

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

### Χρόνιο περινεϊκό άλγος

Το χρόνιο περινεϊκό άλγος είναι το άλγος στην ορθοπρωκτική περιοχή και το περίνεο χωρίς υποκείμενο οργανικό νόσημα, ορθοπρωκτικό ή ενδοπυελικό, το οποίο έχει αποκλειστεί με προσεκτική εξέταση, ακτινολογικό και ενδοσκοπικό έλεγχο. Νευρομυϊκές διαταραχές του πυελικού εδάφους οδηγούν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως ακράτεια κοπράνων, ακράτεια ούρων, δυσκοιλιότητα αποφρακτικής κένωσης, σεξουαλική δυσλειτουργία και σύνδρομο περινεϊκού άλγους. Οι συνηθέστερες λειτουργικές διαταραχές των μυών του πυελικού εδάφους που συνοδεύονται με περινεϊκό άλγος είναι το σύνδρομο του ανεκκτήρα του πρωκτού, η φευγαλέα πρωκταλγία (proctalgia fugax), το μυοπεριτονιακό σύνδρομο (myofascial syndrome) και η κοκκυγοδυνία. Στη διάγνωση των συνδρόμων συμβάλλουν το ιστορικό, η προσεκτική εξέταση, οι επιλεγμένες εξετάσεις και ο αποκλεισμός οργανικής νόσου με πρωκταλγία. Η σωστή διάγνωση των συνδρόμων οδηγεί στην επιλογή κατάλληλης θεραπείας και στην αποφυγή περιττών αναποτελεσματικών χειρουργικών επεμβάσεων, που συχνά πραγματοποιούνται σε μια προσπάθεια ανακούφισης των συμπτωμάτων του ασθενούς.

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χρόνιο περινεϊκό άλγος είναι το άλγος στην ορθοπρωκτική περιοχή και το περίνεο χωρίς υποκείμενη οργανική πάθηση, ορθοπρωκτική ή ενδοπυελική, η οποία έχει αποκλειστεί με προσεκτική εξέταση, ακτινολογικό και ενδοσκοπικό έλεγχο.<sup>1</sup>

Το χρόνιο περινεϊκό άλγος είναι μια ιδιοπαθής, πολυπαραγοντική, ασαφής διαταραχή, ένα σύνδρομο μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ νευρικού, μυοσκελετικού και ενδοκρινικού συστήματος, που επηρεάζεται περισσότερο από ψυχολογικούς παράγοντες και παράγοντες συμπεριφοράς.<sup>2</sup>

Η έλλειψη κατανόησης της αιτίας του άλγους φαίνεται στα πολλά ονόματα που προσπαθούν να περιγράψουν το πρόβλημα (essential anorectal pain, idiopathic posterior pelvic pain, anorectal neuralgia, chronic idiopathic anal pain, spastic pelvic floor syndrome, levator ani syndrome, spastic levator syndrome, spastic piriformis).

Το 1859, ο Simpson περιέγραψε τη σχέση της κάκωσης του κόκκυγα και της κοκκυγοδυνίας.<sup>3</sup> Το 1935, ο Thaysen εισήγαγε τον όρο "proctalgia fugax" για το άλγος της ορθοπρωκτικής περιοχής.<sup>4</sup> Το 1959, ο Smith χρησιμοποίησε τον όρο "levator spasm syndrome" που σχετίζεται με το

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(2):182-187  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(2):182-187

**N. Ανδρομανάκος**

Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Πολυκλινική», Αθήνα

Chronic perineal pain

Abstract at the end of the article

#### Λέξεις ευρητηρίου

Άλγος ορθού  
Κοκκυγοδυνία  
Περινεϊκό άλγος  
Σύνδρομο ανεκκτήρα πρωκτού

Υποβλήθηκε 6.6.2010  
Εγκρίθηκε 15.6.2010

περινεϊκό άλγος.<sup>5</sup> Το 1963, ο Thiele χρησιμοποίησε την ορολογία "coccygodynia" για να συσχετίσει το σπασμό του ανεκκτήρα με το άλγος στην περιοχή του πρωκτού.<sup>6</sup> Το 1965, ο McGivney και ο Cleveland δημοσίευσαν άρθρο με τίτλο "the levator syndrome and its treatment".<sup>7</sup>

Για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του χρόνιου περινεϊκού άλγους αναγκαία είναι η γνώση της ανατομίας και της φυσιολογίας του πυελικού εδάφους.<sup>8</sup>

