

DIAGNOSTİK KOLONOSKOPİ ÇALIŞMALARIMIZ

(Altmış Olguluk Çalışma)

Dr. S. Selçuk ATAMANALP (x)

Dr. Dursun AKDEMİR (xx)

Dr. Ümit MUTLUTÜRK (xxx)

ÖZET :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Temmuz 1988-Aralık 1989 arasındaki 18 aylık sürede 60 hastaya kolonoskopi uygulandı.

Hastaların başvurdukları illere göre dağılımı, Erzurum dışında 13 çevre ilden de başvuru olduğunu gösterdi.

Endikasyon, 50 hastada (% 83,3) kolonik hastalık belirti ve bulgularının olması, 10 hastada (%16,7) da anormal veya şüpheli baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi nedeniyle kondu.

Kolonoskopi, tüm hastalara uygulandı. Otuzdört hastaya (% 56,7), baryumlu kolon grifisi de çekildi. Teşhis koyan işlem, 44 hastada (% 73,2) kolonoskopi, 4 hasatada (% 6,7) baryumlu grafi, 12 hasatada (% 20,0) da her ikisiydi.

Kolonoskopi, baryumlu grafi ve histopatoloji sonuçlarının karşılaştırılması, şu sonuçları ortaya koydu: Baryumlu grafi, polipoid lezyonlarda, yüksek yanlış pozitiflik ve yüksek yanlış negatiflik oranları nedeniyle duyarlı bulunmadı. Aynı durum, daha az oranlarda da olsa inflamatuvar lezyonlar için de geçerliydi. Malig-nitelerde her iki işlem değerli bulundu. Fonksiyonel barsak hastalıklarında ise kolo-noskopinin yüksek yanlış negatiflik oranı nedeniyle baryumlu grafi daha duyarlı bulundu.

Çalışm mızda, kayda değer bir komplikasyon ortaya çıkmadı.

x Atatürk Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Op. Dr.

xx Atatürk Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Doç.

xxx Atatürk Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Araş. Gör.

GİRİŞ :

Fleksibl kolonoskopi, tüm kolonların, hatta terminal ileumun incelenmesini sağlayan modern bir tanı işlemidir(2). Bu işlem uzun yıllardan beri dünyada ve yurdumuzda birçok merkezde yapılmaktadır. Bu çalışmayla fleksibl kolonoskopi, gecikmeyle de olsa bölgemizde, ilk defa hastanemizde başlatılmıştır. Alışılmış şekliyle gastroenteroloji kliniklerinde yapılan bu işlemin, az sayıda merkezde olduğu gibi bizde de bir cerrahi kliniğinde gerçekleştirilmiş olması, konunun ilgi çekici diğer bir yanıdır.

Kolon hastalıklarının tanısında radyolojik çalışmalara göre daha duyarlı olduğunun gösterilmiş olması kolonoskopinin en önemli avantajıdır. Ayrıca kolonoskopi, lezyonların makroskopik görünümünü doğrudan görüntülemenin yanında histopatolojik inceleme için materyal alma imkanı ve bazı durumlarda endoskopik tedavi işlemlerine imkan sağlaması yönleriyle de tercih edilmektedir(2,25,26). Buna karşılık kolonoskopinin rutin kullanımına karşı direnmeler, maliyetinin radyolojik çalışmalara göre daha fazla olması, özel alet ve yetiştirilmiş eleman gerektirmesinden kaynaklanmaktadır(12).

Bu çalışmayla bölgemizin diğer hastanelerinde yapılamayan kolonoskopi işleminin hastanemizde başlatılması ve rutin hale getirilmesi en önemli amacımız olmuştur. Diagnostik alanda daha iyiye gitme düşüncesinin yanında terapötik kolonoskopi de yeni amaçlarımız arasında olacaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM :

Anabilim dalımızda kolonoskopik muayenenin başlatıldığı Temmuz 1988 ile Aralık 1989 arasındaki 18 aylık sürede 60 hastaya kolonoskopi uygulandı.

Çalışmamızda. Japon Olympus Optical Firmasının ürettiği CF P 10 L tipi kolonofiberskop ve aksesuarları kullandık. Aletin toplam uzunluğu 200 cm, kullanılabilir uzunluğu 163 cm, dış çapı 12,2 mm olup uç kısmı yukarı ve aşağı 180 er derece, sağa ve sola 160 ar derece hareket edebilme özelliğine sahipti. Işık kaynağı olarak aynı firmanın ürettiği CLV F 10 veya CLK 3 E tipi soğuk ışık kaynağı, fotoğraf makinesi olarak ta OM 1 tipi fotoğraf makinesi kullanıldı.

Barsak hazırlığı şöyle yapıldı İki gün önceden sulu gıdaye geçildi. Uygulama öncesi akşam sennosides kalsium içiren bir pürgatif, oral yoldan verildi. Aynı gece izotonik tuzlu su ile lavman yapıldı. Uygulama sabahı rektal tuşe ile yapılan kontrolda yeterli temizlik sağlanamayan hastalarda ikinci bir lavman yapıp iki saat sonra işlem gerçekleştirildi.

