

Dermatologische Proktologie

Eine Übersicht anhand des Pruritus ani

Hintergrund

Patienten suchen bei analen Beschwerden oft zuerst einen Dermatologen auf, da sie die Symptome als Hautproblem beurteilen, obwohl es sich ebenso um ein kutanes Leitsymptom einer proktologischen oder internistischen Erkrankung handeln könnte. Daneben manifestieren sich viele Hautkrankheiten primär in der Perianalregion. Dies macht die wichtige Zusammenarbeit zwischen Dermatologen und Proktologen deutlich. Eine Darstellung der gesamten proktologischen Dermatologie würde den Umfang dieses Artikels sprengen. Hier verweisen wir auf Lehrbücher der Proktologie [1, 2]. Pruritus ani ist eines der häufigsten Symptome, die den Patienten in die proktologische Sprechstunde führen. Dahinter kann sich eine ganze Palette unterschiedlichster Erkrankungen verbergen, die es abzuklären und entsprechend zu therapieren gilt.

In diesem Beitrag werden wichtige, zu Pruritus ani führende dermatologische Erkrankungen näher beschrieben. Auf typische anorektale Erkrankungen wie z. B. Hämorrhoiden sowie Tumoren der Anogenitalregion, die alle mit Pruritus vergesellschaftet sein können, wird in anderen Artikeln dieses Heftes eingegangen.

Definition

Analer Pruritus ist ein sehr unangenehmes Symptom für betroffene Patienten. Dabei liegt keine Erkrankung sui generis vor, sondern ein Symptom, das isoliert oder gemeinsam mit fast allen anderen subjektiven und objektiven Symptomen anorek-

taler Erkrankungen auftreten kann [3]. So sind Brennen, Stuhldrang, Nässen, Ausfluss, Schmerz, Fremdkörpergefühl und abnorme Stuhlentleerung mit Pruritus vergesellschaftet.

Epidemiologie

Die Inzidenz des Pruritus ani ist schwierig zu evaluieren, da sich die Mehrheit der Betroffenen bei wenig ausgeprägter Symptomatik nicht in ärztliche Behandlung begeben [4]. Es wird angenommen, dass 1–5%

der Bevölkerung, überwiegend Männer, unter diesem Symptom leiden. Jedes Alter kann betroffen sein, der Altersgipfel liegt zwischen dem 40 und 50. Lebensjahr [5]. Die Mehrheit der Betroffenen klagt über eine Symptombdauer von mehr als 12 Monaten [6].

In einer kürzlich publizierten Studie wurden über 800 Patienten mit analen und/oder gastrointestinalen Beschwerden befragt und untersucht [7]. Ein Pruritus bestand bei über der Hälfte der Patienten mit benignen analen Erkrankungen. Bei

Tab. 1 Übersicht wichtiger Ursachen von Pruritus ani. (Nach [11, 12, 13])

Schlechte Hygiene/Fäzesrückstände Stuhlinkontinenz Hämorrhoiden Rektumprolaps	Dermatologische Erkrankungen Perianalekzem - Irritativ-toxisches Ekzem - Kontaktekzem - Atopisches Ekzem - Seborrhoisches Ekzem Psoriasis inversa Lichen ruber planus Lichen sclerosus et atrophicus Acne inversa Autoimmunbullöse Dermatosen
Nahrungsmittel Koffeinhaltige Getränke Alkoholische Getränke Tomaten Zitrusfrüchte Schokolade	Infektionen Erythrasma Infektionen durch Staphylokokken und Streptokokken - Follikulitis, Furunkel, Abszess - Perianale Streptokokkendermatitis Herpes zoster Pilzinfektionen - Candida albicans - Dermatophyten Sexuell übertragene Infektionen - Condylomata acuminata - Herpes simplex - Syphilis - Gonorrhö - Chlamydienproktitis - Skabies Oxyuriasis
Kolorektale und anale Erkrankungen Diarrhö/Obstipation Hämorrhoiden Fissuren Fisteln	
Neoplasien Polypen Morbus Bowen/Paget Kolorektales/anales Karzinom	
Systemerkrankungen Diabetes mellitus Hepatische Erkrankungen Hämatologische Erkrankungen Schilddrüsenerkrankungen	
Psychische/Psychiatrische Ursachen	
Medikamente	

knapp einem Drittel der Patienten fanden sich multiple anale Läsionen. Dies entspricht Resultaten anderer Studien, wo 3 bis 5 verschiedene Ursachen pro Patient zum Symptom Pruritus ani führten [5, 8].

