

Dergiye mektup

Kolon angiodisplazileri

Colonic angiodysplasia

Cem ŞAHAN

SSK Samsun Bölge Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Samsun

Kendir ve arkadaşlarının "Anemi nedeni ile tetkik edilen hastalarda kolonoskopide anji-displazi görülme sıklığı" adlı çalışmalarını okudum (1). Bu araştırmada kolon anji-displazilerine ait kabul görmüş epidemiyolojik bilgilerimizi değiştirebilecek önemli bilgiler mevcuttu.

Bu çalışmada, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın anji-displazi izlenme sıklığı 20-40 yaş arasında %5.9, 40-60 yaş arasında %33,3 ve 60 yaş üzerinde hastalarda ise %61, 1 olarak tespit edilmişti (1). Oysa çeşitli endikasyonlarla uygulanan kolonoskopik incelemelere dayanarak bildirilen anji-displazi sıklığı, %0,2-%6,2 arasındadır (2-6). Bu çalışmalara göre, özel olarak gastrointestinal kan kaybı nedeniyle kolonoskopi yapılan hastalardaki sıklığı %2,6-%6,2, kanama olmayanlardan (%0, 2-%2,9) daha yüksektir. Tartışmada belirtildiği gibi Hochter ve arkadaşlarının çalışmasında 1938 hastada %3 anji-displazi sıklığı saptanmıştır (4).

Kendir ve arkadaşlarının çalışmasında, anji-displazik odakların literatürden farklı olarak sol kolonda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (1). Bu bulgu oldukça ilginçtir. Çünkü hastaların çoğunda (%56-%100) anji-displaziler çoğunlukla çekumda ve çıkan kolonda bulunur (3-5, 7-11). Oysa bu çalışmada izole sağ kolon tutulumu erkeklerde %6,8, kadınlarda %4,2 olarak bildirilmiştir (1). Bu bilgi anji-displazi gelişmesinde rol oynayan mekanizmaları tekrar düşünmemiz gerektiğini ortaya koymaktadır. Çünkü, kolonun sağ tarafında anji-displazik lezyon insidansının yüksek oluşu, çekum duvarında öteki bölümlerden daha fazla gerilim bulunmasıyla açıklanabilir. Laplace'nin $T = \pi DP$ ilkesine göre (T, duvar gerilimi - D çap ve P=lümen içindeki basınç) en yüksek

duvar geriliminin, çapı en geniş olan barsak bölümlerinde bulunması gerekir. Yüksek duvar gerilimi, submukoza venlerinde aralıklı olarak kısmi tıkanmalara yol açarak, anji-displazi oluşumuna sebep olabilir (12).

Kolon anji-displazi sıklığını kolonoskopi ile araştıran çalışmalarda tanısal ve temel istatistiksel yöntem bilim hataları olabilir.

1. Anji-displazinin kolonoskopik görünümü Skibba ve arkadaşları tarafından 1976 yılında tanımlandığından beri, kolon anji-displazilerini taklit eden, özellikle vasküler kaynaklı lezyonlarda tanımlanmıştır (13). Virtüel kökenli çalışmalarda her ne kadar klasik endoskopik görüntü bilinse de, izole ya da sistemik hastalıklarla birlikte olan telenjektaziler, hemanjiomlar, kolonik Dieulafoy lezyonlarında bazen benzer görüntüler yanlış tanımlara yol açabilir.

2. Çekumun yeterince görülebilmesi kolonoskopinin anji-displazideki tanı duyarlılığını artırabilir.

3. Kolonoskopi yapılan aspirasyonun mukoza-daki izleri ve travmaya bağlı artefaktlar, yalancı pozitif sonuca yol açabilir (14).

4. Özellikle derin anemi bulunan ve sıvı hacminde eksilme olan hastalarda yalancı negatif sonuçlar olabilir (14).

5. Kolonun kolonoskop çıkartılırken değil, sokulurken incelenmesi önerilmektedir (14).

Sonuç olarak, bu çalışmanın özellikle, anji-displazik odakların literatürden farklı olarak sol kolonda daha sık görülmesi bilgisi, yazarlarında belirttiği gibi vaka sayısının artırılarak, uluslararası gastroenteroloji literatürüne kazandırılması kanısındayım.

KAYNAKLAR

1. Kendir M, Karaali Z, Baysal B. Anemi nedeni ile tetkik edilen hastalarda kolonoskopide anjiyodisplazi görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004; 3(1): 24-27.
2. Richter JM, Hedberg SE, Athanasoulis CA, et al. Angiodysplasia: Clinical presentation and colonoscopic diagnosis. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 481-485.
3. Heer M, Sulser H, Haney A. Angiodysplasia of the colon: an expression of occlusive vascular disease. *Hepatogastroenterology* 1987; 34: 127-131.
4. Hochter WJ, Weingart W, Kunner E, et al. Angiodysplasia in the colon and rectum: Endoscopic morphology, localization and frequency. *Endoscopy* 1985; 17: 182-185.
5. Danesh BJZ, Spilladis C, Williams CB, et al. Angiodysplasia: an uncommon cause of colonic bleeding: Colonoscopic evaluation of 1050 patients with rectal bleeding and anemia. *Int J Colorectal Dis* 1987; 2: 218-222.
6. Zuckerman G, Benitez J. A prospective study of bidirectional endoscopy in the evaluation of patients with occult gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 62-66.
7. Tedesco FJ, Griffin JW, Khan AG. Vascular ectasia of the colon: clinical, colonoscopic and radiographic features. *J Clin Gastroenterol* 1980; 2: 233-238.
8. DeDiego JA, Molina LM, Diez M, et al. Intestinal angiodysplasia: Retrospective study of 18 cases. *Hepatogastroenterology* 1988; 35: 255-259.
9. Lanthier PH, D'Harveng B, Vanheuverzwyn R, et al. Colonic angiodysplasia: Follow-up of patients after endoscopic treatment for bleeding lesions. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 296-298.
10. Santos JCM, Aprilli F, Guimaraes AS, et al. Angiodysplasia of the colon: Endoscopic diagnosis and treatment. *Br J Surg* 1988; 75: 256-258.
11. Trudel JL, Fazio VW, Sivak MV, et al. Colonoscopic diagnosis and treatment of arteriovenous malformations in chronic lower gastrointestinal bleeding: Clinical accuracy and efficacy. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 107-110.
12. Boley SJ, Brandt LJ. Vascular ectasy of the colon. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 26S-42S.
13. Skibba RM, Hartong WA, Mantz FA; et al. Angiodysplasia of the cecum: Colonoscopic diagnosis. *Gastrointestinal Endosc* 1976; 22: 177-179.
14. Shormo R, Gorbien MJ. Angiodysplasia and lower tract bleeding. *Arc Intern Med* 1995; 155: 807-812.