



SOLİTER REKTAL ÜLSERİNİN NEDEN OLDUĞU REKTAL DARLIKTAN KAYNAKLANAN İLGİNÇ BİR BAĞIRSAK TIKANIKLIĞI VE TRANSANAL TEDAVİSİ: YENİ BİR YAKLAŞIM

AN UNUSUAL CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO RECTAL STRICTURE CAUSED BY SOLITARY RECTAL ULCER AND ITS TRANSANAL TREATMENT: A NOVEL APPROACH

Acar Aren¹

¹Istanbul Kent Üniversitesi, Prof. Dr.,Ameliyathane Hizmetleri Program Başkanı, İstanbul İstanbul, Türkiye

Özet:

Soliter rektal ülser (SRÜ) sendromu rektal kanama, tenesmus ve zor rektal boşalım ile karakterizedir. SRÜ bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedendir. Bu çalışmada soliter rektal ülserin neden olduğu stenoza bağlı bağırsak tıkanıklığı olgusunu ve bunun transanal tedavisini sunma amaçlandı. Olgu: Biyopsi ile soliter rektal ülseri tanısı alan 32 yaşındaki erkek hastanın 4 yıldır rektal kanama ve tenesmus şikâyeti vardı. Çekilen proktografisinde internal prolapsusu olmadığını ancak uzun süreli ve yetersiz rektal boşalımı ortaya koyuyordu. Kolonoskopide rektumda anal kanaldan 8 cm uzaklıkta pasaja zor izin veren darlık olduğu saptandı. Konservatif tedavi sonrasında transanal yaklaşımla darlık genişletildi. Longo prosedüründe de kullanılan EEA 34 plus (Auto-Suture, New Haven, USA), stapler yerleştirildi ve stenotik ülserli bölge halka şeklinde rezeke edildi. Postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta biyofeedback eğitimi için proktoloji departmanının kontrolüne gönderildi. Yıllar içinde yapılan kontrollerde rektal şikayetleri olsa da obstrüksiyon ve ülser gözlenmedi. Sonuç: SRÜ bağlı rektal darlıklar bağırsak tıkanıklığına ender olarak neden olabilir ve sağlam bir anatomi ve sfinkterik fonksiyon açısından bu gibi olgularda transanal stapler ile rezeksiyon yeni bir yaklaşım olabilir. Tedavi güvenli ve minimal invaziftir. Bu konuda olgu serileri oluşturularak araştırma yapılması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Soliter Rektum Ülseri, Longo Ameliyatı, Rektal Darlık

Solitary rectal ulcer (SRU) syndrome is characterized by rectal bleeding, tenesmus, and difficult evacuation. SRU is a rare cause of intestinal obstruction. Our Objective is to report a case of intestinal obstruction due to stenosis caused by solitary rectal ulcer and its transanal treatment. Case: A 32-year-old male patient with a biopsy-proven solitary rectal ulcer had complaints of rectal bleeding and tenesmus for 4 years. Evacuation proctography reveals no internal prolapsus but prolonged and incomplete evacuation. Colonoscopies show a stenosis in the rectum at the level 8 cm from the anal verge. The passage was minimal. After conservative treatment, under the transanal approach, the stenosis is dilated. The EEA 34 plus stapler (Auto-Suture, New Haven, USA), which was also used in the Longo procedure, was placed and the area with stenotic ulcer was resected in the form of a ring. No postoperative complication occurred. The patient was sent to proctology department for biofeedback retraining. Although there were rectal complaints in the controls over the years, obstruction and ulcer were not observed. Conclusion: Rectal strictures caused by SRU may rarely cause intestinal obstruction. In terms of sphincteric function, resection with a transanal stapler may be a novel approach in such cases. It was concluded that research should be conducted on this subject by creating case series.

