

BEŞ YILLIK ENDOSKOPI ÇALIŞMALARIMIZ

Dr. S. Selçuk ATAMANALP (x)
Dr. Dursun AKDEMİR(xx)
Dr. M. İlhan YILDIRGAN(xxx)
Dr. Ahmet A. BALIK(xxxx)

ÖZET:

Anabilim dalımızda Temmuz 1988-Haziran 1993 arasındaki 5 yıllık sürede diagnostik amaçlı 475 alt GİS endoskopisi (333 sigmoidoskopi, 142 kolonoskopi) ve 858 üst GİS endoskopisi (113 özofagoskopi, 745 gastroduodenoskopi) uygulandı. Ayrıca terapötik amaçlı 41 sigmoidoskopik/kolonoskopik, 3 gastroskopik polipektomi gerçekleştirildi. Önemli bir komplikasyon ortaya çıkmadı.

GİRİŞ

Fleksibil endoskopi tüm kolunun ve üst gastrointestinal sistemin incelenmesine imkan sağlayan modern bir tanı aracıdır. Tanıda radyolojik çalışmalara göre daha duyarlı olduğunun gösterilmiş olması endoskopinin önemli bir avantajıdır. Lezyonları doğrudan görüntüleyebilmesinin yanında, histopatolojik inceleme için materyal almaya ve bazı durumlarda endoskopik tedavi işlemlerine imkan sağlaması da endoskopinin diğer avantajlarıdır. Deneyimli ellerde yapıldığında oldukça güvenilir olan bu işlem (1,2), anabilim dalımızda 5 yıldan beri rutin kullanıma girmiş olup, bu süre içindeki sonuçlarımız bu yazıda özetlenmiştir.

MATERYAL ve METOD:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Temmuz 1988-Haziran 1993 arasındaki 5 yıllık sürede 475 alt GİS endoskopisi (333 sigmoidoskopi, 142 kolonoskopi) ve 858 üst GİS endoskopisi (113 özofagoskopi, 745 gastroduodenoskopi) olmak üzere toplam 1333 hastaya fleksibil endoskopi uygulandı.

Sigmoidoskopi için hazırlık, 1-2 saat önceden yapılan izotonik tuzlu su veya pürgatif lavmanıyla gerçekleştirildi ve bu hastalara premedikasyon yapılmadı. Ko-

x Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD Doç. Dr.

xx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD Prof. Dr.

xxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD Op. Dr.

xxxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD Arş. Gör. Dr.

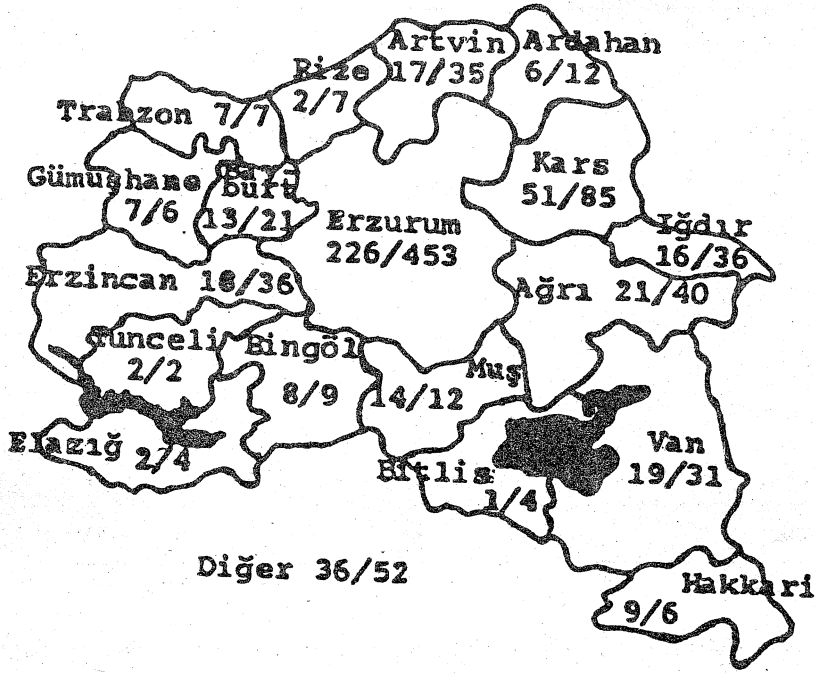
İlonoskopi için 2 gün önceden sulu diyetle geçildi ve işlem öncesi akşam senna içeren bir pürgeatif şurup verildi, ayrıca izotonik tuzlu su ile lavman yapıldı. Bu hastalara meperidin ve diazepam ile premedikasyon uygulandı. Ayrıca bu hastalar işlem sonrasında 1 saat gözlem altında tutuldu. Üst GİS endoskopisi yapılacak hastalar ise 4-6 saat önceden aç bırakıldı ve işlem öncesi lidokain ile lokal anestezi sağlandı.

