

Soliter rektal ülser sendromu

Solitary rectal ulcer syndrome

Cemil Çalışkan*, Erhan Akgün*, Mustafa Korkut*

Amaç: Soliter rektal ülser (SRÜ), genellikle pelvik taban bozuklukları ile ilgili olduğu düşünülen nadir bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde cerrahi tedavi önerilen olguların tedavi sonuçlarını gözden geçirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada 2003–2008 yılları arasında kliniğimizde takip ve tedavileri yapılan toplam onbir olgumuzun verileri retrospektif olarak değerlendirilerek tartışılmıştır.

Sonuçlar: Toplam onbir hastamızın sekizi opere edilmiştir. Cerrahi uygulanan sekiz hastadan birine saptırıcı kolostomi gerekmiştir. Bir olguya girişimden 18 ay sonra bride bağlı ince barsak obstrüksiyonu nedeni ile bridektomi uygulanması gerekmiştir. Tıbbi tedavi uygulanan üç olgunun ikisine cerrahi tedaviyi reddetmeleri nedeni ile cerrahi uygulanamamıştır. Bir hastaya cerrahinin yüksek riskli olması sebebiyle tıbbi tedavi önerilmiştir. Ortalama takip süresi 21 aydır. İki olguda pelvik ağrı rekürrensi saptanmıştır.

Sonuç: Soliter rektal ülser tedavisinde, bugün için cerrahi tedavinin başarısızlık ihtimaline rağmen inatçı kanama, yaşam kalitesini bozan pelvik ağrı ve tam prolapsus olan hastalar cerrahi tedavi adayı olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Soliter rektal ülser, kanama, cerrahi tedavi

*Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Proktoloji
Bölümü, İzmir, Türkiye

Dr. Cemil Çalışkan
E-posta: cemil.caliskan@ege.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: 10.06.2009
Makale Kabul Tarihi: 25.08.2009

GİRİŞ

Soliter rektal ülser (SRÜ), rektal kanama, mukus akıntısı ve ağrı ile karakterize kendine has histopatolojik bulguları olan, sıklıkla anormal defekasyon alışkanlıklarının eşlik ettiği, tedavisi etiolojisindeki karmaşıklık nedeniyle zorluklar gösteren nadir bir klinik problemdir (1). Etiyolojik sebep hala tam olarak ortaya konamamış da olsa pelvik tabanda gevşeme ile ilgili bir dizi problem sonucu ortaya çıktığı düşünülen hastalığın tipik ülseri sıklıkla rektum ön duvarında lokalizedir. Cruveilhier 1830 yılında dört olgunun özelliklerini tarif ederek hastalığı tanımlamıştır (2). Ancak daha geniş bir şekilde kabul görmesi için yüz yıldan daha uzun bir süre gerekmiştir. 1964 yılında Madigan bu klinik tablo ile ilgili görüşlerini eksiksiz olarak döküman- te etmiş ve 1969 yılında Morson ile 68 olguluk serilerini yayınlamışlardır (3). SRÜ'ü olan olgulara sıklıkla mukozal prolapsus eşlik ederken tersi geçerli değildir. Normal ve sağlıklı bireylerde dışkılama sırasında puborektal kas gevşeyerek rektumun düzleşmesine ve boşalmasına izin verir. Ancak SRÜ olan bireylerde bu gevşemenin olamadığı ve aksine tersiyer kontraksiyonlar gösterdiği bilinmektedir (4). Sonrasında ise dışkılamanın olabil-

mesi için aşırı kınma gayretinin sarfedilmesi SRÜ etiolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Etiyolojiden sorumlu tutulan bir başka olası neden de bu hastalarda dışkılamanın gerçek sıklığı bilinemeyecek şekilde parmak yardımı ile kişinin kendi tarafından sağlanmasıdır (5). Hastalar sosyal nedenlerle bu konu hakkında hekime yanıtıcı bilgiler verebilmektedir. Uzun süre stabil durumda kalmış kısmi internal intussepsiyonlardan da olası etiyolojik neden olarak bahsedilebilir. Her ne kadar bu olası teoriler ileri sürülse de sonuçta pelvik gevşeme bozuklukları en olası neden olarak düşünülmektedir.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada 2003-2008 yılları arasında kliniğimizde takip ve tedavileri yapılan sekizi kadın toplam onbir olgumuzun verileri retrospektif olarak değerlendirilerek tartışılmıştır. Değerlendirilmeye alınan kriterler yaş, cinsiyet, semptomlar, medikal tedavi, ameliyat öncesi değerlendirmeler, ameliyat şekli, erken ve geç komplikasyonlar, ameliyat edilen ve edilmeyen hastalarda takip süresince endoskopi bulguları ve takip sürecidir. Semptomların ortadan kalkması, takip sürecinde SRÜ'nün tekrar görülmemesi ve kanamanın kesilmesi tam klinik başarı olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Semptomların dağılımı.

