

Mide kanserleri: On beş yıllık deneyimlerimiz

Mehmet Erikoğlu, Serdar Yol, Şakir Tavlı, Metin Belviranlı, Şükrü Özer, Ceyhun Pekin, Adnan Kaynak

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Mide kanseri dünyada yaygın olarak görülen agresif tavrılı ve kötü prognozlu bir tümördür. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde mide kanseri nedeni ile opere edilen 275 hastanın ameliyat bulgularının retrospektif olarak incelemektir. **Yöntem:** Hastalar 1988 ve 1996 yılları arasında opere edilen 105 hasta (Grup 1), 1996 ve Haziran 2004 tarihleri arasında opere edilen 170 hasta (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastalar tümör yerleşimi, karaciğer metastazı, asit, peritoneal yayılım, komşu organ invazyonu, tümörün makroskopik görünümüne göre Borrmann sınıflaması ve TNM evrelemesi ve yapılan operasyonlar açısından değerlendirildi. **Bulgular:** Birinci grupta hastaların 68'i erkek (% 64), 37'si kadın (% 36), yaş ortalaması 64.8 (26-85) idi. Preoperatif bulgulara göre Evre I'de 4 (% 3.8) hasta, Evre II'de 20 (% 19) hasta, Evre III'te 38 (% 36) hasta, Evre IV de ise 43 (% 41) hasta tespit edildi. İkinci grupta ise hastaların 102'u (% 60) erkek, 68'i (% 40) kadın, yaş ortalaması 58.6 (24-80) idi. Bu grupta Evre I'de 8 (% 4.7) hasta, Evre II'de 49 (% 28.8) hasta, Evre III'te 67 (% 39.4) hasta, Evre IV'de ise 46 (% 27) hasta tespit edildi. **Sonuç:** Son yıllarda endoskopi yaygın olarak kullanılması, görüntüleme yöntemlerinin ilerlemesi ile erken evrede tanı konma oranları önemli ölçüde artmıştır. Risk faktörü taşıyan hastaların tarama programlarına alınması ve gastrointestinal sistem yakınması olan hastalarda endoskopik inceleme endikasyonlarının daha geniş tutulması bu oranı daha da arttıracaktır.

Anahtar kelimeler: Mide kanseri, endoskopi, evreleme

Gastric cancers: Our fifteen years experiences

Objective: Gastric cancer is a worldwide aggressive tumor with a bad prognosis. The purpose of this study was to retrospectively investigate operative findings of 275 patients with gastric cancer underwent operation in our clinic. **Method:** Patients were divided into two groups: Group 1: 105 patients underwent operation between 1988 and 1996, Group 2: 170 patients underwent operation between 1996 and July 2004. Patients were evaluated according to tumor location, liver metastasis, ascites, peritoneal spread, adjacent organ invasion, macroscopic appearance, Borrmann classification, TNM grading and performed operations. **Results:** In the first group, 168 patients were male (64%), 37 patients were female (36%) and mean age was 64.8 (26-85). According to preoperative findings 4 patients were Grade I (3.8%), 20 patients Grade II (19%), 38 patients Grade III (36%) and 43 patients Grade IV (41%). In the second group 102 patients (60%) were male, 68 patients (40%) were female and mean age was 58.6 (24-80). In this group 8 patients were Grade I (4.7%), 49 patients Grade II (28.8%), 67 patients Grade III (39.4%) and 46 patients Grade IV (27%). **Conclusion:** In the recent years commonly use of endoscopy and advance in imaging techniques have made a great contribution in the early diagnosis of gastric cancer. This condition can be further improved by searching programs for risk factor carrying patients and performing endoscopic investigation for patients who had gastrointestinal complaint.

Key words: Gastric cancer, endoscopy, staging

Genel Tıp Derg 2005;15(2):71-75

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr.Mehmet Erikoğlu, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Konya.

E-posta: merikoglu@hotmail.com

Mide kanseri görülme sıklığı ve kötü prognoz bakımından hala önemini korumaya devam etmektedir. İleri evrede tanı konduğunda iyileşme ihtimali olmayan bir kanserdir (1). Buna rağmen son yıllarda modern endoskopi, endoskopik

ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, laparoskopî, laparoskopik ultrasonografi gibi yöntemlerin kullanımı ile birlikte mide kanserinin erken evrede saptanması olanağı artmıştır. Aynı şekilde son birkaç dekatta genişletilmiş lenfadenektominin uygulanmaya başlanması da sağ kalımı olumlu yönde etkilemiştir. Son 20 yılda tanınan işlemlerdeki ilerlemeler ve yeni teknolojik gelişmeler sayesinde mide kanserinin evresine göre değişen pek çok tedavi olanağı sağlanmıştır. Hastaların sadece sağ kalımları değil aynı zamanda hayat kalitesinin artırılması ortak amaç olarak kabul edilmektedir (2).

