

ARTIKELN

# Anogenitale dermatosen bij ouderen

E.M. van der Snoek, C.L.M. van Hees

*Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam*

*Correspondentieadres:  
E.M. van der Snoek  
Afdeling Dermatologie en Venereologie  
Erasmus MC  
Postbus 2040  
3000 CA Rotterdam  
E-mail: e.vandersnoek@erasmusmc.nl*

## ANOGENITALE JEUK

Anogenitale jeuk is een vervelende klacht die irriteert tijdens het dagelijks functioneren. De jeuk beïnvloedt regelmatig de nachtrust. Veel patiënten hebben jarenlang klachten. Schaamte maakt het

voor hen moeilijker over hun klacht een arts te raadplegen. In verschillende onderzoeken is bekeken welke oorzaak van perianale en vulvaire jeuk het meest voorkomt (tabel 1).<sup>1,3</sup>

## PERIANAAL ECZEEM

Periaanale eczeem komt bij mannen en vrouwen voor. Wanneer het alleen periaanale gelokaliseerd is, blijken de klachten vaak geassocieerd met lokale ortho-ergische factoren zoals wasgedrag (veelvuldig gebruik van water en zeep), onvoldoende hygiëne of soiling (fecale incontinentie of lekkage). Contactallergische componenten kunnen hierbij ook een rol spelen bijvoorbeeld door het langdurig topicaal gebruik van anesthetica, antiseptica of antibiotica in het perianale gebied.

Tabel 1. Anogenitale dermatosen met jeuk bij ouderen.

<b>Anogenitale dermatosen</b>	Eczeem (atopisch, irritatief of contactallergisch) Lichen simplex (figuur 1.) Psoriasis inversa Lichen sclerosus Lichen planus
<b>Xerosis cutis</b>	Veroudering Atopie
<b>Mucosale afwijkingen</b>	Anale fissuren Hemorroiden (bij lekkage of prolaps)
<b>Anogenitale (pre)maligniteiten</b>	Ziekte van Bowen/High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL); AIN, PIN, VIN, VAIN Plaveiselcelcarcinoom Ziekte van Paget
<b>Defecatie-/mictieproblemen</b>	Chronische obstipatie Urine incontinentie Soiling
<b>Afwijkende (endel)darmflora</b>	Erythrasma (Corynebacterium) Schimmels en gisten (intertrigo, candidiasis) Enterobius vermicularis of Strongyloides stercoralis
<b>Gastro-intestinale aandoeningen</b>	Colitis ulcerosa of ziekte van Crohn
<b>Hormonaal</b>	Diabetes Postmenopauzale atrofie
<b>Infestaties</b>	Scabiës
<b>Overige</b>	Neuropathische scrotale, perianale of vulvaire pruritus Idiopatische anogenitale jeuk



Figuur 1. Anale lichen simplex met lichenificatie perianaal en perineum.

Anogeenitaal eczeem bij atopie kan heel subtiel zijn en jeuk zonder veel zichtbare afwijkingen veroorzaken. Duidelijke instructie over de behandeling van de droge huid kan dan al effectief zijn. Evident atopisch eczeem met een droge huid, schilfering en excoriaties vraagt om een eczeembehandeling met sterkwerkende corticosteroiden in een zalfbasis of calcineurineremmers, altijd in combinatie met veelvuldig invetten met bijvoorbeeld paraffine vaseline 50% zalf. Veel krabben en wrijven (handdoek of washandje) kan tot uitgebreide en hardnekkige vulvaire of scrotale lichen simplex leiden (figuur 2). Hierbij moet de jeuk-krabcyclus doorbroken worden en zijn opnieuw sterkwerkende corticosteroiden in combinatie met een emolliens nodig.

