

Adviezen bij aambeien en pruritus ani

Waarheden en mythen

L. WIGERSMA

Wigersma L. Adviezen bij aambeien en perianale klachten. Waarheden en mythen. Huisarts Wet 1997; 40(5): 204-9.

Samenvatting Perianale problemen worden met grote regelmaat aan de huisarts gepresenteerd. Huisartsen geven vaak 'voorwetenschappelijke' adviezen bij aambeien en hygiënische adviezen bij perianale klachten. Een literatuurstudie werd verricht met als vraagstellingen welke etiologische en pathogenetische achtergronden van deze adviezen onderzocht zijn, en of te verwachten is dat zij bijdragen aan verbetering van de klachten. De anatomische en pathofysiologische verklaringen voor het ontstaan van aambeien zijn merendeels plausibel. De relatie tussen aambeien en obstipatie, diarree en interne sfincterspanning dient nader te worden onderzocht. De adviezen met betrekking tot voeding, defecatiegedrag, het toepassen van ijs bij trombose, het terugduwen van aambeien en het toepassen van corticosteroid- en anesthesische zalven sluiten goed aan op de gepostuleerde pathofysiologische mechanismen. Met uitzondering van de lokale behandeling met zalven is van geen van deze adviezen in gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit nagegaan. Perianale jeuk en ontsteking kunnen worden veroorzaakt door veel factoren, die steeds leiden tot irritatie of beschadiging van de huid. Abnormale relaxatie van de interne sfincter en het bestaan van niet direct zichtbare anorectale pathologie (aambeien, fissuur) kunnen belangrijke etiologische factoren zijn. De invloed van psychische factoren is nooit gedocumenteerd. De adviezen met betrekking tot toilethygiëne, ondergoed, het vermijden van krabben en het kortdurend toepassen van zalven sluiten logisch aan op de oorzaak. Van deze adviezen wordt alleen de kortdurende toepassing van zinkolie, corticosteroidzalf en lidocaïne-zalf ondersteund door wetenschappelijk onderzoek.

Prof.dr. L. Wigersma, huisarts, Vakgroep huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

Net als veel andere mensen geven huisartsen bij allerlei klachten goed bedoelde maar niet altijd goed gefundeerde therapeutische adviezen. *Meijman* heeft een groot aantal van deze 'wijsheden' geïnterviewd en twintig daarvan door een grote groep huisartsen laten toetsen op hun juistheid. Dezen bleken een groot deel van de adviezen te onderschrijven op grond van 'gezond verstand', 'van horen zeggen' en 'eigen ervaring'. *Meijman* concludeerde onder meer dat het voorwetenschappelijk karakter van veel therapeutisch bedoelde adviezen de aanzet zou moeten zijn voor een nadere, wetenschappelijk verantwoorde analyse. Ook als daarbij zou blijken dat een advies onvoldoende wetenschappelijke, maar wel voldoende empirische en rationele basis heeft in de ogen van de beroepsgroep, is het gebruik ervan volgens hem gerechtvaardigd.¹

Twee van de therapeutische wijsheden die in *Meijman's* onderzoek veel werden genoemd, zijn adviezen bij aambeien (invetten, terugduwen met de vinger, zitbaden, sfinctertraining) en adviezen voor hygiëne bij perianale klachten (geen zeep, toiletpapier of 'wetties' gebruiken, wel stromend water of een natte washand en daarna droogföhnen).

Dat deze wijsheden tamelijk hoog scoorden in *Meijman's* inventarisatie is niet vreemd. Problemen in de perianale regio worden immers met grote regelmaat aan de huisarts gepresenteerd. Van elke 1000 patiënten komen er jaarlijks 4 bij de huisarts met pijn en 2,5 met jeuk aan de anus, 4 met bloedverlies per anum en 5 met de klacht aambeien. In hoofdstuk K is aambeien, na hoge/verhoogde bloeddruk, chronisch ischemische hartziekte en spataderen, de omvangrijkste diagnosecategorie, met een nagenoeg even hoge prevalentie als spataderen. Wat nieuwe prescripties betreft, is aambeien de op een na belangrijkste diagnosegroep in dit hoofdstuk.²