Το πυελικό έδαφος αποτελείται από μυς, περιτονίες και συνδέσμους, που αποφράσσουν την έξοδο της ελάσσονος πυέλου, αφήνοντας ένα κενό για τη δίοδο των σπλάγγων –ορθό, κόλπος, ουρήθρα– στο περίνεο. Από τους μυς του πυελικού εδάφους, μεγάλης σημασίας είναι ο ανεκκτήρας του πρωκτού, που συμβάλλει στις σημαντικές λειτουργίες της ορθοπρωκτικής περιοχής (εγκράτεια, κένωση), του ουρογεννητικού συστήματος (ούρηση, τοκετός) και της σεξουαλικής λειτουργίας.<sup>9</sup>

Ο ανεκκτήρας του πρωκτού και οι σφιγκτήρες μύες του πρωκτού και της ουρήθρας βρίσκονται σε μια μοναδική, συνεχή τονική δραστηριότητα, που χαλάται μόνο στην κένωση και στην ούρηση.<sup>10,11</sup>

Νευρομυϊκές διαταραχές του πυελικού εδάφους οδηγούν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις (ακράτεια κοπράνων, ακράτεια ούρων, δυσκοιλιότητα αποφρακτικής

κένωσης, σεξουαλική δυσλειτουργία και σύνδρομο περινεϊκού άλγους).<sup>12</sup>

Οι πλέον συνήθεις λειτουργικές διαταραχές των μυών του πυελικού εδάφους που συνοδεύονται με περινεϊκό άλγος είναι το σύνδρομο του ανεγκτήρα του πρωκτού, η φευγαλέα πρωκταλγία (proctalgia fugax), το μυοπεριτονιακό σύνδρομο (myofascial syndrome) και η κοκκυγοδυνία.<sup>13,14</sup>

Η διάκριση μεταξύ οργανικών και λειτουργικών ορθοπρωκτικών διαταραχών μπορεί να είναι δύσκολη.<sup>15</sup> Ωστόσο, σημαντική βοήθεια στη διάγνωση των συνδρόμων δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους παρέχουν το ιστορικό, η προσεκτική εξέταση και οι επιλεγμένες ειδικές εξετάσεις.

Στο παρόν άρθρο ανασκοπούνται πρόσφατες απόψεις παθοφυσιολογίας, διαγνωστικής προσέγγισης και αντιμετώπισης των συνδρόμων περινεϊκού άλγους.

## 2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΝΕΛΚΤΗΡΑ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

### 2.1. Ορισμός

Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αμβλύ, χρόνιο ή υποτροπιάζον ορθοπρωκτικό άλγος ή αίσθηση πίεσης ή ξένου σώματος στο ορθό, επιδεινούμενο στο κάθισμα, διάρκειας από ώρες έως ημέρες, και ευαισθησία στην ψηλάφηση του ανεγκτήρα, που βρίσκεται σε σύσπαση.<sup>13</sup>

### 2.2. Επιδημιολογία

Η συχνότητα του συνδρόμου στο γενικό πληθυσμό είναι 6,6%, ενώ είναι πιο συχνό στις γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς (>50%) είναι ηλικίας 30–60 ετών.<sup>16</sup>

### 2.3. Αιτιολογία

Η εν λόγω λειτουργική διαταραχή συχνότερα είναι ιδιοπαθής. Ωστόσο, όχι σπάνια σχετίζεται με τραύμα της πυέλου (πτώση, ατύχημα, τοκετός), χειρουργικές επεμβάσεις (προστατεκτομή, υστερεκτομή, πρόσθια χαμηλή εκτομή), παρατεταμένο κάθισμα σε πολύωρο ταξίδι με αυτοκίνητο ή τρένο, υπερβολική σωματική άσκηση, ψυχική ένταση, άγχος, σεξουαλική κατάχρηση και ψυχικό τραύμα.<sup>17–19</sup>

### 2.4. Παθοφυσιολογία

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου είναι ίδια με εκείνη της ασυνεργικής κένωσης, δηλαδή αδυναμία χάλασης του ανεγκτήρα ή και του έξω σφιγκτήρα στην κένωση, παράδοξη σύσπαση του ηβοορθικού μυός στην κένωση. Επίσης, αντιρροπιστική υπερτονία του ηβοορθικού μυός σε υποτονία του σφιγκτηριακού μηχανισμού (σύνδρομο

