

# Proktalgia fugax: Demographische und klinische Charakteristika. Was jeder Arzt aus einer prospektiven Studie von 54 Patienten wissen sollte

De Parades V, Etienney I, Bauer P et al. Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics. What every doctor should know from a prospective study of 54 patients. *Dis Colon Rectum* 2006;50:893–8.

**Fragestellung und Hintergrund:** Diese prospektive Studie wurde durchgeführt, um einen typischen Anfall einer Proktalgia fugax zu beschreiben.

**Patienten und Methodik:** Die Patienten wurden von Mai 2003 bis Juni 2004 rekrutiert. Unabhängig vom eigentlichen Grund des Arztbesuches wurde immer systematisch gefragt: „Leiden Sie unter sporadischen und wiederkehrenden anorektalen Schmerzen, die mindestens drei Sekunden anhalten?“ War die Antwort „Ja“, wurden sie mit einem Fragebogen befragt und proktologisch untersucht. Das Kriterium für eine Proktalgia fugax war eine positive Antwort bei negativer Untersuchung.

**Ergebnisse:** Die Studie umfasste 1 809 Patienten. 54 dieser Patienten (3%) hatten eine Proktalgia fugax und 83% von ihnen hatten wegen dieses Problems niemals medizinischen Rat eingeholt. Das mittlere Alter betrug 51

(18–87) Jahre. 37 Patienten waren weiblich (69%). Der Schmerz setzte plötzlich ein und in 85% der Fälle ohne einen Trigger. Die Attacken kamen sowohl tagsüber (33%) als auch nachts (35%). Der Schmerz wurde in 76% der Fälle als krampfend, als Spasmus, oder stechend beschrieben. In 93% der Fälle strahlte er nicht aus. In 81% der Fälle gab es keine Begleiterscheinungen. Die Attacken hörten in 67% der Fälle spontan auf. Die Durchschnittsdauer betrug 15 Minuten (5 s bis 90 min). Die durchschnittliche Anzahl der Attacken im Jahr betrug 13 (1–180).

**Schlussfolgerung:** Proktalgia fugax befällt zweimal so viele Frauen als Männer um die 50 Jahre. Normalerweise kommt die ungefähr monatliche Attacke als plötzlicher Schmerz ohne Trigger, Tag und Nacht gleich häufig. Der nicht ausstrahlende Krampf, Spasmus oder stechende Schmerz ohne Begleitsymptome ist im Durchschnitt am stärksten nach 15 Minuten und lässt spontan nach.

## Kommentar

Es gibt wahrscheinlich selten so viele umstrittene Behauptungen und Beobachtungen wie für das Krankheitsbild der Proktalgia fugax. Die Behauptungen reichen von einem Beckenboden-Krampfleiden, welches (in Textbüchern) nur nächtens auftritt, bis zu

einem Psychosyndrom ausgelöst durch erotische Träume. Hauptsächlich verantwortlich für dieses, vor mehr als 120 Jahren erstmals erwähnte Krankheitsbild ist die Tatsache, dass zurzeit praktisch nur die gezielte Anamnese als Diagnostikum vor der wissenschaftlichen Welt Bestand hat. Wie der Name schon sagt, sind die zum Teil sehr star-

ken Schmerzen im Anorektalbereich nur von kurzer Dauer (Sekunden bis, von wenigen Ausnahmen abgesehen, im Durchschnitt 15 Minuten) und ätiopathogenetische Erklärungen oft spekulativ. Manche behaupten, dass diese Schmerzen mit erhöhtem intraluminalen Rektumdrücken einhergehen (bei zwei Patienten berichtet) [1], erhöhte Ruhedrucke des inneren Schließmuskels aufweisen (bei 18 Patienten publiziert [2], zugleich eine vererbte Myopathie des inneren Schließmuskels besteht (vier Publikationen mit insgesamt fünf Patienten [3–6], oder dass die Schmerzattacken von einem Ödem der Kolonschleimhaut aufgrund von Hypervaskularisation begleitet werden [eine Aussage, die von Boissont 1966 gemacht [7] und im Lehrbuch von MC Marti angeführt ist und seither immer wieder erwähnt wird [8]. In der deutschen medizinischen Literatur gibt es interessanterweise Berichte mit bis zu 136 Patienten [9], während in den sogenannten „großen englischsprachigen Publikationen“ meist nur über 40–60 Patienten berichtet wird [10, 11].