Semptom	Olgu (n)	%
Kanama	10	90
Konstipasyon	6	54
Mukus deşarjı	5	45
Tenezm	5	45
Pelvik ağrı	5	45

Hastanın ifadesine göre konstipasyon veya pelvik ağrı gibi subjektif semptomların ameliyat ya da tedavi öncesine göre iyileşmesi kısmi klinik başarı olarak değerlendirilmiştir. Sekiz olgu opere edilirken üç olgunun ikisinin tedaviyi reddetmesi, bir hastaya da ASA (Amerikan Anesteziyoloji Derneği Sınıflama Skoru) skorunun 3 olması nedeniyle operasyonun riskli bulunması yüzünden tıbbi tedavi önerilmiştir.

SONUÇLAR

Sekizi kadın olan toplam onbir hastamızın sekizi opere edilmiştir. Sekiz olguda lezyon rektum ön duvarında (Resim 1 ve

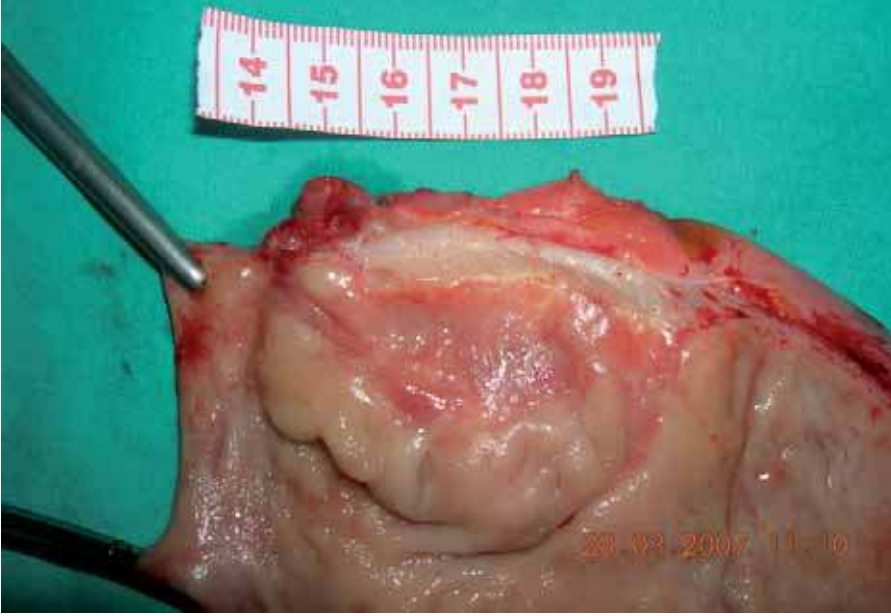
2), ikisinde ön-yan bileşkede, birinde dairesel olarak yerleşmiştir. İki olguda kolonoskopi sırasında saptanmış insidental tubuler adenomlar dışında yandaş kolorektal hastalık tesbit edilmedi. Ortalama yaş 34.1 ± 4.07 'dir. Lezyonların anal girimden uzaklığı 7.7 ± 2.84 (4-12) cm arasındadır. Ameliyat öncesinde semptomların başlama süresi ortalama 32.3 ± 17.3 (7-60) ay arasındadır. Olgularda az veya çok kanama esas semptomdur (Tablo 1). Müdahale edilen tüm olgulara anterior/aşağı anterior rezeksiyon (AR/LAR) uygulanmıştır. Postoperatif dönem sorunsuz şekilde geçmiştir. Cerrahi tedavi uygulanmayan olgularda kanama göreceli

olarak az olup, pelvik ağrı esas sorundur ve zaman zaman mukus deşarjı söz konusudur. Müdahale edilen olguların tamamı anemi için devamlı medikal tedaviye ya da kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulan tekrarlayan kanama atakları veya medikal tedaviye yetersiz yanıt nedeni ile ameliyat edilen olgulardır. Tüm hastalar kliniğimize başvuruları öncesindeki takipleri sırasında çeşitli tıbbi tedaviler almışlardır. Tümünde preoperatif evrede biopsi uygulanmış ve ülserin ayırımı yapılmış, dokuz olguda biopsi sonuçları SRÜ lehine iken iki biopsi sonucu non-spesifik olarak rapor edilmiş, SRÜ tanısı klinik bulgularla ve ülserin endoskopide görülmesiyle konmuştur. İki erkek olgu 5. ve 6. cm'de yerleşmiş lezyonları nedeni ile cerrahi tedavi sırasında ortaya çıkabilecek geçici saptrıcı stoma olasılığını kabul etmeyerek cerrahi tedavi önerisini reddetmiş, bir olguya genel durum düşkünlüğü ve yandaş hastalıkları nedeni ile tıbbi tedavi önerilmiş, tıbbi tedavi ile bulgularında kısmi düzelmeye sağlanmıştır. Olguların demografik verileri Tablo 2'de özetlenmiştir. Ortalama takip süresi 21.8 ± 13.46 (8-51) aydır. Bir hastaya aşağı anterior rezeksiyon sırasında rektumun kapatıldığı TEA 55 mm

Tablo 2. Hastaların demografik verileri.

Olgu	Yaş	Cins	Semptomların süresi (ay)	Semptomlar	Lokalizasyon (anal girim uzaklık/yön)	Preop. Bx	Medikal tedavi	Cerrahi dışı tedavi	Cerrahi tedavi	Takip (ay)	Komplikasyon	Semptomlarda iyileşme
1	72	K	49	M,K,T,PA	7/Ön	SRU	L, LSa ASA	-	-	19		Kısmi
2	42	E	36	K,M,Ko	6/Ön-yan	SRU	LSa	Biofeedback	-	11		Kısmi
3	32	K	50	K.PA	4/Ön	?	L,LSa	-	LAR	14		Pelvik Ağrı Nüksü
4	26	K	32	K	8/Ön	SRU	LSa	-	LAR	22		Tam
5	36	K	40	PA,K,T,Ko	5/Ön	SRU	LSt, LSa, L	-	LAR	8	Saptrıcı kolostomi	Tam
6	29	E	18	M,Ko,K	5/Ön	?	LSa	Benefiber®	-	6		Kısmi
7	35	K	48	K,PA,Ko,M	11/Ön-yan	SRU	LSa,L	Biofeedback	LAR	29		Tam
8	25	E	24	K,M,T	12/Ön	SRU	LSa, ASA	-	AR	18		Tam
9	38	K	12	K,Ko	10/Ön	SRU	L	-	LAR	24		Tam
10	24	K	7	Ko,T,PA	6/Ön	SRU	LSa,LSt	-	LAR	51	18. ayda bridektomi,	Pelvik ağrı nüksü
11	39	K	60	K,T	11/Annüler	SRU	LSa,LSt	-	AR	38	-	Tam

K: Kadın, E: Erkek, M: Mukus deşarjı, K: Kanama, T: Tenezm, PA: Pelvik Ağrı, SRU: Soliter Rektal Ülser, Bx: Biopsi, L: Laksatif, LSa: Salisilat içeren lavman, ASA: oral yoldan kullanılan asetilsalisilik asit türevleri, Ko: Konstipasyon, LSt: steroid içeren lavmanlar. AR: Anterior rezeksiyon, LAR: Aşağı anterior rezeksiyon



Resim 1. Ülsör kraterinin lümen tarafından görünüşü. Yaklaşık 4 cm büyüklüğünde ülsör kraterini ve tabanındaki granülasyon dokusunu göstermektedir.

stapler ateşlendikten sonra stapler hatında ayrışma (unzipping) nedeni ile rektum güdüğü elle konan dikişlerle kapatılmış ve anastomoz CEEA 31 mm sirküler stapler ile sağlandıktan sonra koruyucu stoma açılmış ve üç ay kadar sonra kapatılmıştır. Bir olguya girişim-

den 18 ay sonra bride bağlı ince barsak obstrüksiyonu nedeni ile bridektomi uygulanması gerekmiştir.