### VULVOVAGINALE ATROFIE BIJ POSTMENOPAUAZALE VROUWEN

Huidveroudering treedt ook op aan de genitaliën. Atrofie en rimpelvorming kunnen verslapping van de vulvaire huid met plooien veroorzaken. Daarnaast zorgt de postmenopauzale afname van oestrogenproductie voor verminderde elasticiteit en lubricatie van de vagina. De kwetsbare droge



Figuur 2. Vulvaire lichen simplex met lichenificatie op beide labia majora.

vulvaire huid en het vaak wat erythemateuze, droge vaginaslijmvlies met afvlakking van slijmvliesplooien kunnen dan gemakkelijk geïrriteerd raken en postmenopauzaal bloedverlies en dyspareunie geven. Er kan sprake zijn van vulvaire jeuk. Soms is invetten met emollientia zoals paraffine vaseline 50% zalf voldoende tegen droogheid, jeuk en irritatie. Bij vaginale atrofie met (contact)bloedingen kan een lokaal oestrogeen zoals estriol worden gebruikt. Hierbij wordt geadviseerd zo laag mogelijk te doseren en zo kort mogelijk te behandelen, bijvoorbeeld estriolcrème of ovule 0,5 mg 1 dd voor de nacht inbrengen gedurende enkele weken waarna geleidelijk afbouw naar maximaal 0,5 mg tweemaal per week. Let wel op eventuele contra-indicaties, waaronder (een voorgeschiedenis van) mamma- en endometriumcarcinoom.

### FISSURA ANI

Een fissura ani is een pijnlijk kloofje in de huid rond de anus. Jeuk is echter vaak de reden dat de patiënt een arts consulteert. Soms kan er sprake zijn van bloedverlies uit het kloofje. Meestal komt het voor bij jonge mensen maar ook bij ouderen kan het optreden ten gevolge van een verminderde doorbloeding van de perianale regio. Waarom fissura ani ontstaat, is onduidelijk. Mogelijk begint het met harde ontlasting. De harde ontlasting beschadigt de kwetsbare slijmvliesbekleding. Spierverkramping belemmert vervolgens de bloeddoodstroming, waardoor de klachten toenemen.

Een kloofje in de anus is hardnekkig. Door de pijn en de verhoogde spanning houdt iemand onbewust de ontlasting op. De ontlasting wordt daardoor hard en bij een volgende stoelgang scheurt het kloofje weer open.

In de eerste plaats zal de ontlasting zacht moeten worden gehouden. Vezelrijke voeding en voldoende drinken zijn het begin. Het voorschrijven van psylliumzaden kan nodig zijn.

Acute pijn kan worden behandeld met bijvoorbeeld lidocaïne gel 2%. Diltiazem 2%-gel moet tweemaal daags worden aangebracht gedurende minimaal zes weken. Soms is behandeling gedurende meer maanden nodig. Hoofdpijnklachten treden soms op, vooral tijdens de eerste dagen. Deze behandeling geeft mogelijk minder hoofdpijn en is gebruiksvriendelijker wat betreft de frequentie van gebruik in vergelijking met isosorbidedinitraat (ISDN)-vaselinezalf 1%. Dit product moet om de drie uur worden aangebracht gedurende minimaal zes weken.<sup>5</sup>

### LICHEN SCLEROSUS

Bij lichen sclerosus kleurt de huid porseleinwit en verliest daarbij elasticiteit (figuur 3). De huidafwijking veroorzaakt pijn, jeuk en branderigheid maar is soms ook asymptomatisch. Ongeveer drie op de duizend mannen en een tot twee op de honderd vrouwen hebben lichen sclerosus. Het komt voor bij mannen en vrouwen op iedere leeftijd, maar vrouwen boven de 50 jaar komen vijf- tot tienmaal



*Figuur 3. Vulvaire lichen sclerosus met verstreken labia minora en begraven clitoris, opvallende hypopigmentatie, hyperkeratose proximaal van de clitoris en op het perineum en een fissuur links naast de clitoris.*

vaker met dit ziektebeeld in aanraking. Mannen met lichen sclerosus zijn meestal onbesneden en tussen de 30 en 50 jaar. Voorhuid en/of glans penis zijn aangedaan. Bij vrouwen betreft het vooral de huid van de schaamlippen. De aandoening kan in een klein percentage ook op andere plaatsen zoals in de nek en op de schouders voorkomen. Waarschijnlijk is lichen sclerosus een immuungemedieerde aandoening.

