

# ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

## LOW GASTROİNTESTINAL ENDOSCOPY; AN INSTUTIONAL RESULTS

Ahmet A. BALIK, Fehmi ÇELEBİ, S.Selçuk ATAMANALP, M.İlhan YILDIRGAN, Mahmut BAŞOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

---

### Özet

On bir yıllık bir süre içerisinde 2103 hastaya alt gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Hastaların 213'ünde (%10.1) çekum, 317'sinde (%15) hepatic fleksura, 746'sında (%35.6) splenic fleksura ve 827'sinde (%39.3) inen kolona kadar inceleme yapıldı. Hastaların 814'ünde (%38.8) herhangi bir patolojik bulguya rastlanmazken, 228'inde (%10.8) kolit, 296'sında (%14) kanser, 130'unda (%6.2) polip, 12'sinde (%0.6) divertikülozis, 370'inde (%17.6) hemoroid, 34'ünde (%1.6) perianal fistül, 172'sinde (%8.2) anal fissür ve 47'sinde (%2.2) proktit saptandı. Morbiditesi düşük olan endoskopi özellikle semptomatik hastalarda malignite ihtimali göz önüne alınarak uygulanması gereken bir tanı yöntemidir.

**Anahtar kelimeler:** *Kolonoskopi, Sigmoidoskopi*

---

### Summary

In an 11-year period 2103 patients were undergone endoscopic examination of the distal gastrointestinal tract. Endoscopic examination included cecum, hepatic flexura, splenic flexura, and distal end of the descending colon in 213(10.1%), 317(15%), 746(35.6%), and 827(39.3%) patients respectively. Of the patients, 814(38.8%) showed normal endoscopic appearance, whereas 228 (10.8%) had colitis, 296 (14%) colorectal cancer, 130 (6.2%) had polyp, 12 (0.6%) had diverticulosis, 370 (17.6%) had hemorrhoid, 34 (1.6%) had perianal fistula, 172 (8.2%) had fissura in ano, and 47 (2.2%) had proctitis. Because of the possibility of colorectal cancer the symptomatic patients should undergo endoscopic examination.

**Key words:** *Colonoscopy, Sigmoidoscopy*

**Tablo 1.** *Alt Gastrointestinal Endoskopi Sonuçları*

endikasyon		
altgastrointestinal semptom varlığı	1799	%85.5
açıklanamayan baryumlu grafilerin değerlendirilmesi	204	%9.7
postoperatif kontrol	92	%4.4
intraoperatif tanısal amaçlı	8	%0.4
değerlendirilen bölge		
çekum	213	%10.1
hepatik fleksura	317	%15.0
splenik fleksura	746	%35.6
inen kolon	827	%39.3
bulgular		
normal	814	%38.8
kanser	296	%14.0
kolit	228	%10.8
polip	130	%6.2
divertikülozis	12	%0.6
hemoroid	370	%17.6
perianal fistül	34	%1.6
anal fissür	172	%8.2
proktit	47	%2.2

## Giriş

Gastrointestinal hastalıkların tanısında endoskopi önemli bir yere sahiptir. Fiberoptik endoskopların geliştirilmesi ile gastrointestinal sistem taramaları daha kolay uygulanabilir hale gelmiştir. Her ne kadar radyolojik görüntüleme yöntemleri de mevcut lezyonlar hakkında detaylı bilgi verebilseler de, ayırıcı tanıyı yapabilmek için biyopsiye ve biyopsinin histopatolojik incelemesine ihtiyaç vardır. Gastrointestinal sistem hatalıklarında alınacak biyopsi için günümüzde en geçerli yöntem endoskopidir. Bu makalede anabilim dalımızda endoskopi ünitesinin kurulduğu 1988 yılının ikinci yarısından, 1999 yılının birinci yarısının sonuna kadar geçen 11 yıllık süre içinde yapılan alt gastrointestinal sistem endoskopi sonuçları gözden geçirilmiştir.

