

## Rare benign rectal stenosis : A case report

ดลฤดี สองทิส

Dolrudee Songtish

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
Department of Surgery Faculty of Medicine Srinakharinwirot University

### บทคัดย่อ

สาเหตุของ benign rectal stenosis ที่พบบ่อย เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามหลังการผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ส่วนล่างหรือผ่าตัดรักษาบริเวณทวารหนัก ส่วนสาเหตุอื่น เช่น จาก benign rectal ulcer พบได้น้อย ในบทความรายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 32 ปี ที่มารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ด้วยอาการของอุจจาระลำบากและท้องผูกเรื้อรังซึ่งเกิดจากลำไส้ใหญ่ส่วนล่างตีบ ผู้ป่วยได้รับการตรวจค้นเพิ่มเติมด้วยการทำ computer tomography และการทำ sigmoidoscopy รวมทั้งการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา แต่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการตีบของลำไส้ใหญ่ส่วนล่างได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคและลักษณะทาง gross appearance คล้ายมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง จึงได้พิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดรักษาแบบมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง จากผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด พบลักษณะแผลและการอักเสบเรื้อรัง (nonspecific rectal ulcer) ซึ่งทำให้เกิดการตีบของลำไส้ใหญ่ส่วนล่างและไม่พบเซลล์มะเร็ง เชื่อว่าการเกิด benign rectal ulcer ในผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีสาเหตุมาจากภาวะ chronic constipation.

**คำสำคัญ:** benign rectal stenosis, nonspecific rectal ulcer.

### ABSTRACT

Benign rectal stenosis are mostly caused from colorectal surgery such as low anterior resection, coloanal anastomosis or surgery that involve anal canal, other etiology such as benign rectal ulcer is rare. The author report a thirty-two years old Thai female who was admitted at the HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. The patient was presented with chronic constipation that result from rectal stenosis. In addition to routine history taking and physical examination, computer tomography, sigmoidoscopy and tissue biopsy were performed. Although the pre-operative investigations cannot identify the cause of rectal stenosis in this patient, both clinical course and endoscopic gross appearance are similar to rectal cancer. Low anterior resection was performed. Pathologic report revealed rectal stenosis which caused by chronic nonspecific rectal ulcer and no malignancy cell was found. After reviewing, benign rectal ulcer in this patient may cause from chronic constipation.

**Keywords :** rectal stenosis, nonspecific rectal ulcer

**บทนำ**

ภาวะ rectal stenosis เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจาก intrinsic และ extrinsic lesion และจาก ทั้ง benign และ malignant lesion แต่ benign rectal stenosis จาก nonspecific rectal ulcer เป็นภาวะที่พบได้น้อย บางครั้งการวินิจฉัยแยกระหว่าง malignant และ benign cause โดยอาศัยประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจเพิ่มเติมทำได้ยาก ผู้นิพนธ์รายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งมี clinical presentation แบบ rectal stenosis ที่เกิดจาก benign rectal ulcer ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิ ลำ นาน ครน นายก รับนอนไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดแน่นท้องมาก ประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดยประมาณ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมี ปวดท้องน้อย ท้องอืด แน่นท้อง มีการถ่ายอุจจาระลำบากมากขึ้น ต้องเบ่งอุจจาระ อุจจาระมีลักษณะลำเล็กลง มีท้องผูกสลับท้องเสีย บางครั้ง มีความรู้สึกปวดเบ่งคล้ายถ่ายไม่สุด โดยผู้ป่วยได้ไปรับ การรักษาและตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โดยแพทย์ผู้ดูแลสงสัยเนื้องอกที่ลำไส้ใหญ่ ได้ทำการตรวจ เพิ่มเติมโดย เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก แพทย์ได้นัดผู้ป่วยเพื่อฟังผล ในเวลาถัดมา แต่เนื่องจากหลังทำการส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดและแน่นท้องมาก จึงได้มารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

**ประวัติส่วนตัว**

- : เมื่อ 5-ปีก่อน เป็น hyperthyroidism รักษาโดยการกลืนน้ำแร่ ปัจจุบัน clinical euthyroid stage
- : ผู้ป่วยมีน้ำหนักลด 2 กิโลกรัมในระยะเวลา 2 เดือน
- : ปกติเป็นคนท้องผูก ต้องกินยาระบาย เพื่อให้ถ่ายอุจจาระ เป็นมาประมาณ 10-15 ปี ปฏิเสธการใช้ยาสวน อุจจาระหรือใช้น้ำล้างอุจจาระ
- : ปฏิเสธการผ่าตัด, ปฏิเสธโรคมะเร็งในครอบครัว, ปฏิเสธการใช้ยา NSAID

