

Behandling af kronisk anal fissur, samt håndtering i almen praksis



Forskningstræningsopgave hold 33

**Udarbejdet af: Marianne Gyruup Pedersen
 Lene Agergaard Kristensen**

Vejleder: Flemming Bro

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Indholdsfortegnelse..... | 1 |
| Introduktion/baggrund..... | 2 |
| Fysiologi..... | 2 |
| Diagnostik..... | 3 |
| Differentialdiagnoser..... | 3 |
| Behandling..... | 3 |
| Formål..... | 4 |
| Metode..... | 4 |
| Litteraturgennemgang..... | 5 |
| Empirisk del..... | 5 |
| Resultater..... | 5 |
| Litteraturgennemgang..... | 5 |
| Empirisk del: Spørgeskemaundersøgelse..... | 7 |
| Diskussion..... | 10 |
| Konklusion..... | 11 |
| Klinisk retningslinje for behandling af anal fissur..... | 12 |
| Referenceliste..... | 13 |
| Bilag 1: Oversigt over danske behandlingsvejledninger af anal fissur..... | 14 |
| Bilag 2: Spørgeskema udsendt til praktiserende læger..... | 15 |

Introduktion/baggrund

Under vores kliniske ophold på kirurgisk afdeling i forbindelse med hoveduddannelsen i almen medicin, har vi set flere patienter, henvist fra almen praksis, med anal fissur. Typisk har disse patienter været behandlet med laksantia samt Proctosedyl/Doloproct inden henvisningstidspunktet. På kirurgisk afdeling blev der oftest forsøgt behandlet med Diltiazem gel, inden man gik over til operation. Vores overvejelser går derfor på, om man i almen praksis er gode nok til at behandle anal fissur inden henvisning til kirurgisk behandling. Denne opgave omhandler derfor anal fissur og medicinsk behandling heraf.

Fysiologi

Anal fissur er en længdegående defekt i analkanalens slimhinde, som forårsager smerte og blødning. Anal fissur kan ses hos alle aldersgrupper men optræder hyppigst i 30-50 års alderen. Tilstanden er lige hyppig hos mænd og kvinder (2).

Oftest opstår riften som følge af obstipation men kan også udløses ved diarree, overdreven anal hygiejne, post partus, anale seksuelle procedurer og efter analkirurgi (4).

Riften starter som regel ved den anorektale overgang (linea anorectalis) og spreder sig videre i distal retning langs analkanal. Dette område er rigt forsynet med sensoriske nervefibre i epitelet, hvorfor anal fissur er en smertefuld tilstand (4). Der opstår spasme i den interne anale sfinkter og denne findes hypertont (2,4). Den posteriore midtlinie har lavest perfusion og der er påvist en invers korrelation mellem perfusion og det maximale hviletryk, hvorfor fissuren kan betragtes som et iskæmisk sår. Ophævet sfinkterspasme normaliserer perfusionen (fig. 1).

Fissuren er i 90% af tilfældene lokaliseret bagtil i midtlinien "klokken 6", kan dog i 10% af tilfældene sidde fortil i midtlinien hos kvinder, ex efter en fødsel (4,5).

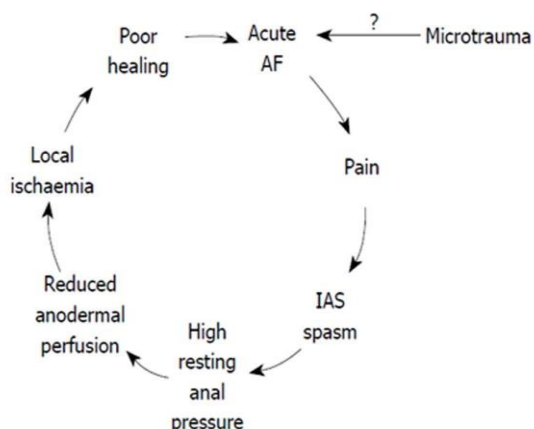


Fig. 1: Patofysiologi - anal fissur

Der skelnes mellem akut og kronisk anal fissur. Den akutte fissur ses som en overfladisk vulnerabel lineær defekt i analkanalens hudbeklædte del – anodermen, med skarpt demarkerede kanter (4). Den akutte anal fissur er en rift af få ugers varighed, som udløser en smertebetinget rektal obstipation, sfinkter hypertoni, nedsat gennemblødning, lokal iskæmi og derved forsinket heling (3, fig. 1).