περινεϊκής πτώσης) προκαλεί άλγος.<sup>20,21</sup>

### 2.5. Κλινική εξέταση

Συχνό εύρημα είναι η ευαισθησία του ηβοορθικού μυός στην ψηλάφηση κατά τη δακτυλική εξέταση. Ο ασθενής αναγνωρίζει το ενόχλημα και αναφέρει ότι αυτό είναι το πρόβλημά του.<sup>18</sup>

### 2.6. Μανομετρία και ηλεκτρομυογραφία

Αρκετές μελέτες δείχνουν αυξημένες πιέσεις πρωκτικού σωλήνα και αυξημένη ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα.<sup>22,23</sup>

### 2.7. Συμπτώματα

Κύριο σύμπτωμα είναι το άλγος, που εντοπίζεται στο περίνεο, στην ορθοπρωκτική περιοχή, στον κόκκυγα και το ιερό. Επιδεινώνεται στο κάθισμα και υποχωρεί στην όρθια θέση και στην ανάπαυση. Άλλα συμπτώματα είναι η δυσκοιλιότητα αποφρακτικής κένωσης, η ατελής κένωση και σπάνια η δυσπαρεύνεια.<sup>24,25</sup>

### 2.8. Διάγνωση

Η διάγνωση του συνδρόμου του ανεγκτήρα του πρωκτού βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια και στα ευρήματα της δακτυλικής εξέτασης (ευαισθησία και σύσπαση του ανεγκτήρα).<sup>26</sup> Τα διαγνωστικά κριτήρια –Συμφωνία Rome II 1999– περιλαμβάνουν το χρόνιο ή υποτροπιάζον άλγος στο ορθό, διάρκειας >20 min, και τον αποκλεισμό οργανικής πάθησης με πρωκταλγία.<sup>27</sup>

### 2.9. Θεραπεία

Η θεραπεία του συνδρόμου περιλαμβάνει μια ποικιλία τεχνικών, που έχουν χρησιμοποιηθεί μόνες ή σε συνδυασμό, με καλά αποτελέσματα.<sup>15</sup> Αυτές περιλαμβάνουν τις μαλάξεις (δακτυλικό μασάζ), τα θερμά λουτρά, τον ηλεκτρογαλβανικό ερεθισμό, την άσκηση βιοανάδρασης (biofeedback training), πρακτικές που βοηθούν στη χαλάρωση των μυών. Αγχολυτικά και ηρεμιστικά φάρμακα χορηγούνται για τη μείωση της ψυχικής έντασης και του άγχους. Επίσης, τοπική έγχυση αναισθητικού έχει δοκιμαστεί επιτυχώς. Η χειρουργική θεραπεία δεν έχει θέση στο σύνδρομο του ανεγκτήρα και θα πρέπει να αποφεύγεται.

## 3. ΦΕΥΓΑΛΕΑ ΠΡΩΚΤΑΛΓΙΑ (ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ ΑΙΝΙΓΜΑ)

### 3.1. Ορισμός

Η φευγαλέα πρωκταλγία (proctalgia fugax) χαρακτηρί-

ζεται από αιφνίδιο, οξύ άλγος στην ορθοπρωκτική περιοχή, συνήθως τη νύκτα, διάρκειας δευτερολέπτων ή λεπτών (<30 min), το οποίο στη συνέχεια εξαφανίζεται πλήρως.<sup>28</sup>

### 3.2. Επιδημιολογία

Η συχνότητα της proctalgia fugax είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, γιατί τα επεισόδια είναι σπάνια και συνήθως δεν ανακοινώνονται από τους ασθενείς. Ωστόσο, η αναφερόμενη συχνότητα ανέρχεται σε ποσοστό 8–18% στο γενικό πληθυσμό, σε ηλικίες 30–60 ετών, χωρίς να διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων.<sup>29</sup>

### 3.3. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Ωστόσο, έχει θεωρηθεί ως μια ασυνήθης παραλλαγή του ευερέθιστου εντέρου. Έχει αναφερθεί να σχετίζεται με σπασμό των μυών του πυελικού εδάφους, ανώμαλες συσπάσεις του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, υπερτροφία του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού σε μια σπάνια κληρονομική μυοπάθεια. Επίσης, σημαντική είναι και η παρουσία ψυχικής έντασης και άγχους στους ασθενείς.<sup>30</sup>

