

Hilfe es juckt – Analer Juckreiz im Praxisalltag

Dr. med. Markus. Völl
Facharzt für spezielle Viszeralchirurgie, Koloproktologe
edh End- und Dickdarmzentrum Hannover

Interessenkonflikte

Ich versichere die Darstellung meiner Beiträge produkt- und firmenneutral zu halten. Veranstalter und Sponsoren nehmen auf den Inhalt des Vortrags keinen Einfluss.

Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich von einem oder mehreren der im Veranstaltungsprogramm genannten Sponsoren die folgenden Zuwendungen erhalten:

- Honorar für Vortrags- und/oder Beratertätigkeit Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH
- Übernachtungs- und Reisekosten Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH
- Aktien oder finanzielle Beteiligung an Firmen nein
- Forschungs- und/oder Studiengelder Dr. Falk Pharma GmbH

Vorwort

Diese Fortbildung soll dem hausärztlich tätigen Kollegen einen strukturierten Überblick über die analen Dermatosen und deren Therapie vermitteln.

Wir erarbeiten uns das Thema „vom Häufigen zum Seltenen“ – immer mit der Hintergrund der Praxisrelevanz und sinnvollen Umsetzbarkeit.

Bezüglich der proktologischen Anamnese und Basisdiagnostik sei auf die Fortbildung „Proktologie im Praxisalltag“ verwiesen.

Warum ist das Thema so schwierig?

1. Die diagnostischen Möglichkeiten sind eingeschränkt.
2. Es liegt häufig eine proktologische Grunderkrankung zugrunde (sekundärer Pruritus ani).
3. Wir finden häufig Mischformen mehrerer Dermatosen.
4. Häufig Divergenz zwischen Befund und Symptomatik.

Klinisches Bild und Symptomatik

- Juckreiz und Brennen
- Überfeuchtung und Nässen
- Exkorationen, teils Blutspuren am Toilettenpapier
- chronisch: vergrößertes Hautrelief mit Hyperkeratosen und Lichenifikation

Differentialdiagnosen

- Dermatologische Erkrankungen
- Systemische Erkrankungen
 - cholestatisch
 - nephrogen
 - paraneoplastisch
- Neurologische Erkrankungen
- Psychosomatisch-Psychiatrische Erkrankungen
- Mischformen

Differentialdiagnosen - Medikament

akuter Pruritus (< 6 Wo)

Opioide und Antagonisten
Antimalariamittel (198-202)
Antihypertensivum (203) Chemotherapeutika (204)
Desinfektionssubstanz für Dialysegeräte (205)
TNF-Inhibitoren
Urikostatikum

chronischer Pruritus (> 6 Wo)

ACE-Hemmer
Antiarrhythmika
Antibiotika
Antidepressiva
Antidiabetika
Antihypertensiva
Antikonvulsiva
Antiphlogistika
AT-II-Antagonisten
Betablocker
Bronchodilatator, Broncholytikum, Respirationsstimulanz
Calcium-Antagonisten
Diuretika
Hormone
Immunsuppressiva
Lipidsenker
Neuroleptika
Plasmaexpander, Durchblutungsfördernde Mittel
Tranquilizer
Urikostatika, Urikosurika

Worüber reden wir?

Erkrankungen des Anoderm und der perianalen Haut begünstigt durch

- feuchtwarmes Klima
- Sekretion der ekrinen und apokrinen Schweißdrüsen
- fäkales Sekret
- anatomische Besonderheiten
 - Trichteranus
 - Adipositas

Vom Symptom zur Diagnose

Hauptbotschaften:

- Der perianale Juckreiz kann das alleinige Symptom eines proktologischen Grundleidens sein.
- Die Anwendung von „Hämorrhoidensalben und –suppositorien“ ist IMMER nur eine symptomatische, keine kausale Therapie.

Fallbeispiel

in Ruhe

beim Pressen



© Praxishandbuch Koloproktologie, Raulf and Kolbert 2006

Irritativ-toxisches Analekzem mit disseminierten erosiven Läsionen



© Dr. K.-H. Günther, Klinikum Main Spessart, Loehr am Main/CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0>)

Zirkulärer Anal- und Hämorrhoidalprolaps, reponibel

Konservative Therapie des Hämorrhoidalleidens - Basistherapie

- **Stuhlgangregulierung**
 - Stuhlkonsistenz sollte weich und geformt sein
 - ausreichende Trinkmenge 2-3 Liter / d
 - ballaststoffreiche Kost, ggf. Quellmittel (z.B. Flohsamenschalen)
 - Hausmittel: Trockenfrüchte, Sauermilchprodukte, Sauerkrautsaft
- **Stuhlentleerungsverhalten**
 - nicht pressen
 - nach der Stuhlentleerung nicht auf der Toilette verweilen
- **Hygienemaßnahmen**
 - keine übertriebene Hygiene betreiben
 - kein feuchtes Toilettenpapier
 - einmal täglich mit klarem Leitungswasser waschen
 - weiches, trockenes, duftstofffreies Toilettenpapier

