

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 081/005

Entwicklungsstufe:

1

# Kokzygodynie

## Definition (ICD 10: M 53.3)

Als Kokzygodynie werden ziehende oder stechende, z.T. lang anhaltende Schmerzen am Steißbein selbst oder in unmittelbarer Nachbarschaft bezeichnet (5), die sich beim Sitzen, sich Hinsetzen, Aufstehen oder der Defäkation verstärken, also vorzugsweise dann, wenn Kräfte auf das Steißbein einwirken. Die Ursachen der Kokzygodynie scheinen vielschichtig zu sein; sie ist nicht durch ein pathognomonisches Substrat definiert, weswegen Buchmann abrät, von einer Krankheit zu sprechen. Die Erstbeschreibung erfolgte 1859 durch James Y. Simpson (5, 22). Synonym verwendet wird der Begriff Steißbeinneuralgie (3). Von der sogenannten idiopathischen wird die traumatische Kokzygodynie unterschieden. Ihr gehen Traumen voraus; u.U. lassen sich dann radiologisch pathomorphologische Veränderungen (Subluxation, Luxation, Fraktur) nachweisen (5, 15). Charakteristikum der traumatischen Kokzygodynie ist eine Latenzzeit zwischen der Verletzung und dem Auftreten der typischen hartnäckigen Schmerzen (3). Buchmann, aber auch andere vermuten die Ursache der Schmerzen der traumatischen Kokzygodynie im Bandapparat des Steißbeins im Sinne einer Bandüberdehnung oder Bänderzerrung.

## Häufigkeit

Die Kokzygodynie ist relativ selten. Betroffen sind vor allem Frauen (5, 12, 23), nach Stein und Winkler meist im mittleren Lebensalter. Lediglich bei Grosso et al. findet sich bei einer kleinen Fallzahl ein Geschlechtsverhältnis von 2:1 von Männern zu Frauen. Die traumatische Kokzygodynie scheint häufiger zu sein als die idiopathische (5, 12).

## Ätiopathogenese

Bei der idiopathischen Kokzygodynie läßt sich eine Ursache der Beschwerden meist nicht feststellen (12, 20). 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 u.a. eine Arachnoid-Zyste der Cauda equina (10), eine Sakralnerven-Zyste (29), eine Dermoid-Zyste (5) oder auch Glomustumore (6, 18). Peri- und intracoccygeale Glomuskörper kommen jedoch als Normalbefunde in jedem Lebensalter vor; sie unterscheiden sich histologisch nicht von den beschriebenen intracoccygealen Glomustumoren, und ihre Rolle bei der Entstehung der Kokzygodynie ist fraglich (1).

Kim et al. fanden bei Patienten mit idiopathischer Kokzygodynie einen größeren interkokzygealen Winkel (Winkel zwischen dem ersten und dem letzten Steißbeinwirbelkörper), als bei einer Kontrollgruppe und vor allem einer Gruppe mit traumatischer Kokzygodynie.

Postacchini et al. ermittelten in einer retrospektiven Studie an Hand eines Vergleichs von Röntgenbildern der idiopathischen Kokzygodynie bei steißbeinresezierten Patienten deutlich häufiger eine Verschmelzung der sakrokokzygealen Verbindung als bei Patienten einer beschwerdefreien Vergleichsgruppe.

Maigne (1994) fand als mögliche Ursache einer idiopathischen Kokzygodynie röntgenologisch bei 25 von 51 Patienten eine vermehrte Mobilität bzw. Luxation des Steißbeins.

In einigen Arbeiten wird auf die Vergesellschaftung einer Kokzygodynie mit Depressionen oder

anderen psychischen Störungen hingewiesen (5, 14, 18, 22, 26); Maroy hält einen durch rektal-digitale Untersuchung auslösbaren Kokzygodynie-Schmerz gar für einen Hinweis auf eine larvierte Depression. Gelegentlich wird die Kokzygodynie als psychosomatisches Syndrom gedeutet (18). Auch eine rheumatische Genese kommt in Frage (18). Auffallend oft leiden Patienten mit Morbus Bechterew unter einer Kokzygodynie (22, 26). Traycoff et al. differenzieren zwischen der echten Kokzygodynie, die ihren Ursprung im sakrokokzygealen 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. Nach Buchmann und Kim et al. ist die traumatische Kokzygodynie häufiger als die idiopathische. Frakturen als Folge stumpfer Traumen sind aufgrund der hohen Beweglichkeit des Steißbeins eher selten (18), Kontusion, Subluxation und Luxation dagegen häufiger zu diagnostizieren. Auch Geburtstraumen werden als Auslöser einer Kokzygodynie beschrieben (3, 4, 5).

