

# Birinci basamakta hemoroid hastalığına pratik yaklaşım

## A practical approach to haemorrhoidal diseases in primary care

Baki Ekçi<sup>1</sup>, Özlem Tanrıöver<sup>2</sup>, Güldal İzbrak<sup>2</sup>, Özcan Gökçe<sup>3</sup>

### Özet

Anorektal hastalıkların pek çoğu selimdir. Sıklıkla kanama ve şişlik yakınması ile ortaya çıkan hemoroid hastalığı birinci basamakta kolaylıkla tedavi edilebilir. Halk arasında farklı isimlerle anılan hastalık, anal kanaldaki yastıkçıkların dışı hattın dışına sarkması ve kimi zaman sıkışarak kanaması ile ortaya çıkar. Bu yazıda birinci basamak hekiminin hemoroid hastalığına yaklaşımı, tedavi planı tartışılacak, literatür eşliğinde yapılabilecekler ortaya konacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Hemoroid, tedavi, birinci basamak.

### Summary

Many of the anorectal conditions are benign. Patients with hemorrhoidal diseases frequently consult primary care physicians and may be easily treated in the primary care setting. Hemorrhoidal diseases are usually named as piles or other different names in public; it is in fact a common problem characterised by distended vascular tissue in the anal canal and their protrusion outside of the dentate line which sometimes lead to hemorrhage. In this paper we will discuss the primary care setting approach to hemorrhoidal diseases, treatment plan, and literature.

**Key words:** Haemorrhoidal disease, treatment, primary care.

Hemoroidler, anüs etrafındaki, damar yumakları içeren mukoza yastıkçıklarıdır.<sup>1</sup> Yunanca'da "akan kan" anlamına gelen hemoroidlerin dışının tutulmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Hemoroid hastalığında, kan, damar yumaklarında gölendiğinden deri katlantıları ele gelecek şekilde şişer. Kanama, ağrı, kaşıntı hastayı rahatsız eder.<sup>1,2</sup> Araştırmalara göre, insanların 3/4'ünden fazlası, hayatının bir döneminde hemoroidden yakınmakta, 50 yaş üstündekilerin yaklaşık yarısı bu nedenle tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Hemoroid hastalığının toplumdaki sıklığı %4-36 arasında olup, erkeklerde daha siktir.<sup>2-6</sup> Hemoroid pakeleri jinekolojik pozisyonda anüsün sağ ön, sağ arka ve sol yanında yer alır. Bu, pratikte saat kadranı yönüyle ifade edi-

li; saat 3, 7, 11 hizasında. Yastıkçıkların büyümesi, dışı hatta (dentate line) göre iç ve dış hemoroid olarak tanımlanır.<sup>5,6</sup> Pakeleri ara bağlantıları (shunts) bulunan hemoroidal arterler besler. İç hemoroid üst hemoroid ağının (plexus) genişleyip dolarak üzerindeki mukoza ile sarkması (prolapsus), dış hemoroid ise alt hemoroid ağının genişleyip dolarak üzerindeki anodermisle birlikte pake yapmasıyla meydana gelir. Anal yastıkçıklar ve içerdikleri damarlar bağ dokusu lifleri ile mukoza-altı tabakasına tutunurlar. Hastalığın histopatolojisi, kabızlık, ishal, yaşlılık ve diğer nedenlerin lifleri gevşetmesi, ıkmakla artan venöz basıncın yastıkçıkları genişletmesidir.<sup>1,7</sup> Beslenmenin yetersiz posa içermesi, şişmanlık, gebelik, hareketsiz yaşam, ağırlık kaldırma, mekik çekme gibi bazı

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Uzmanı, Yard. Doç. Dr., İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., İstanbul

<sup>3</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Uzmanı, Prof. Dr., İstanbul

sporlar, sürekli ayakta durmayı ya da oturmayı gerektiren meslekler, kronik akciğer ya da karaciğer hastalıkları, karın içi tümörler hemoroid hastalığına yol açabilir.<sup>1,2,6</sup>

