

HEMOROIDY – MUSÍ BOLET?

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.

Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Zatímco závažná a zhoubná onemocnění jsou oprávněně ve středu zájmu odborné veřejnosti, laická veřejnost má hluboko v povědomí uložena jiná onemocnění, nezřídka díky reklamám na léčbu nebo na některé medikamenty. K posledně uvedeným nepochybně patří hemoroidy. Je proto na místě se ptát, proč hemoroidy vzbuzují tolik laických obav a proč pacienti hledají jiné formy léčby, než nabízí „bílá“ medicína. Následující řádky by měly přispět k vysvětlení a k pochopení, že je v silách současné medicíny a zejména chirurgie pomoci nemocným s hemoroidálními obtížemi, bez obavy z bolesti vyplývající z léčebných opatření.

Urolog. pro Praxi, 2007; 2: 93–94

Úvod

Hemoroidy (haemorrhoides, noduli haemorrhoidales) jsou fyziologickou součástí anu. Podle lokalizace v řitním kanálu se rozlišují vnitřní hemoroidy, lokalizované při vnitřním ústí análního kanálu, a hemoroidy zevní při zevním ústí. Důležitou funkcí hemoroidů je jemné utěsnění anu, kterým doplňují funkci svěrače (8).

Hlavními známkami hemoroidální nemoci jsou krvácení, tlaky v anu, svědění, pocit cizího tělesa, vlhkost řitě a zejména bolest. Kruté prudké bolesti, zhoršující se při tlaku na stolicí nebo při kašli, provázejí akutní trombózu hemoroidálního uzlu (1, 5, 7).

Příčina bolesti

Příčinou bolesti je reflexní kontrakce vnitřního svěrače anu, jejíž příčinou je dráždění senzitivních receptorů v análním kanálu. Tyto senzitivní receptory a nervy jsou v anu umístěny aborálně pod linea dentata, v kůži kolem anu a také ve svalech – v zevním svěrači anu a v mm. levatores ani. Další významná inervace je umístěna těsně nad linea dentata ani. Funkcí těchto senzitivních receptorů je v rámci kontinence rozlišit plyn či tekutý nebo tuhý obsah v aborální části ampuly. Motorická inervace vnitřního svěrače anu, jehož spasmus je hlavní příčinou bolesti při různých afekcích anorekta hemoroidy nevymáje, má sympatickou i parasympatickou složku. Ve svěrači jsou α -adrenergní a β -adrenergní receptory, jejichž stimulací se svěrač kontrahuje či relaxuje. Preganglionární parasympatická nervová vlákna vycházejí z míšních segmentů S2–S4 a dosahují až na stěnu rekta, kde se spojí s postganglionárními, která inervují svěrač. Zevní svěrač anu je inervován především nervovými vlákny z dolní třetiny rekta, distálními větvemi nervu pudendus (S2–S4); proto blokáda těchto nervů může pomoci při lokální anestezii během výkonů v této oblasti. Menší částí jsou za inervaci odpovědná vlákna sakrálního plexu. Senzitivní inervaci kůže v okolí anu zajišťují nervi pudendi. Popsaná bohatá senzitivní inervace v análním kanálu i v kůži kolem anu je příčinou, proč při všech afekcích lokalizovaných pod linea dentata ani a v perianální oblasti je bolest mezi vedoucími symptomy obtíží. Na rozdíl od toho afekce v rektu nad linea dentata, kde převažuje vegetativní inervace, zpravidla tolik či vůbec nebolí (4,5).

Diagnostika

Pro diagnostiku i terapii análních afekcí má znalost inervace a příčin bolesti podstatný význam. Anamnestické údaje o charakteru, vzniku a délce trvání bolesti mohou být důležitým vodítkem při základním vyšetření a prvním odhadu diagnózy. Až na výjimky, např. údaje psychicky alterovaných osob, bývá popis bolesti přesný a až „učebnicový či knižní“. Silné bolesti provázejí až na výjimky akutní stavy, ke kterým patří mimo jiné akutní trombóza marginálního hemoroidálního uzlu nebo prolabující vnitřní hemoroidy s akutní trombózou. Po zdánlivě nevýznamném stimulu, např. po usilovné defekaci nebo naopak po průjmech, po dlouhém cestování nebo vysedávání u počítače nebo před zkouškou, nezřídka v souvislosti s abúzem kávy, se objeví prudká bolest v anu, směřující do perinea, někdy také do zad nebo do břicha. Bolest se zhorší pohybem či jakoukoli činností prováděnou Valsalvovým manévrem a zvýšením nitrobršního tlaku. Brání postiženým sedět, vykonat potřebu, může se rozvinout tak, že postižený není schopen popsat, kde je bolest největší a odkud a kam směřuje. V diferenčně diagnostické úvaze je třeba uvažovat kromě akutní hemoroidální trombózy především o několika dalších příčinách – akutní anální fisuře, nízko ležícím periprotálním abscesu a poranění, zejména cizími tělesy.

Terapie

Fyzikální vyšetření má být provedeno šetrně. Trombóza marginálních hemoroidálních uzlů bývá dobře patrna při aspekci, kdy, s výjimkou tělnatých osob, je viditelné i sevření anu. Indagace bývá natolik bolestivá, že ji nelze provést. Ostatně tak bolestivé vyšetření není ani třeba – buď je zřejmé, že příčinou bolesti je již zmíněná trombóza, nebo nález zřejmý není, a ve vyšetření je třeba pokračovat po patřičném znecitnění, nejlépe v krátkodobé celkové anestezii. Kromě toho, že dovolí náležité vyšetření všech částí análního kanálu a identifikaci příčiny bolesti, umožní také bolestivou lézi ošetřit a provedením šetrné divulze svěrače anu ulevit rychle od bolesti. Taková manipulace, označovaná jako operace dle Lorda, byla populární v anglicky mluvících zemích ještě v osmdesátých letech minulého století – v případě trombotizovaných hemoroidů se očekávalo, že provedená bohatá divulze sníží nejen tonus vnitřního svěrače, ale usnadní odtok venózní krve a tím i urychlí dekongesci překrvených uzlů.

Chronické bolesti hemoroidálního původu jsou méně intenzivní, zato dlouhotrvající. Projevují se jako pálení, řezání v anu, akcentují se sezením, zejména na bobku, usilovnou defekací nebo fyzickým úsilím, např. jízdou na kole či zdviháním břemen. Bolest se může projevovat jako dlouhotrvající tlak v konečníku či nutkání ke stolici, které po defekaci nepomine. Jsou-li příčinou uzly, které prolabují do análního kanálu nebo dokonce zevně, bývá bolest tahavá a horší při defekaci. Takové hemoroidy mohou být také příčinou částečné inkontinence, při níž trvalým znečištěním vznikne bolestivá perianální dermatitida. Častější a razantní hygiena paradoxně napomůže k uzavření bludného kruhu, neboť přispěje dále ke dráždění kůže a překročí meze její obranyschopnosti a možnosti přirozené regenerace.

Léčba

Léčba má postihnout nejen příčinu obtíží, ale také rychle od bolesti ulevit, resp. ji dlouhodobě zcela odstranit. V akutním stavu, při akutní trombóze, bolesti zmírní poloha vleže na břiše a teplé obklady nebo lázeň. Podstatný je tělesný klid a vyloučení všech namáhavých činností, shodně s jejich dříve uvedeným výčtem. Farmakoterapie zahrnuje peroorálně podávaná analgetika, lokálně antiflogistika v čípcích, převažuje-li postižení vnitřních hemoroidů, a masti při postižení zevním. Příznivý účinek lze očekávat také od perorálně podávaných venotonik. Po několika dnech bolest i napětí v trombotizovaném uzlu pomínou a nemocného lze dokonale vyšetřit. Ojedinelá ataka trombózy u mladého pacienta může odeznět bez následků, u starších a tam, kde byly trombozovány objemnější uzly, podpoří jejich další zvětšení. Jako rezidua po odeznění akutní fáze zůstanou při zevním obvodu řitě vazivové duplikatury, marasky, které ani nebolí, ani neohroží rizikem jiných komplikací, ale působí neesteticky a ztěžují hygienu. Konzervativní přístup je rovněž plně indikován u těhotných, hlavně v posledním trimestru těhotenství. I u nich je v drtivé většině případů nález přechodný a vymizí bez zanechání reziduí a tím i důvodu k další intervenci. Jen u zlomku postižených trombóza progreduje, rozšíří se na podstatnou část obvodu anu a může vést až ke snění uzlů. Pokročilá trombóza uzlů, dokonce s počínající či již rozvinutou nekrózou, vyžaduje hospitalizaci, klid na lůžku, redukci perorálního příjmu k omezení potřeby defekace, antibiotika a analgetika. Ústup bolesti, teplot a nálezu se dostaví během 4–5 dnů, poté se po několika týdnech postižené uzly retrahují, nekrózy odloučí a zůstanou jen fibrózní rezidua. Názory na operační léčbu v akutním stavu nejsou zcela jednotné. Dříve doporučovaná incize trombotizovaného hemoroidálního uzlu a exprese trombu sice může přinést přechodnou úlevu, ale trombus se zpravidla znovu doplní. Navíc, další ošetřování i incidovaného uzlu ztěžuje nezhojená incize. Výjimečně lze trombotizovaný uzel ošetřit naložením ligatury dle Barona. Pro pracoviště s dostatečnou zkušeností se jako vhodná léčebná varianta nabízí možnost akutní operace, exstirpace povrchních, resp. snesení vnitřních postižených uzlů. Výhodou řešení je, že v jedné době tak lze ošetřit akutní stav a odstranit i příčinu, která k němu vedla.

Medikamentózní léčba

Hlavními cíli medikamentózní léčby dloutvavajících hemoroidálních obtíží bývá kromě analgezie zástava krvácení a dekongesce hemoroidů. K lokální léčbě formou čípků a mastí se proto používají medikamenty s očekávaným venotonickým, antiflogistickým, antitrombotickým, antiedematózním, analgetickým, event. antipruriginózním účinkem, většina z nich má účinek kombinovaný. Z medikamentů, považovaných především za venofarmaka, se u nás používají Danium a Doxiproct, Procto-Glyvenol a Proctolog, z antiflogistik Ketazon H, Aviril H a Faktu, většina z nich v obou lékových formách. Ke zvládnutí akutních komplikací lze krátkodobě užít antihemoroidalia obsahující kortikosteroidy; v obou lékových formách jsou k dispozici Doxiproct, Proctosedyl a Ultraproct. Z hemostatik je u nás k dispozici Danium compositum mast, výtečné čípky Spofax se již bohužel nevyrábějí. Systémově se podávají hlavně venotonika a antiflogistika. Z venotonik jsou k dispozici preparáty obsahující escin – Aescin, Reparil a Yellon, rutosid – Anavenol, Detralex, flavonoidy – Glyvenol, troxuretin – Venoruton, Ginkor Fort nebo dobesilan vápenatý – Danium a Doxium.

Dyskomfort a bolest jsou nejvíce obávanými jevy semiinvasivní a operační léčby.

Semiinvasivní léčba

Semiinvasivní léčba zahrnuje řadu odlišných metod. Nejdéle používanou metodou je sklerotizace submukózní aplikací 5 % fenolového oleje nebo Aethoxysclerolu do krvácejících uzlů I. stupně. Další metody jako koagulace infračerveným světlem, elektrokoagulace nebo kryodestrukce využívají různé formy energie k destrukci uzlů nebo jejich zmenšení následující fibrózní přestavbou. Názory na účinnost těchto metod nejsou jednotné. Ke kladům patří relativní bezpečnost a očekávaná bezbolestnost, k záporům m.j. nevelká účinnost, potvrzovaná nutností léčbu provádět v mnoha sezeních. Výjimečné postavení mezi semiinvasivními metodami má elastická Barronova ligatura (7,10). Ošetření je vhodné hlavně pro hemoroidy II. stupně. Spočívá v zachycení hemoroidu klíštěm nebo sací sondou a aplikaci gumového kroužku na krček hemoroidu pomocí aplikátoru. Ošetřit lze i uzly III. stupně a výjimečně I. stupně. V průběhu několika dnů ošetřený uzel bezbolestně nekrotizuje a odloučí se. Aby ošetření bylo skutečně bezbolestné, je třeba ošetřovat pouze uzly lokalizované nad linea dentata ani, kam, jak zmíněno, nedosahují senzitivní nervová vlákna z análního kanálu. Výkon se provádí ambulantně, není třeba žádné anestezie, zvláštních režimových opatření a obvykle ani pracovní neschopnosti. Mezi novější semiinvasivní metody patří technika DG-HAL „Doppler Guided Hemorrhoid Arterial Ligation“. Speciální anoskop s dopplerovskou sondou umožňuje identifikovat tepny, které zásobují jednotlivé uzly, ošetřit je cíleným propichem. Bezbolestnost výkonu dobře umožní analgosedace (2,10).

