

Gastroskopiesie in Algemene Praktyk

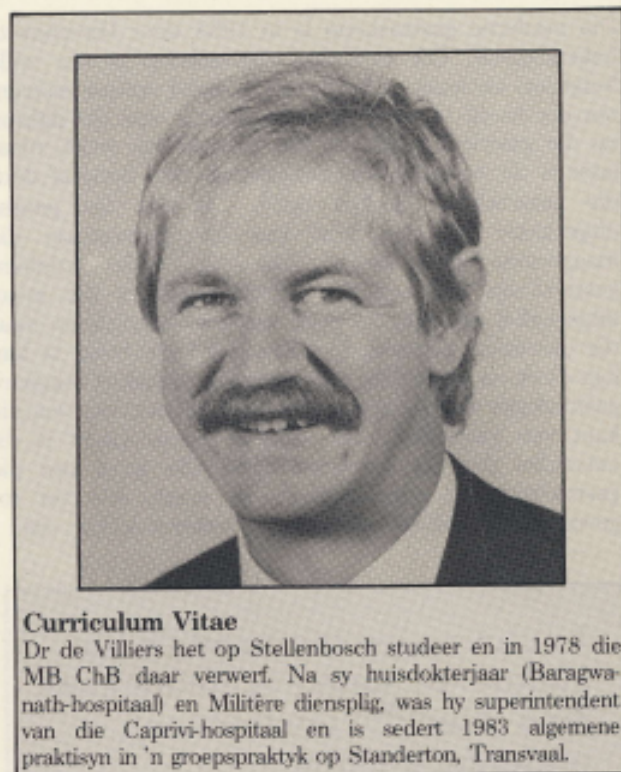
Len de Villiers

Summary

Gastroscopy is seen as an important, relatively simple and safe examination which can be done by the general practitioner to the patient's advantage, facilitating early recognition of, inter alia, cancer of the stomach. The development of the gastroscope is sketched and the differences between the available instruments are pointed out. The technique, as applied in general practice, is described and a statistical analysis of examinations, done during a six-month period, is given.

KEYWORDS: Gastroscopy; Diagnosis, Digestive System (Non-Mesh); Primary Prevention; Endoscopy; Biopsy; Gastrointestinal Neoplasms.

Dr Len de Villiers MB ChB (Stell)
Posbus 96
Standerton
2430



Curriculum Vitae

Dr de Villiers het op Stellenbosch studeer en in 1978 die MB ChB daar verwerf. Na sy huisdokterjaar (Baragwanath-hospitaal) en Militêre diensplig, was hy superintendent van die Caprivi-hospitaal en is sedert 1983 algemene praktisyn in 'n groepspraktyk op Standerton, Transvaal.

DIE DOEL van die referaat is om aan te toon dat 'n gastroskopiese ondersoek in algemene praktyk baie voordele inhou vir die pasiënt, en met die nodige onderrig en oefening deur feitlik enige algemene praktisyn aangeleer kan word. So word die ondersoek gevolglik aan meer pasiënte, makliker beskikbaar gestel.

GESKIEDENIS

Die eerste pogings tot visuele observasies van die maag is in 1868 deur Kussmaul gemaak toe hy 'n metaalbuis van 13mm in 'n swaard-slukker se keel afgedruk het tot in sy maag.

Die eerste endoskopiese observasies van die maag is egter eers in 1881 deur Mikulicz gemaak.

Tot 1932 is daar slegs van onbuigbare gastroskopiese buise gebruik gemaak, maar toe, in 1932, is die onbuigbare gastroskope vervang deur semi-buigbare gastroskope wat ontwikkel is deur Wolf en Schindler.

Hierdie semi-buigbare gastroskope het 'n onbuigbare orale gedeelte en 'n semi-buigbare gastriese gedeelte gehad. Die maag is belig deur middel van 'n lampie wat in die gastriese gedeelte gesit het, en die beeld is dan deur 'n groot aantal lense met baie kort fokus-afstande weerkaats tot by die orale end.

Die semi-buigbare gastroskoop was 'n groot stap vorentoe in die ontwikkeling van endoskopiese ondersoeke van die boonste spysverteringskanaal (SVK). Dit het die gevare van die onbuigbare gastroskoop, oa perforasie, baie verminder, maar dit was steeds 'n ondersoek met baie gevare en daar was steeds heelwat sg blinde areas in die maag.

