

**Sezai Demirbaş\***

Ulusal Cerrahi Dergisi Sayın Editörü

2009 yılında yayınlanan cilt 23(3), s97' de bulunan "Soliter rektal ülser sendromu" başlıklı yazıyı (C Çalışkan, E Akgün, M Korkut) ilgiyle okudum. Konu gerçekten ilginçti çünkü sık görülmeyen bir tip hastalığın sık görülmeyen tedavi yöntemi anlatılarak irdeleniyordu. Konu ile ilgili olarak genel bir çerçeve dahilinde bildiklerimi, yanında ve karşısında olduklarımın neler olduğunu ve neden yazarların görüşlerine katılmadığımı anlatmaya çalışacağım.

Aslında soliter rektal ülser (SRUS) sendromu tanımlanamayan bir klinik patolojik durum değildir. Yazıda da ilk girişte tanımlandığı ve benimde üzerinde vurgulayarak duracağım nokta SRUS'un bir fonksiyonel defekasyon bozukluğu (FOB) olduğudur. Bu hastalıkta da sebep sonuç ilişkisi net olmasa da ana neden FOB'na bağlı görülen kabızlıktır. Kabızlığın nedeni ise diskinin anal kanala yönlendirilmesindeki problemdir (Cheung O, Aliment Pharmacol Ther, 2004). Bu hastalarda tanıya gidilebilmesi için defekografi, balon defekasyon testi, anal manometre ya da EMG çalışması yapılarak hastalığın ana nedeni ya da etiyolojik faktörlerinden birinin esas olarak ortaya konulması gereklidir.

Bilinen yegâne uygun çalışma Kang'in 1995'te yayınladığı ve SRUS ile rektal prolapsus arasında alakayı irdeleyen makaledir. Bunda da mukozallezyonun açık olarak prolapsusla beraber görülmesinin gereği ortaya konamamıştır (int. J Colorectal Dis. 1995). Morio'nun çalışmasında ise (OCR, 2005, V.48, p1917) rektal prolapsus'un ve SRUS'nun aynı klinik karakteristikleri taşımadıkları ve anal çıkım anomalisinin sıklıkla SRUS'da görüldüğü; bu durumun yaş, cins ve internal prolaps varlığı nedeniyle kabızlık çeken kişilerde daha dramatik olduğu bildirilmektedir. Bu iki makale ve diğerleri aslında yukarıda izah etmeye çalıştığım hastalık durumunu açık olarak ortaya koymaktadır. Tanı için bildirdiğim anorektal fizyolojik testler yapıldığında açık olarak görülmektedir ki fekal inkontinens sıklıkla rektal prolapsusta görülen bir bulgudur. Oysa SRUS da rektumun tam olarak boşalmadığı açık olarak defekografide görülürken rektal prolapsuslu hastalarda rektum boşalması kolay ve tamdır. Bu ve benzeri fizyolojik test sonuçları açıklamaya çalıştığım patolojinin göstergelerini açıkça ortaya koymaktadır. Mutlaka yapılmalıdır. Bir

adım daha ileri giderek rektal prolapsus tablosunun SRUS için bir öncül olduğu açık değildir denilmiş ve kabul görmüştür. Gösterilmiştir ki her ikisi tabla da aynı patolojik prosesi takip etmemektedir (Madigan MR, Gut 1969, v.10; SunOW BJS 1989, v.76). Makalede de bahsedildiği üzere anal çıkım anomalileri olan kişilerde rektallezyonlar ile birlikte dijital yardımcı defekasyon yapma durumu sıktır. Mukozallezyonun artmış rektal basınçtan ziyade mekanik travmalarla alakalandırılması daha akilci görülmektedir. Bu konuda yazarlara katılıyorum. Ama rektal prolapsuslu hastalar için benzer nedenle meydana gelmiş mukozallezyonlar olsa bile SRUS ayırt edilmelidir. Bunu sağlayacak anorektal fizyolojik testlerdir.

