

Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa A. Korkut

Sayın Editör

Ulusal Cerrahi Dergisi 2009; 25(3):97-100 'de yayınlanan 'Soliter Rektal Ülser Sendromu' başlıklı makalemizle ilgili olarak ilettiğiniz mektuba dair açıklamalarımız aşağıda yer almaktadır.

Yazıya esas teşkil eden hasta grubu, daha önce yurtiçi ve dışı merkezlerde önerilen çeşitli tedavi yöntemlerini uygulayarak bu tedavi önerilerinden yeterli cevap alınmamış olduğunu düşünen ve hastanemiz bünyesinde bağımsız bir bilim dalı olarak faaliyet sürdüren ayrı bir klinik olan 'Gastroenteroloji' kliniğinden cerrahi tedavi için kliniğimize refere edilen hastalardır. Bu durum yazımızın giriş kısmının özet bölümünde 'Amaç: ... Bu çalışmanın amacı kliniğimizde cerrahi tedavi önerilen olguların tedavi sonuçlarını gözden geçirmektir' cümlesi ile açık olarak bildirilmektedir. Karşılaşılan her soliter rektal ülser olgusunun en baştan cerrahi tedaviye aday hasta olarak değerlendirilmesi bizce de yanlıştır. İlgili mektubun yazarının ifadesiyle 'eve götürülecek sonuç' soliter rektal ülseri olan hastanın öncelikle cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiği ancak cerrahi dışı tedavilere yeterli yanıt vermeyen olgularda, her ne kadar cerrahi tedavi ile bile tam bir iyileşme sağlanamama olasılığına rağmen kısıtlı bir hasta grubunda cerrahi tedavinin önerilebileceğidir (1). Bu durum da yazımızın giriş kısmının özet bölümünde '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' ibaresi ile belirtilmiştir. Bu durumda iki hasta grubunun daha klinik özelliklerinden bahsetmek gerekir. Bunlar; 1-Kliniğimize konsülte edilmeden diğer kliniklerce takip edilen olgular, 2- Kliniğimize ameliyat düşüncesi ile konsülte edilen ancak girişim düşünmediğimiz olgular ki; bu iki grup ta yazımızın kurgulanması aşamasında planladığımız örneklemin dışındadırlar.

Öte yandan makalede geçen tablo 2 de yer alan 2 ve 7 no.lu olgular biofeedback tedavisine rağmen yeterli yanıt alınmayan olgulardır. Ayrıca olguların tamamına yakınında kanama esas şikâyetidir. Yine tablo 2 de semptomlar başlığı altında hastaların şikâyetleri önem sırasına göre yazıldığından kanamanın çoğu olguda ilk sırada yer aldığına

dikkat çekmek isteriz. Örneğin 4 no.lu olgu sadece son bir ay içinde dört ünite kan alması gerekecek şekilde kanama bildirmektedir. 1,3,5,7 ve 10 no.lu olgularda saptanan pelvik ağrı ise olası bir cerrahi başarısızlık halinde hastanın kalıcı bir stomaya mahkum kalması düşüncesini bile kabul etmesine neden olabilecek derecede kişinin yaşam konforunu bozan bir sorundur(2). Bunların dışında anüler tarzda lezyonlar ve ülser kraterinin etrafındaki endurasyon ile birlikte pasajı tıkayıcı etkileri (tablo 2, olgu 5 ve 11) bu bilgileri hastalarımız ile paylaşarak cerrahi girişimin risklerini göze almamıza neden olan diğer faktörlerdendir.

Bildirilen eleştiriler içerisinde irdelenmesi gereken başka bir konu anorektal fizyolojik testlerdir. Örneğin defekografi üzerinden tartışmamıza devam edecek olursak defekografi anorektal işlevleri ve rektumun anatomik durumunu ortaya koymada katkı sağlasa da sağlıklı kişilerde gözlenen geniş varyasyonlar ve ölçümlerin kişiye bağımlı olması sebebiyle dışkılama bozukluklarının araştırılmasında ideal bir yöntem olarak kullanılmamaktadır(3). Tamamen sağlıklı bireylerde insidental intussusepsiyonlar saptanabildiği gibi, intussusepsiyonu olan her bireyde soliter rektal ülser görülmemektedir.

Bu gerekçelerle sonuç olarak düşüncemiz bugün için soliter rektal ülseri olan hastanın öncelikle cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiği ancak cerrahi dışı tedavilerle yeterli yanıt alınmayan olgularda cerrahi tedavinin inatçı ve ciddi kanama, bıkırtıcı pelvik ağrı ile pasajda tıkanma belirtileri gösteren olgularda önerilebileceğidir(4).

KAYNAKLAR

1. Haray P, Morris G, Foster M. Solitary rectal ulcer syndrome- an underdiagnosed condition. Int J Colorectal Dis 1997 12:313-315
2. 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
3. Carty NJ, Moran B, Johnson CD. Anorectal physiology measurements are of no value in clinical practice. True or false? Ann R Coll Surg Engl 1994;76:276-280
4. Binderow S, Mayer R, Freed J. Massive hemorrhage from solitary rectal ulcer: toward a definitive treatment. Mt Sinai J Med (1995) 62:308-311

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

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

Makale Geliş Tarihi: 2009
Makale Kabul Tarihi: 2009