Key words: Solitary Rectal ulcer, Longo Procedure, Rectal Stricture

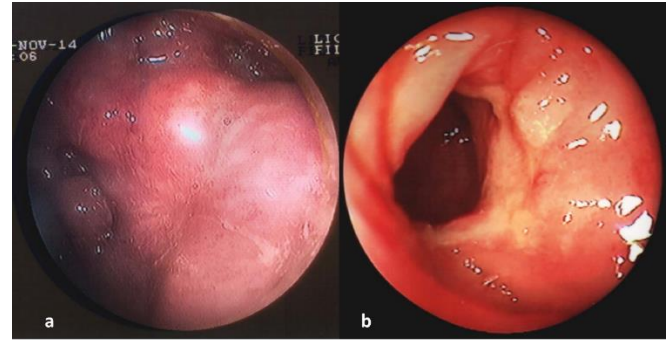
Giriş

Soliter rektal ülser (SRÜ) sendromu rektal kanama, tenesmus ve zor rektal boşalım ile karakterizedir. SRÜ bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedendir. Bu çalışmada soliter rektal ülserinin neden olduğu stenoza bağlı bağırsak tıkanıklığı olgusunu ve bunun transanal tedavisini sunma amaçlandı.

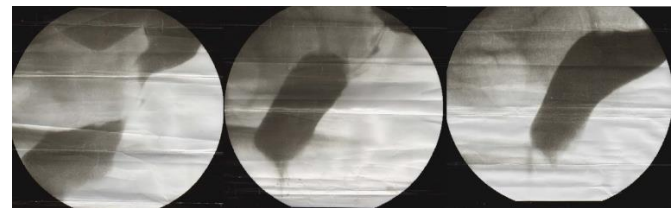
Olgu

32 yaşında erkek hastayı rektal rahatsızlıkları nedeniyle İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniğine baş vurdu. 17.9.1999 tarihinde yapılan kolonoskopide rektum 10.cm de lümeni çepçevre saran ve kısmen daraltan üzeri mukoid bir madde ile örtülü ülser saptandı. Biyopsi taban sertliği nedeniyle zor alındı ve patolojik tanı:” Soliter rektum ülseri, kronik nonspesifik proktit” geldi. Daha sonra hastanın baş vurduğu bir üniversite hastanesinde tekrar 5.6.2000 tarihinde kolonoskopi yapıldı ve lümeni yarım ay şeklinde çevreleyen üzeri beyaz renkli darlık oluşmuş mukoza, yer yer birbirleri ile ilişkili ülserler saptanarak tekrar soliter rektum ülseri tanısı konuldu. Ancak biyopsi sonucu non-diagnostik materyal olarak bildirildi. 2000 yılının eylül ayında ve 2001 yılının ocak ayında hastaya endoskopiler tekrarlandı ve aynı sonuçlar alındı (Resim1a.,1b.). 28.09.2000 tarihinde yapılan proktografide (Resim2.) istirahatte sigmoid kolon, rektum, anal kanal ve anorektal açı normal olarak değerlendirildi. Sıkma ve ıkınma ile pelvik taban hareketleri normal bulundu ve inkontinans saptanmadı. İkinma ile anorektal açının azaldığı ve defekasyonun başlamadığı gözlemlendi ve internal prolapsusu saptanmadı. Paradoksal puborektal kontraksiyon tanısı konuldu. Hasta 10.4.2002 tarihinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine bağırsak obstrüksiyonu bulguları ile baş vurdu ve cerrahi kliniğinde konservatif tedaviyi takiben hasta yatırıldı. Şikayetlerinin bir türlü geçmedi ve bu nedenle cerrahi tedavi önerildi. Uygulanacak tedavinin yeni olması ve her türlü olası komplikasyonlar anlatılarak hastanın yazılı onamı alındı. Hasta 16.4.2002 tarihinde ameliyata alındı ve transanal striktür bölgesine zorlukla ulaşıldı, babcock forsepslerle ile darlığın kenarları tutularak, prolen ile burs dikişi geçildi. Darlık dilate edilerek Longo

prosedüründe de kullanılan EEA 34 plus (Auto-Suture, New Haven, USA) ile bu bölgenin transseksiyonu gerçekleştirildi (Resim 3. A). Kontrol edildiğinde rektumun normal hale geldiği ve tüm skatris dokusunun rezeke edildiği anlaşıldı (Resim 3b.,3c.). Postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta biyofeedback eğitimi için proktoloji departmanının kontrolüne gönderildi. 30.9.2002 tarihinde yapılan kontrol kolonoskopisinde: anastomoz normal, ülserasyon yok denildi ve hastanın 11 kilo aldığı gözlemlendi. Yıllar içinde yapılan kontrollerde rektal şikayetleri olsa da obstrüksiyon ve ülser bugüne kadar gözlenmemiştir. Son olarak 21.9.2005 de yapılan kolonoskopide ülser ve obstrüksiyon saptanmadı (Resim 4.).



