

HEMOROIDI – DIJAGNOZA I TERAPIJSKE MOGUĆNOSTI

HEMORRHOIDS – DIAGNOSIS AND TREATMENT OPTIONS

DUBRAVKO SMUĐ, TIHOMIR KEKEZ, MATE MAJEROVIĆ, SANDA SMUĐ*

Deskriptori: Hemoroidi – dijagnostika, liječenje

Sažetak. Hemoroidi su česta bolest odrasle populacije. Prevalencija iznosi više od 4%. Tek trećina bolesnika sa simptomatskim hemoroidima odlučuje se zatražiti liječničku pomoć. Od tisuću posjeta bolesnika liječniku opće prakse u SAD-u 12 ih je zbog hemoroida. Sastoje se od jastučića vezivnog tkiva, koje obuhvaća izravne arteriovenske komunikacije. Očituju se krvarenjem, boli i svrbežom, ali druga anorektalna patologija mora se isključiti. Smjernice preporučuju da je minimum pretraga kod bolesnika s hematokezijom anoskopija i fleksibilna sigmoidoskopija. Hemoroidi prvog stupnja mogu se liječiti konzervativno. Kirurški se liječe bolesnici s trećim i četvrtim stupnjem hemoroida te oni kod kojih je konzervativno liječenje neuspješno. Nova metoda liječenja je staplerska hemoroidektomija koja značajno smanjuje poslijeoperacijsku bol, ostanak u bolnici te uporabu analgetika, a uspješnost je jednaka kao kod ekscizijske hemoroidektomije.

Descriptors: Hemorrhoids – diagnosis, therapy

Summary. Hemorrhoids are a common condition in adult population with prevalence of about 4%. Only a third of patients with symptomatic hemorrhoids seek medical help. The annual rate of office visits for hemorrhoids is 12 for every 1000 patients in the United States. Hemorrhoids consist of connective tissue cushions surrounding direct arteriovenous communication. They can cause bleeding, pain and itching but other anorectal diseases should be ruled out. Current guidelines recommend a minimum of anoscopy and flexible sigmoidoscopy for bright-red rectal bleeding. Care depends on the extent of hemorrhoids. First-degree hemorrhoids can be managed with medical treatment. Surgery is reserved for patients with third and fourth-degree hemorrhoids and failure of nonoperative treatment. A new method of the stapled hemorrhoidectomy has been introduced which significantly reduces postoperative pain, hospital stay and use of analgesics with results that are equal to excisional hemorrhoidectomy.

Liječ Vjesn 2005;127:129–133

Hemoroidi su česta bolest odrasle populacije. Prema nekim studijama prevalencija iznosi više od 4%.¹ Bolest podjednako zahvaća oba spola i učestalost raste s dobi.² Tek trećina bolesnika sa simptomatskim hemoroidima odlučuje se zatražiti liječničku pomoć.³ Od tisuću posjeta bolesnika liječniku opće prakse u SAD-u 12 ih je zbog hemoroida.⁴ Zbog toga je važno da liječnici opće prakse, gastroenterolozi i kirurzi mogu točno dijagnosticirati hemoroide te bolesniku ponuditi razumljiv i učinkovit terapijski plan.⁵

Hemoroidi se nalaze u submukoznom prostoru analnog kanala. Sastoje se od jastučića vezivnog tkiva, koje obuhvaća izravne arteriovenske komunikacije između terminalnih ograna gornje i srednje rektalne arterije te gornje, srednje i donje rektalne vene.⁶ Analni submukozni glatki mišići polaze od združenoga longitudinalnog mišićnog sloja i unutrašnjeg analnog sfinktera te se hvataju u području submukoznoga vaskularnog prostora. Ti glatki mišići suspendiraju hemoroidalne jastučice.^{6,7} Jastučići čine 15–20% analnog tlaka u mirovanju te daju senzorne informacije koje omogućuju razlikovanje nalazi li se u analnom kanalu plin, tekućina ili čvrsta stolica. Oni još služe kao čepovi, koji služe za potpuno zatvaranje analnog kanala. Tijekom kašljanja te vaskularne strukture se povećavaju te sprječavaju bježanje stolice.⁸ Svaki čovjek ima te jastučice, pa čak i fetus, a hemoroidima se nazivaju samo povećani jastučići koji prave teškoće jer su sa sluznicom skliznuli prema dolje. Većina ljudi ima tri glavna jastučića. Anatomske studije pokazuju da tri tipična mjesta desno srijeda, desno straga te lijevo lateralno ima svega 19% ljudi.⁶

