

Zum Krankheitsbild des Analekzems – Diagnose und Therapie

Bernhard H. Lenhard

Praxis und Institut für Enddarmkrankungen, Heidelberg, Deutschland

The diagnosis and treatment of perianal dermatitis

Summary. Perianal dermatitis is one of the most common proctological disorders. The anatomy of the anal region provides suitable conditions for the development of dermatitis. In the diagnostic work-up and the management of patients with perianal dermatitis, three types need to be distinguished: irritant contact dermatitis, atopic dermatitis, and allergic contact dermatitis. Each type has its aetiological and pathogenetic factors, which will provide clues to the diagnosis and subsequent management of the condition. In the differential diagnosis of the condition, consideration should be given to inflammatory diseases of the perianal region which may produce eczema-like patterns.

Key words: Proctology, perianal dermatitis, irritant contact dermatitis, atopic dermatitis, allergic contact dermatitis.

Zusammenfassung. Das Analekzem stellt eine der häufigsten proktologischen Erkrankungen dar. Die anatomischen Besonderheiten der Analregion bieten prädisponierende Terrainbedingungen für die Krankheitsentstehung. Unter diagnostischen und therapeutischen Überlegungen sollte man drei Ekzemformen unterscheiden. Das toxisch-irritative, das konstitutionelle und das kontaktallergische Analekzem. Die ätiopathogenetischen Faktoren der einzelnen Ekzemtypen sind richtungsweisend für die diagnostische Einordnung und die nachfolgende Behandlung. Differentialdiagnostisch müssen entzündliche Dermatosen der Analregion berücksichtigt werden, die ekzemähnliche Krankheitsbilder zeigen.

Schlüsselwörter: Proktologie, Analekzem, toxisch-irritatives Ekzem, atopisches Ekzem, Kontaktekzem.

Definition

Unter einem Analekzem versteht man die akut- oder chronisch-entzündliche Reaktion der Perianalhaut bzw. der anodermalen Auskleidung des Analkanals.

Spezielle Milieubedingungen im intertriginösen Raum, die im Sinne einer feuchten Kammer wirken, begünstigen verschiedenste ätiopathogenetische Faktoren, die letztlich zu diesem Krankheitsbild führen.

Der Anteil der Patienten mit Analekzem in unserem proktologischen Krankengut liegt bei 30 %. Den Häufigkeitsgipfel sehen wir zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Eine Geschlechterbevorzugung liegt nicht vor.

Diese Ekzemform stellt somit eine der häufigsten proktologischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen dar.

Ätiopathogenese

Ekkrine und apokrine Schweißdrüsen im intertriginösen Spalt der Perianalregion bewirken eine Feuchtraumsituation, die toxisch-irritativen, allergischen und konstitutionellen Krankheitsfaktoren beste Ausprägungsvoraussetzungen bieten.

Es sollten drei Hauptgruppen des Analekzems unterschieden werden, die sich jedoch überlagern bzw. gegenseitig begünstigen können

1. Toxisch-irritatives Analekzem

Die Perianalhaut oder das Anoderm beantworten exogen einwirkende, irritative Substanzen mit einer Entzündung, die nicht immunologisch im Sinne einer allergischen Reaktion fixiert ist. Es erfolgt eine direkte Schädigung der Epidermis durch fäkalentes Sekret, mechanische Traumatisierung oder Einwirkung von Reinigungsmitteln. Direkt wirkenden Irritantien wie z. B. Metallsalzen kommt in der Perianalregion eine untergeordnete Bedeutung zu. Primär ist der Übertritt von Analsekret in die Afterumgebung zu sehen. Die Einschränkung oder der Verlust der sensorischen bzw. muskulären, analen Kontinenz steht an vorderster Stelle der Verursachungsfaktoren.

Hämorrhoidalleiden, Entzündungen des distalen Rektums oder der anorektalen Übergangszone (Proktitis, Anitis, Kryptitis), tumoröse Veränderungen in gleicher Lokalisation sowie ein latenter oder manifester Rektumprolaps lösen eine solche sensorische Kontinenz Einschränkung aus.

In gleicher Weise wirken neurogene oder traumatische Schädigungen der glatten oder quergestreiften Anteile des muskulären Verschlussapparates.

Korrespondenz: Dr. Bernhard H. Lenhard, Praxis und Institut für Enddarmkrankungen, Poststraße 2, 69115 Heidelberg, Deutschland.

