

112 Mide Kanserli Olgunun Analizi*

Tuncay YILMAZLAR**

Abdullah ZORLUOĞLU***

Cengiz KARAGÖZ**

Ayhan KIZIL****

ÖZET

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Mart 1983-Aralık 1989 (6 yıl 10 ay) tarihleri arasında cerrahi girişim uygulanan histopatolojik olarak tanısı konmuş 112 mide kanserli (adenokarsinom) hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların 52'si (% 46.4) rezektabl, geri kalan 60'ünün (% 53.6) nonrezektabl olduğu saptanmıştır. Rezektabl olguların % 62'sine küratif rezeksiyon, kalan % 38'ine palyatif rezeksiyon uygulanmıştır. Nonrezektabl olgulara çeşitli palyatif girişimler uygulanmıştır. Yaşam süresi küratif rezeksiyon yapılanlarda 4 ay - 4.5 yıl, palyatif rezeksiyon yapılanlarda 3-14 ay arasındadır. Palyatif girişim uygulanan nonrezektabl olgular postoperatif ilk 5 ayda ölmüşlerdir.

* Ulusal Cerrahi Kongresi, 90'da (27-30 Mayıs 1990, İstanbul) tebliğ edildi.

** Araş. Gör.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

*** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

**** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

Sonuç olarak; rezektabl mide kanserlerinde, palyatif amaçlı bile olsa rezeksiyonun olabildiğince geniş tutulmasına çaba gösterilmesinin yaşam süresine olumlu katkıda bulunacağı yargısına varılmıştır.

SUMMARY

Analysis of 112 Cases with Gastric Cancer

112 cases who underwent operations for gastric cancer, histopathologically diagnosed as adenocarcinoma between March 1983-December 1989 (6 years and 10 months) at the Departement of Surgery, University of Uludağ, School of Medicine were analysed retrospectively. 52 cases (46.4 %) were resectable and the remaining 60 cases (53.6 %) were unresectable. Curative resection was performed in the 62 % of resectable cases whereas the remaining 38 % received palliative resection. Variety of palliative procedures were performed on unresectable cases. Survival after curative resections is between 4 months - 4.5 years, where as after palliative resections, the survival is between 3-14 months. Unresectable cases who received palliative operations died in the first 5 months postoperatively.

It is concluded that encouragement for extensive resection even for palliative purposes would improve survival rates for resectable gastric cancers.

GİRİŞ

Anatomik ve fizyolojik olarak gastrointestinal sistemde çok önemli konumda bulunan mide özellikle malign hastalıklarıyla güncelliğini oldukça sıkıntılı bir şekilde sürdürmektedir.

Dünyanın büyük bir kesiminde gastrik kanserin cerrahi tedavi sonuçları, erken gastrik kanser hariç tutulursa son 20-30 yılda belirgin bir ilerleme göstermemiştir¹⁻⁹. Gastrik kanserin tedavisinde, radyoterapi ve kemoterapinin rolü az olduğundan kür sağlanabilmesi için ameliyat günümüzde tek seçenek olmaktadır^{6,9,10}.

Tümör rezektabl ise hem yaşam süresini uzatmak hem de gastrointestinal devamlılığı sağlamak için rezeksiyonun önemi açıktır. Kür amacıyla gastrik kanserin operatif tedavi spektrumu parsiyel distal gastrektomiden genişletilmiş total gastrektomiye kadar değişmektedir⁶.

Cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçlarından söz edilen bu yazımızda, ameliyat edilen 112 mide kanserli olgunun retrospektif bir değerlendirilmesi yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mart 1983-Aralık 1989 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında cerrahi girişim uygulanan histopatolojik olarak tanısı konmuş 112 mide kanserli hasta retrospektif olarak incelendi.

Olgular yaş, cinsiyet, yakınma ve bulgular, tanı yöntemleri, ameliyat bulguları, uygulanan cerrahi girişim yöntemleri, evrelendirme, morbidite ve mortalite oranları açısından değerlendirilerek, rezeksiyon yöntemlerinin yaşam süresine olan katkısının ortaya konulması hedef alındı.

BULGULAR

Olgularımız 15-85 yaşları arasında olup yaş ortalaması 55.2'dir. Hastalığın en sık görüldüğü yaş grubu 50-59'dur (Tablo: 1). Hastaların büyük çoğunluğu (% 89) 40 yaşın üzerindedir. 112 olgunun 81'i (% 72) erkek, 31'i (% 28) kadındır. Erkek/kadın oranı 2.6/1'dir.