Točan uzrok nastanka povećanih prolabiranih jastučića nije poznat. Mnogi kliničari vjeruju da prehrana siromašna neprobavljivim vlaknima, produženo sjedenje na WC-u (čitajući no-

vine), napinjanje pri tvrdj stolicu pridonosi razvoju hemoroida, no pravi dokazi tim tvrdnjama nedostaju.⁸ Spominju se i drugi čimbenici kao što su opstipacija, proljev, trudnoća i nasljedna sklonost. Trudnoća je precipitirajući čimbenik razvoja hemoroida, iako se većina bolesnica vrati nakon trudnoće u prvobitno stanje.⁹ Portalna hipertenzija često se spominje kao uzrok hemoroida iako je dokazano da ona ne dovodi do veće učestalosti hemoroida.¹⁰ Portalna hipertenzija može uzrokovati varikse analnog kanala te posljedično krvarenje. Takvo je krvarenje često praćeno koagulopatijom i ne smije se zamijeniti s krvarenjem iz hemoroida. Krvarenje iz analnih variksa najbolje se može riješiti uklanjanjem portalne hipertenzije.¹¹

Mnoge studije su pokazale da je analni tlak u mirovanju povišen kod bolesnika s hemoroidima. Ne zna se je li povišeni tlak uzrok ili posljedica hemoroida, no tlak u mirovanju se normalizira nakon hemoroidektomije.¹²

Podjela

Hemoroidi se dijele prema smještaju na unutrašnje i vanjske. Dijeli ih linija dentata, tj. nazubljena linija. Vanjski hemoroidi pokriveni su mnogoslojnim pločastim epitelom te su inervirani preko pudendalnog živca i sakralnog plexusa. Unutrašnji hemoroidi pokriveni su cilindričnim epitelom te u tom području nema živčanih završetaka za bol.

* **Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb** (mr. sc. Dubravko Smuđ, dr. med.; Tihomir Kekez, dr. med.; prof. dr. sc. Mate Majerović, dr. med.; Sanda Smuđ, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. T. Kekez, Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb

Primljeno 3. veljače 2005., prihvaćeno 30. svibnja 2005.

Tablica 1. Klasifikacija hemoroida i načini liječenja
Table 1. Classification of hemorrhoids and treatment options

Klasifikacija Classification	Načini liječenja Treatment options
1. stupanj – bez prolapsa hemoroida First degree – no prolapse	Dijeta/Diet Skleroterapija/Sclerotherapy Infracrvena koagulacija Infrared coagulation
2. stupanj – prolabirani hemoroidi se spontano vraćaju Second degree – prolapse is spontaneously reducible	Skleroterapija/Sclerotherapy Infracrvena koagulacija Infrared coagulation Gumiligatura/Banding PPH nakon neuspjeha gumiligatura PPH if banding fails
3. stupanj – prolabirani hemoroidi se mogu manualno vratiti Third degree – prolapse is manually reducible	Gumiligatura/Banding Hemoroidektomija Hemorrhoidectomy PPH
4. stupanj – prolabirani hemoroidi se ne mogu vratiti Fourth degree – prolapse is not reducible	Hemoroidektomija Hemorrhoidectomy PPH

Iako postoji više pokušaja klasifikacije hemoroida koji će bolje opisati intenzitet simptoma, većina kolorektalnih kirurga rabi klasifikaciju hemoroida u četiri stupnja koju je uveo Banov 1985. godine.¹³ Unutrašnji hemoroidi koji krvare, ali nisu prolabirali prvi su stupanj. Hemoroidi koji su prolabirali te se spontano vraćaju drugi su stupanj. Hemoroidi koji se mogu vratiti u analni kanal manualno hemoroidi su trećeg stupnja. Četvrti stupanj su hemoroidi koji se ne mogu vratiti u analni kanal te oni obično uključuju vanjsku komponentu hemoroida. Smisao klasifikacije hemoroida, kao i svake logične klasifikacije, jest izbor optimalnog načina liječenja za svakog bolesnika te za usporedbu učinkovitosti različitih metoda liječenja.

Obično se hemoroidi očituju nakon 30. godine života, ali se mogu javiti i ranije. Tipični bolesnik ima između 45 i 65 godina. Hemoroidi uzrokuju krvarenje, prolaps i iscjedak. To se tkivo lako ozljeđuje, što dovodi do krvarenja. Krv je svijetlocrvena zbog visoke koncentracije kisika u arteriovenskim komunikacijama analnih jastučića.¹⁴ Prolaps rektalne sluznice dovodi do depozicije mukusa na perianalnoj koži, što uzrokuje svrbež. Unutrašnji hemoroidi ne mogu izazvati kutanu bol, no prolabirani unutarnji hemoroidi mogu dovesti do spazma sfinktera i perianalne boli. Vanjski hemoroidi su asimptomatski osim ako ne tromboziraju, kada se očituju akutno kao bolna perianalna otekline.¹⁵ Tromboza obično nastaje nakon specifičnog događaja, najčešće fizičke aktivnosti, napinjanja pri defekaciji ili nakon proljeva. Bol je posljedica distenzije kože trombom i okolnim edemom. Bol traje 7–14 dana te prestaje razgradnjom tromba, a proširena koža koja zaostaje stvara bolesnicima probleme prilikom higijene.¹⁶ Novije studije pokazuju da hitna kirurška terapija kod tromboziranih hemoroida unutar prvih 48 sati daje bolje rezultate od konzervativnog liječenja. Kirurški liječeni bolesnici imaju manju incidenciju recidiva bolesti, duže razdoblje remisije te se simptomi brže smiruju.¹⁷

Za većinu bolesnika pojava bilo kojeg anorektalnog simptoma znači dijagnozu hemoroida. Liječnici ne bi trebali raditi iste pretpostavke samo na temelju anamneze. Hemoroidi su česti uzrok krvarenja, svrbeža i boli u perianalnoj regiji. No treba uzeti u obzir i druge uzroke tih simptoma. Jedna je studija pokazala da 65% bolesnika pojavu krvi, svrbeža ili boli u analnoj regiji povezuje s hemoroidima. Takva kriva pretpostavka vodi krivom načinu liječenja mastima i čepićima za hemoroide, što dovodi do nepotrebnih troškova, a ne uzrokuje poboljšanje kod bolesnika.¹⁸ Svrbež kože uzrokuje hemoroidi, ali svrbež može biti posljedica blage inkontinencije ili perianalnog dermatitisa. Analna bol obično je znak tromboziranih vanjskih

hemoroida, ali mogu je uzrokovati i analne fisure ili perianalni apsces. Petina bolesnika s hemoroidima ima popratnu analnu fisuru.¹⁹ Krvarenje iz hemoroida obično je bezbolno te se sastoji od nekoliko kapljica svijetlocrvene krvi. Zbog toga je sideropenična anemija rijetko uzrokovana krvarenjem iz hemoroida.²⁰

Svakog bolesnika koji dolazi zbog problema s hemoroidima treba pregledati digitorektalno i s pomoću anoskopa. Digitorektalni pregled moguće je napraviti u položaju na lijevom boku koji je bolesnicima manje neugodan od položaja s glavom prema dolje. Moguće je ispipati cijelu cirkumferenciju analnog kanala, tvorbe u anusu te bolne točke, no unutrašnji se hemoroidi ne mogu pipati.¹⁶ Najbolja i najtočnija metoda za pregled analnog kanala i distalnog rektuma je anoskopija. Anoskopija je sigurna pretraga koja iznimno rijetko uzrokuje komplikacije te se može obaviti bez prethodne pripreme crijeva. Vrlo je senzitivna pretraga kojom se može otkriti gotovo svaka lezija anorektalne regije točnije nego kolonoskopom.^{21,22}

Kod pregleda bolesnika s hematokezijom treba uvijek misliti na proksimalnije uzroke krvarenja kao što su neoplazme i upalne bolesti crijeva. Američko društvo za gastrointestinalnu endoskopiju i Društvo kirurga alimentarnog trakta izdali su smjernice da *minimum obrade bolesnika s hematokezijom uključuje anoskopiju i fleksibilnu sigmoidoskopiju*. Potpuni pregled debelog crijeva kolonoskopijom ili irigografijom indiciran je kad je krvarenje atipično za hemoroide, ako se ne nađe uzrok krvarenja pri anoskopiji te kod bolesnika koji imaju znatni rizik od razvoja neoplazme kolona. Odluka o daljnjoj evaluaciji također ovisi o dobi bolesnika i njegovu općem stanju.²³

Opće preporuke bolesnicima obično uključuju prehranu bogatu neprobavljivim vlaknima te izbjegavanje napinjanja pri defekaciji. Jedna dvostruko slijepa studija pokazala je da dodatak neprobavljivih vlakana prehrani smanjuje krvarenje iz hemoroida i bolne defekacije,²⁴ no druge studije nisu pokazale znatnija poboljšanja pri takvoj prehrani.²⁶ Druge mjere uključuju unos dovoljne količine tekućine (barem osam čaša na dan) te povećanje fizičke aktivnosti.²⁵

Većina bolesnika kao prvu terapijsku mjeru rabi masti i čepiće s analgeticima i glukokortikoidima. Jedna prospektivna studija je pokazala da nitroglicerinska mast smanjuje bol kod tromboziranih vanjskih hemoroida, najvjerojatnije smanjivanjem tonusa analnog sfinktera. Druga studija pokazuje da dodatak nifedipina lidokainskoj masti smanjuje bol bolje nego lidokainska mast sama.²⁹ Nekoliko manjih studija pokazuje da flavonoidi smanjuju simptome uzrokovane hemoroidima. Flavonoidi povećavaju venski tonus, limfnu drenažu i otpornost kapilara, a normaliziraju kapilarnu propustljivost. Ti lijekovi nisu odobreni za uporabu u SAD-u.²⁹

Nekoliko metoda koje ne uključuju kiruršku eksciziju dostupno je za liječenje bolesnika s hemoroidima. Te neoperacijske metode obično se rade ambulantno i ne zahtijevaju anesteziju. Iako su neekscizijske, dovode do ablacije tako što uzrokuju trombozu, sklerozu i nekrozu mukoznog dijela hemoroidalnog kompleksa. Neoperacijske metode rabe se za hemoroide II. i III. stupnja ali su indicirane i kod hemoroida I. stupnja ako je konzervativno liječenje neuspješno.³⁰ Često bolesnici pitaju kada da se odluče za ablacijske metode liječenja. Postoji stara uzrečica koja kaže da se ne može postići da se asimptomatski bolesnik osjeća bolje, što upućuje na to da se hemoroidi trebaju liječiti ablacijom ili kirurški tek kad uzrokuju simptome.

Skleroterapija je jedan od najstarijih oblika neoperacijskog liječenja hemoroida. Uveo ju je Morgan 1869. u Dublinu. Submukozna injekcija 5 ml 5% fenola u području baze hemoroida dovodi do tromboze krvnih žila, skleroze vezivnog tkiva te skvrčavanja i fiksacije hemoroidalnog pleksusa. Ne zahtijeva

anesteziju te treba samo nekoliko minuta za izvedbu putem anoskopa.³⁰ Učinkovitost je različita te ima studija koje pokazuju poboljšanje ili izlječenje u 89% bolesnika.³² Druga studija pokazuje da nema razlike u smanjenju krvarenja nakon skleroterapije te dijete s puno ostalih stvari.³³ Unutar 4 g. hemoroidni simptomi vraćaju se u oko 30% bolesnika.³⁴

Krioterapija se danas se rijetko rabi zbog velike učestalosti komplikacija.

Bipolarna diatermija i IC koagulacija – te tehnike dovode do koagulacije, obliteracije i skleroze unutrašnjih hemoroida. Nekrotično tkivo se odljušti te ostaje ulkus koji cijeli fibrozno. Bipolarna diatermija primjenjuje se manje od 30 sekundi na bazu hemoroida. Oko 12% bolesnika ima boli, krvarenje i spazam unutrašnjeg sfinktera tijekom postupka. Diatermijom se liječe hemoroidi I., II. i III. stupnja s uspješnošću od 80 do 90%.³⁵ Tom se metodom eliminira prolabirano tkivo, a 20 % bolesnika treba ekscizijsku hemoroidektomiju. IC koagulacija proizvodi infracrvene zrake i primjenjuje se preko polimerske probe u području baze hemoroida iznad tranzicijske zone. Postupak dugo traje pa se danas rjeđe primjenjuje.³⁶

Gumiligatura – tom se metodom podvezuju unutrašnji hemoroidi. Gumeni prsten mora se postaviti bar 2 cm iznad linije dentate. Ako se prsten postavi previše distalno, dovodi do jake boli zbog dobre inervacije ispod linije dentate. Ligacija hemoroida moguća je ambulantno bez potrebe za anestezijom. Za postavljanje gumiligatura hemoroidi se vizualiziraju s pomoću rigidnog proktoskopa. Danas je moguće gumiligature postavljati i uz pomoć fleksibilnog videoendoskopa, što omogućuje bolji prikaz te točnije postavljanje ligatura. Podvezivanje se rabi za hemoroide I., II. i III. stupnja. Većina autora preferira rješavanje 1 ili 2-ju hemoroida tijekom jednog zahvata iako studije pokazuju da se uspješno mogu podvezati sva tri hemoroida istodobno. No postavljanje četiriju i više ligatura smanjuje uspješnost liječenja te je češće potrebna reintervencija. Kao i ostali neoperacijski postupci ligacija gumenim prstenom ne rješava vanjske hemoroide. Uspjeh metode razlikuje se od studije do studije, no kreće se između 70 i 90% i sličan je za hemoroide različitog stupnja.^{37,39} Studije se razlikuju u rezultatima zbog razlike u dužini praćenja bolesnika i uporabi drugačijih kriterija kojima se vrednuje uspjeh. Neke studije govore o učestalosti recidiva od 68% tijekom petogodišnjeg praćenja, no simptomi se uspješno rješavaju postavljanjem nove gumiligature. Najčešće komplikacije tog postupka su bol i krvarenje, a rjeđe su apsces, retencija urina i ispadanje ligature.³⁸ Krvarenje je češće u bolesnika koji uzimaju varfarin ili acetilsalicilnu kiselinu. Metaanalize pokazuju da je ligiranje gumenim prstenom učinkovitije od skleroterapije i IC fotokoagulacije, rjeđe je potrebna dodatna terapija, no češće uzrokuje bol.³¹ Kako autori jedne metaanalize daju prednost boljoj učinkovitosti, a drugi manje bolnim tehnikama, inicijalni postupak izbora za hemoroide I., II. i III. stupnja može biti podvezivanje gumiligaturama i skleroterapija.

Kirurško liječenje je najuspješniji oblik liječenja hemoroida. Recidiv bolesti nakon dobro izvedene hemoroidektomije vrlo je rijedak.³¹ No, neoperacijske metode su prvi izbor ako se mogu izvesti, zbog toga što kirurgija uzrokuje više boli i komplikacija. Indikacije za kiruršku hemoroidektomiju su:

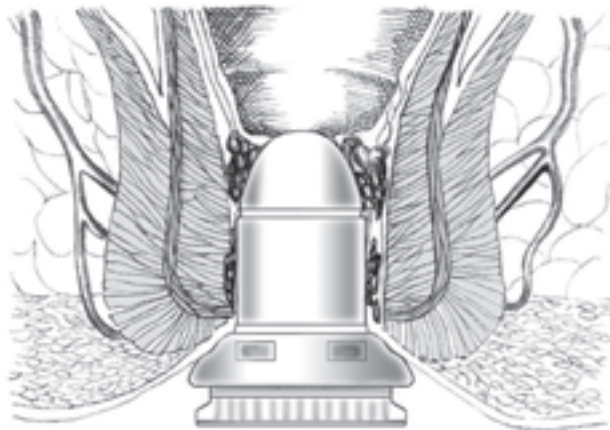
- hemoroidi III. i IV. stupnja;
- neuspjeh neoperacijskog liječenja;
- osobni izbor bolesnika;
- popratna stanja koja zahtijevaju kiruršku terapiju (analna fisura ili fistula).²³ 5–10% bolesnika, obično onih s III. i IV. stupnjem hemoroida zahtijeva kiruršku hemoroidektomiju.¹⁹

Kirurška hemoroidektomija može se obaviti otvorenom ili zatvorenom tehnikom. *Otvorena tehnika po Milligan-Morga-*



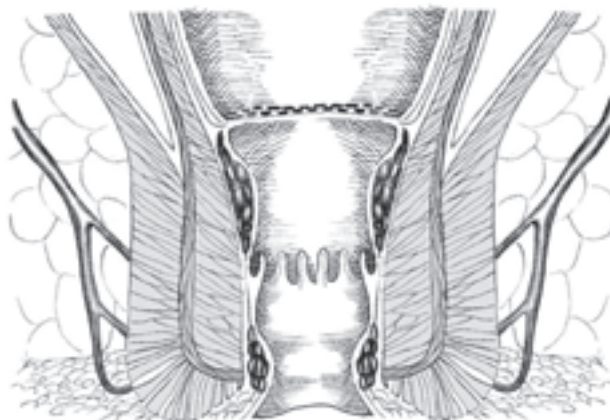
Slika 1. Prolabirano i povećano hemoroidalno tkivo koje je skliznulo prema dolje

Figure 1. Hemorrhoid tissue is enlarged and has slipped down from its normal position



Slika 2. Uvođenje analnog dilatatora i opturatora dovodi do redukcije prolapsa analne sluznice

Figure 2. The introduction of the Circular Anal Dilator causes the reduction of the prolapse of the anal skin and parts of the anal mucous membrane



Slika 3. Višak tkiva je odstranjen, a prolaps korigiran. Zaostaju sitne klipse iznad nazubljene linije gdje je napravljena cirkularna ekscizija rektalne sluznice

Figure 3. Excess tissue has been removed and the prolapse corrected. The procedure leaves a band of tiny staples, in an area where circular ring of rectal mucosa has been excised

nu razvijena je 1937. u Velikoj Britaniji. Unutrašnja i vanjska komponenta hemoroida se ekscidiraju te se rane ostave otvorene da zarastaju sekundarno.⁴⁰ Tehnika je pouzdana te se danas smatra zlatnim standardom prema kojem se mjeri uspješnost drugih metoda. No metoda je vrlo neugodna za bolesnika. Ekscizija se radi ispod nazubljene linije, a to je područje dobro inervirano te izrazito bolno.⁴⁰ Zarastanje *per secundam* traje dugo (4–8 tjedana), što je uzrok produženog morbiditeta. *Zatvorena hemoroidektomija po Fergusonu* je u principu istovjetna metodi po Milligan-Morganu s tom razlikom da se mjesto ekscizije primarno zatvara.⁴¹ Budući da su česte infekcije postoperacijske rane te da postoji potreba za uklanjanjem šavova, nema bitnih razlika u cijeljenju ili postoperacijskoj boli između te dvije metode.⁴² Glavni nedostatak ekscizijske hemoroidektomije jest izražena poslijeoperacijska bol koja najčešće zahtjeva opioidnu analgeziju. Pokazano je da metronidazol primijenjen sustavno ili lokalno smanjuje poslijeoperacijsku bol, edem te poboljšava cijeljenje kod otvorene hemoroidektomije,⁴³ dok kod zatvorene hemoroidektomije nije pokazao takve učinke.⁴⁴ Studije pokazuju da se bolesnici vraćaju na posao 2–4 tjedna nakon klasičnoga kirurškog zahvata.⁴⁵

Longo je 1998. uveo novi pristup hemoroidektomiji, modifikirajući cirkularni stapler koji se rabi za kolorektalne anastomoze nakon resekcija crijeva. Takva se hemoroidektomija naziva staplerska, a poznata je i kao staplerska anoepsija, prolapsktomija, cirkumferencijska mukozektomija, no danas se taj postupak najčešće naziva *postupak za prolapsirane hemoroide (PPH)*. Tom se metodom ekscidira prsten rektalne mukoze i submukoza iznad analnog kanala, tj. proksimalno od linije dentate.⁴⁶ Cilj je resuspendirati prolapsirano hemoroidalno tkivo natrag u analni kanal, kao i prekid krvne opskrbe tog tkiva. Kožni privjesci i povećani vanjski hemoroidi ne odstranjuju se tom metodom. Cirkumferencijska ekscizija sluznice radi se iznad nazubljene linije gdje nema živčanih završetaka za bol te ta metoda uzrokuje znatno manje boli od klasične kirurške hemoroidektomije.⁴⁷ Metoda se može izvesti u općoj, spinalnoj i epiduralnoj anesteziji, a noviji radovi pokazuju da se postupak može obaviti i u lokalnoj anesteziji uz sedaciju bolesnika.⁴⁸ Prednost PPH-metode je što uzrokuje manje boli te je manja potreba za poslijeoperacijskom analgezijom. Brži je oporavak, kraći boravak u bolnici te povratak bolesnika normalnim aktivnostima.⁴⁹ Krajnja cijena PPH-metode i ekscizijske hemoroidektomije je slična jer se veća cijena staplera neutralizira kraćim boravkom u bolnici te manjom potrebom za lijekovima. To je bitno jer bolesnici kojima je indicirano operacijsko liječenje hemoroida najčešće odbijaju takav način liječenja zbog straha od boli i dugotrajnog oporavka nakon klasične hemoroidektomije. Studije su pokazale da su komplikacije i recidivi kod staplerske i konvencionalne hemoroidektomije podjednaki tijekom praćenja od tri i pol godine.⁵⁰ Liječenje bolesnika s cirkularnim staplerom pokazuje da je 96% bolesnika potpuno zadovoljno 18 mjeseci nakon operacije. Morbiditet je nizak i nije veći nego kod ekscizijske hemoroidektomije. No, rezultati izravno ovise o uvježbanosti kirurga u toj metodi, a ne o samoj tehnici.⁵¹

Indikacije za PPH uključuju:

- hemoroide II. stupnja nakon neuspješne terapije gumiligatorama,
- hemoroide III. i IV. stupnja,
- prolaps rektalne sluznice.

Zaključak

Hemoroidi su česta bolest odrasle populacije koja uzrokuje krvarenje, bol i iscjedak. Svakog bolesnika treba pregledati digitorektalno i anoskopski, a onima koji krvare treba napra-

viti i fleksibilnu sigmoidoskopiju radi isključenja tumora ili upalnih bolesti crijeva.

Hemoroidne je važno stupnjevat i radi odluke o odgovarajućem načinu liječenja. Unatrag nekoliko godina uveli smo novu metodu kirurškog liječenja hemoroida (PPH) koja daje dobre rezultate uz znatno manje poslijeoperacijske boli, a koja je najčešći uzrok izbjegavanja operacijskog liječenja kad je ono stvarno indicirano.

LITERATURA

1. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1993;36:1118–20.
2. Abramowitz L, Godeberge P, Stumont G, Soudan D. Clinical practice guidelines for the treatment of hemorrhoid disease. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:674–702.
3. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98:380–6.
4. Johanson JF, Sonnenberg A. Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Dis Colon Rectum* 1991;34:585–591.
5. Bassford T. Treatment of common anorectal disorders. *Am Fam Phys* 1992;45:1787–94.
6. Thompson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975;62:542–52.
7. Hansen HH. The importance of the musculus analis ani for continence and anorectal disease. *Langebecks Arch Chir* 1976;341:23–37.
8. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg* 1994;81:946–954.
9. Saleeby RG Jr, Rosen L, Stasik JJ. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? *Dis Colon Rectum* 1991;34:260–1.
10. Chawla Y, Dilawari JB. Anorectal varices – their frequency in cirrhotic and non-cirrhotic portal hypertension. *Gut* 1991;32:309–11.
11. Hosking SW, Johnson AG. Bleeding anorectal varices – a misunderstood condition. *Surgery* 1988;104:70–3.
12. Hiltunen KM, Matikainen M. Anal manometric findings in symptomatic hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1985;28:807–9.
13. Banov L Jr, Knoepf LF Jr, Erdman LH, Alia RT. Management of hemorrhoidal disease. *J S C Med Assoc* 1985;81:398–401.
14. Thulesius O, Gjores JE. Arterio-venous anastomoses in the anal region with references to the pathogenesis and treatment of haemorrhoids. *Acta Chir Scand* 1973;139:476–8.
15. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001;63:2391–98.
16. Alonso-Coello P, Castillejo MM. Office evaluation and treatment of hemorrhoids. *J Fam Pract* 2003;52:366–74.
17. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1493–8.
18. Rohde H, Christ H. Haemorrhoids are too often assumed and treated. Survey of 548 patients with anal discomfort. *Dtsch Med Wochenschr* 2004;129:1965–9.
19. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, Goldberg SM, Buls JG. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum* 1992;35:477–81.
20. Kluiber RM, Wolff BG. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1006–7.
21. Kelly SM, Sanowski RA, Fouch PG, Bellapralu S, Haynes WC. A prospective comparison of anoscopy and fiber endoscopy in detecting anal lesions. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8:658–60.
22. Korkis AM, McDougall CJ. Rectal bleeding in patients less than 50 years of age. *Dig Dis Sci* 1995;40:1520–3.
23. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1461–2.
24. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. *Dis Colon Rectum* 1982; 25:454–6.
25. Webster DJ, Gough DC, Craven JL. The use of bulk evacuant in patients with haemorrhoids. *Br J Surg* 1978;65:291–2.
26. Perez-Miranda M, Gomez-Cedenilla A, Leon-Colombo T, Pajares J, Mate-Jimenez J. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. *Hepatogastroenterology* 1996;43:1504–7.
27. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonoid fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:66–9.
28. Perrotti P, Antropoli C, Molino D, De Stefano G, Antropoli M. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:405–9.

29. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg* 2000;87:868–72.
30. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1600–6.
31. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995;38:687–94.
32. Khoury GA, Lake SP, Lewis MC, Lewis AA. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatment for haemorrhoids. *Br J Surg* 1985;72:741–2.
33. Senapati A, Nicholls RJ. A randomised trial to compare the results of injection sclerotherapy with a bulk laxative alone in the treatment of bleeding haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 1988;3:124–6.
34. Walker AJ, Leicester RJ, Nicholls RJ, Mann CV. A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis*. 1990;5:113–6.
35. Jensen DM, Jutabha R, Machado GA i sur. Prospective randomized comparative study of bipolar electrocoagulation versus heater probe for treatment of chronically bleeding internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc* 1997;46:435–43.
36. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, Deville W, Meuwissen SG. A randomized controlled trial of rubber band ligation versus infra-red coagulation in the treatment of internal haemorrhoids. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:535–9.
37. Wroblewski DE, Corman ML, Veidenheimer MC, Coller JA. Long-term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1980;23:478–82.
38. Wroblewski DE. Rubber band ligation of hemorrhoids. *R I Med* 1995;78:172–3.
39. Steinberg DM, Liegois H, Alexander-Williams J. Long term review of the results of rubber band ligation of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975;62:144–6.
40. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937;2:1119–24.
41. Ho YH, Seow-Choen F, Tan M, Leong AF. Randomized controlled trial of open and closed haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1997; 84:1729–30.
42. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick SJ, Phillips RK. Randomized trial of open versus closed day-case haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1999;86:612–13.
43. Nicholson TJ, Armstrong D. Topical metronidazole (10 percent) decreases posthemorrhoidectomy pain and improves healing. *Dis Colon Rectum* 2004;47:711–6.
44. Balfour L, Stojkovic SG, Botterill ID, Burke DA, Finan PJ, Sagar PM. A randomized, double-blind trial of the effect of metronidazole on pain after closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1186–90.
45. Ho YH, Cheong WK, Tsang C i sur. Stapled hemorrhoidectomy – cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessment up to three months. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1666–75.
46. Corman ML, Gravie JF, Hager T i sur. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party – indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 2003;5:304–10.
47. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1837–45.
48. Esser S, Khubchandani I, Rakhmanine M. Stapled hemorrhoidectomy with local anesthesia can be performed safely and cost-efficiently. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1164–9.
49. Senagore AJ, Singer M, Abcarian H i sur. Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH) Multicenter Study Group. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1824–36.
50. Au-Yong I, Rowsell M, Hemingway DM. Randomised controlled clinical trial of stapled haemorrhoidectomy vs conventional haemorrhoidectomy; a three and a half year follow up. *Colorectal Dis* 2004;6:37–8.
51. Pessaux P, Tuech JJ, Laurent B i sur. Morbidity after stapled haemorrhoidectomy: long-term results about 140 patients and review of the literature. *Ann Chir* 2004;129:571–7.

* * *

Vijesti News

Glavni odbor Hrvatskoga liječničkog zbora
Povjerenstvo za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora

raspisuje

NATJEČAJ **za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora u 2005. godini**

Na temelju Pravilnika o odličjima i priznanjima Hrvatskoga liječničkog zbora, usvojenog 3. travnja 2002. godine, prijedlozi podružnica i stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora za odličja i priznanja Zbora dostavljaju se Glavnom odboru HLZ-a, Povjerenstvu za odličja i priznanja, najkasnije do 31. listopada 2005. godine, s ispunjenim upitnikom za predlaganje odličja. Kasnije pristigli i nepotpuni prijedlozi neće se uzeti u razmatranje.

Odličja i priznanja bit će usvojena i objavljena na 114. redovitoj Godišnjoj skupštini Hrvatskoga liječničkog zbora 26. veljače 2006. godine.

Upitnici za predlaganje odličja mogu se podići u Tajništvu HLZ-a u Zagrebu.