

Význam digitálního vyšetření anorekta při hemoroidálním onemocnění

MUDr. Filip Sasínek¹, MUDr. Alena Berková, Ph.D.¹, MUDr. Petr Vlček, Ph.D.¹, MUDr. Tamara Vystrčilová¹, MUDr. Vladimír Červeňák²

¹I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

²Klinika zobrazovacích metod, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Hemoroidální onemocnění je velmi časté. U dospělé populace se vyskytuje až v 60 %. Velmi často je toto onemocnění léčeno bez předchozího došetření, a tak může dojít k přehlédnutí závažnější diagnózy, jakou je kolorektální karcinom, který se řadí na přední příčky výskytu maligních onemocnění v České republice. I přes zavedená screeningová opatření je stále velká část pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikována až v pokročilém stadiu. Mnohdy jsou obtíže, které pacienta donutí k návštěvě praktického lékaře, zaměňovány za méně závažnou diagnózu, jakou jsou právě hemoroidy. Komplexní klinické vyšetření pacienta s důrazem na konkrétní symptomy je nutným základem ke správnému určení konečné diagnózy. Stejně tak jako je při bolestech v krku běžnou praxí inspekce dutiny ústní, tak je při výskytu bolestí či krvácení z konečníku nutné provedení vyšetření per rektum. Toto rychlé a dostupné vyšetření může praktického lékaře velmi snadno nasměrovat tím správným diagnostickým směrem.

Klíčová slova: vyšetření per rektum, kolorektální karcinom, hemoroidy, prevence.

Importance of digital rectal exam in hemorrhoidal disease

Haemorrhoidal disease is quite common condition. It occurs among up to 60 % of adult population. Too often is this condition treated without proper diagnostics thus leading to misdiagnosis and overlooking more serious medical condition such as colorectal carcinoma. In Czech Republic, colorectal carcinoma is listed on top ranks in incidence of malignant oncological diseases. Despite established screening programme there is still big portion of patients that are diagnosed in advanced stage. Complex clinical examination with emphasis on specific symptoms is a key element for determining the final diagnosis. As is inspection of oral cavity standard clinical procedure in sore throat diagnostics, so should be digital rectal exam standard in diagnostics of perirectal pain or bleeding from anal cavity. This quick and available examination can very easily point any general practitioner to the right diagnostic direction.

Key words: digital rectal exam, colorectal carcinoma, haemorrhoidal disease, prevention.

Úvod

Pojem „hemoroidy“ se běžné užívá pro označení souborů symptomů hemoroidálního onemocnění. Přičemž hemoroidální plexy jsou přítomny u všech zdravých jedinců jako spojky mezi arteria rectalis superior a vena rectalis superior, inferior a media. Incidence hemoroidálního onemocnění se s věkem zvyšuje. Odhaduje se, že až 90 % pacientů má alespoň jedenkrát za život potíže s hemoroidy. Muži mají přitom potí-

že dvakrát častěji než ženy (1). Mezi faktory přispívající ke vzniku symptomatické hemoroidální nemoci patří stavy, které zvyšují nitrobršíšní tlak nebo oslabení vazivové tkáně ve stěně anorekta. Vzhledem k četnému výskytu hemoroidálního onemocnění může dojít k přehlédnutí jiných patologických stavů v oblasti anorekta, z nichž nejzávažnější je karcinom rektu.

Kolorektální karcinom je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz v České

republice. Bohužel obsazuje přední místa i v mezinárodním srovnání. Dle národního onkologického registru je u nás ročně kolem 8 000 pacientů s nově diagnostikovaným kolorektálním karcinomem a téměř 4 000 pacientů ročně na kolorektální karcinom zemře (2). Obecně záchyt jakéhokoli onkologického onemocnění v počátečním klinickém stadiu výrazně zlepšuje prognózu dlouhodobého přežití. Dostupná data národního onkolo-

