

# Ciddi Alt Gastrointestinal Kanama ile Başvuran Bir Soliter Rektal Ülser Sendrom Olgusu

## Massive Lower Gastrointestinal Bleeding in A Patient with Soliter Rectal Ulcer Syndrome

### Edip Torun

Specialist, M.D.  
Department of Gastroenterology  
Faculty of Medicine, Erciyes University  
etorun@erciyes.edu.tr

### Bariş Eser

M.D.  
Department of Gastroenterology  
Faculty of Medicine, Erciyes University  
beser374@gmail.com

### Alper Yurci

Assist. Prof., M.D.  
Department of Gastroenterology  
Faculty of Medicine, Erciyes University  
alperyurci@yahoo.com

### Şebnem Gürsoy

Assoc. Prof., M.D.  
Department of Gastroenterology  
Faculty of Medicine, Erciyes University  
sgursoy@erciyes.edu.tr

Submitted : July 04, 2008  
Revised : February 09, 2009  
Accepted : October 18, 2010

#### Corresponding Author:

Dr. Edip Torun  
Department of Gastroenterology  
Faculty of Medicine, Erciyes University  
38039 Kayseri- Turkey

Phone : +90 - 352 4374937  
e-mail : etorun@erciyes.edu.tr

#### Özet

Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS), rektal kanama, muskulu dışkılama ve yetersiz dışkılama hissi ile kendini gösteren, nadir görülen defakasyon bozukluğudur. Endoskopik bulguları, mukozal ülserasyon, polipoid lezyonlar ya da basit eritem gibi çeşitlilik gösterebilmektedir. En sık görülen semptomlar; rektal kanama, dışkılama esnasında zorlanma, mukuslu dışkılama olmakla birlikte daha az sıklıkla gaita inkontinansı, tenezm, ağrı ve rektal prolapsus görülmektedir. Bu yazıda, masif rektal kanama ile başvuran ve SRÜS'ü olan yaşlı bir hasta sunulmaktadır. Masif rektal kanamanın sebepleri arasında SRÜS'da düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: **Rektal Kanama; Soliter ülser.**

#### Abstract

Solitary rectal ulcer syndrome (SRUS) is an uncommon rectal disorder that can be present with rectal bleeding, passage of mucous and sense of incomplete evacuation. Endoscopic findings vary and can include mucosal ulceration, polypoid lesions or simply erythema. Most common symptoms were rectal bleeding, straining, and mucous discharge. Incontinence, tenesmus, pain and rectal prolapsus were less frequently. Here, we report a case of SRUS presenting with massive rectal bleeding in an elderly patient. SRUS should be taken into consideration as a cause of massive rectal bleeding.

Key words: **Rectal Bleeding; Solitary, Ulcer;**

## Giriş

Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS), nadir görülen ve bu nedenle geç tanı konulan bir klinik durumdur. Tanı alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisinde genellikle kolon distaline yerleşmiş olan ülser veya polipoid lezyonların tipik görünümü ve histopatolojik incelenmesi ile konur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte defekasyon bozukluğuna bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Hastalar genellikle kanlı ve mukuslu dışkılama şikâyeti ile başvurmaktadır. Öyküde kabızlık, yeterli boşalamama nedeni ile defekasyonun uzun sürmesi, rektal prolapsus bulunabilir. Rektal kanama genellikle hafiftir, ancak nadiren ciddi alt GİS kanaması ile başvuran olgular da literatürde bildirilmiştir.

Bu yazıda, daha önce soliter rektal ülser tanısı bulunan ve acil polikliniğimize masif alt GİS kanaması ile başvuran, klinikte nadir rastlanılan bir olgu sunulmaktadır.

