

handelend over hetzelfde aspect, stelt: „Welke moeder vindt geen vreugde erin haar kinderen keurig te kleden voor zij hen op bezoek zendt?”

Besluit

Thomas Mann heeft ooit gesteld dat een auteur iemand is wie het schrijven zwaarder valt dan andere mensen. Voor de grote hoeveelheid werk die moet worden besteed aan een artikel zal hij, wanneer het voor publicatie is aanvaard, evenwel in verschillende opzichten, ruimschoots en zelfs meermalen worden beloond. Ten onzent niet op de wijze waarop de redactie van het *Journal of the American Geriatric Society* dit soms blijkt te doen: „We like to send floral tributes to those who deserve them and are still able to enjoy the fragrance”.

Voor alle gerenommeerde medische tijdschriften overtreft het aanbod van kopij verre de vraag ernaar. Het redactionele bericht dat een bijdrage gaarne zal worden geplaatst is daarom reeds een blijk van waardering. Gedurende soms vele maanden zal men vervolgens zijn ziel in lijdzaamheid moeten bezitten. Dit is onvermijdelijk*. Eens echter komt de dag waarop kan worden gesteld: „Hij bereikte met zijn artikel alles wat hij wilde bereiken: het artikel werd gedrukt”. Zoals het een aforisme betaamt bevat deze uitspraak van Gabriël Laub** slechts een halve waarheid. Maar zelfs de voldoening van het weerzien van zijn op zijn zondags uitgedoste geesteskind en de ontvangst van – meestal schaarse – complimenten van vakgenoten maken de maat der beloning nog niet vol. Wie heeft geleerd een passende bijdrage te leveren aan een medisch tijdschrift zal dubbel genieten van artikelen van anderen waarin, zoals Van Rijnberk (1940) schreef: „Het huwelijksgeluk, tussen gedachte en uitdrukking, inhoud en vorm, gestalte kreeg”.

Archer, J. D. (1975) *J. amer. med. Ass.* 232, 165.

Fox, Th. *Crisis in communication*. The Athlone university press, London, 1965.

Geel, R. Hoe zet ik mijn gedachten op papier. Coutinho, Muiderberg, 1977.

Hill, A. B. (1965) *Brit. Med. J.*, II, 870.

Howie, J. W. (1976) *Brit. Med. J.*, II, 1113.

Lock, S. (1976) *Brit. Med. J.*, II, 1118.

O'Connor en Woodford. *Writing scientific papers in English*. Assoc. Scientific Publ. Amsterdam, 1976.

Paton, A. (1976) *Brit. Med. J.*, II, 1115.

Prakken, J. R. (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 2161.

* Wie wil weten waardoor, vindt de verklaring in het schema van het boek van O'Connor en Woodford op pagina 77 en in de „Nabetrachtungen . . .” van Prakken (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 2163.

** Journalist, feuilletonist, satiricus, geboren in 1928 in Polen, sinds 1968 werkzaam in Hamburg. *Verärgerte Logik*. Reihe Hanser, nummer 21, pagina 64.

huisarts & praktijk

Suppositoria en het anale symptomencomplex

De titel „Zetpillen voor aambeien” zou de huisarts wellicht meer aanspreken, daar de prescriptie van zetpillen voor deze indicatie een vrijwel dagelijks voorkomende handeling is in de huisartspraktijk. In dit artikel laat de auteur echter zien dat er vele soorten zetpillen zijn voor aandoeningen van de anus en de anus vele mogelijkheden van pathologie biedt, zoveel dat men kan spreken van een symptomencomplex. Systematisch zal worden ingegaan op de anatomie, etiologie, symptomatologie en therapie van deze (schijnbaar) (b)anale aandoeningen.

De anale klachten waarvoor de patiënt zijn huisarts komt raadplegen kunnen bestaan uit pijn, bloedverlies, jeuk, afscheiding, knobbels of een afwijkend en storend defecatiepatroon. De patiënt suggereert meestal zelf dat het wel aambeien zullen zijn en vraagt om zalf of zetpillen. Deze houding van de patiënt wordt vaak bepaald door schroom – teneinde onderzoek van dit gebied te vermijden – en door het feit dat hij onbekend is met andere diagnostische mogelijkheden. De huisarts zal op deze suggestie niet ingaan.

