

*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK

Leczenie choroby hemoroidalnej u nietypowego pacjenta

Treatment of hemorrhoidal disease in an atypical patient

Warsaw Proctology Center, St. Elisabeth Hospital, Mokotów Medical Center, Warsaw

Streszczenie

Dostępne w piśmiennictwie algorytmy i zalecenia dotyczące leczenia choroby hemoroidalnej uwzględniają przede wszystkim etap zaawansowania choroby. Zazwyczaj pomijane są nietypowe sytuacje u pacjenta, takie jak: obniżona odporność w przebiegu zakażenia wirusem HIV, przyjmowanie chemioterapii przez pacjenta onkologicznego, stałe leczenie immunosupresyjne u pacjentów po przeszczepach narządów lub z nieswoistymi zapaleniami jelit, a także leczenie choroby hemoroidalnej u pacjentów w wieku podeszłym, u których współistnieją choroby zwiększające ryzyko powikłań okołooporacyjnych.

Z kolei publikacje dotyczące powikłań leczenia pacjentów z obniżoną odpornością marginalizują problem chorób proktologicznych, w tym często występującej choroby hemoroidalnej. W niniejszym artykule przedstawiono postępowanie terapeutyczne w chorobie hemoroidalnej u nietypowego pacjenta. Dodatkowo omówiono też specyfikę postępowania w chorobie hemoroidalnej u pacjentki ciężarnej i w okresie okołoporodowym.

Summary

Therapeutic algorithms and recommendations for haemorrhoidal disease proposed in the literature are based on the stage of the disease. Less typical situations, such as reduced immunity in HIV infection, cancer patients on chemotherapy, chronic immunosuppressive treatment in patients after organ transplantation or patients with inflammatory bowel disease, as well as elderly patients with comorbidities that increase the risk of perioperative complications, are not usually discussed.

On the other hand, publications on treatment complications in immunocompromised patients marginalise the problem of anorectal conditions, including common haemorrhoids. This paper presents the therapeutic management of haemorrhoidal disease in atypical patients. Furthermore, the specifics of the management of haemorrhoidal disease in a pregnant patient and in the perinatal period are also discussed.

WSTĘP

Choroba hemoroidalna jest chorobą cywilizacyjną i powszechną, częstość występowania dolegliwości w populacji ludzi dorosłych wynosi około 11%, a u kobiet ciężarnych w III trymestrze dolegliwości hemoroidalne zgłasza około 80% pacjentek (1). Szczyt zachorowań to przedział wiekowy między 45. a 65. rokiem życia, zatem choroba hemoroidalna dotyczy grupy pacjentów aktywnych zawodowo. Najczęstsze objawy kliniczne związane z hemoroidami to niebolesne

INTRODUCTION

Haemorrhoidal disease is a common modern-age disease, which affects about 11% of adult population and 80% of pregnant women in the third trimester (1). The peak incidence is between the ages of 45 and 65 years, which means that haemorrhoids generally affect professionally active persons. Painless anal bleeding after bowel movement and haemorrhoidal prolapse are the most common clinical symptoms.

Słowa kluczowe

choroba hemoroidalna, immunosupresja, wiek podeszły, ciąża

Keywords

haemorrhoidal disease, immunosuppression, elderly age, pregnancy

krwawienia z odbytu po wypróżnieniu i wypadanie guzków krwawniczych. Stopień wypadania hemoroidów stanowi podstawę czterostopniowej klasyfikacji Golighera. Dostępne w piśmiennictwie algorytmy i zalecenia dotyczące leczenia choroby hemoroidalnej uwzględniają przede wszystkim etap zaawansowania choroby. Pomijane są jednak nietypowe sytuacje, takie jak obniżona odporność w przebiegu zakażenia wirusem HIV, przyjmowanie chemioterapii przez pacjenta onkologicznego, stałe leczenie immunosupresyjne u pacjentów po przeszczepach narządów lub z nieswoistymi zapaleniami jelit, a także leczenie choroby hemoroidalnej u pacjentów w wieku podeszłym, u których współistnieją choroby zwiększające ryzyko powikłań okołoperacyjnych.

