

SOLİTER REKTAL ÜLSER SENDROMU VE KRONİK PELVİK AĞRI

SOLITARY RECTAL ULCER SYNDROME AND CHRONIC PELVIC PAIN

Mehmet Ali ELMACIOĞLU, MD^{1, *}

¹Anestezi ve Reanimasyon uzmanı (Anestesiolog), SEV hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Gaziantep - Turkey

Özet

Bu çalışmada Kronik pelvik ağrı nedeniyle kliniğimize gönderilen Soliter Rektal Ülser hastasının Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp tedavi yaklaşımı değerlendirilmiştir. Soliter Rektal Ülser Sendromu tedavisi güç ve hastanın yaşam kalitesini azaltan kronik pelvik ağrı nedenlerinden biridir.

Bu olguda; uygulanan klasik medikal tedavilerden yanıt alamamış bir hastaya Nöralterapi Bütünsel yaklaşımı ile yapılan tedavi sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Soliter Rektal Ülser, Pelvik ağrı, Nöralterapi, Lokal Anestezik

Summary

Solitary rectal ulcer syndrome is one of the rare causes of chronic pelvic pain which is difficult to treat and that reduce the patient's quality of life. In this case; the results of a patient are meant to be shared who did not receive a response from classical medical treatment. That we applied treatment with the Holistic approach of Neuraltherapy.

Key words: Solitary Rectal Ulcer, Pelvic Pain, Neuraltherapy, Local anesthetics

Giriş

Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS) ilk defa 1830 yılında Cruveilhier tarafından tanımlanmış, 1969 yılında Madigan ve Morson tarafından tanı kriterleri bildirilmiştir. SRÜS nedeni tam olarak bilinmeyen, iyi huylu ancak özellikle tedavi konusundaki güçlüklerden dolayı hem hastayı hem de klinisyeni rahatsız edici nadir karşılaşılan bir klinik durumdur.

SRÜS genellikle, rektal kanama ve kanlı dışkılama, kronik pelvik ağrı, mukuslu dışkılama, diare-konstipasyon atakları, 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 (1-3)

Klasik tıbbi tedavide; diet ve lif desteği gibi konservatif yaklaşımlar faydalı olabilmektedir. Konservatif yaklaşımdan fayda görmeyen hastalar için ilaç tedavisi, (5-ASA enema, sükralfat enema, steroid enema ve fibrin glue) biofeedback ve cerrahi girişim gibi tedavi seçenekleri de uygulanabilir.

Tedavi, yakınmaların şiddetine ve rektal prolapsus olup olmamasına göre belirlenmektedir (4, 5)

Olgu

Hasta; 47 yaşında, kadın, 8 yıl önce başlayan ağrılı dışkılama, tenesme ve kabızlık şikayetleri ön planda imiş. Hastanın anamnezinde; kabızlık, şişkinlik, şekere düşkünlük, yetersiz su tüketimi ve zor doğum öyküsü olduğu belirlendi. Geçirilmiş operasyon olmadığı ve sık üst solunum yolu enfeksiyonu yaşadığını belirtmiştir. Zamansal ilişki kurulamamıştır. Hastalık tanısı konulduğu dönemden bu yana birçok ilaç kullandığını ancak yıllar içinde değişken zamanlarda ataklar yaşadığını ve bu atakların belli bir siklus izlemediğini belirtmiştir. Ağrı özellikle rektal bölgede yoğun yanıcı ve şiddetli karakterde olduğunu ağrı nedeniyle uyku bozukluğu şikayetleri yaşadığını ifade etmiştir. Hastanın ağrı sorgulamasında Vizuel analog Skala (VAS) 6/8 olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan fizik muayenesinde Adler Langer: sağda C1 ve C4, solda C4 hassas, Kibler cilt kaydırma testi S2, L4, T12, T10, T8, T4 blokaj tespit edildi. Ciltte kızarıklık ve dermografizm bulguları tespit edildi. Hastaya barsak flora bozukluğu, latent asidoz, VSS ve lenfatik disfonksiyon ve kronik pelvik ağrı tanıları konuldu.