Auch in der vorgestellten Arbeit wird nur über 54 PatientInnen berichtet, die aus mehr als 1800 gastroenterologischen Patienten mittels eines Fragebogens herausgefiltert wurden. Gut gefallen hat mir, dass Patienten, die klinisch bei der rektal-digitalen Untersuchung einen dumpfen Afterschmerz oder eine prominente schmerzhaftige Puborektalisschlinge hatten, mit der Verdachtsdiagnose „Levator-ani-Syndrom“ exkludiert wurden. Positive Anamnese und negative klinische und endoskopische Untersuchung waren somit die Einschlusskriterien. Interessant ist, dass die Proktalgia fugax im proktologischen Krankengut doch eine signifikante Gruppe ausmacht (3%; andere Publikationen bis 14% [9]), wenngleich 83%

der PatientInnen niemals ärztlichen Rat für die Behandlung dieser speziellen Schmerzattacken suchten. Interessant ist auch, dass, wenn die Gruppe von PatientInnen, die deswegen ärztliche Hilfe aufsuchte, mit der Gruppe verglichen wurde, die nicht dafür den Arzt aufsuchte, kein signifikanter Unterschied erkennbar war. Die Autorengruppe aus Paris folgerte daraus, dass diese Schmerzen, die im Schnitt nur selten auftreten (ca. einmal/Monat), offenbar die PatientInnen wenig beeinträchtigen dürften. Unsere eigenen Erfahrungen werden durch diese Publikation insofern bestätigt, dass diese Krankheit einerseits doch deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern, und zwar im mittleren Alter (um 50 Jahre), auftritt und andererseits dass diese Schmerzanfälle oftmals auch tagsüber auftreten (tagsüber 33%, nächtens 35%, sowohl untermittags als auch nachts 32%). Pathognomonisch scheint mir für dieses Krankheitsbild auch, dass diese Schmerzen nicht in umgebende Strukturen ausstrahlen (93%) und meistens selbstlimitierend sind (67%). Hinweisen möchte ich auch darauf, dass in der Mehrzahl der Fälle (85%) kein Auslöser für diese Form des Schmerzanfalles nachgewiesen werden konnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Publikation einige wichtige Erklärungen abgibt:

1. Die Proktalgia fugax ist eine Erkrankung, die vornehmlich bei weiblichen PatientInnen im mittleren Alter vorkommt.
2. Der Schmerz tritt unabhängig von Tag oder Nacht auf.
3. Auslösemechanismen (Trigger) sind meistens nicht erkennbar.
4. PatientInnen holen, trotz der zum Teil heftigen, aber bekannterweise kurz dauernden Beschwerden, nur selten ärztlichen Rat ein.

### Literatur

1. Harvey RF. Colonic motility in proctalgia fugax. *Lancet* 1979;2:713–4.
2. Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G, Bernhard G. Anorectal function and morphology in patients with sporadic proctalgia fugax. *Dis Colon Rectum* 1996;39:755–62.
3. Kamm MA, Hoyle CH, Burleigh DE, Law PJ, Swash M, Martin JE, Nicholls RJ, Northover JM. Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation. A newly identified condition. *Gastroenterology* 1991;100:805–10.
4. 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* 1997;9:221–4.
5. König P, Ambrose NS, Scott N. Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation: further clinical and histological characterization in a patient. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:127–8.
6. De la Portilla F, Borrero JJ, Rafel E. Hereditary vacuolar internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation: a new case contribution. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:359–61.
7. Boisson J, Debbasch L, Bensaude A. Algies anorectales essentielles. *Arch Fr Mal Appar Dig* 1966;55:3–24.
8. Marti MC. Essential Anorectal Pain or Idiopathic Perianal Pain. In *Surgery of Anorectal Diseases* (Marti MC, Givel JC, eds.) Springer. Berlin 1990 pp. 239–241
9. Mlitz H. Proctalgia fugax nur seltenes Symptom des Hämorrhoidalleidens? *Medical Tribune* 7. September 2004 (37)
10. Schmulson M, Ortiz O, Santiago-Lomeli M, Gutiérrez-Reyes G, Gutiérrez-Ruiz MC, Robles-Díaz G, Morgan D. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis* 2006;24:342–347.
11. Takano M. Proctalgia fugax: caused by pudendal neuropathy? *Dis Colon Rectum* 2005;48:114–20.

*Prof. Dr. Johann Pfeifer, Graz*