

PATOGENESIS,DIAGNOSIS DAN PENGELOLAAN MEDIK HEMORROID

H.Ali Djumhana

SubBag.Gastroenterohepatologi - SMF/Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Rumah Sakit Umum Pusat Dr Hasan Sadikin - Fakultas Kedokteran Unpad Bandung

Abstrak

Hemorroid merupakan penyakit yang cukup sering terjadi,walaupun patogenesisnya belum sepenuhnya difahami tetapi peranan kerusakan penyangga pembuluh darah,hipertrofi sfinkter ani dan beberapa faktor pemburuk yang menyebabkan peningkatan tekanan intrarektum mempunyai kontribusi untuk terjadinya hemorroid.Lingkar setan berupa protrusi pleksus hemorroid yang akan meningkatkan tekanan sfinkter ani kemudian menambah kongesti aliran darah dan menambah besar hemorroid.Tujuan terapi untuk mengurangi kongesti pembuluh darah,fiksasi mukosa pada lapisan otot dan mengurangi ukuran dan jumlah pleksus hemorroidalis.Terapi medik diberikan terbatas pada hemorroid grade 1 dan 2.Terapi medik norfarmakologik dengan mengatur diet dan kebiasaan defekasi,pemberian suplemen serat dan pelunak feses.Obat steroid topikal sebagai antiinflamasi dapat diberikan pada fase akut,obat flebotonik dapat diberikan pada fase akut dan kronik.Terapi minimal invasip dengan skleroterapi,ligasi, bedah krio,dilatasi anus dan koagulasi.Untuk hemorroid yang telah lanjut perlu dilakukan terapi bedah .

Pendahuluan

Hemorroid adalah penyakit yang cukup sering terjadi di masyarakat dan tersebar luas diseluruh dunia.Prevalensi penyakit ini di USA diperkirakan sekitar 4-5%(1).Hemorroid bukan penyakit yang fatal,tetapi sangat mengganggu kehidupan.Sebelumnya hemorroid ini dikira hanya timbul karena stasis aliran darah daerah pleksus hemorroidalis,tetapi ternyata tidak sesederhana itu.Simptomatologi sering tidak sejalan dengan besarnya hemorroid ,kadang-kadang hemorroid yang besar tidak/hanya sedikit memberikan keluhan, sebaliknya hemorroid kecil dapat memberikan gejala perdarahan masip(1,2,3,4).Karena itu untuk diagnosis hemorroid memerlukan anamnesis,pemeriksaan fisik dan pemeriksaan konfirmasi yang teliti serta perlu dievaluasi dengan seksama agar dapat dicapai pendekatan terapeutik yang sesuai.

Patogenesis

Pleksus hemorroidalis merupakan sistem *arteriovenous anastomosis* yang terletak didaerah submukosa kanalis anais.Terdapat dua buah pleksus yaitu pleksus hemorroidalis internal dan eksternal yang terpisah satu dengan yang lainnya,sebagai batas adalah linea dentata.Ada 3 hal yang penting untuk diketahui,yaitu pertama adalah mukosa rektum atau mukosa anodermal,kemudian stroma jaringan yang berisi pembuluh darah,otot polos dan jaringan ikat penunjang serta ketiga adalah jangkar(anchor) yang akan melindungi pleksus hemorroid dari mekanisme kerja sfinkter ani.Dengan bertambah usia dan berbagai faktor pemburuk (seperti bendungan sistim porta,kehamilan,PPOK,konstipasi kronik,keadaan yang menimbulkan tekanan intrapelvis meningkat))maka jaringan penunjang dan jangkar tersebut dapat menjadi rusak akibatnya pleksus akan menonjol dan turun dan

memberikan simptom(1,2,).Teori lain menyatakan bahwa hemorroid ini mirip dengan suatu AV malformation,ini dibuktikan dengan adanya perdarahan yang berwarna merah(bukan hitam) seperti perdarahan arterial.Teori terakhir menyatakan bahwa defek utama merupakan kombinasi dari lemahnya jaringan penyokong pleksus hemorrhoidalis - hipertrofi dari otot sfinkter ani.Pada beberapa individu sfinkter ani interna hipertrofi sehingga kanalis analis makin menyempit,pada saat mengedan terjadi kongesti,bolus feces menekan pleksus kebawah melalui sfinkter yang hipertrofi,terjadi kongesti dan menjadi simptomatik(3,4). Dalam hal ini akan terjadi sirkulus vitiosus yaitu;Penonjolan pleksus submukosa akan menimbulkan kanalis analis menjadi kaku hal ini merangsang sfinkter menjadi lebih kencang sehingga kongesti aliran darah menjadi semakin berat dan akhirnya penonjolan semakin besar(4,5).Tidak ada bukti bahwa keturunan dan faktor geografi turut berperan(4).Upaya pengobatan sebaiknya berdasarkan pada pendekatan bagaimana memotong lingkaran setan tadi.

Diagnosis.

Sebagian besar penderita mengeluh adanya perdarahan perrektal,perdarahan berupa darah merah segar,menetes sewaktu atau setelah buang air besar.Perdarahan ini tidak disertai rasa nyeri atau rasa mules.Pada sebagian penderita perdarahan ini tidak diketahui,sehingga tidak jarang pasien dengan hemorroid ini datang dengan keluhan anemia.Sebagian lagi penderita mengeluh rasa nyeri.Rasa nyeri ini timbul bila ada trombosis atau strangulasi dari hemorroid.Sebagian kasus mungkin mengeluh adanya benjolan pada anusya,atau ada yang keluar(prolaps) dari anusya.Keluhan lain mungkin berupa pruritus ani,atau rasa tidak enak daerah anus atau ada discharge.Kadang-kadang hemorroid ditemukan secara kebetulan(asimptomatik)(1,2,3,4,5)

Terhadap penderita dengan keluhan seperti diatas hendaknya dilakukan pemeriksaan fisik yang cermat. Penderita hemorroid derajat 3 dan 4 dengan mudah dapat dilihat pada saat pemeriksaan, pada hemorroid derajat 2 pasien perlu disuruh mengejan beberapa saat.Harus dilakukan colok dubur,anoskopi bahkan bila dianggap perlu(pada kasus perdarahan masip) dapat dilakukan colon inloop, rektosigmoidoskopi atau kolonoskopi untuk menyingkirkan penyakit lainseperti malignansi kolorektal atau inflammatory bowel diseases.Pada beberapa senter dilakukan pemeriksaan tekanan sfinkter ani(4)Secara fisik beratnya hemorroid interna dibagi menjadi 4 derajat(grade)

- | | |
|---------|--|
| Grade 1 | Hemorroid terbatas pada lumen anorektal,tidak menonjol keluar |
| Grade 2 | Hemorroid menonjol keluar saat mengedan dan masuk secara spontan |
| Grade 3 | Hemorroid menonjol keluar dan harus didorong untuk memasukkannya |
| Grade 4 | Hemorroid menonjol dan tidak dapat masuk walaupun didorong. |
- Lokasi hemorroid interna yaitu lateral kiri,lateroventral kanan dan laterodorsal kanan.

Terapi

Tujuan terapi yaitu memotong lingkaran patogenesis hemorroid dengan berbagai cara:

- 1.Mengurangi kongesti:
 - manipulasi diet dan mengatur kebiasaan
 - obat antiinflammasi
 - obat flebotonik

- dilatasi anus
 - sfinkterotomi
2. Fiksasi mukosa pada lapisan otot:
 - + skleroterapi
 - + koagulasi infra merah
 - + diatermi bipolar
 3. Mengurangi ukuran/vaskularisasi dari pleksus hemorroidalis: = ligasi
= eksisi

Terapi medik

Terapi medik diberikan pada penderita hemorroid derajat 1 atau 2 (1,2,3,4,5).

Manipulasi diet dan mengatur kebiasaan.

Diet tinggi serat, bila perlu diberikan suplemen serat, atau obat yang memperlunak feses (bulk forming cathartic). Menghindarkan mengedan berlama-lama pada saat defekasi. Menghindarkan diare karena akan menimbulkan iritasi mukosa yang mungkin menimbulkan ekaserbasi penyakit.

Obat antiinflammasi seperti steroid topikal jangka pendek dapat diberikan untuk mengurangi udem jaringan karena inflammasi. Antiinflammasi ini biasanya digabungkan dengan anestesi lokal, vasokonstriktor, lubricant, emollient dan zat pembersih perianal. Obat-obat ini tidak akan berpengaruh terhadap hemorroidnya sendiri, tetapi akan mengurangi inflammasi, rasa nyeri/tidak enak dan rasa gatal. Penggunaan steroid ini bermanfaat pada saat ekaserbasi akut dari hemorroid karena bekerja sebagai antiinflammasi, antipruritus dan vasokonstriktor. Walaupun demikian pemakaian jangka panjang malah menjadi tidak baik karena menimbulkan atrofi kulit perianal yang merupakan predisposisi terjadinya infeksi. Demikian pula obat yang mengandung anestesi lokal perlu diberikan secara hati-hati karena sering menimbulkan reaksi buruk terhadap kulit/mukosa.

Sitz bath (bagian anus direndam di waskom/ember dengan air hangat + permanganas kalikus) sangat bermanfaat karena ada efek memberiesihkan perianal.

Obat flebotonik seperti Daflon atau preparat rutacea dapat meningkatkan tonus vena sehingga mengurangi kongesti. Daflon merupakan obat yang dapat meningkatkan dan memperlama efek noradrenalin pada pembuluh darah. Penelitian double blind placebo-controlled dari Daflon ternyata memberikan manfaat untuk terapi hemorroid baik pada keadaan non akut maupun pada saat ekaserbasi akut. Dosis pada saat akut yaitu 3 x 1000 mg selama 4 hari dilanjutkan 2 x 1000 mg selama 3 hari(6). Ternyata pengobatan dengan cara tersebut lebih baik dari plasebo. Penelitian lain pada hemorroid non akut dengan dosis 2 x 500 mg selama 2 bulan hasilnya kelompok yang diobati lebih baik dari plasebo(7). Obat ini dikatakan aman bahkan pada wanita hamil sekalipun(8).

Terapi dengan cara "minimal invasive"

Terapi dengan cara ini dilakukan terhadap penderita yang tidak berhasil dengan cara medik atau penderita yang belum mau dilakukan operasi. Paling optimal cara ini dilakukan pada penderita hemorroid derajat 2 atau 3. (1,2,3,4,5)

Skleroterapi:

Cara ini sudah sangat lama digunakan. Sklerosant (morhuat, etoksisklerol dsb) disuntikkan para varises sehingga terjadi inflammasi dan sklerosis lapisan submukosa. Cara ini bermanfaat untuk mengatasi hemorroid kecil yang sedang berdarah.

Rubber band ligation:

Dengan memakai aplikator khusus, hemorroid dihisap kemudian rubber band dilepaskan dan hemorroid terikat. Keadaan ini akan menimbulkan nekrosis lokal dan terjadi fibrosis serta fiksasi mukosa pada lapisan otot.

Dilatasi anus

prosedur sangat simpel bisa dengan lokal anestesi atau neuroleptik.

Bedah krio:

Sebagian dari mukosa anus dibekukan dengan nitrogen cair, dalam beberapa hari terjadi nekrosis, kemudian sklerosis dan fiksasi mukosa pada lapisan otot.

Foto koagulasi infra merah, Elektrokoagulasi, Diatermi bipolar:

Prinsip dari cara-cara ini hampir sama yaitu nekrosis lokal karena panas, terjadi nekrosis, fibrosis/sklerosis dan fiksasi mukosa pada jaringan otot dibawahnya.

Terapi bedah.

Terapi bedah dapat dilakukan dengan beberapa cara misalnya Whitehead, Milligan-Morgan atau Parks (4,5).

Pemilihan modalitas terapi

Hemorroid derajat 1 :	Terapi medik Bila kurang baik diganti dengan cara minimal invasive
Hemorroid derajat 2 :	Terapi dengan cara minimal invasive Bila pasien tidak mau dapat dicoba terapi medik Bila gagal dengan minimal invasive ganti dengan operasi
Hemorroid derajat 3 :	Terapi dengan minimal invasive atau operasi
Hemorroid derajat 4 :	Operasi

Kesimpulan

Penyakit hemorroid walaupun bukan penyakit yang fatal,tetapi cukup mengganggu kehidupan,patogenesis penyakit ini masih belum sepenuhnya dfahami,tetapi faktor kongesti,hipertoni sfinkter ari dan kelemahan penyangga pleksus hemoroidalis memegang peran utama.Berbagai macam modalitas terapi.Mana yang akan dipilih hendaknya dipertimbangkan berdasarkan besar dan derajat hemorroid dan juga tentunya bergantung fasilitas serta pengalaman dari dokternya.

Daftar pustaka

- 1.Schrock TR.Examination of anorectum and diseases anorectum dalam Gastrointestinal disease.Pathophysiology/diagnosis/management. edisi 5.Sleisenger MH,Fordtrand JS(ed.).WB Saunders Co.Philadelphia.1993:1499-1502
- 2.Schuster MM,Ratych RE. Anorectal diseases dalam Bockus Gastroenterology edisi 5.HaubrichW,Schaffner F, Berk JE(ed.).WB Saunders Co.Philadelphia.1995:1773-1776
- 3.Barnet JL.Anorectal diseases dalam Textbook of Gastroenterology ed.3.Yamada T(ed) Lippincot William&Wilkins.Philadelphia.1999:2083-2088.
- 4.Keighley MRB,William NS.Surgery of the anus rectum and coln.WB Saunders Co. London.1993:295-363.
- 5.Arullani A and Capello G.Diagnosis and Current treatment of hemorrhoidal disease. Angiology. 1994;45:560-565
- 6.Cospite M.Double blind,Placebo-Controlled Evaluation of Clinical activity and Safety of daflon 500mg in the treatment of acute hemorrhoid.Angiology.1994;45:566-573.
- 7.Godeberge Ph.Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease.A demonstrated efficacy in comparison with placebo.Angiology.1994;45:574-578.
- 8.Buckshee K,Takkar D,Aggarwal N.Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoid of pregnancy.Int.J.Gyn &Obst.1997;57:145-151.