

COCCYGODYNIES CHRONIQUES DU POST PARTUM & PLACE DE LA MESOTHERAPIE

Dr El Mokhtari – Assarini Majida,

INTRODUCTION

Lors de l'accouchement, le franchissement de la filière pelvi-génitale par le fœtus est à l'origine de multiples douleurs pelviennes dont les coccygodynies. Celles-ci peuvent s'améliorer spontanément avec ou sans prise d'antalgiques. Il s'agit des coccygodynies aiguës.

Au-delà de 8 semaines, ces douleurs sont conventionnellement qualifiées de coccygodynies chroniques, plus difficiles à traiter.

Les traitements proposés actuellement, seuls ou en association, sont les traitements conservateurs per os (antalgiques et les AINS), les injections in situ (radio guidée ou non) de stéroïdes, les techniques manuelles et enfin la coccygectomie chirurgicale pour les cas les plus récalcitrants.

Aucun article abordant le traitement par mésothérapie des coccygodynies chroniques du post partum n'a été retrouvé dans la littérature.

Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité du traitement par mésothérapie dans cette indication. Et ce, afin de l'intégrer à l'arsenal thérapeutique antalgique disponible.

Définition

La douleur de coccygodynie commune présente deux caractéristiques essentielles: elle est localisée à l'aire coccygienne, sans irradiation significative et est très augmentée ou n'existe qu'en station assise. Il est donc essentiel de demander au patient de tourner le dos à l'examineur et de montrer avec un seul doigt la zone douloureuse, qui doit correspondre au coccyx.

Les coccygodynies sont d'abord aiguës puis deviennent chroniques, par convention, au-delà de deux mois.

Elles sont attribuées à l'accouchement lorsqu'elles surviennent moins de 2 semaines après celui-ci.

Physiopathologie

Anatomiquement, le coccyx est constitué de 4 pièces osseuses d'une longueur de 1 à 5cm. Il est rattaché au sacrum par les ligaments sacro-coccygiens:

Les ligaments sacro-coccygiens antérieurs,

Les ligaments sacro-coccygiens postérieurs,

Les ligaments sacro-coccygiens latéraux.

Ces ligaments doivent permettre une bonne mobilité en maintenant les structures sacro-coccygiennes.

Les mouvements physiologiques du coccyx sont des mouvements de flexion et extension. La flexion (en avant) est liée à la contraction des releveurs de l'anus et du sphincter externe. L'extension (arrière) est liée à

la relaxation de ces muscles et à la pression intra abdominale qui survient lors de la défécation et de l'accouchement.

Lors de l'accouchement, la tête du fœtus doit franchir le bassin maternel en passant par trois détroits: un détroit supérieur, un détroit moyen, et un détroit inférieur.

Le détroit supérieur est le premier passage osseux pour le fœtus, qui s'engage dans le bassin. Pour passer le détroit supérieur, la tête fœtale effectue une première rotation dans un des diamètres obliques. Il se produit le mouvement de contre-nutation, qui permet d'agrandir le détroit supérieur en mobilisant le sacrum et les os iliaques.

Le coccyx avance et le plateau sacré recule lors de l'engagement dans le détroit supérieur.

Lors de la contre-nutation, les ailes iliaques s'écartent et les ischions se rapprochent.

Puis la tête fœtale descend dans le bassin et pénètre dans le détroit moyen où s'effectue une deuxième rotation. Elle rencontre alors les muscles profonds du plancher pelvien. A ce niveau, entre les épines sciatiques, l'excavation est plus étroite: la tête se tourne d'un quart de tour pour placer sa face vers le sacrum, puis se fléchit.

Enfin, la tête atteint le détroit inférieur. C'est la phase dite d'expulsion, la tête fœtale va se défléchir pour effectuer sa sortie. Il va se produire le mouvement de nutation (inverse du mouvement de contre-nutation), de rétroimpulsion du coccyx, ainsi qu'un léger mouvement de glissement et d'écartement de la symphyse pubienne. L'ensemble de ces mouvements vont permettre d'élargir le détroit inférieur.

