

Guideline

Proctologie

Créé par: M. Fliegner, H. Scotland

Dernière révision: 06/2023 / Dernier changement: 06/2023

PDF erstellt am: 20.05.2024

Link: <https://www.medix.ch/fr/connaissances/guide-des-bonnes-pratiques/proctologie/>

Index

1. Examen proctologique au cabinet du médecin généraliste

2. La maladie hémorroïdaire

3. Marisques

4. Thrombose de la veine périanale

5. Fissure anale

6. Abscess périanal

7. Eczéma anal

8. Prurit ani

9. Proctalgie fugace

10. Infections sexuellement transmissibles (IST)

11. Lésions malignes

12. Littérature

13. Mentions légales

Mise à jour 06/2023

- La Guideline a été entièrement revue, actualisée et légèrement complétée dans certaines sections.

Remarques préliminaires

- La plupart des plaintes anales dans la pratique du médecin généraliste ne sont pas dues aux „hémorroïdes“, généralement accusées en premier lieu, mais à une autre entité (par ex. thrombose anale, prurit ani, eczéma, fissure anale)
- En cas de troubles anaux, une anamnèse précise sur les habitudes de la défécation, la fréquence et la consistance des selles, la durée des séances et les habitudes de nettoyage après défécation est importante pour avoir une idée des facteurs aggravants ou causals
- Une **brochure pour les patients sur l'hygiène anale** est disponible auprès de la [Ligue gastro-intestinale](#).

1. Examen proctologique au cabinet du médecin généraliste

En proctologie, une bonne anamnèse permet en général de poser un diagnostic (de suspicion), qui peut ensuite être vérifié par un bref examen.

Anamnèse

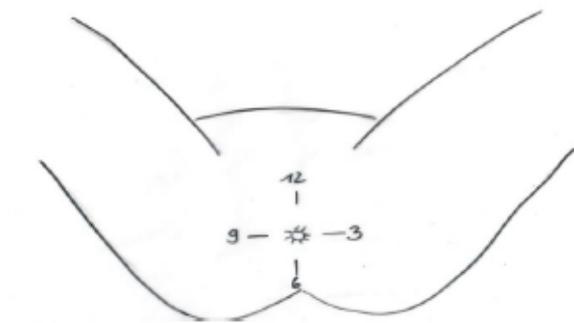
Questions fondamentales importantes lors de l'anamnèse proctologique

1. Des douleurs? Quand apparaissent-elles? Caractère de la douleur, durée, évolution?
2. Ecoulement de sang et/ou de mucus?
3. Démangeaisons/prurit?
4. Anamnèse des selles (consistance, douleur, fréquence), sensation de corps étrangers, prolapse, constipation, incontinence, protège-slip nécessaire?
5. Antécédents (opérations, accouchements, coloscopies), anamnèse familiale (maladie inflammatoire chronique de l'intestin [MICI], carcinomes)

6. Anamnèse sexuelle, MST, manipulation anale, habitudes de nettoyage (frottement fort, lingettes humides, etc.).

Examen

- Dans le cabinet du médecin de famille, l'examen proctologique se fait le plus simplement en position latérale. Il est conseillé (compte tenu de la situation généralement désagréable pour le patient) de positionner le patient de manière à ce qu'il fasse face à la porte si la table est libre dans la pièce
- Les résultats de l'examen proctologique sont décrits selon le système horaire (ou bien selon la position de lithotomie). Cela est avantageux pour comparer/retrouver plus facilement les résultats lors des examens suivants.



Procédure

On commence par l'**inspection** qui porte sur

- L'appréciation de la peau, les marisques, les thromboses de la veine périanale, les hémorroïdes, les fissures, les ouvertures de fistules, la souillure des selles, le sphincter béant, le prolapsus, les pores, les tumeurs, les abcès.

Ensuite, **palpation** (si les douleurs ne l'empêchent pas). Evaluation

- Des tumeurs, de la prostate, des selles, des douleurs, du sphincter: tonus, taille, symétrie, lacune, sang frais ou vieux sang au doigt.