Poniżej przedstawiono postępowanie w takich nietypowych sytuacjach.

PACJENT ONKOLOGICZNY, PRZYJMĄCY CHEMIOTERAPIĘ

Pomimo że wyleczenie choroby nowotworowej z racjonalnego punktu widzenia jest w przypadku pacjenta onkologicznego najważniejsze, to paradoksalnie dolegliwości proktologiczne mogą bardziej wpłynąć na obniżenie jakości życia pacjenta onkologicznego niż nowotwór. Chemioterapia często nasila objawy świadome odbytu, a zaburzenia krzepnięcia występujące często u tych pacjentów mogą nasilać krwawienia z hemoroidów. Szczególnie białaczka i towarzysząca jej neutropenia zwiększają ryzyko krwawienia z hemoroidów. Postępowaniem z wyboru jest leczenie zachowawcze, leczenie zabiegowe należy stosować w ostateczności, np. przy obfitych krwotokach wymagających toczeń krwi. Przy mało zaawansowanej chorobie, a częstych krwawieniach opornych na leczenie zachowawcze, stosuje się zakładanie gumek sposobem Barona. Jeśli zdecyduje się o operacji, co ma miejsce najczęściej już w IV stopniu zaawansowania hemoroidów, trzeba dążyć do wykonania zabiegu w okresie możliwie najlepszej odporności (ryc. 1). Często dokładne

The degree of haemorrhoidal prolapse is the basis for the four-grade Goligher's classification. The algorithms and recommendations for the treatment of haemorrhoidal disease available in the literature are mainly based on the stage of the disease. Less typical situations, such as reduced immunity in HIV infection, chemotherapy in an oncological patient, chronic immunosuppressive treatment in patients after organ transplants or patients with inflammatory bowel disease, as well as elderly patients with comorbidities that increase the risk of perioperative complications, are not usually discussed.

This paper presents the therapeutic management in such unusual situations.

CANCER PATIENT ON CHEMOTHERAPY

Even though curing cancer is, from a rational point of view, the primary goal in oncological patients, anorectal symptoms may paradoxically have a greater impact on reducing the quality of life in these patients than the cancer itself. Chemotherapy often exacerbates anal pruritus, while coagulation disorders, which are common in these patients, may contribute to haemorrhoidal bleeding. Leukaemia and the accompanying neutropenia particularly increase the risk of haemorrhoidal bleeding. Conservative treatment is the method of choice, whereas surgical interventions should be used as a last resort, e.g. in cases of heavy bleeding requiring transfusion. In the case of less advanced disease and frequent bleeding resistant to conservative treatment, rubber band ligation (RBL) is performed. If a decision is made to perform surgery, which usually takes place in grade IV haemorrhoids, the procedure should be performed after reaching the best possible immunity in the patient (fig. 1). Providing the patient with detailed dietary guidelines and prescription of pharmacological agents to alleviate local



Ryc. 1. Guzki krwawnicze IV stopnia

Fig. 1. Grade IV haemorrhoids

poinstruowanie pacjenta o diecie i zaordynowanie leków łagodzących objawy miejscowe pozwala znacznie poprawić komfort życia pacjenta i uniknąć zabiegu.

LECZENIE CHOROBY HEMOROIDALNEJ U PACJENTKI W CIĄŻY I OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Ciąża i poród siłami natury predysponują kobiety do powiększenia się hemoroidów z powodu zmian hormonalnych i zwiększonego ciśnienia w jamie brzusznej z racji powiększającej się macicy. Za podstawową przyczynę nasilenia dolegliwości uważa się zaparcia, które z kolei są związane ze wzrostem stężenia progesteronu hamującego perystaltykę jelit, przyczynami mechanicznymi (powiększenie macicy w II i III trymestrze ciąży), a także z często przyjmowanymi przez ciężarną preparatami żelaza. Szacuje się, że na tę chorobę cierpi od 25 do 35% kobiet w ciąży (2). Dane epidemiologiczne wykazują, że w niektórych populacjach aż do 85% ciężarnych zgłasza dolegliwości hemoroidalne w III trymestrze ciąży (3).