Son yıllarda dispeptik yakınmaları olan hastalara endoskopi rutin olarak kullanılmaya başlanmış ve mide kanseri cerrahisinde önemli gelişmeler görülmüştür. Hastalar demografik özellikleri, hastalığın evresi, yapılan operasyonlara göre incelenmiştir. Bu çalışmanın amacı son yıllarda hastalığın yakalanma evresinde ve uygulanan cerrahi yöntemlerde farklılık olup olmadığının araştırılmasıdır.

Yöntem

Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde mide kanseri tanısı ile opere edilen toplam 275 hastanın ameliyat bulguları ameliyat defterlerinden retrospektif olarak incelendi. 1988 ve 1996 yılları arasında mide kanseri tanısı ile opere edilen toplam 105 hasta Grup 1, 1996 ve Haziran 2004 tarihleri arasında mide kanseri tanısı ile opere edilen toplam 170 hasta Grup 2 olarak ayrıldı. Hastalar tümör yerleşimi, karaciğer metastazı, asit, peritoneal yayılım, komşu organ invazyonu, tümörün makroskopik görünümüne göre Borrmann sınıflaması ve TNM evrelemesi ve yapılan operasyonlar açısından değerlendirildi.

Gruplar arası istatistiksel karşılaştırma ki kare (Pearson Chi-Square: χ^2) testi ile yapıldı.

Bulgular

Birinci grupta hastaların 68'i erkek (% 64), 37'si kadın (% 36), yaş ortalaması 64.8 (26- 85) idi. Tümör yerleşimi 52 (% 49,5) hastada antrumda, 24 (% 22.8) hastada korpusta, 15 (% 14.2) hastada kardiya ve fundusta, 14 (% 13) hastada ise diffüz yerleşimli (linitis plastica) idi. Makroskopik özelliklerine göre

Borrmann Tip 1: 18 (% 17) hasta, Tip 2: 30 (% 28.5) hasta, Tip 3: 43 (% 41) hasta, Tip 4: 14 (% 13) hasta tespit edildi

Hastaların 18'inde (% 17.1) karaciğer metastazı, 21 (% 20) hastada asit, 16 (% 15.2) hastada ise peritoneal yayılım tespit edildi. Hastalardan 12'sinde (% 11.4) pankreas invazyonu, 8'inde (% 7.6) transvers kolon invazyonu, 6'sında (% 5.7) dalak hilusu ve dalak invazyonu, 7'sinde (% 6.6) ise çöliak trunkus invazyonu tespit edildi.

Hastaların 49'una (% 46.6) distal subtotal gastrektomi, 11'ine (% 10.4) total gastrektomi, 3 hastaya (% 2.8) proksimal gastrektomi, 6 hastaya (% 5.7) kombine rezeksiyon (5 hastaya splenektomi, 1 hastaya kolon rezeksiyonu), inoperabl olduğu tespit edilen hastaların 24'üne (% 22.8) gastroenterostomi, 12'sine (% 11.4) ise sadece laparotomi ve biyopsi uygulanmıştır. Peroperatif bulgulara göre yapılan evrelemede ise Evre I'de 4 (% 3.8) hasta, Evre II'de 20 (% 19) hasta, Evre III'te 38 (% 36) hasta, Evre IV de ise 43 (% 41) hasta tespit edildi.

İkinci grupta ise hastaların 102'u (% 60) erkek, 68'i (% 40) kadın, yaş ortalaması 58.6 (24-80) idi. Bu grupta tümör 71 (% 41.7) hastada antrumda, 34 (% 20) hastada korpusta, 43 (% 25.2) hastada kardiya ve proksimal midede, 22 (% 13) hastada ise diffüz tutulum (linitis plastica) saptandı. Tümörün makroskopik özelliklerine göre Borrmann Tip I: 40 (% 23.5) hasta, Tip 2: 51 (% 30) hasta, Tip 3: 47 (% 27.6) hasta, Tip 4'de ise 22 (% 12.9) hasta tespit edildi.