Såfremt den akutte fissur ikke heler, udvikler der sig en kronisk anal fissur, der defineres ved smerter > 4 uger eller smerter af kortere varighed men flere lignende episoder. Her kan ses eksematøse forandringer og synlige tværgående fibre fra den interne sfinkter (4,5).

Kronisk anal fissur ledsages ofte af en øm hudintumescens (sentinel tag) i den distale ende og i den proximale ende ofte af en hypertrofisk papil af polypagtig udseende (1,6).

Diagnostik

Hovedsymptomet er smerte særligt i forbindelse med defækation. Smerterne kan vare ved nogle timer efter afføring men aftager mellem disse. Dette er karakteristisk for anal fissur og adskiller sygdommen fra andre smertefulde anorektale sygdomme (2). Andre symptomer er blødning, der oftest ses som blodstriber på afføringen eller blod på papiret. Der kan nogle gange ses fækal siven (soiling), anal kløe og lokal hævelse. Sfinkterspasmen kan vanskeliggøre diagnosen, men fissuren kan ses, når man krænger anus ud, ved at holde nates stramt til siderne. Rektaleksploration og anoskopi kan være meget vanskelig at gennemføre uden anæstesi grundet smerter ved undersøgelsen og betragtes som relativt kontraindiceret.

Differentialdiagnoser

Differentialdiagnoser er kronisk pruritus ani med perianalt eksem, intersfinkterisk absces (konstante smerter og forhøjede infektionstal), anal fistel, anal cancer (kan vise sig ved bred indureret fissur), Crohns sygdom, HIV, venerisk sår (chancker) og ulcerøs kolit.

Behandling

Kan inddeles i følgende non-farmakologiske og farmakologiske behandlingsmuligheder (1-6).

- Afføringsregulerende midler som f.eks. fiberrig kost, HUSK og laksantia. Har til formål at modvirke obstipation og strikturdannelse ved at nedsætte mekanisk stress på vævet.
- Sædebade og analhygiejne giver symptomlindring, sfinkterrelaksation og bedre perianal hygiejne. Den begrænsede dokumentation som findes understøtter dog ikke, at denne behandling er effektiv.

- Lokalanalgetiske midler som f.eks. Xylocain er symptomatisk smertelindrende.
- Lokalsteroid salver eller suppositorier som f.eks. Doloproct og Proctosedyl er symptomatisk smertelindrende. Der er ikke i litteraturen beskrevet anden effekt.
- Muskelrelakserende midler som lokalbehandling med glyceryltrinitrat (Rectogesic gel) og calcium-antagonist (Diltiazem gel). Reducerer spasmen og hviletrykket i den interne anale sfinkter, bedrer blodgennemstrømningen og medfører dermed opheling og smertelindring.
- Botulinum toxin injektion injiceres intersfinkterisk ultralydsvejledt i fuld bedøvelse. Effekten er sfinkterrelaksation. Varighed 3 måneder.
- Kirurgi - typisk intern lateral sfinkterotomi, kan gøres i lokal bedøvelse eller i fuld anæstesi.

Med henblik på at afdække hvordan det i Danmark anbefales at behandle anal fissur, har vi gennemgået tilfældigt udvalgte danske behandlingsvejledninger. Særligt har vi set på den ikke-kirurgiske del, som er mest praksis relevant. Der er fremsøgt behandlingsvejledninger fra seks abdominalkirurgiske afdelinger i hhv. Region Midt (5) og Region Hovedstaden (4). Derudover har vi også fremsøgt vejledninger i hhv. Lægehåndbogen.dk, Medibox.dk og Medicin.dk, idet vi vurderer, at disse tre web-steder er hyppigt anvendte af alment praktiserende læger i Danmark.

En kortfattet oversigt over danske behandlingsvejledninger er opstillet i bilag 1. Sammenfattende er de generelle anbefalinger i Danmark initielt at forsøge konservativ behandling med afføringsregulering, evt. sædebade og oftest sideløbende med Rectogesic/Diltiazem gel i 4-8 uger. Kun i Lægehåndbogen og i Medibox anbefales initiel eller supplerede behandling med Doloproct/Proctosedyl inden henvisning til botox injektion eller kirurgisk behandling.

Formål

Opgavens formål er at evaluere evidensen af de ovenstående anbefalede behandlinger af anal fissur og i hvilket omfang, den behandling anvendes af alment praktiserende læger i Danmark.

