

Peptik ülser ve kanser teşhisinde özofagogastroduodenoskopi

Esophagogastroduodenoscopy for peptic ulcer and cancer

Ahmet UYANIKOĞLU¹, Can DAVUTOĞLU², Ahmet DANALIOĞLU²

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa
Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, ²Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde yapılmış olan özofagogastroduodenoskopi sonuçlarını değerlendirerek, peptik ülser ve kanser sıklığını tesbit etmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Nisan 1998, Temmuz 2004 tarihleri arasında Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Endoskopi Ünitesinde yapılmış olan 5306 gastroskopik inceleme retrospektif olarak incelendi. Hastalar işleme 10 saatlik katı ve 5 saatlik sıvı kısıtlamasını takiben alınmışlardır. Premedikasyonda xylocain sprej, işlemde videoendoskoplar kullanılmıştır. İşlemler deneyimli gastroenterologlar tarafından ve sedasyonsuz gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** Hastaların 2538'i (547.8) erkek, 2774'ü (%52.2) kadın; yaş ortalaması 48.28; yaş dağılımı 13-94 idi. En sık görülen bulgu midede normal/antral gastrit (%59.6), duodenumda ülser (%14.8), özofagusta özofajit (%7.4)'tir. Özofagusta 18 (%0.33), midede 93 (%1.75), duodenumda 5 (%0.09) tümör saptanmıştır. Hastalar işlemi sedasyonsuz rahat tolere etmişlerdir ve işlemler esnasında komplikasyon olmamıştır. **Sonuç:** Özofagogastroduodenoskopi sedasyonsuz rahat tolere edilen, komplikasyonların sifıra yakın olduğu, bir tanısıl modalitedir. Bu yöntemle peptik ülser yakalama olasılığı yüzde 16.5; tümör yakalama olasılığı özofagus için yaklaşık binde 3.3, midede binde 17.5, duodenum için binde 0.9'dur.

Background/aims: The purpose of this trial was to evaluate outcomes of endoscopic findings in our patients with peptic ulcer and cancer incidence. **Material and Methods:** The records of 5306 esophagogastroduodenoscopy procedures performed between April 1998 and July 2004 in the Internal Medicine Clinic, Endoscopy Unit, of Vakıf Gureba Training Hospital were evaluated retrospectively. **Results:** 2538 (47.8%) of the patients were male and 2774 (52.2%) female; the mean age was 48.28 (range: 13-94 years). The most common findings were normal/antral gastritis in 3166 patients (59.6%), duodenal ulcer in 790 (14.8%) and esophagitis in 395 (7.4%). Patients tolerated the procedure without sedation or complication. **Conclusions:** Esophagogastroduodenoscopy was a well-tolerated procedure without sedation or complication. We evaluated the incidences of malignancy as 0.33% for the esophagus, 1.75% for the stomach and 0.09% for the duodenum.

Key words: Esophagogastroduodenoscopy, endoscopy, peptic ulcer, cancer

Anahtar kelimeler: Özofagogastroduodenoskopi, endoskopi, peptik ülser, kanser

GİRİŞ

İlk basamak hekime tüm başvuru nedenlerinden %2-5'i dispepsidir (1). Mide yanması ve ağza asit gelmesi (pirozis) peptik ülserde ve reflüde en sık görülen şikayetlerdir (2). Özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) yardımı olmadan dispepsinin klinik teşhisinde organik nedenleri (gastrik ve özofageal maliniteler, peptik ülser ve özofajit gibi) fonksiyonel dispepsiden ayırmak mümkün değildir (3).

Dispepsi ve reflü semptomları başlıca ÖGD istenme nedenleridir (4).

Dispeptik hastalarda yaş, erkek cinsiyet ve *Helikobakter pilori* (*Hp*) infeksiyonu gastrik ve duodenal ülser için bağımsız risk faktörleridir (5).

Hekime dispepsi nedeniyle başvuran hastaların yaklaşık %10'unda bir veya birden fazla alarm semptomları vardır. Bunlar anemi, siyah renkli dışkılama, disfaji, sarılık, kilo kaybıdır. Alarm semptomları kötü prognoz için predik-

tör iken; hastalığı belirlemede pozitif prediktif değeri düşük, negatif prediktif değeri yüksektir. Kanser ve ülser gelişen hastaların çoğunda başlangıçta alarm semptomu yoktur (6). Alarm semptomları olmayan dispepsili hastalarda gastrik kanser taraması için kadın ve erkeklerde optimal yaşın 40 yaş üzeri olması gerektiği bildirilmiştir (7).