Normal ve rektal patolojisi olmayan hastaları SRUS'lu ile beraber değerlendirdiğimiz defekasyon sırasında anal zorluk ile rektal prosidensiyaya ikisinin arasındaki ana farklardır. Artmış anal kanal basıncı, güçlü ıkınma ve rektal basıncın şiddetle artması, beraberinde uygunsuz puborektal kas kasılması ve bunlara bağlı olan rektal boşalmanın tamamen bozulmuş olması SRUS'lu kişi için çözülmeyi bekleyen esas noktalar olarak karşımızda durmaktadır. Makalede tedavi seçeneği olarak bildirilen LAR ameliyat tipi dentat çizgiden 7 cm proksimale kadar; AR ise tüm rektumun geride bırakılarak yapılan girişimlerdir. Ana patoloji rektal boşalma ve anal kanal çıkım sorunu olduğu bilinen SRUS'lu hasta için bu tür ameliyatların tedavi edici olma olasılığı ne kadardır bu cevaplanması gereken ana konudur.

Konu intussisepsiyon ve şiddeti olduğunda SRUS'lu ve mukozallezyonu olmayan fakat anal çıkım tıkanıklığı nedeni ile kabızlık çeken kişiler arasında enteresan olan bir fark sirküler mukozal prosidensiyanın SRUS'lularda daha sık olarak gözlemlenmektedir. Belki de birçok yazarın bildirdiği gibi SRUS'un ana patolojisi burada yatmaktadır (Vomack NR, Gut 1987, Goei R Radiology 1988, Halligan 5, AJR 1995, Kang Int J Colorectal Dis, 1995). Anal çıkım tıkanıklığı ve sirküler prosidensiyaya mukozallezyonun altında yatan neden olarak görülebilir. Bu hal doğru ise cerrahi tedavi (bazı durumlarda rektopeksi hariç) sağaltıma yönelik olamamaktadır.

Genel olarak belirtmek istediğim, yukarıda açıklamaya çalıştığım nedenler sonrasında SRUS'lu

\*GATA Genel Cerrahi AD. Etiik, Ankara

Dr. Sezai Demirbaş  
E-posta:

Makale Geliş Tarihi: 16 Ekim 2009  
Makale Kabul Tarihi: .2009

hastaların fonksiyonel defekasyon hastalığına duçar oldukları ve defekasyon fizyolojilerinin bozulmuş olduğudur. Pelvik çatı ve onu meydana getiren yapılar ve anal kanal yerinde durduğu müddetçe cerrahi tedavi koloproktostomi de yapılırsa hastalar için fonksiyonel rahatlama sağlamayabilecektir. Bu nokta hasta için tedavi seçiminde en önemli bölümdür. O halde bu hastalar mutlaka tedavi öncesinde son derece iyi ve sonuçları doğru olarak fizyolojik testler ile değerlendiril-

melidir. Tedavi yaklaşımı için benim önerim mutlaka biyofeedback tedavisi ile başlamak ve bitirmektir. Çünkü gösterilmiştir ki puborektal kasın anormal kasılması ve fonksiyonel defekasyon hastalıklarının ana tedavisi bu yöntemlerdir. Bu hastaların tedavisi neredeyse "very low / low anterior resection" denilebilecek türden anostomozlu ameliyatlardan olmamalıdır. Bilindiği üzere bu tedavi yaklaşımı benign bir hastalık için ideal olmadığı gibi ciddi morbidite nedenidir.

Makalede gördüğümüz bir kısım komplikasyonlar böylesi bir hastalık için karşılanması zor durumlardır.

Bu makaleden eve götürülecek sonucun cerrahi olmaması ana dileğimdir. Patofizyolojik açıdan bakıldığında bile semptomatik iyileşme "biofeedback" tedavisi ile rahatlıkla ve kolaylıkla sağlanabilmektedir. Ülser iyileşmesi uzun sürebilir. Ama unutmayalım ki burada ana patoloji ülser değildir ve hiç bir zamanda olmamıştır.