

Leczenie zachowawcze zakrzepicy żył okołoodbytowych – opis przypadku

*Konrad Wroński^{1,2}, Roman Bocian^{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: dr Roman Bocian

CONSERVATIVE TREATMENT OF THROMBOSED EXTERNAL HEMORRHOIDS – CASE REPORT

Summary

External hemorrhoids are located outside to the dentate line and covered by anoderm. Thrombosed external hemorrhoids are one of the frequent acute anorectal disease. However, this disease still pose a serious therapeutical problem in Poland. Thrombosed external hemorrhoids appear mostly in young patients who have been diagnosed with a hemorrhoidal disease before, patients with diarrhea or constipation and patients prolonged sitting. Patients go to a hospital because of pain in anorectal region which is caused by internal sphincter hypertonicity. Pain caused by thrombosed external hemorrhoids is presented during standing, sitting or defecating.

An early diagnosis of the thrombosed external hemorrhoids and applying an appropriate treatment is an effective procedure in this disease. Conservative treatment and surgery are methods of treatment of perianal thrombosis. Incision or excision of the thrombosis are surgical treatment. The best effects of surgery of thrombosed external hemorrhoids are during first 72 hours after onset.

In the following article the authors present a case of a 34-years-old male patient treated conservative for thrombosed external hemorrhoids and also review the latest literature referring to this proctological issue.

Key words: external hemorrhoids, thrombus, conservative treatment

WPROWADZENIE

Żyłaki zewnętrzne odbytu umiejscowione są poniżej linii grzebieniastej i pokryte anoderłą (1-4). Do dnia dzisiejszego nie wyjaśniono całkowicie etiologii zakrzepicy żył okołoodbytowych (1, 2). Głównymi objawami z jakimi zgłaszają się chorzy do lekarza rodzinnego, poradni lub izby przyjęć z zakrzepicą żył okołoodbytowych jest silny ból i widoczny pojedynczy twardy zakrzep żył okołoodbytowych barwy czarnej (ryc. 1) lub pojedynczy zakrzep z widocznym perforowanym skrzepem krwi w dniu pęknięcia (ryc. 2) (1). Powyżej opisanym objawom często towarzyszy żywoczerwone krwawienie (1, 2, 5-8).

OPIS PRZYPADKU

34-letni pacjent zgłosił się do Poradni Proktologicznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dra Mikołaja Pirogowa w Łodzi z powodu silnego bólu i świądu w okolicy odbytu. W wywiadzie dolegliwości bólowe wystąpiły dwa dni wcześniej. W badaniu przedmiotowym u chorego nie stwierdzono odchyleń od normy. Natomiast w badaniu *per rectum* rozpoznano zakrzepicę żyły okołoodbytowej (ryc. 1).

Pacjent nie wyraził zgody na nacięcie lub wycięcie zakrzepniętego żyłaka w znieczuleniu miejscowym, wobec powyższego u chorego zastosowano leczenie zachowawcze.

U chorego zastosowano lek zawierający suchy wyciąg z ruszczyka kolczastego, hesperydyny i kwasu askorbinowego w dawce 4 tabletki w ciągu doby, czopki zawierające zawiesinę *Escherichia coli* i hydrokortyzon w dawce 1 czopek dwa razy dziennie i zalecono nasiadówki w korze dębu lub rumianku cztery razy dziennie, w wodzie o temperaturze około 40°C przez 20 minut. Przeciwbólowo u chorego zastosowano maść zawierającą lidokainę trzy razy dziennie.

Pacjent co 7 dni był kontrolowany w Poradni Proktologicznej. Po dwóch tygodniach leczenia dolegliwości bólowe i świąd w okolicy odbytu ustąpiły. Obecnie pacjent jest pod opieką Poradni Proktologicznej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dra Mikołaja Pirogowa w Łodzi. Po 5 miesiącach od momentu leczenia zachowawczego zakrzepicy żyły okołoodbytowej nie stwierdzono u pacjenta nawrotu choroby.



Ryc. 1. Obraz przedstawiający zakrzepicę żyły okołoodbytovej u 34-letniego mężczyzny.