Önceleri üst gastrointestinal sistem kanserlerinin erken saptanması hastaların %1'inden daha azında mümkün iken (8), özellikle gastrik kanserin yüksek insidanslı olduğu yerlerde düzenli ÖGD takibinin mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (9).

Gerek dispepsinin organik nedenlerinin tesbitinde, gerekse kanser taramasında ÖGD çok önemli bir yere sahiptir. Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde 1998'den beri gastroenterologlar tarafından özofagogastroduodenoskopi yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı

İletişim: Ahmet UYANIKOĞLU

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı,
Şanlıurfa, Türkiye

Tel: + 90 414 318 31 61 • E-mail: auyanikoglu@hotmail.com

Geliş Tarihi: 25.10.2011 • **Kabul Tarihi:** 14.12.2011

Nisan 1998 ve Temmuz 2004 yılları arasında kliniğimizde yapılmış olan ÖGD sonuçlarını değerlendirerek peptik ülser ve kanser saptama oranlarını değerlendirmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 1998, Temmuz 2004 tarihleri arasında hastanemiz İç Hastalıkları Endoskopi Ünitesine; acil ve normal polikliniğine başvuran hastalarla, İç Hastalıkları ve diğer servislerde yatan hastalardan dispepsi, reflü, hematemez, melena ve diğer tüm nedenlerle gastroskopi isteği ile gönderilen hastaların 5306 tanesinin endoskopi raporu retrospektif olarak tarandı.

İncelenen tüm raporlarda işlemler tecrübeli gastroenterologlar tarafından ve Fujinon videoendoskoplar kullanılarak yapılmıştı. İnceleme raporlarında özofagus, Z çizgisi, kardiya, fundus, korpus, antrum, pilor, bulbus ve duodenum ikinci kısmı incelendi.

Bu anatomik bölgelerle ilgili yeterli bilgi içermeyen raporlar değerlendirmeye alınmadı. Bu raporlardan özofagus, mide ve duodenumda rapor edilen bulgular ve araştırılan hasta grubunda peptik ülser ve kanser sıklığı araştırıldı.

Hastalar işleme on saatlik katı ve beş saatlik sıvı kısıtlamasını takiben alındı. Premedikasyonda *xylocain* kullanılmıştı. İşlemler sedasyonsuz yapılmıştı.

BULGULAR

Çalışmaya endoskopisi tamamlanmış toplam 5306 hasta alınmıştır. Hastaların 2538'i (%47.8) erkek, 2774'ü (%52.2) kadın; yaş ortalaması 48.28; yaş dağılımı 13-94 idi.

Hastalar işlemleri sedasyonsuz rahat tolere etmişlerdir ve işlemler esnasında komplikasyon olmamıştır.

Özofagusta en sık görülen endoskopik bulgular sırasıyla özofajit (%7.4), özofagus varisi (%5.1), hiatal herni (%1.9), özofagus darlığı (%0.22) idi. Kardiya gevşekliği sıklığı %16 idi.

Midede en sık görülen endoskopik bulgular sırasıyla normal/antral gastrit (%59.6), eritematöz, eroziv gastrit (%24.4), pangastrit (%9.4) ve ülser (%0.35) idi.

Duodenumda en sık görülen endoskopik bulgular sırasıyla duodenal ülser (%14.8), duodenit (%13.1), polip (%0.26), darlık (%0.18) ve duodenal tümör (%0.09) idi (Tablo 1).

5306 hastadan 886'sında (%16.69) peptik ülser saptandı. Bunların 190'ı (%0.35) mide ülseri, 696'sı (%14.8) duodenal ülser idi. Duodenal ülser sıklığı mide ülserine göre fazlaydı ($p<0.05$).

Özofagusta 18 (%0.33), midede 93 (%1.75), duodenumda 5 (%0.09) tümör saptanmıştı.

TARTIŞMA

Özofagogastroduodenoskopi öncesi orta derece sedasyon önerilmektedir. Sedasyon yapılabilmesi, hastanın monitorizasyonu, resüsitasyon şartlarının ve gerektiğinde yoğun bakım şartlarının sağlanması gibi birtakım zorunlulukları da beraberinde getirmektedir (10). Sedasyona topikal faringeal anestezinin eklenmesi ek yarar sağlamamaktadır. Biz hastalarımızda sedasyonsuz topikal faringeal *xylocain* uygulayarak işlemleri yaptık. Hastalar işlemleri sedasyonsuz rahat tolere ettiler ve sedasyona bağlı yan etkilerden hiçbirine maruz kalmamış oldular.

İlk basamak hekime ve gastroenterologlara müracaat eden araştırılmamış dispepsi hastalarına tanı ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. *Hp* pozitif peptik ülser ve kanser hastalarını saptamada alarm semptomlarının ayırteci gücü oldukça sınırlıdır. Düşük kanser riski nedeniyle 50 yaşından genç reflü ve dispepsi hastaları sıklıkla ÖGD yapılmadan tedavi edilmektedir (4). Diğer yandan en azından gastrik kanserin yüksek prevalanslı olduğu yerlerde yaş ve alarm semptomuna bakılmaksızın yapılması gerektiği önerilmektedir (2). Bizim hastanemiz ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir eğitim hastanesi olup sıklıkla dis-

Tablo 1. Özofagogastroduodenoskopi bulgularının dağılımı, AntG: antral gastrit, Ert/ErzG: eritematöz ve eroziv gastrit).

	Özofagus		Mide		Duodenum
Özofajit	395 (%7.4)	Normal/AntG	3166 (%59.6)	Ülser	790 (%14.8)
Varis	275 (%5.1)	Ert/ErzG	1280 (%24.4)	Duodenit	696 (%13.1)
Herni	103 (%1.9)	Pangastrit	500 (%9.4)	Polip	14 (%0.26)
Tümör	18 (%0.33)	Ülser	190 (%0.35)	Darlık	10 (%0.18)
Darlık	12 (%0.22)	Tümör	93 (%1.75)	Tümör	5 (%0.09)
Kardiya gevşekliği	887 (%16.5)	Polip	60 (%1.13)		

AntG: Antral gastrit, Ert/ErzG: Eritematöz ve eroziv gastrit

pepsi, reflü tetkiki ve gastrointestinal kanama nedenleri ile ÖGD yapılmıştır. Araştırma retrospektif ve sadece endoskopi raporları incelenerek yapıldığı için endikasyonlar ayrıntılı değerlendirilmemiştir.

Endoskopik gastrit ve duodenit teşhisi ile dispepsi semptomları arasındaki ilişki net değildir. Antrumda erozyon, duodenal skar gibi bazı bulgularla dispeptik semptomların patofizyolojisi arasında bir ilişki olabilir (3). Biz normal gastroskopi bulgular ve antral gastrit şeklinde rapor edilen bulgularla hastaların şikayetleri arasında ilişki olabileceğini gastroskopi eroziv ve eritematöz gastrit ile dispepsi arasında ilişki olabileceğini; ancak daha sağlıklı bir değerlendirme için histopatolojik değerlendirme ve şikayetlerin beraber değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Kayıtlar böyle bir değerlendirme yapmaya uygun değildi. Dispeptik ve diğer yakınmaların kesin organik nedenlerinin peptik ülser ve tümörler olduğunu düşünmekteyiz.

Duodenal ülerde uzun dönemde kanser gelişme riski gastrik ülserlere göre daha düşüktür (14). Gastrik karsinoma için endoskopik bulgu (atrofi, adenoma) ve yaş gibi birden fazla risk taşıyan hastalar yüksek risk grubundadır. Bu hastalar daha yakından takip edilmeli ve lezyonlar endoskopik veya diğer yöntemlerle tedavi edilmelidir (15). Bizim endoskopiyle peptik ülser saptanma oranımız %16.69 (duodenal ülser saptanma sıklığı %14.8, gastrik ülser saptanma sıklığı %0.35)'dir. Gastrik ülserle kanser arasındaki ilişki dikkate alındığında gastrik ülserin daha dikkatli değerlendirilmesi ve takip edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. López LH, Dibildox M, Ramírez Barba E, et al. Is endoscopy necessary to initiate medical treatment in primary-level medical care patients with not investigated dyspepsia? *Rev Gastroenterol Mex* 2003;68:100-6.
2. Kolk H. Evaluation of symptom presentation in dyspeptic patients referred for upper gastrointestinal endoscopy in Estonia. *Croat Med J* 2004;45:592-8.
3. Madsen LG, Bytzer P. The value of alarm features in identifying organic causes of dyspepsia. *Can J Gastroenterol* 2000;14:713-20.
4. Voutilainen M, Mäntynen T, Mauranen K, et al. Is it possible to reduce endoscopy workload using age, alarm symptoms and H. pylori as predictors of peptic ulcer and oesophagogastric cancers? *Dig Liver Dis* 2005;37:526-32.
5. Wu HC, Tuo BG, Wu WM, et al. Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and Helicobacter pylori infection. *Dig Dis Sci* 2008;53:2650-6.
6. Meineche-Schmidt V, Jørgensen T. 'Alarm symptoms' in patients with dyspepsia: a three-year prospective study from general practice. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:999-1007. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:804; author reply 804.
7. Uehara G, Nago A, Espinoza R, et al. Optimal age for gastric cancer screening in patients with dyspepsia without alarm symptoms. *Rev Gastroenterol Peru* 2007;27:339-48.
8. Louwrens HD, Jaskiewicz K, Van Wyk MJ, et al. Endoscopic investigation for gastric cancer in a high-risk group. *S Afr Med J* 1992;81:406-8.
9. Ogura M, Hikiba Y, Maeda S, et al. Mortality from gastric cancer in patients followed with upper gastrointestinal endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 2008;43:574-80.
10. Bell GD, McCloy RF, Charlton JE, et al. Recommendations for standards of sedation and patient monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1991;32:823-7.
11. Shaoul R, Higaze H, Lavy A. Evaluation of topical pharyngeal anesthesia by benzocaine lozenge for upper endoscopy. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:687-94.
12. Boldys H, Marek TA, Wanczura P, et al. Even young patients with no alarm symptoms should undergo endoscopy for earlier diagnosis of gastric cancer. *Endoscopy* 2003;35:76-8.
13. Tahara T, Arisawa T, Shibata T, et al. Association of endoscopic appearances with dyspeptic symptoms. *J Gastroenterol* 2008;43:208-15.

Gastrik kanserin saptanması için gastroskopinin değeri tam anlaşılamamıştır. Japonyada yapılan bir çalışmada gastroskopinin kanser yakalamada retrospektif olarak sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değeri, ve negatif prediktif değeri sırasıyla %81, %100, %99.1 ve %99.6 olarak saptanmıştır. Gastroskopi %99.6 tanı sağlamıştır. Gastrik kanserin saptanması için gastroskopi yeterli olup, yalancı negatif sonuç olabilmektedir. Bu nedenle kanser saptanması için endoskopinin tekrarlanması önemlidir (16). Yaklaşık her yüz endoskopiden ikisinde 5306 hastanın 93'ünde (%1.75) gastrik tümör saptadık. Bu veriler histoloji ile verifiye edilmemiş olup sadece endoskopik bulgulardır. İncelenen grup homojen bir grup olmayıp, tüm gastroskopiler değerlendirmeye alınmıştır. Sadece gastrik rezeksiyonlu hastaların değerlendirildiği başka bir çalışmamızda kanser sıklığını daha yüksek (%2.4) tesbit ettik (17).

Duodenumun primer kanseri nadirdir, tüm gastrointestinal kanserlerin %0.35'ini oluşturur (18). Biz de gastrik ve özofageal tümörlere göre daha az sayıda duodenal tümör saptadık (sırasıyla, 93, 12, 5). ÖGD rahat tolere edilen bir işlemdir (19). Bizim hastalarımızda da işlemler sedasyonsuz, önemli bir komplikasyon gelişmeden yapılmıştır.

Özofagogastroduodenoskopi sedasyonsuz rahat tolere edilen, komplikasyonların sifıra yakın olduğu, bir tanısal işlemdir. En sık rapor edilen sonuç normal bulgular/antral gastrittir. Bu yöntemle peptik ülser yakalama olasılığı yaklaşık yüzde 16.5; tümör yakalama olasılığı özofagus için yaklaşık binde 3.3, midede binde 17.5 iken duodenum için onbinde 9'dur.

14. Ogura M, Yamaji Y, Hikiba Y, et al. Gastric cancer among peptic ulcer patients: retrospective, long-term follow-up. *Dig Liver Dis* 2006;38:811-4.
15. Hosokawa O, Watanabe K, Hatorri M, et al. Detection of gastric cancer by repeat endoscopy within a short time after negative examination. *Endoscopy* 2001;33:301-5.
16. Hosokawa O, Tsuda S, Kidani E, et al. Diagnosis of gastric cancer up to three years after negative upper gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy* 1998;30:669-74.
17. Uyanıkoğlu A, Davutođlu C, Danalođlu A. Mide rezeksiyonlu hastaların endoskopik değerlendirmesi. [Endoscopic evaluation of patients with gastric resection]. *Istanbul Tıp Fakóltesi Dergisi* 2006;69:102-4.
18. Yildirim S, Culhaoglu AB, Ozdemir N. Carcinoma of the fourth part of the duodenum: report of a case. *Surg Today* 1995;25:1034-7.
19. Koruk M, Onuk MD, Bozkurt E, et al. Koroner anjiogramı normal göğüs ağrılı hastalarda üst gastrointestinal endoskopi. [The upper gastrointestinal endoscopy in patients with chest pain and normal coronary angiograms]. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 2001;12:37-40.