Başlarken ...

Bu eğitim kitapçığı, karmaşık bir konu olan hemoroidal hastalık tedavisine bütüncül bir yaklaşımın anlaşılmasına katkıda bulunmak amacıyla hazırlanmıştır. Hemoroidal hastalığın iyi anlaşılmamış ve tanımlanmamış olması, hastalara çok sayıda ve bazen tutarsız tedavi yöntemlerinin önerilebilmesi ile sonuçlanmaktadır. Hekimler, bu hastalıkla ilgili olarak seçmekte zorlandıkları bir dolu öneri ve sonuçla karşı karşıyadır. Bir uçta takibi zor ve zaman alıcı kitaplar, makaleler ve review'lar, diğer uçta ise ilaç endüstrisinin taraflı ve abartılı sonuçları vardır.

TKRCD Klinik Gelişmeler serisinin bu ve bundan sonraki sayıları, sık rastlanan anorektal hastalıkların uzman tedavisi için yetkin ve pratik referans materyalleri sağlamayı amaçlamaktadır. Bu alanda uzman ekipler tarafından sağlanacak konsantre ve pratik bilgileri takip etmek kolay olacaktır. Konuyla ilgili önde gelen eser ve araştırmalara atıfta bulunulacak, ancak okuyucu sıralanmış bir yayın listesi içinde boğulmayacaktır. İlk sayı, hemoroidal hastalığın konservatif ve medikal tedavisi ilgili esas noktaları kanıta dayalı bilgiler ışığında vurgulamaktadır. Tüm resimler orijinaldir ve yazarların arşivlerinden alınmıştır. Bundan sonraki sayılar da *hemoroidal hastalığın invaziv tedavisi, hamilelik ve anorektal hastalıklar, anal fissür tedavisi, konstipasyon ve çıkış obstrüksiyonu* gibi benzer başlıkları aynı yaklaşım tarzıyla irdeleyecektir.

Gastroenterologlar, cerrahlar, aile hekimleri, jinekologlar ve anorektal hastalıkların tedavisine yönelmiş herkesin bu eğitim serisini beğeneceğini ve yararlanacağını umuyoruz.

TKRCD Klinik Gelişmeler # 1

HEMOROİDAL HASTALIKTA KONSERVATİF TEDAVİ VE İLAÇ TEDAVİSİ

KONSERVATİF VE İLAÇ TEDAVİSİNİN GEÇERLİLİĞİ AÇISINDAN HEMOROİDAL HASTALIĞIN PATOGENEZİ

DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI VE KONSTİPASYON: HEMOROİDAL HASTALIĞIN PATOGENEZİ VE TEDAVİSİ AÇISINDAN ETKİLERİ

HEMOROİDAL HASTALIK TEDAVİSİNDE POSALI (LİFLİ) BESLENME

SICAK SU BANYOLARININ ETKİNLİĞİ

HEMOROİDAL HASTALIKTA İLAÇ TEDAVİSİ

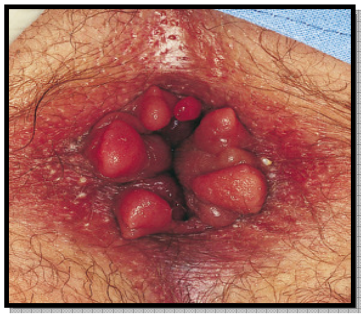
KLİNİK ÇIKARIM VE ÖNERİLER

Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği

HEMOROİDAL HASTALIKTA KONSERVATİF TEDAVİ VE İLAÇ TEDAVİSİ

KONSERVATİF VE İLAÇ TEDAVİSİNİN GEÇERLİLİĞİ AÇISINDAN HEMOROİDAL HASTALIĞIN PATOGENEZİ

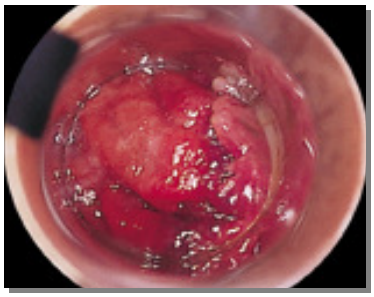
Hemoroidal hastalığın karmaşık patogenezi ve bu konudaki bilgilerin derlenmesi bu çalışmanın amacı dışındadır. Buna karşın, konservatif yaklaşım için temel oluşturabileceğinden, patogenezin bazı özelliklerinin hatırlanmasında fayda vardır. Eksternal (dış) hemoroidlerin göreceli olarak daha basit olması, daha seyrek görülmesi ve kolaylıkla çözümlenebilmesi nedeniyle internal hemoroidler bu irdelemedeki hedefimiz olacaktır.



İleri derece internal + external hemoroidal hastalık.

Defekasyon ve kontinenste önemli role sahip fizyolojik yapılar olan anal yastıkçıkların distale doğru yer değiştirmesi (sarkması) ve yapısal distorsiyonu nedeniyle hemoroidal hastalık ortaya çıkmaktadır. Batı toplumu istatistiklerine göre prevalansı %37'lere varabilmekte olup, kadın-erkek görülme sıklığı eşittir. Anatomik çalışmalar, anal yastıkların destek dokusunda yaşlanmayla yapısal bozulmanın ortaya çıktığını ve bunun sonucunda da venöz distansiyon, inflamasyon, erozyon, kanama ve/veya trombozis ile hemoroidal hastalığın geliştiğini göstermiştir. Distale doğru sarkan pakeler aşırı ıkınma ve gaitanın basıncına daha duyarlı hale gelmekte ve bu da sıklıkla venöz distansiyon inflamasyon, kanama, ve/veya tromboza neden olmaktadır. Internal hemoroidler geleneksel olarak prolaps derecesine göre dört kategoride sınıflandırılırlar. Bu sınıflama, altta yatan konnektif doku hasarının ve subepitelial fibroelastik stromanın bozulmasının iyi bir göstergesidir. *Buna karşın, prolapsın derecesi semptomların ciddiyeti ile nadiren ilişkilidir. Fibroelastik stromanın hasarlanmasının yaşla ilgili olağan bir fenomen olmasına karşın yalnızca bazı*

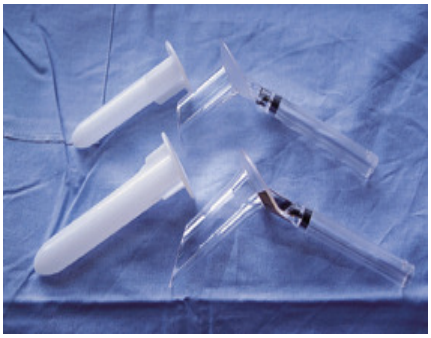
hastalarda hemoroidal semptomlar gelişmektedir. Grade 1 internal hemoroidal hastalıkta gözle görülebilen bir prolaps olmamasına karşın özellikle genç erkeklerde anal kanal tonusunun yüksek olması çerçevesinde ciddi anal rahatsızlık ve kanama şikayetleri ortaya çıkmaktadır.



