

Systematik und Therapie des Analekzems

Systematology and Therapy of Perianal Dermatitis

Autor

B. H. Lenhard

Institut

Praxis für Enddarmkrankungen, Heidelberg

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103768>
 Online-Publikation: 29.3.2016
 Akt Dermatol 2016; 42: 194–197
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. Bernhard H. Lenhard
 Praxis für Enddarmkrankungen
 Poststraße 2
 69115 Heidelberg
 info@enddarmkrankungen.de
 www.enddarmkrankungen.de

Zusammenfassung

Das Analekzem zählt zu den häufigsten proktologischen Erkrankungen. Entsprechend der Ätiopathogenese unterscheidet man drei Ekzemformen, die sich gelegentlich auch überschneiden können. In der Reihenfolge der Auftretenshäufigkeit beobachtet man das irritativ-toxische, das atopische und das kontaktallergische Ekzem. Eine möglichst sichere Zuordnung bestimmt letztlich den Therapieerfolg.

Einleitung

Bei mehr als 35% der Patienten, die sich zwischen 2000 und 2014 in unserer ausschließlich proktologischen Praxis vorstellten, wurde die Diagnose Analekzem gestellt.

Es handelte sich dabei einmal um ausschließliche Ekzemerkrankungen, aber auch um ekzematöse Hautveränderungen im Verlauf verschiedener proktologischer Krankheitsverläufe, wobei keine Geschlechterbevorzugung vorlag.

Vielfach waren die Symptome Juckreiz, Brennen und Nässen im Bereich der Perianalhaut wichtige Hinweise, die zur Diagnose übergeordneter Erkrankungen der Enddarmregion führten.

Bei Verdacht und Diagnosestellung einer analen Ekzemerkrankung ist deshalb stets eine proktologische Basisdiagnostik gefordert, die die Inspektion der Perianalregion und ggf. des gesamten Integuments, die Palpation der Enddarmstrecke sowie eine proktoskopische und rektoskopische Untersuchung umfasst.

Definition

Unter einem Analekzem versteht man akute oder chronisch-rezidivierende Entzündungsformen der Perianalhaut. Diese gehen mit Juckbeschwerden in verschiedenen Ausprägungsgraden,

Proktologische Grunderkrankungen wirken verursachend und als Triggerfaktor. Ihrer Diagnose und Therapie kommt deshalb hohe Bedeutung zu. Neben basistherapeutischen Maßnahmen und kurzzeitiger Anwendung von Kortikosteroiden gewinnt die Applikation von Calcineurinantagonisten in der Therapie perianaler Ekzeme zunehmend an Bedeutung.

Diagnostische Unklarheit, Therapieresistenz und Progredienz fordern eine histopathologische Klärung.

aber auch gelegentlich brennenden Schmerzen einher. Die Hautveränderungen reichen vom diskreten Erythem bis zu großflächigen, nässenden Erosionen. Chronisch-rezidivierende Verläufe können eindrucksvolle Vergrößerungen der Hautfältelung mit Hyperkeratosen und Pigmentverschiebungen hervorbringen.

Die anodermale Auskleidung des Analkanals, mit einem schwach verhornenden Plattenepithel, kann in die Ekzemmorphe einbezogen sein. In dieser Lokalisation auftretende schmerzhafte, rhagadiforme Veränderungen verlangen die Abgrenzung zur Analfissur, da kein kryptoglandulärer Bezug vorliegt.

Ätiologie

Die besonderen Terrainbedingungen des intertriginösen Spaltes mit Sekretion und Sekretretention ekkriner und apokriner Schweißdrüsen führen zu einer Feuchtraumsituation mit mazerativen Prozessen. Hinzu kommt fäkales Sekret bei proktologischen Erkrankungen, die kontinenzmindernd wirken oder direkt in den Perianalraum sezernieren.

