

## S1-Leitlinie

# Analer Pruritus

AWMF-Register-Nr.: 013/063, 2020

ICD-10 Code: L29.0

Schlagworte: Pruritus ani, Analer Juckreiz, Juckreiz am After, Afterjucken

Zitation der Leitlinie:

AWMF S1-Leitlinie „Analer Pruritus“ (AWMF-Reg. Nr.: 013/063), 2020

Stand: 01.04.2020

Gültig bis: 31.03.2025

Leitlinienkoordination: PD. Dr. med. Gerhard Weyandt  
Dr. med. Ricardo N. Werner



## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	2
1 Klinische Einleitung.....	3
1.1 Definition und Überblick .....	3
1.2 Epidemiologie und Relevanz .....	3
1.3 Formen, Ursachen und Ätiopathogenese des analen Pruritus .....	4
2 Diagnostik bei analem Pruritus .....	6
3 Therapie bei analem Pruritus .....	7
4 Expertenkommission und Methodengruppe .....	9
5 Hinweise zur Anwendung von Leitlinien .....	10
6 Geltungsbereich, Anwenderzielgruppe und Ziele der Leitlinie .....	10
7 Finanzierung .....	10
8 Umgang mit Interessenkonflikten .....	10
9 Methodik .....	11
9.1 Auswahl der Schlüsselfragen und relevanter Endpunkte .....	11
9.2 Literaturrecherche.....	11
9.3 Auswahl und Bewertung der Evidenz.....	11
9.4 Generierung von Empfehlungen / Konsensuskonferenz.....	11
9.5 Begutachtung der Leitlinie .....	11
9.6 Pilotierung, Evaluierung und Implementierung .....	11
9.7 Aktualisierung der Leitlinie.....	11
10 Darstellung der Interessenkonflikte mit Themenbezug zur Leitlinie .....	12
11 Literaturverzeichnis .....	21

## Tabellenverzeichnis

**Tabelle 1:** Überblick über mögliche Ursachen von analem Pruritus (modifiziert nach Ständer et al.<sup>1)</sup> . 4

**Tabelle 2:** Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe ..... 9

# **1 Klinische Einleitung**

## **1.1 Definition und Überblick**

Analer Pruritus (synonym: Pruritus ani, Afterjucken) bezeichnet das Auftreten von Missempfindungen, die Kratzen, Scheuern, Rubbeln o.ä. Verhaltensweisen im Bereich der Analregion (peri- und/oder intraanal) provozieren. Analer Pruritus tritt sekundär als Symptom verschiedener proktologischer, dermatologischer, allergologischer, mikrobieller oder parasitärer Erkrankungen oder primär als idiopathischer analer Pruritus auf. Die spezifische differenzialdiagnostische Einordnung der Ätiologie des analen Pruritus ist die Voraussetzung für eine angemessene Behandlung.

Die vorliegende S1-Leitlinie stellt eine Lokalisations-spezifische Ergänzung zur „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus“ (AWMF-Register Nr. 013/048)<sup>1</sup> dar und ist eine aktualisierte Version der 2008 publizierten Leitlinie „Analer Pruritus“ (AWMF-Register Nr. 013/063). Zur Diagnostik und Behandlung des Analekzems sei auf die Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Analekzems“ (AWMF-Register Nr. 013/007)<sup>2</sup> verwiesen.

## **1.2 Epidemiologie und Relevanz**

Analer Pruritus stellt ein häufiges Symptom dar: In einer aktuellen Auswertung von deutschsprachigen Google-Suchen zeigte sich, dass der Analbereich die zweit-häufigste in Kombination mit dem Suchbegriff Pruritus und entsprechenden Synonymen gesuchte körperliche Lokalisation war.<sup>3</sup> Die Autor\*innen der Studie schlussfolgern, dass sich für analen Pruritus ein hoher Patienten-seitiger Bedarf, bedingt durch eine hohe Prävalenz und/oder unzureichende Behandlung zeige. Daten aus Befragungen von proktologischen Patient\*innen legen eine hohe Prävalenz von analem Pruritus innerhalb dieses Kollektivs nah.<sup>4</sup>

Chronischer analer Juckreiz kann die Lebensqualität erheblich einschränken. Belastbare Daten aus spezifischen Studien liegen hierzu nicht vor, in einer randomisierten Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass die adäquate Behandlung des analen Juckreizes zu einer 75%igen Besserung des Dermatologischen Lebensqualität-Index (DLQI) führte.<sup>5</sup>

