

Injeksjonsbehandling ved halebeinssmerter

Pasienter med vedvarende plagsomme halebeinssmerter, koksygodyni (coccygodynia), tilbys ofte operativ fjerning av os coccygeus. Konservativ behandling begrenser seg vanligvis til å avlaste det ømme området. Vi har behandlet slike pasienter med lokal injeksjon av kortikosteroid og lidokain.

11 pasienter med halebeinssmerter behandlet med injeksjon ble kontaktet per telefon mer enn tre år etter behandling.

En pasient var helt kvitt sine plager og fem pasienter var så mye bedre at de ikke hadde behov for videre behandling. Hos en pasient var tilstanden uendret. Fire pasienter var blitt operert.

Injeksjonsbehandling med kortikosteroid og lidokain er enkel og bør forsøkes før operasjon hos pasienter med halebeinssmerter.

Koksygodyni (coccygodynia) er, på samme måte som hodepine (1), et symptom, og har sannsynligvis en rekke forskjellige årsaker. Forskjellige syn på etiologien er nok bakgrunnen for det store antall konservative behandlingsformer som har vært foreslått. Opp igjennom årene er det blant annet anbefalt varme sittebad, ikke-steroide antiinflammatoriske midler, bekkenmassasje per rectum, ultralydbehandling, korbølgeterapi, røntgenbestråling, lokalbedøvelse, nerveblokkade, sakral rhizotomi, injeksjon av kortikosteroid og manipulasjon av os coccygeus i narokse (2–5).

Konservativ behandling innebærer vanligvis kun å avlaste det vonde området så godt som mulig (2). I Norge er det vanlig å fjerne os coccygeus operativt om tilstanden er plagsom. Det forelå lite dokumentasjon av virkningen av konservative behandlingsformer inntil Wray og medarbeidere (6) rapporterte gode resultater med lokal injeksjon av kortikosteroid i en stor prospektiv randomisert studie. Vi har tilbudt denne typen behandling til pasienter som henvises til vår poliklinikk med halebeinssmerter, og ønsket å vurdere resultatene.

Materiale og metode

11 pasienter (ni kvinner) med halebeinssmerter behandlet med lokal injeksjon mer enn tre år tidligere ble identifisert i poliklinikkens arkiv og kontaktet per telefon 38–84 måneder (median 64 måneder) etter behandling. Median alder var 37 år (spred-

Vilhjalmur Finsen

vilh.finsen@medisin.ntnu.no

Ortopedisk avdeling

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

Finsen V.

Corticosteroid injection for coccygodynia.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2832–3.

Background. Severe coccygodynia is often treated with coccygectomy. In Norway, conservative treatment is usually restricted to avoiding pressure on the painful area. We have used local injection with a mixture of corticosteroid and lidocaine in this condition.

Material and methods. We present 11 patients with coccygodynia treated with local injection. All patients were contacted by telephone three or more years later.

Results. At follow-up, one patient was asymptomatic, five patients had improved so much that further treatment was unnecessary, and in one patient the condition was unchanged. Four patients had been operated during the follow-up period.

Interpretation. Local injection of corticosteroid and lidocaine is a simple therapeutic option that should be tried before operation.

ning 25–52 år). Opplysninger ble hentet fra journaler, og i telefonintervjuet besvarte pasienten spørsmål om tilstandens forløp etter behandling etter et strukturert skjema.

Resultater

Mange pasienter hadde vansker med å angi nøyaktig når besværet hadde oppstått, men angav fra seks til 36 måneder (median 12 måneder) før første injeksjon. Mange oppgav traumer tidligere i livet som det var vanskelig tidsmessig å sette i forbindelse med de aktuelle plagene. Smertene hadde oppstått etter svangerskap hos fire, var sannsynligvis utløst av traume hos to og av langvarig sykling hos en, mens man ikke fant noen forklaring hos fire.

Pasientene klaget alle over smerte i seteregionen når de måtte sitte lenge. Sakralcyster og patologiske forhold i analåpningen ble utelukket ved klinisk undersøkelse. Det ble lagt vekt på ømhet ved palpasjon av ytre eller indre aspekt av sakrokoksyealovergangen og særlig på reproduksjon av pasientens besvær ved å bevege i sakrokoksyealleddet ved rektal eksplorasjon. Skjelettneoplasmer ble utelukket ved røntgenundersøkelse av sacrum og halebein. Ytterligere

differensialdiagnostiske utredninger ble ikke foretatt. Det ble ikke lagt vekt på uvanlige vinklinger i sakrokoksyealleddet.

Kortikosteroidinjeksjon ble foretatt med pasienten i høyre sideleie med knærne trukket opp mot brystet. 1 ml betametason (Celeston Chronodose) ble blandet med 1 ml lidokain 1% i en sprøyte. Venstre pekefinger ble ført inn i rectum og forsiden av os coccygeus palpert mens injeksjonen ble satt i det ømme området med høyre hånd. Man forsøkte å injisere i sakrokoksyealleddet når man hadde inntrykk av at smertene særlig var lokalisert der. Et par minutter etter injeksjonen ble pasienten bedt om å sette seg og forsøke å provosere frem smertene. Om de ikke lenger hadde vondt, antok man at injeksjonen var satt på et gunstig sted. Hvis symptomene var bedret, men ikke borte ved kontroll 4–6 uker senere, ble det i noen tilfeller satt nok en injeksjon. Fem pasienter fikk to sprøyter og én tre sprøyter.

Sju pasienter var fortsatt ikke operert ved etterkontrollen. En av pasientene angav å være helt bra, fem var betydelig bedre og godt fornøyd, mens én angav at besværet var uendret sammenliknet med før første injeksjon. Ingen av dem angav behov for flere injeksjoner eller ønsket operasjon.

De øvrige fire pasientene var blitt operert henholdsvis fem, seks, ni og 13 måneder etter den første injeksjonen. Tre av dem hadde fått to injeksjoner. En operert pasient var helt kvitt sitt besvær, to var betydelig bedre, mens én syntes operasjonen hadde vært mislykket.

Diskusjon

Hensikten med denne lille studien var kun å etterprøve de gode resultatene som er rapportert i litteraturen. Materialet er lite og retrospektivt og pasientene er kun kontaktet per telefon. Dette skulle imidlertid være tilstrekkelig til å danne seg et inntrykk av resultatene ettersom smerter er det eneste symptom som tilstanden gir.

Halebeinet har sitt navn etter det latinske ordet for gjøk (coccyx) fordi knokkelen angivelig likner på et gjøkenebbe (5, 7). Litteraturen er temmelig entydig på at operativ koksyeektomi er god behandling for halebeinssmerter. Det er rapportert meget få alvorlige komplikasjoner, og 80–90% av pasientene er fornøyd med utfallet av inngrepet (2, 4, 6, 8–10). Operasjon krever vanligvis innleggelse, og det går noen uker før pasienten kan sitte uten ubehag. Det er hevdet at bare få pasienter trenger operasjon (1, 3, 4) og presisert at konservativ behandling bør forsøkes først (2, 4). Intuitivt synes det

fornuftig å be pasienten avlaste det vonde området. Det er imidlertid vanskelig å finne overbevisende dokumentasjon på verdien av konservativ behandling.

Kortikosteroidinjeksjon har vært anbefalt av flere (1, 5, 8, 11), men ble først undersøkt systematisk av Wray og medarbeidere (6). I en pilotdel av studien, som omfattet 50 pasienter, fant de at scintigrafi, CT og personlighetstesting/psykologisk kartlegging ikke gav funn av klinisk relevans. Beinets frem-spring på nedre sacrum eller uvanlig stilling eller form av halebeinet indikerte ikke økt sannsynlighet for at pasienten trengte operasjon. Ultralyd- og kortbølgebehandling var uten virkning. I den prospektive delen av studien ble 70 pasienter randomisert til enten kortikosteroidinjeksjon alene eller injeksjon pluss manipulasjon. Manipulasjon ble utført ved at pasienten etter bedøvelse ble lagt i sideleie. Med en finger i rectum og en utvendig ble os coccygeus forsiktig eksten-dert og flektert gjentatte ganger i løpet av ett minutt. Suksessraten ett år etter behandling var 45 % ved det første regimet og 61 % ved det andre. Noen pasienter trengte gjentatte injeksjoner. Bare 23 av de 120 pasientene ble operert. På bakgrunn av denne studien har vi tilbudt våre pasienter med halebeins-smerter injeksjonsbehandling. En del pa-sienter har av forskjellige grunner ikke ønsket slik behandling og er søkt til operasjon, men de fleste har fått injeksjon. Vi har ikke forsøkt manipulasjon av halebeinet.

Omtrent halvparten av våre pasienter har vært godt hjulpet av injeksjonene og har unngått operasjon selv etter over tre års observasjonstid. Injeksjonene er lette å sette, og vi har ikke opplevd komplikasjoner. Vi synes denne behandlingsformen er verdt å forsøke før pasienten med halebeinssmerter søkes til operasjon.

Litteratur

1. Johnson PH. Coccygodynia. *J Ark Med Soc* 1981; 77: 421–4.
2. Valen B, Bringsdal K. Coccygektomi for coccygodynia. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1429–30.
3. Wesselmann U, Reich SG. The dynias. *Semin Neurol* 1996; 16: 63–74.
4. Christensen F, Luxhøj T. Coccygodynia – behandlet med excision af os coccygis. *Ugeskr Læger* 1986; 148: 717–8.
5. Howorth B. The painful coccyx. *Clin Orthop* 1959; 14: 145–60.
6. Wray CC, Easom S, Hoskinson J. Coccygodynia. Aetiology and treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1991; 73: 335–8.
7. Grosso NP, van Dam BE. Total coccygectomy for the relief of coccygodynia: a retrospective review. *J Spin Disord* 1995; 8: 328–30.
8. Porter KM, Khan AA, Piggott H. Coccygodynia: a retrospective review. *J Bone Joint Surg Br* 1981; 63: 635–6.
9. Hellberg S, Strange-Vognsen HH. Coccygodynia treated by resection of the coccyx. *Acta Orthop Scand* 1990; 61: 463–5.
10. Postacchini F, Massobrio M. Idiopathic coccygodynia. *J Bone Joint Surg Am* 1983; 65: 1116–24.
11. Kersey PJ. Non-operative management of coccygodynia. *Lancet* 1980; 1: 318. ○

AnnONSE