**ตรวจร่างกาย**

: Temp 37.4 °C, Pulse 80/ min, RR 20/min, BP 130/80 mmHg

**General appearance**

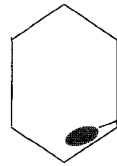
: A Thai female, good consciousness, not pale, no jaundice, no tachypnea

**Cardiovascular and Respiratory system**

: within normal limit

**Abdomen**

: Distended, soft, not tender, no guarding, hyperactive bowel sound



Ill-defined mass diameter ~8 cm, movable, hard inconsistency, not tender, irregular surface

PR : Circumferential thickening ring ~ 7 cm from anal verge, slightly fixed, normal sphincter tone, mucous stool

**การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ**

CBC : Hb 14.6 g/dl, Hct 41%, WBC 8,100/ul, PMN 78%, Lymphocyte 20%, monocyte 2%, platelet count 287,000/uL  
Blood sugar 74 mg/dL BUN 10 mg/dL  
Cr 0.8 mg/dL Na 142 mmol/L  
K 2.7 mmol/L Cl 102 mmol/L  
HCO<sub>3</sub> 21.5 mmol/L

Liver function test : albumin 3.6 g/dL globulin 3.5 g/dL TB 1.53mg/dL DB 0.72 mg/dL AST 34 U/L  
ALT 68 U/L ALP 61 U/L

Free T3=1.51 , Free T4=1.00, TSH=11.45, CEA 1.7 ng/ml

**Acute abdomen series**

: generalizes marked small bowel and large bowel dilation

CT Whole abdomen (รูปที่ 1-2)

: Circumferentially lobulated thickening wall of rectum about two cm. in length, with out extension beyond the serosa. Ca rectum is considered.

Rigid sigmoidoscope

: Circumferential mucosal fold thickening 8 cm

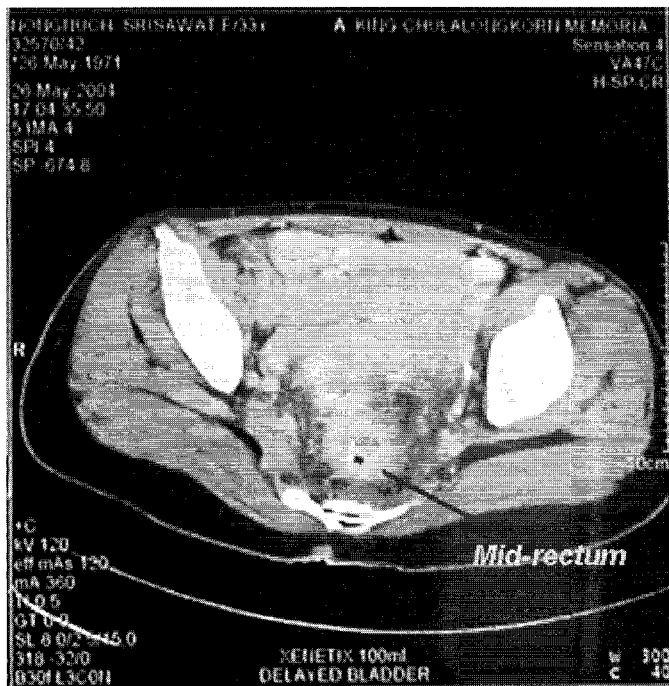
from anal verge , cannot pass scope due to narrowing of lumen.

Pathology report (from two attempted of biopsy)

: pyogenic granuloma and no evidence of malignancy



รูปที่ 1 CT Whole abdomen แสดงลักษณะของ mid rectum Circumferentially lobulated thickening wall of rectum about two cm. in length, especially anterior wall without extension beyond the serosa. Ca rectum is considered.



รูปที่ 2 CT Whole abdomen แสดงลักษณะของ mid rectum Circumferentially lobulated thickening wall of rectum about two cm. in length, especially anterior wall without extension beyond the serosa. Ca rectum is considered.