### 1.3 Formen, Ursachen und Ätiopathogenese des analen Pruritus

Analer Juckreiz kann sekundär als Symptom einer benignen oder malignen anorektalen oder systemischen Erkrankung auftreten oder als primärer, idiopathischer analer Juckreiz entstehen. In einem Kollektiv von 109 proktologischen Patient\*innen, deren einziges Symptom analer Juckreiz war (Ausschluss von Patient\*innen mit anderen begleitenden Symptomen wie Schmerzen, perianaler Blutung oder veränderten Stuhlgewohnheiten), wurde in 25% der Fälle die Diagnose eines primären Pruritus ani gestellt, in 52% der Fälle die Diagnose eines Pruritus ani bei assoziierter benigner anorektaler Erkrankung (Hämorrhoiden, 20%; Analfissur, 12%; idiopathischer Proktitis, 6%; ulzerativer Proktitis, 5%; Condylomata acuminata, 5%, Fisteln, 2%; und Abszesse, 2%), und in 23% die Diagnose eines Pruritus ani bei assoziierter maligner oder prämaligener Neoplasie (Kolorektales Karzinom, 11%; Analkarzinom, 5%; Adenom, 4%; Kolonkarzinom, 2%; anale intraepitheliale Neoplasie, 1%).<sup>6</sup> Darüber hinaus können diverse inflammatorische, irritative und infektiöse Hauterkrankungen der Analregion mit Juckreiz als (Leit-)Symptom einhergehen.<sup>7-18</sup> Eine besondere Rolle kommt perianalen Stuhlverunreinigungen als irritativer Reiz zu.<sup>19-23</sup> Die Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel (v.a. Kaffee, Tee, Bier, Tomaten, Schokolade) wurde ebenfalls mit analem Juckreiz assoziiert,<sup>24-26</sup> allerdings ist die epidemiologische Relevanz von Nahrungsmitteln als Auslöser analen Juckreizes weitestgehend unklar, ebenso wie die Frage, ob hierbei nicht andere assoziierte Faktoren wie etwa die Stuhlkonsistenz den entscheidenden pathogenetischen Faktor darstellen. Des Weiteren finden sich anekdotische Berichte zu Chemotherapeutika und anderen Medikamenten als Auslöser isolierten analen Juckreizes.<sup>27</sup> Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über mögliche Ursachen von analem Pruritus (modifiziert nach Ständer et al.<sup>1</sup>). In der Tabelle genannte systemische Ursachen (z.B. paraneoplastischer Pruritus, Eisenmangel) dürften äußerst selten zu isoliertem analem Juckreiz, sondern in der Regel zu disseminiertem bis generalisiertem Juckreiz führen.

**Tabelle 1:** Überblick über mögliche Ursachen von analem Pruritus (modifiziert nach Ständer et al.<sup>1</sup>)

Erkrankungsgruppe	Erkrankung (alphabetisch sortiert)
Inflammatorische Dermatosen	Analekzem, irritativ-toxisch
	Analkzem, atopisch
	Analekzem, kontakt-allergisch
	Lichen sclerosus
	Lichen ruber (planus)
	Psoriasis vulgaris
Bakterielle Infektion	Bakterielle sexuell übertragbare anorektale Infektion (z.B. Gonorrhoe, Chlamydien, Mykoplasmen)
	Erythrasma

	Perianale Streptokokkendermatitis
Virale Infektion	HPV-assoziierte anale Läsionen (siehe entsprechende S2k-Leitlinie) <sup>28, 29</sup>
	Herpes simplex anogenitalis
	Molluscum contagiosum
Parasitäre Infektion	Skabies
	Nematoden, v.a. Enterobius vermicularis (Oxyuriasis)
	Gardia lamblia
	Cestoden
Mykotische Infektion	Candidose
	Tinea
Neoplasien	Anale intraepitheliale Neoplasie (AIN), M. Bowen
	Analkarzinom
	Extramammärer M. Paget
	Rektumkarzinom, Polyp
	Langerhanszell-Histiozytose
	Paraneoplastischer Pruritus (z.B. im Rahmen eines M. Hodgkin und anderer Lymphomerkkrankungen / hämatologischer Neoplasien oder im Rahmen eines Prostatakarzinoms und anderer solider Neoplasien)
Endokrin-metabolisch	Eisenmangel
	Diabetes mellitus
Medikamenten-induziert	Fixes Arzneimittelexanthem
	Hydroxyethylstärke-induzierter Pruritus (Beginn)
	Symmetrical drug-related intertriginous flexural erythema (SDRIFE)
Neuropathisch	Erkrankungen der Wirbelsäule im Lumbo-Sakral-Bereich (z.B. Diskusprolaps)
Psychisch / Psychosomatisch	Somatoformer Pruritus

