

*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK¹, IWONA SUDOŁ-SZUPIŃSKA^{1,2,3}

Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu choroby hemoroidalnej

The most common errors in the diagnosis and management of haemorrhoids

¹Warszawski Ośrodek Proktologii, Szpital św. Elżbiety, Warszawa
Kierownik Ośrodka: dr hab. med. Małgorzata Kołodziejczak

²Zakład Radiologii, Instytut Reumatologii, Warszawa
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Iwona Sudoł-Szopińska

³Zakład Diagnostyki Obrazowej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

Summary

Haemorrhoids are the most common anorectal condition. They affect approximately 4% of the adult population, and the symptoms associated with this condition are reported by approximately 50% of patients above the age of 50. The disease is so common that most patients and even some physicians relate all anorectal symptoms to haemorrhoids. This can lead to diagnostic pitfalls. The most common diagnostic errors include: failure to examine the patient and conduct a colonoscopy prior to haemorrhoid treatment, mistaking haemorrhoids for anal vein thrombosis and misdiagnosing prolapse of the rectal mucosa or other perianal conditions (neoplasia, polyps, warts). When selecting the method of treating haemorrhoids, several factors must be included, such as age and general health of the patient, type and character of symptoms, stage of the disease, the patient's profession and their psychological attitude to the suggested method of treatment. Ignoring these factors can lead to a recurrence of haemorrhoids and complications. The most common errors made during the management of this disease are: too hasty qualification for a surgery with no attempt to implement conservative treatment, failure to adjust the treatment method to the stage of the disease as well as uncritical application of novel surgical techniques without the consideration of indications and possible complications.

Key words

haemorrhoids, Longo's surgery, anal carcinoma

WSTĘP

Choroba hemoroidalna jest najczęstszą chorobą proktologiczną, która dotyczy około 4% populacji osób dorosłych, a po 50. roku życia nawet około 50% (1). Publikowane dane wskazują, że 1 na 100 wszelkiego rodzaju porad udzielanych przez lekarzy rodzinnych dotyczy choroby hemoroidalnej (1, 2) (ryc. 1).

Choroba hemoroidalna jest na tyle powszechna, że większość pacjentów, a nawet niektórzy lekarze, wszelkie dolegliwości dotyczące odbytu i odbytnicy jednoznacznie kojarzą przede wszystkim z hemoroidami (czyli guzkami krwawniczymi). Pomimo przytoczonych danych epidemiologicznych



Ryc. 1. Choroba hemoroidalna IV stopnia.

i dużej częstości występowania choroby hemoroidalnej, nie należy zapominać, że jest ona jedną spośród wielu chorób proktologicznych, z którymi należy ją różnicować. Zdarza się jednak, że pacjenci przez wiele miesięcy leczeni są ogólnodostępnymi lekami, bez recepty, z pominięciem badania proktologicznego.

Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia choroby hemoroidalnej, należy wykonać niezbędną diagnostykę dolnego odcinka przewodu pokarmowego w celu wykluczenia innych patologii (m.in. nowotworów) oraz określić stan zaawansowania choroby hemoroidalnej.

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY DIAGNOSTYCZNE

1. Zaniechanie badania pacjenta i niewykonanie kontroli endoskopowej jelita grubego przed rozpoczęciem leczenia hemoroidów.

Niewybaczalnym błędem diagnostycznym jest zaniechanie badania proktologicznego u pacjenta zgłaszającego dolegliwości ze strony odbytu i leczenie go czopkami i maściami jedynie na podstawie zgłaszanych objawów. U większości pacjentów nie wystarcza samo badanie proktologiczne, a diagnostykę należy poszerzyć o badania endoskopowe (u młodych pacjentów powinno się wykonać co najmniej rektoskopię, a u pacjentów po 40. roku życia oraz z rodzinnym wywiadem nowotworowym kolonoskopię). Autorka w swojej praktyce operowała pacjentkę z powodu synchronicznego nowotworu okrężnicy (esicy i poprzecznicy), która przez rok była leczona czopkami przeciwzapalnymi na hemoroidy, bez uprzedniego wykonania kolonoskopii kontrolnej. Pacjentka zgłaszała krwawienia z odbytu, które lekarz rodzinny wiązał z zaawansowaną chorobą hemoroidalną.

2. Mylenie hemoroidów z zakrzepicą żył brzeźnych odbytu.

Guzki krwawnicze i sploty żyłne zewnętrzne charakteryzują się odmienną budową anatomiczną. Guzki krwawnicze są fizjologiczną strukturą anatomiczną o budowie ciał jamiastych. Umiejscowione są powyżej linii grzebieniastej (strefa bezbólowa) (2-6). Odmiennie, sploty żyłne okołoodbytowe znajdują się przy brzegu odbytu i w niesprzyjających warunkach (zwolnienie przepływu krwi, wzrost ciśnienia śródbrzuszego, wychłodzenie) mogą ulegać zakrzepom. Zakrzepica brzeźna odbytu może występować pod postacią bolesnego guzka przy odbycie. Wówczas, przeważnie sam pacjent rozpoznaje u siebie wypadnięty hemoroid. Niestety, zdarza się, że i lekarz błędnie potwierdza tę diagnozę. Co więcej, może się zdarzyć, że kwalifikuje takiego pacjenta do leczenia poprzez założenie opaski elastycznej na „hemoroid”. Założenie opaski elastycznej na bogato unerwioną anodermę skutkuje stanem zapalnym, bólem i obrzękiem w miejscu założonej opaski (ryc. 2, 3).

