



DOI: 10.5281/zenodo.17642471

UDC: 616.147.17-007.64

EVOLUȚIA CLASIFICĂRILOR BOLII HEMOROIDALE. CLASIFICAREA ELABORATĂ: IES

EVOLUTION OF HEMORRHOIDAL DISEASE CLASSIFICATIONS. THE DEVELOPED CLASSIFICATION: IES

Alin Bour¹, dr. hab. șt. med., prof. univ., Vahtang Gugava², dr. șt. med., medic chirurg

¹ Catedra de Chirurgie nr.5, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

² Clinica privată „Terramed”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Introducere. Boala hemoroidală reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii anorectale la nivel global. Clasificarea utilă a acestei afecțiuni este esențială pentru stabilirea conduitei terapeutice și compararea rezultatelor obținute prin diferite metode de tratament. În ultimele decenii au fost elaborate numeroase sisteme de clasificare, însă nici unul nu a reușit să integreze simultan criterii anatomice, clinice și etiopatogenetice.

Scop. Analiza comparativă a principalelor clasificări existente ale bolii hemoroidale și prezentarea unei noi clasificări complexe – clasificarea IES (Criterii Interne, Externe, Suplimentare) – elaborată în baza observațiilor clinice și a necesităților practice chirurgicale.

Material și metodă. A fost efectuat un studiu teoretic și practic asupra clasificărilor existente în literatura internațională și implementarea clinică a clasificării IES pe un lot de 150 pacienți cu forme avansate de boala hemoroidală.

Rezultate. Clasificarea IES oferă o abordare sistemică, permițând descrierea detaliată a nodulilor hemoroidali interni și externi, a localizării, severității și complicațiilor, precum și a parametrilor suplimentari (durere, incontinență, stenoză, tonus sfincterian, pliuri ano-cutanate, recidivă). Prin aceasta se asigură o diagnosticare precisă și o selecție optimă a tratamentului.

Concluzii. Clasificarea IES reprezintă un instrument inovator, practic și complet, care contribuie la uniformizarea descrierii clinice a bolii hemoroidale și la optimizarea managementului terapeutic individualizat.

Cuvinte-cheie: IES, boala hemoroidală, clasificare, coloproctologie, Goligher

Summary

Introduction. Hemorrhoidal disease is one of the most common anorectal pathologies worldwide. Accurate classification is essential for selecting appropriate treatment and comparing therapeutic outcomes. Despite numerous classification systems, none fully integrate anatomical, clinical, and etiopathogenetic criteria.

Aim. To review existing classifications of hemorrhoidal disease and introduce a novel, comprehensive system — the IES classification (Internal, External, Supplementary criteria) — developed based on clinical observations and surgical needs.

Materials and methods. A theoretical and practical analysis of international classifications was performed, followed by clinical implementation of the IES system in 150 patients with advanced Hemorrhoidal disease.

Results. The IES classification allows detailed description of internal and external hemorrhoidal nodes, their localization, severity, complications, and supplementary clinical parameters, ensuring accurate diagnosis and individualized treatment selection.

Conclusions. The IES classification is an innovative and practical tool that enhances diagnostic accuracy and contributes to more personalized therapeutic management of hemorrhoidal disease.

Keywords: IES, hemorrhoidal disease, classification, proctology, Goligher

Introducere

Boala hemoroidală reprezintă una dintre cele mai vechi afecțiuni documentate, fiind menționați încă din Antichitate. Primele descrieri cunoscute provin din Egiptul antic, unde textele medicale menționează „umflături dureroase” în regiunea anală și metode de ameliorare a simptomelor. Un exemplu celebru este Papirusul Medical Chester Beatty VI, un document medical datând din perioada Ramessidă (1188–1069 î.Hr.), descoperit în anticul oraș Theba (Egiptul de Sus). Papirusul, scris în ieratic, are o lungime de 94,5 cm și o lățime de 24 cm și conține instrucțiuni medicale, inclusiv tratamente pentru boala hemoroidală. Remediile recomandate erau

amestecuri pe bază de miere, smirnă, făină, grăsime de capră sălbatică și bere dulce. Papirusul a fost donat de Sir Alfred Chester Beatty și Lady Edith Beatty în anul 1930 și a fost expus până recent la Great North Museum din Newcastle, în cadrul unui proiect partenerial cu British Museum (figura 1). Deși fragmentar și cu unele pierderi, documentul oferă o privire fascinantă asupra practicilor medicale egiptene antice și asupra abordării istorice a afecțiunilor hemoroidale [1-4].

Hipocrate (460-370 î.Hr.) a fost primul care a folosit termenul „hemoroid”, derivat din grecescul haem (sânge) și rhoos (flux). El a formulat primele ipoteze despre etiologia hemoroizilor, considerând că pătrunderea bilei sau a flegmei

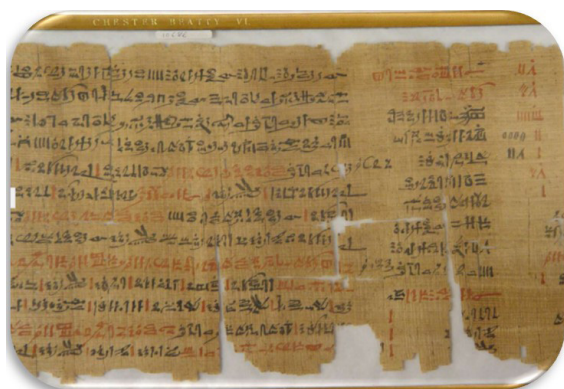


Figura 1. Papirusul Medical Chester Beatty VI. (British Museum. Object YEA10686-1) [1]

în venele rectului determină creșterea temperaturii sângelui, ceea ce provoacă dilatarea și edemul peretelui intestinal, precum și sângerările asociate cu traumatismul mecanic al fecalelor.

