

Proctalgia fugax

V. Wienert

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeit vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Anhand des Erkenntnismaterials wurde sie vom Autor verfaßt und anschließend in drei mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet.

Definition

Die Proctalgia fugax ist eine äußerst schmerzhaftes Erkrankung. Es handelt sich um ein wohl-definiertes Krankheitsbild, das nur aufgrund der anamnestisch geäußerten anfallsweisen Schmerzsymptomatik zu definieren ist. Die Schilderung durch die betroffenen Patienten ist stets nahezu gleich und nur durch ihr persönliches Vokabular geprägt. Die Erstbeschreibung des Syndroms erfolgte 1883 durch Myrtle. Der Terminus Proctalgia fugax geht auf den Dänen Thaysen zurück, der 1935 eine genaue Beschreibung der charakteristischen Symptomatik publizierte. Damit wurden die Synonyme Perinealneuralgie, Perinealkrampf, Krampf des Afterschließmuskels, nervöse Rektalgie, Neuralgia pudendo-analis, aber auch „paroxysmale Proktalgie“ überholt.

Häufigkeit

Die Proctalgia fugax ist keine seltene Erkrankung. Da der Schmerz meist schnell vorübergeht, wertet der Patient ihn nicht als behandlungsbedürftig und nicht als Krankheit. Ibrahim konnte erst durch gezielte Fragestellung ermitteln, dass 4% seiner proktologischen Patienten an diesem Syndrom leiden; Thompson spricht sogar von einem Auftreten von 14% bei gesunden Kontrollpersonen. Ihm zufolge tritt das Anfallsleiden selten vor der Pubertät auf und ist offenbar nicht mit gastrointestinalen Krankheiten assoziiert.

Die Häufigkeitsverteilung hat ihren Gipfel zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr (3) mit einem mittleren Manifestationsalter von 44 Jahren. Das wiederholte Auftreten der Proctalgia fugax erstreckt sich durchschnittlich über 11 Jahre (16). Frequenz, Intensität und Dauer der Attacken nehmen mit zunehmendem Alter ab. Frauen sind doppelt so oft betroffen wie Männer (2).

Ätiopathogenese

Als Auslöser werden Spasmen der Sphinkteren, der Beckenbodenmuskulatur oder des rektosigmoidalen Übergangs diskutiert. Harvey konnte mittels intraluminaler Druckmessungen bei zwei Patienten während des Anfalls vermehrte Kontraktionen im Rektosigmoid nachweisen. Marti berichtet von Patienten, die ein stenosierendes Ödem der Kolonschleimhaut aufwiesen; er stellte eine vermehrte Schleimsekretion fest und folgerte eine Kongestion aufgrund Hypervaskularisation. Es kommt möglicherweise gehäuft bei Patienten mit einer autosomal-dominant vererbten Myopathie des inneren Schließmuskels vor (10, 4, 14, 7). Eckhardt und Mitarbeiter ermittelten einen leicht erhöhten Ruhedruck bei 18 ihrer Patienten; der Anfall soll durch einen Spasmus des inneren Schließmuskels ausgelöst werden. Lans konnte in 11 Fällen zeigen, dass durch eine Hämorrhoidaltherapie mittels Sklerosierung oder elastischer Ligatur Symptomfreiheit zu erreichen ist.

Andere Autoren vermuten die Ursache des Leidens im psychosomatischen Bereich; tatsächlich haben ängstliche und perfektionistische Personen unter diesen Patienten eine hohe Inzidenz (16). Ihnen sei die spezifische Tendenz zu unterstellen, ihre Ängstlichkeit somatisch im Rektum und Anus auszudrücken. Es müsse allerdings ein Trigger-Faktor hinzukommen, der den Anfall auslöst: Träume erotischen Inhalts, Koitus (während oder bei Beginn, besonders nach einer längeren Enthaltbarkeit), frustrane Defäkationsversuche und Dehnung des Rektums durch Gase oder Stuhlmassen.

Symptome

Es wird die Tages- von der nächtlichen Attacke unterschieden, die meist in den frühen Morgenstunden auftritt und den Patient aus dem Schlaf reißt (21). Die Tagesattacke geht mit heftigen Schmerzen im Bereich des Anus und des Analkanals einher, die u.U. bis ins Rektum und in den Unterbauch ausstrahlen. Die plötzlich und ohne Prodromi einsetzenden Schmerzen werden als krampfartig ziehend, aber auch stechend-schneidend oder als dumpfer Druck empfunden. Sie können sowohl permanent anhaltend auftreten als auch einen wellenförmigen Verlauf nehmen, und die Dauer einer Attacke kann einige Minuten bis zu einer Stunde betragen. Bei starken Anfällen kommt es u. U. zu Schwindel, Schweißausbruch, Übelkeit, Brechreiz und sogar zum Kollaps.

Im Gegensatz zu den Tagesattacken werden die nächtlichen Anfälle als weniger intensiv und weniger schmerzhaft geschildert.

