

Leczenie żylaków wewnętrznych odbytu metodą Barrona – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

*Konrad Wroński^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra M. Pirogowa w Łodzi
Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej: dr med. Jerzy Okraszewski

²Poradnia Proktologiczna, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra M. Pirogowa w Łodzi
Kierownik Poradni Proktologicznej: dr med. Roman Bocian

THE TREATMENT OF INTERNAL HEMORRHOIDS BY MEANS OF BARRON'S RUBBER BAND LIGATION – CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Summary

Hemorrhoidal disease is regarded as a social disease of the 21st century, that is why an effective treatment of this disease is essential. A completely safe and effective method of treating internal hemorrhoids is Barron's rubber band ligation method which has been practiced in proctological surgeries for over 40 years.

In the following article the authors present a case of a male patient treated for internal hemorrhoids by means of Barron's rubber band ligation as well as review the latest literature referring to this method.

Key words: hemorrhoidal disease, treatment, Barron's rubber band ligation method

WPROWADZENIE

W XXI wieku choroba hemoroidalna jest ważny problem społeczny (1, 2). Cierpi na nią co druga osoba powyżej 50. roku życia (1-3). Guzki krwawnicze to jamiste poduszki tkankowe zlokalizowane w dystalnej części odbytnicy i w kanale odbytu (4, 5). Ze względu na umiejscowienie guzków krwawniczych w stosunku do kresy grzebieniastej wyróżniamy:

- żylaki zewnętrzne – umiejscowione poniżej linii grzebieniastej, które są pokryte anoderma,
- żylaki wewnętrzne – umiejscowione powyżej linii grzebieniastej, które są pokryte nabłonkiem gruczołowym.

Patogeneza choroby hemoroidalnej nie została wyjaśniona. Jednymi z najważniejszych czynników etiologicznych choroby hemoroidalnej są zaparcia, złe nawyki żywieniowe, słabość tkanki łącznej, siedzący tryb życia, długotrwałe stosowanie środków przeczyszczających i cięża (2-9).

OPIS PRZYPADKU

35-letnia pacjentka zgłosiła się do Poradni Proktologicznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dra Mikołaja Pirogowa w Łodzi z powodu bólu i

krwawień z odbytu. W wywiadzie dolegliwości bólowe i krwawienie występowały u chorej od dwóch tygodni. Chora skarżyła się także na zaparcia. W badaniu przedmiotowym u chorej nie stwierdzono odchyień od normy. W badaniu *per rectum* i po anoskopii rozpoznano żylaki wewnętrzne odbytu II stopnia. Ze względu na krwawienie u chorej wykonano kolonoskopię, potwierdzając wcześniejsze rozpoznanie choroby hemoroidalnej.

Pacjentce zaproponowano leczenie choroby hemoroidalnej metodą Barrona, jednocześnie zalecając zmianę diety polegającej na spożywaniu dużej ilości pokarmów zawierających włókniak celem wyeliminowania zaparć. Włączono leczenie farmakologiczne: lek zawierający suchy wyciąg z ruszczyka kolczastego, hesperydyny i kwasu askorbinowego (Cyclo 3 Fort) w dawce 4 tabletki w ciągu doby i zalecono nasiadówki w rumianku trzy razy dziennie, w wodzie o temperaturze około 40°C przez 20 minut.

U chorej wykonano dwa zabiegi założenia podwiązek gumowych na żylaki odbytu, po których objawy bólowe i krwawienia ustąpiły. Po zmianie diety pacjentka nie zgłaszała problemów z wypróżnianiem.

Obecnie pacjentka okresowo zgłasza się na kontrolę do Poradni Proktologicznej. Po roku obserwacji nie stwierdzono nawrotu choroby hemoroidalnej.

OMÓWIENIE

Choroba hemoroidalna jest obecnie ważnym problemem społecznym. Guzki krwawnicze wewnętrzne to połączenia tętnico-żylna, których średnica wynosi od 3 do 15 mm i otoczone są tkanką łączną wzmocnioną włóknami mięśniowymi (2-4). Dorosły człowiek posiada od 3 do 4 hemoroidów wewnętrznych (2). Typowym miejscem położenia guzków krwawniczych wewnętrznych jest lokalizacja: lewa boczna, prawa tylna i prawa przednia (2-6).

Wyróżnia się czterostopniowy podział choroby guzków krwawniczych zaproponowany w 1985 roku przez Banova:

- I stopień – gdy guzki krwawnicze są widoczne w obrębie kanału odbytu podczas badania anoskopem;
- II stopień – gdy guzki krwawnicze uwypuklają się na zewnątrz podczas parcia, ale samoistnie powracają;
- III stopień – gdy guzki krwawnicze podczas parcia uwypuklają się na zewnątrz, ale wymagają ręcznego odprowadzenia;
- IV stopień – gdy guzki krwawnicze są na zewnątrz i nie dają się odprowadzić, z zakrzepicą lub bez zakrzepicy (zdjęcie 1).

