

Soliter rektal ülser ve medikal tedavinin sonuçları

Solitary rectal ulcer and results of its medical management

Dr. Ali Reşit BEYLER, Dr. Muhsin KAYA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

ÖZET: Rektal kanama, zorlu defekasyon, uzun süre tuvalete oturma, parmakla rektum boşaltması hikayesi olan altısı erkek, beşi kadın 11 hastaya rektosigmoidoskopik ve histopatolojik olarak soliter rektum ülseri tanısı konuldu. Hastalar 21 ile 29 yaşları arasında olup yaş ortalaması 24.45 idi. Ülser tüm olgularda pektinat çizgiden 4-8 cm uzaklıkta; dokuz vakada ön duvarda, bir vakada arka duvarda ve bir vakada da ön-yan duvardaydı. Hastaların hepsine tuvalette parmak kullanmamları, bol fiber içeren gıdaların alınması ve rafine gıdalardan kaçınılması telkin edildi. Hastalara konstipasyonu gidermek için akşam yatarken iki ölçek (yaklaşık 40 gr) laktuloz ve her yemekten önce bir tablet Trimebutin 100 mg verildi. Ayrıca bir ay boyunca tüm hastalara 5 mg hidrokortizon asetat ve 27 mg pistokain içeren suppozituar (kortos suppozituar) günde bir kez yatarken verildi. Bir ve üçüncü aylarda hastalar şikayetleri yönünden ve rektosigmoidoskopik olarak kontrol edildi. Aynı tedaviye üç ay boyunca devam edildi. Üçüncü ayın sonunda hastalardan hiçbirinde kanama ve pelvik bölgede ağrı şikayeti kalmadı; konstipasyon, tuvalette uzun süreli kalma, zorlu defekasyon şikayetlerinin hemen hemen geçtiği saptandı. Üç ay sonra yapılan rektosigmoidoskopik incelemede birinci ayda % 70 oranında küçülme gösteren altı vakadan dördünde ülserin tamamen kapandığı ve çizgi şeklini aldığı, ülser zemininde granülasyon dokusu geliştiği; iki vakada ise yaklaşık % 90 oranında kapandığı tespit edildi. Bir aylık tedavi sonrası % 50 kapanan beş vakada ise ülserlerin tedavi öncesine göre % 70-80 oranında kapandığı, ülser derinliğinin azaldığı görüldü. Bu tedavinin sonuçlarına göre soliter rektal ülserde tedavi diyetin düzenlenmesi, laksatifler, anti kolinerjikler ve lokal olarak ülser iyileşmesini hızlandıran ilaçların kullanılmasıyla yapılabilir. Yaptığımız tedavinin uzun süreli etkileri kontrollü çalışmalarla araştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Soliter rektal ülser, medikal tedavi

SUMMARY: Eleven patients (six men and five women), mean age 24.45 (21-29) with a history of rectal bleeding, difficulty in defecation and incomplete rectal evacuation, were diagnosed by rectosigmoidoscopic and histologic work-up with solitary rectal ulcer. In all cases the ulcer was located 4-8 cm above the pectinate line. The rectal ulcer was located on the front wall in nine cases, on the back wall in one and on the front-side wall in one. All patients were told to avoid manual rectal evacuation and they were put on a high fiber diet. In addition, they received 40 g of lactulose each evening, and Trimebutin, 100 mg tid. before meals. They also a kortos suppository, which is composed of 5 mg hydrocortisone acetate and 27 mg pistocain, qd, every night. Patients were seen on months one and three after starting treatment, and had a physical examination, endoscopy and rectosigmoidoscopy. After three months of treatment, the symptoms of rectal bleeding and pelvic pain had totally subsided in all patients. The patients' complaints of constipation and difficulty in defecating had also improved. In six patients, ulcer size had decreased by 70% on month one; in four of the them the ulcer healed with a band scar and some granulation tissue by month 3 and in the other two the ulcer size had decreased by 90% on month three. In the other 5 patients, the ulcer size decreased by 50% at month 1 and by 70-80% at month 3. The results of this study suggests that the above mentioned management of solitary rectal ulcer consisting of diet regulation, laxatives, anticholinergics and local anti-inflammatory drugs may be at least partially effective. The long term effects of such treatment have to be explored as well and controlled studies are required to verify our results.

