

Vanliga proktologiska besvär

SINIKKA SALMENKYLÄ OCH CAMILLA BÖCKELMAN

Proktologiska besvär är mycket vanliga och oberoende av symtom söker patienten ofta för "hemorrojder". Hemorrojder är den vanligast förekommande sjukdomen i ändtarmen, medan analfissur är den näst vanligaste proktologiska åkomman. Det är läkarens uppgift att ta reda på vad patienten avser med "hemorrojdbesvärerna" och beakta differentialdiagnostiska alternativ. Många patienter upplever det pinsamt att prata om sina besvär från ändtarmen, och därför är det särskilt viktigt att ställa direkta och konkreta frågor om symtomen. Blödning från ändtarmen är det vanligast förekommande symtomet som patienter söker hjälp för. Förändring i tarmvanorna eller blödning från ändtarmen som nytt symtom för personer över 50 år är alltid en indikation för koloskopi, om det inte har gjorts de senaste två till tre åren. I status är det viktigt att beakta både yttre inspektion och det som kan ses vid proktoskopi. Det är enkelt och obligatoriskt att rektalpalpera patienter med proktologiska besvär. I den här artikeln diskuterar vi förutom hemorrojder och analfissurer även utredning och behandling av analabscess, anala och rektala fistlar samt analinkontinens.

Inledning

Proktologiska besvär är mycket vanliga och oberoende av symtom söker patienten ofta för "hemorrojder". Hemorrojder är den vanligaste förekommande sjukdomen i ändtarmen och av personer över 50 år har hälften symtom från hemorrojder i något skede av livet (1). Vår uppgift är att ta i beaktande även differentialdiagnostiska alternativ såsom analfissur, perianal abscess, analfistel, inflammatorisk tarmsjukdom, analinkontinens samt analcancer och kolorektal cancer. Symtomen på sjukdomarna kan vara likartade och patienten kan ha flera sjukdomar samtidigt. Därför är det viktigt att understryka att problem från ändtarmen inte kan tillskrivas hemorrojder utan grundligt status. Diagnosen klarnar ofta utifrån anamnes och grundligt status utan specialundersökningar. Vid förekomst av hematochezi, det vill säga blödning eller koagel

från ändtarmen, vilket måste särskiljas från melena, det vill säga svart avföring, bör koloskopi övervägas för att utesluta tumör eller inflammatorisk tarmsjukdom.

Anamnes: ställ konkreta och direkta frågor

Anamnesen är, precis som för andra sjukdomar, ett viktigt verktyg vid utredning av proktologiska besvär. Många patienter upplever det pinsamt att prata om sina besvär från ändtarmen, och därför är det särskilt viktigt att ställa direkta och konkreta frågor om symtomen (tabell 1). Blödning från ändtarmen är det vanligast förekommande symtomet som patienter söker hjälp för. Det är inte möjligt att avgöra blödningskällan enbart på grundval av blödningens mängd eller utseende, även om vissa generella slutsatser kan dras (2). Förändring i tarmvanorna eller blödning från ändtarmen som nytt symtom för personer över 50 år är alltid en indikation för koloskopi, om det inte har gjorts de senaste två till tre åren. Ung ålder eller avsaknad av förändring i tarmvanorna utesluter dock inte malignitet och därför bör behovet av koloskopi avgöras individuellt. Inre hemorrojder är sällan smärtsamma. Därför finns det skäl att misstänka analfissur, analabscess eller trombotiserad eller inkarcererad hemorrojd om patienten har akut perianal smärta. I mer sällsynta fall kan också kronisk perianal smärta förekomma utan att någonting avvikande noteras i status.

SKRIBENTERNA

Sinikka Salmenkylä, ML, specialistläkare i gastroenterologisk kirurgi, och avdelningsläkare (proktologi) vid Jorvs sjukhus, Gastrocentrum, HUS.

Camilla Böckelman, MKD, docent, specialistläkare i gastroenterologisk kirurgi vid Mejlans samt Raseborgs sjukhus, Gastrocentrum, HUS; klinisk lärare och gruppleddare, Clinicum, Helsingfors universitet.

Tabell 1. Proktologisk anamnes.

