

SINDROM SOLITARNOGA REKTALNOG ULKUSA – PRIKAZ SLUČAJA

Rosana Troskot Perić^{1,2,3}, Ines Kovačić⁴, Marija Lulić⁴, Anto Dominković², Dragan Jurčić^{1,2}, Gabrijela Stanić⁵, Dubravka Jandrić⁵, Tomislav Pavlović⁶

¹Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, Medicinski fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Cara Hadrijana 10E, HR-31000 Osijek, Hrvatska

²Zavod za hepatologiju i gastroenterologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolnica „Sveti Duh”, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Hrvatska

³Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Viktora Cara Emina 5, HR-51000 Rijeka, Hrvatska

⁴Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Šalata 3, HR-10000 Zagreb, Hrvatska

⁵Zavod za patologiju i citologiju, Klinička bolnica „Sveti Duh”, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Hrvatska

⁶Zavod za radiologiju, Klinička bolnica „Sveti Duh”, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Hrvatska

Autor za dopisivanje: doc. dr. sc. Rosana Troskot Perić, dr. med.
Zavod za hepatologiju i gastroenterologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolnica „Sveti Duh”, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Hrvatska
Adresa e-pošte: rtrskot@gmail.com

Prikaz slučaja

Primljeno: 16. listopada 2015. Prihvaćeno: 8. prosinca 2015.

Sažetak

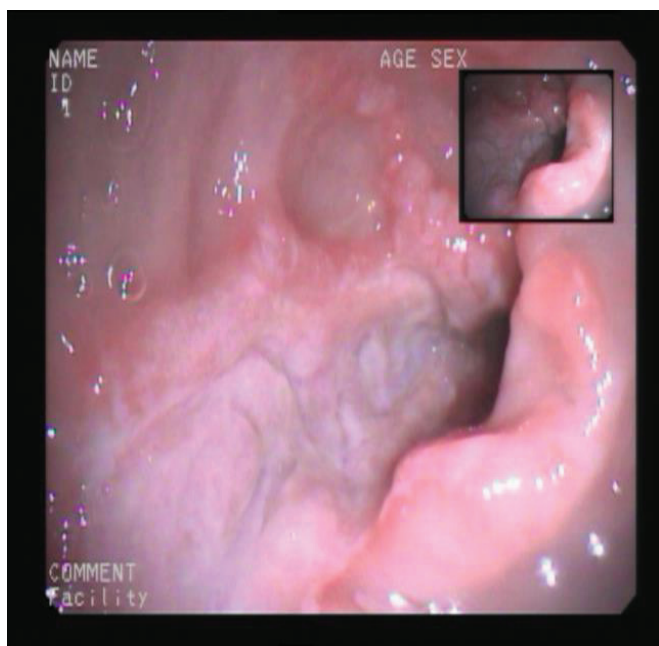
Pojedinačni ili multipli ulkusi mogu se pojaviti u bilo kojemu dijelu kolona i/ili u rektumu. Diferencijalna dijagnoza rektalnoga ulkusa uključuje: upalne bolesti crijeva, crijevne infekcije, urogenitalne bolesti, ulceracije uzrokovane lijekovima (na primjer, nesteroidnim protuupalnim lijekovima – NSAID-om), sindrom solitarnoga rektalnog ulkusa, sterkoralni ulkus, ishemički kolitis te rektalne neoplazme. Prikazan je slučaj 50-ogodišnje pacijentice kojoj je dijagnosticiran sindrom solitarnoga rektalnog ulkusa i koja se kontrolira posljednje četiri godine. S obzirom na anamnestičke podatke, endoskopski i patohistološki nalaz, uz kronični i benigni tijek bolesti, a bez znakova za postojanje drugih organskih bolesti, postavljena je dijagnoza sindroma solitarnoga rektalnog ulkusa. Dodatno je naveden terapijski postupak koji je uključivao konzervativno i medikamentozno liječenje te *biofeedback* vježbe uz literaturni prikaz predloženoga algoritma liječenja toga sindroma.

Ključne riječi: Ulkus - dijagnoza, etiologija, terapija; Rektalne bolesti - dijagnoza, etiologija, terapija; Rektum - patologija; Biološka povratna sprega – metode; Dijagnostika, diferencijalna; Konzervativno liječenje – metode; Ženska osoba; Osoba srednjih godina; Prikazi slučaja; Hrvatska

Uvod

Sindrom solitarnoga rektalnog ulkusa (engl. *Solitary rectal ulcer syndrome* - SRUS) rijetka je benigna bolest, karakterizirana kombinacijom simptoma, endoskopskih nalaza i histoloških abnormalnosti (1). Prvi klinički opis SRUS-a napravio je francuski istraživač Cruveilhier 1829. godine (2), ali tek 1969. godine Madigan i Morson predložili su kliničko-patološke karakteristike

koje su prihvaćene i danas (3). SRUS je rijetko i slabo dijagnosticirano stanje, s procjenom incidencije od 1 do 3,6/100 000 ljudi. Bolest je mlađih odraslih osoba, koja se pojavljuje gotovo jednako između spolova, s malom predominacijom u žena. Najčešće se pojavljuje u trećemu desetljeću u muškaraca i u četvrtome desetljeću u žena, ali zabilježeni su i opisi bolesti u djece i gerijatrijske populacije (4-7).



SLIKA 1.

Endoskopski nalaz: Kolonoskopskim pregledom u rektumu vidio se duguljasti ulkus s fibrinom u dnu i uzdignutim, nepravilnim i hiperemičnim rubovima (nalaz iz 2011. godine)

FIGURE 1

Endoscopic findings: Colonoscopy procedure revealed an oblong ulceration in rectum, with fibrin in the ulcer base and raised, irregular and hyperaemic edges (test results, 2011)

Iako postoji više preglednih članaka o SRUS-u i relativno povećano zanimanje za taj sindrom (4-6,8), patogeneza i uzrok još su uvijek nepoznati, a učinkovita terapija nije ustanovljena.