Chorobę hemoroidalną u kobiet w ciąży leczy się zachowawczo, modyfikując dietę, która powinna być bogata w wodę i błonnik, a uboga w pikantne przyprawy. Można zalecać stosowanie miejscowych preparatów nawilżających błonę śluzową kanału odbytu, najlepiej niewchłaniających, np. w postaci wazeliny czy preparatów z kwasem hialuronowym. Leki stosuje się ostrożnie, a jeśli już to w przypadkach dużych dolegliwości i po I trymestrze ciąży. Akceptowalne leki o działaniu ogólnym to preparaty diosminy i ruszczyka kolczystego. Leki miejscowe doodbytnicze należy zalecać rozważnie, mając na uwadze, że wchłaniają się do krwiobiegu i mogą potencjalnie zadziałać teratogennie na płód.

W praktyce własnej stosuję leki robione w postaci maści i czopków na bazie witamin. Pacjentkę należy poinstruować o konieczności dbania o konsystencję stolca, jednak nie powinno się zalecać ciężarnej leków gwałtownie przeczyszczających, które mogą doprowadzić do przedwczesnego porodu. Wskazania do operacyjnego leczenia choroby hemoroidalnej to sytuacje nagłe: masywne krwotoki powodujące narastającą niedokrwistość, co może powodować niedotlenienie płodu, oraz rozległa zakrzepica guzków krwawniczych.

Metody alternatywne stosowane u ciężarnych to najczęściej metoda Barona – zakładanie gumowych podwiązek, lub skleroterapia, jednak stosuje się je po I trymestrze ciąży i jedynie w przypadku dużych dolegliwości, w postaci np. uporczywych krwawień oraz po przynajmniej kilkutygodniowej próbie leczenia zachowawczego.

Należy wspomnieć o mylonej często z chorobą hemoroidalną zakrzepicy żył okołodobytowych, która jest częstą dolegliwością u ciężarnych. Duże zakrzepy brzeżne można opróżnić w znieczuleniu miejscowym, mniejsze lub rozlaną zakrzepicę żył okołodobytowych leczy się zachowawczo, stosując preparaty ruszczyka kolczystego czy diosminy, a także przymoczek z ciepłej sody na obrzękniętą tkankę. U ciężarnych nie zaleca się gorących nasiadówek, gdyż mogą spowodować czynność skurczową macicy i przedwczesny poród.

Większość autorów jest zgodna, że pacjentki w ciąży mogą być skutecznie leczone farmakoterapią, zawężając

symptoms can significantly improve the patient's quality of life and help avoid surgery.

PREGNANT PATIENTS AND PERINATAL PERIOD

Pregnancy and vaginal childbirth predispose women to haemorrhoid enlargement due to hormonal changes and increased intra-abdominal pressure as a result of the stretched uterus. Constipation is considered to be the main cause of symptom aggravation, which in turn is associated with increased progesterone that inhibits intestinal peristalsis, mechanical factors (uterine enlargement in the second and third trimester of pregnancy), and iron preparations often received by pregnant women. It is estimated that 25% to 35% of pregnant women are affected (2). Epidemiological data show that in some populations up to 85% of pregnant women report haemorrhoids in the third trimester of pregnancy (3).

Conservative therapy and modified diet to include high intake of water and fibre and low intake of hot spices are used in pregnant women. Topical preparations, preferably non-absorbable, to moisturise the mucous membrane of the anal canal can be recommended, e.g. in the form of petroleum jelly or preparations with hyaluronic acid. Medications should be used with caution and only in cases of severe symptoms and after the first trimester of pregnancy. Diosmin and butcher's broom are acceptable systemic agents. Topical rectal medications should be used with caution, bearing in mind that they are absorbed into the bloodstream and may be teratogenic to the foetus.

