

Analer Pruritus

Definition: (ICD 10: L29.0)

Analer Juckreiz (Pruritus ani) bezeichnet ein Mißempfinden in der Analregion, das mit Kratzen, Scheuern, Reiben u.ä. beantwortet wird. Von chronischem Juckreiz spricht man bei einer Verlaufsdauer von mehr als drei Monaten, unabhängig von episodischem paroxysmalem oder – selten – kontinuierlichem Auftreten.

Klassifikation:

Man unterscheidet den Pruritus auf primär veränderter, entzündlicher Haut (pruritus cum materia) vom Pruritus auf primär nicht veränderter, entzündlicher Haut (pruritus sine materia) (Ständer et al.).

Lokalisation:

Lokalisiert ist der Pruritus perianal und/oder intraanal. Nur gelegentlich ist er auf ein Segment der Perianalhaut beschränkt. In jedem Falle stellt die Linea dentata seine proximale Begrenzung dar.

Epidemiologie:

Wienert konnte durch gezielte Fragestellung bei 62% seiner proktologischen Patienten einen Pruritus ani diagnostizieren mit einem Altersgipfel zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr. Brühl et al. registrierten bei 42,1% ihrer proktologischen Patienten einen Pruritus ani. Schätzungsweise 5 % der Bevölkerung leiden an analem Juckreiz; neben der transanalen Blutung ist er das häufigste Symptom in der Proktologie. Männer sind häufiger betroffen als Frauen; das Verhältnis beträgt etwa 4:1.

Dasan et al. sahen bei 34 von 40 Pruritus-Patienten eine anale Dermatose. Daniel et al. diagnostizierten bei Pruritus-ani-Patienten in 20% ein Hämorrhoidalalleiden und in 12% eine Analfissur.

Der bei Kindern selten diagnostizierte Pruritus ist hier meist durch Wurmbefall (Oxyuriasis) verursacht.

Ätiopathogenese:

Der Pruritus ist Folge einer Stimulation feinverzweigter, sensibler, unmyelinisierter, sehr langsam leitender C-Nervenfasern in der Haut. Der Reiz löst die Freisetzung z.B. von Histamin oder Tryptase aus und wird speziellen sensitiven Arealen im Gehirn übermittelt. Er wird vom Patienten mit Kratzen beantwortet. Das Kratzen provoziert jedoch im Sinne eines circulus vitiosus die Produktion weiterer pruritogener Mediatoren.

In der Regel handelt es sich beim analen Juckreiz um einen Pruritus auf primär veränderter, entzündlicher Haut (=Pruritus cum materia), d.h., er entsteht infolge dermatologischer Erkrankungen, getriggert durch proktologische oder gastroenterologische Einflussfaktoren. Seine Genese ist durch eingehende Anamnese und Untersuchungen zu eruieren und er muss kausal therapiert werden.

Auch Fäzes und fäkale Enzyme (Proteasen) auf der Haut führen zu Irritationen und Juckreiz (Andersen et al., Ruseler-van Embden et al., Caplan).

Möglicherweise spielt auch der intestinale pH-Wert eine pathogenetische Rolle (Marks et al.). Nach Expertenmeinung sind folgende Genesen (mit absteigender Inzidenz) die häufigsten: das Hämorrhoidalalleiden oder anorektale Prolapsformen ohne oder mit Analekzem, atopische Dermatitis (Neurodermitis), kontaktallergische Dermatitis, anale Psoriasis, anale Inkontinenz, chronische Diarrhoe, Feigwarzen, Xerosis (trockene Haut, z.B. infolge übermäßiger Analhygiene).

Weitere, wenn auch seltener Ursachen des Pruritus ani sind: Parasiten (Oxyuriasis, Skabies, Filzläuse, Larva migrans), Lichen ruber, Lichen sclerosus, Herpes zoster, Herpes simplex, perianale Streptokokkendermatitis (Weismann et al.), Erythrasma (Bowyer et al., Sindhupak et al.), Tinea analis, Morbus Paget (Redondo et al.), anale intraepitheliale Neoplasien (Stevens et al.) sowie Nahrungs- (Friend, Sapan et al. Akl) und Arzneimittel-Unverträglichkeiten (Hejna et al.).

Psychogene Erkrankungen, wie z.B. eine Depression, können einen Pruritus auf primär nicht-entzündlicher Haut verursachen.