Diverse auteurs melden prevalenties van aambeien in de bevolking van 4 tot 10 procent, met een piekprevalentie in de leeftijdsgroep 45-65 jaar.³⁻⁵ Of het hier om oordeelkundig vastgestelde aambeien

gaat, is van minder belang dan het feit dat kennelijk veel mensen met perianale klachten hun kwaal bestrijden of verdragen zonder de huisarts hiervan in kennis te stellen. Dit ijsbergfenomeen, de onzekerheden over de etiologie en de vele behandelingsmodaliteiten roepen de vraag op, in hoeverre adviezen van huisartsen een wezenlijke bijdrage (kunnen) leveren aan het verhelpen van deze klachten.

Een op de praktijk van alledag gerichte analyse van dit probleem begint met een literatuurstudie met als vraagstellingen:

- Welke inzichten met betrekking tot etiologische en/of pathogenetische achtergronden van de genoemde adviezen zijn onderzocht of geponeerd, en met welke conclusies?
- Is bewezen dan wel te verwachten dat de genoemde adviezen bijdragen aan de verbetering van de klachten?

Literatuur

Via Medline is op de *medical subject headings* 'hemorrhoids', 'pruritus ani' en 'anal hygiene' onder de categorieën etiologie, epidemiologie, diagnostiek, complicaties en niet-operatieve behandeling gezocht in alle Engels-, Duits- en Franstalige tijdschriften van 1986 tot en met 1995. Aanvullend is gezocht in *Huisarts en Wetenschap* (H&W, alle jaargangen), het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG, 1986-1996) en *Bijblijven* (alle jaargangen). De artikelenserie 'ABC of colorectal diseases' uit het *British Medical Journal*, in boekvorm verschenen, werd geraadpleegd, evenals een aantal (leer)boeken waaronder enkele van langere tijd gelezen (*kader*), en de gegevens van het Transitieproject.

In de *tabel* is de numerieke opbrengst van de literatuursearch in de internationale bestanden weergegeven. De opbrengst van de Nederlandstalige tijdschriften is minder goed te categoriseren, omdat verschillende publicaties diverse klachten in het (peri)anale gebied omvatten. In totaal werden zes relevante publicaties in H&W gevonden, vijf in het NTvG en drie in *Bijblijven*.

Geraadpleegde (leer)boeken

Beeson PB, McDermott W. Textbook of medicine. Philadelphia: Saunders, 1975.

Van Everdingen JJE, Sillevs Smitt, red. Dermato-venereologie voor de eerste lijn. Amsterdam: Afdeling Dermatologie Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, 1981.

Van Everdingen JJE, Brouwer A. Huidaandoeningen. Utrecht: Bunge, 1985.

Jongkees LBW, Vandenbroucke J, Eyskens E, red. Codex medicus. 8e dr. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1985.

Wullink FH. Inleiding tot de proctologie. Voorst: 't Nieuwe Hoen, 1986.

Hulsmans HAM, Rahn KH, Van Boven CPA. Diagnose en therapie. Leiden: Kooyker, 1988.

Van Everdingen JJE, Sillevs Smitt, red. Dermatoveneologie voor de eerste lijn. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.

De Boer J, Derom F, Goris RJA, et al., red. Leerboek chirurgie. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.

Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, eds. Robbins pathologic basis of disease. Philadelphia: Saunders, 1994.

Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1994.

Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA, eds. Current medical diagnosis and treatment. Norwalk: Appleton & Lange, 1994.

Streefkerk JG, Verheij ThJM, red. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1995.

Gorroll AH, May LA, Mulley Jr AG, eds. Primary care medicine. Philadelphia: Lippincott, 1995.