Hipocrate a descris și metodele chirurgicale aplicabile la vremea sa. El observa că hemoroizii se manifestă prin proeminențe în interiorul rectului, cu aspect violaceu și sângerări asociate. Tratamentul includea cauterizarea hemoroizilor și excizia cu ligatura, realizată prin transfixierea

hemoroidului cu un ac și un fir gros de lână, tehnică menită să controleze sângerarea și să prevină recidivele.

Mențiuni privind hemoroizii apar și în alte texte antice, precum Vechiul Testament și scripturile budiste, evidențiind recunoașterea acestei afecțiuni în mai multe culturi. Aceste observații reprezintă primele descrieri sistematice ale hemoroizilor și ale tehnicilor de tratament asociate, constituind baza dezvoltării ulterioare a managementului medical al acestei afecțiuni [3-9].

Boala hemoroidală a afectat oameni din toate categoriile sociale și din diferite perioade istorice. De altfel, se consideră că această boală ar fi putut influența, în anumite cazuri, chiar cursul istoriei. Un exemplu notabil este Napoleon Bonaparte (1769-1821), despre care se presupune că a suferit, în ajunul bătăliei de la Waterloo (1815), de un episod acut de tromboză hemoroidală. Această stare ar fi contribuit, indirect, la deznodământul nefavorabil al bătăliei [4, 7, 10, 11, 12].

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), peste 70% din populația globală prezintă o predispoziție către dezvoltarea bolii hemoroidale. Dintre afecțiunile rectului, boala hemoroidală reprezintă aproximativ 40%. Se estimează că unul din trei pacienți diagnosticați cu această afecțiune necesită intervenție chirurgicală [7, 13-16].

Un sistem de clasificare a bolii hemoroidale este esențial

Tabelul 1

Clasificarea ICD – 10 (versiunea 2010) [20]

Cod ICD-10	Categoria /Tip de hemoroizi	Descrierea
IX	Boliile sistemului circulator	Include hemoroizi rectali și vene varicoase ale anusului și rectului; Exclude: naștere și lăuzie (O87.2), sarcină (O22.4)
I80-I89	Boli ale venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici, neclasificate altundeva	-
I84	Hemoroizi	Include hemoroizi rectali și vene varicoase ale anusului și rectului; Exclude: naștere și lăuzie (O87.2), sarcină (O22.4)
I84.0	Hemoroizi interni trombozați	-
I84.1	Hemoroizi interni cu alte complicații	• cu sângerare • cu prolaps • strangulați • ulcerati
I84.2	Hemoroizi interni fără complicații	fără precizare suplimentară
I84.3	Hemoroizi externi trombozați	• hematom perianal (nontraumatic) • tromboză perianală
I84.4	Hemoroizi externi cu alte complicații	• cu sângerare • cu prolaps • strangulați • ulcerati
I84.5	Hemoroizi externi fără complicații	fără precizare suplimentară
I84.6	Apendice hemoroidal rezidual	Plică ano-cutanată („skin tags”)
I84.7	Hemoroizi trombozați nespecificați	Nespecificați ca interni sau externi
I84.8	Hemoroizi nespecificați cu alte complicații	• cu sângerare • cu prolaps • strangulați • ulcerati
I84.9	Hemoroizi nespecificați fără complicații	fără precizare suplimentară

nu doar pentru alegerea celei mai potrivite metode de tratament, dar și pentru evaluarea comparativă a eficienței acestuia. Există multiple clasificări ale bolii hemoroidale, iar mulți chirurghi specializați în acest domeniu au elaborat propriile sisteme de clasificare, bazate atât pe experiența personală, cât și pe cercetările anterioare.

Primele clasificări ale bolii hemoroidale au fost descrise în cadrul medicinei tradiționale chineze. Chirurgical Dou Hani-Țin, care a trăit în perioada dinastiei Song (960-1279), a redactat tratatul „Chuanyan jinyan tsianshau”, în care a prezentat o clasificare a hemoroizilor ce a inclus 25 de tipuri. Această clasificare a avut o contribuție semnificativă la dezvoltarea ulterioară a coloproctologiei [17, 18].

Noțiunea bolii hemoroidale

Hemoroizii nu sunt, în esență, vene varicoase, dar pernțe vasculare (vascular cushions) alcătuite din vene, sinusoid, arteriole, fibre musculare netede și țesut conjunctiv, situate în canalul anal. În mod normal, hemoroizii reprezintă plexuri vasculare fiziologice, prezente la toate categoriile de vârstă și gen, inclusiv la nou-născuți. Termenul boală hemoroidală este utilizat doar atunci când apar simptome sau complicații asociate [5, 19].

Clasificarea bolii hemoroidale conform CID-10, CID-11

Una dintre cele mai utilizate clasificări la nivel mondial este Clasificarea Internațională a Bolilor - CID (ICD, International Classification of Diseases), ale cărei baze au fost stabilite de un grup de statisticieni încă din anul 1763. Prima ediție a acestei clasificări, denumită Lista Internațională a Cauzelor de Deces, a fost adoptată de Institutul Internațional de Statistică în anul 1893.

Clasificarea Internațională a Bolilor și Problemelor de Sănătate, Revizia 10 (ICD-10), reprezintă standardul global pentru datele de sănătate, fiind utilizată în statisticile referitoare la mortalitate și morbiditate. ICD-10 a fost tradusă în 43 de limbi și reflectă boala hemoroidală la compartimentul IX. Inițial, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a inclus hemoroizii în categoria: boli ale venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici (tabelul 1) [20, 21, 22].

În revizuirile recente ale Clasificării Internaționale a Bolilor, hemoroizii au fost transferați în grupa cu Boli ale sistemului digestiv. Această regroupare reflectă natura bolii hemoroidale ca afecțiune anorectală (tabelul 2) [21].