Ätiologie

Es muss davon ausgegangen werden, dass Nahrungsmittel, hygienische Faktoren sowie vorübergehende Stuhlunregelmäßigkeiten die häufigsten Ursachen von mildem analem Pruritus darstellen. Die Betroffenen begeben sich in der Regel nicht in ärztliche Behandlung.

Eine Vielzahl weiterer Ursachen kann zu Pruritus ani führen. Diese können weiter unterteilt werden in Systemerkrankungen, anorektale Erkrankungen, Infektionen, Neoplasien und dermatologische Erkrankungen (■ Tab. 1).

Zur genauen Pathogenese des Pruritus bestehen weiterhin viele offene Fragen. Pruritus kann durch unterschiedlichste Mediatoren ausgelöst werden und wird über nichtmyelinisierte C-Fasern weitergeleitet und zerebral verarbeitet [9, 10].

Anamnese

Zu jeder Abklärung gehört eine sorgfältige Anamnese. Es gilt zu beachten, dass die vom Patienten beklagten Symptome häufig sehr allgemein sind und die Folge verschiedenster Erkrankungen sein können. Blut ab ano, Pruritus ani, anale Schmerzen und Brennen sind die häufigsten Symptome von analen Erkrankungen [21, 22, 23]. Anamnestisch sollte auch erfasst werden, ob und womit aufgrund des Pruritus ani Manipulationen in der Perianalregion stattgefunden haben. Neben der Erfragung der genauen analen Symptomatik ist die persönliche Anamnese wichtig, insbesondere die Frage nach bekannten Darm- und Hauterkrankungen, bekannten Allergien, atopischer Diathese und eingenommenen sowie in der Perianalregion applizierten Medikamenten oder medizinischen Produkten.

Diagnostik

Zur Standarddiagnostik gehört die klinische Inspektion der Anogenitalregion zusammen mit der Ano- und Proktoskopie.

Gastroenterologie 2010 · 5:340–347 DOI 10.1007/s11377-010-0403-2
© Springer-Verlag 2010

S. Nobbe · S. Lächli

Dermatologische Proktologie. Eine Übersicht anhand des Pruritus ani

Zusammenfassung

Pruritus ani ist eines der häufigsten Symptome, die den Patienten in die proktologische Sprechstunde führen. Als Ursache können zahlreiche Krankheiten zugrunde liegen. Bei einem Großteil aller Patienten mit Pruritus ani finden sich dermatologische Ursachen. Fast jede Dermatose kann sich auch perianal manifestieren und zu Pruritus führen. Eine Blickdiagnose ist selten möglich, da die klinische Präsentation häufig atypisch ist. So sind für die Diagnosestellung neben ausführlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung mit Ganzkörperhautstatus mikrobiologische

und allergologische Abklärungen sowie eine Hautbiopsie wichtige diagnostische Maßnahmen. Begleitend zur Behandlung der Grundkrankheit empfiehlt sich als Basistherapie eine milde Reinigung mit seifenfreiem Wasser, anschließend vorsichtigen Trocknen sowie die Anwendung von rückfettenden oder zinkhaltigen Externa.

Schlüsselwörter

Pruritus ani · Perianaler Juckreiz · Perianalekzem · Hautbiopsie · Basistherapie

Dermatological proctology. An overview based on pruritus ani

Abstract

Pruritus ani is one of the most common symptoms leading to a proctological consultation. A variety of diseases can cause pruritus ani and dermatological causes can be found in many patients. In addition to the classical locations most dermatoses can also be found in the perianal area and can provoke perianal itching. The morphology of perianal skin lesions is often atypical of the same disease in other parts of the body thus rendering a clinical diagnosis difficult. Besides a detailed medical history and a clinical examination of the entire body surface,

microbiological and allergological investigations as well as a skin biopsy are important diagnostic tools. For patient management, specific treatment of the underlying cause, elimination of irritants and scratching, washing with soap-free water, careful drying and use of emollients and creams containing zinc are recommended.

