

NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Pruritus ani

Eerste herziening

M.M. Verduijn, H. Folmer, L.W. Draijer

Belangrijkste wijzigingen

- Voedingsmiddelen zijn vrijwel nooit de oorzaak van pruritus ani.
- Er is geen onderbouwing gevonden dat psychische oorzaken een rol zouden spelen bij pruritus ani.
- Het 's nachts dragen van katoenen handschoenen om de vicieuze cirkel van jeuk en krabben te doorbreken, wordt niet meer geadviseerd.

Inleiding

Pruritus ani of perianale jeuk is een symptoomdiagnose waarmee jeuk rond de anus aangeduid wordt. De jeuk kan zich uitbreiden tot het hele perianale gebied. Door krabben kan er een traumatische dermatitis ontstaan met toename van irritatie en jeuk. Het is belangrijk om aandoeningen op te sporen die met pruritus ani gepaard kunnen gaan, zoals fissura ani, hemorroïden, dermatomycose of een worminfectie. Bij een kwart van de patiënten wordt echter geen duidelijke oorzaak gevonden. Pruritus ani kan recidiveren en multifactorieel bepaald en lastig te behandelen zijn.

Voor de diagnostiek en behandeling van fissura ani, hemorroïden en proctitis wordt verwezen naar de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies die begin 2009 zal verschijnen.

Achtergronden

Epidemiologie

De incidentie van pruritus ani (ICPC-code D05) in de huisartsenpraktijk bedraagt 1 per 1000 patiënten per jaar, waarvan 60% mannen en 40% vrouwen. De incidentie is het hoogst tussen de 45 en 64 jaar. De prevalentie bedraagt 2,6 per 1000 patiënten per jaar. De cijfers in de algemene populatie zullen hoger liggen omdat niet iedereen met deze klacht een huisarts zal bezoeken.¹

Etiologie, pathogenese en natuurlijk beloop

Bij ongeveer een kwart van de patiënten is pruritus ani idiopathisch. Door jeuk (en krabben) ontstaat (chronische) irritatie, beschadiging en ontsteking van de huid rond de anus. Een vochtige huid kan door

Auteursgegevens

M.M. Verduijn, apotheker en wetenschappelijk medewerker NHG, H. Folmer, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG, L.W. Draijer, huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG.

maceratie de irritatie en infectie bevorderen. Het gevaar van maceratie van de huid kan versterkt worden door occlusie van de anale huid, zoals bij gebruik van vaseline.

Bij kinderen zijn oxyuren (*Enterobius vermicularis*) de meest voorkomende oorzaak; de jeuk komt dan vooral 's nachts en bij defecatie voor (zie NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Worminfecties). Ook bij volwassenen komen oxyuren voor. Bij kinderen (tussen 6 maanden en 10 jaar) kan de jeuk ook veroorzaakt worden door perianale streptokokkendermatitis (impetigo).

Bij volwassenen is een dermatomycose (veelal een candida-infectie), al dan niet uitgelokt door fecale verontreiniging, een regelmatig voorkomende oorzaak. Voorts kunnen hemorroïden, fissura ani, fistels en locale irritatie door feces (bijvoorbeeld door diarree of door 'fecal soiling' zoals bij incontinentie bij ouderen, kinderen of bij volwassenen met een verstandelijke beperking), door zeep, (vochtig) toilet papier, fluor en urine-incontinentie een rol spelen. Ook wordt ontoereikende of juist overmatige anale hygiëne wel beschreven als etiologische factor. Tevens kan er sprake zijn van een combinatie van factoren die zorgen voor (het in stand houden van) de jeuk.