TARTIŞMA

1-2/100.000 gibi çok nadir sayıda görülen olgular olması nedeni ile SRÜ'ün ide-

al tedavisinin ne olduğu konusu henüz pek netleşmemiştir. Etkilenen olguların sıklıkla 50 yaşın altında olması nedeniyle bu olgular yaşam beklentisi oldukça uzun bir gruptur. Mukus akıntısı ve ağrı göreceli bulgular olup hastaların yaşam konforlarında aksaklık yaratmadıkça cerrahi tedavi bu hastalarda ilk planda düşünülmez (6,7). SRÜ'li hastalarda diare, parmakla taşlaşmış dışkı çıkarılması, konstipasyon, obstipasyon ve tenesmus ile mukozal rektal prolapsus; mukus akıntısı, pelvik ağrı ve kanamaya göre daha ender rastlanan bulgulardır. Özellikle medikal tedaviye rağmen devam eden tekrarlayan ve inatçı kanama ve dışkılamayla oluşan ağrı cerrahi tedaviyi öncelikli olarak düşündürülen temel bulgulardır. Uygulanacak tedavi kısıtlı segmenter rezeksiyon ya da anüse yakın lezyonlarda transanal lokal eksizyon olabilir. Tam rektal prolapsusun eşlik ettiği olgularda Frykman-Goldberg, Delorme, Orr-Loygue's, Ripstein vb prosedürlerin iyileştirici etkilerine dair yayımlanmış görüşler mevcuttur. Ancak bildirilen yüksek rekürrens oranları nedeniyle sonuçlarının tatminkâr olup olmadığı konusu tartışmalıdır (8). Cerrahinin ilk aşamada düşünülmediği olgularda hastalara sıklıkla önerilen öncelikle posa alımının artırılması, gaita kitlesini artıran ajanların kullanılması, defekasyon alışkanlıklarının sorgulanarak parmakla boşaltma ve aşırı ıkınma gibi patolojilerin önüne geçilmesidir (9). Özellikle kabızlık sebebi ile aşırı ıkınmanın ilk şikâyet olduğu olgularda hastaların %57-100 oranında biofeedback tedavisinden yarar gördüğü bildirilmektedir (6). Ancak SRÜ ile ilgili pek çok çalışmada da olduğu gibi bu çalışmalardaki olgu sayıları sınırlı olup biofeedback tedavisi aynı zamanda başka tedaviler ile kombine edilerek kullanılmıştır (11). Dolayısıyla elde edilen iyileşmenin direkt biofeedback tedavisine bağlanması doğru değildir. 5-ASA (5-Aminosalisilik asit) türevlerinin, lokal etkili kortikosteroidlerin, sukralfat lavmanı ve fibrin yapıştırıcıların etkisiz olduklarına veya olumlu etkilerine dair yayımlanmış görüşler mevcuttur (12). Bu ürünler cerrahi dışı tedavinin belkemiğini oluşturmaktadır. Tıbbi tedavilerden bazı hastaların yarar görmesi ve iki hastamızda (%18) gördüğümüz gibi rezeksiyon sonrasında ağrı ve pelvik dolgunluk gibi şikâyetlerin devam etmesi nedeniyle SRÜ'ün kendisinin primer bir hastalık mı yoksa başka pelvik gevşeme sorunlarına sekonder gelişmiş bir sonuç mu olduğu



Resim 2. Rektum duvarının kesiti. Yaklaşık 1 cm kalınlığa ulaşmış rektum duvarı tamamen fibröz dokudan ibarettir.

konusu halen tartışmalıdır. Öte yandan uygulanacak cerrahi girişimin şekli de ayrı bir tartışma konusudur. Lokal eksizyon denemeleri sadece geçici süreler için ülser kraterini ortadan kaldırmakta ve sıklıkla tedavide başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (5). Mukozal prolapsuslu hastaların yoğun olarak bulunduğu serilerde rezeksiyon yerine rektopeksi işlemlerinin daha sıklıkla uygulandığı izlen-

mektedir (13). SRÜ için geniş sayılabilecek bu serilerde bile uzun süreli takiplerde başarı oranı %50'ler civarında verilmekte ve yaklaşık %20 gibi ciddi bir oranda kalıcı stoma gerekliliğinden bahsedilmektedir (14). Benign bir hastalık nedeniyle uygulanan kalıcı stoma kabul edilmesi güç ve tartışmaya açık bir tedavi seçeneğidir. Özellikle inatçı kanama atakları olan olgularda rezektif işlemler

Binderow ve ark tarafından hastalığın lokal kontrolünü sağlamak için önerilmektedir (15). Bugün için yaygın ve kabul edilen görüş bu problemin ilk seçenek olarak medikal tedavi ile kontrol altına alınmasıdır (16). Ancak kanamanın belirlenmediği, tam prolapsus olan hastalar ile medikal tedaviden tatminkar bir sonuç alınamayan hastalar en baştan cerrahi tedavi adayları olabilirler.