Smärtanamnes	
När har smärtan börjat?	Plötsligt eller under en längre tidsperiod?
Samband med defekation	
Ihållande smärta efter defekation	Hur länge pågår smärtan efteråt?
Blödning från ändtarmen	
Samband med defekation	
Mängd	Lite på pappret eller rinnande i toalettstolen?
Färg	Klarrött eller mörkt?
Avföringens färg	Normal eller svart (melena)? Blodblandad avföring?
Tarmfunktion och defekation	
Förändring i tarmfunktionen	Defekationsfrekvens, när har förändringen börjat?
Obstipation	Prövat laxativ? Tillräckligt fiber- och vätskeintag? Svårigheter med defekationsprocessen?
Diarré	Konstant eller intermitterande? Förstoppningsdiarre? Blodig diarré? Brådiskande trängningar (urge)?
Analinkontinens	Svårighet att hålla luft, lös avföring eller fast avföring?
Prolaps	Prolaberar hemorrojder, slemhinnan eller hela tarmen? Återgår prolapsen spontant eller behöver den reponeras?
Allmän anamnes	
Feber	
Ofrivillig viktninskning	
Sjukdomshistoria	Övriga sjukdomar, medicinering, tidigare undersökningar och åtgärder/operationer
Graviditeter och förlossningar	Antal och årtal, vaginala förlossningar, ev. komplikationer såsom bristningar
Släktanamnes	Maligniteter, inflammatorisk tarmsjukdom
Urineringsbesvär	Urininkontinens?

I dessa fall är det viktigt att utesluta övriga organiska orsaker.

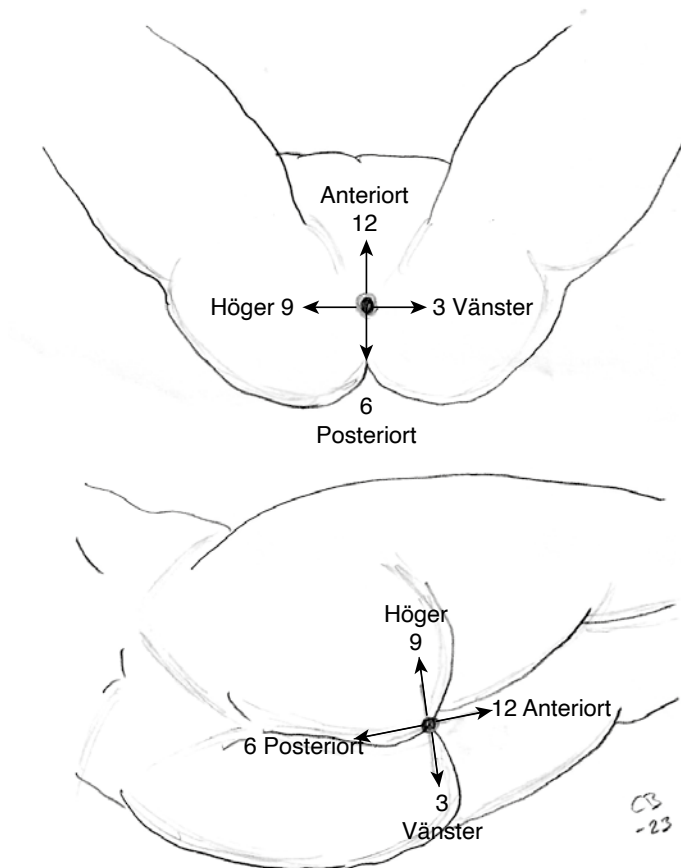
Status: inspektion, rektalpalpation och proktoskopi

I status är det viktigt att beakta både yttre inspektion och det som kan ses vid proktoskopi. Proktoskopi kan göras på mottagningen utan tarmtömning. Rektalpalpation är lika viktig vid proktologiska besvär som auskultation av hjärta och lungor är för en hjärt- och lungbesvär. Upp till hälften av rektumcancer förekommer inom 7 centimeters avstånd från ändtarmsöppningen och är därmed på palpationsavstånd (3). Det är viktigt att beskriva fynden noggrant: förekommer palpationsömhet, svullnad eller resistens? Då man beskriver

fynden brukar den så kallade proktologiska urtavlan användas för att beskriva var fyndet är beläget (figur 1). Vid misstanke om resistens bör detta beskrivas tydligt i en remiss till den specialiserade sjukvården. Det är värt att notera att inre hemorrojder sällan kan upptäckas vid rektalpalpation och att en felaktig beskrivning av fyndet kan leda till avsevärda fördröjningar av en eventuellt nödvändig koloskopi.

