

CONSENSUS HEMORROIDEN

**resultaat van een consensusbijeenkomst,
gehouden op vrijdag 3 december 1993
te Utrecht**

ORGANISATIE:

- Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing

IN SAMENWERKING MET:

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandsche Internisten Vereeniging

*Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT*

Tel.: 030 - 96 06 47

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

*Consensus hemorroïden: resultaat van een
consensusbijeenkomst, gehouden op vrijdag 3 december 1993
te Utrecht. - Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor
de Intercollegiale Toetsing*

*Organisatie: Centraal Begeleidingsorgaan voor de
Intercollegiale Toetsing, in samenw. met: Nederlandse
Vereniging voor Dermatologie en Venereologie ... (et al.).*

ISBN 90-6910-160-2

Trefw.: aambeien

© Copyright

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd

gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

CONSENSUS HEMORROIDEN

resultaat van een consensusbijeenkomst,
gehouden op vrijdag 3 december 1993
te Utrecht

mei 1994

INHOUDSOPGAVE

VOORBEREIDINGSWERKGROEP	1
DEFINITIE EN CLASSIFICATIE	2
EPIDEMIOLOGIE	4
PATHOFYSIOLOGIE	5
..	
KLINISCH BEELD	7
DIAGNOSTIEK	8
PREVENTIE	12
THERAPIE.....	13

VOORBEREIDINGSWERKGROEP

- Dr. **L.W.M. Janssen**, voorzitter, chirurg, Academisch Ziekenhuis, Utrecht.
- Dr. **C.G.M.I. Baeten**, chirurg, Academisch Ziekenhuis, Maastricht.
- Dr. **J.J.E. van Everdingen**, stafmedewerker CBO, secretaris Medisch Wetenschappelijke Raad, Utrecht.
- Dr. **J. Ferwerda**, internist, Kennemer Gasthuis, Lokatie E.G., Haarlem.
- Prof. dr. **K. Gill**, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Zwammerdam.
- **D.A. Groeneweg**, dermatoloog, Polikliniek Huidziekten, Uden.
- **R.F.H.J. Hulsmans**, dermatoloog, Academisch Ziekenhuis, Maastricht.
- **R.M. de Jong**, huisarts, Klarenbeek.
- **G.R.R. Kuiters**, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Sophia Ziekenhuis en Ziekenhuis De Weezenlanden, Zwolle.
- Dr. **W.R. Schouten**, chirurg, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.
- Dr. **P. Snel**, gastroenteroloog, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam.

DEFINITIE EN CLASSIFICATIE

1. Hemorroiden zijn door slijmvlies bedekte omlaagzakkende zwellichamen.

Aambeiwefsel behoort tot de normale anatomie van het anale kanaal en wordt voor een belangrijk deel gevormd door de direct boven de ingang van het anale kanaal gelegen plexus hemorroïdalis superior, die de functie heeft van 'corpus cavernosum recti'. Die functie wordt mede mogelijk gemaakt door de aanwezigheid van arterio-veneuze verbindingen. De plexus hemorroïdalis superior is niet gelijkmatig verdeeld over de circumferentie van het anale kanaal. Gebleken is dat dit dunwandige vasculaire netwerk het meest uitgesproken is in een drietal submucose verdikkingen die rechts voor, rechts achter en links medio-lateraal gelegen zijn. Deze 'vaatkussentjes' zijn in feite sponsachtige zwellichamen ingebed in elastisch-collageneus steun- en glad spierweefsel en spelen een essentiële rol bij het luchtdicht afsluiten van de anus.

Degeneratie of verscheuring van dit weefsel in de vaatkussentjes is er de oorzaak van dat deze zwellichamen omlaag zakken. In het nauwe onderste deel van het anale kanaal kunnen de hemorroiden in de knel raken, hetgeen gepaard gaat met stuwings- en oedeemvorming. Het kwetsbare bedekkende slijmvlies kan dan makkelijk bloeden. Hierbij kan een vicieuze cirkel van stuwings-, verhoogde sfincter-tonus, bloeding en pijn ontstaan. Een aambeel is pas een aambeel als het normale aambeiwefsel zodanig overrekt of geïrriteerd is dat het klachten geeft.

Vroeger werd gesproken van 'inwendige aambeien' om deze te onderscheiden van zogenoemde 'uitwendige aambeien', waarmee sacculenties uitgaande van de plexus hemorroïdalis inferior werden aangeduid. Dit veneuze netwerk bevindt zich op de rand van de anus en wordt bedekt door de perianale huid. Men spreekt bij zwellingen van de perianale randvene liever niet van 'uitwendige aambeien', maar van een gestuwde perianale randvene. De sacculenties in deze vene zijn nooit de oorzaak van prolapsgevoelens en gaan vrijwel nooit gepaard met verlies van helderrood bloed uit de anus. Er ontstaan alleen pijn- en later jeukklachten als er in de randvene acuut een stolsel optreedt: de zogenaamde perianale 'trombose'. Stuwings- in de perianale randvene ontstaat door veneuze hypertensie en treedt met name op tijdens de zwangerschap en tijdens persen (tijdens de defecatie), bij een chronische Valsalva-manoeuvre (hoesten), bij sterke drukwisselingen (straaljagerpiloten) en versnelde defecatie (diarree).