Hemoroidal hastalıkta inflamasyonun (anitis) ve kanamanın anoskopik görünümü.

Hemoroidal hastalığın etyopatogenezi halen iyi tanımlanamamıştır. Hastalığın seyrine anatomik bozuklukların (subepitelial fibroelastik doku hasarlanması) katkısı olmasına karşın, bunlar patogenezin açıklanmasında yetersizdir. Anatomik düzeltmeyi amaçlayan (cerrahi, anaskopik mukozal fiksasyon yöntemleri gibi) agresif tedavi modaliteleri patogenezdeki bilinmeyenler nedeniyle halen tartışmalıdır.

Hemoroidal hastalığın tanısı proktoloji masasında rektal muayene ve anoskopi yardımıyla konulmaktadır. *Ayırıcı tanıda anal fissür, pelvik organ prolapsı ve en önemlisi, inflamatuar barsak hastalıkları ve rektal kanserin kesin ayırıcı tanısının yapılabilmesi gerekir.*



Anal bölge hastalıklarının tanı ve tedavisinde tercih ettiğimiz flüt ağızlı (Hirschmann) anoskoplar. Ayrıcı tanı için hastaların çoğunda daha ileri tetkiklerin yapılması gerekebilir.

Hastaların herhangi bir anorektal hastalığı genellikle "hemoroid" olarak adlandırma eğiliminde oldukları bilinmelidir. Ayırıcı tanıdaki yetersiz ve kolaycı

bir yaklaşım, problemin çözümünü olanaksız hale getirecektir. Hastanın risk faktörlerine ve ilişkili semptomlarına bağlı olarak rektosigmoidoskopi, kolonoskopi, anorektal manometre ve endoanal ultrasound gibi ileri tetkiklerin yapılması gerekebilir.

Distal rektal kanser internal hemoroidal hastalığın ayırıcı tanısında en önemli hastalıktır.

Hemoroidal hastalığın patogenezi ile ilişkili karanlık noktalardan biri de bazı patolojik anal basınç profilleridir. Örneğin, anal ultra slow dalgalar (USWs) anorektal hastalıkların çoğunda tanımlanmıştır. USWs sıklıkla ağrılı ya da zorlu defekasyonu olan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Bu da düz kaslardaki (internal anal sfinkter) fonksiyon bozukluğuna işaret etmektedir. USWs olarak adlandırılan bu çok yavaş ve periodik (<2/dak) basınç değişikliklerinin hemoroidal hastalığın patogenezine önemli katkısının bulunduğu ileri sürülmüştür. Bu motor fenomenin direkt olarak bloke edilmesi yeni bir tedavi yaklaşımı olarak sunulabilir. Araştırılmayan alanlardan biri de ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin bir kısmını düzeltilme potansiyeline sahip bazı farmakolojik ajanların olası klinik rolleridir.

Hemoroidal hastalığın tam olarak anlaşılmadığının bir yansıması da hastalara çok farklı yöntemlerin önerilebilmesidir. *Bu hastalığa sahip çok sayıda kişiyi geri çevirmek veya kaybetmek (!) istemeyen pek çok hekim bildiği kadarıyla tanı ve tedavi gerçekleştirmekte ve elinde olan ya da bildiği herhangi bir yöntemi hastaya uygulamakta ya da önermektedir.* Bu konuda uzman olmayan hekimlerin doğru tanı koymadaki handikapları ve hemoroidal hastalığı ustaca tedavi edememeleri nedeniyle de pek çok hasta karamsarlığa sürüklenmekte ve aktarların (herbalistler) eline düşmektedir.

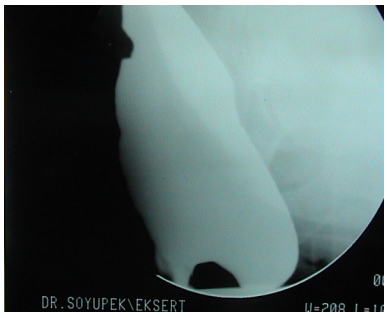
Bu durumda, yan etkisi olmayan ve akut semptomları hızla yatıştıran ajanlar yararlı olabilirler. Özellikle, minimal yapısal anormalliği olan 1. ve 2. derece internal hemoroidlerde yalnızca akut ataklar geliştiğinde semptomatik tedavi uygulanması mantıklı bir klinik yaklaşım olabilir. Anal yastıkçıklarda ciddi yapısal hasarı olan 3. ve 4. derece internal hemoroid vakalarının tersine, erken evre vakalarda semptomatik tedavi ve önleyici tedbirler yeterli olabilir. Yeni ataklar nadiren gelişse bile aynı semptomatik tedavi yinelenebilir.

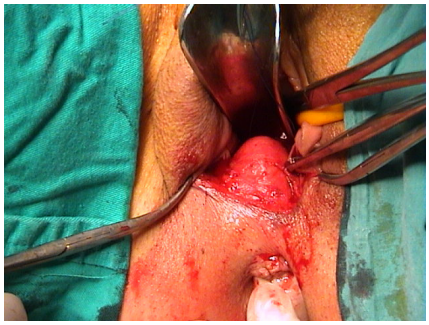
DEFEKASYON ALIŞKANLIKLARI VE KONSTİPASYON: HEMOROİDAL HASTALIĞIN PATOGENEZİ VE TEDAVİSİ AÇISINDAN ETKİLERİ

Konstipasyon semptomları toplumda çok yaygındır ve prevalansın %20'nin üzerinde olduğu bildirilmektedir. Kabızlık, genel olarak seyrek ve/veya zor dışkılama anlamında kullanılır. Ancak, hekimler ile hastaların kabızlığı tanımlamaları arasında çok ciddi farklar vardır. Kabızlık tanım olarak öyle bir problem olmuştur ki, 1992 yılında gastroenterologlar ve cerrahlar Roma Konsensusu diye adlandırılan bir konsensusa gitmek zorunda kalmışlar ve bu konsensus 2000 senesinde revize edilmiştir. Bu tanı kriterleri kapsamında; aşırı ıkınma, sert gaita çıkarma, tam boşalamama, parmak-yardımlı dışkılama ve haftada 3'den az dışkılama gibi unsurlar yer alır.