Hemorrojder

När patienten söker sig till mottagningen på grund av hemorrojder eller blödning från ändtarmen, har hen ofta redan provat receptfria lokalpreparat. Därför är det sällan effektivt att då längre ordinera behandling med rektalpreparat för hemorrojder, utan de bör be-



Figur 1. Den proktologiska urtavlan används för att ange i vilken position olika fynd förekommer. Typiskt för analfissurer är att de förekommer vid klockan 6, det vill säga posteriot vid analvecket, och mer sällan vid klockan 12, det vill säga anteriot mot perineum.

handlas med applicering av Barronligaturer. Eftersom symtom från inre hemorrojder är så vanliga, bör Barronligaturer läggas inom primärvården; se video (4). Ibland behöver behandlingen upprepas ett par gånger med 6–8 veckors mellanrum för att få ett mer bestående resultat. Om hemorrojder vid koloskopi konstateras vara orsaken till blödning från tarmen, är det lätt att lägga Barronligaturer genast för att spara resurser och undvika upprepade besök. Det är värt att notera att lösa hudflikar är synnerligen vanliga kring ändtarmsöppningen och sällan indicerar några ingrepp alls.

Ligering av de tillförande artärerna i operationssal med dopplerstyrd hemorrojdartärligering med mukopexi (HAL + mukopexi) kan vara ett alternativ, om önskad effekt inte nås med upprepad behandling med Barronligaturer eller när prolaberande (tredje gradens hemorrojder) förekommer (5). Fördelen är

att patienten kan återgå till arbetet snabbare än efter traditionell hemorrojdexcision. Efter hemorrojdexcision, där hemorrojder avlägsnas kirurgiskt, kräver sårhälingen längre tid och förorsakar betydligt mera smärta. Däremot recidiverar hemorrojder efter excision mer sällan.

Hemorrojder är oftast fullständigt smärtfria, och därför bör noggrannhet iaktas vid diagnostik och differentialdiagnostik av smärtsamma hemorrojder. Smärtsamma hemorrojder kan bero på att en hemorrojd är trombotiserad eller inkarcererad. Trombotiserade hemorrojder som är smärtsamma bör handläggas med incision på en akutmottagning inom primärvården; se video (6). Lokalbedövning är tillräcklig och smärtan lättar vanligen genast. Inkarceration innebär att prolaberade hemorrojder är ischemiska. Inkarcererade hemorrojder bör reponeras snarast möjligt. Patienter med inkarcererade hemorrojder bör remitteras akut till kirurg för bedömning.

Analfissur

Analfissur är den näst vanligaste proktologiska åkomman efter hemorrojder. De förekommer för det mesta vid klockan 6, ibland vid klockan 12 och sällan vid övriga (figur 1). En analfissur uppstår ofta efter ett mikrotrauma, till exempel när avföringen varit väldigt hård eller diarré förekommit. Den smärta som uppstår förorsakar förhöjd sfinktertonus och muskelspasmen försämrar sår läkningen. Resultatet är en ond cirkel. Det är också möjligt att en del människor har en tendens till förhöjd sfinktertonus. En analfissur i övriga positioner är ofta sekundär i förhållande till inflammation eller malignitet. Smärta i samband med defekation är vanligt och ibland kan lite blod noteras på toalettpappret. Ihållande smärta en halvtimme till två timmar efter defekation är typiskt för analfissur, och då kan ofta diagnosen slutgiltigt fastställas med inspektion av perianalområdet. I status noteras palpationsömhet vid fissuren och spändhet i den inre slutarmuskeln. Proktoskopi är sällan möjligt på grund av smärtan. Om inga tecken på abscess kan konstateras, kan läkemedelsbehandling påbörjas utifrån dessa fynd.

