

C. VAN BOVEN EN J. W. LANGENDIJK

Perianale jeuk – een huisartsgeneeskundige verkenning

Deze bijdrage is de neerslag van een aantal bijeenkomsten over het onderwerp perianale jeuk, door een projectgroep van acht huisartsen in Noordwest-Friesland.¹ Deelnemers aan het project waren: J. Bennema, C. van Boven, D. Kamphuis-Janssen, F. van Lamoen, J. W. Langendijk, F. Nijman, F. van Rees en A. Savenye.

Inleiding

Perianale jeuk wordt regelmatig op het spreekuur gezien: de frequentie wisselt van twee maal per week tot eenmaal per twee weken (eigen registratie).

Als een patiënt wegens deze klacht het spreekuur bezoekt, handelt de arts niet anders dan bij andere klachten:

Hij laat de patiënt eerst de hele klacht beschrijven. Vervolgens formuleert hij de hulpvraag en stelt hij eventueel nog verdere vragen. Daarna bekijkt hij de anus en het perianale gebied van de patiënt en doet hij zo nodig nader onderzoek. Op grond hiervan is het vaak zinvol de anamnese nog eens aan te vullen.

Hierna bespreekt de arts zijn inzicht over de geuite klacht en geeft hij eventueel een advies. Ook het geven van een prognose over het verloop van de klacht en het maken van een controle-afspraken behoren bij het consult.

Deze fasen van het consult zullen hieronder worden besproken.

Anamnese

In de anamnese horen de volgende vragen aan de orde te komen:

- Wanneer doet de jeuk zich voor? Is er verband met de defecatie (zo ja, ervoor of erna) of met de situatie (thuis, op kantoor)?
- Is het storend bij sociale contacten?
- Hoe lang bestaat de jeuk? Wat is er al aan gedaan (eigen zalven, eigen hygiënische maatregelen)? Is er elders op het lichaam jeuk of zijn er andere huidafwijkingen, nu of in het verleden (met name constitutioneel eczeem of psoriasis; ook contactallergieën)?

- Wat is de consistentie van de ontlasting; moet er flink bij geperst worden, is er bloed en/of slijm bij gezien, is het defecatiepatroon veranderd en/of zijn er oxyuren gezien?

Dit laatste ook vragen met betrekking tot de huisgenoten. Bij vrouwen vragen naar witte vloed.

Meestal reeds bekende gegevens zijn: leeftijd, geslacht, beroep, aanwezigheid van overgewicht en mogelijk gelijksoortige klachten bij andere gezinsleden, andere/vroegere huidaandoeningen, andere kwalen als obstipatie, colitis ulcerosa, andere buikpijnen, diabetes mellitus, recent antibiotica gebruik en de mate van hygiëne in het huis en bij de lichaamsverzorging.

Onderzoek

Voor het onderzoek dient de patiënt plaats te nemen in de knie-elleboog houding; voorts is een goede belichting noodzakelijk. Men kijkt of er faecesresten aanwezig zijn, of de anus goed sluit en of de huid gaaf is. Is dit niet het geval, dan let men op kenmerken als: rood, wit, nat, atrofisch, gelichenificeerd.

Als er afwijkingen aan de huid zijn, is het van belang hoe uitgebreid deze zijn (doen de vulva, het scrotum en/of de liezen mee?) en hoe begrensd (scherp, eilandjes voor de kust?). Zijn er aambeien? Slechts uitwendige en geprolabeerde inwendige aambeien zijn te constateren; de niet geprolabeerde inwendige aambeien is slechts te vinden met de proctoscoop en is bij rectaal toucher niet te voelen.

Zelden is er een rectumcarcinoom dat via verstoorde continëntie jeuk geeft. Achterwege laten van een rectaal tou-

cher zou die enkele patiënt duperen. Verder geeft het rectaal toucher een indruk over de sfincterfunctie. Wij zijn echter van mening dat het rectaal toucher in eerste instantie niet tot de routine behoort, maar slechts op indicatie verricht moet worden: bij loze aandrang, pijn bij of na de defecatie, en incontinentie voor faeces of vocht.

Diagnostiek van fluor is bij vrouwen aangewezen wanneer de anamnese daartoe aanleiding geeft, als er zicht- of ruikbare fluor is, of indien de vulva rood is en/of jeukt. Zoeken naar perianale candida is niet zinvol: de gist zit er vaak, maar als commensaal.

Bij verdenking op diabetes mellitus (familie, overgewicht, leeftijd) moet hierop onderzocht worden.

Soms is het nuttig de aanwezigheid van oxyuren te documenteren, met name bij kinderen bij wie perianaal geen huidafwijkingen zijn en geen wormen zijn gezien. De plakbandproef is hierbij van nut. Men geeft een coupemapje met objectglasje mee naar huis. De patiënt moet de volgende morgen, direct bij het opstaan, vóór de defecatie en vooral vóór het wassen, een doorzichtig plakbandje in de lengterichting over de anus plakken, dit daarna weer losmaken en het op het objectglasje plakken. Het geheel moet, voorzien van personalia, worden teruggebracht.

Een blik in de onderbroek geeft informatie over de mate van continëntie en in ieder geval over de lichaamshygiëne.

Nadere informatie

Hierna kan nadere informatie nuttig zijn, bijvoorbeeld naar aanleiding van bevindingen of bij het ontbreken van ideeën over de oorzaken. Er kunnen vragen gesteld worden met betrekking tot de mogelijkheid van gonorrhoe en over seksuele gewoonten, met name of er anale seksuele contacten zijn.

Indien dit nog niet bekend is, moet men informeren naar incontinentie voor urine en/of faeces (ook een voortdurend natte broek kan jeuk veroorzaken). Tevens vraagt men nog eens naar diabetes in de familie of bij de patiënt (dorst, vermagering, moe). Eventueel worden nog andere punten uit de eerste anamnese nader beschouwd.

Op grond van deze extra informatie kan aanvullend onderzoek nodig zijn (gonorrhoeekweek, bloedsuikerbepaling).

Diagnose

Het is zinvol, de achterliggende oorzaak van de perianale jeuk te benoemen en

de toestand van de anus en het gebied eromheen te beschrijven, aangezien de lokale therapie vaak niet wordt bepaald door de achterliggende oorzaak, maar door de lokale situatie.

De perianale regio wordt beschreven als:

1. de normaal uitziende huid;
- 1a. hemorroïden of resten ervan (marisca);
2. rood;
- 2a. rood, verdikt en ruw (gelichenificeerd);
3. rood en nattend;
- 3a. rood nattend en gelichenificeerd);
4. wit atrofisch;
5. andere beelden.

2 en 3 zijn excemateus, 3 is daarbij nog geïmpetiginiseerd, 4 wijst op een langdurig bestaande huidafwijking, bijvoorbeeld ontstoken eczeem. Ook langdurig steroïdegebruik kan dit veroorzaken.

Zo mogelijk moet de diagnose niet alleen de vorm maar ook de oorzaak aangeven. Het is duidelijk dat niet alles wat jeukt, uit aambeien bestaat, hoewel dat vaak gedacht wordt. Waarschijnlijk is, naast aambeien, nog een ander irriterend moment nodig om jeuk te geven, zoals vocht, bijvoorbeeld door transudatie en lekken.²

Oxyuren vormen de voornaamste oorzaak van perianale jeuk bij kinderen en hun huisgenoten. Dat is zelfs in die mate het geval dat alleen het anamnestic, eventueel telefonisch, gegeven dat er wormpjes zijn gezien – na omschrijving van die wormpjes – een kortsluiting naar het receptieblok mogelijk maakt. Wij geven mebendazol.

De wijze waarop getracht wordt de jeuk te bestrijden, blijkt vaak de oorzaak van het blijven bestaan van de jeuk: krabben, schoonmaakmethoden (zeep, ruw toilet papier) of behandeling (contacteczeem door perubalsum, benzocaïne).

Als de huid steeds nat en/of vies is en blijft, zal hij snel geïrriteerd raken en gaan jeuken; onvoldoende schoonmaken van de anus na defecatie kan jeuk veroorzaken. Incontinentie – ook geringe incontinentie (natte winden) – heeft hetzelfde gevolg. Ziekten van de dikke darm (bijvoorbeeld proctitis of een laagzittend coloncarcinoom) kunnen zich eveneens via bovengenoemd mechanisme uiten als pruritus ani. Ook diarree kan genoemd worden: veel

vocht en vaak (verkeerd) schoonmaken.

