

Kokzygodynie

H. Mlitz, W. Jost

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeit vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Anhand des Erkenntnismaterials wurde sie von den Autoren verfasst und anschließend in drei mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Randomisierte kontrollierte klinische Studien zu diesem Thema existieren nicht.

Definition

Als Kokzygodynie werden Schmerzen unterschiedlicher Qualität bezeichnet, die vom Steißbein ausgehen und in die Sakralregion ausstrahlen, wobei häufig kein pathognomonisches Substrat nachweisbar ist. Die Erstbeschreibung erfolgte 1859 durch James Y. Simpson (Stein). Synonym verwendet wird der Begriff Steißbein neuralgie (Baciu et al.). Von der sogenannten idiopathischen Kokzygodynie wird die traumatische Kokzygodynie unterschieden. Ihr gehen Traumen voraus; u.U. lassen sich dann radiologisch pathomorphologische Veränderungen (Subluxation, Luxation, Fraktur) nachweisen (Buchmann, Maigne). Die Kokzygodynie verursacht meist ziehende bzw. stechende, z. T. lang anhaltende Schmerzen, die beim Sitzen, sich Hinsetzen, Aufstehen oder der Defäkation entstehen, also vorzugsweise dann, wenn Kräfte auf das Steißbein einwirken (Buchmann).

Häufigkeit

Die Kokzygodynie ist relativ selten. Betroffen sind vor allem Frauen im mittleren Lebensalter (Bayne et al., Buchmann, Kim et al., Tilscher et al., Zayer). Lediglich bei Grosso et al. findet sich bei einer kleinen Fallzahl ein Geschlechtsverhältnis von 2:1 von Männern zu Frauen.

Ätiopathogenese

Bei der idiopathischen Kokzygodynie läßt sich eine Ursache der Beschwerden nicht feststellen (Kim et al., Postacchini et al.). Andererseits finden sich Einzelmitteilungen, in denen das Krankheitsbild der Kokzygodynie auf pathomorphologische Veränderungen zurückgeführt wird. So sind Tumoren als Auslöser der Schmerzen beschrieben, wie beispielsweise eine Arachnoid-Zyste der Cauda equina (Kepski), eine Sakralnerven-Zyste (Ziegler et al.) oder auch Glomustumore (Duncan et al., Nutz et al.). Peri- und intracoccygeale Glomuskörper kommen jedoch als Normalbefunde in jedem Lebensalter vor (Albrecht et al.); sie unterscheiden sich histologisch nicht von den beschriebenen intracoccygealen Glomustumoren, und ihre Rolle bei der Entstehung der Kokzygodynie ist fraglich (Albrecht et al.).

Nach Buchmann und Kim et al. ist die traumatische Kokzygodynie häufiger anzutreffen als die idiopathische.

Frakturen als Folge stumpfer Traumen sind aufgrund der hohen Beweglichkeit des Steißbeines eher selten (Nutz et al.), Kontusion, Subluxation und Luxation dagegen häufiger zu diagnostizieren. Auch Geburtstraumen wurden als Auslöser einer Kokzygodynie beschrieben (Baciu et al., Bayne et al., Buchmann).

In einigen Arbeiten wird auf die Vergesellschaftung einer Kokzygodynie mit Depressionen oder sonstigen psychischen Störungen hingewiesen (Maigne et al. (1994), Nutz et al., Stein, Winkler); Maroy hält die Kokzygodynie gar für einen Hinweis auf eine larvierte Depression. Auch eine rheumatische Genese oder eine Ligamentose im Sinne einer Insertionstendopathie kommen als Ursache starker Schmerzen im Sakralbereich in Frage (Grant et al., Nutz et al.). Auffallend oft leiden Patienten mit Morbus Bechterew unter einer Kokzygodynie (Winkler). Traycoff et al. differenzieren zwischen der echten Kokzygodynie, die ihren Ursprung im

sacrococcygealen Gelenk hat, und der Pseudo-Kokzygodynie, bei der der Schmerz lediglich in den Sakralbereich ausstrahlt. Die Differentialdiagnose wird mittels Lokalanästhesie in den Gelenkspalt gestellt. Inwieweit die oben beschriebenen Zusammenhänge dem Krankheitsbild der Kokzygodynie kausal zugeordnet werden können, bedarf der weiteren wissenschaftlichen Klärung.