Keywords

Pruritus ani · Perianal itch · Perianal eczema · Skin biopsy · Specific treatment



Abb. 1 ▲ Chronisches Perianalekzem



Abb. 2 ▲ Psoriasis inversa

Ein ausführlicher Hautstatus (inkl. Untersuchung der Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde) kann ggf. Hinweise auf Dermatosen oder Infektionen liefern, die dem analen Pruritus zugrunde liegen. Je nach Verdachtsdiagnose schließt sich eine unterschiedlich umfangreiche Diagnostik mit infektiologischer Abklärung (mykologischer, bakteriologischer, virologischer, parasitologischer Abstrich), allergologischer Testung (Epikutantest, Pricktest), Koloskopie, radiologischer Diagnostik und Hautbiopsie an.

■ Bei therapierefraktärer oder ungewöhnlicher Klinik sollte eine Hautbiopsie durchgeführt werden.

Eine korrekt durchgeführte Biopsie umfasst sowohl pathologisch veränderte als auch normale Haut und kann hilfreich sein bei der weiteren Abklärung und Zuordnung vorliegender Hautveränderungen bezüglich Ursache und Dignität. Zum Ausschluss einer malignen Erkrankung werden mehrere Biopsien aus den auffälligsten Hautarealen empfohlen.

Dermatologische und infektiöse Erkrankungen als Ursache von Pruritus ani

Bei etwa der Hälfte aller Patienten mit Pruritus ani finden sich dermatologische oder infektiöse Ursachen [14, 15, 16]. Das Spektrum von Dermatosen im Perianalbereich ist groß. Fast jede Dermatose kann sich auch perianal manifestieren und Pruritus verursachen. Es gilt dabei zu beachten, dass die klinische Präsentation einer Dermatose im Perianalbereich atypisch sein kann. Eine Blickdiagnose ist nur selten möglich.

Perianalekzem

Das Perianalekzem ist typischerweise mit Pruritus vergesellschaftet und ist eine Antwort der Perianalhaut auf verschiedenste Reize (■ Abb. 1). Somit handelt es sich beim Perianalekzem, wie auch beim Pruritus ani, um ein Symptom bzw. um einen Befund, der weiter differenziert werden muss. Die drei häufigsten Perianalekzeme sind das irritativ-toxische, das atopische sowie das kontaktallergische Perianalekzem.

Irritativ-toxisches Perianalekzem. Beim irritativ-toxischen Perianalekzem führen das Zusammentreffen von perianalem Feuchtmilieu, Kratzen, Reibung, Sekreten und Exkrementen zu Mazeration und Entzündung der Haut. Bei jedem Pruritus ani kann sich im Verlauf durch häufiges Kratzen ein irritativ-toxisches Perianalekzem entwickeln. Klinisch steht ein auf die Perianalregion beschränktes, meist symmetrisches Erythem im Vordergrund.

Atopisches Perianalekzem. Bei Vorliegen einer Atypie mit Rhinokonjunktivitis und atopischer Dermatitis sowie ekzematisch juckenden Hautveränderungen an den typischen Prädilektionsstellen Ellenbeugen und Kniekehlen muss an ein atopisches Perianalekzem gedacht werden. Auch die Perianalregion stellt bei der atopischen Dermatitis eine Prädilektionsstelle dar.

Kontaktallergisches Perianalekzem. Das kontaktallergische Ekzem entsteht durch eine Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber topisch angewendeten Externa oder feuchten Toilettentüchern. Bei Pruritus ani kann häufig eine Typ-IV-Sensibilisierung nachgewiesen werden [15]. Die verursachenden Substanzen sind vielfältig und reichen von Salbengrundlagen und Duftstoffen über Lokalanästhetika, Antihistaminika, Antibiotika bis hin zu Kortikosteroiden. Viele dieser Substanzen sind in topischen Produkten oder Suppositorien enthalten, die bei Hämorrhoiden verwendet werden. Klinisch imponieren relativ scharf begrenzte Hautbefunde mit Streuherden und häufig starkem Juckreiz. Eine Abgrenzung der drei Ekzemtypen ist allein aufgrund der Klinik nur selten möglich. Neben genauer Anamnese und Hautstatus des gesamten Integuments sind Atopieprick- und Epikutantest zur weiteren Diagnostik hilfreich.

Psoriasis inversa

Die Psoriasis inversa stellt eine Form der Psoriasis vulgaris mit Manifestation in den Körperfalten und der Anogenitalregion dar. Insbesondere bei Vorliegen einer Psoriasis im anogenitalen Bereich kann es zum Auftreten von Juckreiz kommen. Klinisch liegen scharf begrenzte, erythematöse flache Plaques vor, die im Gegensatz zu den klassischen Psoriasisläsionen, wie sie typischerweise über den Streckseiten der Gelenke oder am Capillitium auftreten, kaum schuppen. Das Auftreten einer mittelständigen Rhagade in der Rima ani ist charakteristisch (■ Abb. 2). Schweiß, Sekret und Reibung können das Krankheitsgeschehen im Sinne eines isomorphen Reizeffektes (Köbner-Phänomen) unterhalten.