Van der Meer J, Stehouwer CDA, Den Ottolander GJH, red. Interne geneeskunde. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Aambeien

Oorzaken

Aambeiwefsel behoort tot de normale anatomie van het anale kanaal. Het wordt gevormd door de 'vaatkussentjes', de plexus venosus rectalis, een vasculair netwerk met arterioveneuze verbindingen direct proximaal van het anale kanaal. Deze plexus wordt ook wel plexus recti (of rectalis) superior, corpus cavernosum recti of plexus hemorrhoidalis superior genoemd. De vaatkussentjes fungeren als zwellichamen en dragen bij aan continentie door samen met de interne sfincter het anale kanaal af te sluiten. Zij zijn door middel van fibro-elastische vezels opgehangen aan de interne anale sfincter. Door verscheuring of uitzakking van het steunweefsel zakken de zwellichamen met het erboven gelegen slijmvlies omlaag tot in het nauwe anale kanaal of erbuiten. Door afknelling kunnen dan stuwings, trombose, pijn en bloedingen ontstaan. Lekkage van slijm, bloed of feces kunnen vervolgens perianale jeuk of infectie opleveren. Pijn leidt tot verhoogde tonus van de sfincter, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat, met toenemend persen, verder uitzakken en verdergaande beschadiging.^{3,6,7,8}

Er wordt wel onderscheid gemaakt in gradaties van prolaps:

- 1 geen prolaps bij persen; alleen zichtbaar bij proctoscopie;
- 2 prolaps bij persen tot buiten het anale kanaal; spontane terugtrekking;
- 3 prolaps bij persen of spontaan; geen spontane terugtrekking;
- 4 permanente prolaps.

Volgens de Consensus Hemorroïden is dit onderscheid niet van belang voor de praktijk, omdat verschillende gradaties bij eenzelfde patiënt afwisselend kunnen voorkomen.³

Zogenaamde uitwendige aambeien zijn dilataties van de subcutaan gelegen plexus recti (rectalis) inferior rond de anus. Bloedverlies of pijn komen hierbij niet voor, tenzij er door stuwings een bloedstolsel ontstaat (perianale trombose).^{3,6,9,10} Aanemelijk is dat deze uitwendige dilataties dezelfde oorzaken hebben als inwendige aambeien en dus vaak tegelijkertijd

Tabel Opbrengst literatuursearch in internationale bestanden 1986-1995. Aantallen

<i>Aambeien</i>		<i>Pruritus ani</i>	
Reviews		Reviews	14
- etiologie/pathofysiologie	1	Onderzoeken	
- niet-invasieve en invasieve behandeling*	13	- epidemiologie	2
- invasieve behandeling	9	- etiologie	3
Totaal reviews	23	- behandeling	7
Onderzoeken		Totaal onderzoeken	12
- epidemiologie	2	Casusbeschrijvingen	11
- etiologie	1	Overige artikelen	2
- symptomatische en invasieve behandeling	3	Totaal pruritus ani	39
- symptomatische behandeling	9	<i>Anale hygiëne</i>	
- invasieve behandeling	6	Reviews	2
Totaal onderzoeken	21	Etiologisch onderzoek	1
Overige artikelen	5	Totaal anale hygiëne	3
Totaal aambeien	49		

* Niet-invasieve behandeling: lokale of systemische behandeling gericht op het verlichten van symptomen als jeuk, pijn, ontsteking. Invasieve behandeling: hemorrhoidectomie, bandligatie, scleroserende behandeling, infrarood coagulatie, elektrocoagulatie, cryocoagulatie.

aanwezig zijn.^{3,4,6,8,12} Zij worden in dit overzicht niet als aambeien aangemerkt.

De oorzaken van het uitzakken van de inwendige zwellichamen zijn niet in detail bekend. Naast elasticiteitsverlies van het steunweefsel door veroudering worden het vaakst als oorzaak genoemd: drukverhoging (frequent persen bij ingedikte feces) en ontsteking of irritatie van het distale darmslijmvlies met als gevolg chronische overvulling van de plexus en/of darm spasmen.^{3,4,6-13,18} Ook langdurig persen bij de bevalling, eventueel in combinatie met andere predisponerende factoren, is een vaak genoemde oorzaak.