De huid- en slijmvlieasafwijkingen bestaan uit porseleinwitte tot erythemateuze maculae, papels en plaques. Bij actieve ziekte kunnen fissuren, ecchymosen en erosies of ulceraties ontstaan. Soms is er sprake van verlittekening van de huid, waarbij de huid een dun sigarettenpapierachtig uiterlijk krijgt. Bij mannen kan vernauwing van de voorhuid optreden, bij vrouwen kunnen de binnenste schaamlippen ‘verstrijken’ of ‘verschrompelen’, wat kan leiden tot deels of helemaal verdwijnen van de binnenste schaamlippen en het verkleven van de preputium van de clitoris waardoor deze minder of helemaal niet meer zichtbaar is.

De meest voorkomende klachten bij lichen sclerosus zijn jeuk, een schraal of brandend gevoel en pijn. Pijn bij seksueel contact en pijnlijke erecties zijn ook symptoom van de huidaandoening. Het krabben aan de aangedane huid kan excoriaties, lichenificatie en oedeem geven.

De meest voorgeschreven behandeling bestaat uit lokale toepassing van sterk werkende corticosteroiden zoals clobetasolpropionaat zalf eenmaal daags. Daarnaast wordt meerdere malen daags (bijvoorbeeld na iedere toiletgang) het aanbrengen van een emolliens zoals paraffine/vaseline in gelijke delen geadviseerd. Na twee tot vier weken, zodra deze

behandeling verbetering geeft, kan de behandeling worden afgebouwd naar eenmaal daags, gedurende drie tot vijf aaneengesloten dagen per week. Tacrolimuszalf is een goed alternatief.<sup>3</sup> Remissies en exacerbaties wisselen elkaar af. Het is aan te raden een onderhoudsbehandeling te geven die exacerbaties voorkomt.<sup>4</sup> Anogenitale lichen sclerosus gaat gepaard met een licht verhoogde kans op het ontstaan van *differentiated* VIN/AIN (vulvaire/ anale intraepitheliale neoplasie) en van plaveiselcelcarcinoom. Vanwege deze kans op ontaarding is periodieke, bijvoorbeeld jaarlijkse, controle – ook in een rustige fase – verstandig. Patiënten moeten het advies krijgen bij persisterende klachten ondanks adequate therapie, het optreden van bloedverlies, verandering van de huidafwijkingen of verergering of verandering van de klachten (bijvoorbeeld van jeuk naar pijn) eerder een controleafspraak te maken. Een biopt voor aanvullend histopathologisch onderzoek is dan zeer raadzaam (tabel 2).



*Figuur 4. Vulvaire lichen planus met vrijwel geheel verdwenen labia minora en begraven clitoris.*

## LICHEN PLANUS

Lichen planus geeft vaak meer pijn en/of jeukklachten dan op basis van zichtbare afwijkingen waarschijnlijk lijkt. Kenmerkend voor mucosale lichen planus (penis/scrotum en vagina) zijn vooral de gerapporteerde pijn (figuur 4). Cutane lichen planus van bijvoorbeeld enkel en volaire zijde van de pols of de buitenzijde van de labia majora veroorzaakt eerder jeuk. Aan de slijmvliezen (wangslimvlies) zijn soms fijne, wittige lijntjes zichtbaar die de naam striae van Wickham dragen. Regelmatig komen hierbij ook nagelplaatafwijkingen voor. Bij lichen planus moet het medicatiegebruik van de patiënt worden geïnventariseerd en zo mogelijk gewijzigd. Geneesmiddelen die gerelateerd worden aan drug-induced lichen planus zijn NSAID's, statines, ACE-remmers, bèta-blokkers, quinine en methyl dopa.

Tacrolimuszalf en/of topicale sterkwerkende corticosteroiden gedurende meerdere aaneengesloten dagen per week geven vaak verbetering.

Tabel 2. Verschillen en overeenkomsten (ano)genitale lichen sclerosus en lichen planus.