Minder frequent voorkomende oorzaken zijn atopische en seborrhoïsche dermatitis, psoriasis en (contact)eczeem. Zelden voorkomende oorzaken waarbij pruritus ani als primaire klacht gepresenteerd wordt, zijn proctitis, inflammatoire darmziekten, (seksueel overdraagbare) infecties, erythrasma, lichen sclerosus, diabetes mellitus, ziekte van Paget (een zeldzame vorm van huidkanker die er uitziet als een rode, ontstoken, vocht afscheidende huidvlek) en tumoren. Warmte, transpiratie en lang zitten kunnen (vooral bij adipositas) de klachten verergeren.²

Voedingsmiddelen zijn vrijwel nooit de oorzaak van pruritus ani. Lokaal gebruik van corticosteroiden rond de anus kan sneller dan bij toepassing elders op de huid zorgen voor atrofie en maceratie, en daardoor pruritus ani veroorzaken of verergeren. Rond de anus kan door warmte en transpiratie een soort occlusie-effect optreden. Bij het Nederlands Bijwerkingencentrum Lareb is pruritus ani vooral gemeld als vermoede bijwerking na gebruik van corticosteroiden en antibiotica.³ Pruritus ani recidiveert

regelmatig. Er zijn patiënten die jarenlang klachten houden.

Diagnostiek

Anamnese

De huisarts vraagt naar:

- duur en ernst van de jeuk;
- soort toilet papier en andere toiletartikelen (geparfumeerd? conserveermiddel?);
- (veranderd) defecatiepatroon, fecale incontinentie;
- pijnklachten (fissura ani), bloedverlies (hemorroïden, fissura ani, proctitis);
- vaginale klachten, huidaandoeningen, comorbiditeit (zoals diabetes mellitus, inflammatoire darmziekten, hiv-gerelateerde infecties, soa's);
- geneesmiddelgebruik en zelfmedicatie (in het bijzonder gebruik van middelen in het perianale gebied);
- neem op indicatie (bij een verhoogd soarisco of anale seksuele contacten) een seksuologische anamnese af (zie NHG-Standaard Het soa-consult).

Lichamelijk onderzoek

Inspecteer de hele perianale regio met goede belichting (kinderen in rug- of zijligging met opgetrokken knieën, volwassenen in zijligging met opgetrokken knieën, patiënt kan zelf helpen bij het spreiden van de billen). De huisarts let hierbij op de kleur en soort huidafwijkingen en op de aanwezigheid van vocht, slijm, bloed, pus en feces. Let verder op de eventuele aanwezigheid van oxyuren, hemorroïden, anale fissuren en fistels.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is in het algemeen niet noodzakelijk. Overweeg bij twijfel of vermoeden van andere oorzaken een rectaal toucher (zie NHG-Standaard Rectaal bloedverlies).

Evaluatie/differentiaal diagnose

Stel de diagnose op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Differentiaal diagnostisch komen onder andere in aanmerking:⁴

- dermatomycosen (zie NHG-Standaard Dermatomycosen): beoordeel de efflorescenties;
- worminfectie: vraag de feces en het perineum te inspecteren op maden. Overweeg de plakbandproef (zie NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Worminfecties);

- hemorrhoiden: de meest gepresenteerde klacht is helderrood bloedverlies op de ontlasting, aan toiletpapier of in de toiletpot na de ontlasting;
- anale fissuren (vooral pijnklachten) of proctitis (vaak veranderd defecatiepatroon);
- (contact)eczeem (zie NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Contacteczeem).

Bij uitzondering komen in aanmerking:

- bacteriële huidinfectie (zie NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties);
- psoriasis (zie NHG-Standaard Psoriasis);
- seksueel overdraagbare aandoeningen (zie NHG-Standaard Het soa-consult);
- (huid)tumoren.

Beleid

Zoek bij klachten van pruritus ani eerst door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek naar een onderliggende oorzaak, en behandel deze.

Preventie, voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Overweeg de volgende adviezen: zorg voor een adequate toilethygiëne met een droge perianale omgeving. Bij lokale roodheid alleen water en geen zeep gebruiken. Ontraad gebruik van vochtige doekjes, geparfumeerd toiletpapier en perianale zelfmedicatie vanwege de kans op een contactallergische reactie. Probeer krabben te vermijden.

