

Hemoroidy – staplerová hemoroidopexe podle Longa, naše zkušenosti

MUDr. Marcel Charvot¹, MUDr. Hana Bačuvčíková¹, MUDr. Jana Zimová²

¹Koloproktologická ambulance, Chirurgické oddělení Nemocnice Přerov o.z., SMN a.s., člen skupiny Agel

²Kožní ambulance a lymfologie, Nemocnice Přerov o.z., SMN a.s., člen skupiny Agel

Hemoroidy jsou běžné žilní pleteně, které degradací kolagenní pojivové tkáně začínají prolabovat. Hemoroidy trpí 50–70 % dospělé populace. Příčiny jejich vzniku jsou multifaktoriální. Incidence onemocnění ve všeobecné populaci je neznámá. Existují velké regionální rozdíly a literární údaje se liší. Zlatý standard v terapii hemoroidů dosud neexistuje. Cílem terapie je zmírnění a odstranění pacientových obtíží a obnovení anatomických a fyziologických poměrů v konečníku. Článek přehledně pojednává o etiologii, patogenезi, diagnostice a možnostech terapie této choroby. Popisuje naše zkušenosti se staplerovou hemoroidopexí podle Longa.

Klíčová slova: hemoroidy, krvácení, PPH metoda.

Haemorrhoids – PPH method (Procedure for Prolapsed Hemorrhoids), our experiences

Haemorrhoids are usual venous plexuses which start prolapses by the degradation of collagen connective tissue. About 50–70 % of the adult population suffer from the haemorrhoids. The aetiology of their origin is multifactorial. Incidence of the disease in general population is still unknown. There are the great district differences and written facts differ. The golden standard in haemorrhoidal therapy does not exist. The aim of the therapy is to alleviate and eliminate the patient's difficulties and to renovate anatomical and physiological proportions in rectum. The text deals with aetiology, pathogenesis, diagnostics and possibilities of the haemorrhoid's therapy. The text describes our experiences with PPH method.

Key words: haemorrhoids, bleeding, PPH method.

Med. praxi 2015; 12(2): 87–90

Hemoroidy jsou typickým civilizačním onemocněním. Název hemoroidy pochází z řeckého slova haimorrhoides flebes – krvácející žíly. Historii hemoroidální nemoci lze vysledovat od počátků lidské civilizace (11). Jsou to běžné žilní pleteně, které degradací kolagenní pojivové tkáně začínají prolabovat (11). Příčiny jejich vzniku jsou multifaktoriální. Mezi vzájemně se potencující faktory patří hereditární a rodinná zátěž, věk, tělesná konstituce (obezita), nevhodné defekační návyky a poruchy defekace (zácpa/průjem, napínání břišního lisu, přetlak ve vena rectalis superior), sedavé zaměstnání, dlouhé vysedávání na toaletě, jízda na motorce nebo bicyklu, nadměrná fyzická a sportovní aktivita

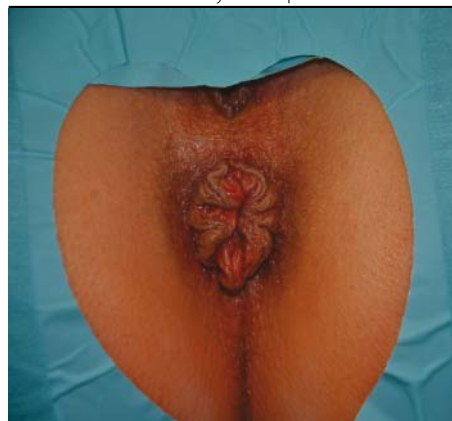
(nošení těžkých předmětů, silové sporty), strava chudá na vlákninu, hormonální vlivy, těhotenství (tlak rostoucí dělohy), metabolické poruchy, jaterní cirhóza a další (3, 4, 7, 11, 14).