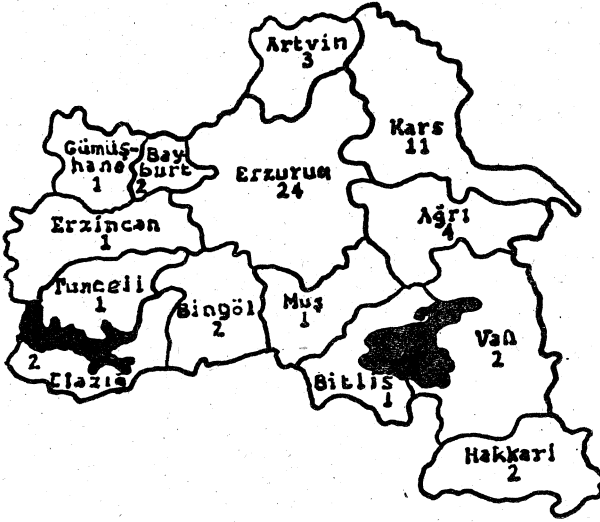
İşleme geçilmeden önce hastalara iv mayi takılıp vital bulguların kontrolü altında 50 mg meperidin ve 10 mg diazepam damardan yavaşça verildi. Hastalara sol yan pozisyon verilerek ve tekniğine uygun olarak işlem gerçekleştirildi. Gerekli görülen yerlerden biyopsiler alındı ve fotoğraflar çekildi

Hastalar işlem sonrası en az 1 saat gözlem altında bulunduruldu. Daha sona ayakta başvuran hastalar gönderilirken, yatan hastalar bir gece daha hastanede tutuldu.

BULGULAR :

Anabilim dalımızda, yukarda belirtilen sürede 60 hastaya kolonoskopi yapıldı. Hastaların en genci 17, en yaşlısı 73 yaşında olup yaş ortalaması 42,8 idi. Hastaların 43 ü (% 71,7) erkek, 17 si (% 28,3) kadındı.

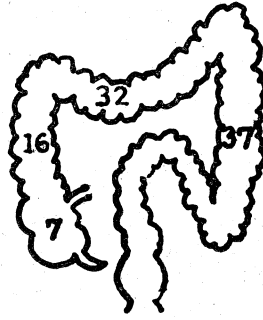
Hastaların 57 si (% 95,0) Erzurum ve çevre illerden, 3 ü (% 5,0) de diğer illerden başvurmuşlardı. En çok hasta Erzurum'dan başvururken, çevre 13 ilden de başvuru olmuştu. Bu durum, şekil-1 de gösterilmiştir.



Şekil-1: Hastaların başvurdukları illere göre dağılımı.

Total kolonoskopi amaçlanan 39 hastadan 7 sinde (% 17,9) çekuma ulaşılrken, 16 sında (% 41,0) çıkan kolon, 32 sinde (% 82,0) transvers kolon, 37 sinde (% 94,9) inen kolon incelenemedi. İki hastada (% 5,1) sigmoid-desenden kavşak geçilemedi. Ulaşılabilen seviyeler şekil-2 de gösterilmiştir.

Kolonoskopi endikasyonu 50 hastada (% 83,3) kolon hastalığı belirti ve bulgularının olması, 10 hastada (% 16,7) da anormal veya şüpheli baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi nedeniyle konmuştu.



Şekil-2: Total kolonoskopi amaçlanan 39 hastada ulaşılabilen seviyeler.

Hastaların 36'sında (% 60,0) şikayet tek iken 24 hastada (% 40,0) birden fazla şikayet vardı. En sık karşılaşılan şikayetler karın ağrısı ve rektal kanamaydı. Şikayetler, tablo-1 de özetlenmiştir.

Tablo-1: Hastaların başvuru şikayetleri.

Şikâyet	Hasta Sayısı	Oran (%)
Karın ağrısı	38	63,3
Rektal kanama	26	43,3
Kabızlık	11	18,3
Kilo kaybı	5	8,3
Kabızlık -işhal	4	6,7
Gaitada incelleme	3	5,0
Karında kitle	2	3,3
İşhal	1	1,7
Rektovajinal fistül	1	1,7

Hastaların hepsine kolonoskopi uygulandı. Bunlardan 26'sına (% 43,3) yalnız kolonoskopi, 34'üne (% 56,7) kolonoskopi ve radyolojik inceleme yapıldı. Biyopsi, 20 hastadan (% 33,3) alındı. Teşhis koyan işlem 44 hastada (% 73,3) kolonoskopi, 4 hastada (% 6,7) radyoloji ve 12 hastada (% 20,0) da her ikisiydi.

Kolonoskopi yapılan 60 hastanın 20'sinde (% 33,3) patoloji bulundu, 40 olgu (% 66,7) ise normaldi (Tablo-2).

Baryumlu kolon grafisi çekilmiş olan 34 hastanın 12'sinde (% 35,3) bu grafiler normal değerlendirildi, 10'unda (% 29,4) şüpheli lezyonlar vardı, 12'si (% 35,3) ise patolojik bulundu (Tablo-3).

Biyopsi alınan 20 hastanın histopatolojik incelemeleri, hepsinde patolojik sonuçlar gösterdi (Tablo-4).

Tablo-2: Kolonoskopi bulguları.

