

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



HEMOROIDÁLNÍ NEMOC

Autoři:

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.
Česká chirurgická společnost ČLS JEP

MUDr. Petra Zimolová
Česká angiologická společnost ČLS JEP

MUDr. Tomáš Grega
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

MUDr. Jana Vojtíšková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

PRVNÍ VYDÁNÍ 2021



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

HEMOROIDÁLNÍ NEMOC

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021

Autoři:

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.
Česká chirurgická společnost ČLS JEP

MUDr. Petra Zimolová
Česká angiologická společnost ČLS JEP

MUDr. Tomáš Grega
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

MUDr. Jana Vojtíšková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Julius Örhalmi
předseda Koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP

MUDr. Petr Víttek, Ph.D
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

MUDr. Josef Olšr
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD A VYMEZENÍ HEMOROIDÁLNÍ NEMOCI	3
2. ETIOPATOGENEZE	3
3. EPIDEMIOLOGIE	3
4. SYMPTOMATOLOGIE, PRUBĚH A KOMPLIKCE	3
5. DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	5
5.1. Všeobecný praktický lékař	5
5.2. Gastroenterologické vyšetření	5
5.3. Proktologické vyšetření	7
6. LÉČBA	7
6.1. Režimová opatření	7
6.2. Konzervativní léčba	7
6.3. Chirurgická léčba	8
6.3.1. Semiinvazivní – ambulantní chirurgická léčba	8
6.3.2. Invazivní – chirurgická léčba	8
7. ZVLÁŠTNÍ SITUACE	8
7.1. Hemoroidální nemoc a kolorektální screening	8
7.2. Hemoroidální nemoc v těhotenství	8
7.3. Anální trombóza	9
7.4. Hemoroidální nemoc a vybrané klinické stavy	9
8. PREVENCE	9
9. POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA	9
10. DOPORUČENÁ LITERATURA	10

1. ÚVOD A VYMEZENÍ HEMOROIDÁLNÍ NEMOCI

Hemoroidy, *noduli haemorrhoidales*, jsou běžnou a fyziologickou součástí konečníku. Jako žilní pleteň se nacházejí v submukóze řitního kanálu, při vnitřním ústí jako hemoroidy vnitřní, při zevním jako zevní, mezi oběma pleteněmi bývají vytvořeny hemoroidy intermediální. Funkčně se podílí jako hydraulické polštáře na kvalitní kontinenci jemným utěsněním konečníku, kterým doplňují funkci svěrače. Termínem hemoroidy se běžně a nesprávně označují všechny stavy s různými patologickými projevy, tedy hemoroidy symptomatické. Správným termínem pro tyto stavy, používaným v DP, je „hemoroidální nemoc“ (HN).

Hemoroidální nemoc představuje častý zdravotní problém. Mírné obtíže jsou obvykle tolerovány nebo řešeny samoléčbou. Opakované a závažnější obtíže přivádějí pacienta k všeobecnému praktickému lékaři (VPL). Komplikace pak vyžadují mezioborovou spolupráci a specializovanou léčbu. Cílem tohoto DP je shrnout současné znalosti o hemoroidálním onemocnění, poskytnout všeobecnému praktickému lékaři podporu v jeho přístupu a nabídnout možnosti řešení komplikovaných případů ve spolupráci se specialisty.

2. ETIOPATOGENEZE

Příčiny hemoroidální nemoci nejsou přesně známy. Riziko vzniku zvyšuje rodinná zátěž (ačkoli genetické souvislosti nebyly dosud přesvědčivě potvrzeny) a konstituční vlivy (zejména nedostatečnost pojivové tkáně). K faktorům podporujícím vznik HN patří nesprávná výživa, nevhodné defekační návyky a některé tělesné aktivity, např. dlouhé vysedávání na toaletě, sezení na bobku, na motorce nebo na kole, dále práce a značné tělesné úsilí v nevhodných polohách, např. vzpírání. Výživa s nízkým podílem vlákniny podporuje zácpu a přispívá k obtížné defekaci. Některé potraviny, nápoje a požitaviny působí dráždivě (např. kouření, káva, kakao a alkohol), a to jednak zvýšením napětí svěrače anu, jednak překrvením perinea a anu. Tyto vlivy nebyly rovněž přesvědčivě potvrzeny. Překrvení pánve a zhoršení odtoku krve z hemoroidálních plexů souvisí s dlouhotrvajícím sexuálním drážděním, hormonálními vlivy menstruace a hormonální antikoncepcí. Významným rizikovým faktorem je těhotenství svým hormonálním vlivem a tlakem rostoucí dělohy. Nepotvrdil se vliv portální hypertenze. Podíl různých faktorů se liší časem a intenzitou. Hemoroidy pokročilého stadia se objeví po řadě let, akutní ataku obtíží může přivodit obtížná defekace, průjem nebo jen dlouhé vysedávání s konzumací kávy.