Tablo: 1 - Olgularımızın Yaş Dağılımı

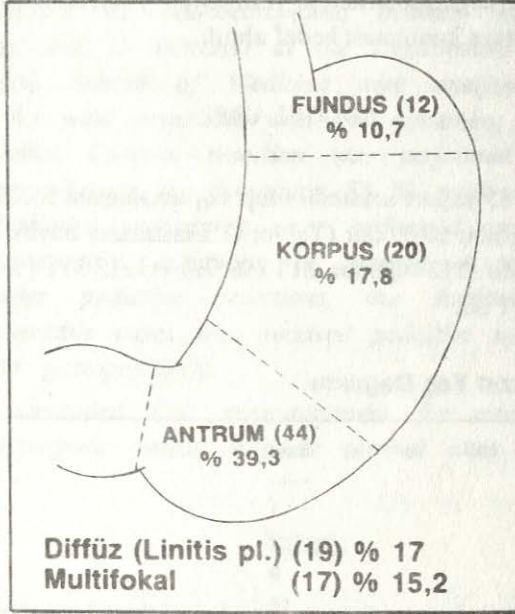
Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
0 - 19	1	0.9
20 - 29	2	1.8
30 - 39	9	8
40 - 49	16	14.3
50 - 59	39	35
60 - 69	32	28.5
70 - 79	11	9.7
80 ve üstü	2	1.8
TOPLAM	112	100

Olgularımızın başvuru semptomları ele alındığında; % 90 ile epigastrik ağrı ilk sırayı almakta olup bunu % 62.5 ile kusma ve % 55 ile kilo kaybı izlemektedir. Yakınmaların başlamasından hastaneye başvuruncaya kadar geçen süre ortalama 6.8 aydır.

Olgularımızın fizik muayene ve laboratuvar bulguları ele alındığında; epigastrik hassasiyet (% 91) ile yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (% 80) (1 saatte 20 mm'nin üzerinde) ilk sıraları almaktadır.

Tanı olgularımızın 64'ünde (% 57) mide duodenum radyografisi, 11'inde (% 10) endoskopi ile konulmuştur. Bu iki yöntemin birlikte uygulandığı olgu sayısı 31 (% 27.5) dir. Kalan 6 (% 5.5) olgunun tanısı laparotomi sırasında konulmuştur.

Tümörün lokalizasyonu incelendiğinde, en çok antrum (% 39.3), daha sonra sırasıyla korpus (% 17.8) ve diffüz (% 17) yerleşimli olduğu gözlenmiştir (Şekil 1).



Şekil: 1

Olgularımızdaki tümörün lokalizasyonu

Bütün olguların histopatolojik tanısı adenokarsinomdur.

Olguların 52'si (% 46.4) rezektabl, kalan 60'ınının (% 53.6) nonrezektabl olduğu saptanmıştır.

Rezektabl olguların 32'sine (% 62) küratif rezeksiyon, kalan 20'sine (% 38) palyatif rezeksiyon uygulanmıştır. Rezeksiyon uyguladığımız 52 olgunun 39'u subtotal, 13'ü total gastrektomi olup, subtotal gastrektomi olgularınının 33'ü 3/4 mide rezeksiyonu, 6'sı totale yakın mide rezeksiyonudur (Tablo: II-III).

Bizim uyguladığımız küratif gastrektomi olguları R1 yöntemi olup omentum ile "N1-N2" diye adlandırılan küçük ve büyük kurvaturdaki perigastrik lenf bezlerinin birlikte çıkarılmasından ibarettir.

Nonrezektabl olgulara uygulanan cerrahi girişimler laparotomi + biyopsi (% 33), bypass (% 14.3) ve gastrostomidir (% 6.3) (Tablo: II).

Tablo: II - Olgularımıza Uygulanan Cerrahi Yöntemler

YÖNTEM	SAYI	YÜZDE
REZEKSİYON	52	46.4
Küratif	32	28.6
Palyatif	20	17.8
PALYATİF GİRİŞİM	23	20.6
Bypass	16	14.3
Gastrostomi	7	6.3
LAPARATOMİ + BİOPSİ	37	33

Tablo: III - Olgularımıza Uygulanan Rezeksiyon Yöntemleri

REZEKSİYON TİPİ	KÜRATİF REZEKSİYON		PALYATİF REZEKSİYON	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
3/4 subtotal gastrektomi	23	44	10	19
Totale yakın gastrektomi	3	6	3	6
Total gastrektomi	6	12	7	13
TOPLAM	32	62	20	38

Küratif rezeksiyon uygulananların dışındaki tüm olgular evre 4'dür. Ancak küratif rezeksiyon yapılan olgular evre 2 ve 3'tür. Olgularımız arasında 1. evrede hasta yoktur (Tablo: IV).

