

Dr. Németh Attila

Az aranyérbetegségről

Az életben vannak olyan dolgok, amelyekhez ért mindenki. Proktológusként, úgy tapasztalom, az aranyérbetegség is ilyen. Jó tanácsa, ötlete mindenkinek lehet, de eredményesen gyógyítani csak megalapozott tudással lehetséges. A hatásos gyógyítást szeretném segíteni ezzel az írással.

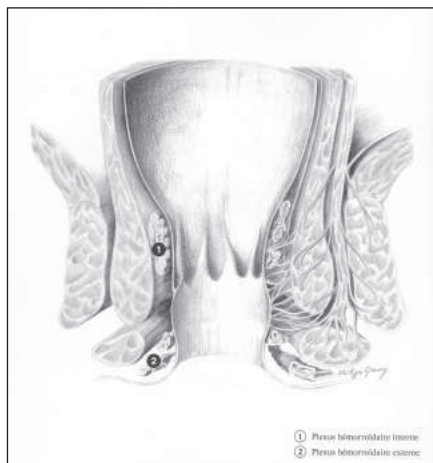
Definíció

Mindent a világon a megnevezéssel veszünk birtokba.

Az aranyér orvosi, latin megnevezése, nodus haemorrhoidalis, mely vérömléses, vérzésre hajlamos csomót jelent. Mindenki tudja, csak a végbélnyílás környékén elhelyezkedő ilyen csomókat hívhatjuk aranyérnek. De a végbélcsontra közelében lévő ezen tulajdonsággal bíró csomóknak is csak egy része aranyér.

A végbélcsontra fejlődéstaniilag különleges területe az embernek. (1. ábra) Itt, az anus csatorna

1. ábra



középmagasságában a felszínen helyezkedik el a linea dentata, a fogazott vonal, ahol egymással összeér a belső, és külső csíralemez, az ectoderma az entodermával, a bőr átmegegy a nyálkahártyába. Ezen vonal alkotta gyűrűnél a testet lét-

rehozó három csíralemez közvetlenül találkozik egymással. Az anus csatorna alkotta szájadék, tehát egy kiindulási és végpont. Itt indul, a linea dentata vonalától ellentétes irányba, a nyirokkeringés, a váz és a zsigeri szervek felé. Itt ér véget a váz és zsigeri vérkeringés, a plexus haemorrhoidalis externus és plexus haemorrhoidalis internus formájában. Ez a két érgomolyag gyűrű ugyanazt a szerepet tölti be a vérkeringésben, mint a vasút esetében a mozdonyfordító. E két plexusnak a feladata keringési végpontként a véráramlás szervi ellátás nélküli visszafordítása. A külső plexus a bőrben, a belső plexus a nyálkahártyában helyezkedik el a záróizomzat két végénél.

Aranyereknek a két haemorrhoidalis plexus talaján kialakult vérzésre hajlamos csomókat nevezzük.

Így már tudjuk, hol képződnek az aranyerek. Lássuk hogyan.

Pathogenesis

A plexusok konvencionálisan épülnek fel: artéria, arteriola, kapilláris, venula, véna. Az artéria, és véna között rövidzáró összeköttetés, shunt van.

A belső plexus a nyálkahártyában a béltre jellemző egyrétegű hámborítás alatt, a külső a bőrben többrétegű laphám, és a mechanikailag erős védelmet adó irha alatt helyezkedik el. A két plexus mechanikus védettsége tehát nagyban eltér.

A bél perisztaltika hullámverése a linea dentata környékén hal el. Ez a terület nagyon hasonlít az óceán és a szárazföld találkozásához az igénybevétel szempontjából.

Az aranyerek képződését egységes elmélettel nem tudjuk magyarázni. Külön teória alapján érthetjük meg a heveny és az idült aranyérbetegség kialakulását. Az előbbire a vaszkuláris, az utóbbira a mechanikus teória ad magyarázatot.

Az áramlás szokványos útja a plexusokban artéria, arteriola, kapilláris, venula, véna. Ha meg-

változik a szabályozás, és így a keringés is, tehát megnyílik az egérút az artéria és a véna között, új jelenségeket észlelünk. Először is felgyorsul a keringés. Ez azonban azt is jelenti, hogy az artériás nyomás áttevéődik részlegesen a vénás rendszerre, megemelve a vénás szár nyomását. A shunt megnyílása esetén is marad artériás töltése a plexusnak. Viszont a vénás ürülése a plexusnak nehezített, vagy lehetetlen a megemelt vénás nyomás miatt. A folyamat az érintett plexusban pangást, stasist eredményez, végül akár thrombusképződéssel. Így keletkezik a kellemetlen csomó, a heveny aranyér. Ez a jelenség mindkét plexusban lejátszódhat.