Anatomie

Het anale kanaal (anulus haemorrhoidalis) wordt naar distaal begrensd door de anoperineale lijn (linea anocutanea). Deze overgang van huid in verhoornend plaveiselepitheel gaat proximaal anderhalf tot vier centimeter over in het cilindrisch epitheel van het rectum. De grens tussen beide epitheliën verloopt zigzagsgewijs en wordt dan ook linea dentata genoemd (linea rectoanalis). De linea dentata vormt de proximale begrenzing van het anale kanaal. Boven deze grens bevinden zich naar distaal verdikte uitlopers van de zes tot acht longitudinaal verloopende mucosaplooiën, respectievelijk de papillen en de kolommen van Morgagni.

Tussen de papillen liggen de naar proximaal geopende crypten van Morgagni, waarin de anale klieren uitmonden, die vrij lange kliergangen hebben. Vanuit deze kliergangen kunnen bij ontstekingen van het anale kanaal fistels ontstaan.

Van binnen uit is het anale kanaal laagsgewijs opgebouwd uit: mucosa, muscularis mucosa, losmazige submucosa (waarin de veneuze plexus ligt), de musculus sfincter ani internus – een naar distaal in volume toenemende voortzetting van de gladde circulaire musculatuur van het rectum – en de musculus sfincter ani externus, een dwars-

DR. F. H. WULLINK,
HUISARTS TE PUTTEN

gestreepte spier van de bekkenbodem. Behalve de distale afsluiting door de musculi sfincter ani internus en externus, heeft het anale kanaal nog een ander niet myogeen afsluitmechanisme dat bestaat uit het corpus cavernosum recti. Dit is een zwellichaam gevormd door de plexus haemorrhoidalis superior en inferior en takjes van de arteria rectalis cranialis.

Etiologie

Het anale symptomencomplex kan ontstaan door een enteritis, laxantiamisbruik, het nuttigen van overmatig gekruide spijsen of alcoholische dranken, chronische obstipatie en habituele onderdrukking van de defecatiereflex. Zittend werk, vetzucht, gebrekkige anale hygiëne, zware lichamelijke arbeid waarbij de druk op de anus periodiek of schoksgewijze toeneemt, zijn predisponerende factoren, evenals hoesten, niezen en braken. Verder spelen nog een rol hormonale veranderingen tijdens de men-

struele cyclus en in de graviditeit, die een vasodilatatie veroorzaken (progesteron). In de tweede helft van de zwangerschap komen hier dan nog als oorzaken bij: de stuwung in de bekkenvaten door vergrote bloedafvoer uit de uterus en mechanische druk op de vaten door volumetoename van de uterus zelf, voorts het persen bij de partus. Men neemt voor het ontstaan van het anale symptomencomplex, evenals voor het ontstaan van het variceuze symptomencomplex, een aangeboren predispositie aan in de zin van een perivasale bindweefselzwakte.

Het anale symptomencomplex

Onder het anale symptomencomplex wordt verstaan het totaal van symptomen dat in het anale gebied kan ontstaan op basis van alle pathologische processen die in dit gebied mogelijk zijn. Het kan een op zichzelf staande afwijking zijn (meestal), maar ook een uiting van rectale maligniteit (zelden) met als eerste symptoom een hemorroïd. Het gevaar bestaat dat rectaal bloedverlies wordt toegeschreven aan dit hemorroïd, terwijl het in feite afkomstig is van een rectale tumor.

Hemorroïden. Vooral op die plaatsen waar de arterietakjes in het corpus cavernosum uitmonden, vindt men de (grootste) hemorroïden, die daarom zijn te beschouwen als lokale hyperplasieën van het corpus cavernosum recti. In tegenstelling tot de algemeen verbreide opvatting zijn hemorroïden dus geen zuiver variceuze hyperplasieën, maar een convoluit van arterio-veneuze anastomoses, ook wel genoemd glomerula rectalia. Het bloed uit een gebarsten of geopeerd hemorroïd is dan ook helderrood van kleur.