Die moderne gastroskoop is in 1958 deur Hirschowitz bekendgestel. Die moderne gastroskoop is ten volle buigbaar, en maak gebruik van 'n vesel optiese sisteem om die beeld te vervoer. Oorspronklik was die ligbron op die gastriese punt van die gastroskoop geleë, maar later is dit so ontwikkel dat ligstrale van buite-af deur die gastroskoop geskyn word. Dit het die gevaar uitgeskakel dat die punt van die gastroskoop die maagwande kan skroei. Die ten volle buigbare gastroskoop het ook die blinde areas in die maag uitgeskakel deurdat die punt van die gastroskoop deur die operateur gemanipuleer kan word om terug te kan kyk direk na agter. Die oorspronklike volledige buigbare gastroskope was slegs toegerus om waarnemings van die kant van gastroskoop se punt te maak. Later is dit ontwikkel dat die operateur deur die punt van die gastroskoop sy waarnemings kan maak. Dit het tot gevolg gehad dat die operateur 'n groter veld kon sien.

Feitlik enige toestand in die slukderm, maag of duodenum kan deur die gastroskoop ondersoek word.

Die gastroskoop het ook 'n aparte kanaal vir suiging en/of insufflasie en daar kan ook deur die kanaal water gespuit word wat direk op die distale lens spuit om die lens skoon te was. 'n Aparte kanaal waardeur biopsies geneem kan word is ook beskikbaar. Foto's en videos kan van die maag geneem word, en 'n tweede persoon, of die pasiënt self, kan deur middel van 'n onderrigtoestel saamkyk. 'n Endoskopiese retrograde-cholangio-pankreatikogram word ook deur middel van 'n gastroskoop uitgevoer en vele ander ondersoeke en prosedures.

INDIKASIES

Gastroskopies is entilik 'n verkorting vir oesofago-gastro-duodenoskopie. Met ander woorde, feitlik enige toestand wat met die slukderm, maag of duodenum te doen het kan deur die gastroskoop ondersoek word, bv:

1. Enige buiktoestand wat nie andersins verklaar kan word nie.
2. Die diagnose en monitor van peptiese ulsera.

3. Enige bleedings vanaf die boonste SVK.
4. Opspoor van maligneiteite,
5. en nog vele ander.

MAAGKARSINOOM EN ENDOSKOPIE

Die prognose van maagkarsinoom is swak, die 5 jaar oorlewingsyfer in Brittanje is $\pm 10\%$! Deur middel van 'n interne siftingsprogram, het hulle in Japan die verhouding van vroeë tot laat maagkarsinome verhoog van 1,3% in 1941-45 tot so hoog soos 36% in 1965. Dit het gevolglik die 10 jaar oorlewingsyfer verbeter van 10% tot 26%.

Vroeë diagnose van maagkarsinome kan die algemene prognose verbeter — en dis ons taak as algemene praktisyns.

Dit is dus duidelik dat, om die prognose van maagkarsinoom te verbeter, meer vroeë maagkarsinome gediagnoseer moet word. Die karsinoom is tweemaal meer algemeen onder mans, dit kom meer voor onder ouer mense maar kan by enige ouderdom presenteer. Daar is 'n duidelike familieële verwantskap en dit is ook meer algemeen by persone met bloedgroep A. Pernisieuse anemie, atrofiese gastritis, achlorhydria en poliepe in die maag verhoog die kans van maagkarsinoom. Ons as algemene praktisyns, na wie daar gereeld verwys word as siftings-offisiere, moet gevolglik ons deel bydra om meer vroeë maagkarsinome te diagnoseer.

Daar is twee maniere waarop dit gedoen kan word, nl:

- Endoskopie
- Radiologie

Nie een van die twee ondersoeke is perfek nie, bv dit is baie moeilik om die kardias van die maag goed te visualiseer met die gastroskoop, en dubbel-kontras barium studies kan meer akkurate diagnoses maak van hierdie area. Endoskopie en biopsie het ook die gevaar van vals negatiewe resultate omdat dit tegnies moeilik is om diep biopsies te neem en mens so 'n karsinoom wat in die muscularis versprei, kan mis. Op die huidige oomblik is gastroskopiese en radiologiese studies egter ons enigste instrumente om vroeë maagkarsinome mee te diagnoseer.

KONTRA-INDIKASIES EN KOMPLIKASIES

1. Erge kardio-pulmonêre siekte.
2. 'n Groot aorta aneurisme.
3. Oesofageale strikture.
4. Zenker se divertikulum, 'n divertikulum in die hipofarinks.

Daar moet onthou word dat 'n gastroskopiese ondersoek

nie 'n lewensreddende ondersoek is nie, selfs nie in die pasiënt met 'n akute bloeding vanaf die boonste SVK nie. Met ander woorde, voordat 'n gastroskopiese ondersoek word, moet die gevare verbonde aan so 'n ondersoek opgeweeg word teen die moontlike bevindings wat gemaak kan word tydens die ondersoek. Dit moet egter beklemtoon word dat komplikasies skaars is en dat 'n gastroskopiese ondersoek deur 'n ervare operateur op 'n goed voorbereide pasiënt baie min komplikasies het.

