

Soliter Rektal Ülserle Bağlı Masif Alt Gastrointestinal Sistem Kanaması

48

Zehra ÜNAL ÖZDEMİR¹

GİRİŞ

Soliter rektal ülser (SRÜ) rektal kanama, defekasyon güçlüğü, mukuslu ve ağrılı defekasyona neden olabilen klinik bir patolojidir. İlk defa 1829 yılında Cruveilhier tarafından tanımlanmıştır (1). Rektal mukoza prolapsusu SRÜ olgularına sıklıkla eşlik etmektedir. Etiyolojisi tam anlaşılamamış olmakla birlikte travmalar, iskemik değişiklikler, eksternal sfinkter veya pelvik taban bozuklukları etyolojide rol oynamaktadır.

Yatağa bağımlı ve ek hastalıkları olan olgularda rektumda akut gelişen ülserler masif kanamalara neden olabilirler (2). Bu olgularda ağrısız, masif ve parlak kırmızı renkli kanama hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşabilmektedir. Nüfusun yaşlanması ve komorbid hastalıkların artması rektal ülserlere bağlı gelişen masif kanamaların görülme ihtimalini arttıracaktır.

Kolonoskopi sırasında eritemden ülsera kadar değişen görünümmler verebilir. Masif kanama varlı-

ğında koagülumlar nedeni ile özellikle aşağı yerleşimli ülserlerde lezyonun lokalizasyonu tespit edilemeyebilir (3). Lezyonun tespit edildiği olgularda endoskopik girişimler denenebilir yada cerrahi müdahaleler uygulanabilir (4). Hematokezyanın teşhis ve tedavisinde acil kolonoskopik inceleme en sık uygulanan ve en etkin yöntemdir (5,6). Masif rektal kanamalarda her zaman endoskopik inceleme için işlemi yapacak ekibe ulaşamayabilir veya yoğun bakımda ventilatörde olan hastalarda mobil endoskop yoksa endoskopik inceleme yapılamayabilir. Böyle durumlarda teşhiste gecikmeler yaşanabilir. Kanamanın şiddetine göre yapılacak transfüzyonlar ve hastanın vital bulgularının stabilize edilmeye çalışılması ilk planda uygulanacak işlemler olarak akla gelmelidir.

Kolonoskopik değerlendirmenin yapılamadığı olgularda anoskop ile yapılacak değerlendirme rektal ülserlere bağlı kanamalarda tanı koydurabilir ve aynı zamanda kanamayı durduracak müdahalelerin yapılmasına olanak sağlayabilir.

Burada yoğun bakımda ventilatöre bağlı bir hastada, ani başlayan ve hemodinamiyi bozan masif alt gastrointestinal sistem kanamasına yönelik teşhis ve tedavi aşamaları sunulmuştur.

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drzehraunal@gmail.com

ise suture edilmesi kanama kontrolünü sağlayacaktır. Cerrahi tedavide Delorme prosedürü, stapler ile transanal rezeksiyon, proktotomi ve low anterior rezeksiyon hastanın kliniğine göre seçilebilmektedir. Prolapsus olgularında mesh kullanılarak veya kullanılmadan yapılan posterior, anterior veya anteroposterior rektopleksi işlemleri de yapılabilmektedir.

SONUÇ

SRÜ'e bağlı masif alt gastrointestinal sistem kanamaları genellikle ciddi komorbid hastalıkları olan yatağa bağımlı veya yoğun bakımda tedavi gören hastalarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Kanama odağının araştırılması için ilk planda kolonoskopik incelemenin yapılması uygun olacaktır. Kolonoskopi sırasında kanamayı durdurmak için endoskopik prosedürler uygulanabilir. Eğer kolonoskopi sırasında odak bulunamazsa, rektal ülserlerin dentat çizgiye yakın yerleştiği düşünülerek, hastanın litotomi pozisyonuna alınıp anoskop ile değerlendirilmesi, kanama odağının suture edilerek kanama kontrolünü sağlamaya olanak verecektir. Bu da hastayı majör cerrahi prosedürlerden kurtarabilecek bir işlemdir.

KAYNAKLAR

- Bes C, Dağlı Ü, Yılmaz F, et al. Massive lower gastrointestinal bleeding associated with solitary rectal ulcer in a patient with Behçet's disease. *Reumatismo*. 2015;67(2):82-84. Published 2015 Sep 16.
- Hung HY, Changchien CR, You JF, et al. Massive hematochezia from acute hemorrhagic rectal ulcer in patients with severe comorbid illness: rapid control of bleeding by per anal suturing of bleeder using anoretractor. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(2):238-243.
- Chiang JM, Changchien CR, Chen JR. Solitary rectal ulcer syndrome: an endoscopic and histological presentation and literature review. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21(4):348-356.
- Kawabata H, Yamaguchi K, Kawakatsu Y, et al. Experience of Manual Compression Hemostasis Under Endoscopic Observation for Acute Hemorrhagic Rectal Ulcer. *Gastroenterology Res*. 2019;12(2):107-110.
- Tseng CA, Chen LT, Tsai KB, et al. Acute hemorrhagic rectal ulcer syndrome: a new clinical entity? Report of 19 cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(6):895-905.
- Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, et al. Clinical characteristics of acute hemorrhagic rectal ulcer. *J Clin Gastroenterol*. 2001;33(3):226-228.
- Serur A, Rhee R, Ramjist J. Current Nonoperative Therapeutic Interventions for Lower Gastrointestinal Hemorrhage. *Clin Colon Rectal Surg*. 2020;33(1):22-27.
- Gralnek IM, Neeman Z, Strate LL. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med*. 2017;376(11):1054-1063.
- Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding [published correction appears in *Am J Gastroenterol*. 2016 May;111(5):755]. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(4):459-474.
- Beck KR, Shergill AK. Colonoscopy in Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Diagnosis, Timing, and Bowel Preparation. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018;28(3):379-390.
- Gouriou C, Chambaz M, Ropert A, et al. A systematic literature review on solitary rectal ulcer syndrome: is there a therapeutic consensus in 2018?. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(12):1647-1655.
- Abid S, Khawaja A, Bhimani SA, et al. The clinical, endoscopic and histological spectrum of the solitary rectal ulcer syndrome: a single-center experience of 116 cases. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:72.
- Behera MK, Dixit VK, Shukla SK, et al. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical, endoscopic, histological and anorectal manometry findings in north Indian patients. *Trop Gastroenterol*. 2015;36(4):244-250.
- Yamagiwa H. Protruded variants in solitary ulcer syndrome of the rectum. *Acta Pathol Jpn*. 1988;38(4):471-478.
- Kang YS, Kamm MA, Engel AF, et al. Pathology of the rectal wall in solitary rectal ulcer syndrome and complete rectal prolapse. *Gut*. 1996;38(4):587-590.
- du Boulay CE, Fairbrother J, Isaacson PG. Mucosal prolapse syndrome—a unifying concept for solitary ulcer syndrome and related disorders. *J Clin Pathol*. 1983;36(11):1264-1268.
- Torrijo Gómez I, Balciscueta Coltell Z, Sanjuan Jiménez J, et al. Solitary rectal ulcer in a patient with rectal prolapse. *Úlcera rectal solitaria en paciente con prolapso rectal*. *Cir Esp*. 2018;96(4):234.
- Forootan M, Darvishi M. Solitary rectal ulcer syndrome: A systematic review [published correction appears in *Medicine (Baltimore)*. 2019 Feb;98(7):e14662]. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(18):e0565.
- 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(3):613-618.
- Abdi S, Tavakolikia N, Yamini M, et al. Solitary rectal ulcer syndrome: addition of rectal therapies to biofeedback is more effective than biofeedback alone. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2019;12(3):197-202.
- Qari Y, Mosli M. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of medical treatments for the management of solitary rectal ulcer syndrome. *Saudi J Gastroenterol*. 2020;26(1):4-12.
- Malouf AJ, Vaizey CJ, Kamm MA. Results of behavioral treatment (biofeedback) for solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(1):72-76.
- Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, et al. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(5):594-609.
- Zhu QC, Shen RR, Qin HL, et al. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. *World J Gastroenterol*. 2014;20(3):738-744.
- Somani SK, Ghosh A, Avasthi G, et al. Healing of solitary rectal ulcers with multiple sessions of argon plasma coagulation. *Dig Endosc*. 2010;22(2):107-111.
- Stoppino V, Cuomo R, Tonti P, et al. Argon plasma coagulation of hemorrhagic solitary rectal ulcer syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 2003;37(5):392-394.