

*SZYMON GŁOWACKI, KATARZYNA KRASIŃSKA, ALESIA VENHURA

Pacjent z chorobą hemoroidalną na ostrym dyżurze

A patient with haemorrhoidal disease in the Emergency Department

Department of General Surgery, Independent Public Complex of Healthcare Facilities in Żuromin

Streszczenie

Choroba hemoroidalna jest częstą przyczyną wizyt pacjentów w szpitalu, również na ostrym dyżurze. Najważniejszym postępowaniem z pacjentem zgłaszającym się do izby przyjęć jest badanie przedmiotowe i podmiotowe. Pacjent zgłasza objawy typowe dla wielu chorób proktologicznych. Głównie są to: ból, krwawienie z odbytu oraz wypadnięty twarde guzek w odbycie. Według klasyfikacji Johna Golighera, zmodyfikowanej przez Leona Banova, wyróżniamy cztery stopnie choroby hemoroidalnej. Każdy ze stopni może wiązać się z krwawieniem. Stopień IV często wiąże się z zakrzepicą splotów hemoroidalnych. Jednocześnie znając złożoność objawów, w przypadku innych jednostek chorobowych w proktologii musimy wykluczyć je w trakcie badania proktologicznego. Pacjent proktologiczny wymaga wyjątkowej intymności oraz bardzo dokładnego, często wykonanego w znieczuleniu ogólnym badania proktologicznego. Najczęściej musimy wykluczyć szczeliny, ropnie, przetoki. Jednak spotykamy się również z nowotworami, nieswoistymi chorobami zapalnymi jelita oraz uszkodzeniami związanymi z ciałem obcym czy aktem płciowym. Objawy choroby hemoroidalnej, szczególnie w postaci krwawień z odbytu, mogą być wspólne dla innych jednostek chorobowych, m.in. nowotworów, stad też zdarzają się pomyłki diagnostyczne.

Słowa kluczowe

choroba hemoroidalna, badanie proktologiczne, krwawienie z odbytu

Summary

Haemorrhoidal disease is a common reason for hospital admissions, also in the Emergency Department (ED). Medical history and physical examination are the key elements in the management of a patient reporting to emergency departments. Patients usually report symptoms typical of many anorectal disorders, such as anal bleeding and a hard prolapsing anal lump. According to the classification proposed by John Goligher and later modified by Leon Banov, four grades of haemorrhoidal disease may be distinguished. Anal bleeding may occur in any grade. Grade IV is often associated with haemorrhoidal plexus thrombosis. At the same time, other anorectal conditions should be excluded on rectal examination considering the complexity of their symptoms. Fissures, abscesses, and fistulas are most often considered in the differential diagnosis. However, malignancy, inflammatory bowel diseases and injuries caused by a foreign body or sexual activity may be also found. Since the symptoms of haemorrhoidal disease, anal bleeding in particular, may overlap with other pathologies, including malignancies, diagnostic errors are likely to occur.

Keywords

haemorrhoidal disease, rectal examination, anal bleeding

WSTĘP

Choroba hemoroidalna dotyczy ponad 50% społeczeństwa po 40. roku życia. Jej głównymi objawami są: krwawienie z odbytu, świąd, ból, wypadanie kolumny hemoroidalnej, zakrzepica splotów hemoroidalnych lub zakrzep brzożny.

INTRODUCTION

It is estimated that about 50% of people over 40 years of age develop haemorrhoidal disease (HD). Anal bleeding, pruritus, pain, haemorrhoid prolapse, haemorrhoidal plexus thrombosis and perianal thrombosis are the main symptoms.

Klasyfikacja Johna Golighera zmodyfikowana przez Leona Banova określa nam zaawansowanie choroby hemoroidalnej na podstawie stosunku anatomicznego guzka do kanału odbytu oraz obejmuje występowanie krwawień z hemoroidów. Ze względu na powszechność objawów, wymaga wyjątkowej czujności u lekarza badającego pacjenta na dyżurze (1, 2).

Specyfika specjalizacji proktologicznej wymaga nie tylko umiejętności manualnych u lekarza, ale również umiejętności stworzenia pewnej czasowej więzi zaufania lekarza z pacjentem – wówczas pacjent będzie mógł swobodnie opowiedzieć o swoim intymnym problemie.

