

Tendențe moderne în diagnosticul și tratamentul bolii hemoroidale

Modern trends in the diagnosis and treatment of hemorrhoidal disease

Dr. Romică MEHIC¹, Dr. Alexandru Laurențiu CHIOTOROIU¹, Prof. Dr. Mircea BEURAN^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Introducere. Boala hemoroidală (BH) reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni anorectale, având o prevalență de 4,4% și multiple implicații sociale, medicale și economice. De aici, interesul și permanenta tendință de modificare a atitudinii privind abordarea și tratamentul acestei afecțiuni.

Material și metodă. Am studiat tratatele și articolele publicate pornind de la tehnicile clasice de tratament al BH și încercând să identificăm tendințele de evoluție a acestora, precum și apariția unor noi tehnici și tehnologii terapeutice și gradul de implementare a acestora.

Concluzii. Există o tendință de promovare a tehnicilor ambulatorii în tratamentul BH, ele ajungând în unele țări la 90% dintre cazuri. Medicina ambulatorie are multiple avantaje: crește eficiența utilizării paturilor de spital, crește gradul de satisfacție al pacientului, scade costurile per caz rezolvat. Intervențiile moderne de cabinet (ligatura prin benzi elastice, scleroterapia, coagularea cu infraroșu) sau noile intervențiile miniinvoazive (DG-HAL, PPH) îndeplinesc condițiile anestezice și chirurgicale ale unei intervenții de ambulator. O operație ideală ar trebui să aibă un număr cât mai mic de recidive, să nu se însoțească de complicații majore, să permită o reintegrare în activitate cât mai rapidă, să se poată efectua în condiții de ambulator și să implice costuri cât mai mici. Problema ghidurilor de bună practică în medicină a devenit din ce în ce mai actuală pe măsură ce a crescut importanța practică a aplicării medicamentelor bazate pe dovezi, a cantității din ce în ce mai mari de informații medicale, a implicării conflictelor medico-legale în relația dintre medic și pacient. Pornind de la aceste ghiduri, fiecare unitate sanitară ar trebui să aibă propriile protocoale și proceduri.

Cuvinte cheie: hemoroizi, tehnici, tehnologii, tendințe, ghiduri

ABSTRACT

Introduction. Hemorrhoidal disease (HD) is one of the most common anorectal disorders with a prevalence of 4.4% and with multiple social, medical and economic implications. Hence the interest and permanent tendencies of change of approach and treatment of this disease.

Material and methods. We studied medical books and articles starting from classical techniques of treatment of HD and trying to identify the tendencies of its evolution as well as the appearance of new therapeutic techniques and technologies and the degree of their implementation.

Conclusions. There is a tendency of promotion of ambulatory techniques in the treatment of HD, rising in some countries to 90%. Ambulatory medicine has multiple advantages: the increasing efficiency of hospital beds use, increasing of patient degree of satisfaction, lower costs for every resolved case. The modern office procedures (rubber band ligation, injection sclerotherapy, infrared coagulation) or the new miniinvasive

Adresă de corespondență:

Dr. Romică Mehic, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, Calea Floreasca nr. 8, sector 1, București
E-mail: mehicro@yahoo.com

techniques (DG-HAL, PPH) meet the anesthetic and surgical conditions of an ambulatory surgery. The ideal operation should have as low as possible recurrences, not have major complications, allow as quickly as possible resumption of social activities, can be done ambulatory and have as small as possible costs. The problem of good medical guidelines of medical practice became more and more actual, with increasing of practical application of evidence-based medicine, with increasing quantity of medical informations, with involvement of medical conflicts in patient-physician relationship. Starting from these guidelines every medical facility should have his own protocols and procedures.

Keywords: hemorrhoids, techniques, technologies, tendencies, guidelines

Câteva reperi istorice

Boala hemoroidală a constituit o problemă pentru ființa umană din cele mai vechi timpuri, odată cu ridicarea acesteia la poziția bipedă. Codul lui Hammurabi, regele Babilonului, descrie încă din 2.250 î.H. date legate de simptomatologia ce însoțește boala hemoroidală. La 460-375 î.H., scrierile lui Hipocrate descriu tratamentul hemoroizilor prin cauterizare cu fierul încins și excizie. Vechiul Testament preciza despre pedepsirea filistinilor prin hemoroizi. Îi datorăm lui Frederick Salmon înființarea în 1835, la Spitalul St. Marks din Londra, a Fundației pentru tratamentul bolilor anorectale, în special pentru fistula perianală și boala hemoroidală, și tot lui îi datorăm primele scrieri amănunțite privind tehnicile de tratament al hemoroizilor. În secolul XX, s-au pus la punct tehnicile clasice de tratament ale hemoroizilor prin procedeele de hemoroidectomie publicate de E.T.C. Milligan și C.N. Morgan, A.G. Parks, J.A. Ferguson. În ultimii 30 de ani, s-au pus bazele și, odată cu dezvoltarea medicinei de ambulator, s-au aplicat pe scară din ce în ce mai largă tratamente miniinvazive prin aplicare de inele elastice, diatermie, termo-coagulare cu infraroșu, coagulare cu unde laser. Tehnicile moderne anatomice și fiziopatologice – cum sunt DG-HAL, publicată de K. Morinaga, și PPH, publicată de A. Longo – vin la rândul lor să înlocuiască cu o eficiență comparativă tehnicile excizionale clasice mai agresive și cu mai multe complicații [1].

Tendențe moderne în managementul bolii hemoroidale

Promovarea diagnosticului și tratamentului bolii hemoroidale în regim de ambulator – Diagnosticul și tratamentul bolii hemoroidale au cunoscut multiple modificări în ultimele două decenii, acestea provenind în principal de la posibilitatea examinării și explorărilor complementare pentru definirea statusului biologic și a diagnosticului diferențial al hemoroizilor în re-

gim de ambulator, precum și de la apariția și promovarea unor tehnici terapeutice noi, de cabinet și miniinvazive. Medicina ambulatorie are o serie de avantaje medicale, sociale și economice: crește eficiența utilizării paturilor de spital și atribuirea lor pentru cazuri mai complexe, scade infecțiile nosocomiale, scade durata de așteptare pe lista de programări, crește gradul de satisfacție a pacientului, care revine mai repede la activitățile cotidiene, evitând, pe de altă parte, inconveniente psihice de „halat alb”, scade costurile per caz rezolvat.

Pe de altă parte medicina de ambulator presupune o bună selecție a cazurilor, o adaptare a tehnicii anestezice, o tehnică operatorie sigură și cu riscuri și complicații minime.

Noi tehnici și noi dispozitive – O operație ideală care se adresează bolii hemoroidale ar trebui să aibă un număr cât mai mic de recidive (ne referim în special la rectoragii și prolaps), să nu se însoțească de complicații majore, să respecte, pe cât se poate, anatomia regiunii anale, disconfortul postoperator să fie minim și ușor controlabil prin antialgice, să permită o reintegrare în activitate cât mai rapidă, să se poată efectua în condiții de ambulator și să implice costuri cât mai mici. Plecând de la aceste deziderate, s-au imaginat și promovat în ultimii ani o serie de tehnici miniinvazive cum ar fi: ligatura prin benzi elastice, scleroterapia prin injectare de substanțe sclerozante, coagulare cu infraroșu, electroterapia prin aplicarea directă de curent, diatermia bipolară, laser-terapia. Au apărut, de asemenea, o serie de tehnici miniinvazive care încearcă ameliorarea complicațiilor tehnicilor excizionale clasice fiind aplicabile și la hemoroizi de grad mai înalt (III sau IV): DG-HAL și PPH. Aceste tehnici nu ar putea fi posibile dacă tehnologia medicală nu ar fi ținut pasul cu noile idei introduse. Astfel, s-au introdus aparate care folosesc metode fizice de disecție și hemostază care sunt din ce în ce mai eficiente și mai puțin agresive pe țesuturile din jur (radiofrecvență, infraroșu, sigilare vasculară, laser), aparate care

dirijează tehnicile chirurgicale (DG-HAL care folosește detectarea exactă a vaselor prin Doppler), dispozitive cu sutură mecanică (stapler).

Elaborarea ghidurilor de practică medicală în boala hemoroidală

Aplicarea principiilor medicinei moderne – „bazată pe dovezi” – și folosirea unor criterii transparente în prezentarea consimțământului informat privind investigațiile necesare pentru diagnostic, alegerea procedurii, posibilele complicații postoperatorii și rezultatele pe termen scurt și lung au dus la necesitatea aplicării în practica medicală a ghidurilor de diagnostic și tratament.

Asistăm nu numai la extinderea domeniilor pentru care se elaborează ghiduri medicale, ci și la efortul de a actualiza și populariza aceste ghiduri, pe baza cărora fiecare unitate medicală își elaborează propriile protocoale și proceduri.

Ghidurile nu trebuie considerate atotcuprinzătoare și nici obligatorii. Ele sunt orientative, decizia finală fiind a medicului curant în funcție de circumstanțele prezentate de pacient.

Scopul ghidurilor este:

1. de a înțelege epidemiologia, etiologia, patogenia, diagnosticul, tratamentul și prognosticul bolii;
2. de a facilita siguranța și eficiența tratamentului;
3. de a diminua incertitudinile decizionale;
4. de a crea o înțelegere mutuală între beneficiarul și furnizorul de servicii medicale.

Tratamentul bolii hemoroidale în ambulator

Medicina a început, am putea spune, cu medicina de ambulator, pentru că la început nu existau așezăminte specializate în practici medicale, „actul medical” având loc la domiciliul pacientului. Trăim în vremuri în care asociem aproape inconștient actul medical cu cuvântul „spital”. Smith L.E. propunea încă din 1986 ca 90% dintre procedurile legate de afecțiunile anorectale să se facă în regim de ambulator. Introducerea și aplicarea din ce în ce mai largă a conceptului „cost-eficientă” în medicină, alături de dezvoltarea serviciilor medicale private au dus la o reîntoarcere la medicina ambulatorie, ajungându-se în SUA ca intervențiile chirurgicale efectuate în condiții de ambulator să evolueze de la 16% în 1980 la 67% în 2003, conform datelor publicate de Asociația Spitalelor Americane (2).

Spitalele sunt structuri complexe care au personal specializat diversificat, dotări cu aparatură și echipamente sofisticate, condiții hoteliere particulare actului medical. Efectuarea unor acte medicale de complexitate mai mică în condiții de spitalizare, pe lângă faptul că aduce o creștere nejustificată a prețului actului medical, duce la folosirea nejudicioasă a resurselor, micșorează numărul de paturi care s-ar putea folosi pentru cazuri mai complexe și produce o prelungire a listelor de așteptare cu întârzierea în consecință a actului medical.

Urmărirea și echipele sofisticate, condiții hoteliere particulare actului medical. Efectuarea unor acte medicale de complexitate mai mică în condiții de spitalizare, pe lângă faptul că aduce o creștere nejustificată a prețului actului medical, duce la folosirea nejudicioasă a resurselor, micșorează numărul de paturi care s-ar putea folosi pentru cazuri mai complexe și produce o prelungire a listelor de așteptare cu întârzierea în consecință a actului medical.

Cu toate aceste argumente, există diferențe semnificative între procentul de hemoroidectomii efectuate în condiții de spitalizare între diverse țări. În 1995, în SUA, 74% dintre aceste operații se făceau în condiții de ambulator, în timp ce, în Australia sau Brazilia, acestea erau sub 10%. Cauza acestor diferențe este frica chirurgului de complicații, lipsa de colaborare a anesteziștilor la adaptarea tipului de anestezie la condițiile de ambulator, rezistența pacienților, lipsa informării adecvate a pacienților, lipsa unui sistem competitiv pentru îngrijiri în ambulator și, nu în ultimul rând, plata neadecvată de către sistemele de asigurări a acestui tip de serviciu care ajunge la sub 50% din valoare pentru același tip de serviciu medical.

În ceea ce privește boala hemoroidală, 90% dintre pacienți nu necesită tratament chirurgical, jumătate dintre aceștia beneficiind de tratament medical, iar cealaltă jumătate – de intervenții miniinvasive de cabinet. Pe de altă parte, s-a arătat că intervențiile moderne de cabinet sau intervențiile miniinvasive care nu presupun excizii hemoroidale (de tipul DG-HAL sau PPH) se pot face cu anestezie locală cu sedare (cel mult rahianestezie) și îndeplinesc condițiile unei intervenții de ambulator.

Intervențiile de ambulator au o serie de avantaje de necontestat: au costuri mai reduse, sunt în avantajul pacientului – care ajunge mai repede în habitatul cu care este obișnuit și își reia mai repede activitățile cotidiene și munca – și, de asemenea, corespunde intereselor chirurgului, care poate folosi patul de spital pentru operații mai complexe.

Trebuie respectate, totuși, o serie de cerințe preliminare pentru efectuarea unei intervenții în ambulator: condiții de transport adecvate spre și de la unitatea spitalicească, prezența unui adult responsabil care să însoțească pacientul în primele 24 de ore, posibilitatea pacientului de a contacta echipa chirurgicală în cazul apariției unei complicații, furnizarea pacientului a unor date explicite privind problemele care pot apărea și cum poate să le prevină și să le

trateze (ne referim aici la: controlul durerii, prevenirea retenției urinare, reglarea scaunului, sângerări rectale minore) și când trebuie să apeleze la ajutor medical. S-a elaborat și un scor postanestezic la externare, care cuprinde:

1. Semnele vitale;
2. Statusul mental;
3. Durerea;
4. Sângerarea;
5. Reluarea toleranței digestive, cu valori între 0 și 2 pentru fiecare parametru, pacientul putând fi externat în condiții de risc minim la valori de cel puțin 9 (3).

Procedurile de cabinet au drept caracteristici comune faptul că se efectuează în condiții de ambulator, sub anestezie locală sau chiar fără anestezie, sunt proceduri miniinvazive neexcizionale, bazându-se pe inducerea unui proces de distrucție tisulară limitată urmată de fibroză, se însoțesc, în general, de un procent mic de complicații. Eficiența acestora este însă mai mică decât tehnicile excizionale, motiv pentru care se adresează de obicei formelor de hemoroizi în stadii incipiente (gradul I-II). Ele sunt proceduri în general ieftine (face excepție laser-terapia) și, la nevoie, se pot repeta la anumite intervale de timp.

Cele mai folosite metode sunt:

- aplicarea de inele elastice
- injectarea de substanțe sclerozante
- coagularea cu infraroșu
- aplicarea directă de curent
- laser-terapia cunoaște 2 proceduri: HeLP (descrisă mai jos) și LHP.

Aceste tratamente pot fi singulare sau se pot asocia concomitent sau secvențial.

Evoluția tehnicilor și dispozitivelor medicale

Tehnicile excizionale clasice se bazează pe intervenții chirurgicale care au drept scop excizia pachetelor hemoroidale (în general în număr de 3) împreună cu mucoasa de acoperire, operație care lasă în urmă una sau mai multe plăgi chirurgicale deschise la nivelul anusului, care se închid singure ulterior (tehnica clasică descrisă de Milligan și Morgan). Deși este considerată intervenția cu cel mai mic procent de recidive, este recunoscută ca operația cel mai prost suportată de pacienți din cauza durerilor postoperatorii, ea fiind încărcată și de un număr apreciabil de complicații: sângerări, supurații perianale, incontinență anală sau stenoze anale.

Două au fost direcțiile modernizării tehnicilor excizionale: una este încercarea de a limita excizia tisulară (în speță mucoasa) și de a închi-

de per-primam plăgile restante și a doua – folosirea unor dispozitive de electrochirurgie din ce în ce mai evolute.

Pentru a grăbi vindecarea și a ameliora disconfortul lăsat de plăgile postoperatorii, Ferguson imaginează tehnica excizională închisă (cea mai răspândită în SUA), care respectă principiile tehnicii Milligan, dar închide cu fir resorbabil plăgile postoperatorii restante. Reis Neto promovează o tehnică semiînchisă în care se închide doar porțiunea mucoasă a plăgilor operatorii, prin aceasta încercând să amelioreze rezultatele tehnicii lui Ferguson, încărcată de un procent ridicat de supurații postoperatorii sau de dehiscențe secundare. Parks aduce și el o îmbunătățire a tehnicii lui Milligan prin promovarea disecției submucoasei, prin aceasta ameliorând durerile postoperatorii, grăbind vindecarea prin micșorarea defectului de mucoasă restant și reducând numărul de stenoze.

Introducerea electrochirurgiei în locul „bisturiului rece” micșorează durata operației și scade numărul de sângerări postoperatorii. Se folosește atât cauterul monopolar, cât mai ales cel bipolar, care limitează leziunile asupra țesuturilor din jur. Folosirea penselor de sigilare vasculară (tip Ligasure) dă posibilitatea unei hemoroidectomii cu sacrificiu minim de țesut și hemostază eficientă fără sutură. Disecția cu bisturiul cu radiofrecvență scade efectul termic asupra țesutului de vecinătate la 2,5 mm. Bisturiul cu ultrasunete cu o vibrație de 55.000 MHz transformă energia electrică în energie mecanică producând o sigilare a vaselor mici și mijlocii cu efecte minime asupra țesuturilor din jur. Disecția cu bisturiu laser tip Nd:Yag sau CO₂ produce, de asemenea, leziuni minimale ale țesuturilor adiacente cu vindecare mai rapidă, dar prețul mare o face ineficientă.

Principalele 2 elemente care se pun în balanță în alegerea unei proceduri pentru tratamentul bolii hemoroidale sunt procentul de recidive (luând în considerare în special sângerarea și prolapsul hemoroidal) și gradul de agresivitate a metodei, fiind însă dificil să alegem între aceste două elemente.

O încercare de apropiere de o operație ideală a fost făcută prin tehnicile chirurgicale miniinvazive de tip DG-HAL-RAR și PPH, tehnici promovate în ultimii ani, cu rezultate bune în mâini experimentate, care se adresează în primul rând fiziopatologiei bolii hemoroidale și conservă anatomia locală.

Tratamentul hemoroizilor prin **DG-HAL** (Ligatură Arterială Hemoroidală Doppler Ghidată) cu

sau fără asocierea **RAR** (Reparare Recto-Anală sau Mucopexie) este o tehnică modernă miniinvasivă nonexcizională care are drept scop diminuarea fluxului arterial care alimentează structurile vasculare din hemoroizii interni, ducând la micșorarea acestora și, în același timp, prin mucopexie, la re poziționarea intraanală a mucoasei hemoroidale prolabate, având drept consecință restaurarea anatomiei normale a hemoroizilor și ameliorarea simptomelor bolii hemoroidale. Se folosește un anoscop special cu fereastră laterală de lucru, la care este asociată o minisondă ecografică Doppler. Procedeuul DG-HAL folosește sonda Doppler pentru localizarea și semnalizarea vizuală și auditivă a ramurilor terminale ale arterei rectale superioare, în general în număr de șase, care se ligaturează cu fir resorbabil. RAR este procedeuul adițional care urmărește înșăilarea mucoasei anale prolabate prin trecerea unui fir continuu de 3-5 ori, la 5 mm între fiecare trecere, fir care, prin legare, strânge mucoasa fixând-o înapoi în canalul anal și împiedicând prolabaarea acesteia. Este de la sine înțeles că procedeuul DG-HAL se adresează în special hemoroizilor sângerânzi neprolabați, în timp ce RAR este asociat pentru creșterea eficienței metodei în vederea tratării prolapsului hemoroidal asociat. De la publicarea procedeuului, în 1995, de către medicul japonez Kazumasa Morinaga, procedeuul a cunoscut multiple îmbunătățiri și variante tehnice, precum și diverse tipuri de dispozitive folosite în realizarea acestuia. Folosirea ligaturilor înalte sau joase, a artificului de însemnare a pozițiilor ramurilor arteriale sunt idei care au îmbunătățit modul de aplicare a procedeuului (4). Introducerea RAR în anul 2000, una dintre cele mai importante îmbunătățiri ale procedeuului, a permis obținerea unor rezultate superioare pentru prolapsul hemoroidal asociat, putându-se aplica și în hemoroizii de gradul III și IV. Există mai multe tipuri de dispozitive folosite pentru efectuarea procedeuului GD-HAL RAR, printre cele mai populare fiind cele cunoscute sub numele THD, AMI și EndoDop. **THD** – folosește lumina rece pentru vizualizarea ariei operatorii, anoscop din 2 bucăți cu o fereastră de lucru detașabilă ușor manevrabilă, sondă Doppler ce poate fi detașată, anoscopul are un suport special pentru vârful portacului, dând o siguranță superioară în manevrabilitatea acestuia; **AMI** – folosește lumina LED, fereastră de lucru modificabilă prin rotire pentru efectuarea RAR, posibilitatea aprecierii obiective a adâncimii situației ramurilor arteriale ligaturate cu afișarea acesteia pe ecran, înregistrarea da-

telor pe suport de hârtie, variantă de dispozitiv fără fir (wireless); **EndoDop** – se caracterizează prin dimensiuni mici, anoscop de 2 dimensiuni de 24 și 28 mm, display color, panou de control multifuncțional, înregistrarea datelor pe suport electronic, soft specializat.

Adaptarea laserului la acest procedeu este cunoscută sub numele de **HeLP** (Hemorrhoid Laser Procedure) și folosește, după identificarea ramurilor arteriale cu sonda Doppler, o sondă laser specializată pentru aplicarea unor pulsuri de ordinul secundelor la nivelul ramurilor arteriale detectate, impulsuri ce produc o degenerare a mucoasei și submucoasei pe o adâncime de maximum 5 mm, având drept consecință retracția și închiderea vaselor vizate de procedeu [5].

HemorPex este un sistem asemănător care folosește principiile tehnicii HAL-RAR, dar aplicate intuitiv fără a folosi ghidajul Doppler pentru identificarea ramurilor terminale ale arterei rectale superioare (6).

Emboroidarea (emborrhoid technique) este o nouă tehnică miniintervențională în care, prin radioghidaj, se efectuează embolizarea ramurilor arterei rectale superioare cu spirale metalice sau perle. Rezultatele acestei tehnici se află încă în perioada de evaluare (7).

Procedeuul pentru prolaps și hemoroizi (**PPH**), introdus de Antonio Longo, în 1998, deschide o nouă pagină în arsenalul terapeutic rezervat bolii hemoroidale. Acest procedeu se adresează hemoroizilor în stadii avansate de prolaps (gradul III-IV) și are la bază folosirea unui stapler pentru secționarea unei rondele de mucoasă rectală de 2-5 cm situată la 2-3 cm de linia anocutanată, urmată de fixarea prin capsare a marginilor libere. Procedeuul se mai numește și hemoroidopexie prin staplare, deoarece el nu efectuează excizia hemoroizilor, ci realizează interceptarea alimentării cu sânge a acestora și ascensionarea hemoroizilor prolabați înapoi în canalul anal, în poziția lor anatomică (11). La rândul lui, acest procedeu a cunoscut o serie de îmbunătățiri atât în ce privește tehnica, cât și dispozitivul folosit.

Astfel, s-a propus coborârea nivelului de excizie a inelului de mucoasă în scopul exciziei surplusului de mucoasă restant și al scăderii numărului de recidive. O altă variantă aduce modificări în înălțimea inelului de mucoasă rezecat fie prin atragerea în camera unui stapler modificat a unui inel de mucoasă mai mare, fie prin tehnica dublei staplări.

Dispozitivul de staplare a fost, la rândul lui, îmbunătățit prin: adaptarea diametrului și înăl-

țimii acestuia, introducerea unei camere de lucru transparente care permite urmărirea manevrelor efectuate, introducerea unei nicovale detașabile prezentând un ax cu mai multe perforații care permite adaptarea diametrului inelului de mucoasă rezecat în funcție de gradul de prolaps, modificarea clipurilor prin tehnologia de staplare direcțională.

Procedurile de cabinet

Aplicarea de inele elastice este cea mai populară procedură de cabinet, fiind ușor de efectuat, cu o dotare minimală. Metoda publicată inițial de Baron folosea o pensă pentru prinderea țesutului țintă care era tras într-un cilindru de pe care era aplicat un inel de cauciuc stenoizant. Ulterior, au apărut modernizări ale metodei prin adaptarea la aplicator a unui vacuum mecanic care aspiră țesutul-țintă în cilindru, permițând efectuarea aplicării de către operator fără ajutor. O altă idee inventivă a fost realizarea unui aplicator tip seringă cu dublu piston (unul pentru aspirarea țesutului în cilindru, altul pentru aplicarea inelului), eliminând astfel necesitatea unui aparat de aspirare pentru aplicarea inelului. Inventivitatea merge mai departe și realizează adaptarea aplicatorului de inele pe capătul colonoscopului, permițând efectuarea metodei de către gastroenterolog cu ocazia colonoscopiei exploratorii (8).

Injectarea de substanțe sclerozante este metoda de cabinet cea mai folosită în Japonia. Printre substanțele folosite se numără ALTA (sulfat de aluminiu potasic și acid tanic, fenol 5% în ulei de migdale, clorhidrat dublu de chinină și uree). Se folosește tehnica injectării în 4 etape cu cantități de circa 1-2 ml la vârful, centrul și baza hemoroidului (evitând injectarea în mucoasă sau musculară). Se produce o vasoconstricție imediată, urmată de o reacție inflamatorie și în final de scleroză. Este o tehnică rapidă și ieftină cu rezultate bune la 90% dintre pacienți [9].

Coagularea cu infraroșu folosește raze infraroșii generate de o lampă cu halogen aplicate printr-un ghid în porțiunea proximală a hemoroidului cu un puls de 1-1,5 s, cu 3-4 aplicații la fiecare hemoroid, tratându-se 1-3 hemoroizi într-o ședință. Căldura degajată produce coagularea proteinelor pe o arie de 3-4 mm², penetrând pe 2,5 mm, cu inflamație, formarea unei escare și cicatrizare. Procedul este eficient pe hemoroizii de gradul I-II sângeranți (10).

Electroterapia prin aplicare directă de curent folosește aplicarea unui curent de 110 V la

un nivel maxim tolerat (16 mA), timp de 10 minute, la vârful hemoroidului, având ca efect coagularea proteinelor și fibroza. Ea poate fi repetată de mai multe ori în aceeași ședință, dar nu s-a răspândit foarte mult deoarece este consumatoare de timp. O metodă asemănătoare este diatermia bipolară, care folosește o pensă bipolară, având ca avantaj faptul că adâncimea injuriilor termice nu depășește 2,2 mm și nu crește cu repetarea aplicațiilor, spre deosebire de electroterapia monopolară.

Laserterapia LHP (laserhemoroidoplastia) folosește o sondă laser specială de 980 nm, care emite un puls de 15 W cu durata de 3 s. Sonda este introdusă printr-un mic orificiu creat la marginea anocutanată și dirijată submucosal la nivelul hemoroidului. Pentru hemoroizii mici se aplică un singur puls, iar pentru cei mari – 3 pulsuri. Se produce o reducere a țesutului hemoroidal (cu leziuni minimale ale mucoasei și musculare) și retracție fibroasă. Prețul crescut a frânat extinderea metodei.

Ghidurile de practică medicală în boala hemoroidală

Problema ghidurilor de bună practică în medicină a devenit din ce în ce mai actuală în ultimii ani pe măsură ce a crescut importanța practică a aplicării medicinei bazate pe dovezi, a cantității din ce în ce mai mari de informații din domeniul medical, a rapidității cu care acestea se înnoiesc, a implicării din ce în ce mai dese a conflictelor medico-legale în relația dintre medic și pacient. De aceea, considerăm că este important să aducem câteva date legate de ghidurile de bună practică în diagnosticul și tratamentul bolii hemoroidale. Aproape fiecare societate medicală își fundamentează recomandările pe ghiduri de bună practică. Aceste ghiduri sunt elaborate periodic pe baza studiilor publicate în literatură, clasificate pe niveluri de evidență și grad de recomandare. Acolo unde datele publicate sunt insuficiente, se adaugă recomandările board-ului de specialiști pe teme discutute.

În concordanță cu ghidurile de bună practică ale societăților la care sunt afiliate prin medicii specialiști practicieni și corelat cu posibilitățile proprii de diagnostic și tratament, fiecare unitate sanitară își elaborează propriile protocoale și proceduri care sunt aduse la cunoștința personalului angajat și pe baza cărora aceștia își desfășoară activitatea, fiind puși la adăpost de malpraxis.

Există ghiduri de tradiție în practicile medicale ce privesc boala hemoroidală, printre care

ghidul Societății Americane a Chirurșilor Colo-Rectali (ASCRS) și Ghidul Societății Japoneze de Coloproctologie (JSC). Principalii parametri practici în managementul hemoroizilor, publicați în 2010 de ASCRS, se rezumă la (11,12):

– evaluarea pacienților cu hemoroizi trebuie să includă istoricul și examenul fizic (1C) – cu accent pe extensia, severitatea și durata simptomelor (sângerare, prolaps, durere, consumul de fibre și lichide, probleme de igienă). Istoricul familial va detalia bolile intestinale, prezența antecedentelor maligne. Examenul fizic – inspecție, tact rectal, anoscopie – va urmări tipul, gradul hemoroizilor, prezența complicațiilor, leziunile asociate (fisură, fistulă, abces Crohn).

– la pacienții cu hemoroizi și sângerare rectală este indicată evaluarea colonoscopică completă (1B) - mai ales la pacienții cu risc crescut de cancer colorectal, boli inflamatorii colorectale, boală diverticulară, angiodisplazie.

– modificările dietei constând în ingestia unei cantități suficiente de lichide și fibre constituie terapia de primă linie în hemoroizii simptomatici (1B).

– cei mai mulți pacienți cu hemoroizi de gradul I, II, III la care tratamentul medical eșuează

pot fi tratați eficient prin proceduri de cabinet (1B) – ligatură prin benzi elastice, scleroterapie, coagulare cu infraroșu. Bandarea hemoroidală este cea mai eficientă opțiune. Aceste proceduri sunt relativ bine tolerate, cauzând dureri și disconfort minim. Totuși, ele au o rată variabilă de recurențe și pot necesita repetarea aplicării lor.

– cei mai mulți pacienți cu hemoroizi externi trombozați beneficiază de excizie chirurgicală în primele 72 de ore de la debut (1C).

– hemoroidectomia chirurgicală trebuie rezervată pentru pacienții refractari la procedurile de cabinet, care nu tolerează proceduri de cabinet, care au hemoroizi externi mari, hemoroizi interni și externi asociați, hemoroizi interni cu prolaps gradul III-IV (1B). Tratamentul se poate realiza prin excizie chirurgicală, hemoroidopexie PPH, ligatură arterială hemoroidală Doppler ghidată – DG-HAL.

Tratamentul ales depinde de: tipul hemoroizilor, stadiul bolii hemoroidale, simptomatologia asociată, prezența unei eventuale complicații acute, opțiunea medicului curant și a pacientului, disponibilitatea tratamentului propus și, uneori, chiar de criteriile financiare.

BIBLIOGRAFIE

- Mann C.** Landmarks in the history of hemorrhoids. In Khubchandani I, Paonessa N, Khawaja A, eds. *Surgical treatment of hemorrhoids*. 2nd ed. Springer-Verlag, London, 2009: 175-176.
- Sobrano C.W.** Outpatient surgical proctology – past, present and future. *Arq Gastroenterol*. 2005; 42(3): 133-135.
- Herzig D.O., Bailey H.R.** Ambulatory hemorrhoidectomy. In Khubchandani I, Paonessa N, Khawaja A, eds. *Surgical treatment of hemorrhoids*. 2nd ed. Springer-Verlag, London, 2009: 135-142.
- Dal Monte P.P., Tagariello C., Sarago M. et al.** Transanal haemorrhoidal dearterialisation: Nonexcisional surgery for the treatment of haemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol* 2007; 11: 333-338.
- Salfi R.** A new technique for ambulatory hemorrhoidal treatment. Doppler-guided laser photocoagulation of hemorrhoidal arteries. *Coloproctology*. 2009; 31: 99-103.
- Tagliabue M., Cusumano C., Kechoud E.S. et al.** Hemorrhoidopexy with HemorPex System. *Tech Coloproctol*. 2015; 19: 255-257.
- Vidal V., Louis G., Bartoli J.M., Sielezneff I.** Embolization of the hemorrhoidal arteries (the emborrhoid technique): A new concept and challenge for interventional radiology. *Diagnostic Interventional Imaging*. 2014; 95: 307-315.
- Siddiqui U., Barth B., Bhat Y. et al.** (ASGE Technology Committee). Devices for the endoscopic treatment of hemorrhoids. *Gastrointest Endosc*. 2014; 79(1): 8-14.
- Izadpanah A.** Minimally invasive treatment of hemorrhoids disease. *Ann Colorectal Res*. 2013; 1(2): 41-46.
- Gupta P.** Infrared coagulation: A preferred option in treating early hemorrhoids. *Acta Cirurgica Brasileira*. 2004; 19(1): 74-78.
- Longo A.** Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. *Proceeding of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Bologna, Italy. Monduzzi Editore*. 1998; 777-784.
- Rivadeira D., Steele S., Ternent C., Chalasani S., Buie D.** Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised 2010). *Dis Colon Rectum*. 2011; 54: 1059-1064.
- Yamana T.** Japanese practice guidelines for anal disorders I. Hemorrhoids. *J Anus Rectum Colon*. 2017; 1(3): 89-99.
- Bleday R., Pena J.P., Rothenberger D.A., Goldberg S.M., Buls J.G.** Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Colon Rectum*. 1992; 35: 477-481.