### 3.4. Κλινική εξέταση και διάγνωση

Οι ασθενείς με proctalgia fugax είναι συνήθως ασυμπτωματικοί στην εξέταση και δεν υπάρχουν κλινικά ευρήματα για να υποστηρίξουν τη διάγνωση, η οποία βασίζεται στην περιγραφή των συμπτωμάτων του επεισοδίου, τα διαγνωστικά κριτήρια και τον αποκλεισμό οργανικής νόσου, ορθοπρωκτικής ή ενδοπυελικής, με πρωκταλγία.<sup>26</sup> Στα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνονται υποτροπιάζοντα επεισόδια άλγους στην ορθοπρωκτική περιοχή, διάρκειας αρκετών δευτερολέπτων έως λεπτών (<30 min), και απουσία πόνου μεταξύ των επεισοδίων.<sup>15</sup>

### 3.5. Ανακουφιστικές ενέργειες

Η αλλαγή θέσης του σώματος, η ελαφρά πίεση στον πρωκτό, η κάμψη των γονάτων στην κοιλιά ή το ζεστό μπάνιο μπορεί να περιορίσουν το ενόχλημα. Επίσης, η αποβολή αερίων ή η κένωση του ορθού με τη βοήθεια χαμηλού υποκλυσμού ανακουφίζει από το άλγος. Ως εκ τούτου, το ενόχλημα πιθανόν να οφείλεται και στη συστένωση αερίων στο ορθό.<sup>31</sup>

### 3.6. Θεραπεία

Λόγω της βραχείας διάρκειας, της σποραδικότητας και

της σπανιότητας των επεισοδίων άλγους, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται θεραπεία. Όμως, η πλέον σημαντική θεραπευτική προσέγγιση είναι η καθυσάχηση του ασθενούς από μια σοβαρή νόσο.

Θεραπευτικά, σε συχνά συμπτώματα ασθενών, έχουν χρησιμοποιηθεί εισπνεόμενοι β<sub>2</sub> αδρενεργικοί διεγέρτες (σαλβουταμόλη), από το στόμα α<sub>2</sub> αδρενεργικοί αναστολείς (κλονιδίνη), ή νιτρώδη. Σε σοβαρές περιπτώσεις έχουν δοκιμαστεί χαμηλή επισκληρίδια αναισθησία, ενδοφλέβια έγχυση λιδοκαΐνης και, πρόσφατα, τοπική έγχυση botulinum toxin type A. Σε ψυχικές διαταραχές χορηγούνται αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά ή κατάλληλη ψυχοθεραπεία.<sup>27,32</sup>

## 4. ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

### 4.1. Ορισμός

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο (myofascial syndrome) χαρακτηρίζεται από οξύ ή χρόνιο βαθύ μυϊκό άλγος, εντοπίζεται σε ευαίσθητα σημεία του μυός (ανεκκτήρα), που καλούνται σημεία πρόκλησης άλγους “trigger points”, και επιδεινώνεται στην κίνηση και το κάθισμα. Τα σημεία πρόκλησης του άλγους μπορεί να ενεργοποιηθούν στην ψηλάφηση του μυός.<sup>33</sup>

Το σύνδρομο έχει αναγνωριστεί στους μύς της πυέλου –ανεκκτήρα του πρωκτού, έσω θυροειδή, απιοειδή, μεγάλο γλουτιαίο, μεγάλο προσαγωγό, ορθό κοιλιακό και λοξούς κοιλιακούς– από τους Travell και Simons.<sup>14</sup>

### 4.2. Δημιουργία ευαίσθητων σημείων πρόκλησης άλγους “trigger points”

Η έντονη μυϊκή σύσπαση, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη, από υπερένταση ψυχική ή σωματική οδηγεί σε ανώμαλη σύσπαση ομάδων μυϊκών ινών, που αποτελούν τα ευαίσθητα σημεία πρόκλησης άλγους.<sup>34</sup>

Η νευροφυσιολογία των σημείων πρόκλησης άλγους σχετίζεται με τη βλάβη των τελικών νευρικών απολήξεων και τις δυσλειτουργικές τελικές κινητικές πλάκες, που αποτελούν ενεργείς θέσεις σημείων πρόκλησης άλγους και ανώμαλο μηχανισμό σύσπασης μυϊκών ινών. Η ηλεκτρική τους δραστηριότητα μπορεί να καταγραφεί ηλεκτρομυογραφικά και είναι παθολογική.<sup>35</sup>