Clasificarea Internațională a Bolilor – ICD-11 a fost elaborată între 2015 și 2018, cu contribuții din partea a peste 270 de organizații din 99 de țări. Aceasta a fost adoptată oficial

Tabelul 2

Clasificarea ICD – 10 (versiunea 2019) [21]

Cod CIM	Categoria	Descrierea
XI	Boli ale sistemului digestiv	
K55-K64	Alte boli intestinale	
K64	Hemoroizi și tromboză venoasă perianală	Hemoroizi Exclude Complicație în nașterea și lăuzia (O87.2), sarcina (O22.4)
K64.0	Hemoroizi de gradul I	Hemoroizi (sângerare) fără prolaps în afara canalului anal
K64.1	Hemoroizi de gradul II	Hemoroizi (sângerare) cu prolaps la efort, retractați spontan
K64.2	Hemoroizi de gradul III	Hemoroizi (sângerare) cu prolaps la efort, necesită reducere manual
K64.3	Hemoroizi de gradul IV	Hemoroizi (sângerare) cu prolaps care nu poate fi redus manual
K64.4	Plici hemoroidale reziduale (skin tags)	Plici ano-cutanate
K64.5	Tromboză venoasă perianală Hematom perianal	
K64.8	Alte hemoroizi specificați	
K64.9	Hemoroizi nespecificați	Hemoroizi (sângerare) NOS, fără mențiune a gradului

Tabelul 3

Clasificarea ICD – 11 (versiunea 2025) [22]

Cod CIM	Categoria	Descrierea
XIII	Boli ale sistemului digestiv	
DB60	Hemoroizi	
DB60.0	Hemoroizi de gradul I	Hemoroizi care sângerează, dar nu prolabează în afara canalului anal.
DB60.1	Hemoroizi de gradul II	Hemoroizi care prolabează în timpul defecației, dar se retrag spontan.
DB60.2	Hemoroizi de gradul III	Hemoroizi care rămân prolabați și necesită reducere manuală.
DB60.3	Hemoroizi de gradul IV	Hemoroizi permanent prolabați, care nu pot fi retrași manual.
JA61.4	Hemoroizi în timpul sarcinii	Vene hemoroidale varicoase din cauza presiunii intraabdominale crescute în sarcină.
JB41.2	Hemoroizi în perioada postnatală	Hemoroizi care apar în perioada postpartum.

Tabelul 3

Clasificarea BPRST [30]

Bleeding (B)	Prolapse (P)	Reduction (R)	Skin tag (S)	Thrombosis (T)
B0 No bleeding	P0 No prolapse	R0 Spontaneous reduction	S0 No skin tags	T0 Without acute thrombosis
B1 Bleeding	P1 Prolapse of 1 pile	R1 Manual reduction	S1 Symptomatic skin tags	T1 With thrombosis ^a
-	P2 Prolapse of 2 or more piles	R2 Irreducible prolapse	-	-

Tabelul 4

Clasificarea PATE 2006 Sorrento [31, 32, 33].

P	I	II	III	IV	Lat. sn (Lateral Stîngă) Ant. (Anterior) Post. dx (Posterior Dreaptă) Circonfer. (Circular)
	☒ 1	☒ 2	☒ 3	☒ 4	
	☒ 1	☒ 2	☒ 3	☒ 4	
	☒ 1	☒ 2	☒ 3	☒ 4	
	☒ 3	☒ 6	☒ 9	☒ 12	
	☒ 0 A0: no eveniti acuti (Fără evenimente acute)				
	☒ 1 AE: Edema (Edem)				☐ P ☐ E
	☒ 2 AT: Trombosi (Tromboză)				☐ P ☐ E
T	☒ 1 T-1: Ipotono sfinteriale (Hipotonus al sfîcterului)				
	☒ 0 T-0: Normotono sfinteriale (Tonusul sfîcterului în limitele normei)				
	☒ 2 T+1: Ipertono sfinteriale (Hipertonus al sfîcterului)				
E	☒ 0 E0: Assenza noduli (hemoroizii externi absenți)				
	☒ E1: Presenza di emorroidi (hemoroizii externi prezenți)				
	☒ 2 Lat. sn (Lateral Stîngă)				
	☒ 2 Ant (Anterior)				
	☒ 2 Post. dx (Posterior Dreaptă)				
S	NU	DA	UNEORI		
	☒ 0	☒ 2	☒ 1	Prurito (Prurită)	
	☒ 0	☒ 2	☒ 1	Dolore (Dureri)	
	☒ 0	☒ 2	☒ 1	Bruciore (Iritație)	
M	☒ 0	☒ 2	☒ 1	Sang. Spont (Hemoragie spontană)	
	☒ 0	☒ 2	☒ 1	Sang. Dopo def. (Hemoragie după defecație)	
QDV	Qualità della vita (Calitatea Vieții)				1 - 10
	P				
	A				
	T				
	E				
	Simptoame				
	QDV (Calitatea Vieții)				
	Total				

P = Hemoroizi Interni; A = Evenimente Acute; T = Tonus Sfinterian; E = Hemoroizi Externi.

P = Hemoroizi Interni; A = Evenimente Acute; T = Tonus Sfinterian; E = Hemoroizi Externi.

Clasificarea BPRST

Recent, Sobrado Júnior CW, Obregon CA et al., din cadrul Școlii de Medicină a Universității din São Paulo (Brazilia), au propus o nouă clasificare a bolii hemoroidale, denumită „BPRST”, publicată în *Annals of Coloproctology* în 2020. Deși clasificarea se bazează pe doar cinci criterii – sângerarea (B), prolapsul (P), reducerea prolapsului (R),

prezența pliurilor ano-cutanate (S) și tromboza (T) – autorii menționează că aceasta a demonstrat o asociere puternică cu tratamentul recomandat pentru fiecare stadiu al bolii [30].

Clasificarea PATE 2000 Sorrento/2006 (Italia)

Societatea Italiană de Coloproctologie a propus în anul 2000 clasificarea PATE 2000 Sorrento a hemoroizilor.

