

Soliter Rektal Ülser Sendromu

Işıl NADİR¹, Şemnur BÜYÜKAŞIK²

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Gastroenteroloji Kliniği, Ankara



Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS) rektal mukozada tek veya multipl ülserler, rektal kanama, mukus akıntısı ve ağrı ile karakterize kendine ait histopatolojik bulguları olan nadir gözüken benign hastalıktır. Bu yazıda SRUS literatür bilgileri ışığında gözden geçirilmiştir.

ETYOPATOGENEZ

SRÜS karakteristik klinik, endoskopik ve histopatolojik görünümü olan kronik benign hastalıktır (1). İlk kez 1830 yılında Cruveilhier tarafından dört olgu ile tarif edilmiştir. 1969 yılında Madigan ve Murson 68 olguluk serilerini yayınlayarak klinikopatolojik görünümü tarif etmişlerdir. SRÜS görülme prevalansının 1-3/100.000 olup etyolojisi multifaktöriyeldir (2). Defekasyon sırasında pelvik tabanda puborektal kasların gevşeme kusuru ve rektal prolapsus en önemli patogenetik mekanizmalardır. SRÜS olan olgulara sıklıkla rektal prolapsus eşlik ederken tersi geçerli değildir. Normal ve sağlıklı bireylerde dışkılama sırasında puborektal kas gevşeyerek rektumun düzleşmesine ve boşalmasına izin verir. Ancak soliter rektal ülser (SRÜ) olan bireylerde bu gevşemenin olmadığı aksine tersiyer kontraksiyonlar gösterdiği bilinmektedir. Anorektal manometride çoğu hastada Tip 1 dissinerjik patern saptanmaktadır. Yine etyolojiden sorumlu tutulan bir başka neden dışkılamanın parmak yardımı ile kişinin kendi tarafından sağlanmasıdır. Tüm bu etyolojik nedenler arasında üzerinde en çok durulanı pelvik gevşeme bozukluklarıdır (3).

TANI

SRÜS daha çok genç erişkinlerde görülmekte olup kadın erkek görülme sıklığı neredeyse eşittir. Defekasyon sırasında ıkınma, uzun süre tuvalette kalma fakat buna rağmen tam olarak boşalamama, mukus sızıntısı, tenesmus, fekal inkontinans ve rektal kanama başlıca yakınmalardır. Defekasyon sırasında rektal kanama %65 oranı ile en yaygın gözüken semptomdur. Konstipasyon ya da diyare bu şikayetlere eşlik edebilir. Konstipasyon %55 oranında, diyare ise %20 oranında gözlenmektedir. Hastaların %25'i asemptomatikdir ve tesadüfen başka hastalık araştırırken saptanır (1, 4).

Çoğu hasta defekasyon sırasında zorluk problemini, boşaltma yardım etmek için parmağını rektuma sokarak gidermeye çalışır. SRÜ'dan şüphelenilen olgularda mutlaka parmak kullanımı sorgulanmalıdır. Ancak hastalar sosyal nedenlerle bu konu hakkında hekime yanıtıcı bilgiler verebilmektedir (3).

Fizik muayenede dikkate değer bir patoloji bulunmazken rektal tuşe ile muayenede rektum duvarında kalınlık ve sertlik hissi veya polipoid bir kütle ele gelebilir (3).

Endoskopik muayenede lezyonlar çeşitli şekillerde olup, rektumda sıklıkla 6-10. cm arasında yerleşir. Fakat 4 ile 15. cm arasında da görülebilmektedir. Sıklıkla ince bir hiperemik halkanın sardığı beyaz zeminli, sıg bir ülser dikkati çeker.

Çevre doku normaldir. Ülserin en sık lokalizasyonu rektumun anterior veya anterior-lateral duvarıdır. Çapı 0.5-5 cm arasında değişmektedir. Şekli yuvarlak, oval veya lineer olabilir. Hastaların %30'dan fazlasında multiple ülser olup sigmoid veya desenden kolonda da lokalize olabilir. Yine hastaların %25'inde polipoid lezyon olarak görülebilir. Endoskopistin biopsi sırasında ülserin sert olduğunu fark etmesi tanı açısından destekleyici bulgudur (1).

