

Wrzód samotny odbytnicy – aktualne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne

*Małgorzata Kołodziejczak¹, Paweł Świącki²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii Szpitala na Solcu w Warszawie

Ordynator: dr n. med. Jacek Bierca

Kierownik Proktologii: dr hab. n. med. Małgorzata Kołodziejczak

²Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

SOLITARY RECTAL ULCER SYNDROME – CURRENT METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Summary

Solitary rectal ulcer syndrome (*ulcus solitarius recti*) is a benign condition of rectum with unknown etiology. Direct cause of condition is unknown, however, in opinion of many investigators the indirect cause of ulcer may be syndrome of excessive tension in muscles of the pelvic fundus and functional disorders occurring in the process of defecation. The leading three clinical symptoms are: bleeding, mucus in the stool and feeling of ineffective pressure on rectum. Diagnosis is based on endoscopy and histopathological examination. Other specialist examinations useful in diagnosing the condition itself and its cause in particular patient are: defecography, transrectal ultrasonography and anorectomanometry. There is no consensus as to the treatment of solitary rectal ulcer syndrome currently. Treatment is difficult, lengthy and has poor effectiveness. Conservative treatment includes high fiber diet facilitating defecation as well as gentle oral laxatives, suppositories and enemas with mesalazine or steroids and sukralfat applied topically in form of enemas and ointments or orally. In cases with accompanying functional disorders of constrictor muscles the biofeedback is recommended. Almost all cases involving mucous membrane prolapse or full wall prolapse of the rectum should be treated surgically. Proposed techniques are procedures from the perineal access (Delorme, Altmeier), or abdominal access by laparotomy or laparoscopy (rektopexy, resection procedures). Local excision of ulcer in most cases is ineffective. The careful diagnosis involving both patient's history and detailed examination, as well as endoscopy, imaging examinations (colonoscopy, transrectal ultrasonography, defecography), and functional examination (anorectomanometry) all are elements essential for therapeutic success. Diagnosing the potential cause of this rare condition is key to its cure.

Key words: solitary rectal ulcer syndrome, prolapse of the rectum, biofeedback

WSTĘP

Wrzód samotny odbytnicy (*ulcus solitarius recti*) jest to łagodna choroba odbytnicy o nieznannej etiologii. Choroba ta została opisana po raz pierwszy w 1929 roku przez Cruveilhiera (1). Szczegółowe kliniczne i patofizjologiczne cechy wrzodu samotnego odbytnicy zostały opisane po raz pierwszy w 1969 roku przez Madigana i Morsona. To właśnie ci autorzy zaproponowali nazwę dla tej jednostki chorobowej: zespół samotnego wrzodu odbytnicy (ZSWO) (2). W literaturze anglosaskiej często używany jest skrót SRUS (*solitary rectal ulcer syndrome*).

Epidemiologia

Wrzód samotny odbytnicy występuje rzadko i dotyczy 1/100 000 ludzi w populacji ludzi dorosłych (3), jakkolwiek należy przypuszczać, że dane te są znacznie zaniżone z powodu słabej rozpoznawalności choroby. Choroba głównie dotyczy młodych dorosłych, częściej kobiet (3:1), ale jest też spotykana u dzieci i ludzi starszych (4, 5). Prace dotyczące owrzodzenia samotnego odbytnicy obejmują mało liczne grupy pacjentów. Słynna

Klinika Chirurgiczna w Cleveland opisuje 23 przypadki leczenia chirurgicznego tej choroby na przestrzeni 16 lat (6). Inne doniesienie autorów z Kuwejtu opisuje leczenie 13 przypadków owrzodzenia samotnego odbytnicy w ciągu 6 lat (7).

Etiologia

Dokładna przyczyna choroby nie jest znana, chociaż wielu badaczy uważa za pośrednią przyczynę owrzodzenia zespół nadmiernego napięcia mięśni dna miednicy oraz zaburzenia czynnościowe występujące w trakcie procesu defekacji. W ponad połowie przypadków pacjentów z tą dolegliwością występuje paradoksalny skurcz mięśnia łonowo-odbytniczego w trakcie defekacji oraz zwiększone napięcie mięśnia zwieracza zewnętrznego powodujące niedokrwienie (8, 9). Przedłużony wysiłek podczas defekacji jest przyczyną wzrostu ciśnienia w bańce odbytnicy, co powoduje przerost warstwy mięśniowej ściany odbytnicy (5, 10). Wielokrotne, nawrotowe wgłębianie błony śluzowej do światła odbytnicy może doprowadzić do pełnościennego jej wypadania.

Jak wspomniano, owrzodzenie często towarzyszy wypadaniu odbytnicy i wówczas jest zlokalizowane na szczycie wypadającej błony śluzowej. U tych pacjentów operacja lecząca wypadanie pełnościennne odbytnicy może wyleczyć również owrzodzenie. Pomimo tego faktu, wypadania błony śluzowej odbytnicy nie można uznać za jednoznaczną przyczynę choroby, gdyż w wielu przypadkach pomimo obecności owrzodzenia nie występuje wypadanie błony śluzowej. Jedni autorzy uważają niedokrwienie błony śluzowej za główną przyczynę choroby, inni podkreślają rolę urazu mechanicznego, np. spowodowanego manualną ewakuacją kamieni kałowych z odbytnicy (11). Są też teorie biorące pod uwagę działanie miejscowych leków na błonę śluzową odbytnicy (np. ergotaminy, niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków) oraz radioterapii (12). Na koniec należy wspomnieć o pojedynczych doniesieniach, jakoby owrzodzenie samotne było objawem choroby systemowej mającej związek z fenotypem HLA-B27 (13). Reasumując, przyczyna powstania wrzodu samotnego jest złożona, zależna od kilku czynników, głównie zaburzeń czynnościowych i być może urazu mechanicznego.

Obraz kliniczny

Podstawowym objawem klinicznym jest krwawienie świeżą krwią z odbytnicy – 91,4% przypadków oraz obecność śluzu w stolcu – 76,5% przypadków (14). Pacjent może też się skarżyć na uczucie nieskutecznego parcia na odbytnicę, ból, zaparcie bądź biegunkę. Z praktyki klinicznej autorzy obserwują trzy wiodące objawy u pacjentów z wrzodem samotnym odbytnicy: krwawienie, śluz w stolcu i uczucie nieskutecznego parcia na odbytnicę. Owrzodzenie samotne odbytnicy może też nie dawać żadnych objawów klinicznych i może zostać wykryte przypadkowo podczas endoskopii. Owrzodzenie najczęściej jest zlokalizowane między 5 a 10 cm od brzoju odbytu, najczęściej na przedniej ścianie odbytnicy. Iwańczuk i Stawarski (5), dokonując przeglądu piśmiennictwa, podają następujące dane dotyczące obrazu endoskopowego pacjentów z zespołem wrzodu samotnego odbytnicy: pojedyncze owrzodzenie na ścianie przedniej lub przednio-bocznej (35-87%), obecność kilku owrzodzeń (22%), występowanie zmian polipowatych (23%), przekrwienie błony śluzowej (13-43%). Częstym wstępnym, mylnym rozpoznaniem jest wrzodziejące zapalenie jelita grubego, a w przypadku zmian o charakterze polipowatym – nowotwór odbytnicy. Są prace wykazujące, że aż 26% pacjentów z owrzodzeniem samotnym odbytnicy ma właśnie takie rozpoznanie wstępne (15). Niejednokrotnie owrzodzenie przybiera formę polipa, w krańcowych przypadkach doprowadzając do zwężenia odbytnicy. Może też mieć wygląd przebarwionej błony śluzowej. Często owrzodzeniu towarzyszą inne objawy kliniczne, takie jak wypadanie błony śluzowej odbytnicy bądź pełnościennne wypadanie odbytnicy.

Rozpoznanie

Pacjenci z owrzodzeniem samotnym odbytnicy rzadko są prawidłowo zdiagnozowani podczas pierwszej wizyty u lekarza. Diagnostyka opiera się na wywiadzie z pacjentem, dokładnym badaniu proktologicznym, endoskopowym i histopatologicznym. Badanie histopatologiczne jest

też niezbędne w celu wykluczenia nowotworu odbytnicy. Obraz histopatologiczny wykazuje włóknienie wciągające warstwę mięśniową, naciek zapalny oraz przekrwienie w blaszce właściwej błony śluzowej odbytnicy. Występuje przerost i zaburzenie architektiki warstwy mięśniowej błony śluzowej. Dochodzi również do zmiany struktury cew gruczołowych błony śluzowej (2, 16). Należy nadmienić, że nawet przy histopatologicznym rozpoznaniu wrzodu samotnego, biopsję w przypadku utrzymującego się owrzodzenia powinno się co pewien czas powtarzać (co najmniej raz w roku). Zawsze powinno się też wykonać pełną kolonoskopię.

Inne specjalistyczne badania, które mogą się okazać przydatne w rozpoznaniu samej choroby i jej przyczyny u konkretnego pacjenta, to:

Badania obrazowe:

- Defekografia – badanie to jest wskazane szczególnie w sytuacjach, kiedy nie występuje pełnościennne wypadanie odbytnicy, a podejrzewa się komponentę wypadania błony śluzowej u chorego. Defekografia może wykazać w tych przypadkach przedłużony czas defekacji, obniżenie mięśni dna miednicy i zatarcie konturów odbytnicy w miejscu owrzodzenia.
- Ultrasonograficzne badanie transrektalne – szczególnie u pacjentów z polipowatą formą owrzodzenia badanie to ma duże znaczenie diagnostyczne, pozwalając określić stopień naciekania zmiany na poszczególne warstwy odbytnicy. Obraz ultrasonograficzny wykazuje przerost błony mięśniowej i zatarcie granicy warstw ściany odbytnicy.

Badania czynnościowe:

- Anorektomanometria – wyniki anorektomanometrii u pacjentów z wrzodem samotnym odbytnicy nie są charakterystyczne. Mogą być prawidłowe, zaś u pacjentów z komponentą wypadania odbytnicy zarówno ciśnienie spoczynkowe w kanale odbytu, jak i skurczowe może być znacznie obniżone.

Różnicowanie

U pacjenta z owrzodzeniem samotnym odbytnicy (szczególnie występującego w formie polipowatej) należy wykluczyć zmianę nowotworową. Rozpoznanie różnicowe obejmuje również choroby zapalne jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna), urazy, zmiany po radioterapii oraz zmiany polekowe i poinfekcyjne.

LECZENIE

Nie ma obecnie jednoznacznych wytycznych co do leczenia owrzodzenia samotnego odbytnicy, leczenie jest trudne, przewlekłe i mało skuteczne (3).

Leczenie zachowawcze

W pierwszej fazie leczenia owrzodzenia powinno być zastosowane leczenie zachowawcze, z wyjątkiem pacjentów, u których występuje pełnościennne wypada-

nie odbytnicy. Powinno stosować się dietę bogatą w błonnik, ułatwiającą wypróżnienia, a także łagodne leki przeczyszczające podawane drogą doustną. Unikać należy drażniących wlewk i lewatyw. Przy towarzyszących zaburzeniach czynnościowych mięśni zwieraczy polecany jest biofeedback. Może on być skuteczny w tych przypadkach, w których nie występuje wypadanie odbytnicy. Autorzy zalecają miejscowo, podobnie jak w zmianach zapalnych zlokalizowanych w odbytnicy w przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, czopki z mesalazyną oraz wlewki z mesalazyną lub sterydami. Niestety, obecnie jest to leczenie kosztowne, gdyż refundacja tych leków obejmuje jedynie przypadki pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna. Niektórzy autorzy rekomendują wlewy z sukralfatu bądź kleje biologiczne (17). Sukralfat jest substancją stosowaną w leczeniu choroby wrzodowej, działa lokalnie, przyspieszając gojenie. Należy wspomnieć, że ostatnio pojawiły się kolejne doniesienia wykazujące korzystne działanie sukralfatu w gojeniu kanału odbytu i błony śluzowej odbytnicy. Stosowany w postaci 7% maści sukralfat przyspiesza gojenie kanału odbytu. Autorzy cytowanej pracy uzyskali 95% wyleczeń ran u pacjentów po fistulotomii (18). W owrzodzeniu odbytnicy sukralfat stosowany jest nie tylko miejscowo, w postaci wlewk (10% zawiesina) i maści (7% maść), ale także w formie doustnej przez 6 kolejnych tygodni (19). Biorąc pod uwagę praktycznie brak działań niepożądanych leku, wydaje się, że stosowanie sukralfatu w leczeniu owrzodzenia samotnego odbytnicy jest uzasadnione (18).

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne w przypadku pacjentów, u których nie występuje wypadanie odbytnicy, jest leczeniem drugiego rzutu. Obejmuje lokalne wycięcie owrzodzenia. Niestety, nie jest to leczenie skuteczne. Praca porównująca leczenie owrzodzenia chirurgicznie oraz biofeedbackiem porównująca wyniki z grupą pacjentów leczonych tylko biofeedbackiem nie wykazała różnicy w wynikach leczenia (20). Prawie wszystkie przypadki związane z wypadaniem błony śluzowej lub pełnościennym wypadaniem odbytnicy powinny być leczone operacyjnie. Proponowane techniki to operacje z dostępu kroczonego (Delorme, Altmeiera) lub brzuszne poprzez laparotomię lub laparoskopię (rektopenia, operacje resekcyjne). Obiecująca jest metoda miejscowego wycięcia owrzodzenia przy pomocy rektoskopu operacyjnego (TEM).

PODSUMOWANIE

Większość autorów jest zdania, że pacjent z wrzodem samotnym odbytnicy wymaga indywidualnego podejścia terapeutycznego (6, 21). Prawie zawsze (z wyjątkiem pełnościennego wypadania odbytnicy) należy podjąć próbę leczenia zachowawczego, a w przypadku niepo-

wodzenia zastosować różne techniki operacyjne, nie zawsze z dobrym efektem. Istotnym elementem warunkującym sukces terapeutyczny jest wnikliwa diagnostyka pacjenta, obejmująca zarówno wywiad z pacjentem i dokładne jego zbadanie, jak i badania endoskopowe, obrazowe (kolonoskopia, ultrasonografia transrektalna, defekografia) oraz czynnościowe (anorektomanometria). Zdiagnozowanie potencjalnej przyczyny tej rzadkiej choroby jest kluczem do jej wyleczenia. □

Piśmiennictwo

1. Cruveilhier J: *Ulcere Chronique Du Rectum Anatomie Pathologique Du Corps Humain*. JB Bailliere. Paris 1829.
2. Madigan MR, Morson BC: Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 1969; 10 (11): 871-881.
3. Denet CH: Solitary rectal ulcer syndrome. [In:] Godeberge P (ed.) *Anorectal diseases*. Medicine-Sciences Flammarion. Paris 2008: 152-154.
4. Keshtgar AS: Solitary rectal ulcer syndrome in children. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20 (2): 89-92.
5. Iwańczak F, Stawiarski A: Wrzód samotny odbytnicy u dzieci. *Nowa Pediatria* 2002; 3 :189-191.
6. Torres C, Khaikin M, Bracho J et al.: Solitary rectal ulcer syndrome: clinical findings, surgical treatment, and outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22 (11): 1389-1393.
7. Al-Brahim N, Al-Adwadi N, Al-Enezi S et al.: Solitary rectal ulcer syndrome: a clinicopathological study of 13 cases. *Saudi J Gastroenterol* 2009; 15 (3): 188-192.
8. Vaizey CJ, van den Bogaerde JB, Emmanuel AV et al.: Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998; 85: 1617-1623.
9. Womack NR, Williams NS, Mist JH et al.: Anorectal function in the solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 319-323.
10. Herman RM, Kenig J: Zespół samotnego wrzodu odbytnicy. *Postępy Nauk Med* 2006; 5: 235-239.
11. Del Val A, Moreno-Osset E: Solitary rectal ulcer inflammation, infection, ischemia or motor disorder? *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26 (6): 376-381.
12. Kaufman HL, Fisher AH, Carroll M, Becker JM: Colonic ulceration associated with nonsteroid anti-inflammatory drugs: report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 705-710.
13. Tandon RK, Atmakuri SP, Mehra NK et al.: Is solitary rectal ulcer a manifestation of systemic disease? *J Clin Gastroenterol* 1990; 12: 286-290.
14. Chang JM, Changchien CR, Chen JR: Solitary rectal ulcer syndrome. an endoscopic and histological presentation and literature review. *Int J Colorectal Dis* 2005; 30: 348-356.
15. Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM et al.: Clinical and pathologic factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 146-153.
16. Goei R, Baeten C, Janevski B, van Engelshoven J: The solitary rectal ulcer syndrome: diagnosis with defecography. *Am J Roentgenol* 1987; 149 (5): 933-936.
17. Zargar SA, Khuroo MS, Mahajan R: Sucralfate retention enemas in solitary rectal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 455-457.
18. Gupta PJ, Heda PS, Shrirao SA et al.: Topical sucralfate treatment of anal fistulotomy wounds: A randomized placebo-controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2011; 54 (6): 699-703.
19. Grochowicz M, Grochowicz P: Samotny wrzód odbytnicy (ulcus solitarius recti). [W:] Bielecki K, Dziki A. (red.) *Proktologia*. PZWL 2000: 201-203.
20. Binnie NR, Papachrystomou M, Clare N et al.: Solitary rectal ulcer: the place of biofeedback and surgery in the treatment of the syndrome. *Word J Surg* 1992; 16: 836-840.
21. Simsek G, Yagci S, Gorgulu, N et al.: Diagnostic features and treatment modalities in solitary rectal ulcer syndrome. *Acta Chir Belg* 2004; 104 (1): 92-96.

otrzymano/received: 23.04.2012
zaakceptowano/accepted: 16.05.2012

Adres do korespondencji:
*Małgorzata Kołodziejczak
Oddział Chirurgii Ogólnej Z Pododdziałem Proktologii
Szpital na Solcu w Warszawie
ul. Solec 93, 00-382 Warszawa
tel.: +48 (22) 625-22-31
e-mail: drkolodziejczak@o2.pl