Patogeneticky se podílí tři momenty: blokáda odtoku žilní krve, trvale vysoký tonus análního svěrače a nedostatečnost pojivové tkáně umožňující prolaps sliznice do análního kanálu. Zmíněné momenty se mohou podílet na vzniku obtíží izolovaně i synergicky. Výsledkem je nejprve zvětšení tří hlavních skupin uzlů, později uzlů sekundárních, které jsou mezi nimi. Hlavní uzly, principiální, jsou při číslech 3, 7 a 11 podle číselníku hodin, považujeme-li symfýzu za číslo 12 a kostrč za číslo 6. Běžnou komplikací HN je trombóza jednoho či dvou uzlů s možností rozšíření na polovinu nebo větší část obvodu anu. Trombóza větších uzlů a trombóza u starších osob může mít za důsledek jejich zvětšení, může ale odeznít bez následků. Po odeznění akutní fáze zůstanou při zevním obvodu řitě vazivové duplikatury. Hemoroidy nejsou prekancerózou ani neohrožují maligním zvratem.

3. EPIDEMIOLOGIE

Přesné epidemiologické údaje nejsou k dispozici; řada nemocných s méně závažnými příznaky hemoroidálního onemocnění lékaře nenavštíví.

Podle odhadů je prevalence hemoroidální nemoci v dospělé populaci 50-70%. HN je častější ve vyšším věku. Muži jsou postiženi častěji než ženy, přibližně třetinu žen postihne trombóza hemoroidů během těhotenství nebo po porodu. Dispozice k různým obtížím se během věku mění. Akutní trombóza postihuje častěji mladé osoby, chronické obtíže jsou typické pro střední a nepozorovaná anemizace pro vyšší věk.

4. SYMPTOMATOLOGIE, PRUBĚH A KOMPLIKCE

Běžně se HN projevuje análním diskomfortem; svěděním, pocitem tlaku nebo bolestí v oblasti konečníku. HN může způsobovat výtok a špinění s pocitem „vlhké řiti“. Hemoroidální uzel může zduřet, trombotizovat, prolabovat a zanítit se. Může způsobovat bolestivé vyprazdňování stolice a omezovat pacienta v každodenních činnostech. Intenzivní bolest provází akutní perianální trombózu obvykle s jedním hmatným a viditelným bolestivým uzlem při okraji ánu, případně edém a trombózu po celém obvodu, kdy bolest znemožní sezení a defekaci.

Nejčastějším příznakem, který přivádí pacienta k lékaři, je krvácení. Krvácení se liší intenzitou. Může se jednat o stopové krvácení jasně červené krve, a to ve formě drobných kapek na povrchu stolice, nebo se jedná o větší krvácení, které může vést až ke kritické anemii. Za typické se považuje krvácení intermitentní, opakující se po třech týdnech.

Uvedené symptomy mohou provázet také jiné akutní i chronické anorektální afekce, které mají být v rámci diferenciální diagnostiky vyloučeny.

Onemocnění může způsobovat chronické obtíže, ale častěji se projevuje formou hemoroidálních atak, při kterých potíže kulminují. Pokud stav nevyústí do komplikací, po určité době se spontánně zklidní. I objemné hemoroidy mohou být asymptomatické.

Průběh afekce lze dobře sledovat při trombóze: po rychlém nástupu obtíží a patrného nálezu trombóza i bez léčby během dvou - tří týdnů ustoupí a uzel se stáhne, dokonce zcela vymizí, nebo se přestaví do drobné kožní duplikatury, která nebolí a pouze ztěžuje hygienu. Výjimečně trombózaný uzel spontánně perforuje a trombus se vyprázdní. Recidivy nejsou vyloučeny. Vývoj nálezu při vnitřních hemoroidech není uniformní. Objemné hemoroidy diagnostikované např. po atace krvácení se úpravou tělesného a defekačního režimu zmenší, naopak pokračující obstipace a námaha vedou k jejich zvětšení a prolapsu do anu a zevně. Věk sám není důvodem k progresi.

Komplikacemi jsou masivní krvácení, trombóza a prolaps s edémem, v krajním případě inkarcerace a sněť.