La dernière étape est, le cas échéant, la **proctoscopie**. Evaluation des muqueuses

- Hémorroïdes, proctite, condylomes, stigmates de saignement dans le canal anal.

2. La maladie hémorroïdaire (1–4)

Définition

- Au-dessus de la linea dentata, sous la muqueuse rectale, on trouve le corps caverneux recti qui a une fonction importante dans la continence fine
- Les hémorroïdes peuvent se présenter sous forme de nodules solitaires, de nodules multiples ou de prolapsus circulaire. Ce n'est qu'en cas d'hyperplasie du conglomérat vasculaire artérioveineux qu'on parle d'hémorroïdes du premier au quatrième degré (I–IV).

Degré	Caractéristiques
I	Visibles seulement lors d'une proctoscopie, légèrement hypertrophiées, ne se prolabent pas
II	Prolabent en pressant, réduction spontanée
III	Prolabent, pas de réduction spontanée
IV	Nodules hémorroïdaires irréductibles

Etiologie

- Toujours inexplicquée (13); facteurs influents: génétique, comportement défavorable à la défécation (surtout longues séances, aussi bien constipation que diarrhée, fortes pressions, éventuellement angle anorectal défavorable). Les troubles hémorroïdaires s'aggravent souvent pendant la grossesse et régressent spontanément après l'accouchement.

Symptômes et diagnostic différentiel

- Les symptômes ne sont pas spécifiques et ne dépendent pas du degré de gravité des hémorroïdes. Les hémorroïdes sont associées à des saignements (rouge clair), un prolapsus des tissus anaux, des suintements, des selles grasses et des démangeaisons. La douleur est plutôt un argument contre les hémorroïdes.

A retenir

- Les hémorroïdes peuvent saigner, mais c'est rare!

- Les facteurs d'aggravation sont la diarrhée, la constipation, les séances prolongées, la grossesse, les voyages
- La douleur à la défécation est plutôt un signe de fissure
- Une tuméfaction douloureuse au niveau de l'anus est le plus souvent une thrombose de la veine périanale (voir ci-dessous)
- Acuité (gonflement douloureux survenu soudainement → DD: thrombose de la veine périanale)
- Incontinence, écoulement (rapports anaux réceptifs: DD IST proctite gonococcique, chlamydienne; MICI)
→ voir aussi mediX GL IST.
- **Red flags (alerte)**
L'âge de la personne quant aux tumeurs malignes ou la maladie inflammatoire chronique
Une anamnèse personnelle ou familiale suspectes
Une disproportion entre symptômes et résultats.

Evolution

- Souvent, les épisodes symptomatiques et asymptomatiques s'alternent spontanément
- Amélioration par ex. après l'accouchement ou l'optimisation des habitudes de défécation (traitement de la diarrhée ou de la constipation).

Thérapie

- Dépend de la souffrance et du degré de la maladie hémorroïdaire; si les troubles persistent/récidivent, une coloproctoscopie devrait être effectuée afin de ne pas retarder le diagnostic définitif et d'exclure une néoplasie
- La mesure la plus importante est la **régulation de la défécation**. Il est important d'éviter les séances prolongées et la pression forte parce que cela sollicite le plancher pelvien et le canal anal par la constipation ou la diarrhée. En cas de selles trop molles/inconsistantes, la région anale est irritée par le passage continu, les nettoyages répétés et l'humidité. C'est pourquoi il faut moduler la consistance et la fréquence des selles dans le sens qui convient
 - Constipation: fibres, fruits secs, Mucilar[®], Movicol[®]

- Diarrée: bananes, graines de lin, Mucilar[®]; considérer les DD comme l'intolérance au lactose, la surconsommation de fructose (fruits, jus, smoothies, succédanés de sucre), les maladies inflammatoires chroniques (MICI).
- Même les hémorroïdes de haut grade peuvent être a- ou oligosymptomatiques, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur un traitement interventionnel.

Degré I

- Mesure la plus importante = les mesures de base ci-dessus
- Des suppositoires peuvent parfois soulager à court terme les symptômes inflammatoires
 - Scheriproct[®], Faktu[®] (sont aussi possibles pendant la grossesse)
- Pour les toniques veineux per os come le Daflon[®], l'efficacité n'a pas été vraiment prouvée (1, 4).

Degré II

- Ligature d'élastique: traitement de choix si les mesures conservatrices ne suffisent pas et si les hémorroïdes ne sont pas circulaires; à long terme, méthode inférieure aux procédés chirurgicaux!
 - Appliquer 1-2 ligatures seulement par séance (pour ne pas perdre la vue d'ensemble en cas de complications)
 - Répéter si nécessaire après 3-4 semaines
 - Taux de réussite après 3-5 ans: 70-80 %, taux de récurrence: < 25 %
 - Effets secondaires indésirables: douleurs occasionnelles, saignements dans les premiers jours après le traitement
 - Contre-indications: maladie de Crohn, VIH, ACO.
- La sclérose (des hémorroïdes ou des artères hémorroïdaires) et la coagulation infrarouge sont des méthodes également possibles
- L'hémorroïdectomie chirurgicale n'est en général effectuée qu'à partir du stade III.

Degré III

- Les méthodes chirurgicales présentent les meilleurs résultats à long terme et des taux de complications acceptables de 5-10 %
- Prolapsus hémorroïdaire segmentaire: hémorroïdectomie (d'après Milligan-Morgan et Ferguson)
- Hémorroïdes circulaires: hémorroïdopexie par agrafage (d'après Longo). Avantage: ne laisse pas de plaies dans l'anoderme, moins de douleurs. Désavantage: sténoses, troubles de l'urgence et de la vidange, récurrences chez 1-3 % (7). Sont possibles aussi des procédures de résection.

Degré IV

- En cas de **thrombose aiguë** ou **d'incarcération** (toutes les deux sont très rares!) un traitement conservateur local avec des anti-inflammatoires, des mesures de refroidissement et des analgésiques suffit le plus souvent (restitution complète en général en quelques semaines)
- Si l'hémorroïde incarcerated est très douloureuse, on peut la réduire immédiatement sous anesthésie locale ou générale. L'ablation chirurgicale du tissu hémorroïdaire doit être évitée dans la mesure du possible dans un état aigu
- DD: marisque œdémateuse, prolapsus de la muqueuse, thrombose de la veine périanale.

Maladies hémorroïdaires pendant la grossesse

- Peuvent être très prononcées
- Toutefois, un traitement chirurgical est **contre-indiqué** et il faudrait absolument attendre l'évolution spontanée après l'accouchement, car la plupart des troubles disparaissent de soi-même!
- Les patientes doivent être informées en conséquence et des mesures de soulagement doivent être prises (suppositoires, régulation des selles, mesures de refroidissement voir ci-dessus)



Fig. 1: Prolapsus muqueux dorsal

3. Marisques

Etiologie/signification

- Plis cutanés périanaux de taille variable; étiologie incertaine, péripartum, processus inflammatoires (par ex. fissure chronique: marisque de gardien) ou après régression d'une thrombose de la veine anale
- Pas de signification pathologique, peuvent être gênantes lors de l'hygiène anale si elles sont plus importantes et „gênent esthétiquement“ certains patients
- En cas de selles normales, elles sont en général asymptomatiques, parfois irritées (mécaniquement/chimiquement) par un nettoyage fréquent et/ou intensif ou une allergie de contact, par ex. par du papier-toilette humide.

Traitement

- Résection chirurgicale possible si la taille et les symptômes le justifient.



Fig. 2: Marisques

4. Thrombose de la veine périanale

Etiologie

- Se forme par un thrombus dans les veines périanales externes (Pl. haemorrhoidales ext.); outre l'évolution spontanée, on suppose des „facteurs de stress“ comme une position assise prolongée, la consommation d'alcool, la poussée, les épisodes de diarrhée ou de constipation et la grossesse
- L'ancien terme „hémorroïdes externes“ n'est plus utilisé.

