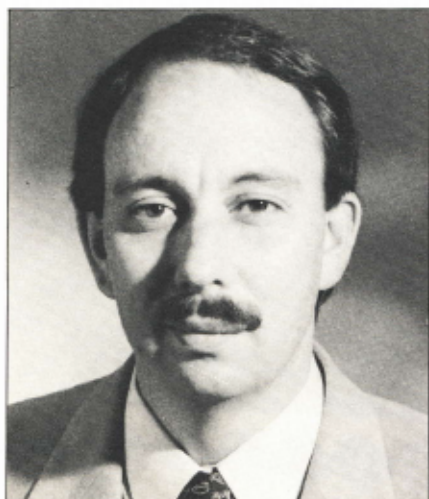


Gastroskopies deur 'n Huisarts – 'n Ontleding van 1 600 Ondersoeke — Dr HP Meyer



Prof HP Meyer

MBCbB (Pret), M Prax Med (Pret), MFAP(SA)
 Prof en Hooftuisarts, Dept Huisartskunde
 Kalafong-hospitaal, Universiteit van Pretoria

Curriculum vitae

Prof Helgard Meyer verwerf die MBCbB graad (cum laude) aan die Universiteit van Pretoria in 1976. In sy finale jaar verwerf hy verskeie toekennings, oa as beste finale jaar student. Tydens sy militêre diensplig werk hy onder andere vir 'n jaar as Mediese Beampte by Philadelphia Sendinghospitaal. Daarna is hy vir 'n jaar werksaam as Senior Mediese Beampte by die Paardekraal-Leratong hospitaalkompleks, Krugersdorp. Gedurende 1980 verhuis hy na Ermelo waar hy as huisarts in 'n vennootskap praktiseer tot einde 1989. Intussen verwerf hy in 1982 die M Prax Med-graad en in dieselfde jaar lê hy die MFAP eksamen suksesvol af. (Hy ontvang ook die Claude Harris Leon medalje as die beste kandidaat.)

Sedert 1988 tree hy as eksterne eksaminator by verskeie eksamens in die M Prax Med-kursus aan Universiteit van Pretoria op. In Januarie 1990 word hy aangestel as Professor en Kliniese hoof, Departement Huisartskunde, Universiteit van Pretoria en Kalafong-hospitaal. Hy is 'n entoesiastiese ondersteuner van akademiese huisartskunde en die toekoms van algemene praktyk in Suid-Afrika. Hy het 'n spesiale belangstelling in Gastro-enterologie en is tans besig om 'n formele indiensopleidings-program vir voornemende huisartse te vestig. Dit sluit die verwerwing in van die M Prax Med-graad na 2 jaar deur 'voltydse kliniese assistente' in die Departement Huisartskunde.

Summary

This is a review of the findings in a series of 1 600 gastroscopic examinations done by a family practitioner who has had the necessary training for it. Results are compared with similar studies abroad. The general practice where these examinations were done, consists of six partners in a rural hospital town where there are no practicing specialists. Data collected were age and sex of patients, previous history, presenting symptoms, clinical findings, gastroscopic findings, and complications of the procedure. Distribution between the sexes was practically even. The commonest symptom was epigastric pain (81%). The commonest gastroscopic findings were gastritis, hiatus hernia and duodenitis. Complications due to the procedure were minimal. Patients found it less unpleasant to be investigated at their own doctor's consulting rooms.

Cost effective utilisation of gastroscopy to make a definite diagnosis is of special importance because of the poor correlation between clinical findings and gastroscopic diagnosis. A distinct advantage of gastroscopic diagnosis, after the necessary selection for examination, is the avoidance of unnecessary, expensive empiric treatment with eg H2 antagonists. Guidelines are discussed regarding correct indications for gastroscopy and how to keep the rate of re-examinations low.

Family practitioners should perform gastroscopies themselves only when strict prerequisites are adhered to.

S Afr Fam Pract 1991; 12: 120-8

KEYWORDS:

Gastroscopy; Physicians, family.