Hemoroidy trpí 50–70 % dospělé populace. Incidence onemocnění ve všeobecné populaci je neznámá. Existují velké regionální rozdíly a literární údaje se liší. Prevalence onemocnění se pohybuje mezi 4,4–86 % (2, 4, 7, 11, 14). Jedenkrát za život prodělá ataku až 70 % dospělých nad 30 let. Poměr žen a mužů je 4:1. Jednu třetinu žen postihne trombóza hemoroidů během těhotenství nebo po porodu. U zdravých dětí do 15 let jsou vzácné, ale až třetina dětí s portální

hypertenzí trpí vnitřními hemoroidy, symptomatických je pouze 5–7 % z nich (12).

Anatomicky dělíme hemoroidální pleteně na interní, intermediární a externí. Vnitřní, interní hemoroidy (*varices hemorrhoidales interni*) vycházejí z corpus cavernosum recti, které zásobuje krví a. rectalis superior. Jsou uloženy nad lineu dentata anorektálního přechodu. Uspořádání odpovídá větvení a. rectalis superior. Vnitřní pleteně tvoří anální, hydraulické polštáře, které utěšují anální kanál. Podílejí se z 15–20 % na udržení klidového tonu anu, 80 % zajišťuje vnitřní svěrač (4, 7, 8, 9, 11). Z hlediska funkce společně se slizničními receptory zprostředkovávají

Obrázek 1. Hemoroidy IV. stupně



Tabulka 1. Klasifikace vnitřních hemoroidů podle BANOVA–GOLIGHERA

Stupeň	Popis	Příznaky
I	Hemoroidy jsou viditelné pouze anoskopem	Krvácení, dyskomfort
II	Hemoroidy při tlačení prolabují, poté se spontánně reponují	Krvácení, svědění, výtoky, pocit vlhké řiti
III	Prolaps hemoroidů při defekaci či zapnutí břišního lisu, vyžadují manuální repozici	Krvácení, svědění, výtoky, pocit vlhké řiti, špinění při zjevném prolapsu
IV a	Prolaps s akutní inkarcerací a trombózou	Silné bolesti, modrofialový prolaps až nekrózy, ulcerace, krvácení
IV b	Fixovaný fibrotizovaný prolaps	Chronický dyskomfort, bolesti, špinění, známky inkontinence stolice

Upraveno podle Čapov I, Vlček P, Veverková L, Korbička J. Co nového v léčbě hemoroidů z chirurgického pohledu?, Interní Med., 2009.

Korbička J, Chalupník Š, Čagaš J, Čapov I, Fuksová P. Hemoroidy – časté a nepříjemné onemocnění – konzervativní terapie, chirurgické metody, Med. praxi, 2012.

Tabulka 2. Klasifikace hemoroidů podle LUNNISSE kombinuje symptomatologii s anatomicou klasifikací

Stadium	Morfologie	Symptomatologie	Vedlejší příznaky	Vizualizace	Výskyt	Terapie
Bez prolapsu						
0	Anální uzlíky	Vzácné krvácení	0	0	Od narození	Dieta, farmakologická medikace
1	Malé hemoroidy	Mírné krvácení	0	Viditelné uzlíky při anoskopii	Možné v adolescenci, častější ve středním věku	Fotokoagulace, skleroterapie, Barronova ligatura při nedostačující terapii
S prolapsem						
2	Intermediární hemoroidy	Časté krvácení, prolaps s repozicí	Pruritus, duplikatury	Viditelné uzly střední velikosti při zatlačení	Dospělí nad 30 let	Barronova ligatura, operaci při nedostačující terapii
3	Velké hemoroidy	Časté krvácení, profuzní, nutnost repozice	Pruritus, dyskomfort, duplikatury	Velké uzly cirkulárně, snadno prolabují, vyžadují repozici	Střední věka nad 40 let	Operace
4	Velmi velké hemoroidy + zevní hemoroidy	Trvalý prolaps bez možnosti repozice, krvácení, někdy profuzní, špinění	Pruritus, bolest, špinění, výrazné duplikatury, stavy po trombózách	Extrémní uzly také v sekundárních pozicích, velké duplikatury	Střední věk a stáří	Operace

Upraveno podle Ůhalmi J, Klos K, Jackanin S, Lerch M, Holéczy P. Hemoroidy – konzervativní, či chirurgický přístup? Interní Med., 2011.