Symptômes

- Apparition soudaine d'une sensation de pression et de tension parfois très fortes et formation d'un nodule bleuâtre-violacé douloureux sur la marge anale; une thrombose récente ne saigne pas, sauf en cas de perforation spontanée (qui ne survient en général que dans les dix premiers jours environs).

Evolution

- En général, régression complète sans traitement en l'espace de quelques jours ou semaines.

Thérapie

- En cas de tuméfaction livide et élastique à la palpation dans les 1-2 jours, il est possible, mais pas obligatoire, de procéder à une décharge par incision piquante après une anesthésie locale radiariaire. L'avantage peut être un soulagement plus rapide de la douleur, au prix de la douleur lors de l'intervention et de complications potentielles (pas de décharge en cas de thrombose cloisonnée, risque de saignement). Dans la grande majorité des cas (notamment parce que le patients ne se présentent qu'après quelques jours et que le pronostic spontané est bon), un traitement conservateur suffit: AINS systémiques (pour quelques jours), éventuellement Xylocain[®] gel 2 %, év. pommade Sulgan[®]/Bepanthen[®], des mesures de refroidissement et modulation de la vidange.



Fig. 3-5: Thrombose de la veine périanale, thrombose de la veine périanale perforée, thrombose de la veine périanale/œdème marisque (de gauche à droite)

5. Fissure anale (8-11)

Etiologie

- Largement incertaine; la constipation ou la diarrhée avec ouverture „explosive“ du canal anal peuvent entraîner une déchirure de la peau dans le canal anal
- La lésion se situe plus souvent à 6 h en position de lithotomie qu'à 12 h (sinon, penser à MICI et MST: fissure atypique)
- En cas de fissure chronique, une marisque „sentinelle“/un pli d'avant-poste se forme dorsalement.

Symptômes

- Fissure aiguë: douleur parfois très violente et coupante lors de la défécation et persistante au-delà; saignement. L'anamnèse est typique et donc révélatrice!
- Fissure chronique: souvent peu de symptômes, saignements récurrents.

Diagnostic

- Inspection, écartement prudent des fesses à deux mains; pratiquement toujours à 6 h en position de lithotomie, souvent située en profondeur et visible seulement avec un bon éclairage, mais examiner aussi à 12 h en position de lithotomie
- Fissure aiguë: très dolente, examen digital en général pas possible et encore moins la proctoscopie, ou alors sous courte anesthésie. En présence de fortes douleurs et d'anamnèse typique, on peut renoncer initialement à un examen digital et une proctoscopie
- Fissure chronique: cicatrice pâle, parfois très large, souvent avec pli d'avant-poste (soi-disant marisque sentinelle), peut être totalement indolente.

Thérapie

- Traitement de la douleur (par ex. AINS dans la phase aiguë, gel topique Xylocain[®] avant la défécation sinon douloureuse)
- Régulation des selles (objectif: consistance molle, pas trop fréquent ni trop souvent)
- Traitement topique: traitement souvent de quelques semaines
 - Rectogesic[®]: 3 x/jour sur la fissure et le sphincter; avantage: en stock dans la plupart des pharmacies; désavantage: maux de tête dus à la nitro peu après l'application

- Prescription extemporanée avec de la nifédipine 0,5 % en crème Excipial et 1 % de lidocaïne (CHF 33.65). Ne donne pas de maux de tête. Souvent pas en stock et doit être fabriquée.
- En cas d'échec du traitement (pas d'amélioration après > 4-8 semaines), présentation au chirurgien proctologue pour une excision de la fissure
- La thérapie au Botox est controversée et les études ne montrent pas de supériorité évidente en termes de taux de réussite par rapport au traitement conservateur. Cependant, les injections avec Botox entraînent souvent des coûts non négligeables pour le patient!

Pronostic

- Traitement par pommade: environ une personne sur deux subit des récurrences
- Excision chirurgicale: taux de réussite 80-90 % après excision de la fissure
- Le succès du traitement conservateur dépend d'une régulation conséquente des selles.