Een bijzonderheid van het corpus cavernosum recti is het ontbreken of het slechts spaarzaam aanwezig zijn van venenkleppen, waardoor drukverhoging in de vena cava inferior via de vena rectalis media en inferior, alsmede drukverhogingen in de vena portae via de vena rectalis superior, zich ongehinderd kunnen voortzetten in de plexus haemorrhoidalis.

Histologisch vindt men in een hemorroïd uitgezette venen met wanddegeneratie, intimaproliferatie, endoflebitis, trombose, periflebitis en oedeem ten gevolge van stuwung. Door oedeem wordt het weefsel broos en kan gemakkelijk scheuren, waardoor als eerste symptoom bloedinkjes kunnen optreden.

Inwendige hemorroïden ontstaan uit het craniale deel van het corpus cavernosum dat gelegen is boven de linea dentata. Zij zijn bekleed met ongevoelig slijmvlies, hetgeen de reden is dat scleroseren van inwendige aambeien geen pijn veroorzaakt.

Indien ontsteking optreedt gaan hemorroï-

den steeds meer zwellen, hetgeen een vol gevoel in de anus geeft. De gezwollen hemorroïden gaan barstjes vertonen, stuwung en exsudatie nemen toe, er ontstaat vochtverlies per anum, de perianale huid wordt gemacereerd en op den duur vormen zich ragaden en erosies. Het gevolg is het optreden van hinderlijke jeuk door stuwung-eczeem en secundaire bacteriële of schimmelinfecties. De stuwung kan dermate toenemen dat de gezwollen hemorroïden buiten de anus prolabereren. Aanvankelijk zijn deze nog met de vinger te reponeren, doch later niet meer.

Het anale eczeem. Behalve door de hierboven beschreven veranderingen van de perianale huid als gevolg van stuwung kan anaal eczeem verschillende andere oorzaken hebben: schimmelinfecties, langdurig antibioticagebruik, frequente dunne ontlasting, voedingsmiddelenallergie, contactallergie (suppositoriabestanddelen, wasmiddelen, deodorantia, gekleurd toiletpapier), oxyuriasis, trechteranus met verhoogde zweetsecretie of een combinatie van factoren.

Anale trombose. Laakbare eet- en drinkgewoonten, hevig persen bij de defecatie, misbruik van laxemiddelen, proctitis en zwaar tillen kunnen bij daarvoor gevoelige personen aanleiding zijn tot het optreden van een ruptuur in de wand van distaal gelegen anale venolen, behorend tot de plexus haemorrhoidalis inferior.

Hierin kan een anale trombose ontstaan die zich manifesteert als een bes- tot pruimgrote, vaste gevoelige tot pijnlijke, met huid beklede knobbel, die een onaangenaam gevoel van druk en spanning in de anus geeft.

Anale fissuur. Dit is een ulcus dat ontstaat door inscheuren van het oedemateus gezwollen slijmvlies als er een harde faecesmassa passeert. Onder het ulcus ligt een infiltraat dat in de musculus sfincter internus dringt en deze tot hypertonie prikkelt, waardoor elke defecatie bijzonder pijnlijk is. Een pijn die uren kan aanhouden. Meestal zit de fissuur bij de achterste commissuur. Een toucher zonder lokale anesthesie is praktisch onmogelijk, laat staan een proctoscopie. Het beeld van oedemateus gezwollen anale plooien met fissuurvorming en zelfs ulcera in de omgeving, noemt men wel (chronische) periproctitis.

Proctitis. Ontsteking van het rectumslijmvlies kan ontstaan als gevolg van stuwung op basis van hemorroïden, maar kan ook een onderdeel zijn van andere aandoeningen zoals colitis amoebiasis, lymphogranuloma inguinale, gonorrhoe en lues.

Ragaden. Dit zijn radiaal naar de anus

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing.

Suppositoria en het anale symptomencomplex	256
Farmacotherapeutische conferentie	
Tranquillizers en sedativa	260

verlopende oppervlakkige kloven, die tezamen met erosies kunnen voorkomen in eczemen bij frequente dunne ontlasting of als onderdeel van een schimmelinfectie.

