

PREVENCE, DIAGNOSTIKA A LÉČBA HEMOROIDŮ

doc. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.

1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Hemoroidy jsou nejčastějším onemocněním na světě. V mládí bývají vzácné, s věkem jich přibývá a můžeme říci, že polovina lidí nad 50 let trpí tímto onemocněním. Vyskytovaly se ve všech civilizacích, u všech ras a národů. Postihují stejně muže i ženy, některé statistiky uvádějí větší výskyt u mužů.

Klíčová slova: vnitřní hemoroidy, diagnostika, prevence, léčba.

Med. Pro Praxi 2008; 5(2): 81–83

Vnitřní hemoroidy jsou výdutě žilních pletení ve stěně análního kanálu, provázené vazivovými změnami. Postihují oblast vnitřních hemoroidálních pletení, které jsou uloženy nad linea pectinata (dentata), která je lokalizovaná mezi střední a horní třetinou análního kanálu. V období embryonálního vývoje, je to místo styku endodermu a ektodermu. Vnitřní hemoroidální pleteně jsou zásobené z konečné nepárové větve a. rectalis superior. Konečné větve bývají v této oblasti tři. Leží-li pacient na zádech s dolními končetinami na schautech, bývají hemoroidální uzle lokalizovány podle ciferníku hodin na č. 3, 7, 11. Tepny jsou provázeny žilami.

Hemoroidální uzle vykazují periflebitidu. V důsledku toho jsou na některých místech ztlustělé a na jiných ztenčené. Ztenčené stěny jsou lehce zranitelné, a proto často dochází ke krvácení.

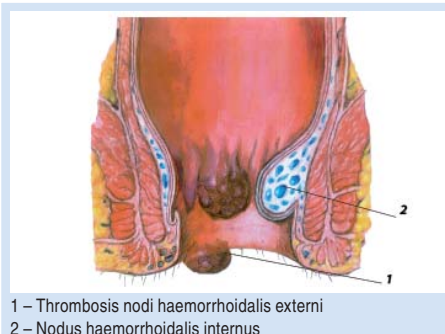
Hemoroidální uzle vykazují různý klinický obraz podle toho, zda je vyšetřujeme v klidu anebo při zapnutí břišního lisu, kdy se zvětší jejich náplň. Směr krevního toku se může měnit. Za normálních okolností teče krev z hemoroidálních pletení přes v. rectalis superior do v. portae. Při břišním lisu (těžké námaze) se může proud krve obrátit a krev z v. rectalis superior může odtékat do hemoroidálních pletení, vzniká přetlak a hemoroidy se zvětšují.

Patogeneticky se na vzniku hemoroidů podílí blokáda odtoku venózní krve, degenerace vazivových sept podírajících vnitřní hemoroidy (začíná ve třetím deceniu, věkem se zhoršuje a dochází k uvolnění hemoroidů) a trvale vysoký tonus análního svěrače.

Zevní hemoroidy jsou výdutě žilní v oblastiplexus haemorrhoidalis inferior, který je zásoben párově z obou ilických arterií. Prosvítají cirkulárně kolem řitního otvoru pod perianální kůží. Jsou měkké, nebolestivé, nikdy nekrvácí. Komplikací někdy bývá akutní trombóza perianální. Projevuje se jako náhle vzniklý bolestivý uzle, přesně ohraničený. Po několika dnech se trombus začne srašřovat a vazivově měnit a zůstanou po něm někdy nebolestivé uzlíky nebo řasy. Pokud vadí při udržování hygieny, odstraňujeme je. Nebo se může na hemoroidálním uzlu v místě největ-

šího napětí vytvořit nekróza, hemoroid spontánně perforuje a vyprázdňuje se koagulum. Je-li trombóza větší a bolestivá, můžeme ji v akutním stavu excidovat nebo incidovat a provést expresi koagula. Při akutních řitních zánětech se zevní hemoroidy překrví, naplní krví a pacient má pocit tlaku. Jiné obtíže nedělají. Existují anastomózy mezi zevní a vnitřní hemoroidální pletení a často bývají postiženy obě pleteně současně. Dále se budeme zabývat problematikou vnitřních hemoroidů, které hlavně působí obtíže.