'n Gastroskopiese ondersoek deur 'n ervare dokter op 'n goed voorbereide pasiënt het baie min komplikasies.

Jones het in 1951 'n oorsig gegee van sy reeks van 37 000 ondersoeke waarin hy slegs 59 ernstige komplikasies gevind het; dit is 0,16%. Palmer het in 1957 uit 'n reeks van 267 000 ondersoeke, 162 ernstige komplikasies aangemeld waarvan 75 oorlede is; dit is 0,06% komplikasies en 'n sterftesyfer van minder as 0,03%. Bogenoemde syfers is nog met semi-buigbare instrumente gedoen en die syfers deur Lopresti, Hirschowitz en Deutz, wat ten volle buigbare instrumente gebruik het, het slegs enkele ernstige komplikasies getoon uit hulle reekse van etlike duisende.

'n Paar van die komplikasies is bv:

1. Perforasie van die oesofagus of maag,
2. Vergruising van die agterwand van die slukderm,
3. Bloedings van die slukderm of die maag,
4. Hart aritmieë en infarkte
5. Reaksies op narkosemiddels ens.

DIE TEGNIEK SOOS IN ONS PRAKTYK BEOEFEN

Ons doen twee maal per week gastroskopiese ondersoeke vanaf 07h00 in die oggende tot \pm 08h30, afhange van die hoeveelheid ondersoeke wat daar vir die spesifieke dag is. Ons begin om 07h00 omdat dit makliker is om die pasiënte op so 'n wyse met leë mae vir die ondersoek te kry, en ons doen dit twee maal per week wat aan die pasiënte 'n groter keuse gee om by hulle program in te pas. Dit neem tussen 15 en 20 minute om een ondersoek te voltooi.

Nege-en-negentig persent van die pasiënt kom uit ons eie praktyk, en is gevolglik vooraf deeglik ingelig oor die prosedure en is dan ook deeglik sistemies ondersoek. Ons gee geen pre-medikasie aan ons pasiënte nie, behalwe dit wat hulle onmiddellik voor die ondersoek kry.

Die oggend van die ondersoek word die hele prosedure weereens aan die pasiënt verduidelik, met die doel om hul vrese te verminder. Die instrument word dan ook aan hulle gewys aangesien daar van hulle is wat dink die "kammeratjie" wat hulle gaan sluk, 'n Nikon 35mm kamera is!

By alle pasiënte word daar dan 'n "butterfly" in 'n vena gesit om altyd 'n intraveneuse lyn beskikbaar te hê, 10mg Metoklopramied word iv gegee, 10mℓ Telament word po gegee en sy mondholte en farinks word verdoof met 2% Xylocaine. Waar daar 'n gevaar is van aspirasie, word dit nie gedoen nie. Alle valstande word verwyder. Die pasiënt lê dan op sy linkersy op die ondersoekbank, met 'n kussing onder sy kop, stywe kledingstukke word losgemaak en die pasiënt se bene word gemaklik opgetrek en met 'n doek toegemaak. Die pasiënt se kop word effens na vore gebuig, en hy word aangemoedig om gemaklik in-en-uit asem te haal deur sy mond. Met die wys- en middelvinger van die operateur se linkerhand word die pasiënt se tong effens afgedruk, en die punt van die gastroskoop word agter op sy tong geplaas. Die pasiënt word deurentyd gerusgestel en aangemoedig om te konsentreer op asemhaling. Die gastroskoop moet nou deur die operateur in die middellyn van die mond gehou word terwyl die punt stadig in die mond ingestoot word tot in die hipofarinks, wanneer die pasiënt dan aangesê word om die gastroskoop "in te sluk", terselfdertyd word die gastroskoop effens vorentoe gedruk tot in die oesofagus. Die mondstuk word dan tussen die pasiënt se tande gesit waarop hy dan kan byt. Die suster druk nou die gastroskoop verder in die oesofagus in terwyl die operateur die punt manipuleer en kyk. Daar word dwarsdeur die hele prosedure lug ingeblaas en sekresies afgesuig, maar sorg moet gedra word dat nie te veel lug ingeblaas word nie.

Met die nodige onderrig en oefening kan enige algemene praktisyn 'n gastroskopiese ondersoek doen.

Die hele ondersoek moet sistematies en volgens 'n plan geskied, met ander woorde eers word die oesofagus versigtig ondersoek, dan die kardial van die maag, dan die fundus, liggaam, piloriese antrum, pilorus en die duodenum. Die hele lengte van die boonste SVK moet eers ondersoek word voordat biopsies geneem word, anders kan die bloed van die biopsie-area die res van die ondersoek bemoeilik. Wanneer die duodenum klaar ondersoek is, word die gastroskoop teruggetrek, die punt 180° teruggedraai sodat die kardial volledig gesien kan word. Voordat die gastroskoop uit die maag getrek word, word al die lug eers uit die maag gesuig. Die gastroskoop word nou stadig uit die oesofagus getrek, altyd onder visie, en die ondersoek is klaar.