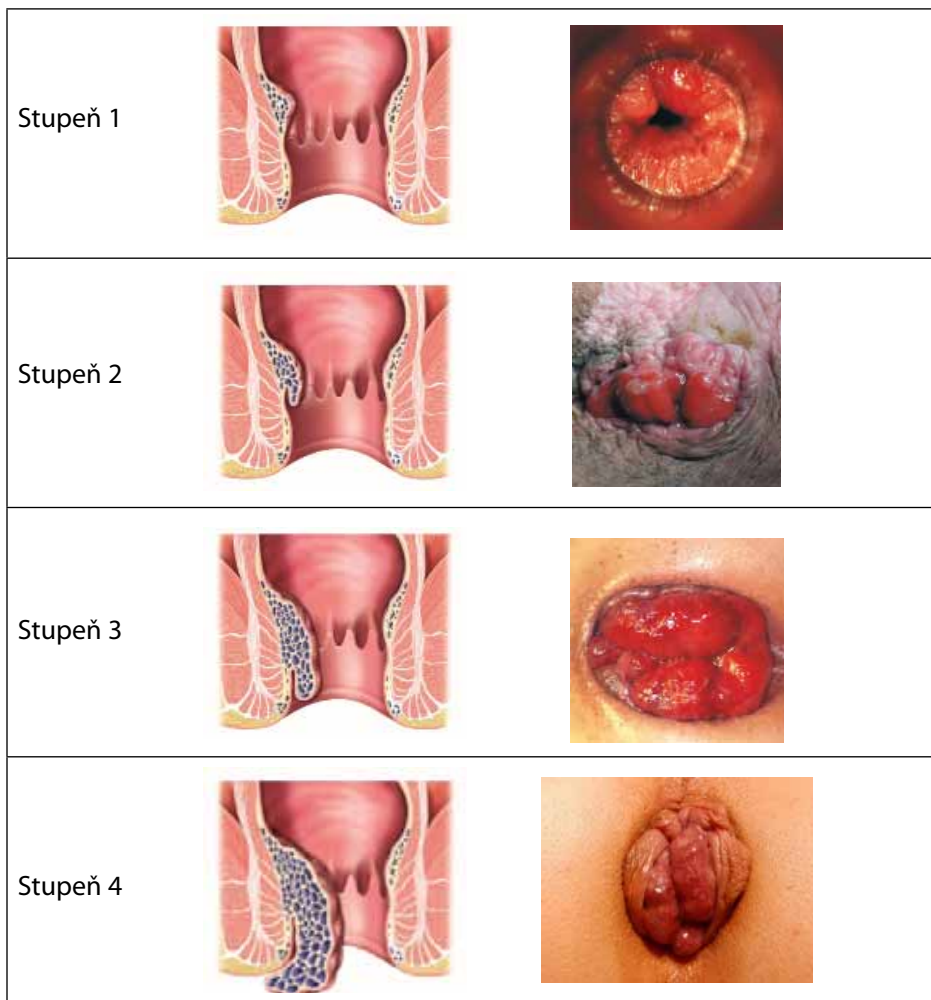
Klasifikace se užívá k hodnocení vnitřních hemoroidů, (podle jejich velikosti a uložení), a rozlišuje čtyři stupně tíže postižení. Uvedená klasifikace je sloučením klinického nálezu a symptomatologie (tab. 1).

Tabulka 1. Klasifikace hemoroidální nemoci

Stupeň	Popis
1.	Malé hemoroidy, viditelné při anoskopii. Působí mírné krvácení.
2.	Větší hemoroidy, viditelné při anoskopii, zvětší se po zatlačení. Krvácení je časté, prolaps se reponuje spontánně, svědění.
3.	Velké hemoroidy, hemoroidy prolabující navenek, vyžadují repozici. Krvácení je časté, někdy profúzní. Pacienti si stěžují na bolest, špinění, obtěžují je duplikatury při zevním ústí ánu.
4.	Objemné hemoroidy s trvalým prolapsem, bez možnosti repozice. Hemoroidy krvácí, způsobují špinění, bolest, v blízkosti jsou kožní duplikatury, časté trombózy.

Stupně dokumentují grafická schémata a fotografie:

Symptomy se prolínají a nejsou specificky přiřčeny ke stadiu. Obtížně se klasifikuje IV. stadium, kdy se jedná většinou o kombinaci se zevními hemoroidy považovanými za fixovaný prolaps.



5. DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

5.1. VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Diagnostika je klinická. Typické potíže doplňuje zhodnocení objektivního nálezu v anu a konečniku, který nesmí být opominut. Podobné obtíže totiž mohou způsobit fissury a zánětlivá onemocnění konečniku, abscesy, píštěle a záněty análních žlázek, případně nádor, které vyžadují jiné léčebné postupy. Abnormality v oblasti konečniku mohou provázet také některé neurologické a systémové choroby. Strukturální změny způsobují prolaps rekta a rektokélu. Mezi funkční anorektální potíže patří fekální inkontinence, funkční anorektální bolest, syndrom levator ani, proctalgia fugax a funkční defekační obtíže (viz Římská kritéria funkčních gastrointestinálních poruch, 2016), Fyzikální vyšetření (aspekci, palpaci, per anum a per rectum) provádíme při pozici pacienta vleže na levém boku. To umožní získání požadovaných informací a dopřeje pacientovi pohodlí. Další pozicí je poloha genokubitální (na kolenou a loktech) a litotomická (gynekologická).

Lokální anální symptomatologie spojená s krvácením jasně červené krve nezvyšuje riziko přítomnosti kolorektálního karcinomu, ale jeho přítomnost ani nevylučuje. Jednorázové krvácení u mladé osoby s jasným původem v anu není indikací k endoskopickému vyšetření. Krvácení opakované nebo nejasného původu je nutno považovat za alarmující příznak a je důvodem k provedení přinejmenším anoskopie /rektoskopie nebo totální kolonoskopie. Potíže je třeba zhodnotit také s ohledem na celkový stav pacienta a přítomnost varovných známek, jako jsou např. hubnutí nebo chudokrevnost.