Er is zeer weinig onderzoek gedaan naar de kwantitatieve samenhang tussen de verschillende gepostuleerde oorzaken en het voorkomen van symptomatische aambeien. In drie gevallen is het verband tussen obstipatie en symptomatische aambeien onderzocht: een vergelijkende epidemiologische studie⁵ en twee prospectieve case-control studies.^{14,15} In geen van deze onderzoeken kon een verband tussen beide worden aangetoond. Niet duidelijk was echter of obstipatie gevolgen had voor de wijze van defecatie (persen of niet). In één van de prospectieve onderzoeken werd een significant verband vastgesteld tussen de subjectieve klacht diarree en het optreden van symptomatische aambeien.¹⁴ In diverse onderzoeken bij patiënten met symptomatische aambeien werd bij hen een significant hogere interne anaalsfincterspanning in rust gevonden dan bij personen zonder aambeien.^{16,17,18} Terwijl in een van deze studies dit verschil ook na succesvolle ligatie van de aambeien significant bleef, werd in ander onderzoek¹⁸ vastgesteld dat de interne sfincterspanning na behandeling door middel van dilatatie blijvend naar normale waarden daalde. Derhalve is niet duidelijk of een verhoogde interne sfincterspanning een oorzaak of een gevolg van aambeien is.

Behandeling

De meest genoemde adviezen voor conservatieve behandeling van symptomatische aambeien zijn gericht op het vermakkelijken van de defecatie via een vezelrijke voeding in combinatie met vol-

doende vocht en eventueel extra vezels,^{3,6-13,19-26} en het verbeteren van het defecatiegedrag door direct toe te geven aan aandrang en er de tijd voor te nemen.^{3,6,7,10} Deze adviezen sluiten aan op de belangrijkste gepostuleerde etiologische factoren, maar zijn voor zover bekend niet op effectiviteit onderzocht. Daarnaast wordt, meestal in oudere publicaties, een zittend leven als predisponerende factor aangemerkt en wordt gewezen op de heilzame werking van meer lichaamsbeweging.^{10,19,27} Of deze factor verband houdt met het ontstaan en beloop van aambeien, is niet empirisch vastgesteld; ook een rechtstreeks pathofysiologisch verband is niet aannemelijk gemaakt.

Zelden wordt het advies gegeven om diarree of irritatie van het darmslijmvlies te verhelpen of te vermijden.^{6,8} Warme zitbaden worden aanbevolen met als doel de sfincterspanning te verlagen en zodoende de veneuze afvloed uit de aambeien te verbeteren en de noodzaak tot persen te verminderen.^{7,11,13,19-21,23,28,29} Zitbaden of compressen met ijs worden een enkele keer geadviseerd in het acute stadium van getromboseerde aambeien en perianale trombose.^{10,21} Ook deze adviezen zijn niet gebaseerd op gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek.

Dat lokale behandeling met anesthesische of corticosteroïd zalven kan leiden tot vermindering van secundaire symptomen als pijn, perianale jeuk en ontsteking, is goed gedocumenteerd.^{3,13,30-35} Behandeling met zetpillen wordt regelmatig aanbevolen,^{6,8,10,11,20,21,36} maar in de Consensus Hemorroïden op theoretische gronden als nutteloos bestempeld,³ omdat de pil niet op de juiste plek terecht zou komen. Hiernaar is echter geen vergelijkend onderzoek verricht, met één uitzondering. Deze studie meldt een even groot effect van zetpillen en zalven op lokale klachten als pijn en jeuk.³⁴ Tweemaal werd een aanbeveling aangetroffen om prolaberende aambeien terug te duwen met een ingevette vinger.^{11,20}

Naar het effect van invasieve behandelingen anders dan hemorroïdectomie (bandligatie, scleroserende injecties, infrarood coagulatie, elektrocoagulatie, cry-

ocoagulatie) zijn verschillende, ook vergelijkende onderzoeken verricht.³⁷⁻⁴⁴ In de twee gevonden meta-analyses komt bandligatie als beste behandeling naar voren voor niet-permanent prolaberende aambeien.^{45,46} De bijwerkingen zijn gering en het effect is duurzamer dan dat van andere behandelingsvormen. Scleroserende injecties lijken een goede tweede keus, met een hoger succespercentage en aanzienlijk minder bijwerkingen dan de verschillende vormen van coagulatie.¹⁸

Er werden drie vergelijkende onderzoeken naar het effect van wel- en niet-invasieve behandeling gevonden. Een eenmalige injectietherapie met fenol sorteerde op de korte termijn wel, maar op lange termijn nauwelijks effect.³⁷ De combinatie van eenmalige fenolinjectie met een laxans bleek niet effectiever dan een laxans alleen.⁴⁷ Bandligatie, ook bij aambeien van graad 1 of 2, bleek aanzienlijk effectiever te zijn dan geen behandeling.⁴³