Die Proctalgia fugax kehrt in unregelmäßigen Intervallen von Wochen oder Monaten wieder.

Diagnostik

Bei der proktologischen Untersuchung wird häufig ein Hämorrhoidalleiden diagnostiziert (11). Letztendlich bleibt nur das anamnestisch geschilderte charakteristische Krankheitsbild.

Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch kommen Schmerzzustände bei der Analfissur, dem Anogenital-syndrom und bei beginnenden entzündlichen intramuralen Prozessen in Frage.

Therapie

Swain berichtet von einem Selbstversuch, in dem er täglich 300 Mikrogramm Clonidin (Antihypertonikum) genommen und daraufhin keine Anfälle mehr erlitten habe. Babb war mit der Anwendung von Nifedipin erfolgreich. Lans erzielten Symptomfreiheit nach der Behandlung der Hämorrhoiden.

Die Verifizierung einer erfolgreichen Arzneimitteltherapie gestaltet sich deshalb schwierig, da bis zum Wirkungseintritt des Medikamentes der Anfall meist bereits spontan abgeklungen ist. Empfohlen wird die sublinguale oder anale Applikation von Nitroglyzerin, ebenso die inhalative Anwendung des Sympathomimetikums Salbutamol (5, 6). Beide Substanzen senken den Tonus des inneren Schließmuskels (12). Neben dieser Therapie werden empirisch gewonnene Vorgehensweisen empfohlen: Druck mit der Faust auf das Perineum, Wärmeapplikation auf den Anus (Sphinkterrelaxation), vorsichtiges Einführen eines Fingers in den Anus (Sphinkterdehnung), Anwenden eines Einlaufes oder auch das Einnehmen bestimmter Körperstellungen (z.B. Knie-Ellenbogen-Lage).

Literatur

1. Babb RR:

Proctalgia fugax: would you recognize it?

Postgrad. Med. 99, 263-264, 1996

2. Bensaude A:

Proctalgies fugaces.

Acta gastro-ent. Belg. 28, 594-604, 1966

3. Boisson J, Debbasch L, Bensaude A:

Les Algies Ano-Rectales Essentielles.

Arch. Franc. Mal. App. Dig. 55, 3-24, 1966

4. Celik AF, Kasstinelos P, Read NW et al.:

Hereditary proctalgia fugax and constipation: report of a second family.

Gut 36, 581-584, 1995

5. Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G et al.:

Anorectal function and morphology in patients with sporadic proctalgia fugax.

Dis. Colon Rectum 39, 755-762, 1996

6. Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G et al.:

Treatment of proctalgia fugax with salbutamol inhalation.

Am. J. Gastroenterol. 91, 686-689, 1996

7. Guy RJ, Kamm MA, Martin JE:

Internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation: further clinical and radiological characterization in a patient.

Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 9, 221-224, 1997

8. Harvey RF:

Colonic motility in proctalgia fugax.

Lancet 2, 8145, 713-714, 1979

9. Ibrahim H:

Proctalgia fugax.

Gut 2, 137-140, 1961

10. Kamm MA, Hoyle CH, Burleigh DE et al.:

Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation. A newly identified condition.

Gastroenterology 100, 805-810, 1991

11. Lans WR:

Proctalgia fugax - Doch heilbar?

Coloproctology 16, 128-132, 1994

12. Lowenstein B, Cataldo PA:

Treatment of proctalgia fugax with topical nitroglycerin: report of a case.

Dis. Colon Rectum 41, 667-668, 1998

13. Marti MC:

Essentieller anorektaler Schmerz.

In: Marti MC, Givel JC (Hrsg.): Chirurgie anorektaler Krankheiten

Springer Berlin-Heidelberg-New York 1992, S. 251-254

14. Martin JE, Swash M, Kamm MA et al.:

Myopathy of internal anal sphincter with polyglucosan inclusions.

J. Pathol. 161, 221-226, 1990

15. Myrtle AS:

Some common affections of the anus.

Brit. Med. J. 1, 1061, 1883

16. Pilling LF, Wendell MS, Swenson PhD et al.:

The psychologic aspects of Proctalgia fugax.

Dis. Colon Rectum 8, 372-376, 1965

17. Swain R:

Oral clonidine for proctalgia fugax.

Gut 28, 1039-1040, 1987

18. Thaysen Th.E.H:

Proctalgia fugax.

Lancet 2, 243-246, 1935

19. Thompson WG:

Proctalgia fugax.

Dig. Dis. Sci. 26, 1121-1124, 1981

20. Thompson WG:

Proctalgia fugax in patients with the irritable bowel, peptic ulcer or inflammatory bowel disease.

Am. J. Gastroenterol. 79, 450-452, 1984

21. Wienert V:

Proctalgia fugax

In: Herausgeber Klüken N, Brändle I, Stemmer R: Ergebnisse der Angiologie Band 20

F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, S. 643-646, 1980

Interessenkonflikte: keine

ICD 10: K 59.4

Stufe: 1, IDA: -

Gültigkeitsdauer: 31.12.2007