Pokud je v pozadí hemoroidální nemoci častější zácpa nebo průjem, je třeba pátrat po příčině; vyloučit infekční příčinu průjmu nebo nespecifický střevní zánět, případně myslet na syndrom dráždivého střeva, nebo jinou funkční poruchu tlustého střeva a konečniku.

Při zácpě je důležité vyšetřit etiologii a vyloučit sekundární příčiny obstrukce, zejména přítomnost obstrukčního defekačního syndromu a jiných strukturálních změn konečniku. V rámci diagnostického, diferenciálního diagnostického i terapeutického procesu všeobecný praktický lékař podle potřeby konzultuje gastroenterologa a/nebo proktologa. O volbě, případně pořadí, se rozhoduje podle symptomatologie a její naléhavosti a podle předpokládaného dalšího vyšetřovacího a léčebného postupu.

5.2. GASTROENTEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Cílem gastroenterologického vyšetření u symptomů spojených s HN je především vyloučení jiného, potenciálně závažného organického onemocnění. Specifickou příčinu anorektálních symptomů je často obtížné stanovit. U jednotlivého pacienta lze zjistit více potenciálních nálezů (tab. 2). Nález hemoroidů nevylučuje přítomnost proximálních lézí v tlustém střevě a může dokonce maskovat současné krvácení z neoplastické léze.

Gastroenterologické vyšetření se opírá o anamnézu a fyzikální vyšetření. V anamnéze je nutno se zaměřit na přítomnost kolorektální neoplázie či idiopatického střevního zánětu v rodinné anamnéze, tato onemocnění totiž mají často familiární výskyt, u kolorektálního karcinomu i syndromový (polypózní a nepolypózní syndromy). Zásadní roli v dalším vyšetřovacím postupu hraje také věk pacienta, který je považován za nejsilnější rizikový faktor kolorektálního karcinomu. Pacienti mladší 40 let při absenci alarmujících symptomů jsou považováni za nízkorizikovou skupinu. Incidence kolorektální neoplázie významně narůstá mezi 40 a 50 rokem života (středně riziková skupina). V této věkové skupině je zejména vyšší záchyt adenomů (prekurzorů kolorektálního karcinomu). U pacientů ve věku nad 50 let dochází k významnému nárůstu kolorektálního karcinomu a tito pacienti jsou považováni za rizikovou skupinu.

Anamnéza je zaměřena na přesný popis anorektálních symptomů, charakter krvácení z konečniku, přítomnost alarmujících známek a familiární výskyt kolorektálního karcinomu či polypu. Typický charakter krvácení u HN je přítomnost jasně červené krve pozorované na toaletním papíru, krev odkapávající do toalety po defekaci nebo červená krev na povrchu stolice. Stolice s příměsí červené krve není typická pro hemoroidální krvácení a vyžaduje další endoskopické vyšetření. Mezi rizikové faktory indikující proktologické vyšetření patří bolest v anorektální oblasti během nebo po defekaci, která je obvykle spojena s anální fissurou, ale může být také přítomna u komplikované HN (zánět, trombóza hemoroidu) či karcinomu rekta, případně hmatné léze v oblasti anu. Přítomnost alarmujících symptomů („red flags“) vyžaduje endoskopické vyšetření. Mezi varovné příznaky patří: enterorrhagie, anemizace, hubnutí, změna defekačního stereotypu či kalibru stolice a rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu či idiopatického střevního zánětu (IBD). Anamnéza radiační onkologické terapie v oblasti malé pánve může poukázat na postradiační poškození tlustého střeva.

Fyzikální gastroenterologické vyšetření zahrnuje základní vyšetření břicha a digitální rektální vyšetření včetně inspekce okolí konečniku.

Laboratorní vyšetření u pacientů s nízkým rizikem kolorektálního karcinomu (věk pod 40 let, absence varovných příznaků) má jen malý přínos. Kompletní krevní obraz včetně koagulace patří mezi základní vyšetřovací testy u pacientů starších 40 let nebo u pacientů s jinými rizikovými faktory pro přítomnost kolorektální neoplázie.

Kolonoskopie nebo sigmoideoskopie se obvykle doporučuje na základě celkového zhodnocení pacienta (věk, anamnéza a fyzikální vyšetření). Rigidní anoskopie má vyšší senzitivitu v detekci anální patologie v porovnání s flexibilními endoskopickými metodami.

Indikace k endoskopickému vyšetření v případě HN udává tabulka č. 3.

Pacienti starší 50 let mají být vyšetřeni podle platných doporučení kolonoskopicky nezávisle na přítomnosti symptomů HN či jiných symptomů. Kolonoskopické vyšetření asymptomatických jedinců starších 50 let je součástí Národního screeningového programu kolorektálního karcinomu. Na základě nálezů provedené primární screeningové koloskopie jsou u nich pak určeny dispenzární vyšetřovací intervaly (obvykle několikaleté).