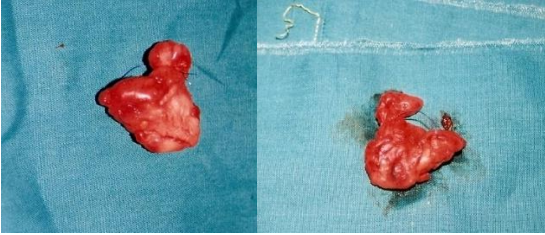
Resim 1. Ameliyat öncesi endoskopik görüntüler



Resim 2. Proktografik görüntülerde prolapsus gözlenmemekte, paradoksal puborektal kontraksiyon gözlenmektedir



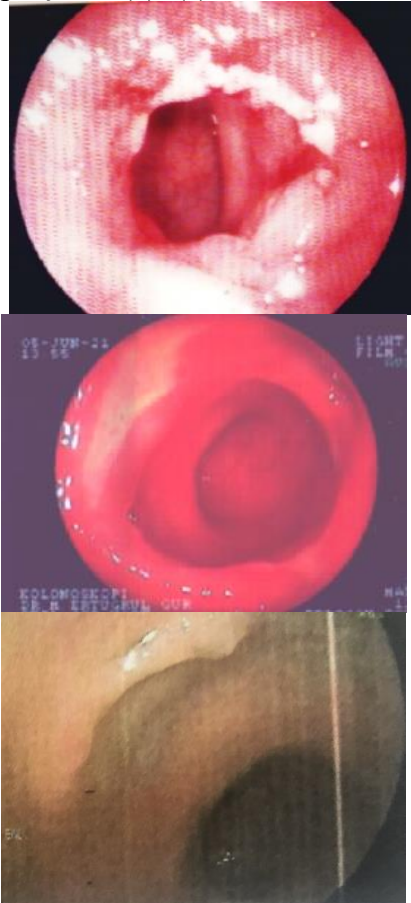
a.



b.

c.

Resim 3. Hastaya Longo prosedüründe uygulanan EEA 34 mm stapler ile transanal darlık eksize edildi(a), stapler ile çıkarılan doku parçaları (b), (c).



Resim 4. Hastaya ait ameliyat sonrası erken ve geç kolonoskopi görüntüleri.

Tartışma:

SRÜ sendromu her yaşta insanda görülebileceği gibi genelde yaşamın 3. ve 4. dekatlarında ortaya çıkar. Olgumuz da 32 yaşında olup bu saptamaya uymaktadır. Kesin etiyojisi bilinmemekle beraber, genelde tıbbi tedaviye iyi yanıt verir, ancak çeşitli komplikasyonların gelişmesi durumunda ilave tedaviler devreye girer (Başkonuş, 2001). Biyopsi ile kanıtlanmış soliter rektal ülseri (SRU) olan 80 hastayı kapsayan retrospektif klinik spektrumu gözden geçirmek amacıyla yürütülen bir çalışmada, (Tjandra, 1992) rektal prolapsusun varlığına veya yokluğuna bağlı olarak, rektapeksi veya konservatif lokal prosedür (lokal eksizyon gibi), sırasıyla en uygun cerrahi tedavi uygulanmıştır. Biyofeedback eğitimi sonrasında soliter rektal ülser sendromu semptomlarındaki iyileşmeler gözlenmiştir. Biz de olgumuzu ameliyat sonrası biyofeedback tedavisine gönderdik., Erken klinik yanıt veren hastaların yarısında ortalama üç yıl için klinik faydanın devam etmesi beklenebilir. Biyofeedback eğitimi bu durum için yararlı bir tedavidir. Artık uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç vardır. 5 olguda ülserler çepeçevre rektumu sarmakta imiş. 27 olguya cerrahi müdahale yapılmış. 10 olguda rektal prolapsusu 5 olguda occult prolapsus mevcutmuş. Yapılan 31 girişim : 9 lokal eksizyon, 10 rektapeksi, 10 rezeksiyon, 2 Ostomi açılmıştır (Tjandra, 1992). 3 olguluk başka bir seride olgulardan 1 tanesinin ağır rektal darlıkla baş vurduğu ve pediatri literatüründe ilk olgu olduğu ileri sürülmüştür (Gabra, 2005). Bir başka olgu sunumunda rektumda çevresel darlığına neden olan soliter rektal ülser sendromu bazen malign görünümlü de olabilir denmiş ve rektal darlığı olan hastalarda genellikle cerrahi rezeksiyon gerekti ve bunun da laparotomi veya parasakral transsfinkterik bir yaklaşımla gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir (Perrakis, 2005)