Inleiding

Endoskopies in die vorm van esofago-gastroduodenoskopie (gewoonweg gastroskopies genoem), vervul 'n prominente rol by die diagnose en daaropvolgende besluitneming oor terapie by siektetoestande van die boonste gastro-intestinale traktus, ook in huisartspraktyk. Vroeë korrekte diagnose is nie alleen van prognostiese waarde nie, maar kan vir die pasiënt van groot ekonomiese waarde wees deurdat onnodige duur terapie in baie gevalle vermy kan word. Om endoskopies egter koste-effektief te benut, benodig 'n sinvolle keuse van indikasies vir die aanwending daarvan.

Endoskopies van die boonste GI traktus word meesal deur interniste of chirurgie wat 'n belang in gastro-enterologie het, beoefen. Daar is egter enkele huisartse wat hierdie ondersoek self doen. Wat hier volg is die bevindinge van 'n huisarts in 'n groot platelandse praktyk waar gastroskopiese ondersoek deur homself uitgevoer is op pasiënte by wie dit volgens neergelegde indikasies aangedui was.

Opleiding vir endoskopies

Om die apparaat te kan gebruik en betroubare waarnemings en gevolgtrekkings te kan maak, verg die nodige opleiding.

Volgens die Suid-Afrikaanse Gastroënterologie Vereniging¹ word die volgende riglyne neergelê vir die opleiding van 'n endoskopies: Ideaal behoort die opleiding onderneem te word deur 'n senior kliniese assistent in 'n opleidingshospitaal oor 'n tydperk van 1 jaar. Waar dit onmoontlik is, moet die geneesheer, nadat hy toepaslike literatuur, atlasse, videobande ens bestudeer het, 50

... Gastroskopies deur 'n Huisarts

ondersoek as waarnemer (mbv "teaching-scope") bywoon. Hierna behoort hy 200 ondersoek onder toetsig te doen, voor hy op sy eie kan voortgaan. Hy bereik "spesialis-endoskopis" standaard na ± 1 000 ondersoek.²

Na byna 3 weke van onderrig met die hulp van 'n "teaching scope" in die HF Verwoerd-hospitaal (tydens 1980) het die skrywer sy ervaring verder by 'n groot hospitaal uitgebrei waar daar die geleentheid was om saam met 'n chirurg endoskopies te werk. Hier is omtrent 250 gastroskopies in die hospitaal self gedoen. Daar is wyd gelees oor

tegniek en patologie en ruim gebruik gemaak van beskikbare atlasse en films.

Sedert 1980 word ± 300 ondersoek per jaar self gedoen. Om op hoogte te bly, word nuwe literatuur sover moontlik bekom. Die praktyk is in 'n groot plattelandse dorp, ± 250 km vanaf Pretoria en bestaan uit 6 geneeshere wat in vennootskap praktiseer. Al die ondersoek is gedoen op pasiënte uit die vennootskap self. Daar praktiseer geen spesialiste op die dorp nie, en verwysings geskied meesal na Pretoria.

Metode

'n Reeks van 1 600 ondersoek is uitgevoer met 'n Olympus GIF P3 gastroskoop en die resultate is ontleed. Die tydperk was vanaf November 1983 tot Januarie 1989 maw 1 600 ondersoek oor 62 maande, dus ± 26 ondersoek per maand tussen 6 geneeshere. Daar was