Anale plooien. Deze plooien – in het Duitse en Franse taalgebied marisken genoemd – zijn resttoestanden van geresorbeerde perianale trombosen. Overigens geven deze plooien geen symptomen, maar kunnen wel een aanwezig eczeem onderhouden. Soms zijn de plooien zo diep of talrijk dat het schoonmaken van de anus problemen oplevert, hetgeen wel eens een indicatie vormt voor operatieve verwijdering van deze plooien.

Fistels. Een hinderlijk gevolg van ontstekingsprocessen – vooral abscessen – in het anale gebied is het ontstaan van een of meer fistels. Een fistel, letterlijk een buis, is een abnormale verbinding tussen het anale kanaal en het perineum en is vrijwel altijd ontstoken. Op den duur ontstaan perifistulaire infiltraten.

De behandeling is bij voorkeur conservatief door middel van drainage volgens de methode van Roschke of operatief.

Tumoren. Uitwendig is er meestal sprake van fibromen of lipomen. Inwendig moet men verdacht zijn op het rectumcarcinoom.

Overige. Volledigheidshalve moet nog worden vermeld dat men in dit gebied kan aantreffen poliepen, dermoidcysten, condylomata en specifieke ulcera.

Onderzoek

Onderzoek van het anale gebied bestaat uit drie onderdelen:

1. *Inspectie.* Door het zorgvuldig bekijken van de anale streek en zijn omgeving met behulp van een goede lichtbron, kan men in vele gevallen reeds de diagnose stellen of vermoeden. Men kan de volgende afwijkingen verwachten: acuut of chronisch eczeem, uitwendige hemorroïden, peri-anaal hematoom, anale trombose, ragaden, anale plooien, fissuren, fistels, dermoidcysten, poliepen, tumoren, geprolabeerde inwendige aambeien, rectumprolaps en specifieke ulcera.

2. *Toucher.* Het digitale onderzoek is de

belangrijkste diagnostische methode om de aanwezigheid van een rectumtumor vast te stellen. De meeste rectumtumoren zijn distaal gelokaliseerd en vertonen in de beginfase nog geen enkel symptoom. Tijdens het toucher voelt men dat de verschuifbaarheid van het slijmvlies ter plaatse is verminderd. Het oppervlak voelt vaster aan en maakt een onregelmatige en hobbelige indruk. Het toucher geeft ook een indruk over de sfincterspanning. Is een voorzichtig uitgevoerd toucher erg pijnlijk, dan is er meestal sprake van een fissuur. Inwendige hemorroiden zijn niet te voelen, tenzij deze getromboseerd of gefibroseerd zijn.

3. Proctoscopie. Deze techniek verschaft de huisarts de mogelijkheid op eenvoudige wijze het onderzoek van het anale gebied te voltooien. Aanbevolen wordt de korte proctoscoop volgens Kelly (lengte 7 centimeter, diameter 2,2 centimeter), die eenvoudig is te steriliseren, maar ook als disposable verkrijgbaar is. Men kan gebruik maken van elke aanwezige vorm van verlichting zelfs van een penlight.

De patiënt neemt plaats op de onderzoekbank in de knie-ellebooghouding. Met behulp van een glijmiddel wordt het instrument voorzichtig met draaiende bewegingen in het anale kanaal gedrukt, waarbij de patiënt wordt verzocht te willen persen. Nadat de obturator is verwijderd kan men overgaan tot de inspectie. Eerst wordt gelet op het aspect van het slijmvlies (felrood: proctitis). Verder kan men aantreffen: hemorroïden, poliepen, tumoren, pussende fistels, gehypertrofieerde papillen of melanosis coli (als gevolg van gebruik van cascara sagrada bevattende laxantia).

Wel of geen suppositoria

Gezien het voorgaande is duidelijk geworden dat de meeste componenten van het anale symptomencomplex zich niet lenen voor behandeling door middel van suppositoria. De wel te behandelen aandoeningen zijn die, welke het gevolg zijn van de aanwezigheid van aambeien: oedeem, secretie, maceratie, pijn, ragaden, erosies en secundaire infecties.