Acronimul PATE provine de la: P – prolaps intern, A – evenimente acute, T – tonusul sfîcterului, E – prolaps extern. Studiile ulterioare de către autori au demonstrat eficien a acestei clasificări în raport cu criteriile anatomice, precum dimensiunea  i pozi ionarea hemoroizilor în canalul anal.  n 2006 clasificarea PATE Sorrento a integrat parametrii esen iali pentru evaluarea severității hemoroizilor, inclusiv scorurile numerice, analiza simptomelor și evaluarea calit  ii vie ii (tabelul 4) [31, 32, 33].

Clasificarea Goligher (Banov, Thomson)

Clasificările Thomson, Goligher  i Banov sunt considerate similare sau în linii mari identice, în ceea ce prive te clasificarea de bază a hemoroizilor interni, bazată pe gradul de prolaps. Toate utilizează un sistem de patru grade pentru a descrie progresarea bolii. Sistemele de clasificare poartă numele autorilor care le-au descris în lucrări de referin   din literatura medicală.

Goligher: Această clasificare poartă numele chirurgului britanic John Cedric Goligher, o figură marcantă în chirurgia colorectal , asociat ini ial cu University of Leeds  i ulterior cu St. Mark's Hospital din Londra. Lucrarea sa fundamentală, "Haemorrhoids or Piles. Surgery of the Anus, Rectum and Colon", publicată în 1980, a consacrat utilizarea pe scară largă a acestui sistem de stadializare [34].

Thomson: Clasificarea poartă numele chirurgului britanic William Hugh Field Thomson, autor al articolului "The anatomy and pathology of haemorrhoids", publicat în British Journal of Surgery în 1975.  n această lucrare, el a descris detaliat baza anatomică a hemoroizilor  i în premieră introduce termenul  i teorie de "perni ele anale" ("anal cushions")  i deplasarea lor ca o cauză a hemoroizilor [5].

Banov: Sistemul este atribuit chirurgului american Leo Banov Jr.  i colaboratorilor săi, autori a numeroase lucrări în domeniul coloproctologiei, una dintre cele mai citate fiind articolul "Management of hemorrhoidal disease", publicat în Journal of the South Carolina Medical Association  n 1985. Ei au utilizat aceea i scară cu patru grade, contribuind la popularizarea acesteia în practica chirurgicală nord-americană [35].

 n concluzie, toate cele trei clasificări descriu aceea i scară standard de patru grade pentru evaluarea prolapsului hemoroizilor interni, însă denumirea Goligher a devenit cea mai recunoscută  i constant utilizată la nivel global.

Clasificarea Goligher (Banov, Thomson) a hemoroizilor interni:

Gradul I – hemoroizi interni proiemină în canalul anal, fără prolaps (cu/fără rectoragii)

Gradul II – prolabează (la defecație), se reduc spontan

Gradul III – prolabează  i necesită reduc ie manuală

Gradul IV – prolabează  i sunt ireductibili [5, 7, 8, 34, 35].

Mul i autori au criticat clasific rea lui Goligher, consider nd că aceasta nu reflectă întotdeauna realitatea clinică  i nu oferă un ghid clar pentru managementul bolii hemoroidale. De exemplu, Dekker L, Han-Geurts IJM, Grossi U, Gallo G  i Veldkamp R în articolul "Is the Goligher classification a valid tool in clinical practice and research for hemorrhoidal disease?", publicat în

Techniques in Coloproctology (2022), concluzionează că: „Singura variabilitate observată echitabilă în clasificarea bolii hemoroidale conform clasificării Goligher este în concordan   cu inadecvarea percepută în practica zilnică  i demonstrează necesitatea unui sistem de clasificare mai fiabil  i acceptat la nivel interna ional, care să încorporeze factori obiectivi  i subiectivi ai bolii hemoroidale. Noile sisteme de clasificare ar trebui să permită o mai mare uniformitate a tratamentului hemoroizilor  i o compara ie mai uniformă  i consistentă a rezultatelor în studiile viitoare  i în registrele prospective.” [36].

Observa ii generale

 n prezent, nu există o clasificare internațională unanim acceptată, ceea ce generează variabilitate în evaluarea  i tratamentul pacienților. Din analiza numeroaselor clasificări existente ale hemoroizilor reies c teva aspecte importante.

Din multitudinea clasificărilor existente, niciuna nu acoperă simultan criteriile etiopatogenetice, anatomice  i clinice, ceea ce limitează aplicabilitatea lor completă în practica clinică. Clasificările foarte complexe, cum sunt PATE, de i detaliate, sunt dificil de utilizat în contextul consultului medical curent  i nu oferă informa ii precise despre localizarea nodulilor hemoroidali, limit nd astfel relevan a lor practică. Clasificările CIM 10/11 au preponderent valoare statistică  i nu răspund complet cerin elor clinice. Clasificarea Goligher (Thomson, Banov) este pe larg utilizată, dar vizează exclusiv prolapsul nodulilor hemoroidali interni  i omite semne importante precum hemoragiile, trombozele, stricturile anale, incontinența, starea hemoroizilor externi  i a pliurilor ano-cutanate.

Din această analiză rezultă clar că niciuna dintre clasificările studiate nu oferă o evaluare completă a localizării precise a nodulilor hemoroidali  i a manifestărilor locale. De regulă, localizarea este indicată la orele clasice anatomice (3, 7, 11), fără a surprinde complexitatea clinică reală.

Aceste lacune eviden iaz  necesitatea unei clasificări noi, care să permită evaluarea completă a pacientului, combin nd criteriile etiopatogenetice, anatomice  i clinice  i oferind un instrument practic, integrat  i adaptat cerin elor clinice reale.

Material  i metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 150 pacienți cu boala hemoroidală în stadiile avansate.  n scop de evaluare obiectivă a stadiului de evolu ie a hemoroizilor  i selectarea metodei optime  i individuale de tratament au fost analizate criteriile interne (I), externe (E)  i suplimentare (S) ale maladiei.

