

## Ausgeprägter Schmerz bei Palpation des Os coccygis

# Coccygodynie

Dr. med. Philippe Baumann, Prof. Dr. med. Manfred Walter Essig

Gastroenterologie, Stadtspital Tiefenau

### Hintergrund

Schmerzen im Bereich des Anus werden oft (zu) schnell als ein proktologisches Leiden wie Hämorrhoiden oder Analfissuren beurteilt, können jedoch auch einen ganz anderen Ursprung haben.

### Fallbeschreibung

Eine 52-jährige, ansonsten gesunde und aktive Frau stellt sich unter Tränen in unserer gastroenterologischen Sprechstunde vor. Seit drei Monaten bestünden progrediente, atraumatische Schmerzen «um den Analkanal». Diese seien von dumpfen Charakter und verschlimmert sich beim Sitzen und Liegen. Die Defäkation, welche in Quantität und Qualität unverändert sei, verbessere die Symptomatik kurzzeitig. Eine vor vier Wochen durchgeführte Koloskopie war bis auf erstgradige Hämorrhoiden unauffällig.

Die Schmerzsymptomatik wurde als Hämorrhoidal-leiden gedeutet. Die daraufhin erfolgte topische Behandlung brachte jedoch keinerlei symptomatische Besserung.

Nach einer unauffälligen Inspektion erzeugt die perianale Palpation dorsalseits bereits eine leichte Druckdolenz. In der digital rektalen Untersuchung, welche einen normalen Sphinktertonus ohne palpable Resistenzen objektiviert, erzeugt die Palpation des Os coccygis («Steissbeins») einen ausgeprägten Schmerz. Die Anoskopie zeigt Hämorrhoiden ersten Grades.

Nach Aufklärung und Einholen des Einverständnisses zur Intervention erfolgt die Gelenkmobilisation des Os coccygis nach kaudo-dorsal mit konsekutiv sofortiger Schmerzreduktion. Die Patientin kann die Sprechstunde mit grosser Erleichterung in schmerzfreien Zustand verlassen.

### Diskussion

Die Coccygodynie beschreibt Schmerzen ausgehend vom Os coccygis. Die Schmerzen treten bei Druck auf das Os coccygis auf: beim Sitzen und Liegen, beim Aufstehen aus sitzender Position sowie bei Extension im Hüftgelenk im Sitzen («sich nach hinten lehnen»). Ebenso wird die Defäkation meist als schmerzexazer-

bierend beschrieben, in unserem Fall kam es hierbei jedoch zu einer kurzzeitigen Besserung der Symptomatik. Schmerzlinderung bringen die Flexion im Hüftgelenk («sich nach vorne beugen»), Laufen und Stehen. In Folge einer Schonhaltung entstehen durch Sakroilitis, Bursitis ischiadica und das Piriformis-Syndrom nicht selten sekundäre muskuloskelettale Schmerzen [1]. Zu lumbalen Rückenschmerzen kommt es hingegen nur in ungefähr 1% der Fälle [2]. Oft geht der Coccygodynie ein Trauma voraus (u.a. Sturz, Geburt, Rektalchirurgie). Meist sind es jedoch Mikrotraumata, an welche sich die Patientinnen und Patienten nicht mehr erinnern, wie beispielsweise Fahrrad- oder Motorradfahren in unpassender Körperposition oder längeres Sitzen in falscher Position [2]. Zur Inzidenz gibt es keine verlässlichen Zahlen. Frauen sind von der chronischen Form der Coccygodynie jedoch fünfmal häufiger betroffen [2].

Die Coccygodynie ist eine klinische Diagnose, welche bei typischer Anamnese und Reproduzierbarkeit der Schmerzen bei Palpation des Os coccygis gestellt wird. Um eine Instabilität und die Position des Os coccygis zu objektivieren, können funktionelle Röntgenaufnahmen von diesem im lateralen Strahlengang erfolgen. Eine Hypermobilität liegt bei Flexion von über 25° vor, eine Hypomobilität bei Flexion kleiner 5° in sitzender Position (im Vergleich zum Stehen). Der Normbereich der Flexion ist folglich 5–25°. Zudem können in der Röntgenaufnahme eine Dislokation und allfällige Fraktur objektiviert werden. Da diese Angaben bisweilen keine direkte therapeutische Konsequenz haben, sehen wir von der Durchführung funktioneller Röntgenuntersuchungen ab.

Initial empfiehlt sich eine konservative Therapie mittels nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) sowie das Vermeiden von direktem Druck auf das Os coccygis. Hierfür soll möglichst selten eine sitzende Position eingenommen werden, falls nötig können zur Druckentlastung O-, U-förmige oder Keil-Kissen verwendet werden (Achtung: Bei letzteren sollte der Keil so benutzt werden, dass eine vermehrte Flexion in der Hüfte erreicht wird, also mit der Verjüngung nach hinten). Als weiterer Schritt kommen unterschiedliche Therapieformen in Frage, für die allesamt jedoch nur limitiert klinische Evidenz besteht: Infiltrationsbehand-