## Symptome

Die Patienten klagen über ziehende, stechende, aber auch brennende Schmerzen in der Steißbeinregion, die in die Anal-, Lumbal- und Hüftregion ausstrahlen können (26) und die von Tagen bis zu mehreren Wochen anhalten können. Meist treten sie auf im Sitzen (3, 15, 19), beim Aufstehen aus sitzender Position (15, 19), der Defäkation (3, 12, 26) und dann vor allem bei der idiopathischen Kokzygodynie sowie beim Koitus (3) auf. Typischerweise können sie fast immer vom Untersucher bei der Palpation oder beim Bewegen des Steißbeines ausgelöst werden (5). Ausgangspunkt der Schmerzen können der sakrokokzygeale Übergang sein (24), ebenso das Periost und der Bandansatz. Baciú et al. weisen darauf hin, daß zwischen einem traumatischen Ereignis und dem Auftreten der spezifischen Schmerzsymptomatik eine charakteristische Latenzzeit besteht.

Zwischen dem Ausmaß radiologisch nachgewiesener Schäden und der Intensität der Schmerzen besteht keine Relation (5).

## Diagnostik

Die Diagnose beruht auf der Schmerzauslösung durch Palpation des Steißbeines, vornehmlich der Steißbeinspitze, von außen bzw. transrektal und durch bidigitales Bewegen des Steißbeins (5, 22, 26). Röntgenuntersuchungen des Steißbeines, vor allem im seitlichen Strahlengang, können bei idiopathischer Kokzygodynie unerwartete pathologische Befunde aufzeigen: So fand Buchmann in 11 von 47 Fällen bei vermeintlich idiopathischer Kokzygodynie eindeutige Folgen von Traumen, wie Subluxation, Luxation und auch frakturähnliche Veränderungen, ohne dass den Patienten ein solches Ereignis erinnerlich war. Maigne et al. (13) konnten bei acht von 30 Patienten mit idiopathischer Kokzygodynie in sitzender Position eine posteriore Subluxation des Steißbeines nachweisen, die im Liegen nicht sichtbar war. Beschrieben, aber nicht in der Routinediagnostik etabliert, sind das Ausmessen der Beweglichkeit des Steißbeines (15) und des interkokzygealen Winkels (zwischen dem ersten und letzten Kokzygealsegment), der bei Patienten mit idiopathischer Kokzygodynie größer ist als bei denen mit traumatischer Kokzygodynie und auch denen einer normalen Vergleichsgruppe (12), die radiologische Begutachtung des sakrokokzygealen Winkels (27), der bei Frauen meist größer ist als bei Männern, der Nachweis unterschiedlich häufiger knöcherner Verschmelzung des sakrokokzygealen Gelenks und/oder der rudimentären Steißbeinwirbel und schließlich der Nachweis verschiedenartiger Steißbeinformen (20).

Buchmann führt routinemäßig eine Röntgenaufnahme des Steißbeins in zwei Ebenen durch. Allerdings wird die Röntgendiagnostik durch die sehr variable, uneinheitliche Morphologie des Steißbeins erschwert. Neben verschiedenen Formen und Stellungen des Os coccygis finden sich zwei, meist drei, gelegentlich auch vier Wirbel. Manchmal sind die einzelnen rudimentären Wirbelkörper in Folge knöcherner Verschmelzung nicht mehr gegeneinander abgrenzbar (5).

## Differentialdiagnose

Alle mit Schmerzen einhergehenden anorektalen Erkrankungen, insbesondere tiefsitzende Rektumtumoren, 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 unterschiedlich wie die Ursachen der Kokzygodynie sind auch die Therapiekonzepte.

Vorrang hat die konservative-symptomatische Behandlung (25). So werden neben physikalischen Maßnahmen, wie Sitzbädern und Fangopackungen (22, 26), auch Massagen der parakokzygealen Muskulatur (22, 26), von Beckenboden und Steißbein sowie Akupunktur vorgeschlagen (7). Polkinghorn et al. sahen positive Effekte bei chiropraktischen Maßnahmen. Medikamentös werden mit Erfolg, vor allem beim Vorliegen einer Depression, Antidepressiva angewandt (16). Weiterhin werden Analgetika, Antirheumatika, Spasmolytika und Sedativa verabreicht (18, 22, 26). Kersey propagiert die Applikation eines Lokalanästhetikums zusammen mit Kortikosteroiden in den sakrokokzygealen Gelenkspalt; Buchmann infiltrierte Kortikoid-Kristallsuspension perikokzygeal. Gelegentlich wird Röntgenbestrahlung empfohlen (22, 26), andererseits aber auch davor gewarnt (3). Bei geringerer Schmerzsymptomatik hatte Buchmann mit Kurzwellenapplikation (Monoden-Kurzwelle) Erfolg. Die Heilungsraten der konservativen Behandlung sind bei der idiopathischen Kokzygodynie besser als bei der traumatischen (12).

Chirurgische Maßnahmen, wie die Kokzygotomie, die Kokzygektomie oder Eingriffe an den Nerven, sollten aufgrund eher dürftiger Ergebnisse kritisch bewertet werden (2, 4, 22, 23, 25, 26). Es gibt jedoch Mitteilungen, die bei strenger Indikation und einer erfolglosen konservativen Therapie ein operatives Vorgehen befürworten und mit guten Ergebnissen belegen (3, 5, 8, 9, 17, 20, 21, 28).