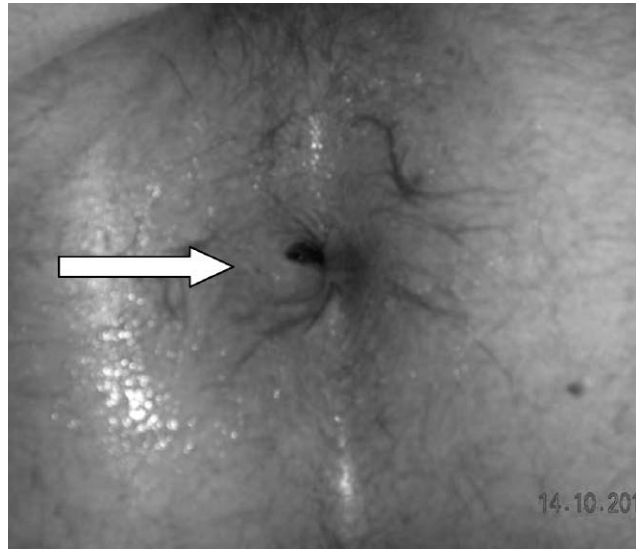
OMÓWIENIE

Zakrzepica żyły okołoodbytovej jest przyczyną silnego bólu, swędzenia, a także żywoczerwonego krwawienia z odbytu (1, 3). Uważa się, że główną rolę w powstaniu dolegliwości bólowych odgrywa wzmożone napięcie mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu (2).

Rozpoznanie zakrzepicy żyły okołoodbytovej następuje na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego. Badanie *per rectum* wykonane w pozycji bocznej lub kolankowo-łokciowej pozwala na uwidocznienie zakrzepicy żyły okołoodbytovej (1-3).

W piśmiennictwie medycznym istnieje wiele innych nazw określających zakrzepicę żyły okołoodbytovej, takich jak: ostry zakrzep żylaka zewnętrznego odbytu (*acute thrombosed external haemorrhoid*) (4), ostry stan choroby hemoroidalnej (*acute haemorrhoidal disease*) (5), krwiak odbytu (*anal haematoma*) (6, 7), zakrzepica okolicy odbytu (*perianal thrombosis*) (8) i krwiak okolicy odbytu (*perianal haematoma*) (9).

W piśmiennictwie medycznym wciąż trwa zażarta dyskusja na temat sposobu leczenia zakrzepicy żyły okołoodbytovej. W artykule Greenspona i wsp. (1) porównano efekty leczenia zachowawczego i chirurgicznego zakrzepicy żyły okołoodbytovej. Badanie zostało przeprowadzone w latach 1990-2002 na grupie 231 chorych. Leczenie zachowawcze zastosowano u 51,5% pacjentów, natomiast leczenie chirurgiczne u 48,5% chorych. Nawrót choroby częściej był obserwowany u pacjentów leczonych zachowawczo (25,4%) niż u chorych leczonych chirurgicznie (6,3%). Również średni czas nawrotu choroby od momentu wyleczenia w grupie leczonych zachowawczo wynosił 7,1 miesiąca do 25 miesięcy wśród grupy chorych leczonych chirurgicznie. Przeprowadzona analiza statystyczna leczonych chorych



Ryc. 2. Obraz przedstawiający zakrzepicę żyły okołoodbytovej z perforacją skrzepu krwi u 40-letniego mężczyzny.

wykazała istotne różnice statystyczne na korzyść leczenia chirurgicznego. Chorzy, u których wycięto lub nacięto zakrzepicę żyły okołoodbytovej, wskazywali na ustąpienie dolegliwości bólowych zaraz po zabiegu, występowało u nich mniejsze ryzyko nawrotu choroby i dłuższy okres remisji choroby.

W artykule Jongena i wsp. (2) przeprowadzono retrospektywne badanie wśród 340 pacjentów dotyczące powikłań, przyczyn nawrotów i efektów leczenia chirurgicznego zakrzepicy żyły okołoodbytovej w znieczuleniu miejscowym, którzy byli leczeni w latach 1995-2000. Tylko u 22 chorych (6,5%) po leczeniu chirurgicznym w ciągu 9 miesięcy wystąpił nawrót choroby. U 340 leczonych chorych powikłania pooperacyjne wystąpiły zaledwie u 8 pacjentów (2,4%), z czego u 1 pacjenta (0,3%) wystąpiło krwawienie pooperacyjne, a u 7 chorych (2,1%) ropień lub przetoka około odbytnicza. Zdecydowana większość chorych biorących udział w badaniu nie miała powikłań po leczeniu chirurgicznym i wskazywała na pełną satysfakcję z zastosowanej metody leczenia.