Histopatolojik değerlendirmede muskularis mukozanın fibromuskuler proliferasyonu ile lamina propriayı oblitere etmesi, bu kasların kollajen depolanması nedeniyle kalınlaşması, kriptalar arasında kas liflerinin uzanması ve mukozal glandların muskularis mukozanın derinliklerine doğru yer değiştirdiği izlenir. Ayrıca SRÜS'lu vakaların sialomusin salgıladıkları görülmüş ve bunun da ayırıcı tanıda önemli olduğu ifade edilmiştir (5).

Tüm bu bilgiler ışığında SRÜS'de tanı anamnez, endoskopi ve biyopsi ile konulmaktadır. Radyolojik ve fizyolojik çalışmalar minimal tanısal değere sahiptir. Defekografi, anal manometri ve endoanal ultrason yapılabilir. Defekagografide ıkınma esnasında perianal çöküş izlenebilir (6).

Lezyonlar, hiperemik bir mukozal alandan polipoid kütlelerdek değişebilen, tek veya multipl sayıda ülserle prezente olabilen bir yelpazede bulunduğundan; adenoma, kanser, inflamatuvar barsak hastalığı, iskemik barsak hastalığı, radyasyon proktiti, enfeksiyöz kolit ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1).

KAYNAKLAR

1. Crespo Pérez L, Moreira Vicente V, Redondo Verge C, et al. The three-lies disease: Solitary rectal ulcer syndrome. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 663-7.
2. Madigan MR, Morson BC. Solitary rectal ulcer of the rectum. *Gut* 1969; 10: 871-81.
3. Vaizey CJ, Bogaerde JB, Emmanuel AV, et al. Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998; 85: 1617-23.
4. Tijandra JJ, Fazio VW, Petras RE, et al. Clinical and pathological factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 146-53.

TEDAVİ

Konservatif tedavi ve cerrahi tedavi şeklinde başlıca iki grupta toplanabilir. Hastalara sıklıkla önerilen öncelikle posa alımının artırılması, gaita kitlesini artıran ajanların kullanılması, defekasyon alışkanlıklarının sorgulanarak parmakla boşaltma ve aşırı ıkınma gibi patolojilerin önüne geçilmesidir. Özellikle kabızlık sebebi ile aşırı ıkınmanın ilk şikayet olduğu olgularda hastaların %57-100 oranında biofeedback tedavisinden yarar gördüğü bildirilmektedir. Ancak bu çalışmalardaki olgu sayıları sınırlı olup biofeedback tedavisi aynı zamanda başka tedaviler ile kombine edilerek kullanılmıştır. Bu nedenle elde edilen iyileşmenin direkt biofeedback tedavisine bağlanması doğru değildir. 5-Aminosalisilik asit lavmanlar, sukralfat lavman, kortikosteroidli lavmanlar ve fibrin yapıştırıcılar medikal tedavi seçenekleri arasındadır (1, 7).

Özellikle medikal tedaviye rağmen devam eden, tekrarlayan ve inatçı kanama, cerrahi tedaviyi öncelikli olarak düşündürülen temel bulgulardır. Uygulanacak tedavi segmenter rezeksiyon, anüse yakın lezyonlarda transanal lokal eksizyon olabilir. Tam rektal prolapsusun eşlik ettiği olgularda rezeksiyon yerine retropeksi işlemleri uygulanmaktadır. Yine kanama ile başvuran hastalarda argon plazma koagülasyon tedavileri başarılı bulunmuştur (1, 3, 6).

Bugün için yaygın ve kabul edilen görüş bu problemin ilk seçenek olarak medikal tedavi ile kontrol altına alınmasıdır. Ancak kanamanın belirgin olduğu, tam prolapsus olan hastalar ile medikal tedaviden tatminkar sonuç alınamayan hastalar cerrahi tedavi adayı olabilir.

5. Yang YS, Kamm MA, Engel AF, Talbot IC. Pathology of the rectal wall in solitary rectal ulcer syndrome and complete rectal prolapse. *Gut* 1996; 38: 587-90.
6. Gülşen MT, Kadayıfçı A. Soliter rektal ülser sendromu. *Güncel Gastroenteroloji* 2005; 9: 156-60.
7. Öztürk R, Rao SSC. Defecation disorders: An important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evaluation and treatment with biofeedback. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18: 139-49.