Symptome

Die Patienten klagen über ziehende, stechende Schmerzen in der Steißbeinregion, die in die Hüft-, die Lumbal- und die Analregion ausstrahlen können (Winkler) und von Tagen bis zu mehreren Wochen anhalten können. Meist treten sie auf im Sitzen (Maigne et al., Polkinghorn et al.), beim Hinsetzen (Polkinghorn et al.), der Defäkation (Kim et al.) und beim Koitus (Baciu et al.). Typischerweise können sie vom Untersucher bei der Palpation oder beim Bewegen des Steißbeines ausgelöst werden. Ausgangspunkt der Schmerzen können der sacrococcygeale Übergang sein (Traycoff et al.), ebenso wie das Periost und der Bandansatz. Baciu et al. weisen darauf hin, daß zwischen einem traumatischen Ereignis und dem Auftreten der typischen Schmerzsymptomatik eine Latenzzeit bestehen kann.

Diagnostik

Die Diagnose beruht auf der Schmerzauslösung durch Palpation des Steißbeines von außen bzw. transrektal und durch bidigitales Bewegen der Steißbeinspitze. Röntgenuntersuchungen des Steißbeines, vor allem im seitlichen Strahlengang, können bei vermeintlich idiopathischer Kokzygodynie pathologische Befunde aufzeigen: So fand Buchmann bei vermeintlicher idiopathischer Kokzygodynie eindeutige Veränderungen, wie Subluxation, Luxation und auch frakturähnliche Veränderungen, ohne dass den Patienten ein Trauma erinnerlich war. Maigne et al. (1992) konnten bei acht von 30 Patienten mit idiopathischer Kokzygodynie in sitzender Position eine posteriore Sublokation des Steißbeines nachweisen, die im Liegen nicht sichtbar

war. Beschrieben, aber nicht in der Routine etabliert sind das Ausmessen der Beweglichkeit des Steißbeines (Maigne et al. 1996) und des intercoccygealen Winkels (zwischen dem ersten und letzten Coccygealsegment) (Kim et al.), die radiologische Begutachtung des sacrococcygealen Winkels (Yamashita), der bei Frauen häufig größer ist als bei Männern, der Nachweis unterschiedlich ausgeprägter bzw. unterschiedlich häufiger knöcherner Verschmelzung im Bereich des sacrococcygealem Übergang bzw. der rudimentären Steißbeinwirbel und der Nachweis unterschiedlicher Steißbeinformen (Postacchini et al.).

Differentialdiagnose

Alle mit Schmerzen einhergehenden anorektalen Erkrankungen, insbesondere tiefsitzende Rektumtumore, gynäkologische, urologische, orthopädische oder neurologische Affektionen müssen ausgeschlossen werden. Ähnliche bzw. sich überlagernde Beschwerden können verursacht werden durch das Descending-Perineum-Syndrom, das Anogenital-Syndrom und die Proctalgia fugax.

Therapie

Ähnlich vielseitig wie die Ursachen der Kokzygodynie sind auch die Therapiekonzepte. Vorrang hat die konservative-symptomatische Behandlung (Valen et al.). So werden neben physikalischen Maßnahmen, wie Sitzbädern und Fangopackungen (Baciu et al.), auch Massagen von Beckenboden und Mobilisation des Steißbeins sowie Akupunktur vorgeschlagen (Gattaullin et al.). Polkinghorn et al. sahen positive Effekte bei chiropraktischen Maßnahmen. Medikamentös werden mit Erfolg, vor allem beim Vorliegen einer Depression, Antidepressiva angewandt (Maroy). Weiterhin werden Antirheumatika (Nutz et al.), Spasmolytika und Sedativa verabreicht (Baciu et al., Stein). Kersey propagiert die Applikation eines Lokalanästhetikums zusammen mit Kortikosteroiden in den

sacrococcygealen Gelenkspalt; Buchmann infiltrierte pericoccygeal. Andererseits wird Röntgenbestrahlung empfohlen (Stein, Winkler), aber auch davor gewarnt (Baciu et al.). Bei geringerer Schmerzsymptomatik hatte Buchmann mit Kurzwellenapplikation (Monoden-Kurzwellen) Erfolg. Die Heilungsraten der konservativen Behandlung sind bei der idiopathischen Kokzygodynie besser als bei der traumatischen (Kim et al.).

Chirurgische Maßnahmen, wie die Kokzygotomie, die Kokzygektomie oder Eingriffe an den Nerven, sollten kritisch bewertet werden (Albrektsson, Bayne et al., Grosso et al., Shaposhnikov, Tilscher et al., Valen et al., Winkler). Es gibt jedoch Mitteilungen, die bei strenger Indikation und einer erfolglosen konservativen Therapie ein operatives Vorgehen befürworten (Buchmann, Hellberg et al., Mszwidobadze et al., Postacchini et al., Zayer).

Literatur

Albrecht S, Hicks MJ, Antalffy B:

Intracoccygeal and pericoccygeal glomus bodies and their relationship to coccygodynia.

