervertébral mince, pouvant donc être atteint de discopathie notamment par inflammation et calcification.

Concernant les articulations inter coccygiennes, il existe des variabilités anatomiques avec présence ou non de disques.

Ces articulations peuvent également souffrir de pathologie arthrosique.

La prise en charge est donc commune aux autres discopathies et maladies arthrosiques : à savoir la conduite de thérapies manuelles selon l'algorithme diagnostique, et les infiltrations.

La luxation postérieure du coccyx

Fréquente, sa résolution dépendra du caractère positionnel ou permanent de la luxation.

Pour une luxation post traumatique ou permanente, le traitement manuel sera un bon outil thérapeutique.

Concernant la luxation positionnelle, elle est souvent incriminée par les défauts de rotation sagittale pelvienne. La prise en charge sera donc adaptée à la cause de cette faible rotation : rigidité du rachis lombaire, IMC élevé, habitude dynamique du passage en position assise.

L'hypermobilité coccygienne

Celle-ci peut être provoquée par une hyperlaxité du patient ou, à l'inverse des situations précédemment évoquées, par une trop forte rotation pelvienne sagittale au passage en position assise qui accentue la flexion coccygienne (au-delà de 30°), et provoque la douleur. Cette dernière situation se retrouve le plus souvent chez le sujet maigre.

Il s'agira ici de modifier les habitudes dynamiques du passage en position assise. Les infiltrations sont également utiles au soulagement du patient.

I L'épine coccygienne ou spicule

Cette particularité anatomique (figure 7) génère une agression des tissus mous par l'épine en position assise, aboutissant à une inflammation locale à l'origine de la douleur.

L'examen clinique retrouve fréquemment une fossette du pli interfessier.

La douleur est alors décrite très superficielle, avec une sensibilité de contact inhérente au caractère inflammatoire.

La présence d'une spicule peut rester totalement asymptomatique. L'apparition de la douleur pourra être provoquée par une rigidification de l'articulation sacro-coccygienne majorant la pression de l'épine sur les tissus mous, ou par un amaigrissement amenuisant la couche graisseuse entourant l'épine.

En cas d'échec des premières lignes de prise en charge, une chirurgie consistant au rabotement de l'épine pourra être envisagée.

■ QUID DE LA COMPOSANTE ÉMOTIONNELLE ?

La coccygodynie peut parfois, comme bien d'autres symptômes, avoir une composante somatoémotionnelle.

L'implication du ganglion impar n'est sans doute pas anodine à cela.

C'est pour cette raison que dans ce tableau de douleur chronique comme pour tous les autres, le contexte d'apparition de la douleur est important à interroger, qu'il y ait traumatisme direct sur le coccyx ou non. Ce point sera d'autant plus important que la douleur sera intriquée dans un tableau de sensibilisation.

Voici 2 exemples de cas cliniques rencontrés au cabinet pour illustrer ce propos.

1. Une patiente se présente pour coccygodynie suite à un traumatisme : une chute sur les fesses. Le traitement manuel est appliqué selon le protocole idoine, permettant une atténuation partielle de la symptomatologie. La radiologie alors réalisée ne révèle aucune anomalie de la pièce coccygienne ni de l'ensemble sacro-coccygien. A ce stade l'examen clinique retrouve un coccyx parfaitement mobilisable. Pourtant la douleur persiste. Finalement, il s'avère que la chute sur le coccyx avait été provoquée par le conjoint qui, lors d'une dispute, avait bousculé la patiente dans la cuisine (détail sans doute important). L'évènement était unique, le conjoint s'était excusé et présentait une nette culpabilité, mais cet élément déclencheur n'était pas totalement accepté par la patiente. Un complément de prise en charge par un thérapeute aura permis la résolution de la douleur.
2. Une jeune fille de 12 ans se présente pour coccygodynie sans aucun élément déclencheur identifiable. Elle ne présente aucun facteur facilitateur pouvant expliquer sa douleur (contrairement, à titre d'exemple, à une autre jeune fille de 10 ans qui avait déclenché une coccygodynie d'aggravation progressive dans un contexte de pratique d'équitation). A l'examen clinique externe le coccyx est mobile, indolore, et aucun SMF de la fesse n'est retrouvé. Il s'avère, après interrogatoire, que la patiente subissait un harcèlement scolaire ayant déclenché sa plainte somatique.

■ CONCLUSION

La coccygodynie fait partie du panel des douleurs pelvi-périnéales chroniques, invalidant fortement les patients touchés qui se voient contraints de limiter le temps passé en position assise. Qu'en est-il pour eux de la sérénité d'un travail de bureau, de la qualité d'un transport assis, ou simplement du plaisir partagé d'un repas convivial ?

Figure 7