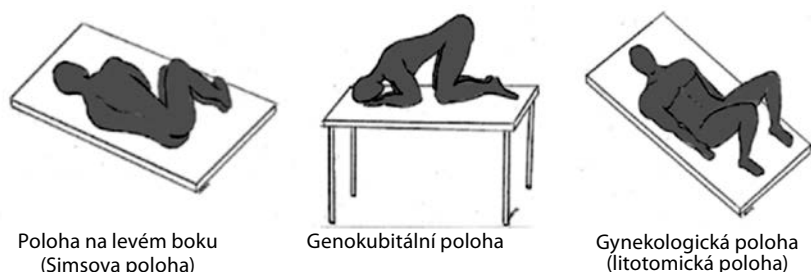


KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Filip Sasínek, filip.sasinek@fnusa.cz
I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně
Pekařská 53, 656 91 Brno

Cit. zkr: Med. praxi 2021; 18(1): 8–12
Článek přijat redakcí: 9. 6. 2020
Článek přijat k publikaci: 12. 11. 2020

Tab. 1. Klasifikace hemoroidálního onemocnění a možnosti léčby (archiv autorů)

Klasifikace		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
		Prominující cévy bez prolapsu a krvácení	Prolaps se spontánní redukcí	Prolaps vyžadující manuální repozici	Prolaps bez možnosti repozice
Léčba	Konzervativní	■ Dietní opatření a úprava životního stylu: zvýšení obsahu vlákniny ve stravě, laxativa, hydratace, vyvarování se přílišného tlacení na stoličce, péče o pravidelnou a měkkou stoličce, důsledná hygiena ■ Lokální terapie: masti, krémy a čípky obsahující anestetika (lidokain, cinchokain), venotonika a vazoprotektiva (tribenosid, dobesilát), kortikoidy (dexamethason), hemostyptika, teplé obklady a sedací koupele z odvarů bylin (dubová kůra, heřmánek lékařský, měsíček lékařský atd.) ■ Systémová terapie: venofarmaka			
	Semiinvasivní		■ Barronova ligace ■ DG-HAL (Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation) ■ THD (transanální hemoroidální dearterializace) ■ Fotokoagulace ■ Monopolární termokoagulace Hemoron, Ultroid ■ Laserová terapie		
	Chirurgická			■ Klasická hemoroidektomie ■ Staplerová hemoroidopexie (Longova operace) ■ TST selektivní resekce (Tissue selective therapy)	

Obr. 1. Doporučené polohy pro vyšetření (převzato dle Furlana et al. (6))

gického registru ukazují, že i přes zavedené preventivní programy je u nás i nadále velmi vysoký podíl nových pacientů s kolorektálním karcinomem v klinickém stadiu III nebo vyšším (2). To samozřejmě významně zhoršuje šanci na vyléčení. Screeningové programy u nás zahrnují metody detekce okultního krvácení – TOKS, detekci genetických markerů u rizikových jedinců a kolonoskopické vyšetření u asymptomatických pacientů. Typický věk pacienta s kolorektálním karcinomem se sice pohybuje v intervalu od 60 do 79 let, ale téměř 19 % všech nemocných je mladších 60 let (2).

Symptomatologie

Hemoroidální onemocnění má i přes svou nízkou morbiditu velmi významný vliv na kvalitu života pacienta (1). Mezi nejčastější symptomy vnitřních hemoroidů patří krvácení, které je spojeno obvykle s defekací. Dále si pacienti stěžují na pocit prolapsu sliznice análního kanálu, která může být spojena s mírným stupněm inkontinence. Bolest bývá přítomna méně a často je spojena se zevními hemoroidy, které bývají komplikovány trombózou či zánětem. Klasifikaci hemoroidálního onemocnění a možnosti terapie shrnuje tabulka 1.

Symptomatictí pacienti s karcinomem v oblasti anorekta si stěžují především na odchod jasně červené krve se stolicí. Krvácení bývá často dlouhodobé a různé intenzity. Typická je dále přítomnost bolesti v oblasti konečníku. Dalším symptomem může být i tzv. „falešný přítel“ – odchod stolice spolu s větry (2). Vzhledem k tomu, že jsou tyto zmíněné symptomy společné pro méně závažná, benigní, ale o to více častá onemocnění, jako jsou hemoroidy nebo anální fisury, jsou velmi často podceňovány a bagatelizovány. Pacienti pak v domněnku, že se jedná „pouze o hemoroidy“, nebo pro ostych z vyšetření, často navštěvují lékaře až po delší době trvání potíží. Uvádí se, že výše uvedené potíže spojené s hemoroidálním onemocněním se vyskytují až v 60 % případů (4) a kvůli jejich podcenění může velice rychle dojít k přehlédnutí maligního onemocnění (5). Zde pak hraje významnou roli vyšetření pacienta, jehož nedílnou součástí je i vyšetření per rektum.

Diagnostický postup

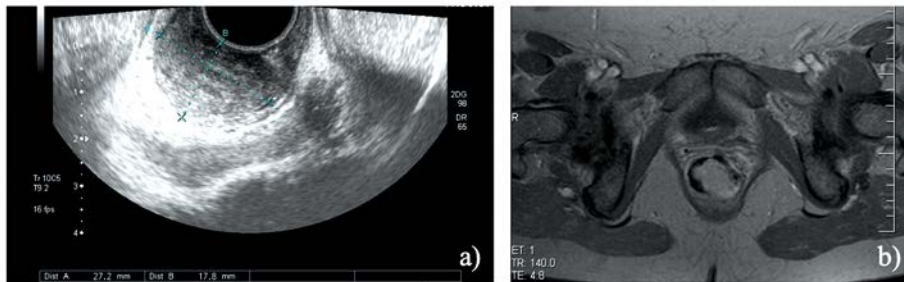
Vyšetření konečníku per rektum patří mezi základ klinického vyšetření, hlavně pokud pacient přichází k lékaři s potížemi v oblasti

konečníku nebo krvácením. Toto jednoduché zatím zcela nepostradatelné vyšetření by nemělo být nikdy opomenuto. Vyšetření lze provést v poloze na levém boku (tzv. Simsova poloha), v genokubitální poloze nebo v gynekologické (tzv. litotomické) poloze, jak je na obrázku 1. Tyto základní polohy nám umožní správný přístup i přehled vyšetřované oblasti (6). Samotné vyšetření začínáme aspektem perianální krajiny. Všíme si mimo jiné přítomnosti trombotizovaných externích hemoroidů, análních fisur, bradavic, kožních výrůstků, análního prolapsu či viditelných jizev. Pátráme po možné přítomnosti zevních ústí perianálních fistulací či periprotálních abscesů. Přítomnost prolabujících vnitřních hemoroidů či prolabujících sliznice rektu lze vyšetřit indagací po vyzvání pacienta ke krátkému zatlačení na stoličce. Při podezření na inkontinenci stolice je možné testovat funkci větví sakrálních nervů podrážděním všech 4 kvadrantů perianálně tampónem a observací reflexní aktivity zevního svěrače (7). Výskyt bolesti hned v začátku vyšetření nebo hypertonus svěrače může svědčit pro přítomnost perianální fisury. Snížený tonus může být způsoben např. trhlinou svěrače případně poškozením jeho inervace a může být příčinou inkontinence stolice. Při patologickém tonu svěrače je indikováno provedení anorektálního manometrie. Při palpačním vyšetření postupujeme po směru hodinových ručiček v maximálním možném dosahu prstu, abychom vyšetřili celý obvod rektu. Po celou dobu si všímáme jakýchkoli patologických rezistencí. Defekt a vyklenutí ventrální či dorsální stěny rektu může značit přítomnost

Tab. 2. Diferenciální diagnostika patologií anorekta a perianální krajiny (archiv autorů)

Diagnóza	Anamnéza	Klinický nález
Absces	- postupný nárůst bolesti - teploty	bolestivá fluktuující rezistence, zarudnutí perianální krajiny, hypertonus svěrače
Infiltrace	- bolest - krvácení a hlen na stolici - střídání průjmu a zácpy - váhový úbytek	indurovaná léze, ulcerace sliznice, přítomnost krve či hlenu na rukavici
Condylomata accuminata (venerické bradavice)	- anální pohlavní styk - občasné drobné krvácení - inkubační doba je 2 týdny až 8 měsíců	bradavičnatá léze, bělavé až růžové barvy perianálně i na sliznici, při traumatu snadno krvácí, solitární nebo mnohočetný výskyt
Fissura ani	- ostrá bolest při vyprazdňování - krvácení malé intenzity - svědění	viditelná trhlinka, bolestivá indagace, hypertonus svěrače
Fistulace	- svědění - výtok špinící spodní prádlo - stav po periprotální abscesu - IBD v anamnéze	viditelné zevní ústí píštěle, macerace perianální krajiny
Polypy	krvácení bez bolesti	v análním kanále hmatné pendulující či přisedlé léze, anoskopicky či endoskopicky viditelné
Proktitida	- průjem - krev a hlen ve stolici - bolesti v oblasti rekta a bolesti břicha	hypertonus svěrače, indurace a edém anální sliznice, fisura, fistulace
Prolaps rekta	- opakované prolabování sliznice či celé stěny anorekta zevně - potíže při defekaci, námaze nebo dlouhém stání	manifestní zevní prolaps při Valsalově manévru nebo intrarektální prolaps patrný anoskopicky
Marisky (kožní řasy)	- hemoroidy, perianální trombóza nebo fisura ani v anamnéze - svědění - krvácení není přítomno	klidné kožní duplikatury perianálně, kryté fyziologickou kůží

Obr. 2. Maligní infiltrace anorekta zasahující ventrální a levou stěnu anorekta, je patrná i infiltrace sfinkterů a suspektní infiltrace rektovaginálního septa (archiv autorů)



a) – zobrazení na TRUS; b) – zobrazení na MRI

rektokély. Dále je možné vyšetřit možnou dysfunkci svalů pánevního dna tak, že vyzveme pacienta, aby opět zatlačil na stolici se snahou vytlačit prst vyšetřujícího. Fyziologicky by mělo dojít k relaxaci análního sfinkteru a musculus puborectalis společně se sestupem perinea kaudálně. V případě, že k relaxaci svalů ani sestupu perinea nedojde, jedná se o paradoxní kontrakce zmíněných svalů, které označujeme jako dyssynergii pánevního dna, která způsobuje obtíže s vyprazdňováním. Při podezření na dyssynergii je opět indikováno provedení anorektální manometrie a defeko-

grafie. Vyšetření per rektum je zakončeno aspekci stolice a případnou příměsí na rukavici, všímáme si obzvláště přítomnosti krve, hnisu či hlenu (7). Vyšetření per rektum je často spojováno s preventivním vyšetřením u karcinomu prostaty. Zde je senzitivita vyšetření per rektum dána lokalizací a velikostí karcinomu a činí 30–80 %. Specifita je pak asi 89–97 %. Odhaduje se však, že asi 50 % karcinomů prostaty diagnostikovaných při vyšetření per rektum již infiltruje její okolí (8). V případě vnitřních hemoroidů, je třeba zdůraznit, že je většinou není možné diagnos-

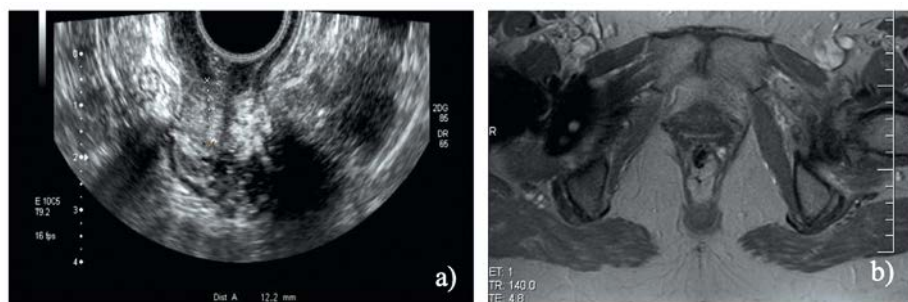
tikovat pouze na základě digitálního vyšetření. Pokud se nejedná o trombózu hemoroidu nebo výrazný otok či zánětlivé komplikace, jsou hemoroidální uzlíky měkké a ani rozsáhlé pleteně nemusí být hmatné, protože se vyprázdní tlakem vyšetřujícího prstu (5). Proto by měl jakýkoli abnormální nález při palpaci per rektum lékaře vést ke komplexnímu zhodnocení situace a ke zvážení dalšího došetření. Přehled nejčastějších patologií anorekta a perianální krajiny shrnuje tabulka 2. Vzhledem k tomu, že pacientů v proktologických i gastroenterologických ambulancích přibývá, a čekací doby na vyšetření se tak prodlužují i na několik měsíců, je úkolem praktického lékaře dobře rozlišit závažnost stavu pacienta. V případě podezření na maligní onemocnění je nutné sjednat akutní vyšetření na příslušném vyšším pracovišti. Jednotlivé příklady, kdy mohl být pacient do kolorektální poradny odeslán již s jasným podezřením na maligní onemocnění, dokládáme v následujících kazuistikách. Ani v jednom případě praktický lékař vyšetření per rektum neprovedl.

Kazuistiky

Kazuistika 1

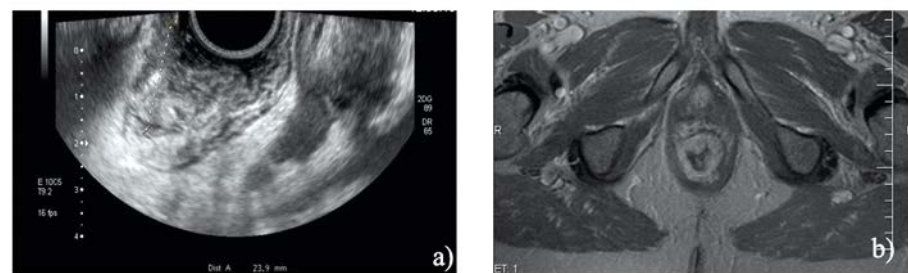
Pacientka, ročník 1940, přichází do naší ambulance pro opakované krvácení z konečníku. Udávala dva měsíce potíže s vyprazdňováním, po stolici pozorovala krev na papíře. Absolvovala kolonoskopické vyšetření před 10 lety s fyziologickým nálezem. Při prvním vyšetření na našem pracovišti bylo provedeno vyšetření per rektum, při kterém byla hned za anokutánním přechodem na čísle 6–9 hmatná infiltrace sliznice. Proto byla provedena anoskopie, na níž byla infiltrace vizualizována a byla odebrána biopsie k histologickému vyšetření. Histologické vyšetření prokázalo dlaždicobuněčný karcinom rekta. V rámci kompletního vyšetření bylo doplněno MRI malé pánve, transrektální ultrazvuk (TRUS) viz obrázek 2. Dále byla provedena kolonoskopie, při které byly navíc zjištěny klidné divertikly sigmatu. V rámci stagingu bylo provedeno CT břicha a plic. Dle provedených vyšetření se jednalo o stadium III. Vzhledem k výslednému stadiu onemocnění byla nakonec indikována komplexní onkologická terapie bez možnosti primárního radikálního chirurgického výkonu.

Obr. 3. Semicirkulární infiltrace anorekta s infiltrací svěrače, patologické lymfatické uzliny v okolí, bez infiltrace mezorektální fascie. Kontinuita vnitřního sfinkteru není porušena (archiv autorů)



a) – zobrazení na TRUS; b) – zobrazení na MRI

Obr. 4. Cirkulární infiltrace anorekta s infiltrací do okolního tuku; svěrač je bez zřetelné infiltrace a v okolním tuku jsou patologické lymfatické uzliny (archiv autorů)



a) – zobrazení na TRUS; b) – zobrazení na MRI

Kazuistika 2

Pacientka, ročník 1954, byla odeslána na naše pracoviště praktickým lékařem k anoskopickému vyšetření pro potíže s hemoroidy. Potíže se stolicí neudávala, bolesti konečníku neměla, ale občas pozorovala krev na toaletním papíru. U praktického lékaře byl proveden TOKS s pozitivním výsledkem. Vyšetření per rektum praktický lékař neprovedl. Při klinickém vyšetření na naší ambulanci bylo zřejmé již při vyšetření per rektum, že se jedná o infiltrace anorekta hned za anokutánním přechodem vlevo na laterodorsální straně. Byla proto provedena anoskopie, která potvrdila křehkou infiltrace, ze které byla odebrána biopsie k histologickému vyšetření. Závěrem byl invazivní dlaždicobuněčný karcinom. Infiltrace byla dále objektivizována pomocí MRI malé pánve a TRUS viz obrázek 3. Kolonoskopie mimo již anoskopicky zjištěnou infiltrace prokázala normální endoskopický nále. Při dalším stagingu bylo doplněno CT břicha a plic, které odhalilo i metastatické postižení jater. Byla tedy indikována komplexní onkologická terapie bez možnosti dostatečně radikálního operačního výkonu primárně.

Kazuistika 3

Pacient, ročník 1949, byl odeslán praktickým lékařem pro dlouhodobé potíže s hemo-

roidy a opakované bolesti konečníku. Po stolici občas pozoroval krev na toaletním papíře. Potíže udával již několik měsíců. Praktický lékař vyšetření per rektum ani test na okultní krvácení neprovedl. Na našem pracovišti při klinickém vyšetření per rektum byla v dosahu prstu na zadní stěně rekta hmatná ulcerující infiltrace, na rukavici byly stopy krve. Následně byla provedena anoskopie, kde byla patrná infiltrace poloviny obvodu anorekta hned za svěračem. Z infiltrace byla při anoskopii odebrána biopsie. Histologické vyšetření prokázalo intestinální adenokarcinom. Byla doplněna kolonoskopie, kde byly kromě již zjištěné infiltrace rekta patrné klidné divertikly kolon sigmoideum, ostatní úseky tlustého střeva byly bez patologie. Vyšetření transrektálním ultrazvukem prokázalo infiltrace zasahující všechny vrstvy stěny rekta. Na MRI malé pánve byla patrná infiltrace okolního tuku a postižení okolních lymfatických uzlin viz obrázek 4. Po doplnění stagingu byl pacient odeslán na onkologii ke komplexní systémové léčbě.

Prevence kolorektálního karcinomu

Současný systém prevence kolorektálního karcinomu v ČR je pro asymptomatické jedince ve věku 50–54 let, kterým je nabízen test

na okultní krvácení ve stolici, a to 1× ročně, při pozitivním testu je indikována kolonoskopie. Pacienti 55 let a výše mají možnost výběru – 1× za 10 let plánovanou kolonoskopii, nebo 1× za 2 roky test na okultní krvácení. Od roku 2014 je zaveden program aktivního zvaní pacientů k těmto vyšetřením (10). Dle doporučení American Cancer Society pro časnou detekci onkologických onemocnění z roku 2018 by asymptomatictí dospělí nad 45 let měli pravidelně procházet screeningem prostřednictvím testování stolice na okultní krvácení nebo kolonoskopickým vyšetřením. Všechny pozitivní výsledky zjištěné při screeningu jiném než kolonoskopickým, by měly být následovány brzkou kolonoskopií. Vyšetření per rektum je běžně doporučováno pouze při screeningu karcinomu prostaty, a to u mužů nad 50 let společně s vyšetřením hladiny PSA (11).

Diskuze

Nádory tlustého střeva a konečníku jsou v České republice závažným zdravotním problémem. Patříme mezi země s nejvyšším výskytem těchto nádorů a úmrtností na ně. Nedílnou součástí primární preventivní péče jsou preventivní prohlídky, které mohou včas onemocnění odhalit a tím předejít komplikacím. Součástí kompletní preventivní prohlídky u praktického lékaře by měla být i prevence onkologická. Zhodnocení rizika onkologického onemocnění z hlediska rodinné, osobní a pracovní anamnézy a jako součást komplexní onkologické prevence je vyšetření kůže, skrota u mužů, prsou u žen a vyšetření per rektum. V rámci screeningu kolorektálního karcinomu je pacientům, v návaznosti na věk, nabízen test na okultní krvácení ve stolici a kolonoskopie. Dva pacienti ze tří, v námi uvedených kazuistikách, neměli proveden test na okultní krvácení za poslední dva roky. Všichni při návštěvě praktického lékaře udávali již přítomné makroskopické krvácení při stolici. Tumory tlustého střeva jsou, dle literatury, zodpovědné za 2–9 % (dle některých až za 33 %) enterorhagií (12). K makroskopickému krvácení vedou častěji malignity v levém tračníku a rektu. Naopak tumory v pravé straně kolon vedou spíše k chronickým ztrátám a anemizaci v krevním obraze. Krvácení z konečníku samozřejmě neznamená vždy

jen maligní onemocnění, chronická anémie může být způsobena i přítomností polypů, nebo objemných hemoroidů, které jsou často spojeny s mukózním prolapsem. Na možnost malignity bychom měli myslet, udává-li pacient ztrátu na váze, bolesti v oblasti konečníku, tzv. tenesmy, změnu charakteru a frekvenci stolice, střídání zácpy a průjmu, přítomnost krve a hlenu ve stolici.

V diferenciální diagnóze onkologického onemocnění je nutno vyloučit i afekce méně závažné, jako anální trhlina, perianální absces, píštěl, idiopatické střevní záněty a další. Dále je nutno připomenout, že hemoroidy se mohou vyskytnout i v koincidenci s rektálním karcinomem, a tak není možno se při krvácení z konečníku spokojit s tím, že jsou zdrojem viditelné hemoroidy a není provedeno jednoduché digitální vyšetření rektu doplněné anoskopií nebo event. rektoskopií.

Patcharatrakul et al. provedli studii na studentech posledního ročníku medicíny. Ze studie vyplynulo, že 17 % studentů v posledním ročníku medicíny nikdy neprovedlo vyšetření per rektum. A 48 % studentů, které vyšetření provedlo, si nebylo zcela jistých, zda správně interpretovali výsledek provedeného vyšetření (13). Podobnou studii provedli Bussièeres et al. na souboru rodinných lékařů a odhalili, že 10 % pacientů bylo odesláno rodinným lékařem na kolorektální ambulanci bez provedení vyšetření per rektum.

Digitální vyšetření rektu prováděné rodinnými lékaři mělo nízkou citlivost a špatnou pozitivní prediktivní hodnotu. Toto zjištění můžou ale ovlivnit různé faktory, jako je například problém s interpretací nálezů nebo nedostatek školení v dané problematice (14). Proto autoři obou výzkumů apelují na nutnost školení a provádění instruktáže, jak správně vyšetření per rektum provádět (13, 14).

U pacientů v uvedených kazuistikách bylo vyšetřením per rektum součástí prvního vyšetření na naší ambulanci a již z tohoto vyšetření bylo zřejmé podezření na maligní onkologické onemocnění. Všichni pacienti byli dále vyšetřeni anoskopicky s odběrem biopsie, která maligní diagnózu potvrdila. V rámci dalšího došetření byla provedena kolonoskopie, která je indikována u všech pacientů s přítomným krvácením z konečníku. Toto vyšetření je důležité i u již diagnostikovaných infiltrací rektu z důvodu možnosti výskytu sekundární infiltrace tlustého střeva. Výskyt synchronního karcinomu kolon se v literatuře uvádí kolem 5 % pacientů a u 20–40 % pacientů se synchronně vyskytují polypy tlustého střeva (3).

Kolonoskopické vyšetření pacientů uvedených v našich kazuistikách synchronní infiltraci nepotvrdilo. Vzhledem k tomu, že všichni uvedení pacienti měli maligní infiltraci anorekta, byla provedena další stagingová vyšetření, která určují rozsah a pokročilost onemocnění. Pro určení lokálního postižení

a k detekci patologických uzlin mezorekta je nutné doplnění transrektální ultrasonografie (TRUS) u malých lézí. Při rozsáhlejších infiltracích je přesnějším vyšetřením magnetická rezonance malé pánve. K vyloučení metastatického postižení se provádí CT břicha a plic. Vyšetření nádorových markerů, jako je CEA a CA 19–9 má význam především v dlouhodobém onkologickém sledování vývoje onemocnění (15). Rozsah onemocnění u všech tří uvedených pacientů již neumožňoval radikální chirurgický výkon, a proto byla indikována komplexní onkologická terapie.

Závěr

Ve výše uvedených kazuistikách jsme chtěli poukázat na význam provedení digitálního vyšetření per rektum k časnému odhalení případného karcinomu anorekta u symptomatických pacientů. Vyšetření per rektum je jednoduchou metodou v diferenciální diagnostice patologií anorekta. Nespornou výhodou tohoto vyšetření je, že ho může snadno a rychle provést právě i lékař první linie, v jehož ordinaci je zajištěno dostatečné soukromí a úroveň důvěry pacienta ve vyšetřujícího je vysoká. Proto by mělo být provedení digitálního vyšetření rektu nutností nejen u pacientů symptomatických, ale i u asymptomatických především v rámci preventivních vyšetření a nespoléhat jen na výsledek testu okultního krvácení.

LITERATURA

1. Lucha PA. Pathophysiology of Hemorrhoidal Disease. Surgical Treatment of Hemorrhoids 2009; 15–17.
2. Národní onkologický registr (NOR) [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2018–5–11]. Dostupné z: www.uzis.cz/registry-nzis/nor.
3. Bednařík O. Diagnostika a léčba nádorů tlustého střeva a konečníku. Interní Med 2008; 10(4): 172–178.
4. Čapov I. Co nového v léčbě hemoroidů z chirurgického pohledu? Interní Med. 2009; 11(1): 36–41.
5. Korbička J, Vlček P, Chalupník Š, et al. Co dělat při podezření na hemoroidy? Medicína pro praxi 2012; 9(12): 482–489.
6. Furlan AB, Kato R, Vicentini F, et al. Patient's reactions to digital rectal examination of the prostate. International braz j urol 2008; 34(5): 572–576.

7. Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. The American journal of gastroenterology 2008; 103(4): 820.
8. Kolombo I, Poršová M, Zemanová I. Prostatický specifický antigen (PSA) a digitální rektální vyšetření (DRE) v diagnostice karcinomu prostaty. Urolog. pro praxi 2008; 9(2): 83–88.
9. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. American family physician 2018; 97(3).
10. Šachlová M, Májek O. Screening kolorektálního karcinomu. Onkologie 2015; 9(4): 162–166.
11. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, et al. Cancerscreening in the United States, 2018: a review of current American Cancer Society guidelines and current tissues in ca-

- ncer screening. CA: a cancer journal for clinicians 2018; 68(4): 297–316.
12. Adamová Z, Slováček R. Diagnostika a léčba krvácení do dolní části zažívacího traktu. Med. praxi 2013; 10(11–12): 380–382.
13. Patcharatrakul T, Rao SS. Update on the pathophysiology and management of anorectal disorders. Gut and liver 2018; 12(4): 375.
14. Bussièeres A, Bouchard A, Simonyan D, et al. Family medicine residents' training in, knowledge about, and perceptions of digital rectal examination. Canadian Family Physician 2017; 63(4): e232–e237.
15. Jech Z, Hoch J. Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. Interní Med. 2005; 6(2): 81–84.