Diagnostic clinique

L'interrogatoire du patient souffrant de coccygodynie doit comprendre les étapes suivantes: assurer le diagnostic, préciser l'ancienneté des troubles, chercher une cause et évaluer le retentissement.

La présence d'une vive douleur lors du passage de la position assise à debout est un signe de lésion radiologique, en général une luxation, parfois de spicule.

Il est important de faire préciser si la douleur lombaire est survenue après ou avant la survenue de la coccygodynie.

Apparue après, elle peut être liée aux mauvaises positions que le patient prend pour éviter ou minimiser sa douleur coccygienne.

Apparue avant, elle peut avoir joué un rôle dans la survenue de la coccygodynie.

La douleur peut être plus ou moins bien supportée. C'est surtout à l'occasion des trajets en voiture que l'on peut le mieux juger de la gêne, car tous les patients ont mal. Dans certains cas, tout trajet en voiture peut être impossible. Au travail, les patients qui peuvent travailler debout sont évidemment moins pénalisés.

Comme dans toute douleur vertébrale, la recherche de signes d'alerte est indispensable, une douleur de la région coccygienne pouvant révéler une pathologie pelvienne ou lombaire grave.

L'examen clinique doit être pratiqué sur un patient en décubitus ventral. On cherche d'abord la présence d'une fossette cutanée, voire d'un sinus pilonidal (dont la présence signale celle d'un spicule) dans le pli fessier. On cherche le long du coccyx si le point le plus douloureux (celui dont la pression reproduit le mieux la douleur) correspond à un disque (sacro ou inter-coccygien) ou à la pointe du coccyx, et si un spicule osseux est palpable à ce niveau. L'examen intra-rectal est facultatif.

Diagnostic paraclinique

La réalisation d'examens est liée à l'identification d'éléments en faveur de la présence d'une lésion radiologique.

<i>En faveur de la présence d'une lésion radiologique</i>	<i>En faveur de radiographies normales</i>
Douleur localisée au coccyx	Douleur tendant à diffuser vers les fesses et les cuisses
Douleur uniquement en station assise	Douleur significative présente aussi debout
Douleur au relevé (surtout si spontanée)	Absence de douleur au relevé
Douleur survenant immédiatement lors de la station assise	Douleur ne survenant qu'au-delà de 30 à 60 minutes de station assise
Station assise douloureuse dès le début de la journée	Station assise douloureuse surtout en fin de journée
Douleur soulagée au moins un mois par une injection de stéroïde	Douleur non soulagée par une injection de stéroïde

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Toute douleur plus diffuse que celles décrites ou toute douleur présente indifféremment en position debout ou assise ne constitue pas une coccygodynie commune.

Il faudra chercher: une névralgie pudendale, une irradiation lombaire, une pathologie lombo-sacrée ou sacro-iliaque, une pathologie anale ou recto-anale, un syndrome dépressif.

Traitements actuellement proposés

Les moyens médicamenteux per os: les antalgiques (niveaux 1, 2 et 3) et anti-inflammatoires.

Les injections coccygiennes intra discale de stéroïdes: acétate de prednisolone.

Les blocs anesthésiques.

Le traitement manuel ostéopathie.

Le traitement manuel est le plus ancien traitement de la coccygodynie. Les techniques de base sont le massage des releveurs, la mobilisation du coccyx en extension et l'étirement des releveurs. Elles se pratiquent par voie rectale, à raison de trois à quatre séances en deux semaines en moyenne.

Trois techniques manuelles: celle de Thiele, la plus ancienne (massage interne des muscles releveurs de l'anus, s'insérant sur les bords latéraux du coccyx), la

technique avec un étirement léger des releveurs (sans action sur le coccyx lui-même), la technique mobilisant le coccyx en pleine extension. Les deux dernières techniques sont attribuées au Dr Maigne.

Le traitement chirurgical.

La coccygectomie s'adresse exclusivement aux instabilités invalidantes, non soulagées par d'autres moyens.