Metode

Opgaven består af to dele, en litteraturgennemgang og en empirisk del med en spørgeskemaundersøgelse omhandlende behandling af anal fissur i almen praksis.

Litteraturgennemgang

D.18. januar 2017 gennemførte vi en litteratursøgning på www.pubmed.com med MESH søgeordene "fissure in ano/therapy AND review". Artikler udgivet efter år 2010 blev udvalgt med ønsket om at finde nyeste opdaterede viden. Ikke-engelsk sprogede artikler blev frasorteret. Hermed udkom 28 hits. Vi foretog dernæst en frasortering af studier og artikler ved gennemgang af titler. Artikler omhandlende hæmorider, inflammatorisk tarmsygdom, fistler, stenoser, operative procedurer og sammenligning af disse med botoxinjektion blev sorteret fra pga. manglende relevans for opgavebeskrivelsen. Der blev endvidere frasorteret 1 artikel som betragtes som forløber for et Cochrane review, der blev inkluderet.

Til slut havde vi 5 artikler, af disse fandtes et Cochrane review "Non surgical therapy for anal fissure" som danner grundlag for det videre arbejde. De 4 øvrige artikler bidrog ikke med yderligere viden og blev derfor ekskluderet.

Vi har endvidere forsøgt at fremsøge artikler med søgeord omhandlende "anal fissure" og "primary care" for at undersøge om der foreligger forskning specifikt rettet mod almen praksis, men vi fik ingen hits ved søgningen.

Empirisk del

Et kvantitativt spørgeskema (bilag 2) blev udarbejdet i www.surveymonkey.com. Spørgeskemaet blev d. 3. marts 2017 udsendt pr. mail til udvalgte speciallæger i almen medicin, alle i Holstebro kommune, nogle af forskningstræningsholdets tutorlæger i region Nord- og Midtjylland, samt enkelte privat bekendte alment praktiserende læger i region Hovedstaden. Skemaet blev udsendt til i alt 61 læger.

Resultater

Litteraturgennemgang

Cochrane reviewet "Non surgical therapy for anal fissure" omfatter en metaanalyse der inkluderer studier fra 1966-2010, hvor patienterne var randomiseret til ikke-kirurgisk behandling af anal fissur (6). Kontrolgrupperne bestod enten af en kirurgisk procedure (sfinkterotomi), en anden type medicinsk behandling eller placebo. Placebo behandling dækkede i de fleste studier over fiberrig kost, sædebade eller smøremidler. Både akutte og kroniske fissurer samt børn var inkluderet. Der blev inkluderet 75 randomiserede kontrollerede studier og et samlet antal patienter på 5031. Det fremgår ikke i metaanalysen, om patienterne var fra almen praksis, sygehusambulatorier eller privat praktiserende speciallæger.

Der blev foretaget 49 forskellige sammenligninger mellem behandlingstyper fordelt på 17 forskellige medikamenter eller behandlingsmetoder. Studier hvor der blev lavet en direkte

sammenligning mellem mindst 2 behandlinger og hvor mindst en af dem var non-kirurgisk blev inkluderet i metaanalysen, såfremt der fandtes et andet studie med samme sammenligning.

Det primære outcome i metaanalysen var heling af anal fissur, der ansås for det mest objektive og standardiserbare mål.

Tabel 1: Oversigt over vigtige resultater i Cochrane artiklen (signifikante resultater fremhævet med grønt):

| Behandling | Outcome | % | Odds ratio | Confidens-interval |
|---|------------------|-------------------|------------|--------------------|
| GTN* vs. placebo | Heling | 48,9 % vs. 35,5 % | 0,35 | [0,19, 0,65] |
| GTN vs. placebo | Hovedpine | 25 % vs. 8,3 % | 4,54 | [3,01, 6,85] |
| GTN vs. botox | Heling | 61,6% vs. 73,5 % | 0,56 | [0,20, 1,57] |
| GTN vs. CCB** | Heling | 73,5 % vs. 71,2 % | 0,88 | [0,54, 1,42] |
| GTN vs. lidokain | Heling | 68,9 % vs. 31,0 % | 0,21 | [0,12, 0,38] |
| CCB vs. lidocain + hydrocortison gel | Heling | 95,0 % vs. 50,0 % | 0,05 | [0,02, 0,12] |
| Enhver kirurgi vs. GTN, CCB, botox | Heling | 89,2 % vs. 53,3 % | 0,11 | [0,06, 0,23] |
| Enhver kirurgi vs. medicinsk behandling | Heling > 1 år | 97,0 % vs. 59,8 % | 0,06 | [0,02-0,18] |
| GTN vs. kirurgi | Mild inkontinens | 3,6 % vs. 7,9 % | 0,51 | [0,22, 1,16] |