In de literatuur beschreven behandelopties

Vaselinecetomacrogolcrème brengt een zekere fysische barrière aan, zonder gevaar van maceratie van de huid door een afsluitende laag zoals bij gebruik van pure vaseline. De effectiviteit van kortdurend lokaal gebruik van corticosteroiden bij pruritus ani is matig onderbouwd maar wordt op basis van de farmacologische eigenschappen toch geadviseerd.

Waarschijnlijk gunstig effect en klein risico op bijwerkingen:

- toilethygiëne (reinigen met water en daarna droogdeppen), vermijden van strak zittende kleding en van krabben;⁵
- 'indifferentie' preparaten (vaselinecetomacrogolcrème, zinksulfaat);⁶
- lokale corticosteroiden.⁷

Effectiviteit onduidelijk en risico op bijwerkingen:

- capsaiïne.⁸

Medicamenteuze therapie

Behandel zo mogelijk de gevonden oorzaak van de jeuk. Geef bij dermatomycosen gedurende twee tot maximaal zes weken 1-2 dd een lokaal antimycoticum zoals miconazolcrème (zie NHG-Standaard Dermatomycosen). Geef bij locale impetigo totdat genezing is bereikt 3 dd fusidinezuurcrème gedurende maximaal twee weken (zie NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties). Overweeg bij het ontbreken van een behandelbare oorzaak op proef (als 'stap 0') het gebruik van vaselinecetomacrogolcrème of zinksulfaatvaselinecrème 0,5% FNA 1-2 dd (en na de ontlasting) om de conditie van de plaatselijke huid op peil te houden.

Geef bij aanhoudende jeuk als 'stap 1' hydrocortisonvaselinecrème 1% FNA (2-3 dd dun aanbrengen) totdat de klachten over zijn en maximaal gedurende twee weken. Overweeg alleen bij aanhoudende jeuk en onvoldoende effect van hydrocortisonvaselinecrème kortdurend gebruik van triamcinolonacetonidecrème 0,1% FNA (2 dd dun, maximaal twee weken). Omdat corticosteroiden in dit huidgedeelte versterkt penetreren (occlusie-effect) en zelf ook weer sensibilisatie van de anale huid kunnen geven, wordt terughoudend gebruik van corticosteroiden geadviseerd.

De behandeling met corticosteroidcrème kan desgewenst gecombineerd of afgewisseld worden met het gebruik van vaselinecetomacrogolcrème of zinksulfaatvaselinecrème (1-2 dd). De basis van deze crèmes is een vetcrème die de huid niet afsluit en gemakkelijk te verwijderen is, en daardoor geschikt is voor perianaal gebruik.

Totstandkoming

De NHG-Farmacotherapeutische richtlijnen zijn zonder ondersteuning van een werkgroep en met een beperkte commentaaronde tot stand gekomen. De gegevens in de paragrafen 'Achtergronden' en 'Diagnostiek' zijn voornamelijk ontleend aan bestaande richtlijnen, overzichtsartikelen en leerboeken. Het farmacotherapeutisch beleid is zoveel mogelijk gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijke onderzoeksartikelen (systematische reviews, meta-analyses en RCT's). Commentaar is ontvangen van het CVZ en het WINAp. Vermelding als referent betekent niet dat de referent de Farmacotherapeutische richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft. In juni 2008 werd de richtlijn geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

© 2008 Nederlands Huisartsen Genootschap

Noten

Noot 1

Epidemiologie

De cijfers zijn gebaseerd op de Tweede Nationale Studie [Van der Linden 2004]. De incidentie- en prevalentiecijfers onder de algehele bevolking zullen waarschijnlijk hoger zijn: er zal een drempel zijn om met deze klacht de huisarts te bezoeken [Heard 2004, Pfenninger 2001]. Over het al dan

niet voorkomen van perianale jeuk in verschillende bevolkingsgroepen zijn geen gegevens gevonden.

