

Anorektala sjukdomar

Wilhelm Graf, Verksamhetsområde kirurgi,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Inledning

De vanligaste remisskategorierna till specialismottagning är hemorrojder, pilonidal sinus, anala fistlar och fissurer. Epidemiologiska data om proktologiska sjukdomar är dåligt belysta i litteraturen kanske med undantag för anala fistlar. Symtomen fekal inkontinens och obstipation är bättre kartlagda med prevalenssiffror på ca 10% i svensk normalpopulation.

Vid anorektala symtom är det viktigt att göra en noggrann klinisk bedömning som bör inkludera inspektion, palpation, rektoskopi och ofta även proktoskopi. De vanligaste symtomen är blödning, smärta, känsla av resistens eller prolaps, sekretion, klåda, inkontinens, trängningar samt olika typer av avföringsrubbningar. Det viktigaste syftet med den initiala kliniska bedömningen är att utesluta malignitet eftersom symtom vid rektalcancer (Faktaruta 1) ibland misstolkas som proktologisk sjukdom.

Palpation ska ske systematiskt dels i analkanalen, dels i rektum och alltid så att hela omkretsen kan värderas. Rektoskopi utförs vanligen efter förberedelse med laxering men kan också göras oförberett om rektum är tom.

Hemorrojder

Bakgrund

Upp till 25% av befolkningen anger att de har eller har haft besvär av hemorrojder, men prevalenssiffran kan påverkas av att

Rektalcancersymtom

- Röd blödning
- Slemsekretion
- Defekationsrubbning

Klassifikation av hemorrojder

- Grad 1. Syns vid proktoskopi
- Grad 2. Prolaberar vid defekation, reponeras spontant
- Grad 3. Prolaberar vid defekation, måste reponeras manuellt
- Grad 4. Prolaberande, irreponibla

flera anorektala åkommor kallas hemorrojder. Symtomen är vanligast i åldern 20–65 år och är något vanligare hos män. Hemorrojder består av blodkärl och bindväv täckta av slemhinna (inre hemorrojder) eller hud (yttre hemorrojder). En vanlig klassifikation är indelning i grader (se Faktaruta 2).

Färsk blödning i samband med defekation, känsla av prolaps, klåda, sekretion och svårigheter med hygien är vanliga symtom. Smärta förekommer endast vid trombos i en hemorrojd eller vid inkarcererade hemorrojder.

Diagnostiken består av inspektion, palpation samt prokto- och rektoskopi. Vid utredning av blödning från tarmen bör alltid hela kolon undersökas. Viktiga differentialdiagnoser är rektala adenom och tumörer.

Behandling

Både inre och yttre hemorrojder av måttlig storlek utgör en del av den anorektala förslutningsfunktionen och endast symptomgivande hemorrojder bör behandlas. Hemorrojdbesvär i samband med graviditet och förlossning tenderar att spontant gå i regress. Reglering av avföringskonsistens och undvikande av krystning är grunden för behandlingen. Kosten bör innehålla tillräcklig mängd kostfibrer, alternativt kan bulkmedel tillföras (1).

Osmotiska laxantia kan vara ett alternativ vid svårare förstoppning. Vid tillfälliga besvär kan stolpiller eller salva med anesteserande eller antiinflammatorisk effekt prövas. Vanligen används lidokain eller cinkokain med tillsats av steroider. Vid macererad hud kan en täckande salva (t ex silikonbaserad) prövas. Långvarig behandling med steroidinnehållande salva bör undvikas.

Om ovanstående behandling inte räcker finns det två polikliniska behandlingsmetoder – injektionsbehandling och gummibandsligatur.