Olgumuza benzer bir olguda tekrarlanan endoskopik muayenede distal rektumda (anokutanöz çizgiden 10 cm uzaklıkta) ülseratif darlık saptanmış ve mukozanın düzensiz yüzeyi kronik mekanik irritasyona bağlanmış, hastanın yaşam kalitesini artırma amaçlı cerrahi

uygulanmış ve rektepeksi ile anterior rektum rezeksiyonu yapılmıştır (Gruber, 2016).

Bir başka çalışmada, rektal ülseri ve ciddi darlığı olan, perfore peritonit nedeniyle acil cerrahi tedavi uygulanan bir hasta sunulmuştur 11 yaşındaki erkek, peritonit bulguları ile hasta yatırıldığında aniden karın ağrısı ve ateş gelişmiş ve acil laparotomi yapılarak anal kanaldan yaklaşık 10 cm uzaklıkta rektumda pasaja izin vermeyen ciddi darlık ve batında perforasyon bulguları saptanmıştır. Hastaya transvers kolon loop kolostomi ile rektosigmoid kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Histopatolojik inceleme sonucunda bu darlığın benign olduğu ve rektumun tüm katmanlarına uzanan ülserasyondan ve inflamatuvar değişikliklerden kaynaklandığı saptanmıştır. Rektumda bu tip darlıklarda mutlaka malignite dışlanmalıdır. Zira rektal ülserle bağlı bu tür darlık oluşma olasılığı çok nadirdir (Takeda, 2000).

SRU Hastalığının Patogenez ile ilgili farklı görüşlerin bir soliter rektal ülser olgusunun tartışıldığı çalışmada semptomların anal ağrı, rektal tenesmus ve kanama gibi nonspesifik olduğu belirtilmiş. Sigmoidoskopide lezyon karakteristik bir görünüme sahip olmasına rağmen kesin tanısı rektal biyopsi örneklerinde ülser sınırlarından spesifik histopatolojik özelliklerin tanınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır. Olgularında cerrahi tedavi tatmin edici olmasına rağmen, sıklıkla ne tıbbi ne de cerrahi tedavi semptomların rahatlamasını veya lezyonun iyileşmesini sağlamadığı ileri sürmüşlerdir (Durando,1989). Bizim de olgumuzun yıllar içinde takiplerinde hastalığı ile ilgili semptomların devam ettiğini gözledik.

Dr. Antonio Longo tarafından tarif edilen ve stapler ile hemoroidektomi (SH) ameliyatı üzerinden 20 yıldan fazla zaman geçti (Longo,1998). Birçok çalışma ile bu uygulamanın diğer hemoroid cerrahileriyle olan karşılaştırmaları güvenli ve uygun bir ameliyat olduğu kanıtlandı (Laughlan,2009 ; Özcan,2019).Ancak bu tekniğin rektum darlığında uygulandığına dair bir yayına rastlanmamıştır. Soliter rektal ülserler (SRÜ) tarafından neden olmuş rektal daralmaların Longo prosedürü veya stapler ile transanal rektal

rezeksiyon (STARR) prosedürü ile tedavisi, yaygın veya standart bir yaklaşım değildir. Longo veya STARR prosedürü genellikle rektal prolapsus, hemoroidler ve tıkalı dışkılama sendromunun tedavisi için kullanılırken, RÜ'lerin neden olduğu rektal daralmaların tedavisi için tipik olarak tıbbi literatürde bahsedilmemektedir.

