

Soliter Rektal Ülser Sendromu

Cem AYGÜN, İbrahim Halil BAHÇECİOĞLU

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Gastroenteroloji Bilim Dalı, Elazığ

Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS) ilk defa 1830 yılında Cruveilheir tarafından tanımlanmış ancak 1969 yılında Madigan ve Morson tarafından 68 hastalık olgu serisi ve tanı kriterleri bildirilene kadar gündeme gelmemiştir (1). SRÜS nedeni tam olarak bilinmeyen, iyi huylu ancak özellikle tedavi konusundaki güçlüklerden dolayı hem hastayı hemde klinisyeni rahatsız edici nadir karşılaşılan bir klinik durumdur. Bazen rektumdaki malign ülserler ya da Crohn hastalığı gibi diğer hastalıklar ile karışabilir ve ayırcı tanı kolay olmayabilir.

SRÜS genellikle, rektal kanama, ağrı, mukuslu dışkılama, rektum boşalmasında gecikme ve zorlanma olarak kendini gösterir. Erkek ve kadınlarda benzer sıklıklarda görülmekte ve çoğu hastada erken yetişkinlik (30-40 yaş) çağında tanı konulmaktadır. Hastaların büyük çoğunlığında kanlı dışkılama ana semptom olarak görülmekte ancak önemli bir kısmında herhangi bir semptom bulunmamakta, tanı başka amaçlarla yapılan tetkikler sırasında konulmaktadır (2). SRÜS sık görülmeyeceği ve zaman zaman asemptomatik seyirli olduğu için hastalığın klinik önemi, прогнозu ve tedavisi konusunda bilgi birikimiz azdır ancak toplumda yaşam kalitesinin artması, profesyonel medikal yardım istemi ve erken tanı yöntemleri ile SRÜS tanısı alan hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda SRÜS gelişme mekanizmaları, tanısı ve tedavisi ile ilgili gelişmeleri gözden geçirmek amaçlanmıştır.

PATOFİZYOLOJİ

SRÜS gelişme basamakları henüz tam olarak ortaya konulamamıştır ancak temel olarak alta yatabilecek bazı mekanizmaların olduğu düşünülmektedir. Etkilenen hastalarda gizli

ya da açık rektal prolapsus olduğu, pelvik taban kaslarının uyumsuz şekilde kasıldığı ve mukozadaki kan akımının azlığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (3, 4). Rektal mukoza prolapsusunda sarkan mukozanın defekasyon sırasında zorlanmaya bağlı tekrarlayan travmalara maruz kalması, kan akımında bozulma görülmesi ve iskemi sonucunda ülser gelişmesi bugün için ileri sürelebilecek mekanizmadır (5). Yalnız rektal prolapsusu olan bütün hastalarda ülserasyon gelişmemektedir, bu nedenle rektal prolapsusu ve SRÜS'nu ayrı iki klinik durum olarak gören uzmanlar da vardır (6, 7). Rektum mukozasında travmaya bağlı ülser geliştirebilecek diğer bir neden de şiddetli konstipasyonu olan hastalarda rektal içeriği parmak yardımıyla boşaltmaya çalışmaktadır (2, 5). Tekrarlayan girişimler sırasında mukoza bütünlük zedelenmektedir. Ancak anal kanala parmak mesafesinden daha uzak ülserler için bu mekanizmanın geçerli olduğunu düşünmek zordur.

Anorektal bölgenin fizyolojik çalışmalarında SRÜS saptanan hastaların %25 ile %82'sinde uyumsuz anal kasılmalar ve anorektal bölge kaslarında bir karmaşa olduğu gösterilmiştir (8, 9). Yapılan kontrollü çalışmalarla defekasyon sırasında koordinasyon bozukluğu olması ve uzun süreli zorlanma ile şiddetli iğinmaların SRÜS de anahtar rol oynadığı bildirilmiştir (10). Ayrıca SRÜS hastalarında hipersensitivite daha sık görülmektedir, rektumdaki aşırı duyarlılık dışkılama isteğini artırmakta ve dışkılama sonrası tam boşalma duyusu oluşmadığı için daha fazla zorlanma veya iğinme görülmektedir (2).

KLİNİK BULGULAR

Başvuru yakınmaları arasında barsak hareketlerinde değişme, dışkılama güclüğü ve tam olarak boşalmama hissi, rektal

kanama ve mukuslu dışkılama başı çeker. Tenezm, konstipasyon, zorlanma, uzun süreli iğkinma ve alt kadranlarda karın ağrısı hemen hemen bütün hastalarda görülür. Rektal kanama ana yakınmadır ve %90 kadar hastada görülür. Ayrıca doktora başvurumada en önemli faktör rektal kanamadır. Kanama çok az miktarda olup güclükle fark edilebilir ya da çok miktarda masif kanamalar görülebilir. Fekal inkontinas nadir olarak görülebilir. Bununla birlikte SRÜS olan hastaların %25 kadarının hiçbir semptomu olmayabilir (1-5).

TANI

SRÜS tanısı şüpheli klinik semptomlar ile birlikte uygun endoskopik ve histolojik bulguların olmasıyla konulur. Ayırıcı tanıda Crohn hastalığı, ülseratif kolit, iskemik kolit ve maligniteler göz önünde bulundurulmalıdır. Kolonoskopide, sıkılıkla rektum ön duvarında lokalize, anal kanal iç yüzeyden itibaren 5-10 cm kadar proksimalde yerleşmiş, etrafi hiperemik ve ödemli kenarları düzgün ve zeminden fazla derin olmayan tek bir ülser bulunması SRÜS tanısı için klasik görüntüyü oluşturur (Resim 1). Hastaların üçte biri kadarında birden fazla lezyon görülebilir (5). Bu lezyonlar arasında polipoid oluşumlar olabileceği gibi sadece eritemli mukoza da görülebilir. Tanıya doğrulamak için lezyonlardan biyopsi almak gereklidir. Alınan doku örneklerinin histopatolojik incelemede fibromüsüler hiperplazi, lamina propria düz kas hücresi ve kollajen infiltrasyonu, muskularis mukozada kalınlaşma ve kript yapılarında bozulmalar görülür. Lamina propria da görülen kollajen infiltrasyonu SRÜS için tipik bir bulgu olup, bu sendromu iskemik kolitten ve inflamatuar barsak hastalığından ayırt etmede kullanılır (2, 5).

Defakografi SRÜS tanısı koyabilmek için yeterli bir yöntem değildir, ancak alta yatan nedeni anlamak için yapılması gereklidir. Defakografide levator kaslarının aktivasyonunda zayıflama, verilen baryumu rektumdan dışarı itememe, rektumda uzun süre baryum retansiyonu olması veya gözle görülen rektal prolapsus gelişmesi beklenebilir. Rektal prolapsus internal veya eksternal olabilir ayrıca sigmoid kolondaki invajinasyon da defakografide ortaya çıkabilir. Şüpheli bölgeler transrektal ultrasonografi ile invazif malignite ve SRÜS'nun submukozal uzanımı açısından değerlendirilebilir.

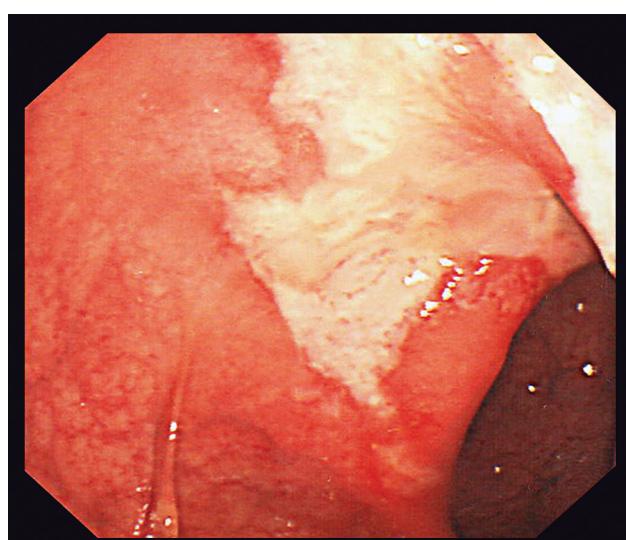
Anorektal manometri gözle görülemeyen patolojik durumları ortaya koyabilir; rektal hipersensitivite, dissinerji, anormal rektal uyumluluk ve balonu rektumdan dışarı itememe gibi

bulgular manometrik çalışmalar ile ortaya çıkabilir (11). Bu na ek olarak biofeedback tedavisinden hangi hastaların faydalı olacağıne de manometri sırasında karar verilir (9).

TEDAVİ

SRÜS tedavisinde birçok hastada diet ve lif desteği gibi konservatif yaklaşımlar faydalı olabilmektedir. Konservatif yaklaşımdan fayda görmeyen hastalar için ilaç tedavisi, biofeedback ve cerrahi girişim gibi tedavi seçenekleri de uygulanabilir. Tedavi, yakınmaların şiddetine ve rektal prolapsus olup olmamasına göre belirlenir. Medikal tedavi seçenekleri arasında, her ne kadar büyük çaplı çalışmalar bulunmasa da, 5-ASA enema, sükralfat enema, steroid enema ve fibrin glue kullanımının semptomları azalttığı yönünde bulgular vardır (12-15).

SRÜS tedavisi ile ilgili farklı merkezlerden farklı sonuçlar bildirilmekte, başarı ve nüks oranlarında değişiklikler görülebilmektedir. Yakın zamanlı bir çalışmada, SRÜS tanısı konulan 28 hasta (yaş ortalaması 29.5 ± 16.1) ile ilgili klinik bulgular, tedavi ve uzun süreli takip sonuçları özetlenmiştir. Hastaların %86'sında rektal kanama, %36'sında karın ağrısı, %25'inde mukuslu dışkılama, %25'inde zorlanma, %14'ünde ishal, %14'ünde kabızlık ve %11'inde parmakla müdahale öyküsü bulunmuştur. Grubun %68'inde anemi saptanmış olup, hastaların %57'sinden kan transfüzyonu öyküsü almıştır. Lezyonların %64'ü ülseratif, %32'si polipoid/nodüler ve %34'ü multiple izlenmiştir. Enema tedavisi alan hastaların %80'inde (12/15) aralıklı rektal kanamanın devam ettiği görülmüştür. Bu hastaların 6'sında intralezyonel steroid injeksiyonu uygulanmıştır.



Resim I. Rektumda yerleşmiş soliter rektal ülser görünümü.

lanmış ve 1 hasta devam eden kanama nedeni ile cerrahiye yönlendirilmiştir. Toplam hasta grubunda kontrol edilemeyen semptomlar nedeni ile 4 hastaya cerrahi yöntemlerle müda-hale edilmiştir. Bu 4 hastanın birinde işlem sonrası sepsis ve ARDS gelişmiş, uzun sürede kronik fistül gelişmesi nedeni ile tedavi kolostomiye çevrilmiştir; 2 hastada ise hemoroidlere bağlı olmasına rağmen rektal kanama devam etmiştir. Takip süresi (43 ± 36 ay) boyunca ise hasta grubunda toplam olarak %46 (13/28) oranında rektal kanamanın devam ettiği görülmüştür. Büyuk ve polipoid lezyonların istatistiksel olarak gösterilemese de tedaviye daha zor sonuç verdiği bildirilmiştir. Yazarlar sonuç olarak günümüzdeki tedavi metodlarının SRÜS tedavisinde yetersizliğinden yakınımlardır (16).

Bununla birlikte SRÜS hastalarının tedavisi başarılı bir şekilde sonuçlandırdıklarını birden çalışmaçılardır. Çocukluk çağındaki hastalarda yapılan bir çalışmada 12 ardışık olgu değerlendirilmiştir. Bütün hastalarda tedaviye ilk olarak sükralfat enema (50 mg/kg, 6 hafta) ile başlanmıştır. Hastalar ilk tedavi süresi sonunda yarar görmedilerse tedavi protokolü, salisilat enema (Asacol 50 mg/kg enema, 6 hafta), buna rağmen düzelseme gözlenmediye kortikosteroid enema (6 hafta) ve en son olarak önceki tedavilerden fayda görmeyen hastalar için ülsere ve çevresine kortikosteroid injeksiyonu ile değiştirilmiştir. Bu algoritma uygulanan hastaların %58.3'ünde ($n=7$) sükralfat enema ile sonuç alınmıştır. Tedavide olumlu sonuç alınamayan 5 hastanın birinde salisilat enema (6 hafta), bir diğerinde ise kortikosteroid enema ile olumlu sonuca ulaşılmıştır. Geriye kalan 3 hastada ülsere ve çevresine kolonoskopi ile lokal kortikosteroid injeksiyonu yapılmıştır. Bu hastaların 2'si asemptomatik hale gelmiştir. Toplam grupta tedavi olamadan kalan 1 hasta ise cerrahi rektopeksi ile tedavi edilmiş ve işlem sonrası asemptomatik hale gelmiştir (17).

SRÜS tedavisinde başarılı olabileceği ileri sürülen yöntemlerden bir diğeri de argon plazma koagülasyonudur ancak yöntemin uygulandığı hasta sayısı ve takip süresi fazla değildir. Medikal yöntemlerle sonuç alınamayan SRÜS olgularında denenebileceği yönünde olgu bildirimleri bulunmaktadır. Örnek olabilecek bir olgu sunumunda, 64 yaşında, 4 yıldır SRÜS tanısı olan bir kadın hastada, kanayan geniş rektal ülsere uygulanan 30 gün aralıklı, 4 seans argon plazma koagülasyonu (4-5 APC uygulaması, 1.2 l/dk ve 45 W) ile ilk seanstan itibaren kanama durdurulmuş ve 9. ayda tama yakın iyileşme sağlanmıştır. Yazarlar argon plazama koagülasyonunu etkili ve

ümít verici bir yöntem olarak yorumlamışlardır (18).

Ayrıca ilginç bir gözlem olarak, uzun süre medikal tedavi gören ve sonuç alınamayan bir kadın hastada 2 defa gebe kalmakla birlikte SRÜS'nun spontan olarak tamamen iyileştiği ve gebelik sonrası yakınlarda ile bulguların tekrarladığı bildirilmiştir. Bu olgu ile SRÜS oluşumu mekanizmaları arasında hormonal bir nedenin de olabileceği ileri sürülmüştür (19).

SRÜS'da tedavi kişiye özel ve saptanabiliyorsa alta yatan patolojiye göre olmalıdır. Ancak pratik bir yaklaşım olarak diete lif eklenmesi ve laksatif kullanımına rağmen semptomlar devam ediyorsa hastalara 6 haftalık sükralfat enema uygulaması önerilebilir. Sükralfat enemaya rağmen şikayetleri devam eden hastalara defakografi çekmek yararlı olur. Defakografi normal sınırlarda yorumlanırsa alternatif medikal tedavi yöntemleri denenebilir. Defakografide pelvik taban kaslarında uyumsuz kasılmalar görüluyorsa pelvik taban disfonksiyonu düşünülür. Pelvik taban disfonksiyonu olan hastalarda eğer diğer yöntemlerle sonuç alınamamış ise biofeedback uygulanması umit verici bir tedavi seçeneği olabilir. Biofeedback tedavisinin temel amaçları, defekasyon esnasında pelvik taban kaslarını ve anal sfinkteri gevsetebilmek, rektoanal koordinasyonu sağlamak ve normal defekasyon dinamiğini geliştirmektir. Bu endikasyonlar ile yapılan biofeedback ile anorektal fonksiyonlarda ve barsak semptomlarında önemli düzelmeler sağlanan hastalar bildirilmiştir (9, 14).

Eğer konservatif ve medikal yöntemlerle klinik düzelseme sağlanamamış ise cerrahi tedaviler düşünülebilir. Cerrahi tedavi yöntemleri olarak rektopeksi, diversyon, ülserin lokal olarak eksizyonu, rektal mukozektomi ve perineal proktemi uygulanabilir (5, 20). Rektal prolapsusu olan, medikal tedaviler ile sonuç alınamayan hastalarda seçkin tedavi yöntemi cerrahi ve abdominal rektopeksidir. Kullanılabilen cerrahi yöntemler ile ilgili geniş çaplı karşılaşmalar yapılmamıştır bununla birlikte açık rektopeksi ve mukozal rezeksiyon ile %42-%100 arasında başarılar sağlanmıştır (21).