Voor permanent prolaberende en gestranguleerde aambeien wordt in de internationale literatuur nog wel hemorroïdectomie geadviseerd. De Consensus Hemorroïden beveelt echter aan deze ingreep achterwege te laten vanwege de langdurige nasleep van pijn, urineretentie en mogelijk incontinentie, en in plaats daarvan de sfinctertonus te verlagen door laterale sfincterotomie of dilatatie van de anus.³

Pruritus ani

Oorzaken

Voor perianale jeuk wordt vaak geen of geen duidelijke oorzaak gevonden. Bij een minderheid van de patiënten is aannemelijk of aantoonbaar dat de jeuk wordt veroorzaakt door anorectale abnormaliteiten (aambeien, fistel, fissuur, prolaps, proctitis, parasitose), diarree, irriterende stoffen in de ontlasting, of lokale huidafwijkingen (contacteczem, mycose, psoriasis, lichen planus, skin tags met lokale verontreiniging, condylomata acuminata, vochtige huid met secundaire impetiginisatie).^{6,7,12,13,18,27,36,48-50} Een overmatige dan wel ontoereikende perianale hygiëne wordt regelmatig genoemd als etiologi-

sche factor.^{6,7,11,18,20,21,27,51,52} De overeenkomst tussen alle gepostuleerde oorzaken is een lokale irritatie, ontsteking of mace-ratie van de huid. Over de eventuele invloed van psychische factoren is veel geschreven maar staat niets vast.

Hoewel voor deze klacht dus vele pathofysiologisch plausibele verklaringen voorhanden zijn, is er weinig kwantitatief onderzoek verricht om deze te onderbouwen. Gecontroleerd onderzoek heeft aangetoond dat abnormale relaxatie van de interne anale sfincter lekkage van vocht of feces veroorzaakt, die tot jeuk kan leiden.⁵³ Ander onderzoek wees uit dat bij patiënten met pruritus ani na een fysiologisch-zoutclysma eerder vocht uit de anus lekte dan bij klachtenvrije controlepersonen.⁵⁴ In een onderzoek in een Amerikaanse chirurgische polikliniek onder 109 patiënten met als enige klacht perianale jeuk bleek bij 75 procent onderliggende pathologie te bestaan, voornamelijk aambeien, fissuren, poliepen en carcinomen.⁵⁵ De gemiddelde leeftijd was echter 52 jaar, wat aanzienlijk hoger is dan bij patiënten met deze klacht in de Nederlandse huisartspraktijk. In een ander onderzoek genazen 20 van de 21 patiënten met mycose-geassocieerde pruritus ani en een tegelijk bestaande anale aandoening (aambeien, fissuur, spasme van de sfincter en prolaps) door behandeling van deze aandoening, zonder dat lokale antimycotica nodig waren.⁵⁶ Vergelijking van de fecale microflora van patiënten met pruritus ani en controlepersonen zonder klachten leverde geen verschillen op.⁵⁷ Excisie van hypertrofische anale papillen, een mogelijke oorzaak van pruritus ani, bleek geen significant beter effect te hebben op pruritus ani dan geen behandeling.⁴³ Tenslotte is er casuïstische bewijsvoering voor het ontstaan van perianaal contacteczeem door conserveermiddelen in vochtige toiletdoekjes.⁵⁸

Behandeling

In alle gevallen wordt geadviseerd onderliggende aandoeningen op te sporen en te behandelen. Voor symptomatische behandeling worden de volgende, met de ge-

postuleerde etiologie in overeenstemming lijkende adviezen gegeven:

- Een adequate toilethygiëne. In een aantal publicaties wordt niet of onvoldoende toegelicht wat dit inhoudt;^{6,11,13,20,24,29,52} in andere gebeurt dat wel: geen schurend toiletpapier gebruiken maar een vochtige doek zonder zeep of chemische toevoegingen; vervolgens de anus goed droog deppen en droog houden (bijvoorbeeld met een gaasje of met een indifferent poeder).^{3,7,12,18,19,27,28,36,51}
- Geen ondergoed van kunststof dragen, aangezien dit tot verhoogde transpiratie en derhalve een grotere kans op huidbeschadiging leidt.^{7,18,27,51}
- Vermijden van krabben, daar dit beschadiging kan geven met infectie of verergering van de jeuk.^{7,18,27,51}
- Zo nodig lokale behandeling met zinkolie, of gedurende korte tijd een corticosterodzalf (cave huidatrofie met jeuk als gevolg) of lidocaïne-zalf (cave sensibilisatie).^{6,7,11,13,18,36,51}

Met uitzondering van het laatste, is van geen van deze adviezen, voor zover kon worden nagegaan, de effectiviteit via wetenschappelijk onderzoek vastgesteld.