W artykule Gaja i wsp. (10) u 22 chorych z zakrzepicą żyły okołoodbytovej zbadano główne parametry koagulologiczne. Nie stwierdzono odchyłań od prawidłowych wartości w przypadku APT, AT III, APCR, XDP, APTT, fibrynogenu i LAC. Podwyższone wartości występowały tylko w przypadku produktów rozpadu protrombiny (F1 + F2). Autorzy artykułu uważają, że zakrzepica żyły okołoodbytovej nie jest związana z występowaniem koagulopatii. Gaja i wsp. uważają, że leczenie chirurgiczne zakrzepicy jest złotym standardem postępowania w tej jednostce chorobowej (10).

Ważną rolę w leczeniu zakrzepicy żył okołoodbytowych odgrywa leczenie przeciwbólowe. W pracy Pattiego i wsp. (3) przeprowadzono randomizowane badanie wśród 30 pacjentów z zakrzepicą żył okołoodbytowych, którzy odmówili leczenia chirurgicznego. Pacjentów podzielono na dwie równe grupy. Pierwszej grupie prze-

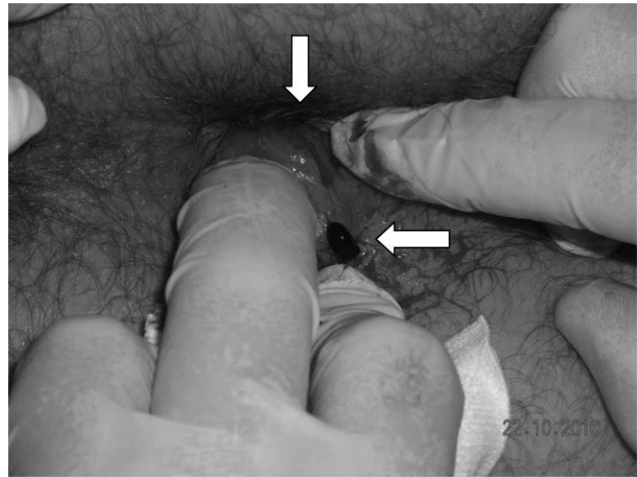
ciwbólowo wstrzyknięto pomiędzy mięśnie zwieracze odbytu 0,6 ml roztworu soli fizjologicznej, a drugiej grupie wstrzyknięto 0,6 ml soli fizjologicznej z 30 jednostkami toksyny botulinowej. U wszystkich pacjentów wykonano badanie manometryczne przed leczeniem i 5 dni po leczeniu. Wyniki badań wykazały, że napięcie mięśni zwieraczy odbytu było zdecydowanie niższe po 5 dniach u chorych, u których zastosowano przeciwbólowo toksynę botulinową, a co za tym idzie chorzy ci zgłaszali ustąpienie dolegliwości bólowych zaraz po podaniu między zwieracze toksyny. Autorzy niniejszego artykułu uważają, że wstrzyknięcia toksyny botulinowej powinny być stosowane u chorych, którzy nie wyrażają zgody na leczenie chirurgiczne, celem skutecznej walki z dolegliwościami bólowymi.

W pracy Perrotti i wsp. (4) badano skuteczność leczenia przeciwbólowego u chorych z zakrzepicą żył okołoodbytowych, którzy nie wyrazili zgody na interwencję chirurgiczną. W badaniu wzięto udział 98 chorych. U 50 pacjentów zastosowano miejscowo maść zawierającą 0,3% nifedypiny i 1,5% lidokainy co 12 godzin. U 48 chorych zastosowano maść z 1,5% lidokainą. Wyniki badania pokazały, że dolegliwości bólowe całkowicie ustąpiły u 43 chorych (86%) stosujących maść zawierającą nifedypinę. W grupie używającej samą lidokainę dolegliwości ustąpiły tylko u 24 pacjentów (50%). Dodatkowe doustne leki przeciwbólowe były przyjmowane u 4 chorych (8%) stosujących maść z nifendypiną i wśród 26 pacjentów (54%) stosujących samą maść z lidokainą. Autorzy nie stwierdzili działań ubocznych związanych ze stosowaniem u pacjentów z zakrzepicą żył okołoodbytowych maści z nifendypiną. Perrotti i wsp. uważają, że stosowanie maści z nifendypiną pozwala skutecznie leczyć u takich pacjentów dolegliwości bólowe (4).

