


## BÖLÜM III

### HEMOROIDAL HASTALIK

#### *Hemorrhoidal Disease*

#### **Tolga Önder**

(Op.Dr.), İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye  
e-mail: [tlgonder@gmail.com](mailto:tlgonder@gmail.com)

 ORCID 0000-0003-3939-2622

Hemoroidler; anal kanaldaki arterioller, venüller ve kas liflerini içeren doku yastıkcıkları olarak bilinir. Sanıldığına aksine hastalık olmayıp, normal anatomik yapılardır (1). Kişide ağrı, kanama, şişlik veya ele gelen kitle gibi şikayetlere yol açtıkları zaman hemoroidal hastalık olarak adlandırılırlar.

Hemoroidler, litotomi pozisyonunda, sol lateral (saat 3 hizası), sağ anterior (saat 11 hizası) ve sağ posterior (saat 7 hizası) olmak üzere 3 tanedir ve semptomatik hale geldiklerinde tedavi edilme endikasyonları bulunmaktadır. Bu üç yastıkların içerisinde hemoroidal arterler birbirleri ile anastomozlar yaparlar. Ayrıca arterial ve venöz yapılar arasında şantlar oluşur. Hemoroidler, anal sfinkterdeki basınç artışı sonrasında baskıya uğrarlar ve basınç azalınca tekrar şişerler. Şişmeye bağlı olarak da dinlenim sırasında anal kanalı tamamen kapatır ve gaz-sıvı kontinansını sağlarlar.

Anal yastıklar, kollajen bağ dokusu lifleri ile birlikte submukozadaki yerlerinde sabit kalırlar. Hemoroidal yapılar; kollajen kaybına neden olan çeşitli etkenler (yaş, aşırı şeker ile karbonhidrat tüketimi, sigara gibi) ile anal basınç artışına bağlı olarak tutundukları yerden kayarlar. Bu da hemoroidal hastalığın doğmasına neden olur.

Linea Dentata'nın proksimal veya distalinde konumlanmalarına göre eksternal ve internal olarak ikiye ayrılırlar. Linea Dentata'nın distalindeki hemoroidler eksternal (dış), proksimalinde yerleşmiş hemoroidler ise internal (iç) hemoroidler olarak adlandırılırlar.

#### **1. Eksternal Hemoroidler**

Eksternal Hemoroidler; dentat çizginin distalinde yer alıp anoderm ile kaplıdırlar. Anoderm, oldukça yaygın bir sinir ağna sahiptir ve bu nedenle hastalıkları oldukça ağrılı olabilir (1). Hastaların doktora başvuru nedenleri genellikle anüs kenarında sert ve ağrılı şişlik ile ağrılı kanamadır.

## 2. İnternal Hemoroidler

İnternal Hemoroidler; dentat çizginin proksimalinde yer alır ve üzeri ağrı lifleri bakımından zayıf olan anorektal mukozayla kaplıdır (1). Hastaların doktora başvuru nedenleri, genellikle anüsten dışarı sarkan ve ağrısız kanamaya yol açan şişliktir. Fakat büyük internal hemoroidler, anüsten dışarıya prolabe olarak inkarsere olabilir ve kısmi yada bütünüyle nekroze olabilirler. Bunun sonucunda da ciddi ağrı şikayeti gelişebilir.

İnternal ve eksternal hemoroidlerin çoğu kez birlikte görülebilecekleri unutulmamalıdır.

### 2.1. İnternal Hemoroidlerin Sınıflaması

İç hemoroidler prolapsus derecelerine göre 4 dereceye ayrılırlar:

**1. derece hemoroidler**, anal kanalda yer alırlar. İknımak ile dentat çizgiyi geçebilirler.

**2. derece hemoroidler**, anal kanaldaki basıncın artması sonrasında anüsten dışarıya prolabe olurlar ve basıncın azalması ile kendiliğinden anüs içine geri giderler.

**3. derece hemoroidler**, anüsten dışarı çıkmış olan hemoroidler, elle itilmeden içeriye girmezler.

**4. derece hemoroidler**, anüsten dışarı çıkmış olan hemoroidler, elle içeriye itilemezler. Sırası ile inkarserasyon ve strangülasyon riski vardır ve bu evredeki hemoroidler oldukça ağrılıdır (2).

### 3.Kombine (Eksternal-İnternal) Hemoroidler

Dentat çizginin tam üzerine yerleşmeleri ve bu yüzden de eksternal ve internal hemoroidlerin özelliklerini beraber taşımaları açısından önemlidirler.

Portal venöz sistem (üst ve orta hemoroidal pleksus) ile inferior venöz sistem (inferior rektal pleksus) arasındaki anastomozlar sebebiyle, portal hipertansiyonun hemoroidal kanama riskini arttırabileceği düşünülmüştür. Fakat yapılan araştırmalarda, portal hipertansiyonlu hastalar ile normal bireyler arasında hemoroidal hastalık açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Ancak portal hipertansiyonlu hastalarda, rektal varisler oluşabilmekte ve bunun sonucunda da kanama meydana gelebilmektedir.

Bu hastalarda kanamanın önlenmesinin en iyi yolu, portal venöz basıncını düşürmektir. Ama başarılı olunamıyorsa da cerrahi ligasyon gerekebilir.

#### **4.Klinik**

Hemoroidal hastalığın ana semptomları; kanama, prolapsus ve ağrıdır. Bu semptomların hepsi birlikte bulunacağı gibi ayrı ayrı da bulunabilmektedir.

Kanama, parlak kırmızı renktedir ve dışkılama sonrasında damlama şeklinde olabileceği gibi ender olarak fışkırır tarzda da olabilir. Uzun süreli tedavisiz hastalarda, anemiye yol açabilir. Özellikle kanama şikayeti öncelikli hastalarda, tedavi öncesinde kolorektal maligniteler, divertiküler hastalık ve inflamatuvar barsak hastalıkları ekarte edilmeli ve bunun için hastanın yaşı ile klinik bulguları doğrultusunda rektoskopi ya da kolonoskopi planlanmalıdır.

Prolapsus, hastalığın başlangıcın da dışkılama sırasında meydana gelir ve dışkılama sonrasında kendiliğinden geriler. Hastalığın ilerleyen evrelerinde, hemoroidlerin anüsten içeri girmesi için el ile anüs içine doğru itmek gerekir. Dördüncü evre hemoroidlerde ise, hemoroidler iterek de olsa içeri girmezler. Bu evredeki hemoroidlerin, inkarserasyon ve strangülasyon riski vardır. Tromboz gelişmiş hemoroidlerde, akut şişlik ve ağrı gelişir. Ağrı oldukça şiddetlidir. Ayrıca prolabe olmuş hemoroidler anal bölgede, nemlilik ve ıslaklık hissine yol açabilir. Şikayetlerle başvuran hastalarda, akut anal fissür, anal abse ve anal kanser öncelikli dışlanması gereken hastalıklardır.

Tedavi edilmeyen hemoroidlerde; kanama, tromboz, enfeksiyon, ülserasyon ve nekroz gibi komplikasyonlar gelişebilir.

#### **5.Hemoroidal Hastalığın Nedenleri**

Tuvalette uzun süre kalmak

Obezite

Kronik konstipasyon veya diyare

Fazla ıkmama

Gebelik

Lif bakımından zayıf gıdalar ile beslenme

Yaşlılık hemoroidal hastalığın başlıca nedenleri arasında sayılabilir.

#### **6.Hemoroidal Hastalık Tanisi Nasıl Konulur?**

Muayene sırasında inspeksiyonda eksternal hemoroidler kolaylıkla saptanabilir. Değerlendirilen hastalarda, rektal dijital muayene yapmak şarttır. Dijital muayenede, iç hemoroidlerin tespit edilmesi zordur. Fakat rektal kitle ayırımını yapmak gerekir.

Muayenehane ortamında kolaylıkla yapılabilecek olan anoskopik inceleme (son 10 cmlık kısım) ve rektoskopik inceleme (son 25 cmlık kısım) yararlı olacaktır. Ayrıca fleksible rektosigmoidoskopi (60-70 cm) ve kolonoskopi (tüm kolon + terminal ileumun son 10-15 cmlık) görüntülemeleri, özellikle malignite, divertiküler hastalık ve inflamatuvar barsak hastalıkları ayırımında faydalı olacaktır.

Ayırıcı tanıda anal kaşıntı, anal fissür, anal fistül, hipertrofik papila, proktit, rektal prolapsus ve portal hipertansiyon da göz önünde bulundurulmalıdır.

## **7.Tedavi**

Semptomatik hemoroidlerin tedavi edilmeleri gerekir. Büyük çoğunluğunun tedavisinde konservatif yöntemler kullanılır(2).

Konservatif yöntemlerin temel amacı, dışkıyı yumuşatıp, bol dışkı yapılmasının sağlanması ve anal basıncın azaltılmasıdır. Bu amaçla lifli diyet, dışkı yumuşatıcı ilaçlar, bol sıvı alımı, ıkmmanın önlenmesi ve uzun süre tuvalette kalmanın engellenmesi gereklidir. Eşlik eden kaşıntının giderilmesi, mantar ya da dermatit gibi bir hastalık eşlik etmiyor ise anal hijyenin sağlanması ile sağlanabilir(1). Tedavide kullanılan lokal topikal ilaçların etkisi net olarak gösterilememiştir. Özellikle ağırlı lezyonlarda, sıcak su oturma banyoları faydalı olmaktadır. Sıcak su oturma banyoları, sfinkter spazmını önleyerek ağrıyı azaltmaktadır.

Tedavide, parasetamol ve diğer nonsteroid antienflamatuar ilaçlar ağrı kesici olarak kullanılabilir.

Derece 3-4 internal hemoroidlerde, konvansiyonel medikal tedaviler yaklaşık olarak 4-6 hafta denedikten sonra fayda görülmez ise hasta ile konuşularak cerrahi tedavi yapılabilir.

## **8.Hemoroidal Hastalık Tedavisinde Minimal Invaziv İşlemler**

### **8.1. Band Ligasyonu**

Herhangi bir benign anorektal hastalık ile birlikte olmayan derece 1 ve derece 2 hemoroidal hastalıklar, band ligasyonu ile tedavi edilebilirler.

Dentat çizginin proksimalindeki hemoroid pakesi, lastik band aplikatörüne çekilir ve aplikatör ateşlenerek mukozanın kapanan lastik band ile sıkılması hedeflenir. Uygulanan lastik band mukozada, skatrizasyona ve bölgesel nekroza yol açar. Bu sayede hemoroid pakelerinin prolabe olması engellenir. İşlemin dentat çizginin altına yapılmamasına özen gösterilmelidir. Aksi halde dentat çizginin altına yapılan uygulamalarda aşırı derecede ağrı ortaya çıkar.

Tek seferde en fazla 2 hemoroid pakesine uygulama yapılabilir. İşlemin komplikasyonları arasında; idrar retansiyonu, kanama ve enfeksiyon

bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık olarak %1'inde üriner retansiyon ortaya çıkabilmektedir.(1) Genellikle ligasyonun internal sfinkteri, kısmi olarak içine alması ile oluşmaktadır. Bir diğer önemli komplikasyon, çok fazla rastlanmasa da nekrotizan enfeksiyondur ve anestezi altında muayene sonrasında debridman ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edilmelidir. İlerlemesi, pelvik sepsise yol açabilir. İşlemden sonra yaklaşık 7 ila 10 gün arasında oluşabilecek kanama, kendini sınırlayıcı niteliktedir ve nekroze olan pakenin kopması sonrasında meydana gelir. Uzun süreli ve aşırı miktardaki kanamalar, anestezi altında pedikül ligasyonu ile tedavi edilebilir.

### **8.2. Skleroterapi**

Skleroterapi, derece 1-2 ve bazı seçilmiş derece 3 hemoroidler için uygulanabilir. Hemoroidin içerisine sklerozan madde enjekte edilerek hemoroidin küçültülmesi amaçlanır. Bu amaçla en çok kullanılan maddeler, Polidokanol (Aethoxysklerol) ve fenol'dur.

### **8.3. Koagülasyon**

Koagülasyon, derece 1 ve derece 2 hemoroidler için uygun bir tedavi yöntemidir. İnfrared, lazer ya da bipolar koter ile uygulanabilir. Hemoroidin apeksine uygulanır. Günümüzde lazer uygulamaları oldukça popüler olmakla birlikte, işlem sırasında mukoza hasarı oluşturulmamasına özen gösterilmelidir. Oluşan mukoza hasarı, anal bölgede ödem ve ağrı oluşumuna sebep olabilir. Tekrarlanabilir bir tedavi yöntemidir.

## **9.Hemoroidal Hastalıkta Cerrahi**

**9.1. Kapalı Hemoroidektomi (Ferguson):** Litotomi ya da prone (Jack Knife) pozisyonunda, lokorejyonel ya da genel anestezi altında uygulanabilir. Hastalıklı hemoroid pakesi, eliptik bir insizyon ile çıkarılır. Sonrasında yara devamlı emilebilen sütürler ile kapatılır. Sütür hattının gergin olmamasına dikkat edilmelidir. Eksizyon sırasında anodermden fazla miktarda doku çıkarmak, anal darlığa yol açabilir. Hemoroidektomi, 3 kadrana kadar yapılabilir. İşlem sonrasında anoskop ile anal bölge dikkatlice değerlendirilmeli ve kanama kontrolü yapılmalıdır. Kanama odağı saptanır ise 8 sütür ile kontrolü sağlanmalıdır.

**9.2. Açık Hemoroidektomi (Milligan-Morgan):** Hemoroid pakesinin ayrılmasını takiben apeksine eriyebilen sütür konur ve bağlanır. Yara açık bırakılır.

**9.3. Submukozal Hemoroidektomi (Parks):** Bu yöntemde hem açık hem de kapalı hemoroidektomi işleminin özellikleri uygulanır. Özelliği ise daha az mukoza çıkarılması ve yaranın tamamen kapatılması yerine bir kaç dikiş ile yaklaştırılması işleminin yapılmasıdır.

**9.4. Whitehead Hemoroidektomi:** Bu yöntemde, hemoroid pakesi dairesel olarak ve dentat çizginin proksimalinde çıkarılır. Kalan mukoza, dentat çizgiye sütüre edilir. Eğer işlem dentat çizginin altında yapılıp, mukoza anoderme dikilir ise oluşacak dışa dönük mukoza nedeni ile anal bölge devamlı ıslak kalır. Bu duruma ‘‘Whitehead Deformitesi ‘‘ adı verilir.

**9.5. Longo Tekniği (Stapler Hemoroidektomi):** Longo tekniği, özellikle hemoroid hastalığı ile birlikte mukoza prolapsusu bulunan hastalar için kullanılır. Tekniğin amacı; dentat çizginin proksimalindeki fazla mukoza dokuyu, dairesel bir stapler yardımı ile çevresel olarak çıkarmak ve kalan mukoza parçalarını birbirine birleştirmektir. Böylece, submukozal seyreden damar yapılarında bağlanması hedeflenir. Geleneksel hemoroidektomi teknikleri ile karşılaştırıldığında, denk bir postoperatif komplikasyon riski taşıdığı belirlenmiştir(3-4). Tekniğin kullanımının yaygınlaşması sonrasında, nadir de olsa hayati tehdit oluşturan komplikasyonlar belirtilmiştir(5).

Longo tekniği, eksternal hemoroidal hastalık için etkisizdir. Operasyon sırasında stapler ile kesilecek dokunun dentat çizgi altına kayması, postoperatif striktür gelişimine neden olabilir.

**9.6. Doppler Yardımlı Hemoroidal Arter Ligasyonu:** Bu yöntem, günümüzde popülerleşmeye başlayan ve yakın zamanda yapılan çalışmalar da umut vadeden bir teknik olarak görülmektedir(6). Genel anestezi veya lokorejyonel anestezi ile uygulanabilmektedir. Tıbbi tedaviye yanıtız, semptomatik derece 2, derece 3 ve derece 4 hemoroidlere uygulanabilir.

Doppler ultrasound özelliği entegre edilmiş bir proktoskop yardımı ile litotomi ya da prone pozisyonunda, anal kanal eksplere edilir. Proktoskop’un doppler özelliğinden faydalanılarak, yaklaşık 6-12 mm derinlikte yerleşmiş olan hemoroidal arterler, derinlikleri ile birlikte tespit edilir ve 2.0 emilebilen 5/8 iğne yardımı ile proktoskop içerisinden bağlanır. Bağlama sonrasında, arter akımı kontrol edilerek bağlamanın başarılı olup olmadığı anında değerlendirilebilir. Bu teknikte, prolabe olan hemoroidler dentat çizginin yukarısına asılabilir. Ağrı oluşmaması için dentat çizginin aşağısında işlem yapılmamasına dikkat edilmelidir. Uygulama sonrasında aynı gün taburculuk mümkün olabilmektedir.

Günümüz teknolojisiyle minimal invaziv girişimsel teknikler tercih edilmektedir. Doppler yardımcı hemoroidal arter ligasyonunun bu açıdan umut vadettiği söylenebilir. Bu anlamda yapılan çalışmalar henüz yeterli olmasa da Zenger.S ve arkadaşlarının 75 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarının erken sonuçlarında, hastaların yaklaşık %52’sinin aynı gün taburcu oldukları, üriner retansiyon oranının %4 olduğu ve hasta memnuniyetinin %87 seviyelerinde olduğu görülmektedir(7). Daha çok sayıda yapılan klinik çalışmalar tekniğin uzun dönem kalıcılığını belirleyecektir.

Hemoroid cerrahisi sonrasında, hastaların ağrılarını kesmek özellikle üriner retansiyonun önlenmesi açısından önemlidir. Erken dönem komplikasyonları arasında yer alan kanama, konservatif yöntemler ile sonlandırılmaz ise reoperasyon gerekebilir. Uzun dönem komplikasyonları arasında ise fekal inkontinans ve anal striktür sayılabilir. Fekal inkontinans, genellikle kısa sürelidir. Az sayıda hastada kalıcı fekal inkontinans gelişebilir(1).

## Kaynaklar

1. F. Charles Brunicaardi ve ark. Schwartz Cerrahinin İlkeleri. 10. Baskı. "Anorektal Hastalıklar" Syf 1222-1239.
2. Prof.Dr.Göksel Kalaycı ve ark. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.Cilt2, "Anorektal Hastalıklar" Syf 1401-1418.
3. Jonas M, Speak W, Scholefield J. Diltiazem heals glyceryl trinitrate-resistant chronic anal fissures:a prospective study. *Dis Colon Rectum*.2002;45:1091-1095.
4. Menten BB, Irkörücü O, Akın M ve ark. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* . 2003;46:232-237.
5. Manfredelli S, Montalto G, Leonetti G, ve ark. Conventional (CH) vs. Stapled hemorrhoidectomy (SH) in surgical treatment of hemorrhoids. Ten years experience. *Ann Ital Chir*. 2012;83:129-134.
6. Schuurman JP, Borel Rinkes IH, Go PM. Hemorrhoidal artery ligation procedure with or without Doppler transducer in grade II and III hemorrhoidal disease: a blinded randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2012;255:840-845.
7. Zenger S., Gürbüz B., Can U., ve ark. A new technique of doppler dearterialization for hemorrhoidal disease: arterial detection ligation (ADL). *Surgery Today* 2020.