Obrázek 1. Průřez análním kanálem



Etiologie

Na vznik hemoroidů působí celá řada faktorů, které se mohou vzájemně potencovat. Uvedeme jen nejčastější příčiny.

1. Dědičnost, konstituce, opotřebení.
2. Poruchy defekace. Při obstipaci i průjmech pacient napíná břišní lis, což vede k přetlaku ve v. rectalis superior.
3. Profesionální faktory. Zaměstnání v sedě nebo ve stoje. Velká fyzická námaha.
4. Lokální faktory a přetlak ve v. portae. Při těhotenství děloha tlačí na pánevní žíly, dochází k městnání krve a vzniku hemoroidů. Toto je nejčastější příčina hemoroidů u žen. Také nádory v malé pánvi mohou stejným způsobem tento stav vyvolat.

Příznaky

1. Krvácení je prvním a téměř pravidelným symptomem. Krev se může objevovat nejprve na toaletním papíře nebo leží na stolici anebo

kape do mísy. Někdy krvácení přináší úlevu, protože se vyprázdňuje přeplněné vnitřní hemoroidální uzle. Zpočátku bývá krvácení malé, se zhoršováním nálezu se zvětšuje. Známe i pacienty, kteří anemizují.

2. Prolaps. Projevuje se v pokročilejších případech. Podslizniční vazivo v análním kanále nad linea dentata je velmi řídké, závěsný aparát hemoroidů se uvolňuje, a proto naplněné hemoroidální uzle při defekaci vyhřeznou. Zprvu se prolaps spontánně reponuje, později si jej pacient musí sám zasunout prsty zpět do análního kanálu. U pokročilých onemocnění se prolaps objevuje i po kýchnutí, námaze, při chůzi. V posledním stadiu zůstává trvalý a nelze jej reponovat.
3. Vlhnutí řitě. Při prolapsu hemoroidů se hlen ze sliznice dostane na kůži v okolí řitě, vzniká vlhkost v oblasti anální („vlhká řiť“) a dochází k maceraci kůže a svědění.
4. Výrazné bolesti u nekomplikovaných hemoroidů nebývají, spíše pocit tupého tlaku, způsobený přeplněním hemoroidálních uzlů krví.

Stupně podle pokročilosti

1. Hemoroidy lehce prominují do análního kanálu, projevují se krvácením.
2. Uzle při stolici prolabují, po defekaci se spontánně reponují.
3. Prolaps uzlů může nastat nejen po stolici, ale i při stání a chůzi. Prolaps se spontánně nereponuje, ale pacient si jej musí reponovat sám prsty. Bývá pocit tlaku, svědění, pálení.
4. Trvale prolabované hemoroidy, které již nelze zpět reponovat. Sliznice je v důsledku chronického dráždění ztlustělá. Pacienty obtěžuje hlavně pocit vlhkosti „vlhká řiť“ a mívají tlak v konečnicku a ekzémy. Objevuje se hlavně u starších lidí, kde je i ochablý svěrač.

Diagnóza

Předběžnou diagnózu stanovíme z anamnézy (krvácení, výhřezy, tupá bolest, svědění, pálení).

Přesnou diagnózu stanovíme vyšetřením. Při pohledu můžeme vidět při břišním lisu naplněné zevní hemoroidální uzle, jsou nebolestivé a při zatlačení mizí. Můžeme zjistit perianální ekzém, vlhkou řiť a při zapnutí břišního lisu můžeme vidět i prolapující vnitřní hemoroidy.

Vyšetřením *per rektum* počínající hemoroidy nezjistíme, nejsou hmatné, protože z nich vytlačíme krev. Při pokročilejších nálezech můžeme palpací hmatat ztlustění v análním kanále, podmíněné vazivovými změnami. Trombózy hemoroidálních uzlů jsou hmatné.