Operační léčba

Operační léčba, spočívající v chirurgickém odstranění uzlů a podvazu přívodních cév, se vyvíjí více než půldruhé století. Různé operační techniky se liší rozsahem odstraňované tkáně, výškou disekce a podvazu zásobujícího cévního pediklu a způsobem rekonstrukce po snesení hemoroidů. Radikální operace dle Whiteheada byla až na výjimky opuštěna. Standardem i v současnosti je operace podle Milligana a Morgana, prováděná podle původního popisu nebo v modifikacích. Ty spočívají v různém rozsahu odstraňované tkáně a odlišných způsobech uzavření rány na mukokutánním přechodu (3). Mezi hlavními důvody hledání nových operačních technik, např. hemoroidektomie s použitím laseru nebo harmonického skalpelu, je kromě jiného snaha omezit bolest v peri- a pooperačním období a urychlit hojení (11). Operační bolesti lze potlačit vhodnou anestézií – celkovou anestézií, epidurální, spinální nebo blokovou anestézií, nebo lokální anestézií s analgosedací. Anestezie závisí na způsobu operace, zvyklostech pracoviště, má respektovat přání operanta. Při celkové anestezii pacient celou operaci prospí. Použití ultrakrátkých anestetik umožní rychlý návrat k plnému vědomí, zkrátí dobu nezbytného sledování a přispěje k řešení v rámci „jednodenní chirurgie“. Bloky, spinální či epidurální anestezie bez potřeby intubace poskytují operovanému během operace i mnoho hodin po ní dokonalou bezbolestnost. Výrazně menší pooperační bolesti jsou předností operace podle Longa. Endoluminálním staplerem zavedeným anem se provede cirkulární mukosektomie, přeruší přívodné cévy a staplerovou suturou se vtáhne do rekta sliznice anorekta i s hemoroidy. Vysvětlením minimální pooperační bolesti je, že výkon proběhne mimo senzitivní zónu anu (6,9). Není bez zajímavosti, že časnou pooperační bolest významně snižují čípky s imidazolovými přípravky, mechanismus účinku nebyl zatím objasněn. Zásadní změnu analgezie představují „pain-killery“. Umožňují nejen zásadně omezit bolest bez významných vedlejších účinků, ale jsou také jednou z podmínek umožňujících v některých zemích provádět operace hemoroidů jako výkon jednodenní, či dokonce ambulantní chirurgie (7).

Závěr

Odpovědí na úvodní otázku je, že ještě nedávno užívané metody léčby vždy provázela bolest. Spolu se studem je dodnes příčinou, proč nemocní hledají „snadná“ řešení. Semiinvasivní nebo operační řešení odpovídající rozsahu nálezu a provedené zkušeným chirurgem je definitivní, s minimálním počtem komplikací, recidiv a také s minimální bolestí (10). V silách soudobé medicíny je nejen potlačit symptomy hemoroidální choroby, ale také omezit nebo vyloučit bolest, která chorobu a její léčbu provází.

Převzato z časopisu: Interní Med. 2005; 1: 42–44.

Literatura

1. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, a spol. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum, 2002; 45: 650–655.
2. Arnold S, Antonietti E, Rollinger G, Scheyer M. Dopplersonographisch unterstützte Hämorrhoidenarterienligatur. Chirurg, 2002; 73: 269–273.
3. Kirsch JJ, Staude G, Herold A. Hämorrhoidenektomien nach Longo und Milligan-Morgan. Chirurg, 2001; 72: 180–185.
4. Kolodziejczak M, Gruber I. Pathophysiology of pain in proctology. Proktologia, 2004; 5, (3): 214–221.
5. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, a spol. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br.J.Surg. 1994; 81: 946–954.
6. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery and 6th International Congress of European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Rome, Italy, 1998.
7. Müller-Lobeck H. Ambulante Haemorrhoidalthherapie. Chirurg, 2001; 72: 667–676.

8. Novák J. Základy proktologie. Avicenum Praha, 1985.

9. Pescatori M, Favetta U, Dedola S, Orsini S. Transanal stapled excision of rectal mucosal prolapse. Tech Coloproctol, 1997; 1: 96–98.
10. Pfeifer J. Should we treat hemorrhoids according to the stage. Acta Chirurgica Yugoslavica, 2004; 11: 77–79.
11. Seow-Choen F, Ho YH, Ang HG, Goh HC. Prospective, randomized trial comparing pain and clinical function after conventional scissors excision/ligation vs. diathermy excision without ligation for symptomatic prolapsed hemorrhoids. Dis Colon Rectum, 1992; 35: 1165–1169.

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.

Chirurgická klinika 2.LF UK a FN Motol

V úvalu 84, Praha 5, 150 06

e-mail: jiri.hoch@lfmotol.cuni.cz