* GTN: Glyceryltrinitrat (Rectogesic)

** CCB: Calcium kanal blokker (Diltiazem gel)

Effekten af behandling med CCB, GTN og botox blev fundet ligeværdige og signifikant bedre end placebo, lidokain og steroid i forhold til heling, men dog kun marginalt. Kirurgi havde en langt højere helbredsrate end alle de medicinske behandlingsmuligheder. Behandling med GTN gav signifikant oftere hovedpine end placebobehandling. Der blev ikke fundet nogen signifikant forskel på bivirkning i form af anal inkontinens mellem behandling med GTN og kirurgi (tabel 1).

Recidiv af anal fissur efter medicinsk behandling var op mod 40% efter et år, hvilket understøtter, at kirurgisk behandling stadig er mest effektiv både på kort og lang sigt (tabel 1).

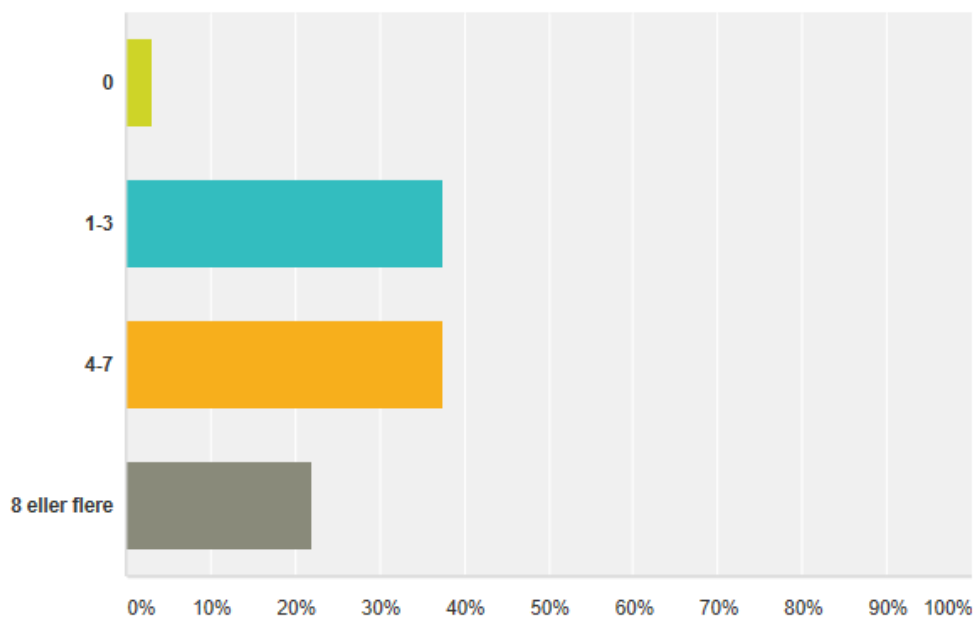
Empirisk del: Spørgeskemaundersøgelse

Ud af 61 udsendte spørgeskemaer blev 32 besvaret, dvs. en besvarelsesprocent på 52,5%.

Spørgsmål 1:

Hvor hyppigt har du skønsmæssigt stillet diagnosen D95 analfissur det seneste år?

Besvaret: 32 Sprunget over: 0

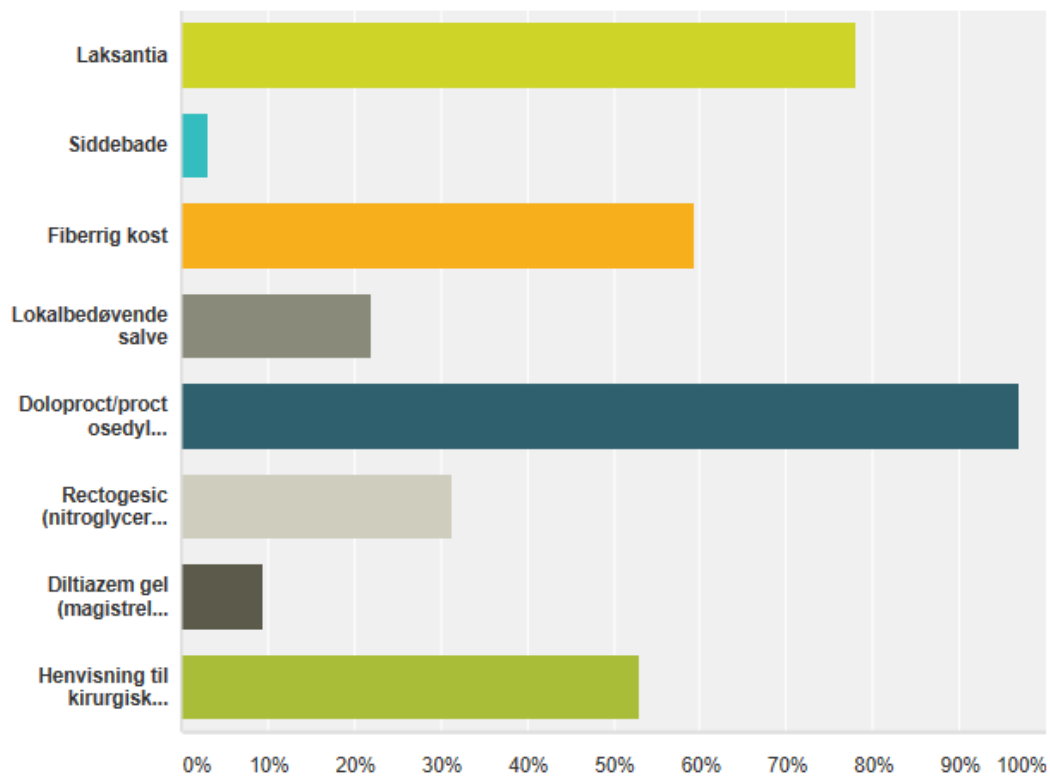


| Svarvalg | Besvarelser |
|-------------------|-------------|
| 0 (1) | 3,13% 1 |
| 1-3 (2) | 37,50% 12 |
| 4-7 (3) | 37,50% 12 |
| 8 eller flere (4) | 21,88% 7 |

Spørgsmål 2:

Hvilken type behandling har du anvendt til analfissur? (der må afkrydses flere)