Lichen ruber planus

Der Lichen ruber planus ist eine entzündliche Dermatose von Haut, Schleimhäuten und Nägeln. Die Anogenitalregion kann sowohl bei Ganzkörperbefall als auch isoliert betroffen sein. Während sich die Primäreffloreszenz auf der Haut als stecknadelkopfgroße, plateauartige, glatte, lackartig glänzende, stark juckende rote Papel präsentiert (klassischerweise an den Beugeseiten der Handgelenke und Unterarme), finden sich bei Schleimhautbefall im Analbereich streifenförmige, weißliche Zeichnungen bis hin zu Erosionen (▣ **Abb. 3**). Es besteht ein geringes Risiko zur Karzinomentwicklung.



Abb. 3 ▲ Anogenitaler Lichen ruber planus

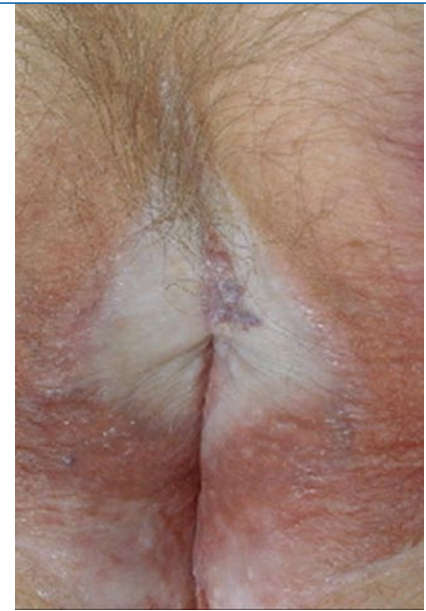


Abb. 4 ▲ Lichen sclerosus et atrophicus

Lichen sclerosus et atrophicus

Eine weitere wichtige Differenzialdiagnose bei Pruritus ani stellt der Lichen sclerosus et atrophicus dar, bei dem es sich wohl um eine zellmedierte Autoimmunerkrankung handelt. Klinisch entwickelt sich aus einer initial äußerst juckenden erythematösen Makula im Verlauf eine Induration und schließlich Atrophie der betroffenen Haut und Schleimhaut (▣ **Abb. 4**). Meistens sind neben der Perianalregion auch die Perinealregion und bei Frauen die Labien mit betroffen. Auch der Lichen sclerosus et atrophicus kann als Erosion vorliegen. Insbesondere dann sind regelmäßige klinische und histologische Kontrollen indiziert, da in 3–5% der Fälle der Übergang in ein spinözelluläres Karzinom beschrieben wird [17].

Morbus Bowen

Der Morbus Bowen ist histopathologisch eine intraepidermale Neoplasie und damit eine Vorläuferläsion des spinözellulären Karzinoms. Als Risikofaktoren gelten Analverkehr, Immunsuppression und HIV-Erkrankung. Der Morbus Bowen tritt in der Regel ab dem 50. Lebensjahr auf, typische Symptome sind Juckreiz, Nässen oder Blutung. Meist findet sich eine scharf begrenzte, solitäre braunrötliche Plaque mit hyperkeratotischer Oberfläche. Die Diagnose wird mittels Biopsie gesichert.



Abb. 5 ► Tinea glutaalis

Morbus Paget

Beim extramammären Morbus Paget handelt es sich um ein intraepidermales Adenokarzinom. Entweder liegt ein primäres Adenokarzinom der Haut vor, oder es handelt sich um ein Adenokarzinom eines anderen Organs mit sekundärer Ausbreitung in die Haut. Klinisch findet sich ein scharf begrenzter, asymmetrischer, teilweise erosiver Herd vor, multifokale Erscheinungen sind möglich. Es besteht ausgeprägter Juckreiz. Zur Diagnosestellung ist wie beim Morbus Bowen eine Biopsie unumgänglich.

Dermatologische Infektionen und Infestationen

Ein Großteil aller Ursachen von Pruritus ani wird durch dermatologische Infektionen und Infestationen verursacht, hierunter vor allem Erythrasma, streptogene perianale Dermatitis, Candidose sowie Tinea glutaalis.

