

### Pruritus ani

Der Analpruritus ist der häufigste aller lokalisierten Juckreize der Haut. Dabei handelt es sich um eine subjektive Empfindung, die durch Irritation sensibler Nervenendigungen in der dermoepidermalen Grenzzone entsteht und den Betroffenen zum Kratzen zwingt.

Kurzzeitiges leichtes Jucken und Brennen dürfte ab und zu jedermann verspüren. Erst bei Intensivierung der Symptome treten lästige, das allgemeine Wohlbefinden störende Schmerzempfindungen auf. Dabei sehen wir Menschen, bei denen geringste Veränderungen in der Analregion zu einem äußerst unangenehmen Juckreiz führen, während andere selbst bei erheblichen lokalen Veränderungen mit nässenden, kontaktdermatitischen Läsionen oder auch Prolaps und Fissuren im Analbereich keine Beschwerden empfinden.

Durch das Kratzen werden Histamin, Proteasen und Prostaglandine freigesetzt, die ihrerseits wiederum die sensiblen Schmerzrezeptoren reizen, die im Analbereich zahlreich vorhanden sind. Ein so provozierter Reiz löst wiederum einen Juckreiz-effekt aus. Durch Kratzen wird erneut das Epithel geschädigt, wodurch die Barriere gegenüber Bakterien und Pilzen verloren geht und der Weg für eine Dermatitis frei wird. Durch psychische Belastungen und Stresssituationen werden die Symptome über längere Zeit aufrechterhalten, ohne dass schädigende Agenzien noch nachweisbar sind (sog. Pruritus sine materia).

Die hochsensible Analregion und die Trichterform des Anus mit gefalteter Perianalhaut und ihre Nachbarschaft zu Darm und Vagina stellen eine Prädilektionsstelle für den Pruritus dar. Dabei spielt wohl der gestörte anale Verschlussmechanismus eine ursächliche Rolle (Abb. 8.1). Demzufolge ist auch das anhaltende Nässen beim Prolaps, bei Anitis, Proktitis, chronischer Analfissur und Analfisteln als auslösendes oder unterhaltendes Moment anzusehen. Vereinzelt spielen Pilzinfek-

tionen (besonders Soormykosen) ätiologisch eine Rolle. Ferner muss man an chronische Diarrhöen, länger dauernde Antibiotikamedikation, Kontaktallergien gegen Kunststofffasern, Waschmittel, Toilettenpapier oder bestimmte Grundlagen von Hämorrhoidalsalben oder -zäpfchen als auslösende Faktoren denken. Auch Knotenbildungen in der Rima ani (Marisken, Kondylome, Analfibrome usw.) führen zu juckreizauslösenden, ekzemähnlichen Reizzuständen der Perianalhaut. Prädisponiert für derartige Veränderungen sind Adipöse oder Patienten mit einem Trichteranus, weil durch die massigen Nates und die Schweißsekretion der Boden für Hautläsionen bereitet wird.



Abb. 8.1 Chronisch lichenifizierte perianale Dermatitis bei Hämorrhoiden II.–III. Grades. Der beginnende Hämorrhoidalprolaps in der Tiefe der Analöffnung ist gerade erkennbar.

Differenzialdiagnostisch muss auch die anale Psoriasis und das Erythrasma in Erwägung gezogen werden.

Abhängig vom Stadium und Schweregrad finden sich sehr differente Erscheinungsformen der dermatologischen Läsionen.