U jedinců ve věku 40-50 let s HN bez přítomnosti varovných příznaků je kolonoskopie vhodná. I u těchto nemocných se totiž můžeme kromě již zmíněných adenomů setkat i s pokročilou neoplázií (takzvaný věkově předčasný kolorektální karcinom). Kolonoskopie je indikována vždy, pokud není identifikován zdroj obtíží při anoskopii nebo rektoskopii.

U pacientů mladších 40 let s HN není nutné endoskopické vyšetření, pokud je anamnéza typická pro HN, chybí varovné příznaky a potenciální zdroj obtíží je identifikován při fyzikálním vyšetření nebo při anoskopii. Pokud není zdroj krvácení verifikován, je nutné provedení kolonoskopie.

U pacientů s trvajícím symptomy HN, kteří měli normální kolonoskopii v předchozích dvou až třech letech, je možné zvážit omezenější vyšetřování. Je třeba dbát na to, aby předchozí kolonoskopie byla technicky úplná (bylo dosaženo terminální ileum) a aby byla s dokonalou střevní přípravou (celkové skóre střevní očisty dle Bostonské škály má být 9).

5.3. PROKTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Komplikovaná HN je indikací k proktologickému vyšetření. Proktologické vyšetření začíná shodně jako vyšetření v ordinaci VPL anamnézou a fyzikálním vyšetřením s aspekty anu a perianální krajiny. Fyzikální vyšetření má být provedeno v poloze umožňující dokonalý přístup a přehled: v genu-pektorální poloze, poloze na levém boku

Tabulka 2. Diferenciální diagnostika anorektálních chorob

Hemoroidální nemoc	Bezbolestné krvácení; většinou na konci defekace je na povrchu nebo kolem stolice nebo na toaletním papíře jasně červená krev. Současně je přítomen dyskomfort v oblasti anu (svědění, pálení, pocit cizího tělesa, vlhkost).
Anální fissura	Výrazná, i několik hodin trvající bolestivost v anální oblasti a krvácení související s defekací. Krev je jasně červená, obvykle v malém množství na toaletním papíru nebo na povrchu stolice. Občas jsou přítomné svědění a pocit vlhkosti v oblasti anu.
Polypy	Malé polypy rekta do 10 mm jsou většinou asymptomatické. Přítomnost viditelné krve při defekaci souvisí s polypy většími než 10 mm, většinou se jedná o adenomové polypy.
Proktitida	Rektální syndrom, charakterizovaný tenesmy (imperativní nucení na stolicí, často s bolestí v podbříšku, po defekaci pocit nedostatečného vyprázdnění) s evakuací hlenu a krve.
Solitární rektální vřed	Krvácení z rekta při defekaci, hojná produkce a defekace hlenu, obtížná defekace, bolesti břicha nebo hráze, pocit nekompletního vyprázdnění a zácpa.
Karcinom	Většina pacientů se symptomatickým kolorektálním karcinomem má hematochezii (červená krev smíchaná se stolicí), bolesti břicha, změnu defekačního stereotypu a přítomnost alarmujících příznaků. Ale nemusí to být pravidlem.
Angiodysplázie	Bezbolestné krvácení, přítomnost červené krve při defekaci, často anamnéza radiační onkologické terapie prostaty či děložního čípku.
Condylomata acuminata	Hmatné výrůstky uvnitř a v okolí anu, obvykle distálně od linea dentata, svědicí, krvácející či interferující s defekací, spojeny s infekcí lidským papilomavirem (HPV)

Tabulka 3 Indikace k endoskopickému vyšetření u hemoroidální nemoci

Věk nad 50 let	Kolonoskopie bez ohledu na přítomnost varovných příznaků, pokud nebyla provedena v rámci screeningového programu s ohledem na doporučený interval následné kolonoskopie.
Věk 40-50 let	Varovné příznaky přítomny – kolonoskopie. Při absenci varovných příznaků je kolonoskopie vhodná. Je indikována vždy, pokud není identifikován zdroj obtíží při anoskopii, rektoskopii.
Věk pod 40 let	Kolonoskopie není nutná v případě absence varovných příznaků a při jednoznačné identifikaci zdroje obtíží anamnézou, fyzikálním vyšetřením a limitovanou endoskopií (anoskopie, rektoskopie). Pokud není zdroj krvácení identifikován, je indikována kolonoskopie.

nebo litotomické poloze. Vyšetření lze provést bez přípravy střeva. Následuje indagace s posouzením análního kanálu včetně vnitřního ústí, jeho dostupnost závisí na konstytucii. Je třeba pátrat po krvi a hlenu uvnitř i na rukavici a vyloučit případnou rezistenci. Součástí vyšetření je posouzení tonu svěrače anu. K posouzení prolapsu je třeba vyzvat k zatlačení jako na stoličce.

Vyšetření celého anorekta se provádí anoskopem a rektoskopem. Vyšetření lze provést bez přípravy, ideálně po defekaci. Ztěžuje-li nebo znemožňuje stolice vyšetření, je na místě rychlá příprava, ideálně roztokem Yal®.

Vyšetření anorekta lze závisle na nálezů rozšířit o anorektální manometrii, defektografii, MRI pánevního dna nebo endorektální sonografii (ERUS); tato vyšetření nejsou běžnou součástí vyšetření HN.