čítí, diferenciaci charakteru střevního obsahu a kvalitní kontinenci (4, 8, 9).

Diagnostika vychází z anamnézy (tabulka 3), aspekce perianální oblasti před, během a po vyšetření per rectum, statického (ve dřepu v klidu) a dynamického vyšetření (ve dřepu po zatlačení). Anoskopie určí klinický stupeň onemocnění,

rektoskopie, sigmoidoskopie a kolonoskopie jsou vyšetření doplňková, která vyloučí jiné patologie kolon a rektu (8, 9, 13, 14).

Při vyšetření v genu-kubitální poloze jsou hemoroidy patrné u čísla 1, 5 a 9 (6). Vnitřní hemoroidy se nejčastěji projeví krvácením jasně červené krve nesmíšené se stolicí. Zevní, externí hemoroidy (va-

rices hemorrhoidales externi) leží pod linea dentata, vznikají v oblasti análních žil a jsou patrné prostým okem po rozevření hýždí. Nejsou zdrojem krvácení, může však dojít k akutní trombóze zevního hemoroidu (6, 8, 9). Intermediární hemoroidy leží v podkožní části análního kanálu mezi linea dentata a anokutánním přechodem. Klasifikaci hemoroidů používanou v ambulantní praxi, včetně klinických symptomů, shrnuje přehledně tabulka 1 a tabulka 2. Jednodušší schéma rozděluje hemoroidy I. a II. stupně na Low Grade Hemorrhoids (LGH), III. a IV. stupně na High Grade Hemorrhoids (HGH) (1).

Zlatý standard v terapii hemoroidů dosud neexistuje. Cílem je zmírnění a odstranění pacientových obtíží a obnovení anatomických a fyziologických poměrů v konečníku. První literární zmínky o lokální léčbě byly nalezeny v roce 1700 před Kristem. Chirurgickou léčbu hemoroidů poprvé popsal Hippokrates v roce 460 před Kristem (2). Thomson popsal v roce 1975 oslabení submukózní tkáně v oblasti análního kanálu a tvorbu uzlů. Objasnil, že hemoroidální uzly se skládají z cév, hladké svaloviny a kolagenní tkáně.

Konzervativní terapie zahrnuje změnu negativních životních návyků, dostatečný pitný režim, stravu bohatou na vlákninu, pravidelné vyprazdňování měkké stolice, nošení prádla

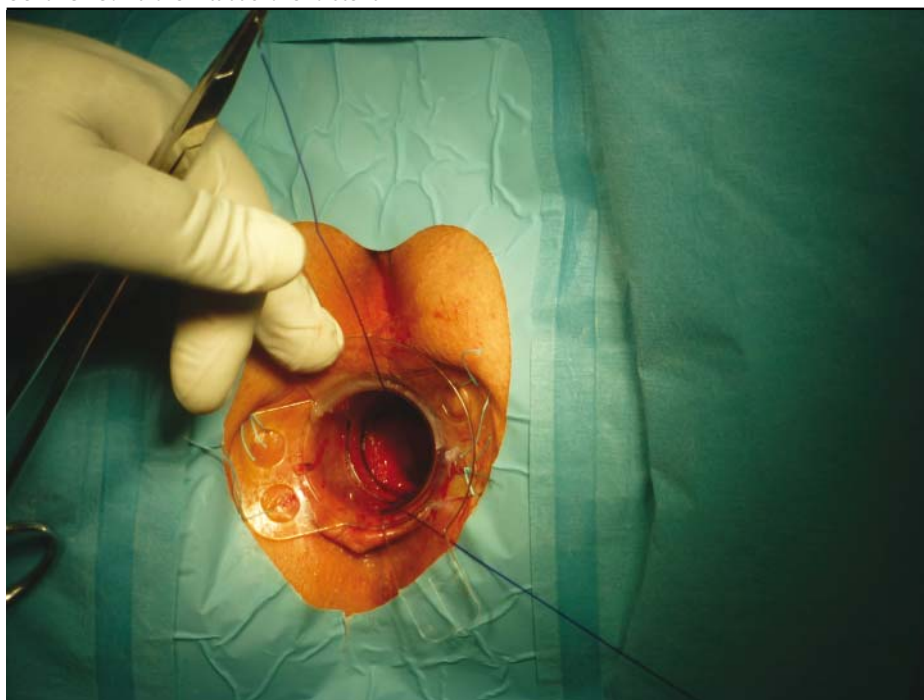
Tabulka 4. Statistické výsledky Longovy operace na Chirurgickém odd. Nemocnice Přerov v období 2009–2013

Provedených výkonů celkem	77
Poměr mužů/ženy	32/45
Průměrná délka hospitalizace (dny)	2,1
Pooperační průběh bez použití analgetik (%)	65
Větší komplikace	3
Přechodná inkontinence stolice	4
Re-operace pro reziduální fibrózní výčnělky	8

Tabulka 3. Schéma proktologické anamnézy

Krvácení	- při stolici, mimo stolici, pravidelné, nepravidelné - vzhled krve: jasně červená, tmavě červená, tekutá, sražená, černá, dehtovitá stolice - krev samotná nebo smíšená se stolicí - krev na povrchu stolice, smíšená se stolicí, pouze na toaletním papíru - intenzita krvácení: po kapkách, stříkající, prudké
Bolesti	- při stolici, po stolici, nezávisle na stolici - lokalizace: v okraji řiti, v hloubce konečníku - vystřelování bolesti: jestli ano, kam - ráz: bodavé, řezavé, tupé, stejnoměrné, pulzující - bolesti břicha, meteorismus
Zduření, hmatné útvary	- lokalizace: v řiti, kolem řiti - výhřez: trvalý, přechodný, reponibilní, ireponibilní, velikost - bolestivost
Sekrece	- pocit vlhkosti, hlen, hnís, krev - souvislost se stolicí - souvislost s jinou činností (fyzická práce, jízda na kole...) - odchod plynů a/nebo stolice mimo řitní otvor
Svědění	- lokalizace - dobu: trvale, zřídka, buď ze spaní - jak časté - možnost parazitární nákazy
Stolice	- zácpa, průjem, vzhled a počet stolic, změna ve vyprazdňování - tenesmy: stálé, přechodné, souvislosti - kontinence - projímadla

Upraveno podle NOVÁKA, J. Základy proktologie, 1985.

Obrázek 2. Instrumentárium pro PPH metodu**Obrázek 3.** Naložení tabáčkového stehu

z bavlny, šetrnou anální hygienu (sprchování, nealkalizující, neagresivní mycí prostředky, dětská mýdla a farmakoterapii (3, 8, 9, 15). Lokální farmakoterapie ke zmírnění potíží využívá sedací koupele ve vlažném odvaru z dubové kůry (Rp. Quercus corticis 500,00; D.S. 50g kůry vařit 15 min. v 250 ml vody, scedit, vychladit, přidat do 2l studené vody; sedavá koupel 10–15 min.), čípky, krémy a pasty (Faktu® mast, čípky, Mastu® mast, čípky). Preparáty, dostupné na našem trhu působí lokálně analgeticky, antiflogisticky, adstringentně, antiedematózně, venotonicky, antitromboticky a antipruriginózně (3, 7). Základní

perorální medikací jsou flavonoidy v kombinaci s aescinem (např. preparát Detralex® tablety, Cyclo 3 Fort® kapsle, Ginkorfort® kapsle).

K metodám semiinvasivního ošetření hemoroidů řadíme (1, 2, 5, 8, 9, 11, 13, 14):

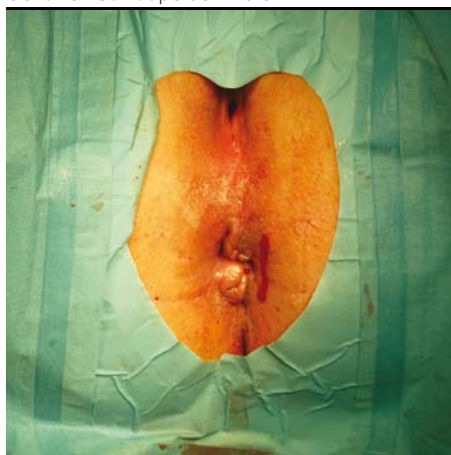
- skleroterapii 3–4% Aethoxysklerolem®: indikací jsou krvácející hemoroidy I. a II. stupně; v současné době je ale spíše odklon od jejího praktického používání,
- kryoterapii na principu nekrózy a obliterace uzlu,
- infračervenou fotokoagulaci na podkladě nekontaktní aplikace vzniká nekróza tkáně

do hloubky 3 mm; používá se k ošetření drobných krvácení a likvidaci reziduálních uzlů,

- laserovou intersticiální terapii pomocí CO₂ nebo Nd: YAG laseru,
- radiofrekvenční ablaci; bipolární radiofrekvenční indukovanou termoterapii,
- elastickou Barronovu ligaturu, která je nejrozšířenější ambulantní metodou. Je levná, účinná, s malým počtem recidiv a nízkou morbiditou. Malým, pevným gumovým kroužkem provedeme bandáž uzlu, která vede k zaškrcení, ulceraci a nekróze uzlu,
- sonograficky navigovaná Hemoroidální Arteriální Ligace (HAL), která se používá pro hemoroidy II. a III. st.,
- metoda Recto Anal Repair (RAR) je nová metoda, která spočívá v naložení pokračujícího stehu na městek, inverzi a vtažení městku aborálně. Nelze jí však ošetřit hemoroidy IV. stupně,
- Hemoroidální Arteriální Laserová Okluze (HALO) a diodový pulzní laser pro ošetření hemoroidů I. a II. stupně.

Metod operačního řešení hemoroidů III. a IV. stupně existuje několik. Principem je odstranění uzlů, podvaz cév, rekonstrukce vzniklého pooperačního a kožního defektu. Byla popsána řada chirurgických postupů a ve výčtu uvádíme otevřenou hemoroidektomii podle Milligana – Morgana, zavřenou hemoroidektomii podle Fergusona, submukózní hemoroidektomii podle Parkse, rekonstrukční hemoroidektomii podle Fanslera – Arnolda, supraanodermální hemoroidektomii podle Whiteheada. Výkony provádí proktochirurg a pacienti jsou pravidelně sledováni v koloproktologické poradně.

Na koloproktologickém pracovišti Chirurgického odd. Nemocnice Přerov provádíme Barronovu ligaci, hemoroidektomii podle Parkse, podle Milligana – Morgana a staplerovou hemoroidopexi podle Longa – PPH metoda (Procedure for Prolapsed Hemorrhoids). Princip staplerové hemoroidopexie podle Longa spočívá v cirkulární resekci slizničního válce nad horními póly městků a přerušení terminálních větví a. rectalis superior. Indikací jsou hemoroidy III. a IV. stupně (obrázek 1). Efekt Longovy operace, dle našich zkušeností, není zcela optimální u obtížné mobilních starších pacientek. U nich se kombinuje oslabení pánevního dna, descensus dělohy, prolaps konečníku nebo rektokéla. Operaci provádíme za krátkodobé hospitalizace v celkové nebo spinální anestezii po předchozí přípravě pacienta rektálním roztokem. Používáme stapler PPH 01, PPH 03

Obrázek 4. Staplerová anastomóza**Obrázek 5.** Pooperační nález

od fi. Johnson and Johnson (obrázek 2) a EEA od fi. Covidien. Výkon zahajujeme divulzí anu horizontálně na čtyři prsty a naložením tabáčkového stehu v co největší vzdálenosti od linea dentata (obrázek 3). Staplerovou anastomózu kontrolujeme vizuálně i palpací (obrázek 4), při výskytu krvácení provádíme opichy vstřebatelným stehem. Nález po operaci demonstruje (obrázek 5). Po výkonu podáváme analgetika. Pacienta propouštíme do ambulantní péče druhý pooperační den a sledujeme ho v ko-

loproktologické poradně. Kontroly plánujeme po 14 dnech, 6 týdnech a 3 měsících. Většina pacientů nemá již při první kontrole žádné výraznější potíže (krvácení, bolestivost, obtížná defekace, svědění, prolaps, stenóza). Výsledky operační terapie Longovou metodou na našem pracovišti shrnuje tabulka 4. Z pooperačních komplikací jsme zaznamenali krvácení po výkonu, stenózu v místě staplerové anastomózy a selhání stapleru (v polovině obvodu sutury nedošlo k dovržení svorek). K méně závažným komplikacím patří přechodná inkontinence stolice a fibrózní výčnělky v místě sutury. Pooperační recidivu jsme nezaznamenali. Longova operace je šetrná, minimálně bolestivá a přináší rychlou a komfortní rekonvalescenci.

Závěr

Hemoroidy jsou běžné žilní pleteně, které degradací kolagenní pojivové tkáně začínají prolabovat. Hemoroidy trpí 50–70 % dospělé populace. Příčiny jejich vzniku jsou multifaktoriální. Incidence onemocnění ve všeobecné populaci je neznámá. Existují velké regionální rozdíly a literární údaje se liší. Zlatý standard v terapii hemoroidů dosud neexistuje. Cílem terapie je zmírnění

a odstranění pacientových obtíží a obnovení anatomických a fyziologických poměrů v konečniku. Článek přehledně pojednává o etiologii, patogenезi, diagnostice a možnostech terapie této choroby. Popisuje naše zkušenosti se staplerovou hemoroidopexií podle Longa.

Literatura

1. Anděl P, Škrovina M, Ducháč V. Základy praktické proktologie. 1. vyd., Praha: Galén, 2012.
2. Čapov I, Vlček P, Veverková L, Korbička J. Co nového v léčbě hemoroidů z chirurgického pohledu? Interní Med., 2009; 11(1): 36–41.
3. Čermák J. Prevence, diagnostika a léčba hemoroidů. Med. praxi, 2008; 5(2): 81–83.
4. Hoch J. Hemoroidy. Interní Med. 2002; 9: 441–446.
5. Horák L, Skříčka T, Šlauf P, Ůrhalmi J. Praktická proktologie. Praha: Grada, 2013.
6. Jirásek V. Proktologická onemocnění. In: Klenner, P. et al. Gastroenterologie, hepatologie. Vnitř Léč, Svazek IV. Praha: Galén, 2002: 130–133.
7. Khýnová L. Léčba hemoroidálního onemocnění. Prakt. lékař., 2011; 7(3): 144–147.
8. Korbička J, Chalupník Š, Cagaš J, Čapov I, FUKSOVÁ P. Hemoroidy – časté a nepříjemné onemocnění – konzervativní terapie, chirurgické metody. Med. praxi, 2012; 9(12): 482–489.
9. Korbička J, Vlček P, Chalupník Š, Doležel J, Čapov I, Tomčík R. Základy vyšetření a terapie hemoroidálního onemocnění. Med. praxi, 2010; 7(6 a 7): 274–278.
10. Novák J. Základy proktologie. Praha: Avicenum, 1985: 32–46, 88–95, 154–162.
11. Ůrhalmi J, Klos K, Jackanin S, Lerch M, Holéczy P. Hemoroidy – konzervativní, či chirurgický přístup? Interní Med., 2011; 13(7 a 8): 305–309.
12. Rousková B. Hemoroidy u dětí. Pediatr. praxi 2012; 13(4): 278–279.
13. Schubert ChM, Sridhar S, Schade RR, Wexner SD. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. World J Gastroenterol., 2009; 15(26): 3201–3209.
14. Skříčka T, Horák L. Hemoroidy a anální trombóza. In: Praktická proktologie. Praha: Grada, 2013: 67–78.
15. Záhejský J. Zevní dermatologická terapie a kosmetika. Pohledy klinické, fyziologické a biologické. Praha: Grada, 2006: 101–102.
16. Zeman M, et al. Speciální chirurgie. 2. vyd., Praha: Galén, 2004: 305–312.

Článek přijat redakcí: 9. 2. 2015

Článek přijat k publikaci: 2. 4. 2015

MUDr. Marcel Charvot

Chirurgické oddělení
Koloproktologická poradna
Nemocnice Pířerov o.z.
Středomoravská nemocniční a.s.
Dvořákova 75, 751 52 Pířerov
marcel.charvot@npr.agel.cz