İşlemlerde Olympus CLV F 10 veya CLK 3 E soğuk ışık kaynakları, CF P 10 L kolonoskop, CF P 10 S sigmoidoskop, JF 1 T 10 jejunoskop, UES 10 cerrahi ünit, LS 10 eğitim skobu, OM 1 fotoğraf makinesi, FB 26 N ve FB 28 UE biyopsi forsepsleri, SD 9 U AE ve SD 5 P AE kementler, FG 16 U AE ve FG 22 Q basket forsepsleri ile PR 6 Q ERCP kanülü ve cerrahi işlemlerde karbondioksit gazı kullanıldı.

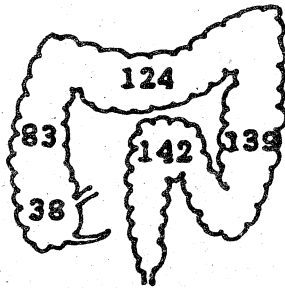
BULGULAR:

Sigmoidoskopi veya kolonoskopi uygulanan hastalar 13 ile 78 yaş arasında (ortalama 42.0 yaş) 319 erkek (% 67.2) ve 156 kadından (% 32.8) oluşmaktadır. Hastaların başvuru illerine göre dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir. Endikasyon 414 hastada (% 87.2) alt GİS semptomlarının varlığı, 47 hastada (% 9.9) açıklanamayan baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi, 12 hastada (% 2.5) postoperatif kontrol ve 2 hastada (% 0.4) da intraoperatif uygulama şeklindedir. Yalnız 5 hastada (% 1.1) acil, 470 hastada (% 98.9) elektif inceleme yapılmıştır. Kolonoskopide ulaşılabilen seviyeler şekil 2'de gösterilmiştir. Endoskopik tanılar tablo 1'de, biyopsi alınan hastalardaki histopatolojik tanılar ise tablo 2'de özetlenmiştir. Kırkbir hastada (% 8.6) endoskopik polipektomi uygulanmıştır. Yalnız 1 hastada (% 0.2) premedikasyona bağlı solunum depresyonu gelişmiş, mortalite olmamıştır.

Üst GİS endoskopisi uygulanan hastalar ise 14 ile 89 yaş arasında (ortalama 46,3 yaş) 553 erkek (% 64.5) ve 305 kadından (% 35.5) oluşmaktadır. Hastaların başvuru illerine göre dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir. Endikasyon 718 hastada (% 83.7) üst GİS semptomlarının varlığı, 112 hastada (% 13.0) açıklanamayan baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi ve 28 hastada (% 3.3) da postoperatif kontrol şeklindedir. Onsekiz hastada (% 2.1) acil, 840 hastada (% 97.9) elektif inceleme yapılmıştır. Endoskopik tanılar tablo 3'te, biyopsi alınan hastalardaki histopatolojik tanılar ise tablo 4'te özetlenmiştir. Üç hastada (% 0.3) endoskopik polipektomi, 2 hastada (% 0.2) ERCP uygulanmıştır. Komplikasyon ve mortalite görülmemiştir.



Şekil 1. Endoskopi yapılan hastaların başvuru illerine göre dağılımı (Alt GIS endoskopi/Üst GIS endoskopisi).



Şekil 2. Kolonoskopi yapılan hastalarda ulaşılabilen seviyeler.

Tablo 1. Alt GİS endoskopisi yapılan hastaların endoskopik tanıları.

Tanı	Sayı	%
Normal	228	48.0
Patolojik	247	52.0
Malignensi	36	
Nonspesifik kolit	26	
Ülseratif kolit	29	
Crohn koliti	3	
Amebik kolit	3	
İskemik kolit	1	
Spastik kolon	5	
Polip	41	
Divertikül	6	
Hemoroid	76	
Fissür	23	
Fistül	3	
Toplam	475	100.0

Tablo 2. Alt GİS endoskopisi yapılan hastaların biyopsi alınanların histopatolojik tanıları.

Tanı	Sayı	%
Normal	8	6.6
Patolojik	114	93.4
Adenokarsinom	35	
Malign mezenşimal tümör	1	
Nonspesifik kolit	14	
Ülseratif kolit	20	
Crohn koliti	3	
Adenomatöz polip	29	
Tubulovillöz adenom	5	
Hamartoma	1	
Hiperplastik polip	1	
İnflamatuvar polip	5	
Toplam	122	100.0

Tablo 3. Üst GİS endoskopisi yapılan hastaların endoskopik tanıları.