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):
Mehmet Ali Elmacıoğlu, MD
Atatürk Mah 1040 Sok İşil Sit A Blok/10 27010
Şehitkema Gaziantep Türkiye
Tel: 00 90 342 220 02 11 (1232)
maliehmaci@yahoo.com

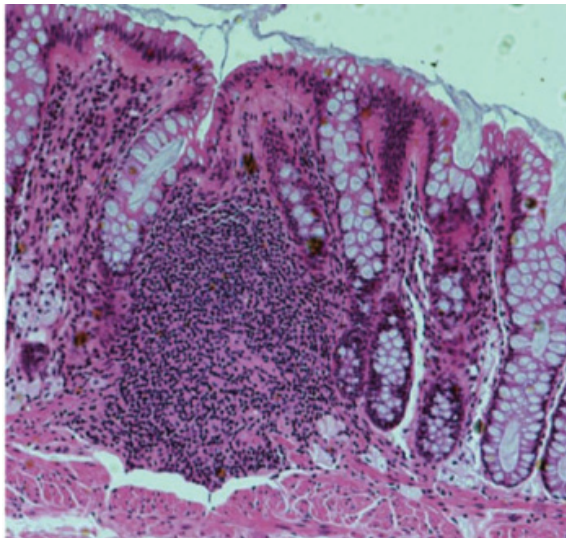
Tedavide; barsak flora bozukluğuna yönelik diet ve beslenme önerileri ve su tüketiminin artırılması sağlandı. Probiyotik, beta gluklan, bikarbonat preparatları ve sindirim enzim desteği başlandı. Hastaya dönüşümlü olarak C1-T8, T9-S4 ve ilgili segmentlere quadel, Nazlıkul'a göre torakal blokaj enjeksiyonu, sakral kanal, frankhauser, ganglion impar, üst-alt lenf drenajı, tonsilla palatina enjeksiyonu, bilateral çölyak ganglion enjeksiyonu, göbek çelengi ve destek tedavi olarak orta dozda rektal ozon(ROT) terapi (200 ml) uygulandı. Tüm enjeksiyonlarda Lidokain %0,5 konsantrasyonda kullanıldı.

İlk uygulama seansını takiben VAS 1/3 düzeyine geriledi. Hastanın 1 hafta sonra yapılan kontrolünde ağrı düzeyinin 2/5 olduğunu ve uyku probleminin kalmadığını belirtti. Hasta 1 aylık dönem içinde uygulanan 6. seansın sonunda bir kez ağrı alevlenmesi yaşadığını (VAS 1/5 seviyesinde) ve bunun haricinde kendisini daha rahat hissettiğini ifade etmiş ve kontrol VAS değeri 1/2 olarak değerlendirilmiştir.

Hasta günlük yaşam kalitesinin belirgin şekilde arttığını, uyku probleminin kalmadığını, kabızlık şikayetlerinin ise azalmaya başladığını ve defekasyon esnasında daha rahat olduğunu ve tenesme hissinin de ortadan kalktığını belirtmiştir.

Tartışma

SRUS'da altta yatan nedenin pelvik taban ve anal kaslarda uyumsuz kasılmaya bağlı rektal prolapsus olduğu ve mukozadaki kan akımının azaldığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu hastalarda mukozanın defekasyon sırasında zorlanmaya bağlı tekrarlayan travmalara maruz kalması, kan akımında bozulma görülmesi ve iskemi sonucunda ülser gelişmesi bugün için ileri sürülebilecek mekanizmadır. İskemi nedeni olarak kan damarlarına yerleşen fibroblastların anal sfinterde basınç oluşturması gösterilmiştir. Rektal mukozal kan akımındaki azalma ise barsaklarda bulunan



Resim 1 | Colon glandüler yapısında yer alan lamina propria düz kaslarında hiperplazi ve kollagen infiltrasyonu ve eşlik eden kronik inflamasyon görüntüsü (11).

otonomik kolinerjik nörojenik aktivitede bozulma ile ilişkilendirilmektedir. Yine bu hasta grubunda yapılan çalışmalarda rektal mukozada gelişen venöz konjesyonun ve iskeminin ulserasyona yol açtığı öngörülmüştür (6, 7).