		Lichen sclerosus	Lichen planus
Klachten	Vrouw	Jeuk (en pijn) Kleurverandering huid Dyspareunie	Pijn (en jeuk) Kleurverandering Fluorklachten Dyspareunie
	Man	Vernauwde voorhuid Vorming rhagaden Preputium Kleurverandering Dyspareunie	Jeuk, kleurverandering
Kliniek (anogenitaal)	Vrouw	Vulva en peri-anaal (8-figuur) Verstrijken en fusie labia minora en preputium clitoris Hypopigmentatie, excoriaties, ecchymosen en hyperkeratose	Vulva en vagina: glanzend erytheem, erosies, bloederige fluor Verstrijken en fusie labia minora en preputium clitoris
	Man	Hypopigmentatie Strakzittend preputium Ecchymosen en hyperkeratose	Glanzend erytheem al dan niet annulair
Localisaties (extragenitaal)		Rug, schouders, nek, pols, bovenbeen en submammar	Mondholte, enkels, pretibiaal, nek, onderrug, volaire zijden pols
Lokale therapie		Sterk werkende corticosteroiden en/of tacrolimus Emolliens bij de man: circumcisie	Tacrolimus en/of sterkwerkende corticosteroiden Emolliens

### CANDIDA-INFECTIES EN INTERTRIGO

Een veelvoorkomend misverstand is dat vulvovaginale jeuk bij een postmenopauzale vrouw wel door een candida-infectie zal komen. Postmenopauzale vrouwen hebben zelden vaginale candida-infecties. Een candida vulvitis kan wel voorkomen bij vrouwen met diabetes en bij lokale of systemische immuunsuppressie, en geeft roodheid en vooral (veel) jeuk. Ook intertrigo kan hierbij voorkomen waarbij lokale factoren (obesitas, immobiliteit) ook belangrijk zijn.

Lokale behandeling bij een beperkte candida vulvitis met miconazolcrème gedurende veertien dagen is vaak afdoende. Oraal is fluconazol effectief.

Mannen ontwikkelen soms na seksueel contact een candida-infectie van de glans penis. Een candida balanitis is meestal goed behandelbaar met topicale antimycotica zoals miconazol- en clotrimazolcrème.

### BALANITIS VAN ZOON

De balanitis plasmacellularis circumscripta van Zoon wordt omschreven als chronische, reactieve dermatose die vrijwel uitsluitend voorkomt bij onbesneden mannen van 40 jaar en ouder. De aandoening veroorzaakt soms minimale jeuk of gevoeligheid en is meestal gelokaliseerd aan zowel de glans penis als aan de binnenzijde van het preputium. Oorzakelijke factoren zouden chronische infecties kunnen zijn waarbij *Mycobacterium smegmatis* regelmatig wordt genoemd. Ook retentie van urine en frictie zouden een rol kunnen spelen.

Behandeling met de grootste kans op blijvend succes is een circumcisie. Ook blijkt tacrolimuszalf soms effectief, net als fusidinezuur en imiquimodcrème. Behandeling met de CO<sub>2</sub>-laser werd ook als effectief beschreven. Behandeling met topicale corticosteroiden en antimycotica is wisselend effectief.<sup>6</sup>

### SCABIËS

Van oudsher is scabiës een bekende oorzaak van anogenitale (jeuk)klachten ook bij ouderen. De verminderde immunestatus bij ouderen kan er voor zorgen dat zij weinig klachten hebben en scabiës pas laat ontdekt wordt wat verspreiding in de hand werkt.

Ook hebben ouderen een verhoogde kans op een ernstig beloop als gevolg van een sterke vermenigvuldiging van het mijtenaantal. Indien meerdere ouderen bij elkaar verblijven in zorginstellingen is het risico op verspreiding groot. Zowel personeel als bewoners van (zorg)instellingen lopen dus een verhoogd risico op scabiës. Andere risicofactoren zijn verminderde persoonlijke hygiëne en verminderde voedingstoestand.

Scabiës geeft vooral tijdens de nacht heftige jeuk. Onder de dekens wordt de jeuk erger. De huidafwijkingen bestaan uit erythemateuze papels en noduli die vaak geëxcorieerd zijn. Meestal zijn de bekende 'gangetjes' zichtbaar aan de binnenzijde van de pols, tussen de vingers, in de knieholten en aan de voetranden. Op de externe geslachtsorganen (bij mannen op penis en scrotum, bij vrouwen op de labia) ontstaan vrijwel altijd roodpaarse tot bruine papels

en noduli. Bij kinderen kunnen de jeukende plekken ook in het gezicht voorkomen. Behandeling moet plaatsvinden bij de patiënt en diens huisgenoten en (seks)contacten. Als eerste keus wordt meestal permethrinecrème 5% gebruikt. Bij volwassenen moet permethrine nauwkeurig vanaf kaakrand tot voetzool worden aangebracht en na acht uur worden afgespoeld. Beddengoed en kleding moeten gewassen worden bij 60 °C of gedurende minimaal 72 uur apart worden gehangen en aansluitend gewassen bij 30 °C. Orale behandeling van scabiës kan met ivermectine 200 microgram/kg bij voorkeur twee uur na de avondmaaltijd. Herhaling van de behandeling na veertien dagen moet worden overwogen als er nieuwe laesies ontstaan of als het parasitologisch onderzoek positief blijft. Tussen twee uur voor en twee uur na inname mag geen voedsel worden gebruikt. Na inname wordt soms een tijdelijke verergering van de jeuk gerapporteerd. Bij een uitbraak in een zorginstelling wordt de plaatselijke GGD betrokken bij behandeling en contactopsporing.<sup>7</sup>

**ANOGENITALE PREMALIGNITEITEN; DE INTRA-EPITHELIALE NEOPLASIE (AIN, PIN, VIN, VAIN)**

Het anogenitale plaveiselcelcarcinoom wordt voorafgegaan door een voorstadium, de zogenoemde ‘intra-epitheliale neoplasie’. Wat CIN (cervicale intra-epitheliale neoplasie) bij baarmoederhalskanker is, is AIN bij anuskanker, PIN bij peniskanker, VIN bij kanker aan de vulva en VAIN bij een vaginale maligniteit. AIN komt zowel intra-anaal als perianaal voor. Vooral hiv-positieve mannen en oudere vrouwen hebben een verhoogd relatief risico op het ontwikkelen van AIN (figuur 5). Risicofactoren geassocieerd met de aanwezigheid van AIN zijn receptief anale seks en een voorgeschiedenis met (peri)anale condylomata acuminata. Hoe vaak de verschillende stadia van intra-epitheliale neoplasie zich ontwikkelen tot anuskanker is nog onduidelijk. Wel is duidelijk dat laaggradige intra-epitheliale neoplasie in elk stadium spontaan in regressie kan gaan.



Figuur 5. Perianaal gelokaliseerde hooggradige anale intra-epitheliale neoplasie (HGAIN).

Bij ouderen, maar ook bij bijvoorbeeld patiënten na orgaantransplantatie, is immuunsuppressie geassocieerd met het chronisch worden van HPV-infecties en het ontstaan van AIN/PIN/VIN/VAIN (HSIL). Bij vulvaire premaligniteiten wordt onderscheid gemaakt tussen de HPV-geassocieerde laesies of SIL (*squamous intraepithelial lesion*) en de laesies die gerelateerd zijn met bijvoorbeeld lichen sclerosus. Voor deze laatste groep wordt de term *differentiated* VIN gebruikt.