Sonuç	Sayı
Normal	40
Patolojik	21 (x)
Malign kitle	6
Benign kitle	1
Ülseratif kolit	6
Nonspesifik kolit	5
Polip	3
(x) Bir olgu, iki ayrı bulgusu nedeniyle iki ayrı olgu gibi değerlendirilmiştir.	

Tablo-3: Baryumlu kolon grafisi bulguları.

Sonuç	Sayı
Normal	12
Şüpheli veya açıklanamayan	10
Polip şüphesi	4
Malign kitle şüphesi	2
Benign kitle şüphesi	1
Darlık	2
Düzensizlik	1
Patolojik	13(x)
Ülseratif kolit	6
Spastik kolon	4
Malign kitle	3
(x) Bir olgu, iki ayrı bulgusu nedeniyle iki ayrı olgu gibi değerlendirilmiştir.	

Tablo-4: Histopatoloji bulguları.

Sonuç	Sayı
Normal	0
Patolojik	20
İnflamatuvar hastalık	12
Ülseratif Kolit	5
Nonspesifik kolit	7
Malignite	6
Adenokarsinom	5
Malign mezenşimal tümör	1
Polip	2
Adenomatöz polip	1
Hiperplazik polip	1

Bu verilere göre kolonoskopinin tanıdaki yeri tablo-5 te gösterilmiştir.

Tablo-5: Kolonoskopinin tanıdaki yeri.

Durum	Sayı	Değerlendirme
Doğru pozitif	21/21	6 Malign kitle 1 Benign kitle 6 Ülseratif kolit 5 Nonspesifik kolit 3 Polip
Yanlış pozitif	0/21	—
Doğru negatif	36/40	—
Yanlış negatif	4/40	4 Spastik kolon (Doğru tanı, radyolojik çalışma ile konmuştur.

Baryumlu kolon grafisinin tanıdaki yeri ise Tablo-6 da gösterilmiştir.

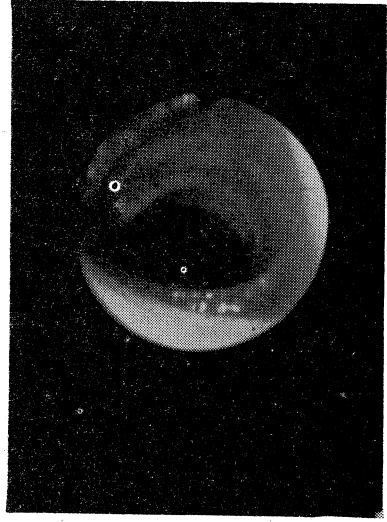
Tablo-6: Baryumlu kolon grafisinin tanıdaki yeri.

Durum	Sayı	Değerlendirme
Doğru pozitif (x)	15/23	5 Ülseratif kolit 4 Spastik kolon 4 Malign kitle 1 Benign kitle 1 Nonspesifik kolit
Yanlış pozitif (x)	8/23	4 Polip 1 Malign kitle 1 Ülseratif kolit 1 Darlık 1 Düzensizlik (Normal bulgular, kolonoskopi ile gösterilmiştir)
Doğru negatif	7/12	—
Yanlış negatif	5/12	3 Polip 1 Ülseratif kolit 1 Nonspesifik kolit (Doğru tanı, kolonoskopi ile konmuştur)
(x) Şüpheliler, pozitif kabul edilmiştir.		

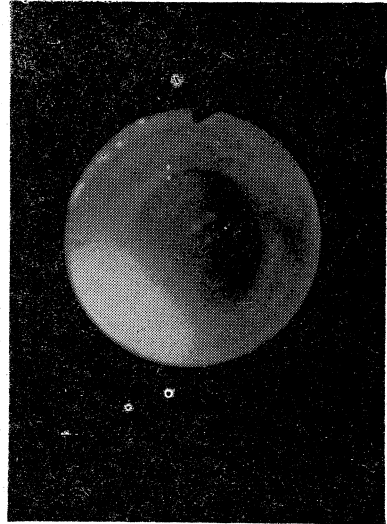
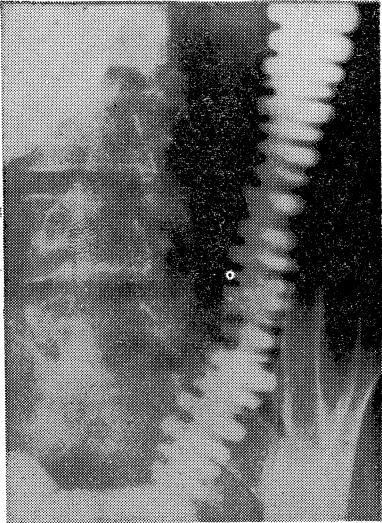
İşlem esnası ve sonrasında hiçbir hastamızda kayda değer komplikasyon görülmedi.