Beschouwing

Aambeien

De anatomische afwijking die aan aambeien ten grondslag ligt, is voldoende opgehelderd. Voor het ontstaan van aambeien zijn enkele plausibele pathofysiologische verklaringen voorhanden. De bijdrage van elk der afzonderlijke oorzaken aan de morbiditeit is niet gemeten en is waarschijnlijk uitermate moeilijk meetbaar. Op grond van de resultaten van enkele onderzoeken is aan te bevelen de gepostuleerde causale relatie tussen obstipatie en aambeien nader te onderzoeken.

Er lijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen diarree en aambeien, en tussen een verhoogde rustspanning van de interne sfincter en aambeien. Ook hiervoor geldt dat verder onderzoek gewenst is, gezien de mogelijke consequenties voor de behandeling.

De adviezen met betrekking tot voeding, defecatiegedrag, het verhelpen of vermijden van diarree, het toepassen van ijs bij trombose, het terugduwen van prolaberende aambeien en het toepassen van corticosteroid- en anesthetische zalven sluiten goed aan op de gepostuleerde pathofysiologische mechanismen. Dat geldt in mindere mate voor warme zitbaden en in het geheel niet voor lichaamsbeweging. Met uitzondering van de lokale behandeling met corticosteroid- en anestetische zalven is van geen van deze adviezen in gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit nagegaan. Het effect van invasieve behandelingen, zoals bandligatie, sclerosering en coagulatie, is wel behoorlijk onderzocht en deze behandelingen zijn, zij het in verschillende mate, effectief gebleken.

Pruritus ani

Perianale klachten zoals jeuk en ontsteking kunnen zeer verschillende oorzaken hebben; het gevolg is altijd een veelal chronische irritatie of beschadiging van de huid rond de anus. De kwantitatieve bijdrage van de verschillende oorzaken aan de morbiditeit is waarschijnlijk moeilijk vast te stellen, mede omdat het aannemelijk is dat vaak diverse, elkaar beïnvloedende factoren aan de klacht bijdragen. Abnormale relaxatie van de interne sfincter, met als gevolg lekkage van slijm of ontlasting, en het bestaan van niet direct zichtbare anorectale pathologie zoals aambeien van graad 1 of 2 en fissuur kunnen belangrijke etiologische factoren zijn bij idiopathische jeuk. Nader onderzoek naar het belang van deze factoren is gewenst. Anderzijds lijken de fecale flora en de aanwezigheid van anale papillen of skin tags nauwelijks bij te dragen aan het ontstaan van perianale jeuk. De mogelijke invloed van psychische factoren is nooit gedocumenteerd.

De adviezen met betrekking tot toilethygiëne, ondergoed, het vermijden van krabben en het kortdurend toepassen van zalven sluiten logisch aan op de vaststelling dat de klacht wordt veroorzaakt door irritatie of beschadiging van de huid, en dat dit kan persisteren dan wel verergeren

door vocht, lokaal irriterende/allergene stoffen of manipulaties. Van deze adviezen wordt alleen de kortdurende toepassing van zinkolie, corticosteroïdzalf en lidocaïne-zalf ondersteund door wetenschappelijk onderzoek.

Conclusie

De in de inleiding weergegeven adviezen bij aambeien en de adviezen voor hygiëne bij perianale klachten sluiten goed aan bij de gepostuleerde etiologische en/of pathogenetische achtergronden van deze klachten en zijn in dat opzicht plausibel. Van geen van deze adviezen is het effect aangetoond in gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek. Op grond van de etiologie is te verwachten dat de genoemde adviezen bijdragen aan de verbetering van de klachten.