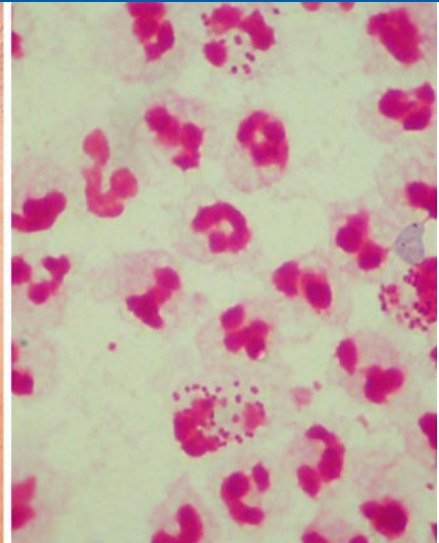
Erythrasma. Das Erythrasma, eine bakterielle Infektion der Haut durch *Corynebacterium minutissimum*, manifestiert sich als braun-rote, wenig schuppige und stark juckende Hautveränderung der inguinalen und perianalen Region. Die Untersuchung mittels ultravioletten Lichts (Wood-Lampe) zeigt eine korallenrote Fluoreszenz.



Abb. 6 ▲ Oxyuriasis



Abb. 7 ▲ Perianaler Herpes simplex. (Mit freundl. Genehmigung von C. Riess, dermatologische Praxis, Zürich)



Streptogene perianale Dermatitis. An der streptogenen perianalen Dermatitis, verursacht vorzugsweise durch Streptokokken der Gruppe A, erkranken zumeist Kleinkinder. Gelegentlich findet sich aber auch bei Erwachsenen ein Streptokokkeninfekt als Ursache des Pruritus ani. Klinisch finden sich bei dieser superfiziellen Hautinfektion ein scharf begrenztes und ödematöses, juckendes Erythem, rektale Blutungen und Schmerzen bei der Defäkation [18].

Candidose. Bei der anogenitalen Candidose liegen charakteristischerweise mehrere kleine, papulopustulöse Streuherde im Randbereich eines flächenhaft infiltrierten, scharf begrenzten Erythems vor. Wichtige prädisponierende Faktoren sind Diabetes mellitus und immunsuppressive oder antibiotische Behandlung. Da jede perianale Dermatose mit Hautbarriere-defekt mit Candida besiedelt sein kann, bereitet die Abgrenzung zwischen Candidainfektion und Candidabesiedlung bei entzündlicher Dermatose klinisch häufig Schwierigkeiten.

Tinea glutaeealis. Die Tinea glutaeealis ist eine Dermatophytose, die typischerweise über beiden Glutaei beginnt und sich langsam symmetrisch zentrifugal auf Genitalien, Damm, und die Perianalregion ausbreitet. Klinisch manifestiert sie sich als scharf begrenzte, ringförmige oder polyzyklische, randbetonte Plaque mit

zentraler Abheilung (■ Abb. 5). Die Diagnose sowohl der Candidainfektion als auch der Infektion durch Dermatophyten wird durch den mikroskopischen Erregernachweis und eine Pilzkultur gestellt.

Oxyuriasis. Bei der vorwiegend bei Kindern vorliegenden Darminfektion mit *Enterobius vermicularis*, der Oxyuriasis, ist häufig der frühmorgendliche Pruritus ani das einzige Symptom (■ Abb. 6). Adulte Würmer und Oxyurieneier können mittels Klebeband-Abklatschpräparat des Analrandes nachgewiesen werden.

Sexuell übertragene Infektionen

Alle sexuell übertragenen Infektionen können mit Pruritus ani einhergehen. Hierzu zählen insbesondere die anale Primärsyphilis durch *Treponema pallidum*, HSV-Infektionen, Condyloma acuminatum und latum, infektiöse Proktitis sowie Skabies.

Treponema pallidum. Die anale Primärsyphilis, hervorgerufen durch *Treponema pallidum*, manifestiert sich als rundlich-ovale Exulzeration in der Analhaut oder als länglicher, fissurartiger Defekt in einer radiären Falte. Mehrere Ulzera sind möglich. Gleichzeitig besteht eine inguinale Lymphadenopathie. Es gilt der Grundsatz, dass jede nicht bei 6 und 12 Uhr liegende Fissur zunächst verdächtig für ei-

nen syphilitischen Primäraffekt ist. Die Sicherung der Diagnose Syphilis erfolgt mit dem dunkelfeldmikroskopischen Nachweis von *Treponema pallidum* im Ulkuspresse-saft. Etwa 3–4 Wochen nach Infektion können serologisch Antikörper gegen *Treponema pallidum* nachgewiesen werden.