Autorzy niniejszego artykułu pacjentom niewyrażającym zgody na nacięcie lub wycięcie zakrzepniętego żyłka zewnętrznego odbytu zalecają wykonywanie kilka razy dziennie niasadówek w rumianku lub korze dębu w temperaturze od 40°C do 50°C przez 10-20 minut. Postępowanie takie powoduje zmniejszenie dolegliwości bólowych, a substancje zawarte w rumianku i korze dębu działają przeciwzapalnie (2-7).

Jeżeli jest to tylko możliwe chorzy powinni stosować czopki lub maści zawierające kortykosteroidy celem zmniejszenia dolegliwości bólowych, świądu, a także wzmocnienia odporności w okolicy odbytu. Należy jednak poinformować pacjentów, iż maści i czopki zawierające kortykosteroidy powinny być stosowane w cyklach do 7 dni, gdyż dłuższe ich stosowanie może spowodować wystąpienie atrofii lub zapalenie kontaktowe skóry.

Zalecane jest również stosowanie doustnych preparatów, które zawierają suchy wyciąg z ruszczyka kolczastego, hesperydyny i kwasu askorbinowego. Badania retrospektywne wykazały, iż stosowanie tego preparatu pozwala na obkurczenie, zwiększenie napięcia i uszczelnienie ścian naczyń krwionośnych, zapobiega obrzękom i wysiękom, co zapobiega zastojom krwi i limfy, a także umożliwia obniżenie do minimum ryzyka nawrotu zakrzepicy żył okołoodbytowych.



Ryc. 3. Obraz przedstawiający stan po nacięciu zakrzepicy żyły okołoodbykowej w znieczuleniu miejscowym z widocznym ewakuowanym po nacięciu skrzepem krwi u 22-letniego mężczyzny.

Zalecane jest także stosowanie preparatów diosminy, które zmniejszają przepuszczalność i poprawę napięcia naczyń żylnych, powodując również zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby.

Przeciwbólowo u chorych rutynowo stosuje się maść z lidokainą dwa do trzech razy na dobę. Jeżeli pomimo stosowania maści dolegliwości nadal się utrzymują, zalecane jest włączenie doustnego leku przeciwbólowego.

PODSUMOWANIE

Leczenie zakrzepicy żył okołoodbytowych może być zarówno leczeniem zachowawczym, jak i chirurgicznym. O metodzie leczenia powinien decydować pacjent po pełnej i zrozumiałej informacji lekarza o spodziewanych efektach i możliwych powikłaniach każdej z metod leczenia. Autorzy niniejszego artykułu uważają, że leczenie chirurgiczne poprzez wycięcie lub nacięcie zakrzepniętego żyłka zewnętrznego odbytu w znieczuleniu miejscowym jest w pełni bezpieczną i mającą małą ilość powikłań metodą leczenia (ryc. 3). Po nacięciu lub wycięciu zakrzepu dolegliwości bólowe w okolicy odbytu ustępują od razu praktycznie u wszystkich pacjentów. Należy pamiętać, iż dla chorego leczenie zachowawcze jest droższym i dłuższym sposobem leczenia niż interwencja chirurgiczna. □

Piśmiennictwo

1. Greenspon J et al.: Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1493-1498.
2. Jongen J et al.: Excision of thrombosed external hemorrhoid after local anesthesia. A retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Col Rectum* 2003; 46: 1226-1231.
3. Patti R et al.: Randomized clinical trial of botulinum toxin injection for pain relief in patients with thrombosed external hemorrhoids. *Br J Surg* 2008; 95(11): 1339-1343.
4. Perrotti P et al.: Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 405-409.
5. Eisenstat T, Salvati EP, Rubin RJ: The outpatient management of acute hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 315-317.
6. Delaini GG et al.: Hemor-

rhoidal thrombosis and perianal hematoma: diagnosis and treatment. Ann Ital Chir 1995; 66: 783-785. **7.** Arthur KE: Anal hematoma (coagulated venous succule or peri-anal thrombosis). Rev Med Panama 1990; 15: 31-34. **8.** Brearly S, Brearly R: Perianal thrombosis. Dis Colon Rectum 1988; 31: 403-404. **9.** Thomson H: The real nature of "perianal haematoma". Lancet 1982; 2(8296): 467-468. **10.** Gaj F et al.: Hemorrhoidal thrombosis. A clinical and therapeutical study on 22 consecutive patients. Chir Ital 2006; 58(2): 219-223.

otrzymano/received: 15.02.2011
zaakceptowano/accepted: 29.03.2011

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.: (42) 636-76-11
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl