

Diagnostik og behandling af pruritus ani

Reservelæge Simon Francis Thomsen, afdelingslæge Helle Kiellberg Larsen & afdelingslæge Kikke Hagen

Pruritus ani defineres som en intens kløende fornemmelse omkring endetarmsåbningen [1]. Tilstanden er stærkt generende, men den ømtålige lokalisering gør, at mange patienter alligevel er tilbageholdende med at opsøge læge, hvilket forsinkes og besværliggør korrekt diagnostik og behandling. Omvendt er mange tilfælde utvivlsomt selvlimiterende. Pruritus ani forekommer hos op mod 5% af befolkningen, ca. fire gange hyppigere hos mænd end hos kvinder [2]. Der er beskrevet talrige årsager til pruritus ani. Disse relaterer sig primært til anorektale lidelser såsom analfissurer, hæmorider og fistler samt til dermatologiske lidelser i form af infektioner og eksem, mens den resterende andel hovedsageligt kan tilskrives funktionelle tilstande med relation til overdreven analhygiejne [2]. Enkelte tilfælde af pruritus ani skyldes maligne lidelser i den perianale hud og i analkanalen. Formålet med dette arbejde er at præsentere en vejledning i diagnostik og behandling af pruritus ani.

ÅRSAGER TIL PRURITUS ANI

Pruritus ani inddeles i en primær form, der ofte kan tilskrives funktionelle/irritative eller psykologiske årsager, samt i en sekundær form, der relaterer sig til lokal eller systemisk sygdom (Tabel 1). Der er stor variation i opgørelser over den relative fordeling af de enkelte årsager til pruritus ani, men gennemgående rapporteres det, at ca. 75% af alle tilfælde har en sikker underliggende patologi [2-7]. Af disse dominerer anorektale lidelser samt infektiøse og ikkeinfektiøse dermatoser. Hos de resterende 25% vil man selv efter grundig udredning ikke kunne påvise nogen sikker årsag, og disse må derfor klassificeres som idiopatiske, dog med en sandsynlig bagvedliggende funktionel eller irritativ ætiologi.

Den primære form af pruritus ani er hos mange patienter betinget af overdreven analhygiejne med deraf følgende nedbrudt hudbarriere. Andre patienter formår kun mangelfuld aftørring og afvaskning af huden efter toiletbesøg, hvilket indebærer lokal hudirritation og kløe. Visse patienter vil endvidere have uerkendt sivning af fæces, muligvis betinget af trykændringer i analkanalen. Og endelig har visse patienter hypersekretion fra perianale svedkirtler, der undertiden er betinget af tætsiddende tøj, hvilket ligeledes er lokalirriterende og medfører fugt og kløe. Reflektorisk kradsning af huden bevirker forøget kløe

samt traume af huden, som derved bliver mere påvirkelig over for infektioner og irriteranter i eksempelvis sæber, cremer, servietter og toiletpapir. Denne umiddelbare forværring af tilstanden vil hos visse patienter medføre overdrevne hygiejniske foranstaltninger i form af kraftig aftørring, yderligere kradsning, samt anvendelse af diverse lokalirriterende cremer, parfumer, rensmidler og dulmende stoffer, hvilket starter en ond cirkel. Hvis huden ikke får ro til at hele, udvikles, grundet den repetitive kradsning, med tiden kronisk eksematisering af huden – lichen simplex chronicus (neurodermatitis). Tilstanden er beskrevet hos ca. 8% af patienterne med pruritus ani, og hos 25% af disse patienter vil lichen simplex chronicus ligeledes være til stede andre steder på kroppen [8]. Hos nogle patienter vil vedvarende irritation af den perianale hud give anledning til infektion med eksempelvis *Staphylococcus aureus* og hæmolytiske streptokokker samt medføre allergisk kontakteksem på baggrund af allergener i de anvendte rensmidler og cremer.

Den sekundære form af pruritus ani er overvejende relateret til anorektale lidelser samt til infektiøse og ikkeinfektiøse hudsygdomme. Af de anorektale lidelser indebærer analfissurer, fistler og hæmorider en betydelig risiko for kløe, ligesom analcancer kan vise sig ved kløe som forudgående symptom. Patienter med langvarig diarre eller obstipation

STATUSARTIKEL

Bispebjerg Hospital,
Kirurgisk Gastroentero-
logisk Afdeling og
Dermato-venerologisk
Afdeling



FAKTABOKS

Pruritus ani defineres som en intens kløende fornemmelse omkring endetarmsåbningen.

Pruritus ani forekommer hos op mod 5% af befolkningen, ca. fire gange hyppigere hos mænd end hos kvinder.

Pruritus ani inddeles i en primær form, der ofte kan tilskrives funktionelle/irritative tilstande med relation til overdreven analhygiejne, samt i en sekundær form, der relaterer sig til lokal eller systemisk sygdom.

75% af alle tilfælde af pruritus ani skyldes underliggende sygdom.

Diagnostik og behandling af pruritus ani kan for langt hovedparten af tilfældene håndteres i almen praksis.

Der henvises til dermatolog ved vanskeligt traktabel og/eller langvarige symptomer, medmindre årsagen er oplagt proktologisk (fistler, persisterende analfissurer, svære hæmorider eller mistanke om neoplasia), i hvilket tilfælde patienten bør henvises primært til mave-tarm-kirurg.

 TABEL 1

Årsager til pruritus ani.

Irritative påvirkninger

Sæbevask, overdreven/mangelfuld rengøring, parfumestoffer/cremer, tøjvaskemidler, fugt, tætsiddende tøj

Anorektale lidelser

Analfissurer (3-36%) [8, 9, 18, 19], fistler (2-8%) [18, 19], hæmorider (11-36%) [7-9, 14, 19], rektal/alcancer (16%) [18], kryptitis, papillitis (1-2%) [8, 19], analpolypper (4%) [18], analpapillomer, proktitis (11%) [18], abscesser (2%) [18], diarre, obstipation

Infeksiøse og seksuelt overførbare sygdomme

Candidiasis/intertrigo (14-58%) [7, 8, 19], erytrasma (*Corynebacterium minutissimum*) (1-16%) [8, 14], condylomata accuminata (humant papillomavirus) (1-5%) [7, 18], herpes simplex (1%) [7], dermatofytose (1-56%) [10, 19], ormeinfektioner (børneorm, giardiasis) (3%) [8], perianal streptokokinfektion (betahæmolytiske streptokokker), scabies (fnat)

Hudsygdomme

Atopisk eksem (3-6%) [7, 13], allergisk samt irritativ kontakteksem (8-69%) [7, 8, 10-13, 20], seborisk eksem (2%) [13], psoriasis (2-55%) [7-10, 13, 14], lichen sclerosus et atrophicus (2%) [7], lichen planus (5%) [9], lichen simplex chronicus (8%) [8], ekstramammær *Paget's disease*, morbus Bowen, hidrosadenitis, basocellulært karcinom, medikamentelt udslæt

Systemiske sygdomme

Diabetes mellitus, thyroidealidelser, malignt lymfom, leukæmi, jernmangelanæmi, leversygdomme, nyreinsufficiens

Fødevarer

Tomat, chili/krydderier, kaffe, cola, citrusfrugter, alkohol (øl), mælkeprodukter, chokolade

Lægemidler

Colchicin, quinidin

Andre/psykogene årsager

Psykosomatik (1%) [8], angst/depression, obsessiv-kompulsiv tilstand, graviditet

Tal i procent angiver hyppigheden af den pågældende tilstand som årsag til pruritus ani estimeret på baggrund af en gennemgang af tidligere prævalensstudier (estimerterne er baseret både på studier af ulekerede patienter med pruritus ani samt på studier af patienter med pruritus ani og samtidig perianal dermatitis). Der er betydelig variation i de enkelte studiers estimer af årsagernes hyppighed, og ofte angives flere samtidige lidelser hos den enkelte patient. Årsager, der ikke er angivet med hyppighed, er ikke opgjort systematisk.

har også højere risiko for pruritus ani. Talrige infektiøse og seksuelt overførbare sygdomme kan give anledning til kløe. Disse indbefatter bl.a. herpes simplex, erytrasma, candidiasis, condylomata accuminata og børneorm. Øvrige ikkeinfeksiøse hudlidelser med ano(genital) kløe som symptom er fortrinsvis eksem. Allergisk kontakteksem er årsag til 8-69% af alle tilfælde af pruritus ani [7, 9-13]. De hyppigste klinisk relevante allergier hos denne patientgruppe er neomycin (ses hos 2-40% af patienterne [7, 10, 12, 13] og forekommer bl.a. i visse topikale steroidpræparater, der indeholder antiinfektiva samt i visse hæ-