KRWAWIENIE Z HEMOROIDÓW

Jest to objaw, który najczęściej występuje w tej jednostce chorobowej i dotyczy jej w każdym stadium zaawansowania. Krwawienie jest opisywane przez pacjentów jako jasna krew pojawiająca się podczas aktu defekacji na muszli klozetowej lub na papierze. Ze względu na budowę anatomiczną oraz czynniki indywidualne, takie jak przyjmowanie leków przeciwkrzepiających, krwawienia te mogą przyjmować obraz dość obfitych krwotoków. W niektórych przypadkach mogą prowadzić do anemii i nierozadko hipowolemii z zasłabnięciem.

W postawieniu właściwego rozpoznania najważniejsze jest badanie proktologiczne, na podstawie którego pacjent ma postawioną diagnozę oraz zaplanowany scenariusz diagnostyczny i terapeutyczny. Należy tu przede wszystkim wykluczyć proces nowotworowy, choroby zapalne jelit – wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna. Niewielkie krwawienie związane z bólem po defekacji to również często objaw szczeliny odbytu.

BÓL

Główną przyczyną bólu jest wystąpienie zakrzepicy spłotu hemoroidalnego oraz miejscowy stan zapalny wytwarzający wzmożone napięcie zwieraczy odbytu. Trzeba pamiętać, że ta dolegliwość może również wystąpić w innych procesach chorobowych okolicy odbytu. Przede wszystkim należy wykluczyć szczelinę odbytu, ciało obce w odbytnicy lub odbycie, przebyty uraz. W przypadku znacznego bólu pacjent może wymagać badania w znieczuleniu ogólnym. Należy podkreślić tu rolę anestezjologa. Dzięki jego pomocy możemy w komforcie pacjenta i naszym swobodnie zbadać proktologicznie każdego chorego.

WYPADNIĘTY HEMOROID

Wzmożone napięcie zwieraczy lub znacznie obniżone, spadek jakości kolagenu, zaburzenia w budowie spłotu hemoroidalnego, patologie w miednicy mniejszej czy też niewłaściwie przeprowadzona czynność defekacji są przyczyną wykrzepienia i wypadnięcia guzka krwawniczego na zewnątrz. Należy różnicować ten objaw, wykluczyć cukrzycę, guza odbytu/odbytnicy oraz wypadanie odbytnicy.

ŚWIĄD, PIECZENIE ODBYTU

Jest to objaw towarzyszący licznym chorobom, nie tylko proktologicznym. Mimo że zwykle łączymy go z chorobą hemoroidalną, należy wykonać duży zakres badań, żeby

The classification proposed by John Goligher and later modified by Leon Banov grades haemorrhoidal disease based on the anatomical position of a haemorrhoid in relation to the anal canal and considers the presence of haemorrhoidal bleeding. Since the symptoms of HD are relatively common, special vigilance of the examining doctor on duty is needed (1, 2).

Furthermore, the specificity of proctology requires not only excellent manual skills, but also the ability to establish temporary trust between the doctor and the patient so that the latter can freely talk about their intimate problem.

HAEMORRHOIDAL BLEEDING

This is the most common symptom occurring in all grades of HD. Haemorrhoidal bleeding is described by patients as bright blood appearing on the toilet or toilet paper during bowel movement. Due to the anatomical structure and individual factors, such as anticoagulant therapy, relatively heavy haemorrhages may be observed. In some cases, they can lead to anaemia and, often, hypovolemia with syncope.

Rectal examination, which allows to plan the diagnostic and therapeutic scenario, is essential for reaching the correct diagnosis. Malignancies and inflammatory bowel diseases (ulcerative colitis, Crohn's disease) should be primarily excluded. Minor bleeding with pain after bowel movement is also a frequent symptom of anal fissure.

PAIN

Thrombosis of the haemorrhoidal plexus and local inflammation generating increased anal sphincter tone are the main causes of pain. It should be remembered that this symptom can also occur in other pathological perianal processes. First of all, anal fissure, rectal or anal foreign body, and a history of trauma need to be ruled out. In the case of severe pain, examination under general anaesthesia may be needed. The role of the anaesthesiologist should be emphasized at this point. Assistance provided by an anaesthesiologist allows for convenient rectal examination and ensures comfort for both the patient and the examining physician.

HAEMORRHOIDAL PROLAPSE

Increased or significantly reduced sphincter tone, poor quality of collagen, impaired structure of the haemorrhoidal plexus, pelvic pathologies or improper bowel movement practices lead to haemorrhoidal thrombosis and prolapse. This symptom should be differentiated to exclude diabetes mellitus, anal/rectal tumour and rectal prolapse.

ANAL PRURITUS AND BURNING

This symptom occurs in many diseases, not only anorectal ones. Although usually associated with haemorrhoidal disease, extensive diagnosis is needed to exclude other causative factors. Emergency treatment does not address the root cause. After excluding parasitic infestation, thyroid diseases,

wykluczyć czynnik sprawczy. Leczenie doraźne nie usuwa głównej przyczyny. W diagnostyce różnicowej po wykluczeniu pasożytów, chorób tarczycy, cukrzycy, chorób dermatologicznych czy zaniedbań higienicznych należy wykonać badania w kierunku dyskopatii. Unerwienie odbytu wywodzi się głównie z poziomu S2-S4 kręgosłupa. Upośledzenie unerwienia będzie powodować obniżenie napięcia zwieraczy i mikronieszczelność oraz wtórnie doprowadzać do zmian świądowych wokół odbytu (3-5).

DIAGNOSTYKA ZAAWANSOWANA

Ostry dyżur w szpitalu czy ambulatorium pozwala na wykonanie zwykle tylko podstawowych badań obrazowych i fizykalnych. Standardem, który pozwala postawić końcowe rozpoznanie, jest wykonanie badań endoskopowych oraz obrazowych, takich jak:

- badanie endoskopowe – FSS/kolonoskopia,
- RTG miednicy, brzucha,
- USG brzucha, odbytu, transrektalne,
- TK miednicy, brzucha z kontrastem,
- MRI miednicy, brzucha, odbytu z kontrastem.

LECZENIE ZACHOWAWCZE

Leczenie zachowawcze choroby hemoroidalnej można stosować w każdym stopniu zaawansowania choroby. Może być traktowane jako leczenie skojarzone z leczeniem operacyjnym – głównie w stopniu IV i III lub monoterapii we wczesnym stadium choroby. Stosowane leki to:

- leki przeciwbólowe,
- 2% diltiazem w maści,
- 0,4% nitrogliceryna w maści,
- metronidazol stosowany miejscowo w maści lub czopkach,
- metronidazol stosowany doustnie (2 x 500 mg),
- antybiotykoterapia o szerokim spektrum działania,
- leki z grupy flawonoidów – diosmina, hesperydyna,
- leki na bazie wyciągu z kasztanowca,
- nasiadówki np. z kory dębu.

LECZENIE OPERACYJNE

Dzięki rozwojowi nowoczesnych metod chirurgii małoinwazyjnej oraz postępowi technologicznemu możemy wczesne stadium choroby hemoroidalnej leczyć takimi metodami, jak:

- zakładanie podwiązek gumowych (metoda Barrona),
- laser – jeżeli jest dostępny na dyżurze.

Wytyczne Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe wskazują, że powikłanie w zakresie IV stopnia choroby hemoroidalnej należy leczyć operacyjnie przez wycięcie lub nacięcie wykrzepionej kolumny hemoroidalnej (ryc. 1-8).

Standardy leczenia powikłań w zakresie IV stopnia związane z wykrzepieniem są takie same w całej Europie, Japonii i Stanach Zjednoczonych.

Metody operacyjne to głównie operacja sposobem Milligana-Morgana (hemoroidektomia pozostawiająca rany

diabetes, dermatoses and poor hygiene in the differential diagnosis, diagnosis for discopathy should be performed. Anal innervation arises mainly from the S2-S4 cord level. Impaired innervation will cause a decrease in sphincter tone and microleakage, leading to perianal pruritus (3-5).

ADVANCED DIAGNOSIS

Usually, only basic imaging and physical examinations can be performed in a hospital emergency department or an outpatient clinic. Endoscopic and imaging techniques are used as a standard and allow for reaching the final diagnosis:

- endoscopy – flexible sigmoidoscopy (FS)/colonoscopy,
- pelvic/abdominal X-ray,
- abdominal, anal, transrectal US,
- contrast-enhanced pelvic/abdominal CT,
- contrast-enhanced pelvic/abdominal/anal MRI.