3. Pomylenie wypadania błony śluzowej odbytnicy lub pełnościennego wypadania odbytnicy z chorobą hemoroidalną.

Wypadanie błony śluzowej niewielkiego stopnia może zostać nieprawidłowo ocenione jako wypadające hemoroidy (ryc. 4). Zdarzają się też wyjątkowe sytuacje pomylenia pełnościennego wypadania odbytnicy z wypadającymi hemoroidami (ryc. 5). W sytuacji pełnościennego wypadania odbytnicy leczenie prawie zawsze jest operacyjne, często



Ryc. 2. Zakrzep brzeźny.



Ryc. 3. Zakrzepica guzków krwawniczych.



Ryc. 4. Wypadanie błony śluzowej.



Ryc. 5. Pełnościennie wypadanie odbytnicy.

z dostępu poprzez laparotomię. Operacje wypadania odbytnicy przeprowadzane są w ośrodkach referencyjnych w zakresie kolooproktologii.

4. Pomylenie innych zmian przy odbycie (nowotworów, polipów, kłykcin, przerostych fałdów brzeźnych) z chorobą hemoroidalną.

Autorki w swojej praktyce wielokrotnie spotykały się z pacjentami leczonymi na hemoroidy, u których przyczyną dolegliwości była inna choroba odbytu (ryc. 6). Tragiczną w skutkach pomyłką może być nierozpoznanie raka kanału odbytu lub raka brzegu odbytu. W praktyce własnej kilkakrotnie zdiagnozowałyśmy pacjentów z rakiem odbytu leczonych przez wiele miesięcy na hemoroidy. Dość często pacjenci z przerostymi fałdami brzeźnymi błędnie rozpoznają u siebie wypadnięte hemoroidy. Przerośnięte fałdy mogą być skutkiem procesu zapalnego w odbycie bądź jedynie defektem kosmetycznym niewymagającym leczenia.

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY POPEŁNIANE W TRAKCIE LECZENIA CHOROBY HEMOROIDALNEJ

1. Zbyt pochopne kwalifikowanie pacjentów do operacji, bez próby leczenia zachowawczego.

U większości pacjentów z dolegliwościami ze strony hemoroidów powinno się wstępnie zastosować leczenie zachowawcze. Wyjątek stanowią pacjenci z obficie krwawiącymi hemoroidami powodującymi wtórną niedokrwistość. W tych przypadkach nie należy odwlekać leczenia operacyjnego. Bardzo istotne są zalecenia dietetyczne, które w znacznym stopniu pozwalają zmniejszyć dolegliwości. Leczenia operacyjnego wymaga jedynie około 15% pacjentów z chorobą hemoroidalną, pozostali mogą być skutecznie leczeni innymi metodami (dieta, leki, zabiegi małoinwazyjne) (7).

2. Proponowanie wycięcia hemoroidów u pacjentów z osłabionym trzymaniem stolca.

Przyjmuje się, że guzki krwawnicze odpowiadają za ok. 15-20% maksymalnego spoczynkowego ciśnienia podstawowego w kanale odbytu, co oznacza, że w znacznym stopniu wpływają na trzymanie gazów. U pacjenta, który ma osłabioną kontynencję, kwalifikacja do operacji hemoroidów powinna być bardzo ostrożna, ponieważ wycięcie hemoroidów może spowodować „rozszczelnienie” odbytu, z następowym nietrzymaniem gazów i tzw. brudzeniem (*soiling*).



Ryc. 6. Polip włóknisty odbytu.

3. Niedostosowanie metody leczenia do etapu choroby hemoroidalnej.

Choroba hemoroidalna podlega klasyfikacji w zależności od stopnia wypadania guzków krwawniczych, która wyróżnia następujące etapy:

- I stopień – niewielkie krwawienie, hemoroidy widoczne w anoskopie, nie wypadają,
- II stopień – krwawienie, hemoroidy wypadają podczas defekacji, samoistnie się cofają,
- III stopień – większe krwawienie, brudzenie bielizny, hemoroidy wypadają w czasie parcia, nie cofają się samoistnie, wymagają odprowadzenia ręcznego,
- IV stopień – duże krwawienie, może być ból, wypadanie nieodprowadzalne, często współistnieje zakrzepica brzeźna.

Sposób leczenia w dużym stopniu uzależniony jest od etapu choroby hemoroidalnej. Poniżej zamieszczono ogólne zasady leczenia w zależności od etapu choroby:

- I okres – leczenie zachowawcze (dieta przeciwzaparciowa + leki),
- II okres – leczenie zachowawcze + alternatywne metody instrumentalne,
- III okres – metody instrumentalne lub operacja + uzupełniające leczenie zachowawcze,
- IV okres – operacja + uzupełniające leczenie zachowawcze.

Oprócz etapu choroby, przy wyborze metody leczenia hemoroidów należy brać pod uwagę kilka innych czynników, do których należą: wiek i stan ogólny pacjenta, zgłaszane dolegliwości, uprawiany zawód i psychiczne nastawienie pacjenta do proponowanej metody leczenia. Nieuwzględnienie powyższych elementów (np. zastosowanie opasek elastycznych w zaawansowanym etapie choroby) jest przyczyną nieskuteczności terapii oraz może doprowadzić do powikłań. Dla przykładu, nie należy namawiać do operacji hemoroidów 80-letniej pacjentki z cukrzycą i niestabilną chorobą wieńcową, cierpiącej od 20 lat na wypadające hemoroidy IV stopnia, gdyż ryzyko zabiegu może przekraczać ewentualne korzyści wynikające z operacji.

4. Bezkrityczne stosowanie nowych metod operacyjnych, nie biorąc pod uwagę wskazań i możliwych powikłań.

Klasykiem przykładem bezkritycznego stosowania nowej metody operacyjnej było swego czasu stosowanie staplerowej operacji hemoroidów metodą Longo. Zarówno autor metody, jak i wielu innych badaczy w pierwszych latach po wprowadzeniu metody przedstawiało dobre wyniki i niski odsetek powikłań po zastosowaniu metody staplerowej (8-10). Co ciekawe, niektóre doniesienia udowadniają, że skuteczność wspomnianej metody nie zależała od przerwania dopływu krwi tętniczej do guzka krwawniczego (11). Metoda Longo pierwotnie dedykowana była pacjentom z wypadającymi hemoroidami, jednak szeroko została wprowadzona do leczenia wszystkich etapów choroby hemoroidalnej. Zła kwalifikacja spowodowała wysoki odsetek powikłań pooperacyjnych w postaci czuciowego nietrzymania stolca, zwężeń pooperacyjnych oraz nawrotów choroby (12, 13).

Z kolei metoda selektywnego podkłucia tętnic hemoroidalnych pod kontrolą aparatu dopplerowskiego sposobem

Morinagi (14, 15) uważana jest za najmniej inwazyjną metodę operacyjną (metoda oszczędzająca funkcje anorektalne). Metoda ta nie pozwala jednak na usuwanie zmian przyodbytowych, w związku z tym nie powinna być proponowana kobietom z dużymi przerośniętymi fałdami brzeźnymi, dla których istotny jest kosmetyczny efekt zabiegu.

PODSUMOWANIE

Nic lepiej nie podsumuje powyższego opracowania, jak słowa jednego z klasyków koloproktologii, Johna Golighera: „W dostępnej literaturze nie zanotowano zgonu z powodu hemoroidów, natomiast znane są przypadki śmiertelnych powikłań z powodu ich niewłaściwego leczenia”.

Adres do korespondencji

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety
ul. Goszczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 (22) 542-08-16
e-mail: drkolodziejczak@o2.pl

Piśmiennictwo

1. Sardinha TC, Corman ML: Hemorrhoids. *Surg Clin North Am* 2002 Dec; 82(6): 1153-1167. 2. Hulme-Moir M, Bartolo DC: Haemorrhoidis. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30(1): 183-197. 3. Aigner F, Bodner G, Gruber H et al.: The vascular nature of hemorrhoids. *J Gastrointest Surg* 2006; 10: 1044-1050. 4. Bruch HP, Roblick UJ: Pathophysiology of hemorrhoids. *Chirurg* 2001; 72: 656-659. 5. MacKay D: Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options. *Altern Med Rev* 2001 Apr; 6(2): 126-140. 6. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD: Hemorrhoidal disease: a comprehensive. Review. *J Am Coll Surg* 2007; 204(1): 102-117. 7. Misra MC: Drug Treatment of Haemorrhoids. *Drugs* 2005; 65(1): 1481-1491. 8. Longo A: Treatment of haemorrhoids by rectal mucosae prolapsectomy with a circular stapler: a new procedure. 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Roma 1998, Main Session Book: 777-784. 9. Basile M, Gidaro GS: Closed stapled haemorrhoidectomy: personal experience. *Amb Surg* 1999; 7 (suppl. 1): 46. 10. Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L et al.: Early and late (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001 Jun; 44(6): 836-841. 11. Kolbert GW, Raulf F: Evaluation of Longo's technique for haemorrhoidectomy by doppler ultrasound measurement of the superior rectal artery. *Zentralbl Chir* 2002; 127: 19-21. 12. Ravo B, Amato A, Bianco V et al.: Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? *Techniques in Coloproctology* 2002; 6(2): 83-88. 13. Cirocco WC: Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidopexy. *Surgery* 2008; 143(6): 824-829. 14. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T: A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 610-613. 15. Wałęga P, Scheyer M, Arnold S et al.: Selektywne podwiązanie naczyń hemoroidalnych jako nieinwazyjna metoda leczenia choroby hemoroidalnej. *Przegl lek* 2009; 66: 122-125.

nadesłano: 09.02.2015
zaakceptowano do druku: 05.03.2015