Besvaret: 32 Sprunget over: 0

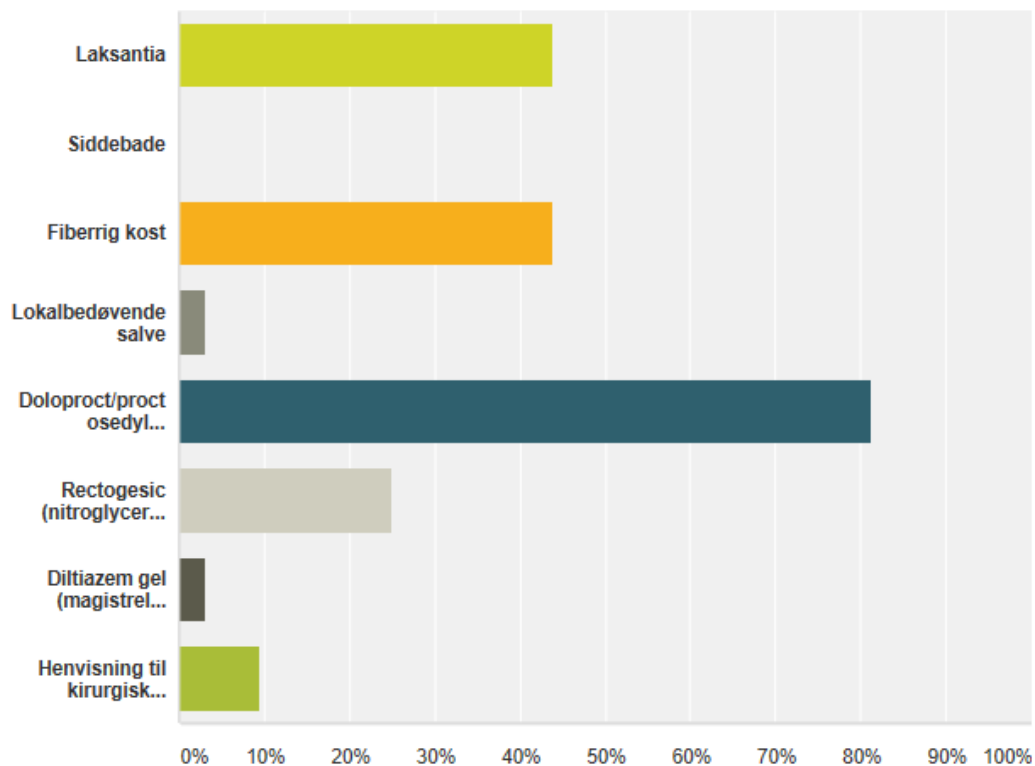


| Svarvalg | Besvarelser |
|---|-------------|
| ▼ Laksantia | 78,13% 25 |
| ▼ Siddebade | 3,13% 1 |
| ▼ Fiberrig kost | 59,38% 19 |
| ▼ Lokalbedøvende salve | 21,88% 7 |
| ▼ Doloproct/proctosedyl (suppositorier/salve) | 96,88% 31 |
| ▼ Rectogesic (nitroglycerinsalve) | 31,25% 10 |
| ▼ Diltiazem gel (magistrel recept) | 9,38% 3 |
| ▼ Henvisning til kirurgisk behandling | 53,13% 17 |

Spørgsmål 3:

Hvilke af disse behandlinger er dine foretrukne? (der må afkrydses flere)

Besvaret: 32 Sprunget over: 0



| Svarvalg | Besvarelser |
|---|-------------|
| ▼ Laksantia (1) | 43,75% 14 |
| ▼ Siddebade (2) | 0,00% 0 |
| ▼ Fiberrig kost (3) | 43,75% 14 |
| ▼ Lokalbedøvende salve (4) | 3,13% 1 |
| ▼ Doloproct/proctosedyl (supossitorier/salve) (5) | 81,25% 26 |
| ▼ Rectogesic (nitroglycerinsalve) (6) | 25,00% 8 |
| ▼ Diltiazem gel (magistrel recept) (7) | 3,13% 1 |
| ▼ Henvisning til kirurgisk behandling (8) | 9,38% 3 |

75% af respondenterne har stillet diagnosen anal fissur skønsmæssigt 1-7 gange inden for det seneste år, således er tilstanden ikke hyppigt set i praksis. Dog har 22% stillet diagnosen 8 gange eller flere. Den hyppigst anvendte behandling mod anal fissur er Doloproct/Proctosedyl, som næsten alle har anvendt (97%). Laksantia og fiberrig kost er hyppigt anvendt (78% og 59%), mens kun få bruger sædebade (3%) og lokalbedøvende salve (22%).

Kun 31% har anvendt Rectogesic og 9% Diltiazem gel. Ca. halvdelen har henvist til kirurgisk behandling. Det fremgår klart, at Doloproct/Proctosedyl er den foretrukne behandling i almen praksis (81%) suppleret med afføringsregulerende behandling (44%). Kun i mindre omfang foretrækkes muskelrelakserende behandling Rectogesic 25% og Diltiazem gel 3%.

Diskussion

Der er overordnet set god overensstemmelse mellem danske behandlingsvejledninger og hvad der i Cochrane artiklen er fundet evidens for, at afføringsregulering sammen med muskelrelakserende behandling skal forsøges før botox og ultimativt kirurgi. Dog anbefaler Lægehåndbogen initial brug af Doloproct/Proctosedyl, hvilket der ikke er fundet evidens for (6). Det er usikkert om data fra Cochrane artiklen kan anvendes på danske forhold i almen praksis, da det ikke fremgår hvorfra patienterne er inkluderet - sygehusambulatorier, privat praktiserende kirurger eller almen praksis.

Vores spørgeskemaundersøgelse har bekræftet at Doloproct/Proctosedyl i almen praksis er den foretrukne og mest anvendte behandling af anal fissur sammen med råd om afføringsregulering. Mange bliver aldrig henvist til kirurgisk behandling på trods af, at de anbefalede guidelines ofte ikke følges. Dette understøtter, at anal fissur har en forholdsvis stor spontan helingsrate uden behandling. Da alle placebokontrolgrupper blev kombineret i Cochrane analysen fandtes en helingsrate på 34%.⁽⁶⁾

Der kan være mange forklaringer på at der i almen praksis oftest anvendes Doloproct/Proctosedyl i stedet for muskelrelakserende behandling. En forklaring kan være, at anal fissur er en forholdsvis sjælden diagnose, og vi derfor har manglende viden om behandlingen heraf. Muligvis er vi heller ikke gode til at stille diagnosen, og mistolker tilstanden som hæmorider, dette er dog kun vores egen antagelse, og vi har ikke undersøgt påstanden i denne opgave. Derimod er hæmorider en yderst hyppig lidelse, som netop behandles med ovenstående, og derfor overføres denne behandling måske til andre anale lidelser som f.eks. anal fissur.