Hastaların 16'sında (% 9.4) karaciğer metastazı, 13'ünde (% 7.6) asit, 10'unda (% 5,8) peritoneal yayılım saptandı. Hastaların 16'sında (% 9.4) pankreas invazyonu, 7'sinde (% 4.1) transvers kolon invazyonu, 6'sında (% 3.5) dalak hilusu ve dalak invazyonu, 8'inde (% 4.7) çöliak trunkus invazyonu tespit edildi. Hastaların 51'ine (% 30) distal subtotal gastrektomi, 43 (% 25.2) hastaya total gastrektomi, 21 (% 12.3)) hastaya proksimal gastrektomi, 12 hastaya (% 7) kombine rezeksiyon (7 hastaya splenektomi, 2 hastaya pankreatektomi, 2 hastaya kolon rezeksiyonu, 1 hastaya kolesistektomi), inoperabl olduğu tespit edilen hastaların 32'sine (% 18.8) gastroenterostomi, 11'ine (% 6.5) ise sadece laparotomi ve biyopsi uygulanmıştır. Küratif cerrahi

Tablo 1. Tümör yerleşimleri ve Borrmann sınıflaması

Parametreler	Grup1 (n:105)	Grup2 (n:170)
Tümör yerleşimi-Antrum	52 (%49.5)	71 (%41.7)
Korpus	24 (%22.8)	34 (%20)
Kardiya ve fundus	15 (%14.2)	43 (%25.2)
Linitis plastica	14 (%13)	22 (%13)
Borrmann Tip1	18 (%17)	40 (%23.5)
Tip2	30 (%28.5)	51 (%30)
Tip3	43 (%41)	47 (%27.6)
Tip4	14 (%13)	22 (%12.9)

Tablo 2. Tümör yayılımının değerlendirilmesi

Parametreler	Grup1 (n:105)	Grup2 (n:170)
Karaciğer metastazi	18 (%17.1)	16 (%9.4)
Assit	21 (%20)	13 (%7.6)
Peritoneal yayılım	16 (%15.2)	10 (%5.8)
Pankreas invazyonu	12 (%11.4)	16 (%9.4)
Transvers kolon invazyonu	8 (%7.6)	7 (%4.1)
Dalak ve dalak hilus invazyonu	6 (%5.7)	6 (%3.5)
Çoliak trunkus invazyonu	7 (%6.6)	8 (%4.7)

Tablo 3. Evreleme

Parametreler	Grup1 (n:105)	Grup2 (n:170)
Evre-I	4 (%3.8)	8 (%4.7)
Evre-II	20 (%19)	49 (%28.8)
Evre-III	38 (%36)	67 (%39.4)
Evre-IV	43 (%41)	46 (%27)

Tablo 4. Hastalara uygulanan cerrahi yöntemler

Parametreler	Grup1 (n:105)	Grup2 (n:170)
Distal subtotal gastrektomi	49 (%46.6)	51 (%30)
Total gastrektomi	11 (%10.4)	43 (%25.2)
Proksimal gastrektomi	3 (%2.8)	21 (%12.3)
Komibine rezeksiyonlar	6 (%5.7)	12 (%7)
Gastroenterostomi	24 (%22.8)	32 (%18.8)
Laparotomi biopsi	12 (%11.4)	11 (%6.5)

yapılan vakaların tamamına yakınına D 2 lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Peroperatif bulgulara göre yapılan evrelemede ise Evre I'de 8 (% 4.7)

hasta, Evre II'de 49 (% 28.8) hasta, Evre III'te 67 (% 39.4) hasta, Evre IV de ise 46 (% 27) hasta tespit edildi. Bu bulgular Tablo 1,2,3,4'de verilmiştir.

Gruplar evrelere göre karşılaştırıldığında hastalığın grup-2'de erken evrede yakalanma oranı grup-1'e göre yüzdesel olarak daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak fark saptanmadı (χ^2 : 6,60, $p=0,08$). Gruplar yapılan operasyonlara göre kıyaslandığında gruplar arası istatistiksel fark saptandı. Hangi gruplar arasındaki fark olduğunu tespit etmek için yapılan ileri analizde farkı yaratan gruplar total gastrektomi ve proksimal gastrektomi yapılan hastalar idi (χ^2 : 21,52, $p=0,001$). Total gastrektomi ve proksimal gastrektominin grup-2'de grup-1'e göre daha fazla hastaya yapılmış olduğu tespit edildi.

