

Soliter Rektal Ülser Sendromu

Murat T. GÜLŞEN, Abdurrahman KADAYIFÇI

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep



Murat T. GÜLŞEN

Soliter Rektal Ülser Sendromu (SRUS), rektumda soliter bir ülser ya da rektal duvar kalınlaşmasını ifade eden klinikopatolojik anormallikler topluluğudur. Bunun yanı sıra bir çok patolojik durum ya da zararlı ajanlar rektal mukozaya hasar vererek ülser oluşturabileceği gibi, kolonun diğer bölümlerini ilgilendiren hastalıkların bir parçası olarak da rektal ülserler ortaya çıkabilir. Genel olarak benign kabul edilen SRUS'nun etyolojisi tam olarak netlik kazanmasa da direkt travma (Self-digitation) ve iskemi patogeneze suçlanan iki temel mekanizmadır. SRUS tanısı, tipik klinik başvurunun yanı sıra karakteristik endoskopik bulgular ve histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir. Bu yazıda SRUS'nun etyopatogenezi, kliniği, tedavi ve takibi literatür bilgileri ve kendi deneyimlerimiz ışığında gözden geçirilmektedir.

GENEL ÖZELLİKLER VE PATOGENEZ

SRUS ilk kez 1969 yılında tanımlanmıştır ve yıllık görülme prevalansının 1/100000 olduğu tahmin

edilmektedir. SRUS'ta görülen lezyonlar çeşitli şekillerde olup, rektumda sıklıkla 6-10. cm arasına yerleşir fakat 4 ile 15. cm arasında da görülebilmektedir. Bazı hastalarda ülser olmayışı, bazılarında multipl ülser oluşu, bazen polipoid kütleler şeklinde bazen ise rektum dışında görülüyor olması sendroma konulan ismin tutarlı olmadığına göstergesidir. Sendromu oluşturan asıl patogenetik mekanizma tam olarak anlaşılamamış olup muhtemelen multifaktöriyel olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte hastalarda dışkılama işleminde bir bozukluk olduğu bilinmekte ve bunun da iki ana mekanizma ile oluştuğu düşünülmektedir;

1. Defekasyon esnasında pelvik tabanda puborektal kasların gevşeme kusuru (veya paradoksal kontraksiyon)

2. Rektal prolapsus

Bu iki patogenetik mekanizma ayrı ayrı antitelere ve birbirlerine ilerlemesi ya da zamanla "internal invajinasyon"dan (intussuseption) aşikar rektal prolapsusa dönüşümü söz konusu değildir. Mukozal prolapsusla ilişkili rektal mukozal yaralanma ile karakterize olan hastalıklar grubuna mukozal prolapsus sendromları denir ve bu grupta;

1. Mukozal prolapsus sendromu

2. SRUS

3. Rektal prolapsus,

4. İnflamatuar Kolokojenik polip

5. Sterkoral ülser yer alır.

SRUS'daki lezyon oluşumunda, kapalı olan anal kanala karşı ıkmayla meydana gelen; mukozal-

ya direkt bir travma, mukozal prolapsus, mukozal iskemi ve mukozal ülserasyon kaskadının olduğu ileri sürülmektedir (1-3). Puborektal kaslardaki gevşeme kusuru SRUS'lu hastaların yansı veya %75'inde tespit edilmiştir. Aşıkara ya da gizli prolapsus ise literatürde oldukça farklı yüzdeliklerle ifade edilmekle birlikte %80'e varan oranlarda görülebilmektedir (1, 4, 5). Parmakla dışkılamaya yardım ("self-digitation"), lezyon oluşumunda etyopatogenetik bir neden olarak suçlanmıştır ancak bu olasılığın düşük olduğunu da iddia edenler olmuş ve delil olarak; 1) Lezyonların çoğunun parmak mesafesinin ilerisinde lokalize olması, 2) "Self digitation" yapan birçok kişide bu lezyonların görülme-yişi, 3) "Self digitation" terk edildiğinde mukozal iyileşmenin olmayışını ileri sürmüşlerdir (1). Buna zıt olarak self digitation'a son verilip 38 hafta takip edilen hastalarda semptomatik ve endoskopik iyileşme olduğu da rapor edilmiştir (6, 7). Kendi kliniğimizde izlenen SRUS vakalarının %70'inin dışkılamaya yardım ya da tıkanma hissinden (tam boşalamama) kurtulmak amacıyla "self digitation" yaptığı tespit edilmiştir.

KLİNİK

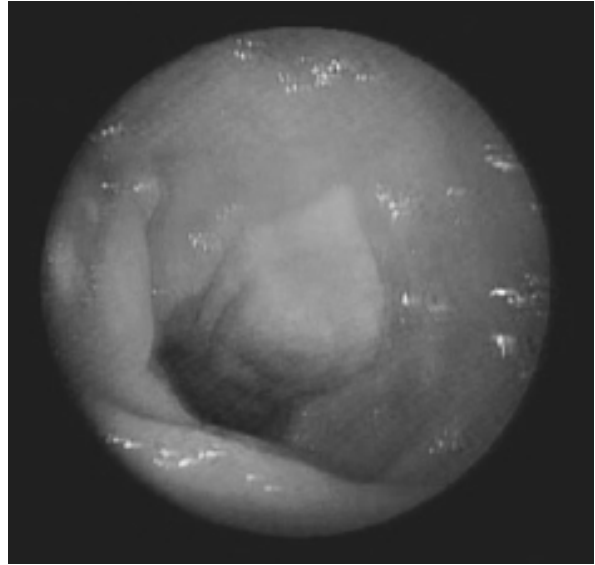
SRUS daha çok genç erişkinlerde görülmekte olup kadın erkek görülme sıklığı neredeyse eşittir. Hastalığın 1/4'ünde hiçbir semptom bulunmazken semptomatik vakalar tipik olarak dışkılama esnasında ıkınma, uzun süre tuvalette kalma fakat buna rağmen tam olarak boşalamama hissinden yakınırılar. Müküs sızıntısı, tenesmus, fekal inkontinans ve rektal kanama da semptomlar arasındadır. Kabızlık ya da ishal olabilir. Kliniğimizde görülen vakaların çoğunun kabızlıktan yakındığı, 2/3'ünün rektal kanama, ıkınma, tuvalette uzun süre kalma ve dışkılamada güçlük şikayetlerinden en az birisinin bulunduğunu saptanmıştır.

Bir çok hasta dışkılamada zorluk problemini, boşaltma yardım etme amacıyla, parmağıyla rektuma girerek (self-digitation) çözmeye çalışır. "Self digitation"un patogenezdaki rolü yukarıda tartışılmıştır ancak klinik olarak da SRUS'tan şüphelenilmesini sağlayan önemli bir semptom olarak daima sorgulanmalıdır. Genel fizik muayenede dikkate değer bir patoloji bulunmazken rektal tuşe ile muayenede rektum duvarında kalınlık ve sertlik hissi veya polipoid bir kütle ele gelebilir. Defekografide ıkınma esnasında kabaca hastaların yansında perineal çöküş görülür (1, 2). Bunun yanı sıra anorektal değerlendirmeler çoğu kez patolojiktir (1).

ENDOSKOPİ

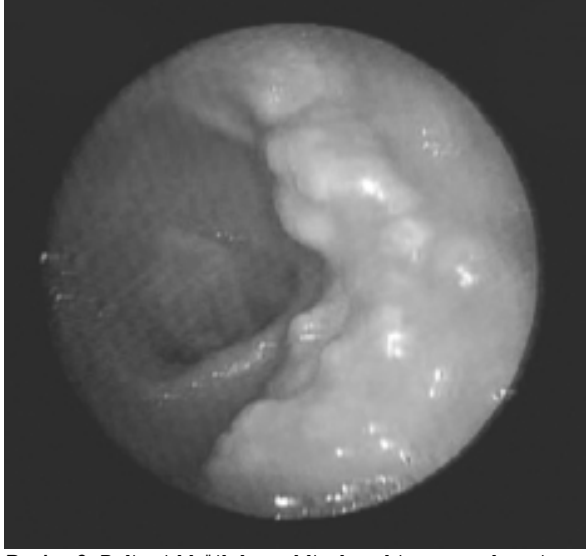
Öncelikle SRUS düşünülen vakalarda rektum endoskopik olarak çok iyi muayene edilmelidir. Lezyonun anal kanala yakın yerleşimde olması hızlı ve dikkatsiz bir muayenede gözden kaçmasına neden olabilir. Fleksibil yapılan sigmoidoskopilerde endoskop ile rektum içerisinde J manevrası yapılarak retrovert olarak rektum girişinin değerlendirilmesi lezyonların saptanmasında ve değerlendirilmesinde oldukça önemlidir.