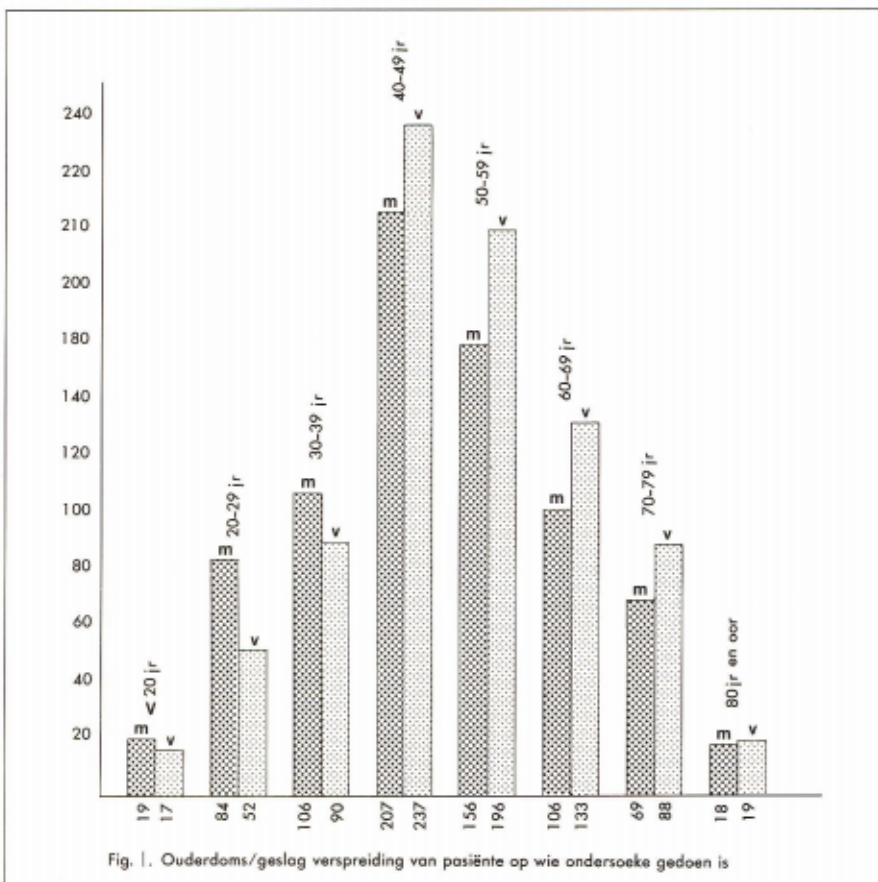
Behoort huisartse self gastroskopies te doen?

dus net meer as 4 verwysings per geneesheer per maand wat as konserwatief beskou kan word, veral in die lig daarvan dat elke geneesheer selde minder as 45 pasiënte per dag sien as hy die hele dag konsulteer.

Indikasies vir gastroskopies:

Die volgende riglyne is gebruik:

- * Bobuikklagtes, bv naarheid, braking, sooi-brand, bobuikpyn, ens wat voortduur ten spyte van toepaslike behandeling (uitgesonderd H2-antagoniste, sukralfaat ens). By ouer pasiënte (> 40 jaar) word die ondersoek gewoonlik gouer gedoen (bv na 2 weke), by jonger pasiënte later - laasgenoemde groep reageer dikwels goed op goedkoop konserwatiewe behandeling (bv antisure) en benodig minder 'n endoskopiese ondersoek.
- * Bobuikklagtes in teenwoordigheid van simptome wat mag dui op ernstige organiese siektes, bv eetlusverlies, gewigsverlies, ens.
- * Disfagie.



... Gastroskopie deur 'n Huisarts

- * Gastro-intestinale bloeding, akueel of chronies.
- * Evaluasie van die post-operatiewe maag, waar nodig.
- * 'n Moontlike vreemde voorwerp in die esofagus - ook terapeuties.

'n Vraelys oor die pasiënt se ouderdom, geslag, simptome, vorige geskiedenis en behandeling en kliniese bevindings is by elke ondersoek ingeval. Die ondersoek is in die "resussitasiekamer" van die praktyk gedoen, volledig toegerus vir

Die wenslikheid van verdere hantering van die pasiënt deur sy eie huisarts ná die gastroskopiese diagnose

resussitasie. Lokale verdoving van die keel met lignokaïen sproei is toegedien. Meesal is diasepam 5-10mg IV versigtig toegedien, hoewel sommige pasiënte verkies het om dit nie te ontvang nie. Diasepam IV verhoog egter merkbaar die aanvaarbaarheid van die prosedure.