SUMMARY

Solitary rectal ulcer syndrome

Purpose: Solitary Rectal Ulcer (SRU) is a rare pathology which is usually thought to be associated with pelvic floor disorders. The aim of this study was to review the results of the patients who were recommended to be treated by surgical methods.

Materials and Method: We retrospectively analyzed the eleven patients with SRU who were followed and treated between 2003-2008 in our clinic.

Results: Eight out of eleven patients were treated with operative procedures. In one out of eight patients who were operated a divert-

ing colostomy was needed. In one case a reoperation for bridectomy was needed 18 months after the first operation. Two out of three medical treatment group surgery could not be done due to patient refusal. Last one patient treated with medical therapy was because of high operative risks. Mean follow-up time was 21 months. In two patients' pelvic pain recurrences were observed.

Conclusion: Consequently, although risk of failure after surgery, surgery should be performed as a first choice in patients with intractable bleeding, pelvic pain with disturbance of quality of life and total prolapsus.

Key Words: Solitary rectal ulcer, bleeding, surgical treatment

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Verilerin elde edilmesi:

Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Yazının kaleme alınması:

Cemil Çalışkan

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Marchal F, Bresler L, Brunaud L et al. Solitary rectal ulcer syndrome: a series of 13 patients operated mean follow-up 4.5 years. *Int J Colorectal Dis* 2001;16:228-233.
2. Baykan A. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. (ed) Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D. Soliter Rektal Ülser. Ajans Plaza Ltd Şti. İstanbul, 2004;22:253-258.
3. Madigan M, Morson B Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 1969;10:871-881.
4. Gülşen MT. Soliter Rektal Ülser Sendromu *Güncel Gastroenteroloji* 2005;9:156-160.
5. Vaizey CJ, Bogaerde JB, Emmanuel AV et al. Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998;85:1617-1623.
6. Binnie NR, Papachrysostomou M, Clare N, Smith AN. Solitary rectal ulcer: the place of biofeedback and surgery in the treatment of the syndrome. *World J Surg* 1992;16:836-840.
7. Jones P, Lubowski D, Swash M, Henry M. Is paradoxical contraction of puborectalis muscle of functional importance? *Dis Colon Rectum* 1987;30:667-670.
8. Sielezneff I, Malouf A, Cesari J, et al. Selection criteria for internal rectal prolapse repair by Delorme's transrectal excision. *Dis Colon Rectum* 1999;42:367-373.
9. Martin C, Parks T, Biggart J Solitary rectal ulcer syndrome in Northern Ireland, 1971-1980. *Br J Surg* 1981;68:744-747.
10. Van den Brandt-Grädel V, Huibregtse K, Tytgat GNJ. Treatment of solitary rectal ulcer syndrome with high-fiber diet and abstention of straining at defecation. *Dig Dis Sci* 1984;29:1005-1008.
11. Vilotte J, Siproudhis L, Leblanc S, Santa-Coloma M, Saleh T, Benhamou G, et al. Does retraining by biofeedback have a role in the treatment of solitary ulcer syndrome of the rectum? *Gastroenterol Clin Biol* 1990;14:405-406.
12. Sitzler PJ, Kamm MA, Nicholls RF, McKee RF Long-term clinical outcome of surgery for solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998;85:1246-1250.
13. Lombard-Platet R, Thomas D, Chabanon J Present treatment of solitary ulcer of the rectum. *Lyon Med* 1984;251:35-38.
14. Nicholls RJ, Simson JNL Anteroposterior rectopexy in the treatment of solitary rectal prolapse. *Br J Surg* 1986;73:222-224.
15. Binderow S, Mayer R, Freed J Massive hemorrhage from solitary rectal ulcer: toward a definitive treatment. *Mt Sinai J Med* 1995;62:308-311.
16. Haray P, Morris G, Foster M. Solitary rectal ulcer syndrome- an underdiagnosed condition. *Int. J Colorectal Dis* 1997;12:313-315.