Lokal injektion med lauromakrogol 400 används vid grad 1–2 inre hemorrojder, särskilt om blödning är ett dominerande symptom. Fenololja som tidigare använts för injektionsbehandling av hemorrojder tillhandahålls inte längre. Behandlingen leder till fibros och skrumpling av hemorrojderna. Cirka 0,5–1,0 ml (1,5 ml vid grad-2 hemorrojd) lauromakrogol 400, 30 mg/ml, injiceras med en lång nål genom proktoskopet submuköst ovanför linea dentata strax ovanför hemorrojdens bas. Tre lokaliseringar kan behandlas vid samma tillfälle. Maximal totaldos per behandlingstillfälle är 2,5 ml.

Patienten ska inte känna distinkt smärta av sticket om nålen ligger rätt, men kan erfara en tryckkänsla och en sparsam övergående blödning. Infektioner och nekros efter fellokaliserad injektion har rapporterats. Vid långtidsuppföljning har kvarvarande symptom rapporterats hos ca 50% av patienterna (2).

Vid ligatur med gummiband enligt McGivney eller Barron appliceras ett gummiband runt hemorrojdens bas väl ovan linea dentata, vilket leder till nekros och avstötning efter ett par dagar. En till tre ligaturer kan

sättas samtidigt. Patienten bör informeras om att en tryckkänsla kan finnas i upp till en vecka. En sparsam blödning kan komma när hemorrojden stöts av, i sällsynta fall kan en större blödning uppträda. Något större, grad 2–3, inre hemorrojder lämpar sig för denna behandling (3). Allvarliga infektioner med letalt förlopp har rapporterats men är extremt sällsynta. Varningstecken är feber, ökande smärtor samt urinretention.

Ovanstående behandlingsmetoder lämpar sig väl för användning i primärvården, med undantag för gravida, immunsupprimerade samt patienter med inflammatorisk tarmsjukdom.

Operation av inre hemorrojder bör reserveras för patienter, där ovan nämnda metoder inte givit resultat. Förutom sedvanlig kirurgisk excision används idag också anopexi med en kirurgisk stapler eller transanal artärligatur under ultraljudsvägledning (4).

Yttre hemorrojder eller perianala hudflikar ger ofta besvär med hygien och klåda. Om besvären är uttalade bör patienten erbjudas operation med excision.

Inkarcererade hemorrojder

Akuta irreponibla, strangulerade hemorrojder kan behandlas konservativt med vila, högläge, perorala analgetika, applikation av anesteserande salva och/eller alsollösning. Spasm i interna sfinktern kan behandlas med glyceryltrinitrat (glycerylnitrat, nitroglycerin) salva (se behandling av analfissur, s 150). Vid utebliven förbättring eller primärt kan akut operation utföras.

En specialform är perianalt hematoma, vilket är en spontan perianal blödning som behandlas med incision i lokalanestesi och evakuering av hematomet.

Anal- och rektalprolaps

Cirkumferent mukosaprolaps kan vara svår att skilja från rektalprolaps där rektums alla vägglager prolaberar. Patienten bör därför undersökas på en toalettstolsförhöjning och vid krystning. Samtidig palpation avslöjar om muskelväggen finns med i prolapsen.

Mukosaprolaps kan behandlas med gummibandsligatur alternativt operation.

Rektalprolaps bör vanligen opereras beroende på symtom och risk för eventuell inkontinens.

Analfissur

En analfissur är en linjär defekt i anoderm som vanligen är lokaliserad rakt bakåt (kl 6). Den akuta fissuren uppstår genom trauma från fekalier. Vid den kroniska formen tillkommer en ökad tonus i den interna analsfinktern, vilket ökar traumat vid tarmtömningar. Distalt ses ofta en portvaktstagg samt en hypertrofierad anal papill, kranialt om fissuren.

Fissurer kan också vara sekundära till förlösningstrauma, Mb Crohn, tuberkulos eller anala tumörer.

Kardinalsymtom är en skärande smärta utlöst av defekation samt ibland en sparsam ljusröd blödning.

Diagnosen bekräftas genom försiktig reaktion av den perianala huden. Ofta är prokto- eller rektoskopi svår att göra i det akuta skedet pga smärta och måste då göras antingen i narkos eller senare när smärtorna avklingat.

Behandling

Akuta fissurer behandlas med lidokain salva, paracetamol peroralt och varma sittbad. Avföringskonsistensen regleras vid behov med fibertillskott eller bulkmedel. Akuta och ibland även kroniska fissurer kan läka med ovanstående behandling.

Kroniska fissurer behandlas med glyceryltrinitrat (glycerylnitrat, nitroglycerin) salva som verkar relaxerande på den interna sfinktern (5). Salvan finns som färdig beredning (glyceryltrinitrat 4 mg/g) som ska smörjas in i och runt anus ca 2 gånger/dygn och behandlingen bör pågå tills smärtan upphör eller maximalt 8 veckor. Initialt uppträder ofta en dosberoende huvudvärk och risken för blodtrycksfall bör beaktas. Alternativ vid lanolinöverkänslighet kan ex temporeberedning 0,2% glycerylnitrat i Ungentum Merck användas.

Diltiazemsalva anses ha likvärdig effekt som glyceryltrinitrat (6).

Gravida, ammande och patienter < 16 år bör inte ges dessa behandlingar.

Patienter som inte läker på denna regim eller får ett tidigt recidiv bör remitteras till

kolorektal kirurg. Lokal injektion av botulinumtoxin har visat sig ge läkning i många fall (7). Exempel på mer radikala behandlingar är:

- Dilatation forcée
- Subkutan lateral sfinkterotomi

På grund av risken för inkontinens bör dessa operationer användas restriktivt när farmakologisk behandling misslyckats.

Analabscess

Anala abscesser är vanligast i åldern 20–50 år och förekommer dubbelt så ofta hos män. De utgår vanligen från en infektion i anala körtlar eller kryptor (kryptoglandulär abscess). Bukinfektioner, inflammatorisk tarmsjukdom eller främmande kroppar är mer ovanliga orsaker.

Värk, lokaliserad ömhet och feber är vanliga symtom.

Diagnosen ställs genom inspektion och palpation, där man kan finna en asymmetrisk svullnad eller en ömmande utfyllnad perianalt eller perirektalt. I vissa fall kan magnetröntgen eller anal ultraljudsundersökning vara av värde.

Behandlingen är alltid kirurgisk, med incision och dränage i full narkos, så snart diagnosen ställts. Det är fel att låta abscessen ”mogna” eller att ge antibiotika. Inte sällan utvecklas en analfistel efter en analabscess.

Analfistel

En analfistel är en förbindelse mellan analkanalen och den perianala huden. Den yttre fistelmyningen kan sitta var som helst perianalt, den inre mynningen sitter oftast dorsalt i höjd med linea dentata.

Symtomen är oftast sekretion, ibland svullnad och ömhet när den yttre mynningen ockluderats.

Diagnosen ställs genom inspektion, palpation, rekto- och proktoskopi. Fistelgång- en kan ofta palperas som en sträng från yttre mynningen in mot anus.

Behandlingen är alltid kirurgisk med excision, klyvning eller annan förslutning av fisteln (8). Patienter med analabscess eller -fistel bör således alltid remitteras till kolo-

rektal kirurg. Patienter med Mb Crohn och perianal fistel kan ibland svara bra på anti-biotika, i så fall används vanligen metronidazol eller ciprofloxacin (9). Svårläkta fistlar och fistlar vid Mb Crohn behandlas ofta med dränerande seton, vilket innebär att en tråd eller gummiligatur knyts runt fisteln.

Pilonidalcysta

Pilonidalcysta är en infektion kranialt i cre-na ani. Den orsakas av hår beläget under huden i en cysta med granulationsvävnad och ibland infektion. Åkomman uppträder vanligen hos ungdomar och yngre vuxna och är vanligare hos män.

Symtomen utgörs av svullnad och ömhet, följt av sekretion när abscessen perforerar. I icke infekterat skede finns endast en måttlig sekretion.