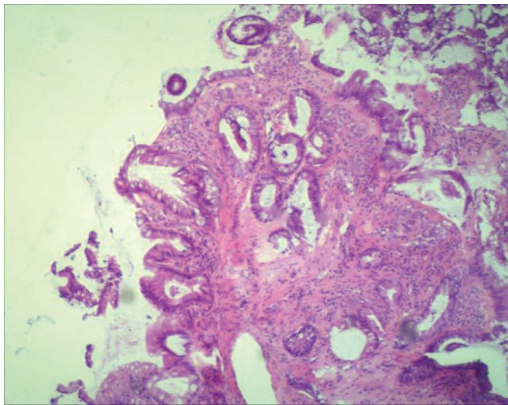
Cilj je ovoga rada prikazati slučaj pacijentice sa SRUS-om koji je bio kroničnoga i relativno benignoga tijeka, ali neadekvatnoga odgovora na terapiju koja se primjenjuje za blage i srednje teške oblike toga sindroma te zahtijeva druge načine liječenja.

Opis slučaja

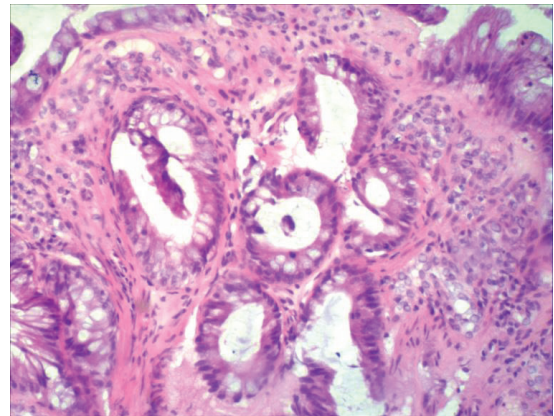
Radi se o 50-ogodišnjoj pacijentici koja se posljednje četiri godine kontrolira kod gastroenterologa zbog dijagnoze solitarnoga ulkusa rektuma. Godine 2005. utvrđena je nodozna struma štitnjače (Morbus Hashimoto); 2011. godine zbog nastanka hipotireoze uvedena je supstitucijska terapija (levotiroksin); 2008. godine kolecistektomirana je zbog žučnih kamenaca; 2010. godine dijagnosticiran je anksiozno-depresivni poremećaj i uvedena terapija antidepresivima i anksioliticima te je redovno posjećivala psihijatra; od 2011. godine nema psihijatrijsku terapiju. Unatrag pet godina liječi se zbog arterijske hipertenzije; od tada je nađena i hiperlipidemija. Godine. 2011. učinjena je prva gastroenterološka

(GE) obrada zbog bolova u žličici, napuhivanja, obilne svježe krvi nakon stolice i bolova u čmaru. Tada je u laboratorijskim nalazima verificirana sideropenična anemija koja je korigirana peroralnim pripravcima željeza. Pacijentica navodi da je tijekom deset i više godina imala neredovite stolice (svaki treći dan), povremeno uz manualnu evakuaciju stolice iz rektuma sa svježom krvi nakon defekacije. Posljednjih nekoliko godina redovno uzima osmotske laksative te nema više potrebe za manualnom evakuacijom stolice; stolice su mekane, jednom dnevno ili jednom u dva dana. Nekoliko mjeseci prije početka prve gastroenterološke obrade zbog krvarenja iz čmara pregledana je u Koloproktološkoj ambulanti. Digitorektalnim pregledom nađeni su hemoroidalni čvorići (u terapiji su preporučeni supozitoriji i mast za hemoroide). Kod prvoga pregleda 2011. godine u kliničkome statusu nije bilo patološkoga nalaza. Appetit je bio održan, nije bilo gubitka na težini i većih tegoba prilikom mokrenja. Ultrazvučnim pregledom abdomena nađena je reflektivna jetra (izgleda masne jetre) i stanje nakon kolecistektomije. Gornjom endoskopijom verificirana je manja klizna hijatalna hernija te kronični *H. pylori* negativan gastritis. Učinjena višeslojna kompjutorizirana tomografija (engl. *MultiSlice Computed Tomography* - MSCT) abdomena bila je uredna. Prvim kolonoskopskim pregledom s retrogradnom ileoskopijom nađen je manji sesilni polip u cekumu koji je odstranjen biopsijskim kliještima (PHD: hiperplastični polip), a u rektumu na udaljenosti otprilike 8 cm od anokutane granice, prema stražnjoj stijenci rektuma, duguljasti ulkus (dužine otprilike 5 cm) sa žučkastim naslagama u dnu i uzdignutim, nepravilnim hiperemičnim rubovima, s dosta sluzi u lumenu (Slika 1.) te hemoroidalni čvorići. Uzete su biopsije za patohistološku dijagnozu (PHD) i bris četkicom za citološku analizu: oba nalaza bila su bez znakova maligniteta. PHD: površni epitel izraženo je regenerativno promijenjen, u lamini propriji vezivo, par širih endotelnih prostora, pojedinačni mononukleari, uz manja žarišta displazije niskoga stupnja (Slika 2. A i B). U terapiju su uključeni topički aminosalicilati (mesalazin 2 x 1 g). Od tada su u više navrata ponovljene kolonoskopije (u prosjeku jednom godišnje) te rektoskopije (tri puta godišnje), koje su pokazale perzistiranje solitarnoga ulkusa u rektumu, iako je uočeno smanjenje njegove veličine. Višekratno su ponavljane biopsije ulkusa. U uzorcima su nađeni krv, obilje sluzi, granulociti, nekrotični detritus, upalne promjene i vezivo. Uz to, nije bilo znakova maligniteta, ali u dvama uzorcima nađena su manja žarišta displazije niskoga stupnja. U više navrata, od 2011. godine, ponavljane su opsežne gastroenterološke obrade te dodatno obrade po preporuci urologa i ginekologa (nalazi su bili uredni). Tijekom navedenoga razdoblja pacijentica je povremeno primijetila pojavu svježe krvi i sluzi nakon stolice, bez drugih tegoba. Provedena je konzervativna terapija (koja je uključivala

A



B.

