

42

Üst Gastrointestinal Endoskopi
KomplikasyonlarıNilay DANIŞ
Burçak KAYHAN

GİRİŞ

Bütün dünyada yapılan en sık endoskopik yöntem “özofagogastroduodenoskopi”dir”. Bu işlem güvenli ve kolay bir prosedür olarak tanımlansa da, birçok komplikasyona açıktır. Bu bölümde üst endoskopi sırasında oluşabilecek komplikasyonları minimize etme, engelleme ve oluşanlara ilk müdahale anlatılacaktır.

PROSEDÜR ÖNCESİ

Endikasyon gerekliliği, ön tanının kılavuzlara uyup uymadığı incelenmelidir: İşlem öncesi hasta değerlendirmesi; Hastaya ait komorbid hastalıklar üst endoskopi girişiminin risklerini artırdığından işlem öncesi hastadan düzgün bir özgeçmiş ve soygeçmişin yapılarak değerlendirilmesi gereklidir. Endikasyonun doğru konulması, işlemin sedoanaljezi veya anestezi desteğinde mi yapılacağı morbidite açısından önem teşkil etmektedir (1). Komorbid hastalıklar sedasyon sırasında riski artırır. Amerikan Kalp Derneği, miyokard enfarktüsü sonrası en erken girişimsel işlemin 60 gün sonra yapılmasını önermektedir (Eğer enfarktüsü sonrası koroner revaskülarizasyon yapılmadıysa). Balon anjioplastiden 14 gün sonra, metal stent yerleştirilmesinden 30 gün sonra, işlem yapılabileceği belirtilmektedir. Eğer ilaçlı stent yerleştirildiyse, acil işlem endikasyonu yoksa işlem 1 yıla kadar ötelenabilir (2).

Endoskopi için uygun çevre ve alet yeterliliğinden emin olunmalıdır: İşlem öncesi hastanın değerlendirilmesinde; küçük ağız varlığı veya çene hareketlerindeki kısıtlılık ağızlığın yerleştirilmesini zorlaştırabilir. Böyle durumlarda pediatrik ağızlık kullanılabilir. Özellikle boyun hareketi ön fleksiyonda sınırlı hastalarda çok dikkat etmek gerekir. Çünkü, özellikle zenker divertikülü olan bu tip hastalarda perforasyon riski çok fazladır. *Görmeden ilerlememek endoskopide altın kuraldır.*

Temel strateji; Riski minimize etmek olmalıdır ve buna göre, hastanın moniterizasyonu ve hazırlığı sağlanmalıdır. Amerikan anestezi derneğine göre, hastanın işlem öncesi en az 8 saat ağızdan hiçbir gıda almaması ge-

mek için mutlaka midedeki fazla havanın aspire edilmesi, koterin en düşük ayarda kullanılmasına çalışılmalıdır.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE RADYOFREKANS TEDAVİLERİ

Barrett'te endoskopik Halo tedavisi esasen intestinal metaplaziye yöneliktir. Barrett için başka endoskopik tedavi seçenekleri multipolar koagülasyon, organ plazma koagülasyon, fotodinamik terapi, laser terapi, ergoterapi, mukozal/submukozal rezeksiyon veya bunların kombinasyonudur. Bu girişimler öncesi muhakkak mikro mediastinit riski için antibiyotik kullanılmalı tedavi sonrasında mümkünse 5 gün oral olarak devam edilmelidir. Halo tedavisinde amaç ablayon derinliğinin epitel ve musclaris mukozayı içermesidir. Submukoza işleme dahil olmamalı, çünkü Barrett submukoza tabakasında yoktur. Eğer tedavide submukozaya ulaşırsa kanama, fibrozis ve darlık riski oluşur. Halo tedavisi sırasında NBI endoskop kullanmak, başarı kontrolü açısından önemlidir. Halodan 3 ay sonra 2. seans gereken vakalar vardır. Halo öncesi %1'lik asetilsisteinle özofagus yıkanmalıdır. RFA dan sonraki bir iki günde göğüs ağrısı olabilir. Kendiliğinden bir iki günde kaybolduğu gibi xylocaine içeren lokal solüsyonlarla ve antiasid şuruplarla düzelir. Geç dönemde komplikasyon özofageal darlıktır. Halo kateter konulurken özofagusta guide üzerinden ilerlemek, perforasyon riskini ortadan kaldıracaktır (25). Reflünün RFA tedavisi olan stretta da, katater işlem sırasında önceden yerleştirilen guide üzerinden ilerletilirse komplikasyon riski düşer. RFA tedavisi sonrası hasta bir gün oral alım kısıtlanabilir. Çok güvenli bir yöntem olmasına rağmen litertürde 3 perforasyon olgusu bildirilmiştir. Bu sebeple olası mikroperforasyon açısından bir günlük hastane gözlemi önemlidir. Ayaktan yapılan RFA sonrası 2 hasta verilen diyeteye uymayarak normal hayatlarındaki gibi yemeleri sonrası aspirasyon gelişmiş ve hayatlarını kaybetmişlerdir (26).

