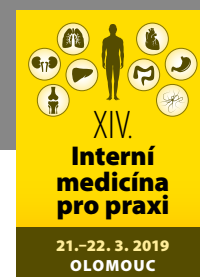


Zaznělo na XIV. konferenci ambulantních internistů

Olomouc, 21.–22. března 2019



Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Na kongrese XIV. Interní medicína pro praxi, konaném 21.–22. března 2019 v Olomouci, zazněla přednáška doc. MUDr. Petera Ilnáta, PhD., MBA, z Fakultní nemocnice Ostrava na téma Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby.

Hemoroidální onemocnění je nejčastější afekcí v oblasti annorekta, tedy terminálního úseku tlustého střeva, sahajícího do vzdálenosti přibližně šestnácti centimetrů proximálně od anno-kutánní linie. Hemoroidální pleteně jsou umístěny v horní polovině análního kanálu, nad linea dentata, přibližně dva až čtyři centimetry od anno-kutánní linie. Dle statistik prožije alespoň jednu ataku významnějšího hemoroidálního onemocnění téměř každý druhý Čech, přičemž symptomatické hemoroidy nacházíme asi u 4 až 5 % naší populace. Hemoroidální onemocnění patří mezi tzv. civilizační onemocnění, a jeho prevalence je tedy do velké míry odvislá od způsobu životního stylu a dietních návyků, o čemž ostatně svědčí i to, že výskyt hemoroidálního onemocnění v rozvojových zemích Afriky je asi o polovinu nižší.

Klasifikace hemoroidálního onemocnění

Hemoroidy klasifikujeme na základě jejich lokalizace na hemoroidy zevní a vnitřní. Zevní hemoroidy jsou kryté kůží, jejich výskyt v populaci je méně častý. Drtivá většina pacientů přichází k lékaři s obtížemi na podkladě vnitřních hemoroidů, u části pacientů pak nacházíme hemoroidy smíšeného typu. Vnitřní hemoroidy vznikají nad linea dentata v oblasti zvané hemoroidální zóna. Samotné vnitřní hemoroidy pak dle rozsahu klasifikujeme do celkem čtyř typů. Vnitřní hemoroidy I. stupně jsou charakterizované tím, že jsou uvnitř rektu a pod linea dentata prolubují pouze při Valsalově manévru, přičemž po ukončení manévru se spontánně reponují. Pokud při Valsalově manévru vyhřezávají vnitřní hemoroidy nejen pod linea dentata, ale přímo až mimo rektum, jde o hemoroidy vyššího stupně. Pokud po ukončení Valsalova manévru dochází ke spontánní reponaci hemoroidů, hovoříme o vnitřních hemoroidech II. stupně, pokud se

vyhřeznuté vnitřní hemoroidy již spontánně nereponují a je nutná jejich manuální reponice, hovoříme o hemoroidálním onemocnění III. stupně. Při další progresi onemocnění pak může dojít k sekundárnímu poškození vyhřezlých hemoroidů (zánětem, trombózou či ulcerací) a v tomto případě pak hovoříme o vnitřních hemoroidech IV. stupně.

Jaké jsou možnosti terapie hemoroidálního onemocnění?

V terapii hemoroidálního onemocnění využíváme tři základní skupiny metod – metody konzervativní, semiinvasivní (prováděné ambulantně) a chirurgické. Do konzervativní terapie patří v první řadě úprava životního stylu – pacienta se snažíme motivovat k navýšení příjmu vlákniny a tekutin s cílem zajištění pravidelné a měkké stolice. Vyšší pozornost věnujeme i perianální hygieně a v případě klinických obtíží lze využít lokální terapii ve formě mastí a čípků, jejíž efekt je však z pohledu dlouhodobého výsledku velmi omezený. Významnou

součástí konzervativní terapie hemoroidálního onemocnění je farmakoterapie. Příznivý vliv na hemoroidální onemocnění mají venofarmaka, přičemž nejlepších výsledků je dosahováno při využití venofarmaka obsahujícího mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakci (MPFF). Léčivý přípravek dostupný na našem trhu a obsahující MPFF je preparát Detralex. Čím se Detralex liší od ostatních preparátů ze skupiny venofarmak? Léčivý přípravek Detralex je jedinečný svým složením a použitou formou. Detralex obsahuje molekuly hned pěti různých flavonoidů – diosminu, hesperidinu, diosmetinu, linarinu a isorhoifolinu (1). Výsadní postavení preparátu Detralex mezi venotoniky však nezajišťuje jen komplexní chemické složení. Zásadní význam pro výsledný klinický účinek léčivého přípravku Detralex má využití právě mikronizované purifikované flavonoidní frakce, která zajišťuje rychlejší absorpci a dosažení vyšších plazmatických hladin (2). Léčivý přípravek Detralex zvyšuje rezistenci cévní stěny, potlačuje zánět (3) a působí preventivně proti krvácení (4). Díky to-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Interní Med. 2019; 21(2): 128–130

muto komplexnímu efektu lze Detralex využít jak u pacientů s akutními obtížemi (při dekompenzaci chronického hemoroidálního onemocnění), tak u pacientů s chronickým hemoroidálním onemocněním (4). Své významné místo má Detralex rovněž v terapii pacientů před a po chirurgickém řešení hemoroidů, u kterých má příznivý účinek na pooperační hojení konečníku (5). Doporučené dávkování při akutní hemoroidální atace je 6 tablet denně v prvních čtyřech dnech, v dalších třech dnech pak 4 tablety denně. V terapii chronického hemoroidálního onemocnění podáváme 2 tablety přípravku Detralex denně.

Do metod semiinvasivní terapie řadíme ambulantně prováděné výkony, jako jsou ligace, sklerotizace, laser terapie či fotokoagulace. Semiinvasivní terapie je určena pacientům, kteří trpí pouze onemocněním vnitřních hemoroidů. Tyto metody nelze využívat u hemoroidů zevních ani smíšených, což je dáno anatomickými poměry – výkony prováděné pod úrovní linea dentata jsou pro pacienta velmi bolestivé. Jednou z nejčastějších semiinvasivních metod ošetření vnitřních hemoroidů je Barronova ligatura, kdy je vnitřní hemoroid ligován gumičkou a v odstupu asi týdne dochází k jeho nekrotizaci a odchodu se stolicí. Výsledný efekt této bezpečné a dobře tolerované metody je velmi dobrý, nicméně Barronova ligace nebrání recidivě onemocnění, ke kterému může v následujících třech až pěti letech dojít u 20 až 40 % pacientů. Z chirurgických metod zmiňme ještě metodu, která je jakýmsi přechodem mezi semiinvasivní

a chirurgickou léčbou – HAL – Haemorrhoidal Artery Ligation, kdy operátor pomocí ultrazvukové sondy vyhledá přírodní větvičky a. rectalis sup., která je hlavním cévním zásobením hemoroidálních uzlů. Tyto větve pak chirurg cíleně liguje, čímž do oblasti hemoroidálních pletení významně sníží přítok krve a v řádu dnů pak snížené prokrvení hemoroidálních pletení vede k příznivému klinickému efektu. Při jednom sezení lze ošetřit zhruba 3 větve přírodní arterie. Určitou nevýhodou tohoto zákroku je poměrně vysoká finanční náročnost spojená s využitím jednorázové ultrazvukové sondy. Z chirurgických metod se i dnes provádí Longova operace hemoroidů, určená pro pacienty trpící vnitřními hemoroidy II. až III. stupně, ačkoliv se v současnosti indikuje omezeněji, než tomu bylo v jejich začátcích, kdy Longova metoda prožívala nebývalý boom. Haemorrhoidectomy je pak klasickou chirurgickou metodou, která umí odstranit i velké vnitřní či smíšené uzly, a má tedy stále své místo v chirurgické terapii hemoroidálního onemocnění.

Závěr

Hemoroidální onemocnění je civilizační onemocnění s vysokou prevalencí, přinášející pacientům významný diskomfort. Hemoroidální onemocnění dělíme dle anatomické lokalizace hemoroidů na vnější a vnitřní, přičemž naprostá většina pacientů trpí onemocněním vnitřních hemoroidů. V terapii hemoroidálního onemocnění využíváme dle stupně závažnosti celkem

tři modalit. Základem jsou metody konzervativní terapie, při jejichž nedostatečném účinku pak nastupují metody semiinvasivní terapie (zejména Barronova ligatura) či chirurgické léčby. V konzervativní terapii dbáme na dostatečnou perianální hygienu, úpravu životního stylu pacienta (zvýšený příjem vlákniny a tekutin s cílem měkké, vláčné a pravidelné stolice) a dále můžeme využít lokální aplikaci farmak, jejichž klinický efekt je však značně limitovaný. Významné postavení v konzervativní terapii hemoroidů mají venofarmaka. Z řady dostupných venofarmak využíváme zejména léčivý přípravek Detralex, který obsahuje mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakci diosminu a hesperidinu a dalších flavonoidů, zajišťující výborné vstřebávání a dosažení vyšších plazmatických hladin (1, 2). Léčivý přípravek Detralex zvyšuje rezistenci cévní stěny, potlačuje zánět a působí preventivně proti krvácení (3, 4). Díky tomuto komplexnímu vlivu na žilní stěnu vede přípravek Detralex k významnému klinickému efektu u pacientů trpících jak chronickým hemoroidálním onemocněním, tak u pacientů procházejících jeho akutní atakou (4). V chronické terapii podáváme 2 tablety denně, u pacientů s akutní hemoroidální atakou v prvních čtyřech dnech 6 tablet, v dalších třech dnech pak 4 tablety denně. Jako výhodné se jeví i využití přípravku Detralex u pacientů podstupujících chirurgické řešení hemoroidů, kdy podávání Detralexu periprocedurálně, tedy před a po výkonu, zlepšuje hojení v oblasti rekta (5).

LITERATURA

1. Paysant J, Sansilvestri-Morel P, Bouskela E, Verbeuren TJ. Different flavonoids present in the micronized purified flavonoid fraction (Daflon 500 mg) contribute to its anti-hyperpermeability effect in the hamster cheek pouch microcirculation. *Int Angiol.* 2008; 27(1): 81–85.
2. Garner RC, Garner JV, Gregory S, Whattam M, Calam A, Leong D. Comparison of the absorption of micronized (Da-

- flon 500 mg) and nonmicronized 14C-diosmin tablets after oral administration to healthy volunteers by accelerator mass spectrometry and liquid scintillation counting. *J Pharm Sci.* 2002; 91(1): 32–40.
3. Cospite M. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids. *Angiology.* 1994; 45: 566–573.

4. Godeberge P. Daflon 500 mg is significantly more effective than placebo in the treatment of hemorrhoids. *Phlebology.* 1992;7(suppl 2): 61–63.
5. La Torre F, Nicolai AP. Clinical use of a micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: results of a randomized, controlled clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2004;47: 704–710.