Sonuç olarak SRÜS, klinik uygulamalarda çok sık olmasa da karşımıza çıkabilecek önemli durumlardan birisidir. SRÜS mutlaka mukozal ülserasyon yapan diğer hastalıklardan ayırt edilmelidir. Altta yatan nedene göre medikal veya cerrahi tedavi yöntemleri kullanılabilir. Tedavi herzaman istenilen düzeye başarılı olmayıpabilir ve uzun süreli takiplerde nüks görülebilir. Eşlik eden rektal prolapsusu olan hastalarda cerrahi onarım ön planda düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Madigan MR, Morson BC. Solitary ulcer of the rectum. Gut 1969;10: 871.
2. Remes-Troche JM, Rao S SC. Anorectal motor disorders. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2007;21:733-48.
3. Felt-Bersma RJ & Cuesta A. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and solitary rectal ulcer syndrome. Gastroenterol Clin North Am 2001;30:199-222.
4. Jarrett MED, Vaizey CJ, Emmanuel AV et al. Behavioral therapy (biofeedback) for solitary rectal ulcer syndrome improves symptoms, mucosal blood flow. Gut 2004;53:368-70.
5. Sharara AI, Azar C, Amr SS et al. Solitary rectal ulcer syndrome: endoscopic spectrum and review of the literature. Gastrointest Endosc 2005; 62:755-62.
6. Kang YS, Kamm MA, Engel AF et al. Pathology of the rectal wall in solitary rectal ulcer syndrome and complete rectal prolapse. Gut 1996; 3(8):587-90.
7. Kang YS, Kamm MA & Nicholls RJ. Solitary rectal ulcer and complete rectal prolapse: one condition or two? Int J Colorectal Dis 1995;10: 87-90.
8. Vaizey CJ, Bogaerde JB, Emmanuel AV et al. Solitary rectal ulcer syndrome. Br J Surg 1998;85:1617-23.
9. Rao SS, Ozturk R, De Ocampo S et al. Pathophysiology and role of biofeedback therapy in solitary rectal ulcer syndrome. Am J Gastroenterol 2006;101:613-8.
10. Morio O, Meurette G, Desfourneaux V et al. Anorectal physiology in solitary ulcer syndrome: a casematched series. Dis Colon Rectum 2005; 48:1917-22.
11. Rao SSC & Patel RS. How useful are manometric tests of anorectal function in the management of defecation disorders. Am J Gastroenterol 1997;92:469-75.
12. Kumar M, Puri AS, Srivastava R et al. Solitary rectal ulcer in a child treated with local sulfasalazine. Indian Pediatr 1994;31:1553-5.
13. Zargar SA, Khuroo MS & Mahajan R. Sucralfate retention enemas in solitary rectal ulcer syndrome. Dis Colon Rectum 1991;34:455-7.
14. Bishop PR & Nowicki MJ. Nonsurgical therapy for solitary rectal ulcer syndrome. Curr Treat Options Gastroenterol 2002;5:212-23.
15. Ederlene A, Bulighin G, Orlandi PG et al. Endoscopic application of human fibrin sealant in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome. Endoscopy 1992;24:736-7.
16. Chong V H, Jalihal A. Solitary rectal ulcer syndrome: characteristics, outcomes and predictive profiles for persistent bleeding per rectum. Singapore Med J 2006;47:1063-8.
17. Dehghani SM, Haghigat M, Imanieh MH, Geramizadeh B. Solitary rectal ulcer syndrome in children: a prospective study of cases from southern Iran. Eur J Gastroenterol Hepatol 2008;20:93-5.
18. Stoppino V, Cuomo R, Tonti P, Gentile M, De Francesco V, Muscatello N, Panella C, Ierardi E. Argon plasma coagulation of hemorrhagic solitary rectal ulcer syndrome. J Clin Gastroenterol 2003;37:392-4.
19. Sood SK, Garner JP, Amin SN. Spontaneous resolution of solitary rectal ulcer syndrome during pregnancy: report of a case. Dis Colon Rectum 2008;51:1149-52.
20. Nicholls RJ & Simson JNL. Anteroposterior rectopexy in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome without overt rectal prolapse. Br J Surg 1986;73:222-4.
21. Tweedie DJ & Varma JS. Long-term outcome of laparoscopic mesh rectopexy for solitary rectal ulcer syndrome. Colorectal Dis 2005;7:151-5.



ONYEDİNCİ YÜZYIL

Eskilerden kalan üroşkopi sanatı, onyedinci yüzyılda hala tip adamlarınca uygulanıyordu. Genç David Teniers'in 'Köy Doktoru' adlı eserinde de gösterildiği gibi. Musée Royaux des Beaux-Arts de Belgique, Brüksel