Anorektal fizyoloji çalışmalarında %25-82 oranında puborektal-anal kas kontraksiyonlarında sinerji bozukluğu tespit edilmiştir (8, 9, 10). Diagnostik olarak kabul edilen histopatolojik incelemede; kolon glandüler yapısında yer alan lamina propria düz kaslarında hiperplazi ve kollagen infiltrasyonu (ayırıcı tanı), ve ülserasyonun eşlik ettiği kronik inflamasyon mevcuttur (Resim 1) (4, 11-13).

Hastalık tablosu bütünsel Nöralterapi bakışı ile değerlendirildiğinde; yıkım ürünlerinin uzaklaştırılmaması ile görülen latent asidoz, VSS ve lenfatik disfonksiyon; kronik inflamasyon ve doku hipoksisine zemin hazırlamıştır. Ülseratif tablonun altında yatan neden olarak gösterilen hipoksi; kan damarlarındaki fibroblast artışı ile ilişkilendirilmektedir. Bağ dokusundaki fibroblastik aktiviteyi artıran bu kronik inflamasyon ve yüklenme durumu; barsaklarda bulunan otonomik kolinerjik nörojenik aktivitede bozulma ve puborektal-anal kas kontraksiyonlarında sinerji bozukluğuna neden olarak iskemi gelişim sürecini izah etmektedir. Venöz konjesyon alt yapısında geliştiği ifade edilen ülsera yatkınlık; yıkım ürünlerinin uzaklaştırılmaması sonucu ortaya çıkan latent asidoz ve hipoksi tablosu, lenfatik drenaj bozukluğu ve VSS disfonksiyonu ile açıklanabilir (14, 15).

Hastanın anamnezinde yer alan kabızlık, şişkinlik, şekere düşkünlük, sık hastalık öyküsü, yetersiz su tüketimi bulguları bizi; belki de bu hastalığın altında yatan esas neden olarak değerlendirebileceğimiz barsak flora bozukluğuna yöneltmiştir (16-18).

Bu hastada Nöralterapi uygulamaları ile ülsera olan bölgede kanlanma artarak, yıkım ürünleri uzaklaştırılmış ve hastalığın alt yapısını oluşturduğu düşünülen kanlanma azlığı lokal anesteziğin sempatotik, antiinflammatuar yanıtları ile çözümlenmiştir. Yine hastalığın patofizyolojisinde yer alan pelvik taban kasları koordinasyon bozukluğu ilgili segmente yapılan quadel, sakral kanal ve ganglion enjeksiyonları ile düzenlenmiştir. Ağrı ve tenesme şikayetleri ise kullanılan lokal anesteziğin antiinflammatuar -analjezik etkisi ile belirgin şekilde azalmış ve hastanın yaşam kalitesi artmıştır. Hastanın barsak florasının düzenlenmesine yönelik diyet, ilaç ve Nöralterapi uygulamaları olumlu sonuç vermiş ve hastalığı besleyen barsak flora bozukluğuna yönelik iyileşme sağlanmıştır. Rektal ozon uygulamaları (19) ile tedaviye katkı sağlanmıştır.

Sonuç

Kronik inflammatuar rahatsızlıkların patofizyolojisinde yer alan nöro-humoral yanıt değişimleri Nöralterapi bütünsel yaklaşımı ile regule edilebilmektedir. İlgili organ, sistem ve patolojiye yönelik olarak uygulanan segmental, genişletilmiş segment ve ganglion enjeksiyonlarının yanı sıra bozucu alan değerlendirmeleri Nöralterapi tedavi yaklaşımının ki-

lit taşlarıdır. Bu çözümlenmesi güç hasta grubunda; barsak flora bozukluğunun düzenlenmesi, ilgili bölgedeki sempatik yüklenmenin ve bağı dokusundaki yüklenmenin Nöralterapi ile çözümlenmesi ile alınan yanıtın ümit verici ve yüz güldürücü olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Lam TC, Lubowski DZ, King DW. Solitary rectal ulcer syndrome. Baillieres Clin Gastroenterol. 1992;6(1):129-43. [PubMed: 1586765]
- Gopal DV, Young C, Katon RM. Solitary rectal ulcer syndrome presenting with rectal prolapse, severe mucorrhea and eroded polypoid hyperplasia: case report and review of the literature. Can J Gastroenterol. 2001;15(7):479-83. [PubMed: 11493953]
- Martin de Carpi J, Vilar P, Varea V. Solitary rectal ulcer syndrome in childhood: a rare, benign, and probably misdiagnosed cause of rectal bleeding. Report of three cases. Dis Colon Rectum. 2007;50(4):534-9. doi: 10.1007/s10350-006-0720-1. [PubMed: 17080282]
- 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.
- Rao SS, Ozturk R, De Ocampo S et al. Pathophysiology and role of bio-feedback therapy in solitary rectal ulcer syndrome. Am J Gastroenterol 2006;101:613-8.
- Mackle EJ, Parks TG. The pathogenesis and pathophysiology of rectal prolapse and solitary rectal ulcer syndrome. Clin Gastroenterol 1986; 15: 985-1002.)
- Keshtgar AS. Solitary rectal ulcer syndrome in children. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2008;20(2):89-92. doi: 10.1097/ MEG.0b013e3282f402c1. [PubMed: 18188026]).
- Vaizey CJ, et al. Solitary rectal ulcer syndrome. Br J Surg 1998; 85: 1617-1623. DOI: 10.1046/j.1365-2168.1998.00935.x
- Morio O et al, Meurette G, Desfourneaux V, D'Halluin PN, Bretagne JF, Siproudhis L. Anorectal physiology in solitary ulcer syndrome: a case-matched series. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1917-1922. DOI: 10.1007/s10350-005-0105-x)
- Ortega AE et al. Changing concepts in the pathogenesis, evaluation, and management of solitary rectal ulcer syndrome. Am Surg. 2008;74(10):967-72. [PubMed: 18942624]).
- Zhu QC, Shen RR, Qin HL, Wang Y. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. World J Gastroenterol. 2014;20(3):738-44. doi: 10.3748/ wjg.v20.i3.738. [PubMed: 24574747]
- Remes-Troche JM, Rao S SC. Anorectal motor disorders. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2007;21:733-48.
- Feczko PJ, O'Connell DJ, Riddell RH, Frank PH. Solitary rectal ulcer syndrome: radiologic manifestations. AJR Am J Roentgenol. 1980;135(3):499-506. doi: 10.2214/ajr.135.3.499. [PubMed: 6773369]
- Nazlıkul H. Nöralterapi'de Bağı Dokusunun Önemi ve Anamnez. Bölüm III, S 35-43. Nöralterapi. Nobel Tıp Kitapevleri 2010.
- Özkan N. Lenfatik Sistem ve Lenfatik Drenajın Önemi. BARNAT 13, Sayfa 34-39. 2011.
- Nazlıkul H. Nöralterapi'de Bozucu Alan Olarak Barsaklar ve Barsakların Önemi. Bölüm XV, S 239-250. Nöralterapi. Nobel Tıp Kitapevleri 2010.
- Nazlıkul H, Acarkan T. Bağırsak ve Enterik Sinir Sisteminin Regülasyondaki Önemi. BARNAT Cilt 8, Sayı:1, 1-7. 2014.
- Nazlıkul H. Nöralterapi Teknikleri ve Bozucu Alan Terapisi. Bölüm X, S 165-169. Nöralterapi. Nobel Tıp Kitapevleri 2010).
- Knoch HG, Roschke W, Klug W. Die Sauerstoff-Ozontherapie in der Proktologie. Aktuelle Koloproktologie 4:161-173.1987.