moridcremer og suppositorier); lokalanalgetika af caintypen (ses hos 3-50% af patienterne [7, 8, 12, 13] og forekommer bl.a. i visse hæmoridcremer); glukokortikoider (ses hos 3-33% af patienterne [12, 13]); parfume (ses hos 5-29% af patienterne [7, 12, 13] og forekommer bl.a. i toiletpapir, vådservietter, kosmetik og cremer); lanolin (ses hos 2-5% af patienterne [7, 10, 13] og forekommer bl.a. i sæbe, cremer og salver); Perubalsam – *Myroxylon Pereirae* (ses hos 9-11% af patienterne [7, 13] og forekommer bl.a. i kosmetik, sæbe, cremer og hæmoridmidler; samt øvrige allergener, der er indeholdt i patienternes egne produkter. Visse systemiske sygdomme kan ligeledes give anledning til pruritus ani, men vil i mange tilfælde tillige indebære universel hudkløe. Nogle fødevarer er mistænkt for at kunne give pruritus ani, eksempelvis tomater (histaminfrigørende), chili og andre stærke krydderier (lokalirriterende) og koffeinholdige drikke såsom cola og kaffe (nedsætter hvilettrykket i analkanalen) [14]. Endelig kan graviditet medføre pruritus ani, ligesom flere lægemidler er mistænkt for at kunne fremkalde symptomet [2].

UDREDNING AF PATIENTER MED PRURITUS ANI

Udredning af patienter med pruritus ani retter sig mod opsporing af underliggende behandlelig patologi (Tabel 2).

Ved anamneseoptagelsen lægges vægt på symptomernes karakter, varighed, hyppighed, intensitet, tidspunkt på døgnet, adfærdsmønster i forhold til analhygiejne, provokerende faktorer, afføringsmønster, ledsagende smerter (især ved malignitetsmistanke), blødning, perianale hudforandringer, tidligere samt nuværende hudsygdomme og anorektale lidelser (hæmorider, fissurer, fistler), systemiske sygdomme, infektioner og medicinforbrug.

Objektivt foretages en inspektion af anogenitalregionen med registrering af eventuelle hudforandringer, fistelåbninger, hæmorider eller analfissurer under hensyntagen til, at visse generaliserede hudsygdomme kan ytre sig atypisk i analregionen (eksempelvis invers psoriasis). Der foretages rektaleksploration og suppleres med ano/rektoskopi, hvis dette findes indiceret. Endelig foretages inspektion af den øvrige hud mhp. diagnostik af generaliseret hudsygdom.

Paraklinisk kan der udføres podning mhp. tilstedeværelse af patogene svampe eller bakterier. Endvidere kan det være indiceret at foretage tapeprøve mhp. afklaring af børneorm, fæcesprøve, stansebiopsi, epikutantest samt blodprøver.

Ved usikkerhed om diagnosen, ved lidelser der ikke lader sig behandle i almen praksis eller ved vanskeligt traktable og/eller langvarige symptomer bør

patienten henvises til dermatolog, med mindre årsagen er oplagt proktologisk (fistler, persisterende analfissurer, svære hæmorider eller mistanke om neoplasi), i hvilket tilfælde patienten bør henvises primært til mave-tarm-kirurg [9]. Før diagnosen idiopatisk (kronisk) pruritus ani kan stilles, bør patienten være vurderet af enten dermatolog og/eller mave-tarm-kirurg især for at udelukke tilgrundliggende malign eller anden alvorlig lidelse, ligesom der bør foretages epikutantest, da kontakteksem er så hyppig, og afklaring af dette ofte kan helbrede patienten ved at undgå de pågældende stoffer.

BEHANDLING AF PRURITUS ANI

Hvis symptomerne skyldes en tilgrundliggende lidelse, indrettes behandlingen efter denne. Ved primær pruritus ani følger behandlingen dels en række generelle anvisninger, dels en række specifikke behandlinger.

Generelt instrueres patienten i at holde perianalområdet rent og tørt ved atraumatisk aftørring af huden efter toiletbesøg. Ideelt foretages skånsom aftørring med fugtet bomuldsvat og skylning med håndbruser efterfulgt af dupning med blødt håndklæde. Patienten indskræpes ikke at anvende sæber, parfumer eller rensmidler, men instrueres i brug af neutral fugtighedscreme. Patienten opfordres til at modstå fristelsen til at krads sig, og hvis symptomerne forekommer om natten med kradsning i søvne, kan der anvendes bomuldshandsker. Undertøj skiftes dagligt og bør være løstsiddende og af bomuld for at minimere irritation, svedproduktion og okklusion.