Ως προκλητικοί παράγοντες αναφέρονται η ψυχική ένταση, το άγχος, η υπερβολική σωματική άσκηση, η κάκωση της πυέλου (πτώση, ατύχημα, τοκετός), οι επεμβάσεις στην πυέλο (ουρολογικές, γυναικολογικές, χειρουργικές) και η φλεγμονή (ουρηθρίτιδα, κυστίτιδα, προστατίτιδα).<sup>36</sup>

### 4.3. Συμπτώματα

Κύριο σύμπτωμα είναι το άλγος –περινεϊκό και ορθοπρωκτικό– που μπορεί να επεκτείνεται στους γλουτούς, στον κόκκυγα ή στους μηρούς. Άλλα συμπτώματα είναι η επώδυνη κένωση, η δυσκοιλιότητα αποφρακτικής κένωσης και η δυσπαρέυνεια. Το άλγος είναι οξύ ή βαθύ μυϊκό ή αίσθηση ξένου σώματος στο ορθό, επίμονο ή επιδεινούμενο, επηρεάζοντας τον ύπνο του ασθενούς. Τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινωθούν σε περιόδους ψυχικής έντασης, ψυχιατρικών προβλημάτων (κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας), σωματικής καταπόνησης, σεξουαλικής κατάχρησης ή αποτυχημένης αντιμετώπισης.<sup>33</sup>

### 4.4. Διάγνωση

Η διάγνωση επιτυγχάνεται στη δακτυλική εξέταση –διορθική ή διακολπική– με την αναγνώριση ευαίσθητων σημείων πρόκλησης άλγους “trigger points”, που είναι θέσεις ευαισθησίας στον ανελκτήρα του πρωκτού, και τον αποκλεισμό οργανικής νόσου με πρωκταλγία.<sup>37</sup>

### 4.5. Αντιμετώπιση

Στη θεραπευτική προσπάθεια, εκτός του θεράποντος ιατρού, πρέπει να συμμετέχει φυσικοθεραπευτής, νευρολόγος και ψυχίατρος. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει μια ποικιλία τακτικών, που σκοπό έχουν την απενεργοποίηση των ευαίσθητων σημείων πρόκλησης άλγους και την ανακούφιση του ασθενούς.<sup>33</sup>

Οι θεραπευτικές τακτικές περιλαμβάνουν:

- Αντιμετώπιση συμπεριφοράς με απλούς χειρισμούς (όχι προσπάθεια στην κένωση, όχι προσπάθεια στην ούρηση)
- Χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικά, αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά)
- Τοπική έγχυση αναισθητικού ή στεροειδούς σε θέσεις ευαίσθητων σημείων πρόκλησης άλγους
- Φυσικοθεραπεία (δακτυλικό μασάζ) βοηθά στην απενεργοποίηση των σημείων πρόκλησης άλγους
- Άσκηση βιοανάδρασης, που σκοπό έχει την εκπαίδευση του ασθενούς στη χάλαση και στη σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους, με τη βοήθεια ηλεκτρομυογραφικής καταγραφής ή μανομετρίας
- Έγχυση botulinum toxin type A, που έχει δοκιμαστεί τελευταία στα σημεία πρόκλησης άλγους με επιτυχία
- Επίσης, ο βελονισμός έχει δώσει καλά αποτελέσματα.

## 5. ΚΟΚΚΥΓΟΔΥΝΙΑ

### 5.1. Ορισμός

Κοκκυγοδυνία καλείται το άλγος στην περιοχή του κόκκυγα και γύρω από αυτόν, που είναι γνωστό ως άλγος στην ουρά.<sup>3</sup>

### 5.2. Επιδημιολογία

Η κοκκυγοδυνία είναι πιο συχνή στις γυναίκες (5:1), γιατί η ανατομία της πυέλου αφήνει τον κόκκυγα να προεξέχει περισσότερο απ’ ό,τι στους άνδρες και είναι πιο επιρρεπής στην κάκωση. Επίσης, είναι τρεις φορές συχνότερη στους παχύσαρκους.<sup>38</sup>