OLGULARDAN ÖRNEKLER :

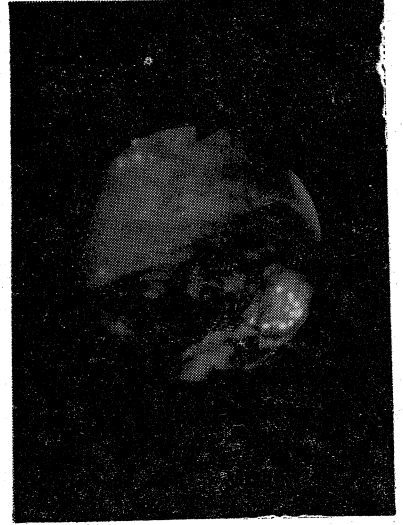
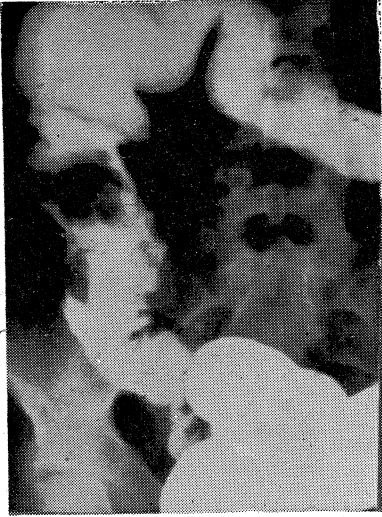
İlgi çekici bulduğumuz bazı olgularımızın radyolojik ve endoskopik görünimleri şöyledir:



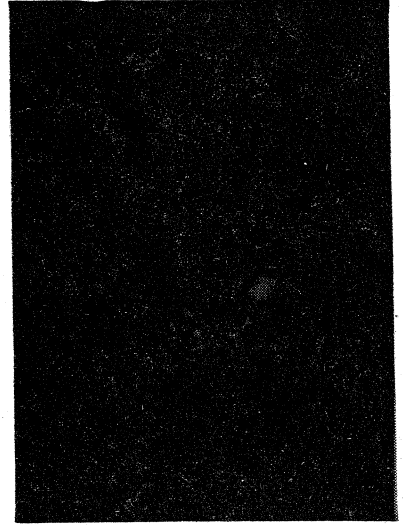
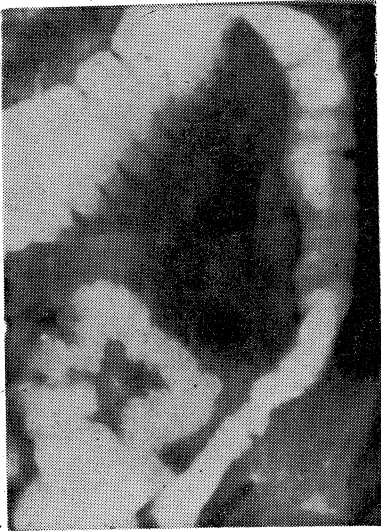
Resim-1,2: 46 yaşında bir erkek hastanın iki yıldan beri devam eden rektal kanama şikayeti vardı. Anal muayenede internal hemorroid olduğu görüldü. Baryumlu kolon grafisi: transvers kolonda polip şüphesi olduğunu gösterdi. Kolonoskopi normal değerlendirildi.



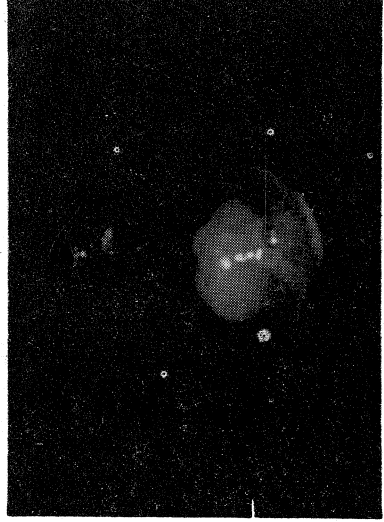
Resim-3,4: 30 yaşında bir erkek hastanın dört yıldan beri karın ağrısı, kabızlık-ishal, rektal kanama şikayetleri vardı. Anal muayenede internal hemorroid olduğu görüldü. Baryumlu kolon grafisi inen kolonda haustraların derinleşmiş olduğunu gösterdi ve spastik kolon olarak rapor edildi. Kolonoskopi normal değerlendirildi.



Resim-5,6: 34 yaşında erkek hasta. Bir yıllık karın ağrısı ve kilo kaybı hikayesi vardı. Baryumlu kolon grafisinde çıkan kolonda maligniteyi düşündüren dolma defekti vardı. Kolonoskopide aynı yerde ve jetan, kan mılı malign kitle görüldü. Biyopsi sonucu, adenokarsinom geldi.



Resim-7,8: 55 yaşında kadın hasta. Onbeş yıldır karın ağrısı, kabızlık-ishal ve rektal kanama şikayetleri vardı. Baryumlu kolon grafisinde inen kolon ve sigmoidde kurşun boru görünümü nedeniyle ülseratif kolit olduğu rapor edildi. Kolonoskopide aynı yerlerde submukoza damarlanmada kaybolma ve kanama odakları gözlendi, ülseratif kolit düşünüldü. Patoloji sonucu ülseratif kolit geldi.



Resim-9,10: 55 yaşında erkek has.a. uç aydan beri karın ağrısı ve rektal kanama şikayet vardı. Baryumlu kolon grafisinde inen ve sigmoid kolonlar normal bulundu. Kolonoskopide sigmo- iddesenden kavsakta 1,5 cm çaplı polip görüldü. Biyopsi, adenomatöz polip geldi.

TARTIŞMA :

Bugünkü anlamda kolonoskopi, 30 yılı aşkın bir süreden beri yapılmaktadır. O günden buyana gelişen kolonoskoplar sayesinde tüm kolonun ve hatta terminal ileumun incelenebilir olması, alt intestinal sistem endoskopisini etkin ve aranın bir işlem haline getirmiştir(6).

Kolonoskopi, alışılmış şekiliyle gastroenteroloji kliniklerinde yapılan bir işlemdir. Bu işlem, yurdumuzda da yıllar önce yapılabilir hale gelmiştir. Ancak konuya incelik kazandıran iki nokta bizce önemlidir ve konunun seçimini haklı çıkaracak niteliktedir. Bunlardan birisi, gecikmeyle de olsa kolonoskopi işleminin hastanemizde ilk defa başlatılmış olması, ikincisi de bu işlemin bir cerrahi kliniğinde gerçekleştirilmesidir.

Fiberoptik kolonoskopinin rijit proktosigmoidoskopi, baryumlu çalışmalar ve hatta skenning gibi tanı araçlarına göre daha bilgi verici bulunmuş olması, cerrahların da ilgisini bu konu üzerine çekmiştir (26). Cerrahların, kolonları biz- zat gözleriyle gören kişiler olarak onların anatomik yapısı ve muhtemel varyas- yonlarını daha iyi bilmeleri, kolonoskopi konusunda cerrahlara büyük avantaj sağlamaktadır(2). Buna "operasyonu yapacak kişinin, lezyonu gören kişi olması ge- rektiği" şeklinde son zamanlarda beliren görüş te katılınca, cerrahların bu konuya el atmaları doğal bir durum olarak kabul edilmektedir.

Kolonoskopi, özel araç ve yetmişmiş eleman gerektiren bir işlemdir(22). Bu nedenle kolonoskopi, şimlilik yardımında merkezi ünitelerde bulunmakta ve geniş çevrelere hizmet vermektedir. Nitekim çalışmamızda kolonoskopi endikasyonu konan hastaların başvurdukları illere göre dağılımı, hastanemizin bir bölge hastanesi olma özelliğini bu alanda da göz önüne sermiştir.

Kolonoskopik muayenede teknik başarı, deneyimle yakından ilgilidir(11,14). Louis ve ark. (9), ilk 100 muayenelerinde hastaların % 13 ünde, ikinci 100 muayenelerinde % 26 sında ve son 50 muayenelerinde de % 48 inde çekuma ulaşabildiklerini bildirmişlerdir. Biz de total kolonoskopiyi amaçladığımız hastalarımızda % 18 olguda çekuma, % 41 olguda da çıkan kolona ulaşabilmeyi başarabildik. Olgu sayımızın artması, zamanla teknik başarıyı arttıracak, böylece bizi bu alanda daha yararlı hale getirecektir.

Diagnostik kolonoskopinin pratikteki yeri kesin sınırlarla belirlenmiş değildir. Kullanım alanı şartlara ve kişisel faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Tekrarlayan karın ağrıları, dışkılama alışkanlığında değişiklik, inatçı diyare ve kabızlık, alt intestinal kanama, açıklanamayan kilo kaybı gibi belirti ve bulguların yanında, kolonik malignite, inflamatuvar hastalık, polip, divertikül,striktür ve benzeri hastalıkların düşünüldüğü durumlar, kolonoskopinin başlıca endikasyonunu oluşturmaktadır (2,25,26). Bunların dışında maligniteler, polipler, inflamatuvar hastalıklar ve benzeri durumlarda periyodik kontrol amacıyla da kolonoskopi endike görülmektedir(20,24,26). Diğer önemli bir endikasyon alanı da şüpheli veya açıklanamayan baryumlu kolon grafisi sonuçlarının yorumlanması durumlarıdır(7,24,26). Ayrıca artık kolonoskopi, tarama programlarında da kullanılmaktadır (8).

Çalışma sonuçlarımızın değerlendirilmesinde kolonoskopi ile baryumlu kolon kolon grafisi arasındaki en önemli fark, polipoid lezyonlarda ortaya çıktı. Radyo lojinin polip şüphesi gösterdiği 4 olguda kolonoskopi, polip olmadığını ortaya koydu. Bu olgular radyoloji için yanlış pozitif olarak yorumlandı. Diğer 3 olguda da radyoloji normal bulgular verirken, kolonoskopi polip varlığını gösterdi. Bu olgular da radyoloji için yanlış negatif olarak değerlendirildi (Tablo-6). Laufer (7) ,baryumlu çalışmaların, hele tek kontrast yapılmışlarsa, polipleri iyi değerlendiremediğini bildirmiştir. Wardenve ark. (24) ise bu konuda radyolojinin, kolonoskopiye göre ancak % 20 oranında değerli olduğunu göstermişlerdir. Cotton ve Williams (2,26), kolonoskopi ile 2-3 mm lik küçük poliplerin bile kolay tanımlanabileceğini bildirmişlerdir. Kolonoskopinin bir diğer avantajı da poliplerin makroskopik görüntüleri yanında büyüklükleri hakkında da bilgi vermesidir (7,13,15,16, 18, 19). Laufer (7), radyolojik çalışmalarda polip olarak görüntü veren lezyonların, gerçekte polip, pseudopolip veya malignite olabileceğini bildirmiştir. Böyle lezyonlar bazen endoskopik görüntüleri ile dahi tanınamazlar ve biyopsi gerektirirler. Bu da ancak kolonoskopi ile mümkündür. Kolonoskopinin bu alandaki bir diğer avantajı da küçük poliplerin, elektrokoter ile eksizyonuna imkan sağlamasıdır(4).

Lauffer(7)'e göre radyolojik çalışmalar, erken maligniteyi yakalama açısından kolonoskopi kadar iyi değildir. Bilindiği gibi kolon karsinomlarının bir kısmı poliplerden kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle polipler, kolonkarsinomları için prekanseröz lezyonlardır(18). Dolayısıyla poliplerin tanısındaki başarı, erken malignite tanısındaki başarı anlamına gelir. Riertsen ve ark. (14), 303 hastada yaptıkları bir çalışmada, erken malignite tanısına çift kontrast baryumlu kolon grafisini % 85, kolonoskopiye % 90, ikisini birlikte ise % 99 oranında başarılı bulmuşlardır. Bu sonuç, malignite tanısında her iki işlemin değerli olduğunu göstermektedir. Ancak konuya erken maligniteyi değerlendirme açısından bakıldığında, kolonoskopi avantajlı görülmektedir. Bizim çalışmamızda, histopatoloji ile doğrulanan 6 malignite olgumuz vardı. Bunların ikisinde çeşitli nedenlerle radyolojik çalışma yapılamamıştı. Geri kalan 4 olgunun hepsinde malign kitleyi, radyoloji yakalamıştı. Ancak olgularımızın hepsinin Dukes sınıflamasına göre evre-c de oluşu nedeniyle, radyolojik çalışmaların erken maligniteyi yakalamadaki başarısı hakkında yorum yapamadık.

İnflamatuvar hastalıklarda tanı yollarını değerlendirmeye gelince: Her ne kadar kronik inflamasyonlarda radyolojik çalışmalar bilgi verirse de erken olgularda yeterli bilgi elde edilemez(1,7,17,25,26). Çünkü akut safhada çoğu inflamatuvar lezyonlar (infeksiyöz, ülseratif, iskemik, radyasyona bağlı veya Crohn) birbirine benzer (2,17,22,25,26). Bu nedenle, kolonoskopinin biyopsi imkanı sağlaması büyük avantajdır. Diğer önemli bir konu da inflamatuvar hastalığın derecesini tayin etmektir ki bu iş en iyi kolonoskopiyle mümkündür(20). Bizim çalışmamızda teşhis edilen 12 inflamatuvar barsak hastasından 8 ine radyolojik inceleme yapılmış ve bunlardan 6 sında doğru tanı konmuştu. Diğer iki hastada kolonoskopi, inflamatuvar hastalık gösterdi. Bu olgular, radyoloji için yanlış negatif olarak yorumlandı. Ayrıca bir hastada radyolojik inflamatuvar hastalık gösterdiği halde kolonoskopi normal bulundu. Bu olgu da radyoloji için yanlış pozitif olarak değerlendirildi (Tablo-6).

Alt intestinal kanamalı hastalar, Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Topluluğu tarafından ikiye ayrılmıştır(21). Bunlardan biri 3 günden kısa süreli ve abondan kanamalıdır. Bunlarda yapılacak ilk işlem, kanamanın aktivitesini kaybetmesinden sonra kolonoskopi olmalıdır(21). Kolonoskopi negatifse, radyoloji düşünülür. Bu yolla %50-70 olguda tanı mümkündür. Bizim, böyle akut kanamalı hastamız yoktu. İkinci grup ise kronik alt intestinal sistem kanamalıdır. Bunlarda da baryumlu çalışmalar, kolonoskopiye göre daha değersizdir ve kolonoskopi % 20-40 olguda tanı koyar (21). Bizim çalışmamızda rektal kanamayla başvuran 26 hastanın 16 sında (% 61,5) kolonik hastalık bulundu. Kanamanın en sık nedeni inflamatuvar hastalık ve malignite olup bu durumlarda kolonoskopi ve radyolojinin değeri daha önce tartışılmıştı.

Çalışmamızda kolonoskopik incelemede yetersiz kaldığımız yegane nokta fonksiyonel barsak hastalıklarıydı. Bu gibi durumlarda mukozaya veya lümen

ait organik lezyonlar olmadığından, yorum barsak motilitesine göre yapılmaktadır(2). Biz, baryumlu kolon grafisinin spastik kolon olarak tanı koyduğu 4 olguyu kolonoskopiye normal değerlendirdik ve bu olguları, kolonoskopi için yanlış negatif olarak yorumladık(Tablo-5). Bu sonuç, spastik kolon hastalığının kolonoskopiye tanınmasının güç olmasına bağlı olabileceği gibi bizim bu alandaki deneyimsizliğimizle de ilgili olabilir.

Sonuç olarak, kolon hastalıklarının tanısında kolonoskopinin, radyolojik çalışmalara göre daha duyarlı olduğu, artık bilinmektedir(2,25,26). Ancak kolon hastalığı belirti ve bulgularının varlığında kolonoskopinin mi yoksa radyolojinin mi ilk işlem olması gerektiği konusunda fikirler, şimdilik farklılığını korumaktadır. Kolonoskopi ile proksimal kolonun her zaman incelenmesi in mümkün olamayışı, Lura karşılıklı radyolojinin buna imkan sağlaması nedeniyle Waye(25) ile Marziona ve ark. (10) radyolojiyi ilk işlem olarak önermişlerdir. Ancak karşıt görüşler gün geçtikçe güçlenmektedir. Bartram ve ark. (1), Longo ve ark. (8) ile Neugut ve ark. (12), ilk işlem olarak kolonoskopiye görmekte, proksimal kolonun incelenmesinin gerektiği ve bunun kolonoskopi ile mümkün olmadığı durumlarda radyolojiyi önermektedirler. Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Topluluğu da özellikle distal kolon semptomu olan hastalarda ilk işlem olarak endoskopiye önermiştir(20). Cotton ve Williams (2,26) ise, her iki işlemin tanı değerinin deneyimle yakın olan ilgili olduğunu bildirmişer ve her bir işlemi, diğerini tamamlayan bir işlem olarak görmüşlerdir.

Neugut ve ark. (12)'ne göre kolonoskopinin rutin kullanımına karşı direnmeler şu düşüncelerden kaynaklanmaktadır: 1-Rahatsız edicidir. 2-Tehlikelidir, 3- Pahalıdır ve 4- Özel şartlar gerektirir. Van Ness ve ark. (23)'rın bu konuda 99 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada % 78,5 hastanın kolonoskopiye, % 14 hastanın ise radyolojiye daha rahat buldukları tesbit edilmiştir. Aynı araştırmacılar, işlem sonrası iştten geri kalma yönünden kolonoskopinin ortalama 9 saat, radyolojinin ise 11 saat gerektirdiğini, bu yönüyle de kolonoskopinin tercih edildiğini göstermişlerdir. Biz de çalışmamızda, kolonoskopiye karşı önemli bir toleranssızlık görmedik. Maliyet yönünden karşılaştırıldığında ise kolonoskopi, radyolojinin yaklaşık iki katına çıkmaktadır. ABD'de kolonoskopi için ortalama 400-600, radyoloji için ise 200 dolar gerekmektedir. Ancak, Van Ness ve ark. (23), bu fiyat farkına rağmen, kolonoskopinin hastalar tarafından daha çok kabul gördüğünü (sıra ile % 51,4 ve 31,8) bildirmişlerdir.

Kolonoskopi, deneyimli ellerde yapıldığında oldukça güvenilir bir işlemdir. Toplam morbidite % 0,3-1,3, arasında, mortalite ise % 0,008 olarak bildirilmiştir (5). En dramatik komplikasyon perforasyondur. Kanama, komşu organ yaralanması, infeksiyon bulaşması, lokal prolititler ve premedikasyona bağlı hipotansif ataklar ile kardiyak ve respiratuar arrest, diğer nadir komplikasyonlardır (2,3,5,10,25,26). Bizim çalışmamızda kayda değer bir komplikasyon görülmemiştir.

Özetle gerek bu çalışmanın verileri gerekse gözden geçirilen kaynakları-
ğında şu sonuçlara varılmıştır:

1-Kolon hastalığı belirti ve bulgularının varlığı yanında baryumlu çalışmalarla açıklanamayan durumlar, kolonoskopinin başlıca endikasyonunu oluşturmaktadır. Ayrıca artık kolonoskopi, tarama amacıyla da önerilmiştir.

2- Geçmiş yıllardaki görüşler, baryumlu çalışmaların ilk işlem, kolonoskopinin ise onu tamamlayan ikinci bir işlem olduğu şeklindeydi. Ancak gün geçtikçe kolonoskopinin ilk işlem olması gerektiği görüşü artan sayıda taraftar bulmaktadır.

3- Kolonoskopide gerek teknik başarı, gerekse tanı başarısı deneyimle yakından ilgilidir.

4- Kolona ait polipler, maligniteler, inflamatuvar hastalıklar ve kanamalar başta olmak üzere birçok hastalığın tanısında kolonoskopinin radyolojiye göre daha duyarlı olduğu gösterilmiştir.

5- Kolonoskopi, lezyonların makroskopik görünümünü doğrudan görüntülemenin yanında histopatolojik inceleme için materyal alma imkanı ve bazı durumlarda endoskopik tedavi imkanı sağlaması yönleriyle de avantajlıdır.

6- Yapılan çalışmalar, gerek işlem öncesi hazırlık, gerek işlem ve gerekse işlem sonrası yönünden hastaların, kolonoskopiyi baryumlu çalışmalardan daha rahat bulduğunu göstermiştir.

7- Kolonoskopinin maliyeti, radyolojik çalışmaların yaklaşık iki katıdır ve bu durum kolonoskopinin rutin kullanımında bir dezavantajdır.

8- Deneyimli ellerde yapıldığında kolonoskopi oldukça güvenli bir işlemdir, komplikasyonları çok değildir.

9- Kolonoskopi, gün geçtikçe daha kabul edilebilir ve daha yaygın kullanılır bir duruma gelme yolundadır.

10- Bölgemizin diğer hastanelerinde yapılmayan kolonoskopinin bu çalışmayla hastanemizde başlatılması, bölgeye rutin hizmet vermenin yanı sıra anabilim dalımızda bilgi ve beceri birikimine yardımcı olacaktır.

SUMMARY :

DIAGNOSTIC COLONOSCOPY

(A study of 60 patients)

Colonoscopy was performed for 60 patients between July 1988 and December 1989, in Atatürk University, School of Medicine, General Surgery Department.

The distribution of patients with respect to the ir country showed presence of referring from 13 neighbor provinces.

Colonoscopy was endicated in 50 patients (83,3%) because of presence of colonic disease symptoms and signs, and in 10 (16,7%) presence of abnormal or uncertain barium enemas.

The comparison of colonoscopy, barium enema and pathology results showed the following. Barium enema was not sensible in polipoid lesions because of high false positive and false negative rates. The same situation was respected for inflammatory lesions to as small extent. In malignities, the two procedure was valuable. Barium enema was more sensible in functional bowel disease because of high false negative rate of colonoscopy.

No important complication occurred in this study.

KAYNAKLAR :

- 1- Bartram CI, Durdey P, Williams NS. Colonoscopy or barium enema as an initial investigation of colonic disease. *Lancet* 1987; 14: 1148-1149.
- 2- Cotton PB, Williams CB. *Practical Gastrointestinal Endoscopy*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1981. pp. 86-127,
- 3- Di Pirima RE, Barkin JS, Blinder M, Goldeberg RI, Phillips RS. Age as a risk factor in colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 123-125.
- 4- Forde GA. Transanal excision of rectal villous adenomas. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 284-285.
- 5- Graham J. Complications of colonoscopy. *IMJ* 1977; 152: 39-42.
- 6- Kanazowa T, Tenako M. Endoscopy of the colon. *Gastrointest Endosc* 1985; 7: 398.
- 7- Laufer I. Barium contrast examinations. In Berk JE, Haubrich WS, Kalser MH, Roch JLA, Schaffner F, eds. *Bockus Gastroenterology*. v. 1. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1985. pp. 465-469.
- 8- Longo WE, Ballantyne GH, Modlin IM. Colonoscopic detection of early colorectal cancers. *Ann Surg* 1988; 207: 174-177.
- 9- Louis F, Knopp JR, Spartenburg SG. Colonoscopy in clinical practice. *South Med J* 1977; 70: 526-531.
- 10- Mazione NC, Kram M, Biempica L. Colooscopic findigns in a leukemic patient. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 59-61.

- 11- Martin D. Should colonoscopy be the first investigation for colonic disease. *Br Med J* 1988; 20: 571-572.
- 12- Neugut AJ, Forde KA. Screening colonoscopy: Has the time come. *Am J Gastroenterol* 1988;83: 295-297.
- 13- O'Connor JJ. Safe coagulation of diminutive polyps. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 284.
- 14- Reiertsen O, Bakka A, Tronnes S, Gauperaa T. Routine double contrast barium enema and fiberoptic colonoscopy in the diagnosis of colorectal carcinoma. *Acta Chir Scand* 1988; 154: 53-56.
- 15- Riner MA, Rankia RA, Guild RT, Kastera DJ. Accuracy of estimation of colon polyp size. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 284.
- 16- Speroni AH, Meiss RP, Calzona C, Castelletto RH, Jmelnitzky A, Chopita N, Vaccarezza CM, Rubio HH. Early colorectal cancer: Follow up after endoscopic polypectomy. *Endoscopy* 1988; 20: 18-20.
- 17- Stolte M. Normal endoscopic findings in the gastrointestinal tract: When should a biopsy be taken. *Endoscopy* 1988; 20:111-113.
- 18- Stulc JP, Petrelli NJ, Herrera L, Mittelman A. Colorectal villous and tubulovillous adenomas equal to or greater than four centimeters. *An Surg* 1988; 207: 65-71.
- 19- The role of colonoscopy in the management of patients with colonic polyps: Guidelines for clinical application. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 6s-7s.
- 20- The role of colonoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease: Guidelines for clinical application. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 10s-11s.
- 21- The role of endoscopy in the patients with lower gastrointestinal bleeding: Guidelines for clinical application. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 23s-25s.
- 22- Tytgat GNJ, Mulder CJJ, Brummelkamp WH. Endoscopic lesions in Crohn's Disease early after ileocecal resection. *Endoscopy* 1988; 20: 260, 262.
- 23- Van Ness NM, Chobanian SJ, Winters C Jr, Diehl AM, Esposito RL, Cattau EL Jr. A study of patients acceptance of double-contrast barium enema and colonoscopy: Which procedure is preferred by patients. *Arch Intern Med* 1987; 147: 2175-2176.

- 24- Warden MJ, Petrelli NJ, Herrera L, Mittelman A. Endoscopy versus double-contrast barium enema in the evaluation of patient with syptoms suggestive of colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1988; 155: 224-226.
- 25-Waye JD. Colonoscopy. In Berk JE, Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schaffener F, eds. *Bockus Gastroenterology*. v. 1. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1985. pp. 588-611.
- 26- Williams CB. Flexible sigmoidoscopy and colonoscopy. In Schwartz SI, Ellis H, eds. *Maingot's Abdominal Operations*. v. 1. 9th ed. East Norwalk: Appleton-Lange Publishing Company, 1990. pp. 167-176.