A belső plexus az analis csatorna bemeneténél, a nyálkahártyában foglal helyet. Ez a terület maximálisan ki van téve a perisztaltika hullámverésének. A bél féregmozgása során a bélfal izomzata és a nyálkahártya egymástól függetlenül mozdul el. A nyálkahártyát saját izomzata (Muscularis mucosae) igazítja helyre. A plexus finom cérnaszál-szerű ligamentumok, a Parks-féle szalagok rögzítik a bélfal külső kötőszövetéhez, és tartják helyben, tehát ezek a szalacsák áthatolnak a bélfal izomzatán. Itt említem meg, hogy a shuntök áramlásának szabályozásával pontosan beállítható a plexusok térfogata. Az anus csatorna bemeneténél elhelyezkedő belső plexus az analis continencia kialakításában nem elhanyagolható szerepet játszik, annak finom beállítója. Az életkor előre haladtával a Parks-féle szalagok sérülnek, tönkremennek. Rögzítés híján a gomolyagok elmozdulnak, a vénás ág sérülékenysége révén panganak. Minél nagyobb az elmozdulás, annál nagyobb a pangás. Ebben az esetben a plexus térfogata már nem szabályozható. Ennek a mechanizmusnak a következtében alakulnak ki az idült belső aranyerek. Ez a mechanizmus nem érvényesül a külső plexusoknál.

A felvázolt két teoria a primer aranyérbetegség képződés többségét meg-

Dr. Németh Attila
Városi Egészségügyi Szolgálat Kht.
Sebészet-proktológia
4026 Debrecen, Bethlen Gábor u. 11-17.

magyarázza. A külső plexus esetében is előfordulhat primeren kialakuló krónikus térfogat-növekedés, és pangás. Ez azonban annyira ritka, hogy gyakorlati jelentősége nincs. Ezekben, az esetekben általában genetikusan meglévő érfal vagy kötőszöveti gyengeség fordul elő, illetve a keringésszabályozás különböző zavarai. Ilyenkor a test más részein is megjelennek elválások.

Szekunder módon is kialakulhatnak aranyerek, akut, és krónikus formában. Az itt számításba jövő kórképek, illetve állapotok közül kettőnek van gyakorlati jelentősége: a vaszkulárisan dekompenzált májcirrhosisnak és a terhességnek.

Itt kell még megjegyezni, hogy a két plexus, bár különálló rendszer, vaszkulárisan kapcsolatot tart fenn egymással. (1. táblázat)

1. táblázat

Aranyérbetegség	
Külső	Belső
Heveny	Heveny
Krónikus	Krónikus
Kombinált	
Primer	
Secunder	

Differenciáldiagnosztika

Az előzőekből következően a kórisme felállítása nagyon egyszerű, és ugyanakkor nagyon bonyolult is lehet.

A diagnosztikus tevékenységet további szempontok nehezítik. Ilyen a régió kapu funkciójából adódó sérülékenység, a bonyolult struktúra és funkció. A terület intim jellege. A betegség banális, benignus volta, nagy, népbetegség szintű gyakorisága, hosszú fennállása. Az analis csatorna más betegségeinek hasonló tünettana.

A gyakorlatban, az elkülönítésben, minden, a régiót érintő, duzzanat vagy csomóképződéssel járó betegség számításba jön. A tünetek kiegészülhetnek vérzéssel, fájdalommal, viszketéssel, váladékozással. Ezek a betegségek lehetnek az anorectum önálló betegségei, vagy szisztémás betegségek helyi megjelenései.

Leggyakrabban a következő kórképek jönnek számításba:

- Anális ulcus
- Perianalis abscessus, és folyamánnyaként fistula
- Anális tumorok (benignus-malignus)
- Venereas csomók
- Prolapsus recti

Ritkábban kerülnek látótérbe:

- Bőrgyógyászati kórképek
- Szisztémás kórképek helyi megjelenései.
- Funkcionális medencei kórképek

És lassan a raritások közé jutunk. Az előzőekből következik: A diagnózis felállításához nem elég az anamnézis.

Elengedhetetlen az inspekció, és a palpáció.

Az esetek jelentős részében az endoszkópia is szükséges.

Az aranyérbetegség megállapítása, az eredményes terápia megkezdése feltételezi a kóros forma lokalizációját, felismerését, a kóros funkció megértését, a pathogenezis folyamatába a konkrét állapot pontos beillesztését.

Terápia

A kezelés esetünkben is, mint általában, lehet tüneti és oki. A praktikum szempontjából érdemes itt is elkülöníteni a konzervatív és sebészi jellegű gyógyítást, valamint a lokális illetve a szisztémás kezelést. Fontos, hogy tudjuk a pathogenezis melyik szakaszában van a betegség.

Az anatómiai szerkezet stabilitását érdemben nem tudjuk befolyásolni. A mechanikus teória szerinti aranyérbetegség adott stá-

2. táblázat

Gyógykezelés	
Lokális	Szisztémás
<i>Fizikai</i> jegelés, ülőfürdő, borogatás	Transit idő csökkentők Élelmi rostok Phlebotróp szerek Fájdalomcsillapítók
<i>Gyógyszeres</i> Érzéstelenítők Prokinetikumok Phlebotróp szerek Adstringensek Desinficiálók Érszűkítők Gyulladáscsökkentők Húsítók Deszenzibilizálók	

diumában így érdemi oki kezelésre nincs mód. A struktúrát kímélő tranzitidőt csökkentő és defekációt segítő szereket nem az aranyéresség, hanem az obstipáció miatt használják tartósan a betegek. A haemodinamikai teória alapján magyarázható aranyerek esetében oki kezelésre van lehetőség, a keringést szabályozó vazóaktív flebotrop szerek használatával. Ezek a szerek (flavonoidok, rutozidok, calcium-dobezilát, procianidok) jó hatásfokkal, eredményesen használhatók. A flebotrop szerek közül a legtöbb vizsgálat az orálsan adagolt mikronizált tisztított flavonoid frakció (MPFF)(Detralex) hatékonyságát támasztja alá, mely fokozza a vénás tónust, a nyirokkeringést és a kapilláris-rezisztenciát, valamint helyreállítja a kapilláris-permeabilitást. Nagy dózisban adagolva gyorsan és erőteljesen csökkenti az akut aranyeres tünetek intenzitását és időtartamát. Az eredmények szerint hatására gyorsabban enyhül az aranyeres vérzés, például a postoperatív vérzés is, nyílt haemorrhoidectomiát követően. Fenntartó kezelésként alkalmazva pedig csökkenti az epizódok gyakoriságát. Használhatóságuknak a határát a trombus megjelenése jelzi. Amennyiben az érintett aranyeres plexusban a stazis talaján kialakul a trombus, csak a műtéti megoldás javasolható.

A konzervatív kezelés lehetőségeit a 2. táblázat foglalja össze.

A lokális fizikai kezeléseket még ma is igen elterjedtek, habár a meglévő gyógyszeres lehetőségek mellett jelentőségüket elvesztették. A gyógyszeres kezeléseket

3. táblázat

Műszeres beavatkozások		
Fibrotikus rögzítés és keringésmérséklés		
Kémiai anyagok	Termikus hatások	Mechanikus módszerek
scelotizálás	infravörös fotokoaguláció	Gumigyűrű ligáció
	magasfrekvenciájú elektrokoaguláció	Ultrahang-vezérelt aláöltés
	cryokoaguláció	

4. táblázat

Műtéti módszerek	
Szektorális	Körkörös
nyitott (Morgan)	zárt (Whitehead)
félig nyitott (Parks)	félig zárt (Toupet)
Zárt (Ferguson)	gépi (Longo)

akár helyileg, akár szisztémásan, az előző bekezdésben tárgyaltaktól eltekintve szimptomatikus kezelésnek minősülnek. A felsorolt gyógyszer-csoportok, hatóanyagok, a meglévő készítmények (gyári, Fono-s, magistralis, készítmények tápanyag-kiegészítők, stb.) a gyakorlati orvoslásban, széles körben ismertek, és a tünetek és a panaszok enyhítésében, megszüntetésében a gyógyítás nagyfokú szabadságát biztosítják.

Az invazív kezelések az előrehaladottabb állapotokban jönnek számításba. A heveny keringészavar talaján kialakult aranyeresség során, ha a plexusban trombus alakul ki, műtéti beavatkozás, thrombectomia végzendő. Ez elsősorban a külső plexus területén fordul elő. A régió lokálisan nagyon jól érzésteleníthető, a műtét rövid, ambulánsan végzendő, a posztoperatív fájdalom általában enyhébb, mint amit a keringészavar okozott, a seb nyomtalanul gyógyul.

A mechanikus teória alapján, az idülten kialakuló belső aranyereket négy fokozatba soroljuk.

1. Pangó, nem prolabáló.
2. Székeléskor prolabáló, utána spontán visszahúzódó.
3. Székeléskor prolabáló, utána nem visszahúzódó, de kézzel reponálható.
4. Folyamatosan prolabáló, kézzel nem reponálható.

Az első stádium esetén a konzervatív kezelés a követendő út,

a többi esetben, invazív kezelések jönnek számításba. Az invazív terápia ambuláns, műszeres beavatkozásokra, és műtéti megoldásokra osztható. (3–4. táblázat). A II–III. fokozatban a műszeres beavatkozások, a IV-ben a műtét javasolható. A döntést a megfelelő vizsgálatok után proktológus hozza, és a beavatkozást is ő végzi.

Az 1. táblázatban felvetett, de nem részletezett variációk riták, csak a specialista számára bírnak jelentőséggel.

Összegezve

A kórkép a jelenség irányából nyert definíciót.

A kórkép nem egységes sem lokalizációjában, sem patogenezisében.

A diagnózist nehezíti a régió kapu funkciójából adódó sérülékenység, a bonyolult struktúra és funkció, a terület intim jellege, a betegség banális, benignus, volta, nagy, népbetegség szintű gyakorisága, hosszú fennállása, az analis csatorna más betegségeinek hasonló tünettana, a betegség nagy spon-tán gyógyulási hajlama, a régió magas regenerációs képessége.

A diagnózis felállításához az anamnézis, az inspekción, és a palpáció, valamint az endoszkópia is szükséges.

Az aranyérbetegség megállapítása az eredményes terápia megkezdéséhez nem elégséges, a ple-

xustultengés lokalizációját és okát és a patogenezis aktuális állását is tisztázni kell.

Leszámítva egyes flebotrop készítmények venoaktív hatását, oki kezelésre korlátozottak a lehetőségek, többnyire szimptomatikus kezeléseket végzünk, ide értve az invazív kezeléseket is.

Irodalomjegyzék:

1. Abramowitz L, Godeberge P., Staumont G, Soudan D: *Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire*. Gastroenterol Clin Biol. 2001;25 (6-7): 674-702.
2. Mistra MC, Parshad R: *Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding due to acute internal haemorrhoids*. British Journal of Surgery 2000; 87: 868-872.
3. Wuttichai Thanapongsathorn, Thanit Vajrabukka: *Clinical of oral diosmin (Daflon) in the treatment hemorrhoids*. Dis Colon Rectum. 1992; 35: 1085-1088.
4. Cospite M: *Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids*. Angiol. 1994; 45:566-673.
5. Godeberge P: *Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo*. Angiol 1994; 45: 574-584.
6. Yik-Hong Ho, Margaret Tan, Francis Seow-Choen: *Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids*. Dis Colon Rectum 2000; 43: 66-69.
7. Y.-H. Hoo, C. L. Foo, F. Seow-Choen, H. S. Goh: *Propective randomized controlled trial of micronized flavonoidic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy*. Br J Surg 1995; 82: 1034-1035.
8. Buckshee K, Takkar D, Aggarwal N: *Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy*. Int J Gynec Obstet 1997; 57: 145-151.
9. Burkitt DP, Graham Stewart CW: *Haemorrhoids-postulated pathogenesis and proposed prevention*. Postgrad Med J 1975; 51: 631-636.
10. Burkitt DP: *Hemorrhoids, varicose veins and deep vein thrombosis: epidemiologic features and suggested causative factors*. Can J Surg 1975; 18: 483-488.
11. Burkitt DP: *Varicose veins, deep vein thrombosis and hemorrhoids epidemiologic and suggested aetiology*. Br Med J 1972; 2: 556-561.
12. Hosking SW, Johnson AG, Smart HL, Triger DR: *Anorectal varices, haemorrhoids, and portal hypertension*. Lancet 1989; 1:349-352.
13. Janssen LWM: *Consensus haemorrhoids*. Ned Tijdschr Geneeskde 1994; 138: 2106-2109.