### 5.3. Αιτιολογία

Η κοκκυγοδυνία μπορεί να οφείλεται σε οξύ τραύμα –κάταγμα, εξάρθρωμα– από πτώση, ατύχημα, τοκετό, ή σε χρόνιο τραύμα από κακό παρατεταμένο κάθισμα (μεγάλη κάμψη του κόκκυγα), συγγενείς διαμαρτίες (οξύ άκρο). Ωστόσο, η ιδιοπαθής κοκκυγοδυνία αντιπροσωπεύει περίπου το 1/3 των περιπτώσεων. Σπάνιες αιτίες κοκκυγοδυνίας μπορεί να είναι νεοπλασμάτα κόκκυγα ή ιερού, αρθρίτιδα (της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης ή των κοκκυγικών οστών), καθώς και ψυχική νόσος. Επιπλέον, αναφέρεται η λειτουργική κοκκυγοδυνία, που αποδίδεται σε σπασμό των μυών του πυελικού εδάφους, έλξη, παραμόρφωση του κόκκυγα και άλγος.<sup>39,40</sup>

### 5.4. Συμπτώματα

Κύριο σύμπτωμα είναι το άλγος, που εντοπίζεται στην περιοχή του κόκκυγα, αλλά και σε γειτονικές περιοχές (ιερό, γλουτοί, ορθοπρωκτική περιοχή, περίνεο, ουρογεννητικό σύστημα). Το άλγος επιδεινώνεται στο κάθισμα, ιδιαίτερα σε σκληρή επιφάνεια, παρατεταμένη ορθοστασία, κάμψη του κορμού ή άρση βάρους. Άλλα συμπτώματα είναι η διαταραχή της κένωσης –επώδυνη κένωση, ατελής κένωση, δυσκοιλιότητα αποφρακτικής κένωσης– και η διαταραχή του ύπνου, που μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και κατάθλιψη.<sup>41</sup>

### 5.5. Διάγνωση

Η διάγνωση επιτυγχάνεται με την αναπαραγωγή του άλγους στην ψηλάφηση και την κίνηση του κόκκυγα στη δακτυλική εξέταση, ενώ τεκμηριώνεται στις ακτινογραφίες του κόκκυγα σε όρθια και καθιστή θέση. Διαφορική διάγνωση γίνεται από το σύνδρομο του ανελκτήρα του πρωκτού.<sup>42</sup>

## 5.6. Θεραπεία

Η θεραπεία στην αρχή είναι συντηρητική και περιλαμβάνει αναλγητικά, προστασία του επώδυνου κόκκυγα στο κάθισμα, ζεστά μπάνια, φυσικοθεραπεία (μασάζ) και τεχνικές χαλάρωσης των μυών της πυέλου. Σε αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας, η τοπική έγχυση στεροειδούς ή αναισθητικού ανακουφίζει το άλγος. Σπανίως, σε επίμονη κοκκυγοδυνία, αποφασίζεται η αφαίρεση του κόκκυγα.<sup>43</sup>

## 6. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟ ΑΛΓΟΣ

Στην εκτίμηση του ασθενούς με χρόνιο περινεϊκό άλγος συμβάλλουν το ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση και οι επιλεγμένες ειδικές εξετάσεις.<sup>1,2</sup>

Στο ιστορικό εκμαιεύονται τα χαρακτηριστικά του άλγους, η εντόπιση, η διάρκεια, οι παράγοντες πρόκλησης και επιδείνωσης του άλγους. Επίσης, παρέχονται πληροφορίες για το ατομικό αναμνηστικό (φάρμακα, κάκωση πυέλου, επεμβάσεις, σωματική καταπόνηση, ψυχική ένταση, άγχος, ψυχικό τραύμα, σεξουαλική κατάχρηση, ψυχιατρική νόσος).

Η διάγνωση των συνδρόμων βασίζεται στα χαρακτηριστικά συμπτώματα, τα ευρήματα της δακτυλικής εξέτασης (διορθικής ή διακολπικής) στην ψηλάφηση του ανελκτήρα (ευαισθησία, σύσπαση ή ευαισθητα σημεία πρόκλησης άλ-

γους), τις παθολογικές εξετάσεις (ηλεκτρομυογραφήματος, ακτινογραφίας κόκκυγα) και τον αποκλεισμό οργανικής νόσου (ορθοπρωκτικής ή ενδοπυελικής) με πρωκταλγία.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει νεοπλάσματα ορθοπρωκτικής περιοχής, ραγάδα δακτυλίου, διασφιγκτηριακό απόστημα, θρομβωμένες εξωτερικές αιμορροΐδες, προστατίτιδα, κυστίτιδα, εσωτερική πρόπτωση του ορθού, σύνδρομο περινεϊκής πτώσης, μονήρες έλκος ορθού, λευχαιμία, νοσήματα σπονδυλικής στήλης και νωτιαίου μυελού.

