

PAPER DETAILS

TITLE: Kolonoskopi Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi

AUTHORS: Yasar M

PAGES: 6-9

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/108067>

ARAŞTIRMA

Mehmet Yaşar¹
Ali Kayıkçı²

¹Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Genel Cerrahi AD.
Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Üroloji AD. Düzce

Yazışma Adresi:

*Yard. Doç. Dr. Mehmet Yaşar
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi A.D. Konuralp -
81100, Düzce
Tel: 0532 771 65 76
Email: myasar59@gmail.com*

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Kolonoskopi Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ki amacımız, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D' da Ocak 2005-Aralık 2009 yılları arasında, alt gastrointestinal sistem endoskopisi (kolonoskopi) uygulanan hastaların sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Alt gastrointestinal sistem şikayetleri ile bölümümüze başvuran ve tarafımızdan kolonoskopi endikasyonu konulan 500'ü erkek ve 538'u kadın olan toplam 1038 hastaya bağırsak temizliği yapıldıktan sonra fleksibl kolonoskopik tetkik yapıldı.

Bulgular: Yapılan kolonoskopilerin sonucunda %42.9'da herhangi bir patoloji saptanmazken, sıklık sırasıyla %32.5de hemoroid ve %17.6' da anal fissür tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmamızın sonucunda cerrahi kliniğimize alt gastrointestinal sistem şikayetleriyle başvuran hastaların yaklaşık yarısını da bir patoloji bulunmamakla birlikte diğer yarısında hemoroid ve anal fissür basta olmak üzere çeşitli patolojiler tespit edildi.

Anahtar Kelimeler, Alt gastrointestinal sistem şikayeti, Kolonoskopi, tanı, retrospektif analiz.

Retrospective Evaluation of Colonoscopy Results

SUMMARY

Aim: The aim of this study is the retrospective evaluation of colonoscopy results between 2005 January- 2009 December in General Surgery Department of Düzce University.

Materials and Methods: Admitted to our department with lower gastrointestinal symptoms, and colonoscopy is indicated 500 male and 538 female total 1038 patients were performed flexible colonoscopic examinations after bowel cleansing.

Results: According to results of colonoscopic findings, 42.9% No pathology, 32.5% Hemorrhoids, 17.6% Anal fissures were detected.

Conclusion: As a result of this study, half of patients admitted to our surgical clinic with lower gastrointestinal complaints have no pathology and in the other half of patients have various pathologies such as hemorrhoids and anal fissures.

Key words: Lower gastrointestinal complaints, colonoscopy, diagnosis, retrospective evaluation.

GİRİŞ

Kolonoskopi ışıklı fiberoptik veya videoendoskopi ile gerçekleştirilen, kalın barsakların (kolon) görsel incelenmesidir. Kalın barsak ile ilişkili semptomların araştırılmasında en etkili yöntem endoskopik incelemedir. Kolonoskopide amaç çekuma kadar kolonun görüntülenmesidir. Bu işlemin üstünlüğü aynı anda histopatolojik inceleme için biyopsi alınabilmesi ve gerektiğinde polipektomi yapılabilmesidir. Ayrıca kanamaya yönelik girişimlere olanak sağlayabilmesi ve Volvulus dekompresyonunda da terapatik olarak kullanılabilir (1). En sık görülen alt gastrointestinal sistem semptomları arasında rektal kanama, barsak alışkanlığında değişiklik, kanlı mukuslu dışkılama, alt abdominal ağrı ve tenezzüm hissi sıralanmaktadır. Günümüzde kolonun görüntülenmesinde en iyi tanısal yöntem halen endoskopik incelemedir. İşlemin üstünlüğü lezyonun görüntülenmesiyle birlikte aynı anda biyopsi alabilme ve terapatik yaklaşım olanakları sunmasıdır (2). Kolorektal kanser, kanser nedeniyle ölümlerin en sık ikinci nedenidir (3). Erken teşhis çok önemli olup mortaliteyi %15-%33 oranında azaltabilir (4,5). Kolonoskopi erişkinlerde 50 yaşından itibaren tavsiye edilmektedir (4).

Bu çalışmamızda ki amacımız alt gastrointestinal sistem endoskopik işlemlerinde tespit edilen patolojiler ve bunların makroskopik ve histopatolojik tanıların retrospektif olarak analiz edilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Bilim Dalı Endoskopi ünitesinde Ocak 2005-Aralık 2009 yılları arasında, barsak alışkanlığı değişiklikleri olan, özellikle son zamanlarda ortaya çıkan kabızlık sorunu olan, büyük abdest ile birlikte veya sonrasında makatından kan gelen, uzun süreli kanlı veya kansız ishal olan, gaitada gizli kan pozitifliği ve gastroskopide bu durumu açıklayan bir durumu olmayan, başka bir yakınma ile hastaneye başvurup tetkiklerinde saptanmış izah edilemeyen demir eksikliği anemisini olan ve çift kontrastlı baryumlu grafilerinde defekti olan 1038 hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopik işleme hazırlamak için işlemiden 48 saat önce sulu gıda ile beslenmeleri, bir gün öncesinden 45 cc sodyum fosfatı 12 saat aralıklarla bol su ile almaları ve sodyum fosfatlı lavmanı kolonoskopi yapılacağı gün öncesi akşamı ve kolonoskopi sabahı uygulamaları sağlanarak bağırsak temizliği yapıldı. Gece 24 den sonra aç kalan hastalara, damar yolu açıldıktan sonra i.v sıvı takılıp sedatif olarak midazolam 1-5 mg ve spazmolitik olarak ta Hiyosin-N-butil bromür (Skopolaminbutil bromür) 20-50 mg i.v olarak uygun zaman içinde verildi. İncelemeler Fujinon ve Olympus marka kolonoskopi cihazı ile gerçekleştirildi. Kolonoskopi sonuçları retrospektif olarak analiz edildi.

BULGULAR

Genel cerrahi kliniğimizin Endoskopi ünitesinde, endikasyonları tarafımızdan konulan toplam 1038 hastaya anüs ten çekuma kadar fleksibl kolonoskopi ile kolonoskopisi yapılmış olup sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Vakaların 500'si erkek ve 538'u kadın olup yaşları 18 ile 90 arasında değişmekteydi. Hastaların kolonoskopilerinin bir kısmı ışıklı fiberoptik ile bir kısmı da videoendoskopi ile yapıldı. Yapılan kolonoskopilerin sonucunda %42.9'da herhangi bir patoloji saptanmazken diğer vakalarda en sık görülen patolojiler hemoroid ve anal fissürdü. Ayrıca yaklaşık %4 oranında kolorektal kanser belirlendi. Uygulama sırası ve sonrasında iki hastada sigmoid kolon da perforasyonu gelişti. Bu hastalardan birine primer tamir, diğerine de Hartman kolostomi yapıldı. Kolonoskopik tetkiklerin makroskopik ve histopatolojik sonuçlarının yüzdelik dağılımları Tablo 1 özetlendi.

Tablo 1. Kolonoskopi bulgularının sayısı ve oranları

<i>Makroskop ve histopatolojik Tanılar</i>	<i>(n %)</i>
Normal	445 (%42.9)
Hemoroid	222 (%21,3)
Hemoroid + Anal Fissür	110 (%10.5)
Hemoroid+Adenomatöz Kolorektal Kanser	8 (%0,7)
Anal Fissür	74 (%7.1)
NeoplastikPolipler	26 (%2.5)
Non neoplastikPolipler	40 (%3.9)
Kolit	25 (%2.4)
Divertikül	26 (%2.5)
Adenomatöz Kolorektal Kanser	23 (%2.2)
Nonadenomatöz Kolorektal Kanser	18 (%1.7)
Ülseratif kolit	10 (%0.9)
Rektal ülser	7 (%0.7)
Anjiyodisplazi	4 (%0.4)

TARTIŞMA

Günümüzde kolonoskopi makroskopik 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 tam bağırsak temizliği sonrası yeterli sedasyonla birlikte spazmolitiklerin yapılması uygundur. Kolonoskopi özellikle endoskopun loop oluşturmaya nedeni ile uygulanması bazen zor hale gelebilmektedir. Bu loopların aşılmasının deneyim gerektirdiği kanısındayız zira 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.

Amerika'da kolonoskopi yapılan erişkinlerin %50'sinden fazlasında hemoroid saptanmıştır (6). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Doğu Anadolu bölgesinde bulunan Erzurum ilinde %17.6, Kıbrıs'ta %31 oranında hemoroid saptanmış (7,8). Bizim yaptığımız kolonoskopide, tek başına hemoroid tanısı alan hasta oranı %21,3 iken hemoroid+anal fissür % 10,5 ve hemoroid+kolon kanseri birlikteliği %0,7 bulundu. Toplamda ise %32,5'inde hemoroid görüldü. Bu oran normal kolonoskopi bulgumuzdan sonra ikinci en sık kolonoskopi tespitimizdi. Amerika'daki oranlardan az olmakla birlikte, hemoroidle birlikte görülen kolon kanserinin hayati önem arz ettiği düşünüldüğünde hemoroidin bulunduğu kişilerin mutlaka endoskopik tetkik ile taranması gerektiği kanaatindeyiz. Kolon polipleri neoplastik ve nonneoplastik olmak üzere iki grupta toplanabilir. Neoplastik olanlar adenom ve karsinomlardan oluşurken nonneoplastik olanlar hiperplastik polip, juvenil polip, Peutz Jeghers polipleri ve inflammatuar polipler olarak kendi içlerinde ayrılırlar (9). Serimizde kolon polipleri hemoroid ve anal fissürden sonra %6.4 oranla üçüncü sıklıkta görülen kolon patolojisidir. Bu poliplerin %2.5'i neoplastik, %3.9'ü nonneoplastik polipdi.

Gastrointestinal sistemin en sık malignitesi olan kolorektal karsinomun her iki cins için hayat boyu

gelişme riski %13.2 olarak bildirilmiştir (10,11). Çalışmamızda kolorektal karsinom oranı ise %3.9 olarak bulunmuştur. Bu oran normalin üçte biri kadardır. Bunun sebebinin kolonoskopi endikasyonlarını geniş tutmamış olmamızın yanı sıra beslenme alışkanlıklarından da kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Kolonoskopi, invaziv bir işlemdir. Gastroenteroloji literatüründe kolonoskopi sonrası %0.24-%0.33 kanama, %0.08-%0.19 oranında perforasyon gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (12). Kolon perforasyonu, postoperatif mortalitesi %15'i bulan önemli bir komplikasyondur (13). Hipoksemi, hipotansiyon, taşikardi, miyokard iskemisi, bradikardi ve iv. sedasyon sonrasında kolonoskopi sırasında ortaya çıkan kardiyorespiratuar değişiklikler kolonoskopinin komplikasyonları arasında sayılabilir (13).

Kliniğimizde yapılan 1038 kolonoskopi vakamızda iki adet kolon perforasyonu gelişti. Her iki perforasyon da sigmoid kolondaydı, her iki vakaya da laparotomi yapıldı ve bir hastanın batını kirli olmadığından primer tamir uygulandı. Diğer vakaya ise Hartman kolostomi uygulandı. Sonrasında her iki vakamızda taburcu edildi ve başka bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak bu çalışma, normal kolonoskopi oranı fazla olsa bile kolonoskopi endikasyonlarının daraltılmaması gerektiğini, ayrıca kolonoskopinin gastroenterologlar yanı sıra, genel cerrahi uzmanları tarafından da güvenle yapılabildiğini göstermektedir. Kolorektal bölgede cerrahi girişim gerektirecek kolorektal kanser gibi vakalarda, operasyon öncesi patolojinin lokalizasyonu ve görünümü ile cerrahi sonrası kontrol amaçlı kolonoskopinin cerrahi işlemi gerçekleştirecek cerrah tarafından yapılmasının daha uygun olacağını kanaatindeyiz. Ayrıca günümüzdeki tüm cerrahların endoskopi yapabilme yeteneğine sahip olmaları, bu işlemi operasyon işleminin bir parçası olarak görmeleri gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. N Engl J Med 2000;343:162-68.
2. Wyngaarden JB, Lloyd SH Jr, Bennett JC. (Editors). Cecil Textbook of Medicine. In: Vennes JA. Gastrointestinal Endoscopy. 19th Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1992: 630- 634.
3. 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.
4. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Gastrointestinal Consortium Panel: Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-update based on new evidence, Gastroenterology 2003;124 (2):544-560.
5. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the U.S. 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening, CA Cancer J Clin 2009;59 (1): 27-41.
6. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ American Cancer Society. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA Cancer J Clin, 2003; 53: 27-43.

7. Balık AA, Çelebi F, Atamanalp SS, ve ark. Alt gastrointestinal sistem endoskopi sonuçlarımız. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2000;32:101-104.
8. İzbul T, Akalın M. The evaluation of diagnostic rectosigmoidoscopic examinations in Turkish Republic of Northern Cyprus. Turk J Gastroenterol 1999;10: 268-271.
9. Boland CR, Hzkowitz SH, Kim YS (Editors). Colonic polyps and gastrointestinal polipozis syndromes. Gastrointestinal disease, Sleisenger MH, Fordran JSS, Philedelphia ,WB Saunders Company 1989;2:1483-1518.
10. Sánchez A, Munoz C, Bujanda L et al. The value of colonoscopy to ases rectal bleeding in patients referred from primary Care Units. Revista Espanola de Enfer medades Digestivas (Madrid) 2005;97(12): 870-876.
11. Tamer A, Korkut E, Korkmaz U ve ark. Alt Gastrointestinal Endoskopi Sonuçlarımız: Düzce Bölgesi. The Medical Journal of Kocatepe 2005;6:29-31.
12. Viiala CH, Zimmerman M, Cullen DJE, et al. Complication rates of colonoscopy in an Australian teaching hospital environment. Internal Medicine Journal 2003;33:355-359.
13. Garbay JR, Suc B, Rotman N, et al. Multicentre study of surgical complications of colonoscopy. Br J Surg 1996;83:42-44.