Literatuur

- 1 Meijman FJ. Halve waarheden. Semi- en pseudowetenschappelijke therapeutische wijsheden van huisartsen. *Huisarts Wet* 1996; 39: 61-8.
- 2 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Department of General Practice, University of Amsterdam, 1991.
- 3 Janssen LWM. Consensus hemorroïden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 2106-9.
- 4 Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, eds. Robbins pathologic basis of disease. Philadelphia: Saunders, 1994.
- 5 Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380-6.
- 6 Wullink FH. Inleiding tot de proctologie. Voorst: 't Nieuwe Hoen, 1986.
- 7 Streefkerk JG, Verheij ThJM. Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bunge, 1995.
- 8 Coppens J. Aambeien. In: Polak BS, Kloosterman GJ, Breuker GF, et al., red. *Bijblijven* 1987; 3(1): 31-8.
- 9 Leguit P. Behandeling van perianale/proctologische oorzaken van bloedverlies. In: De Smet R, Treffers PE, red. *Bijblijven* 1994; 10(8): 11-7.
- 10 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht; Bunge, 1994.
- 11 Hulsmans HAM, Rahn KH, Van Boven CPA. Diagnose en therapie. Leiden: Kooyker, 1988.
- 12 Van der Meer J, Stehouwer CDA, Den Otlander GJH, red. *Interne geneeskunde*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- 13 Van Everdingen JJE, Sillevius Smitt, red. *Dermatoveneologie voor de eerste lijn*. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- 14 Johanson JF, Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(1): 1981-6.
- 15 Gibbons CP, Bannister JJ, Read NW. Role of constipation and anal hypertonia in the pathogenesis of haemorrhoids. *Br J Surg* 1988; 75: 656-60.
- 16 Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994; 81: 946-54.
- 17 Deutsch AA, Moshkovitz M, Nudelman I, et al. Anal pressure measurements in the study of hemorrhoid etiology and their relation to treatment. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 855-7.
- 18 Hancock BD. Haemorrhoids. In: Jones DJ, Irving MH, eds. *ABC of colorectal diseases*. London: BMJ, 1993.
- 19 Jongkees LBW, Vandembroucke J, Eyskens E, red. *Codex medicus*. 8e dr. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1985.
- 20 Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA, eds. *Current medical diagnosis and treatment*. Norwalk: Appleton & Lange, 1994.
- 21 Gorroll AH, May LA, Mulley Jr AG, eds. *Primary care medicine*. Philadelphia: Lippincott, 1995.
- 22 Pfenninger JL, Surrill J. Nonsurgical treatment options for internal hemorrhoids. *Am Fam Physician* 1995; 52: 821-34.
- 23 Metcalf A. Anorectal disorders. Five common causes of pain, itching, and bleeding. *Postgrad Med*. 1995; 98: 81-4, 87-9, 92-4.
- 24 Bock JU. Technik, Vorgehen und Wertigkeit bei ambulanter Haemorrhoidentherapie. *Langenbecks Arch Chir Suppl II Verh Dtsch Ges Chir* 1989; 773-6.
- 25 Smith LE. Hemorrhoids. A review of current techniques and management. *Gastroenterol Clin North Am* 1987; 16: 79-91.
- 26 Schussman LC, Lutz LJ. Outpatient management of hemorrhoids. *Prim Care* 1986; 13: 527-41.
- 27 De Melker RA. Proctologie van de huisarts I. *Huisarts Wet* 1986; 29: 382-7.
- 28 De Boer J, Derom F, Goris RJA, et al., red. *Leerboek chirurgie*. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- 29 Beeson PB, McDermott W. *Textbook of medicine*. Philadelphia: Saunders, 1975.
- 30 Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 453-6.
- 31 Dressler H, Ehmann G. Lokalthherapie von Hamorrhoiden I. und II. Grades. Wirksamkeit eines Kombinationspräparats mit standardisiertem Blutegelextrakt. *Fortschr Med* 1992; 110: 307-10.
- 32 Knoch HG, Klug W, Hubner WD. Salbenbehandlung von Hamorrhoiden ersten Grades. Wirksamkeitsvergleich eines Präparats auf pflanzlicher Grundlage mit zwei nur synthetische Wirkstoffe enthaltenden Salben. *Fortschr Med* 1992; 110: 135-8.
- 33 Neiger A, Herms E. Zur symptomatischen Therapie von Hamorrhoiden und Analekzem. Ein Erfahrungsbericht aus der proktologischen Praxis. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1990; 79: 918-20.
- 34 Smith RB, Moodie J. Comparative efficacy and tolerability of two ointment and suppository preparations ('Uniroid' and 'Proctosedyl') in the treatment of second degree haemorrhoids in general practice. *Curr Med Res Opin* 1988; 11: 34-40.
- 35 Allenby CF, Johnstone RS, Chatfield S, et al. PERINAL, a new no-touch spray to relieve the symptoms of pruritus ani. *Int J Colorectal Dis* 1993; 8: 184-7.
- 36 Van Everdingen JJE, Brouwer A. *Huidaandoeningen*. Utrecht: Bunge, 1985.
- 37 Santos G, Novell JR, Khoury G, et al. Long-term results of large-dose, single-session phenol injection sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 958-61.
- 38 Bruhl W. Diagnostik und Therapie des Hamorrhoidalleidens. Neue Erkenntnisse zur Sklersierungsbehandlung. *Fortschr Med* 1993; 111: 39-42.
- 39 Walker AJ, Leicester RJ, Nicholls RJ, Mann CV. A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1990; 5: 113-6.
- 40 Varma JS, Chung SC, Li AK. Prospective randomised comparison of current coagulation and injection sclerotherapy for the outpatient treatment of haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1991; 6: 42-5.
- 41 Ponsky JL, Mellinger JD, Simon IB. Endos-

- copic retrograde hemorrhoidal sclerotherapy using 23.4% saline: a preliminary report. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 155-8.
- 42 Norman DA, Newton R, Nicholas GV. Direct current electrotherapy of internal hemorrhoids: an effective, safe, and painless outpatient approach. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 482-7.
- 43 Jensen SL, Harling H, Arseth-hansen P, Tange G. The natural history of symptomatic haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1989; 4: 41-4.
- 44 Deutsch AA, Moshkovitz M, Nudelman I, et al. Anal pressure measurements in the study of hemorrhoid etiology and their relation to treatment. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 855-7.
- 45 MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-94.
- 46 Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1600-6.
- 47 Senapati A, Nicholls RJ. A randomised trial to compare the results of injection sclerotherapy with a bulk laxative alone in the treatment of bleeding haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1988; 3: 124-6.
- 48 Sapan N. Food-induced pruritus ani: a variation of allergic target organ? *Eur J Pediatr* 1993; 152: 701-2.
- 49 Andrews D, Grunau VJ. An uncommon adverse effect following bolus administration of intravenous dexamethasone. *J Can Dent Assoc* 1986; 52: 309-11.
- 50 Harrington CI, Lewis FM, McDonagh AJ, Gawkrödger DJ. Dermatological causes of pruritus ani. *BMJ* 1992; 305: 955.
- 51 Van Boven C, Langendijk JW. Perianale jeuk – een huisartsgeneeskundige verkenning. *Huisarts Wet* 1984; 27: 20-1.
- 52 Aucoin EJ. Pruritus ani. *Postgrad Med* 1987; 82: 76-80.
- 53 Farouk R, Duthie GS, Pryde A, Bartolo DC. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring. *Br J Surg* 1994; 81: 603-6.
- 54 Allan A, Ambrose NS, Silverman S, Keighley MR. Physiological study of pruritus ani. *Br J Surg* 1987; 74: 576-9.
- 55 Daniel GL, Longo WE, Vernava AM. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 670-4.
- 56 Pirone E, Infantino A, Masin A, et al. Can proctological procedures resolve perianal pruritus and mycosis? A prospective study of 23 cases. *Int J Colorectal Dis* 1992; 7: 18-20.
- 57 Silverman SH, Youngs DJ, Allan A, et al. The fecal microflora in pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 466-8.
- 58 De Groot AC, Van Ulsen J, Weyland JW. Allergisch contacteczeem rond de anus met dyshidrotisch eczeem van de handen door Kathon CG in vochtige toiletdoekjes. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 1048-9.