Criteriile interne  i externe includ aprecierea gradului hemoroizilor (0–III)  i determinarea pozi iei acestora conform cadranelor ceasului în pozi ie litotomic . Criteriile suplimentare au vizat  apte constatări clinice adi ionale: durerea (P), rectoragiile cronice (B), incontinența (N), stenoza anală (S), tonusul sf cterian (T), prezen a pliurilor ano-cutanate (K)  i recidiva postoperatorie (R). Intensitatea durerii a fost evaluată conform scalei VAS, iar gradele celorlalte criterii au fost codificate numeric [7].

Analiza detaliată al pacienților cu hemoroizi a indus la

necesitatea elaborării unei noi clasificări, care ar reflecta pe deplin statul local al bolii hemoroidale.

Rezultate

CLASIFICAREA ELABORATĂ: IES [7]

În baza studiului respectiv a fost elaborată clasificarea IES a bolii hemoroidale (Certificat de inovator nr. 6333 și Act de implementare a inovației nr.18) (figura 3) [7].

Clasificarea se bazează pe criterii interne (I), externe (E) și suplimentare (S): IES. Criteriile din formulă sunt codificate folosind litere mari, iar gradele, poziția hemoroizilor și alți factori sunt codificați folosind numerele de subscript pentru aceste litere. Astfel, boala este clasificată conform unei formule, care constă din trei blocuri separate prin bară oblică: I/E/S. Descrierea detaliată a fiecărui bloc este prezentată mai jos.



Figura 3. Brevet IES [7]

Tipuri

Sunt cunoscute două tipuri de hemoroizi: interni și externi. Hemoroizii interni sunt localizați deasupra liniei dentate a rectului și sunt acoperiți cu un epitelu columnar-glandular insensibil. Hemoroizii interni se referă la criterii interne, indicați prin litera mare „I”. Hemoroizii externi sunt localizați sub linia dentată a rectului, aceștia sunt acoperiți cu un epitelu scuamos sensibil. Hemoroizii externi sunt asociați criteriilor externe, indicați prin litera mare „E”. Este obligatoriu să se descrie atât criteriile interne, cât și externe în diagnosticul hemoroizilor.

Grade

Atât hemoroizii interni, cât și cei externi au 3 grade, descrise în tabelul de mai jos. Absența hemoroizilor este indicată cu „0”. Gradele sunt indicate cu numere romane de la I la III ca subscript al literei care indică tipul. Exemple: I_I / E_0 / (hemoroizi interni grad I, absența hemoroizilor externi), I_{III} / E_{II} / (hemoroizi interni grad III, hemoroizi externi grad II) (tabelul 5).

Poziția

Poziția este indicată conform cadranului ceasului, atunci când pacientul este în poziția litotomică. Se folosesc numere arabe de la 1 la 12 pentru a indica poziția ca subscript la litera care indică tipul, poziția se indică între paranteze. Exemple: $I_{I(3,7,11)} / E_0$ / (hemoroizi interni grad I, localizați pe pozițiile 3, 7, 11, absența hemoroizilor externi), $I_{III(5,7)} / E_{II(5,10,11)}$ / (hemoroizi interni grad III, localizați pe pozițiile 5, 7, hemoroizi externi

Tabelul 5

Clasificarea I E (S) – Grade

	Internal	External
Grad	Hemoroizi interni (prolaps anal)	Hemoroizi externi (dimensiune)
0	nu se identifică prolaps	hemoroizi absenți
I	prolabare spontan redusă	< 1,0 cm
II	prolabare necesită reducere manuală	1,0 – 2,0 cm
III	ireductibili	> 2,0 cm

grad II, localizați pe pozițiile 5, 10, 11).

Severitatea

Hemoragia și/sau tromboza nodulului hemoroidal indică o formă acută de boala hemoroidală. Aceste semne acute pot fi determinate fie la hemoroizii interni, fie la cei externi. Semnele acute sunt scrise pe primul loc în formulă după litera mare „A”, astfel: „AH” pentru hemoragie, „AT” pentru tromboză. Poziția nodulului hemoroidal cu semne de hemoragie și/sau tromboză este indicată cu numere arabe conform cadranului ceasului, ca subscript la „AH” și/sau „AT”. Exemple: $AH_I I_{3(3,7)} / E_0$ / (hemoroizi interni acuti cu hemoragie la poziția 3, hemoroizi interni grad I localizați pe pozițiile 3, 7 / absența hemoroizilor externi), $AT E_{III(5,10,11)} / I_{III(5,7)}$ / (tromboza hemoroizilor externi la poziția 5, hemoroizi externi grad II localizați pe pozițiile 5, 10, 11 / hemoroizi interni grad III localizați pe pozițiile 5, 7). Când nu se identifică semne de hemoroizi acuti, boala hemoroidală este considerată cronică. În acest caz nu se folosește niciun criteriu suplimentar în formulă, fiind mai întâi descrise criteriile interne.

Criterii suplimentare

Criteriile suplimentare se referă la șapte constatări clinice suplimentare: durere (codificată cu „P”), rectoragii cronice („B”), incontinența („N”), stenoza anusului („S”), tonusul muscular al sfincterului anal („T”), pliurile ano-cutanate (skin tags - „K”) și recidiva hemoroizilor după o intervenție chirurgicală anterioară („R”).

Durerea este evaluată conform scalei VAS. Nivelul durerii este indicat în formulă cu numere romane ca subscript la „P”. Scala variază de la durere minimă (P_I) la durere maximă (P_X). Absența durerii nu este indicată în formulă.

Rectoragii se referă la sângerările cronice asociate hemoroizilor, codificate cu litera „B”. Gradul sângerării este indicat prin cifre romane ca subscript: B_I – pe hârtia igienică, B_{II} – picură, B_{III} – curge. Absența rectoragiilor nu este indicată.

Gradele incontinenței și stenozei sunt indicate în formulă cu numere romane ca subscript, respectiv la „N” și „S”. Sfincterul anal hipoton este indicat cu numărul arab „I” ca subscript la „T”, sfincterul hipertonic – cu „II”. Tonusul muscular normal al sfincterului nu este indicat în formulă.