Cílem vyšetření je zhodnotit tíži HN a vyloučit jiné onemocnění. Pokud anamnéza nebo fyzikální vyšetření nevyklučuje nádor nebo IBD, je třeba dále vyšetřovat dle mezinárodních doporučení k vyšetření těchto chorob.

6. LÉČBA

Cílem léčby je odstranění symptomů HN. Rozlišujeme tři formy léčby – konzervativní, semiinvasivní a invazivní, resp. operační - které na sebe navazují a respektují nález a zátěž pro pacienta. Platí, že k úspěchu všech forem léčby patří úprava životosprávy a dosažení správné defekace. Základní poradenství a konzervativní celkovou a místní léčbu poskytuje všeobecný praktický lékař. Semiinvasivní a invazivní léčbu provádí proktolog.

6.1. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Doporučená režimová opatření, preventivně i v období obtíží, zahrnují dostatek pohybu a vyvarování se dlouhého sezení, zejména na toaletě a u činností ve strnulé poloze, práce v dřepu, posilování, přenášení a zdvihání těžkých břemen, při kterých dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku nebo tlaku do pánve.

V dietě je třeba individuálně vyloučit konzumaci nápojů a potravin, případně medikace, které zhoršují obstipaci. Příjem potravin s vyšším obsahem rozpustné vlákniny, zbytkovou stravou (zelenina, celozrnné pečivo, luštěniny a ovoce) a dostatkem tekutin, lze dosáhnout změkčení stolice a usnadnit její vyprazdňování. Laxativa (např. laktulóza) mají být používána jen krátkodobě.

Pacientům zdůrazníme zásady anální hygieny. Nadměrné používání mýdel a sprchových gelů může lokální nález zhoršit. Optimální po stolici je omytí vlažnou sprchou nebo využití bidetu.

Stejná opatření platí pro léčbu perianální trombózy. Při pokročilém nálezů je doporučen klid na lůžku.

6.2. KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Konzervativní léčba je léčba farmakologická, lokální a celková.

Místní léčba zahrnuje masti, čípky a gely, s obsahem lokálního anestetika, antipruriginózních, adstringentních, epitelizujících, venotonických, protizánětlivých a protektivních látek. Místní léčbu volíme podle převažující léčebné složky. Čípek je nejlépe zavádět v poloze ležmo na boku, kdy se zavede jen cca 2/3 čípku, nechá se lehce rozpustit a po chvíli se zavede zbytek čípku. Doporučuje se klid po aplikaci, proto je vhodné spíše zavádět čípek na noc. Rektální mast se nanese v tenké vrstvě v okolí konečníku, obvykle 2–3krát denně. U některých přípravků je součástí balení aplikátor, který umožňuje nanesení látky přímo do konečníku.

Lokálně aplikovaná farmaka mají v případě HN podpůrný efekt. Randomizované studie prokazující efektivnost lokálních anestetik nejsou k dispozici, dostupná jsou jen data o pozitivním efektu lokálních anestetik u pacientů po chirurgické intervenci.

Systémová léčba se podává se záměrem zmírnit symptomatologii, zklidnit onemocnění, oddálit opakující se ataky a posílit efekt invazivních opatření. Užívání laxativ může být doporučeno ke zmírnění příznaků a redukci krvácení. Podávání nesteroidních antiflogistik a neopioidních analgetik může být zváženo k symptomatické léčbě bolesti; nejsou dostupná data o příznivém efektu v léčbě podstaty HN. Základní pilíř konzervativní farmakologické léčby HN tvoří, stejně jako u ostatních forem chronického žilního onemocnění, venofarmaka. V terapii HN se uplatňují flavonoidy. Jejich užívání přispívá k redukci symptomů. V randomizovaných studiích flavonoidy signifikantně prokázaly pozitivní efekt na redukci pruritu, krvácení, bolesti a post-hemoroidektomických krvácení, měly i částečný vliv na snížení rekurence. Flavonoidy působí protiedematózně a protizánětlivě na cévní stěnu, pozitivně ovlivňují mikrocirkulaci (fragilitu a permeabilitu kapilár) i tonus žilní stěny, vychytávají volné radikály, mají endotelprotektivní účinek. Nejširší mechanismus účinku na patofyziologické abnormality má mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (kombinace mikronizovaného diosminu s dalšími mikronizovanými hesperidinovými frakcemi). Venotonika jsou bezpečná a dobře tolerovaná a uplatňují se ve všech stádiích hemoroidálního onemocnění. Mohou se uplatnit při mírných obtížích i při akutních hemoroidálních atakách a mohou posilovat efekt invazivních opatření.

6.3. CHIRURGICKÁ LÉČBA

6.3.1. SEMIINVAZIVNÍ – AMBULANTNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA

Léčba je indikována pro hemoroidy I.-II. stupně, pro pokročilejší stádia v případě kontraindikace nebo odmítnutí chirurgické léčby. Některé metody léčby lze opakovat. Barronova ligatura spočívá v aplikaci gumového kroužku na uzel, jehož strangulací uzel nekrotizuje a odpadne. Provádí se pomocí anoskopu a aplikátoru. Při správné aplikaci ligatura nebolí, najednou nemají být ošetřeny víc než tři uzly. Aplikaci lze opakovat. Infračervená koagulace způsobuje aseptickou nekrózu v okolí hemoroidální arterie, v jejím důsledku omezení přítoku krve a retrakci uzlu. Lze kombinovat s Barronovou ligaturou.

Bipolární nebo monopolární elektrokoagulace je variantou metody, k dosažení efektu je třeba zákrok opakovat.

Laseroterapie působí shodným efektem, může vyžadovat lokální anestezii.

Skleroterapie se provádí aplikací sklerotizujícího roztoku do blízkosti přívodné tepny, nekróza v okolí má snížit přívod krve do hemoroidu.

Barronova ligatura je z těchto metod neúčinnější. Všechny metody koagulace vyžadují s odstupem opakování. DG-HAL (*Doppler guided haemorrhoidal artery ligation*) se někdy řadí k semiinvasivním metodám.

6.3.2. INVAZIVNÍ – CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba je indikována pro hemoroidy III. a IV. stadia, případně po selhání semiinvasivních metod. Patří k ní hemoroidektomie a staplerová mukopexie – Longova operace, ev. Dopplerem navigovaný podvaz hemoroidálních arterií – DG-HAL s mukopexí. Klasická hemoroidektomie spočívá v identifikaci všech tří hlavních skupin uzlů, jejich disekci, odstranění a podvazu jejich cévních pediklů. Operace dle Milligana-Morgana, Parkse nebo Fergussona se liší v detailech, především v uzávěru slizničního defektu. Cirkulární excize hemoroidů – operace dle Whiteheada – byla pro komplikace opuštěna. Longova operace se provádí speciálním staplerem, jímž se exciduje a poté uzavře část mukózy a submukózy v rektu navnitř od linea dentata. Přerušuje se hemoroidální arterie a excizí tkáň se koriguje slizniční prolaps hemoroidů do análního kanálu. Je indikovaná spíše v případech cirkulárních prolabujících hemoroidů. Touto operací nelze ošetřit zevní hemoroidy. DG-HAL s mukopexí je kombinací uvedených metod.

V operační léčbě lze užít přístroje generující energii – harmonický skalpel nebo LigaSure nebo laser.

Zevní hemoroidy se ošetřují excizí a suturou jako samostatným výkonem nebo při ošetření vnitřních hemoroidů.

Chirurgická léčba vyžaduje anestezii a alespoň krátkodobou hospitalizaci. Ačkoli patří ošetření hemoroidů k častým výkonům, jsou data ke srovnání efektivity operační i neoperační léčby na nízké hladině evidence. Preference jednotlivých metod – Longova operace, laserové operace atd. – nemá oporu v randomizovaných studiích ani v doporučení odborných společností, včetně mezinárodních.

7. ZVLÁŠTNÍ SITUACE

7.1. HEMOROIDÁLNÍ NEMOC A KOLOREKTÁLNÍ SCREENING

Jak již bylo uvedeno, HN nezvyšuje ani nesnižuje riziko kolorektálního karcinomu. Hemoroidy nejsou prekancerózou. Pacienti s HN patří tedy do populace s průměrným rizikem a od 50 let přísluší do programu screeningu kolorektálního karcinomu. Kvantitativní imunochemický test na okultní krvácení do stolice je méně citlivý na nenatrávenou krev z konečníku, ale stejně se doporučuje test provést u pacienta s HN v klidových obdobích bez krvácivých epizod. Vhodnou alternativou vyšetření u těchto pacientů je totální kolonoskopie, pokud nebyla provedena v posledních 5 letech. Přístup k symptomatickým pacientům s ohledem na riziko kolorektálního karcinomu nebo nespecifického střevního zánětu je popsán v kapitole 5.2.

7.2. HEMOROIDÁLNÍ NEMOC V TĚHOTENSTVÍ

Incidence HN v graviditě známa není. Hemoroidální trombóza je v těhotenství častá, příčinou je zvýšený nitrobršňní tlak (mechanický vliv rostoucí dělohy) a hormonální vlivy. HN se v graviditě manifestuje nejčastěji v průběhu třetího trimestru; dále těsně po porodu a během šestinedělí. U pětiny žen vznikne perianální trombóza po porodu. U většiny žen obtíže vymizí spontánně po porodu. Při hemoroidální atace u těhotných a post-partálních žen je zesílen apel na dietní a režimová opatření, včetně sedací lázně, mohou být doporučena laxativa, venotonika - flavonoidy, lokálně masti/krémy/čípky. U rozsáhlé trombózy podkožní hemoroidální pleteně při selhání uvedené konzervativní léčby může být zváženo chirurgické ošetření (incize a evakuace trombů), definitivní lokální řešení HN je indikováno po šestinedělí dle topického nálezu.

7.3. ANÁLNÍ TROMBÓZA

Anální trombóza je někdy považována za hemoroidální nemoc, jindy za lézi nesouvisející s HN. Manifestuje se jako bolestivý promodrávající uzel v kterékoli části obvodu anokutánního přechodu. Obtížím většinou předchází těžká námaha, dlouhé sezení v nevhodné poloze, obtížná defekace, zácpa nebo průjem, případně porod. Diagnóza se stanoví pouhou aspekcí. Léčba záleží na rozsahu a délce postižení. Trombóza většinou ustoupí během týdne nebo dvou, úlevě pomohou antiflogistické a analgetické masti a klid. V intervalu do 72 hodin od vzniku obtíží lze trombus exprimovat z krátké incize. Rozsáhlé postižení s prolapsem, dokonce inkarcerací, flegmónou nebo nekrózou vyžaduje hospitalizaci, antiedematózní, případně antibiotickou léčbu, další řešení s odstupem závisle na nálezu.

7.4. HEMOROIDÁLNÍ NEMOC A VYBRANÉ KLINICKÉ STAVY

Imunodeficiency včetně HIV positivity zvyšuje riziko anorektální sepse a špatného hojení po jakékoli intervenci. Ta vyžaduje kvalifikované rozhodnutí o míře rizika, zajištění antibiotiky je nezbytné.

Nespecifické střevní záněty jsou zřídka provázeny HN, jejíž manifestace bývá skryta za jejich obtížemi. Jakákoli intervence HN má být provedena až po vyloučení/zklidnění aktivity střevního zánětu.

Koagulopatie zhoršuje manifestaci HN. Jakékoli intervenci musí předcházet úprava koagulace.

Předchozí radioterapie ztěžuje až vylučuje intervence pro HN, důvodem je těžká porucha hojení. Důsledky radioterapie nelze ovlivnit, HN nemá vést k výkonům v oblasti anorekta.

8. PREVENCE

Vzhledem k tomu, že podobně jako u varixů je v pozadí vzniku hemoroidů dědičně podmíněná dispozice, je prevence obtížná. Výše doporučená režimová a dietní opatření mohou oddálit nástup onemocnění nebo další hemoroidální ataky.

9. POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA

Posuzování schopnosti k práci u pacientů s HN se odvíjí od subjektivních obtíží pacienta, objektivního nálezu a charakteru práce.

Dočasnou pracovní neschopnost (DPN) vyžaduje operační léčba s hospitalizací a následnou rekonvalescencí. Doba DPN by neměla přesáhnout 3-4 týdny, v závislosti na povaze nálezu a metodě ošetření, kondici, věku a profesi pacienta. Při ukončení DPN má být pacient bez bolesti, krvácení a s dobrou defekací.

DPN a hospitalizaci vyžaduje prudké krvácení, rozsáhlý akutní prolaps nebo trombóza hemoroidů. Ukončit DPN lze po vyřešení těchto stavů.

Krátkodobá DPN a/nebo doporučení vyloučit tělesnou aktivitu může být na místě při akutní trombóze. K dlouhodobé DPN není při HN důvod, symptomatickou HN lze až na výjimky vyřešit. Zvláštní situací mohou být komplikace, které je stran DPN nutno řešit ad hoc.

10. DOPORUČENÁ LITERATURA

1. Novák, J., Mařatka, Z.: Řiť a konečník. In Gastroenterologie, (ed. Z. Mařatka), Karolinum Praha, 1999; 315-330.
2. Hoch, J.: Hemoroidy. Interní medicína pro praxi, 2002, 9:441-446.
3. Jirásek, V., Proktologická onemocnění. In Klener, P., Vnitřní lékařství, Karolinum Galén, 2006, str. 620-622.
4. Korbička, J., Vlček, P., Chalupník, Š., Doležel, J., Čapov, I., Tomčík, R.: Co dělat při podezření na hemoroidy? Interní medicína pro praxi, 2009; 11(6), 01-303.
5. Davis, B. R. a spol.: Guidelines update best practices for hemorrhoid treatment. Dis Colon Rectum, 2018; 61, 284 – 292.
6. Bradley, R. D., Lee-Kong, S., Migaly, J., Feingold, D. I., Steele, S. R.: The American Society of Colon and Rectal and Surgeons Clinical Practice Guidelines for th Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum, 2018; 61:284-292.
7. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254.
8. Rubinni, M., Ascanelli, S.: Classification and guidelines of hemorrhoidal disease: Present and future. World J. Gastrointestin. Surg., 2019, 27, 11(3):117-121.
9. Orhalmi, J.: Hemoroidy. In Nemoci střev, Grada 2019, 460-471.
10. van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Dis. 2020;22(6):650-662.doi:10.1111/codi.14975
11. Korček, J., Lazorišák, A., Jankovič, T.: Iatrogénne poranenia rektu a komplikácie po operačným riešení hemoroidov. In Hoch, J., Antoš F., Koloproktologie, vybrané kapitoly IV, Mladá fronta, 2020: 224-236

Tisk podpořen firmou



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-22-4

ISBN 978-80-88280-22-4



© 2021, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP