

Hemoroidální onemocnění nebo jiný problém?

Martin Kouda¹, Gabriela Kroupová²

¹Chimare clinic, s. r. o., a Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Lékárna AVE Olomouc

Lékárník je často prvním zdravotníkem, kterému se pacient svěří s obtížemi s hemoroidálním onemocněním. Aby mohl erudovaně zvolit terapeutické řešení, měl by vědět, jak s pacientem komunikovat. Potřeba je odlišit akutní perianální trombózu a hemoroidální onemocnění včetně jeho 4 stadií. Důležitý je také dotaz na krvácení a jeho charakter, protože se může jednat o příznak závažnějšího onemocnění. Komplexní řešení obtíží u hemoroidálního onemocnění zahrnuje lokální léčbu, kterou je třeba vhodně vybrat a poučit pacienta o její správné aplikaci. Podle platných doporučení jsou pilířem léčby hemoroidálního onemocnění venofarmaka, z nichž má nejširší mechanismus účinku mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce. Důležitou součástí rady lékárníka jsou také režimová opatření a případné doporučení k lékaři, který může rozhodnout o semiinvasivní nebo chirurgické léčbě.

Klíčová slova: hemoroidální onemocnění, perianální trombóza, krvácení z konečníku, topická léčba hemoroidů, venofarmaka, mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce.

Haemorrhoidal disease or another problem?

A pharmacist is typically the first healthcare professional to be consulted by a patient with haemorrhoidal disease. In order to be able to advise accordingly, he or she should know how to communicate with such a patient. Acute perianal thrombosis and haemorrhoidal disease with all its four stages must be distinguished. It is also important to inquire about the bleeding and its character since it may be a manifestation of a more serious condition. Comprehensive management for haemorrhoidal disease includes topical treatment that must be chosen appropriately, with patient education on its administration. According to current recommendations, venoactive drugs are the mainstay of treatment of haemorrhoidal disease, of which the micronized purified flavonoid fraction has the broadest mechanism of action. The pharmacist's advice also includes recommendations on lifestyle measures and/or referral to a doctor who can make a decision on semi-invasive or surgical treatment.

Key words: haemorrhoidal disease, perianal thrombosis, rectal bleeding, topical treatment for haemorrhoids, venoactive drugs, micronized purified flavonoid fraction.

Úvod

Hemoroidální onemocnění postihne alespoň 1× za život téměř polovinu populace (1). Jde o velmi intimní zdravotní problém, o kterém se pacienti stydí mluvit i se svými nejbližšími. Často se jako na první osobu se žádostí o pomoc obrací na lékárníky. Lékárník může pacientovi nabídnout řadu přípravků pro zmírnění příznaků spojených s hemoroidálním

onemocněním. Otázkou ale je, zda se dokáže pacienta na jeho obtíže správně vyptat a zvolit vhodné řešení.

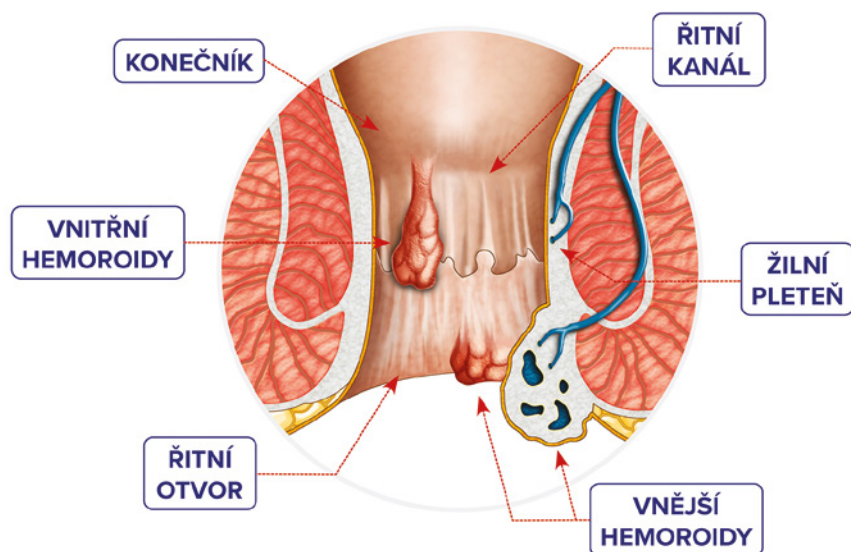
Pacient s hemoroidy přichází do lékárny obvykle s požadavkem být brzy fit, dosáhnout rychlé úlevy, nalézt komplexní řešení všech potíží či oddálit další ataky hemoroidálního onemocnění. Chce najít přípravek, který působí přímo v místě obtíží, tlumí bolest, zmírňuje pá-

lení, svědění, má hojivé účinky, je vhodný i při krvácení, má pohodlnou aplikaci a je bezpečný.

Hemoroidy – žilní pleteně konečníku

Jedna z prvních otázek lékárníka obvykle směřuje k tomu, zda se jedná o zevní nebo vnitřní hemoroidy. Pro výběr léčivého přípravku ovšem nemá dělení na vnitřní a zevní

Obr. 1. Anatomická lokalizace vnitřních a vnějších hemoroidálních pletení při jejich zbytnění



zásadní význam. Hemoroidy jsou žilní pleteně (vnitřní a zevní), které tvoří přirozenou součást řitního kanálu. Pokud zbytní a začnou činit pacientovi obtíže, hovoříme o hemoroidálním onemocnění (Obr. 1).

Perianální trombóza

Zevní hemoroidální pleteně jsou velmi jemné a jejich zbytnění obvykle nevyvolává žádné subjektivní obtíže. Při velké námaze nebo usilovné defekaci ale může dojít k perianální trombóze v důsledku ruptury žilní stěny zevní hemoroidální pleteně. Vzniká krevní sraženina a otok, které jsou velmi bolestivé.

Stadia hemoroidálního onemocnění

Vnitřní hemoroidální onemocnění vzniká postupným zvětšováním vnitřní hemoroidální žilní pleteně. Rozlišujeme několik stadií (2, 3). V 1. stadiu hemoroidy respektují původní anatomickou polohu. Příznaky jsou jen občasné (1× za 2–3 týdny) v podobě drobného krvácení (např. několik kapek krve na toaletním papíře či v toaletě po vyprázdnění) a první známky diskomfortu. Ve 2. stadiu se hemoroidy přechodně objevují u okraje anu při tlačení na stolicí, poté se spontánně vracejí. Příznaky zahrnují krvácení, svědění, pocit vlhké řiti či tlaku a výtoky. O 3. stadiu hovoříme v případě výhřezu hemoroidálních uzlů při vyprazdňování, který vyžaduje manuální napravení. V tomto stadiu dochází k progresi zánětu, krvácení je méně výrazné, objevuje se špinění

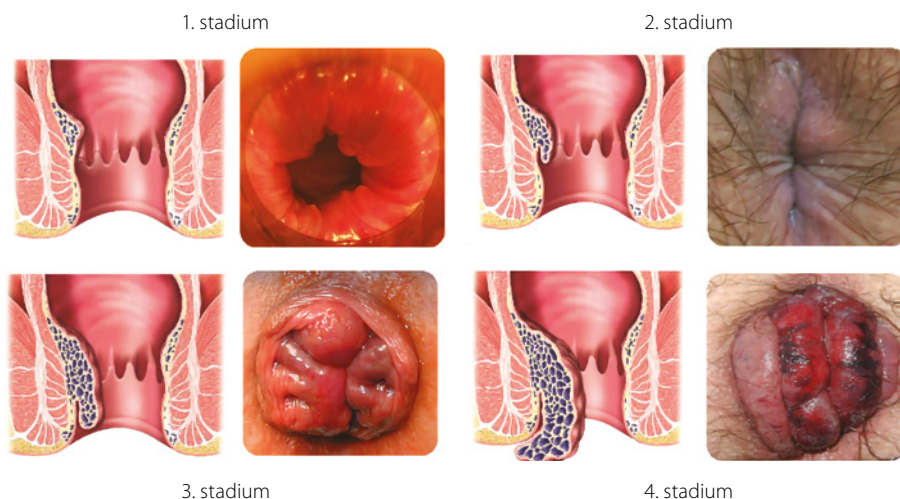
při zjevném prolapsu. 4. stadium je charakterizováno trvalým výhřezem uzlů, které jsou ireponibilní. Pacienti popisují trvalý diskomfort, silné bolesti, krvácení, špinění a známky inkontinence. Ve 4. stadiu se může jednat buď o akutní stav, který je ještě vratný do nižších stadií po podání lokální léčby v kombinaci s venotoniky, nebo jde o chronický problém s fibrotizací vyhřezlé pleteně, kterou je již nutné odstranit chirurgicky (Obr. 2).

Odlišení perianální trombózy a hemoroidálního onemocnění

Pro odlišení popsaných typů a stadií hemoroidálního onemocnění v lékárně je nutné se pacienta zeptat na subjektivní příznaky, objektivní projevy a také na časový aspekt.

Perianální trombóza je stav, který vzniká

Obr. 2. Stadia hemoroidálního onemocnění



Zdroj: archiv spol. Servier, archiv MUDr. Koudy

náhle po těžké fyzické námaze, po usilovném vyprazdňování nebo např. po průjmu. U pacienta se ze dne na den objeví u řitního otvoru bulka citlivá na pohmat, která nekrvácí a nelze reponovat. Pacient nález obvykle popisuje jako „zevní hemoroid“. V takovém případě přináší rychlou úlevu kombinace lokální a systémové léčby, která může problém zcela vyřešit. Chirurgické odstranění trombu je vhodné pouze u větších trombóz, přesahujících cca 5 mm v průměru.

Pokud si pacient stěžuje na dlouhodobou přítomnost bulky, která se opakovaně vyklenuje z řitního kanálu a občas při defekaci krvácí (jasně červená krev) a je nebolestivá, nejedná se o perianální trombózu, ale o **hemoroidální onemocnění**. Takovému pacientovi je vhodné vydat přípravek pro lokální léčbu a doporučit mu návštěvu u praktického lékaře, který může předepsat vhodné venotonikum, anebo pacienta odeslat na specializované pracoviště.

Krvácení z konečníku

Hemoroidální onemocnění není prekanceróza. Rizikové není ani mírné průvodní krvácení. Krvácení z konečníku je ale společným projevem řady onemocnění včetně závažnějších diagnóz. Lékárník by se tedy měl pacienta na přítomnost krvácení a jeho charakter zeptat. **Hemoroidální onemocnění** je nejčastější příčinou krvácení z konečníku. Jedná se o periodicky se opakující (1× za 2–3 týdny) drobné krvácení, které pacient zaznamená po defekaci na toaletním papíru nebo kolem stolice. Krev je jasně červená. Současně pacient pociťuje

diskomfort, svědění, tlak nebo pocit vlhnutí v oblasti konečníku. Pokud nejsou hemoroidální uzly zanícené, není toto krvácení bolestivé.

Druhou nejčastější příčinou krvácení z anu je **řitní fisura**. V tomto případě je krvácení provázeno značnou bolestivostí, objevuje se při každé defekaci a bolest přetrvává i několik hodin po vyprázdnění. Často vzniku příznaků předchází usilovné vyprázdnění tuhé stolice. Krev je také jasně červená a může být i rozstříknuta po toaletní míse. Trhliny řitního otvoru postihují spíše jedince mladšího věku se silným stahem svěrače.

Zvýšenou pozornost a časně lékařské vyšetření si zasluhuje krvácení, kdy je krev smíchaná se stolicí a hlenem a toto krvácení je nebolestivé. Pacienta je třeba se zeptat na nechutenství a váhový úbytek. Může se jednat o **polypy, nádor konečníku nebo tlustého střeva**, které postihují spíše starší jedince. Odchod krvavého hlenu provázený bolestmi břicha, průjmky a nepřiměřeně malým množstvím stolice v mladším věku svědčí spíše pro proktitidu nebo **nespecifický střevní zánět**. Odchod čerstvé krve z konečníku u starších osob může provázet také **divertikulitidu**, a pokud předcházela aktinoterapie pro tumor prostaty nebo děložního čípku, může být projevem **angiodysplazie**.

Pro každé krvácení z konečníku jednoznačně platí – včas vyšetřit, objektivizovat zdroj a zahájit adekvátní léčbu.

Doporučení k lékaři u perianální trombózy

Lékařník by měl pacienta s příznaky naznačujícími přítomnost perianální trombózy, kterému vydal přípravek pro lokální léčbu, odeslat k praktickému lékaři, který rozhodne o další léčbě a vyloučí jiná závažnější onemocnění. V některých případech je zcela dostačující konzervativní léčba zahrnující venotonika. V závažnějších případech odešle praktický lékař pacienta na chirurgické pracoviště nebo ke spádovému proktologovi, který rozhodne o další ambulantní nebo chirurgické léčbě.

Komplexní léčba hemoroidálního onemocnění

Při léčbě hemoroidálního onemocnění je možné se opírat o aktuální odborná doporučení. V současné době se jedná o Doporučení

pro léčbu hemoroidálního onemocnění Evropské koloproktologické společnosti z roku 2019 (4), podle nichž základní léčba u všech 4 stadií onemocnění zahrnuje venofarmaka, topickou léčbu, trénink vyprazdňování a dietní opatření, a o Doporučené postupy pro praktické lékaře Společnosti všeobecného lékařství z roku 2021 (5), podle nichž je na místě systémová i lokální léčba, přičemž základní pilíř představují venofarmaka. Z nich má nejširší mechanismus účinku mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF).

V prostředí lékárny lze pacientovi s hemoroidálním onemocněním nabídnout komplexní postup. Měl by zahrnovat systémovou léčbu, jejímž cílem je posílení žilní stěny v hemoroidálních pleteních a zastavení probíhajícího zánětu, dále topickou léčbu pro lokální úlevu, zmírnění příznaků a prevenci a také režimová opatření s cílem předejít zácpě, např. dostatek tekutin, dostatek vlákniny, anální hygienu a trénink vyprazdňování.

Systémová léčba hemoroidálního onemocnění

Systémová léčba hemoroidálního onemocnění spočívá v podávání venofarmak, která zmírňují doprovázející příznaky, jako bolest, krvácení a zánět. Mohou obsahovat MPFF, ruscin, hesperidin, troxerutin, oxerutin či mikronizovaný diosmin. Některá venofarmaka dosahují rychlejší absorpce, zvyšují rezistenci cévní stěny, potlačují zánět a působí proti krvácení (6). Účinnost zejména mikronizované purifikované flavonoidní frakce diosminu a hesperidinu v léčbě hemoroidálního onemocnění byla opakovaně

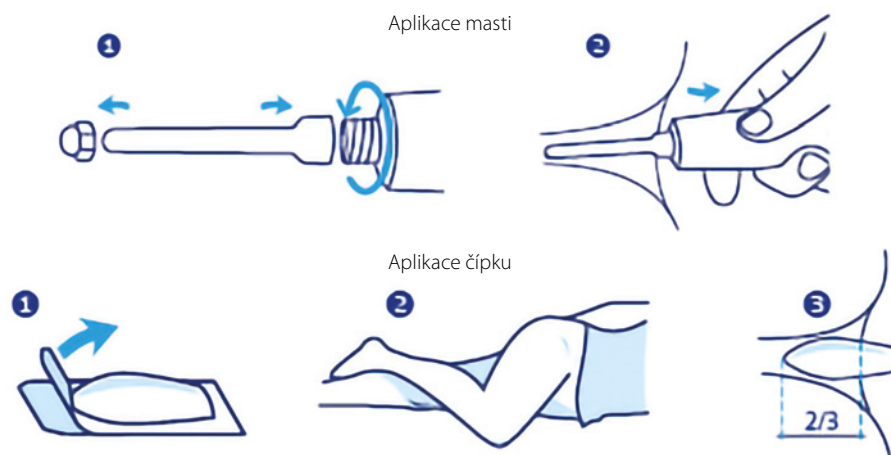
potvrzena řadou klinických studií, stejně jako protizánětlivý efekt tribenosidu a standardizovaného extraktu z Ginkgo biloba (7).

V praxi je vhodné vydávat venofarmaka pro systémovou léčbu jak u pacientů s akutními obtížemi, tak s chronickým hemoroidálním onemocněním. V akutní fázi je na místě zvýšené dávkování (8). Expedovat je třeba v souladu s SPC.

Lokální léčba a její správná aplikace

Systémově podávaná venofarmaka mohou být kombinována s jakýmkoli lokálním přípravkem pro léčbu hemoroidálního onemocnění. Dostupné jsou různé přípravky ve formě mastí, krémů a čípků, z nichž většina je volně prodejná. Zahrnují lokální anestetika, kortikosteroidy, venotonika, hemostyptika, protizánětlivé přípravky či sukralfát. Je třeba ale zvolit správný lokální přípravek. Podávání lokálních anestetik u hemoroidálního onemocnění nemá oporu v klinických studiích, doložený přínos mají pouze po chirurgickém zákroku. Lékařník by měl také vědět, že lokální anestetika a kortikosteroidy mohou při dlouhodobém užívání zhoršovat kontaktní dermatitidu (9–12). Pokožka v okolí řitního otvoru je velmi jemná a mikroskopicky se blíží pokožce na obličeji. Použití nevhodného lokálního přípravku proto může vést k nepříjemné iritaci kůže v okolí anu až k výrazné dermatitidě. Vhodné jsou přípravky, které na postižené oblasti vytvoří ochrannou vrstvu, podpoří hojení, díky lubrikačnímu efektu usnadní vyprazdňování a ochrání pokožku před dalším vysycháním.

Obr. 3. Správná aplikace lokálních přípravků na léčbu hemoroidálního onemocnění



Zdroj: archiv Servier

Velmi důležitá je také správná aplikace lokální léčby. Mast je třeba aplikovat přímo na hemoroidální pleteně, nikoliv jen na kůži v okolí anu. Ke správné aplikaci masti do řitního kanálu lze využít aplikátor, kterým se vpraví mast na místo určení a poté se otáčecím rozetřem. Nesprávná aplikace může vést i ke zhoršení pálení a nepříjemných pocitů v postižené oblasti.

Někdy pacienti chybují také v zavádění čípků. Jejich zavedení do rektální ampuly vede k laxativnímu účinku, ovšem požadovaný lokální efekt je mizivý. Správně má být čípek zasunut do řitního kanálu jen částečně, okraj by měl vyčnívat. Po částečném rozpuštění se může posunout hlouběji. Nejvhodnější pro zavádění je poloha na boku vleže. Dobrým tipem pro pacienty je použití čípku na noc a masti s aplikátorem během dne.

Semiinvasivní a chirurgická léčba hemoroidů

Pokud konzervativní léčba nemá dostatečný efekt, zkracuje se doba mezi atakami a ataky se prodlužují, lze přistoupit ke semiinvasivní terapii. U 1. stadia se používá sklerotizace nebo unipolární proud. Tyto postupy uzavírají průchod krve hemoroidálním uzlem, zmenšují ho a uzel přeměňují na vazivo.

Ve 2. stadiu hemoroidálního onemocnění je nejčastěji používanou ambulantní metodou podvaz gumovým kroužkem. Tím se odškrtní nadbytečná tkáň, která následně odpadne. Další možností je aplikace unipolárního proudu přímo do místa uzlu, která uzavírá hemoroidální uzel. Rozšířeným postupem je ošetření infračerveným zářením. Působením tepla se jizvením omezuje průtok přívodními a odvodními cévami hemoroidálního uzlu

a ten se zmenšuje. Pokročilejší metodou je uzávěr přívodních hemoroidálních tepen. Tepna se vyhledá pomocí ultrazvuku a poté se buď podváže, nebo uzavře laserovým paprskem.

U pacientů se 3. stadiem hemoroidálního onemocnění je třeba rozhodnout, zda je nutný klasický chirurgický zákrok v celkové anestezii, či zda lze dostatečného efektu dosáhnout kombinací výše uvedených metod. V takových případech se objemný prolabovaný hemoroidální uzel nejprve zmenší podvazem nebo laserovým uzávěrem přívodné tepny a poté se na jeho zbývající část naloží elastická ligatura, která vede k jeho odloučení. Kromě klasického chirurgického zákroku lze použít Longovu metodu, kdy se pomocí speciálního šicího přístroje uzavřou přívodné a odvodné cévy do hemoroidálního uzlu, což vede k jeho zmenšení.

Ve 4. stadiu rozlišujeme akutní fázi (uskřínutý nereponovatelný uzel s otokem a zánětem), kdy je vždy třeba v první fázi postupovat konzervativně. Podají se venotonika, vazoprotektiva, lokální léčba, někdy je nutná i hospitalizace s podáváním kortikosteroidů, výjimečně antibiotik. Pokud nedojde k rychlému ústupu obtíží, provádí se akutní operace. V chronické fázi se jedná o fibrotizaci objemných prolabovaných uzlů, které již nelze reponovat, a odstraňují se vždy v celkové anestezii operací (4, 5).

Komunikace lékárníka s pacientem

V lékárně je základem úspěšného řešení obtíží spojených s hemoroidálním onemocněním správně vedená komunikace s pacientem, s výhodou může být využití konzultační

místnosti, pokud je v lékárně k dispozici. Lékárník by se neměl ptát na „vnitřní“ nebo „vnější“ hemoroidy, ale zjistit skutečné příznaky. Zeptat se pacienta, jak dlouho obtíže trvají, jak vznikly, zda je přítomna bolest, hmatná bulka, zda ji lze zatlačit, co vzniklo potíží předcházelo. Důležitá je otázka na krvácení a jeho charakter. Lékárník by měl pacientovi doporučit, aby se s obtížemi spojenými s hemoroidálním onemocněním svěřil svému praktickému lékaři, který může předepsat systémovou léčbu, anebo v případě potřeby pacienta odeslat ke specialistovi. Dále by měl lékárník pacientovi nabídnout lokální přípravek s prokázanou účinností a spolu s pacientem zvolit vhodnou lékovou formu. Aplikaci masti i čípku je třeba pacientovi vysvětlit, případně nabídnout kombinaci obou. Pacienta je třeba poučit i o vhodných režimových opatřeních. Správná komunikace může příznivě ovlivnit adherenci pacienta k léčbě.

Závěr

Hemoroidální onemocnění nemusí být ani v lékárně tabu. Lékárník může pacientovi s tímto onemocněním pomoci. Měl by ale vědět, na co se pacienta s těmito potížemi ptát, a nabídnout mu komplexní řešení v souladu s doporučenými postupy. Zahrnují kombinaci venofarmak a lokálních přípravků. Lokální terapie může být vhodná i v období bez příznaků pro zlepšení vyprazdňování a prevenci vzniku ragád. Pacient by měl být poučen o režimových opatřeních a správné dispenzací lokálních přípravků. Úkolem lékárníka je vypíchnout přínos komplexního přístupu a doporučit pacientovi návštěvu lékaře.

LITERATURA

- Godeberge P, Sheikh P, Zagriadiš E, et al. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and HemORrhoidal diseases evaluation and Scientific research). J Gastroenterol Hepatol. 2020;35(4):577-585.
- Órhalni J. Hemoroidy – konzervativní, či chirurgický přístup? Med. praxi 2012;9(6-7):269-273.
- Vlček P, Korbička, Diviš P, et al. Co nového v léčbě hemoroidů? Med. Praxi. 2010;7(1):9-13.
- van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, et al. European Society of ColoProctology (ESCP) Guideline for Haemorrhoidal Disease. Dostupné na: <https://www.escp.eu.com/images/guidelines/documents/ESCP-Guidelines-Haemorrhoidal-Disease-2019-02.pdf>.

- Seifert B, Hoch J, Zimolová P, et al. Hemoroidální nemoc. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné na: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy/2020/DP-Hemoroidální.pdf>.
- Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. Int Angiol. 2018;37(3):181-254.
- Šimandl O. Role systémové a lokální terapie v samoléčbě hemoroidálního onemocnění ve vztahu k jeho symptomatologii – od teorie k praxi. Prakt. Lékař. 2021;17(3):175-182.
- Tuhá K. Možnosti farmakoterapie hemoroidálního onemocnění. Prakt Lékař. 2014;10(3):102-104.

- Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018;61(3):284-292.
- Johanson JF. Nonsurgical treatment of hemorrhoids. J Gastrointest Surg. 2002;6(3):290-294.
- Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol. 2012;18(17):2009-2017.
- Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004;126(5):1463-1473.