CONSERVATIVE TREATMENT

Conservative treatment can be used at any stage of haemorrhoidal disease. It can be combined with surgery (mainly for grade IV and III haemorrhoids) or used as monotherapy. The following conservative treatments are used:

- analgesics,
- 2% diltiazem ointment,
- 0.4% nitroglycerin ointment,
- topical metronidazole ointment or suppositories,
- oral metronidazole (2 x 500 mg),
- broad-spectrum antibiotic therapy,
- flavonoid drugs (diosmin, hesperidin),
- medications based on horse chestnut extract,
- oak bark sitz baths.

SURGICAL TREATMENT

The development of modern methods of minimally invasive surgery and technological progress have enabled treatment of early-stage haemorrhoidal disease using:

- Barron's rubber band ligation (RBL),
- laser treatment (if available in ED).

The guidelines proposed by the Polish Coloproctology Club of the Scientific Society indicate that grade IV HD complication should be treated surgically by excision or incision of the thrombosed haemorrhoidal column (fig. 1-8). The standard of care for grade IV thrombotic complications is the same throughout Europe, Japan and the United States. Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy and Ferguson closed haemorrhoidectomy are the most commonly used approaches. Each practicing proctologist modifies these methods or sometimes combines them with minimally invasive methods (6-8).

CONCLUSIONS

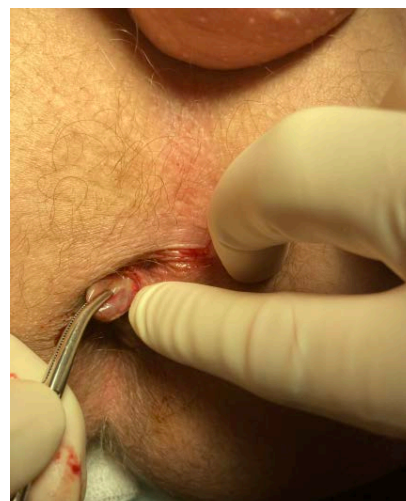
Heavy bleeding and haemorrhoid thrombosis are the most common reasons for a patient with haemorrhoidal disease to present in the emergency department. Some patients



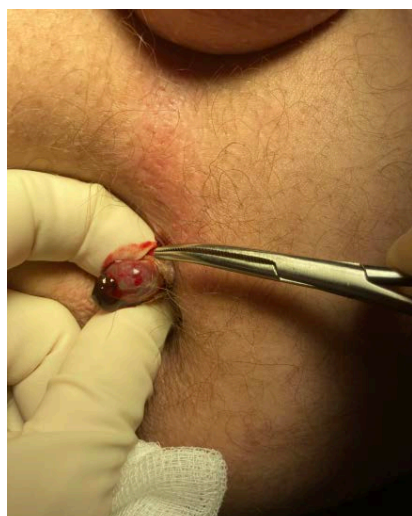
Ryc. 1. Zakrzep brzeżny
Fig. 1. Perianal thrombosis



Ryc. 2. Nacięcie zakrzepu
Fig. 2. Incision of the thrombus



Ryc. 3. Chirurgiczne opracowanie zakrzepu brzeżnego – uzyskanie kontroli nad naczyniem
Fig. 3. Surgical management of perianal thrombosis – gaining control over the vessel



Ryc. 4. Chirurgiczne opracowanie zakrzepu brzeżnego – wypreparowanie naczynia
Fig. 4. Surgical management of perianal thrombosis – dissection of the vessel



Ryc. 5. Chirurgiczne opracowanie zakrzepu brzeżnego – usunięcie wykrzepionego naczynia
Fig. 5. Surgical management of perianal thrombosis – excision of the vessel



Ryc. 6. Chirurgiczne opracowanie zakrzepu brzeżnego – efekt końcowy
Fig. 6. Surgical management of perianal thrombosis – final outcomes

otwarte) lub operacja sposobem Fergusona (hemoroidektomia zamknięta). Każdy z praktykujących proktologów modyfikuje te metody lub też czasem łączy z metodami małoinwazyjnymi (6-8).

PODSUMOWANIE

Najczęstszą przyczyną zgłoszenia się pacjenta na ostry dyżur z chorobą hemoroidalną są obfite krwawienia lub zakrzepica hemoroidów. Czasami pacjent zgłasza się też z zakrzepem brzeżnym, który mylnie określa jako wypadnięty

also present with perianal thrombosis, which is mistakenly referred to as a prolapsed haemorrhoid. The doctor on duty is responsible for differentiating these conditions, deciding on the need for acute care or showing the patient the proper diagnostic path, which is sometimes necessary to exclude other pathologies.

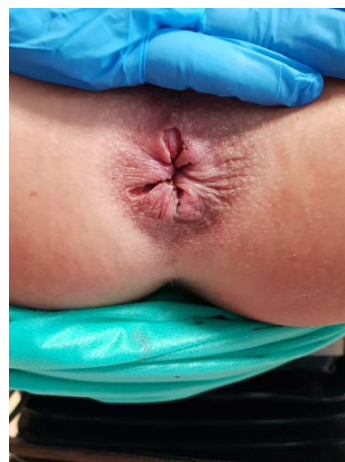
We suggest the following algorithm for ED management of a patient with HD:

- Hospital admission needed:
 1. Haemorrhoidal thrombosis.



Ryc. 7. Wykrzepione spłoty hemoroidalne

Fig. 7. Thrombosed haemorrhoidal plexuses



Ryc. 8. Stan po operacji wycięcia sp. Milligana-Morgana wykrzepionych hemoroidów

Fig. 8. Status after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy of thrombosed haemorrhoids

hemoroid. Do lekarza dyżurnego należy różnicowanie tych sytuacji, decyzja o konieczności hospitalizacji w trybie ostrym bądź wskazanie pacjentowi właściwej ścieżki diagnostycznej, czasem niezbędnej do wykluczenia innych patologii.

Sugerowany algorytm postępowania z pacjentem na ostrym dyżurze z chorobą hemoroidalną:

- Pacjent wymaga przyjęcia do szpitala:
 1. Zakrzepica guzków krwawniczych.
 2. Krwawienie z guzków krwawniczych powikłane anemią lub zaburzeniami hemodynamicznymi – wstrząs krwotoczny.
- Zakrzep brzeżny:
 1. Nacięcie doraźne w SOR/IP.
- Powikłania guzków krwawniczych, takie jak: świąd, okresowe krwawienie z odbytu, ból:
 1. Leczenie doraźne oraz planowa diagnostyka.
- Podejrzenie nowotworu:
 1. Kompleksowa diagnostyka w trybie przyspieszonym i skierowanie do Ośrodka Referencyjnego.

2. Haemorrhoidal bleeding leading to anaemia or haemodynamic disorders (haemorrhagic shock).

- Perianal thrombosis:
 1. Acute incision in emergency department/admission room setting.
- Haemorrhoidal complications, such as pruritus, periodic rectal bleeding, pain:
 1. Emergency treatment and elective diagnosis.
- Suspected malignancy:
 1. Urgent comprehensive diagnosis and referral to a reference centre.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence

*Szymon Głowacki
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Powiatowy w Żurominie
SPZZOZ Żuromin
ul. Szpitalna 56, 09-300 Żuromin
szymon.glowacki@onet.pl

nadesłano/submitted:
22.05.2023

zaakceptowano do druku/accepted:
1.06.2023

Piśmiennictwo/References

1. Goligher JC (ed.): Surgery of the anus, rectum and colon. 5th ed. Bailliere T Tindall, London 1984.
2. Banov L, Knoepp LF, Erdman LH, Alia RT: Management of hemorrhoidal disease. JSC Med Assoc 1982; 25: 454-456.
3. Bielecki K, Kołodziejczak M: Nazewnictwo w proktologii. Podstawowe pojęcia i definicje. Standardy Medyczne w Praktyce, Warszawa 2012.
4. Kołodziejczak M: Ropnie i przetoki odbytu. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2003.
5. Bielecki K, Dziki A: Proktologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
6. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Atlas technik operacyjnych w proktologii. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2019.
7. <http://www.pkk.org.pl/>.
8. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Proctologic diseases demanding emergency surgical Intervention. Pol Przegl Chir 2013; 85(3): 145-151.