

Manipulation du coccyx

Une étude randomisée contrôlée

Jean-Yves Maigne, Gilles Chatellier,
Michel Le Faou, Marie Archambeau

AMR 2005

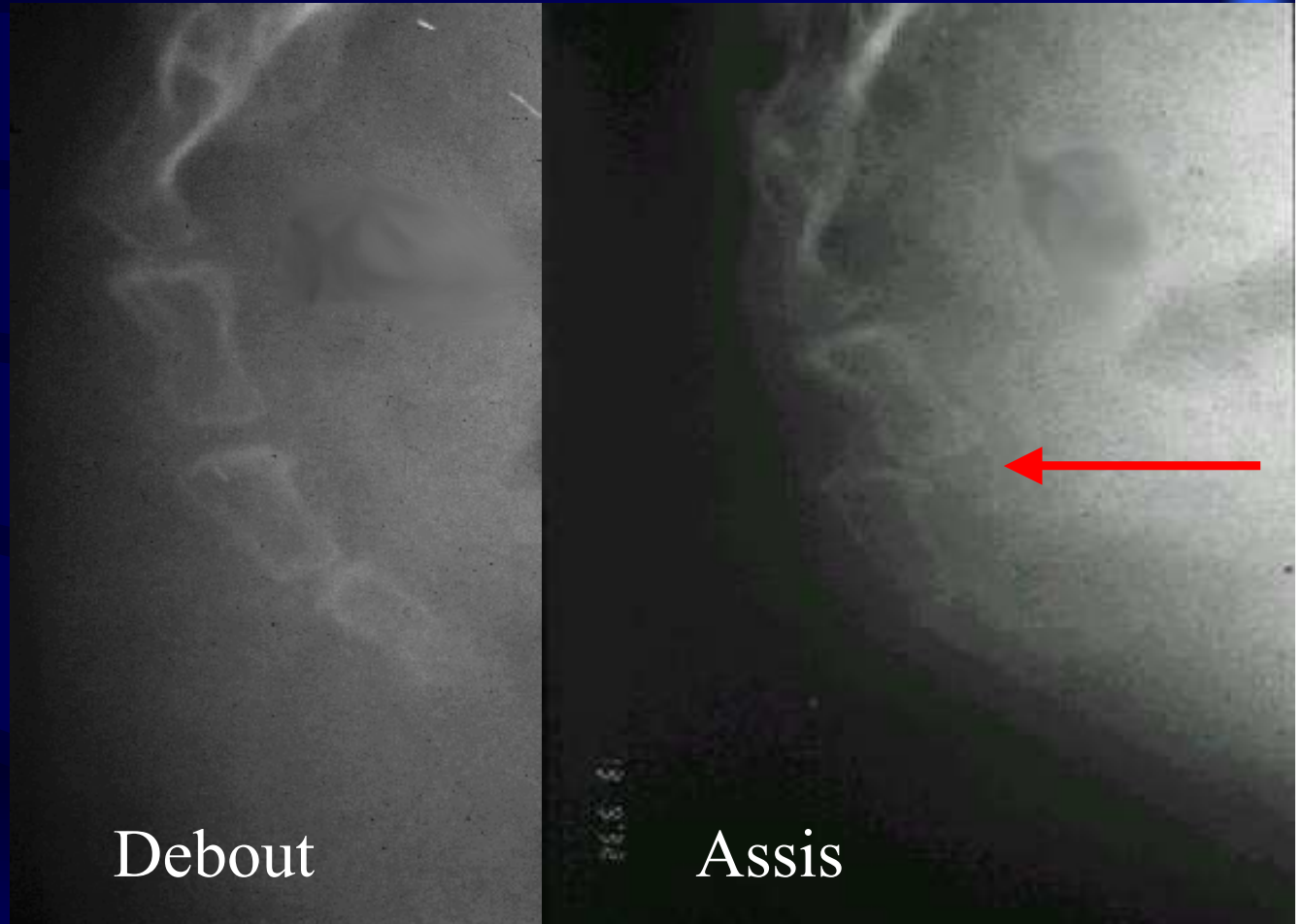
Données classiques

- Coccygodynie :
 - Douleur en regard du coccyx
 - Aggravée si assis (et parfois au relever)
- Classification en 4 groupes (JY Maigne)

1) Luxation	—	Coccyx instable
2) Hypermobilité	—	Coccyx instable
3) Coccyx rigide	—	Coccyx stable
4) Mobilité normale	—	Coccyx stable

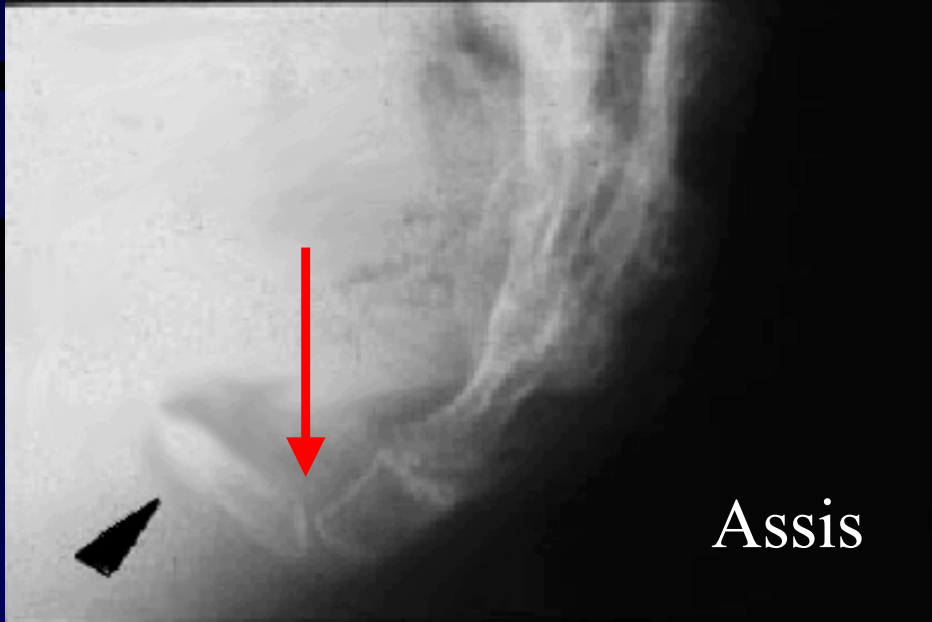
1) Luxation

- Postérieure
- Patients obèses
- 22% des cas
- Tjrs pathologique



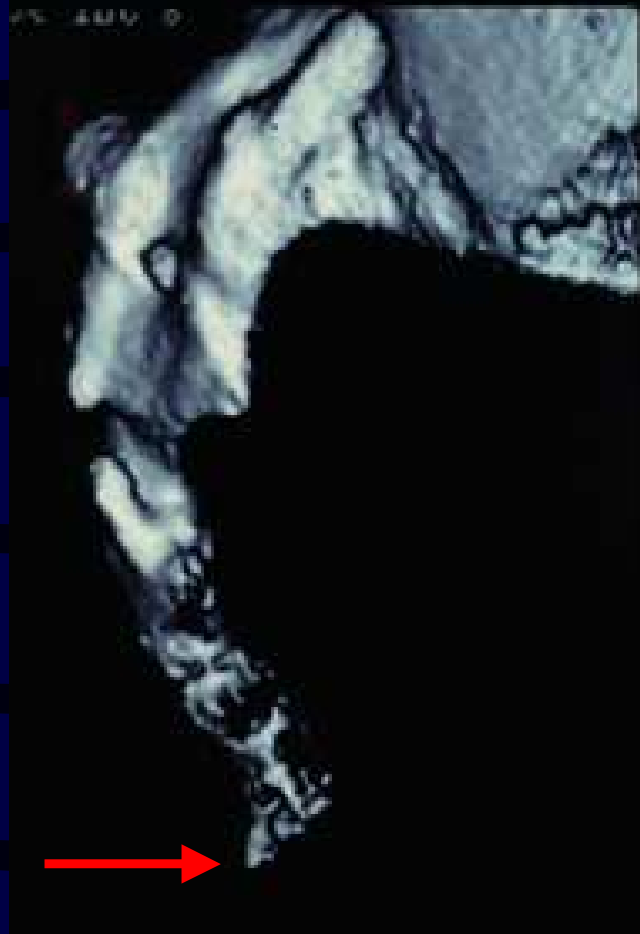
2) Hypermobilité

Debout



Assis

- $>25-30^\circ$ de flexion
- 25% des cas
- Difficulté dans les cas limites



3) Coccyx rigide

- 25% des cas
- Douleur à la pointe
- Souvent « épine »



4) Coccyx à mobilité normale

- Flexion de 5° à 25°
- Pas de lésion évidente
- Discopathie inflammatoire ?

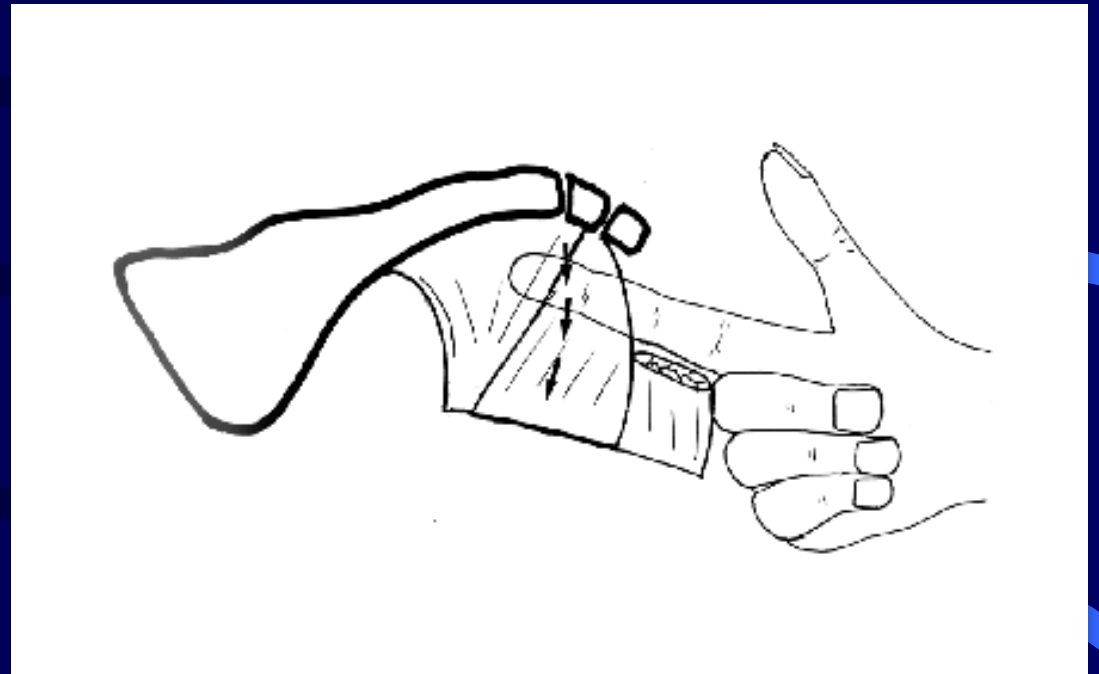


2^{ème} rappel : traitements manuels

- Ambroise Paré (XVI^{ème} siècle)
- Thiele (1937) : massage du levator ani
- Mobilisations :
 - En ambulatoire (Mennell, 1952)
 - Sous anesthésie générale
- R Maigne (1961) : étirement en extension
- JY Maigne : étirement isolé du levator ani (2001)

Massage du Levator Ani

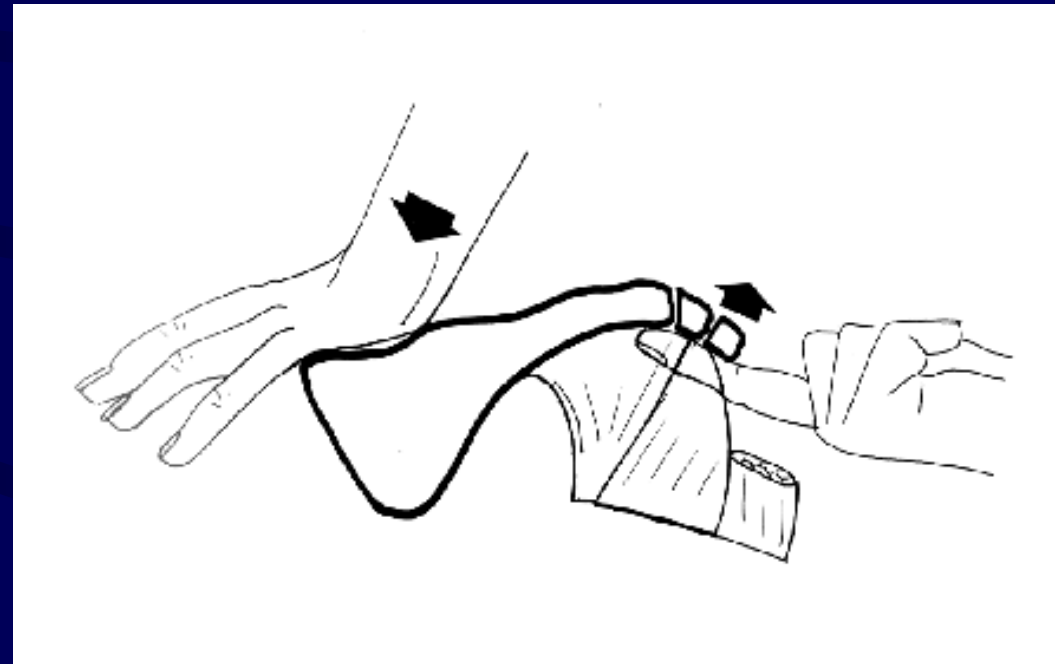
- Massage dans la direction des fibres, « as a strop stroked by a razor »
- Du côté douloureux



12 séances recommandées!

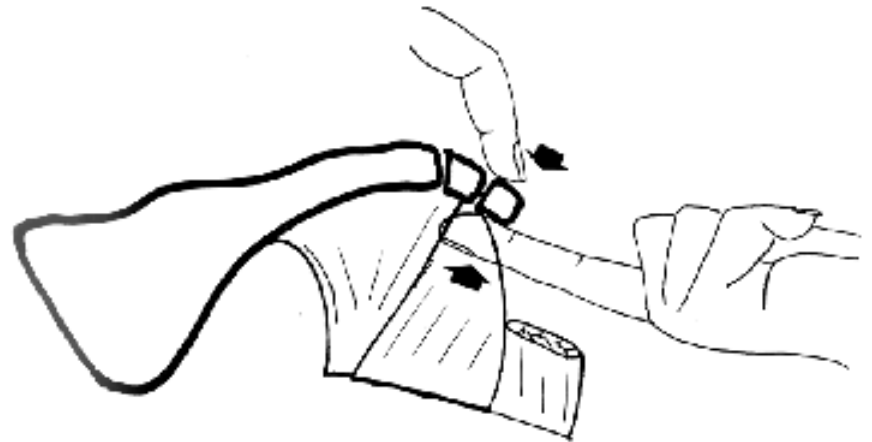
Mobilisation Coccygienne

- Coccyx maintenu en extension
- Contre pression exercée via le talon de la main
- Accroissement progressif de la pression externe
- 1 ou 2 sessions recommandées (30 sec chaque)



Etirement du Levator ani

- Etirement progressif du Levator ani
- Jusqu'au contact avec le coccyx
- Pendant 30 sec.
- Peut être précédée d'une contraction volontaire du sphincter



3^{ème} rappel : étude Spine 2001

- Coccygodynies chroniques (>2 mois)
- Radiographies dynamiques
- Randomisation en 3 groupes de 25 :
 - 25 massages (Thiele)
 - 25 mobilisations en extension (R Maigne)
 - 25 étirement du levator ani (JY Maigne)
- 3 séances en 10 jours

Spine 2001 Evaluation

- Echelle Visuelle Analogique (EVA) :
« Douleur moyenne des 3 derniers jours en station assise »
- Au 7^o jour & 1^{er}, 6^{ème} et 24^{ème} mois
- Observateur indépendant

Spine 2001

Résultats sur 74 patients

- 1 patient perdu de vue
- Taux global de bons résultats
 - 32.5% à 1 mois
 - 25.7% à 6 mois
 - 23% à 24 mois
- Passage à un mois critique : 4 rechutes
- Pas de changement entre 6 et 24 mois

Résultats en fonction de la cause

Diagnostic	Echec	Satisfaisant
Luxation n=18	14 (77.8%)	4 (22.2%)
Hypermobilité n=20	15 (75%)	5 (25%)
Coccyx rigide n=20	17 (85%)	3 (<u>15%</u>)
Mobilité normale n=16	9 (56.2%)	7 (<u>43.8%</u>)

$P = 0.16$

Conclusions de l'étude Spine 2001

- Meilleure technique : combinaison
 - Massage + étirement léger si extension
 - Mobilisation en extension si flexion
- Meilleure indication: logique pure
 - Douleur liée à une inflammation : non
 - Lésion sévère : non
 - Coccyx à mobilité normale ou subnormale : oui

Notre étude « RC »

- Octobre 1999 à avril 2003 : 286 patients vus
- Inclusion si :
 - Coccygodynie chronique (> deux mois)
 - Âge > 25 ans et < 70 ans
 - **Absence de traitement antidépresseur en cours**
 - Absence de litige médico-légal ou d'accident du travail causal
 - Bonne maîtrise de la langue française
 - Absence de traitement manuel antérieur
 - Acceptation de l'étude (TR)

Notre étude : méthode

- Âge, sexe, IMC, durée d'évolution
- Traumatisme causal (< 1 mois)
- Tonus des releveurs
- Radios dynamiques (stable / instable)
- Questionnaires (total sur 360)
 - EVA sur 100
 - McGill abrégé (St Antoine) sur 60
 - Dallas sur 100
 - Paris sur 100

Notre étude : méthode

- Tirage au sort de la modalité thérapeutique (enveloppes scellées)
- Liste de randomisation
- Accord écrit du patient
- Approbation du comité d'éthique

Traitements

- 3 séances de traitement manuel composite
- Durée 5 minutes chaque séance

ou

- 3 séances d'électrothérapie externe sur le sacrum, avec intensité minimale
- Durée 15 minutes chaque séance

Suivi

- Suivi à un mois
 - Questionnaires
 - Entretien téléphonique (observateur indépendant)
 - Résultat insuffisant : sortie d'étude (« échec »)
 - Autres cas : attendre encore 5 mois
- Suivi à six mois
 - Questionnaires
 - Entretien téléphonique (observateur indépendant)

Définition d'un « bon résultat »

- Bon résultat :
 - 50% de mieux à un mois
 - ET 60% de mieux à 6 mois
- Tous les autres cas de figure sont des mauvais résultats

Résultats à un mois

- 102 inclus, 2 perdus de vue soit 50 patients par groupe
- A un mois : critère principal

Echelle (p)	McGill (p=0,03)	Hotel- Dieu (p=0,02)	VAS (p=0,09)	Dallas (p=0,02)
Manip	11,5	40,0	40,5	24,5
Placebo	18,0	60,0	55,0	35,0

Bons résultats à un et six mois

(Critère secondaire)

- Bons résultats à un mois : 36% vs 20%, $p=0.075$
- Bons résultats à six mois : 22% vs 12%, $p=0.18$
- Quelque soit la barre, 2 contre 1

Facteurs de bon pronostic

- Courte durée d'évolution (médiane : 5 *vs* 18 mois), présence d'un trauma initial
- Tonus pelvien normal (non diminué)
- Coccyx stable (31% de bons résultats)
- Scores faibles aux items **psychologiques** des questionnaires McGill et Dallas

Place de la manipulation

- En première intention chez le sujet cumulant les bons éléments pronostiques
 - Récent, post traumatique
 - Sans lésion radiologique
 - Pas déprimé
- Après échec de l'infiltration chez les autres
- Sauf si lésion sévère : chirurgie

Merci