**SIL (SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION)**

Het HPV-gerelateerde SIL kan worden ingedeeld in laag- (LSIL) en hooggradig (HSIL). Bij asymptomatische LSIL is een afwachtend beleid met jaarlijkse controle mogelijk. Indien klachten ontstaan als jeuk, pijn of bloedverlies, of als anogenitale of inguinale zwellingen optreden, is aanvullend hernieuwd onderzoek geïndiceerd. Bij HSIL kan behandeling bestaan uit applicatie van imiquimod of fluorouracilcrème of eventueel poliklinische behandeling met trichloorazijnzuur 80% of cryotherapie. Bij grotere of therapieresistente laesies kan CO<sub>2</sub> laserablatie, elektrocoagulatie of excisie plaatsvinden. Bij anogenitaal carcinoom zijn excisie of radio(chemo)therapie de behandelingsmogelijkheden. Na chirurgische behandeling van grotere HSIL-laesies treden recidieven frequent op. Net als voor de andere behandelingen geldt immers dat eradicatie van een HPV-infectie onmogelijk is. Behandeling met imiquimodcrème bij HSIL heeft het voordeel dat deze thuis door de patiënt zelf kan worden gedaan. Imiquimod heeft antivirale en immuunmodulerende eigenschappen, dankzij het activeren van cytokines, bepaalde eiwitten die een rol spelen in de afweer. Deze cytokines zijn waarschijnlijk ook verantwoordelijk voor de antitumoractiviteit van imiquimod. De behandeling dient minimaal vier maanden te worden voortgezet. Een groot deel van de behandelde patiënten ontwikkelt bijwerkingen als lokale roodheid, oppervlakkige, erosieve afwijkingen op de behandelde plek. Minder dan vijf procent heeft last van griepachtige verschijnselen, moeheid of stemmingsverandering.

**MORBUS PAGET**

Een aparte entiteit is extramammaire morbus Paget (EMMP). Morbus Paget werd voor het eerst beschreven aan de areola van de tepel in combinatie met een mammacarcinoom. Het betreft een zeldzame, langzaam progressieve premaligniteit die zich openbaart met scherp begrensde erythemateuze en deels schilferende gebieden waarin erosieve afwijkingen kunnen ontstaan. De afwijkingen komen voor in gebieden met veel apocriene zweetklieren zoals de perianale regio, de penis, de vulva, de bovenbenen, het scrotum en de liezen (figuur 6). Pijn maar vooral jeuk (60%) kan aanwezig zijn. Krabbeffecten en lichenificatie van de huid kunnen hierdoor aanwezig zijn. EMMP komt drie- tot viermaal vaker voor bij vrouwen. Vooral vrouwen van het Kaukasische



Figuur 6. Vulvaire EMMP.

ras boven de 50 jaar ontwikkelen EMMP. In Japan komt EMMP vaker voor bij mannen. De oorzaak van EMMP is niet met zekerheid bekend. De tumoren ontstaan vermoedelijk in apocrine klieren. Oppervlakkige invasieve groei komt bij ongeveer 20% van de vulvaire Paget voor, onderliggend vulvaire adenocarcinoom bij ongeveer 5%.<sup>8</sup> Vulvaire morbus Paget wordt wel geassocieerd met een ductaal mammacarcinoom. De meeste richtlijnen adviseren daarom bij een vulvaire Paget te screenen op borstkanker. Het gelijktijdig voorkomen van een intestinale of urogenitale maligniteit met een vulvaire morbus Paget lijkt zeldzaam: respectievelijk 0,8 en 1,3%. Screening op deze maligniteiten lijkt daarom alleen zinvol bij klachten.<sup>8</sup> EMMP van de penis is nog minder vaak gerelateerd



Figuur 7. EMMP bij man op de mons pubis/rechter lies; status na 16 weken behandeling met 5-fluorouracilcrème.

aan een onderliggend carcinoom dan vulvaire of perianale laesies.

Zodra er sprake is van een onderliggende tumor, zal de chirurgische behandeling, chemotherapie of radiotherapie zich concentreren op deze primaire tumor. Bij primaire, tot de epidermis beperkte, laesies kan de behandeling bestaan uit excisie van de afwijking eventueel 1 tot 3 weken na topicale applicatie van fluorouracilcrème (figuur 7). Gerapporteerde postoperatieve recidiefpercentages variëren tussen 18-70%. EMMP op de penis keert terug bij 32-50% van de geopereerde gevallen. Mohschirurgie verlaagt het recidiefpercentage tot 28%.