Diagnostic différentiel

- Selon l'intensité des douleurs, par ex. abcès périanal, rarement des tumeurs malignes. Ulcus durum (indolent) et Ulcus molle (dolent) ou autres IST (-> voir aussi [mediX GL IST](#))



Fig. 6: Fissure anale

6. Abcès périanal (12)

Etiologie

- L'abcès est la forme aiguë et la fistule la forme d'évolution chronique d'une inflammation partant des glandes proctodéales. Moins fréquent, mais cliniquement pas à exclure dans un premier temps, est la maladie de Crohn qui en pourrait être la cause. C'est pourquoi un diagnostic élargi doit être envisagé en cas de récurrences fréquentes.

Symptômes

- Douleurs périanales survenant en l'espace de quelques jours, souvent accompagnées de rougeurs et d'échauffements périanaux.

Investigation

- Anamnèse: récurrences, c'est-à-dire „déjà eu auparavant“, indices anamnestiques de maladie de Crohn ou de fistule?
- Examen: souvent diagnostic visuel (rougeur, gonflement, douleurs), mais au stades précoces ou de position intersphinctérienne, résultats de l'inspection parfois discrets; il faut donc „y penser“ et si nécessaire faire une réévaluation à court terme
- Sonographie (périanales, endosonographie anale), IRM du pelvis (surtout si on soupçonne une évolution compliquée de la fistule).

Diagnostic différentiel

- Acné inversa, inflammations périanales des follicules pileux (sans connexion avec le canal anal), maladie inflammatoire chronique de l'intestin de type maladie de Crohn, silus pilonidal infecté, kystes épidermoïdes.

Thérapie

- Les abcès anaux nécessitent toujours un soulagement chirurgical („ubi pus, ibi evacua“).

7. Eczéma anal (1, 8)

Symptômes

- Selon l'acuité, érythème, papules, séro-papules, vésicules, érosions, lichénification.

Causes

- **Irritant-toxiques:** en raison d'une continence fine dérégulée, d'un nettoyage fréquent et intensif (en cas de fréquence élevée des selles), en cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de maladie proctologique (hémorroïdes, fistules, condylomes, marisques) ou d'une hygiène anale exagérée (lingettes humides)
- **Infectieuses:** eczéma des langes, staphylocoques, streptocoques, candida, oxyures
- **Allergiques:** des années peuvent s'écouler jusqu'à la sensibilisation, puis un eczéma de contact peut survenir aux composants de produits de soins cutanés, des sprays intimes, des produits proctologiques ainsi que du papier-toilette humide ou sec
- **Autres maladies dermatologiques**
 - Psoriasis dans la rima ani
 - Dermate atopique, condylomata accuminata, lichen ruber, maladie de Paget, maladie de Bowen, infections (chlamydia, gonocoques -> voir aussi [mediX GL MST](#))
 - Néoplasies de l'anoderme, en particulier carcinome anal (par ex. en cas de rapports sexuels HSH infectés par le PVH, le VIH)
 - Vitiligo.

Diagnostic

- Anamnèse (fréquence et consistance des selles, incontinence, produits externes?), examen
- Microbiologie
 - Frottis cutané en cas d'évolution prolongée: DD flore du site ou infection? (staphylocoque/streptocoque; candida; MTS)
 - En cas d'oxyures suspectées (contact avec jeunes enfants) prélèvement matinal (bande adhésive transparente sur lame porte-objet (cave: faux-négatif)
- En cas de persistance, considérer aussi une clarification par histologie (biopsie punch)

Thérapie

- Optimisation de l'hygiène anale
 - Normalisation de la fréquence et la consistance des selles
 - Nettoyage avec du papier-toilette doux sans additifs
 - Mieux encore, avec de l'eau seule (douche, WC-douche)
 - Eviter les produits externes (par ex. dans les lingettes humides, les savons, les pommades).
- Traitement de la maladie de base (voir ci-dessus)
 - Sans infection: le cas échéant, stéroïdes topiques pendant quelques jours (Advantan[®], Alfacorton[®])
 - Avec infection: selon le groupe d'agents pathogènes (Fucidin/Fucicort[®], crème Mycolog[®])
- Après Excipial[®]/Optiderm[®]/Bepanthen[®] et, si nécessaire, Cold Cream pour soulager les démangeaisons (voir aussi prurit ani)
- Pour protéger la surface en cas de diarrhée: pommade Bepanthen[®], pâte de zinc (Oxyplastin[®] pâte cicatrisante, crème cicatrisante de Lavera ou Cavilon[®]).