Sonuç

Soliter Rektum Ülserleri nadir görülen birçok sebebi olabilen tedavisi zor bir hastalıktır. Tıbbi tedavi ve biyofeed back ile baş edilemeyen durumlarda ender de olsa cerrahi müdahaleler gerekli olabilir. Bu müdahaleler genelde lokal olarak ülser eksizyonu ile sınırlı olduğu gibi oldukça ender olarak oluşturdukları darlıklara müdahale için gerekebilir. Literatürde bildirilen olgu sayısı çok azdır ve transanal girişim tarif edilmemektedir. Bu olgumuzda hemoroid ameliyatlarında uygulanan Longo prosedürünü rektal striktürün çıkarılmasında uygulandı. Hastanın darlığı giderildiği gibi uzun süre sıkıntılarında olmamıştır. Bu transanal girişimin bu alanda öncü uygulamalardan olduğu ve benzer olgularda araştırılmasına gerek olduğu kanısına varıldı.

Kaynaklar

Baskonus I, Maralcan G, Gokalp A, Sanal I(2001) Solitary rectal ulcer syndrome: an unusual cause of rectal stricture. Case report. *Chirurgia Italiana*. 2001 Jul-Aug;53(4):563-566. PMID: 11586577.

Durando R, Palestini N, Campi M, Rispoli P.(1989) L'ulcera solitaria del retto. Descrizione di un caso [Solitary ulcer of the rectum. Description of a case]. *Minerva Dietol Gastroenterol*. Jan-Mar;35(1):51-4. Italian. PMID: 2657495.

Gabra HO, Roberts JP, Variend S, Shawis RN.(2005)Solitary rectal ulcer syndrome in children. A report of three cases. *Eur J Pediatr Surg*. Jun;15(3):213-6. doi: 10.1055/s-2004-821180. PMID: 15999319.

Gruber M, Füglistaler I, Zettel A, Fox M, Manz M.(2016) An Unusual Cause of Rectal Stenosis. Case Rep Gastroenterol. Aug 9;10(2):406-409. doi: 10.1159/000448065. PMID: 27721725; PMCID: PMC5043168.

Longo A.(1998) Treatment of hemorrhoid disease by reduction of mucosa and hemorrhoid prolapse with a circular suturing device: A new procedure. Proc 6th World Cong Endosc Surg 1998; 7:777-84

Laughlan K, Jayne DG, Jackson D, Rupprecht F, Ribaric G. (2009)Stapled haemorrhoidopexy compared to MilliganMorgan and Ferguson haemorrhoidectomy: A systematic review. Int J Colorectal Dis 2009; 24:335-44.

Özcan, B., Erdoğan, O. (2019). Stapler Hemoroidopeksi? de Anokutanöz Hattın 4 Kadrandan Traksiyonu Avantaj Sağlıyor mu?. Akdeniz Tıp Dergisi, 5(2), 290-295.

Perrakis E, Vezakis A, Velimezis G, Filippou D. (2005)Solitary rectal ulcer mimicking a malignant stricture. A case report. Rom J Gastroenterol. 2005 Sep;14(3):289-91. PMID: 16200242.

Takeda A, Imaseki H, Okazumi S, Shimada H, Takayama W, Hayashi H, Suzuki T, Ochiai T.(2000) A patient with rectal ulcer with severe stenosis presenting with perforated peritonitis. J Gastroenterol.35(1):56-9. doi: 10.1007/pl00009977. PMID: 10632543.

Tjandra, J. J., Fazio, V. W., Church, J. M., Lavery, I. C., Oakley, J. R., & Milsom, J. W. (1992). Clinical conundrum of solitary rectal ulcer. *Diseases of the colon & rectum*, 35, 227-234.