Sigmoidoskopide, etrafını ince bir hiperemik halkanın sardığı beyaz zeminli, sığ bir ülser dikkati çeker, çevre doku normaldir. Ülserin şekli, çapı, sayısı ve lokalizasyonu oldukça farklılıklar gösterir. Çoğu anterior duvarda, dairesel ve bir foldun üzerine ata biner gibi yerleşmiş olarak görülür (Resim 1). Hastaların 1/3'ünde multipl sayıdadır, %25'i polipoid lezyonlar olarak görülürken (Resim 2) bazılarının sadece granüler eritemli mukoza olarak dikkati çekerler.



Resim 1. Rektumda soliter bir ülserin ata biner pozisyonunda bir foldun üzerine yerleştiği görülüyor

Ülserin zeminini oluşturan muskularis mukozanın fibromusküler proliferasyonu ve kollajen depolanması, ülseri sert ve endüre bir karakter kazandırabilir. Endoskopi sırasında gördüğümüz ve daha sonra SRUS olduğu ispatlanan vakaların %80'inde endoskopi esnasında ülser kenarından biyopsi alırken bu dokunun tıpkı bir porselen gibi sert olduğu



Resim 2. Polipoid kütleler şeklinde rektuma yerleşmiş ve öncelikle malign hissi uyandıran soliter rektal ülser görülüyor

ve forsepsin ağzından kaçtığı ve bu nedenle lezyonun tam ortasından biyopsi alınamayışı dikkatimizi çekmiştir. Bu hastaların ancak lezyon kenarından alınabilen biyopsileriyle SRUS oldukları teyit edilmiştir. Bu nedenle, rektumda görülen ülserle bir lezyonun biyopsi almayı güçleştirecek şekilde sert oluşu SRUS'unu da düşündürmelidir.

PATOLOJİ

Endoskopik olarak SRUS düşünülen her vakadan biyopsi alınmalı ve tanı histopatolojik olarak teyit edilmelidir. Temel histolojik görünüm muskularis mukozanın fibromusküler 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 değiştirmesi şeklindedir (8). Benzer bulgular gastrointestinal traktusun herhangi bir yerinde meydana gelen mukozal prolapsusta, "ostomi" yerlerinde, hemoroidler ve inflamatuvar cloacogenik poliplerde (neredeyse SRUS'la aynı görünüme sahip ancak dentat çizgide bulunur) ve divertikül ağzlarının çevresinde de olabildiğinden histopatolojik olarak ayırıcı tanıya girerler. En çok kanşabilecek olan rektal prolapsus ile SRUS arasında ana mikroskopik farkın SRUS'un muskularis mukozasında belirgin kalınlık farkı olduğu (2.2 mm'ye karşılık 1.1 mm) iddia edilmiştir (9). Ayrıca malign olmayan diğer patolojilerin SRUS ile ayırıcı tanısında

musin salgısının mahiyeti önem arz etmektedir. Normalde barsak mukozasından salgılanan musin formu sulfomusinken, SRUS'lu vakaların sialomusin salgıladıkları görülmüş ve bunun da ayırıcı tanıda önemli olduğu ifade edilmiştir (10, 11).

Bazen reaktif değişiklikler adenomatöz değişimleri taklit edip yüzeye doğru proliferasyon gösterebilir. Bu vakalardaki bu alışılmadık değişimlerin doğal seyri bilinmediğinden düzenli takipleri gerekir. SRUS'ta adenomatöz değişim olmaması için esasında bir neden yoktur fakat bununla birlikte bu durum oldukça nadiren rapor edilmiştir (1). Nadiren, infiltran bir karsinoma olmasına rağmen, ilk mukozal biyopsi örneklerinde SRUS olarak rapor edilen fakat tekrarlanan biyopsilerle karsinoma olduğu tespit edilen vakalar bildirilmiştir (12). Bunun yanı sıra SRUS olduğu halde yanlış teşhisle yıllardır tedavi gören hastalar da vardır. Bir çalışmada, rektal kanama ve barsak düzensizliği nedeniyle başvuran ve endoskopide rektal ülser ya da mukozal hiperemi görülen 98 hastanın, verilen tedaviye dirençli olması ve endoskopik lezyonun sebat etmesi nedeniyle tekrarlanan biyopsilerle hastaların 25'inin (%26) SRUS olduğu sonradan anlaşılmıştır (13). Bu hastalar yıllarca SRUS dışında başka barsak hastalığı tanısı ile tedavi gördüğü, bunlar arasında da en sık inflamatuvar barsak hastalığı tanısının konulmuş olduğu ifade edilmiştir. Polipoid fazdaki bir SRUS'nun tanınması ise başlı başına bir güçlük arz eder. Bir çalışmada 20 rastgele seçilmiş genel patoloğdan sadece 2'si (%10) polipoid fazdaki SRUS'i tanıyabilmiştir (14).

TANI

Anamnez, rektal muayene, endoskopi ve biyopsi ile konur. Radyolojik ve fizyolojik çalışmalar minimal tanısal değere sahiptir. Bu tip araştırmalar hastalığın patogenezinin anlaşılmasında ve tedavi şeklinin planında yapılabilir. Bu maksatla defekasyon proktografisi, anal manometri ve endoanal ultrason yapılabilir.

AYIRICI TANI

Lezyonlar, hiperemik bir mukozal alandan polipoid kütlelere dek değişebilen, tek veya multipl sayıda ülserle prezente olabilen bir yelpazede bulunduğu; adenoma, kanser, inflamatuvar barsak hastalığı, kolitis sistika profunda, iskemik barsak hastalığı ve radyasyon hasarı ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Veneryan bir hastalık olarak sfiliz ve herpes infeksiyonu direkt yayılımla rektuma inokü-

le olup ülser yapabilir. Ayrıca nonsteroid antiinflamatuarlara (özellikle rektal kullanılanlar) bağlı gelişen hiperemik erozyone alanlar ve infeksiyöz ülserler olarak ortaya çıkabilen rektumdaki soliter ülserler için endoskopik biyopsi, tanının doğrulanmasında en önemli vasıtaadır.

TEDAVİ

Tedavi konservatif ya da cerrahi olmak üzere iki grupta toplanabilir. Medikal tedavi olarak bugüne kadar denenmiş bir çok topikal tedavinin başarısız olduğu görülmüştür. Topikal glukokortikoid ve sulfasalazin lavmanın etkisiz olduğu görülürken (15) 5-aminosalisilat lavmanlarının faydalı olabileceğine dair yayınlar vardır (3). Bir seride, 6 hasta sukralfat lavman ile semptomatik olarak başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Yine "Fibrin glue" da SRUS tedavisinde başarılı bulunmuştur. Bunun sebebi fibrin glue'nin fibroblast proliferasyonunu stimüle etmesi ve damar gelişimi yapması olabilir. Bir çalışmada topikal uygulanan fibrin glue'nin 14 günde ülseri tamamen iyileştirdiği ve 1 yıllık takipte de nüks olmadığı gösterilmiştir (16).

Tedavi daha çok aitta yatan dışkılama bozukluğuna yönelik olmalıdır. Bu maksatla hastalara dışkılama esnasında ıkınmamaları, sık sık tuvalete gitmemeleri ve tuvalette uzun süre kalmamaları tavsiye edilir. Lifli gıda tüketimi faydalı olabilir. Hacim oluşturan laksatifler kullanılabilir. Diyet tedavisi başarılı olmayan hastalarda dışkılama eğitimi (biofeedback) tedavisi denenir (17). Biofeedback, rektal ülserin tamamen iyileşmesini sağlamaya da en azından semptomatik iyileşme sağlayabilir.

Biofeedback eğitimi ve tavsiyelerin hastaya zaman zaman tekrar hatırlatılması gerekir çünkü başlangıçta alınan olumlu etkinin zamanla azaldığı görülmüştür (18). Rektal prolapsusta cerrahi tedavi düşünülmelidir. Gizli prolapsusta cerrahiden önce konservatif tedavi denenip, başarısız olursa cerrahi planlamak daha uygun olabilir.

Temel olarak abdominal ve perineal olmak üzere iki türlü operatif yaklaşım vardır. Abdominal cerrahi düşük rekürrens oranına sahipken daha fazla morbiditesi (kanama, infeksiyon, barsak obstrüksiyonu, pelvik otonomik sinir hasarına bağlı seksüel disfonksiyon) vardır. Morbidite, laparoskopik yaklaşımla azaltılabilir. Ancak ne var ki, hangi cerrahi uygulanırsa uygulansın fekal inkontinans, mukus sızıntısı, tenesmus ve ıkınma gibi semptomların düzelmesi operasyonun başarısı ile paralel değildir. Kanamayla başvuran hastalarda ise Lazer tedavisi ve Argon plazma ile koagülasyon (APC) tedavileri başarılı bulunmuştur (19, 20). Kliniğimize kanama ile başvuran bir SRUS vakasına APC uygulanarak başarılı sonuç alınmıştır.

Sonuç olarak SRUS, klinikte defekasyon problemleri olan ve anorektal yakınmalarla hekime başvuran hastalarda hatırdan tutulması gereken bir hastalık olup, kolayca gözden kaçabilecek bir yerleşimde olabileceğinden rektosigmoidoskopide dikkatle aranmalıdır. Hastalığın etyopatogenezindeki belirsizlik tedavi yaklaşımlarını da sınırlandırmakta ve hastaların uzun süre takibi gerekmektedir. Özellikle defekasyon düzensizliği olan hastalarda bunun giderilmesi tedavide en önemli hedeflerden birisi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Burnstain MJ, Riddell RH. Solitary Rectal Ulcer Syndrome, In: Johnson LR, Editors. Encyclopedia of gastroenterology, Elsevier, California, 2004: 421-26.
2. Kiristioğlu I, Balkan E, Kilic N, Dogruyol H. Solitary rectal ulcer syndrome in children. Turk J Pediatr. 2000; 42: 56-60.
3. Blumberg D, Wald A. Other Diseases of the Colon and Rectum. In: Feldman M, Freidman LS, Sleisenger MH (eds). Gastrointestinal and Liver Disease Pathophysiology, Diagnosis, Management, 7th edition, Saunders, Philadelphia, 2002: 2294-2318.
4. Salzano A, Grassi R, Habib I, Amodio F, De Rosa A, Pinto A, Filidoro L. [The defecographic and clinical aspects of the solitary rectal ulcer syndrome] [Article in Italian] Radiol Med (Torino). 1998; 95: 588-92.
5. Velasco FJ, Lopez R, Pujol J, Sancho F, Llauro JM, Lluís F, Clave P. [The use of anorectal manometry and dynamic proctography in patients for diagnosis of solitary rectal ulcer syndrome] [Article in Spanish] Rev Esp Enferm Dig. 1998; 90: 454-8.
6. Contractor TQ, Contractor QQ. Traumatic solitary rectal ulcer in Saudi Arabia. A distinct entity?. J Clin Gastroenterol. 1995; 21: 298-300.
7. Contractor TQ, Contractor QQ. Rectal digitation and solitary rectal ulcer Gastrointest Endosc, Letter. 2003; 57: 289-90.
8. 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

-
9. Kang 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.
 10. Khan EM, Pandey R. Histological and mucin secretion patterns in solitary rectal ulcer syndrome. *Indian J Gastroenterol* 1993; 12: 47-8.
 11. Ehsanullah M, Filipe MI, Gazzard B. Morphological and mucus secretion criteria for differential diagnosis of solitary ulcer syndrome and non-specific proctitis. *J Clin Pathol* 1982; 35: 26-30
 12. Li SC, Hamilton SR. Malignant tumors in the rectum simulating solitary rectal ulcer syndrome in endoscopic biopsy specimens. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 106-12.
 13. Tjandra JJ, Fazio VW, Petras RE, Lavery IC, Oakley JR, Milson JW, Church JM. Clinical and pathologic factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 146-53.
 14. Rex DK, Alikhan M, Cummings O, Ulbright TM. Accuracy of pathologic interpretation of colorectal polyps by general pathologists in community practice. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 468-74.
 15. Martin CJ, Parks TG, Biggart JD Solitary rectal ulcer syndrome in Northern Ireland. 1971-1980. *Br J Surg* 1981; 68: 744-7.
 16. Ederle A, Bulighin G, Orlandi PG, Pilati S. Endoscopic application of human fibrin sealant in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome. *Endoscopy, Letter* 1992; 24: 736-7
 17. Beck DE. Surgical Therapy for Colitis Cystica Profunda and Solitary Rectal Ulcer Syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2002; 5: 231-37
 18. Malouf AJ, Vaizey CJ, Kamm MA. Results of behavioral treatment (biofeedback) for solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 72-6
 19. Rau BK, Harikrishnan KM, Krishna S. Laser therapy of solitary rectal ulcers: a new concept. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23: 27-8.
 20. Stoppino V, Cuomo R, Tonti P, Gentile M, De Francesco V, Muscatiello N, Panella C, Ierardi E. Argon plasma coagulation of hemorrhagic solitary rectal ulcer syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2003; 37: 392-4.