Anatomische Besonderheiten (z.B. Trichteranus) können die Feuchtigkeitsretention verstärken. Im Zusammenwirken dieser Faktoren kommt es zu einer Minderung der epidermalen Barrierefunkti-



Abb. 1 Irritativ-toxisches Analekzem nach tiefer anteriorer Rektumresektion.



Abb. 2 Akutes atopisches Analekzem.



Abb. 3 Chronisches atopisches Analekzem.



Abb. 4 Kontaktallergisches Analekzem (Bufexamac).

on, womit die Entstehung entzündlicher Krankheitsverläufe begünstigt wird. Die beschriebenen mazerativen Vorgänge vermögen die Morphologie vieler Dermatosen in erheblicher Weise zu wandeln und somit die klinische Diagnose zu erschweren. Die unterschiedliche Ätiopathogenese analer Ekzemerkrankungen legt eine Einteilung in drei verschiedene Ekzemformen nahe, die sich jedoch überlagern bzw. gegenseitig begünstigen können [7,8,9,13].

Irritativ-toxisches Analekzem (© Abb. 1)

▼ Hierbei handelt es sich um die häufigste Variante des Analekzems, die in unserem Krankengut mehr als 50% der Erkrankungsfälle ausmacht.

Exogen einwirkende, irritative Substanzen führen im Bereich der Perianalhaut, seltener anodermal, zu einer Entzündung, die nicht immunologisch im Sinne einer allergischen Reaktion determiniert ist. Es erfolgt eine direkte Schädigung der Epidermis durch fäkales Sekret oder inadäquate Reinigungsprozeduren.

Höchste Bedeutung kommt dabei proktologischen Erkrankungen zu, die mit einer Störung der sensorischen bzw. muskulären, analen Kontinenz einhergehen, die eine direkte Sekretion in den Perianalraum bewirken oder zu einer erheblichen Stuhlentleerungsstörung bei breiig-flüssiger Stuhlbeschaffenheit und erhöhter Stuhlentleerungsfrequenz führen.

Die sensorische Kontinenz einschränkung im Sinne einer Feinchlussproblematik wird am häufigsten über einen symptomatisch vergrößerten Hämorrhoidalplexus (Hämorrhoidalleiden), einen Prolaps der distalen Rektummukosa in den Analkanal (Mukosaprolaps), einen latenten oder manifesten Rektumprolaps, entzündliche Veränderungen des Analkanals, der anorektalen Transitionalzone und des Rektums (Anitis, Kryptitis, Proktitis) sowie anale und rektale Tumoren ausgelöst.

Neurogene oder traumatische Schädigungen der glatten oder quergestreiften Muskulatur der analen Sphinkteren können einen muskulären Kontinenzverlust und damit unkontrollierten Stuhlübertritt begründen.

Zu einer direkten Sekretabsonderung auf die Perianalhaut führen Analfissuren, ein anales Fistelleiden oder die Akne inversa.

Eine deutlich erhöhte Stuhlentleerungsfrequenz bei nicht geformter Stuhlkonsistenz im Rahmen entzündlicher bzw. chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen oder nach onkologisch-operativen Vorgehensweisen im Kolonbereich kann gleichfalls eine chronische, irritativ-toxische Hautreaktion hervorrufen.

In diesen Fällen kommt es sehr häufig zu einer anodermalen Beteiligung mit tiefen schmerzhaften Rhagaden, die bis zur Linea dentata reichen können, jedoch keinen Bezug zum kryptoglandulären Apparat haben.

Irritative Einflussfaktoren, wie Toilettenpapier oder aggressive Detergenzien, sollten bei der Anamnese ebenfalls Beachtung finden.

Die Konzentration der Noxe und deren Einwirkdauer bestimmen den Schädigungsgrad der Haut bei dieser häufigsten analen Ekzemform.