En akut analfissur, som per definition förekommit från några dagar till några veckor, kan läka spontant. Smärtlindring fås med paracetamol peroralt och lidokainsalva lokalt. Bakomliggande orsaker, såsom obstipation eller diarré, bör behandlas. Fibertillskott och vid behov bulklaxativ gör avföringen mjukare. När patienten kommer till mottagningen har smärtan ofta pågått en tid. Då bör läkemedelsbehandling som minskar sfinktermuskeltonus sättas in, vilket i sin tur förbättrar blodcirkulationen och ger bättre förutsättningar för sår läkning. Effekten av salvor som består av nitroglycerin och kalciumhämmare anses lika stor (7) men nitratsalva förorsakar oftare huvudvärk (8). Nitratsalva finns att få som receptbelagt läkemedel (Rectogesic®), men är över fyra gånger så dyra som salvor med kalciumhämmare. Apoteken framställer extemporesalvor med kalciumhämmarna diltiazem eller nifedipin. Salvan smörjs i analkanalen cirkulärt 2–3 gånger per dag i 6–8 veckors tid, minst en vecka efter att symtomen har läkt.

Om symtomen fortgår i över två månader anses fissuren vara kronisk. Patienten ska remitteras till kirurgklinik om adekvat behandling med nitroglycerinpreparat eller diltiazemsalva inte ger läkning. Det är värt att fortsätta med salvbehandling medan patienten

inväntar kallelse. Injektion lokalt i inre sfinktermuskeln med botulintoxin minskar likaså sfinktermuskeltonus. Botulintoxininjektion anses lika effektivt som behandling med läkemedelssalva men fördelen är att effekten kvarstår i en till två månader (7). Injektionsbehandling är dock dyrare än salvbehandling. Dessutom är injektionsbehandling inte lika tillgänglig. Komplikationer som kan förekomma är tillfällig analinkontinens (cirka 5 procent) och en liten infektionsrisk (9). I vår egen praxis ordinerar vi först behandling med salva och botulintoxininjektion reserveras för patienter som inte svarar på salvbehandling under två till tre månaders tid. Efter lateral sfinkterotomi, där en liten del av den inre sfinktermuskeln klyvs, läker över 90 procent av fissurerna. För 4 procent uppstår dock bestående gas- eller avföringsinkontinens (9). Därför väljer man ofta att inleda kirurgisk behandling med revision av fissuren, det vill säga de fibrotiska kanterna, portvaktstaggen och analpapillen avlägsnas i kombination med botulintoxininjektion. Läkningens procenten är inte lika hög som för lateral sfinkterotomi, men inkontinensrisken är mindre (10, 11).

Analabscess

Över 90 procent av abscesserna får sin början i slemproducerande körtlar i anslutning till analkanalen (12). Resten är förknippad med Crohns sjukdom eller inflammation av hudkörtlar. Största delen av abscesserna påträffas bredvid anus nära huden (perianalt) eller djupare bredvid analkanalen (ischiorektalt) (13). Det är enkelt att konstatera en perianal abscess som en ömmande rodnad eller svullnad under huden. En ischiorektal abscess orsakar smärta i området runt ändtarmsöppningen, men ofta syns inget på huden eftersom abscessen kan vara belägen djupt nere i det ischiorektala fettet. En intersfinkterisk abscess förorsakar svår smärta och känns som en svullnad vid rektalpalpation. Pelvirektala abscesser ovanför bäckenbottenmuskulaturen är sällsynta och lokala symtom saknas. Diagnosen ställs med hjälp av bilddiagnostik. Oftast är diagnosen tydlig utifrån anamnes och klinisk bild, och ingen bilddiagnostik är nödvändig. Då man misstänker en mer utbredd infektion är en datortomografiundersökning snabb och lätt tillgänglig på akutmottagningen. Magnetisk resonanstomografi eller endoanal ultraljudsundersökning är till nytta vid Crohns sjukdom, likaså om patienten

tidigare behandlats för abscesser som utgått från perianala fistlar. Vid akutmottagningen är dock tillgängligheten till dessa undersökningar begränsad. Incision av abscessen får inte fördröjas på grund av bildiagnostik.

Med undantag för små och ytliga abscesser görs incision under allmän anestesi eller spinalbedövning för att möjliggöra adekvat dränage. Subkutana abscesser öppnas till huden och intersfinkteriska abscesser i regel till analkanalen. Incisionssnittet bör vara tillräckligt stort så att alla delar av abscesshålan ska kunna palperas och tömmas. Alla abscesser bör öppnas inom ett dygn, men om patienten är septisk, har lokal cellulit, har diabetes eller är immunsupprimerad måste incision göras brådskande. Antibiotikabehandling efter incision rekommenderas vanligen inte eftersom antibiotika inte förebygger uppkomsten av fistlar, med undantag för immunsupprimerade och septiska patienter (14). Enligt en Cochraneöversikt medför dränage av abscesshålan med förband ingen fördel jämfört med enbart incision (15). Om operationssåret inte har läkt inom två månader, finns det skäl att misstänka att en analfistel har bildats. Då måste patienten remitteras till en kirurgklinik för bedömning.

Anala och rektala fistlar

En analfistel är en kronisk inflammationsgång från analkanalen till huden. Sannolikheten att en analfistel uppstår efter en abscess som utgått från en analkörtel är 15 procent och vid Crohns sjukdom 41 procent (16). Vid Crohns sjukdom kan den kroniska inflammationen ge upphov till fistlar även utan tidigare abscessbildning.

Fistelöppningen i huden syns oftast i mitten av granulationsvävnaden. Vid rektalpalpation kan fistelns inre mynning ofta kännas som en liten grop eller upphöjning i analkanalen. Vid misstanke om fistel ska patienten remitteras till gastrokirurg för elektiv operationsbedömning. En fistel som penetrerar sfinkterns nedre del är enkel att upptäcka med hjälp av proktoskopi och sondering. Vid behov använder den specialiserade sjukvården perianal magnetundersökning eller endoanal ultraljudsundersökning för diagnostik av höga fistlar.

Valet av operationsmetod beror på hur fisteln förhåller sig till sfinktrarna. Ofta bedöms det att fistlar som penetrerar den nedre tredjedelen av sfinktermuskulerna lämpar sig för fistulotomi (klyvning av fisteln), men bedömningen bör ske individuellt. Tidigare

sfinkterskada, diarrétendens eller funktionella bäckenbottenstörningar ökar risken för uppkomsten av inkontinens efter fistulotomi. Ventrala analfistlar hos kvinnor klyvs sällan eftersom den externa sfinktern är anteriort mycket tunn. Sannolikheten för läkning vid fistulotomi är kring 84–90 procent, men nackdelen är att sfinktermuskulerna försvagas (17, 18). För höga fistlar finns flera olika behandlingsalternativ. Gemensamt för dem alla är att sannolikheten för läkning är mindre, totalt kring 50–60 procent. Före definitivt ingrepp på fistelgången inleds ofta behandling med en lös tråd (seton), där avsikten är att minska sekretionen från fistelgången. De vanligaste operationsmetoderna är så kallad advancement flap (excision och slutning av inre mynning) och så kallad LIFT (stängning av fisteln i utrymmet mellan sfinkterna), men också ablation med laser eller elektrokoagulering används. Risk för försämrad kontinens förekommer också vid dessa operationer. En symtomfri fistel eller en fistel med mycket lindriga symtom kan lämnas obehandlad, men det bör vara kirurgen som fattar beslutet.

Analinkontinens

Läckage av fast eller lös avföring förekommer hos cirka 7 procent av vuxna som lever utanför vårdinstitutioner (19). Enligt en finsk registerstudie förekom läckage minst två gånger per månad hos 5,2 procent av vuxna utanför vårdinstitutioner (20). Av dem upplevde två tredjedelar att de behövde få hjälp med sina besvär, men endast var tionde hade fått behandling för sin analinkontinens. Analinkontinens är vanligare bland äldre och bland kvinnor. Orsaken till analinkontinens kan vara en sfinkterskada (förlossning eller kirurgi) eller en skada på rektum (inflammation, strålningsskada eller kirurgi), lös avföring, en neurologisk sjukdom eller framfall av bäckenbotten. Etiologin är ofta multifaktoriell. Sfinktermuskulaturen och bäckenbotten försvagas med åldern hos båda könen.

Det är viktigt att fråga om analinkontinens hos patienter som undersöks för urininkontinens eller för framfall av bäckenbotten eller som har symtom från anus. Inkontinensen indelas i aktiv (brådskande trängningar, urge) och passiv (läckage sker utan förvarning). Svårighetsgraden av inkontinens varierar från ofrivillig avgång av gas till oförmåga att hålla inne fast avföring. Om tarmvanorna har förändrats i samband med analinkontinensen,

bör tumör, prolaps och inflammation uteslutas. Specialundersökningar inom den specialiserade sjukvården, såsom bilddiagnostik av sfinktermuskeln eller bäckenbotten och tryckmätning av analkanalen, är initialt inte nödvändiga.

De europeiska behandlingsrekommendationerna från 2022 beskriver stegvis hur analinkontinens ska handläggas inom primärvården och den specialiserade sjukvården. För en del av behandlingsformerna är evidensen knapphändig och rekommendationerna baserar sig då på expertkonsensus (21). Det primära målet är fastare avföringskonsistens med hjälp av daglig användning av psylliumfröskal eller loperamid. Patienten kan ha nytta av bäckenbottenfysioterapi.

Om även fast avföring avgår ofrivilligt, kan patienten testa med daglig sköljning av ändtarmen. En specialistsjukskötare visar hur man själv sköljer tarmen och patienten får förbrukningsartiklarna från kommunen. Ett annat hjälpmedel är analtampong, som patienten dagtid lägger in i ändtarmen för att förhindra oavsiktlig analinkontinens. En del upplever att tampongen är obehaglig. Behandling med tampong är olämplig om sfinktertonusen är mycket låg.

Framfall av bäckenbotten är vanligt hos kvinnor med analinkontinens. Bäckenbottenmusklerna tänjs ut och kan skadas vid förlösning. Också övervikt och kronisk obstipation försvagar bäckenbotten. Bäckenbotten kan inte repareras kirurgiskt. Invagination av rektumväggen till analkanalen kan förorsaka svårigheter med tarmtömningen. Om sfinktertonusen är låg eller invaginationen tränger sig förbi sfinktermuskeln uppstår analinkontinens. Bilddiagnostik, såsom dynamisk magnetkameraundersökning, defekografi eller perianal ultraljudsundersökning, används främst då man planerar operation. Rektumprolaps kan behandlas med ventral rektopexi, som innebär att man fäster ett nät från promontoriet anteriort om rektum. En rekonstruktion av sfinkterskada är möjlig dels primärt, dels också i ett senare skede. Resultaten från senare rekonstruktion ser dock ut att avklinga med åren, trots att de initialt varit goda (22).

Sakral nervstimulering har visat sig vara nyttig i behandlingen av analinkontinens (23). En elektrod placeras dagkirurgiskt vid nerver i korsryggen. Via elektroden modifieras reflexbågen mellan centrala nervsystemet och perifera nerver. Om patienten har nytta av be-

handlingen under teststimuleringen, opereras ett batteri in subkutant i glutealregionen.

Permanent stomi kan övervägas för utvalda patienter med analinkontinens, om sjukdomen allvarligt inkräktar på livskvaliteten och om andra behandlingsalternativ inte ger något resultat.

Avslutning

Läkarna inom primärvården är i nyckelposition vad gäller diagnostik och behandling av de vanliga proktologiska besvären. Man kommer långt med grundlig anamnes som innehåller direkta och konkreta frågor. Varje patient med proktologiska besvär bör undersökas noggrant med inspektion, rektalpalpation och proktoskopi. Patienter med hemorrojder och akuta analfissurer bör handläggas initialt inom primärvården. Symtom från ändtarmen beror sällan på farliga sjukdomar men de kan kraftigt påverka livskvaliteten.

Sinikka Salmenkylä

sinikka.salmenkyla@hus.fi

Bindningar: Takeda (arvode för föreläsning och expertutlåtande)

Camilla Böckelman

camilla.bockelman@hus.fi

Inga bindningar

Referenser

1. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and Management of Symptomatic Hemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2010;90:17–32.
2. Salmenkylä S. Peräaukon tavalliset vaivat. *Duodecim* 2020;136:1824–9.
3. Lepistö A, Ristamäki R, Malila N. Paksusuolen syöpy. In: Färkkilä M, Isoniemi H, Heikkinen M, Puolakkainen P, editors. *Gastroenterologia ja hepatologia*. 3rd edition. Kustannus Oy Duodecim; 2018.
4. Kunnamo I, Kunnamo A, Pohjonen S. Peräpukaman kumirengashoito. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/vid00012>. Kustannus Oy Duodecim 19.9.2014.
5. Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen J, Altomare DF, Qvist N, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* 2020;22:650–62.
6. Kunnamo I. Trombosoitunut peräpukama (anaalihematooma). 2014. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/vid00067>. Kustannus Oy Duodecim 7.10.2014.
7. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD003431.
8. Sajid MS, Whitehouse PA, Sains P, Baig MK. Systematic review of the use of topical diltiazem compared with glyceryltrinitrate for the nonoperative management of chronic anal fissure: Diltiazem and glyceryltrinitrate in chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2012;15:19–26.
9. Nelson RL, Manuel D, Gumienny C, Spencer B, Patel K, Schmitt K, et al. A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure. *Tech Coloproctology* 2017;21:605–25.
10. Lindsey I, Cunningham C, Jones OM, Francis C, Mortensen NJMcC. Fissurectomy-Botulinum Toxin: A Novel Sphincter-Sparing Procedure for Medically Resistant Chronic Anal Fissure. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1947–52.

-
11. Barnes TG, Zafrani Z, Abdelrazeq AS. Fissurectomy Combined with High-Dose Botulinum Toxin Is a Safe and Effective Treatment for Chronic Anal Fissure and a Promising Alternative to Surgical Sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 2015;58:967–73.
 12. Adamo K, Sandblom G, Brännström F, Strigård K. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess—a population-based study, Sweden 1997–2009. *Int J Color Dis* 2016;31:669–73.
 13. Kairaluoma M. Anaaliabsessi ja -fisteli. *Duodecim* 2019;135:759–65.
 14. Tarasconi A, Perrone G, Davies J, Coimbra R, Moore E, Azzaroli F, et al. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines. *World J Emerg Surg* 2021;16:48.
 15. Smith SR, Newton K, Smith JA, Dumville JC, Iheozor Ejiofor Z, Pearce LE, et al. Internal dressings for healing perianal abscess cavities. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD011193.
 16. Sahnun K, Askari A, Adegbola SO, Tozer PJ, Phillips RKS, Hart A, et al. Natural history of anorectal sepsis. *Br J Surg* 2017;104:1857–65.
 17. Ratto C, Litta F, Donisi L, Parello A. Fistulotomy or fistulectomy and primary sphincteroplasty for anal fistula (FIPS): a systematic review. *Tech Coloproctology* 2015;19:391–400.
 18. Göttgens KWA, Janssen PTJ, Heemskerk J, Dielen FMH van, Konsten JLM, Lettinga T, et al. Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. *Int J Color Dis* 2015;30:213–9.
 19. Bharucha AE, Knowles CH, Mack I, Malcolm A, Oblizajek N, Rao S, et al. Faecal incontinence in adults. *Nat Rev Dis Prim* 2022;8:53.
 20. Aitola P, Lehto K, Fonsell R, Huhtala H. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. *Colorectal Dis* 2010;12:687–91.
 21. Assmann SL, Keszhelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United Eur Gastroenterol J* 2022;10:251–86.
 22. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long-Term Results of Overlapping Anterior Anal-Sphincter Repair for Obstetric Trauma. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:476–7.
 23. Thaha MA, Abukar AA, Thin NN, Ramsanahie A, Knowles CH. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD004464.

Summary

Common proctological complaints

Anal symptoms are very common and despite the symptoms presented, the patient often seeks for "hemorrhoids". Hemorrhoids are the most common anal disease, whereas anal fissures are the second most common complaint. It is the physician's duty to sort out what the patient means by "hemorrhoids" and also consider other differential diagnoses. In this article we discuss besides hemorrhoidal disease and anal fissure, also the workup and treatment of anal abscess, anal fistula and anal incontinence.