Symptome:

Die Intensität des Juckreizes variiert von geringfügig bis quälend, vor allem bei nächtlichem Auftreten. Allgemein wird der chronische Pruritus ani als außerordentlich lästig empfunden, der die Lebensqualität des Patienten erheblich einschränken kann.

Verlauf und Komplikationen:

Durch das Kratzen entstehen Hautverletzungen wie Erosionen und Exkorationen, gefolgt von Krustenbildung, Hyper- und Depigmentierungen, Vernarbungen und Lichenifikationen bis hin zu Prurigoknoten. Die Barrierefunktion der Haut ist verloren: Es können sich saprophytäre und pathogene Mikroorganismen ansiedeln mit der Folge von Entzündungen, die ihrerseits den Juckreiz verstärken.

Prognose:

Nach der Therapie der Grunderkrankung kommt es in kurzer Zeit zum Sistieren des Juckreizes.

Prophylaxe:

Zur Prävention wie auch zur symptomatischen Therapie sollen dem Patienten folgende Expertenmeinungen gegeben werden:

1. Optimierung der Stuhlqualität:

- Stuhlformende bzw. -eindickende Maßnahmen
- Vermeidung laxierender Nahrungsmittel
- Vermeidung unverträglicher Nahrungsmittel oder Reizstoffe (z.B. Kaffee, alkoholische Getränke)

2. Reinigung:

- weißes Toilettenpapier, lauwarmes Wasser, seifenfreie Analduschen, Trocken tupfen/Fönen
- keine feuchten Toilettenpapiere, Desinfizientien oder Intimsprays.

3. Pflege:

- bei häufiger Stuhlentleerung ggf. weiche Zinkpaste, Neuroderm®Pflegecreme, keine Vaseline.

Diagnostik:

Die Klärung der Genese erfordert eine ausführliche Anamnese mit Erfassung von Stärke, Beginn und zeitlichem Verlauf des Pruritus, Kratzmodus, Analhygiene, Medikamenteneinnahme, Allergien, Atopie-Disposition, Kontinenzstörungen und individuellen Methoden der Pruritusbekämpfung. Es folgt die eingehende Untersuchung unter dermatologischen und proktologischen Gesichtspunkten ggf. mit Erregersuche, Allergentestung, digitaler Austastung, Proktoskopie, Spekulumuntersuchung und Rektoskopie. Bei unklarem Befund ist eine Probeexzision mit histologischer Beurteilung angezeigt.

Therapie:

Die Therapie ist diagnoseabhängig und orientiert sich an den entsprechenden Leitlinien. In der Regel ist eine kausale Therapie innerhalb kurzer Zeit erfolgreich. Stellt sich beim chronischen Pruritus kein Therapieerfolg ein, sind folgende Behandlungsmöglichkeiten beschrieben:

- 1) Topische Kortikoide (Oztas et al., Al-Ghnaniem et al.):

Die Anwendung topischer Kortikoide ist im Analbereich wegen des anatomisch bedingten Okklusiveffektes hinsichtlich Wirkstoffstärke und Anwendungsdauer limitiert.

- 2) Topische Calcineurininhibitoren (Ständer et al.)
- 3) Cannabinoidagonist (Physiogel AI-Creme®)
- 4) Capsaicincreme (0,025-0,075% ig). (Lysy, Anand, Ständer 2008)
- 5) Menthol (3% ig in Salbengrundlage) (Anand)
- 6) Harnstoff-Cremes
- 7) Die Unterspritzung perianaler Haut mit Kortikosteroiden (Minviella et al., Tunuguntla et al.)

Die Therapie mit Röntgenweichstrahlen und die subkutane Denervierung sind heute obsolet.

Literatur:

1. Akl K:

Yoghurt-induced pruritus ani in a child.

Eur. J. Pediatr. 151 (1992) 867

2. Al-Ghnaniem R, Short K, Pullen A et al.:

1% hydrocortisone ointment is an effective treatment of pruritus ani: a pilot randomized controlled crossover trial.

Int. J. Colorectal. Dis. 22 (2007) 1463-1467

3. Anand P:

Capsaicin and menthol in the treatment of itch and pain: recently cloned receptors provide the key.

GUT 52 (2003) 1233-1235

4. Andersen PH, Bucher AP, Saeed I et al.:

Faecal enzymes: in vivo human skin irritation.

Contact Dermat. 30 (1994) 152-158

5. Bowyer A, Mc Coll J:

The role of erythrasma in pruritus ani.

Lancet (1966) 572-573

6. Bowyer A, Mc Coll J:

Erythrasma and pruritus ani.

Acta Dermatovener. 51 (1971) 444-447

7. Brühl W, Schmauz R:

Analhygiene bei perianalen Hauterkrankungen. Verträglichkeit von Wasser, feuchtem und trockenem Toilettenpapier.

Zentralbl. Hyg. Umweltmedizin 200 (1997/8) 562-570

8. Caplan RM:

The irritant role of faeces in the genesis of perianal itch.

Gastroenterol. 50 (1966) 19-23

9. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM:

Pruritus ani: Causes and concerns.

Dis. Colon Rectum 37 (1994) 670-674

10. Dasan S, Neill SM, Donaldson DR et al.:

Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic.

Br. J. Surg. 86 (1999) 1337-1340

11. Friend WG:

The cause and treatment of idiopathic pruritus ani.

Dis. Colon Rectum 20 (1977) 40-42

12. Hejna M, Valencak J, Raderer M:
Anal pruritus after cancer chemotherapy with gemcitabine.
N. Engl. J. Med. 340 (1999) 655-656
13. Lysy I, Sistiery-Ittah M, Israelit Y et al.:
Topical capsaicin – a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study.
GUT 52 (2003) 1323-1326
14. Marks MM:
The influence of the intestinal pH on anal pruritus.
South. Med. J. 61 (1968) 1005-1006
15. Minviella L, Hernandez VL:
The use of intralesional triamcinolone hexacetonide in treatment of idiopathic pruritus ani.
Dis. Colon Rectum 12 (1969) 340-343
16. Oztas MO, Oztas P, Onder M:
Idiopathic perianal pruritus: washing compared with topical corticosteroids.
Postgrad. Med. J. 80 (2004) 295-297
17. Redondo P, Idoate M, Espana A et al.:
Pruritus ani in an elderly man. Extramammary Paget's disease.
Arch. Dermatol. 131 (1995) 955-956

18. Ruseler-van Embden JG, van Lieshout LM, Smits SA et al.:
Potato tuber proteins efficiently inhibit human faecal proteolytic activity: implications for treatment of perianal dermatitis.
Curr. J. Clin. Invest. 34 (2004) 303-311
19. Sapan N:
Food-induced pruritus ani. A variation of allergic target organ?
Eur. J. Pediatr. 152 (1993) 701
20. Sindhupak W, Mac Donald E, Smith EB:
Erythrasma overlooked or misdiagnosed.
Int. J. Dermatol. 24 (1985) 95-96
21. Ständer S, Schürmeyer-Horst F, Luger Th A et al.:
Treatment of pruritic diseases with topical calcineurin inhibitors.
Therap. Clin. Risk Manag. 2, 213-218 (2006)
22. Ständer S:
Pruritus.
Uni-Med Verlag Bremen-London-Boston 2008
23. Stevens HP, Ostlere LS, Rustin MH:
Perianal bowenoid papulosis presenting with pruritus ani.
Br. J. Dermatol. 129 (1993) 648-649

24. Tunuguntla A, Sullivan MJ:
A new concept for the treatment of intractable pruritus ani.
South. Med. J. 97 (2004) 710

25. Weismann K, Petersen CS, Roder B:
Pruritus ani caused by beta-haemolytic streptococci.
Act. Derm. Venereol. 76 (1996) 415

26. Wienert V:
Häufigkeitsverteilung von anorektalen Beschwerden und Befunden.
Z. Haut- Geschlechts-Krh. 48 (1973) 147-151

Verfahren zur Konsensusbildung:

Diese Leitlinie wurde von Experten im Rahmen einer Konsensuskonferenz erarbeitet, die am 26./27.09.2008 in Köln stattfand.

Autoren: Lenhard B, Breitkopf C, Furtwängler A, Hartschuh W, Mlitz H, Wienert V

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Volker Wienert
Leiter der Subkommissionen Proktologie
der Kommission Qualitätssicherung von
DDG und BVDD
Tittardshang 12
52072 Aachen

Stufe: S1

Erstelldatum: 08/2009

Nächste Überarbeitung geplant: 08/2014

Interessenkonflikte: keine