Specifik (medicinsk) behandling af primær pruritus ani indledes med et middelstærkt til stærkt virkende glukokortikoid til påsmøring i to uger med følgende nedtrapning over lavere dosisinterval eller lavere potens i yderligere to uger, evt. til vedligeholdelsesbehandling to gange ugentligt. Ved langvarig anvendelse af steroidholdige cremer er der øget risiko for steroidatrofi, hvilket kan forværre tilstanden betydeligt. Opblussen af tilstanden efter ordination af steroidcreme bør give mistanke om allergisk kontakteksem. Dette gælder især for steroidcremer, der indeholder antiinfektiva. Behandlingen kan suppleres med et mildt tjæreholdigt hudplejemiddel såsom eksempelvis Inotyolsalve eller zinkpasta 10%. Ved mangelfuld effekt eller uacceptable bivirkninger af steroidcreme kan man forsøge med topikale calcineurinhæmmere. Indtagelse af systemisk antihistamin kan forsøges mhp. kløestillende effekt.

Håndtering af svær, behandlingsrefraktær pruritus ani er en specialistopgave. Påsmøring af creme indeholdende capsaicin (chili) har vist gavnlige effekt på intractabel pruritus ani i et randomiseret forsøg [15].



TABEL 2

Udredning og behandling af pruritus ani.

Anamnese
Symptomer (karakter, varighed, hyppighed, intensitet, tidspunkt på døgnet, smerter, blødning)
Adfærdsmønstre i forhold til analhygiejne
Provokerende faktorer (afføring, afvaskning, aftørring, cremer, rensmidler, fødevarer, tøj)
Afføringsmønster (diarre, obstipation)
Hudsygdomme (psoriasis, eksem)
Anorektale lidelser (hæmorider, fissurer, fistler)
Systemiske sygdomme (diabetes mellitus, lerversygdom, nyresygdom, thyroideasygdom, anæmi)
Tidligere infektioner (genitale, seksuelt overførbare)
Medicinforbrug (colchicin, quinidin)
Objektiv undersøgelse
Inspektion af anogenitalregionen (hudforandringer)
Rektaleksploration (tumormistanke, polyper)
Ano/rektoskopi (fistler, tumorer, hæmorider)
Inspektion af den øvrige hud (generaliseret hudsygdom)
Parakliniske undersøgelser
Podning for patogene svampe og bakterier (foretages før eksploration og ano/rektoskopi for at undgå kontamination)
Tapeprøve (børneorm)
Fæcesprøve (parasitter)
Stansebiopsi (hudlidelse)
Epikutantest (kontaktallergi)
Blodprøver (systemisk sygdom og infektion)
Behandling
<i>Generel behandling</i>
Perineum holdes rent og tørt ved atraumatisk aftørring af huden med fugtet bomuldsvat
Skylning med håndbruser og efterfølgende dupning med blødt håndklæde
Patienten bør ikke anvende sæber, parfumer eller rensmidler
Brug af neutral fugtighedscreme
Modstå fristelsen til at krads sig
Bomuldshandsker ved natlig kradsning
Løstsiddende undertøj af bomuld, skiftes dagligt
Indtagelse af fiberrig kost og rigelig væske for at forebygge obstipation
<i>Specifik (medicinsk) behandling</i>
Topikalt gruppe II-III-glukokortikoid to gange dagligt to uger med nedtrapning over yderligere to uger
Topikalt glukokortikoid indeholdende antiinfektivum to gange dagligt til eksem med samtidig infektion
Tjæreholdig salve, eksempelvis Inotyl to gange dagligt eller zinkpasta 10%
Topikale calcineurinhæmmere (tacrolimus 0,1%/pimecrolimus 1%) to gange dagligt i tre uger
Systemisk antihistamin (især ved natlig samt mere udbredt hudkløe) en gang dagligt
Doxepincreme 5% to gange dagligt i fire uger, evt. længere tid
Systemisk antibiotika (ved udbredt infektion)
Perorale antidepressiva (ved formodet tilgrundliggende psykiatrisk lidelse/kløestillende)