Herpes simplex. Die Infektion der Haut mit Herpes-simplex-Virus (Typ I und II) führt zu vesikulösen Läsionen, die auf einem Erythem gruppiert erscheinen. Im Anogenitalbereich erodieren und ulzerieren die Bläschen rasch und sind sehr schmerzhaft (■ Abb. 7). Rezidivierende Hautläsionen treten im Bereich des zugehörigen Dermatoms auf. Zur Diagnose führen Viruskultur oder PCR-Untersuchung.

Condylomata acuminata und lata. Condylomata acuminata, verursacht durch eine HPV-Infektion, oder Condylomata lata als Sekundärstadium der Syphilis können im Perianalbereich zu funktionellen Veränderungen und zu Stuhlretention führen, was wiederum mit Pruritus einhergeht.

Infektiöse Proktitis. Die häufigsten Erreger der sexuell erworbenen infektiösen Proktitis sind *Neisseria gonorrhoeae* und *Chlamydia trachomatis* [19]. Sie führen in der Regel nur zu oligosymptomatischen Beschwerden mit diskreter

Hier steht eine Anzeige.





Abb. 8 ▲ Anorektale Gonorrhö mit analer eitriger Sekretion (links) und Nachweis von intrazellulären Diplokokken in der Gramfärbung (rechts). (Mit freundl. Genehmigung von C. Riess, dermatologische Praxis, Zürich)

analer Sekretion, aber ausgeprägtem Juckreiz (■ **Abb. 8**). *Neisseria gonorrhoeae* werden im Direktpräparat mittels Gram- oder Methylenblaufärbung nachgewiesen; der Nachweis von *Chlamydia trachomatis* bedarf einer PCR-Untersuchung. Insbesondere bei HIV-positiven Männern mit rezeptivem Analverkehr wurden in den letzten Jahren mehrere Fälle von Proktitiden beschrieben, die durch den Subtyp L von *Chlamydia trachomatis* ausgelöst wurden [20]. Diese Fälle von Lymphogranuloma-venereum (LGV-)Proktitis gehen meistens mit ausgeprägteren Symptomen wie Blut ab ano und Tenesmen einher.

Skabies. Auch die Übertragung der Skabies erfolgt fast ausschließlich durch direkten Körperkontakt und wird bei Erwachsenen häufig durch sexuelle Kontakte übertragen. Die Anogenitalregion ist neben den anderen Prädisloktionsstellen wie Fingerzwischenräumen, Handgelenken, Mamillen, Axillen und Knöcheln typischerweise mit betroffen. Bei jedem Juckreiz, unabhängig von der Lokalisation, sollte als Ursache eine Skabiesinfektion gesucht werden.

Klinisch finden sich multiple lineare bis kommaförmige, erythematöse, schup-

pende Papeln bis hin zu Papulovesikeln. Diagnostisch wird der Nachweis von Milben aus einem Milbengang im Nativpräparat oder der dermatoskopische Milbennachweis angestrebt.

Psychogener analer Pruritus ani

Nur bei einem Pruritus ani, bei dem alle organischen Ursachen ausgeschlossen wurden, kann eine psychogene Ursache differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. Der psychogene anale Pruritus ani ist eine Ausschlussdiagnose und bedarf einer psychosomatischen oder psychiatrischen Abklärung und Behandlung. Beruflicher Stress, zwischenmenschliche Beziehungsstörungen oder Depressionen sind zugrunde liegend.

Therapie

Die bei Pruritus ani zugrunde liegenden möglichen Ursachen werden in einem ersten Schritt gesucht und müssen vordergründig behandelt werden. Dafür empfiehlt es sich in vielen Fällen, einen Proktologen oder einen Dermatologen beizuziehen. Es gilt zu beachten, dass dem Pruritus ani eine oder multiple Ursachen vorliegen können [5, 7, 8] und sich somit eine Prurituslinderung erst einstellt, wenn alle Ursachen behandelt sind. Zudem kann sich eine Chronifizierung des Pruritus ani entwickeln.