Un contexte d'accident de travail ou de conflit médico-légal est péjoratif. De même, les patients avec instabilité, et n'ayant pas répondu du tout à l'injection intradiscale sont plus à risque de mauvais résultat.

MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'un essai clinique simple, non contrôlé, non randomisé. L'accueil et le traitement des patientes s'est déroulé au sein d'un cabinet de ville de médecine générale entre Janvier 2017 et Avril 2017.

Il s'agit de 6 femmes âgées de 28 à 45 ans ayant accouché par voie basse et répondant aux critères d'inclusion. Les coccygodynies doivent être:

- postérieures à la grossesse,
- apparues à moins de 2 semaines du post partum,
- persistantes depuis plus de 8 semaines,
- non liées à un traumatisme autre que l'accouchement,
- chez une femme non allaitante.

Les critères d'exclusion retenus sont:

- une infection du site d'injection
- l'allaitement.

Les patientes répondant aux critères sont incluses après information et recueil oral de leur consentement.

Elles reçoivent le mélange principal en IDP et le mélange complémentaire en IED à J1, J8 et J15.

En IDP, les points d'injection correspondent aux points douloureux montrés par la patiente et à ceux retrouvés à la palpation.

En IED, l'ensemble de la région sacro coccygienne est couvert.

L'évaluation de la douleur se fait à J1, J8, J15 et J22 en utilisant l'échelle visuelle analogique (EVA) numérique.

Cette évaluation prend en compte la douleur ressentie spontanément mais également celle ressentie à la palpation de la région sacro coccygienne.

Les patientes peuvent avoir recours aux antalgiques avec consignation de la nature des produits pris (paracétamol et/ou ibuprofène) et du moment des prises. Cette consignation débute 7 jours avant la première séance de mésothérapie (J-7) et continue jusqu'à la consultation de contrôle à J22.

PRODUITS ET TECHNIQUES D'INJECTION

Les produits sont administrés en technique manuelle mixte.

En IDP, le mélange principal comportant:

- La lidocaïne 1% (2cc) qui atténue la douleur de l'injection et potentialise l'action des autres molécules.
- Le piroxicam (1cc), AINS, qui a des propriétés antalgiques

La revue de Mésothérapie

- La cacitonine 100 UI (1cc) qui a des propriétés antalgiques et anti inflammatoires avec une action sur la microcirculation.

En IED, le mélange complémentaire comportant:

- La lidocaïne 1% (2cc)
- Le thiocolchicoside 2cc qui a des propriétés défibrantes et myorelaxantes.

Description des cas & résultats

AJ1

Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 7,7/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ8

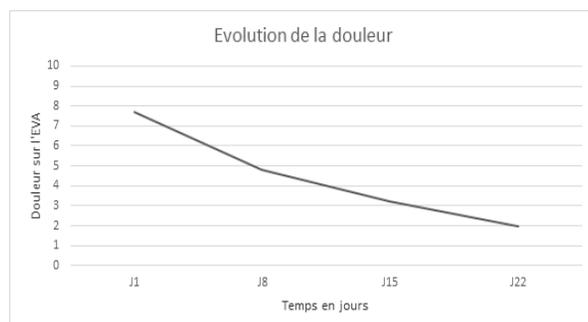
Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 4,8/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ15

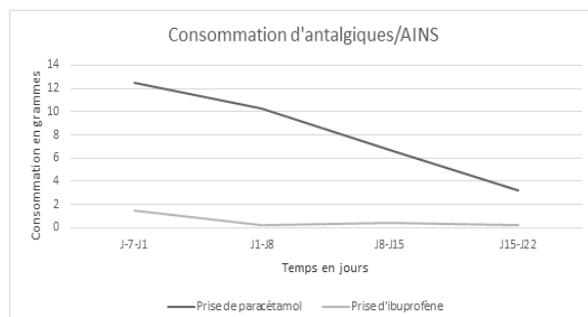
Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 3,2/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ22

Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 2/10 pour l'ensemble du groupe.



Il n'y a eu aucun effet indésirable suite à la mésothérapie. Il n'y a eu aucun effet indésirable suite à la prise orale de paracétamol et/ou d'ibuprofène.