Resultate van 'n reeks van 1 600 ondersoek

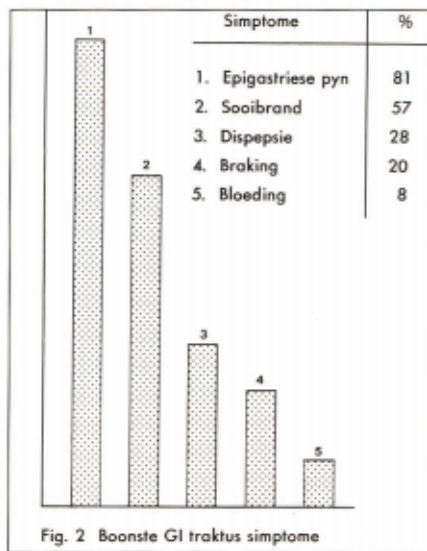
Ouderdom van pasiënte het gewissel van 11 jaar tot 87 jaar, met die oorgrote meerderheid (77%) ouer as 40 jaar. Fig 1.

Geslag het min verskil getoon: 768 manlik (48%) en 832 vroulik (52%). Vir ouderdom/geslagverspreiding, sien Fig 1.

'n **Vorige geskiedenis** van gediagnoseerde patologie in die boonste MDK en/of vorige ondersoek

was teenwoordig by 848 pasiënte (53%). Dit bewys sekerlik, die herhalende aard van hierdie groep siektes.

Presenterende simptome:



Epigastriese pyn was die algemeenste presenterende simptome nl by 1 296 ondersoek (81%). Die graad en aard daarvan het egter aansienlik varieer. Pasiënte met minimale of geen pyn het dikwels uitgesproke patologie gehad, terwyl daar by uitgesproke pyn in verhouding tot etes, dikwels minimale of geen gastroskopiese afwykings of bewyse van ander bobuikpatologie gevind is nie. Die laaste woord oor sogenaamde "psigogene dispepsie" is sekerlik nog nie gespreek nie.

Sooi-brand was die tweede algemeenste simptome in die reeks, naamlik by 912 ondersoek (57%). (Hierdie toestand staan ook bekend as non-ulkus dispepsie. Verstourings van motiliteit en selfs Helicobacter pylori is al as etiologiese faktore genoem.)

Dispepsie of ongemak na etes is ook 'n vae, nie-spesifieke simptome en was teenwoordig by 448 ondersoek (28%).

Braking, veral na etes, was teenwoordig by 320 ondersoek (20%). Hierdie simptome het baie meer dikwels op onderliggende patologie gedui, en by pilorusobstruksie was dit 'n konstante simptome.

Hematemese en/of melena is gevind by 128 ondersoek (8%). Hiervan het 20 met massiewe hematemese presenter: 8 agv erosiewe esofagitis, 4 agv chroniese duodenale ulserasie en 8 agv erosiewe gastritis. Van laasgenoemde 8, was 3 bejaarde pasiënte op indoprofen (Flosint) behandeling, wat intussen van die mark onttrek is, reeds weens hierdie gevaar.

Kliniese bevindings: Epigastriese teerheid is gevind by 1 448 (90,5%) van ondersoek en kliniese anemie was teenwoordig by 14 (0,9%), 'n Virchow-Trossier klier is by een pasiënt gevind.

Bevinding by gastroskopiese ondersoek:

Die algemeenste bevindinge word grafies in Fig 3 aangedui en bevindinge volgens anatomiese ligging in Tabel I.

Hiatus hernia (glytipe) is gevind by 304 ondersoek (19%). Hiervan het 140 (46%) stadium 1 refluks gehad, terwyl stadium 2 en 3 esofagitis gevind is by 69 (22,7%) van dié met hiatus hernia. Die insidensie by jong mans was hoog, veral as daar 'n geskiedenis van alkoholmisbruik was. Stadium 4 esofagitis (striktuurformasie) is by vyf pasiënte (1,65%) gevind. Almal het dilatase