Konstipasyonla ilgili ayrıntıların amacımızın dışında olmasına karşın, bazı risk faktörlerini ve konstipasyonun klinik subgruplarını bilmemiz gerekmektedir. Prevelans aralıkları oldukça farklı olmasına rağmen konstipasyonun risk faktörleri iyi bilinmektedir. Konstipasyon *kadınlarda* erkeklerden daha sık görülmekte ve insidansı *yaş*la birlikte artmaktadır. Konstipasyon; aktivite eksikliği, düşük kalori alımı, ilaç kullanımı, düşük gelir ve eğitim grubu ve psikolojik problemlerle de (depresyon gibi) ilişkili bulunmuştur. Konstipasyon, kolonun *primer* hastalığına bağlı olabileceği gibi (kanser, darlık, divertikulozis) başka bir duruma *sekonder* olarak da ortaya çıkabilmektedir (hiperkalsemi, hipotiroidi gibi metabolik bozukluklar ya da Parkinson hastalığı, spinal kord yaralanması gibi nörolojik problemler). Klinik olarak daha yaygın gözlenen entiteler *i) yavaş geçiş zamanlı (slow transit time) konstipasyon, ii) outlet (çıkış) obstrüksiyonu (rektosel* gibi bazı pelvik taban rahatsızlıkları) *iii) irritable barsak sendromu olarak üç gruba ayrılmaktadır.* Bu hastalık gruplarının ayırıcı tanılarında çeşitli sofistike tanısal testlerin yapılması gerekmektedir. Ancak unutulmaması gereken bir nokta, kons-

tipasyonun çok yaygın bir problem olduğu ve beş kişiden birinde görülen bu rahatsızlığın kolonoskopiler, barsak geçiş zamanları, motilite çalışmaları gibi *son derece sofistike ve pahalı tekniklerin tümü ile irdelenmeye kalkışılması durumunda inanılmaz bir ekonomik yük ve zaman kaybına yol açacağıdır.* Dolayısıyla bunlar içerisinde yani *konstipasyonun ne kadar tetkik edilmesi gerektiği konusunda da bazı rehber basamaklar* belirlenmiştir. *Hastadan iyi bir hikaye alınması, iyi bir muayene ve çok basit bazı testler ile hastaların %90'ının kesin tanıya ulaşmaları mümkün olmaktadır. Konstipasyonun doğru tanı ve tedavisinde aslında önemli olan uzmanlık bilgisidir. Aksi takdirde ya savsaklanacaktır ya da amacını aşan bazı tetkiklere ve ayrıntılara hasta sürüklenecektir ki iki ekstrem de yanlıştır.*





Rektoselin defekografik (posterior vajen duvarından distal rektumun fıtıklaşması) ve operatif görünümü. Bu durumda, altta yatan rektosel sorunu halledilmedikçe hemoroidal hastalığın tedavisinin başarıyla sonuçlanması beklenmemelidir.

Herhangi bir anorektal hastalık (sıklıkla hemoroidal hastalık) ile karşılaşan hekim konstipasyona neden olan entiteleri iyi bilmeli ve ayırıcı tanıda akılda tutmalıdır. Konstipasyon ve düzensiz tuvalet alışkanlığı hemoroidal problemi olan hasta grubunda sık görülmektedir. Geniş serilerde bu oran %54 – %77 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle alta yatan konstipasyon ve düzensiz tuvalet alışkanlığına doğru yaklaşım başarılı bir tedavi için gerekmektedir.

Hemoroidal hastalığın patogenezinde ve tedavisinde beslenmenin ve tuvalet alışkanlığının etkisi halen tartışılan bir konudur. Son çalışmalarda, hemoroidlerin genellikle konstipasyon ile ilişkili olmadığı, sonuçtan çok konstipasyonun nedeni olduğu vurgulanmaktadır. Buna karşın, konstipasyonda görülen aşırı ıkınma ve uzamış tuvalete oturma süresi perineal kasların gevşemesine ve desteksiz anal yastıkçıkların dışarı prolabe olmasına neden olmaktadır.

Konstipasyon ile hemoroidal hastalığın ilişkisi iyi tanımlanmamış olmasına karşın doğrudan ya da dolaylı bir ilişki veya provokasyon olasıdır. Konstipasyon ve düzensiz barsak alışkanlığı bu hasta grubunda oldukça sık görülmektedir. Özellikle aşırı ıkınma hemoroidal hastalığın başlıca nedeni olabilir. Hastaların büyük bir kısmında beslenme ve kültürel alışkanlıklar konstipasyonun temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle, eşlik eden konstipasyon/düzensiz tuvalet alışkanlıklarının elimine edilmesi, hemoroidal hastalığın önlenmesinde ve tedavisinde yardımcı olabilmektedir. Konstipasyon/outlet obstrüksiyonun primer nedeni atlanır ya da göz ardı edilirse, hemoroidal hastalığın tedavi edilme şansı yoktur.

Defekasyonun geçiştirilmesi, düzensiz beslenme, tuvalette aşırı ıkınma ve fazla zaman geçirme gibi davranış biçimlerine hekim tarafından müdahale edilmesi gerekmektedir. Biz sıklıkla hastaların anlatılanları hafızalarında tutabilmelerine yardımcı olabilmesi amacı ile posalı beslenme ve tuvalet eğitimi ile ilgili bilgilerin listesini yazılı olarak verme taraftarıyız. Defekasyon ile ilgili devam eden uzamış şikayetler durumunda ileri tetkik ve tedaviye ihtiyaç duyulmalıdır. *Amaç sadece hemoroidal hastalığı tedavi etmek değil, altta yatan olası bir problemi (kanser ya da iltihabi barsak hastalığı gibi) ortaya çıkarabilmek olmalıdır.*

Hastanın hikayesi alınırken konstipasyona neden olabilecek antiasit, kalsiyum, demir replasmanı, bazı nonsteroidal anti-inflamatuarlar, trisiklik antidepresanlar, opiatlar, kalsiyum kanal blokörleri gibi ilaçları kullanıp kullanmadığı da mutlaka sorgulanmalıdır. Bu ilaçlar gerektiğinde değiştirilir ya da doz ayarlaması yapılır ya da bunlara laksatif ilave edilebilir.

HEMOROİDAL HASTALIK TEDAVİSİNDE POSALI (LİFLİ) BESLENME

Konstipasyonun (kabızlığın) ve aşırı ıkınmanın azaltılması, semptomatik hemoroidlerin medikal tedavisi ve alışkanlıkların düzeltilmesi yönündeki ana hedeflerdir. Sıvı alımının artırılmasının gerçek etkinliği kesin olmamakla birlikte ilk yaklaşım tarzı dietteki posa (lif, fiber) ve sıvı miktarlarını artırmaya çalışmak ya da bir laksatif eklenmesi tarzındadır.

Konstipasyon ve yanlış dışkılama alışkanlıklarının yaygın nedenlerini düzeltmek için iki unsur hedeflenmelidir:

1. *Yeterli posa alımı, ve*
2. *Hastaya davranış eğitimi verilmesi. Hastalara sabahları düzenli olarak erken kahvaltı yapmalarını ve sabahları düzenli bir dışkılama eylemini önemseyip buna zaman ayırmalarını öğretmeliyiz.*

Posa alımı, ılımlı konstipasyonlu hastalarda barsak hareketlerinde ve gaita miktarında artış ile sonuçlanmıştır. Bu konunun güzel bir derlemesi 2005 senesinde Alonso-Coello ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu review'da kapsanan çalışmalar, semptomatik hemoroidlerin tedavisinde kanama ve diğer semptomlar üzerinde *posanın sabit bir olumlu katkı sağladığını* göstermiştir. Posalı beslenen gurupta inatçı semptomlar %47, kanama ise %50 oranında azalmıştır. Farklı takip sürelerinde yapılan çalışmalarda da, dietteki posa alımının artırılması ile 6. hafta ile 3. ay içinde hastaların prolaps, ağrı ve kaşınma gibi şikayetlerin düzeldiği bildirilmiştir. Bir çalışmada nükslerde belirgin azalma saptanmıştır. Posa alanlarda ancak hafif yan etkiler eğilimi bildirilmiştir.

Posa (lif, fiber) emilime uğramayan ve hemen tümüyle barsaklar tarafından atılan besin komponentlerinin genel adıdır. Biyokimyasal isim ve gruplandırmalar konu hedefimizin dışındadır, ancak fiber genel olarak çözünür (soluble) ve çözünmez gruplara ayrılır. Çoğunluğu *nişasta olmayan (non-starch) polisakkarid (NSP)* yapısındadır, ancak lignin ya da fruktooligosakkaridler gibi subgruplar da mevcuttur. Birçok fizyolojik etkileri arasında, kolonik bakteriler tarafından

parçalanmaları, fermentasyon ve kısa zincirli yağ asidlerine dönüşmeleri en önemlileridir. Bu özellikleri, çok sayıda gastrointestinal hastalığın tedavisine ve örneğin kolon anastomozlarının iyileşmesine olumlu katkıda bulunur.

Posa ile ilgili çalışmalar semptomatik hemoroidlerin tedavisinde belirtiler ve kanama üzerinde sabit bir yararı göstermektedir. Bu olumlu etki, posa ile konstipasyon ve düzensiz barsak alışkanlıklarının giderilmesi tarzında dolaylı bir katkı olabileceği gibi, posanın iyileşme üzerine doğrudan katkısı da olabilir.

Hem beslenme içeriği hem de pişirme yöntemleri posa alımını etkilemektedir. Örneğin…
** bir kabuklu elma 3.0 gram posa içerir,*
** bir soyulmuş elma 2.4 gr,*
** bir pişirilmiş elma 1.8 gr ve*
** bir bardak elma suyu 0.2 gr posa içerir.* Dolayısıyla *hastalarımıza ve tabii sağlıklı insanlara da hasta olmadan veya konstipasyon geliştirmeden posa alımını doğru öğretmemiz ve önermemiz gereklidir.* Örneğin; sabahları biraz sızma zeytinyağı ile bir iki dilim kepek ekmeği yenilmesi, öğlen mutlaka yemekte bir tabak sebze yemeği ve bir tabak yeşil salata bulunması, akşam aynı şekilde zeytinyağlı veya bir etli sebze yemeği, bir tabak yeşil salata bulunması, günde iki tane kabuklu meyve (elma, armut) yenilmesi dahi posa alımı açısından kişiye yetmektedir. Yetmediği takdirde yavaş yavaş artırmak kaydı ile biraz kepek eklenebilir. Kuru yemişlerin çoğu da önemli ölçüde posa içerirler.

Hem beslenme içeriği hem de pişirme yöntemleri posa alımını etkilemektedir. Gerektiğinde dietisyenlerden destek alınabilir. Hastalar; tam tahıllar, tam buğday ekmeği, taze sebze ve kabuklu taze meyve tüketmeleri konusunda eğitilmelidir. Posa alımı yavaş yavaş artırılmalı ve su tüketiminin de beraberinde artırılmalıdır. Hastalara posa alımını takiben başlangıçta şişkinlik, karın ağrısı gibi şikayetlerinin olabileceği yönünde bilgi verilmelidir.

Son olarak, literatürde konstipasyonun önlenmesinde *herhangi bir laksatifin doğal posa alımından daha üstün olduğu ya da bir laksatifin diğerine oranla daha etkili olduğuna dair hiçbir kanıt mevcut değildir.* Eğer mutlaka gerekiyorsa, magnesium tuzları gibi basit ve ucuz bir laksatifle başlanması mantıklı olacaktır.

SICAK SU BANYOLARININ ETKİNLİĞİ

Sıcak su (oturma) banyoları (sitz bath) hekimler tarafından bir seri anorektal hastalık ve jinekolojik durumlarda önerilir. Kolorektal cerrahi, obstetrik ve jinekoloji, aile hekimliği, üroloji ve acil tıp gibi pek çok uzmanlık alanı pratiğinde ağrının azaltılması ve iyileşmenin hızlandırılması amacıyla hastalara sıcak su banyoları yapmaları tavsiye edilmektedir. Gerçekten de kolorektal cerrahi pratiğinde oturma banyoları ve posalı (yüksek lifli) diet en yaygın cerrahi dışı (non-operatif) yaklaşımı oluştururlar. Ancak, *oturma banyolarının önerilmesini destekleyen bilimsel kanıtlar mevcut mudur?* Bu önemli pratik konuyla ilgili veriler 2005 senesinde Tejirian ve Abbas tarafından irdelenmiştir. Literatürün dikkatle incelenmesi sonucunda oturma banyolarını plasebo ile karşılaştıran randomize, kontrollu çalışmaya rastlanılmamakla birlikte, araştırmaların çoğunda ağırlıklı görüş sıcak oturma banyolarının hemoroid dahil bazı anorektal hastalıkların tedavisine olumlu katkı sağladığı yönündedir.

Bu konuyla ilgili çok sayıda yayından birinde, Jiang ve arkadaşları lokal termal stimülasyonun internal anal sfinkterde gevşemeyle sonuçlanmasını *"somatoanal reflex"* olarak adlandırdıkları bir mekanizmayla açıklamışlardır. Ultraslow dalgaların saptandığı hastalarda da lokal termal stimülasyon sonrası bu dalgaların amplitüdleri azalmaktadır.

A grubu kanıt (class A evidence) olmamasına karşın, sıcak oturma banyoları ve gluteal/perianal bölgenin lokal termal stimülasyonu hemoroidal hastalığın tedavisine katkı sağlamaktadır. Büyük olasılıkla bu katkı, anal sfinkter tonusunu ve patolojik ultraslow dalgaları azaltan bir refleks mekanizma çerçevesinde gerçekleşmektedir.

Dodi ve arkadaşları sağlıklı bireylerde ve anorektal hastalığı olan bir grup hastada sıcak ve soğuk oturma banyolarının fizyolojik etkilerini araştırmışlardır. Çalışmaya katılanlara sıcak ve soğuk banyolar sırasında anorektal manometre uygulanmıştır. Sağlıklı bireyler ve hastalarda sıcak oturma banyoları sırasında anal basınçta anlamlı azalma tespit edilmiştir. Ancak, anorektal hastalığı olanlarda bu azalma, muhtemelen başlangıç basınçları daha yüksek olduğu için daha fazla bulunmuş ve basınç azalmasının banyo sonrasında da 30 dakika süreyle devam ettiği görülmüştür. Her iki grupta da oda sıcaklığında ya da soğuk oturma banyoları manometrik değişiklik oluşturmamıştır.

Sıcak su banyolarının fizyolojik mekanizması ve olumlu katkısını irdelemeye yönelik bir başka çalışmada sağlıklı gönüllüler ve kronik anal fissür ya da tromboze hemoroidli hastalarda internal ve eksternal sfinkter sıcaklıkları, rektal basınç ve anal sfinkterin EMG aktivitesi ölçülmüştür. Araştırıcı, oturma banyosu sırasında internal sfinkter basıncında azalma belirlemiş ve daha sıcak suyla bu etkinin uzadığı saptamıştır. Bu fenomen "*thermosphincteric reflex*" olarak tanımlanmış ve internel anal sfinkter kasındaki gevşemenin sıcak suyun uyardığı perianal sensory reseptörler tarafından yönlendirildiği öne sürülmüştür. Daha ayrıntılı bilgi için okuyucuların yukarıda belirtilen review ve ilgili makaleleri incelemeleri öneririz.

Sıcak oturma banyolarının hastalara sıklıkla önerilmesine karşın nasıl uygulanacağına dair ayrıntılar genellikle düşünülmemekte ve anlatılmamaktadır. Genel olarak suyun perianal bölgeyi ve pelvisi içermesi yeterlidir. Diğer bölgelerin de sıcak suya sokulması sistemik vazodilatasyona ve perianal bölgenin kanlamasında azalmaya yol açabilir. Tipik olarak küvet ya da plastik bir leğen ılık/sıcak (120°F) suyla gerektiği düzeye kadar doldurulur. 10 dakika kadar banyo önerilmekle birlikte 3-5 dakika süreler de etkilidir ve sonrasında sıcaklık azalmaktadır. Suya bir şey katılmasına genel olarak gerek yoktur ve antiseptiklerin eklenmesi anal kaşıntıya sebep olabilir. Duş aparatının anal bölgeye tutulması tarzında 2-3 dakikalık yıkanmalar da bir alternatif yöntem olabilir.

Sıcak su banyolarından gerçek yararın elde edilebilmesi için hekimin zaman ayırması ve hastasına oturma banyosunun yukarıda değinilen ilkelerini anlatması gerekir. Bu titiz yaklaşım, yanıklar ya da vajinal/üriner infeksiyonlar gibi olası komplikasyonların da önüne geçecektir. Kadınlarda uzun süre sıcak oturma banyoları uygulaması (özellikle suya antiseptik eklenmesi durumunda) vajinal candidiasis ile sonuçlanabilir.

HEMOROİDAL HASTALIKTA İLAÇ TEDAVİSİ

Hemoroidal hastalığın ilaçla tedavisi eski zamanlardan beri bilinmektedir. Hemoroid tedavisinde kullanılmış ve kullanılan sayısız bitkisel ve geleneksel ilaç, yöntem ve ekstrenin hepsine ulaşmamız ve burada yer vermemiz olanaksızdır. Hemoroidal hastalığın bitkisel (herbal) tedavisi tanım olarak hatalıdır. *Şifayı amaçlayan bu eylemin klasik tarzı, "hemoroidi olduğunu düşünen" hastanın bir aktara başvurması ve bir "hemoroid ilacı" istemesidir.* Bu talep, herhangi bir irdelemeye gerek görülmeksizin elde olan herhangi bir bitkiselle hemen karşılanır. Etkinlik ve izlemle ilgili tek unsur da ancak bir bitkiselin sürekli talep edilmesi olabilir. *Dolayısıyla, hemoroidal hastalık tedavisinde gerçekten etkili bir bitkisel ya da bitkiseller mevcut ise de bu doğrultuda bir veri tabanı (evidence base) oluşması pek mümkün görünmemektedir.* Çok sayıda ve muhtemelen taraflı yayınlar arasında da ancak iyi bilinen merkez ve ekipler tarafından yapılan kontrollu çalışmaları dikkate almak durumundayız.

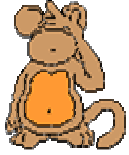
Yine de bazı geleneksel/bitkisel şifalardan bahsedebiliriz. Örneğin, *Pilex®* tablet ve merhem formları mevcut bir ayurvedik preparattır ve anal fissür ve tüm evrelerde hemoroidal hastalığı olanlarda semptomların geçmesinde etkili olduğu bildirilmiştir. At kestanesi tohumu ekstresi *(horse chestnut seed extract - aescin)* venöz dolaşımı desteklemekte, anti-inflamatuar etki yaratmakta ve ödemi azaltmaktadır. Kontrollu bir çalışmada %2 ekstre içeren jel ya da krem formunda kullanıldığında hemoroid semptomlarını anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir.

Geleneksel ilaç ve yaklaşımların temel zayıf noktaları, ayırıcı tanı ve tanımlamalardan yoksun olmalarıdır. Ticari beklentisi olmayan uzman ekipler tarafından araştırılmadıkları sürece efsanevi olarak kabul edilmeleri gerekecektir. Ancak, modern ilaçlar dışında sayısız bitkisel ve geleneksel yöntemin mevcudiyeti, bu hastalığın modern tıp tarafından da anlaşılması ve ayırıcı tanısında süregelen eksikliklerin bir yansıması olarak yorumlanmalıdır. Her çalışmada hemoroidal hastalık tedavisinde denenen her ajanın başarılı olduğu bildirilmiş olmakla birlikte, çoğunun akademik ya da ticari beklentilerden etkilenmiş olmaları olasıdır.

Bazı otantik (yerel) bitki ve bitkisellerin de kanayan hemoroidlerde tedavi edici olduğu öne sürülmüştür. Bunlarda biri olan *PIL-28* multiherbal bir formulasyondur ve yan etki oluşturmaksızın %94 oranında subjektif iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Günde 2 tablet kullanılmış ve tedavi 6 hafta sürdürülmüştür. Bu tür bir bitkisel kombinasyonun örneği şöyledir …

Yerel ismi	Bilimsel ismi	Bitki kısmı	mg/kapsül
Daruharidra	Berneris aristata	sap	30
Kutaj	Apocyanaceae	kabuk	25
Katuka	Picrorrhiza kurroa	kök	15
Nagkesar	Mesua ferrea L	ercik	100
Bibhitaka	Terminelia belerica	meyve	25
Haritaki	Terminelia chebula Retz.	meyve	25
Amalaki	Emblica officinalis	meyve	30

Bu tür bir bitkisel kombinasyonun etkin olacağını varsaysak dahi, en çok ve en az etkili olanlar arasında ayırım yapmamız ve dozlar, güvenilirlik, vs. konularının analizi olası görünmemektedir ve bahsedilen handikaplar geçerlidir.



Anal kanal ve perianal bölgeye lokal uygulamalar, hemoroidal hastalığın tedavisinde her zaman cazip bir yaklaşım olarak kabul görmüştür. Yukarıda bahsedilen bitkiseller dışında çok sayıda ticari preparat da bir şekilde varlıklarını sürdürmektedir. Bunlar merhem ve/veya suppozituar formunda *lokal anestetik, kortikosteroid, antibakterieller* ya da bunların kombinasyonlarını içerirler. Az sayıda tek kollu (single-armed) çalışmaların yine tümünde bu ajanlarla başarılı sonuçlar iddia edilmesi gerçek etkinlikleri konusunda kuşku yaratmaktadır.

Hemoroidal hastalığın kendiliğinden remisyonlarla seyreden kronik ve subjektif yönü ağırlıklı bir sorun olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır ve herhangi bir tedavi yönteminin gerçek etkinliğinin prospektif, kontrollü çalışmalar tarafından belirlenmesine gereksinim vardır. "Sonuç olarak, merhemler, yastıklar, ısıtıcılar, soğutucular, tablet, suppozituar, köpük ve besin ekleri pazarlayan majör bir endüstri doğmuştur", Sayısız topikal ajan ve fitillerin hemoroid semptomlarının iyileştirilmesi yolunda empirik olarak kullanılmasına karşın etkinliklerini destekleyen güçlü veriler mevcut değildir. Topikal anestetikler lokal ağrı ve kaşıntı semptomlarını azaltabilir. Kortikosteroidli kremler lokal perianal inflamasyonu baskılayabilirler, ancak gerçekte hemoroid kitlelerini, kanamayı ya da protrüzyonu azalttıklarına dair veri yoktur. Potent kortikosteroidli kremlerin uzun süreli kullanılmaları çok sakıncalı olabilir. Suppozituar ya da kremlerin yüksek bir basınç zonu olan anal kanala temasları zor olduğu için topikal ajanların hemoroidal hastalık tedavisinde kullanılmalarının teorik alt yapısı da aslında zayıftır.

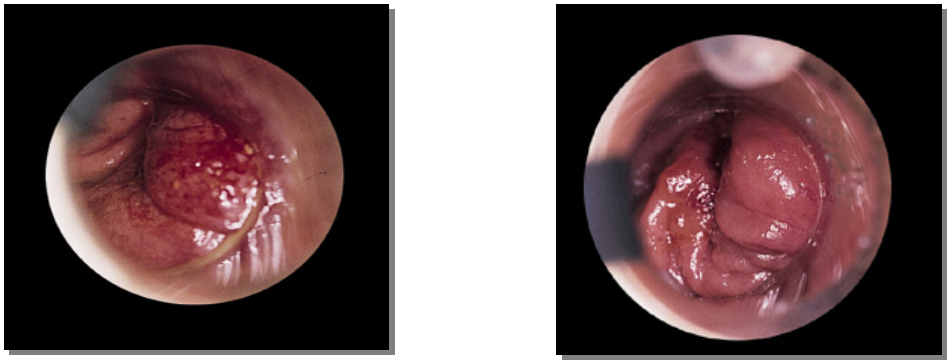
Son zamanlarda lokal olarak *nitratlar*ın uygulanması (%0.2 glyceryl trinitrate veya %1 isosorbide dinitrate) hemoroidal hastalığın tedavisinde de gündeme gelmiştir. Okuyucuların hatırlayacağı gibi, bu ajanlar anal kanal tonusunu azaltmakta ve anal fissürlerin tedavilerinde ön plana çıkmaktadırlar. Dolayısıyla çalışmaların büyük kısmı kombine hemoroid + anal fissürlü vakalar, tromboze dış hemoroid vakaları ya da cerrahi hemoroidektomi sonrası ağrının azaltılması gibi hasta ve konuları hedeflemektedir. Bu aşamada irdelediğimiz sorunlar bunlar değildir. Ancak, strangüle iç hemoroidi olan (genellikle evre 4) hastalarda anal kanal basıncı genellikle çok yüksektir ve nitratların bu vakalarda ağrının azalması ve prolapsın giderilmesi doğrultusunda katkı sağladıkları gösterilmiştir. Henüz literatüre yansımamakla birlikte, aynı patogenezi hedefleyen Botox® uygulamasının da seçilmiş vakalarda olumlu rol oynaması olasıdır.

Hemoroidal hastalıkta ilaç tedavisinde güvenilir kanıtlar yalnız bazı oral preparasyonlara aittir. Bunun bir nedeni, bu ajanların yaygın olarak varis hastalığı, lenfödem, diabetik retinopati gibi başka hastalıkların tedavisinde de kullanılıyor olmalarıdır. Doz ayarlamaları belirlenmiştir ve geleneksel yaklaşımları tersine, endüstriyel sermayenin de desteği ile çok sayıda klinik ve laboratuar araştırmaları güvenilirlik ve etkinliklerini bilimsel olarak irdelemiştir.

Daha önce değinildiği üzere, hemoroid semptomlarının patogenezinde yer alan önemli bir unsur prolabe anal yastıklardaki damar pleksuslarında kanın stagnasyonu (dolaşımın yavaşlaması) ve stazıdır. Bu staz beyaz kan hücrelerini inflamatuar mediatörler salgılamaları yönünde aktive etmekte, damar duvarında artmış geçirgenlik ve kırılganlık (fragility) ortaya çıkmakta ve bu da defekasyonla provoke kanama ile sonuçlanmaktadır. Venöz tonus ve lenfatik akımı artıran, stazı azaltan ve inflamatuar mediatörleri baskılayan bazı ajanlar hemoroidal yastıklardaki kanama ve lokal inflamasyonu da baskılamaktadırlar.

Farklı yapı ve formulasyondaki flavonoidlerin hemoroidal hastalık tedavisinde etkili oldukları gösterilmiştir. Örneğin, purifiye, nonmikronize *diosmin* tablet ya da merhem olarak ağrı, kanama ve ödemin azalmasında etkili olmuştur. Yine kontrollu bir çalışmada, *troxerutin* plaseboya oranla daha iyi klinik sonuçlar vermiştir. Kontrollu çalışmalarda, *hydroxyethylrutoside* (bir semisentetik flavonoid karışımı) ağrı ve kanamada anlamlı azalmalar sağlamış ve iyi tolere edilmiştir. Bu bileşimin de hamilelikte kullanımının güvenilir olduğu öne sürülmüştür. Benzer etkili ancak farklı bir kimyasal ajan olan *calcium dobesilate* ile ilgili randomize bir araştırma sonucunda calcium dobesilate + posalı diet ile yalnız posalı diet kullanımına oranla daha iyi semptomatik ve anoskopik iyileşme sağlandığı gösterilmiştir. Flavonoidler venöz tonusu, kapiller rezistansı ve lenfatik drenajı artırırlar ve kapiller geçirgenliği korurlar. 90 gün süreli bir randomize çalışmada, MPFF'nin plaseboya göre anlamlı farklı olarak hemoroidal kanamayı durdurduğu (yaklaşık 3 günde) ve semptom nüksünü de anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir. Akut hemoroidal atak geçiren hastalara MPFF ya da plasebo uygulanan bir başka randomize çalışma da, anal rahatsızlık (discomfort) ve ağrının MPFF grubunda anlamlı olarak azaldığını bildirmiştir. Kanaması olmayan hastalarda da düşük doz idame tedavisinin nüksleri önlediği ortaya konmuştur. 60 gün süreli bir çift-kör araştırmada, MPFF hem akut semptomların azalmasında hem de kronik semptomlarda anlamlı katkı sağlamıştır. Ho ve arkadaşları, posalı

diet ve MPFF kombinasyonu ile yalnız posa ya da posa + band ligasyonuna oranla hemoroidal kanamanın daha hızla durduğunu bildirmiştir. Bu bulguların tersine Thanapong-sathorn bir çalışmasında MPFF + posalı diet ile yalnız posalı dieti karşılaştırmış ve aralarında önemli bir fark olmadığını bildirmiştir. MPFF halen ABD'de FDA onayı kapsamında olmamakla birlikte Avrupa ve bazı Asya ülkelerinde yaygın kullanım alanına sahiptir.



Hemoroidal hastalığın ilaç tedavisi (calcium dobesilate) öncesi ve sonrasındaki anoskopik görünümler. Yapısal (anatomik) bozukluğun aynı kalmasına karşın inflamasyonun/kanamanın yatışmasına dikkat ediniz.

Hemoroidal hastalığın ilaç tedavisi öncesi ve sonrasındaki a görünümler. İnflamatuar bulgular ve ödemin yatışmasına dikkat ediniz.

KLİNİK ÇIKARIM VE ÖNERİLER

✓ Hemoroidal hastalığın etiopatogenezi halen çok iyi tanımlanabilmiş değildir. Dolayısıyla anatomik hedefleri olan (cerrahi gibi) agresif yaklaşımlar sorgulamaya açıktır ve daha konservatif yaklaşımların sonuna kadar denenmesi gerekir.

✓ Mevcut konstipasyon ve/veya yanlış dışkılama alışkanlıklarının düzeltilmesi hemoroidal hastalığın önlenmesi ve tedavisine katkı sağlar.

✓ Konstipasyon ve düzensiz dışkılamanın önlenmesi için iki unsur zorunludur: *i)* yeterli posa (lif) tüketilmesi ve *ii)* hastanın davranışsal yaklaşımı ve eğitimi. Hastaya sabahları düzenli ve erken kahvaltı yapması ve sabahları düzenli defekasyon için kendine zaman ayırmasının gerekliliği anlatılmalıdır.

✓ Hastalar tam tahıllar, tam tahıl ekmeği, taze sebze ve kabuklu taze meyve tüketimine yönlendirilmelidir. Posa alımı aşamalı olarak artırılmalı ve beraberinde su tüketimi de artmalıdır. Hastalar, başlangıç döneminde artmış posa alımına karşı barsakların reaksiyonu (gaz artışı) konusunda uyarılmalıdır.

✓ Sıcak su banyoları ve gluteal/perianal bölgenin lokal termal stimülasyonu, hemoroidal hastalığın tedavisine katkı sağlar. Hekimin bu konuya zaman ayırarak sıcak su uygulamasının yukarıda anlatılan ilkelerini hastasına öğretmesi gerekir.

✓ Seçilmiş ve erken evre vakalarda hemoroidal hastalığın ilaç tedavisi geçerli bir yaklaşımdır.

✓ Geleneksel ilaç ve yaklaşımların temel handikapı bu yaklaşımların herhangi bir ayırıcı tanı, dokumentasyon ya da gruplandırma yönteminden yoksun olmalarıdır. Ticari beklentileri olmayan uzman ekipler tarafından bilimsel yöntemlerle araştırılmadığı sürece efsanevi olarak değerlendirilmeleri gerekir.

✓ Sayılamayacak kadar çok topikal ajan ve fitilin hemoroidal hastalığın empirik tedavisinde yaygın olarak kullanılmalarına karşın etkinliklerini kanıtlayan sağlıklı veri mevcut değildir. Kortikosteroidli kremlerin uzun süreli kullanılmaları tehlikelidir. Bir yüksek basınç zonu olan anal kanalın krem ya da suppozituarların temasları açısından uygunsuzluğu nedeniyle topikal ajanların yaygın olarak kullanılmaları aslında teorik bir alt yapıdan da yoksundur.

✓ Hemoroidal hastalığın ilaçla tedavisinde güvenilir tek kanıt, calcium dobesilate ya da flavonoidler gibi bazı oral preparatların kullanımlarıdır. Başka bazı hastalıklar için de yaygın olarak kullanılan bu preparatların doz ayarlamaları iyi bilinmektedir ve geleneksel tıbbın tersine, çok sayıda klinik ve laboratuar araştırmaları ile güvenli kullanımları ve etkinlik düzeyleri belirlenmiştir. Bu tür ajanlar venöz tonusu ve lenfatik drenajı artırarak, stazı azaltarak ve ileri

vasküler dokularda inflamatuar mediatörleri baskılayarak hemoroidal hastalıktaki kanama ve inflamasyonu geriletirler.

✓ HEMOROİDAL HASTALIKLA KARŞILAŞAN HER HEKİMİN İLK AŞAMADA YAPMASI GEREKEN, POSALI DİET, SAĞLIKLI DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI, SICAK SU BANYOLARI VE BAZI İLAÇLARI KAPSAYAN VE ANA HATLARIYLA YUKARIDA TANIMLANAN KANITA DAYALI BİR KONSERVATİF YAKLAŞIMI BAŞLATMASIDIR. DAHA İLERİ İNCELEME VE TEDAVİ GEREKİYORSA BİLE HASTANIN HEMEN BİR BAŞKA MERKEZE VEYA CERRAHA YÖNLENDİRİLMESİ ÖNCESİ BU YAKLAŞIMIN SAĞLANMASI HASTANIN SIKINTILARINI AZALTACAK, HEKİMİN PRESTİJİNİ ARTIRACAK, AYRINTILI TANI VE TEDAVİLERE ZAMAN KAZANDIRACAK VE EN ÖNEMLİSİ TIPTAN ÜMİDİNİ KESMİŞ BİR HASTANIN OPPORTUNİST BİR AKTAR/ŞİFACI TARAFINDAN YANLIŞ YÖNLENDİRİLMESİNİ ENGELLEYECEKTİR.

✓ Hastaların hemen tüm anorektal hastalıkları "hemoroid" olarak adlandırma eğilimleri hatırlanmalı ve doğru ayırıcı tanının yapılamamasının sorunun çözümünde başarısızlığın temel nedeni olduğu bilinmelidir. Yukarıda özetlenen kanıta dayalı konservatif yaklaşımı takiben hastaların sıkıntıları azalmış olsa dahi, uzman kişi ve merkezler tarafından ayrıntılı irdelenmeleri zorunludur. Semptomların azalmasına karşın hastaların önemli bir kısmı, daha sonra bahsedeceğimiz band ligasyonu gibi daha sofistike tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyabilirler.

SEÇİLMİŞ YAYINLAR …

Patogenez & Klinik …

* Corman ML. Hemorrhoids. In. Corman ML (ed): Colon and Rectal Surgery. 2nd ed. Philadelphia: J B Lippincot; 1989. p. 49-105.
* Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Philips RKS. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg 1994;81:946-954.
* Haas PA, Haas GP, Smaltz S, Fox TA. Prevalence of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1983;26:435-439.
* Haas PA, Fox TA, Haas GP. The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1984;27:442-450.
* Eckardt VF, Schmitt T, Bernhard G. Anal ultra slow waves: a smooth muscle phenomenon associated with dyschesia. Dig Dis Sci 1997; 42:2439-45.
* Yoshino H, Kayaba H, Hebiguchi T et al. Multiple clinical presentations of anal ultra slow waves and high anal pressure: megacolon, hemorrhoids and constipation. Tohoku J Exp Med 2007;211:127-32.
* Smith LE, Goodreau JJ, Fouty WJ. Operative hemorrhoidectomy versus cryodestruction. Dis Colon Rectum 1979;22:10-16.
* American Gastroenterological Association Technical Review on the Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids. Gastroenterology 2004;126:1463–1473.

Konstipasyon …

* AGA Technical Review on Constipation. Gastroenterol 2000;119:1766-78.
* Locke GR III. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. Gastroenterol Clin North Am 1996;25:1-19.
* Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. Am J Public Health 1990;80:185-9.
* Harari G, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R, Minaker KL. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. Arch Intern Med 1996;156:315-20.
* Görgül A, Menteş BB, Ateş Y, Kandilci U, Ferahköşe Z. The results of high-fibre diet with or without injection sclerotherapy in the treatment of first degree internal hemorrhoids. Gazi Medical Journal 1999;10:56-62.
* Mentes BB, Görgül A, Tatlıcıoğlu E, Ayoğlu F, Ünal S. Efficacy of calcium dobesilate in treating the acute attacks of hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum 2001;44;1489-95.
* Read NW, Sun WM. Hemorrhoids, constipation, and hypertensive anal cushions. Lancet 1989;i:610.
* Perez-Miranda M, Gomez-Cedenilla A, Leon-Colombo T, Pajares J, Mate-Jimenez J. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. Hepatogastroenterology 1996;43:1504–1507.
* Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JD. High fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. Dis Colon Rectum 1982;25:454-6.
* Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999;45(suppl 2):1143-7.

Posalı (lifli) beslenme …

* Alonso-Coello A, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: A systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2006;101:181–8.
* Spiller RC. Pharmacology of dietary fiber. Pharmacol Ther 1994;62:407–27.

* PetticrewM, Rodgers M, Booth A. Effectiveness of laxatives in adults. Qual Health Care 2001;10:268–73.
* Bennett WG, Cerda JJ. Dietary fiber: Fact and fiction. Dig Dis 1996;14:43–58.
* Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. JAMA. 2004;292:1433-9.
* Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. J Am Diet Assoc 2002;102:993-1000.
* Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with rectal bleeding. Gastroenterol Hepatol 2002;25:605–32.

Sıcak su banyoları …

* Tejirian T, Abbas MA. Sitz bath: Where is the evidence? Scientific basis of a common practice. Dis Colon Rectum 2005;48:2336-40.
* Jiang JK, Chiu JH, Lin JK. Local thermal stimulation relaxes hypertonic anal sphincter. Dis Colon Rectum 1999;42:1152-59.
* Dodi G, Bogoni F, Infantino A, Pianon P, Mortellaro LM, Lise M. Hot or cold in anal pain? A study of the changes of internal anal sphincter pressure profiles. Dis Colon Rectum 1986;29:248–51.
* Shafik A. Role of warm-water bath in anorectal conditions. The "thermosphincteric reflex". J Clin Gastroenterol 1993;16:304-8.

İlaç tedavisi …

* Misra MC & Imlitemsu. Drug treatment of hemorrhoids. Drugs 2005;65:1481-91.
* American Gastroenterological Association Technical Review on the Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids. Gastroenterology 2004;126:1463–1473.
* Reddy SS, Nagabushanam M, Ramanuja Rao M, et al. Role of Pilex tablets and ointment in the treatment of piles and fissures. Probe 1984;4:213.
* Nini G, Di Cicco CO. Controlled clinical evaluation of a new anti-hemorrhoidal drug, using a completely randomized experimental plan. Clin Ther 1978;86:545-59.
* Vastrad CS, Pakkanavar RV. Clinical evaluation of PIL-28, an herbal formulation in the treatment of hemorrhoids. Antiseptic 2002;99:343-4.
* Paranjpea P, Patkib P, Joshic N. Efficacy of an indigenous formulation in patients with bleeding piles: a preliminary clinical study. Fitoterapia 2000;71:41-5.
* Smith RB, Moodie J. Comparative efficacy and tolerability of two ointment and suppository preparations in the treatment of second degree hemorrhoids in general practice. Curr Med Res Opin 1988;11:34-40.
* Perrotti P, Antropoli XC, Molino D, et al. Conservative treatment of acute thrombosed external hemorrhoids with topical nifedipine. Dis Colon Rectum 2001;44:405-9.
* Briel JW, Zimmerman DD, Schouten WR. Treatment of acute strangulated internal hemorrhoids by topical application of isosorbide dinitrate ointment. Int J Colorectal Dis 2000;15:253-4.
* Mentes BB, Görgül A, Tatlıcıoğlu E, Ayoğlu F, Ünal S. Efficacy of calcium dobesilate in treating the acute attacks of hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum 2001;44;1489-95.
* Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. Br J Surg 2000;87:868-72.
* Godeberge P. Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo. Angiology 1994;45:574–578.
* Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. Dis Colon Rectum 2000;43:66–69.

* Ho YH, Foo CL, Seow-Choen F, et al. Prospective randomized controlled trial of a micronized purified flavonodic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. Br J Surg 1995;82:1034-5.
* Diana G, CAtanzaro M, Ferrara A, et al. Activity of purified diosmin in the treatment of hemorrhoids. Clin Ther 2000;151:341-4.
* Annoni F, Boccasanta P, Chiurazzi D, et al. Treatment of acute symptoms of hemorrhoidal disease with high-dose oral O-(beta-hydroxyethyl)rutosides. Minerva Med 1986;29:1663-8.
* Titapant V, Indrasukhsri B, Lekprasert V, et al. Trihydroxyethylrutosides in the treatment of hemorrhoids of pregnancy. J Med Assoc Thai 2001;84:1395-1400.