KAYNAKLAR

1. Cohen J,Greenwald DA. Overview of upper gastrointestinal endoscopy (esophagogastroduodenoscopy). 2020 *Up to date* Section Editor: Howell A. Deputy Editor: Grover S. 2020; 39:1-21.
2. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(22):e77-e137.
3. Khashab MA, Chithadi KV, Ruben D. et al. ASGE Standards of Practice Committee, Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015; 81:81.
4. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis:

- guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007;116(15):1736.
5. Pasha SF, Acosta R, et al. Routine laboratory testing before endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2014; 80 (1):28-33.
 6. Crean SJ, Powis A. Neurological complications of local anaesthetics in dentistry. *Dent Update*. 1999;26(8):344-349.
 7. Tzermpos FH, Cocos A, Kleftogiannis M, Zarakas M, Iatrou I. Transient delayed facial nerve palsy after inferior alveolar nerve block anesthesia. *Anesth Prog*. 2012;59(1):22-27.
 8. Hwang JJ, Hong SJ, Han JP, Ko BM, Lee TH, Lee JS. Efficacy of Surgicel® (Fibrillar) for preventing bleeding after endoscopic submucosal dissection for gastric epithelial tumors. *J Dig Dis*. 2018;19(11):657-663.
 9. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2017;49(3):270-297.
 10. Chen YI, Barkun AN. Hemostatic powders in gastrointestinal bleeding: A systematic review. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25(3):535-552.
 11. Paspatis GA, Arvanitakis M, Dumonceau JM, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement - Update 2020. *Endoscopy*. 2020;52(9):792-810.
 12. Hagel AF, Naegel A, Lindner AS, et al. Over-the-scope clip application yields a high rate of closure in gastrointestinal perforations and may reduce emergency surgery. *J Gastrointest Surg*. 2012;16(11):2132-2138.
 13. Wagner KT, Fung E. Polypectomy techniques. *Surg Clin North Am*. 2020;100(6):1049-1067.
 14. Søreide JA, Viste A. Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:66.
 15. Nirula R. Esophageal perforation. *Surg Clin North Am*. 2014;94(1):35-41.
 16. Persson S, Rouvelas I, Irino T, Lundell L. Outcomes following the main treatment options in patients with a leaking esophagus: a systematic literature review. *Dis Esophagus*. 2017;30(12):1-10.
 17. Schlottmann F, Patti MG. Esophageal achalasia: current diagnosis and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;12(7):711-721.
 18. Smith CD, Stival A, Howell DL, Swafford V. Endoscopic therapy for achalasia before Heller myotomy results in worse outcomes than heller myotomy alone. *Ann Surg*. 2006;243(5):579-586.
 19. Khashab MA, Vela MF, Thosani N, et al. ASGE guideline on the management of achalasia. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(2):213-227.e6.
 20. Chadalavada P, Thota PN, Raja S, Sanaka MR. Peroral endoscopic myotomy as a novel treatment for achalasia: Patient selection and perspectives. *Clin Exp Gastroenterol*. 2020;13:485-495.
 21. Castro R, Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M. Evaluation and management of gastric epithelial polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2017;31(4):381-387.

22. Kaan HL, Ho KY. Endoscopic full thickness resection for gastrointestinal tumors; - challenges and solutions. *Clin Endosc.* 2020;53(5):541-549.
23. Xavier AT, Campos JF, Robinson L, Lima EJM, da Rocha LCM, Arantes VN. Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications. *Ann Gastroenterol.* 2020;33(6): 563-570.
24. Yriberry Ureña S, Vila Guitérrez S, Salazar Muelle F. Polipectomía y manejo endoscópico de lesión gigante gástrica [Polypectomy and endoscopic management of a giant gastric polyp]. *Rev Gastroenterol Peru.* 2010;30(2):167-171.
25. Fleischer DE, Sharma VK. Endoscopic ablation of Barrett's esophagus using the Halo system. *Dig Dis.* 2008;26(4):280-284.
26. Triadafilopoulos G. Stretta: a valuable endoscopic treatment modality for gastro-esophageal reflux disease. *World J Gastroenterol.* 2014;20(24):7730-7738.