... Gastroskopie deur 'n Huisarts

Tabel I: Ontleding van bevindinge met gastroskopie by 1 600 ondersoekte

	Getal	% van Totaal		Getal	% van Totaal
1. Geen Afwykings	544	34,6	4. Post-Operatiewe Maag (Normaal: 73 uit 129)		
2. Esofagus			Galrefluks	42	2,6%
Hiatus hernia	304	19	Stomale ulserasie	12	,75%
Moniliase	6	0,37	Stomale vernouing	2	,0125%
Vreemde voorwerp	4	0,25			
3. Maag			5. Pylorus		
Gastritis	336	21	Ulkus	52	3,25
Erosies	168	10,5	Vernouing (met of sonder ander patologie)	32	2
Poliepe	49	3			
Ulkus: angulus en antrum	48	3,0	6. Duodenum		
Ulkus: corpus	12	0,75	Duodenitis en erosies	300	18,75
Divertikels	5	0,31	Chroniese ulkus	156	9,8
Karsinoom	4	0,25			

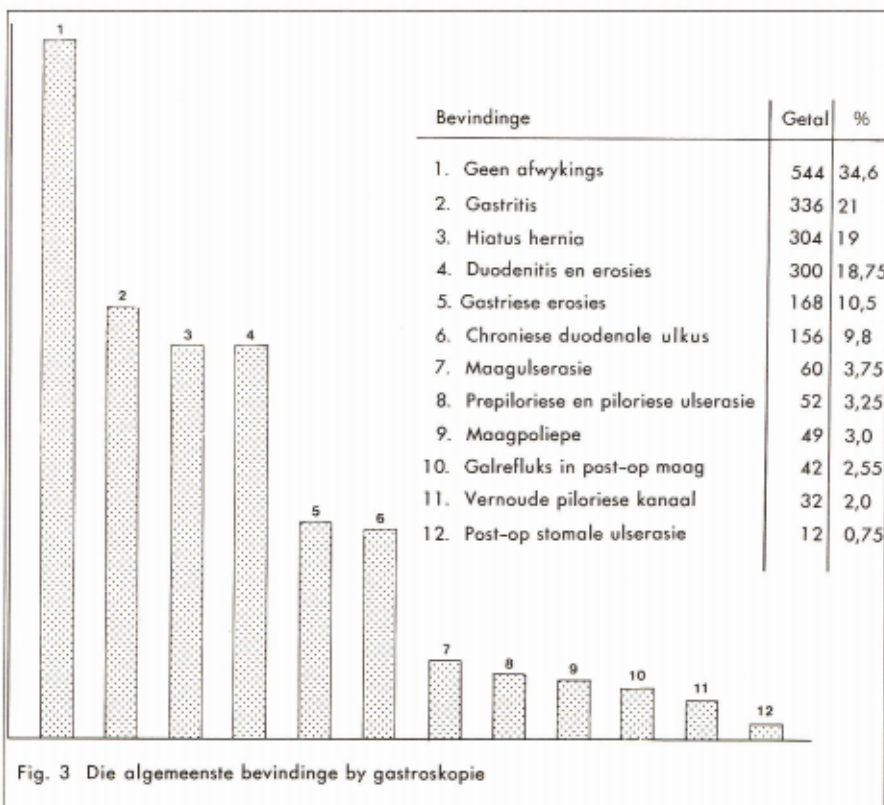


Fig. 3 Die algemeenste bevindinge by gastroskopie

benodig en het baie goed reageer op die behandeling. Die volgende klassifikasie van reflux esofagitis is gebruik: (SAVARY 1977)

Stadium Ia: Rooi letsels van die distale esofagus, makulêr of liniêr, wat nie saamvloei nie.

Stadium Ib: Eksudatiewe letsels (met wit vals membrane) wat nie saamvloei nie.

Stadium II: Eksudatiewe letsels wat saamvloei maar nie die hele omtrek van die distale esofagus betrek nie.

Stadium III: Eksudatiewe letsels wat die hele omtrek van die distale esofagus betrek.

Stadium IV: Eksudatiewe esofagitis met striktuurformasie.

In verskillende reekse barium-maal studies, gedoen vir hoofsaaklik dispepsie, wissel die insidensie van hiatus hernia van 10 to 65%.

... Gastroskopies deur 'n Huisarts

Moniliase van die esofagus is in 6 pasiënte gevind. Hiervan was 4 op antibiotika en 2 was diabeete.