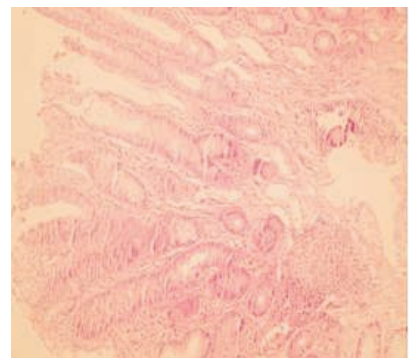
## Olgu Sunumu

Seksen bir yaşında erkek, makattan kan gelmesi, halsizlik ve baş dönmesi şikâyeti ile acil servise başvurdu. Son zamanlarda belirgin bir kilo kaybı göstermeyen olgunun yakınmalarından iştahsızlık, halsizlik, ve kabızlığı olduğu, defekasyonla tam boşalamadığı, defekasyon sırasında bazen rektumun bir miktar dışa çıktığı ve kendiliğinden içeriye çekildiği bilgisi alındı. On yıl öncesinde rektosigmoidoskopide soliter rektal ülser tespit edilen olgunun dört yıl önce akut miyokard infarktüsü geçirdiği, antiplatelet ve antikoagulan ilaçlar kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede; olgu bitkin ve soluk görünümdeydi. Hemodinamik bulgularında; kan basıncı 90/60 mm Hg, nabız 110/dakika, solunum sayısı 22/dakika, vücut ısısı: 36,5 °C idi. Nazogastrik sondadan aktif kanama tespit edilmeyen hastanın rektal muayenesinde taze kan mevcut

olup, ıkmakla rektum dışarı çıkıyordu. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu.

Laboratuvar bulgularında; hemoglobin (Hb) 4,6 mg/dl, hemotokrit %18,3, BUN 52mg/dl, kreatinin 1,4 mg/dl idi. Diğer laboratuvar bulguları normaldi.

Olgu tanı, tedavi ve yakın takip için yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Kontrollü olarak 6 ünite eritrosit süspansiyonu ve mayi desteği yapıldı. Hastanın Hb değeri 10,2 mg/dl'e yükseltildi. Yoğun bakım takibi süresince GİS kanaması tekrarlamayan hastanın vital bulguları stabil seyretti. Hemodinamik bulguları stabilleşen hastanın alt endoskopik incelenmesinde anal kanaldan itibaren 4ncü cm'inde başlayan sınırları net seçilebilen, 6-7 cm. uzunluğundaki rektum segmentini tutan, lümeni çepçevre saran, beyaz eksuda ile kaplı ve temiz tabanlı geniş ülser görüldü. Ülser kenarlarındaki mukoza eritemli ve ödemli olup yer yer hafif sızıntı şeklinde kanama mevcuttu. Alınan rektal biyopsinin mikroskopik incelemesinde; yüzeysel ülserasyon ve goblet hücrelerinden zengin mukozal değişiklikler mevcut olup lamina propriada fibroblast hâkimiyeti mevcuttu. Bu görünüm soliter rektal ülser ile uyumlu olarak değerlendirildi. Gaita kültürü normal flora olarak geldi, gaita mikroskopisi normaldi. Direkt akciğer grafisi, batın ve pelvik USG'de patoloji bulunamadı. Üst endoskopisi normaldi. Hastaya lifli yiyecekler alması ve ıkmaması tavsiye edildi. Gaita hacmini artıran laksatif başlandı. Hastaya defekasyon eğitimi verilerek taburcu edildi. İki ay sonra yapılan endoskopik kontrolünde ülser boyutlarının değişmeden devam ettiği, fakat ülser kenarındaki eritem ve ödemin kaybolduğu izlendi. Olguya ait endoskopik ve histopatolojik görünüm Resim 1'de verilmiştir.



**Resim 1.** Ülserin distal (sol) ve proksimal (orta) kısmının endoskopik görünümü. Rektumdan alınan biyopsi materyalinde yüzeysel ülserasyon, hiperplastik mukozal değişiklikler ve lamina propriada fibrosis görülmektedir (sağ, 10XHE).

## Tartışma

Soliter rektal ülser sendromu (SRÜS), rektumda bir ya da daha fazla ülser veya rektal duvar kalınlaşmasını ifade eden klinikopatolojik anormallikler topluluğudur. Genellikle genç erişkinlerde görülmekte olup, çocuklarda ve yaşlı popülasyonda daha az sıklıkla tanımlanmıştır (1-3). SRÜS olguların yaklaşık %26'sı herhangi bir şikâyet olmadan başka bir nedenle veya tarama için yapılan endoskopik inceleme sırasında tespit edilmektedirler (1). Semptomatik hastalar ise genellikle kanlı ve mukuslu dışkılama şikâyeti ile başvurmaktadır. Kanamanın miktarı genellikle hafiftir, nadir olarak bu olgudaki gibi çok sayıda kan transfüzyonu gerektirecek kadar derin anemiye yol açacak ciddi alt GİS kanamasına yol açabilmektedir (4-6).

Alt GİS kanaması ile başvuran hastalarda dikkatli bir şekilde rektum endoskopik muayenesi yapılmalıdır. Rektal ülserlerin anal kanala yakın yerleşmesi hızlı ve dikkatsiz yapılan muayenede gözden kaçabilmektedir. SRÜS' un alt endoskopik incelemesinde, özellikle ön ve ön-yan duvarda tek ya da birden çok sayıda ülser görülmektedir. Bazı olgularda ise ülser görülmemekte, bunun yanında yuvarlak ve hiperemik polipoid lezyonlar ile mukoza prolapsusu tespit edilmektedir. Lezyonlar anal kenardan yaklaşık 4-18 cm uzaklıktadır (7). Bu olgunun kolonoskopik incelenmesinde lezyon lümeni çepeçevre saran temiz tabanlı ve düzenli sınırları olan tek ülser halinde izlendi. Kolonun diğer kısımları normaldi.

Endoskopik olarak rektal ülser görülen her vakada biyopsi alınmalı ve tanı histopatolojik olarak teyit edilmelidir (8). Tanı ve ayırıcı tanıda, anamnez, fizik muayene, endoskopi ve rektal biyopsiden yararlanır. Radyolojik ve fizyolojik çalışmalar minimal tanısal değere sahiptir (9). SRUS ayırıcı tanısında, infesiyöz rektal ülserler (amebiasis, sifilis vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kronik vasküler yetersizlik, malignensi, endometriosis, kolitis sistika profunda, travmaya bağlı ülser, ilaç ya da radyasyonun neden olduğu proktopatiler ve idiopatik nedenler düşünülmelidir (9). Bu olgunun öyküsünde koroner arter hastalığı bulunması nedeni ile lezyon özellikle iskemiye ikincil gelişen ülserden ayırt edilmelidir. Hastanın karın ağrısının ve iskemiye bağlı oluşabilecek batında hassasiyet ve defansın olmaması nedeniyle klinik olarak bu tanıdan uzaklaşıldı. Yaşlı hastalarda masif alt GİS kanamasına yol açacak divertikül kanamaları, maligniteler, anjiodisplazi ve arterio-venöz malformasyon ayırıcı tanıda yer almalıdır. Bu olguda anorektal travma hikayesi olmaması, SRÜS öyküsü bulunması, endoskopik

incelemede divertikül veya kanamaya yol açabilecek diğer lezyonların bulunmaması ve rektum biyopsisindeki histopatolojik bulgular göz önünde bulundurulduğunda yukarıda sözü edilen tanılardan uzaklaşılmıştır.

SRÜS' in etyopatogenezindeki belirsizlik tedavi yaklaşımlarını da sınırlandırmakta ve olguların uzun süre takibi gerekmektedir. Kullanılan çeşitli medikal ve eğitimsel tedavilere rağmen SRÜS varlığı uzun süre devam edebilmektedir. Bu olgunun 10 yıl önce tedavi almasına rağmen ülserin iyileşmemesi ve devam etmesi hastanın dışkılama eğitimini düzenli uygulamadığı ve önerilen semptomatik tedavilerin yeterli olmadığını göstermektedir. Defakasyon düzensizliğinin giderilmesi için dışkılama eğitimi verilmelidir. Dışkılama esnasında ıkmamaları, sık sık tuvalete gitmemeleri ve tuvalete uzun süre kalmamaları tavsiye edilir. Lifli gıda tüketimi ve hacim oluşturan laksatiflerin kullanımı yararlı olabilir. Medikal tedavide 5-aminosalisilat (10), sukralfat lavman (11) denenebilir. Cerrahi sonrası SRÜS tekrarlayabilir, bu nedenle rektal prolapsusu olan vakalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Ayrıca gizli prolapsusta cerrahiden önce konservatif tedavi denenip, başarısız olursa cerrahi planlamak daha uygun olabilir (12). Bu olguda defakasyon sırasında oluşan ve ileri derecede olmayan rektal prolapsus tespit edildi. Fakat hastanın alt hastalığı ve cerrahi müdahale istememesi dikkate alınarak cerrahi girişim düşünülmüdü.

Kanamayla başvuran SRÜS olgularında lazer tedavisi ve argon plazma ile koagülasyon (APC) tedavilerin etkinliği tartışmalıdır (13, 14). Olgunun genel durumu düzeldikten sonra yapılan alt endoskopisinde aktif kanama görülmemesi ve kanamanın kendiliğinden durması nedeni ile girişimsel bir tedavi yapılmadı.

Sonuç olarak, SRÜS nadir görülen ve etiyolojisi net aydınlatılmamış çeşitli faktörlerin sebep olduğu klinik bir sendromdur. Bu sendromun tanısı; klinik özellikler, kolonoskopik ve histopatolojik bulgular göz önünde bulundurularak ve diğer nedenler dışlanarak tespit edilmelidir. Alt GİS kanaması ile başvuran hastalar mutlaka alt endoskopi ile değerlendirilmelidir. Alt endoskopide ülser tespit edilen ileri yaşlı hastalarda, klinik ve histopatolojik değerlendirmelerle SRÜS tanısı ile iskemiye ikincil gelişen ülserin ayırımı net yapılmalıdır. Hayatı tehdit eden ciddi anemiye yol açan masif alt GİS kanaması ile başvuran ileri yaşlardaki hastaların ayırıcı tanısında SRÜS'ün akılda tutulması, gereksiz ve ileri tetkiklerden kaçınılması erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımı sağlayacaktır.

### **Kaynaklar**

1. Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW. Clinical conundrum of solitary rectal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:227-234.
2. Tandon RK, Atmakuri SP, Mehra NK, Malaviya AN, Tandon HD, Chopra P. Is solitary rectal ulcer a manifestation of a systemic disease? *J Clin Gastroenterol* 1990; 12:286-290.
3. Kennedy DK, Hughes ES, Masterton JP. The natural history of benign ulcer of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 144:718-720.
4. Alberti-Flor JJ, Halter S, Dunn GD. Solitary rectal ulcer as a cause of massive lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1985;31:53-54.
5. Bishop PR, Nowicki MJ, Subramony C, et al. Solitary rectal ulcer: a rare cause of gastrointestinal bleeding in an adolescent with hemophilia A. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:72-76.
6. Eigenmann PA, Le Coultre C, Cox J, Dederding JP, Belli DC. Solitary rectal ulcer: an unusual cause of rectal bleeding in children. *Eur J Pediatr* 1992;151:658-660.
7. Rosai J, Ackerman S. *Surgical Patology*. Mosby Year Book; 1996. pp:751.
8. Malik AK, Bhaskar KV, Kochhar R, et al. Solitary ulcer syndrome of the rectum: a histopathologic characterisation of 33 biopsies. *Indian J Pathol Microbiol* 1990; 33:216-220.
9. Sharara AI, Azar C, Amr SS, Haddad M, Eloubeidi MA. Solitary rectal ulcer syndrome: endoscopic spectrum and review. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 62:755-762.
10. Blumberg D, Wald A. *Other Diseases of the Colon and Rectum*. In: Feldman M, Freidman LS, Sleisenger MH, editors. *Gastrointestinal and Liver Disease Pathophysiology, Diagnosis, Management*, 7th edition. Saunders: Philadelphia; 2002. p.2294-2318.
11. Ederle A, Bulighin G, Orlandi PG, Pilati S. Endoscopic application of human fibrin sealant in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome. *Endoscopy* 1992; 24:736-737.
12. Murat T. Gülşen, Abdurrahman Kadayıfçı. Soliter Rektal Ülser Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji* 2005; 9:156-160.
13. Rau BK, Harikrishnan KM, Krishna S. Laser therapy of solitary rectal ulcers: a new concept. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23: 27-28.
14. Stoppino V, Cuomo R, Tonti P, et al. Argon plasma coagulation of hemorrhagic solitary rectal ulcer syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2003; 37: 392-394.