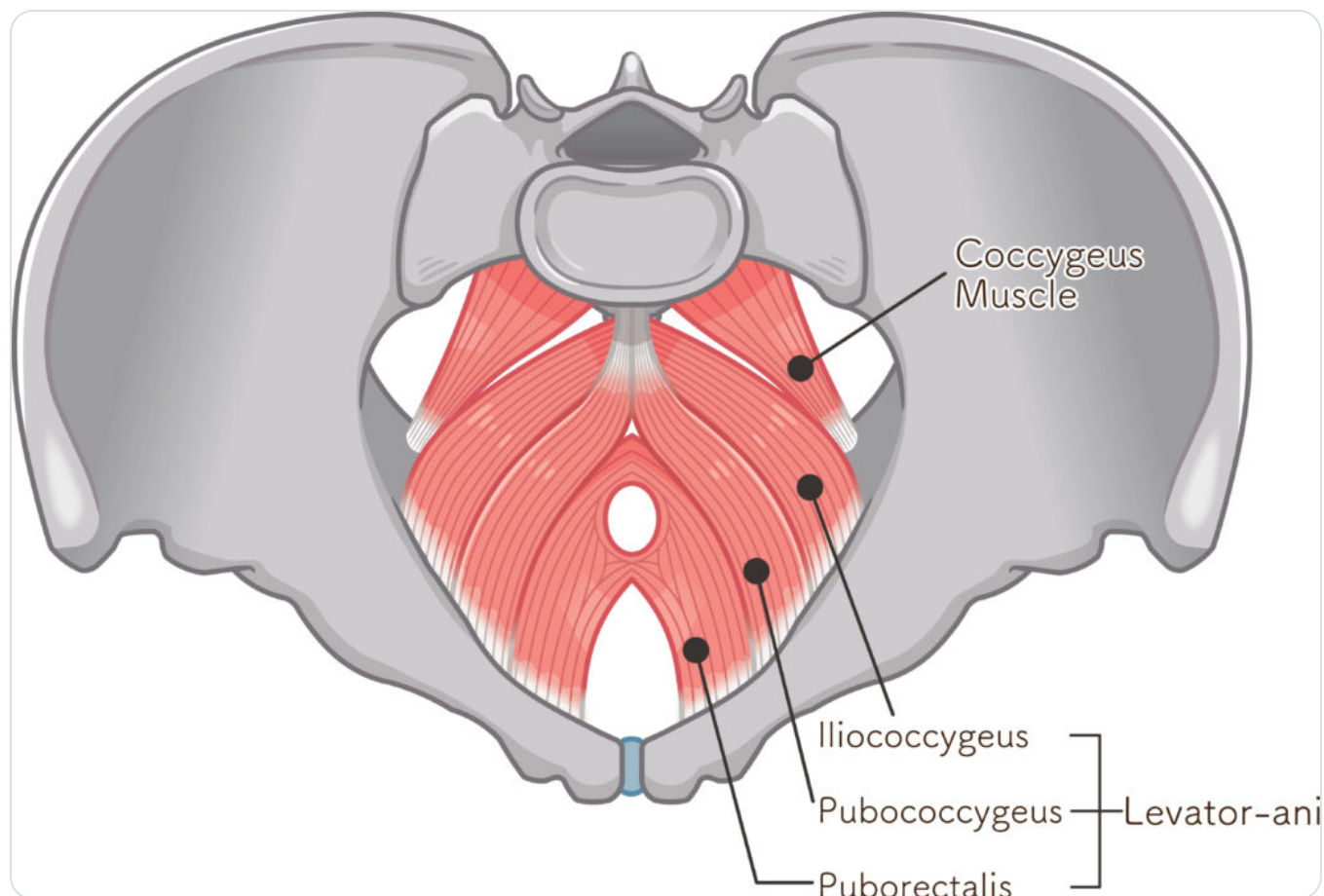


Levator Ani Syndrom: Når bækkenbundens muskler giver smerter



kronisk smerter ved anus

Oplever du en konstant tyngdefornemmelse eller en dump, murrende smerte i bækkenbunden? **Levator Ani Syndrom** er en hyppig årsag til kroniske **smerter ved endetarm**, men da symptomerne kan minde om andre tilstande, er en korrekt diagnose og en grundig tarmundersøgelse afgørende.

Hvad er Levator Ani Syndrom?

Levator ani er den store muskelgruppe, der danner bunden af bækkenet. Ved dette syndrom opstår der kroniske spændinger eller kramper i musklerne, hvilket resulterer i smerter, der ofte beskrives som:

- En følelse af en "golfbold" i endetarmen.

- En dump smerte, der forværres, når man sidder ned i længere tid.
 - Smerter, der kan vare i timer eller dage.
-

Differentialdiagnoser: Hvad kan det ellers være?

Når vi undersøger patienter på kirurgen.dk, er vores vigtigste opgave at skelne Levator Ani Syndrom fra andre tilstande. Det gør vi ved at kigge på smerternes karakter og varighed.

1. Proctalgia Fugax (Kortvarige kramper)

Hvor Levator Ani er en langvarig smerte, er **Proctalgia Fugax** kendetegnet ved pludselige, intense krampeanfald.

- **Smertekarakter:** Lynhurtige, skarpe jag.
- **Varighed:** Varer fra få sekunder til maksimalt 30 minutter.
- **Skelnen:** Hvis dine smerter forsvinder helt mellem anfaldene og typisk optræder om natten, er der sandsynligvis tale om Proctalgia Fugax.

2. Pudendus Neuralgi (Nervesmerter)

Her skyldes smerten irritation af *nervus pudendus* (pudendusnerven) frem for selve musklen.

- **Smertekarakter:** Brændende, elektrisk eller stikkende smerte, der ofte stråler frem mod kønsorganerne.
- **Skelnen:** Smerten ved pudendus neuralgi forsvinder næsten altid, når man sidder på et toiletsæde (fordi trykket på nerven lettes), mens Levator Ani smerter ofte er uændrede eller værre i denne stilling.

3. Endetarmskræft (Alvorlige årsager)

Mange patienter frygter med rette, at smerter i dette område kan skyldes **endetarmskræft**.

- **Skelnen:** Kræft i endetarmen giver sjældent smerter som det eneste symptom. Vi kigger her efter "røde flag" som blod i afføringen, uforklarligt vægttab eller ændrede afføringsvaner. For at udelukke dette med 100% sikkerhed, anbefaler vi ofte en koloskopi.

Hvordan skelner vi klinisk mellem diagnoserne?

For at give dig det bedste behandlingsforløb, udfører vi en række undersøgelser:

1. **Digital Palpation (Fingerspids-undersøgelse):** Dette er den vigtigste test for Levator Ani Syndrom. Hvis lægen mærker en stram, øm muskel (ofte i venstre side), som fremprovokerer din kendte smerte ved tryk, bekræfter det diagnosen.
2. **Kikkertundersøgelse (Anoskopi/Rektoskopi):** Vi ser efter lokale årsager som analfissurer eller hæmorider, der kan trigge muskelkramperne.
3. **Koloskopi:** Hvis der er den mindste mistanke om strukturelle forandringer eller endetarmskræft, udfører vi en **koloskopi**. Det er den mest sikre **tarmundersøgelse** til at inspicere hele tyktarmen og sikre ro i sindet.

Oversigt til hurtig skelnen

Diagnose	Smertevarighed	Smertekarakter	Typisk tegn
Levator Ani Syndrom	Timer/Dage	Dump, murrende	Ømhed ved tryk på bækkenbundsmusklen
Proctalgia Fugax	Sekunder/Minutter	Krampeagtig, akut	Forsvinder hurtigt af sig selv
Pudendal Neuralgi	Konstant (ved sidde)	Brændende, elektrisk	Lindres ved at stå op eller sidde på toilet
Alvorlig sygdom	Tiltagende	Varierende	Kræver koloskopi for udelukkelse

Her er en sammenligning mellem Pudendus Neuralgi og Levator ani Syndrom baseret på kliniske retningslinjer.

Træk	Pudendus Neuralgi (PN)	Levator Ani Syndrom (LAS)
Primær årsag	Irritation eller afklemning af <i>nervus pudendus</i> .	Spasmer eller kronisk spænding i <i>levator ani</i> -musklen.
Smertekarakter	Brændende, elektrisk, stikkende eller som en "fremmedlegemefølelse" (f.eks. en golfbold i endetarmen).	Dump, værkende smerte eller en følelse af tunghed/pres i bækkenet.
Smerteområde	Forsyningsområdet for nerven: Perineum (mellemkødet), kønsorganer og anus.	Typisk lokaliseret til anus og den nederste del af rektum.
Siddestilling	Værre ved at sidde ; lindres ofte ved at stå op eller sidde på et toiletsæde (hvor der ikke er direkte tryk på nerven).	Kan også forværres ved at sidde, men er ofte mere konstant eller bølgeformet uafhængig af stilling.
Diagnose	Baseres ofte på "Nantes-kriterierne" og lindring ved en diagnostisk nervebloakade.	Baseres på "Rome-kriterierne", herunder smerte over 30 min. og ømhed ved palpation af levator-musklen.

Behandling af Levator Ani Syndrom

Behandlingen af LAS er multimodal og har til formål at lindre muskelsmerter og bækkenbundsdysfunktion. Den kirurgiske intervention er sjældent nødvendig og forbeholdes typisk svære, refraktære tilfælde. Konservativ behandling er førstevalg.

A. Førstevalgsbehandling: Konservativ og Fysioterapi

Den mest effektive tilgang fokuserer på at **afspænde** levator ani musklen:

1. Fysioterapi og Bækkenbundstræning

- **Biofeedback:** Dette er en hjørnesten i behandlingen. En sonde placeres i endetarmen for at måle muskelaktiviteten. Patienten trænes i at identificere og bevidst afspænde (i stedet for at kontrahere) levator ani musklen. Studier har vist god succesrate med biofeedback.
- **Manuelle teknikker:** Specialiserede fysioterapeuter kan anvende manuel massage og stræk (trigger-point release) af den spændte muskel for at lindre spasmer.