Tartışma

Mide kanseri dünyada yaygın olarak görülen, biyolojik olarak agressif tavrılı bir tümördür. Erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık görülür. İnsidansı dördüncü dekattan sonra giderek artar ve yedinci dekatta en üst düzeye ulaşır (3). Mide kanserinin % 95'i adenokanserdir. Son yıllarda mide antrum ve korpus kanserlerinin sıklığında azalma görülmesine karşın, kardiya ve proksimal mide kanserlerinde artış olduğu söylenmektedir (4). Bu durumu gastroözofajial reflü ve bunun sonucunda oluşan Barret özofagusuna bağlayanlar olduğu gibi, distal ve orta mide kanserlerindeki azalmanın kardiya kanserlerinde göreceli bir artış yaptığını savunanlar da vardır (5). Bizim çalışmamızda da son yıllarda kardiya ve proksimal mide kanserlerinde belirgin bir artış tespit edildi. Son yıllarda rastlanan mide kanserlerinin % 25,2'si kardiya ve proksimal mide kanseri idi.

Mide kanserinin erken tanınmasında pek çok faktör rol oynamaktadır. Bunlardan başlıcaları; *Helikobakter pilori* gibi mide kanseri ile ilişkisi WHO tarafından kabul edilen bakterinin başarılı eradikasyon tedavisi, mide kanseri öncüsü olarak kabul edilen atrofik gastrit, intestinal metaplazi, displazi, pernisiyöz anemi ve gastrik adenomatöz poliplerin takip ve tedavi ilkelerinin gelişmesi sayılabilir (6,7). Mide kanserinin prognozu kötü olmakla birlikte erken yakalandığında sağ kalım oranları artmaktadır. Mide kanserinde sağ kalım yapılan cerrahi girişim ve verilen tıbbi hizmetin

kalitesi ile de orantılıdır. Mide kanserinin erken tanısı sıklıkla tesadüfen olmaktadır. Çünkü hastaların % 40'ı asemptomatik olup maligniteyi düşündürecek semptomlara sahip değildir. Bu hastalarda tanı nonspesifik karın ağrısı ve dispepsi nedeniyle yapılan endoskopi sırasında konur (8). Bizim çalışmamızda da son 7-8 yıldır nonspesifik karın ağrısı ve dispepsi yakınması olan hastalara endoskopinin rutin olarak yapılması sebebiyle mide tümörünün nispeten daha erken evrede tespit edilme olasılığı artmıştır.

Mide kanserinde erken tanı ve tedavinin prognoz üzerindeki olumlu etkisini düşünecek olursak ayırıcı tanı şüphesiz önemlidir. Endoskopik inceleme ve biyopsi mide kanserinin ayırıcı tanısında yararlıdır. Tanı yöntemleri ve bu alanda kullanılan cihazlardaki gelişmelere rağmen, vakaların çoğunda tanı ileri evrede konulabilmektedir. Hekime başvuru sırasında vakaların % 50'sinden fazlasında tümörün lokorejyonel alanın uzağına ulaştığı saptanmaktadır. Küratif amaçlı rezeksiyon hastaların ancak % 30-50'sinde yapılabilmektedir (9,10). Hastalarımız peroperatif evreleme açısından incelendiğinde, ilk 8 yılda Evre 4 mide kanseri % 41 iken son 8 yılda bu oran % 27'lere gerilemiştir. Bu durum son yıllarda tanı yöntemlerinin gelişmesi ve endoskopinin daha yaygın kullanımına bağlıdır.

Mide kanserinde son 1-2 dekatta sınırlı da olsa ümit verici gelişmeler kaydedilmiştir. Bunun nedenlerinden ilki hastaların preoperatif evrelendirilmesindeki yoğun uğraşlar ve tedavi protokollerinin evrelere göre düzenlenmesidir. Mide kanserinin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavinin amacı yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Mide kanserinde tedavi başarısının ilk şartı preoperatif evreleme için tüm tanı olanaklarından yararlanmaktır. Tedavi seçiminde önemli rol oynayan peritoneal yayılımın saptanması amacı ile laparoskopik incelemenin önemini bir kez daha vurgulamak gerekir. Tedavi protokolünün düzenlenmesinde göz önünde bulundurulması gereken bir konu da, hastanın yaşı ve yandaş hastalığının olup olmamasıdır (11). Mide kanserinde şifa bulma şansı ancak küratif cerrahi rezeksiyon ile mümkündür. Küratif rezeksiyon peritoneal ve uzak organ metastazı olmayan hastalarda lenf bezlerinin tamamının mide piyesi ile birlikte ve temiz cerrahi sınırlarla birlikte çıkarılmasıdır. Japonya'da mide kanserinde standart tedavi mide rezeksiyonuna ek

olarak D II lenf bezi diseksiyonunun uygulanmasıdır (12,13). Küratif cerrahi uyguladığımız vakalara son yıllarda mide kanserinin küratif cerrahisinde rutin olarak kullanılan D II lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Bu diseksiyonun sürviye katkısını takip etmekteyiz.