Key words: Solitary rectal ulcer , medical treatment

Soliter rektal ülser (SRÜ) etiyojisi tam bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Daha çok rektal kanama, zorlu defekasyon, pelvik ağrı ve rektumda tam boşalmama hissi ile seyredir (1-7). İlk kez 1964'de Madigan tarafından tarif edilmiştir (1). Hastalık daha çok üçüncü dekatta ve % 80

olarak 50 yaşın altında görülür. 70 yaşından sonra oldukça nadirdir. Kadınlarda biraz daha fazla görülür (1). Ülser genelde tek olup pektinat çizgiden farklı uzaklıklarda ve anterior duvarda yerleşir (1, 2, 6, 7). Çoğu vakada tedavi ciddi problem oluşturur. Nadiren defekasyon paterninin değiştirilmesi semptomlarda belirgin düzelme sağlar; genellikle tedavi yeteri kadar sonuç vermez (1, 2, 3).

Servisimizde SRÜ tanısı konulan 11 hastanın üç aylık medikal tedavi sonuçlarını sunacağız.

Tablo 1. Hastaların özellikleri ve ülser lokalizasyonu

No	Yaş	Cins	Ülser lokalizasyonu	Anorektal bileşkeden uzaklık
1	21	Kadın	Ön duvar	6
2	24	Erkek	Ön duvar	7
3	27	Kadın	Öndüvar	5
4	29	Kadın	Ön duvar	7
5	26	Erkek	Arka duvar	6
6	25	Kadın	Ön duvar	4
7	23	Erkek	Ön duvar	6
8	25	Erkek	Ön-yan duvar	8
9	23	Kadın	Ön duvar	6
10	26	Erkek	Ön duvar	7
11	24	Erkek	Ön duvar	5

MATERYAL VE METOD

Hastaların seçimi ve tanı koyma: Rektal kanama, zorlu defekasyon, uzun süre tuvalete oturma, parmakla rektum boşaltması hikayesi olan hastalara rektosigmoidoskopi planlandı. Hastalarımızdan altısı erkek, beşi kadın olup yaş ortalaması 24.45 idi. İşlem öncesi yaklaşık 12 saat önceden Fleet oral solüsyon' içirilerek ve işlemden yarım saat öncede Fleet Enema'ile rektal lavman yapılarak temizliği sağlandı. Daha sonra fleksibl Olympus fiberoptik kısa rektosigmoidoskopi ile rektum incelendi. Hastalardan sekizinde ön duvarda, ikisinde yan duvarda, birinde ön-yan duvar lokalizasyonunda olan tek, üzeri sarı-beyaz eksudayla örtülü, etrafı sert, düzgün ülser tespit edildi. Ülser tüm olgularda pektinat çizgiden 4-8 cm uzaklıkta olup ortalama 6.09 cm civarında idi (Tablo-1).

Tüm vakalarda rektosigmoidoskopi esnasında ülser kenarından biyopsiler alındı. Histopatolojik olarak 9 hastada soliter ülser ile uyumlu olarak rapor edildi. İki hastamızda başlangıçta rektum Ca olarak rapor edildi; ancak aynı preparatlar ikinci kez incelendiğinde soliter rektum ülseri olduğu anlaşıldı. Bu iki hastada endoskopik görünüm olarak da rektum ca ile uyumlu değildi ve soliter rektal ülser olarak kabul edildi. Bu hastaların hiçbirinde yukarıdaki şikayetleri yapabilecek başka patoloji saptanmadı.