In my own practice, I use ointments and suppositories based on vitamins. Patients should be instructed to maintain adequate stool consistency; however, aggressive laxatives, which may lead to premature delivery, should not be prescribed to pregnant women. Emergency situations, such as massive haemorrhage that may cause increasing anaemia, which may lead to foetal hypoxia, and extensive thrombosis of haemorrhoids are indications for surgical treatment.

The most common alternative methods used in pregnant women include rubber band ligation (RBL) and sclerotherapy, but they are used after the first trimester of pregnancy and only in the case of severe symptoms, such as persistent bleeding, and after at least several weeks of attempting conservative treatment.

It should be mentioned that perianal venous thrombosis, which is often confused with hemorrhoidal disease, is a common finding in pregnant women. Large marginal clots can be evacuated under local anaesthesia, smaller clots or diffuse thrombosis of the perianal veins is treated conservatively, using butcher's broom or Diosmin preparations, as well as hot soda compresses on the swollen tissue. Hot sitz baths are not recommended in pregnant women, as they can provoke uterine contractions and premature birth.

interwencję chirurgiczną do ściśle wyselekcjonowanych i pilnych przypadków (4).

PACJENT Z NIESWOISTYM ZAPALENIEM JELIT

Choroba hemoroidalna u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit, w tym najczęściej z chorobą Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, bywa marginalizowana, a leczenie trudne w porównaniu z terapią choroby hemoroidalnej w populacji ludzi zdrowych. Również objawy w postaci krwawień z odbytu mogą być trudne do interpretacji (zapalenie błony śluzowej odbytnicy czy krwawiące hemoroidy?). Wielu pacjentów, a także lekarzy myli przerośnięte fałdy brzeżne z hemoroidami. Twarde, powiększone fałdy brzeżne są charakterystyczne dla anorektalnej postaci choroby Leśniowskiego-Crohna. Nie ma wielu publikacji na ten temat, a te dostępne wskazują na terapię zachowawczą jako leczenie pierwszego rzutu. Dobry efekt daje stosowanie miejscowo metronidazolu w postaci czopków lub maści, lek ten działa przeciwzapalnie i przeciwbólowo. Ważne jest uzyskanie remisji choroby zapalnej jelita, co zazwyczaj ogranicza stan zapalny hemoroidów. W wyselekcjonowanych przypadkach, u pacjentów z dolegliwościami niepoddającymi się leczeniu zachowawczemu i w remisji choroby podstawowej można wykonać operację, jednak uprzedzając pacjenta przed zabiegiem o większym ryzyku wystąpienia komplikacji w postaci złego gojenia i krwawienia pooperacyjnego (5).

Niektórzy autorzy wykazując akceptowalne wyniki, donoszą, że hemoroidektomię można bezpiecznie wykonać u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (6). Są też chirurdzy proponujący ograniczoną, sektorową hemoroidektomię u tych pacjentów (7, 8).

Większość autorów jest jednak zdania, że chirurgiczne leczenie choroby hemoroidalnej u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit, zwłaszcza z chorobą Leśniowskiego-Crohna, jest obciążone zwiększonym ryzykiem powikłań. Wydaje się zasadne przy uporczywych krwawieniach zastosowanie wstępnie jednej z metod małoinwazyjnych, a dopiero przy braku skuteczności tych metod zakwalifikowanie pacjenta do operacji (5).