Fig. 7: Eczéma périanal

8. Prurit ani

Symptômes

- Démangeaisons périanales.

Cause

- Forme de réaction de la peau périanale „stressée“ à de nombreuses facteurs: selles trop fréquentes, nettoyage excessif (irritants ou desséchant), trop de produits externes

- Eczéma anal avec ses causes susmentionnées.

Thérapie

- Le cas échéant, traitement de la cause en cas d'infection (anti-infectieux), de la consistance et fréquence des selles (graines de lin, antidiarrhéiques, modulation des selles), des troubles de la continence fine (traitement des hémorroïdes)
- **Information pour les patients: „Moins, c'est plus“**
 - Important: PAS de papier aux fesses!
 - Installer un WC-douche (coût env. CHF 1'000.-) ou un siège de WC-douche (raccordement à l'eau froide env. CHF 100.-, à l'eau chaude env. CHF 300.-)
- Entraîner la défécation pour que le patient puisse toujours aller à la selle à la maison (si on veut éviter de se laver en route)
 - Tamponner à sec avec un chiffon en coton (ou bien utiliser un foehn pas trop chaud), ne pas frotter
 - En cas de démangeaisons, ne pas se gratter, mais presser ou frapper fortement (la douleur supprime les démangeaisons)
 - Pendant la nuit, mettre éventuellement des gants en coton pour qu'on ne puisse pas gratter; couper les ongles courts
 - Refroidir avec des Coldpacks recouverts de tissu.

Une **brochure pour les patients sur l'hygiène anale** est disponible auprès de la [Ligue gastro-intestinale](#).

Si les mesures mentionnées ci-dessus ne sont pas efficaces

- Pommade Dermovate[®] pendant 3 semaines; si sans effet -> gabapentine.

Remarque: pas de capsaïcine comme pour d'autres localisations, car elle est trop désagréable pour l'application anale.

9. Proctalgie fugace

Symptômes

- Douleurs soudaines, violentes, tirant ou piquant-coupant dans la région de l'anus. La crise de douleur ne dure souvent qu'un court instant et entre les épisodes isolées et rares, les patients n'ont pas de symptômes. Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes
- La proctalgie fugace revient à des intervalles irréguliers de plusieurs semaines ou moins. Se produit souvent la nuit.

Etiopathogenèse

- Non clarifiée; on discute des spasmes des sphincters, de la musculature du plancher pelvien ou de la région de la jonction recto-sigmoïdienne. Facteurs de stress psychiques.

Diagnostic

- Se déduit de l'anamnèse
- Exclure des DD (hémorroïdes, MICI, abcès, coccygodynie?).

Thérapie

- Information et réassurance du patient
- A cause de la brièveté et la faible fréquence des épisodes, les tentatives de traitement médicamenteux (pommade à la nifédipine, inhalation de Ventolin®) arrivent le plus souvent „trop tard“.

10. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Symptômes

- Démangeaisons anales, malaise anal diffus, écoulement rectal, diarrhée ou des verrues peuvent présenter des symptômes d'IST avec manifestation dans le rectum distal, endoanal ou périanal
- Les rapports anaux réceptifs, les rapports sexuels non protégés, le nombre de partenaires sexuels, les préférences sexuelles sont des indices pour une probabilité accrue de contracter une IST.

Diagnostic

- „Y penser“, anamnèse explicite, comportement à risque?
- Inspection: condylomata accuminata?
- Frottis pour PCR des chlamydiae et des gonocoques, en cas de détection d'un ulcère (DD: fissure) également de la lues, de l'haemophilus ducreyi, en cas de vésicules par ex. de l'herpès
- Si **une** IST est détectée, il faut également rechercher les **autres** IST pour les exclure ou bien les traiter; traitement du partenaire.