Vreemde voorwerp in die esofagus is by 4 pasiënte gevind; 3 hiervan was volwassenes met beentjies distaal tot die hipofarinks, en een 'n kind van 17 jaar wat 'n koel drankproppie ingesluk het. Almal is maklik met die biopsietang deur die gastroskoop sonder narkose verwyder.

Gastritis is gevind by 336 (21%) van pasiënte. Die beeld het gewissel van

oppervlakkige tot hemorragiese en erosiewe gastritis. Laasgenoemde is gevind by 168 pasiënte (10,5%).

Chroniese peptiese ulserasie van die maag is gevind in 60 pasiënte (3,75%). Hiervan was 48 in die angulus en antrum en 12 in die corpus. In slegs 12 van hierdie pasiënte was die ulserasie op die grootboog. Drie hiervan was adenokarsinoom, die res benigne. Veelvuldige biopsies is van alle maagulserasies geneem, van sowel die rand as die vloer van die ulkus. In al

die pasiënte met benigne maagulserasie, behalwe 8, was die ulkus by die tweede ondersoek 8 weke later, genees.

Ulserasie in die piloriese en prepiloriese gebied is by 52 (3,25%) pasiënte gevind.

Venouing van die piloriese kanaal is by 32 pasiënte (2%) waargeneem. Vier hiervan het weens erge fibrose, (operasie benodig), die ander het met konserwatiewe behandeling opgeklaar.

... Gastroskopies deur 'n Huisarts

medikasie baie onnodige ondersoekte vermy. Hierdie aspek is uiters belangrik in die koste-effektiewe aanwending van die ondersoek.

- * Van die middels wat gebruik word in die behandeling van hierdie siektetoestande is baie duur, en die tydperk van behandeling is dikwels lank, oa as gevolg van die herhalende aard van hierdie siektes. Om 'n definitiewe gastroskopiese diagnose te maak is dus van belang alvorens daar duur medikasie vir 'n

lang tydperk voorgeskryf word, en verder motiveer dit ook die pasiënt tov sy samewerking as hy presies weet wat sy probleem is.

- * Dit is opvallend hoe min literatuur oor ondersoekte soos hierdie oor die afgelope vyf jaar gepubliseer is, plaaslik sowel as internasionaal.⁴ AS Hungin⁵ bepleit direkte verwysing vanaf die huisarts na die endoskopie en dan weer terug na die huisarts vir hantering. In sy reeks het slegs 12% van die pasiënte weer verwysing na

spesialiste vir behandeling benodig. Bevindings in hierdie reeks (102 ondersoekte) uit 'n algemene praktyk in die Noorde van Engeland was soos Tabel II: (ondersoekte is deur spesialiste gedoen). Lückers en medewerkers⁶ publiseer 'n reeks van 154 pasiënte, verwys deur huisartse in Amsterdam, en onderskryf verder die punt wat AS Hungin bepleit, naamlik die wenslikheid van verdere hantering van die pasiënt deur sy huisarts na gastroskopiese diagnose.

... Gastroskopies deur 'n Huisarts

Tabel II: Vergelykende bevindinge by gastroskopies

	Hungin	Eie reeks
Hiatus hernia en esofagitis	21,3%	(19%)
Gastritis en erosies	19%	(31%)
Maagulkus	4%	(7%)
Maagkarsinoom	0	(0,25%)
Pilorusstenose	2%	(2%)
Duodenitis/erosies	13,8%	(18,5%)
Chroniese duodenale ulkus	14%	(10%)
Normale ondersoekte	30,9%	(35%)

* Die vraag ontstaan of huisartse self gastroskopies behoort te doen. Weens die deeglike onderrig wat benodig word deur werklike kundiges in 'n opleidingsomgewing, bestaan daar tans weinig opleidingsgeleenthede vir persone wat nie tydens voltydse hospitaaldiens sulke opleiding kan bekom nie. Daar moet streng gewaarsku word teen die doen van 'n prosedure sonder die nodige opleiding. Wanneer die vereiste kundigheid wel bekom kan word, en dit oordeelkundig gebruik word, word endoskopies 'n veilige en akkurate ondersoek. Verder moet die aantal vennote in die praktyk genoeg wees om die finansiële uitleg van die gastroskoop te kan bekostig en te regverdig. Dit verseker sodoende dat indikasies konserwatief en akademies korrek sal bly, en dat finansiële gewin nooit 'n indikasie sal wees nie. Weens genoemde vereistes word geen moontlikheid voorsien dat meer as slegs 'n paar enkele huisartse in die toekoms die ondersoek self sal doen nie. Huisartse moet egter toegang hê tot gastroskopies as 'n spesiale ondersoek by 'n spesialis-endoskopis, om daarna, waar van

toepassing, die hantering van die pasiënt weer waar te neem.

* Hierdie 1 600 ondersoekte is almal binne praktykverband gedoen, en die soort behandeling wat die patologie sou kon modifiseer of masker, is daarna eers begin. Pasiënte moes egter kwalifiseer vir die ondersoek. Gastroskopies wat gedoen word vir "ingeval" daar boonste MDK-patologie is, lei tot misbruik van die ondersoek. Aan die ander einde van die spektrum lei empiriese behandeling met van die duurder medikasie ook nie tot koste-effektiewe pasiëntsorg nie. In pasiënte (veral < 40 jr) met 'n kort geskiedenis van bobuikklagtes in die afwesigheid van bevindinge wat op ernstige organiese siekte dui, bly die eerste diagnostiese toets 'n terapeutiese proef met by antisuur, verandering in sosiale gewoontes ens. Die minderheid van hierdie pasiënte benodig gastroskopies na voltooiing van die terapeutiese proef (gewoonlik ná 2 weke). Hierdie benadering kon ook die bevindinge in hierdie reeks beïnvloed, aangesien vele huisartse 'n pasiënt eers na 'n spesialis-endoskopis sal verwys as hy nie op 'n kursus H2-

antagoniste of ander spesifieke terapie reageer het nie.

* 'n Prominente waarneming in hierdie reeks, was dat 'n groot aantal pasiënte wat die ondersoek reeds elders gehad het, duidelik laat blyk het dat die ondersoek vir hulle in die bekende omgewing van hul eie huisarts se spreekkamer veel minder onaangenaam was.

* Alles in ag genome, blyk dit dat die ondersoekte wat hier gedoen is, verskeie voordele oa finansiële en gerief, vir die pasiënt inhou, en sekerlik die vlak van praktykvoering in die bepaalde praktyk baie verhoog het. Hierdie bevindinge behoort 'n nuttige vergelykende maatstaf te wees vir soortgelyke studies in die toekoms, veral as dit vergelyk sou word met bevindinge by pasiënte wat verwys word na 'n spesialis-endoskopis of 'n endoskopiese eenheid by 'n hospitaal.

Erkenning

Hiermee my opregte dank en waardering aan Prof A van den Berg, asook aan van die ander personeel, Dept Huisartskunde, UP, vir hulle hulp en raad met die voorbereiding en tik van hierdie artikel, en vir die opstel van die figure en tabelle.

Verwysings

1. South African Gastroenterology Society. Training in Gastro-intestinal endoscopy. *S Afr Med J* 1976; 309-10
2. Bremner CG, Hinder R, Segal I et al. Endoscopic experiences in the Republic of South Africa. *Gastrointestinal Endoscopy* 1982; 4: 258-9.
3. Mann J, Holdstock G, Harman

... Gastroskopie deur 'n Huisarts

- M et al. Scoring system to improve cost effectiveness of open access endoscopy. *Br Med J* 1983; 287: 937-9.
4. Mangan TF, Larson DE, Melton LJ et al. Use of gastroscopy in a community: A Population-Based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clinic Proc* 1986; 61: 877-80.
5. Hungin AS. Use of an open access gastroscopy service by a general practice: findings and subsequent specialist referral rate. *JR Coll Gen Pract* 1987; 37: 170-1.
6. Lückers AEG, Thijs JC, Westerveld BD et al. Is endoscopie van de proximale tractus digestivus op verzoek van de huisarts zinvol? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1985; 129: 117-19.
-