Diabetes verhoogt de kans op jeuk op elke plaats van het lichaam, dus ook hier. Gekleurd of geparfumeerd wc-papier en via vingers overgebrachte allergenen kunnen eveneens jeuk geven.³

Minder vaak voorkomende huidziekten die periaanal jeuk kunnen geven, zijn: psoriasis (als psoriasis inversa: schilfert niet, is rood en glad, en jeukt wel), lichen planus, lichen sclerosus et atrophicus, carcinoma basocellulare en spino-cellulaire, melanomen en ook Pagets carcinoom.⁴

Tenslotte lijkt het voor te komen dat mensen om allerlei – niet met de anus verbonden – redenen daar toch jeuk ervaren en gaan krabben. Dit laatste is dan weer de oorzaak van een jeukende huidafwijking, terwijl behandeling daarvan de jeuk niet wegneemt. Etiologisch kan men denken aan psychosociale problematiek die op deze manier tot uiting komt.

Therapie

Na uitleg van wat er aan de hand is, moet met de patiënt besproken worden of, en zo ja wat, er aan gedaan moet worden.

Wij stelden het volgende schema op:

Lokale therapie

- Indien de huid er normaal uitziet, geeft de arts niets of een placebo (bijvoorbeeld unguentum leniens). Indien de jeuk niet verdwijnt, kan men hydrocortisoncrème 1% FNA geven.
 - Indien de huid rood is terwijl er „eilandjes voor de kust” zijn (candida!): miconazol 2%.
 - Indien de huid rood en droog is: hydrocortisoncrème 1% FNA; eventueel toevoegen ichtiol 3-5% of liquor carbonis detergens 5-10% als anti-eczemateuze middelen. Sterkere corticosteroiden dan hydrocortison zijn hier ongewenst wegens de grote kans op lokale bijwerkingen (atrofie, striae).
- Als dit niet helpt, spelen waarschijnlijk infectieuze componenten een rol (bijvoorbeeld gisten, schimmels en bacteriën). Een goed combinatiepreparaat is miconazol 2% en hydrocortisoncrème 1%.
- Indien de huid rood en nat is: eerst opdrogen met linimentum zinci oleosa, eventueel daaraan toegevoegd zwavel

2-5%, dat antiparasitaire, antiseborroïsche en jeukstillende eigenschappen heeft. Vioform wordt niet gebruikt in verband met de vlekken in het ondergoed. Vervolgens (in de regel na twee à drie dagen) therapie als boven.

Algemene therapie

Deze dient zich te richten op de achterliggende oorzaak van de perianale jeuk. Toiletgewoonten en voeding verdienen de aandacht. Het doel is, met zo weinig mogelijk irritatie de anus zo schoon en droog mogelijk te maken. Dat kan bijvoorbeeld met de „Indische methode”. Men gaat naar de wc met twee met lauw water gevulde flessen met nauwe hals (wijnfles). Na de defecatie wordt de fles met de duim op de opening naar beneden gehouden, boven de nates. Dan moet men het water daar snel langs laten stromen, terwijl men met de andere hand de anus schoonmaakt. Vervolgens wast men goed de handen en droogt men de nates voorzichtig (depend) af.

Het is van belang er op te wijzen dat krabben of schuifelen op een stoel of fiets de jeuk onderhoudt. Strak en vooral vochtafsluitend ondergoed bevordert de jeuk.

Eventuele achterliggende kwalen moet men uiteraard zo mogelijk behandelen.

Prognose

De prognose is gematigd somber. Bij vele patiënten zal de klacht recidiveren, zodra oude gewoonten hervat – of liever: nieuwe gewoonten gesleten – zijn. De patiënten zullen op den duur het evenwicht tussen een gedeeltelijke aanpassing van de gewoonten en een gedeeltelijke verlichting van de jeuk moeten vinden. Vaak zal het – in de regel niet continue en niet heftig onderhouden – ongemak dan niet meer als klacht bij de huisarts naar voren komen, al blijft het wel aanwezig.

¹ Werkgroep Projekten. Handleiding voor huisartsenprojectgroepen. Utrecht: NHG/Huisartsenpers, zj.

² Wullink FH. Ontstaan, symptomen en conservatieve behandeling van hemorroïden. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 880-5.

³ Nater JP. Contacteczeem. Leiden: Stafleu, 1974.

⁴ Anoniem. Proctologie voor huisartsen. Patient Care 1978; 5(1): 6-24; 5(2): 18-28.