

HEMOROIDY - KOMPLEXNÝ POHĽAD NA ICH LIEČBU

Mýtnik M.¹, Kyslan K.¹, Daňo J.², Romanová E.³

¹Chirurgická klinika, FNsP J.A.Reimana, Prešov

²Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny,
FNsP J.A.Reimana, Prešov

³Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny,
FNsP J.A.Reimana, Prešov

Abstrakt

Autori predkladajú komplexnú analýzu súčasných liečebných možností hemoroidov. Uvádzajú svoje liečebné postupy a výsledky. Oboznamujú s novými, perspektívnymi liečebnými metódami, napr. Longovou operáciou. Cieľom práce je oboznámiť širokú lekársku verejnosť s všeobecne prístupným spektrom terapeutických možností.

Kľúčové slová: hemoroidy - liečba - nové metódy

Abstract

Authors refer to complex analysis of actual treatment possibilities of hemorrhoids. They state their treatment processes and results. They inform about new perspective treatment methods, for example Longo's operation. The aim of their work is to inform wide medical community about spectrum of treatment possibilities.

Key words: hemorrhoids - treatment - new methods

Úvod

Hemoroidy sú rozšírené žilové pletene v bezprostrednom vonkajšom alebo vnútornom okolí análneho otvoru. Vyskytujú sa až u 70% dospelaj populácie. Vo včasnom štádiu môžu byť asymptomatické, inokedy sa v súvislosti s ich veľkosťou, lokalizáciou a pridruženými ochoreniami prezentujú najčastejšie zápalom, alebo krvácaním.

Klasifikácia hemoroidov

Z hľadiska lokalizácie sa delia na vnútorné, vonkajšie a prechodné. Iný typ klasifikácie je podľa ich rozsahu.

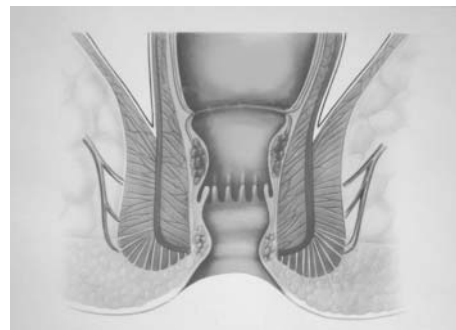
I. stupeň zahŕňa malé hemoroidy, len mierne vyčnievajúce nad okolitú sliznicu. Bývajú asymptomatické, alebo sa len občas prejavujú krvácaním, hlavne pri obštipácii, ktoré sa obvykle zastaví spontánne, prípadne po krátkej antihemoroidálnej lokálnej liečbe.

II. stupeň tvoria hemoroidy, ktoré sa spontánne po defekácii reponujú späť do análneho kanála. Často spôsobujú pacientovi bolesť, svrbenie alebo krvácanie.

III. stupeň tvoria hemoroidy prolabujúce do análneho otvoru aj mimo defekácie, možno ich však manuálne reponovať. Krvácanie a lokálne zápalové prejavy sú v tomto štádiu ešte častejšie sa vyskytujúce ako v predchádzajúcich štádiách.

IV. stupeň klasifikácie dosahujú hemoroidy značných rozmerov, ktoré trvale vyčnievajú cez anus a nemožno ich reponovať späť. Pri týchto hemoroidoch často vyčnieva aj časť sliznice konečníka, čím sa v okolí konečníka vytvorí mechanicky veľmi zraniteľné miesto, z ktorého pacient veľmi často a intenzívne krváca. Zá-

palové prejavy bývajú mimoriadne intenzívne, často s následkom vývinu komplikujúcich ochorení, ako napr. vznik perianálnych flegmón, abscesov, fistúl, análnych fisúr a podobne (obr. 1 - 2).



Obr. 1 Vývoj hemoroidov - počiatočné štádium



Obr. 2 Vývoj hemoroidov - pokročilé štádium s prolapsom

Liečba

V liečbe hemoroidov sa uplatňuje úprava životného štýlu, konzervatívna, alebo chirurgická liečba.