Tanı	Sayı	%
Normal	149	17.4
Patolojik	709	82.6
Özofagus	31	
Özofajit varisi	37	
Özofagus malignensisi	59	
Özofagus divertikülü	3	
Özofagus spazmı	2	
Özofagus moniliyazisi	1	
Slayding herni	1	
Gastrit	188	
Reflü gastrit	36	
Mide ülseri	42	
Mide malignensisi	97	
Mide polibi	5	
Mide divertikülü	2	
Duodenit	186	
Duodenum ülseri	57	
Duodenum malignensisi	3	
Duodenum divertikülü	1	
Pilor darlığı	11	
Duodenum deformitesi	8	
Toplam	858	100.0

Tablo 4. Üst GİS endoskopisi yapılan hastalardan biyopsi alınanların histopatolojik tanıları.

Tanı	Sayı	%
Normal	6	3.5
Patolojik	165	96.5
Spinosellüler karsinom	26	
Adenokarsinom	66	
Anaplastik karsinom	8	
Skirokanser	3	
Leiomyioma	1	
Adenomatöz polip	2	
Villöz adenom	1	
Hiperplastik polip	2	
Gastrit	56	
Toplam	171	100.0

TARTIŞMA:

Cerrahların gastrointestinal sistemi gözleriyle gören kişiler olarak onların anatomik yapısı ve varyasyonlarını daha iyi bilmeleri ve anlamaları fleksibil endoskopi konusunda cerrahlara büyük avantaj sağlamaktadır. Diğer taraftan endoskop yardımıyla lezyonları gözleri ile görmeleri de yapılacak cerrahi işlem konusunda cerrahlara yol gösterici olmaktadır. Bu nedenlerle cerrahların endoskopiye ilgileri gün geçtikçe artmaktadır. Ancak gastrointestinal sistem ile ilgilenen bir ünite de cerrah, gastroenterolog ve radyoloğun yapacağı işbirliğinin kişisel çalışmalara göre daha başarılı olacağı da muhakkaktır (1).

Kolonoskopi özel araç ve yetişmiş eleman gerektiren bir işlemdir (2,3). Bu nedenle yurdumuzda merkezi ünitelerde bulunmakta ve geniş çevrelere hizmet vermektedir (4). Bu açıdan anabilim dalımız Doğu Anadolu'da kolonoskopi yapılan tek merkez olma özelliğindedir. Nitekim çalışmamızda Erzurum dışında 17 ilin hastalarına alt GİS endoskopisi hizmeti verdiğimiz görülmektedir. Üst GİS endoskopisi ise daha kolay uygulanabildiğinden daha yaygın olarak kullanılmaktadır (2). Ancak bu açıdan da geniş bir alana hizmet verdiğimiz ortadadır.

Kolonoskopik muayenede teknik başarı deneyimle yakından ilgilidir (5,6). Nitekim total kolonoskopiyi amaçladığımız ilk 39 olguluk serimizde çekuma ulaşma oranımız % 17.9, sağ kolona ulaşma oranımız % 41.0 iken (4) 142 olguluk bu serimizde bu oranlar sıra ile % 26.8 ve % 58.5 olmuştur. Skopi eşliğinde çalışmanın başarıyı yükselttiği bir gerçek olmakla birlikte, fiberoptik aletlerin ömrünü kısaltması nedeniyle (1) skopisiz çalıştığımızı belirtmemiz gerekir.

Alt GİS hastalık belirti veya bulgularının varlığı kolonoskopi veya sigmoidoskopinin başlıca endikasyonudur. Bunun yanında anormal veya şüpheli baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi, cerrahi işlem sonrası kontrol, tarama ve intraoperatif kullanım diğer endikasyonları oluşturur (1-4). Fiberoptik kolonoskopinin kolon hastalıklarının tanısında baryumlu çalışmalara göre daha duyarlı olduğunun gösterilmiş olması (1-4), onun ilk işlem olarak yapılması düşüncesini gündeme getirmiş ve bu durum özel ekip ve alet gerektirmesi ve pahalı olması gibi dezavantajlarına rağmen tafaftar bulmuştur (7,8). Ancak tek aletle geniş bir çevreye hizmet verme gerçeği, bizi gerektiğinde sigmoidoskopiyi ilk işlem, ancak kolonoskopiyi baryumlu çalışmalar sonrası ikinci işlem olarak kullanma şeklinde bir uygulamaya zorlamıştır. Diagnostik amaçlı çalışmalarımızın yanı sıra benign ve insitu veya invazyon göstermeyen malign kolon poliplerinin tedavisindeki yeri (9) nedeniyle alt GİS endoskopisi eşliğinde birçok hastada polipektomi gerçekleştirmiş bulunmaktayız. Alt GİS endoskopisi deneyimli ellerde oldukça güvenilir bir işlem olup mortalite % 0.01'in altında, morbidite ise % 0.3-1.3 arasında bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda da önemli bir komplikasyonla karşılaşmamıştır.

Üst GİS hastalık belirti ve bulgularının varlığı üst GİS endoskopisinin başlıca endikasyonudur. Ayrıca anormal veya şüpheli baryumlu grafi sonuçlarının değerlendirilmesi, cerrahi işlem sonrası kontrol ve tarama diğer endikasyonlardır (1-3). Hastalıkların tanısında üst GİS endoskopisinin baryumlu çalışmalara göre

daha duyarlı olduğu gösterilmiştir ve bu nedenle çoğu yerde ilk işlem olarak kabul edilmiştir (1-3). Biz de üst GİS endoskopisini tanıda ilk işlem olarak kullanmanın yanısıra özellikle cerrahiye aday hastaların lezyonlarını değerlendirmede kullanmaktayız. Az sayıda benign mide polibinin çıkarılması da diğer bir çalışma alanımız olmuştur. Safra sistemi ve pankreas hastalıklarının tanısında önemli bir yere sahip olan ERCP (11,12) işlemine de başlamış bulunmaktayız. ERCP'nin rutin hale getirilmesinin yanısıra endoskopik sfinkterotomi de bu alandaki amaçlarımız arasında olacaktır. Üst GİS endoskopisinin mortalitesi % 0.01'in altında, morbiditesi ise % 0.2 olarak bildirilmiştir (1-37). Bizim çalışmamızda da önemli bir komplikasyonla karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak alt ve üst GİS endoskopisini tanıda rutin olarak kullanmanın yanısıra yeni tedavi alanlarında kullanmak ve koledokoskopi, endoskopik ultrasonografi gibi işlemler amaçlarımız arasında olacaktır.

SUMMARY:

OUR ENDOSCOPY STUDIES OF FIVE YEARS

475 lower GIS endoscopy (333 sigmoidoscopy 142 colonoscopy) and 858 upper GIS endoscopy (113 esophagoscopy, 745 gastroduodenoscopy) were performed for diagnostic purposes between July 1988 and June 1993, in our department. On the other hand, 41 sigmoidoscopic/colonoscopic, 3 gastroscopic polypectomy were performed for therapeutic purposes. No important complication occurred.

KAYNAKLAR

1-Cotton PB Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. Oxford, Blackwell Sic Pub, 1981, pp. 1-54, 86-127.

2- Berk HE, Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schaffner F. Bockus Gastroenterology, v 1, Philadelphia, W. B. Soundres Co, 1985, pp. 521-587, 588-611.

3- Schwartz SI, Ellis H. Maingot's Abdominal Operations. v 1, 9th ed, East Norwalk, Appleton-Lange Pub Co, 1990, pp. 153-166, 167-176.

4- Atamanalp SS, Akdemir D, Mutlutürk Ü. Diagnostik kolonoskopi çalışmalarımız. Atatürk Üni Tıp Bül 1990, 21: 659-674.

5- Louis F, Knopp JR, Spantonburg SG. Colonoscopy in clinical practice. South Med J 1977; 70: 526-531.

6- Martin D. Should clonoscopy be the first investigation for colonic disease. Br Med J 1988; 20: 571-572.

7- Bartram CI, Durdey, P, Williams NS. Colonoscopy or barium enema as an initial investigation of colonic disease. *Lancet* 1987; 14: 1148-1149.

8- Longo WE, Ballantyne GH, Modlin IM. Colonoscopic detection of early colorectal cancers. *Ann Surg* 1988; 207: 174-177.

9- Colacchio TA, Forde KA, Scatlebury VP. Endoscopic polypectomy in adequate treatment for invasive colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1981; 194: 707-709.

10- Graham J. Complications of colonoscopy. *IMJ* 1977; 152: 39-42.

11- Classen M, Phillip J. ERCP and endoscopic therapy in pancreatic disease. *Clin Gastroenterol* 1984; 13: 819-842.

12- Ikeda S, Tanaka M, Matsumoto S, Yoshimoto H, Itoh H. Endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy* 1988; 20: 13-17.