Philippe Baumann

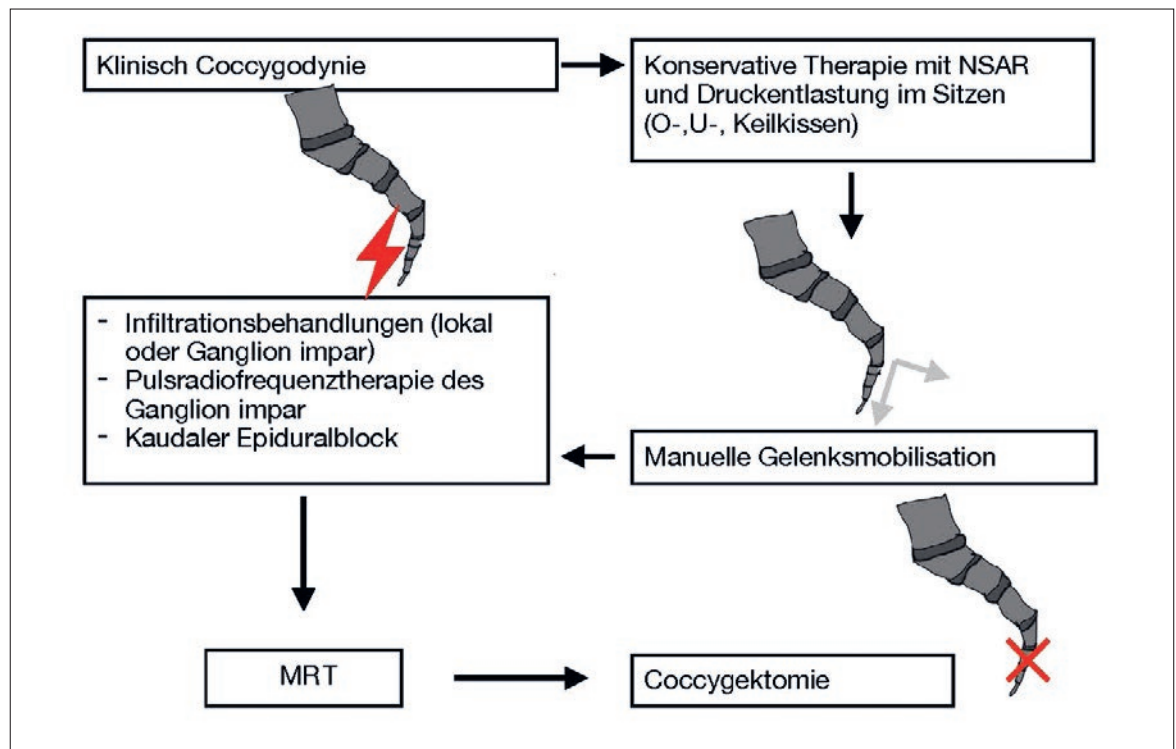


Abbildung 1: Therapiepfad bei Coccygodynie. NSAR: nichtsteroidale Antirheumatika; MRT: Magnetresonanztomographie.

lungen entweder lokal oder des Ganglion impar, Pulsradiofrequenztherapie des Ganglion impar, kaudaler Epiduralblock und Manualtherapien. Obwohl die Manualtherapie mit Ansprechraten von 26% über sechs Monate und 24% über zwei Jahre ein relativ bescheidenes Resultat [4] zeigt, bevorzugen wir diese Therapieform. Dies, da sie einfach und ohne technische Hilfsmittel durchführbar ist und so doch einem gewissen Teil der Patientinnen und Patienten rasch geholfen werden kann. In der Literatur finden sich als Manualtherapieformen die Gelenksmobilisation, die Levator-ani-Massage sowie die Levator-Dehnung [4]. Wir wenden die Gelenksmobilisation an. Hierbei wird das Os coccygis vom im Rektum liegenden Zeigefinger und auf der Haut aufliegenden Daumen gefasst und nach kaudo-dorsal mobilisiert. Es wird beschrieben, die Manipulation unter Anästhesie durchzuführen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die kurze, schmerzhafteste Intervention gut vertragen wird. Eine

Aufklärung vor der Intervention gehört jedoch selbstverständlich dazu. Ebenso sollte auf Wunsch eine kurze Sedation angeboten werden.

Bei Therapieversagen nach der Manipulation weisen wir die Patienten zur Infiltrationsbehandlung an Schmerzspezialisten weiter. Bei chronischem Verlauf stellt die Coccygectomy eine Therapieform mit gutem klinischen Ansprechen dar [2]. Häufigste Komplikation hierbei ist die Wundinfektion infolge der anatomischen Nähe zum Rektum [2].

In Abbildung 1 ist der Therapiepfad bei Coccygodynie dargestellt.

Bei rezidivierender oder persistierender Symptomatik muss differentialdiagnostisch an einen malignen Prozess gedacht werden. Hierbei kann es sich um primäre Tumoren im Coccygis (wie dem sehr seltenen Chordoma, einem nicht hämatopoetischen malignen Knochentumor) oder eine Metastase handeln (etwa Colon-, Uterus-, Ovarial- oder Prostatakarzinom). Hier empfiehlt sich die Durchführung einer Magnetresonanz-Untersuchung. Einfache Röntgenaufnahmen sind für diese Fragestellung zu wenig sensitiv.

#### Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

#### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2021.08671>.

Korrespondenz:  
Dr. med. Philippe Baumann  
Klinik für Gastroenterologie  
und Hepatologie  
Kantonsspital St. Gallen  
Rorschacher Strasse 95  
CH-9007 St. Gallen  
philippe.baumann[at]  
kssg.ch

## Take-Home-Messages

- Bei Schmerzen im Analbereich, die sich beim Sitzen und Liegen verschlimmern, sollte differentialdiagnostisch an eine Coccygodynie gedacht werden. Ihre Diagnose lässt sich klinisch einfach stellen.
- Die Gelenksmobilisation des Os coccygis ist eine mögliche, einfach durchzuführende Therapieoption.