Noot 2

Oorzaken

Er zijn diverse oorzaken van pruritus ani. Als de jeuk vooral 's nachts voorkomt en in het bijzonder bij kinderen zijn oxyuren (*Enterobius vermicularis*) een regelmatig voorkomende oorzaak [Zuccati 2005]. Bij ongeveer een kwart van de patiënten blijft de jeuk idiopathisch [Daniel 1994, Jones 1992]. Dermatomycosen (met name candida-infecties), al dan niet uitgelokt door incontinentie [Farage 2007, Zuccati 2005], zijn de belangrijkste oorzaak [Kränke 2006, Giordano 1999]. In een derdelijnsonderzoek bij 126 patiënten met perianale dermatitis, van wie men aannam dat anaal eczeem de oorzaak van de klachten was, had 43% candidiasis, 6% atopische dermatitis of constitutioneel eczeem, 6% pruritus ani, 3% psoriasis en 2% huidatrofie door corticosteroidgebruik. Bij 46% van de patiënten dacht men aan contacteczeem als oorzaak, maar na onderzoek bleek bij iets minder dan de helft van deze patiënten geen sprake te zijn van sensibilisatie voor allergenen [Kränke 2006]. In een ander onderzoek bij 312 patiënten met pruritus ani in een tweedelijnsinstelling had 26% last van perianale mycose (19% candida en 7% dermatofyten), 22% van hemorrhoiden, 19% van anale fissuren, ook 19% van fistels, 7% van condylomata acuminata, 5% van idiopathische pruritus ani, 2% van rectokèle en 0,6% van rectale ulcera [Giordano 1999].

In de literatuur worden psoriasis [Smith 1982], hemorrhoiden en contactallergie [Weichert 2004, Gopal 2002, Dasan 1999] als oorzaak van pruritus ani beschreven, net als bacteriële (streptokokken)infectie [Sheth 2007, Giordano 1999], hivgerelateerde infecties, erythrasma [Smith 1982], eczeem, lichen sclerosus [Zuccati 2005, Heard 2004, Weichert 2004, Gopal 2002, Harrington 1992], ziekte van Paget [Khoubehi 2001, Shultz 1990], fluor vaginalis en seksueel overdraagbare aandoeningen [Zuccati 2005]. Proctologische aandoeningen die met anale jeuk gepaard kunnen gaan zijn fissura ani, fistels en ziekte van Crohn. Er is ook een aantal interne ziekten beschreven [Weichert 2004, Gopal 2002, Dasan 1999] zoals diabetes mellitus, schildklier-aandoeningen en leveraandoeningen die perianale pruritus kunnen geven. In het algemeen is de ziekte dan al bekend en is de perianale jeuk niet het eerste symptoom. Lang aanhoudende klachten van pruritus ani kunnen wijzen op tumoren [Handa 2003, Daniel 1994]. Regelmatig treedt jeuk op door lokale irritatie door feces (diarree) [Farage 2007], urine-incontinentie, zeep en (vochtig) toiletpapier (met name het conserveermiddel kan klachten geven) [Zuccati 2005, Weichert 2004]. Abnormale relaxatie van de interne anale sfincter kan door lekkage van vocht en/of feces jeuk veroorzaken [Zuccati 2005, Heard 2004, Wigersma 1997, Smith 1982]. Soms wordt vermeld dat psychische factoren een rol kunnen spelen [Zuccati 2005, Heard 2004, Wigersma 1997], maar daarvoor is geen bewijs gevonden. Overmatige dan wel ontoereikende anale hygiëne wordt regelmatig als etiologische factor beschreven [Zuccati 2005, Weichert 2004, Pfenninger 2001, Giordano 1999, Wigersma 1997, Smith 1982]. Warmte, transpiratie, slecht passend synthetisch ondergoed in combinatie met zitten kunnen vooral bij obesitas de klachten verergeren [Al-Ghnam 2007, Zuccati 2005, Heard 2004, Giordano 1999, Jones 1992]. **Conclusie:** in de literatuur worden zeer uiteenlopende oorzaken van pruritus ani beschreven. Bij ongeveer een kwart van de patiënten is de aandoening idiopathisch.