Pliurile ano-cutanate (skin tags), după cum am menționat anterior, reprezintă un surplus de piele, care rămâne după criza hemoroidală. Absența pliurilor ano-cutanate nu este indicată în formulă. Poziția pliurilor este indicată cu numere arabe conform cadranului ceasului, ca subscript la „K”.

Recidiva după intervenția chirurgicală anterioară este indicată cu numere romane ca subscript la „R”. Exemple: RI – o intervenție chirurgicală anterioară pentru hemoroizi. Absența intervenției chirurgicale anterioare pentru boala hemoroidală nu este indicată în formulă.

Considerăm că, clasificarea respectivă permite evaluarea obiectivă a stadiului de evoluție a hemoroizilor și complicațiilor maladiei și aprecierea optimală a tacticii ulterioare chirurgicale (tabelul 6).

Tabelul 6

Clasificarea IES – Criterii Suplimentare

Supplementary			
Criteriu	Cod	Descriere	Note
Durere	P (Pain)	Evaluată conform scalei VAS (PI–PX)	Absența durerii nu este indicată
Rectoragii cronice	B (Bleeding)	Grad I–III I -pe hârtie igienică II-picură III-curge	Absența rectoragiilor nu este indicată
Incontinență	N (iNcontinence)	Grad I–III I -gaze II-lichid III-solid	Se notează doar dacă este prezentă
Stenoză	S (Stenosis)	Grad I–III I-structură ușoară, durere moderată TR II-structură severă, durere severă TR III -tușeu rectal imposibil	Se notează doar dacă este prezentă
Tonus sfîcter	T (Sphincter Tone)	TI – hipoton TII – hipertonic	Normoton nu se indică
Pliuri reziduale (ano-cutanate)	K (sKin tags)	Exces de piele perianal, se notează poziția pe cadranul ceasului (1-12)	Poziția indicată cu numere arabe
Recidivă	R (Relapse)	RI – o intervenție; RII – două etc.	Absență nu se indică
Formă acută (Hemoragie/ Tromboza)	AH / AT (Hemorrhage/ Thrombosis)	AH – hemoragie AT – tromboză	Poziția indicată cu subscript

Exemple de diagnostic:

$AT_{I_{III(3,7,11)}/E_{I(2,8)}/P_{VIII}}$ – tromboză a hemoroizilor interni la poziția 3, hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 3, 7, 11 / hemoroizi externi de gradul I pe pozițiile 2 și 8 / sindrom de durere grad VIII (VAS).

$AH_{E_{II(3,5)}/I_0/P_{II}R_I}$ – noduli hemoroidali externi sanguinolenti la poziția 3, hemoroizi externi de gradul II pe pozițiile 3 și 5 / hemoroizi interni absenți / sindrom de durere grad II (VAS), recidivă după o intervenție chirurgicală.

$I_{III(3,7)}/E_0/S_{II}$ – hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 3, 7, 11 / hemoroizi externi absenți / stenoza anusului de gradul II.

$I_{I(3,9,11)}/E_{II(3,9)}/B_{II}K_{II}N_{II}R_{II}$ – hemoroizi interni de gradul I pe pozițiile 3, 9, 11 / hemoroizi externi de gradul II pe pozițiile 3, 9 / rectoragii cronice (picură), skin tags la orele 2, incontinența de gradul II, recidivă după 2 intervenții chirurgicale.

Exemple de diagnostic cu poze:

$I_{0(12-1, 4-6, 8-10)}/E_0$ – hemoroizi interni gr. 0 proiemină în canal anal la anuscopie de gradul III pe pozițiile 12-1, 4-6, 8-10/ hemoroizi externi absenți (figura 4).

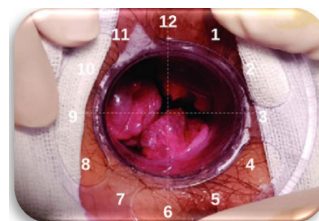


Figura 4. Hemoroizi cronici interni gr. I (Goligher)

$I_{0(12-1, 4-6, 8-10)}/E_0$ (Clasificarea IES)

$I_{III(9-10)}/E_{III(1-6, 8-12)}/B_I$ – hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 9-10/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-6, 8-12/ rectoragii cronice de gradul I (pe hartie igienică), (figura 5).



Figura 5. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(9-10)}/E_{III(1-6, 8-12)}$ (Clasificarea IES)

$I_{III(2-5, 7-11)}/E_{III(1-5, 7-11)}/K_{(5, 12)}/R_I$ – hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 2-5, 7-11/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-5, 7-11/ skin tags pe pozițiile 5, 12/ recidivă după o intervenție chirurgicală (figura 6).



Figura 6. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(2-5, 7-11)}/E_{III(1-5, 7-11)}/K_{(5, 12)}/R_I$ (Clasificarea IES)

$I_{III(5,7,11)}/E_{III(1-3,9,12)}/K_{3,10}$ – hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 5, 7, 11/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-3,9,12/ skin tags pe pozițiile 3, 10 (figura 7).



Figura 7. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(5,7,11)}/E_{III(1-3,9,12)}/K_{3,10}$ (Clasificarea IES); piesă postoperatorie

$I_{III(3-5,7-9,11-12)}/E_{III(1,5,7-8,11-12)}$ - hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 3-5, 7-9, 11-12/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1, 5, 7-8, 11-12 (figura 8).

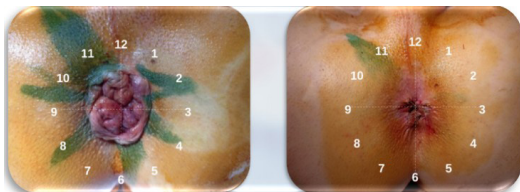


Figura 8. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(3-5,7-9,11-12)}/E_{III(1,5,7-8,11-12)}$ (Clasificarea IES); piesă postoperatorie

$I_{III(11-1,5-6,8-9)}/E_{III(1-5,7-12)}$ - hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 11-1,5-6,8-9/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-5,7-12 (figura 9).

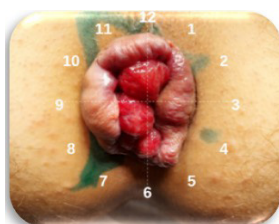


Figura 9. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(11-1,5-6,8-9)}/E_{III(1-5,7-12)}$ (Clasificarea IES)

$I_{III(12-1,3,5,7-9,11)}/E_{III(1-3,8-11)}$ - hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 12-1,3,5,7-9,11/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-3,8-11 (figura 10).



Figura 10. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(12-1,3,5,7-9,11)}/E_{III(1-3,8-11)}$ (Clasificarea IES)

$AT_{1-5} E_{III(1-5)}/I_0/P_{IV}$ - tromboză a hemoroizilor externi la poziția 1-5, hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-5/ hemoroizi interni gr.0 / sindrom de durere grad IV (VAS) (figura 11).



Figura 11. $AT_{1-5} E_{III(1-5)}/I_0/P_{IV}$ Tromboza nodului hemoroidal extern la orele 1-5 (Clasificarea IES)

$I_{III(3-4,6-8,12)}/E_{III(1-4,8-11)}/T_1$ - hemoroizi interni de gradul III pe pozițiile 3-4, 6-8, 12/ hemoroizi externi de gradul III pe pozițiile 1-4, 8-11/ hypotonus sfincterului anal (figura 12).

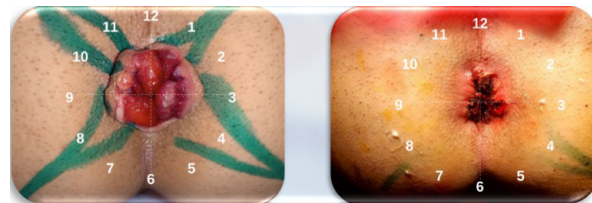


Figura 12. Hemoroizi cronici micști gr. III-IV (Goligher)

$I_{III(3-4,6-8,12)}/E_{III(1-4,8-11)}/T_1$ (Clasificarea IES)

Clasificarea elaborată IES a permis stabilirea unui diagnostic clinic detaliat, care include elucidarea succintă a semnelor clinice importante ale bolii hemoroidale și reflectă stadiul și poziția atât a nodulilor hemoroidali interni, cât și externi cu skin tags, ceea ce permite selectarea optimă și individuală a metodei de tratament conservativ și/sau chirurgical cu micșorarea probabilității de recidivă a bolii hemoroidale.

Concluzii

1. Toți pacienții cu suspexie la boala hemoroidală trebuie examinați minuțios, atât clinic prin realizarea inspecției regiunii anale, a tușeului rectal cu descrierea detaliată a statutului local conform clasificării propuse IES, cât și paraclinic prin efectuarea anuscopiei și fibrocolonoscopiei simultan cu investigațiile de laborator și instrumentale de rutină în scop de evaluare a patologiilor concomitente și de apreciere a stării generale de sănătate a pacientului.

2. Considerăm că, clasificarea nou elaborată IES a permis ameliorarea managementului pacienților cu boala hemoroidală, oferă posibilitatea unei abordări individualizate a pacienților cu BH în funcție de stadiul bolii și poate fi integrată cu succes în practica clinică.

Declarația etică

Studiul a fost realizat cu respectarea principiilor etice de cercetare, în conformitate cu normele naționale și internaționale în vigoare. Cercetarea a fost aprobată de Comitetul de Etică a Cercetării la data de 14.11.2016, cu Avizul favorabil nr. 10, la nr. 25, emis pentru proiectul realizat doctor în științe medicale Gugava Vahtang, sub conducerea științifică a profesorului universitar, doctor habilitat în științe medicale Bour Alin. Comitetul de Etică a decis că proiectul de cercetare corespunde exigențelor etice aplicabile.

Bibliografie

1. British Museum. Object Y EA10686-1. Available at: https://www.britishmuseum.org/collection/object/Y_EA10686-1.
2. Banov L Jr. The Chester Beatty Medical Papyrus: the earliest known treatise completely devoted to anorectal diseases. Surgery. 1965;58(6):1037-1043.