Im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen beim Pruritus ani besteht bei den allermeisten Patienten die Sanierung des Hämorrhoidalleidens, die Verbesserung der Analhygiene (postdefäkales Ausduschen, oder Sitzbäder, alternativ Reinigung mit ölgetränkten Vliestüchern, Abdeckung der Perianalregion mit Penaten-Creme oder Pasta zinci mollis, Einlegen einer Watteflocke in das Analgrübchen) und die Vermeidung von Reizfaktoren (sog. „c-Faktoren“) in Ernährung und Getrunkenem. Insbesondere beim Pruritus ohne nennenswerte morphologische Äquivalente können regelrechte detaillierte Ernährungs- und Trinkprotokolle notwendig werden, um auslösende Faktoren erfassen zu können. Insbesondere diese Formen können für den Betroffenen und seinen Arzt sehr frustrierend werden und letztlich nur auf symptomatische Maßnahmen (lokanästhetikahaltige Salben wie Anaesthesin, Lido-Posterine) hinauslaufen mit promptem Rezidiv nach Absetzen. Bei hygienischen Problemen wegen vorhandener Marissen sollten diese entfernt werden.

Bei akuten und chronisch kontaktdermatitischen Veränderungen als Ursache des Pruritus sollte über die Anamnese die auslösenden verantwortlichen Ursachen eruiert und beseitigt werden.

Bei akut nässender und kontaktdermatitischer Veränderung spielen Farbstofflösungen als „Trockner der Haut“ die Hauptrolle in der Therapie. Beispielsweise Solutio Castellani cum fuchsino oder Gentianaviolett, wässrig 0,2–0,5 %ig oder Brillantgrün, wässrig 0,5 %ig. Auch Sitzbäder in Form von Kaliumpermanganat oder Gerbstoffen wie Tannolact o.Ä. sind empfehlenswert.

Bei nichtnässendem Perianalekzem ist die kurzfristige Applikation von kortikoidhaltigen Externa empfehlenswert. Bei subakuten Veränderungen sind wirkstofffreie (Pasta zinci mollis) oder steroidhaltige Pasten mit 5- bis 10 %igem Ichthiol oder Tumenol und bei mikrobieller Überwucherung ggf. Antibiotikazusätze sinnvoll.

Zu vermeiden sind Seifenwaschungen, Toilettenpapier und Intimsprays.

## Perianale Dermatosen

Die häufigsten Veränderungen sind kontaktdermatitischer Natur. So kommt es beispielsweise bei der Überlaufdiarrhö zur massiven Inkontinenzerscheinung und konsekutiver Ausbildung einer **Kontaktdermatitis** (Abb. 8.2) oder nach Benutzung von Inkontinenzwindeln zur Ausbildung von kontaktdermatitischen Läsionen im Kontaktbereich mit Betonung an den Auflagepunkten (Abb. 8.3). Bei



Abb. 8.2 Typische Kontaktdermatitis, ausgelöst durch Inkontinenz bei Überlaufdiarrhö.



Abb. 8.3 Ausgedehnte Kontaktdermatitis, ausgelöst durch Benutzung von Inkontinenzvorlagen. Die Veränderungen zeichnen den Kontaktbereich mit Betonung an den Auflagepunkten deutlich nach.



Abb. 8.4 Ausgeprägte perianale akute Kontaktdermatitis (sog. Überfeuchtungsdermatitis). Typisch ist die Randbetonung im Kontaktbereich der Nates. Ausbildung einer flachen Ulzeration.



Abb. 8.5 Perianale Mykose mit typischer scharfer randbetonter Begrenzung der Läsion bei zentralen Abheilungstendenzen. Metastatische Herdbildungen in der Nachbarschaft.

übermäßiger Feuchtigkeitsansammlung im Analbereich kommt es zu sog. perianalen Überfeuchtungsdermatitiden (Abb. 8.4).

Pilzkrankungen der Analregion, insbesondere die **Candidamykose**, ist gekennzeichnet durch eine flächenhafte, infiltrierte, oft lackartige glänzende, meist polyzyklisch und unscharf zur entzündungsfreien Umgebung abgegrenzte Rötung mit einem weißlichen Schuppensaum mit Randbetonung der Läsion und zentraler Abheilungstendenz (Abb. 8.5). Dem Erfahrenen wird die Diagnose der analen Candidamykose nicht schwer fallen. Ein Therapieversuch mit antimykotischen Externa ist angezeigt. Es kann mit Solutio Castellani, Gentianaviolett 5 %ig oder auch nystatinhaltigen Externa behandelt werden. Bei Verdacht auf intestinale Beteiligung, z.B. bei Patienten mit lang laufender systemischer Kortikoidtherapie oder anderweitiger Immunsuffizienz, sollte eine orale Therapie mit Amphotericin-B-Präparaten zur Darmsanierung empfohlen werden. Über den Sinn der Anlage von Pilzkulturen aus dem Stuhl, aber auch aus der Perianalregion, wird heftig kontrovers diskutiert.

Abzugrenzen von einer Mykose ist das durch Corynebakterien hervorgerufene **Erythrasma** (Abb. 8.6). Das Erythrasma ist gekennzeichnet durch scharf begrenzte, nur geringfügig randbetonte, homogene, rot bis bräunliche linsengroße bis über-



Abb. 8.6 Erythrasma: Typisch ist die scharfe Begrenzung mit geringfügiger Randbetonung, homogene, rot bis bräunliche, linsen- bis über handtellergroße Herde im Anal- und Genitalbereich.

handtellergroße Herde in der Analfalte mit Übergreifen auf die Skrotalregion, die großen Labien bis auf die Oberschenkel. Für die Therapie haben

sich antimikrobielle Externa bei täglich 1–2-maliger Applikation bewährt. Zumeist sind die Erreger in wenigen Tagen beseitigt. Die braun-rötliche Verfärbung der Läsion kann aber trotz erfolgter Ausheilung noch längere Zeit bestehen.

Bei juckenden ekzemähnlichen Veränderungen muss differenzialdiagnostisch auch an die **Psoriasis** gedacht werden. Ein alleiniger Befall der Analregion als Erstmanifestation ist häufig. Weitere Prädisloktionsstellen der Psoriasis liegen an den Ellenbogen, Kniestreckseiten, der Kopfhaut. Das klinische Erscheinungsbild der sich heraushebenden analen Psoriasis imponiert als leicht infiltrierter und konsistenzvermehrter, im Gegensatz zum Ekzem auffällig homogen und intensiv geröteter, leicht erosiver, von der umgebenden normalen Haut abgegrenzter Bereich (Abb. 8.7). Charakteristisch für die anale Psoriasis ist die sog. Zentralrhagade, in der Rima ani bis auf die Kreuzbeinregion reichend. Es fehlt der analen Psoriasis aber das charakteristische Merkmal der Schuppung, was ihre Verkennung als Ekzem fördert. Bei Verdacht auf eine anale Psoriasis ist es unbedingt erforderlich, die übrigen genannten Prädisloktionsorte zu untersuchen, um die Diagnose zu sichern.

Die Behandlung der Psoriasis an sich ist problematisch. Für die Therapie der analen Psoriasis eignen sich fluorierte Kortikosteroide und die sog. selektierte UV-Therapie. Unter Kortikoidapplikation



Abb. 8.7 Anale Psoriasis mit typischer Zentralrhagade. Ursache für einen ständigen Pruritus ani.



Abb. 8.8 Perianale und perivulväre Kraurose. Primär von der Genitalregion ausgehend, sekundär auf die Afterregion übergreifend.

verschwinden Juckreiz und Läsionen relativ rasch. Die Rezidivneigung ist groß. Da Psoriatiker auf anale Reizüberlastung im Sinne eines isomorphen Reizeffekts reagieren, ist immer nach (auslösenden) Begleiterkrankungen zu suchen.

Perianale und perivulväre **Kraurose** (Abb. 8.8): Alterserscheinung, häufig primär von der Genitalregion ausgehend und sekundär den After umlaufend.

Eine scharf begrenzte perianale Depigmentierung, die **Vitiligo** (Abb. 8.9) hat unter proktologischen Gesichtspunkten keinen Krankheitswert.

## Kortikoidschäden

Über Monate mit Kortikosteroiden behandelte Juckreizbeschwerden in der Analregion führen zur Verschlimmerung, die in ein Brennen übergehen und sich gegenüber hygienischen und therapeutischen Maßnahmen besonders intensiv bemerkbar machen. Die Kortikoidschäden imponieren als flächenhaft gerötete, atrophische, von Teleangiektasien veränderte Hautareale.



Abb. 8.9 Vitiligo. Scharf begrenzte perianale Depigmentierung.

Nicht selten sind sie mit einem weißlichen Belag kombiniert als Ausdruck einer zusätzlichen Candidosis.

## 8

## Pyodermien

Pyodermie ist der Oberbegriff für durch virulente eitrige, zumeist Staphylokokken und Streptokokken hervorgerufene kontagiöse Dermatosen mit Eiterbildung. Die bakterielle Infektion kann sowohl die Epidermis als auch die Hautanhangsgebilde wie die Haartalgdrüsen in Form der häufig perianal und im Gesäßbereich auftretenden verschiedenen Follikulitisformen einschließlich der tiefer reichenden Haarfollikelentzündungen in Form von Furunkeln oder Karbunkeln befallen. Bei Befall der Schweißdrüsen kommt es zur Ausbildung einer **Hidradenitis suppurativa** (s. Abb. 9.29 u. 9.30). Die Hidradenitis suppurativa ist gekennzeichnet durch multiple, entzündlich infiltrierte furunkelartige Knoten mit eitri-

gen Einschmelzungen und begleitenden Knotenschwellungen, die durch zahlreiche epithelausgekleidete und mitunter bis an den Analkanal reichende Fistelgänge kommunizieren, jedoch keine Verbindung zum Analkanal aufweisen.

Das Krankheitsbild ist weitgehend identisch mit der *Pyoderma fistulans sinifica*, die von den Talgdrüsen ausgeht und dem Akneformenkreis zugeordnet wird (Akne triade). Eine Differenzierung ist in fortgeschrittenen Fällen praktisch unmöglich und für die Therapie auch entbehrlich (s.S. 127 ff.). Charakteristisch sind disponierende dermatologische Faktoren (fettreiches Integument mit tiefen poren(sinus)artigen Hauteinziehungen, starke Behaarung) sowie die Zeichen einer Aknedisposition (Gesicht, Hals, Achselhöhlen, s. Abb. 9.29). Ihr Fehlen schließt eine Pyodermie aber nicht aus! Obschon ätiologisch hiervon völlig verschieden (Haareinspießungen in der Rima ani – s.S. 130 f.), wird insbesondere von dermatologischer Seite auch der Sinus pilonidalis der Akne zugeordnet (Akne tetraide). Abgrenzungsprobleme gibt es aufgrund der charakteristischen Morphe des Sinus (Primäröffnung mit z.T. herausragenden Haaren, meist proximal gelegenen Balg mit Sekundäröffnung nach Abszess, leicht randlich neben der Rima ani) kaum. Eher schon können umschriebene analrandnahe Läsionen mit Analfisteln verwechselt werden, wie auch Fisteln speziell beim Morbus Crohn eine nachgerade pyodermietypische Ausbreitung aufweisen.

### Nachbemerkung

Im Rahmen dieses Buches konnten nur die praktisch wichtigsten Hauterkrankungen dargestellt werden. Grundsätzlich kann sich jede Hautkrankheit auch in der Afterregion einstellen, vielfach hier sogar verstärkt oder isoliert (isomorpher Reizeffekt). Hier muss auf die dermatologischen Lehrbücher verwiesen bzw. ein dermatologisches Konsil eingeholt werden.

### Literatur

Hinweise unter  
[www.thieme.de/proktologie-literatur](http://www.thieme.de/proktologie-literatur)