Konzervatívna liečba môže byť podľa spôsobu aplikácie:

- a) lokálna - aplikuje sa priamo na hemoroidy, neodstraňuje príčinu ochorenia, ale len zmierňuje jeho následky; zahŕňa:
 - lokálnu aplikáciu prípravkov s protizápalovým účinkom vo forme masť a čípkov,
 - prípravky s glukokortikoidmi - sú vyhradené pre akútne zápalové komplikácie kvôli rýchlemu účinku,
 - aplikáciu lokálnych anestetík - aplikované v akútnom štádiu na potlačenie bolesti.
- b) celková - zväčša perorálna medikamentózna aplikácia (Detralex).

Ambulantná miniinvazívna liečba

1. Ligatúra hemoroidov - podviazanie hemoroidálneho uzla v oblasti jeho bázy, spôsobuje prerušenie prívodu krvi k hemoroidu s jeho následnou nekrózou.
2. Skleroterapia - aplikácia sklerotizačného roztoku do okolia hemoroidu.
3. Terapia laserom - deštrukcia hemoroidu laserovým lúčom.
4. Kryodeštrukcia - deštrukcia hemoroidu zmrazením. Nevýhodou je dlhé odlučovanie nekrózy.
5. Bipolárna diatermia - BICAP systém.
6. Elektrokoagulačná liečba - endoskopický invazívny postup, ktorý spočíva v zastavení krvácania alebo prie-

toku krvi cez hemoroid aplikáciou impulzného monofázického elektrického prúdu pomocou špeciálneho prístroja Hemoron.

7. Fotokoagutácia infračerveným žiarením.
8. Elastická ligatúra - Barronova technika.
9. Divulzia zvieračov anu.

Chirurgická liečba

Chirurgická liečba je indikovaná v prípade neúspechu konzervatívnej, či vyššie uvedenej miniinvazívnej liečby, resp. ak sú hemoroidy príliš veľké, spravidla v 3.-4. štádiu. Nevýhodou je hospitalizácia na 1 - 2 dni a dlhšie obdobie rekonvalescencie. V súčasnosti klasická operačná liečba zaujíma len 10% výkonov v liečbe hemoroidov a začínajú sa preferovať nové liečebné postupy, napr. Longova operácia. Princíp chirurgickej liečby možno v zásade zhrnúť do nasledovných 4 skupín:

- 1) excízia jednotlivých uzlov,
- 2) kombinácia ligatúry a excízie,
- 3) cirkulárna radikálna excízia,
- 4) sfinkterotómia.

Metodika

Základným vyšetrením pacienta s hemoroidmi je stále fyzikálne a rektoskopické vyšetrenie. Aj keď už digitálne vyšetrenia anorekta podá mnohokrát jednoznačnú diagnostickú odpoveď, endoskopické vyšetrenie má stále svoje opodstatnenie vzhľadom na výber vhodného operačného postupu a odhalenie prípadnej koincidencie s nádorovým ochorením. Každý pacient by mal prejsť vyšetrením na gastroenterologickej, chirurgickej alebo koloproktologickej ambulancii, ak je takéto úzko špecializované pracovisko k dispozícii. Po stanovení rozsahu a štádia ochorenia je stanovený postup liečby.

Pacienti s ochorením v 1.- 2. štádiu sú indikovaní na konzervatívnu, resp. miniinvazívnu liečbu.

Pacienti s 3. - 4. štádiom ochorenia sú indikovaní na chirurgickú liečbu. Väčšina týchto pacientov na našom pracovisku je ošetrovaná klasickými operačnými metódami, najčastejšie hemoroidektómiou podľa Parks, Milligana-Morgana, Fergussona. Pacienti s prolabujúcimi hemoroidmi sú čím ďalej tým častejšie indikovaní k operácii metódou podľa Longa, zavedenou v r. 1998.