Vyšetření *anoskopické* provádíme anoskopem s okénkem anebo se šikmým zakončením. Můžeme dobře diagnostikovat i počínající hemoroidální uzle, červenofialové barvy, které se vyklenují do lúmen. Zjistíme jejich počet, velikost a uložení. Při déle trvajícím onemocnění můžeme najít i více uzlů než tři. Toto vyšetření je přesnější než vyšetření rektoskopické.

Jestliže pacient krvácí a je starší 40 let, doporučíme vyšetření celého tlustého střeva, nejlépe *koloskopii*, abychom nepřehlédli i jinou příčinu krvácení, např. karcinom.

Diferenciální diagnóza

Při vyšetření je nutno vyloučit další onemocnění anu – anální fisuru, perianální absces, píštěl. Je třeba si uvědomit, že nález hemoroidů nevylučuje ještě další onemocnění tlustého střeva. Nejčastěji se setkáváme s polypy a karcinomem colon, nespecifickými záněty střevními (idiopatickou proktokolitidou, Crohnovou chorobou), s onemocněním divertikulů tračníku apod. Nejsme-li si zcela jisti diagnózou, indikujeme koloskopické vyšetření.

Komplikace

(neoperovaných hemoroidů)

1. Profuzní krvácení. Stává se po obtížné defekaci, může se opakovat a pacient anemizuje. Krev je jasně červená. Je třeba chirurgický zákrok, může být i ambulantní.
2. Trombóza vnitřního hemoroidu bývá často provázena zánětem. Hemoroid zduří, je rudý, bolestivý, může prolabovat po stolici z análního otvoru a je třeba jej reponovat. Vzniká reflektorický spasmus svěračů, vyšetření *per rektum* je bolestivé, někdy pro bolest nemožné. Trombóza se může rozšířit i na další uzle, které jsou vyhřezlé a uloženy kolem anu, výrazně bolestivé, nelze je reponovat. Znemožňují nemocnému i chůzi. Je možné postupovat konzervativně (led, klid na lůžku, analgetika, studené koupele). Dáváme přednost klasické chirurgické operaci. Je-li trombóza pouze jednoho uzle, musíme odstranit i zbývající nepostižené hemoroidální

uzle. Při odstranění pouze jednoho uzle se nám trombóza po operaci rozšíří na další.

3. Strangulace. Jestliže trombozované hemoroidy mají větší rozměry, při zatlačení na stolicí jsou vypuzeny navenek, anální svěrače se kontrahují a nedovolí repozici zpět do análního kanálu. Nastane uskrtnutí hemoroidálních uzlů. Nejsou-li ihned reponovány, dochází k ulceracím a gangrenózním změnám. Klinicky má inkarcerace bouřlivý začátek, je výrazně bolestivá. Hemoroidy mají tmavězelenofialové až černé zbarvení. Bývá přítomna celková alterace stavu – teploty, septický stav. Akutně provedeme klasickou operaci.

Prevence

Pokud hemoroidy nepůsobí obtíže, nevyžadují léčení. Je však třeba zachovávat určité zásady.

Je nutné dodržovat hygienu konečníku. Po každé stolici je vhodné omýt konečník. Hlavně u starších lidí, kdy tonus svěrače je již menší, mohou zbytky stolice zůstat v análním kanále a ty potom dráždí konečník i perianální krajinu a dochází ke špinění prádla. Při obtížích doporučujeme vlažné, spíše chladnější sedací koupele, kterými velmi dobře udržíme hygienu konečníku a perianální oblasti.

Péče o stolici je důležitá. Pokud pacient trpí poruchami defekace, je třeba stav upravit. Při zácpě musí pacient značně a i na delší dobu zvýšit břišní lis, což vede k přetlaku v žilním řečišti a tvorbě nebo zvětšování hemoroidů. Při průjmu nemocný má nucení na stolici, intermitentně zvyšuje břišní lis a dochází ke stejnému efektu. Je vhodné, aby stolice byla pravidelná, formovaná, denně. Docílíme to úpravou životosprávy. Potrava musí obsahovat dost tekutin a vláknin, které vytvoří stolici.

Je třeba připomenout, že při čtení novin na toaletě velmi často, téměř pravidelně dochází k vytvoření hemoroidů. Při čtení pacient podvědomě tlačí na stolici a dochází ke vzniku hemoroidů. V praxi se s tímto jevem běžně setkáváme. Nemocní si tento fakt neuvědomují a ani to nevědí.

Je vhodné se vyhýbat pokrmům a nápojům, které zvyšují prokrvení konečníku (silně kořeněná jídla, alkohol apod.).

Dlouhé sezení nebo stání, velká fyzická námaha se podílí na vzniku hemoroidů anebo již existujících onemocnění zhoršují. Pokud nemocný trpí tímto onemocněním, je pro něho vhodné zaměstnání, kde pouze část doby pracuje v sedě a zbytek se pohybuje (chodí). Jsou povolání, kdy musí pacient pracovat v sedě osm i více hodin. Je možné zlepšit situaci tím, že část pracovní doby používá klekadlo.

V těhotenství jsou užitečné cviky na posílení dna pánevního, při kterých se vnitřní hemoroidy vyprazdňují, nestagnuje v nich krev. Totéž platí u pacientů,

kterí mají zaměstnání v sedě anebo mají pozitivní rodinnou anamnézu.

Léčení

Při léčbě postupujeme zpočátku **konzervativně**, při neúspěchu operujeme. V konzervativní léčbě doporučujeme veškeré zásady, které byly uvedeny v prevenci. Vhodné jsou sedací koupele ve vlažném, spíše chladnějším odvaru dubové kůry. Možno i použít dubovou kůru v gelu. Podáváme různé masti a čípky s účinky analgetickými, antiflogistickými, antiedematózními, venotonickými, antitrombotickými, antipruriginózními. Např. v současné době jsou u nás na trhu Dobexil, Faktu, Procto-Glyvenol, Spofax, Preparation H, Mastu S, Doxiproct. Není vhodné jeden preparát podávat déle než 2–3 týdny, aby si organizmus nevytvořil na složky léku alergii. Spektrum léků se s vývojem nových preparátů stále mění. Důležité pro pacienty je, aby si uměli správně aplikovat čípek. V praxi zjišťujeme, že toto pacienti neznají. Je třeba jej zavést pouze do análního kanálu, udržet jej v něm a počkat asi 20 min. až se rozpustí. Celkově podáváme venotonika např. Detralex, Ginkor Fort.

Zákroky ambulantní (poloinvazivní)

V dnešní době existuje velké množství ambulantních zákroků, kterými můžeme vnitřní hemoroidální uzle odstranit. Lze říci, že přes 90% hemoroidů můžeme úspěšně těmito metodami léčit a bez anestezie. Tyto metody mají za účel oblitrovat hemoroidální arterie a fixovat sliznici s podslizničním vazivem ke svalové vrstvě. U všech těchto zákroků zavádíme elektrodu nebo aplikátor pod kontrolou zraku přes anoskop. Pracovní neschopnost nebývá třeba. Zmíníme se o výkonech, které jsou u nás nejčastěji užívány.

Koagulace infračervenými paprsky. Koagulace trvá 1–3 min. a působí do hloubky 3 mm. Je nebolestivá, ale hodí se jen pro malé, počínající hemoroidální uzle.

Elastická ligatura dle Barrona je u nás nejrozšířenější metodou. Pomocí aplikátoru vložíme gumový kroužek na bázi hemoroidu. Nastane ischemie uzle a hemoroid odpadne. Po tomto zákroku bývá tlak nebo bolesti v konečníku asi tak 1–2 dny, dále jsou pacienti bez bolesti. Je lépe tuto léčbu provést etapově než najednou.

Unipolární elektrokoagulace. Jeden pól elektrody připevníme např. na stehno a druhý přiložíme nebo zabodneme do hemoroidálního uzle. Necháme probíhat proud asi 10–15 min. Nastane koagulace uzle. Je pravděpodobné, že koagulaci nedochází tepelně, ale chemicky tím, že na záporné elektrodě dochází k produkci hydroxydu sodného.

Bipolární elektrokoagulace je tepelná destrukce hemoroidálních uzlů. Nahrazuje vlastně chirurgické odstranění uzlů.

Kryoterapie. Nízkou teplotou -90 až -190 stupňů působíme na hemoroidální uzel po určitou dobu. Záleží na přístroji, který máme, podle toho se řídí délka expozice. Hemoroid zmrazíme, zněkrotizuje a postupně se odloučí.

Injekční léčba hemoroidů. Je velmi stará metoda, která se dnes již používá ojediněle. Pomocí jehly aplikujeme sklerotizující roztok nad hemoroidální uzel pod sliznici. Nesmí být aplikován do krevního oběhu. Nastane aseptický zánět a hemoroidální uzel se vazivově změní.

Operace

Operací bylo navrženo velké množství, zmíníme se pouze o nejčastějších typech, které jsou u nás prováděny:

Milligan-Morganova operace. Klínovitě odpreparujeme a excidujeme sliznici, podslizniční vazivo, zevní i vnitřní hemoroidální uzle, nejčastěji lokalizované na č. 3, 7, 11 a rány ponecháme k volné granulaci. Mezi excidovanými uzly ponecháváme slizniční můstky, aby nedocházelo k zúžení anu. Vrchol klínu je uvnitř análního kanálu.

Použití laseru. Laserem vypálíme hemoroidální uzle v těch místech jako u předchozí operace. Rány ponecháme volně granulovat.

Whiteheadova operace. Sliznice, podslizniční vazivo, zevní i vnitřní hemoroidální uzle po celém obvodu odpreparujeme od svěrače a poté sešijeme aborální konec sliznice s kůží análního otvoru.

Longova operace spočívá v resekci sliznice nad vnitřními hemoroidy asi 2 cm nad linea dentata pomocí cirkulárního stapleru, speciálně k tomuto účelu vyrobenému. Po resekci mukózy a submukózy se sliznice fixuje ke svalové vrstvě, odstraní prolaps

a jsou zároveň uzavřeny hemoroidální arterie. Jako komplikace se vzácně může vyskytnout drobné reziduální krvácení, které stavíme opichy.

K chirurgickým zákrokům indikujeme pouze nemocné, kteří mají obtíže. Druh operace určujeme podle nálezu.

doc. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.
1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN
Podskalská 6, 128 00 Praha 2
e-mail: jcermak.praha@quick.cz

Literatura

1. Corman Marvin L. Colon and rectal surgery. 3rd ed. J. B. Lippincott Company, 1993.
2. Čermák J, Hubík J, Toběrný M, Gürlich R. Léčení hemoroidů elastickou ligaturou. Rozhl. Chir. 1992; 71: 8.
3. Čermák J. Nejčastější onemocnění anu. Aktuální gastroenterologie – Abstrakta, 1997: 15–16.
4. Hoch J. Interní medicína pro praxi 2002; 4(9): 441–446.
5. Pospíšil I, Šimkovič D. Longova metoda operace pokročilých stadií hemoroidů a análních prolapsů. Léč. Zpr. Léč. UK Hradec Králové 2001; 46(5, 6): 141–148.
6. Šlauf P, Hak A, Adam K. Dnešní možnosti diagnostiky a léčení prudkého krvácení z dolní části zažívací trubice. Prakt. Léč. 1988; 68(9): 330–332.
7. Šlauf P. Malé velké problémy: proktologické aktuality. Aktuální gastroenterologie IV. Sborník přednášek. Symposium firmy Solvay Pharma. Praha 1999: 32–37.
8. Vávra P, Zonča P, Malý T, Pelikán A. Nová metoda v léčbě hemoroidálních uzlů pomocí stapleru PPH podle Longo. Rozhl. Chir. 2001; 80(6): 308–310.