## Hastalar ve Metod

Temmuz 1988-Mayıs 1999 tarihleri arasında 2103 hastaya alt gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopi endikasyonları; Kanama, ağrı, dışkılama alışkanlığında değişiklik, diyare akıntı gibi alt gastrointestinal semptomların varlığı (1799 hasta, %85.5), açıklanamayan baryumlu grafilerin değerlendirilmesi (204 hasta, %9.7), postoperatif kontrol (92 hasta, %4.4) ve intraoperatif tanısal amaçlı (8 hasta, %0.4) idi. Hastaların endoskopiye hazırlanmasında çeşitli yöntemler kullanılmıştır. İlk zamanlarda kolonoskopi için hastalar işlem öncesinde 4 günlük sulu diyeteye tabi tutulduktan sonra işlemden bir gün önce gaita artıkları temizleninceye kadar

lavman yapılırken, daha sonra yerini polietilen glikol ve son olarak da sodyum fosfata bırakmıştır. Sigmoidoskopik incelemeler için başlangıçta 2 adet lavman yapılırken daha sonra yerini hazır lavman preparatlarına ve son olarak da sodyum fosfat lavmanına bırakmıştır. Sigmoidoskopik incelemelerde premedikasyon uygulanmazken kolonoskopik incelemeler için meperidin veya petidin HCl ile premedikasyon yapıldı. Kolonoskopi yapılan hastalar işlem sonrası 1 saat gözlem altında tutuldu. Sigmoidoskopik incelemelerde Olympus CFP10S, kolonoskopik incelemelerde ise Olympus CF230L, CF30L veya CFP10L cihazları kullanıldı. Lezyon tespit edilmesi durumunda biyopsi alınırken, polip tespit edildiğinde ise mümkün olduğunca polipektomi yapıldı. Kolonoskopinin tamamlanması mümkün olmadığında bazı hastalarda baryumlu kolon grafisi ile inceleme yapıldı.

## Sonuçlar

Endoskopik incelemelere başlanılan ilk yıllarda yıllık alt gastrointestinal endoskopik inceleme sayısı ortalama 50 iken, daha sonraki dönemlerde bu rakam 200'e son iki yılda ise 500'e ulaşmıştır. Hastaların 213'ünde (%10.1) çekum, 317'sinde (%15) hepatik fleksura, 746'sında (%35.6) splenik fleksura ve 827'sinde (%39.3) inen kolona kadar inceleme yapıldı. Hastaların 814'ünde (%38.8) herhangi bir patolojik bulguya rastlanmazken, 228'inde (%10.8) kolit, 296'sında (%14) kanser, 130'unda (%6.2) polip,

**Tablo 2.** *Histopatolojik Sonuçlar*

endoskopik tanı	histopatolojik tanı	n	%
kanser	adenokarsinom	260	87.80
	musinoz adenokarsinom	32	10.80
	karsinoid tümör	2	0.70
	lenfoma	1	0.35
	malign melenom	1	0.35
polip	adenomatöz	43	43.90
	hipertrofik	19	19.40
	enflamatuar	12	12.30
	tubuler adenom	11	11.20
	tubulovillöz adenom	6	6.10
	villöz adenom	1	1.00
	juvenil	5	5.10
	peutz Jeghers	1	1.00
	kolit	kronik nonspesifik kolit	185
ülseratif kolit		34	14.90
hemorajik kolit		6	2.65
chron		2	0.90
allerjik kolit		1	0.45
proktit	nonspesifik proktit	46	97.90
	hemorajik proktit	1	2.10

12'sinde (%0.6) divertikülozis, 370'inde (%17.6) hemoroid, 34'ünde (%1.6) peri anal fistül, 172'sinde (%8.2) anal fissür ve 47'sinde (%2.2) proktit saptandı (Tablo 1). Polip saptanan hastaların 42'sinde multipl polip vardı. Doksan sekiz hastaya polipektomi yapılırken, 32 hastada teknik nedenlerle polipektomi yapılmadı. Bu hastalara daha sonra polipektomi yapılmak üzere randevu verildi. Kanseri tespit edilen hastaların 42'si yakın geçmişte hemoroid tedavisi görmüşlerdi. Hastalardan alınan biyopsilerin histopatolojik sonuçları tablo 2'de özetlenmiştir. Çekuma kadar ulaşamayıp sağ kolon patolojisi düşünülen 12 hastada baryumlu kolon grafisi ile tetkik yapıldı. Bu hastaların 4'ünde çekumda dolma defekti saptanırken diğer 8 hastada herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Polipektomi yapılan hastaların 9'unda kanama gelişti. Ancak 24 saatlik bir takip sonunda herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın kanama spontan olarak durdu.

### Tartışma

Fiberoptik endoskopi pratik kullanıma 1957'de Basil Hirschowitz'in prototip bir endoskopu önce kendisinde daha sonra hastalarda ösefagus incelemesi yapması ile girmiştir. Fiberoptik kolonoskop Olympus ve Machida tarafından 1965 yılında tanıtılmış, 1971 yılında Wolf ve Shinya tarafından polipektomi yapılabilecek şekilde geliştirilmiştir (1). Günümüzde kolonoskopi makroskobik değerlendirme, biyopsi, polipektomi, yabancı cisim çıkarılması,

kanayan lezyonların tedavisi ve volvulus dekompresyonunda kullanılmaktadır (2). Kliniğimizde benzer endikasyonlarla gerek kısmi gerekse de bütün kolonun incelenmesi yapılırken, volvulus dekompresyonu için rijit rektosigmoidoskop kullanılmıştır. Sigmoidoskopik incelemeler gastroenteroloji ve cerrahi uzmanlığı gerektirmeden yapılabilen tek endoskopik incelemedir (3). Her ne kadar bu yöntem kolorektal kanser taramalarında yetersiz olsa da (4), bazı semptomların nedenini saptamada oldukça yararlı bir yöntemdir. Hastalarımızın 42'sinde kolorektal kanser olmasına karşın semptomların nedeni saptanmadan kısa veya uzun süreli hemoroid tedavisi almış olmaları, semptomatik hastalarda sigmoidoskopinin rutin tetkikler arasında yer alması gerektiğini göstermektedir. Sigmoidoskopinin aksine kolonoskopi kompleks bir inceleme yöntemidir. Proksimale doğru ilerledikçe yöntem daha zor ve hastayı daha fazla rahatsız edici bir hal almaktadır (5). Bu nedenle işleme başlamadan önce sedasyon yapılmalıdır. Kolonoskopi özellikle endoskopun loop oluşturması nedeni ile uygulanması bazen zor olabilmektedir. Bu loopların aşılması deneyim gerektirmektedir. Hastalarımızda başlangıçta bu zorluğun aşılması nispeten daha düşük iken, son 3 yıl içinde çekuma ulaşma oranı %90'nın üzerine çıkmıştır. Ancak yetersiz barsak hazırlığı, tümöral kitleye bağlı lümen darlığı ve hastanın toleransının olmaması bazı hastalarda çekuma kadar ilerleme olanağını vermemiştir. İnkomplet kolonoskopi yapıldığında proksimal kolonun değerlendirilmesi için

çeşitli alternatifler mevcuttur. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı baryumlu kolon grafisidir. Bir çalışmada inkomplet kolonoskopi yapılan hastaların baryumlu kolon grafisi ile yapılan değerlendirmede hastaların %68'inde redundan kolon olduğu gözlenmiştir (6). Son zamanlarda kolon anjiodisplazile rinin tanımlanmasında tomografik anjiografi kullanılmaya başlanılmıştır. Tomografik anjiografinin bu lezyonun tanımlanmasında yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olan, iyi tolere edilebilen minimal invaziv bir yöntem olduğu rapor edilmiştir (7). İntraluminal lezyonları tanımlamada ise magnetik rezonans kolon grafisinin sensitivitesi %96, spesifitesi %93 olarak bulunmuş ve konvansiyonel kolonoskopiye alternatif olabileceği bildirilmiş olmasına karşılık histolojik çalışmalar için yine de konvansiyonel kolonoskopiye ihtiyaç vardır (8). Çalışmamızda inkomplet kolonoskopi yapılanların büyük bir kısmında semptomları izah edecek bulgular saptanmış olup, bu hastalar ya tedavi programına alınmış veya takip önerilmiştir. Buna karşılık kolonoskopisi tam yapılamayıp semptomları izah edecek bulgu saptanamayan hastalarda baryumlu kolon grafisi ile kolon değerlendirilmiştir. Kolonoskopinin mevcut olan riskleri endoskopistin deneyimi ve vakanın karmaşıklığına bağlıdır. En başta gelen riskler kanama ve perforasyondur. Kanama özellikle polipektomi sonrası görülür ve spontan olarak durur. Spontan olarak durmayan kanamalarda koterizasyon veya skleroterapi gibi lokal müdahaleler yapılır. Nadiren arteriyel embolizasyon veya laparotomiye ihtiyaç duyulur (5). Polipektomi yapılan hastalarımızın bazılarında kısa süreli kanamalar olmuş ancak herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın spontan olarak durmuştur. Diğer önemli risk olan perforasyon kolonoskopinin en ciddi komplikasyonudur. Kolonda aşırı inflamasyon veya perforasyon mevcut ise kolonoskopi kontrendikedir. İnsufilyona bağlı pnömotik perforasyon nadir fakat görülebilen bir komplikasyondur. Özellikle barsak obstruksiyonu mevcut ise bu riskte artış söz konusudur. Kolonoskopun zorlama ile ilerletilmesi özellikle striktür

mevcudiyetinde transmural yırtıklara neden olur (5). Hastalarımızın hiçbirinde bu komplikasyon gelişmemiştir. Ağır kolit veya divertikülit saptanması durumunda proksimale geçilmemiştir. Bu şekilde tedbirli yaklaşım muhtemel komplikasyonların gelişmesini önlemiştir.

Sonuç olarak her ne kadar tomografik veya magnetik rezonans kolon grafileri gibi daha az invaziv teknikler intraluminal lezyonların gösterilmesinde başarılı olsalar da histolojik tanı için alınacak biyopside kolonoskopinin yerini tutacak bir yöntem henüz yoktur. Kolonoskopi endikasyonlar zorlanmadan deneyimli ellerde yapıldığında morbiditesi düşüktür. Özellikle septomatik hastalarda malignite ihtimali göz önünde bulundurularak baş vurulması gereken bir yöntemdir.

### Kaynaklar

1. Edmonson JM. Hirschowitz fiberoptic endoscop. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000;52:19A-20A
2. Minali G, Meucci G, Bartoli A, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000;52:39-47
3. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Flexible sigmoidoscopy: guidelines for clinical application. *Gastrointestinal Endoscopy* 1988;36:16S-17S
4. Selby SV, Friedman GD, Queensberry CP, Weiss NS. A case control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992;326:653-657
5. Baillie J (ed). *Gastrointestinal Endoscopy*. Oxford: Butterworth-Heinemann 1992
6. Gollub MJ, Flaherty F. Barium enema following incomplete colonoscopy. *Clin Imaging* 1999; 23:367-374
7. Junquera F, Quiroga S, Saperas E, et al. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology* 2000;119:293-299
8. Pappalardo G, Polettini E, Frattaroli FM, et al. Magnetic resonance colonography versus conventional colonoscopy for the detection of colonic endoluminal lesions. *Gastroenterology* 2000;119:300-304

### Yazışma Adresi:

Ahmet A. BALIK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı ERZURUM  
Telefon: 0 442 3166333/2247  
e-mail:abalik@atauni.edu.tr