2. Varmt Sædebad (Sitz Bath)

- At sidde i et varmt bad i 15-20 minutter flere gange dagligt kan hjælpe med at reducere muskelspasmer og øge blodgennemstrømningen i bækkenbunden.

B. Farmakologisk Behandling

Farmaka bruges til at håndtere smerten og muskelspasmerne.

- **Muskelafslappende midler:** Diazepam (i lav dosis) eller cyclobenzaprin kan forsøges for at reducere muskelspasmer.
- **Topikale midler:** Visse salver, såsom nitroglycerin eller calciumkanalblokkere, som bruges til analfissurer, kan have en effekt ved at øge blodtilførslen og afslappe glat muskulatur, selvom beviserne for LAS er begrænsede.
- **Neuropatiske smertebehandlinger:** Tricykliske antidepressiva (f.eks. amitriptylin) eller gabapentinoider kan være effektive i behandling af kroniske smerter, der involverer nerver.

C. Injektionsbehandling

Hvis konservativ behandling fejler, kan injektioner overvejes:

- **Botulinumtoksin (Botox) Injektion:** Injektion af Botulinumtoksin direkte ind i den spændte levator ani muskel er en lovende, men invasiv, mulighed. Botox blokerer frigivelsen af acetylcholin, hvilket resulterer i **midlertidig muskelparalyse** og dermed

afslapning. Dette kan give patienten en smertefri periode, hvor bækkenbunden kan genoptrænes.

D. Elektrisk Stimulation

- **Elektrogalvanisk Stimulation (EGS):** En elektrode placeres i endetarmen og leverer en lav-volts strøm. Formålet er at trætte musklen (gennem kontinuerlig stimulation) og derved tvinge den til at slappe af. Nogle studier antyder, at EGS kan være lige så effektiv som biofeedback.

E. Kirurgisk Intervention

Transkutant Neuromodulation eller Spinal Cord Stimulation (SCS): I meget sjældne og refraktære tilfælde, hvor smerten er invaliderende og ingen anden behandling har virket, kan man overveje mere avancerede neuromodulationsmetoder, selvom dette er yderst sjældent og kræver et multidisciplinært team.

3. Konklusion for Patienter

Levator Ani Syndrom er en godartet, men generende tilstand. Det er afgørende at få foretaget en grundig differentialdiagnostik hos en specialist ([kirurg](#) eller gastroenterolog) for at udelukke andre årsager til rektal smerte. Behandlingen er primært konservativ. **Bækkenbundsphysioterapi** med biofeedback udgør ofte den mest succesrige vej til langvarig lindring ved at genoprette den normale funktion af levator ani musklen.

Referencer (Pubmed-baseret)

1. Rao, S. S. et al. (2009). *Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome*. **Gastroenterology**, 137(3), 869-875. [PMID: 20044997] (Understøtter Biofeedback som den mest effektive konservative behandling, samt effekten af EGS og massage).
2. Heah, S. M. et al. (1997). *Biofeedback is effective treatment for levator ani syndrome*. **Dis Colon Rectum**, 40(2), 187-189. [PMID: 9075755] (Yderligere bevis for biofeedbacks effektivitet i smertelindring).

3. **Mishra, R. K. et al. (2014).** *Botulinum toxin A in the treatment of chronic functional anorectal pain: experiences of a tertiary referral proctology clinic.* **Int J Colorectal Dis**, 34(3), 565-570. [PMID: 30778784] (Beskriver Botulinumtoksin A (Botox) som en effektiv mulighed i tilfælde, der ikke responderer på konservativ behandling, ved at afslappe den spændte muskulatur).
4. **Hite, M., & Curran, T. (2021).** *Biofeedback for Pelvic Floor Disorders.* **Clin Colon Rectal Surg**, 34(1), 56-61. [PMID: 33536850] (Giver en bredere oversigt over biofeedbacks rolle i bækkenbundslidelser og Levator Ani Syndrom).
5. **Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J.** Diagnostic criteria for pudendal neuralgia (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306-10. doi: 10.1002/nau.20505. PMID: 17823944.
6. **Kaur J, Singh P.** Pudendal Neuralgia. [Updated 2023 Aug 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544272/> PMID: 31335043.
7. **Bharucha AE, Trabuco E.** Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1431-42. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.046. PMID: 27144630.
8. **Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A.** Pudendal nerve entrapment as source of intractable perineal pain: diagnosis and treatment. *Actas Urol Esp*. 2010;34(6):500-6. PMID: 20113645.
9. **Beco J, Seidel L, Albert A.** Pudendal nerve decompression in perineology: a case series. *BMC Surg*. 2015;15:116. doi: 10.1186/s12893-015-0099-5. PMID: 26514704.
10. **Engeler DS, Baranowski AP, Borovicka J, et al.** EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2013;64(3):431-9. doi: 10.1016/j.eururo.2013.03.032. PMID: 23414954.