PACJENT ZAKAŻONY WIRUSEM HIV

Leczeniem z wyboru choroby hemoroidalnej u pacjenta z zespołem nabytej obniżonej odporności jest leczenie zachowawcze. W przypadku nawracających krwawień można zastosować metodę alternatywną (założenie gumek, obliteracja). Klasyczną hemoroidektomię wykonuje się jedynie u pacjentów z obfitymi krwawieniami powodującym wtórną niedokrwistość. Wówczas pacjent powinien być przygotowany odpornościowo, najlepiej przez lekarzy specjalistów chorób zakaźnych w ośrodku, pod którego opieką się znajduje. Szczególnie ważnym parametrem, który powinien być monitorowany, jest poziom limfocytów CD4. Liczba powikłań septycznych u danego pacjenta jest odwrotnie proporcjonalna do poziomu limfocytów CD4. Jeśli liczba ta wynosi poniżej $300/\text{mm}^3$, oznacza to upośledzenie odporności pacjenta uniemożliwiające zabieg planowy. Istotny jest też poziom wirerii. Jeśli jest on nieoznaczalny – pacjent jest skutecznie

Most authors agree that pregnant patients can be effectively treated with pharmacotherapy, limiting surgical intervention to strictly selected and urgent cases (4).

PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Hemorrhoidal disease in patients with inflammatory bowel disease (IBD), most often with Crohn's disease or ulcerative colitis, is sometimes marginalised and treatment is challenging compared to haemorrhoids in an otherwise healthy population. Also, symptoms in the form of rectal bleeding can be difficult to interpret (proctitis or bleeding haemorrhoids?). Many patients and doctors confuse hypertrophied marginal folds with haemorrhoids. Hard, enlarged marginal folds are typical of anorectal Crohn's disease. There are not many publications on this subject, and those available point to conservative therapy as the first-line treatment. Good outcomes are achieved with topical metronidazole in the form of suppositories or ointments, which has anti-inflammatory and analgesic properties. It is important to achieve IBD remission, which usually reduces the inflammation of haemorrhoids. In selected cases, surgery can be performed in patients with symptoms that do not respond to conservative treatment and those in remission of the underlying disease; however, patients should be preoperatively informed about the higher risk of complications in the form of poor healing and postoperative bleeding (5).

Some authors, showing acceptable results, reported that haemorrhoidectomy can be safely performed in patients with Crohn's disease (6). There are also surgeons who propose limited, sectoral haemorrhoidectomy in these patients (7, 8).

Most authors, however, are of the opinion that surgical treatment of hemorrhoidal disease in patients with IBD, Crohn's disease in particular, is associated with an increased risk of complications. In the case of persistent bleeding, it seems reasonable to initially use one of the minimally invasive methods, and only when these methods fail, to qualify the patient for surgery (5).

HIV-POSITIVE PATIENTS

Conservative management is the treatment of choice for hemorrhoidal disease in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). In the case of recurrent bleeding, an alternative method may be used (rubber bands, obliteration). Conventional haemorrhoidectomy is performed only in patients with major bleeding causing secondary anaemia. In such cases, the patient should be immunologically prepared, preferably by infectious disease specialists in the centre he or she is currently staying at. CD4 count is a particularly important parameter requiring monitoring. The number of septic complications in a given patient is inversely proportional to the level of CD4 cells. If this count is below $300/\text{mm}^3$, the patient is immunocom-

leczeni. Wahaniom u tych pacjentów podlega poziom płytek, co często jest skutkiem leczenia lekami antywirusowymi. Te wszystkie parametry powinny być oznaczone przed ewentualnym zabiegiem. Pacjenta z pełnoobjawowym AIDS nie powinno się operować, rany mogą się nie zagoić, a pacjent może umrzeć od powikłań septycznych. Uważa się, że leczenie zachowawcze powinno zostać wyczerpane przed wykonaniem jakichkolwiek zabiegów inwazyjnych. Polecane są metody alternatywne (9). Pojedyncze doniesienia wykazują korzystny doraźny efekt po zastosowaniu skleroterapii. W jednej z prac w grupie 22 pacjentów z AIDS, po zastosowaniu skleroterapii u wszystkich pacjentów odnotowano poprawę po 6 tygodniach. Czterech pacjentów z 4-letnią obserwacją wykazało poprawę trwającą 18 miesięcy, ale wszyscy wymagali powtórzenia procedury z powodu nawrotu objawów (10).

