

Proktologi

Hemorroider

Vårdnivå och remiss

Primär handläggning sker som regel i primärvården. Vid uttalade besvär, till exempel ihållande blödning, anemi, behandlingssvikt av lokalverkande medel eller behov av kirurgi, remiss till kirurgmottagningen.

Diagnostik och utredning

Yttre inspektion, rektalpalpation och rektoskopi, ska utföras före remiss för att kirurgen ska kunna prioritera.

Utredning

Rektoskopi är oftast tillräckligt.

Differentialdiagnoser

Rektaltumör/polyp, prolaps, proktit, fissur, hematom, kondylom etc. Inkarcererad hemorroid, se nedan.

Behandling

Lokalbehandling (salva/stolpiller med lidocain eller cinkokain och tillsats av steroid). Förbättrad tarmfunktion (bulkmedel/eventuell laxering). Symtomen bör förbättras på 3 - 4 veckor.

På kirurgkliniken behandlas hemorroider i första hand med gummibandsligatur och vid behandlingssvikt eller särskilt besvärliga fall opereras patienten med hemorroidektomi. Yttre hemorroidhudflikar kräver sällan operation och går inte att behandla med gummiband.

Uppföljning

I okomplicerade fall krävs ingen uppföljning.

Analhematom

Vårdnivå och remiss

Handläggs som regel i primärvården.

Diagnostik och utredning

Yttre inspektion.

Differentialdiagnoser

Inkarcererad hemorroid (klädd med slemhinna) oftast reponibla. I så fall smärtstillande, samt alsolomslag och sängläge.

Behandling

Incision i infiltrationsanestesi eller ytanestesi (EMLA eller Xylocainsalva 5 %). Man kan med fördel lyfta i toppen av hematomet med pincett och klippa bort toppen med ögonsax. Då förhindras recidiv bättre.

Uppföljning

I okomplicerade fall krävs ingen uppföljning.

Analfissur

Vårdnivå och remiss

Handläggs som regel i primärvården. Vid terapisivikt eller täta recidiv skrivs remiss till kirurgmottagningen.

Diagnostik och utredning

Typisk anamnes (skärande smärta vid defekation), yttre inspektion och rektalpalpation.

Utredning

Proktoskopi efter lokalbedövning om det går, ofta alltför smärtsamt.

Differentialdiagnoser

Intersfinkterisk abscess, malignitet.

Behandling

Fissur läker ofta spontant och behöver ingen specifik behandling. Lokalbedövning typ Xylocainsalva är ofta bra hjälp och kan appliceras flera gånger per dag och innan toalettbesök.

Om förstoppningssymtom/hård avföring: mjukgörande behandling typ bulkmedel.

Svårare fall ska förutom lokalbedövning och mjukgörande medel också behandlas genom att häva analspasmen. Förstahandspreparat är Diltiazemkräm (2 %, 6-veckorsbehandling). Nitropreparat rekommenderas inte.

På kirurgkliniken behandlas analfissur i första hand med anal dilatation i narkos eller i sällsynta fall med sfinkterotomi.

Uppföljning

Bör följas upp med adekvat undersökning (rektoskopi) eftersom analundersökning vanligen inte kan göras vid akuta besvär på grund av analspasm och smärta.

Perianal abscess

Vårdnivå och remiss

Kan handläggas i primärvården. Vid behov av hjälp med incision: Remiss till kirurgakuten. OBS! Patient skickas fastande eftersom det ibland kan bli aktuellt med åtgärd i narkos. Recidiverande abscesser på samma lokal remitteras till kirurgmottagningen.

Diagnostik och utredning

Yttre inspektion och rektalpalpation.

Utredning

Anamnes (tidigare abscesser, tarmsjukdom/symtom).

Behandling

Dränage. Risken för recidiv ökar om incisionen är för liten och huden tillåts läka ihop innan abscessbotten. Adekvat dränage kan uppnås genom kvarliggande drän alternativt hudexcision av abscesstoppen. Det är i princip aldrig indicerat med antibiotika vid abscesser.

Uppföljning

Utläkningskontroll lämpligt. Det händer att abscessen läker ut med en kvarstående analfistel.

Analfistel**Vårdnivå och remiss**

Remiss till kirurgmottagningen.

Diagnostik och utredning

Yttre inspektion.

Utredning

Anamnes (notera särskilt tidigare abscesser, tarmsjukdom, symtomduration).

Behandling

På kirurgkliniken behandlas analfistlar antingen med direkt klyvning i narkos eller s.k. Seton (tråd i fisteln) och operation senare.

Pilonidalsinus**Vårdnivå och remiss**

Akut infektion/abscess handläggs som regel i primärvården med dränage i lokalanestesi. Vid kroniska besvär och recidiverande infektioner, remiss till kirurgmottagningen.

Diagnostik och utredning

Yttre inspektion samt noggrann inspektion av crena ani.

Utredning

Anamnes (tidigare abscesser).

Behandling

Synliga hårstrån i sinusöppningar i crena ani utdrages. Infekterad sinus/abscess ska dräneras och hår i sinussystemet ska exstirperas. På kirurgkliniken behandlas pilonidalsinus med ett mindre ingrepp i lokalanestesi. Observera att antibiotika inte är indicerat.

Uppföljning

Utläkningskontroll lämplig, fortsatt rakning och hårborttagning i crena ani minskar möjligen risken för eventuella recidiv.

Rektalprolaps

Vårdnivå och remiss

Remiss till kirurgkliniken. Hos patienter med lindriga besvär och som är tveksamma till operativ åtgärd kan remiss avvaktas.

Diagnostik och utredning

Förutom anamnes gör yttre inspektion, rektalpalpation och rektoskopi.

Behandling

Kan opereras med mindre perinealt ingrepp eller större abdominellt.

Analinkontinens

Vårdnivå och remiss

De flesta fall kan handläggas i primärvården.

Diagnostik och utredning

Anamnesen viktig t.ex. förlösningsskador, neurologiska sjukdomar. Symtomskattning via skattningsskalor kan underlätta svårighetsgraden, se tabell nedan.

Rektalpalpation samt rektoskopi.

Proktologi, Skattningsskala

Frekvens

Typ av läckage	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Fast	0	1	2	3	4
Flytande	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Använder skydd	0	1	2	3	4
Ändrar livsstil	0	1	2	3	4

Aldrig: 0

Sällan: <1/månad

Ibland: <1/vecka, ≥1/månad

Ofta: <1/dag, ≥1/vecka

Alltid: ≥1/dag

0, perfekt; 20, total inkontinens.

Referens: Jorge JMN, Wexner S, (1993) Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 36:77–97

Behandling

Bulkmedel kan prövas i många fall med god effekt. Stoppande farmaka (lopperamid) har också beprövad effekt.

I svåra fall remiss till kirurgen, men kirurgiska ingrepp är ovanliga. Hos yngre patienter med invalidiserande besvär kan en utvidgad utredning hos kirurg vara indicerad. Ett kirurgiskt alternativ är stomioperation.

Proktit

Diagnostik och utredning

Som regel remiss till gastroenterolog på medicinkliniken.

Utredning

Anamnes, rektalpalpation och rektoskopi.