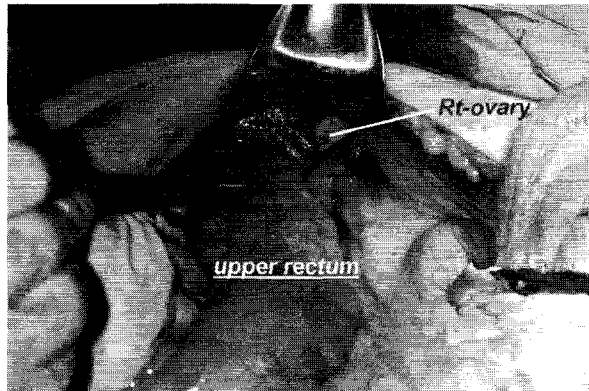
### การวินิจฉัยโรคและการรักษา

จากประวัติการตรวจร่างกายและการตรวจค้นเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่าเป็น rectal stenosis จากมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง เนื่องจาก จากอุบัติการณ์ และการดำเนินโรค การตรวจทางรังสีวิทยา ร่วมกับการตรวจทางกล้องส่องทางทวารหนัก คล้ายมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง แม้ผล tumor marker และผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาไม่สามารถบ่งชี้ชัดว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนล่างได้อย่างแน่นอน แพทย์ผู้รักษาได้พิจารณาทำการผ่าตัด โดยจุดประสงค์เพื่อผ่าตัดรักษาให้หาย (curative resection) และสามารถให้ผู้ป่วยขับถ่ายทางทวารหนักได้ใกล้เคียงคนปกติ

#### Operative finding (รูปที่ 3)

: tumor mass at mid- rectum does not extend beyond serosa and adhere to uterus and bladder.  
No intra-abdominal lymphadenopathy.

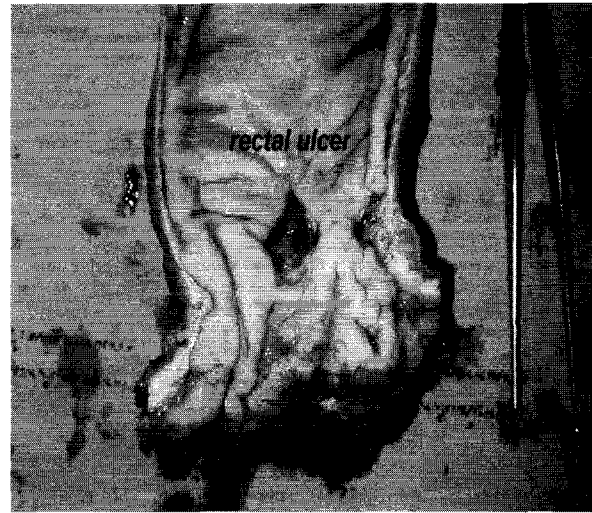
Liver : no superficial mass detected.



รูปที่ 3 Intra-operative finding tumor mass at mid- rectum does not extend beyond serosa and adhere to uterus and bladder. No intra-abdominal lymphadenopathy. Liver : no superficial mass detected.

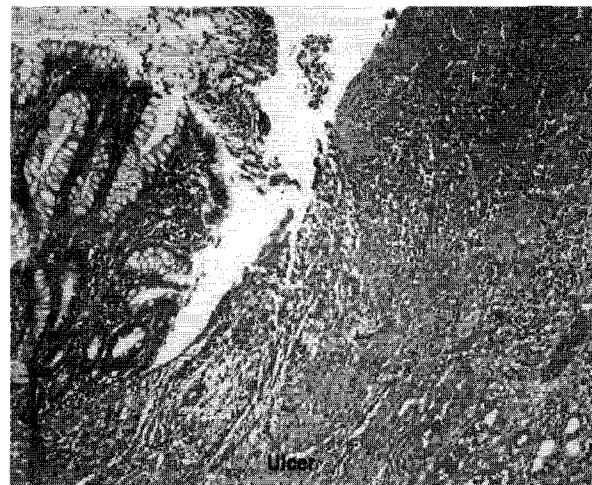
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low anterior resection ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ rectal stenosis จาก non specific rectal ulcer หลังการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเป็น ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องและอาการปวดบ่ง ยังมีอาการท้องผูกและต้อง ใช้ยาระบายเป็นบางครั้ง ตรวจทาง endoscope ไม่พบ recurrent

ulcer และ patent of anastomosis site (รูปที่ 4-5 gross และ microscopic pathology)



#### รูปที่ 4 แสดงลักษณะพยาธิทาง gross pathological report :

Rectal ulcer 2X2 cm with marked acute and chronic inflammation and granulation tissue formation. The ulcer and inflammation extend downwardly to the inner muscular layer. No tumor or organism is found.



#### รูปที่ 5 แสดงลักษณะพยาธิทาง gross pathological report :

Rectal ulcer 2X2 cm with marked acute and chronic inflammation and granulation tissue formation. The ulcer and inflammation extend downwardly to the inner muscular layer. No tumor or organism is found.

Benign rectal stenosis สาเหตุส่วนใหญ่เกิดตามหลังการผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง เช่น การทำ Low anterior resection, colo-anal anastomosis หรือการผ่าตัด hemorrhoidectomy ส่วน benign causes อื่น เป็นภาวะที่พบได้น้อย มีรายงานเพียงประปราย สาเหตุมีได้จากทั้ง intrinsic lesion อันได้แก่ จากการใช้ยาเหน็บทวารที่มีส่วนผสมของ NSAID<sup>1-2</sup> ergotamine<sup>3</sup> หรือ vaganine<sup>4</sup> เกิดในผู้ป่วย ulcerative colitis<sup>5</sup> หรือ lymphogranuloma venerum และพบรายงาน เกิดจาก self-inflicted<sup>6</sup> สาเหตุจาก extrinsic lesion ได้แก่ เกิดจากการติดเชื้อ เช่น จากการติดเชื้อ actinomycosis ใน pelvis<sup>7</sup> และจาก chronic salpingitis<sup>8</sup> และเกิดจาก endometriosis<sup>9</sup> และมีส่วนหนึ่งซึ่งไม่ทราบสาเหตุ การวินิจฉัยเพื่อแยกจาก malignant condition เป็นสิ่งสำคัญเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา นอกจากประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว การตรวจเพิ่มเติมโดย imaging tumor marker การ biopsy อาจช่วยแยกได้ในผู้ป่วยบางราย Mortensen และคณะ<sup>10</sup> รายงานการใช้ direct vision brush cytology โดย colonoscopy พบว่าเมื่อใช้ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ มีความแม่นยำเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ การทำ colonoscopy with biopsy เพียงอย่างเดียว (88% VS 68%) การรักษา benign rectal stenosis ขึ้นกับสาเหตุการเกิดพยาธิสภาพ เช่น การงดใช้ยาเหน็บทวาร การเลิกพฤติกรรม self-inflicted การรักษาภาวะการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุ<sup>7</sup> endoscopic treatment เข้ามามีบทบาทช่วยในการรักษาอย่างมาก<sup>11-12</sup> เช่น การใช้ balloon dilatation<sup>13-16</sup> electrocautery resection<sup>17</sup> self-expanding metallic stent<sup>18-20</sup> การทำ surgical resection อาจพิจารณาในผู้ป่วยซึ่ง failure supportive treatment<sup>3</sup> มี complication จาก rectal stenosis เช่น peritonitis จาก perforation<sup>21</sup> และในกรณีที่ไม่สามารถแยกจาก malignant condition

## สรุป

จากประวัติและตรวจร่างกายในผู้ป่วยรายนี้ มาด้วยอาการของ rectal stenosis ที่ลักษณะการดำเนินโรคที่คล้ายกับ rectal cancer การตรวจค้นเพิ่มเติมบางครั้ง

ไม่สามารถแยกจาก rectal cancer ได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผล CEA อยู่ในระดับปกติ และผลการตรวจชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัดจะไม่พบเซลล์มะเร็ง ตลอดจนลักษณะ intraoperative-finding ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ การรักษาต้องพิจารณาทำการรักษาเหมือน rectal cancer ทำให้พิจารณาทำ Low anterior resection ผล pathologic report บ่งชี้เป็น nonspecific rectal ulcer ลักษณะไม่เข้ากับ solitary rectal ulcer และไม่พบเซลล์มะเร็ง มีรายงานการเกิด rectal ulcer ที่มีลักษณะคล้าย rectal cancer<sup>6,22</sup> เพียงไม่มาก สาเหตุที่พบเกิดจากการใช้นิ้วหรือจาก suture granuloma ตามหลังการผ่าตัด<sup>23</sup> ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบประวัติการใช้นิ้วล้วงหรือใช้การสวนอุจจาระ แต่พบประวัติของ chronic constipation ซึ่งต้องใช้ยาาระบาย (เป็นยาสมุนไพรใช้ชงกิน) เป็นเวลานานร่วมกับการเบ่งถ่ายอุจจาระ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิด rectal ulcer ได้ การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ นอกจากการผ่าตัดแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการขับถ่าย ร่วมกับการใช้ยาาระบายช่วยในบางครั้ง มีส่วนสำคัญในการรักษาผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Baekelandt M, Vansteenberge R, Van der Spek P, D'Haenens P, Rollier A, Stockx L. Rectal stenosis following the use of suppositories containing paracetamol and acetylsalicylic acid. *Gastrointest Radiol* 1990; 15:171-3.
2. Alsalameh S, al-Ward R, Berg P, Aigner T, Ell C. Rectal stricture associated with the long-term use of ibuprofen suppositories. *Z Rheumatol* 2000; 59:348-51.
3. Panis Y, Valleur P, Kleinmann P, Willems G, Hautefeuille P. [Rectal resection with colo-anal anastomosis for ergotamine-induced rectal stenosis]. *Ann Chir* 1990; 44:843-4.
4. Puy-Montbrun T, Delechenault P, Ganansia R, Denis J. Rectal stenosis due to Vaganine suppositories. *Gastrointest Radiol* 1990; 15:169-70.
5. Gumaste V, Sachar DB, Greenstein AJ. Benign and malignant colorectal strictures in ulcerative colitis. *Gut* 1992; 33:938-41.
6. Wong WM, Lai KC, Shek TW, Lam SK. Self-inflicted rectal ulcer with exuberant granulation tissue: a lesion that mimics carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:951-2.
7. Ratliff DA, Carr N, Cochrane JP. Rectal stricture due to actinomycosis. *Br J Surg* 1986; 73:589-90.
8. Girardot C, Legmann P, Le Goff JY. [Rectal stenosis. A rare complication of chronic salpingitis caused by an intrauterine device]. *J Radiol* 1990; 71:23-6.

9. Truc JB, Bethoux JP, Paniel BJ, Poitout P. [Rectocolic endometriosis]. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1985; 21:357-60.
10. Mortensen NJ, Eltringham WK, Mountford RA, Lever JV. Direct vision brush cytology with colonoscopy: an aid to the accurate diagnosis of colonic strictures. *Br J Surg* 1984; 71:930-2.
11. Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD, Jameson J, Scott A, Kelly MJ. Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1451-60.
12. Anvari M. Endoscopic transanal rectal stricturoplasty. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8:193-6.
13. Skreden K, Wiig JN, Myrvold HE. Balloon dilation of rectal strictures. *Acta Chir Scand* 1987; 153:615-7.
14. Rivera Vega J, Frisancho Velarde O, Cervera Z, Ruiz E, Yoza M, Larrea P. [Endoscopic dilatation of benign colon and rectum stenosis]. *Rev Gastroenterol Peru* 2002; 22:206-12.
15. Petronelli S, Mariani G, Lanza G, Logrieco G, Chieppa L. [Benign rectal stenosis: its dilatation with a balloon catheter under fluoroscopic guidance. The diagnostic and therapeutic considerations]. *Radiol Med (Torino)* 1995; 89:554-7.
16. Monserrat R, Fuentes D, Vir Gala M, et al. [Colonoscopic dilator: a new instrument in the management of benign stenosis of the colon and rectum]. *G E N* 1991; 45:312-4.
17. Luck A, Chapuis P, Sinclair G, Hood J. Endoscopic laser stricturotomy and balloon dilatation for benign colorectal strictures. *ANZ J Surg* 2001; 71:594-7.
18. Cascales-Sanchez P, Garcia-Olmo D, Julia-Molla E. Long-term expandable stent as a definitive treatment for benign rectal stenosis. *Br J Surg* 1997; 84:840-1.
19. Seo TS, Song HY, Sung KB, Ko GY, Yu CS. A benign colorectal stricture: treatment with a retrievable expandable nitinol stent. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003; 26:181-3.
20. Salinas JC, Quintana J, De Gregorio MA, Insignares E, Gil I, Lozano R. Management of benign rectal stricture by implantation of a self-expanding prosthesis. *Br J Surg* 1997; 84:674.
21. Takeda A, Imaseki H, Okazumi S, et al. A patient with rectal ulcer with severe stenosis presenting with perforated peritonitis. *J Gastroenterol* 2000; 35:56-9.
22. Yoshioka H, Sato M, Tokunaga K, Nakamura H, Kuroda C, Uchida H. [A case of nonspecific ulcer of the rectum to be difficult to differentiate from the rectal cancer on X-ray examination (author's transl)]. *Rinsho Hoshasen* 1978; 23:875-9.
23. Hizawa K, Aoyagi K, Suekane H, Mibu R, Yao T, Fujishima M. Suture granuloma in rectal anastomosis mistaken for locally recurrent cancer. *J Clin Gastroenterol* 1996; 23:78-9.