Atopisches Analekzem (© Abb. 2 und 3)

▼ Das atopische Ekzem wird als multifaktorielle Erkrankung gesehen, wobei vererbte Prädispositionsfaktoren und Umwelteinflüsse in einer komplexen Wechselwirkung zueinander stehen [10].

Die Anogenital- bzw. Analregion ist im Erwachsenenalter ein typischer, oftmals wenig beachteter Prädilektionsort für diese Ekzemvariante. Deren Manifestation zeigt ein sehr breites Spektrum klinischer Erscheinungsformen im Analbereich, die jedoch zu meist mit sehr starkem Juckempfinden assoziiert sind. Gelegentlich korreliert ein minimaler, kaum wahrnehmbarer Hautbefund mit quälendem Juckreiz, der zu Schlafstörungen führen kann.

Andererseits bieten sich im akuten Schub klinische Bilder mit großflächigen Rötungen und erosiven Kratz- bzw. Scheuereffek-

ten. Auch zeigen sich einseitig betonte oder segmentale Befallsmuster, häufig mit Übergang zur Skrotalwurzel bzw. zum Introitus vaginae.

Der Analkanal kann sich in seltenen Fällen an der Ekzemmorphe beteiligen und eine schmerzhafte, rhagadiforme Anitis ausbilden. Gelegentlich dauern die Krankheitsverläufe Jahre und Jahrzehnte in wechselnden Ausprägungsgraden ohne exakte Diagnosestellung. Die Hautveränderungen imponieren dann mit postinflammatorischer Depigmentierung, oft extremer Lichenifizierung und gelegentlich eindrucksvollen Hyperkeratosen.

Kränke et al. finden in ihrem Ekzemkollektiv einen Anteil von 5–10% der atopischen Ekzemvariante [3]. Dies stimmt nicht mit unseren Beobachtungen überein, die diesen Anteil bei etwa 35% sehen.

Vor dem Hintergrund der häufig sehr verzögerten Diagnosefindung bei diesem Typ des Analekzems sollen die wichtigsten diagnostischen Kriterien genannt werden.

Hinweisend sind Hauterkrankungen aus dem atopischen Formenkreis, Rhinitis saisonalis oder Asthma bronchiale in der Eigen- bzw. Familienanamnese. Auch der Erlanger Atopie-Score bzw. der Atopie-Patchtest können wichtige Aufschlüsse hinsichtlich eines atopischen Ekzemrisikos liefern.

Selbstverständlich ist eine Untersuchung des gesamten Integumentes unverzichtbar.

Ein chronischer Ekzemverlauf ohne proktologische Grunderkrankungen, ohne Vergrößerung des Hämorrhoidalplexus muss nach Ausschluss sonstiger Dermatosen zwingend an ein atopisches Analekzem denken lassen.

Kontaktallergisches Analekzem (☉ Abb. 4)



Dieser Ekzemform mit der geringsten Auftretenshäufigkeit liegt ein spezifisch immunologisch vermittelter Prozess, eine allergische Typ-IV-Allergie nach Coombs und Gell, zugrunde.

Es besteht ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Einwirken der auslösenden, externen Fremdstoffe und dem Auftreten meist scharf begrenzter Erytheme im Kontaktbereich mit eventuell Streuherden und begleitendem Juckreiz.

Häufig nachgewiesene Allergene sind Lokalanästhetika (z. B. Cinchocain, Benzocain, Lidocain), Konservierungsmittel (z. B. Methylisothiazolinon, Parabene), Duftstoffe, Wollwachsalkohole, Propylenglykol, Vulkanisationsbeschleuniger, Antioxidanzien, Kathon C6 und Euxyl K400 [2, 5, 12, 13].