Ekzeme



© Praxishandbuch Koloproktologie, Raulf and Kolbert 2006

1. Irritativ toxisches Analekzem

- direkte Schädigung der Epidermis durch mechanische (Reinigung) oder chemische (fäkales Sekret) Traumen

Therapie – Irritativ toxisches Analekzem

- Elimination des Irritanz
- evtl. initial topische Steroide (WK I und II)
- Weiche Zinkpaste
(DAB 10) Pasta zinci mollis: Zinkoxid 15,0; Weiße Vaseline 10,0;
Paraffin subliquidum 20,0; Wachs (gebleicht) ad 50,0
- bei nässenden Prozessen Sitzbäder (z.B. Meersalz
oder Gerbstoffe)

Wirkstoffklassen topischer Kortikoide

Wirkstoffklasse	Wirkstoff (Beispiele)	Indikation
I	Hydrocortisonacetat Prednisolonacetat	Irritativ-toxisches Ekzem Atopisches Ekzem Psoriasis inversa
II	Triamcinolonacetonid Hydrocortisonbutyrat Fluprednidenacetat	Irritativ-toxisches Ekzem Atopisches Ekzem Lichen ruber planus Psoriasis inversa
III	Prednicarbat Betamethasonvalerat Fluocinolonacetonid Flucinonid	Lichen ruber planus Psoriasis inversa
IV	Clobetasolpropionat	Lichen sclerosus

Perianale Hautatrophie durch Kortison



mit freundl. Genehmigung der Firma Dr. Kade

Ekzeme



© Repetitorium Proktologie, M. Stoll, Springer 2018

2. Atopisches Analekzem

- IgE-vermittelte Allergie vom Soforttyp (Typ-I-Allergie)
- sofortige Auslösung durch Externa möglich
- atopische Stigmata: doppelte untere Lidfalte, palmare Hyperlinearität, weißer Dermographismus
- Anamnese: Familie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma bronchiale, allergische Rhinokonjunktivitis, Stress
- Hautbefund bei erheblichem Juckreiz oft recht unauffällig

Therapie - Atopisches Analekzem

- Elimination der Noxen
- kurzzeitig topische Steroide (WK II und III)
- Calcineurin-Inhibitoren
 - Pimecrolimus
 - Tacrolimus

Exkurs Calcineurininhibitoren

- bei topischer Anwendung Immunmodulator
- Verminderung der Aktivität der T-Zellen und Mastzellen
 - weniger Zytokine und Entzündungsmediatoren
 - verminderte Immunantwort
- Cave
 - nur bei intakter Haut
 - bakterielle und virale Infektionen
 - erhöhtes Krebsrisiko?
 - Lymphome ?
 - Exposition Sonnenlicht
 - ausschleichende Anwendung

Ekzeme



© Repetitorium Proktologie, M. Stoll, Springer 2018

3. Allergisches Analekzem

- T-Zell-Lymphozyten vermittelte Allergie vom Spättyp (Typ-IV-Allergie)
- Kontaktallergie gg. Externa, Proktologika, Waschmittel
- Allergens häufig bereits lange unproblematisch in Gebrauch
- Diagnosesicherung durch Auslassversuch oder Epikutantestung

Therapie – Allergisches Analekzem

- Elimination des Allergens
- weiche Zinkpaste

Therapie - Analekzem

CAVE Therapieresistenz !!!

- anale / perianale Neoplasie
- Stanzbiopsie in Lokalanästhesie
- spezialisierter Dermatopathologe

Was ist das?



© Psoriasis_on_back.jpg: User:The Wednesday Island (of the English Wikipedia)derivative work: James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0 <<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via Wikimedia Commons



© Praxishandbuch Koloproktologie, Raulf 2006, Dr. Kade

Psoriasis inversa

- intertriginöse Form der Schuppenflechte
- durch Lokalisation (Feuchtigkeit und Reibung) häufig nicht schuppig
- zentrale Rhagade ist pathognomonisch
- Andere Manifestationsorte können fehlen

Wichtig: Den diagnostischen Blick nicht auf die beschwerdeführende Region beschränken.

Therapie – Psoriasis inversa

- Haut trocken halten
- bei leichtem Befall Therapieversuch mit weicher Zinkpaste über 6 Wochen möglich
- calcipotriolhaltige Externa
 - Monopräparate
 - Kombipräparate
- positiver Effekt von Alkohol- und Nikotinkarenz
- systemische Therapie bisher für die isolierte Psoriasis inversa nicht zugelassen

Exkurs Calcipotriol

- synthetisches Derivat des Calcitriols (Vitamin D3)
- Unterdrückung der Produktion proentzündlicher Zytokine
- Normalisierung des Zellwachstums und der Teilungsaktivität der Hautzellen (insb. der Keratinozyten)