Diagnosen ställs på det typiska kliniska fyndet med små fistelöppningar i medel-linjen.

Vid infektionstecken bör abscessen inci-deras. En kronisk pilonidalsinus bör be-handlas kirurgiskt med excision eller klyv-ning.

Värdet av rakning är omdiskuterat, san-nolikt är laserdepilering att föredra (10).

Analklåda

En orsak till analklåda (pruritus ani) är att patienten traumatiserar huden genom intensivt kliande, vilket ytterligare ökar på klådan så att en ond cirkel uppstår. Andra vanliga orsaker är proktologisk sjukdom med sekretion (hemorrojder, fistel eller fis-sur), lindrig analinkontinens med rektal sekretion (soiling), hudsjukdom (kontakt-eksem, springmask, svampinfektion m m).

Vid klinisk undersökning ses ofta en skarpt avgränsad perianal dermatit. Vid oklara bestående hudförändringar bör all-tid biopsi övervägas.

Behandlingen bör om möjligt riktas mot bakomliggande orsak. Alltför frekvent tvätt-ning med tvål, frottering samt intensiv tork-ning efter defekation bör undvikas. Kläder-na bör vara luftiga och gärna av bomull. Starkt kryddad mat, vin och kaffe kan ibland förvärra symtomen och bör undvikas. Den onda cirkeln kan brytas med en tidsbe-gränsad kur med hydrokortison kräm 1%.

Etiologier till proktit

- Idiopatisk proktit
- Ulcerös proktit
- Mb Crohn
- Strålproktit
- Traumatisk proktit (prolaps/invagination)
- Infektiös proktit
- Ischemisk proktit

En hudtäckande salva kan användas under längre perioder för att skydda huden vid der-matit oavsett orsak (se även kapitlet Hud-sjukdomar, s 387). Lindrig analinkontinens kan ibland förbättras med bulkmedel eller loperamid

Proctalgia fugax

Vid proctalgia fugax är typiska symtom en skärande, krampartad, anorektal smärta som kommer attackvis och varar från några sekunder upp till en halvtimme. Andra orsaker till smärtan måste uteslutas.

Proktit

Proktit betyder inflammation i rektalmuko-san. Det finns en idiopatisk form, en typ i analogi med ulcerös kolit samt sekundära former (se Faktaruta 3). Symtomen domi-neras av blödning, tenesmer och smärta. Avföringskonsistensen är i allmänhet nor-mal medan diarré eller allmänpåverkan ty-der på en mer utbredd kolit.

Diagnosen ställs med oförberedd rektosko-pi samt biopsi. Vid misstanke på infektiös kolit bör prov tas för bakteriologisk odling. Vid skopi ses allt från ödem och utsuddad kärletekning vid lindrig proktit till ulceratio-ner och borteroderad slemhinna vid grav proktit. Vid proktit finns alltid en gräns mot normal slemhinna i eller nedanför övergång-en rektum till sigmoideum. Det mikroskopis-ka fyndet är ofta ospecifikt med atrofi, ödem, kryptabscesser och inflammatoriskt infil-trat.

Akuta exacerbationer av idiopatisk prok-tit behandlas i första hand med lokalt 5-ASA (mesalazin) i suppositorieform. I andra hand ges steroidklymsa (prednisolon eller budesonid). Effekten anses vara likvärdig för prednisolon och budesonid, men det se-

nare preparatet ger mindre systembiverkningar. Prednisolon suppositorier kan ges vid terapivikt eller om patienten inte kan fördrå klymsma. Systemisk steroidbehandling kan övervägas i vissa fall (se kapitlet Inflammatoriska tarmsjukdomar, s 111).

Vid behov av underhållsbehandling kan sulfasalazin eller mesalazin ges i suppositorieform eller som rektalskum (11). Om steroid- eller ASA-behandling misslyckas återstår som andra alternativ lidokain eller acetarsol.