— **Eine sofortige Heilung ist die Ausnahme. Um die Compliance zu fördern, sollte der Patient über diese Problematik aufgeklärt werden.**

Falls keine eindeutige zugrunde liegende Ursache identifiziert werden kann, werden allgemeine Therapiemaßnahmen eingeleitet. Darunter versteht man einerseits die Elimination von Irritantien wie Seifen, Toilettenpapier, Kratzen und gewissen Nahrungsmitteln (beispielsweise koffeinhaltiger oder alkoholischer Getränke, Schokolade, Tomaten) [14, 24]. Andererseits empfehlen wir als Basistherapie eine milde Reinigung mit seifenfreiem Wasser, anschließendes vorsichtiges Trockentupfen oder Trocknenföhnen sowie die Anwendung von Emollienten oder zinkhaltigen Externa.

Insbesondere die Reinigungsgewohnheiten nach dem Stuhlgang müssen mit dem Patienten besprochen werden: Kommerziell erhältliche Feuchttüchlein sind wegen häufig enthaltenen potenziellen Allergenen ungeeignet; besser ist zuhause das Waschen unter fließendem Wasser mit der Dusche, unterwegs allenfalls das Mitführen von Küchenpapier, das befeuchtet werden kann. Nach Behandlung einer proktologischen Grunderkrankung oder einer Infektion kann über einige Tage eine Behandlung mit wenig potenten topischen Kortikosteroiden durchgeführt werden. Die Anwendung erfolgt einmal täglich jeweils nach dem Waschen und kann bei gegebener Indikation mit einer antiseptischen oder antimykotischen Lokalbehandlung kombiniert werden.

Topische Calcineurininhibitoren stellen eine wirksame Therapiealternative zu den Kortikosteroiden dar, ihre Wirksamkeit wurde in kleineren klinischen Studien beim perianalen Ekzem untersucht [25, 26]. Topische Capsaicincreme in sehr geringer Konzentration (0,006%), dreimal täglich angewendet, kann zu einer Besserung des Pruritus führen [27]. Patienten müssen dabei auf die zu Beginn der Behandlung unangenehmen, brennenden Hautnebenwirkungen hingewiesen werden, die oft anwendungslimitierend sind. Systemische Antihistaminika können versuchsweise eingesetzt werden, insbesondere stellen bei nächtlichem Juckreiz sedierende Antihistaminika eine Therapieoption dar.

Fazit für die Praxis

- Pruritus ani ist ein häufiges Symptom mit breiter Differenzialdiagnose.
- Bei einem Großteil der Patienten finden sich dermatologische Ursachen.
- Für die Diagnostik empfiehlt sich ein Ganzkörperhautstatus, um Anhaltspunkte für zugrunde liegende Dermatosen zu finden.
- Allergologische Abklärungen (Atopie-screening, Epikutantest) sollen großzügig durchgeführt werden.
- Bei atypischem, unklarem oder therapierefraktärem Befund ist eine Hautbiopsie indiziert.
- Die Basistherapie besteht in der Elimination von Irritantien und Kratzen,

Reinigung mit seifenfreiem Wasser, anschließend vorsichtigem Trocknen sowie der Anwendung von rückfettenden oder zinkhaltigen Externa.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Lächli



Dermatologische Klinik,
UniversitätsSpital Zürich
Gloriastr. 31, 8091 Zürich
Schweiz
severin.laechli@usz.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Stein E (2003) Proktologie: Lehrbuch und Atlas. Springer, Berlin Heidelberg New York
2. Buchmann P (2002) Lehrbuch der Proktologie. Huber, Bern
3. Ruffli T (2002) Dermatologie des Anus und der Perianalregion. In: Buchmann PH (Hrsg) Lehrbuch der Proktologie. Huber, Bern, S 145–178
4. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V (1995) Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. Dis Colon Rectum 38: 341–344
5. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM 3rd (1994) Pruritus ani. Causes and concerns. Dis Colon Rectum 37: 670–674
6. Kranke B, Trummer M, Brabek E et al (2006) Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. Wien Klin Wochenschr 118: 90–94
7. Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H (2009) Relationship between anal symptoms and anal findings. Int J Med Sci 6: 77–84
8. Bowyer A, McColl I (1970) A study of 200 patients with pruritus ani. Proc R Soc Med 63 (Suppl): 96–98
9. Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M et al (2006) Neurophysiological, neuroimmunological, and neuroendocrine basis of pruritus. J Invest Dermatol 126: 1705–1718
10. Ikoma A, Steinhoff M, Stander S et al (2006) The neurobiology of itch. Nat Rev Neurosci 7: 535–547
11. Breen E, Bleday R (2009) Approach to the patient with anal pruritus. UpToDate website: www.uptodate.com/patients
12. Stermer E, Sukhotnic I, Shaoul R (2009) Pruritus ani: an approach to an itching condition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 48: 513–516
13. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A et al (2005) Pruritus ani. Dermatol Ther 18: 355–362
14. Hanno R, Murphy P (1987) Pruritus ani. Classification and management. Dermatol Clin 5: 811–816
15. Harrington CI, Lewis FM, McDonagh AJ, Gawkrödger DJ (1992) Dermatological causes of pruritus ani. BMJ 305: 955
16. Verbov J (1984) Pruritus ani and its management – a study and reappraisal. Clin Exp Dermatol 9: 46–52