Hastalıkta üç mekanizma (mekanik etki, hemodinamik etki ve büzücü kasın (sfinkter) rolü) söz konusudur; bu mekanizmalara yönelmek tedavinin başarı oranını artırır:<sup>5</sup>

- **Mekanik etki:** Muskülo-fibroelastik dokunun dejenereasyonu ve kopmalar,
- **Hemodinamik etki:** Kanın genişleyen toplardamarlarda göllenmesi,
- **Büzücü kasın rolü:** İç büzücü kas yeterince gevşememesinde basınç artar, kan toplardamarda göllenir.<sup>1,7</sup>

Bu mekanizmaların bilinmesi koruyucu hekimlikte ve birinci basamaktaki tedavi planına yardımcı olacaktır.

## Anorektal Muayene

Anorektal değerlendirme inspeksiyon, palpasyon ve anoskopiden oluşur. Hasta, sıklıkla sol yan yatar (sol lateral dekubitus) pozisyonunda muayene edilir. Bu duruş, hasta için, baş aşağı gelen geleneksel diz-dirsek pozisyonundan daha rahattır. Hastalar, bilmeden, çoğunlukla diz-dirsek pozisyonuna geçseler de, sol yan yatar pozisyon (lateral dekubitus) hekim için daha rahat ve hastanın mahremiyetine daha uygundur. İnspeksiyonda, ilk bakıştan sonra hastanın ıkmaması söylenerek anüs mukozasının kıvrımlarının açılması, varsa hemoroid pakelerinin görünmesi sağlanır. Ele alınan temiz bir gazlı bezle mukoza katlantılarının açılması yararlı olabilir. İnspeksiyonla fissür, fistül, perianal dermatit, kitleler, tromboze hemoroidler, kondiloma görülebilir. Hastanın çok şiddetli ağrısı yoksa parmakla muayene (rektal tuşe) muhakkak yapılmalıdır. Bu basamakta, anal kanalda kitle, hemoroid, perianal abse ve yabancı cisim aranır. Rektal tuşe, özellikle ileri yaştaki hastalarda rektum kanseri taraması için de yararlıdır. Erkeklerde anal kanal değerlendirmesinde prostat ta palpe edilmelidir. Parmak, anal kanal çevresinde dikkatli bir şekilde 360 derece çevrilmeli, varsa, palpe edilen kitle tanımlanmalıdır. Anoskopiyle görülemeyen küçük tümörler palpasyonda belirlenebilir. Anoskopi, bölgenin gözle görülmesini, gerektiğinde girişim yapılmasını sağlar.<sup>1,8-10</sup>

## Klinik

Hemoroid hastalığı iç ve dış olmak üzere ikiye ayrılır.<sup>11,12</sup> Sıklıkla birlikte bulunan iç ve dış hemoroid tek başına da görülebilmektedir; hastalığın en sık rastlanan belirtileri kanama ve ele gelen şişliktir. İç hemoroid, sıklıkla dışkılamadan sonra açık kırmızı renkli kanamaya yol açar. Eğer dışarı sarkma varsa hasta sadece mukus salgısının yol açtığı kaşıntı ile başvurabilir. Dış hemoroidde sıklıkla ele gelen şişlik şikayeti vardır.<sup>2,3</sup> İç hemoroidde sarkma (prolapsus), başlangıçta ıkmama ve dışkılama ile ortaya çıkar, sonraki evrede elle içeri itilerek rahatlama sağlanır, izleyen evrede ise içeri itilmesi zor olabilir. İç hemoroid klinik belirtilerine göre dört evreye ayrılır (Tablo 1). Evreye göre hastalığın belirtileri de değişebilir.

Rektal kanama, her ne kadar önce hemoroidi düşündürse de öykü ve yaş göz önüne alınarak divertikül, inflamatuvar hastalık ve habaset araştırılmalıdır (Tablo 2).<sup>8,9</sup> Dış hemoroidin pıhtı ile dolması/tıkanması (tromboze hemoroid) dayanılamayacak derecede şiddetli ağrıya neden olabilir.<sup>13</sup>

**Tablo 1. İç hemoroidlerin sınıflaması ve belirtileri**

<b>1. Evre</b>	Makattan çıkmayan, ele gelmeyen hemoroid hastalığı; anoskopiyle görülebilir.
<b>2. Evre</b>	Dışkılama ve ıkmamada dışarı çıkan, kendiliğinden içeri giren hemoroid, kanama, kaşıntı, huzursuzluk görülebilir
<b>3. Evre</b>	Dışkılama ve ıkmamada dışarı çıkan, elle geri itilebilen hemoroid kanama, kaşıntı, dışkılama ve sonrasında ağrıya yol açabilir.
<b>4. Evre</b>	Geri itilmeyen, itilse de makata girmeyen hemoroid. Kanama, ağrı, dışkı kaçırmaya ya da dışkı yapmada zorluk, ele gelen büyük meme görülebilir. Bazen iltihaplanır, nekroze ya da tromboze olabilir.

**Tablo 2. Hemoroidin ayırıcı tanısı**

• Anal ya da rektal polip	• Perianal hematoma ya da abse
• Anal fissür	• Rektum sarkması
• Anal fistül	• Kondiloma, herpes, mantar
• Kriptit	• Kötü hijyen
• Karsinomlar	• Diğerleri
• Dermatit	

## Tedavi

Tedavinin amacı belirtileri ve oluşmuşsa anatomik bozukluğu gidermektir.<sup>2,3,14</sup> Kanama ile gelen hastada diğer nedenler araştırılmadan hemoroid tanısı konulmamalıdır. Tedavi planı hastalığın içte ya da dışta olmasına ve derecesine göre düzenlenir. I. ve II. evrede ilaçlar ön planda iken, III. ve IV. evrede cerrahi tedavi ağırlık kazanır.<sup>1,8,9</sup> Hastalık ilerlemiş, ilaçla denetlenemez hale gelmişse, fistül, fistül bulgular eşlik ediyorsa cerrahi girişim gerekir.<sup>15</sup>

Tedavi planı dört ana başlıkta değerlendirilir.<sup>6,14,16</sup>

- Uygun beslenme ve diğer koruyucu önlemler
- İlaçlar
- Mukozayı sabitleme yöntemleri
- Cerrahi tedavi

### Uygun Beslenme ve Diğer Koruyucu Önlemler

Öyküde; dışkılamayı erteleme, uzun süre ıkmama, uzun süre tuvalette kalma (tuvalette kitap ya da gazete okuma), dışkılamak için kendini zorlama varsa, muhtemelen dışkılama eğitimi ve bilinci yerleşmemiştir. Bu hastalara dışkılama disiplininin sağlanması öğretilmelidir. Bol posalı besinleri tüketmesi, kabızlık yapan gıdalardan uzak durması, bol su içmesi yararlıdır.<sup>17</sup> Düzenli dışkılama alışkanlığını yerleştirmek için ilaçlardan destek alınabilir. Dışkı hacmini arttıran ilaçlar bu basamakta yararlıdır. Belirti veren 1 ve 2. derece hemoroidde ve dış hemoroidde sıcak oturma banyosu anüsün istirahat basıncını düşürerek ağrıyı azaltır. Dar giysiler, baharatlı yiyecekler ve alkolden kaçınılmalıdır. Anüsün temiz tutulması ve kilo verilmesi yararlıdır.<sup>2,18</sup>

### İlaçlar

Belirtileri ortadan kaldıran topikal ilaçlar ve laksatifler bu hastaların ağrısını gideren belki de en önemli ilaçlardır. Dışkının yumuşamasını sağlamak ve ağrıyı dindirmek hastayı çok rahatlatır. Toplardamar tonusunu arttıran flavonoidler, kalsiyum dobesilat, kortikosteroidli pomadlar ve hemoroid preparatları da kullanılabilir.

Pomadlarda dört ana etkili madde vardır:

- Antiinflamatuvar etkili steroidler
- Lokal anestezipler
- Yağlar
- Vaskülotroplar.<sup>6,7</sup>

Flavonoidler (halen piyasada bulunan diosmin, hesperidin), toplardamarları korur, tonusunu artırır, kılcal geçirgenlik ve işlevi düzelterek ödemi azaltır. Hemoroidin aktif döneminde ilk 4 gün 6 tablet (4 gün 3x2 tb), sonraki 3 gün 4 tablet (3 gün 2x2 tb) kullanılır, sonra 2 tabletle devam edilir. Süt verenler kullanmamalıdır. Sindirim sistemi ile ilgili yan etkiler görülebilir. Flavonoidler, uygun olguların belirtilerini hafifletmede skleroterapi ve bant ligasyonu kadar etkin bulunmuştur.<sup>19</sup> Ağızdan ilaç kullanımı, akut hemoroid atağında lokal tedaviden daha hızlı etki gösterir.<sup>20</sup> Hemoroidde anal basınç artar. Diosmin anal basıncı normale indirerek belirtileri hafifletir.<sup>21-23</sup> Özellikle akut evrede ağrı ve kanamayı azaltır.<sup>24</sup>

Piyasada bulunan kalsiyum dobesilat etkisini damar direncini arttırıp, geçirgenliği azaltıp, mukozadaki kan birikimini gidererek gösterir. Kılcal geçirgenliği azalttığından dolaşım bozukluklarında da tedaviye yardımcıdır. Yemeklerle birlikte 1 ya da 3 kapsül alınır. Doz ve süre hastalığa göre belirlenir. Bazen mide rahatsızlığı, bulantı, ishal, deri döküntüsü, agranülozitoz gibi yan etkileri görülebilir; gebeliğin ilk 3 ayında zorunlu kalınmadıkça kullanılmamalıdır.<sup>25</sup> I. ve II. evre 29 hemoroid hastasını değerlendiren bir çalışmada oral kalsiyum dobesilat'ın belirtileri azalttığı, diyet ve barsak alışkanlıklarının düzenlenmesiyle beraber uygulandığında akut belirtileri geçirmede etkili, hızlı ve güvenli olduğu vurgulanmıştır.<sup>26</sup>

Anti-inflamatuvar, ağrı kesici ve lokal anestezi pomadlar kullanılabilir. Piyasada değişik markaları bulunan pomad ve fitiller sabah akşam uygulanabilir, iki ilaç formu birlikte kullanılabilir. Bu preparatları kullanacak hasta gebe, emzirme döneminde, karaciğer hastası olmamalı, anüsün temizliğine ve ilaç alerjisine dikkat edilmelidir.

Laksatif ya da dışkı yumuşatıcılar hastaların rahatlaması ve tedavinin başarısı açısından önemlidir. Bu ilaçları seçerken eşlik eden hastalıklar ve tedaviye uyum değerlendirilmelidir. Bu ilaçların, günde bir kez yumuşak dışkı yapacak şekilde kullanılması önerilir.

Etkin tedavi çoğunlukla, uygun reçete ve beslenmenin düzenlenmesiyle sağlanır. İlaç seçimi hastaya, hastalığa ve ilaca uyuma göre değişir.

## Girişimler, Sıklıkla Kullanılan Mukoza Sabitleme Şekilleri<sup>11,12,27-29</sup>

Bu gruptaki tedavileri, bir cerrah, ofis ortamında yapabilir. Anorektal girişimleri genel cerrahlar yapmaktadır. Bu işlemler gereğince yapıldığında, az ağrılı ve ucuzdur. Komplikasyonları az olmakla birlikte nüks oranı yüksektir. Hemoroid tedavisi son yıllarda büyük ölçüde kolaylaşmıştır (Tablo 3) (Şekil 1). Meta-analiz sonuçları, iç hemoroid tedavisinde band ligasyonu ve kızılötesi koagülasyonu desteklemektedir.<sup>18</sup> Tedavi için birinci basamağa başvuran, erken evredeki, hemen hemen tüm hemoroidler muayenehane şartlarında tedavi edilebilir.

- Bant ligasyonu, pek çok II. ve III. evre ve bazı IV. evre iç hemoroidlerin tedavisinde kullanılabilir.
- Kızılötesi koagülasyon I. ve II. evre ve bazı III. evre lezyonlarda kullanılabilir.
- Radyofrekans tedavisi bütün evrelerde kullanılabilir.
- Skleroterapi artık fazla tercih edilmemektedir. Sadece antikoagülan kullananlarda ya da kanama diatezinde uygulanabilir.

Sarkmış, reddedilemeyen hemoroidler gangrene neden olabileceğinden acil cerrahi girişimi gerektirirler.

**Bant ligasyonu:** 1963'te Barron'un tanımladığı bu yöntemde anoskop ve özel bir aparatla, iç hemoroid pakelinin dibine bant takılır.<sup>1</sup> Böylece iskemi ve nekroz gelişir. I. ve II. evre hemoroid hastalığında kullanılır. Ancak iç hemoroide uygulanabilir. Ağrı lifleri taşıyan dış hemoroide uygulandığında dayanılamayacak kadar ciddi ağrıya neden olur.

Bant ligasyonunun komplikasyonları; idrar retansiyonu, rektal kanama, pelvik sepsis, perianal abse, kanama ve bant kaymasıdır.<sup>30</sup>

**Kızılötesi fotokoagülasyon:** Kızılötesi ışıkla ısı elde edilip dağlama yöntemidir. I. ve II. derece iç hemoroidlerin tedavisinde kullanılır. Kızılötesi ışın ısısı bir başlık (prob) yardımıyla iç hemoroidin kaynaklandığı damar ve ara bağlantıları (shunts) tromboze ederek fiksasyonu sağlar. Bu işlem de, dış hemoroide uygulandığında şiddetli ağrıya yol açabilir.

Komplikasyonları kanama, ağrı ve enfeksiyondur.<sup>5</sup>

**Skleroterapi:** Skleroz geliştirebilecek, tahriş edici bir solüsyonun iç hemoroid çevresindeki yumuşak dokuya

Tablo 3. Hemoroid hastalığının tedavisi

Dış hemoroid
• Gözlem ve izleme; lokal uygulamalar
• Cerrahi girişim
• Tromboze ise gözlem ve izleme, uygunsa trombektomi
İç hemoroid
• Bant ligasyonu
• Kızılötesi koagülasyon
• Radyofrekans tedavisi
• Skleroterapi
• Cerrahi girişim

verilmesidir. Böylece hemoroid pakelerinin küçülmesi ve duvara yapışması sağlanır. Verilecek maddenin yol açabileceği aşırı duyarlılık reaksiyonuna karşı uyanık olunmalıdır. Sıklıkla bacaklardaki varislere uygulanan bu tedavi yöntemi I. ve II. evre hemoroidlerde de uygulanabilir.

Komplikasyonları mukoza nekrozu ve ülseri, anal striktür, kanama, abse, bakteriyemidir.<sup>6</sup>

**Kriyoterapi:** Bu yöntemde aşırı soğukla pakelerin fiksasyonu hedeflenir. Ancak ağrılı olan, sfinktere zarar verebilen, enfeksiyona yol açabilen bu yöntem sık uygulanmamaktadır.<sup>8,9</sup>

### Cerrahi Tedaviler

İlaçlara ve diğer önlemlere cevap vermeyen, fissür, fistül gibi yandaş hastalığı olan ya da ileri evredeki hemoroidlerde cerrahi girişim tercih edilir. Genel cerrah, hastaya ve hastalığa uygun yöntem önerir.

## Özel Durumlarda Hemoroid Hastalığına Yaklaşım

### Tromboze Hemoroid

Tromboze dış hemoroid; ağrı, makatta ele gelen mor şişlikle kendini gösterir. Hasta sıklıkla eskiden beri hemoroidi olduğunu, ama hiç bu kadar ağrısının olmadığını dile getirir. Bu hastalarda, eğer öykü iki günü geçmemişse ve tromboz boşaltılabilecek gibiyse trombektomi yapılabilir. Uygun değilse sıcak oturma banyoları, dışkı yumuşatıcılar ve lokal analjeziklerle gerilemesi beklenir.

Tromboze iç hemoroidde ise ağrı olmadığından ilk seçenek koruyucu tedavidir. Varsa, dış sarkmış pakelerin lokal analjezik yardımıyla içeri konması hastayı rahatlatır. Hasta cerrahi tedavi hakkında bilgilendirilmeli, genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmelidir.<sup>6,8,9</sup>

### Gebelerde Hemoroid Hastalığı

Sıklıkla gebeliğin ileri dönemlerinde ortaya çıkar. Tromboze dış hemoroid gebelikte sık görülür.<sup>31</sup> Doğumu izleyen günlerde ileri evre hemoroid hastalığı yaygın olup; izleme, tedavi ve önlenmesi önem taşır.<sup>32</sup> 165 kadını, doğum öncesi ve sonrasındaki 3 ay boyunca izleyen bir çalışmada doğum ertesinde, her üç kadından birinde anal fissür ya da tromboze dış hemoroid saptanmış, tromboze dış hemoroidin travmatik doğumla ilişkisi vurgulanmıştır.<sup>33</sup> Tromboze olmamış hemoroidde koruyucu

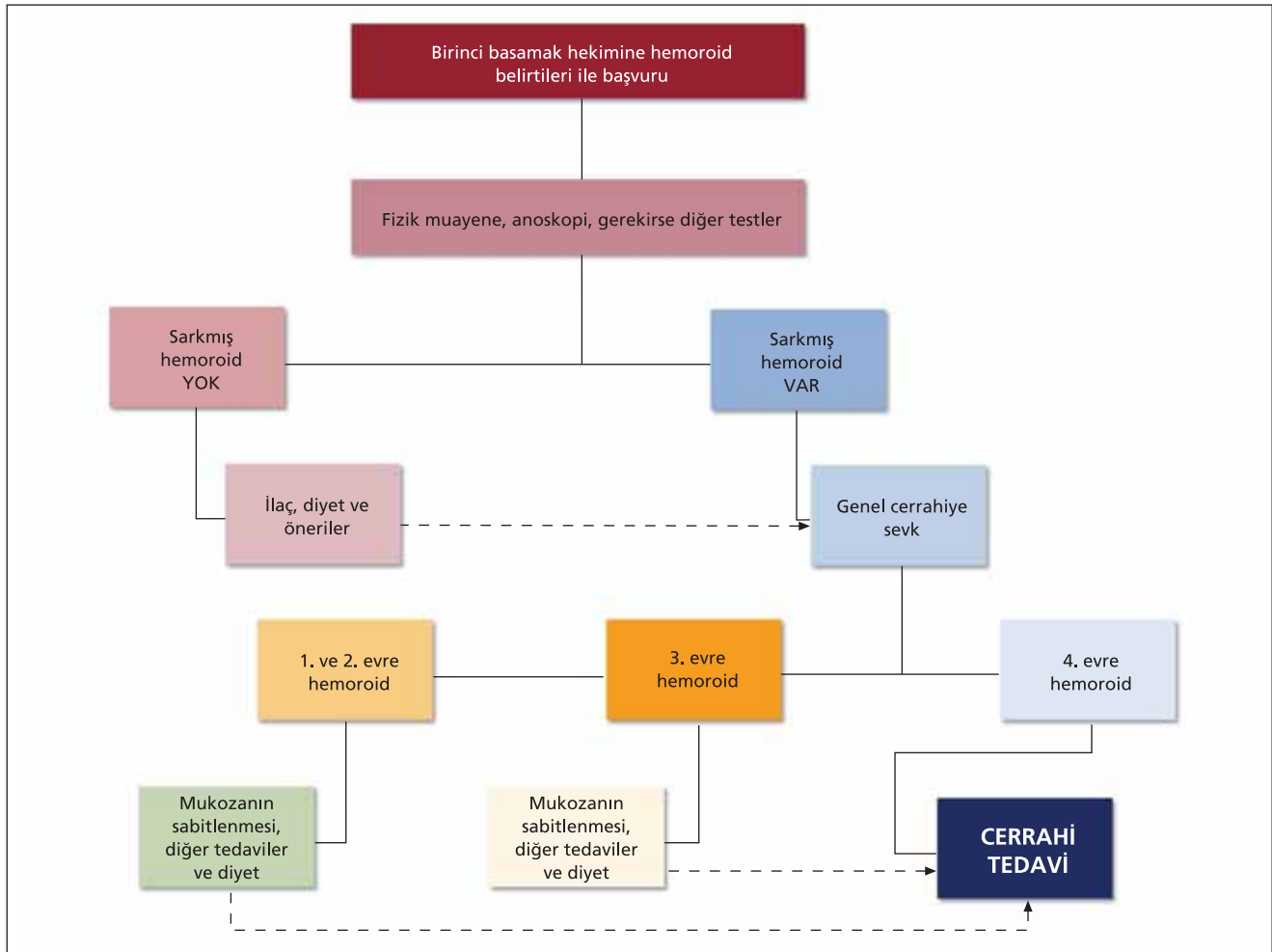
tedavi, tromboze ise trombektomi, iç hemoroidde bant ligasyonu uygulanabilir.<sup>21,31</sup> Ancak kadın hastalıkları ve doğum uzmanı da bilgilendirilmelidir.

### Bağışıklığı Baskılayıcı İlaç Alanlar

Bu hastalarda mümkün olduğu kadar koruyucu tedavi tercih edilmelidir. Cerrahi girişim gerekiyorsa bağırsak temizliği yapılmalı, uzun dönem antibiyotik kullanılmalıdır.<sup>6</sup>

### HIV (+) ve AİDS'li kişilerde

HIV (+) ancak hasta olmamış kişilerde gerekli tedavi uygulanabilir. AİDS'lilerde bağışıklık zayıfladığından öncelikle koruyucu tedavi düşünülse de, bunun cerrahiye etkilemeyeceği yönünde de çalışmalar da vardır.<sup>1,34,35</sup> Uygun asemptomatik HIV (+) kişilerde lastik bant ligasyonu gerektiğinde güvenle uygulanabilir.<sup>36</sup>



Şekil 1. Hemoroid hastalığı tedavi algoritması.

## Anal Fissür ile Beraber Hemoroid

Bu hastalarda cerrahi girişimde her iki hastalığa yönelik işlemler birlikte yapılabilir.<sup>15</sup>

## Crohn Hastalığı ile Beraber Hemoroid

Hasta genel cerraha yönlendirilmelidir.<sup>8,9</sup>

Sonuç olarak; hemoroid hastalarının tedavisinde başarı; doğru tanı ve uygun tedavi yönteminin seçilmesi ile sağlanır.

## Kaynaklar

- Nisar PJ, Scholefield JH. Managing haemorrhoids. *BMJ* 2003; 327: 847-51.
- Ersan Y, Yavuz N, Ergüney S, Kuşaslan R. Hemoroidlerin medikal tedavisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2003; 4: 188-93.
- Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 757-88.
- Gazet JC, Redding W, Rickett JW. The prevalence of haemorrhoids. A preliminary survey. *Proc R Soc Med* 1970; 63: 78-80.
- Kartal N. Hemoroidal hastalıkta tedavi yöntemleri. *Türk Aile Hek Derg* 2002; 6: 121-6.
- Ezberci F, Yüzbaşıoğlu F. Hemoroidal hastalıkta tedavi yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 182-92.
- Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542-52.
- Sökücü N. Anorektal hastalıklar. Genel Cerrahi'de. Ed. Kalaycı G. Cilt 2. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002; 1401-18.
- Nelson H, Cima RR. Anus. Textbook of Surgery'de. Ed. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. 18. baskı. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008; 1433-62.
- Aleksanyan V. Sindirim sistemi. Teşhiste Temel Bilgi "Propedötik". Ed: Aleksanyan V. 3. baskı. İstanbul, Filiz Kitabevi, 1988; 320-440.
- Pfenninger JL. Modern treatments for internal haemorrhoids. *BMJ* 1997; 314: 882.
- Stonelake PS, Hendrickse CW. Modern treatment for internal haemorrhoids. Rubber band ligation is effective and efficient. *BMJ* 1997; 315: 881-2.
- Kann BR, Whitlow CB. Hemorrhoids: diagnosis and management. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 6: 6-11.
- MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg* 1997; 40: 14-7.
- Chong PS, Bartolo DC. Hemorrhoids and fissure in ano. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37: 627-44.
- Fuccini M, Caputo P, Lavezzoli A, Manelli A, Bonandrini L. Hemorrhoid disease, physiopathology, etiopathology and surgical approach. *Minevra Chir* 2000; 55: 253-9.
- Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29: 1270-4.
- Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2002; 82: 1153-67.
- Akın ML, Çolak T, Erenoğlu C, Çelenk T, Batkın A. Hemoroidal hastalık tedavisinde oral flavonoid, bant ligasyonu ve skleroterapinin etkinlikleri. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2000; 14: 96-101.
- Gönenç U, Ünsal B, Aksöz K ve ark. Hemoroidlerde Daflon (diosmin + hesperidin) tedavisi. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 1995; 6: 277-9.
- Ulualp MK, İpek T, Durgun V, Şirin F, Cebeci H. Hemoroidlerde anal sfinkter basıncının değerlendirilmesi. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1994; 8: 18-20.
- Karahasanoğlu T, Ulualp K, Kılıç N ve ark. Hemoroid tedavisinde diosminin rolü (anal manometrinin önemi). *Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi* 1998; 6: 93-6.
- İğci A, Yalıtı T, Özmen V, Bozfakioğlu Y, Keçer M. Hemoroid ve anal fissürde anorektal basınç ölçümleri ve cerrahi tedavinin belirlenmesi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1991; 7: 117-20.
- Jiang ZM, Cao JD. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute haemorrhoidal episodes. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1141-7.
- Allain H, Ramelet AA, Polard E, Bentué-Ferrer D. Safety of calcium dobesilate in chronic venous disease, diabetic retinopathy and haemorrhoids. *Drug Saf* 2004; 27: 649-60.
- Menteş BB, Görgül A, Tatlıcioğlu E, Ayoğlu F, Unal S. Efficacy of calcium dobesilate in treating acute attacks of hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1489-95.
- MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-94.
- Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1600-6.
- Carapeti E, Phillips RK. Modern treatment for internal haemorrhoids. Day surgery offers permanent cure. *BMJ* 1997; 315: 881.
- Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 287-90.
- Dietrich CS, Hill CC, Hueman M. Surgical disease presenting in pregnancy. *Surg Clin N Am* 2008; 88: 403-19.
- Avşar F, Avşar MF, Şahin M. Erken postpartum dönemde ileri evre hemoroid prevalansı. *Genel Tıp Dergisi* 2001; 11: 73-6.
- Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL ve ark. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 650-5.
- Hewitt WR, Sokol TP, Fleshner PR. Should HIV status alter indications for hemorrhoidectomy? *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 615-8.
- Consten EC, Slors FJ, Noten HJ, Oosting H, Danner SA, van Lanschot JJ. Anorectal surgery in human immunodeficiency virus-infected patients. Clinical outcome in relation to immune status. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1169-75.
- Moore BA, Fleshner PR. Rubber band ligation for hemorrhoidal disease can be safely performed in select HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1079-82.

Geliş tarihi: 03.12.2008

Kabul tarihi: 08.01.2009

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Baki Ekçi

PTT Hastanesi Karşısı Evren Sitesi B Blok D: 87

Kadıköy İstanbul

e-posta: drbaki@yahoo.com