Fax: ++49/6221/162 859

E-Mail: info@enddarmkrankungen.de

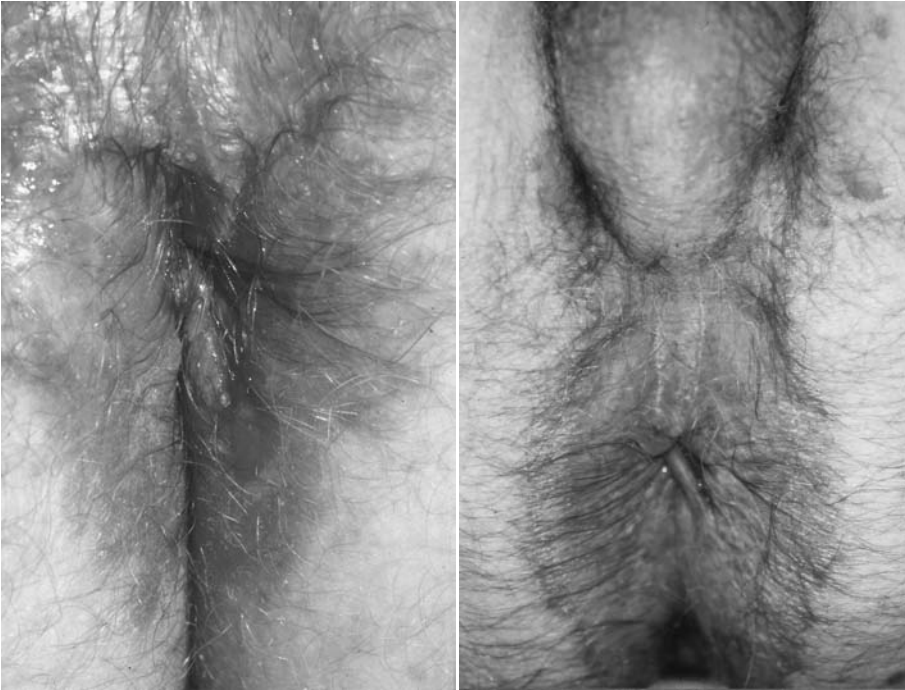


Abb. 1. Toxisch-irritatives Analekzem

Analfissuren, Analfisteln oder fistelnde Erkrankungen in der Inguinalregion (z. B. Akne inversa) folgen dem gleichen Schädigungsmuster durch unmittelbare Sekretabsonderung auf die Perianalhaut.

Eine irritative Beeinflussung im Sinne einer mechanisch-traumatisierenden Wirkung kommt beispielsweise der permanenten Verwendung von zu rauhem Toilettenpapier zu.

Ebenso können übertriebene anale Reinigungsprozeduren mit Seifen oder gar Desinfizienzien zu einem toxisch-irritativen Analekzem führen.

Die Konzentration der Noxe und die Dauer der Einwirkung bestimmen den Schädigungsgrad der Haut. Diese Form des Analekzems kommt am häufigsten vor und betrifft mehr als 50 % der analen Ekzemerkrankungen.

2. Konstitutionelles Analekzem (atopisches Ekzem)

Die Anogenitalregion ist ein sehr häufiger Prädilektionsort für diese konstitutionelle, anlagebedingte Hauterkrankungen. Sie kann dort im Rahmen eines Ekzemschubs, aber auch als isolierte, lokal abgegrenzte Variante auftreten.

Toxisch-irritative Substanzen vermögen die Expression erheblich zu begünstigen, was die Abgrenzbarkeit eventuell erschwert.

Die Auftretenshäufigkeit liegt bei 25–30 % der Patienten mit Analekzem.

3. Allergisches Kontaktekzem

Nach Einwirkung exogener Stoffe kommt es zu einer immunologisch vermittelten Entzündungsreaktion der Haut (Typ-IV-Allergie) mit epidermaler Sensibilisierung.

Die auslösenden Allergene finden sich in Kosmetika, Hygieneartikeln (Feuchttücher!), Toilettenpapier oder Proktologika. Die Dauer der Anwendung ist unerheblich.

Auch nach langjährigem Gebrauch kann die beschriebene Sensibilisierung eintreten.

Nach *Wienert* sind die häufigst nachgewiesenen allergenen Substanzen Cinchocain-HCl 6,3 %, Mafenid 2,3 %, Hexylresorcin 2 %, Lidocain-HCl 1,4 %, Albothyl 0,6 %, Kamillenextrakt 0,6 %, Chininsulfat 0,3 % und Menthol 0,3 %. Einen deutlichen Anstieg der Allergisierungsrate aufgrund der Ekzematogene Kathon C6 und Euxyl K400 sieht er nach Verwendung von feuchtem, rezykkeltem oder gefärbtem Toilettenpapier.