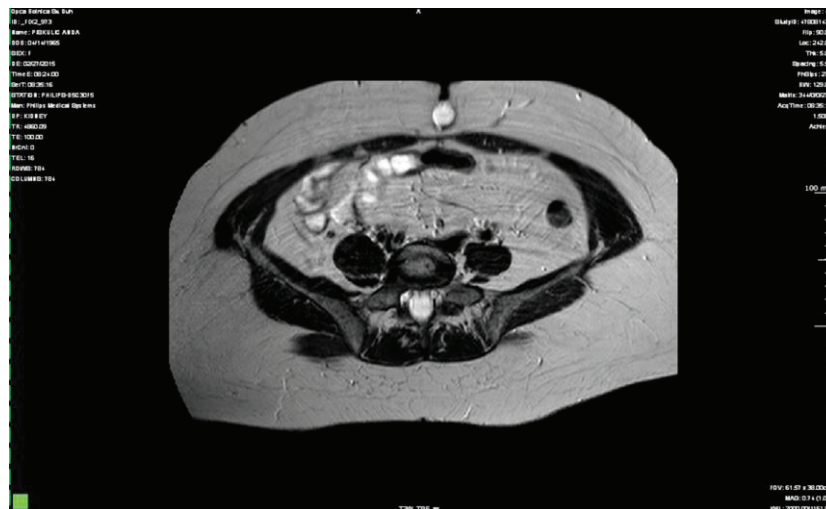


SLIKA 2. A I B.

Patohistološki nalaz: Uzorci tkiva sluznice debeloga crijeva pokazali su izraženo regeneratno promijenjeni površni epitel i epitel različito velikih, reduciranih tubularnih žlijezda uz manja žarišta displazije niskoga stupnja te samo žarišno blagu redukciju vrčastih stanica. U lamini propriji umnažanje veziva uz infiltrat mononukleara i eozinofila (nalaz iz 2011. godine). Bojenje: hemalaun-eozin (HE). Povećanje: A: 40x, B: 100x.

FIGURE 2 A AND B

Pathohistological findings: Biopsy tissue samples of the mucosa of the large intestine showed prominent regenerative changes of superficial epithelium and the epithelium of the tubular glands, which are of different size, with a few foci of mild epithelial dysplasia and a mild reduction in number of goblet cells. In *lamina propria* there is proliferated connective tissue with mononuclear cell infiltrates and some eosinophils (test results, 2011). H&E stain: Hematoxylin and Eosin. Magnification: A: 40x, B: 100x.



SLIKA 3.

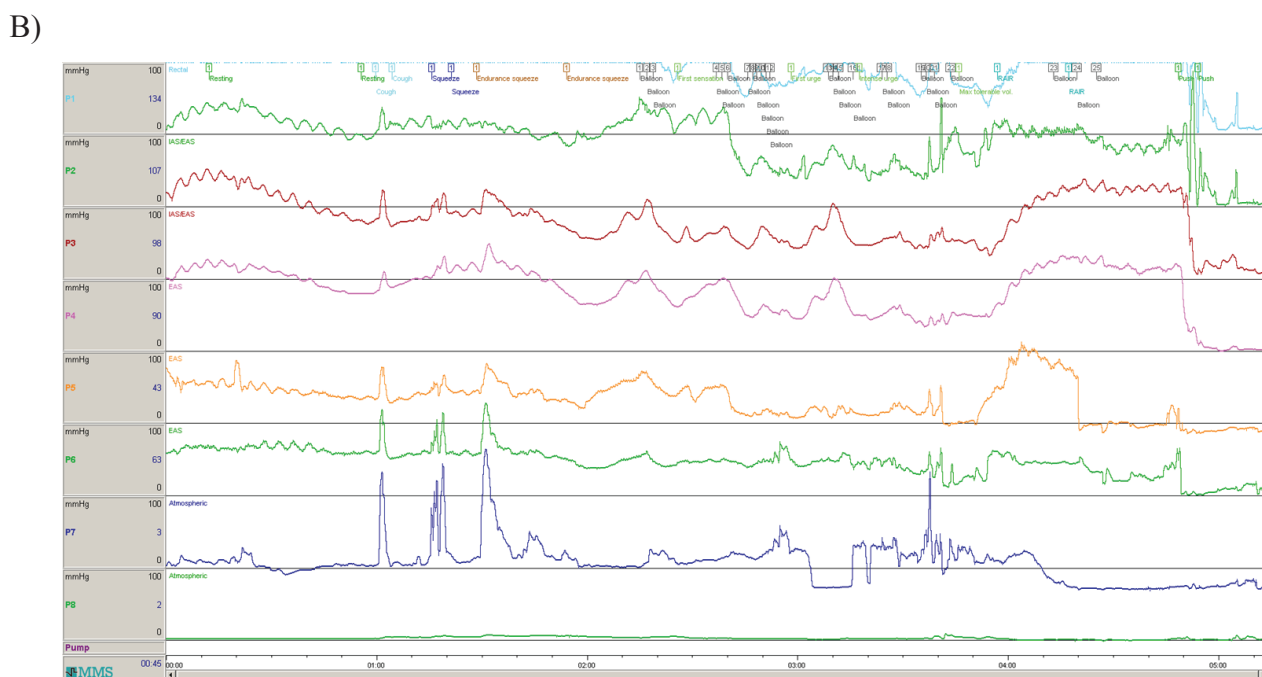
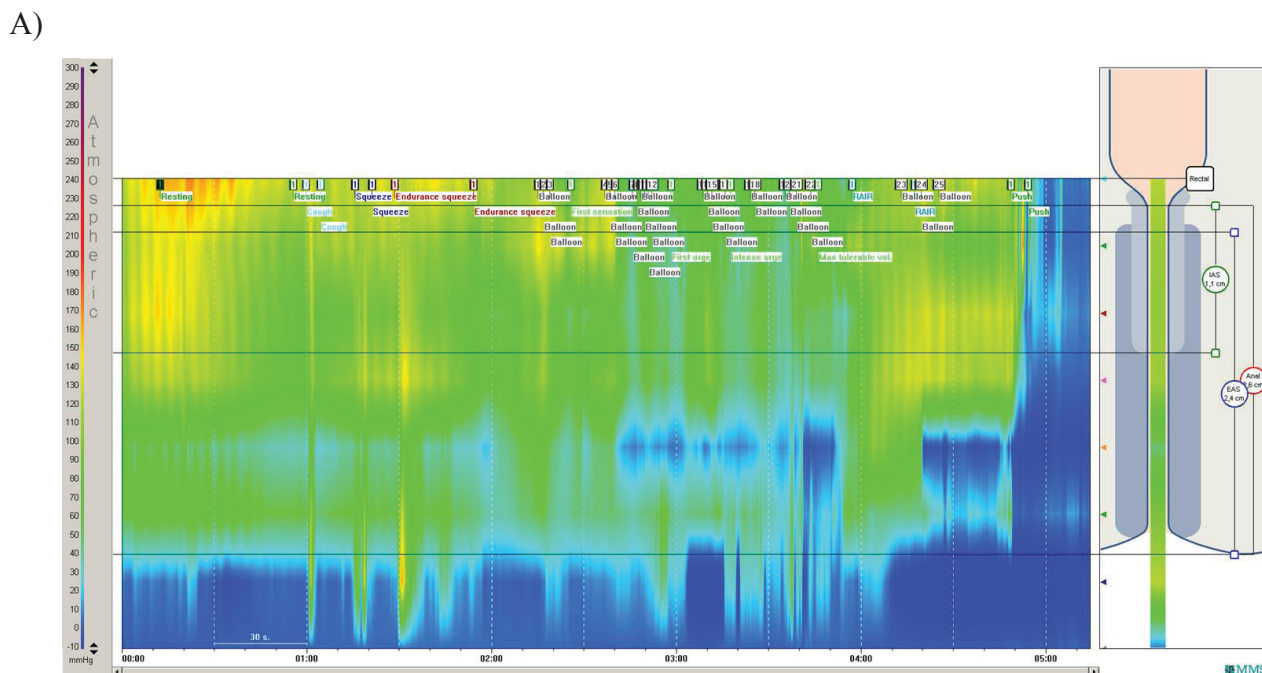
Magnetska rezonancija (MR): Magnetskom rezonancijom zdjelice u području rektosigmoidnoga prijelaza na dužini kranijalno-kaudalno 3 cm prikazuje se cirkularno zadebljanje stijenke (debljine 5 do 10 mm s lijeve dorzalne strane) uz održanu tuniku serozu; musculus levator ani i musculus obturator internus normalnog su izgleda (transverzalni prikaz, T2 sekvence)

FIGURE 3

Magnetic resonance imaging (MRI): Pelvic MR imaging of the rectosigmoid colon, approximately 3 cm in craniocaudal length, circular thickening of the wall can be noticed (thickness 5 mm up to 10 mm at the left dorsal side), with maintained tunica serosa; the musculus levator ani and the musculus obturator internus have a normal appearance (Transverse image, T2 sequences)

edukaciju o promjenama načina prehrane i stila života te primjenu osmotskih laksativa) uz medikamente (topičke aminosalicilate). Predložene su i započete vježbe u sklopu *biofeedback* terapije, ali ih je pacijentica prekinula zbog osobnih razloga (nemogućnosti redovnoga dolaska na vježbe). Također, započeta je primjena kor-

tikosteroidnih klizmi, ali je ubrzo prekinuta na zahtjev pacijentice zbog nepodnošljivosti. U više je navrata konzultiran koloproktolog koji je preporučavao nastavak konzervativnoga liječenja uz redovne rektoskopije i biopsije. U kolovozu 2015. godine učinjena je zadnja procjena zdravstvenoga stanja. U kliničkome statusu bez



SLIKA 4. A I B.

Anorektalna manometrija: Anorektalna manometrija pokazala je nešto više vrijednosti tlakova analnoga sfinktera u mirovanju uz uredne volumene te neuspio test izbacivanja balona iz rektuma (A: Slikovni prikaz, B: Grafički prikaz)

FIGURE 4 A AND B

Anorectal manometry: Anorectal manometry revealed increased resting anal sphincter pressure with adequate volume and negative balloon expulsion test (A: Image mode, B: Graphic mode)

osobitosti, funkcije su bile uredne, nije bilo gubitka težine, BMI (engl. *body mass index*) iznosio je 30 kg/m². Laboratorijski nalazi koji uključuju kompletnu krvnu sliku, sedimentaciju eritrocita, testove koagulacije, C-reaktivni protein, jetrene enzime, vrijednosti serumskoga kreatinina i ureje, hormone štitnjače i tumorske markere bili su unutar referentnih raspona. Na MSCT-u abdom-

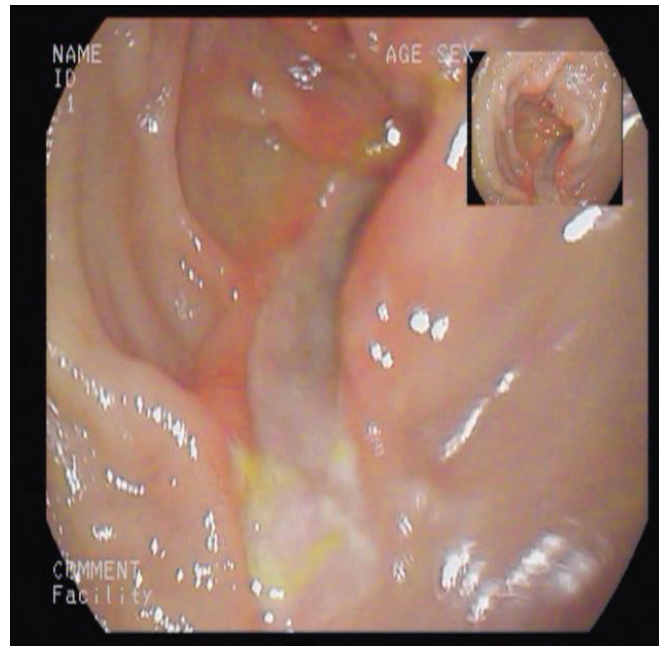
na nije bilo patološkoga supstrata. Na magnetskoj rezonanciji (MR) zdjelice, u području rektosigmoidnoga prijelaza na dužini kranijalno-kaudalno 3 cm, uočilo se cirkularno zadebljanje stijenke debljine od pet do deset mm s lijeve dorzalne strane uz održanu tuniku serozu; *muskulus levator ani* i *muskulus obturator internus* primjerenoga su prikaza (Slika 3.). Iz tehničkih razloga nije

SLIKA 5.

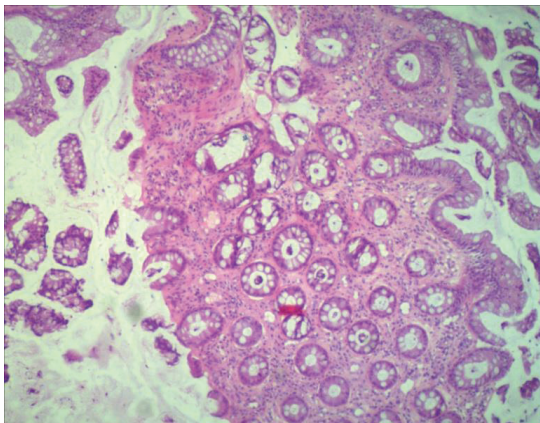
Endoskopski nalaz:
Kolonoskopskim pregledom
u rektumu vidio se duguljasti
ulkus (dužine oko 3 cm,
širine oko 1 cm) s fibrinskim
dnom i hiperemičnim
rubovima (nalaz iz 2015.
godine)

FIGURE 5

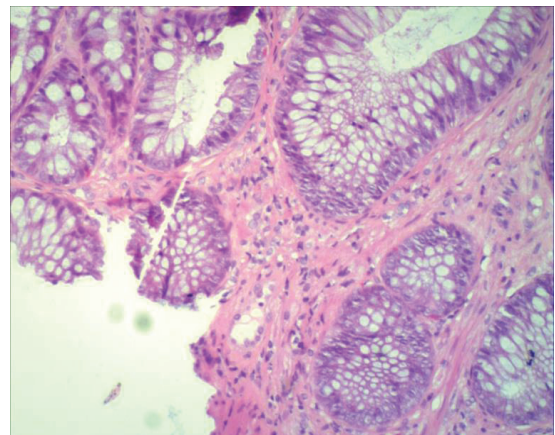
Endoscopic findings:
Colonoscopy procedure
revealed an oblong
ulceration in rectum (3cm
in length, 1cm in width)
with fibrin in the ulcer
base and hyperaemic
edges (test results,
2015)



A)



B)



SLIKA 6. A I B.

Patohistološki nalaz: Uzorci sluznice debeloga crijeva u kojima je površni epitel bio dijelom regenerativno promijenjen, u lamini proprijii vezivo, par širih endotelnih prostora te pojedinačni mononukleari (nalaz iz 2015. godine). Bojenje: hemalaun-eozin (HE). Povećanje: A: 40x, B: 100x.

FIGURE 6 A AND B

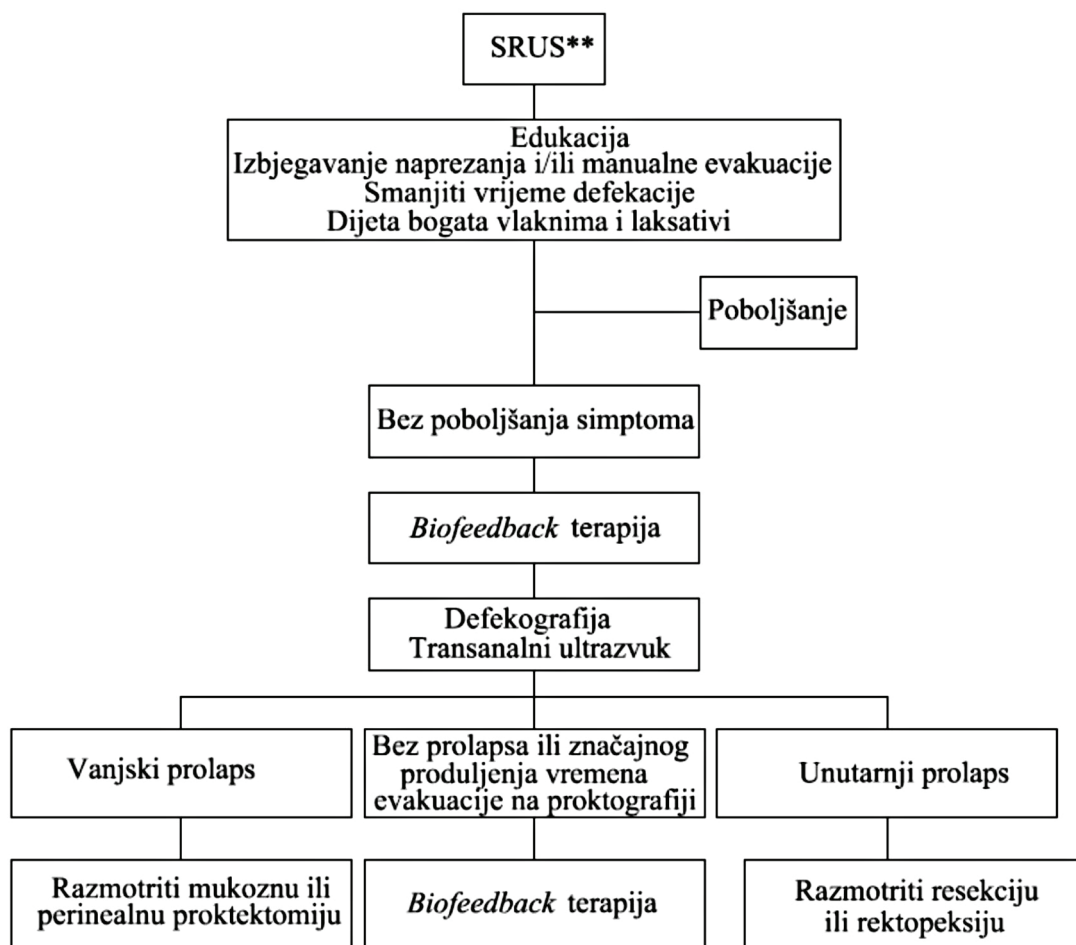
Pathohistological findings: Biopsy tissue samples of the mucosa of the large intestine showed regenerative changes of superficial epithelium, proliferated connective tissue in lamina propria, a few wide, endothelial spaces and mononuclear cell infiltrate (test results 2015). H&E stain: Hematoxylin and Eosin. Magnification: A: 40x, B: 100x

učinjena defekografija, dok je anorektalna manometrija pokazala nešto više vrijednosti tlakova analnoga sfinktera u mirovanju uz uredne volumene te neuspio test izbacivanja balona iz rektuma (Slika 4. A i B). Učinjena je kolonoskopija s retrogradnom ileoskopijom na kojoj su opisani naznačeni hemoroidalni čvorići i na udaljenosti otprilike 8 cm od anokutane granice, na stražnjoj stijenci, duguljasti ulkus (dužine oko 3 cm, širine oko 1 cm) s fibrinskim dnom, uz hiperemične rubove (Slika 5.). U odnosu na ranije nalaze uočava se smanjivanje ulkusa, ali ne i promjene u njegovu izgledu u smislu nastanaka

ožiljaka. Uzete su biopsije za PHD: bez maligniteta, žlijezde su reaktivno promijenjene, a u lamini proprijii nađeno je umnoženo vezivo (Slika 6. A i B). S obzirom na perzistiranje tegoba i endoskopskoga nalaza kroz duže razdoblje, konzultiran je kirurški konzilij koji je mišljenja da treba razmotriti opciju kirurškoga liječenja. Međutim, pacijentica za sada ne pristaje na kirurški zahvat. Planira se učiniti kontrolnu anorektalnu manometriju i defekografiju radi odluke o vrsti operativnoga zahvata. Nastavljaju se dosadašnje mjere liječenja uz redovno endoskopsko praćenje i biopsije ulkusa.

TABLICA 1.

Predloženi algoritam za strategije liječenja u pacijenata sa sindromom solitarnoga rektalnog ulkusa. Izvor: 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. (8)



**SRUS = sindrom solitarnoga rektalnog ulkusa / solitary rectal ulcer syndrome

Rasprava

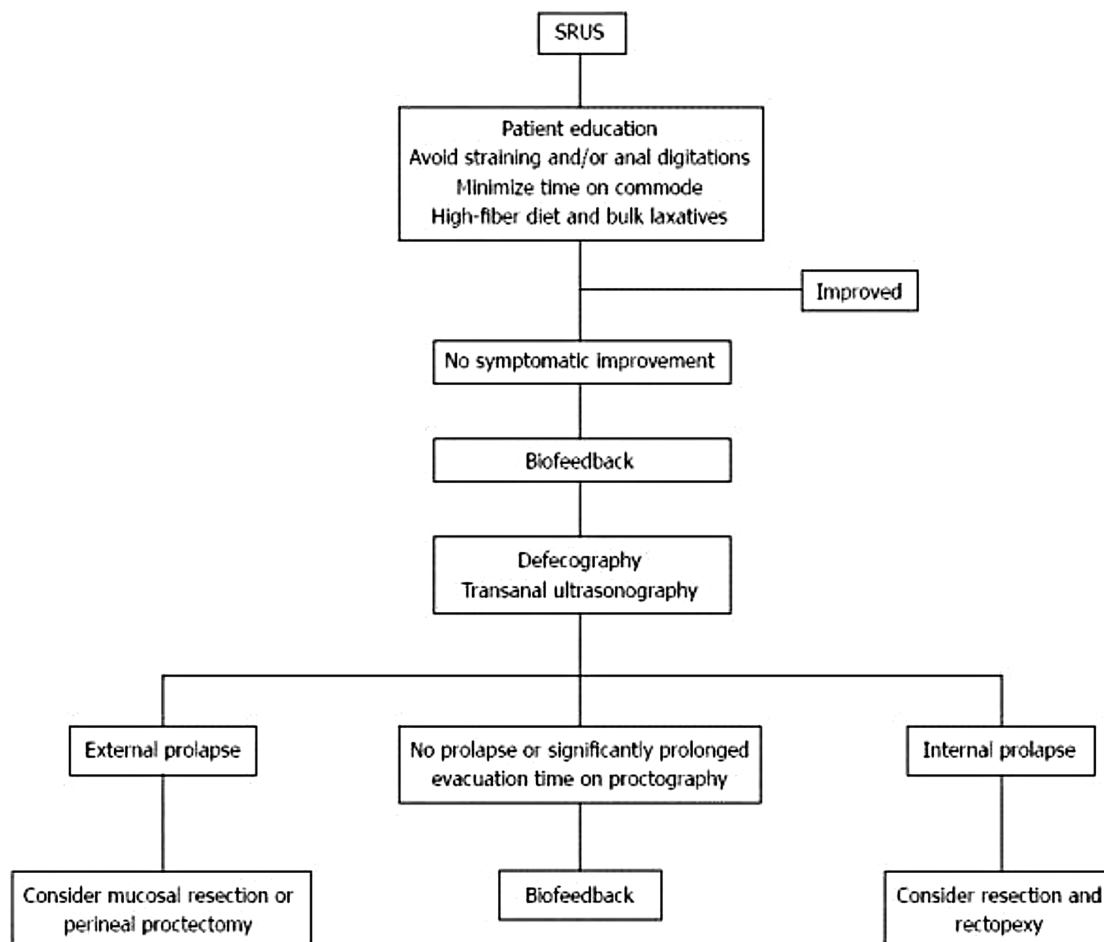
Sindrom je solitarnoga rektalnog ulkusa kroničan, benigni, vrlo često dugo nedijagnosticirani poremećaj koji karakterizira pojava solitarnih ili multiplih ulkusa u rektumu, s nalazom krvi i sluzi u lumenu, povezan s naprezanjem prilikom defekacije ili poremećajem defekacije (4,8). Najčešće zahvaća rektum, ali prema nekim literaturnim podacima može zahvatiti i sigmoidni dio kolona (10). Naziv SRUS pogrešan je jer, osim solitarnih ulkusa kao što je u prikazu slučaja, u tom sindromu mogu biti prisutni multipli ulkusi. U ovome prikazu slučaja radilo se o pacijentici nešto starije dobi u odnosu na podatke iz literature u kojima se navodi pojavljivanje SRUS-a u žena najčešće u četvrtome desetljeću (4-7). Međutim, prema anamnestičkim podacima i simptomima koji su navedeni, a koji mogu biti povezani sa SRUS-om, može se zaključiti da su

tegobe u pacijentice trajale niz godina prije postavljanja dijagnoze SRUS-a.

Kliničke manifestacije SRUS-a različite su, ali najčešće uključuju rektalno krvarenje, obilno pražnjenje sluzi, prolongirano ekstenzivno naprezanje prilikom defekacije ili osjećaj nepotpunoga pražnjenja, perinealnu ili abdominalnu bol, konstipaciju, ili rjeđe, prolaps rektuma (8,10,11). Priležea etiologija i patogeneza nisu još u potpunosti jasne: mnogi su čimbenici uključeni, tako da SRUS može biti posljedica direktne traume i lokalne ishemije (8). Stoga se dijagnoza temelji na kliničkoj slici, nalazima kolonoskopije (točnije, proktosigmoidoskopije), patohistološkoj analizi te slikovnim pretragama, kao što su defekografija, dinamička magnetna rezonancija, funkcionalne pretrage anorektalne regije – manometrija i elektromiografija (8,12). Detaljna anamneza prvi je korak u dijagnosticiranju toga sindroma. Osobito je važno

TABLE 1

Suggested algorithm for treatment strategies in patients with solitary rectal ulcer syndrome. Source: 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. (8)



povezati anamnezu s fizikalnim pregledom i dijagnostičkim pretragama jer diferencijalna dijagnoza SRUS-a obuhvaća razne bolesti, poput upalnih bolesti crijeva (Crohnove bolesti, ulceroznoga kolitisa), ishemičnoga kolitisa, ulceracija uzrokovanih lijekovima (nesteroidni antireumatici i dr.), crijevnih infekcija mikroorganizmima, sterkoralnoga ulkusa te rektalnih neoplazmi (4,8). Bitno je istaknuti da se dijagnoza može vrlo lako previdjeti. Primjerice, opstruktivni simptomi u djece mogu se pogrešno tumačiti kao konstipacija. Neadekvatna biopsija te nesigurna patohistološka slika također mogu dovesti do neprepoznavanja bolesti. Hematokezija, kao jedan od simptoma, može se tumačiti kao posljedica nekih drugih stanja, poput krvarenja iz analnih fisura ili polipa (4,8). Najvažnija je pretraga kolonoskopija uz uzimanje biopsija za patohistološku dijagnozu. Ulkusi su najčešće veličine 1-1,5 cm, no mogu biti i veći ili manji. Mogu varirati i u izgledu prema ozbiljnosti same bolesti, sve

od preulkusnih hiperemičnih promjena do nalaza bijele, žute ili sive odljuštene sluznice. Ulceracija je plitka, a okolna sluznica može se doimati nodularno ili granularno. Lezija može biti polipoidna, eritematozna ili se čak prikazuju multiple lezije (8). Od slikovnih metoda, defekografijom se mogu uočiti intususcepcije te mukozni prolapsi. Dodatno, anorektalna manometrija i elektromiografija pružaju uvid u stanje anorektalnoga inhibitornog refleksa, tlakova, osjetljivost rektuma na distenziju, vrijednosti ostalih volumena i osjetljivosti te dinamiku defekacije. Pojačano naprezanje prilikom defekacije te nekoordinirana defekacija uzrokovana disinergijom mišića dna zdjelice povezani su s tim sindromom (8). Potrebno je provesti i standardne laboratorijske pretrage, kao što su kompletna krvna slika, sedimentacija eritrocita, C-reaktivni protein, testovi koagulacije i jetreni enzimi (oni su u većini slučajeva unutar referentnih raspona što je izuzetno važno za isključivanje drugih organskih

bolesti). Može se eventualno naći anemija kao posljedica krvarenja iz rektuma (8). Konačno, patohistološkom analizom nađu se fibromuskularne obliteracije lamine proprije, hipertrofija muskularisa mukoze s proširenjem mišićnih vlakana prema kriptama te abnormalnosti glandularnih kripti (5). Dodatno se mogu naći erozije, blaga upala, poremećaji kripti te reaktivna epitelnata atipija. Važno je istaknuti da navedeni dodatni patohistološki nalazi kliničara mogu uputiti prema pogrešnoj dijagnozi, poput upalne bolesti crijeva ili čak maligne bolesti (13). U prikazu ovoga slučaja nesiguran patohistološki nalaz predstavljao je poteškoće u postavljanju dijagnoze jer je kod ponovljenih biopsija ulkusa, u nekoliko navrata, dobiven neodgovarajući materijal za definitivnu patohistološku dijagnozu (krv, obilna sluz, nekrotični detritus), a u par uzoraka žarišno je nađena displazija niskoga stupnja. Važno je istaknuti da je potrebno uzeti veći broj biopsija sa zahvaćenoga mjesta i češće ponavljati biopsije kako bi se što lakše mogla odrediti dijagnoza te isključiti ostale bolesti u diferencijalnoj dijagnozi, pogotovo malignu bolest.

U liječenju pacijentice počeli smo prvom linijom terapije koja je uključivala: promjene ponašanja vezano za defekaciju, promjene režima života i dijetu s dosta ostataka (netopivih vlakana), pojačanu fizičku aktivnost i primjenu osmotskih laksativa. Odmah nakon postavljanja dijagnoze uključena je i terapija topičkim aminosalicilatima (mesalazinom) uz pokušaj primjene kortikosteroidnih klizmi. Primjena *biofeedback* terapije bila je sljedeća etapa u liječenju, ali se brzo odustalo od njezina provođenja zbog osobnih razloga pacijentice pa se učinkovitost te terapije ne može procijeniti. S obzirom na izostanak odgovora na primijenjenu terapiju, konačna je opcija u liječenju kirurško liječenje na koje pacijentica nije pristala.

Prema podacima iz literature i predložene algoritmu, liječenje SRUS-a najviše ovisi o težini simptoma i postojanju prolapsa rektuma. Sastoji se od konzervativnoga liječenja, primjene medikamenata, *biofeedback* terapije i kirurških zahvata (Tablica 1.), (8). Prvi su koraci u liječenju edukacija pacijenata, promjene ponašanja (na primjer, regulacija navika odlaženja na zahod) i životnih navika (kao što je dijeta bogata vlaknima), zatim uporaba laksativa i tvari koje omekšavaju stolicu te dodatni osvrt na moguću prisutnost nekih psihosocijalnih čimbenika u nastanku simptoma. Nadalje, u pacijenata koji su rezistentni na konzervativne mjere primjenjuje se *biofeedback* terapija koja je usmjerena na pravovremeno zamjećivanje dolaska stolice u završno debelo crijevo te postizanje efikasnoga istiskivanja stolice (8). Također, topički tretmani koji uključuju sukralfat, salicilate, kortikosteroide, sulfasalazine, mesalazin i druge, pokazali su se učinkovitima, ali s različitim odgovorima i sma-

njanju simptoma (14). Kirurški zahvati i dalje ostaju opcija za pacijente koji ne reagiraju na konzervativne mjere, *biofeedback* vježbe te u onih sa značajnim prolapsom rektuma. Cilj je tih zahvata izbjeći kolostomu kao primarnu operaciju. Kirurško liječenje uključuje lokalnu eksciziju ulkusa, rektopeksiju, perinealnu prokterektomiju ili diverziju i druge složenije zahvate (4,8).

Zaključak

U prikazu slučaja pacijentice sa SRUS-om istaknuta je važnost diferencijalno-dijagnostičkoga isključenja ostalih češćih uzroka pojave rektalnoga ulkusa, kao što su upalne bolesti crijeva i osobito rektalne neoplazme. Dodatno je prikazan dijagnostički postupak i provedena terapija koja se pokazala nedovoljno učinkovitom te zahtijeva druge opcije liječenja, prije svega različite kirurške zahvate.

LITERATURA

1. Felt-Bersma RJ, Tiersma ES, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectoceles, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008;37(3):645-68.
2. Cruveilhier J. *Ulcere chronique du rectum.* U: Baillier JB, urednik. *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris: Chez J. B. Baillière; 1829. str. 4.
3. Madigan MR, Morson BC. Solitary ulcer of the rectum. *Gut.* 1969;10(11):871-81.
4. Sharara AI, Azar C, Amr SS, Haddad M, Eloubeidi MA. Solitary rectal ulcer syndrome: endoscopic spectrum and review of the literature. *Gastrointest Endosc.* 2005;62(5):755-62.
5. Chiang JM, Changchein CR, Chen JR. Solitary rectal ulcer syndrome: an endoscopic and histological presentation and literature review. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21(4):348-56.
6. Remes-Troche JM, Rao SS. Anorectal motor disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21(4):733-48.
7. Torres C, Khaikin M, Bracho J, Luo CH, Weiss EG, Sands DR, i sur. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical findings, surgical treatment, and outcomes. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22(11):1389-93.
8. 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.
9. Burke AB, Sobin LH. Eroded polypoid hyperplasia of the rectosigmoid. *Am J Gastroenterol.* 1990;85(8):975-80.
10. Suresh N, Ganesh R, Sathiyasekaran M. Solitary rectal ulcer syndrome: a case series. *Indian Pediatr.* 2010;47(12):1059-61.
11. Borrelli O, De'Angelis G. Solitary rectal ulcer syndrome: it's time to think about it. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54(2):167-8.
12. Keshtgar AS. Solitary rectal ulcer syndrome in children. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008;20(2):89-92.
13. Haray PN, Morris-Stiff GJ, Foster ME. Solitary rectal ulcer syndrome-an underdiagnosed condition. *Int J Colorectal Dis.* 1997;12(5):313-5.
14. Edden Y, Shih SS, Wexner SD. Solitary rectal ulcer syndrome and stercoral ulcers. *Gastroenterol Clin North Am.* 2009;38(3):541-5.

SOLITARY RECTAL ULCER SYNDROME: A CASE REPORT**Rosana Troskot Perić^{1,2,3}, Ines Kovačić⁴, Marija Lulić⁴, Anto Dominković², Dragan Jurčić^{1,2}, Gabrijela Stanić⁵, Dubravka Jandrić⁵, Tomislav Pavlović⁶**

¹Department of Internal Medicine, Family Medicine, and History of Medicine, Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Cara Hadrijana 10E,

HR-31000 Osijek, Croatia

²Department of Gastroenterology and Hepatology, Clinic of Internal Medicine, “Sveti Duh” University Hospital, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Croatia

³University of Rijeka, Faculty of Health Studies, Viktora Cara Emina 5, HR-51000 Rijeka, Croatia

³School of Medicine of University of Zagreb, Šalata 3, HR-10000 Zagreb, Croatia

⁴Department of Pathology and Cytology, “Sveti Duh” University Hospital, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Croatia

⁵Department of Radiology, “Sveti Duh” University Hospital, Sveti Duh 64, HR-10000 Zagreb, Croatia

Abstract

Single or multiple ulcers may appear in any part of the colon and/or rectum. The differential diagnosis of a rectal ulcer includes: inflammatory bowel disease, intestinal infections, genitourinary infections, drug-induced ulcers (e.g. nonsteroidal anti-inflammatory drugs - NSAID), solitary rectal ulcer syndrome, stercoral ulcer, ischemic colitis and rectal neoplasm. The article presents a case of a 50-year-old patient who has been diagnosed with solitary rectal ulcer syndrome and has been observed for four years. On the basis of the medical case history, endoscopic and histological findings, the chronic and benign course of the disease, and no evidence of other organic diseases, the patient was diagnosed with solitary rectal ulcer syndrome. In addition, this article contains a description of the therapeutic procedure that included conservative and medical therapy together with biofeedback, and gives an overview of the literature dealing with the suggested treatment algorithm of this syndrome.

Key words: Ulcer - diagnosis, etiology, therapy; Rectal diseases – diagnosis, etiology, therapy; Rectum – pathology; Biofeedback, psychology – methods; Diagnosis, differential; Conservative treatment – methods; Female; Middle aged; Case reports; Croatia