Na elke ondersoek word die bevindings met die pasiënt bespreek en 'n verslag word geskryf.

Omdat diazepam nie normaalweg aan alle pasiënte gegee word nie, het die meeste pasiënte hul ondersoeke gehad voor werk en kon hulle weer teruggaan werk toe na die ondersoek.

STATISTIEKE

Die statistieke is opgetrek oor 'n periode van ses maande, sien Tabel 1, vanaf Julie 1983 tot Desember 1983 met 236 ondersoeke. Die ondersoeke is gedoen deur dr HLE König (my vennoot), en myself.

	MANLIK	VROULIK	PERSEN-TASIE	TOTAAL
Ouderdom-gemiddeld	16-89 41,34	16-76 42,3		
Normaal	32	60	39,0%	92
Duodenale Ulkusse	17	10	11,4%	27
Gastriese Ulkusse	14	10	10,2%	24
Hiatus Hernia	27	22	20,8%	49
Gastritis en Esofagitis	22	16	16,1%	38
Maligne	2	1	1,3%	3
Onsuksesvol	1	1	0,8%	2
Vreemde Voorwerpe	1	0	0,4%	1
Totaal	116	120	100%	236

Die maligneite was al drie adeno-karsinome, 2 van die maag en 1 van die onderste derde van die oesofagus.

Die 2 onsuksesvolle ondersoeke was as gevolg van baie erge braakreflekse. Hulle is albei later gedoen na premedikasie van Valium 10mg po, 2 ure voor die ondersoek van Valium 10mg intraveneus tydens die ondersoek. Albei pasiënte was in hulle vroeë 30's en baie gespanne.

Die pasiënt sal baie daarby baat vind as die ondersoek in die bekende spreekkamer van sy eie dokter gedoen word.

Die vreemde voorwerp was by 'n 16 jarige seun wat sy tande-plaatjie vermoedelik ingesluk het, maar geen tande is in sy boonste SVK gevind nie. Die tande is die volgende dag op die rugbyveld gekry.

By slegs 18 ondersoeke was dit nodig om diazepam toe te dien tydens die ondersoek, dit is 7,6%. By die meeste van die endoskopiese afdelings word diazepam of een of

ander vorm van sedering toegedien. Die rede waarom ons so min diazepam benodig, is toe te skryf aan die feit dat die pasiënte waarskynlik beter ingelig is oor die prosedure, hulle gewoonlik die dokter ken en vertrou in hom het, en dat hulle nie in 'n vreemde omgewing is nie.

Gastroskopies behoort deur meer algemene praktisyns gedoen te word.

GEVOLGTREKKING

Gastroskopies behoort gevolglik deur meer algemene praktisyns gedoen te word omdat:

- dit 'n veilige ondersoek is,
- dit 'n akkurate ondersoek-metode is,
- dit 'n vinnige ondersoek is,
- dit gemakliker is vir die pasiënt en
- dit 'n goedkoper ondersoek is.

REFERENCES

1. Cronstedt JL. Gerigte biopsieë met die glasvesel gastroskoop.
2. Birnie GG, Quigley EM, Clements GB, Follet EAC, Watkinson G. *Gut* 1983; 24: 171-74.
3. Bremner CG, Hinder R, Segal I. et al. Endoscopic experience in the Republic of South Africa. *Gastrointest Endos* 1982; 28 (4): 258-60.
4. Domschke W, Lederer P, Lux G. The value of emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: review and analysis of 2014 cases. *Endoscopy* 1983; 15 (Suppl 1): 126-31.
5. Holdstock G, Bruce S. Endoscopy and gastric cancer. *Gut* 1981; 22: 673-6.
6. Large SR, Stoker TA. Gastroscopy precipitating an acute presentation of delayed traumatic diaphragmatic herniation. *Br J Surg* 1983 70: 245-6.
7. Sonnenberg A, Wedershoven HJ. Where have peptic lesions gone? *Endoscopy* 1983; 15: 47-8.
8. Milnes JP, Hine KR, Holmes GKT, Cohen MEL. Limitations of endoscopy in the diagnoses of carcinoma of the cardia of the stomach. *Br J Radiol* 1982; 55: 593-95.
9. Robbins SL, Angell M. Basic Pathology. Philadelphia Saunders, 1976.

**Dr Len de Villiers
MB ChB (Stell)
Posbus 96,
Standerton
2430**