Rectogesic er relativt dyr (pris marts 2017, 492,35 kr, 30 g) og Diltiazem gel, som er billigere (Diltiazem gel 2%, 30ml: oplyst pr. telefon fra Skanderborg Apotek ca. 230 kr, udsalgspris marts 2017) kan kun fremskaffes på magistrel recept, hvilket i en travl hverdag kan være en hindring for udskrivelse.

Ved opslag på Medicin.dk under Doloproct og Proctosedyl er under anvendelsesområder nævnt anal fissur. Først når man klikker videre og læser om anal fissur findes, at der anbefales muskelrelaxerende behandling og ikke ovenstående. Dette kan forvirre læseren i forhold til valg af korrekt behandling.

Hvad skal så vælges i almen praksis, Rectogesic, Diltiazem gel eller henvisning til kirurgi? Rectogesic er let at udskrive, men er dyr og har hyppig bivirkning i form af hovedpine (25%) (6), hvilket kan påvirke compliance. Diltiazem gel er billigere og har ikke hovedpine som kendt bivirkning, derimod er den mere besværlig at udskrive for lægen. Trods dette anser vi Diltiazem gel for et bedre valg end Rectogesic pga. pris og bivirkningsprofil. I det muskelrelaksantia kun har en marginal bedre effekt end placebo, og at kirurgi har en meget høj helingsrate, kunne man argumentere for, at alle skal henvises til kirurgi, uden først at have forsøgt medicinsk behandling. Diltiazem gel er dog både pris- og bivirkningsmæssigt acceptabel, og kirurgi vil koste samfundet langt flere penge, hvis alle skulle henvises. Derfor findes det rimeligt, ud fra en cost-benefit mæssig betragtning, at forsøge medicinsk behandling med Diltiazem gel inden henvisning til kirurgi. Dette stemmer overens med Cochrane artiklens konklusion.

Konklusion

Vores antagelse omkring, at Doloproct/Proctosedyl ofte er primære behandling af anal fissur i almen praksis, er understøttet med denne opgave, som dog kun er baseret på en mindre spørgeskemaundersøgelse. De danske behandlingsvejledninger stemmer i det store hele overens med, hvad vi har fundet evidens for, men de praktiserende lægers kendskab til lidelsen er muligvis begrænset, og det kan måske delvist forklare årsagen til den anvendte behandling. Lægehåndbogen anbefaler som den eneste milde steroidsalver som en del af den primære behandling, hvilket også kan forklare vores resultater. Vi påtænker at kontakte lægehåndbogens redaktion med henblik på forslag til ændring af behandlingsvejledningen.

Klinisk retningslinje for behandling af anal fissur

Definition:

Rift i analkanalens slimhinde, som forårsager smerter og blødning. Kan opdeles i akut og kronisk ud fra varighed af symptomer (akut < 4-6 uger).

Symptomer og kliniske fund:

Fissuren er i 80-90 % af tilfældene lokaliseret bagtil i midtlinien "klokken 6", hvor der kan udløses en smertebetinget rektal obstipation, sfinkter hypertoni, nedsat gennemblødning, lokal iskæmi og derved forsinket heling. Symptomer er smerter og blødning særligt i forbindelse med defækation.

Fissuren kan ses som en rift i slimhinden og i den kroniske tilstand med blottede muskelfibre i bunden. Der ses ofte også en sentinel tag i den distale ende og en papil i den proksimale ende.

Behandling:

Afføringsregulering hos alle med fiberrig kost, HUSK eller laksantia.

Lokalbehandling med Diltiazemhydrochlorid gel 2 %, 1 cm 2 gange dagligt i 6-8 uger. Afslapper den indre sfinkter. Bestilles magistrelt fra Skanderborg apotek. Recepten medgives patienten, og medicinen bestilles hjem via det lokale apotek, når medikamentet er betalt.

Ved initial behov for yderligere smertestillende behandling kan anvendes lokalanæstetiserende salver som f.eks. Lidokain.