Klinik

Die sichere Zuordnung des Ekzemtyps ist aufgrund des morphologischen Befundes oft nur schwer möglich. Dieser unterscheidet sich bei allen genannten Formen in Abhängigkeit zur Akuität auf der Skala zwischen leichtem Erythem und erosiv-nässender Ausprägung einerseits sowie geringer Lichenifikation und tief gefurchten, hyperkeratotischen Hautveränderungen andererseits.

Der klinische Verlauf ist stets geprägt von Juckreiz in wechselnden Ausprägungsgraden, sowie häufigem Brennen und Nässen.

Der gelegentlich extrem quälende Juckreiz kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität und in Einzelfällen bis zur Suizidabsicht führen.

Diagnostik

1. Toxisch-irritatives Analekzem (Abb. 1)

Bei Verdacht auf diese Ekzemform sollte eine intensive proktologische Abklärungsuntersuchung stattfinden, um die bereits oben erwähnten Krankheitsbilder auszuschließen bzw. verifizieren zu können. Dies setzt neben der Inspektion der Perianalregion, die palpatorische Untersuchung von Analkanal, distalem Rektum und muskulärem Kontinenzorgan, die proktoskopische Begutachtung der Analstrecke und der anorektalen Übergangszone mit dem



Abb. 2. Atopisches Analekzem

Plexus hämorrhoidalis superior sowie eine Rektoskopie voraus. Eine Spekulumuntersuchung bringt Aufschluss über entzündliche Veränderungen im Bereich Morgagnischen Kryptenausführungsgänge.

Ein Reibtest kann irritativ wirksame Stoffe identifizieren, wie beispielsweise Toilettenpapier oder Analvorlagen.

2. Konstitutionelles Analekzem (Abb. 2)

Die Zuordnung der analen Hautveränderungen zu dieser genetisch determinierten Ekzemerkrankung fällt leicht, wenn der Befall anderer Hautpartien diese Diagnose nahelegt.

Eine Untersuchung des gesamten Integuments ist deshalb unumgänglich, wobei die großen Gelenkbeugen und die Akren bei Verdacht auf Neurodermitis besondere Beachtung finden sollten. Das Vorliegen einer atopischen Diathese ergibt sich auch aus den anamnestischen Anga-

ben. Zu fragen ist dabei nach Hauterkrankungen im Kindesalter (Milchschorf), Rhinitis allergica und Asthma bronchiale, wobei auch die Familienanamnese wichtige Anhaltspunkte erbringen kann.

Weißer Dermographismus, palmare Hyperlinearität, doppelte Unterlidfalte, Rarifizierung der lateralen Augenbrauen (Hertoghe-Zeichen), Neigung zu unspezifischen Ekzemen an Finger- und Zehenkuppen und pelzkappenartiger Haaransatz liefern weitere Hinweise.

Die Bestimmung des Gesamt-IgE oder ein Atopie-Patch-Test sind bei diagnostischer Unsicherheit sinnvoll.



Abb. 3. Kontaktallergisches Analekzem (nach Anwendung von Hämorrhoidalsalbe)



Abb. 4. Allergisches Analekzem

3. Allergisches Kontaktekzem (Abb. 3 und 4)

Das Auftreten der ersten Krankheitszeichen in engem zeitlichen Zusammenhang mit der perianalen Anwendung eines Externums legt den Verdacht auf eine kontaktallergische Reaktion nahe.

Die letztliche Sicherung der Diagnose erfolgt über Epikutantests. Dabei werden Konservierungsstoffe, Salbengrundlagen, ganze Substanzgruppen, die bei der Zubereitung von Proktologika Verwendung finden und anamnestisch verdächtige Stoffe unter Okklusion auf die Haut aufgebracht und bringen dort ggf. nach 48 bis 72 Stunden eine typische Reaktion, die den allergenen Charakter der jeweiligen Substanz beweist.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch muss zum Analekzem die perianale Manifestation einer Psoriasis vulgaris, die *Psoriasis inversa*, in Betracht gezogen werden. Auch der perianale *Lichen ruber planus*, der mit einem massiven pruritus ani verbunden ist, wird häufig dem Analekzem zugeordnet. Beide Dermatosen unterliegen dem isomorphen Reizeffekt und zeigen deshalb unter den beschriebenen intertriginösen Terrainbedingungen eine hohe Rezidivrate.