Operation kan tillgripas i undantagsfall. Patienter med nydebuterad proktit bör initialt bedömas och behandlas av gastroenterolog, men kontroll och uppföljning kan ske i primärvården. Infektiösa proktiter behandlas i samråd med infektionsspecialist och efter odlingssvar. Patienter med proktit vid Mb Crohn utvecklar ofta anorektala komplikationer i form av abscesser, fistlar eller fissurer. Dessa bör behandlas av gastroenterolog och kirurg i samarbete.

Strålproktit förekommer i en akut form, som kommer i anslutning till behandlingen och klingar av inom ett par månader, samt i en kronisk form, som kan uppträda efter ett symtomfritt intervall som kan vara mellan ett år och flera decennier. Behandlingen bör skötas av specialist. Initialt ges lokala steroider som klymsma (budesonid eller prednisolon) eller lidokain som rektalgel (Lidokainhydroklorid APL). Rektalt sukralfat kan prövas, finns dock endast som oral suspension. Peroralt metronidazol kan ge viss symtomlindring (12). Lokal instillation av formaldehyd och hyperbar oxygenterapi kan prövas på specialklinik. I terapiresistenta fall kan en kolostomi bli aktuell.

Kondylom

Kondylom, som orsakas av humant papillomvirus, är en av de vanligaste sexuellt överförda sjukdomarna. Infektionen ger ofta lindriga symtom med blödning eller klåda. Vårtorna är av varierande storlek och lokaliserade genitalt eller analt/perianalt. Spontan regress förekommer. Stora kondylom innebär en risk för malign transformation. Histologisk verifikation är nödvändig i alla tveksamma fall.

Orsaker till analinkontinens

- Förlossningsskada
- Trauma (iatrogen skada, pålningskada, bäckenfraktur, sexuella övergrepp m m)
- Neurogen inkontinens
- Rektalprolaps eller invagination
- Kongenital defekt
- Spinal sjukdom
- Neurologisk sjukdom
- CNS-sjukdom
- Kolorektal sjukdom (tumör, strålskada, inflammation etc)

Lokal behandling med podofyllotoxin lösning kan prövas vid begränsad utbredning, men detta rekommenderas inte i analkanalen. Ett alternativ är imikvimod kräm 5% för lokal behandling (13).

Extensiv växt eller vårtor i analkanalen bör behandlas med diatermi eller kirurgisk excision i narkos. Recidivbenägenheten är hög. Smittvägarna bör förklaras för patienten och partners bör också behandlas. För ytterligare information, se kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 471.

Analinkontinens

Analinkontinens innebär oförmåga att kontrollera avföring eller gas. "Soiling" är en specialvariant som kännetecknas av minimalt fekalt läckage ledande till nedsmutsning av underkläder, dålig lukt, irritation och klåda. Flera orsaker kan särskiljas (se Faktaruta 4).

Utredningen bör inledas med en noggrann klinisk undersökning med palpation och rektoskopi. Patienter med diarré bör utredas för detta och behandlas med bulkmedel eller loperamid. Denna terapi kan prövas symtomatiskt även i övriga fall (14). Förstoppning är en begränsande biverkning som dock är dosberoende.

Lättare form, där allvarlig bakomliggande sjukdom eller en defekt som kan korrigeras kirurgiskt kan uteslutas, kan handläggas inom primärvården, annars bör patienten remitteras till kirurg för vidare utredning. Exempel på tillstånd som kan korrigeras kirurgiskt är sfinkterskada och rektalprolaps/rektalinvasion. Muskelträning