Ook nu geeft topicale applicatie van imiquimod goede resultaten. Een recente publicatie adviseert imiquimodcrème als eerstekeustherapie driemaal per week gedurende 4 maanden.

Lokale recidieven zijn frequent beschreven. Ook bij EMMP werden elektrocauterisatie of CO<sub>2</sub>/Erbium-lasertherapie beschreven. Mohschirurgische excisie werd geadviseerd bij persisterende en recidiverende afwijkingen.<sup>8</sup>

#### IDIOPATHISCHE ANOGENITALE JEUK

Bij idiopathische anogenitale jeuk is het meestal verstandig te beginnen met een sterkwerkend corticosteroid eenmaal daags gedurende enkele weken en daarna langzaam uit te sluipen. Het vrij abrupt staken van deze behandeling geeft vaak snel terugkeer van klachten. Het gebruik van een emolliens zoals paraffine/vaseline in gelijke delen is aan te raden. Als alternatief kan gekozen worden voor tacrolimuszalf. Het nadeel van deze behandeling is dat tacrolimus de eerste dagen direct na aanbrengen een branderig gevoel geeft. Deze branderigheid verdwijnt bij langer gebruik. Het is raadzaam patiënten hier van tevoren over te informeren.

Sederende antihistaminica zoals hydroxyzine verlichten soms hardnekkige nachtelijke jeuk. In een enkel geval is het gebruik van amitriptyline 10 tot 50 mg. of gabapentine 300 tot 1200 mg. effectief bij ernstige, therapieresistente jeukklachten.

#### LITERATUUR

1. Mattace Raso FUS. Ouderen. In: Thio HB, Ronner EM, Mattace Raso FUS, Van der Snoek EM, red. *Jeuk, diagnostiek en behandeling*, 2e ed. Maarsen, Springer, 2017:101-3.
2. Kiliç A, Gül Ü, Aslan E, et al. Dermatological findings in the senior population of nursing homes in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47:93-8.
3. Snoek EM van der, Hees CLM van. Anogenitale jeuk. In: Thio HB, Ronner EM, Mattace Raso F, Van der Snoek EM, red. *Jeuk, diagnostiek en behandeling*, 2e ed. Maarsen, Springer, 2017:105-14.
4. Lee A, Bradford J, Fischer G, MD. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA Dermatol* 2015;151:1061-7.
5. Smit JV, Vissers WHPM. Fissura ani. In: Van der Snoek EM, Schouten R, Muris J, Thio HB, red. *Anale klachten, diagnostiek en behandeling*, 1e ed. Amsterdam, Elsevier gezondheidszorg, 2010:33-44.

6. Singh S, Bunker C. Male genital dermatosis in old age. *Age Aging* 2008;37:500-4.
7. <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/scabies>
8. Linden M an der, Hendriks IM, Meeuwis KAP, et al. Vulvaire morbus Paget. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2015;25:609-12.

### SAMENVATTING

Door veroudering van de huid kunnen ook in het anogenitale gebied huidziekten ontstaan. Jeuk is hierbij een vaak genoemd symptoom. In deze bijdrage worden frequent en minder frequent voorkomende dermatosen besproken waaronder eczeem, lichen sclerosus, lichen planus, lichen simplex maar ook premaligne afwijkingen als VIN en AIN.

Minder vaak voorkomende beelden als balanitis van Zoon en de extra-mammaire morbus Paget komen daarbij ook aan bod.

### TREFWOORDEN

anogenitale dermatosen – oudere patiënt – therapie

### SUMMARY

In elderly patients, certain dermatoses are more prevalent than in the general population. They often cause itch and in some cases cause pain and/or a burning sensation. This article discusses both rare conditions like Zoon's balanitis and extramammary Paget's disease and more prevalent dermatoses like eczema, lichen sclerosus, lichen planus, lichen simplex and the premalignant conditions VIN and AIN.

### KEYWORDS

anogenital dermatosis – elderly patient – treatment

### GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen