

Podwiązanie hemoroidów met. BARRONA

Niniejsza informacja przedstawia w sposób możliwie wyczerpujący zasadnicze aspekty związane z proponowanym leczeniem. Proszę o przeczytanie poniższego tekstu z uwagą. Jego celem nie jest zastąpienie profesjonalnej rozmowy chorego z chirurgiem dotyczącej wszystkich aspektów leczenia. Jeżeli macie Państwo pytania odnośnie wskazań operacji, samej operacji, alternatywnych metod postępowania, przebiegu leczenia lub jakiegokolwiek aspektu z nim związanego proszę zdać je chirurgowi przed operacją.

KWALIFIKACJA I WSKAZANIE DO ZABIEGU

Przyczyną kwalifikacji do zabiegu są guzki krwawnicze odbytu w II i III stopniu zaawansowania klinicznego.

Hemoroidy (guzki krwawnicze odbytu, krwawnice) to anatomiczna część kanału odbytu człowieka. Dopiero ich stopniowe powiększanie może powodować wystąpienie objawów.

Najczęstsze objawy choroby hemoroidalnej to:

- krwawienie z odbytu,
- dyskomfort,
- świąd i pieczenie wokół odbytu,
- brudzenie bielizny czy uczucie wilgotnego odbytu.
- czasami z odbytu wychodzą guzki i nie dają żadnych dolegliwości.

Nierzadko pierwsze objawy związane są z powikłaniami choroby hemoroidalnej takim jak: zakrzepica w uwięzionych guzkach hemoroidalnych czy zakrzepica guzka zewnętrznego (popularnie zwane „hemoroidami zewnętrznymi”) co objawia się nagle powstałym w okolicy odbytu bolesnym guzkiem podskórnym.

Nieleczona choroba hemoroidalna prowadzi do trwałego wypadnięcia guzków z odbytu oraz nasilenia objawów.

PRZEBIEG OPERACJI I DALSZEGO LECZENIA

1. Podwiązanie guzków krwawniczych najczęściej przeprowadzone jest w pozycji ginekologicznej (na wznak z uniesionymi, zgiętymi w kolanach i lekko odwiedzionymi kończynami dolnymi) bądź w pozycji bocznej (z podciągniętymi do brzucha i zgiętymi kolanami). Wybór od preferencji pacjenta lub/i operatora, postury i masy ciała pacjenta, a także ewentualnego współistnienia ograniczenia ruchomości w stawach biodrowych pacjenta.
2. Opaskowanie hemoroidów metodą Barrona polega na założeniu gumowego pierścienia na podstawę guzka za pomocą specjalnego przyrządu – ligatora, składającego się z cylindra, na którym założone są podwiązki.
3. Przed zabiegiem operator przy użyciu palca oraz żelu o działaniu znieczulającym miejscowo lokalizuje wybrany guzek krwawniczy, a zadaniem pacjenta jest współpracowanie w zakresie okresowego parcia, celem lepszej ekspozycji hemoroidu. Gdy warunki do opaskowania są optymalne, operator za pomocą metalowego ligatora zaopatrzonego w mocno ściśniętą opaskę gumową (z jednej strony) oraz podłączonego do generatora wytwarzającego podciśnienie (z drugiej) zasysa wybrany guzek do cylindrycznej końcówki. Na tak unieruchomiony guzek zsuwana jest – za pomocą mechanizmu spustowego – podwiązka gumowa. Podwiązka taka poprzez generowanie silnego i stałego ucisku szypuły naczyniowej zaopatrującej krwawnicę powoduje jej niedokrwienie i martwicę, co w konsekwencji prowadzi do jej odpadnięcia w mechanizmie demarkacji (oddzielenia) tkanek martwych od zdrowych.
4. Dodatkowym elementem jest zwłóknienie podłoża dla pozostałej masy tkanki hemoroidalnej i jej lokalne zbliźnowacenie, co czyni ją bardziej odporną na mechaniczne uszkodzenia, np. podczas zaparcia.
5. Podczas zabiegu najczęściej podwiązuje się jedną krwawnicę, chociaż zdarzają się sytuacje gdy zakładanych jest więcej opasek jednorazowo. Leczenie kończy się po usunięciu kolejno wszystkich kwalifikujących się do opaskowania krwawnic, co w praktyce oznacza zakładanie łącznie 3 opasek w racjonalnie szacowanych odstępach czasowych (minimum dwutygodniowych).

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

1. Leczenie zachowawcze (maści, czopki ii.) jest stosowane w początkowym stadium choroby

2. Metody instrumentalne. Takich metod jest wiele. Żadna z nich nie jest pozbawiona wad i powikłań. Jednak stosowane przez doświadczonych proktologów, czyli najczęściej chirurgów specjalizujących się w chorobach odbytu i odbytnicy, są metodami bezpiecznymi. Należą do nich:

- Krioterapia – zamrażanie powiększonych guzków hemoroidalnych.
- Skleroterapia – wstrzyknięcie środków zamykających naczynia.
- Hemoron – metoda zamykania naczyń z użyciem energii elektrycznej.
- DGHAL (Doppler Guided Hemorrhoidal Artery Ligation) – wybiórcze podkucie naczyń doprowadzających krew do hemoroidu, które lokalizuje się za pomocą sondy Dopplerowskiej.

3. Leczenie operacyjne. Zaawansowana choroba hemoroidalna – wypadające guzki po każdym wypróżnieniu. Które wymagają oprowadzenia do odbytu czy wypadnięte na stałe guzki wymagają leczenia operacyjnego. Zabieg operacyjny polega na wycięciu wypadających hemoroidów wraz z przerosłymi fałdami skóry i podwiązaniu szypuły z naczyniami. Stosowana bywa również metoda Longo czyli wycięcie okrężne hemoroidów z użyciem szwu mechanicznego – staplera. Zabiegi operacyjne wykonuje się w warunkach szpitalnych w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczynówkowym.

Pozostałe po hemoroidach przerosłe fałdy skórne można usunąć w znieczuleniu miejscowym. Zabieg ten nie wiąże się z ryzykiem uszkodzenia zwieraczy i nietrzymania stolca. Przeprowadzany jest ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym, bez konieczności leczenia szpitalnego.

POWIKŁANIA WCZESNE I ODLEGŁE

Zabieg nie przebiega identycznie u każdego chorego.

Zależy to od jego:

- budowy anatomicznej,
- stanu odżywiania,
- chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego.

Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

Powikłania związane z zastosowaniem metody Barrona mogą obejmować:

- bardzo silny ból w kanale odbytu lub pojawienie się silnego skurczu zwieraczy odbytu. W takich przypadkach konieczne jest usunięcie założonej gumki.
- Powstanie zakrzepu w sąsiadujących splotach żylnych, co może prowadzić do wystąpienia dość intensywnego bólu w obrębie wyczuwalnego w kanale odbytu twardego guzka.
- W miejscu założenia gumowej ligatury może dojść do rozwoju miejscowego stanu zapalnego lub ropnia. Występujący wtedy stały ból, gorączka i ewakuująca się ropna treść z odbytu mogą sygnalizować tego typu powikłanie.
- Intensywne krwawienie z odbytu. Występuje rzadko. Zwykle wymaga obserwacji, a wyjątkowo interwencji w warunkach bloku operacyjnego.
- Odnotowano również pojedyncze zakażenia ogólnoustrojowe.

Ból związany z leczeniem hemoroidów metodą Barrona jest podawany przez około 8% chorych.

Krwawienie występuje w 2% przypadków. Tworzenie się zakrzepów dotyczy 1,5% chorych.

Poważne powikłania infekcyjne dotyczy 0,1% chorych. Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości poprawy Pana/Pani stanu zdrowia. Ponadto postęp choroby będzie wymagał podjęcia w późniejszym okresie bardziej radykalnych metod leczenia. O zaistniałych powikłaniach i objawach innych od wymienionych w rozdziale "Rekonwalescencja" należy niezwłocznie powiadomić lekarza prowadzącego.

REKONWALESCENCJA

1. Założenie podwiązki powinno być niebolesne.
2. Jeśli ból się pojawi, po założeniu podwiązki, należy je przeciąć.
3. Po zabiegu pacjent opuszcza gabinet zabiegowy na własnych nogach i może wrócić do aktywności umiarkowanego stopnia, tj. bez wielkich wysiłków fizycznych generujących duże ciśnienie w jamie brzusznej. Jeśli charakter pracy wymusza takie sytuacje zaleca się skorzystanie z krótkotrwałego zwolnienia chorobowego.
4. W dniu zabiegu oraz w dniach następnych dopuszczalne są takie odczucia, jak:
 - poczucie obecności w odczynie ciała obcego i dyskomfort z tym związany,
 - poczucie ściągania lub rozpierania,
 - daremne parcia na stolec przy pustej bańce odbytnicy czy doznawanie naglącej potrzeby oddania stolca, rzadziej moczu.
5. Z czasem doznania powyższe tracą intensywność i zanikają.
6. Przez tydzień od wykonania zabiegu a czasami dłużej należy liczyć się z możliwością delikatnego podkrwawiania z odbytu.
7. Odpadnięcie tkanek martwiczych i opaski gumowej, które następuje najczęściej po tym czasie, może nastąpić w sposób zauważalny jako krwawienie) bądź całkowicie skryty.
8. Dla łagodzenia objawów w tym okresie zaleca się:
 - szczególną dbałość o unikanie zaparć,
 - urazów (upadek na pośladki),
 - większych wysiłków fizycznych
 - także dłuższych podróży.
9. Stosowanie leków przeciwbólowych powinno być rozważne, chociaż zapotrzebowanie na nie najczęściej nie przekracza jednej do dwóch tabletek w całym okresie pozabiegowym.
10. Łagodząco wpływają ciepłe kąpiele i ciepłe nasiadówki antyseptyczne z użyciem szarego mydła, kory dębu bądź lekko różowego roztworu nadmanganianu potasu.
11. Wystąpienie jakichkolwiek niepokojących objawów po zabiegu należy niezwłocznie zgłosić lekarzowi.
12. Najczęściej po upływie dwóch tygodni pacjent jest gotowy do ponownego zabiegu.