Die anogenitalen Hautveränderungen des *Lichen sclerosus et atrophicus* sollten ebenfalls abgegrenzt werden, da hier eine Wandlungstendenz zum spinozellulären Karzinom beobachtbar ist.

Ein *extramammärer M. Paget* kann als eindrucksvolle Phänokopie des Analekzems imponieren. Die absolute Therapieresistenz auf steroidale Externa sollte hier zur schnellen histologischen Diagnosesicherung führen.

Dem sehr seltenen fixen Arzneimittlexanthem der Perianalregion, dem *Baboon-Syndrom*, liegt eine Sensibilisierung gegen Antibiotika (Ampicillin) zugrunde. Die Medikamentenanamnese ist hinweisend.

Die *Tinea analis*, eine Dermatophyteninfektion (meist *Trichophyton rubrum*), mit typisch randbetontem Erscheinungsbild ist über den Erregernachweis sicher einzuordnen.

Eine Infektion mit *Candida albicans*, *tropicalis* oder *glabrata*, im Sinne einer analen Kandidose, ist beim immunkompetenten erwachsenen Patienten nur als sog. Sekundärinfektion auf bereits erkrankter Haut möglich. Die Mutmaßung einer Kandidabesiedlung bei pruritus ani ohne klinisches Substrat entbehrt jeglicher Grundlage.

Der kulturelle Nachweis von betahämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A erlaubt die Diagnose der seltenen *perianalen Streptokokkendermatitis*.

Die Besiedelung des Darmes mit *Oxyuren* kann extremen analen Juckreiz verursachen und damit über Sekundäreffekte (Exkoriationen, Scheuereffekte) zu ekzemgleichen Krankheitsbildern führen.

Therapie

1. Toxisch-irritatives Analekzem

Umgehende Beseitigung der irritierenden Substanzen. Therapie der kausalen, proktologischen Grunderkrankung.

Symptomatische Behandlung mit adstringierenden Sitzbädern (Tannin). Abhängig vom Akuitätsgrad kurzzeitige Anwendung von steroidalen Zinklotionen bzw. -pasten (Hydrocortison 1 %).

Empfehlenswert sind darüber hinaus Pinselungen mit Farbstofflösungen (z. B. Sol. Castellani sine colore DRF).

Nach Abklingen der akuten Entzündung seifenfreie Analduschen und Zinklotionen.

Fette Zubereitungen, die den Effekt der feuchten Kammer verstärken, sind zu vermeiden!

2. Konstitutionelles Analekzem

Ggf. Behandlung proktologischer Erkrankungen, die eine Triggerfunktion übernehmen können. Einleitende Therapie mit schwachen oder mittelstarken Kortikoidzubereitungen (Hydrocortison bzw. Betametason in Zinklotion bzw. -paste). Einweisung in eine Intervalltherapie mit Teerpräparaten.

Hinsichtlich der Anwendung von topischen Immunmodulatoren beim atopischen Analekzem liegen bisher keine gesicherten Erkenntnisse vor.

Bestrahlung mit hochenergetischem UVA-Licht.

Unbedingte Meidung von potentiellen Sensibilisatoren (feuchtes, gefärbtes oder recyceltes Toilettenpapier, Kosmetika etc.), aufgrund der wesentlich erhöhten Sensibilisierungsbereitschaft.

3. Allergisches Kontaktekzem

Sofortige Absetzung aller potentiellen Allergenträger (Proktologika, Kosmetika, Reinigungsmittel, Zellulosevorlagen etc.). Seifenfreie Analduschen. Topische Behandlung mit Zinklotion oder -paste.

Literatur

1. Andersen KE, Hjorth N, Menné T (1984) The baboon syndrome – systematically induced allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 10: 97–100
2. Hulsmans RF, Lucker GP, van der Kleij AMJ, de Groot AC (1992) Kathon CG und Methyl-dibromglutarolnitril: wichtige Kontaktallergene bei Patienten mit Perianalekzem – Ergebnisse einer retrospektiven Studie. *Vasomed* 10: 706–709
3. Lenhard BH (1998) Proktologie. In: Altmeyer P, Dirschka TH, Hartwig R (Hrsg) *Klinikleitfaden Dermatologie*. Fischer, Frankfurt, S 567–582
4. Wienert V (1985) Diagnose und Therapie des Analekzems. *Der Hautarzt* 36: 232–233
5. Wienert V (1998) Krankheitsbild des Analekzems. *Coloproctology* 20: 247–250