Základom tejto techniky je špeciálnym jednorázovým staplerom vykonaná resekcia 2-3 cm širokého prstenca sliznice a submukózy s prerušením prívodných ciev a následnou sutúrou sliznice v mieste asi 2 cm nad linea dentata, kde je minimálny počet nervových zakončení, dôležitých pre zachovanie zložitého defekačného mechanizmu. Takýmto spôsobom je likvidovaný prítok krvi k hemoroidom a vtiahnutie prolabujúcej sliznice späť do análneho kanála. Touto technikou bolo v krajinách EÚ operovaných 200.000 pacientov (5). Ďalšou progresívnou metódou je tzv. D.G.H.A.L. - Doppler guided haemorrhoidal artery ligation. Táto spočíva po divulzii zvieračov a následne špeciálnym Dopplerovským ultrazvukovým prístrojom vyhľadani prívodnej vetvy a. rectalis superior, ktorá je potom cielene uzavretá opichovou ligatúrou rezorbovateľným šicím materiálom. DGHAL je možné aplikovať prakticky vo všetkých štádiách hemoroidov (3).



Obr. 3 Hemoroidy - 3. štádium

Na našom pracovisku bolo v období posledných 3 rokov operovaných 205 pacientov s hemoroidmi. Z nich 38 pacientov (18,6 %) podstúpilo operáciu modernou Longovou metódou. V našej práci sme sa zamerali predovšetkým na hodnotenie tejto novej operačnej metódy. Operovaných bolo 21 mužov a 17 žien. U všetkých bol klinický nález hemoroidov s reponibilným prolapsom. Výkon bol realizovaný v 25 prípadoch v subarachnoidálnej zvodovej anestéze, ostatní boli operovaní v celkovej anestézii. Všetci pacienti boli počas výkonu v gynekologickej polohe, polohu sklápacieho noža sme pre dostatočné pohodlie a prístup operátora nepraktizovali. U väčšiny pacientov sme za účelom hemostázy ako i snahy o eliminovanie septického prostredia anorekta ponechávali v análnom kanáli na 12- 24 hodín sterilnú vazelinovú longetu.



Obr. 4. Longov PPH stapler v sterilnom balení

Výsledky

Včasné i neskoré výsledky operácie boli z pohľadu pacienta i operátora hodnotené veľmi pozitívne aj v našom súbore, čo je v súlade s literárnymi údajmi. Priemerná dĺžka trvania výkonu bola 29 minút. Priemerná doba hospitalizácie činila 2,1 dňa. Nezaznamenali sme žiadne závažné komplikácie ako sú dehiscencia sutúry mukózy, perforáciu rekta, resp. rektovaginálna fistula. Najčastejšou komplikáciou bolo krvácanie z oblasti línie sutúry, ktoré sme ošetrili ihneď po vytiahnutí staplera v 11 prípadoch jednoduchou opichovou ligatúrou ešte po-

čas operácie. V 2 prípadoch sme boli nútení pristúpiť k tomuto opatreniu v intervale 12 hodín po výkone. U oboch pacientov sme následne pozorovali submukózný hematóm, ktorý sa spontánne resorboval. Vzhľadom na uvedené sme v oboch prípadoch aplikovali celkove antibiotiká. U 8 pacientov sme po výkone pozorovali pretrvávajúce reziduálne uzlov. Z nich u 6 pacientov po odoznení pooperačného edému došlo úplnej regresii do 3 - 4 týždňov, u ostatných dvoch sme po 2 mesiacoch realizovali dodatočne lokálnu excíziu. Pomerne častou pooperačnou komplikáciou bola retencia moča - u 10 pacientov, ktorú sme pripisovali na vrub subarachnoidálnej anestézii. V 2 prípadoch sme po 2 mesiacoch indikovali pacienta k extrakcii svorky, ktorá vzpriechene kolmo prominovala do lumenu análneho kanála bez tendencie k spontánnemu odlúčeniu. Stenózu anorekta sme nezaznamenali žiadnu, kvôli recidíve hemoroidov sme operovali jedného pacienta po necelom roku od primárnej operácie.

Miera výskytu komplikácií v našom súbore dosahuje 18 %, čo je síce vyššie ako literárne udávaných 11,5%, no považujeme za potrebné zdôrazniť, že výskyt komplikácií s rastúcim počtom výkonov geometrickým radom klesá (2). Najviac komplikácií sme zaznamenali v prvom roku sledovaného obdobia. Navyše všetky naše komplikácie zaraďujeme ako nezávažné, ľahko zvládnuteľné a z hľadiska pacienta bez ponechania následkov.

Záver

Hemoroidy sú pomerne častým ochorením, v etiopatogenéze ktorého sa okrem geneticky podmienených uplatňujú i civilizačné vplyvy, súvisiace čiastočne s možnosťou ovplyvnenia zmenou životosprávy pacienta. Samozrejmosťou je digitálne vyšetrenie anorekta a dôsledné endoskopické vyšetrenie pacienta s anamnézou krvácania, resp. i minimálneho patologického nálezu v oblasti anorekta je nevyhnutnosťou! Kým včasné štádiá sú vhodné a dobre ovplyvniteľné konzervatívnou a mini-invazívnou liečbou, 3. - 4. štádium je jednoznačne indikované na chirurgickú liečbu. Nové operačné postupy, ako je operácia podľa Longa, DGHAL, sú v porovnaní s klasickými operáciami (Parks, Milligan-Morgan) podstatne výhodnejšie pre pacienta. Resekcia mukózy s uzavretím submukózne situovaných prírodných vetiev a. rectalis

sup. súčasne fixuje sliznicu k svalovine, čím výborne reponuje jej prolaps (1). Naloženie cirkulárneho stehu je situované cca 2 cm nad lineou dentata, musí byť adekvátne hlboké, aby steh obsiahol i prírodné cievy, no s najväčšou obozretnosťou pri nakladaní na prednú stenu - rektova-ginálne septum u žien je vhodné si kontrolovať manuálne. Podobne pred vlastným utiahnutím staplera sa doporučuje vyskúšať tesnosť cirkulárneho stehu na prste. Oproti výrobcom odporúčanému 20 sekundovému podržaniu uzavretého staplera z dôvodu hemostázy, niektoré pracoviská referujú zmenšenie krvácanosti predĺžením tohto času až na 1-2 minúty (4). DGHAL podobným spôsobom avšak bez resekcie mukózy uzatvára krvný prítok k hemoroidom a je riešením pre pacientov bez prolapsu.

Nevýhodou je v súčasnosti vysoká nákladnosť liečby. Longov stapler nie je hrađený zdravotnými poisťovňami a jeho cena je v súčasnosti 14.600 Sk.

K DGHAL je potrebný Dopplerovský USG prístroj, ktorý nie je bežnou výbavou našich chirurgických pracovísk. Výhodou oboch metód je, že šetria dôležitú inervačnú zónu distálnej časti anorekta a eliminujú poruchy defekačných pochodov. Výrazne znižujú pooperačnú bolesť, skracujú dobu hospitalizácie, rekonvalescencie a práceneschopnosti, čo ich do budúcnosti jednoznačne predurčuje k širšiemu využitiu aj pre našich pacientov.

Literatúra

1. LONGO, A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. *6th World congress of endoscopic surgery*, Rome, 1998.
2. MESSENBACK, F. PPH - Risikominimierung und Ergebnissoptimierung durch Standardisierung des Operationsablaufes. In *Chirurgie*, 22, 2001, 2, s. 8-11.
3. VÁVRA, P., DOSTALÍK, J., GUNKOVÁ, P. Hemoroidy - široké spektrum léčebných možností. In *Praktický lékař*, 84, 2004, 5, s. 278 - 80.
4. VŠETÍČEK, J., ZELNÍČEK, T. Longova metoda v terapii hemoroidů. In *Endoskopie*, 11, 2002, 4, s. 66 - 8.
5. TOBĚRNÝ, M. Longova metoda - průlom v terapii hemoroidů. In *Medicina*, 9, 2004, 7, s. 2-3