

Anale klachten

Henk Schers, Harry van Goor

Van klacht naar probleem

Onder anale klachten verstaan we in dit artikel pijn, jeuk, afscheiding en een door de patiënt gevoelde afwijking in en rondom de anus. Rectaal bloedverlies, obstipatie, fecale incontinentie en encopresis bespreken we niet.

Anale klachten komen in de open populatie vaak voor. Bij een telefonische enquête in de Verenigde Staten, waarbij willekeurige telefoonnummers werden gekozen, bleek dat 20% van de ondervraagden in het voorafgaande jaar anale klachten had. Het ging vooral om pijn en jeuk. Verreweg de meeste mensen (80%) hadden hiervoor geen medische hulp gezocht.¹

De diagnosen hemorroïden, fissura ani en pruritus ani zouden samen ongeveer 80% van de gevallen van anale klachten omvatten.² Uit bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië blijkt dat 4,5% van de mensen uit de open bevolking klaagt over aambeien,³ in Nederland is dat 6,8%.⁴ Van alle mensen die bij zichzelf aambeien vermoeden, raadpleegt ongeveer een derde de dokter.³ In de huisartsenpraktijk wordt dus alleen de top van de ijsberg gezien.

Uit de literatuur is niet veel bekend over de redenen waarom patiënten met anale klachten hun huisarts bezoeken. De ervaring leert dat mensen vaak ongerust zijn over de mogelijke betekenis van de klacht. Soms voelt men ook een verdikking en wil men de bevestiging dat het aambeien zijn. Ook het falen van een behandeling met zelfzorgmiddelen kan aanleiding zijn om de huisarts te raadplegen.

Samenvatting

Schers HJ, Van Goor H. Anale klachten. *Huisarts Wet* 2004;47(1):48-50.

Anale klachten komen in de algemene bevolking vaak voor. Een minderheid van de mensen die er last van hebben, zoekt hiervoor medische hulp. De meest voorkomende aandoeningen zijn aambeien en de fissura ani. Ook anale jeuk zonder duidelijke oorzaak komt vaak voor. In de huisartsenpraktijk is een ernstige aandoening – zoals een rectumcarcinoom – slechts zelden de oorzaak van anale klachten. Met behulp van een zorgvuldige anamnese, adequate inspectie, rectaal toucher en eventueel aanvullende proctoscopie kan in bijna alle gevallen een zekere diagnose worden gesteld. Specialistisch onderzoek is zelden geïndiceerd.

UMC St Radboud Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, afdeling Huisartsgeneeskunde: drs H. Schers: huisarts; afdeling Heelkunde: dr. H. van Goor, chirurg.

Correspondentie: h.schers@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ Anale klachten komen vaak voor; de meeste mensen zoeken hiervoor geen professionele hulp.
- ▶ De meest voorkomende aandoeningen zijn: aambeien, de fissura ani en anale jeuk. De huisarts kan die meestal prima zelf diagnosticeren en behandelen.
- ▶ Aanvullend onderzoek en specialistische interventie zijn maar zelden nodig.

Van probleem naar differentiële diagnose

De anale regio bestaat aan de buitenkant uit huid, die naar binnen toe doorloopt tot de zogeheten linea dentata van Morgagni. Deze bestaat uit dwarse plooien die de verbinding vormen tussen een zes- tot tiental longitudinaal gerichte anale plooien (columnae anales) – het anale kanaal. In de crypten die hierdoor ontstaan, monden de anale klieren uit. Het anale kanaal is 3-4 cm lang en gaat naar proximaal over in het rectum. De regio van het anale kanaal herbergt het continentiemechanisme voor ontlasting. Dit bestaat uit de externe en interne plexus hemorrhoidalis, de interne onwillekeurige en de externe willekeurige sfincters.⁵ De pathofysiologie van anale klachten is divers en vanzelfsprekend afhankelijk van de oorzaak en lokalisatie van de afwijkingen. De meest voorkomende oorzaken van anale klachten worden beschreven in *tabel 1*. De aandoeningen kunnen alle in mindere of meerdere mate de beschreven klachten veroorzaken.

Aambeien ontstaan door verwijding van de veneuze plexus hemorrhoidalis. Er wordt vaak een relatie gelegd met zittend werk, voedingsgewoonten en obstipatie, maar deze relaties zijn in groot epidemiologisch onderzoek niet bevestigd.³ Bij aambeien worden vaak marissen gezien; dit zijn uitwendige huidaanhangers die een goede anale hygiëne bemoeilijken. De fissura ani is een slijmvliesdefect distaal van de linea dentata. Een fissuur bevindt zich meestal in de commissura posterior en verloopt radiaal. Het wordt beschouwd als een ischemisch, chronisch ulcus. Pijn staat vaak op de voorgrond, maar niet altijd. Er is verband aangetoond tussen een fissura ani en het voorkomen van obstipatie.⁶

De verzamelnaam 'perianaal eczeem' kan een uiting zijn van diverse huidziekten zoals constitutioneel eczeem, contacteczeem, lichen sclerosus en psoriasis.

Het perianale abces is een uitermate pijnlijke aandoening die veroorzaakt wordt door een abcederende ontsteking tussen het lumen van de darm en het subcutane weefsel. De ontsteking gaat uit van de anale crypten. Bij het perianale abces is het belangrijk om te beseffen dat aan de buitenzijde vaak nog weinig te zien is,

terwijl het abces aan de binnenkant al duidelijk aanwezig is. Het rectaal toucher is dan uitermate pijnlijk.

Oxyuriasis wordt met name gezien op de kinderleeftijd. Kleine kinderen klagen meestal niet over jeuk, maar over pijn.

Soms worden voor de klachten jeuk en pijn geen oorzaken gevonden. Wanneer patiënten klagen over anale jeuk waarbij geen duidelijke afwijkingen worden gevonden, dan spreken we van idiopathische pruritus ani. Mogelijk heeft dit te maken met abnormale afscheiding die ontstaat door een slecht functionerende interne kringspier. Men noemt dit ook wel *soiling* of fecale lekkage. Het sluitende bewijs dat de 'idiopathische' jeuk veroorzaakt wordt door lekkage via een insufficiënte sfincter ontbreekt echter.^{5,7-11}

Proctalgie fugax is een grotendeels onbegrepen aandoening waarbij pijn optreedt in het onderste gedeelte van het rectum. De pijn is vluchtig en zeer hevig. Het wordt beschouwd als onderdeel van de perianale pijnsyndromen, waartoe ook de coccygodyn timer wordt gerekend.^{11,12} Perioden zonder klachten worden afgewisseld met aanvallen van heftig krampende pijn. De aanvallen duren seconden tot minuten en in ieder geval korter dan een half uur. De oorzaak is waarschijnlijk gelegen in verkramping van de musculatuur van de levator ani.

Tabel 1 Differentiële diagnose bij diverse anale klachten

	Pijn	Jeuk	Zwelling	Afscheiding	Bloedverlies
Hemorroiden	++	++	+	+/-	++
Fissura ani	++	+/-			+/-
Periaanaal eczeem		++	+/-		
Idiopathische pruritus ani		+++		+/-	
Lichen sclerosus		+++	+/-		
Oxyuriasis	+/-	++			
Abces	+++		+/-		
Poliep			+	+	
Proctalgie fugax	+++				
Soa					
Condylomata acuminata		+/-	++		
Herpes genitalis	++	+/-			
Gonorrhoe	+	+		+	
Chlamydia	+	+		+	

Het aantal plustekens geeft aan in hoeverre de klacht op de voorgrond staat bij de gevonden diagnosen.

Epidemiologie

Het is niet goed bekend in welke verdeling de diverse einddiagnosen worden gesteld bij de klachten jeuk, pijn, afscheiding, zwelling of combinaties van deze klachten. Ook precieze cijfers over het vóórkomen van anale klachten in de huisartsenpraktijk zijn er weinig. Registratienetwerken registreren meestal diagnosen en geen klachten (tabel 2). Een uitzondering hierop is het Transitieproject, waarbij wél klachten worden geregistreerd. Hieruit blijkt dat de klacht 'pijn in de anus of het rectum' even vaak bij mannen als bij vrouwen wordt gezien. De hoogste incidentie ligt tussen 45 en 65

Tabel 2 Incidenties van veelvoorkomende diagnosen in morbiditeitsregistraties (Transitieproject⁵, Continue Morbiditeits Registratie¹⁴, NIVEL⁴)

	Transitie	CMR	NIVEL
Hemorroiden	6,6	7-10	6,8
Fissura ani	1,0	3-5	3,2
Oxyuren	2,8	2-4	-
Eczeem	-	-	-

Methodologie

Elke bijdrage in de serie Diagnostiek wordt volgens strikte criteria geschreven. In Nederlandse leerboeken, in bekende huisartsgeneeskundige boeken met epidemiologiecijfers, in Medline 1966-2002, in *Huisarts en Wetenschap* (1957-2002), het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1966-2002) en in Uptodate (www.uptodate.com) is naar literatuur gezocht. Verder zochten we via de sneeuwbal methode.

Als trefwoorden werden gebruikt: *ano-rectal (symptoms)*, maar ook de diagnosen *pruritus ani*, *hemorrhoids*, *fissura ani*, *proctalgie*, waar mogelijk gecombineerd met zoektermen voor huisartsgeneeskunde: *family practice* of *primary care*, en voor epidemiologie: *epidemiology*, *incidence*, *prevalence*, voor het diagnostisch proces: *diagnostic*, *history-taking*, *clinical skills*, *physical examination*, *laboratory-tests*, en *proctoscopy*. Meer informatie over de zoekstrategie is bij de eerste auteur op te vragen.

jaar. Perianale jeuk komt vijfmaal vaker bij mannen dan bij vrouwen voor, met name tussen de 45 en 65 jaar.¹³ Verwarrend is dat de diagnose 'perianale jeuk' vaak ook geregistreerd wordt als einddiagnose, vooral wanneer men geen specifieke oorzaak voor de jeuk vindt. Het heet dan pruritus ani e causa ignota (e.c.i.) of idiopathische pruritus ani.

In het Transitieproject werden bij de klacht 'anale pijn' uiteindelijk de volgende diagnosen gesteld: fissura ani/periaanaal abces (samen onder één code) in 29%, hemorroiden in 23%, andere diagnosen in 25% en geen diagnose in 23%. Bij de klacht 'anale jeuk' waren de belangrijkste einddiagnosen: pruritus e.c.i. in 35%, eczeem in 11%, wormen in 10% en mycose in 10%.¹³ Het is onduidelijk hoe zorgvuldig deze einddiagnosen gesteld zijn.

In de huisartsenpraktijk worden hemorroiden, de fissura ani, oxyuren en pruriginous eczeem het meest gezien (tabel 2). De perianale uitingen van huidaandoeningen hebben in de

diverse registraties geen aparte plek, maar worden geregistreerd onder de overkoepelende diagnosen zoals constitutioneel eczeem, psoriasis of contacteczeem.^{4,5,14} De ervaring leert dat deze in de praktijk minder vaak worden gezien.

Bij hemorroiden is er geen verschil in voorkomen tussen mannen en vrouwen; de piek ligt tussen de 25 en 64 jaar. Onder de leeftijd van 20 jaar worden hemorroiden vrijwel nooit gediagnosticeerd.^{3,14} Fissuren worden vooral gezien bij kinderen tot de leeftijd van 4 jaar en in de middelbare-leeftijdsgroep.¹⁴

Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Voorgeschiedenis

Het voorkomen van huidaandoeningen, zoals eczeem en psoriasis, doet bij anale klachten denken aan deze aandoeningen. Promiscuïteit en actieve homoseksualiteit zijn gerelateerd aan seksueel overdraagbare aandoeningen zoals condylomata en andere soa. Na een bevalling zijn vaak hemorroiden aanwezig.

Bewijskracht

In dit artikel is het aangeven van niveaus van bewijskracht achterwege gelaten. Gedegen wetenschappelijk bewijs naar de waarde van diagnostiek bij anale klachten ontbreekt grotendeels.

Anamnese

De arts vraagt – behalve naar duur, beloop en hinder – naar defecatiepatroon, jeuk, pijn, zwelling, bloed- en vochtverlies (*tabel 1*). Pijn tijdens en gedurende korte tijd na de defecatie doet denken aan een anale fissuur of aan een getromboseerde hemorroid. Wanneer de pijn optreedt op willekeurige momenten is proctalgie fugax waarschijnlijk. Continue hevige pijn wijst op een periaanaal abces of een trombose van een hemorroid. Obstipatie duidt op fissuren of hemorroiden. Pijn bij kinderen moet, behalve aan een fissuur, doen denken aan wormpjes.

Lichamelijk onderzoek

Bij de diagnostiek van anale klachten neemt de inspectie een cruciale plaats in. Dit is het beste mogelijk door de bilplooien te spreiden en de patiënt iets te laten persen. Gekeken wordt naar huidafwijkingen, aanwijzingen voor lekkage zoals vocht en fecesresten, hemorroiden, marissen en krabeffecten. De meeste aandoeningen zijn met het blote oog goed waarneembaar. Bij het spreiden van de anus is ook een fissuur goed zichtbaar. Meestal bevindt deze zich in de achterste commissuur.

Behalve de inspectie neemt ook het rectaal toucher een belangrijke plaats in. Inwendige hemorroiden zijn over het algemeen niet te voelen. Indien het rectaal toucher erg pijnlijk is, dan wijst dat in de richting van een fissura ani of een periaanaal abces. Bij een typische anamnese van een fissuur kan worden volstaan met inspectie van de anus en kan een rectaal toucher beter achterwege worden gelaten wegens te grote pijnlijkheid.

Eenvoudig aanvullend onderzoek

Proctoscopie

Als de huisarts een afwijking in het anale kanaal vermoedt, dan

Inmiddels zijn verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002, en: De Vries H, De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003. In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit deze boeken in bewerkte vorm geplaatst.

kan hij zonder te laxeren proctoscopie verrichten. Met proctoscopie kan het anale kanaal en het meest distale deel van het rectum worden beoordeeld. De ervaring leert dat inwendige hemorroiden, poliepen en maligniteiten goed kunnen worden onderscheiden. Over de voorspellende waarde van proctoscopie in de huisartsenpraktijk zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

Complex aanvullend onderzoek

Complex aanvullend onderzoek is bij anale klachten nauwelijks geïndiceerd. Bij een vermoeden van fecale incontinentie als oorzaak voor de anale klachten kan de specialist een anomanometrie verrichten. Ook bij een vermoeden van een prolaps of rectumcarcinoom als oorzaak van de klachten, kan aanvullend onderzoek in de vorm van defecografie, respectievelijk sigmoidoscopie met biopsen geïndiceerd zijn. Dit onderzoek is het werkterrein van de medisch specialist.

Literatuur

- 1 Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38:341-4.
- 2 Mazier WP. Hemorrhoids, fissures, and pruritus ani. *Surg Clin North Am* 1994;74:1277-92.
- 3 Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98:380-6.
- 4 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 5 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose: Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 6 Kuijpers JHC, Schouten WR, Penninckx FM. Anus en anale kanaal. In: Bruining HA, Broos PLO, Goris RJA, Van Hee R, Kootstra G, Van Schilfgaarde R, et al. *Leerboek chirurgie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997:465-76.
- 7 Jensen SL. Diet and other risk factors for fissure-in-ano. Prospective case control study. *Dis Colon Rectum* 1988;31:770-3.
- 8 Daniel GL, Longo WE, Vernava AM III. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994;37:670-4.
- 9 Smith LE, Henrichs D, McCullah RD. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1982;25:358-63.
- 10 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.
- 11 Friend WG. The cause and treatment of idiopathic pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1977;20:40-2.
- 12 Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, Enck P, Pemberton JH, Rao SS. Functional disorders of the anus and rectum. *Gut* 1999;45 Suppl 2: II55-9.
- 13 Babb RR. Proctalgie fugax: Would you recognize it? *Postgrad Med* 1996;99:263-4.
- 14 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.