

BOALA HEMOROIDALĂ

R. Voiosu*, Liliana Dimitriu*, V.S. Dutescu*

REZUMAT

Boala hemoroidală afectează grav confortul pacienților, obiectivul medicului fiind ameliorarea simptomelor cât mai rapid. Folosind Proctolog® pentru pacienții lor, autorii remarcă eficiența și excelenta toleranță la medicament în prima zi de tratament cu Proctolog® 88% din pacienți nu au mai avut durere, în a treia zi de tratament 92% din pacienți erau asimptomatici și vindecați, iar în a cincea zi de tratament toți pacienții erau asimptomatici (12%) și vindecați (88%).

Cuvinte cheie: PROCTOLOG®, hemoroizi.

Hemoroizii reprezintă dilatația varicoasă a plexurilor venoase din submucoasa anorectală. Incidența este mai mare între 30 și 60 de ani, repartizată în mod egal pe sexe. Venele rectului formează o bogată rețea în submucoasă, cunoscută sub numele de plex hemoroidal, individualizat în două porțiuni, superioară sau internă și inferioară sau externă, sediul celor două forme obișnuite de hemoroizi.

În etiopatogenia hemoroizilor se combină staza sau hipertensiunea venoasă pelviană cu alterarea morfofuncțională a pereților venoși. Hipertensiunea venoasă pelviană determinată de staza permanentă la acest nivel produce dilatația lumenului vascular venos. Hipertensiunea venoasă cu staza pelviană poate avea cauze multiple:

1. ciroza hepatică sau oricare alt obstacol (tromboza, tumori pancreatice) pe trunchiul venei porte realizează sindromul de hipertensiune portală;
2. tumorile pelviene, genitale sau rectale, pot comprima căile de drenaj venos ale rectului;
3. sarcina;
4. insuficiența cardiacă congestivă.

Alterarea morfofuncțională a pereților venoși determină dilatația lumenului care antrenează staza venoasă cu perturbări hemodinamice secundare:

1. Factorul ereditar constituțional: în hemoroizi există o predispoziție ereditară în ceea ce privește "calitatea mai slabă a țesutului de collagen";
2. Factorul inflamator: alterarea peretelui venos este deseori secundară proceselor inflamatorii de vecinătate. Inflamația care determină alterarea venelor rectale are două surse: anorectita și inflamația criptelor Morgani.

Alături de factorii principali discutați trebuie amintit că majoritatea bolnavilor prezintă și tulburări de tranzit gastrointestinal (constipație, diaree). Regimul alimentar bogat în condimente și consumul de alcool sunt alți factori implicați în patogeneza bolii hemoroidale, la fel cum deseori acești pacienți sunt sedentari, cu profesii care impun statul pe scaun majoritatea timpului.

ABSTRACT

The hemorrhoidal disease

The hemorrhoids do disturb the patient's comfort, so that the doctor's first objective is to calm down the symptoms as fast as possible. The authors find up the effectiveness of the Proctolog® and an excellent tolerance during the treatment. In first day of the treatment with Proctolog® they obtain 88% good results against local pain, and after 5 days all patients had been healed.

Key words: hemorrhoids, Proctolog®.

Există două teorii patogenice:

- Teoria circulatorie în care factorii incriminați sunt: jena mecanică în întoarcerea venoasă, creșterea debitului arterial splanhnic (putând explica manifestările postprandiale care pot apare) și fragilitatea capilarelor din submucoasă;
- Teoria mecanică: relaxarea tisulară din degenerescența colagenică, anomalii frecvent observate la manometria anorectală (hipertonia bazală a sfîcterului intern, creșterea presiunii la contracția voluntară).

Factorii predispozanți și declanșatori sunt:

1. tulburări de tranzit gastrointestinal;
2. factori familiali (poligenetici);
3. perioada activă genitală (menstruația, sarcina, nașterea);
4. intoleranța tratamentelor locale (antibiotice, antiinflamatorii);
5. factori alimentari (susceptibilitatea individuală la condimente, alcool, cafea);
6. sedentarismul;
7. anumite activități sportive (echitația, ciclismul etc.)

Din punct de vedere macroscopic hemoroizii pot fi împărțiți după localizare în:

- hemoroizi dezvoltati din plexul rectal superior;
- hemoroizi dezvoltati din plexul rectal inferior;
- hemoroizi micști, în care sunt ambele plexuri rectale interesate.

Hemoroizii dezvoltati din plexul rectal superior pot rămâne ignorați de bolnavi toată viața, dacă nu survine o tromboză locală sau o complicație de altă natură; uneori pot determina prurit anal sau pot produce jenă în defecație, semne în realitate dependente de hemoroizii interni inaparenți. La inspecție hemoroizii se prezintă sub forma unor tumorete moi, indolore, care se accentuează la efortul de tuse sau defecație.

Simptomatologia hemoroizilor dezvoltati din plexul rectal inferior este dominată de:

* Conf. dr. Radu Voiosu, Asist. univ. dr. Liliana Dimitriu, Dr. Vlad Sorin Dutescu - Secția de gastroenterologie, Spî. N. G. Lupu

1. hemoragiile care se produc după defecație (inițial), iar apoi devin din ce în ce mai frecvente. Sângele rămâne la suprafață și nu se amestecă cu scaunul. La hemoroizii vechi, datorită procesului de scleroză venoasă, hemoragiile au tendința să se reducă sau să dispară locul lor fiind luat de prolapsul hemoroidal;
2. scurgeri sero-muco-purulente, care provin din procesul de anorectită care determină hipersecreția glandelor mucoase. Datorită scurgerii permanente de secreții se produce un prurit rebel și eczematizarea regiunii;
3. prolapsul mucos - se diferențiază trei forme de prolaps:
 - prolaps temporar, care apare în timpul efortului de defecație și se reduce spontan;
 - prolaps permanent, care se menține și după defecație, dar este reductibil prin manevre externe;
 - prolaps ireductibil, caracteristic hemoroizilor complicați cu tromboflebita.
4. durerea cu localizare anală care apare ca o senzație de greutate în anus, de evacuare incompletă a materiilor fecale după defecație. Apariția unei dureri bine individualizate în regiunea anală marchează constituirea unei complicații inflamatorii.

Alături de cele patru semne cardinale bolnavii pot asocia și tulburări dispeptice, disconfort anal și o nevroză depresivă.

Examenul proctologic constă în:

- tuseu rectal;
- inspecție pentru căutarea leziunilor;
- aprecierea tonicității sfincterului;
- anuscopie - permite abordarea canalului anal și apreciază stadiul și caracterul evolutiv al leziunilor.

Volumul hemoroizilor permite o clasificare. Această clasificare este arbitrară și poate fi structurată astfel:

- stadiul I - hemoroizii nu sunt proccidenți, iar pacientul are rectoragii;
- stadiul II - proccidența apare la defecație și este spontan reductibilă;
- stadiul III - proccidența apare la defecație și necesită integrare manuală;
- stadiul IV - proccidența permanentă.

Complicațiile hemoroizilor sunt tromboza și tromboflebita hemoroidală:

● Tromboza hemoroidală externă debutează după un efort de defecație, după un episod diareic sau o chintă de tuse, cu o senzație de tensiune anală ce se transformă repede în durere acută. La palparea regiunii anale se constată prezența uneia sau mai multor tumorete foarte dureroase, care nu se reduc în lumenul canalului anal. În mod obișnuit tromboza hemoroidală externă evoluează spre transformare fibroasă; edemul cedează progresiv, tumoreta se sclerozează și este transformată într-o marișcă hemoroidală.

● Tromboflebita hemoroidală internă simplă - interesează hemoroizii din canalul anal, dar și pe cei prolabați și reductibili. Simptomatologia relativ modestă se caracterizează, pe de o parte printr-o senzație inițială de tensiune dureroasă în canalul anal, iar pe de altă parte prin prezența unei tumorete dure, violacee, asemănătoare cu cea din tromboza hemoroizilor dezvoltată din plexul rectal

superior, diferența constând numai în localizarea procesului.

● Tromboflebita hemoroizilor dezvoltată din plexul rectal inferior, prolabați și ireductibili (cunoscut sub numele de "prolaps hemoroidal strangulat") este complicația cea mai gravă și mai dureroasă a hemoroizilor interni. Două elemente, de valoare inegală, pot contribui la ireductibilitatea prolapsului: tromboflebita, care determină creșterea rapidă de volum a tumorii hemoroidale și spasmul sfincterian adăugat. Modificările stării generale, febra, tulburările reflexe urinare de tip retențional, dar mai ales durerea vie, anală și perianală, obligă bolnavul să rămână la pat într-o poziție antalgică. La examenul obiectiv, pachetul hemoroidal prolabat și trombozat apare mult crescut de volum.

Tratată corect (uneori și netratată) tromboflebită hemoroidală prolabată și ireductibilă se poate termina prin rezoluția procesului în decurs de 2 - 4 săptămâni, fără alte complicații, dar bolnavul rămâne expus la repetarea fenomenului. Uneori se produce gangrena tumorii prolabate, care se elimină în cea mai mare parte, lăsând o ulceratie, în general greu de vindecat, chiar sub tratament.

În formele grave, tromboflebita hemoroidală se poate extinde la venele pelvisului sau la vena portă, realizând tabloul unei flebite pelviene sau al unei pileflebite. Pachetele hemoroidale pot să supureze și infecția să se propage în spațiile perianale, perirectale sau la organele din micul bazin.

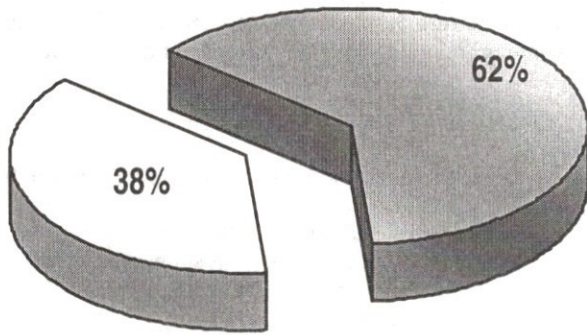
În 1988, la Hôpital Nord, în Marseille, Prof. P. Colonna și colaboratorii au evidențiat printr-un studiu clinic de manometrie ano-rectală importante modificări ale presiunii la nivelul marginilor anale (la 1 cm și la 3 cm) la pacienți cu afecțiuni hemoroidale. Folosind metoda obiectivă a manometriei ano-rectale s-a constatat că toți pacienții aveau o presiune mult crescută față de normal. Folosind **Proctolog®** cremă sau supozitoare s-a determinat o scădere a presiunii la nivelul marginilor anale (la 1 cm și la 3 cm), în 20 de minute de la aplicația medicamentului presiunea revenind la valorile normale.

Proctolog® reprezintă o combinație de trimebutină și ruscogenina tipizată în supozitoare și cremă. Trimebutina este un agonist encefalinergic acționând ca reglator al motilității digestive de la nivelul esofagului până la anus; în afectările hemoroidale acționează puternic spasmolitic reducând rapid spasmul anal. Astfel se explică acțiunea rapidă de calmare a durerii în afectările hemoroidale. Ruscogenina, un extract natural, are o dublă acțiune vasculoprotectoare (scade congestia, crește rezistența capilară și scade sângerarea) și antiedematoasă (reduce edemul cu efect analgezic). Lipsa unui derivat corticoid din compoziția produsului permite utilizarea **Proctolog®** atât în crizele hemoroidale acute și fisurile anale, cât și după hemoroidectomie.

Obținând rezultate foarte bune în tratarea pacienților cu **Proctolog®** am dorit să facem o monitorizare a unui lot de pacienți pentru a ne convinge că rezultatele obținute au o relevanță statistică. Am urmărit trei aspecte deosebit de importante pentru pacienții cu afecțiuni hemoroidale: calmarea durerii, apariția unor reacții adverse în timpul tratamentului și durata medie a tratamentului până la dispariția tuturor simptomelor.

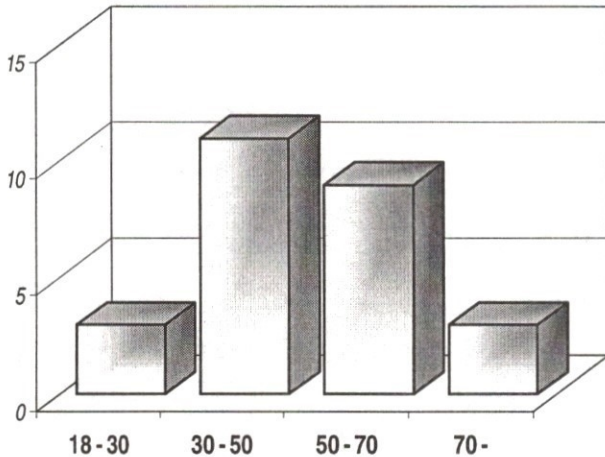
Lotul a inclus 24 de pacienți internați în Secția de Gastroenterologie a Spitalului N. Gh. Lupu. Majoritatea pacienților - 75% (18 pacienți) aveau afecțiuni de bază și urmau tratamente corespunzătoare, ceea ce ne-a permis o evaluare mai bună a toleranței pacienților la tratamentul cu **Proctolog®**. Repartiția pe sexe a fost conform graficului de

mai jos:



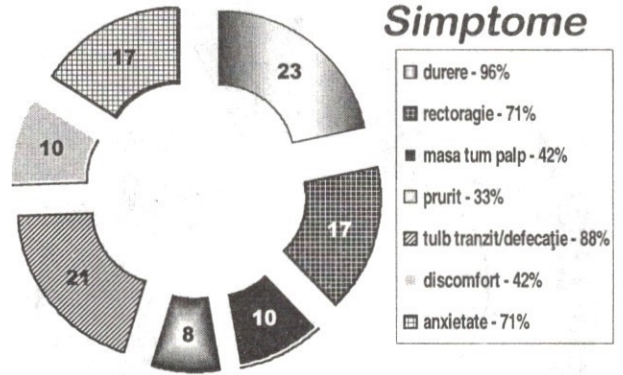
■ bărbați 15 □ femei 9

Repartiția pe grupe de vârstă ne arată, ca și în teorie, că persoanele cele mai afectate aparțin intervalului 30 - 70 de ani:



Din totalul de 24 de pacienți, 21 (87,5%) aveau în antecedente cel puțin încă un episod de criză hemoroidală; dintre aceștia doar 3 (14%) nu urmaseră nici un tratament pentru crizele anterioare. Aceasta ne confirmă că sunt foarte puține cazuri în care suferința pacientului cu afecțiune hemoroidală îi permite acestuia să nu urmeze un tratament, majoritatea căutând diferite remedii medicale pentru ameliorarea suferinței. 14 (58%) din totalul pacienților urmau o dietă alimentară, iar din aceștia unul singur nu avea tulburări de tranzit intestinal! Se poate observa disponibilitatea pacienților la dietă, dar este foarte important ca dieta să fie însoțită de reeducarea reflexului de defecație și de o reglare (alimentară sau/și medicamentoasă) a tranzitului intestinal. 4 (16%) din pacienți au AHC pozitive.

Din graficul de mai jos se pot observa care manifestări apar mai frecvent în boala hemoroidală, determinând pacientul să se adreseze medicului.



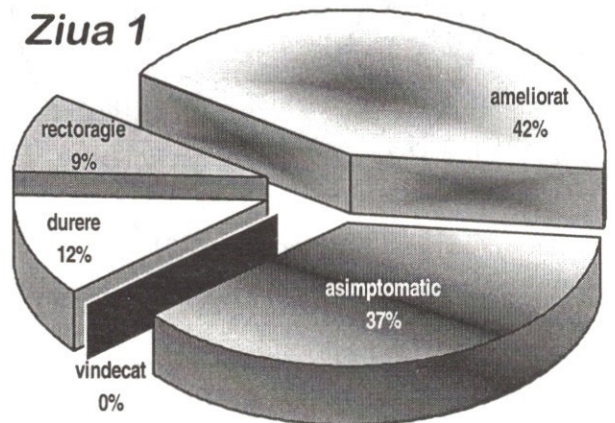
Durerea este unul din cele mai importante simptome, fiind prezentă la aproape toți pacienții. Intensitatea ei este de cele mai multe ori foarte importantă, instaurarea unui tratament eficient în cel mai scurt timp fiind esențial. Importanța acestei suferințe și gravitatea bolii în sine este sugerată și de tulburările afective care apar la toți pacienții - discomfortul la 42% din pacienți și mai ales anxietatea la aproape 72% din pacienți. Rectoragia apare și ea la aproape 3/4 din pacienți, poate determina chiar și anemie, și este foarte important să excludem alte cauze (neoplasm, polipoza etc.) de hemoragie. Era de așteptat ca majoritatea pacienților - 88% să prezinte modificări ale tranzitului intestinal. Din totalul lor 76% aveau constipație, 10% diaree, 5% incontinență și 5% alternanță diaree/constipație. Combaterea constipației trebuie să ocupe un loc important în îngrijirea bolnavului, inclusiv după rezolvarea bolii hemoroidale.

6 pacienți au fost diagnosticați cu tromboza hemoroidală și 18 pacienți cu boala hemoroidală (criza acută hemoroidală).

14 pacienți au fost tratați cu **Proctolog®** supozitoare (12 au folosit o doză de 2 supozitoare pe zi, iar 2 un singur supozitor pe zi), iar 10 pacienți au fost tratați cu **Proctolog®** cremă (12 pacienți au folosit două aplicații pe zi, iar doi au folosit o singură aplicație pe zi).

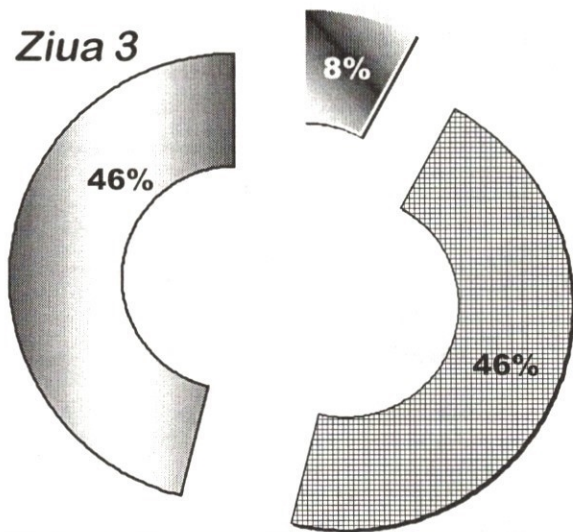
S-a urmărit evoluția afecțiunii hemoroidale în zilele 1, 3 și 5 de la începerea tratamentului, cele trei grafice de mai jos ilustrând evoluția.

Ziua 1



După prima zi de tratament doar 12% din pacienți au mai prezentat durere, iar 9% rectoragie. Aproape jumătate - 43% din pacienți prezentau o ameliorare evidentă a simptomatologiei, în timp ce 38% din pacienți erau asimptomatici.

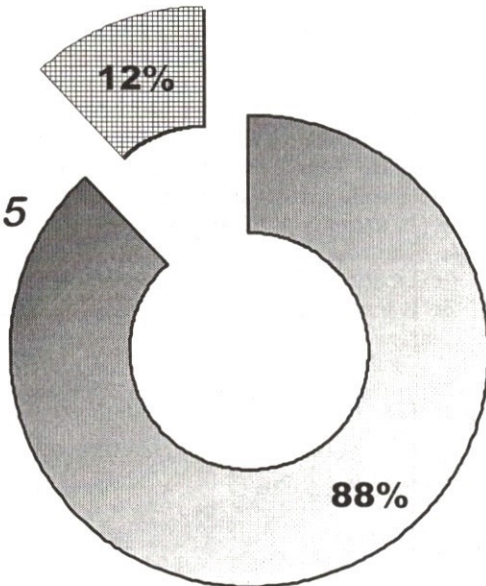
Ziua 3



■ ameliorat - 2 ■ asimptomatic - 11 ■ vindecat - 11

În ziua a treia de tratament, deja 46% din pacienți erau vindecați, iar alți 46% erau asimptomatici, rămânând doar 2 pacienți - 8% care prezentau o ameliorare a simptomatologiei. Practic 92% din pacienți au fost valizi în a treia zi de tratament, putând să-și desfășoare activitățile normale fără să mai fie deranjați de boala hemoroidală.

Ziua 5



■ vindecat - 21
■ asimptomatic - 3

În ziua a cincea de tratament, nici un pacient nu mai prezenta durere sau alte simptome, 88% din pacienți fiind vindecați, iar restul de 12% erau asimptomatici.

Nu s-a semnalat nici o reacție adversă în timpul tratamentului, toleranța la **Proctolog®** fiind excelentă.

Concluzii

- boala hemoroidală afectează sever confortul bolnavului;
- trebuie verificată cauza rectoragiei;
- durerea este cel mai important simptom și de aceea tratamentul trebuie să vizeze ameliorarea acesteia cât mai rapid;
- în urma tratamentului cu Proctolog® la 24 de ore de la începere doar 12% din pacienți mai prezentau dureri, iar ziua a treia 92% din pacienți fiind valizi, pentru ca în ziua a cincea practic toți pacienții să fie fără suferință;
- toți pacienții au avut o toleranță excelentă la tratament, indiferent de vârstă, afecțiuni asociate sau medicație concomitentă.