Effekten kan formentlig tilskrives en inhibitorisk effekt på sensoriske nervefibre af C-typen. Bivirkninger i form af brænden og svie under behandlingen begrænser dog denne cremes anvendelighed, og den anvendes derfor stort set ikke i den kliniske hverdag. Intradermal injektion (tatovering af anus) med metylenblåt har ligeledes vist lovende behandlingsresulta-



ter ved svær behandlingsrefraktær pruritus ani [16], men er ikke en anvendt behandling herhjemme. Anvendelse af creme, der indeholder doxepin 5% (antidepressivum) har vist at have en kløestillende virkning formentlig grundet en antihistaminerg effekt, men stoffet er ikke undersøgt systematisk på patienter med pruritus ani [17]. Endelig vil man, i de tilfælde hvor symptomerne formodes at skyldes en til grundliggende psykiatrisk lidelse, kunne forsøge behandling med perorale antidepressiva eller selektive serotoninoptagelseshæmmere.

KORRESPONDANCE: Simon Francis Thomsen, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.

E-mail: sft@city.dk

ANTAGET: 9. juli 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2nd edition, Philadelphia: Elsevier Mosby, 2008.
2. Siddiqi S, Vijay V, Ward M et al. *Ann R Coll Surg Engl* 2008;90:457-63.
3. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129-33.
4. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A et al. Pruritus ani. *Dermatol Ther* 2005;18:355-62.
5. Heard S. Pruritus ani. *Aust Fam Physician* 2004;33:511-3.
6. Jones DJ. ABC of colorectal diseases. Pruritus ani. *BMJ* 1992;305:575-7.
7. Kränke B, Trummer M, Brabek E et al. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006;118:90-4.
8. Bowyer A, McColl I. A study of 200 patients with pruritus ani. *Proc R Soc Med* 1970;63 Suppl:96-8.
9. Dasan S, Neill SM, Donaldson DR et al. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *Br J Surg* 1999;86:1337-40.
10. Alexander S. Dermatological aspects of anorectal disease. *Clin Gastroenterol* 1975;4:651-7.
11. Harrington CJ, Lewis FM, McDonagh AJ et al. Dermatological causes of pruritus ani. *BMJ* 1992;305:955.
12. Goldsmith PC, Rycroft RJ, White IR et al. Contact sensitivity in women with anogenital dermatoses. *Contact Dermatitis* 1997;36:174-5.
13. Warsaw EM, Furda LM, Maibach HI et al. Anogenital dermatitis in patients referred for patch testing: retrospective analysis of cross-sectional data from the North American Contact Dermatitis Group, 1994-2004. *Arch Dermatol* 2008;144:749-55.
14. Smith LE, Henrichs D, McCullah RD. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis Colon Rectum* 1982;25:358-63.
15. Lysy J, Sistiery-Iltah M, Israelit Y et al. Topical capsaicin – a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. *Gut* 2003;52:1323-6.
16. Sutherland AD, Faragher IG, Frizzelle FA. Intradermal injection of methylene blue for the treatment of refractory pruritus ani. *Colorectal Dis* 2008;11:282-7.
17. Hercegovca J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Ther* 2005;18:341-3.
18. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM 3rd. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994;37:670-4.
19. Dodi G, Pirone E, Bettin A et al. The mycotic flora in proctological patients with and without pruritus ani. *Br J Surg* 1985;72:967-9.
20. Bauer A, Geier J, Elsner P. Allergic contact dermatitis in patients with anogenital complaints. *J Reprod Med* 2000;45:649-54.

Münchhausens syndrom

– en diagnose vi ikke må glemme

1. reservelæge Roland Knudsen & overlæge Frank Damborg

KASUISTIK

Kolding Sygehus,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

Münchhausens syndrom (MS) er en undergruppe af disordo facititious, som blandet andet er karakteriseret ved patologisk vandring fra behandler til behandler med fantastiske og opdigtede historier. Sygehistorierne er ofte dramatiske, og patienter med MS simulerer forskellige eller evt. vedvarende samme lidelser, hvilket ofte afstedkommer adskillige hospitalindlæggelser, ofte på flere forskellige sygehuse. Hos patienter med MS er det ligeledes vigtigt, at be-

handlersystemet identificerer syndromet, således at patienten ikke indlægges og evt. underkastes formålsløse operationer, undersøgelser m.v. Det svære i håndteringen af disse patienter består i, at selv om symptomerne er simulerede, så er patienten faktisk reelt syg, blot på et andet plan.

SYGEHISTORIE

Patienten faldt for fire år siden ned fra en lav stige og