Tedavinin düzenlenmesi: Hastaların hepsine

tuvalette parmak kullanmamaları, bol fiber içeren gıdaların alınması ve rafine gıdalardan kaçınılması telkin edildi. Hastalara konstipasyonu gidermek için akşam yatarken iki ölçek (yaklaşık 40 gr) laktuloz ve her yemekten önce 100mg Trimebutin* verildi. Ayrıca bir ay boyunca tüm hastalara 5 mg hidrokortizon asetat ve 27 mg pistokain içeren suppozituar (kertos supp.) günde birkez yatarken verildi. Birinci ayın sonunda hastalar kontrole çağırıp semptomlar yönünden değerlendirildi ve rektosigmoidoskopik inceleme yapıldı. Aynı tedaviye üçüncü ayın sonuna kadar devam edildi. Tedavinin sonunda hastalar tekrar semptomlar yönünden ve rektosigmoidoskopik olarak değerlendirildi.

Sonuç: Bir ay sonra yapılan kontrollerde hastaların hepsinde rektal kanamanın kesildiği, daha rahat defekasyon yaptıkları, defekasyon sırasında pelvik bölgedeki ağrının geçtiği, konstipasyonun azaldığı, kendilerini daha iyi hissettikleri tespit edildi. Yapılan kontrol rektosigmoidoskopide altı hastada ülserin yaklaşık olarak % 70 oranında küçüldüğü, beş hastada da ülserin yaklaşık olarak % 50 oranında küçüldüğü tespit edildi (Tablo-2).

Üç ay sonunda hastalardan hiçbirinde kanama ve pelvik bölgede ağrı şikayetinin kalmadığı; konstipasyon, tuvalette uzun süreli kalma, zorlu defekasyon şikayetlerinin hemen hemen geçtiği anlaşıldı. Üç ay sonra yapılan rektosigmoidoskopik incelemede birinci ayda % 70 oranında küçülme gösteren altı vakadan dörtünde ülserin

Tablo 2. Tedavi sonrası rektosigmoidoskopi bulguları

No	Ülserin durumu	
	Bir ay sonra	Üç ay sonra
1	% 50 küçülme	% 70 küçülme
2	% 50 küçülme	% 80 küçülme
3	% 70 küçülme	Çizgi şeklinde kapanmış
4	% 70 küçülme	Çizgi şeklinde kapanmış
5	% 70 küçülme	% 90 küçülme
6	% 50 küçülme	% 70 küçülme
7	% 70 küçülme	Çizgi şeklinde kapanmış
8	% 50 küçülme	% 80 küçülme
9	% 70 küçülme	Çizgi şeklinde kapanmış
10	% 50 küçülme	% 70 küçülme
11	% 70 küçülme	% 90 küçülme

tamamen kapandığı ve çizgi şeklini aldığı, ülser zemininde granülasyon dokusu geliştiği; iki vaka da ise yaklaşık % 90 oranında kapandığı tespit edildi. Bir aylık tedavi sonrası % 50 kapanan beş vakada ise ülserlerin tedavi öncesine göre % 70-80 oranında kapandığı, ülser derinliğinin azaldığı görüldü.

TARTIŞMA

SRÜ seyrek rastlanan bir hastalıktır. Hastalarda genellikle uzun süreden beri devam eden rektal kanama, konstipasyon, proktalji, zorlu dışkılama ve tenezzümle kendini gösteren defekasyon değişiklikleri ile beraberdir. Hastalık daha çok kadınlarda, üçüncü ve dördüncü dekatta görülür (1, 2). Ülserin oluş mekanizması tam bilinmemektedir. Kompleks birçok faktöre bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (3). Çoğu zaman rektal mukozadaki değişiklikler suçlanmıştır ancak, mukozal değişikliklerin defekasyondaki bozukluğun sonucu geliştiği bildirilmiştir. Defekasyon zorluğu rektal soliter ülser yanı sıra kronik konstipasyon, rektal prolapsus, nörojenik fekal inkontinans, hemoroit, semptomatik uterovajinal prolapsus gibi başka klinik durumlarda da görülür (1). SRÜ'de rektal boşalmadaki bozukluğun puborektalis kasının defekasyon sırasında paradoksal kasılmasına bağlı olduğu düşünülür. Ancak bunu desteklemeyen çalışmalarda vardır (1, 4). SRÜ'li hastaların yaklaşık % 50'sinde dış anal sfinkterin defekasyon sırasında basınç gradiyenti oluştura-

cak şekilde kasıldığı bildirilmiştir. Rektumdaki yetersiz boşalma neticesinde meydana gelen kronik mekanik irritasyonun mukozal değişikliklere neden olduğu; ayrıca defekasyon sırasında parmak kullanımının kronik irritasyon neticesinde ülsera sebep olduğu bildirilmiştir. Ancak parmak mesafesinin ilerisinde ve bazı parmak kullanmayan hastalarda da SRÜ gelişimi bu teoriyi desteklemez. Ülser gelişiminde rektum duvarındaki patolojinin ülsera neden olduğu düşünülse de altta yatan neden rektumun yetersiz boşalma sonucu ve gaitanın bası şeklinde iskemiye neden olduğunu ileri süren güçlü hipotezler ortaya konulmuştur (7). Hastaların çoğunda internal veya eksternal prolapsusla beraber olduğu bildiren çalışmalar olduğu gibi (1, 4, 6) beraberinde prolapsus olmadığını bildiren (3) çalışmalarda vardır. Hastalarımızın hepsinde literatürle uyumlu olarak 4 aydan fazla devam eden konstipasyon, rektumda tam boşalmama hissi, sık sık tuvalete gitme, uzun süre tuvalette kalma, defekasyon sırasında ağrı, parmakla rektumu boşaltma, en az bir aydır devam eden defekasyon sırasında mukuslu rektal kanama şikayetleri vardı. Hastalarımız 21 ile 29 yaşında olup yaş ortalaması 24.45 idi. Literatürde SRÜ'nin çoğunlukla kadınlarda görüldüğü bildirilmiş olduğu halde hastalarımızın çoğu erkekti. Hastalarımızın hiçbirinde internal veya eksternal prolapsus yoktu.

SRÜ'li hastalarda rektosigmoidoskopik muayenede genelde anorektal birleşkeden 6-12 cm uzaklıkta ve çoğunlukla anterior duvarda olan mukozal değişiklikler görülür. Mukozal değişiklikler ülsera ve nonülsera olmak üzere iki tiptir. Genelde tek, nadiren birden fazla olan, kenarları mukozayla aynı seviyede olan ve tabanı beyaz eksudayla örtülü olan ülser görülür. Ülsera olmayan formlarda ise granüler veya nodüler değişikliklerle beraber olan inflamasyonlu alan görülür. Bazı vakalarda lezyonun rektum CA'dan ayırt edilmesi ancak histopatolojik olarak mümkün olur (1, 6). Ülserli vakalarda tipik olarak muskularis mukozada kalınlaşma vardır. Lamina propia fibroblast, düz kas hücreleri ve aşırı kollagen birikimi ile genişlemiştir. Epithelial hiperplazi ve goblet hücrelerinde azalma görülebilir (1, 2, 4, 6, 7). Vakalarımızın hepsinde soliter rektum ülseri pektinat çizgiden 4-8 cm uzaklıktaydı. Ülserin üzeri sarı-beyaz eksudayla örtülü, etrafı düzgün, tabanı sert, çapları 1.5 ile 2.5 cm arasında değişen tek ülser mevcuttu. Ülser vakaların dokuzunda ön

duvarda, birinde ön-yan duvarda, birinde de arka duvardaydı. Rektosigmoidoskopik görüntü bakımından tüm hastalarımızda bulgular SRÜ ile uyumlu olmakla beraber vakaların hepsinde histopatolojik olarak da tanı doğrulandı.

SRÜ'de çoğu kez tedavi ciddi bir problem oluşturur. Nadiren defekasyon paterninin değiştirilmesi semptomlarda belirgin düzelme sağlar. Ancak çoğu vakada tedavi yeterli sonuç vermez. Konservatif tedavide esas amaç defekasyon bozukluğuna sebep olan patolojik durumu düzeltmektir. Bu amaçla yeterli miktarda fiber alınıması, tuvalette fazla kalmaması, defekasyon sırasında zorlanmama ve parmak kullanılmaması öğütlenir. Ayrıca defekasyonu kolaylaştırıcı olarak oral kullanılan gaita yumuşatıcılar; rektumda boşalmayı kolaylaştıran glyserol suppozituarların semptomlarda kısa süreli düzelme sağladığı bildirilmiştir (1, 2, 3). Rektal yolla lokal olarak sulfasalazin, steroid, sukralfat, karbeneksolon gibi değişik ilaçların direkt mukoza üzerindeki etki ile kısmen fayda sağladığı bildirilmiştir (2). Vakalarımızın hepsine yüksek miktarda fiber içeren gıda alınımasını, tuvalette uzun süre kalmamayı, defekasyon esnasında ıkınmamaları, rektumda boşalmayı sağlamak için parmak kullanılmamaları gerektiğini önerdik. Hastalarımızın hepsine gaitayı yumuşatıcı ve konstipasyon giderici olarak laktuloz (akşam yatarken 40 gr) ve Trime-butin (her yemekten önce 100 mg) kullanıldı. Üç ay süreyle rektumda boşalmayı kolaylaştırıcı veya lokal antiinflamatuvar etki ile

ülser iyileşmesini kolaylaştıracağı düşünüldükçe steroidli suppozituarlar (5mg/gün) kullanıldı. Tüm hastalarımızda tedavinin birinci ayında rektal kanama tamamen kesildiği, diğer şikayetlerde önemli derecede azalma olduğu tespit edildi. Rektosigmoidoskopik olarak ülser boyutlarında altı hastamızda yaklaşık olarak % 70; beş hastamızda da % 50 oranında küçülme görüldü. Aynı tedaviye aynı şekilde devam edildi. Üç ay sonunda yapılan rektosigmoidoskopik incelemede dört hastada ülserin çizgi şeklinde kapandığı, tedavi öncesine göre ülser çapının üç hastada % 70; ikisinde % 80; ikisinde de % 90 küçüldüğü tespit edildi. Tüm hastaların kendilerini oldukça iyi hissettiklerini, rektal kanama ve defekasyon sırasında pelvik bölgede ağrı şikayeti tamamen kesildiği; hastalarda konstipasyon, tuvalette uzun süreli kalma, zorlu defekasyon şikayetlerinin azaldığı; hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri saptandı.

SRÜ fizyopatolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalık olup, spesifik tedavisi olmamakla beraber konservatif tedavi önemli ölçüde yarar sağlar. Hastaların eğitilmesi, defekasyonu kolaylaştırıcı olarak yüksek fiberli diyet uygulanması, konstipasyonun giderilmesi, rektumda lokal travma oluşturabilen parmakla boşaltmanın yasaklanması, uzun süreli lokal steroid kullanmasının hastalarda önemli derecede semptomatik ve rektosigmoidoskopik olarak iyileşme sağlayacağı kanısındayız. Yaptığımız tedavinin uzun süreli etkileri kontrollü çalışmalarla araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lam T C F et al. Solitary rectal ulcer syndrome. Bailliere's Clinical Gastroenterology Vol: 6 : 129-143, 1992.
2. Letters to the editors. Endoscopic application of Human fibrin sealant in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome. Endoscopy 24: 736, 1992.
3. Contractor T Q, Contractor Q Q. Traumatic solitary rectal ulcer in Saudi Arabia. A distinct entity?. J Clin Gastroenterology 21 : 298-300, 1995.
4. Halligan S, Nicholls RJ, Bartram CI. Proctographic changes after rectopexy for solitary rectal ulcer syndrome and preoperatif predictive factors for a successful outcome. Br J Surg 82: 314-317, 1995.
5. Halligan S, Nicholls RJ, Bartram CI. Evacuation proctography in patients with solitary rectal ulcer syndrome: Anatomic abnormalities and frequency of impaired emptying and prolapse. AJR 164: 91-95, 1995.
6. Kang YS, Kamm MA, Engel AF, Talbot IC. Pathology of the rectal wall in solitary rectal ulcer syndrome and complete rectal prolapse. Gut 38: 587-590, 1996.
7. Van Outryve MJ, Pelckmans PA, Fierens H, Van Maercke YM. Transrectal ultrasound study of pathogenesis of solitary rectal ulcer syndrome. Gut 34 : 1422-1426, 1993.