3. Warusavitarne J, Phillips R. Hemorrhoids throughout history—A historical perspective. *Semin Colon Rectal Surg.* 2007;18(3):140-146. doi:10.1053/j.scrs.2007.07.002
4. Cohen R, Windsor A, eds. *Anus: Surgical Treatment and Pathology.* 1st ed. London: Springer; 2014. doi:10.1007/978-1-84882-091-3
5. Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1975;62(7):542-552. doi:10.1002/bjs.1800620710
6. De Schepper H, Coremans G, Denis MA, et al. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease. *Acta Gastroenterol Belg.* 2021;84(1):101-120. doi:10.51821/84.1.497
7. Gugava V. Tratatamentul chirurgical al hemoroizilor prin ligaturarea transanală a arterelor hemoroidale cu utilizarea dopplerometriei ultrasonore [teză de doctorat]. Chișinău: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; 2021. Available at: <https://www.anacec.md/files/Gugava-teza.pdf>.
8. Bour A, Gugava V, Targon R. Clasificările moderne ale bolii hemoroidale. *Info-med.* 2015;26:36-43. ISSN 1810-3936. Available at: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Clasificarile%20moderne%20a%20bolii%20hemoroidale.pdf.
9. Pata F, Gallo G, Pellino G, et al. Evolution of Surgical Management of Hemorrhoidal Disease: An Historical Overview. *Front Surg.* 2021;8:727059. Published 2021 Aug 30. doi:10.3389/fsurg.2021.727059
10. Welling DR, Wolff BG, Dozois RR. Piles of defeat. Napoleon at Waterloo. *Dis Colon Rectum.* 1988;31(4):303-305. doi:10.1007/BF02554365
11. Villalba H, Abbas MA. Hemorrhoids: modern remedies for an ancient disease. *Perm J.* 2007;11(2):74-76. doi:10.7812/tpp/06-156
12. Bhattacharya K, Bhattacharya N. Napoleon Bonaparte: an emperor who died needing good surgical care. *Iberoam J Med.* 2022;4(4):174-176. doi:10.53986/ibjm.2022.0027
13. Pillant-Le Moullet H, Aubert M, De Parades V. Traitement chirurgical « classique » des hémorroïdes. *J Chir Viscérale.* 2015;152(2):S3-S9. doi:10.1016/j.jchirv.2014.09.003
14. Bour A, Gugava V. Surgical treatment of patients with hemorrhoids by using traditional and minimally invasive methods. *Mold Med J.* 2017;60(3):34-36. doi:10.5281/zenodo.1051138
15. Bour A, Gugava V, Cojocaru C. Utilizarea metodei HAL-RAR în tratamentul pacienților cu boala hemoroidală. *Sanatate Publica Econ Manag Med.* 2022;2(93-S):128-131.
16. Gefen R, Handal A, Ben-Ezra C, et al. A patient tailored approach to the surgical treatment of hemorrhoids leads to equal satisfaction following hemorrhoidectomy, stapled hemorrhoidopexy or a combination of both. *Langenbecks Arch Surg.* 2023;408(1):233. doi:10.1007/s00423-023-02969-3
17. Dolgikh OY, Solov'ev OL, Stolyarov SA, Supil'nikov AA. Gemorroi [Hemorrhoids]. Samara, Russia: Reaviz Medical Institute; 2013:37-40. (In Russ.)
18. Aminev AM. Lektsii po proktologii [Lectures on Proctology]. Moscow, Russia: Meditsina; 1969:3-4. (In Russ.)
19. PARKS AG. De haemorrhoids; a study in surgical history. *Guys Hosp Rep.* 1955;104(2):135-156.
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision – Version 2010. Available at: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/>. Accessed October 30, 2025.
21. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision, 2019 version. Available at: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>. Accessed October 30, 2025.
22. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision, 2025 version. Available at: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>. Accessed October 30, 2025.
23. Vorob'ev GI, Shelygin YuA, Blagodarnyi LA. Gemorroi [Hemorrhoids]. Moscow: Littera; 2010. (In Russ.)
24. Vorob'ev GI, Shelygin YuA, Blagodarnyi LA. Gemorroi [Hemorrhoids]. Moscow: Mitra Press; 2002:192 p. (In Russ.)
25. Shelygin YuA, Blagodarnyi LA. Spravochnik koloproktologa [Coloproctologist's Handbook]. Moscow: Littera; 2012. (In Russ.)
26. Yang HK. Hemorrhoids. Seoul, Republic of Korea: Springer; 2014:41 p. doi:10.1007/978-3-642-41798-6
27. Asano M, Masuda Y, Kawakami K, et al. Standard treatment of hemorrhoids is a treatment option for standard hemorrhoids using multifactorial evaluation method (PEC classification). *Japan Colorectal Assoc J.* 2005;58:491.
28. Zagriadskii EA, et al. Classification of hemorrhoidal disease, criteria of objectivity. *Koloproktologia.* 2019;18(1):46-56. doi:10.33878/2073-7556-2019-18-1-46-56
29. Elbetti C, Giani I, Novelli E, Fucini C, Martellucci J. The single pile classification: a new tool for the classification of haemorrhoidal disease and the comparison of treatment results. *Updates Surg.* 2015;67(4):421-426. doi:10.1007/s13304-015-0333-0
30. Sobrado Jr CW, Obregon CA, Sousa Jr AHS e, Sobrado LF, Nahas SC, Ceconello I. A new classification for hemorrhoidal disease: the creation of the “BPRST” staging and its application in clinical practice. *Ann Coloproctol.* 2020;36(4):249-255. doi:10.3393/ac.2020.02.06
31. Gaj F, Trecca A. PATE 2000 Sorrento un moderno ed efficace strumento per la definizione della malattia emorroidaria [Modern and effective instrument for defining haemorrhoids]. *Chir Ital.* 2004;56(4):509-515. (Italian)
32. Gaj F, Trecca A, Busotti A, et al. The new classification of hemorrhoids: PATE 2000-Sorrento. History of the scientific debate. *Minerva Chir.* 2002;57(3):331-339. (English, Italian)
33. Gaj F, Trecca A. Nuovo sistema di classificazione della malattia emorroidaria “PATE 2006” [New “PATE 2006” system for classifying hemorrhoidal disease]. *Chir Ital.* 2007;59(4):521-526. PMID: 17966774. (Italian)
34. Goligher JC. Haemorrhoids or piles. In: Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH, eds. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon.* 4th ed. London: Baillière Tindall; 1980:96.
35. Banov L Jr, Knoepp LF Jr, Erdman LH, Alia RT. Management of hemorrhoidal disease. *J S C Med Assoc.* 1985;81(7):398-401.

36. Dekker L, Han-Geurts IJM, Grossi U, Gallo G, Veldkamp R. Is the Goligher classification a valid tool in clinical practice and research for hemorrhoidal disease? *Tech Coloproctol.* 2022;26(5):387-392. doi:10.1007/s10151-022-02591-3
-

Recepționat – 01.11.2025, acceptat pentru publicare – 11.11.2025

Autor corespondent: Vahtang Gugava, e-mail: vahtang@gugava.com

Declarația de conflict de interese: Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Declarația de finanțare: Autorii declară lipsa de finanțare.

Citare: Bour A, Gugava V. Evoluția clasificărilor bolii hemoroidale. Clasificarea elaborată: IES [Evolution of hemorrhoidal disease classifications. The developed classification: IES]. *Arta Medica.* 2025;97(4):20-30.