Terapirekommendationer – Behandling av anorektala sjukdomar		
Diagnos	Symtom	Behandling
Inre hemorrojder grad 1	Blödning	Bulkmedel, lokalanestetikum/steroidsalva Injektionsbehandling (polidokanol)
Inre hemorrojder grad 2	Prolaps	Injektionsbehandling, ligaturbehandling
Inre hemorrojder grad 3	Prolaps, sekretion	Injektionsbehandling, ligaturbehandling, operation
Yttre hemorrojder	Hygienproblem	Operation
Inkarcererade hemorrojder	Smärta, prolaps	Vila, högläge, analgetika Operation
Akut analfissur	Smärta, ljusröd blödning	Bulkmedel, analgetika Lokalanestetikum/steroidsalva
Kronisk analfissur	Smärta, ljusröd blödning	Glyceryltrinitrat (nitroglycerin) rektalsalva 4 mg/g Operation
Analabscess	Smärta, svullnad, feber	Incision/dränage i narkos
Analfistel	Smärta, sekretion, odör	Operation
Pilonidalcysta (infekterad)	Smärta, svullnad, feber	Incision
Pilonidalcysta (kronisk)	Sekretion, odör	Operation
Analklåda	Klåda, sekretion	Hydrokortison kräm 1% Kausal behandling, loperamid
Proktit	Tenesmer, blödning	Steroidklymsa (prednisolon, budesonid) Aminosalicylsyraderivat (ASA) suppositorier/klymsa
Kondylom	Klåda, smärta, blödning	Podofyllotoxin, imikvimod, operation
Analinkontinens	Gas/fecesläckage	Bulkmedel, loperamid, biofeedback Operation i vissa fall
Obstipation	Tömningssvårigheter, krystning	Bulkmedel, osmotiskt laxativ, klymsa Biofeedback, operation i vissa fall
Rektala adenom/ tumörer	Blödning, slemsekretion Defekationsrubbingar	Eventuellt biopsi, remiss till kirurg
Anala tumörer	Resistens, smärta Defekationsrubbingar	Remiss till kirurg

hos speciell terapeut för att förbättra förmågan till koordinerad kontraktion (biofeedback) kan vara av värde. En annan behandlingsprincip är lokal vävnadsexpansion i anorektala övergången med injektion av volymsökande substans (15). I vissa fall kan en defekt analsfinkter ersättas med transposition av gracilismuskel, en sfinkterprotes eller elektrisk stimulering av sakralnerven (16).

Obstipation

I detta avsnitt behandlas endast obstipation orsakad av rektal tömningsstörning. Patienten anger svårigheter att tömma rektum och behov av att krysta intensivt. Ibland är digitalt stöd perinealt eller i vagina, alternativt manuell evakuering nödvändigt för att tömma tarmen. Rektala tömningsproblem kan ha flera orsaker (Faktabeskrivning 5).

Orsaker till rektala tömningsproblem

- Rektocеле
- Rektal invagination
- Rektal prolaps
- Bäckensvaghetsyndrom
- Paradoxal puborektaliskontraktion
- Krystsavhet
- Striktur, bäckentumör

Palpation, rektoskopi och gynekologisk undersökning bör utföras liksom kolonutredning i utvalda fall. En viss vägledning om genesen kan erhållas vid kryströntgen (defekografi).

Grundorsaken bör om möjligt behandlas. Ofta kan ett ökat fiberintag, bulkmedel eller osmotiska laxantia hjälpa patienten. Klymsma kan ges vid tillfälliga besvär. Om dessa enkla åtgärder inte ger önskad effekt eller om besvären är uttalade bör patienten remitteras till specialist för vidare utredning. Ett fekalom kan behandlas med höga doser polyetylenglykol (makrogol) men kan i vissa fall behöva utrymmas i narkos.

Kirurgisk behandling kan i vissa fall vara av värde liksom fysioterapeutisk behandling (biofeedback) (17).

Anala och rektala tumörer

Anala och perianala tumörer kan blöda och förnimmas av patienten som en knöl eller oregelbundenhet, men de kan också misstolkas som hemorrojder. Avancerade tumörer kan även ge inkontinens eller andra defekationsstörningar. De flesta hudtumörer, såsom basaliom, skivepitelcancer och maligna melanom kan förekomma analt. Skivepitelcancer eller kloakogen cancer är en speciell tumörform som utgår från analkanalen. Vid klar misstanke om malign tumör i analregionen bör patienten skyndsamt remitteras till kirurgisk klinik utan föregående biopsi.

De viktigaste symtomen vid adenom och tumörer i rektum är röd blödning, blodtillblandad avföring, defekationsstörningar och slemsekretion. Alla dylika symtom är en absolut indikation för palpation, rektoskopi och koloskopi/kolonröntgen och vid positivt fynd

ska patienten utan dröjsmål remitteras till kirurgklinik.

Referenser

1. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, Zhou K. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;19:CD004649.
2. Kanellos I, Goulimaris I, Vakalis I, Dadoukis I. Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids. A prospective study. *Int J Surg Investig.* 2000;2:295–8.
3. Longman RJ, Thomson HJ. A prospective study of outcome from rubber band ligation of piles. *Colorectal Dis.* 2006;8:145–8.
4. Festen S, van Hoogstraten MJ, van Geloven AA, Gerhards MF. Treatment of grade III and IV haemorrhoidal disease with PPH or THD. A randomized trial on postoperative complications and short-term results. *Int J Colorectal Dis.* 2009;24:1401–5.
5. Lund JN, Scholefield JH. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 1997;349:11–4.
6. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;18:CD003431.
7. Sajid MS, Vijaynagar B, Desai M, Cheek E, Baig MK. Botulinum toxin vs glyceryltrinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2008;10:541–6.
8. Deeba S, Aziz O, Sains PS, Darzi A. Fistula-in-ano: advances in treatment. *Am J Surg.* 2008;196:95–9.
9. Felley C, Mottet C, Juillerat P, Froehlich F, Burnand B, Vader JP, Michetti P, Gonvers JJ. Fistulizing Crohn's disease. *Digestion.* 2005;71:26–8.
10. Lukish JR, Kindelan T, Marmon LM, Pennington M, Norwood C. Laser epilation is a safe and effective therapy for teenagers with pilonidal disease. *J Pediatr Surg.* 2009;44:282–5.
11. Gionchetti P, Rizzello F, Morselli C, Tambasco R, Campieri M. Review article: aminosalicylates for distal colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24 Suppl 3:41–4.
12. Denton A, Forbes A, Andreyev J, Maher EJ. Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD003455s.

13. Brodell LA, Mercurio MG, Brodell RT. The diagnosis and treatment of human papillomavirus-mediated genital lesions. *Cutis*. 2007;79 Suppl:5–10.
14. Cheetham M, Brazzelli M, Norton C, Glazener CM. Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;3:CD002116.
15. Luo C, Samaranayake CB, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on the efficacy and safety of injectable bulking agents for passive fecal incontinence. *Colorectal Dis*. 2010;12:296–303.
16. Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, Emmanuel AV. Faecal incontinence. *Br J Surg*. 2007;94:134–44.
17. Koh CE, Young CJ, Young JM, Solomon MJ. Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction. *Br J Surg*. 2008;95:1079–87.

Preparat¹

Medel vid hemorrojder

Bulkmedel och osmotiskt verkande medel
Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningsar, s 134.

Glukokortikoider + lokalanestetika

Aeskulin + cinkokain + framycetin + hydrokortison

Proctosedyl sanofi-aventis, rektalsalva

Hydrokortison + lidokain

Xyloproct AstraZeneca, rektalsalva, suppositorier

Prednisolon + cinkokain

Scheriproct N Bayer, rektalsalva, suppositorier

Adstringerande medel

Natriumoleat

Alcosanal Meda, rektalsalva, suppositorier

Skleroserande medel

Polidokanol

Aethoxysklerol Inverdia, injektionsvätska 30 mg/ml

Hudskyddande läkemedel m m

Aluminiumacetotartrat

Alsollösning ACO ACO, lösning 10 mg/ml

Zinkoxid

Zinksalva APL APL, salva 10%

Zinkoxid + ichtammol + titandioxid

Inotyol Abbott, salva

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org

Medel vid behandling av analfissurer

Bulkmedel (ispaghula, sterkuliagummi)

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningsar, s 134.

Diltiazem

Diltiazem APL APL, rektalsalva 2%, 1 x 4 x 25 g

Glyceryltrinitrat (glycerylnitrat, nitroglycerin)

Rectogesic ProStrakan, rektalsalva 4 mg/g

Glycerylnitrat i Unguentum Merck APL APL, rektalkrä 0,1%, 0,2%

Lidokain

Xylocain AstraZeneca, gel 2%, salva 5%

Xylocain utan konserveringsmedel AstraZeneca, gel 2%

Medel vid proktit

Antiinflammatoriska medel

Mesalazin

Asacol Tillotts Pharma, rektalsuspension 1 g, suppositorier 500 mg

Mesasal sanofi-aventis, suppositorier 500 mg

Pentasa Ferring, rektalsuspension 1 g, suppositorier 1 g

Sulfasalazin

Salazopyrin Pfizer, suppositorier 500 mg

Glukokortikoider för rektalt bruk

Budesonid

Entocort AstraZeneca, tablett och vätska till rektalsuspension 2 mg

Hydrokortison

Colifoam Meda, rektalskum 10%

Prednisolon

Pred-Clysm Bayer, rektallösning 31,25 mg

Prednisolon APL APL, suppositorier 10 mg, 20 mg

Övriga medel

Acetarsol

Acetarsol APL APL, suppositorier 250 mg

Lidokain

Lidokainhydroklorid APL APL, rektalgel 5 mg/ml

Sukralfat

Andapsin Orion Pharma, oral suspension

200 mg/ml, oral suspension i dospåse 1 g/5 ml, 2 g/10 ml, tabletter 1 g

Formaldehyd

Formaldehyd APL APL, lösning 10 mg/ml, 20 mg/ml

Medel vid kondylom

Imikvimod

Aldara Meda, kräm 5%

Podofyllotoxin

Condyline Galderma, kutan lösning 5 mg/ml

Wartec GlaxoSmithKline, kräm 0,15%, kutan lösning 5 mg/ml

Medel vid analfistel och infektion

Ciprofloxacin

Ciproxin Bayer, granulat till oral suspension
50 mg/ml, 100 mg/ml
Ciprofloxacin Flera fabrikat, tabletter 250 mg,
500 mg, 750 mg

Metronidazol

Flagyl sanofi-aventis, oral suspension 40 mg/ml,
tabletter 200 mg, 400 mg
Metronidazol Actavis Actavis, tabletter 500 mg

Medel vid analklåda

Hydrokortison

Ficortril Pfizer, salva 1%
Hyderm ACO HUD, kräm 1%
Hydrokortison CCS CCS, kräm 1%, salva 1%
Mildison Lipid Astellas Pharma, kräm 1%

Lidokain

Se Medel vid analfissurer ovan.

Medel mot hudmykoser respektive springmask

Se kapitlen Hudsjukdomar, s 405, respektive
Infektioner i mag-tarmkanalen, s 156.

Medel vid analinkontinens

Bulkmedel, loperamid

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningsar,
s 134 respektive s 135.

Medel vid obstipation

Bulkmedel och osmotiskt verkande medel

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningsar,
s 134 respektive s 134.

Makrogol (polyetylen glykol)

Forlax IPSEN, pulver till oral lösning dospåse
10 g
Forlax Junior IPSEN, pulver till oral lösning, dospåse
4 g
Movicol Norgine, pulver till oral lösning dospåse
Movicol Junior Orifarm, pulver till oral lösning
dospåse
Movicol Junior Neutral Norgine, pulver till oral
lösning dospåse
Omnilax Omnia Läkemedel, pulver till oral lösning,
dospåse 10 g