Ved behandlingssvigt af ovenstående kan henvises til kirurgisk behandling med henblik på botox injektion eller sfinkterotomi.

Ordination (Gyldig indtil 2 år fra udstedelsesdatoen)
Præparatnavn, dispenseringsform, styrke, mængde sam* brugsanvisning og udlevering

#

Rp. Gel Diltiazemhydrochlorid 2%

No. 1 tube a 30 ml.

Ds: Ca. 1 cm gel påsmøres lokalt ved endetarmsåbningen morgen og aften i 6-8 uger.

Referenceliste

- 1) www.medibox.dk
- 2) www.lægehåndbogen.dk
- 3) www.medicin.dk
- 4) <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>, herefter søgning på "analfissur" (anvendt Bispebjerg/Frederiksberg, Bornholm, Herlev/Gentofte, Amager/Hvidovre)
- 5) <http://e-dok.rm.dk/edok/admin/GUI.nsf/desktop.html?Open>, herefter søgning på "analfissur" (anvendt Herning/Århus, Viborg)
- 6) Non surgical therapy for anal fissure. Nelson RL, et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2012 Feb 15;(2)

Bilag 1: Oversigt over danske behandlingsvejledninger af anal fissur

| | Afføringsregulerende midler | Analhygiejne og sædebade | Lokal-analgetiske midler | Lokal-steroid Salver | Diltiazem/Rectogesic | Botox | Kirurgi |
|-----------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--|-------------------------------------|
| Hospitals-afdelinger | Anvendes hos alle afdelinger sideløbende med øvrig behandling. | | | | 1. valg, 6-8 ugers behandlingsvarighed ved akut og kronisk fissur (evt. kun 3-4 uger ved akut fissur). | 2. valg ved behandlingsvigt af 1. valg (med undtagelse af en enkelt afdeling). | 3. valg ved svigt af 1. og 2. valg. |
| Lægehåndbogen.dk | Anvendes sideløbende med øvrig behandling. | Supplerende behandling | 2. valg ved akut fissur samt evt. ved kronisk fissur. | 1. valg ved akut fissur. | Anbefales med behandlingsvarighed på 4-6 uger, men det er uklart hvornår behandlingen skal opstartes i forløbet. | 2. valg ved svigt af behandling med Diltiazem/Rectogesic af kronisk fissur. | 3. valg ved kronisk fissur. |
| Medibox.dk | Anvendes sideløbende med øvrig behandling. | | Supplerende behandling. | Supplerende behandling. | 1. valg, hhv. 8 og 4-6 ugers behandlingsvarighed ved akut og kronisk fissur. | 2. valg | 3. valg |
| Medicin.dk | Anvendes sideløbende med øvrig behandling. | 1. valg i 1 uge. | 1. valg i 1 uge. | | 2. valg, i 6-8 uger ved svigt af 1. valg. | 3. valg. | 4. valg. |

Bilag 2: Spørgeskema udsendt til praktiserende læger

Kære kollegaer

I forbindelse med vores forskningstræningsprojekt i hoveduddannelsen i almen medicin, har vi valgt at afdække hvilken behandling af analfissur der er evidens for at anvende, og om denne behandling følges i almen praksis.

Vi har derfor lavet et kort spørgeskema for at undersøge hvor hyppigt diagnosen analfissur stilles i almen praksis og hvilken behandling der anvendes.

Vi håber I vil være behjælpelige med at besvare spørgeskemaet, gerne senest d. 10/3. Alle svar er anonymiserede.

På forhånd mange tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Marianne Gyruup Pedersen og Lene Agergaard Kristensen

1: Hvor hyppigt har du skønsmæssigt stillet diagnosen D95 analfissur det seneste år?

- 0
- 1-3
- 4-7
- 8 eller flere

2: Hvilken behandling har du anvendt til analfissur? (der må afkrydses flere)

- Laksantia
- Siddebade
- Fiberrig kost
- Lokalbedøvende salve
- Doloproct/proctosedyl
- Rectogesic
- Diltiazem
- Henviisning til kirurgisk behandling
- Andet (hvad)

3. Hvilke af disse behandlinger er dine foretrukne? (der må afkrydses flere)

- Laksantia
- Siddebade
- Fiberrig kost
- Lokalbedøvende salve
- Doloproct/proctosedyl
- Rectogesic
- Diltiazem
- Henviisning til kirurgisk behandling
- Andet (hvad)