Ab einer Verlaufsdauer von sechs Wochen wird Pruritus als chronisch bezeichnet.<sup>1</sup> Die grundlegende klinische Klassifikation des chronischen analen Pruritus berücksichtigt, ob sich dieser auf primär veränderter oder primär unveränderter Haut entwickelt (historisch: Pruritus cum materia vs. Pruritus sine materia). Unabhängig von der primären Ursache des Juckreizes entstehen durch Kratzen mikro- und makroskopische Hautläsionen, die im Verlauf sekundäre Hautveränderungen (Krustenbildung, Hypo- / Hyperpigmentierung, Vernarbung und Lichenifikation bis hin zur Bildung von Prurigoknoten) bedingen können. Die durch das Kratzen bedingte oder aggravierte Störung der Barrierefunktion der Haut begünstigt Komplikationen wie etwa mikrobielle Besiedelungen und inflammatorische Reaktionen, die ihrerseits wiederum den Juckreiz verstärken. Wie bei Juckreiz anderer anatomischer Lokalisationen kann sich das Symptom des Juckreizes unabhängig von der zugrundeliegenden Ursache verselbständigen und als chronischer Pruritus einen eigenständigen Krankheitswert erlangen.<sup>1</sup>

## 2 Diagnostik bei analem Pruritus

Ziel der diagnostischen Maßnahmen bei analem Pruritus ist die Zuordnung bzw. der Ausschluss zugrundeliegender Ursachen. In vielen Fällen kann eine kausale Therapie der zugrundeliegenden Erkrankung zu einer Remission oder Besserung des Juckreizes führen.<sup>30</sup> Aufgrund der Vielzahl an möglichen Ursachen analen Juckreizes eignet sich eine schrittweise und befundadaptierte, ggf. auch interdisziplinäre Herangehensweise.

Die **Anamnese** soll den analen Juckreiz und andere, möglicherweise bestehende Symptome (Schmerzen, Nässen, perianale Blutungen, Analsekret, Schleimauflagerung auf dem Stuhl) hinsichtlich Beginn, Dauer, Art und tageszeitlichen Schwankungen erfassen. Relevant ist zudem die Erfassung der Einwirkung irritativer und/oder möglicher allergischer Substanzen und der zeitlichen Dynamik des Auftretens der Beschwerden im Zusammenhang mit Expositionen. In diesem Kontext sollten Faktoren wie das Stuhlentleerungsverhalten, die Stuhlfrequenz und –konsistenz, Kontinenzeinschränkungen, das Hygieneverhalten (insbes. die Anwendung von feuchtem Toilettenpapier oder „Hygienetüchern“), die Anwendung von Pflegeprodukten und frei verkäuflichen oder medizinischen Topika sowie das Sexualverhalten (rezeptiver Analverkehr, Gleitgel) und mögliche gynäkologische Ursachen (Fluor vaginalis) thematisiert werden. Bekannte atopische und sonstige dermatologische Erkrankungen, Kontakt sensibilisierungen, sowie proktologische Erkrankungen und Eingriffe im unteren Gastrointestinal- bzw. Anogenitaltrakt können wertvolle Hinweise liefern. Auch vorangegangene radiotherapeutische und sonstige Eingriffe im Bereich des Anogenital- und Gastrointestinaltrakts sollten erfasst werden.

Die **körperliche Untersuchung** sollte neben der Inspektion der Anogenitalregion auch eine digital-rektale Untersuchung mit Palpation des Analkanals, Untersuchung des Ruhe- und Aktivierungstonus und Austastung der Rektumampulle in der gesamten Zirkumferenz sowie eine Proktoskopie mit Beurteilung des distalen Rektums, Hämorrhoidalstatus, der Linea dentata und des Analkanals umfassen. In Abhängigkeit vom klinischen Verdacht und Befunden aus den bisherigen Untersuchungen schließen sich weitere diagnostische Maßnahmen an: je nach Morphe der perianalen Hautveränderungen die Erhebung eines dermatologischen Status, bei fissurähnlichen oder entzündlich-eitrigen Befunden ggf. eine Untersuchung mit Spreizspekulum ergänzend zur o.g. Untersuchung mittels Proktoskop, bei unklaren transanal Blutungen und Schleimabgängen oder Stuhlunregelmäßigkeiten eine Rekto-, Kolo-, und/oder Gastroduodenoskopie, bei Verdacht auf mykotische, mikrobielle, virale oder parasitäre Genese entsprechende Abstriche bzw. sonstige Untersuchungen, und bei fraglicher kontakt-allergischer Verursachung ein Epikutantest.

Eine **histopathologische Untersuchung** sollte bei verbleibender klinisch-diagnostischer Unsicherheit durchgeführt werden, und immer dann erfolgen, wenn eine Sicherung oder der Ausschluss von Differenzialdiagnosen erforderlich ist (z.B. Sicherung der Diagnose eines Lichen ruber oder Ausschluss einer malignen Differenzialdiagnose). Darüber hinaus sollte eine histopathologische Untersuchung bei analem Juckreiz mit therapierefraktären oder rezidivierenden Hautveränderungen (4 (-6) Wochen) erfolgen. Eine Übersicht über die wichtigsten Differenzialdiagnosen und die jeweils wegweisenden diagnostischen Verfahren findet sich auch in der S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Analekzems (AWMF-Register Nr. 013-007, Tabelle 2)<sup>2</sup> sowie in der S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus (AWMF-Register Nr. 013/048).<sup>1</sup>

### 3 Therapie bei analem Pruritus

Ziel der Behandlung ist die anhaltende Beseitigung des analen Juckreizes und sonstiger Symptome. Die Therapie des analen Pruritus stützt sich – ähnlich wie die Therapie des Analekzems – auf drei Säulen:

1. Behandlung zugrundeliegender ursächlicher oder aggravierender Erkrankungen,
2. Allgemeinmaßnahmen zur Beseitigung bzw. Minderung irritativer Reize im Analbereich, und
3. symptomatische, juckreizlindernde Therapie.

Die **Behandlung zugrundeliegender ursächlicher oder aggravierender Erkrankungen** ist abhängig von der jeweiligen Diagnose. Diesbezüglich wird auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)). In einer Kohortenstudie (N=23) konnte gezeigt werden, dass die adäquate Behandlung einer zugrundeliegenden proktologischen Pathologie zu einer Remission des Juckreizes und Abheilung konkomittierender mykotischer Befunde in der Mehrheit der Fälle führte.<sup>30</sup>

**Allgemeinmaßnahmen zur Beseitigung bzw. Minderung irritativer Reize in der Analregion** umfassen die Optimierung der Analhygiene (z.B. durch Meidung von Detergentien), die Optimierung der Stuhlentleerungsgewohnheiten und Maßnahmen zur Hautpflege. In einer kleinen, nicht-randomisierten vergleichenden Kohortenstudie wurde kein Unterschied hinsichtlich einer verbesserten analen Hygiene mittels milder Reinigungslotion und einer topischen Steroidapplikation gefunden.<sup>31</sup> Auch wenn die Aussagekraft dieser Studie aufgrund methodischer Mängel limitiert ist, ist die milde, seifenfreie Reinigung der Analregion nach Stuhlgang mit lauwarmem Wasser und anschließender sanfter Trocknung ein wichtiger Bestandteil der Allgemeinmaßnahmen.<sup>32, 33</sup> Die Ernährungsgewohnheiten sollten mit dem Ziel eines geformten Stuhls und der Reduktion einer erhöhten Stuhlfrequenz angepasst werden. Maßnahmen zur Hautpflege umfassen in der Analregion die Anwendung pflegender, allergen-freier Externa zur Wiederherstellung der Hautbarriere und/oder

weicher Zinkoxidpaste aufgrund ihrer protektiven Eigenschaften als physikalische Barriere. Das Tragen von luftiger Baumwollunterwäsche unterstützt durch eine verminderte Okklusion ein weniger feuchtes Mikroklima in der Analregion.

Grundsätzlich können zur **symptomatischen, juckreizlindernden Therapie** topische Substanzen mit antiinflammatorischem Effekt, z.B. Kortikosteroide oder Calcineurininhibitoren, eingesetzt werden. Liegt ein akut- oder chronisch-entzündlicher Hautbefund vor, so sollte sich die spezifische topische Therapie bezüglich der Auswahl der Grundlage, des Wirkstoffs, der Behandlungsdauer und –frequenz an den Vorgaben der S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Analekzems (AWMF-Register Nr. 013-007)<sup>2</sup> orientieren. In Studien erwiesen sich sowohl topische Kortikosteroide als auch topische Calcineurininhibitoren als effektiv zur Minderung des Juckreizes.<sup>5,34-36</sup> Eine langfristige Anwendung von topischen Kortikosteroiden ist wegen der bekannten Nebenwirkungen (u.a. Hautatrophie, Teleangiektasien) zu vermeiden. Hinsichtlich der Anwendung von Calcineurininhibitoren ist zu beachten, dass die Anwendung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets (mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem, das nicht ausreichend auf herkömmliche Therapien anspricht) einem Off-label-Use entspricht. Therapieprinzipien der symptomatischen topischen Therapie finden sich in der S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Analekzems (AWMF-Register Nr. 013-007).<sup>2</sup> Darüber hinaus wurde in einer randomisierten Crossover-Studie gezeigt, dass Capsaicin 0,006% Creme hinsichtlich der Reduktion des Pruritus signifikant effektiver als Menthol-Creme war.<sup>37</sup>