Naast sacculenties in de perianale randvene en perianale stolsels zijn er uitwendig zichtbare afwijkingen, die vaak ten onrechte als hemorroïden worden bestempeld, namelijk de sessiele, soms pendulerende huidlapjes (marisken) en de soms prolaberende hypertrofische anale papil, die uitgaat van de linea dentata.

2. De gangbare classificatie van hemorroïden in vier graden van prolabering heeft geen betekenis voor de behandeling.

Heden ten dage worden hemorroïden ingedeeld in vier graden van prolabering:

- Graad I : hemorroïden die bij persen niet prolabereren en alleen bij endoscopisch onderzoek gediagnostiseerd kunnen worden
- Graad II : hemorroïden die bij persen prolabereren en daarna spontaan retraheren
- Graad III : hemorroïden die spontaan of tijdens persen prolabereren en aldus gereponeerd moeten worden
- Graad IV : hemorroïden die continu prolabereren en niet meer te reponeren zijn; indien dit acuut optreedt, staat strangulatie op de voorgrond

Op de consensusbijeenkomst was men het er over eens dat deze classificatie geen strikte betekenis heeft voor de praktijk van alledag. Immers, afhankelijk van het moment van diagnostiek kan een hemorroïd nauwelijks detectabel zijn (in rust met endoscoop) of juist wél zichtbaar zijn distaal van de linea anocutanea ten gevolge van bijvoorbeeld langdurig persen. De meeste prolaberende hemorroïden behoren tot de graden I t/m III en kunnen in principe alle ambulant worden behandeld. De behandeling van hemorroïden graad IV is wezenlijk anders dan die van graad I t/m III, maar deze 'complicatie' komt weinig voor. De indeling in graad I t/m III van prolabering is voor de therapiekeuze niet essentieel.

EPIDEMIOLOGIE

3. Anale klachten zijn veelvuldig voorkomende en miskende problemen in de medische praktijk.

Over het voorkomen van aambeien in de bevolking bestaan geen betrouwbare cijfers. De meeste gegevens zijn afkomstig van de huisartsgeneeskundige literatuur.

In zijn dissertatie op een huisarts populatie van ruim 152.000 patiënten vermeldt Oliemans een incidentie van hemorroïden van 4.5/1000/jaar en een prevalentie van 7.3/1000.

Lamberts heeft in een groep van ruim 21.000 patiënten in de huisartsenpraktijk een incidentie gevonden van 8.2 en een prevalentie van 10.1.

Van de Lisdonk e.a. zagen in Nijmegen van 1971 tot 1989 de incidentie teruglopen van ± 13 naar ± 8 en spreken van hemorroïden als een groot ijsbergfenomeen. Zij constateren geen verschillen tussen de sociale lagen; de incidentie wordt volgens hun gegevens niet door het seizoen beïnvloed.

Aan al deze registraties kleeft het bezwaar dat de wijze waarop de diagnose aambeien is gesteld niet eenduidig is. Aangezien hemorroïdale zwellichamen zelf niet palpabel zijn (zie stelling 10) is proctoscopie de enig juiste methode om aambeien aan te tonen. Deze vorm van diagnostiek is in de huisartsenpraktijk nog lang niet overal gemeengoed. Er is dan ook waarschijnlijk sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling.

Een andere bron, waarop men zich kan baseren om het vóórkomen van aambeien te schatten, wordt gevormd door commerciële omzetgegevens van anti-hemorroidalia in de vorm van receptuur of zelfmedicatie. De gegevens van de farmaceutische industrie laten zien dat in 1991 aan anti-hemorroidalia verkrijgbaar via apotheek en drogist een totaalbedrag van f 9.290.000 (publieksprijs) is besteed. De inkoopwaarde bedroeg bijna

f 7.000.000. Deze middelen omvatten suppositoria, zalven en alternatieve farmaca. Uitgesplitst naar apotheek (inclusief handverkoop) en drogist bedroegen de inkoopwaarden respectievelijk f 3.945.000 en f 3.025.000. Omdat in de apotheekbedragen receptuur niet van handverkoop valt te onderscheiden, kan geen inzicht worden verkregen in welk bedrag is gemoeid met de farmaca die door artsen zijn voorgeschreven.

Tenslotte worden landelijk jaarlijks ± 50.000 patiënten voor anale klachten zoals bloedverlies, jeuk, pijn en prolaps naar de tweede lijn verwezen. Dit getal is gebaseerd op een extrapolatie van cijfers uit Maastricht: 500 patiënten worden per jaar naar de tweede lijn verwezen op een populatie die 1% bedraagt van de Nederlandse bevolking.

PATHOFYSIOLOGIE

4. Chronisch persen en persen zonder aandrang veroorzaakt prolaberende hemorroïden.

Bij voldoende vulling van het rectum komt de defecatiereflex op gang. Deze induceert ritmische contracties van het gevulde rectum distaalwaarts en gelijktijdige relaxatie van de onwillekeurige sfincter ani internus. Ieder zindelijk en gezond mens is echter in staat de werkelijke defecatie uit te stellen door het aanspannen van de willekeurige sfincter ani externus. Wanneer aan de aandrang niet wordt toegegeven, zal deze na enige tijd weer verdwijnen. De patiënt, die zonder aandrang altijd op een vast tijdstip defeceert of zijn defecatie uitstelt, doet dit zonder voorafgaande relaxatie van de sfincter ani internus. Hierbij treedt geen spontane relaxatie en evacuatie van faeces op, doch wordt tegen de rustspanning van de sfincter ani internus in de endeldarm door persen geleegd.

Bij de evacuatie van faeces zal het anale kanaal inclusief de hemorroïdale zwellichamen in normale omstandigheden iets naar distaal afglijden en treedt spontaan en betrekkelijk snel retractie en repositie van dit weefsel op de anatomische lokatie op. Bij chronisch persen zal het hemorroïdale steunweefsel overrekken en een belangrijk deel van zijn elasticiteit verliezen. Bovendien hindert de hoge interne sfincterspanning de retractie van het geprolabeerde weefsel en gaat een snelle repositie ervan tegen.

5. Portale hypertensie is geen oorzaak van hemorroiden.

De plexus hemorroïdalis superior maakt deel uit van het portale veneuze systeem. Aangezien de portale venen geen kleppen hebben, zal elke obstructie in de vena porta zich vertalen in een toegenomen druk in de aanvoerende venen. Bij portale hypertensie treden soms rectale varices op. Deze hebben een geheel andere verschijningsvorm dan vergrote vasculaire cushions en zijn dan ook verschillend. Patiënten met portale hypertensie lijden dan ook niet vaker dan anderen aan hemorroiden; zij komen bij beiden zeer frequent voor. De klachten van hemorroiden vallen vrijwel in het niet vergeleken bij de andere symptomen van portale hypertensie, zodat deze patiënten meestal niet over hemorroïdale symptomen klagen. Hemorroiden komen in in de algemene populatie zo veel meer voor dan portale hypertensie dat deze laatste bezwaarlijk als een belangrijke oorzaak beschouwd kan worden en het is volstrekt zinloos bij patiënten met hemorroiden onderzoek te verrichten naar portale hypertensie.

KLINISCH BEELD

6. Bloedverlies, prolaps, pijn, jeuk en lekkage zijn niet-specifieke symptomen van hemorroïdaal lijden.

Verlies van helderrood bloed bij hemorroïden wordt meestal gezien na de defecatie en is soms overvloedig. Het bloed bevindt zich meestal aan het WC-papier of op de ontlasting. Ook kan spontaan bloedverlies optreden zonder relatie tot de defecatie.

Prolapsverschijnselen kunnen typische klachten geven, variërend van een licht drukkend gevoel tot loze aandrang. Het drukkende gevoel wordt soms als pijn ervaren. De klachten kunnen echter ook geheel ontbreken. Patiënten met prolaberende hemorroïden geven vaak aan valse aandrang te hebben, vooral na de defecatie.

De *pijn* bij hemorroïdaal lijden is van een geheel andere aard als de pijn die veroorzaakt wordt door aandoeningen zoals fissuren, proctitis, kryptitis, fistels, perianale stolsels, perianale excoriaties of ulcera, incarceration en strangulatie, die een onderdeel vormen van het perianale symptomencomplex en soms daardoor moeilijk zijn af te grenzen van het hemorroïdaal lijden. Ernstige pijn wordt niet veroorzaakt door hemorroïden, tenzij er sprake is van acute trombose of strangulatie.

Jeuk bij hemorroïdaal lijden is een regelmatig voorkomende klacht. Evenals pijn moet pruritus met of zonder perianale dermatitis ook als secundair worden beschouwd aan de aanwezigheid van prolaps en als onderdeel van het perianaal symptomencomplex.

Lekkage, veroorzaakt door een te grote aanvoer van rectaal slijm (colitis, proctitis) of het verlies van kleine hoeveelheden vloeibare ontlasting, door de patiënt vaak waargenomen als 'remsporen' in het ondergoed, treedt op (bij prolaps van hemorroïden in het anale kanaal of daarbuiten), door onvolledig functioneren van het afsluitingsmechanisme van de mm. sfincter ani. Dit kan op zijn beurt leiden tot pruritus ani en tot een ortho-ergische (irritatie) dermatitis.

7. De aanwezigheid van hemorroïden bij patiënten met rectaal bloedverlies sluit een colorectaal carcinoom niet uit.

Rectaal bloedverlies is een belangrijk symptoom van een distaal gelocaliseerd colon- en rectumcarcinoom. Bij ouderen mag dit symptoom dan ook niet zonder meer aan hemorroïden worden toegeschreven, ook al zijn deze aanwezig. Het rectumcarcinoom zelf geeft op zich geen aanleiding tot het ontstaan van hemorroïden. Wél kunnen veranderingen van het defecatiepatroon en persen de oorzaak zijn van het ontstaan van hemorroïden.

8. Een anemie kan alleen na het uitsluiten van andere oorzaken aan hemorroïden worden toegeschreven.

Een ferriprive anemie door bloedverlies uit het maagdarmkanaal wordt zelden alleen door hemorroïden veroorzaakt. Een positieve haemoculttest mag *niet* aan hemorroïden worden toegeschreven. Wanneer een

anemie en hemorroiden gezamenlijk voorkomen, is dat een reden voor verder onderzoek. Alleen wanneer andere oorzaken van een anemie met zekerheid zijn uitgesloten kan deze door hemorroïdaal bloedverlies worden verklaard.

9. Acut heftig rectaal bloedverlies wordt frequent veroorzaakt door traumatische beschadiging.

Een hevige bloeding per anum kan veroorzaakt worden door hemorroiden. Gewoonlijk bevindt zich dit helderrode bloed op de ontlasting of treedt op na defecatie. Bij een hevige bloeding moet echter ook worden gedacht aan een traumatische oorzaak door bijvoorbeeld thermometers, clysmata of manipulatie, vooral als de patiënt anticoagulantia krijgt.

DIAGNOSTIEK

10. De aanwezigheid van perianale huidafwijkingen zonder dermatologische verklaring vereist proctoscopisch onderzoek.

Lekkage van slijm en darmvocht ten gevolge van slijmvlies- of hemorroïdale prolaps kan pruritus ani en perianale huidafwijkingen veroorzaken.

Eczeem is de meest voorkomende inflammatoire dermatose in de perianale regio. Perianaal eczeem wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door orthoërgische factoren. Deze kunnen exogeen zijn, zoals een overmatige anale hygiëne met bijvoorbeeld een overvloedig gebruik van zeep of van detergentia-bevattend vochtig toiletpapier. Andere exogene factoren, die dikwijls als oorzaak voor een perianaal orthoërgisch eczeem over het hoofd worden gezien, bestaan uit chronische fluor vaginalis bij vrouwen (vaak multiparae) en urine-incontinentie bij beide sexen. In de praktijk blijkt echter dat chronische lekkage van proctaal slijm en vloeibare faeces ('soiling') en van bloed en/of pus de belangrijkste oorzaak voor orthoërgisch perianaal eczeem vormt. Per- of perianale lekkage treedt op bij allerlei proctologische afwijkingen zoals prolaberende hemorroïden, fissura ani, perianaal abces en fistula ani, proctitis en musculaire sfinctercontinentie. Ook een sfinctercontinentie, bijvoorbeeld door lichenificatie (versterkte plooïing) van het anale kanaal of één of meerdere radiaire littekens na een hemorroïdectomie, fistel- of fissurectomie en posterieure sfincterotomie, kan voor voortdurende soiling en derhalve voor een orthoërgisch perianaal eczeem verantwoordelijk zijn.

De tweede belangrijkste oorzaak voor perianaal eczeem is een contact-allergie van het vertraagde type. Uit retrospectief onderzoek blijkt dat door middel van epicutaan allergologisch onderzoek bij circa 25-50% van de patiënten met een perianaal eczeem een relevante contact-allergie kan worden aangetoond. Het gevonden allergeen kan bij de genese van het perianaal eczeem een rol in het verleden hebben gespeeld of nog steeds actueel zijn. De potentiële contact-allergenen bij patiënten met perianaal eczeem berusten voornamelijk op bestanddelen van vochtig toiletpapier zoals conserveermiddelen en parfumgrondstoffen en op bestanddelen van lokale therapeutica, zoals neomycine en benzocaïne. Hiervoor dient zonodig allergologisch onderzoek te worden uitgevoerd.

Aan zowel orthoërgisch als (vaak secundair) contact-allergisch perianaal eczeem ligt in de meeste gevallen actuele of passagère proctologische pathologie ten grondslag.

11. Hemorroïden zijn bij rectaal toucher niet palpabel; diagnose vereist proctoscopie.

De patiënt heeft de neiging alle anale symptomen aan hemorroïden toe te schrijven en hoewel het

mogelijk is op anamnese en lichamelijk onderzoek de diagnose hemorroïdaal lijden te stellen, dient de arts zich bewust te zijn van de mogelijkheid van ernstige andere anale of colorectale pathologie. Indien de patiënt zich tot een arts wendt met klachten die zouden kunnen passen bij het hemorroïdaal lijden, dient deze dan ook een nauwgezette anamnese en proctoscopisch onderzoek te verrichten.

Een palpabele afwijking in het anale kanaal is over het algemeen geen hemorroïd en dient altijd nader endoscopisch onderzocht te worden. Alleen met behulp van een proctoscoop is het mogelijk het distale rectumslijmvlies en het anale kanaal volledig te inspecteren op erosies, bloedingen, poliepen, ontsteking en carcinoom. Ter vaststelling van prolaberend slijmvlies of hemorroïden wordt de patiënt gevraagd bij het terugtrekken van de scoop te persen. Het prolabereren van de hemorroïdale zwellichamen kan hierbij goed worden vastgesteld, soms tot buiten het anale kanaal.

12.A. Bij patiënten onder de 50 jaar met hemorroïdaal lijden en bloedverlies per anum kan met anamnese en proctologisch onderzoek worden volstaan.

12.B. Bij bloedverlies per anum boven de 50 jaar moet een onderliggend lijden worden uitgesloten. Een sigmoidoscopie lijkt daartoe vooralsnog het meest geëigend.

Indien bij anamnese en onderzoek aanwijzingen of een vermoeden bestaan voor hoger gelegen afwijkingen dient aanvullend onderzoek van het gehele colon plaats te vinden.

De risicofactoren voor de mogelijke aanwezigheid van een colorectaal carcinoom zijn leeftijd en familiale belasting. De gehele Nederlandse bevolking boven het 50ste jaar heeft een groter risico voor colorectaal carcinoom.

Extra risicofactoren zijn een colorectaal carcinoom danwel een poliepectomie in de anamnese en en langdurig bestaande colitis ulcerosa (> 10 jaar). Benigne anorectale afwijkingen, zoals het hemorroïdaal lijden, vormen geen risicofactor voor het krijgen van een colorectaal carcinoom. Zijn echter de bovengenoemde risicofactoren aanwezig, dan dient door de arts dit risico, naast de gegevens verkregen uit anamnese en onderzoek, meegewogen te worden bij de beslissing om al of niet aanvullende diagnostiek te verrichten.

Jonge patiënten hebben een lage kans op colorectaal carcinoom. De kankerincidentie-cijfers bij mannen uit 1990 zijn weergegeven in onderstaande grafiek.

Het colorectaal carcinoom presenteert zich soms met alleen bloedverlies. Vandaar dat verwarring met hemorroiden goed mogelijk is.

Uit de grafiek blijkt dat boven de leeftijd van 50 jaar de kans op colorectaal carcinoom fors toeneemt. Ofschoon dit een arbitraire grens is, werd op de consensusbijeenkomst toch gesteld dat bij bloedverlies per anum onder de 50 jaar zonder risicofactoren voor coloncarcinoom het beleid terughoudend kan zijn. Als in dit geval bij proctoscopie gemakkelijk bloedende hemorroiden of andere benigne aandoeningen van het anorectum worden gezien, is sigmoïdoscopie niet noodzakelijk. Uit recent onderzoek is gebleken dat in de algemene bevolking het symptoom 'bloedverlies per anum' op zichzelf een voorspellende waarde voor darmkanker heeft, die te laag is om te kunnen spreken van een 'alarmsignaal'.

Indien andere symptomen behalve het bloedverlies, zoals een veranderd ontlastingspatroon (behalve obstipatie) en tenesmi of loze aandrang optreden, is verdere screening vereist. Bij patiënten ouder dan 50 jaar neemt de kans op een colorectaal carcinoom met of zonder hemorroidale klachten duidelijk toe. Hoewel de predictieve waarden van de diagnostisch belangrijk geachte symptomen beperkt zijn, lijkt het wel mogelijk een effectief onderscheid te maken tussen patiënten bij wie invasief onderzoek is geïndiceerd vanwege een hoge kans op darmkanker en patiënten bij wie dit niet het geval is vanwege een zeer lage kans op kanker. De drie factoren, die significant bijdragen aan de diagnose, zijn: stijgende leeftijd, een veranderd defecatiepatroon (behalve obstipatie) en bloed alleen of vermengd met of op de ontlasting. Aanbevolen wordt dan ook bij patiënten boven de 50 jaar met bloedverlies sigmoïdoscopie te verrichten.

PREVENTIE

13. **Regulering van het defecatiegedrag heeft een preventief effect op het ontstaan van hemorroïdale klachten.**

Pogingen om harde ontlasting kwijt te raken leiden tot overmatig persen. De verhoging van abdominale druk geeft ook een verhoogde intrarectale druk. De verhoogde intrarectale druk is hoger dan de normale veneuze druk en veroorzaakt stuwning in de plexus hemorroïdalis. De verhoogde rectale druk ontstaat bij passage van harde faeces of door het onwillekeurig persen bij loze aandrang, zoals dat o.a. gezien wordt bij diarree-klachten. Uitstel van de defecatie bij aandrang leidt, door voortgaande vochtonttrekking, tot verdere indikking van de fecale massa. Na deze volumevermindering zal alleen door nieuwe aanvulling weer aandrang kunnen optreden. Langdurig of herhaald uitstel leidt zo tot verharding en verkleining van de fecale massa. Pogingen om harde kleine volumina ontlasting kwijt te raken, leiden tot overmatig persen. De fecale massa wordt uitgedreven door een soms nog onvoldoende spontaan ontspannen sfincter. De door deze druk veroorzaakte veneuze afvloedbelemmering geeft een 'pooling' van bloed in de 'vasculaire cushions'. Hierdoor ontstaat tijdens de evacuatie van faeces een verhoogde wrijvingsweerstand op de hemorroïdale plexus. Deze verhoogde wrijving geeft beschadiging van de mucosa en kleine bloedinkjes, meestal helderrood aan het toiletpapier. Verder zorgt de wrijvingsweerstand ervoor dat de hemorroïdale zwellichamen naar beneden worden gestuwd en er zodoende te veel rek komt op het verankerende bindweefsel.

In een later stadium kan pijn optreden, die weer kan leiden tot verhoging van de sfincter-tonus, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Om die te doorbreken moet men trachten de oorzaak van de obstipatie, die veelal is gelegen in verkeerde eet- en leefgewoonten, te verhelpen. Vezelrijke voeding in combinatie met voldoende vocht-inname geeft meestal een wat soepelere ontlasting en waarschijnlijk minder kans op het ontstaan van hemorroïden. Het is echter illusoir te veronderstellen dat voorkomen kan worden dat iemand zijn hele leven gespaard zal blijven van af en toe passage van wat harde ontlasting.

THERAPIE

14. **Conservatieve maatregelen in de vorm van verbetering van het defecatiegedrag en een vezelrijke voeding vormen de basis van de behandeling van patiënten met symptomatische hemorroïden.**

Bij de helft van de patiënten met symptomatische hemorroïden kan met conservatieve maatregelen worden volstaan.

De belangrijkste conservatieve maatregelen zijn:

Defecatiegedrag

Obstipatie en persen bij defecatie worden als belangrijke etiologische elementen in de pathogenese van hemorroïden beschouwd. Onderzoek heeft uitgewezen dat slechts circa 10% van de patiënten met hemorroïden over obstipatie klaagt. De klachten van obstipatie nemen in de populatie van patiënten boven de 70 jaar aanzienlijk toe en in deze leeftijdsgroep lijkt er een duidelijke correlatie te zijn tussen obstipatie en het bestaan van hemorroïden. Ook diarree is met de aanwezigheid van hemorroïden geassocieerd.

Adviezen ten aanzien van defecatiegedrag houden in dat de patiënt zoveel mogelijk toegeeft aan de aandrang tot defecatie, dat hij het persen vermijdt en eventueel gebruik van laxantia staakt. Het verbieden van persen bij de defecatie is alleen zinvol wanneer tegelijkertijd wordt geadviseerd het dieet met voedingsvezel te verrijken.

Dieetadviezen

Er zijn aanwijzingen dat voedingsvezeldeeltes op mechanische wijze de dikke-darmmucosa kunnen 'prikken', waardoor de secretoire en de motorische activiteit van het colon zou toenemen. Vezelverrijking leidt tot een toename van de fecale massa, een afname van de viscositeit van de faeces en een verkorting van de passagetijd door de tractus digestivus. Voedingsvezeladditieven reguleren de defecatiefrequentie, beïnvloeden gunstig de volume-afhankelijke defecatiereflex, verbeteren de consistentie van de faeces en het defecatiegemak en helpen daardoor indirect de mate van prolaps bij patiënten met hemorroïden te reduceren. Overmatig gebruik van alcohol wordt patiënten met hemorroïden ontraden.

Anale hygiëne

Patiënten met hemorroiden kan het best worden geadviseerd een adequate anale hygiëne te betrachten, dat wil zeggen na iedere defecatie de perianale regio te wassen met koud/lauw water zonder zeep. Vochtig toiletpapier reinigt beter dan droog toiletpapier. Op grond van recent onderzoek dient de patiënt met anale klachten het gebruik ervan vooralsnog te worden ontraden, aangezien de meeste merken vochtig toiletpapier conserveermiddelen en parfumgrondstoffen bevatten, die een aanzienlijk risico op contactsensibilisatie geven. Warme zitbaden zouden volgens sommigen de sfinctertonus kunnen verminderen. Het is meer waarschijnlijk dat zij bijdragen tot een goede anale hygiëne.

15. Lokale antihemorroidalia vormen geen causale therapie voor hemorroiden en dienen als zodanig niet te worden toegepast.

Antihemorroidalia zijn in Nederland in verschillende vormen op de markt. Zij bestaan uit smeersels, suppositoria, klysmas en orale middelen. Antihemorroidalia vormen geen causale therapie voor hemorroiden. Zij zijn in principe symptoombestrijdend en kunnen jeuk of pijn sneller verlichten en een afname van zwelling en ontsteking bespoedigen. Zij moeten in de meeste gevallen als een tijdelijke maatregel worden beschouwd.

Antihemorroidalia kunnen nuttig zijn als aanvulling op andere conservatieve maatregelen, als adjuvans bij het proctologisch onderzoek en/of als overbruggende maatregel vóór, danwel als adjuvans bij of in de loop van de causale behandeling van hemorroiden. Tevens kunnen antihemorroidalia worden ingezet ter verlichting van klachten bij patiënten die niet causaal willen of kunnen worden behandeld. Adjuvante lokale therapie dient gericht en genuanceerd te worden voorgeschreven op geleide van de aard en de ernst van de individuele symptomen en van de bij proctologisch onderzoek geconstateerde afwijkingen. Temeer daar sommige lokale proctologische specialiteitsmiddelen een risico op contactsensibilisatie dragen, genieten magistrale receptuur en FNA-preparaten de voorkeur.

Een suppositorium komt na introductie in het rectum ver van de plaats terecht, waar de lokale werking ervan behoort plaats te vinden. Behalve in het ongewone geval van een tevens aanwezige niet-infectieuze proctitis, zijn suppositoria als symptomatische behandeling van het hemorroïdaal lijden niet zinvol.

Lokale therapie dient in principe niet langer dan twee weken toegepast te worden en bij voorkeur te bestaan uit magistrale receptuur of een FNA-smeersel.

16. Elastische bandligatie volgens Barron en sclerosering volgens Blond zijn de vormen van ambulante of poliklinische behandeling voor symptomatische hemorroiden, die het meest effectief, het minst kostbaar en het meest patiëntvriendelijk zijn.

De hemorroïdale zwellichamen zijn van belang voor de fijne continentie en de therapie moet derhalve in principe zijn gericht op het herstel van de fysiologie van deze zwellichamen en niet op de volledige destructie ervan. Het doel van de behandeling moet niet een hemorroid-vrije patiënt, doch een symptoom-vrije patiënt zijn.

Alleen patiënten met acute, ernstige complicaties ten gevolge van hemorroiden of patiënten met langdurig bestaande of veelvuldig recidiverende symptomatische hemorroiden, die onvoldoende op conservatieve en symptoombestrijdende maatregelen reageren, dienen causaal te worden behandeld.

De causale behandeling van symptomatische hemorroiden is erop gericht de pathologische situatie tot een fysiologische terug te brengen. Aangezien prolaberende hemorroiden ontstaan door verslapping van het steunweefsel en daardoor naar distaal afglijden (hypermobiel), is de causale therapie gericht op:

- weefselretractie craniaalwaarts;
- weefselfixatie op de anatomische lokatie;
- reductie van de sfinctertonus bij strangulatie (graad IV).

Elastische bandligatie

Bij de elastische bandligatie wordt het slijmvlies ruim boven de linea dentata met behulp van een speciale paktang of zuigtang in een holle cylinder of cup getrokken of gezogen en worden over het opgetrokken slijmvlies één of tegelijkertijd twee rubberen ringetjes geschoten. Het door de ring gestranguleerde weefsel sterft binnen 2-10 dagen af. Ring en necrotisch weefsel verlaten in de meeste gevallen vermengd met de faeces en voor de patiënt ongemerkt de tractus digestivus. De patiënt moet worden duidelijk gemaakt dat licht bloedverlies enkele dagen na de behandeling een normaal verschijnsel is. Op de darmwand blijft een klein ulcus achter dat tot een litteken fibroseert. De voorkeursplaats voor lokalisatie van de ring is het overgangsgebied tussen het craniale deel van het hemorroid en de rectummucosa, waardoor retractie van het hemorroïdale weefsel craniaalwaarts wordt bereikt en te grote tractie op c.q. inclusie van de linea dentata - hetgeen pijnlijk is - wordt vermeden. Het aantal elastische bandligaturen per sessie en het aantal sessies is afhankelijk van de mate van hemorroïdale prolaps, van de mogelijkheid tot repositie en van de duur, de mate en de ernst van het subjectieve onwelbevinden van de patiënt in aansluiting op deze therapie. De intervallen tussen de verschillende sessies variëren van 2-6 weken. De ambulante of poliklinische elastische bandligatie is ongeveer 6x zo goedkoop als de klinische operatieve hemorroïdectomie. Circa 80% van de met bandligatuur behandelde patiënten krijgt onaangename sensaties onmiddellijk na de ingreep, die bij 1/3 van deze patiënten meer dan drie dagen aanhoudt. Deze onaangename sensaties bestaan meestal uit een corpus alienum-gevoel, uit loze aandrang en uit lichte pijn.

Andere complicaties zoals hevige bloedingen, urineretentie en koorts zijn zeldzaam. Vanwege het goede weefselretraherende vermogen van deze therapievorm is deze vooral geschikt bij graad II en graad III hemorroiden. Antistollingstherapie is bij een relatieve en een verminderde immuniteit een absolute contra-indicatie.

Sclerosering

De meest gangbare vorm van sclerosering is de methode volgens Blond. Bij deze methode wordt per hemorroid 0,5-1 cc scleroseringsvloeistof aan de craniale basis van het hemorroid vlak boven de muscularis van de darmwand intrahemorroidaal gespoten.

Sclerosering is relatief goedkoop, veilig en betrekkelijk pijnloos. De bijwerkingen onmiddellijk na de behandeling zijn gering en kunnen bestaan uit een snel voorbijgaand corpus alienum-gevoel of loze aandrang (3,7 promille) en een lichte nabloeding uit de insteekopening. Pijn kan optreden wanneer het sclerosans abusievelijk in de muscularis wordt gespoten of in de nabijheid van de linea dentata. Een voordeel van sclerosering is dat de klachten van bloedingen, jeuken, natten en in mindere mate van pijn na 2-4 behandelings sessies sterk afnemen. Een nadeel van sclerosering is een betrekkelijk hoog recidiefpercentage. Vanwege het geringe weefselretraherende vermogen van deze therapievorm is deze minder geschikt voor de behandeling van graad II en graad III hemorroiden en wordt deze vooral bij graad I hemorroiden toegepast.

Combinatiebehandelingen

Al naar gelang de smaak en de ervaring van de behandelaar worden in de praktijk causale ambulante of poliklinische combinatie-behandelingen uitgevoerd. Bij bloedende prolaberende hemorroiden kan een combinatie van elastische bandligatie met scleroseringsbehandeling, van elastische bandligatie met cryotherapie of van elastische bandligatie met infraroodcoagulatie voorafgegaan door sclerosering plaatsvinden. Sommige behandelaars onderspuiten de elastische bandligatuur met een sclerosans om necrose van het gestranguleerde hemorroidale weefsel en fibrosering van het resterende ulcus te bespoedigen en/of spuiten sclerosans of een neutrale viskeuze olie in het door de bandligatuur gestranguleerde weefsel om vroegtijdig afglijden van de ring te voorkomen en necrose van het strangulaat te versnellen. Bij graad II en III hemorroiden voeren sommigen eerst een weefselretraherende behandeling met elastische bandligaturen uit en sluiten de behandeling met een weefselfixerende scleroseringstherapie af wanneer de hemorroiden tot een graad I zijn gereduceerd.

Reductie van de sfinctertonus

Verlaging van de sfinctertonus is alleen zinvol bij een zeer hoge tonus zoals bij strangulatie van

prolaberende hemorroïden (graad IV). Een laterale sfincterotomie is hierbij zeer effectief. Andere vormen van tonusverlaging zijn moeilijk doseerbaar en daardoor ineffektief of incontinentie veroorzakend.

17. Vanwege de effectieve ambulante of poliklinische behandelingsmogelijkheden voor hemorroïden behoeven hemorroïdectomieën nog slechts zelden te worden uitgevoerd.

De voor- en nadelen van de ambulante of poliklinische behandelingsmethoden moeten worden vergeleken met die van de klassieke hemorroïdectomieën. Hoewel de hemorroïdectomie een effectieve methode van behandeling van hemorroïdale klachten is, met succespercentages van meer dan 90%, kleven er veel bezwaren aan deze ingreep. In de eerste plaats moet de hemorroïdectomie onder algehele narcose, epidurale anesthesie of caudaal blok worden verricht. Een ander nadeel is de postoperatieve pijn, die bij sommige patiënten zo aanzienlijk is, dat intensieve en adequate pijnbestrijding gedurende enkele dagen noodzakelijk is. Daarnaast treedt regelmatig urineretentie op. Uit recent onderzoek bleek de incidentie van deze complicatie 17% te bedragen. Andere complicaties zoals bloeding, obstipatie en wondinfectie treden minder vaak op. Met name door de post-operatieve pijn en het frequent optreden van urineretentie verblijven de meeste patiënten 2 tot 3 dagen in het ziekenhuis. Om deze redenen leent hemorroïdectomie zich in principe niet voor dagbehandeling. Na verwijdering van hemorroïdaal weefsel bestaat de kans dat de anus niet meer vocht- en luchtdicht kan worden afgesloten. Hierdoor kan 'soiling' en incontinentie voor flatus ontstaan. Uit onderzoek blijkt dat deze complicatie bij circa 30% van de patiënten voorkomt. Op grond van deze morbiditeit en het voorhanden zijn van tenminste even effectieve, weinig belastende therapieën wordt geadviseerd hemorroïdectomieën niet meer te verrichten.