17. Neill SM, Tatnall FM, Cox NH (2002) Guidelines for the management of lichen sclerosus. Br J Dermatol 147: 640–649
18. Weismann K, Sand Petersen C, Roder B (1996) Pruritus ani caused by beta-haemolytic streptococci. Acta Derm Venereol 76: 415
19. Klausner JD, Kohn R, Kent C (2004) Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. Clin Infect Dis 38: 300–302
20. Kamarashev J, Riess CE, Mosimann J, Lächli S (2010) Lymphogranuloma venereum in Zurich Switzerland: Chlamydia trachomatis serovar L2 proctitis among men who have sex with men. Swiss Med Wkly 140: 209–212
21. Nagle D, Rolandelli RH (1996) Primary care office management of perianal and anal disease. Prim Care 23: 609–620
22. Metcalf A (1995) Anorectal disorders. Five common causes of pain, itching, and bleeding. Postgrad Med 98: 81–84, 7–9, 92–94
23. Hancock BD (1992) ABC of colorectal diseases. Haemorrhoids. BMJ 304: 1042–1044
24. Siddiqi S, Vijay V, Ward M et al (2008) Pruritus ani. Ann R Coll Surg Engl 90: 457–463
25. Schaubert J (2010) Topical therapy of perianal eczema. Hautarzt 61: 33–38
26. Kreuter A, Hochdorfer B, Altmeyer P, Gambichler T (2005) Pimecrolimus 1% cream for perianal atopic dermatitis. Br J Dermatol 152: 186–187
27. Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y et al (2003) Topical capsaicin – a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. Gut 52: 1323–1326

Hepatitis B und C – Heilung immer häufiger möglich

Hepatitis B und C sind heute gut behandelbar – wenn sie rechtzeitig entdeckt werden. Die Deutsche Leberstiftung empfiehlt einen Bluttest zur Früherkennung von Lebererkrankungen. Hierbei ist vor allem der GPT-Wert (Glutamat-Pyruvat-Transaminase, auch ALT genannt) wichtig, weshalb bei einem erhöhten GPT-Wert die Ursache auf jeden Fall abgeklärt werden sollte.

Die Behandlung der chronischen Hepatitis B hat in der letzten Zeit sehr große Fortschritte gemacht. Eingesetzt werden Interferone. Diese neueren Medikamente, die die Virusvermehrung sehr effektiv eindämmen, haben so gut wie keine Nebenwirkungen und wirken praktisch immer. Bislang ist jedoch noch nicht erwiesen, wie lange eine Einnahme notwendig ist.

Bei einer Hepatitis C im frühen Stadium kann mit Interferonen fast immer eine Heilung erzielt werden. Leider wird die Erkrankung jedoch in den meisten Fällen erst später entdeckt. Dann führt eine Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin in 40 bis 80 % der Fälle zu einer dauerhaften Ausheilung. Das unterschiedliche Ansprechen wird vom Virus-Genotyp bestimmt. Aufgrund der Nebenwirkungen können mit dieser Medikamentenkombination jedoch nicht alle Betroffenen behandelt werden. Deshalb werden in zahlreichen Studien neue Therapien erprobt. Getestet werden neben Proteaseinhibitoren und Polymeraseinhibitoren auch Hemmer von anderen Viruseiweißen oder körpereigenen Molekülen, die an der Hepatitis C-Virusvermehrung beteiligt sind. Die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend. Mit der Zulassung der ersten Proteaseinhibitoren ist Ende 2011 zu rechnen.

Quelle: Deutsche Leberstiftung, www.deutsche-leberstiftung.de