Anorektale Herpesinfektionen



© Repetitorium Proktologie, M. Stoll, Springer 2018

- sexuell übertragbar
- Herpes simplex Virus (HSV1, HSV2)
- Durchseuchungsgrad in westlichen Industrieländern steigend (75 % HSV1, 25 % HSV2)
- höhere Prävalenz bei MSM, Prostituierten, HIV-Patienten
- häufig über längere Zeit Persistieren in regionalen Ganglienneuronen
- Auslösung eines Erkrankungsschubes durch Trigger

Klinik - Anorektale Herpesinfektionen

- brennender peri- und intraanaler Schmerz
- blutig-schleimige Sekretion
- anales Druckgefühl / Gefühl der unvollständigen Entleerung
- grippeähnliche Begleitsymptomatik
- gruppiert stehende, im Verlauf erodierende Bläschen
- vergrößerte inguinale Lymphknoten
- Diagnosesicherung über Abstrich und Anzucht möglich > keine Kostenübernahme durch Krankenkassen

Therapie – Anorektale Herpesinfektion

- Spontanheilung nach 2-4 Wochen
- milder Verlauf: topische oder orale Virustatika
- schwerer Verlauf, häufige Rezidive, manifeste Immunsuppression: parenterale Virustatika

Mykosen



mit freundl. Genehmigung der Firma Dr. Kade

- Sekundärveränderungen geschädigter Haut
- häufig Hefepilze der intestinalen Flora
- Tinea durch Dermatophyten sehr selten
- häufig abstreifbare Beläge
- Pilznachweis durch Abstrich und Anzuchtung möglich, für Therapie nicht erforderlich
- Therapie durch antimykotische Externa
- Häufigere und schwerere Verläufe bei Immunsuppression, dann ggf. systemischer Therapie

Rezept

aut idem	Prednisolonacetat 0,07	1-0-1
	Clotrimazol 0,25	
aut idem	Ungt. emulsif. aquosum cum	
	Propylenglycol ad 25,0	
aut idem	* * * *	

Bakterielle Infektionen - Erythrasma



© Shutterstock

- Corynebakterium minutissimum
- scharf begrenzt, rot-braun
- lachsrote Fluoreszenzen unter Woodlampe (UVA)
- Erythromycinhaltige Externa
- bei schwerem Verlauf Systemtherapie
- Trockenlegung

Bakterielle Infektionen - Streptokokkendermatitis



© Sapna Seth, Andrew D. Schechtmann: Itchy perianal erythema; JFP 2007; 56(12)

- β -hämolisierende Streptokokken Gruppe A
- v.a. Kinder
- im Verlauf Exsudation mit Pustelbildung
- Allgemeinbefinden in der Regel nicht gestört
- Erregernachweis durch Abstrich und Kultur
- systemische Penicillin V Gabe über 10 – 14 d, alternativ Erythromycin

Lichen sclerosus (et atrophicus)



© Mikael Häggström, CC0, via Wikimedia Commons

- w>m
- vorwiegend anogenital
- zunächst entzündlich, später weißlich atrophisch und sklerosierend
- Funktionsstörungen bei Geschlechtsverkehr und Defäkation
- histologische Diagnosesicherung
- fakultative Präkanzerose für Plattenepithelkarzinome
- intensive, 3-monatige, z.T. wiederholte topische Therapie mit Steroiden WK IV oder Tacrolimus / Pimecrolimus

Lichen ruber planus



© James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0
<<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via
Wikimedia Commons

- vermutlich zelluläre Autoimmunreaktion auf basale Keratozyten
- geschlechtsunabhängig ab 50. LJ
- auch Handgelenke beugeseitig und Unterschenkel
- symmetrischer Befall
- flache, nicht schuppende, rötliche Papeln, teils weißliche Zeichnung mit Erosionen oder Ulcerationen
- histologische Diagnosesicherung
- Assoziation mit Hepatitis C
- topische Steroide WK II-III

„Pruritus sine materia“

- auf primär unveränderter Haut
- evtl. Therapieversuch mit 0,006 % Capsaicin- oder Menthol-Creme
- nach Ausschluss somatischer Ursachen an psychogene Ursache denken (somatoforme Störung, Zwangsstörung, Dermatozoenwahn, schizophrene Psychosen)
- Übergang in irritativ toxisches Ekzem möglich
- DD: Oxyuriasis

Zusammenfassung 1

1. Ekzeme
 - a) irritativ toxisch
 - b) atopisch
 - c) kontaktallergisch
2. Psoriasis inversa
3. Herpes simplex
4. Mykosen
5. bakterielle Dermatosen
 - a) Erythrasma
 - b) Streptokokkendermatitis
6. Lichen
 - a) Lichen sclerosus et atrophicus
 - b) Lichen ruber planus
7. „Pruritus sine materia“

Zusammenfassung 2

- Mischformen möglich
- proktologisches Grundleiden suchen und behandeln
- topische Kortikoide nur vorübergehend (Ausnahme Lichen)
- an PAIN denken

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Diese Fortbildung bzw. CME erhielt für den aktuellen Zertifizierungszeitraum von 12 Monaten eine finanzielle Förderung von:
Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH mit 7.750,- €