Mide kanseri cerrahisinde bir başka önemli nokta midenin ne kadarının çıkarılacağıdır. Rutin olarak total gastrektomi yapılmasını önerenler olmakla birlikte, total gastrektominin morbiditeyi artırdığını, fakat sağ kalımı artırmadığını belirtenlerde vardır (14,15). Vakalarımızın retrospektif incelenmesinde total gastrektominin genellikle Borrmann Tip 4 diffüz mide kanserlerinde, ileri evre proksimal yerleşimli mide kanserlerinde tercih edildiğini tespit ettik. Ayrıca vakalarımızda son yıllarda küratif amaçlı total gastrektominin daha sık uygulandığını saptadık.

Bu çalışmanın sonucuna göre son yıllarda dispeptik yakınması olan hastalara endoskopinin rutin olarak uygulanması sonucunda hastaların erken evrede yakalanma oranlarının arttığı, son yıllarda daha radikal cerrahi tedavi yöntemleri uygulanmaya başlandığı tespit edilmiştir.

Mide kanseri, prognozu kötü olan ve ileri evrelerde tespit edildiği zaman kür ihtimali olmayan bir kanser türüdür. Risk faktörü taşıyan hastaların tarama programlarına alınması ve gastrointestinal sistem yakınması olan hastalarda endoskopik inceleme endikasyonlarının daha geniş tutulması mide kanserinin nispeten erken evrelerde teşhis edilme oranını artıracaktır.

Kaynaklar

1. Sökmen HM. Epidemiyoloji. İçinde: Mihmanlı M, eds. Mide kanseri ve cerrahi tedavisi. 1. baskı, İstanbul, 2004. s:15.
2. Buğra D. Evreleme, İçinde: Mihmanlı M, eds. Mide kanseri ve cerrahi tedavisi. 1. baskı, İstanbul, 2004. s:155.
3. Göçmen E, Kocaoğlu H. Mide kanseri epidemiyolojisi. T Klin J Surg 2000;5:161-2.
4. Parkin DM. Epidemiology of cancer: global patterns and trends. Toxicology Letters 1998;102:227-34.
5. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. N Engl J Med 1995;333:32-41.
6. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. Int J Cancer 1993;55:891-903.

7. Neubauer A, Thiede C, Morgner A, Alpen B, Ritter M, Neubauer B, et al. Cure of Helicobacter pylori infection and duration of remission of low grade gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphoma. J Cancer Inst 1997;89:1350-5.
8. Oscar JT, Jhon L, Peter D, Thoms C. Diagnostic and prognostic problems in early gastric cancer. Am J Surg 1987; 154:516-9.
9. Roder RD, Bottcher K, Busch R, Wittekind C, Hermanek P, Siewert JR. Classification of regional lymph node metastases from gastric carcinoma. Cancer 1998;82:621-31.
10. Winn RJ, Mc Clure J. The NCCN clinical practice guidelines in oncology. Gastric cancer. J Nat Compr Cancer Network 2003;1:28-9.
11. Sökücü N. Tedavi algoritması. İçinde: Mihmanlı M, editörler. Mide kanseri ve cerrahi tedavisi. 1. baskı, İstanbul, 2004. s: 163.
12. Seto Y, Nagawa H, Muto T. Intraoperative diagnosis of N 2 lymph node metastasis of gastric cancer. Hepato-gastroenterol 1997;44:838-41.
13. Sano T, Katai H, Sasako M, Maruyama K. One thousand consecutive gastrectomies without operative mortality. Br J Surg 2002; 89:122-3.
14. Oliveira FJ, Furtado E, Ferrao H, Conceicao L, Baptista H. Total gastrectomy for gastric adenocarcinoma. Analysis of 115 consecutive patients. Hepatogastroenterol 1999; 46: 2044-7.
15. Oliveira FJ, Furtado E, Ferrao H, Conceicao L, Baptista H. Total gastrectomy for gastric cancer in elderly patients. Hepatogastroenterol 1999;46:616-9.