La coccygodynie est réduite chez toutes les patientes. L'EVA moyen est passé de 7,7/10 à J1, à 2/10 à J22. Toutes les patientes traitées par mésothérapie ont réduit leur consommation de paracétamol et d'ibuprofène.

DISCUSSION

Les résultats, encourageants, sont à discuter en prenant en compte les biais de l'étude.

Il s'agit d'une étude simple non randomisée avec un effectif réduit.

La consommation de paracétamol et d'ibuprofène était parfois liée à d'autres motifs que les coccygodynies, engendrant ainsi un autre biais.

Aucune donnée de la littérature, concernant le traitement des coccygodynies chroniques par mésothérapie, n'a été retrouvé.

La réalisation d'études avec un effectif plus important permettrait de confirmer ou d'infirmer les résultats de cette étude.

CONCLUSION

Les coccygodynies chroniques du post partum semblent être une bonne indication du traitement par mésothérapie. Les douleurs ont été soulagées dès la première séance.

Afin de confirmer ou d'infirmer ces résultats, il serait préférable de mener des études avec un effectif plus important. L'élargissement de l'indication aux coccygodynies du post partum compliquées (avec lésion radiologiques) en association aux autres traitements seraient intéressantes pour ajouter la mésothérapie à l'arsenal thérapeutique du traitement des coccygodynies chroniques compliquées ou non.

BIBLIOGRAPHIE

Calais-Germain B., Le périnée féminin et l'accouchement. Édition Désiris, 2006, 158p

Actualités sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la coccygodynie.

Samira Lahrabli, Ngor side Diagne, Loubna Riah, Fatima Lmidmani, Abdelatif El Fatimi
Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Ibn Rochd, Casablanca - Maroc.

Les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux.

Dr Jean-Yves Maigne, 2004

Post partum coccygodynia: a case series study of 57 women.
J.Y Maigne, F.Rusakiewicz, M. Diouf
EUR J PHYS REHABIL MED 2012; 48: 387-92

Favourable outcomes of coccygectomy for refractory coccygodynia

B Haddad, V Prasad, W Khan, M Alam, S Tucker
Royal National Orthopaedic Hospital NHS Trust, UK
Ann R Coll Surg Engl 2014; 96: 136-139

La revue de Mésothérapie

Patientes	Âge années	Parité	DAS*	DPC**	Douleur EVA à J1	Douleur EVA à J8	Douleur EVA à J15	Douleur EVA à J22
H.F	44	G3P4	10	7	7	5	2	1
G.D	38	G2P2	4	13	8	6	3	2
E.D	28	G2P2	2	9	9	6	4	3
E.M	36	G3P2	9	3	6	4	3	3
K.R	45	G6P6	6	4	7	3	3	1
K.G	33	G1P1	3	3	8	5	4	2
Moyenne	37,3	G3P3	5,7	6,5	7,5	4,8	3,2	2

Evolution de la douleur au cours du traitement par mésothérapie

**Délai d'apparition des symptômes après l'accouchement (jours)*

***Délai entre l'apparition des symptômes et le début de la prise en charge par mésothérapie (mois)*

Patientes	J-7- J1 Para.*	J-7- J1 Ibu.**	J1-J8 Para.	J1-J8 Ibu.	J8-J15 Para.	J8-J15 Ibu.	J15-J22 Para.	J15-J22 Ibu.
H.F	14	0	10	0	6	0	2	0
G.D	8	2,8	8	0,8	6	0,4	3	0
E.D	16	2,4	14	2	9	0,8	5	0,4
E.M	7	0	6	0	4	0	3	0
K.R	14	3,2	11	2	8	0,8	2	0,8
K.G	16	0,8	12	0,8	7	0,4	4	0,4
Consommation moyenne	12,5	1,5	10,2	0,9	6,7	0,4	3,2	0,27

Paracétamol : 1 gramme par priseIbuprofène : 400 milligrammes par prise
Antalgiques au cours de l'étude: nature et quantité en grammes*