

Gastroenterologie für die Praxis

Bearbeitet von
Hartmut Köppen

1. Auflage 2010. Taschenbuch. 360 S. Paperback
ISBN 978 3 13 146761 4
Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Gastroenterologie, Proktologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

18 Pruritus ani

18.1 Analekzem

18.1.1 Grundlagen

Definition

Acute oder chronisch-entzündliche Reaktion der perianalen Haut bzw. der anodermalen Auskleidung des Analkanals distal der Linea dentata.

Ätiologie und Pathologie

Folgeerscheinung verschiedener dermatologischer, allergologischer, mikrobiologischer oder proktologischer Vorgänge. Die Analregion zeichnet sich durch anatomische Besonderheiten aus, welche das Entstehen eines Analekzems begünstigen. Die z.T. geschlossene Analpalte und die damit verbundene Retention des Sekrets der ekkrienen und apokrinen Schweißdrüsen bildet die so genannte feuchte Kammer.

Je länger ein Analekzem besteht, desto wahrscheinlicher ist eine polyätiologische Ursache. Existiert z.B. primär ein irritativ-toxisches oder atopisches Ekzem, pfropft sich leicht ein allergisches Kontaktekzem infolge Sensibilisierung bei verminderter Barrierefunktion auf oder es manifestiert sich sekundär ein Soorekzem.

Morphologischer Befund des Analekzems. Das Analekzem manifestiert sich meist zirkum- und intraanal. Je nach Akuität (akut, subakut, chronisch) zeigen sich ein Erythem, Papeln, Seropapeln, Bläschen, Erosionen oder eine Lichenifikation, niemals Schuppen (Abb. 18.1). Eine Differenzialdiagnostik des Analekzems anhand des morphologischen Bildes ist kaum möglich, häufig sind weitere anamnestische Daten und Untersuchungen notwendig.

Symptomatik

Hauptsymptom ist der anhaltende, quälende Pruritus. Weitere Beschwerden sind Brennen und Nässen. In der Regel sind die Beschwerden nachts intensiver.

18.1.2 Ekzemformen

Man unterscheidet verschiedene Ekzemformen.

■ Irritativ-toxisches Ekzem und kumulativ-toxisches Ekzem

Definition und Pathogenese

Reaktion der Haut auf externe Irritationen ohne Entwicklung einer spezifischen Immunreaktion. Bei länger andauernder Einwirkung der Noxe geht es in das kumulativ-toxische Ekzem über. Irritativ-toxische Faktoren sind z.B. fäkulente bzw. ammoniakalische Absonderungen in Form mangelnder Hygiene, proktologische Erkrankungen, die den Feinschluss des Afters beeinträchtigen (Hämorrhoidalleiden, Prolaps), die muskuläre Stuhlhaltefähigkeit mindern (Sphinkterinsuffizienz, postoperative Zustände) oder direkt in die Perianalregion sezernieren (Fisteln, Kondylome).

Das irritativ-toxische Ekzem kann auch möglicherweise infolge von Hautschädigungen durch mechanische Traumen, z.B. raues Toilettenpapier, auftreten. Das Ausmaß des Ekzems ist abhängig von der Konzentration und der Einwirkdauer der Noxe sowie der individuellen Disposition.

Diagnostik

Inspektorisch und proktoskopisch/rektoskopisch sollten proktologische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Evtl. Reibetest des Toilettenpapiers am Unterarm.

Therapie

Eliminierung des irritativen Stoffs, Verzicht auf feuchtes, bedrucktes Toilettenpapier oder Ölkörper, Reduzierung des Wassers, intensive und häufige Waschungen mit Wasser vermeiden, Sanierung begleitender proktologischer Erkrankungen. Evtl. unterstützen lokale Anwendung von Zinkzubereitungen (Lotio, Paste) die Heilung, evtl. kurzfristig



Abb. 18.1a–d Verschiedene Aspekte des Analékzems.

Zusatz von mittelstarken Kortikosteroiden. Behandlung proktologischer Erkrankungen, die die Feinabdichtung beeinflussen.

■ Atopisches Analékzem

Ätiologie und Pathogenese

Allmähliches Entstehen auf der Grundlage einer genetisch bedingten Anlage (Atypie) auf der Basis einer Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhaut gegenüber Umweltstoffen (Typ-I-Allergie), assoziiert mit erhöhter IgE-Bildung. Die Diagnose ist einfach, wenn man beachtet, dass meist andere Prädilektionsstellen wie Knie und Ellenbeugen ebenfalls befallen sind. Häufig gibt es positive Familienanamnese bezüglich atopischer Erkrankungen und das Vorliegen eines weißen Dermografismus (80% aller Atopiker).

Therapie

Kurzfristige Applikation eines mittelstarken Kortikosteroids, evtl. teerhaltige Zubereitungen, Bestrahlung mit hochenergetischem UVA-Licht. Häufig Intervalltherapie erforderlich bei chronisch rezidivierendem Verlauf.

■ Allergisches Kontaktekzem der Analregion

Ätiologie und Pathogenese

Bei dieser Form des Ekzems reagiert die Haut mit einer spezifischen, immunologisch vermittelten Entzündung (Typ-IV-Allergie) auf externe Fremdstoffe. Es handelt sich zumeist um Inhaltsstoffe von Hautpflegemitteln, feuchtem Toilettenpapier, Intimsprays, Proktologika etc., die mitunter jahrelang problemlos genutzt wurden. Nachgewiesene Allergene sind Duftstoffe, Lidocain, Cinchocain, Mafenid, Hexylresorcin, Policresulen, Kamillenextrakt, Chininsulfat und Menthol. Auch eine allergische Reaktion bei Verwendung von trockenem Toilettenpapier ist selten möglich (mögliche Ekzematogene Kathon C6 und Euxyl K 400).

Diagnostik

Nachweis des Allergens durch Epikutantest oder als serologische Untersuchung.

Differenzialdiagnosen

Zu berücksichtigen sind:

- **Psoriasis inversa oder intertriginöse Schuppenflechte:** Imponiert in der Analregion als ju-



Abb. 18.2 Psoriasis inversa mit pathognomonischer Rhagade in der Rima ani.

ckende, hochrote, niemals schuppende Dermatitis. Häufig begleitet von einer pathognomischen Rhagade in der Rima ani. Kennzeichnend sind die scharfe Begrenzung gegenüber der gesunden Haut und die Symmetrie der Läsion (Abb. 18.2). Zumeist weitere Psoriasherde an den Ellenbogen oder Knien (Streckseiten), Tüpfelnägel und Kopfschuppen über den Haaransatz hinaus. Wenn keine weiteren Stigmata, Diagnose evtl. schwierig, histologische Sicherung möglich. Therapie: Kortikoidzubereitungen nur kurzfristig, lokale Therapie nach dermatologischer Empfehlung.

- **Anale Kandidose:** Ursache häufig intestinale Kandidose, in der Regel verursacht durch *Candida albicans* (Abb. 18.3). Der Nachweis erfolgt durch perianalen Abstrich, mikroskopisch und kulturell, bei Rezidiven evtl. Stuhluntersuchung. Therapie: lokal nystatinhaltige Pasten oder Lotionen, bei Rezidiven systemische Therapie.



Abb. 18.3 Anale Kandidose.

Therapie

Absolute Schonung der Analhaut, Vermeidung aller Externa, Vermeidung von feuchtem oder bedrucktem Toilettenpapier oder Ökopapier (cave: Druckerschwärze). Nutzung indifferenter Topika wie Pasta zinci mollis (DAB 10), Unguentum emulsificans aquosum oder – aus eigener Erfahrung – weißer Vaseline. Wasserkontakt reduzieren, Reinigung mit einem weißen, weichen Toilettenpapier mit etwas weißer Vaseline.

Erythrasma

Pathogenese und Diagnostik

Infektion der perianalen Haut mit einem Pigment produzierenden Corynebakterium. Es zeigt sich ein großflächiger, trockner, schuppender, scharf umschriebener Herd von hell- bis dunkelbrauner, manchmal sogar rötlicher Farbe. Das Erythrasma verursacht häufig Pruritus oder Brennen. Durch Kratzen kommt es zu Mazerationen, Exkorationen und Lichenifikationen. Unbehandelt kommt es zu einer kontinuierlichen Ausbreitung der Hautveränderungen, manchmal über Monate und Jahre.

Unter der Wood-Lampe (UVA-Licht 366 nm) kommt zu einer charakteristischen korallen- oder lachsroten Fluoreszenz des Porphyrins in der Haut (bei Patienten mit einer gründlichen Analhygiene kann die Fluoreszenz fehlen, da die wasserlöslichen Porphyrine abgewaschen wurden).

Therapie

Erythromycininhaltige Gels 2-mal tgl. über 7 Tage oder imidazolhaltige Creme. Beim Rezidiv systemische Gabe von 250 mg Erythromycin 4-mal tgl. über 14 Tage.

Perianale Streptokokkendermatitis

Pathogenese und Diagnostik

Perianales, scharf begrenztes Erythem, manchmal exsudativ mit Pustelbildung in die Peripherie einhergehend. Erreger sind betahämolisierende Streptokokken der Gruppe A. Erregernachweis in der Kultur. Klinisch Brennen und Juckreiz, manchmal Schmerzen beim Stuhlgang. Im Gegensatz zum Erysipel ist das Allgemeinbefinden des Patienten nicht gestört.

Therapie

Therapie der Wahl ist Penicillin V (100 000 I.E./kg Körpergewicht oral über 10–14 Tage), bei Penicillinallergie Erythromycin.

■ Morbus Bowen

Pathologie, Epidemiologie, Symptomatik und Diagnostik

Lokale perianale oder intraanale, präkanzeröse Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV-16/18/58). Unscharf begrenzte, braunrote nicht oder nur geringfügig erhabene, erosive, nässende Herde. Intraanal scharf begrenzte, rote, samttartige Läsion, vielfach durchzogen von leukoplakieartigen Veränderungen. Meist als solitäre Läsionen auftretend. Im Herd lassen sich humane Papillomaviren nachweisen.

Der Morbus Bowen tritt in jedem Lebensalter auf, bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Patienten klagen über Schmerzen, Jucken und Blutungen. Der Verlauf ist chronisch. Auf Dauer entsteht aus dem Stadium eines Carcinoma in situ ein invasiv wachsendes Stachelzellkarzinom (Bowenkarzinom). Die Diagnosestellung erfordert eine histologische Sicherung.

Therapie

Exzision weit im Gesunden mit Schnittränderkontrolle und evtl. Defektdeckung.

■ Extramammärer analer Morbus Paget

Pathologie, Epidemiologie, Symptomatik und Diagnostik

Der Morbus Paget ist ein seltenes Carcinoma in situ mit apokriner Differenzierung, das sich perianal, intraanal und intrarektal manifestieren kann. Perianal zeigt sich ein scharf begrenzter, rosa bis rötlicher, leicht infiltrierter Bezirk, der teils mit Schuppen belegt ist und teils Erosionen aufweist. Man unterscheidet einen Typ 1, der mit einem Rektumkarzinom assoziiert auftritt, und einen Morbus Paget Typ 2, der sich nur kutan perianal ausbreitet.

Klinisch klagen die Patienten über einen persistierenden Juckreiz. Bei Vorliegen therapieresistenter, ekzemähnlicher Läsionen ist u.a. an Morbus Paget zu denken. Die Diagnose wird durch histologische Sicherung gestellt, bei positivem Befund

endoskopische Abklärung zum Ausschluss eines Rektumkarzinoms.

Therapie

Exzision weit im Gesunden mit histologischer Kontrolle der Exzisionsränder, da erfahrungsgemäß der Herd meist wesentlich ausgedehnter ist als klinisch sichtbar.

18.2 Kortisonanus

Definition

Synonyme: Steroidatrophie, Kortikosteroidschäden.

Unter einem Kortisonanus versteht man eine bleibende, evtl. auch vorübergehende Schädigung der Analhaut durch Lokalbehandlung mit Kortikosteroiden. Grundsätzlich muss mit Hautschäden bei externer Anwendung eines fluorierten Kortikosteroide bereits nach 2 Wochen gerechnet werden.

Ätiologie

Topische Kortikoide wirken antientzündlich, anti-pruritisch und vasokonstriktorisch, weshalb sie u.a. auch zur kurzfristigen Behandlung im Analbereich Verwendung finden. Wenn die Patienten gegen den ärztlichen Rat sich nicht an eine kurzzeitige Applikation halten, kommt es zu topischen Schäden der Analhaut.

Symptomatik und Diagnostik

Häufigstes Symptom ist der anale Juckreiz. Das Erscheinungsbild ist vielfältig, es reicht von flächenhaft weißlich hellen, gegenüber der Umgebung scharf abgegrenzten perianalen Haut ohne Epitheldefekte bis zu akut entzündlichen Veränderungen mit weißlich-heller Haut. Nach jahrelangem Gebrauch können oberflächlich Läsionen und Depigmentierungen wie bei einer analen Vitiligo auftreten. Die Perianalhaut ist gerötet, verdünnt und leicht verletzlich, begleitende Kandidainfektionen kommen vor.

Differenzialdiagnose

Analekzem, perianale Dermatitis bei HIV-positiven Patienten.

Therapie

Absetzen jeder lokalen Medikation, absolute Schonung der Analhaut, Vermeidung von klarem Wasser (durch den starken Juckreiz fühlt sich der Patient unsauber und wäscht sich häufig, was zu kurzfristiger Linderung, aber zu weiterem Austrocknen der Analhaut und letztendlich zu einem immer stärkeren Juckreiz führt). Reinigung der Analregion nur mit weißem, weichem Toilettenpapier und etwas weißer Vaseline. Duschen, Baden, Bidet, Sauna,

Schwimmen, Feuchttücher, Nassreinigung des Afters nach dem Stuhlgang bis zur Normalisierung der Analhaut verboten.

18.3 Oxyuriasis (Madenwürmer)

Kap. 11.7.2.