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το χρόνιο περινεϊκό άλγος αποτελεί ένα από τα μεγάλα προβλήματα της Κολοπρωκτολογίας. Η διαγνωστική προσέγγιση των συνδρόμων είναι δύσκολη, γιατί αποτελούν αλληλοκαλυπτόμενες οντότητες.

Στη διάγνωση των συνδρόμων συμβάλλουν το ιστορικό, η προσεκτική εξέταση, οι επιλεγμένες ειδικές εξετάσεις και ο αποκλεισμός υποκείμενης οργανικής πάθησης με πρωκταλγία.

Η σωστή διάγνωση των συνδρόμων οδηγεί στην επιλογή κατάλληλης αντιμετώπισης και την αποφυγή περιττών αναποτελεσματικών χειρουργικών επεμβάσεων, που συχνά πραγματοποιούνται σε μια προσπάθεια ανακούφισης των συμπτωμάτων του ασθενούς.

## ABSTRACT

### Chronic perineal pain

N. ANDROMANAKOS

*Department of General Surgery, "Polykliniki" General Hospital of Athens, Athens, Greece*

*Archives of Hellenic Medicine 2011, 28(2):182–187*

Chronic perineal pain is considered to be anorectal and perineal pain in the absence of underlying organic disease, anorectal or endopelvic, which has been excluded by careful physical examination and radiological and endoscopic investigation. A variety of neuromuscular disorders of the pelvic floor may lead to the different pathological conditions, such as anorectal incontinence, urinary incontinence, constipation of obstructed defecation, sexual dysfunction and pain syndromes. The most common functional disorders of the pelvic floor muscles accompanied by perineal pain are the levator ani syndrome, proctalgia fugax, myofascial syndrome and coccygodynia. The diagnosis of these syndromes depends on a thorough history, careful physical examination, selected specialized investigations and the exclusion of organic diseases characterized by proctalgia. Accurate differential diagnosis between the syndromes helps in the choice of appropriate treatment and avoidance of unnecessary and ineffective surgical procedures which may often be carried out in an attempt to alleviate the patient's symptoms.