Noot 3

Voeding en geneesmiddelgebruik als mogelijke oorzaak

Alleen bij hoge uitzondering wordt het gebruik

van extreme hoeveelheden specifieke voedingsmiddelen zoals yoghurt en melkproducten, citrusfruit, koffie, cola, alcohol, noten en chocolade beschreven als mogelijke oorzaak van pruritus ani [Smith 1982, Vincent 1999, Heard 2004, Zuccati 2005, Jonkers 2007]. In een deelonderzoek van een onderzoek van matige kwaliteit onder 75 patiënten met diverse oorzaken van pruritus ani gaf het vermijden van mogelijk negatief beïnvloedende dieetfactoren zoals koffie, cola, alcohol, noten, chocolade, melkproducten en citrusvruchten bij 27 van de 56 patiënten een vermindering van klachten. Er werd geen specifiek voedingsmiddel als oorzaak van de klachten gevonden [Smith 1982].

Huidatrofie door het gebruik van corticosteroiden (ook oraal) werd bij 2,4% van de patiënten met perianale dermatitis als oorzaak vastgesteld [Kränke 2006]. In het perianale huidgedeelte penetreren corticosteroiden sterker dan elders [Hekket 1990]. In de literatuur wordt na (langdurig) gebruik van antibiotica (in bijzonder tetracyclinen [Giordano 1999]), immunosuppressiva [Zuccati 2005, Giordano 1999] en minerale oliën vermeld dat deze anale jeuk kunnen veroorzaken [Vincent 1999]. Bij Lareb is pruritus ani als specifiek vermoede bijwerking vooral gemeld na gebruik van diverse antibiotica en na gebruik van corticosteroiden [http://www.lareb.nl, geraadpleegd 26 maart 2008].

Conclusie: er zijn alleen casuïstische mededelingen over voeding of geneesmiddelgebruik als mogelijke oorzaak van pruritus ani. Alleen bij specifieke aanwijzingen uit de anamnese wordt verder onderzoek hiernaar geadviseerd. Als proef kan men het verdachte geneesmiddel tijdelijk staken. Als de klachten inderdaad verdwijnen (positieve 'dechallenge') kan men ter bevestiging het verdachte geneesmiddel desgewenst weer innemen en een 'rechallenge' uitvoeren.

Noot 4

Differentiaaldiagnose

In een aantal overzichtsartikelen worden fissura ani, hemorroïden, proctitis, dermatomycosen, bacteriële huidinfecties, (contact)eczeem, psoriasis, ziekte van Paget en tumoren (vooral bij langdurige klachten) beschreven in de differentiaaldiagnose van pruritus ani [Zuccati 2005, Heard 2004, Weichert 2004, Gopal 2002, Pfenninger 2001, Dasan 1999, Giordano 1999, Wigersma 1997, Jones 1992, Smith 1982].

Noot 5

Preventieve maatregelen

In de literatuur wordt een aantal maatregelen geadviseerd bij perianale jeukklachten die vooral berusten op ervaring. Gecontroleerd onderzoek naar preventieve maatregelen is niet gevonden. Niet krabben, zorgvuldig de anus schoonmaken en droogdeppen, loszittende kleding dragen en geen zalven gebruiken gaven slechts bij 4 van de 75 patiënten met diverse oorzaken van pruritus ani klachtenvermindering [Smith 1982]. Regelmatig beschreven zijn de adviezen voor een adequate toilethygiëne zoals geen zeep of (vochtig of schurend) toiletpapier gebruiken (irritatie), wel stromend water of een vochtige washand (zonder zeep of chemische toevoegingen), gevolgd door droogföhnen of droog deppen [Al-Ghnam 2007]. Daarnaast wordt geadviseerd om niet te krabben omdat dit kan zorgen voor beschadiging met infectie of verergering van de jeuk [Heard 2004, Jones 1992]. Verder ligt het voor de hand om het dragen van schurend ondergoed dat tussen de billen kruipt, strakke broeken en panty's af

te raden, omdat dit de irritatie en beschadiging van de huid kan verergeren of kan zorgen voor persistentie van de klachten [Al-Ghnam 2007, Heard 2004, Weichert 2004, Wigersma 1997]. **Conclusie:** de effectiviteit van preventieve maatregelen is niet goed onderbouwd.

Noot 6

Indifferente preparaten

Werking: zinkionen werken zwak adstringerend. Doordat zij eiwitten laten neerslaan op het celoppervlak zou de jeuk kunnen verminderen en de vicieuze cirkel van jeuk en krabben doorbroken kunnen worden. Zinksulfaat werkt verzachtend [Joosten 2006, Hekket 1990]. Vaselinecetomacrogolcrème FNA is een crèmebasis die bijzonder geschikt is voor rectaal gebruik omdat zij op de anale huid gunstige farmacologische eigenschappen heeft. De 50% vetbestanddelen (waaronder vaseline) zorgen voor een zekere fysische barrière zonder een afsluitende laag te vormen zoals pure vaseline, en geven dus geen gevaar voor maceratie [Anonymus 1991]. Daarom is gekozen voor vaselinecetomacrogolcrème FNA en zinksulfaatvaselinecrème 0,5% FNA als indifferente crèmes. De kleurloze zinksulfaatvaselinecrème trekt snel in en is praktischer in het gebruik dan zinkoxide omdat zinkoxide lastig smeert, witte vlekken geeft en moeilijk afwasbaar is.

Werkzaamheid: in een klein cross-overonderzoek werd gedurende één week het gebruik van een zinkoxidepreparaat vergeleken met een hydrocortisonpreparaat. Zinkoxide gaf wel enige verbetering ten opzichte van de Ausgangssituatie, maar veel minder dan hydrocortison. Zie voor meer gegevens van dit onderzoek noot 7 [Smith 1982]. **Bijwerkingen:** lokale allergische reacties zijn mogelijk.

Conclusie: de effectiviteit van indifferente therapie is niet bekend (geen placebogecontroleerd onderzoek), maar ernstige bijwerkingen zijn niet te verwachten en daarom kan het uitproberen van vaselinecetomacrogolcrème FNA en zinksulfaatvaselinecrème 0,5% FNA overwogen worden.

Noot 7

Corticosteroiden

Werking: anti-inflammatoir, antipruriginous, vasoconstrictief en antimotisch. De penetratie in de huid is afhankelijk van de wijze van applicatie, het vehiculum, de aanwezigheid van bepaalde stoffen, de toegediende hoeveelheid en de klasse van het corticosteroid.

Werkzaamheid: in een tweedelijns kleine cross-over RCT bij 11 patiënten met idiopathische pruritus ani gaf twee weken gebruik van hydrocortisonzalf 1% in paraffinebasis vergeleken met placebo (alleen paraffinebasis) een vermindering van jeuk en irritatie (gemeten met een door de patiënt ingevulde visuele analoge score) van bijna 50% [Al-Ghnam 2007]. De door de patiënt aangegeven gemiddelde uitgangsscore was 40,5, de gemiddelde score na behandeling met placebo was 28,9 en na behandeling met hydrocortisonzalf 9,3. Voorafgaand aan het onderzoek ontvingen alle patiënten dezelfde adviezen over adequate toilethygiëne met een droge perianale omgeving.

In een ander tweedelijns onderzoek (géén RCT) bij 60 patiënten met idiopathische pruritus ani werd de werking van 2 dd lokaal gebruik van 0,1% methylprednisoloncrème vergeleken met een waterige schoonmaakoplossing. Er werd door de patiënten geen verschil in effectiviteit waargenomen (92,3% bij corticosteroiden versus 90,6% bij waterige oplossing) [Oztas 2004].

In het in noot 6 reeds vermelde kleine cross-overonderzoek werd gedurende een week het gebruik van een zinkoxidepreparaat vergeleken met een hydrocortisonpreparaat. Zinkoxide gaf wel enige verbetering, maar hydrocortisonzalf 1% gaf de beste subjectieve beoordeling door de patiënt: 15 van de 30 patiënten gaven een duidelijke verbetering van klachten aan, tegen 7 van de 30 patiënten bij zinkoxide en 4 van de 29 patiënten bij alleen de neutrale wateroplosbare basis van de hydrocortisonzalf [Smith 1982].

Bijwerkingen: na een aantal weken lokaal gebruik van corticosteroiden kan de perianale huid dunner worden. Corticosteroiden penetreren in dit huidgedeelte in versterkte mate [Hekket 1990]. Corticosteroiden mogen daarom alleen kortdurend toegepast worden bij pruritus ani, anders kunnen ze zelf ook weer jeuk veroorzaken [Al-Ghnam 2007, Pfenninger 2001]. Daarnaast kan lokaal anaal gebruik van corticosteroiden ook sensibilisatie van de anale huid veroorzaken [Al-Ghnam 2007].

Conclusie: de effectiviteit van kortdurend lokaal gebruik van klasse-1-corticosteroiden bij pruritus ani is matig onderbouwd maar wordt op basis van de farmacologische eigenschappen toch geadviseerd. Omdat vaselinecrème FNA een crèmebasis is die vet en toch goed afwasbaar is, is deze basis bijzonder geschikt voor rectaal gebruik. Daarom is gekozen voor hydrocortisonvaselinecrème 1% FNA. Vanwege de versterkte opname van corticosteroiden door de perianale huid wordt het gebruik van klasse-3-corticosteroiden bij pruritus ani niet aangeraden.

Noot 8

Capsaïcine

Werking: aanhoudend en herhaald gebruik van capsaïcine, een natuurlijk alkaloïde uit rode peper, zorgt voor twee soorten desensibilisatie. Enerzijds treedt farmacologische desensibilisatie op, waardoor de werking van capsaïcine afneemt bij aanhoudend gebruik, anderzijds is er functionele desensibilisatie van nociceptoren, waardoor de reactie op prikkels afneemt of zelfs wegvalt [Anand 2003].

Werkzaamheid: in een gerandomiseerd 'placebogecontroleerd' (mentholcrème 1%) cross-overonderzoek gaven 30 van de 44 patiënten subjectieve vermindering van jeuk aan bij gebruik van capsaïcine 0,006% 3 dd zeer dun gedurende vier weken, tegenover 1 patiënt in de mentholgroep ($p < 0,0001$) [Lysy 2003]. Het effect trad meteen op, en uiterlijk binnen de eerste drie dagen.

Bijwerkingen: 4 van de 44 patiënten uit de eerste RCT vielen uit door bijwerkingen: 3 doordat capsaïcine matig tot ernstige brandende perianale pijn veroorzaakte, 1 patiënt ontwikkelde urticaria ten gevolge van capsaïcinecrème [Lysy 2003]. Een voorbijgaand (10-15 minuten) brandend gevoel trad op bij alle patiënten zowel na gebruik van capsaïcine als na mentholcrème, maar bij capsaïcine was het branden heftiger en hield langer aan ($p < 0,001$). Het brandende gevoel was na vier weken gebruik van capsaïcine significant minder dan bij aanvang.

Conclusie: de effectiviteit van lokaal gebruik van capsaïcine is slecht onderbouwd: er is slechts één placebogecontroleerd onderzoek, maar daarin is als placebo mentholcrème gebruikt die eveneens jeukstillend werkt, dus geen placebo is. Bijwerkingen traden regelmatig op. Bovendien is capsaïcine in Nederland niet als capsaïcinecrème 0,006% op de markt en zijn er geen gestandaardiseerde FNA-voorschriften van capsaïcinecrème 0,006% beschikbaar. Capsaïcinecrème wordt daarom niet geadviseerd.

Literatuur

- Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie <http://www.nhg.org>.
- Al-Ghnam R, Short K, Pullen A, Fuller LC, Rennie JA, Leather AJ. 1% hydrocortisone ointment is an effective treatment of pruritus ani: a pilot randomized controlled crossover trial. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:1463-7.
- Anand P. Capsaicin and menthol in the treatment of itch and pain: recently cloned receptors provide the key. *Gut* 2003;52:1233-5.
- Anonymus. FNA-preparaten bij hemorrhoiden. *Geneesmiddelenbulletin* 1991;25:prikbord 16-7.
- Daniel GL, Longo WE, Vernava AM III. Pruritus ani: Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994;37:670-4.
- Dasan S, Neill SM, Donaldson DR, Scott HJ. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *Br J Surg* 1999;86:1337-40.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis* 2007;57:211-7.
- Giordano M, Rebesco B, Torelli I, Blanco G, Cattarini G. Pruritus ani. *Minerva Chir* 1999;54:885-91.
- Gopal DV. Diseases of the rectum and anus: a clinical approach to common disorders. *Clin Cornerstone* 2002;4:34-48.
- Handa Y, Watanabe O, Adachi A, Yamanaka N. Squamous cell carcinoma of the anal margin with pruritus ani of long duration. *Dermatol Surg* 2003;29:108-10.
- Harrington CI, Lewis FM, McDonagh AJ, Gawkrödger DJ. Dermatological causes of pruritus ani. *BMJ* 1992;305:955.
- Heard S. Pruritus ani. *Aust Fam Physician* 2004;33:511-3.
- Hekket C, Cox HLM. Lokale, symptomatische behandeling van aandoeningen van het anale gebied. *Pharm Weekbl* 1990;125:1309-13.
- Jones DJ. ABC of colorectal diseases. Pruritus ani. *BMJ* 1992;305:575-7.
- Jonkers S. Perianale jeuk/pruritus ani. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. *Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg*, 2007. p. 565-8.
- Joosten AAM. *Dermatica op recept. 3e dr. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie*, 2006.
- Khoubehi B, Schofield A, Leslie M, Slevin ML, Talbot IC, Northover JM. Metastatic in-situ perianal Paget's disease. *J R Soc Med* 2001;94:137-8.
- Kränke B, Trummer M, Brabek E, Komericki P, Turek TD, Aberer W. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006;118:90-4.
- Lysy J, Sistiery-Iltah M, Israelit Y, Shmueli A, Strauss-Liviatan N, Mindrul V, et al. Topical capsaicin--a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomized, placebo controlled, crossover study. *Gut* 2003;52:1323-6.
- Oztas MO, Oztas P, Onder M. Idiopathic perianal pruritus: washing compared with topical corticosteroids. *Postgrad Med J* 2004;80:295-7.
- Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001;63:2391-8.
- Sheth S, Schechtman AD. Itchy perianal erythema. *J Fam Pract* 2007;56:1025-7.
- Shutze WP, Gleysteen JJ. Perianal Paget's disease Classification and review of management: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1990;33:502-7.
- Smith LE, Henrichs D, McCullah RD. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1982;25:358-63.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Vincent C. Anorectal pain and irritation: anal fissure, levator syndrome, proctalgia fugax, and pruritus ani. *Prim Care* 1999;26:53-68.
- Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129-33.
- Wigersma L. Adviezen bij aambeien en pruritus ani, waarheden en mythen. *Huisarts Wet* 1997;40:204-9.
- Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, Rapaccini A, Tiradritti L. Pruritus ani. *Dermatol Ther* 2005;18:355-62.