Objawy kliniczne są związane ze stopniem choroby hemoroidalnej:

- I stopień – występuje nieznaczne krwawienie po oddaniu stolca;
- II stopień – uczucie dyskomfortu, świąd i krwawienie;
- III stopień – bóle, krwawienia z uczuciem swędzenia, nadmierne wydzielanie śluzu i podrażnienie skóry/stany zapalne skóry w okolicy odbytu;
- IV stopień – ból, krwawienie, często dochodzi do uwięźnięcia żyłaków oraz zanieczyszczania się (1-5).

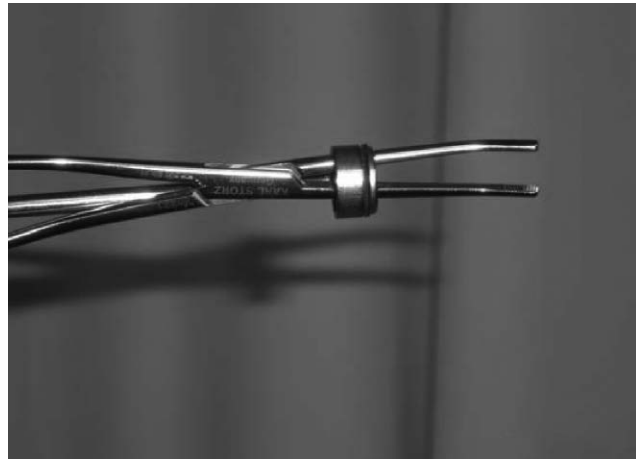


Zdjęcie 1. Choroba hemoroidalna w IV stopniu u 43-letniej chorej przygotowującej do zabiegu operacyjnego.

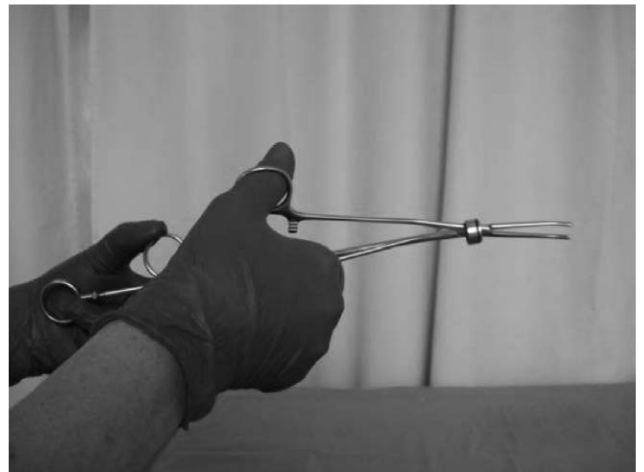
Rozpoznanie choroby hemoroidalnej występuje na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i badań dodatkowych. Najważniejszym badaniem przedmiotowym jest badanie *per rectum* wykonane w pozycji bocznej lub kolankowo-łokciowej. U pacjentów powinna zostać wykonana anoskopia lub rektoskopia celem potwierdzenia rozpoznania (2-6).

W XXI wieku większość chorych cierpiących na żylaki odbytu chce być leczonych mało inwazyjnymi metodami. Jedną z takich metod leczenia jest zakładanie podwiązek gumowych metodą Barrona. Ta metoda leczenia została wprowadzona w 1958 roku przez Blaisdella (10), a udoskonalona i rozpowszechniona przez Barrona w 1963 roku (11).

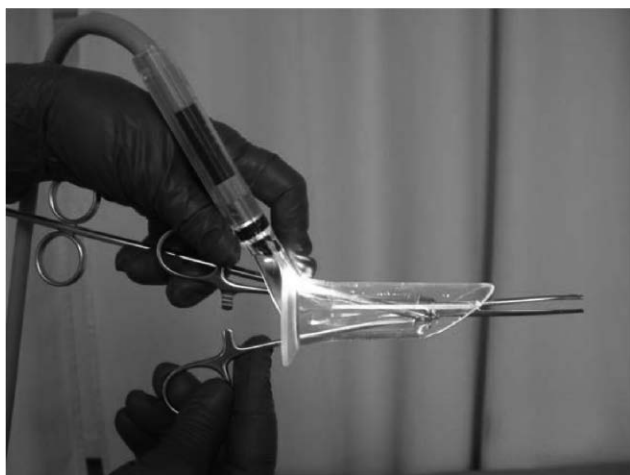
Zabieg założenia podwiązek metodą Barrona wykonuje się w znieczuleniu miejscowym po wprowadzeniu anoskopu do kanału odbytu (zdjęcia 2-4). Po zlokalizowaniu guzka krwawniczego wciąga się go do cylindra za pomocą specjalnych tępych kleszczyków, na którym zlokalizowana



Zdjęcie 2. Zdjęcie przedstawiające otwarte kleszczyki do wyłapywania żyłaka odbytu przechodzące przez okrągły ligator.



Zdjęcie 3. Zdjęcie przedstawiające trzymane przez lekarza otwarte kleszczyki do wyłapywania żyłaka odbytu przechodzące przez okrągły ligator.



Zdjęcie 4. Zdjęcie przedstawiające kleszczyki do wyłapywania żylaków odbytu, które przechodzą przez okrągły ligator, znajdujący się w anoskopie.



Zdjęcie 6. Zdjęcie wykonane po założeniu gumowego pierścienia na podstawę żylaka wewnętrznego odbytu III stopnia metodą Barrona u 40-letniej pacjentki.



Zdjęcie 5. Zdjęcie przedstawiające założoną gumową podwiązkę na żylaka wewnętrznego odbytu II stopnia metodą Barrona u 44-letniego pacjenta.



Zdjęcie 7. Zdjęcie przedstawiające podwiązanego żylaka wewnętrznego odbytu II stopnia metodą Barrona u 50-letniego pacjenta.

jest gumowa podwiązka, a następnie zsuwa się tą podwiązkę na szczyłkę guzka (zdjęcia 5-7). Podczas zakładania gumowej podwiązki ligator powinien znajdować się 5 mm powyżej linii grzebieniastej. Takie ułożenie ligatora powoduje, że obszar, w którym zaopatrywany jest guzek krwawniczy, pozbawiony jest zakończeń nerwowych, co zmniejsza do minimum ryzyko wystąpienia dolegliwości bólowych po wykonaniu tego zabiegu (11). Po okresie 10 dni od momentu wykonania zabiegu dochodzi do oddzielenia się niedokrwionego żylaka odbytu od jego podstawy i w tym czasie chorzy zgłaszają pojawienie się świeżej krwi w stolcu lub na bieliźnie (11).

Zabieg założenia gumowych podwiązek metodą Barrona wykonuje się u pacjentów z chorobą hemoroidalną w stopniu I, II i III. Skuteczność leczenia choroby hemoroidalnej tą metodą wynosi od 75% do 90% (12-14). Przy czym najwyższą 90% skuteczność leczenia obserwuje

się w przypadku guzków krwawniczych II stopnia, a najniższą w przypadku choroby hemoroidalnej w III stopniu zaawansowania – 75% (13, 14). Szacuje się, że nawrót choroby hemoroidalnej występuje u około 10% pacjentów leczonych metodą Barrona po kilku latach, z czego 40% chorych z tej grupy stanowią chorzy z żylakami odbytu III stopnia (15). Zastosowanie tej metody leczenia jest w pełni bezpieczne u pacjentów z nadciśnieniem wrotnym i marskością wątroby (13). Metaanaliza badań klinicznych wykazała, że ta metoda leczenia powinna być stosowana jako pierwsza u chorych z objawowymi żylakami odbytu w stopniu I, II i III przed innymi mało inwazyjnymi metodami leczenia (skleroterapią, laseroterapią, krioterapią i innymi) (12).

Najczęstszym powikłaniem występującym u chorych leczonych ligaturą Barrona jest ból występujący po zało-

zeniu gumki (12-15). Częstość występowania dolegliwości bólowych po założeniu gumowej podwiązki na żylaka odbytu zgłaszana jest przez 25% do 50% pacjentów przy użyciu tradycyjnych skal bólowych (ból łagodny, umiarkowany, silny) i zależy od ilości założonych podwiązek (13-16). Zaleca się zakładanie jednej gumowej podwiązki, gdyż znacznie zmniejsza to ryzyko wystąpienia dolegliwości bólowych. W przypadku wystąpienia silnego bólu konieczne jest usunięcie założonych podwiązek gumowych (12-15). Celem zmniejszenia dolegliwości bólowych, chorym po zabiegu zaleca się niasiadówki w letniej wodzie, a także przyjmowanie leków przeciwbólowych (np.: paracetamol) (18). W Poradni Proktologicznej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dra M. Pirogowa w Łodzi pacjentom po założeniu gumowej podwiązki zalecane są tabletki zawierające suchy wyciąg z ruszczyka kolczaste-go, hesperydyny i kwasu askorbinowego (Cyclo 3 Fort) w dawce 4 tabletki w ciągu doby. Badania retrospektywne wykazały, iż stosowanie Cyclo 3 Fort pozwala zwiększyć napięcie i uszczelnić ścianę naczyń krwionośnych, a także zapobiega obrzękom, wysiękom i znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył okołoodbytowych. Chorzy powinni też stosować czopki lub maści zawierające kortykosteroidy (Posterisan H) celem zmniejszenia dolegliwości bólowych, stanu zapalnego, a także wzmocnienia odporności w okolicy odbytu. Należy jednak poinformować pacjentów, iż preparaty zawierające kortykosteroidy powinny być stosowane w cyklach do 7 dni, gdyż dłuższe ich stosowanie może spowodować wystąpienie atrofii lub zapalenie kontaktowego skóry.