Surgery 115, 1-6, 1994

Albrektsson B:

Sacral rhizotomy in cases of ano-coccygeal pain. A follow-up of 24 cases.

Acta Orthop Scand 52, 187-90, 1981

Baciu CL, Sgarbura BI, Brazda A:

Über die chirurgische Behandlung der traumatischen Kokzygodynie mittels Ramisektion des Plexus sacrococcygeus.

Zeitschrift Orthopädie und Grenzgebiete 102, 231-236, 1964

Bayne O, Bateman JE, Cameron HU:

The influence of etiology on the results of coccygectomy.

Clin Orthop 190, 266-272, 1984

Buchmann J:

Bemerkungen zur Kokzygodynie.

Zeitschrift Orthopädie und Grenzgebiete 102, 217-231, 1964

Duncan L, Halverson J, DeSchryver-Kecskemeti K:

Glomus tumor of the coccyx. A curable cause of coccygodynia.

Arch Pathol Lab Med 115, 78-80, 1991

Gataullin IG, Samtov OS:

Acupuncture reflex therapy in the treatment of coccygodynia.

Khirurgiia (Mosk) 2, 64-66, 1989

Grosso NP, van Dam BE:

Total coccygectomy for the relief of coccygodynia: a retrospective review.

J Spinal Disord 8, 328-330, 1995

Hellberg S, Strange-Vognesen HH:

Coccygodynia treated by resection of the coccyx.

Acta Orthop Scand 61, 463-465, 1990

Kepski A, Rudnicki S:

Arachnoid cyst of the cauda equina: a contribution to the etiology of coccygodynia.

Neurol Neurochir Pol 12, 109-112, 1978

Kersey PJ:

Non-operative management of coccygodynia.

Lancet, 318, 1980

Kim NH, Suk KS:

Clinical and radiological differences between traumatic and idiopathic coccygodynia.

Yonsci Med J 40, 215-220, 1999

Maigne JY, Guedj S, Fautrel B:

Coccygodynia: value of dynamic lateral x-ray films in sitting position.

Rev Rhum Mal Osteoartic 59, 728-731, 1992

Maigne JY, Guedj S, Straus C:

Idiopathic coccygodynia. Lateral roentgenograms in the sitting position and coccygeal discography.

Spine 19, 930-934, 1994

Maigne JY, Tamalet B:

Standardized radiologic protocol for the study of common coccygodynia and characteristics of the lesions observed in the sitting position. Clinical elements differentiating luxation, hypermobility and normal mobility.

Spine 21, 2588-2593, 1996

Maroy B:

Spontaneous and evoked coccygeal pain in depression.

Dis Colon Rectum 31, 210-215, 1988

Mszwidobadze M, Alborow G:

Tactics in management of coccygodynia.

Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol 55, 519-521, 1990

Nutz V, Stelzner F:

Der Glomustumor als Ursache einer Coccygodynie.

Chirurg 56, 243-246, 1985

Polkinghorn BS, Colloca CJ:

Chiropractic treatment of coccygodynia via instrumental adjusting procedures using activator methods chiropractic technique.

J Manipulative Physiol Ther 22, 411-416, 1999

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 65, 1116-1124, 1983

Shaposhnikov VI:

Surgical treatment of coccygodynia.

Khirurgiia (Mosk) 9, 47-48, 1997

Stein E:

Kokzygodynie.

Proktologie. Lehrbuch und Atlas, 3. Auflage 1994 Springer-Verlag, Kap. 12, S. 333-4.

Tilscher H, Kantor H, Gangl W et al.:

Coccygodynia - a diagnostic and therapeutic problem in orthopedics.

Z Orthop Ihre Grenzgeb 124, 628-632, 1986

Traycoff RB, Crayton II, Dodson R:

Sacrococcygeal pain syndromes: diagnosis and treatment.

Orthopedics 12, 1373-1377, 1989

Valen B, Bringedal K:

Coccygectomy for coccygodynia.

Tidsskr Nor Laegeforen 119, 1429-1430, 1991

Winkler R, Otto P:

Anorektale Schmerzsyndrome. Kokzygodynie - Levatorsyndrom.

Proktologie. Ein Leitfaden für die Praxis 1997, Georg Thieme Verlag Stuttgart, Kap. 11,

Varia, S. 161-162

Yamashita K:

Radiological study of 1500 coccyces.

Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi 62, 23-26, 1988

Zayer M:

Coccygodynia.

Ulster Med J 65, 58-60, 1996

Ziegler DK, Batnitzky S:

Coccygodynia caused by perineural cyst.

Neurology 34, 829-830, 1984

Interessenkonflikte: keine

ICD 10: M 53.3

Stufe: S1, IDA

Gültigkeitsdauer: 31.12.2007