Hemorroiden kunnen alleen behandeld worden door opereren of scleroseren.

Door een juist gestelde indicatie en door de keuze van het geschikte suppositorium (of zalf) kan men de patiënt goed helpen door hem te verlossen van zijn hinderlijke klachten. Het kan soms jaren duren eer de klachten terugkomen, vooral als de patiënt door dieet en leefwijze meewerkt om recidief van de kwaal te voorkomen.

Bij de beoordeling van het therapeutisch effect van de suppositoria kan men gebruik maken van de volgende criteria:

subjectief: pijn, jeuk, drukgevoel in de (1978) huisarts en wetenschap 21, 258

anus; objectief: bloedverlies, vochtverlies (gele stinkende vlekken in het ondergoed), natte winden, ontstekingen perianaal, eczeem, ragaden en bij proctoscopie volume-afname van de hemorroiden door de vermindering van het stuwingsoedeem.

Het is belangrijk dat de behandeling onder controle wordt uitgevoerd. Suppositoria kunnen ook een verslechtering van de status localis veroorzaken:

- overgevoelighedsreactie tegen één van de constituentia;
- peri-anale huidatrofie;
- oppervlakkige ontsteking met kans op het ontstaan van een abces of een fistel, beide vooral door langdurig gebruik van corticosteroïd bevattende suppositoria.

Toepassing van suppositoria

Uit het voorgaande is komen vast te staan dat suppositoria vervaardigd voor de indicatie „aambeien” slechts in staat zijn een ontstekingsreactie ter plaatse te doen verminderen of genezen. Dit in tegenstelling tot hetgeen vaak in de (leken)propaganda van deze preparaten wordt gesuggereerd dat hiermee aambeien kunnen verdwijnen. Het gebruik van suppositoria (en zalven) is dus in feite een symptomatische therapie. Een goede indicatie is ook de toepassing van deze behandeling als voorbereiding tot scleroserende of operatieve behandeling van de aambeien.

De therapeutische resultaten van de diverse suppositoria zijn bij verschillende patiënten met dezelfde anale aandoeningen zeer variabel. Niet alle preparaten worden even goed verdragen. De beste resultaten ziet men als de klachten van recente datum zijn. Het effect is overigens moeilijk te beoordelen omdat er spontane remissie kan optreden en het gebruik van suppositoria bij veel patiënten een placebo-effect heeft.

Voor wat betreft de Nederlandse markt kan men qua (veronderstelde werking) op het anale symptomencomplex grosso modo vier groepen suppositoria onderscheiden:

Antiflogistica

Een groep medicamenten die als werkzame stof een corticosteroïd bevat, bijvoorbeeld hydrocortison (Anusol HC[®], Proctosedyl[®], Xyloproct[®]), prednisolon (Scheriproct[®]), een fluorprednisolonverbinding (Delmeson[®], Ultraproct[®]) of triamcinolonacetaat (Trianal[®]).

Behalve Anusol HC[®], bevatten deze suppositoria ook nog een lokaal anestheticum; Delmeson[®] en Proctosedyl[®] bovendien nog als lokaal werkend antibioticum neomycine, respectievelijk framycetine.

Corticosteroïd bevattende suppositoria kan men veilig toepassen, mits gedurende korte

tijd en onder regelmatige controle van de anus. Zij geven vaak uitstekende therapeutische resultaten doordat de corticosteroïden de ontstekingscomponent efficiënt onderdrukken waardoor de klachten meestal snel afnemen. De mogelijkheid bestaat echter dat gedurende corticosteroïdgebruik een bestaand (purulent) proces („cryptitis”, abces, flebitis, incomplete fistel of een specifieke ontsteking: tuberculose, gonorrhoe, lues) zich ongemerkt uitbreidt.

Bij langdurig gebruik bestaat er kans op atrofie van de peri-anale huid, waardoor genezing van lokale processen (ragaden, fissuren) zeer veel tijd in beslag gaat nemen. Als de patiënt niet duidelijk aangeeft dat de klachten bijvoorbeeld na acht à veertien dagen veel minder worden, dan moet men de corticosteroïd-therapie staken en ter controle een proctoscopie en een toucher uitvoeren. Onder deze voorwaarden kan men in een aantal gevallen met succes de corticosteroïd bevattende suppositoria toepassen.

Het is de vraag, wat de rol is van de lokaal werkende antibiotica in enkele suppositoria uit deze groep. De oorzaak van het anale symptomencomplex is een stuwingsflebitis en geen bacteriële ontsteking. Van een antibioticum valt geen vermindering van de stuwingsdruk te verwachten. Verder is het de vraag of een lokaal toegepast antibioticum, hetzij door contact, hetzij door diffusie, een eventuele infectie van bacteriële aard voorkomt of geneest.

Men neemt aan dat abscessen en fistels ontstaan uit een „cryptitis”. Een ontstoken crypte is dan gevuld met pus en faecesresten en wordt naar boven toe afgesloten door het oedemateuze corpus cavernosum recti. Door corticosteroïden neemt de zwelling weliswaar af, maar of de zwelling zodanig afneemt dat er wederom een vrije afvoer uit de crypten mogelijk is, weet men niet zeker. Evenmin of er, indien de crypte geopend is, voldoende antibioticum kan binnendringen in de zeer lange met pus gevulde klierang die in de crypte uitmondt, tegen de secretierichting in. Men dient ook te bedenken dat men met een lokaal toegepast antibioticum een peri-anaal eczeem kan uitlokken.

Adstringentia

De suppositoria uit deze groep zijn zeer gevarieerd samengesteld, maar hebben gemeen dat zij als belangrijk therapeutisch agens een of meer adstringerende stoffen bevatten, al of niet gecombineerd met een lokaal werkzaam anestheticum en een desinfectans (Suppositoria contra haemorrhoides FNA, Suppositoria anaesthetica FNA, Alcos Anal[®], Anusol[®], F99 Sulgan[®], Haedensa[®], Hametum[®], Recto-Serol[®], Supomidy[®], Zwitsanal[®]).

De gebruikte adstringentia zijn metaalzouten van: Bismuth (oxyde, basisch nitraat, subgallaat, jodide), Aluminium (acetotartras aluminium) en Zink (oxyde) en acidum boricum of looistoffen (tannine, hamamelis, extractum aesculi hippocastanei).

Deze suppositoria veroorzaken, doordat zij eiwitten neerslaan, een schrompeling van de meest oppervlakkige weefsellaag van de mucosa, waardoor de exsudatie minder wordt en dientengevolge de klachten kunnen afnemen. Wegens de geringe therapeutische werking kunnen deze preparaten hoogstens in lichte gevallen worden toegepast.

Anticoagulantia en thrombolytica

In deze preparaten bevinden zich als actieve stoffen hyaluronidase en heparinoïd. Van hyaluronidase is bekend dat het de penetratie van tal van stoffen kan bevorderen, in casu het heparinoïd. Tezamen zouden deze stoffen in staat zijn anti-oedemateus, antiflogistisch, als anticoagulans en trombolitisch te werken (Lemuval®). Geheel in het midden latend of dit inderdaad het geval is, kan men zich afvragen of het zinvol is te trachten de ontstane stolsels op te lossen, respectievelijk of het mogelijk is door plaatselijke toepassing stolling te voorkomen door middel van heparinoïd. Immers, het natuurlijke genezingsproces bestaat uit spontane trombose van het hemorroïd (anale trombose) met daarop volgend, fibrosering.

Immunologisch werkzame suppositoria

Deze suppositoria bevatten een geconserveerd steriel extract van colibacteriën, dat door zijn werking als vaccin de immunologische afweer ter plaatse zou stimuleren, waardoor infecties met pathogene colibacteriën worden onderdrukt (Posterine®). Er is alleen een goed resultaat van deze zetpillen te verwachten, indien er bij de behandeling sprake is van een enterocolitis chronica.

Hoewel als indicatie geheel buiten de orde, wordt toch volledigheidshalve het gebruik aanbevolen van fenylbutazon bevattende zetpillen voor de anale trombose, wegens het sterk pijnstillend en anti-oedemateus effect.

Conclusie

De huisarts kan een patiënt met een klacht die een onderdeel vormt van het anale symptomencomplex onderzoeken door middel van inspectie van de anus en omgeving, rectaal toucher en proctoscopie. Op grond van de bevindingen van dit onderzoek kan worden vastgesteld of een behandeling met suppositoria (of zalven) al dan niet zinvol is.

De aandoeningen die niet met zetpillen behandeld kunnen worden zijn enerzijds de specifieke processen zoals tuberculose, lues, lymfogranulomen, condylomata en anderzijds dermoïdcysten, tumoren, poliepen, fistels, prolaberende inwendige hemorroïden, fissuren, anale plooiën, perianale hematomen, prolaps van rectum of anus.

De volgende aandoeningen lenen zich voor symptomatische behandeling met suppositoria (en zalven): inwendige hemorroïden, pruritus ani, peri-anaal eczeem. De klachten bestaan dan voornamelijk uit pijn, jeuk en een drukkend gevoel in de anale streek.

Voor de behandeling van deze klachten kan men gebruik maken van vier soorten suppositoria. Het is gebleken dat alleen de corticosteroïd bevattende zetpillen werkelijk effectief zijn wegens hun ontstekingsremmende werking. Het gebruik van deze soort zetpillen dient echter kort van duur te zijn en onder controle plaats te vinden wegens de kans op het ontstaan van peri-anaal huidatrofie en het maskeren van mogelijke andere pathologie in dit gebied. De aanwezigheid van een anestheticum in deze soort zetpillen kan zinvol zijn, hetgeen niet gezegd kan worden van de aanwezigheid van een antibioticum. De behandeling van het anale symptomencomplex dient behalve met zetpillen ook gepaard te gaan met adviezen over dieet, leefwijze en defecatietechniek.

Samenvatting. Voorafgegaan door een korte beschrijving van de anatomie, etiologie en symptomatologie wordt het anale symptomencomplex gesplitst in zijn verschillende componenten. Veel aandoeningen zijn het gevolg van de aanwezigheid van hemorroïden. Een verdeling wordt gemaakt van aandoeningen die wel en niet met suppositoria kunnen worden behandeld. De meest voorkomende klachten van de patiënt zoals jeuk, pijn en een drukkend gevoel in de anus kunnen slechts symptomatisch worden behandeld.

De enige causale therapie van aambeien is operatie of sclerosering. De voor de indicatie hemorroïden beschikbare zetpillen worden verdeeld in vier groepen. Alleen corticosteroïd (eventueel met een anestheticum) bevattende zetpillen zijn werkelijk effectief, maar mogen wegens de kans op bijwerkingen, slechts korte tijd en onder controle worden toegepast.

Summary. Suppositories and the anal syndrome. After a brief description of its anatomy, aetiology and symptomatology, the anal syndrome is divided into its various components. Many symptoms are due to the presence of haemorrhoids. Anal affections are divided into those which can and those which cannot be

treated with suppositories. The most common complaints are pruritus, pain and a sensation of pressure in the anus; and these can only be treated symptomatically. The only causal therapy of haemorrhoids is operation or sclerotherapy. Suppositories indicated for the treatment of haemorrhoids can be divided into four groups. The only really effective suppositories are those containing corticosteroid (sometimes combined with an anaesthetic); in view of possible side effects, however, these can be applied only for a limited period and under medical supervision.

- Böhm, C. Das Hämorrhoidalleiden. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1967.
Helwig, B. (1969) Arzneimittelbrief III, 2, 65.
Hopping, R. A. (1967) Ciba symposium, 15, 2.
Mentha, J., A. Neiger en R. Mangold (1961) Praxis, 30, 751.
Otto, P. en K. Ewe. Atlas der Rektoskopie und Coloskopie. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1976.
Oury, P. en A. Bensaude. Les hémorroïdes et leur traitement. L'expansion scientifique française (3e édition), 1950.
Roschke, W. Die proktologische Sprechstunde. Urban und Schwarzenberg, München/Berlijn/Wenen, 1976.
Rowden Foote, R. Varicose veins haemorrhoids and other conditions. Lewis, Londen, 1944.
Stelzner, F. (1963) Dtsch. med. Wschr. 88, 689.