W piśmiennictwie proktologicznym opisywane są także masywne krwawienia zagrażające życiu po założeniu gumowej podwiązki na żylaki odbytu wymagające przetoczenia krwi (19). Powikłanie to pojawia się najczęściej 7-10 dni po zabiegu, dlatego należy zawsze przed wykonaniem tego zabiegu przeprowadzić dokładny wywiad po to, aby odstąpić od wykonania zabiegu u chorych z zaburzeniami krzepnięcia i przyjmujących leki przeciwwzakrzepowe (14-19). Należy informować pacjentów o unikaniu przyjmowania preparatów przeciwbólowych zawierających kwas acetylosalicylowy (np.: Aspiryna) po zabiegu, gdyż może to spowodować wystąpienie krwawienia.

Rzadko występującym powikłaniem po leczeniu choroby hemoroidalnej są objawy stanu zapalnego i ropnia, jednak w przypadku wystąpienia takiego powikłania pacjent powinien być leczony w szpitalu (20, 21).

PODSUMOWANIE

Leczenie choroby hemoroidalnej powinno być dobrane do każdego pacjenta indywidualnie. O wyborze

metody leczenia decyduje zebrany wywiad i badanie przedmiotowe. Leczenie objawowych żylaków odbytu I, II i III stopnia metodą Barrona jest skuteczną, efektywną i bezpieczną metodą, która powinna być stosowana zarówno w poradniach proktologicznych, jak i chirurgicznych. □

Piśmiennictwo

- Johanson JF, Sonnenberg A: The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380-386.
- Hulme-Moir M, Bartolo DC: Hemorrhoids. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 183-197.
- Thomson WH: The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542-552.
- Shafiq A: Role of warm-water bath in anorectal conditions. The "thermosphincteric reflex". *J Clin Gastroenterol* 1993; 16(4): 304-308.
- Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D et al.: Fiber for the treatment of hemorrhoids complication: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(1): 181-188.
- Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL et al.: Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(5): 650-655.
- Abramowitz L, Batallan A: Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(6): 546-549.
- Gojnic M, Dugalic V, Papic M et al.: The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32(2): 183-184.
- Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD: Hemorrhoidal disease: a comprehensive review. *J Am Coll Surg* 2007; 204(1): 102-117.
- Blaisdell PC: Office ligation of internal hemorrhoids. *Am J Surg* 1958; 96: 401-404.
- Barron J: Office ligation of internal hemorrhoids. *Am J Surg* 1963; 105: 563-570.
- Mac Rae HM, McLeod RS: Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg* 1997; 40: 14-17.
- Pissiotis CA, Komborozos VA, Skrekas GJ: Rubber band ligation of symptomatic internal haemorrhoids: results of 500 cases. *Dig Surg* 2000; 17: 71-76.
- Konings M, Debets JM, Beaten CG: Rubber band ligation of hemorrhoids. Symptoms almost gone after 6 weeks. *Ned Tijdschr Geneeskde* 1999; 143: 1841-1842.
- Yárnoz C, Ortiz H: Estado actual del tratamiento de las hemorroides. *Cirugía Andaluza* 1997; 4: 342-344.
- Hooker GD, Plewes EA, Rajgopal C, Taylor BM: Local injection of bupivacaine after rubber band ligation of hemorrhoids: prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(2): 174-179.
- O'Hara VS: Fatal clostridial infection following hemorrhoidal banding. *Dis Colon Rectum* 1980; 23(8): 570-571.
- Forlini A, Manzelli A, Quaresima S, Forlini M: Long-term result after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24(9): 1007-1010.
- Odelowa OO, Mekasha G, Johnson MA: Massive life-threatening lower gastrointestinal hemorrhage following hemorrhoidal rubber band ligation. *J Nat Med Association* 2002; 94(12): 1089-1092.
- O'Regan PJ: Disposable device and a minimally invasive technique for rubber band ligation of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(5): 683-685.
- Trowers EA, Ganga U, Rizk R et al.: Endoscopic hemorrhoidal ligation: preliminary clinical experience. *Gastrointest Endosc* 1998; 48(1): 49-52.

otrzymano/received: 19.09.2011
zaakceptowano/accepted: 25.10.2011

Adres do korespondencji:
*Konrad Wroński

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra M. Pirogowa w Łodzi
ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź
tel.: +48 (42) 636 76 11
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl