

# Guzowata zmiana dystalnej odbytnicy o nieznannej etiologii? Opis przypadku

Nodular lesion of distal rectum of unknown aetiology? Case report

Department of General Surgery, Independent Public Complex of Healthcare Facilities in Żuromin  
Head of Department: Szymon Głowacki, MD, PhD

## Streszczenie

Operacje chirurgiczne przezodbytowe są obecnie procedurami z wyboru w przypadku guzolaków położonych w odbytnicy do 20 cm od brzegu odbytu. Samotne owrzodzenie odbytnicy jest schorzeniem, którego jednym ze sposobów leczenia jest wycięcie pełnościenne. Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia tą metodą zmiany guzowatej odbytnicy. Zmiana kwalifikowana była jako dysplazja małego stopnia, po pełnościennym wycięciu okazała się samotnym owrzodzeniem odbytnicy. Schorzenie dotyczy pacjentki lat 39 leczonej przewlekłe z powodu choroby hemoroidalnej oraz niepełnościennego wypadania odbytnicy. Ze względu na niepewny obraz kliniczny oraz dysplazję małego stopnia potwierdzoną w badaniu histopatologicznym, zdecydowano o pełnościennym wycięciu w technice chirurgii przezodbytowej. Zabieg okazał się skuteczny. Ranę zamknięto szwem ciągłym, wchłanialnym. W kontrolnej kolonoskopii bez cech wznowy potwierdzone wycinkami z blizny. Pobyt niepowikłany. Bez cech inkontynencji.

Operacja techniką chirurgii przezodbytowej przy stosowaniu prawidłowej kwalifikacji jest operacją bezpieczną i skuteczną. U opisanej chorej nie obserwowano powikłań mających wpływ na jakość życia, nie zaobserwowano wznowy ani innych powikłań związanych z kontynencją. Właściwa kwalifikacja pozwoliła na pełne wyleczenie oraz ostateczną diagnozę.

## Summary

Transanal endoscopic microsurgery is currently a method of choice for adenomas located up to 20 cm from the anal verge. Solitary rectal ulcer syndrome is a condition treated with, among other things, full-thickness resection. The aim of the study was to assess the efficacy of this treatment approach for a nodular rectal mass. Although the lesion was classified as low-grade dysplasia, after full-thickness excision it turned out to be a solitary rectal ulcer.

We present a case of a 39-year-old woman chronically treated for haemorrhoidal disease and incomplete rectal prolapse. Due to an uncertain clinical picture and low-grade dysplasia confirmed by histopathological examination, a decision was made to perform a full-thickness transanal excision. The procedure was successful. The wound was closed with a continuous, absorbable suture. A follow-up colonoscopy showed no signs of recurrence, as confirmed by scar tissue biopsy. The hospital stay was uneventful and there were no signs of incontinence.

## Słowa kluczowe

chirurgia przezodbytowa, dysplazja małego stopnia, samotne owrzodzenie odbytnicy

## Keywords

transanal endoscopic microsurgery, low grade dysplasia, solitary rectal ulcer

Transanal endoscopic microsurgery is a safe and effective approach in properly qualified patients. No complications affecting the quality of life, recurrences, or other incontinence-related complications were observed in the patient. Proper qualification allowed for full recovery and a final diagnosis.

## WSTĘP

Gruźolaki jelita grubego są zmianami wczesnymi. W zależności od zaawansowania zmian rozpoznajemy dysplazję małego, średniego oraz dużego stopnia. Rak gruczołowy jest obecnie trzecim najczęściej diagnozowanym nowotworem u ludzi. Jest on efektem przejścia dysplazji dużego stopnia w raka. Kolejnym schorzeniem odmiennym co do mechanizmu powstania oraz przebiegu klinicznego jest opisane po raz pierwszy w 1829 roku przez Cruveilhiera samotne owrzodzenie odbytnicy (1-4). Różnorodność schorzeń oraz niepewny obraz endoskopowy zmuszają do wykonywania kolonoskopii, pobierania biopsji oraz usuwania wszystkich podejrzanych zmian podczas badania. Rozwój technologii pozwolił na wykorzystanie technik minimalnie inwazyjnych również w naturalnych otworach ciała (3, 4). Chirurgia przezodbytowa jako metoda jest doskonałym narzędziem do usuwania zmian położonych do 20 cm od brzoju odbytu. Powstało wiele prac podkreślających wyższość tej metody nad klasyczną chirurgią polegającą na niskiej, przedniej resekcji czy amputacji brzuszno-kroczonej odbytnicy (5-7).

## OPIS PRZYPADKU

Autorzy opisują przypadek 39-letniej pacjentki, która zgłosiła się do poradni proktologicznej z powodu niepełnościennego wypadania odbytnicy. Od 4 lat leczona z tego powodu w ośrodku zewnętrznym. Na początku leczenia rozpoznano chorobę hemoroidalną, a następnie stwierdzono wypadanie odbytnicy. W wywiadzie rodzinnym matka i siostra pacjentki operowane z powodu wypadania odbytnicy. Pacjentka zgłaszała, że oddaje stolec regularnie z żywozerwoną krwią i domieszką śluzu. Podawała uczucie niepełnego wypróżnienia, świadomość odbytu, niekontrolowane wysuwanie odbytnicy podczas kaszlu lub kichania. W badaniu *per rectum* stwierdzono guzki krwawnicze odbytu III/IV stopnia oraz wyczuwalny guz odbytu na tylnej ścianie, napięcie mięśni zwieraczy odbytu było prawidłowe. Pacjentkę przyjęto do Oddziału Chirurgicznego celem pilnej diagnostyki. Wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej, nie stwierdzając odchyłań. Marker CEA – 2,68 ng/ml. W wykonanej kolonoskopii uwidoczniło się ok. 2-3 cm za zwieraczami wyczuwalne twarde zgrubienie na ścianie tylnej – endoskopowo obraz niepewny. Guz odbytnicy nowotworowy? Samotne owrzodzenie odbytnicy?

Pobrano wycinki. Wynik badania histopatologicznego: powierzchowne wycinki z utkaniem gruczołaka cewkowego błony śluzowej jelita grubego z dysplazją małego stopnia.

Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W znieczuleniu podpajęczynówkowym wycięto pełnościenną zmianę średnicy ok. 4 cm na lewej tylnej ścianie odbytnicy ok. 2 cm od linii zębatej. Po operacji odbył zwarty. W kolejnych dobach bez cech krwawienia, bez dolegliwości bólowych.

## INTRODUCTION

Adenomas of the large bowel are early-stage lesions. Depending on their advancement, low-, moderate- and high-grade dysplasia has been distinguished. Adenocarcinoma is currently the third most commonly diagnosed cancer in humans. It develops as a result of high-grade dysplasia progressing into cancer. Solitary rectal ulcer syndrome (SRUS), which was first described by Cruveilhier in 1829 is another condition, with a different mechanism of formation and clinical course (1-4). The wide variety of pathologies and uncertain endoscopic images prompt colonoscopy, biopsy and resection of all suspicious lesions during the examination. Technological advances have allowed the use of minimally invasive techniques, including natural orifice minimally invasive surgery (3, 4). Transanal endoscopic microsurgery (TEM) is an excellent tool for resecting lesions located up to 20 cm from the anal verge. Many papers have been written emphasising the superiority of this approach over classical surgery involving low anterior resection or abdominoperineal amputation of the rectum (5-7).

## CASE REPORT

We describe a case of a 39-year-old woman who reported to a proctology clinic due to incomplete rectal prolapse. She had been treated for this reason at an external centre for 4 years. She was first diagnosed with haemorrhoidal disease (at treatment onset), and then with rectal prolapse. She had family history of surgically-managed rectal prolapse both in her mother and sister. The patient reported that she regularly passed stool with bright red blood and mucus. Furthermore, she experienced a feeling of incomplete bowel movement, anal pruritus, as well as uncontrolled rectal prolapse during coughing or sneezing. Digital rectal examination (DRE) revealed grade III/IV haemorrhoids, a palpable rectal mass on the posterior wall, and normal anal sphincter tone. The patient was admitted to the Department of Surgery for urgent diagnosis. Computed tomography (CT) of the chest, abdominal cavity and pelvis was performed, without finding any abnormalities. CEA marker was 2.68 ng/mL. Colonoscopy revealed an approx. 2-3 cm palpable hard thickening on the posterior wall behind the sphincters. The endoscopic image was inconclusive. Rectal tumour? Solitary rectal ulcer? Samples were collected. Histopathological examination of superficial samples showed tubular adenoma of the colonic mucosa with low-grade dysplasia.

The patient was qualified for surgical intervention. Under subarachnoid anaesthesia, a lesion of about 4 cm in diameter was excised completely, approximately 2 cm from the

Rozpoznanie patomorfologiczne: polipowaty fragment błony śluzowej i ściany jelita grubego z nadzerkami na powierzchni, wpukleniami błony śluzowej (przypominającymi uchylki). Niektóre z nich są poszerzone, częściowo wysłane nabłonkiem gruczołowym śluzowym, normotypowym, w części bez wyściółki nabłonkowej z makrofagami. W świetle treść śluzowa. Jeziora śluzu widoczne w mięśniówce właściwej (najpewniej wylany śluz z poszerzonych gruczołów). Zmiana reaktywna, możliwe, że powstała w wyniku zwiększonego ciśnienia. Zmiana usunięta doszczętnie (ryc. 1, 2).

## DYSKUSJA

Endoskopia jest doskonałą metodą na diagnozowanie i jednoczesne usuwanie zmian patologicznych w odbytnicy i pozostałych częściach jelita grubego. Jednak jak każda metoda ma swoje ograniczenia. Najważniejsze to zaawansowanie miejscowe zmiany oraz jej charakter (5).

O ile wielkość zmiany nie zawsze jest przeszkodą w technice mukozektomii czy dysekcji podśluzówkowej, to cechy naciekania głębszych warstw ściany jelita czy też wznowa w bliźnie dyskwalifikuje zmianę z zabiegu endoskopowego. Trudnością jest też lokalizacja zmiany. Szczególnie trudne do usunięcia są zmiany położone tuż za zwieraczami w odbytnicy (5).

Również charakter zmiany jest istotny w kwalifikacji do leczenia. Samotne owrzodzenie odbytnicy można leczyć metodami endoskopowymi, ale efekt nie jest zadowalający (3, 7). Alternatywną metodą jest leczenie operacyjne (3, 8-11).

Autorzy pracy prezentują trudny przypadek kliniczny. Na podstawie badań obrazowych i badania klinicznego

dentate line. Postoperatively, the rectum was tight. There were no signs of bleeding or pain in the postoperative days that followed.

Pathomorphological diagnosis was as follows: polypoid fragment of mucosa and large bowel wall with erosions on the surface and mucosal invaginations (resembling diverticula). Some of them were dilated, partially lined with glandular mucous epithelium, normotypical, partially without epithelial lining with macrophages. Mucous content in the lumen. Mucus lakes in the muscularis propria (most likely mucus discharged from dilated glands). Reactive lesion, possibly caused by increased pressure. The lesion was completely resected (figs. 1, 2).

## DISCUSSION

Endoscopy is an excellent tool for diagnosing and simultaneously removing pathological lesions in the rectum and other large bowel segments. However, like any other method, it has its limitations, with local advancement of lesion and its nature being the most important ones (5).

While the size of lesions not always prevents mucosectomy or submucosal dissection, signs of involvement of the deeper layers of the intestinal wall or in-scar recurrence disqualify the patient from endoscopic surgery. Lesion location may also pose challenge. Lesions located immediately behind the sphincters are particularly difficult to resect (5).

The nature of lesion is also important in qualifying for treatment. Solitary rectal ulcer can be managed with endo-



Ryc. 1. Zmiana w odbytnicy na ścianie tylnobocznej lewej  
Fig. 1. Rectal lesion on the left posterolateral wall



Ryc. 2. Zmiana w odbytnicy na ścianie tylnobocznej lewej  
Fig. 2. Rectal lesion on the left posterolateral wall



rozpoznano samotne owrzodzenie odbytnicy. Jednak wynik z biopsji sugerował proces onkologiczny. Autorzy licznych prac w takiej sytuacji jako metodę z wyboru proponują wycięcie zmiany w technice chirurgii przezodbytowej (3, 4, 9, 10). Oczywiście można zastosować nawet plazmę argonową w przypadku samotnego owrzodzenia odbytnicy (3, 4). Jednak obraz kliniczny sugerował wczesnego raka gruczołowego.

Rozwój technik diagnostycznych pozwala nam dokładnie określić zaawansowanie lokalne zmiany w odbytnicy za pomocą: rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, ultrasonografii przezodbytowej (3, 4). Leczenie operacyjne klasyczną chirurgią obarczone jest dużym odsetkiem powikłań dochodzących do 20%. Najważniejsze z nich to: śmiertelność okołooperacyjna, rozejścia zespoleń, zaburzenia funkcji seksualnych oraz pęcherza moczowego (3, 5, 7, 10). Dzięki rozwojowi nowoczesnych technik operacyjnych opartych na mikrochirurgii oraz dojściach przez naturalne otwory ciała uzyskaliśmy możliwość usuwania miejscowo zmian położonych w odbytnicy i w dystalnej esicy. Przezodbytowa chirurgia endoskopowa została wprowadzona na całym świecie jako technika z wyboru. Technika tą usuwamy zmiany zarówno łagodnie, jak i złośliwie we wczesnym stadium pT-1 „low-risk” carcinoma odbytnicy. Odsetek powikłań na podstawie dostępnej literatury wynosi średnio 6,3%. Częstotliwość nawrotów wynosi 4,9% w porównaniu z klasyczną chirurgią, gdzie częstotliwość nawrotu waha się między 12 a 25% (6, 7, 10, 11). Głównymi powikłaniami wymienianymi przez autorów licznych prac są: krwawienia, rozejścia miejsca szycia i przemijające objawy inkontynencji bez wpływu na jakość życia (8-10). Jest to obecnie szybko rozwijająca się dziedzina chirurgii. Przezodbytowa minimalnie inwazyjna chirurgia pozwala na wycięcie zmian położonych tuż za zwieraczem. Głównym jej zastosowaniem jest wycięcie zmian położonych do 8-10 cm od brzegu odbytu. Dostępne są prace, które podkreślają znikomą liczbę powikłań po tej technice operacyjnej (7, 9-11).

## WNIOSKI

Operacja techniką chirurgii przezodbytowej jest bezpieczna. Nie obserwowano powikłań mających wpływ na jakość życia. Nie stwierdzono wznowy ani innych powikłań związanych z kontynencją. Właściwa kwalifikacja pozwoliła na pełne wyleczenie oraz ostateczną diagnozę.

## Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

scopic methods, but the effect is not satisfactory (3, 7). Surgical treatment is an alternative approach (3, 8-11).

We presented a difficult clinical case. Based on imaging and clinical findings, SRUS was diagnosed. However, biopsy suggested a neoplastic process. Many authors advocate TEM as the method of choice in such cases (3, 4, 9, 10). Naturally, even argon plasma coagulation can be used for SRUS (3, 4). However, the clinical picture suggested early-stage adenocarcinoma.

The development of diagnostic techniques allows for precise determination of the local advancement of rectal lesions using MRI, CT, and TRUS (3, 4). Classical surgical treatment is associated with high rates of complications of up to 20%, with perioperative mortality, anastomotic dehiscence, sexual and bladder dysfunctions being the most important ones (3, 5, 7, 10). The development of modern surgical techniques based on microsurgery and access through natural body orifices has made it possible to remove local lesions located in the rectum and in the distal sigmoid colon. TEM has been introduced worldwide as treatment of choice. It is used to remove both benign and malignant lesions at an early (“low-risk”) pT 1 rectal carcinoma. An overall complication rate of 6.3% has been reported in the available literature. The recurrence rate is 4.9% compared to 12 to 25% in classical surgery (6, 7, 10, 11). The main complications reported in the extensive literature include bleeding, suture dehiscence and transient incontinence without affecting the quality of life (8-10). This is currently a rapidly developing field of surgery. TEM allows the excision of tumours located immediately behind the sphincter. It is mainly employed to retrieve tumours located up to 8-10 cm from the anal verge. Some authors emphasise the negligible number of complications after this surgical technique (7, 9-11).

## CONCLUSIONS

Transanal endoscopic microsurgery is a safe technique. We observed no complications affecting the quality of life. Also, no recurrence or other complications related to continence were noted. Proper qualification allowed for full recovery and final diagnosis.

## Piśmiennictwo/References

1. Cruveilhier J: *Ulcere Chronique Du Rectum Anatomie Patheologique Du Corps Humain*. JB Bailliere, Paris 1829.
2. Madigan MR, Morson BC: Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 1969; 10(11): 871-881.
3. Kołodziejczak M, Święcki P: Wrzód samotny odbytnicy – aktualne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. *Nowa Med* 2012; 2: 27-29.
4. Grochowicz M, Grochowicz P: Samotny wrzód odbytnicy (ulcus solitarius recti). [W:] Bielecki K, Dziki A (red.): *Proktologia*. PZWL, Warszawa 2000: 201-203.
5. De Graaf EJR, Burger JWA, van Ijsseldijk ALA et al.: Transanal endoscopic microsurgery is superior to transanal excision of rectal adenomas. *Colorectal Dis* 2011; 13: 762-767.

**Adres do korespondencji**  
**Correspondence:**

\*Szymon Głowacki  
Oddział Chirurgii Ogólnej  
SPZZOZ Żuromin  
ul. Szpitalna 56  
09-300 Żuromin  
szymon.glowacki@onet.pl

**nadesłano/submitted:**

10.10.2024

**zaakceptowano do druku/accepted:**

31.10.2024

6. Amann M, Modabber A, Burghardt J et al.: Transanal endoscopic microsurgery in treatment of rectal adenomas and T1 low-risk carcinomas. *World J Surg Oncol* 2012; 10: 255.
7. Bujko K, Richter P, Fraser M et al.: Preoperative radiotherapy and local excision of rectal cancer with immediate radical re-operation for poor responders: A prospective multicentre study. *Radiother Oncol* 2013; 106: 198-205.
8. Jorge JMN, Wexner SD: Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
9. De Graaf EJR: Transanal endoscopic microsurgery. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2003; 239: 34-39.
10. Hompes R, Cunningham C: Extending the role of Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) in rectal cancer. *Colorectal Dis* 2011; 13 Suppl. 7: 32-36.
11. Veereman G, Vlayen J, Robays J et al.: Systematic review and meta-analysis of local resection or transanal endoscopic microsurgery versus radical resection in stage I rectal cancer: A real standard? *Crit Rev Oncol Hematol* 2017; 114: 43-52.