Thérapie

-> voir [mediX GL IST](#).

11. Lésions malignes

Etiopathogenèse

- On distingue la néoplasie intraépithéliale anale/périanales (AIN; autrefois aussi maladie de Bowen, papulose bowénoïde) et le carcinome anal
- Risque élevé en cas d'immunosuppression après transplantation ou une infection par le VIH
- Risque maximal chez les HSH séropositifs et les femmes après une infection génitale à PVH (CIN III/VIN III et carcinomes génitaux).

Symptômes

- Non spécifiques, c'est pourquoi 50 % des carcinomes anaux sont initialement mal diagnostiqués comme des lésions bénignes de la peau ou des muqueuses.

Diagnostic

- Y penser, surtout chez les patients appartenant aux groupes de risque
- Par coloration, biopsie, cartographie anale par le proctologue (= petites biopsies à l'emporte-pièce qui sont d'habitude prélevées de manière circulaire en utilisant le „système horaire“, position de lithotomie), par imagerie.



Fig. 8: Néoplasie anale

12. Littérature

1. Aigner F, Haunold I, Salat A: Stadiengerechte Therapie des Hämorrhoidalleidens. *Coloproctology* 2013; 35(4): 281–94.
2. Joos AK, Herold A: Hämorrhoidalleiden. Neue konservative und operative Therapien für ein weit verbreitetes Leiden. *Coloproctology* 2011; 33(2): 86–96.
3. Acheson Austin G, Scholefield JH: Management of haemorrhoids, *Brit med J* 2008; 336: 380–383.
4. Chautemsa R, et al.: Pathologie hémorroïdaire: approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien. *Schweiz Med Forum* 2005;5:869–874.
5. Strittmatter B: Proktologie für Frauenärzte. *GynakolGeburtsmedGynakolEndokrinol* 2013; 9(3): 158–177.
6. Herold A, et al.: Operationen beim Hämorrhoidalleiden Indikation und Technik. *Chirurg* 2012 · 83:1040–1048.
7. Ommer A, et al.: Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: a prospective study with a 6-year follow-up. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(5): 601–8.
8. Geyer M, Bimmler D: Wenn es beim Stuhlgang schmerzt: Analfissur praktisch. *Schweiz Med Forum* 2013;13(38):752–755.
9. Satish SC: Dyssynergic defecation & Biofeedback therapy. *GastroenterolClin North Am.* 2008;37(3):569–86.
10. Nelson RL, et al.: Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD003431.
11. Nelson R: Operative procedures for fissure in ano. *Chochrane Database Syst Rev. Cochrane Database Syst Rev.* 2002;1:CD002199.
12. Ommer A, et al.: S3-Leitlinie: Analabszess. *Coloproctology* 2016;38:378–398.

13. Sandler RS, Peery AF: Rethinking what we know about hemorrhoids. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2019;17:8-15.

Remerciements

Nous remercions **Dr. med. Friederike Remmen** pour ses précieux remarques et ses compléments.

13. Mentions légales

Cette guideline a été rédigée en juin 2023.

© Association mediX schweiz

Editrice

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Rédaction

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Auteurs

Dr. med. Markus Fliegner

Dr. med. Hella Scotland

Cette guidance a été élaborée sans influence externe, avec la collaboration de tous les réseaux de médecins régionaux mediX et des réseaux de médecins associés en Suisse. Il n'existe aucune dépendance financière ou de contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêts.

Les guidelines mediX contiennent des recommandations d'actions thérapeutiques pour certains types de plaintes ou de situations de traitement. Chaque patient doit cependant être traité en fonction de sa situation individuelle.

Les guidelines mediX sont élaborées et contrôlées avec le plus grand soin, mais l'association mediX schweiz ne peut pas garantir l'exactitude – en particulier des indications de dosage.

Toutes les guidelines mediX sur Internet sous www.medix.ch

L'association mediX schweiz est un regroupement d'un réseaux de médecins et de médecins en Suisse.

Association mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zurich

Veillez envoyer vos réactions à: uwe.beise@medix.ch