**Key words:** Coccygodynia, Levator ani syndrome, Myofascial syndrome, Perineal pain, Proctalgia fugax, Rectal pain

## Βιβλιογραφία

1. GER GC, WEXNER SD, JORGE JM, LEE E, AMARANATH LA, HEYMEN S ET AL. Evaluation and treatment of chronic intractable rectal pain – a frustrating endeavor. *Dis Colon Rectum* 1993, 36:139–145
2. GUNTER J. Chronic pelvic pain: An integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2003, 58:615–623
3. SIMPSON JY. Clinical lectures on the diseases of women. Lecture XVII. Coccygodynia and diseases and deformities of the coccyx. *M Times Gaz* 1859, 40:1–7
4. THAYSEN EH. Proctalgia fugax. *Lancet* 1935, ii:243–246
5. SMITH WT. Levator spasm syndrome. *Minn Med* 1959, 42:1076–1079
6. THIELE GH. Coccygodynia: Cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 1963, 6:422–436
7. McGIVNEY JQ, CLEVELAND BR. The levator syndrome and its treatment. *South Med J* 1965, 58:505–510
8. WESSELMANN U, BURNETT AL, HEINBERG LJ. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 1997, 73:269–294
9. ΣΑΒΒΑΣ Α. Ανατομική του ανθρώπου. Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 1961:423–432
10. PORTER NH. A physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. *Ann R Coll Surg Engl* 1962, 31:379–404
11. SHAFIK A. Levator ani muscle: New physiological aspects and role in the micturition mechanism. *World J Urol* 1999, 17:266–273
12. MESSELINK B, BENSON T, BERGHMANS B, BØ K, CORCOS J, FOWLER C ET AL. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005, 24:374–380
13. MAZZA L, FORMENTO E, FONDA G. Anorectal and perineal pain: New pathophysiological hypothesis. *Tech Coloproctol* 2004, 8:77–83
14. TRAVELL JG, SIMONS DG. Myofascial pain and dysfunction. In: *The trigger point manual: The lower extremities*. Vol II. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992
15. BHARUCHA AE, WALD A, ENCK P, RAO SS. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006, 130:1510–1518
16. DROSSMAN DA, LI Z, ANDRUZZI E, TEMPLE RD, TALLEY NJ, THOMPSON WG ET AL. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993, 38:1569–1580
17. WALLACE K. Female pelvic floor functions, dysfunctions, and behavioral approaches to treatment. *Clin Sports Med* 1994, 13:459–481
18. SALVATI EP. The levator syndrome and its variant. *Gastroenterol Clin North Am* 1987, 16:71–78
19. WALKER E, KATON W, HARROP-GRIFFITHS J, HOLM L, RUSSO J, HICKOK LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988, 145:75–80
20. CHIARIONI G, NARDO A, VANTINI I, ROMITO A, WHITEHEAD WE. Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gastroenterology* 2010, 138:1321–1329
21. TU FF, HOLT JJ, GONZALES J, FITZGERALD CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: A controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 198:272.e1–7
22. GRIMAUD JC, BOUVIER M, NAUDY B, GUIEN C, SALDUCCI J. Manometric and radiologic investigations and biofeedback treatment of chronic idiopathic anal pain. *Dis Colon Rectum* 1991, 34:690–695
23. WEST L, ABELL TL, CUTTS T. Anorectal manometry and EMG in the diagnosis of the levator ani syndrome. *Gastroenterology* 1990, 98:A401
24. JARVIS SK, ABBOTT JA, LENART MB, STEENSMA A, VANCAILLIE TG. Pilot study of botulinum toxin type A in the treatment of chronic pelvic pain associated with spasm of the levator ani muscles. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004, 44:46–50
25. FISCHER KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther* 2007, 87:935–941
26. WALD A. Functional anorectal and pelvic pain. *Gastroenterol Clin North Am* 2001, 30:243–251
27. WHITEHEAD WE, WALD A, DIAMANT NE, ENCK P, PEMBERTON JH, RAO SS. Functional disorders of the anus and rectum. *Gut* 1999, 45(Suppl 2):II55–II59
28. THOMPSON WG. Proctalgia fugax. *Dig Dis Sci* 1981, 26:1121–1124
29. BHARUCHA AE, TRABUCO E. Functional and chronic anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2008, 37:685–696
30. POTTER MA, BARTOLO DC. Proctalgia fugax. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001, 13:1289–1290
31. OLSEN B. Proctalgia fugax – a nightmare drowned in enema. *Colorectal Dis* 2008, 10:522–523
32. KATSINELOS P, KALOMENOPOULOU M, CHRISTODOULOU K, KATSI-BA D, TSOLKAS P, PILPILIDIS I ET AL. Treatment of proctalgia fugax with botulinum A toxin. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001, 13:1371–1373
33. SRINIVASAN AK, KAYE JD, MOLDWIN R. Myofascial dysfunction associated with chronic pelvic floor pain: Management strategies. *Curr Pain Headache Rep* 2007, 11:359–364
34. GERWIN RD, DOMMERHOLT J, SHAH JP. An expansion of Simon's integrated hypothesis of trigger point formation. *Curr Pain Headache Rep* 2004, 8:468–475
35. HONG CZ. New trends in myofascial pain syndrome. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 2002, 65:501–512
36. WEISS JM. Chronic pelvic pain and myofascial trigger points. *Surg Phys Assist* 2000, 6:25–30
37. LANGFORD CF, UDVARI NAGY S, GHONIEM GM. Levator ani trigger point injections: An underutilized treatment for chronic pelvic pain. *Neurourol Urodyn* 2007, 26:59–62
38. KIM NH, SUK KS. Clinical and radiological differences between traumatic and idiopathic coccygodynia. *Yonsei Med J* 1999, 40:215–220
39. FOGEL GR, CUNNINGHAM PY 3rd, ESSES SI. Coccygodynia: Evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2004, 12:49–54
40. WEXNER SD, LATULIPPE JF. Anorectal disorders. In: Brandt LJ (ed) *Clinical practice of gastroenterology*. Churchill Livingstone, Philadelphia, 1999:772–784
41. MAIGNE JY, DOURSOUNIAN L, CHATELLIER G. Causes and mechanisms of common coccydynia: Role of body mass index and coccygeal trauma. *Spine* 2000, 25:3072–3079
42. WALD A. Anorectal and pelvic pain in women: Diagnostic considerations and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001, 33:283–288
43. PATEL R, APPANNAGARI A, WHANG PG. Coccydynia. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2008, 1:223–226

Corresponding author:

N. Andromanakos, 10A Glafkis street, GR-152 32 Halandri, Greece  
e-mail: andromanakos@ath.forthnet.gr