Viele dieser potenziellen Allergene sind Inhaltsstoffe von Proktologika, Pflegesalben und -cremes sowie feuchtem Toilettenpapier. Diese wiederum finden gehäuft dann Verwendung, wenn die Hautbarriere bereits durch eine beginnende, perianale Hautirritation herabgesetzt ist und erfahren so – im intertriginösen Bereich meist unter Okklusion – besonders günstige Bedingungen für eine epidermale Sensibilisierung. Aus diesem Grund hat das kontaktallergische Analekzem die höchste Überlappungstendenz mit den beiden zuvor beschriebenen Ekzemtypen.

Eine solche Sensibilisierung ist auch nach zuvor langzeitiger, komplikationsloser Anwendung der Ekzematogene zu jedem Zeitpunkt möglich [11].

Das kontaktallergische Analekzem ist aufgrund von Anamnese, Morphe und Verlauf am besten zuordenbar.

Die Sicherung der Diagnose erfolgt im erscheinungsfreien Intervall durch Epikutantestung der sogenannten Standardreihen der Deutschen Kontaktallergiegruppe sowie der verdächtigen, angewandten Substanzen.

Basistherapeutische Empfehlungen



Zu den basistherapeutischen Vorgehensweisen bei allen Ekzemerkrankungen der Perianalregion zählen adäquate Maßnahmen der Anahygiene, die Therapie proktologischer Grunderkrankungen und topische Behandlungsstrategien, die den speziellen anatomischen Bedingungen des intertriginösen Raumes angepasst sind.

Für eine ausreichende und schonende Anahygiene sind eine Grobreinigung mit weißem, weichem Toilettenpapier und/oder seifenfreie, lauwarme Analduschen zu empfehlen.

Die Trocknung erfolgt mit weichen Tüchern oder durch Föhnen. Detergenzien und Desinfizienzien sind bei allen Krankheitsverläufen verzichtbar.

Die Behandlung sezernierender Erkrankungen des Enddarms ist nicht nur beim irritativ-toxischen Analekzem von besonderer Wichtigkeit, sondern auch, wenn diese als Triggerfaktoren das atopische Ekzem unterhalten oder anschieben können.

Die speziellen Terrainfaktoren des oft behaarten Perianums, mit ammoniakalischer, fäkaler Durchfeuchtung unter Okklusivbedingungen, verlangen eine zumeist austrocknende topische Behandlung, die dem Einfluss der Okklusivsituation entgegenwirkt. Hierfür eignen sich je nach Akuitätsgrad insbesondere hydrophile Pasten oder Lotionen. Fette Zubereitungen sind nur in den wenigsten Fällen zu empfehlen, da sie Okklusiv- und Mazerationseffekte verstärken.

Eine Candida-Mykose mit klinischer Manifestation im Analbereich ist beim immunkompetenten Erwachsenen nahezu immer als Sekundärinfektion auf vorgeschädigter Haut anzusehen. Keinesfalls stellt sie das Vorläuferstadium eines Analekzems dar. Aus diesem Grund bleibt die ausschließlich antimykotische Therapie bei einer Ekzemerkrankung der Analregion ohne Effekt.

Zweifel bei der diagnostischen Einschätzung analer Ekzemerkrankungen oder therapieresistente bzw. progrediente Verläufe verlangen obligatorisch nach einer histopathologischen Klärung.

Therapie des irritativ-toxischen Analekzems



Die Behandlung dieser Ekzemvariante sollte von zwei Zielvorstellungen ausgehen. Einmal von der Eliminierung der auslösenden Irritanzien und zum anderen von der topischen Therapie der ekzematösen Hautveränderungen.

In den meisten Fällen handelt es sich ursächlich um eine Feinabschlussproblematik des Afters vor dem Hintergrund eines Hämorrhoidalleidens [13] mit konsekutiver Absonderung von fäkalem Sekret in die Perianalregion. In diesem Fall erfolgt eine stadienadaptierte Therapie und damit Größenreduktion des Hämorrhoidalplexus mit dem Ziel der Wiederherstellung der analen Feinkontinenz.

Weitere Erkrankungen des Enddarms oder des Rektums, die Kontinenzmindernd wirken oder in den Perianalraum sezernieren, werden im Zuge einer sorgfältigen proktologischen Untersuchung diagnostiziert und der Therapie zugeführt.

Marisken, die eine erhebliche Feuchtigkeitsretention bewirken können, sollten bei chronisch-rezidivierenden Verläufen eventuell abgetragen werden.

Zur Vermeidung einer ständig breiig-flüssigen Stuhlbeschaffenheit mit unerwünschter Steigerung der Stuhlentleerungsfrequenz eignet sich in besonderer Weise die Gabe von indischem Flohsamen.

Bei erosiv-nässenden Prozessen der Perianalhaut können neben der seifenfreien Analreinigung mit lauwarmem Wasser auch zusätzliche Sitzbäder mit synthetischen Gerbstoffen (Tannolact[®], Tannosynt[®]) empfohlen werden.

Die topische Behandlung der erkrankten Hautareale richtet sich nach dem Akuitätsgrad und sollte bevorzugt auf hydrophile Zinkoxidzubereitungen (Lotionen und Pasten) unter Zusatz von Kortikosteroiden der Wirkstoffklasse I bzw. II (z. B. Hydrocortisonacetat bzw. Prednicarbat) zurückgreifen. Die kurzzeitige Anwendung erfolgt nach jeder Stuhlentleerung und vor dem Zubettgehen.

Bei therapieresistenten Kontinenz einschränkungen ist auch eine Intervalltherapie mit weicher Zinkpaste und der bedarfsweisen Applikation kortikosteroidhaltiger Zubereitungen zu erwägen. Hier kann die Einlage weicher Kompressen sinnvoll sein.

Schwerste, erosiv-nässende, ulzerierende Verläufe über Monate, wie sie gelegentlich nach onkologischen Operationen mit Verlust der Reservoirfunktion des Rektums zu beobachten sind, fordern eventuell eine Rücksprache mit dem vorbehandelnden chirurgischen Kollegen. Bleibt es postoperativ nach Ablauf eines Jahres bei einer insuffizienten Funktion des Neorektums mit 15- bis 20-maliger Stuhlentleerung über 24 Stunden bei ständig breiig-flüssiger Stuhlkonsistenz, so muss auch eine endgültige Stomaanlage diskutiert werden.

Therapie des atopischen Analekzems

Bei akuten, hochentzündlichen Krankheitsbildern mit Sekundäreffloreszenzen kann beim erwachsenen Patienten eine kurzzeitige topische Behandlung mit kortikosteroidhaltigen Lotionen oder Cremes der Wirkstoffklasse II bzw. III (Prednicarbat bzw. Mometasonfuroat) empfohlen werden.

Nach Rückgang der gelegentlich nässenden, entzündlichen Hautveränderungen erweist sich die Anwendung von topischen Calcineurinantagonisten, wie Pimecrolimus oder Tacrolimus (Elidel[®], Protopic[®]), als äußerst wirkungsvoll [1, 4, 6, 11]. Eine solche Applikation wird im Akutstadium wegen starken Brennens häufig noch nicht toleriert.

Die topischen Immunmodulatoren bieten eine ausgezeichnete Alternative zur häufig wiederkehrenden Applikation von Kortikosteroiden, insbesondere vor dem Hintergrund der fehlenden atrophogenen Wirkung bei hoher Rezidivanfälligkeit und der beschriebenen Okklusivsituation.

Nach Stabilisierung des Hautzustandes mit Sistieren des quälenden Pruritus sollte über einen längeren Zeitraum eine Intervalltherapie mit pflegenden Lotionen bzw. Cremes (z. B. Physiogel AI[®], Cetaphil[®]) in ausschleichendem Wechsel mit Calcineurin-inhibitoren angestrebt werden.

Wenngleich sezernierenden Analerkrankungen keine ätiopathogenetische Bedeutung beim atopischen Analekzem zukommt, so wirken diese sehr wohl als Triggerfaktoren und sollten deshalb diagnostiziert und der Therapie zugeführt werden.

Ebenso gelten auch hier die Empfehlungen zur Analhygiene und zur Equilibrierung der Stuhlkonsistenz.

Therapie des kontaktallergischen Analekzems

Das kontaktallergische Analekzem stellt nach sicherer Diagnose die geringsten therapeutischen Anforderungen.

Wichtig ist die sofortige Absetzung aller Externa und der im Gebrauch befindlichen Reinigungsmittel. Die sorgfältige Anamnese

sollte ebenfalls allergisierende Substanzen erfragen, die im Zuge analer Sexualpraktiken Anwendung finden (Gleitgele, Vulkanisationsbeschleuniger etc.).

Bei der topischen Therapie empfiehlt es sich, ausschließlich auf indifferente Externa (Pasta zinci mollis, Unguentum emulsificans aquosum) zurückzugreifen. Diesen können in Abhängigkeit zum Beschwerdebild kurzzeitig Kortikosteroide unter Verzicht auf Konservierungsstoffe zugegeben werden.

Bei Beschwerde- und Erscheinungsfreiheit erfolgen die beschriebenen Epikutantestungen.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Systematology and Therapy of Perianal Dermatitis

Perianal dermatitis is one of the most common proctological diseases.

Three types of dermatitis can be differentiated based on the etio-pathogenesis, with occasional overlap. In order of frequency, these are irritant contact dermatitis, atopic dermatitis, and allergic contact dermatitis. The success of treatment ultimately depends on how reliably the condition is identified.

It is caused and triggered by underlying proctological diseases and it is therefore very important to diagnose and treat these. In addition to basic treatment measures and the short-term application of corticosteroids, calcineurin antagonists are becoming increasingly more important in the treatment of perianal dermatitis.

Diagnostic uncertainty, resistance to treatment, and progression make histopathology tests necessary.

Literatur

- 1 Dietrich A, Ruzicka T, Hermans C. Differenzialdiagnose des Analekzems. *Hautarzt* 2015; 66: 400–407
- 2 Eubel J, Diepgen TL, Weisshaar E. Allergien im Genitalbereich. *Hautarzt* 2015; 66: 45–52
- 3 Kränke B, Trummer M, Brabek E et al. Etiologic and causitive factors in perianal dermatitis: results of a prospect study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118: 90–94
- 4 Kreuter A, Hochdorfer B, Altmeyer P et al. Pimecrolimus 1% cream for perianal atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2005; 152: 186–187
- 5 Kügler K, Brinkmeier T, Frosch PJ. Anogenitaldermatosen – Analyse von Daten des IVDK 1 und Literaturübersicht. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005; 3: 979–986
- 6 Hengge UR. Off-Label-Indikationen für topisches Tacrolimus. *Hautarzt* 2013; 64: 752–756
- 7 Lenhard BH. Zum Krankheitsbild des Analekzems – Diagnose und Therapie. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 154: 88–91
- 8 Lenhard BH. Diagnose, Differentialdiagnose und topische Therapie des Analekzems. *Passion Chirurgie* 2011; 1(9): Artikel 02_03
- 9 Proske S, Lenhard BH, Hartschuh W. Das Analekzem und seine benignen Simulatoren. *Hautarzt* 2004; 55: 259–264
- 10 Rodriguez E, Weidinger S. Genetik des atopischen Ekzems – Ein Update. *Hautarzt* 2015; 66: 84–89
- 11 Schaubert J. Topische Therapie des perianalen Ekzems. *Hautarzt* 2010; 61: 33–38
- 12 Weisshaar E. Genitoanaler Pruritus. *Hautarzt* 2015; 66: 53–59
- 13 Wienert V. Das Analekzem – eine interdisziplinäre, diagnostische Herausforderung. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118: 69–71