---

## Literatur:

1. Albrecht S, Hicks MJ, Antalffy B: Intracoccygeal and pericoccygeal glomus bodies and their relationship to coccygodynia. *Surgery* 115, 1-6, 1994
2. Albrektsson B: Sacral rhizotomy in cases of ano-coccygeal pain. A follow-up of 24 cases. *Acta Orthop Scand* 52, 187-90, 1981
3. Baciú CL, Sgarbura I, Brazda A: Über die chirurgische Behandlung der traumatischen Kokzygodynie mittels Ramisektion des Plexus sacro-coccygeus. *Z. Orthop Grenzgeb* 102, 231-236, 1964
4. Bayne O, Bateman JE, Cameron HU: The influence of etiology on the results of coccygectomy. *Clin Orthop* 190, 266-272, 1984
5. Buchmann J: Bemerkungen zur Kokzygodynie. *Z. Orthop Grenzgeb* 102, 217-231, 1964
6. 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
7. Gataullin IG, Samitow OS: Acupuncture reflex therapy in the treatment of coccygodynia. *Khirurgiia (Mosk)* 2, 64-66, 1989
8. Grosso NP, van Dam BE: Total coccygectomy for the relief of coccygodynia: a retrospective review. *J Spinal Disord* 8, 328-330, 1995
9. Hellberg S, Strange-Vognsen HH: Coccygodynia treated by resection of the coccyx. *Acta Orthop Scand* 61, 463-465, 1990
10. Kepski A, Rudnicki S: Arachnoid cyst of the cauda equina: a contribution to the etiology of coccygodynia. *Neurol Neurochir Pol* 12, 109-112, 1978
11. Kersey PJ: Non-operative management of coccygodynia. *Lancet*, 318, 1980
12. Kim NH, Suk KS: Clinical and radiological differences between traumatic and idiopathic coccygodynia. *Yonsei Med J* 40, 215-220, 1999
13. 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
14. Maigne JY, Guedj S, Straus C: Idiopathic coccygodynia. Lateral roentgenograms in the sitting position and coccygeal discography. *Spine* 19, 930-934, 1994
15. 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
16. Maroy B: Spontaneous and evoked coccygeal pain in depression. *Dis Colon Rectum* 31, 210-215, 1988
17. Mszwidobadze M, Alborow G: Tactics in management of coccygodynia. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 55, 519-521, 1990
18. Nutz V, Stelzner F: Der Glomustumor als Ursache einer Coccygodynie. *Chirurg* 56, 243-246, 1985
19. 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
20. 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
21. Shaposhnikov VI: Surgical treatment of coccygodynia. *Khirurgiia (Mosk)* 9, 47-48, 1997
22. Stein E: Kokzygodynie. *Proktologie. Lehrbuch und Atlas*, 3. Auflage 1994 Springer-Verlag, Heidelberg, Kap. 12, S. 333-4.
23. Tilscher H, Kantor H, Ganzl W et al.: Coccygodynia - a diagnostic and therapeutic problem in

- orthopedics. Z Orthop Grenzgeb 124, 628-632, 1986
24. Traycoff RB, Crayton II, Dodson R: Sacrococcygeal pain syndromes: diagnosis and treatment. Orthopedics 12, 1373-1377, 1989
  25. Valen B, Bringedal K: Coccygectomy for coccygodynia. Tidsskr Nor Laegeforen 119, 1429-1430, 1999
  26. 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
  27. Yamashita K: Radiological study of 1500 coccyces. Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi 62, 23-26, 1988
  28. Zayer M: Coccygodynia. Ulster Med J 65, 58-60, 1996
  29. Ziegler DK, Batnitzky S: Coccygodynia caused by perineural cyst. Neurology 34, 829-830, 1984
- 

## Verfahren zur Konsensbildung:

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeitig vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Sie wurde anhand des Erkenntnismaterials verfasst und anschließend in drei jeweils mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Randomisierte kontrollierte klinische Studien zu diesem Thema existieren nicht.

### Teilnehmer der Konferenzen waren:

Prof.Dr. V. Wienert (Dermatologie), Aachen  
Priv.-Doz. Dr. W. Brühl (Gastroenterologie), Vlotho-Exter  
Prof. Dr. W. Hartschuh (Dermatologie), Heidelberg  
Priv.-Doz. Dr. A. Herold (Chirurgie), Mannheim  
Dr. B. Lenhard (Dermatologie), Heidelberg  
Dr. H. Mlitz (Allgemeinmedizin), Saarbrücken  
Dr. F. Raulf (Chirurgie), Münster

### Autoren:

H. Mlitz  
W. Jost

Interdisziplinärer Abgleich mit der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)**.

## Erstellungsdatum:

Dezember 2002

## Letzte Überarbeitung:

## Überprüfung geplant:

Dezember 2007

---

Zurück zum [Index Leitlinien der Koloproktologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Stand der letzten Aktualisierung: Dezember 2002**  
**© Dt. Ges. f. Koloproktologie**  
**Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)**  
**HTML-Code aktualisiert: 22.11.2006; 12:53:07**