PACJENCI PO PRZESZCZEPIENIU NARZĄDÓW

Choroba hemoroidalna jest częstą przyczyną zachorowalności w populacji ogólnej z częstością zgłaszaną na poziomie 4,4%, ale niewiele wiadomo na temat jej częstości występowania i cech klinicznych u biorców np. przeszczepu nerki. Ciekawą analizę dotyczącą biorców przeszczepów nerki przedstawili Tallarita i Gurrieri (11). Spośród 116 pacjentów, którzy przeszli przeszczep nerki i zostali poddani ocenie pod kątem choroby hemoroidalnej, 82 nie zgłaszało objawów (70,6%), 28 (24%) miało chorobę hemoroidalną stopnia I, a 6 (5,4%) – chorobę hemoroidalną stopnia II w ocenie przed transplantacją. Dwudziestu siedmiu ze 116 biorców (22,4%) rozwinęło chorobę hemoroidalną stopnia III lub IV po wykonanym przeszczepie i dolegliwości były na tyle uciążliwe, że zostali zoperowani. Choroba hemoroidalna występowała częściej u tych pacjentów, którzy zgłaszali dolegliwości hemoroidalne w wywiadzie jeszcze przed przeszczepem, z szybkim wzrostem masy ciała w okresie potransplantacyjnym oraz w przedziale wiekowym od 30 do 50 lat. Autorzy publikacji konkludują, że terapia immunosupresyjna może odgrywać ważną rolę w zaostrzeniu choroby hemoroidalnej u biorców przeszczepów nerki. U tych pacjentów postępowanie jest zachowawcze, z wyjątkiem sytuacji nagłej w postaci krwotoku z hemoroidów.

PACJENCI W PODESZŁYM WIEKU

U pacjentów w wieku podeszłym (powyżej 75. roku życia) kwalifikacja do operacji hemoroidów powinna być ostrożna ze względu na wysokie ryzyko powikłań związane z chorobami współistniejącymi. Ryzyko operacji u pacjentów w wieku podeszłym jest duże również z powodu dodatkowo przyjmowania przez nich leków niejednokrotnie o działaniu przeciwnkrzepliwym.

W jednym z doniesień autorzy dokonują retrospektywnej oceny różnic między leczeniem zachowawczym a chirurgicznym (tj. nacięciem zakrzepicy zewnętrznej żył okołoodbytowych i hemoroidektomią klasyczną sp. Milligana-Morgana). Grupa leczona nacięciem zgłosiła natychmiastową ulgę w bólu (2,6 dnia), a w grupie leczonej hemoroidektomią klasyczną ból trwał dłużej (7,3 dnia). W obu grupach pacjentów nie zgłoszono żadnych poważnych powikłań (m.in. zwiężeń

promised and elective surgery is not possible. The level of viremia is also important. An undetectable level means that the patient is successfully treated. Platelet levels fluctuate in these patients, often as a result of treatment with antiviral agents. All these parameters should be measured before any surgery. A patient with full-blown AIDS should not be operated on as the wounds may not heal, and there is a risk of death from septic complications. It is believed that conservative treatment should be exhausted before performing any invasive procedures. Alternative methods are recommended (9). Single reports have shown a beneficial short-term effect after sclerotherapy. One study in a group of 22 AIDS patients showed improvement in all patients 6 weeks after sclerotherapy. Four patients with a 4-year follow-up showed 18-month improvement, but all required reoperation due to recurrence of symptoms (10).

ORGAN TRANSPLANT PATIENTS

Although hemorrhoidal disease is a common cause of morbidity in the general population with a reported incidence of 4.4%, little is known about its prevalence and clinical features in recipients of, e.g., kidney transplants. An interesting analysis on kidney transplant recipients was presented by Tallarita and Gurrieri (11). Of the 116 kidney transplant recipients who were evaluated for haemorrhoidal disease, 82 were asymptomatic (70.6%), 28 (24%) had grade I haemorrhoids, and 6 (5.4%) had grade II haemorrhoids, as assessed before transplantation. Twenty-seven out of 116 recipients (22.4%) developed grade III or IV haemorrhoids after transplantation and their symptoms required surgical intervention. Haemorrhoidal disease was more common in those who reported a history of haemorrhoids prior to transplantation, individuals with rapid post-transplant weight gain, and those between 30 and 50 years of age. The authors concluded that immunosuppressive therapy may play an important role in the exacerbation of haemorrhoidal disease in kidney transplant recipients. These patients are managed conservatively except in the event of an emergency haemorrhage.

ELDERLY PATIENTS

Elderly patients (over 75 years of age) should be carefully qualified for haemorrhoid surgery due to the high risk of complications associated with comorbidities. The risk of surgery in elderly patients is also high due to the fact that they often use anticoagulants. In one report, the authors retrospectively assessed the differences between conservative and surgical treatment (i.e. immediate incision of external perianal venous thrombosis and classical Milligan and Morgan haemorrhoidectomy). The incision group reported immediate pain relief (2.6 days), while the Milligan and Morgan group reported longer pain relief (7.3 days). No serious complications (including anal strictures) were reported in either of groups (12). Commenting on the results of this study, it seems difficult

odbytu) (12). Komentując wyniki tej pracy, wydaje się, że trudno porównać zabieg nacięcia zakrzepicy brzeżnej z operacją wycięcia hemoroidów. Zabiegi te dotyczą innych struktur anatomicznych (żyły okołoodbytowe vs guzki krwawnicze), a zakres działania chirurgicznego jest w tych przypadkach różny i trudny do porównania.

INNE NIETYPOWE SYTUACJE

Do innych nietypowych sytuacji należy leczenie pacjentów z marskością wątroby. I tutaj zalecane jest postępowanie zachowawcze, ewentualnie stosowanie skleroterapii lub zakładanie gumek w sposób klasyczny lub endoskopowo. Są doniesienia porównujące wyniki tych metod u pacjentów z marskością wątroby (13). Autorzy cytowanego doniesienia wnioskuje, że zarówno endoskopowe zakładanie gumek, jak i skleroterapia są skutecznymi metodami u tych pacjentów w leczeniu krwawień z hemoroidów. Mniejszy ból i lepszą satysfakcję u pacjenta daje endoskopowe zastosowanie gumowych podwiązek niż obliteracja hemoroidów (13).

PODSUMOWANIE

Choroba hemoroidalna nie jest chorobą śmiertelną, natomiast powikłania nieleczenia choroby lub nieprawidłowego leczenia mogą zagrażać życiu. W przypadkach pacjenta, który z jakichś względów ma obniżoną odporność, wstępne postępowanie jest zawsze zachowawcze. Przy braku skuteczności tego leczenia, a narastaniu objawów chorobowych, można sięgnąć po którąś z metod alternatywnych (gumki, obliteracja), a jeśli i te metody zawiodą, rozważyć leczenie operacyjne. Do operacji pacjent musi być przygotowany pod względem odpornościowym, a w przypadku choroby zapalnej jelit – operowany w trakcie remisji tej choroby. Ze względu na zwiększony odsetek powikłań okołoperacyjnych w tych grupach pacjentów, kwalifikacje do zabiegu powinny być ostrożne. Wskazania do operacji to przede wszystkim krwotoki z hemoroidów skutkujące głęboką niedokrwistością lub zakrzepica guzków krwawniczych zagrażająca zespołem Fourniera. Pacjentki w ciąży i w okresie okołoporodowym również powinny być leczone wstępnie zachowawczo, a leki należy stosować z rozważą ze względu na ich potencjalne teratogenne działanie na płód.

to compare an immediate incision of the thrombus with an excision of haemorrhoids. These procedures involve different anatomical structures (perianal veins vs. haemorrhoids), and the scope of surgery in these cases is different and difficult to compare.

OTHER ATYPICAL SITUATIONS

Other unusual situations include the treatment of patients with cirrhosis. In such cases, conservative methods are recommended, possibly using either conventional or endoscopic sclerotherapy or RBL. There are reports comparing the outcomes of these methods in patients with cirrhosis (13). The authors of the cited report concluded that both endoscopic RBL and sclerotherapy effectively control haemorrhoidal bleeding in these patients. Endoscopic RBL results in less pain and better patient satisfaction than obliteration of haemorrhoids (13).

CONCLUSIONS

Although haemorrhoidal disease is not fatal, the complications of untreated or incorrectly treated disease can be life-threatening. Conservative approach is always first choice in patients who for some reason are immunocompromised. If this treatment is ineffective and the disease symptoms worsen, alternative methods (rubber bands, obliteration) can be used, and if these also fail, surgical intervention can be considered. The patient must be in adequate pre-surgical immune state, and, in the case of IBD, should be operated on during remission. Due to the increased rates of perioperative complications in these groups of patients, qualification for surgery should be conducted carefully. Indications for surgical intervention are mainly haemorrhoidal haemorrhages leading to deep anaemia and haemorrhoidal thrombosis with a risk of Fournier gangrene. Initial conservative approach is also needed in pregnant and perinatal patients, with careful pharmacotherapy due to its potential teratogenic effects on the foetus.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety w Warszawie
ul. Goszczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 603-387-787
drkolodziejczak@o2.pl

Piśmiennictwo/References

1. Sheikh P, Régnier C, Goron F, Salmat G: The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey. *J Comp Eff Res* 2020; 9(17): 1219-1232.
2. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G: Hemorrhoids in pregnancy. *Can Fam Physician* 2008; 54(2): 189-190.
3. Gojnic M, Dugalic V, Papic M et al.: The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32(3): 183-184.
4. Salusso P, Testa V, Mochet S et al.: Management of Hemorrhoidal Disease in Special Conditions: A Word of Caution. *Rev Recent Clin Trials* 2021; 16(1): 22-31.
5. D'Ugo S, Stasi E, Gaspari AL, Sileri P: Hemorrhoids and anal fissures in inflammatory bowel disease. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2015; 61(4): 223-233.
6. Lightner AL, Kearney D, Giugliano D et al.: Excisional Hemorrhoidectomy: Safe in Patients With Crohn's Disease? *Inflamm Bowel Dis* 2020; 26(9): 1390-1393.

7. McKenna NP, Lightner AL, Habermann EB, Mathis KL: Hemorrhoidectomy and Excision of Skin Tags in IBD: Harbinger of Doom or Simply a Disease Running Its Course? *Dis Colon Rectum* 2019; 62(12): 1505-1510.
8. Picciariello A, Rinaldi M, Grossi U et al.: Management and Treatment of External Hemorrhoidal Thrombosis. *Front Surg* 2022; 9: 898850.
9. Sun Z, Migaly J: Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg* 2016; 29(1): 22-29.
10. Scaglia M, Delaini GG, Destefano I, Hultén L: Injection treatment of hemorrhoids in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(3): 401-404.
11. Tallarita T, Gurrieri C: Clinical features of hemorrhoidal disease in renal transplant recipients. *Transplant Proc* 2010; 42(4): 1171-1173.
12. Eberspacher C, Mascagni D, Antypas P et al.: External hemorrhoidal thrombosis in the elderly patients: conservative and surgical management. *Minerva Chir* 2020; 75: 117-120.
13. Awad AE, Soliman HH, Saif SA et al.: A prospective randomised comparative study of endoscopic band ligation versus injection sclerotherapy of bleeding internal haemorrhoids in patients with liver cirrhosis. *Arab J Gastroenterol* 2012; 13(2): 77-81.

nadesłano/submitted:

4.10.2022

zaakceptowano do druku/accepted:

25.10.2022