Tablo: IV - Olgularımızın Evrelendirilmesi

EVRE	SAYI	YÜZDE
EVRE 1	0	0
EVRE 2	12	11
EVRE 3	20	18
EVRE 4	80	71

Toplam morbidite oranımız % 26.8'dir. İntraoperatif mortalite oranımız sıfır olup, erken postoperatif mortalite (3-30 gün arası) oranımız % 8.9'dur. Postoperatif komplikasyonlardan atelettazi % 13.4 ile ilk sırayı almıştır. Anasto-

moz kaçağı görülen 2 olgumuzun (% 1.7) birisine 3/4 subtotal gastrektomi diğere total gastrektomi yapılmıştır.

Yazdığımız mektuplara az hastadan yanıt almamıza rağmen kontrole gelenler ve takibimizdekilerle birlikte toplam ilişki kurabildiğimiz hasta sayısı 51'dir. Bunların 21'i palyatif girişim uygulanan nonrezektabl olgular olup postoperatif ilk 5 ayda ölmüşlerdir. Kalan 30 olgunun 19'una küratif, 11'ine palyatif rezeksiyon uygulanmıştır. Yaşam süresi, küratif rezeksiyonlularda 4 ay - 4.5 yıl, palyatif rezeksiyonlularda 3-14 ay arasındadır. Küratif rezeksiyonlu olgulardaki ortalama 2 yıllık sürvi % 36.8'dir. Palyatif rezeksiyonlu olgulardaki ortalama 1 yıllık sürvi % 36.3'dür.

TARTIŞMA

Yazımızdaki bulgular literatürdekilerle karşılaştırıldığında bazı farklılıklar dikkati çekmektedir. 55.2 olan olgularımızdaki yaş ortalaması literatürde bildirilen 60-80 yaş arası ortalamalardan daha küçüktür^{1-3,6,7,9}.

Literatürde 3.5-6.5 ay olarak bildirilen ortalama gecikme süresi serimizde 6.8 aydır^{2,4}. Olgularımızın yarısından fazlasında izlenen kusma ve kilo kaybı gecikmiş yakınmalardır⁹.

Küratif rezeksiyon oranımız % 28.6'dır. Bu oran ülkemizde yapılan çalışmalara yakındır^{11,12}. Ancak diğer ülkelerin yazarları tarafından bildirilen % 30-60 arasında değişen oranlardan düşüktür^{3,4}. Buradan da anlaşılacağı gibi olgularımızın büyük çoğunluğu ilerlemiş ve gecikmiş mide kanserleridir.

Dünya literatüründe "Early Gastric Cancer" diye adlandırılan diagnostik olanakları yüksek ve rutin endoskopik programlar uygulayabilen gelişmiş ülkelerde yakalanma insidansı fazla ancak ülkemizdeki gibi olanakları sınırlı olan az gelişmiş ülkelerde nadiren saptanan erken mide kanserlerini çalışmamızda maalesef saptayamadık.

Üst gastrointestinal endoskopide fleksibl fiberoptik gastroskopinin kullanımı kabul edilmiş, güvenilir ve oldukça pratik bir metoddur¹³. Bu çalışmamızda radyolojik inceleme ile endoskopinin doğruluk oranları hakkında kesin bir bilgi verememekle beraber, mide kanserinin prognozunda, endoskopinin çok etkili faktör olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Esas amacı olabildiği kadar çok kürabl gastrik kanserleri asemptomatik dönemde ortaya çıkarmak ve gastrik kanserden ölümlerin sayısını azaltmak olan temelde fotofluorografik radyografi ile yapılan kitle taraması, Japonya'da gastrik kanserli hastaların prognozlarını belirgin ölçüde arttırmıştır¹⁴. Lundegardh ve ark. yapmış oldukları çalışmada prognoz, ancak gastroskopinin bir tarama yöntemi olarak kullanılmasıyla arttırılabileceği belirtilmektedir⁵.

Gastrik kanser Japonya'da, Avrupa ya da A.B.D.'den çok daha iyi bir prognoza sahiptir^{1.3.4.7.8.10.15.16}. Bu farkın büyük bir kısmı Japonya'da hastalığın daha erken ortaya çıkarılmasıyla açıklanabilir, ancak bu farklılığın gastrik rezeksiyonunun daha radikal metodlarının kullanımına da bağlı olduğu öne sürülmüştür^{7.8.16}. Geniş lenfadenektomiye içeren R2 ve R3 gastrektomi yöntemleri Japonya'da gastrik kanserin birçok operasyonlarında rutin olarak kullanılmaktadır^{7.16}.

Standart radikal gastrik rezeksiyonda enblock splenektominin dahil edilmesi gerektiği belirtilmesinin yanısıra, bunun olumsuz sonuçları da bildirilmiştir⁴. Küratif gastrektomi olgularımızda splenektominin az sayıda olması nedeniyle dalgağın çıkarılmasının hastalığın mortalite ve morbiditesiyle olan ilişkisini saptayamadık.

Gastrik kanserin evrelendirilmesinde, her ne kadar cerrah tarafından laparotomide değerlendirilen bilgi esas alınsa da, kürabilite ya da operasyonun diğer safhası açısından ve sonuçta iyi bir prognoz için etkili bir patolojik değerlendirmenin önemi büyüktür^{7.8}. Mültifaktöryel analiz sonuçları göstermiştir ki uzak organ metastazları hariç tutulursa, invazyonun mide duvarı içine derinliği en önemli prognostik faktör olup, prognozu etkileyen ikinci sıradaki faktör lenf nodu metastazlarıdır¹⁰. Bu bilgiler ancak iyi yapılmış patolojik değerlendirmelerle saptanabilir.

Mide kanserlerinde erken tanı öneminin yanısıra yapılan operasyonun da değeri büyüktür. Ancak halen radikal bir girişimde total veya subtotal rezeksiyon tartışması sürmektedir.

Nükslerin artakalan midede lokalize oluşu nedeniyle bazı cerrahlar prensip olarak her vakada total gastrektomi yapmaya uğraşmışlar ancak mortalite ve anastomoz kaçağı oranlarının yüksek oluşu sebebiyle gereğinde subtotal gastrektomi uygulanımına dönmüştür^{6.10}. Ancak yine de Japon cerrahların dışında, mortalitesi pek fazla düşürülemeyen total gastrektomi özellikle postoperatif hasta yaşamının çok da iyi olmaması nedeniyle pek tercih edilmemektedir^{10.17}.

Total gastrektomi sırasında uygulanan vagotomiye bağlı postoperatif kolitiazis geliştiği, bu nedenle bazı olgulara kolesistektomi olgularının da eklenmesi gerekebileceği belirtilmektedir^{6.18}. Operasyonun postoperatif bakımı açısından Braga ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, şayet yeterli kalori alımı sağlanırsa total gastrektomi sonrası malnütrisyondan sık olmadığı ve malabsorbsiyondan majör bir klinik sorun taşımadığı bildirilmektedir¹⁹.

Herşeye rağmen proksimal mide kanserlerinde, total gastrektomi daha avantajlı olup ilk seçenek olmalıdır^{4.9.20}. Diffüz ve multifokal yerleşimli mide kanserlerinde de total gastrektomi tercih edilen yöntem olarak belirtilmektedir⁹. Diffüz, multifokal ve proksimal yerleşimli olgu sayımızın 48 oluşu total ya da to-

tale yakın rezeksiyonun tercih edilmesini desteklemektedir. Ancak bu tür olguların rezektabl olma olasılığı değişmektedir.

Midenin distal ve orta kesiminde yerleşen kanserler için genel kanı subtotal gastrektomi lehinedir^{9,17}. Ancak Salo ve ark. % 95 subtotal gastrektomiye (total yakın gastrektomi) kullanarak, 3/4 subtotal rezeksiyonun nüks riskini, total rezeksiyonun anastomoz kaçağı ve dolayısıyla yüksek operatif mortalite riskini azaltarak total gastrektomi radikaline ulaşılabileceğini belirtmişlerdir⁶.

Diehl ve ark. genişletilmiş gastrik rezeksiyonun yaşam süresini, yüksek operatif mortaliteye bağlı olarak belirgin olarak azalttığını, bu nedenle hasta seçiminin titizlikle yapılması gerektiğini belirtmektedir¹. Nitekim serimizde erken postoperatif mortalite oranımız % 8,9 olup bu görüşü desteklemektedir. Bu yüzden Hoerr'in belirttiği gibi "küçük kanserlere küçük operatif girişimler ve büyük kanserlere genişletilmiş operatif girişimler" ilkesine katılmak hatalı sayılmamalıdır²¹.

İlerlemiş mide kanserinde, rezeksiyonsuz cerrahi tedaviden sonraki ortalama yaşam 5-6 ay arasındadır⁹. Gerçekten bizim palyatif girişim uyguladığımız nonrezektabl olgular postoperatif ilk 5 ayda ölmüşlerdir. Bu nedenle psikolojik sorunlar yaratan, hastayı desosyalize eden gastrostomi gibi girişimler yapılacağına, bunların yaşam süresine bir katkısı olmayacağı bilinerek olgular bilinçli bir şekilde seçilmeli, rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda hastanın sindirim konforunu sağlamak amacıyla palyatif bypass tercih edilmelidir.

Çalışmamızda olgularımızın uzun süreli takibi yoğun bir şekilde olmamasına rağmen özellikle rezeksiyonlu hastalarımızda palyatif amaçlı bile olsa rezeksiyon şansına olabildiğince gayret gösterilmesinin yaşam süresinde olumlu katkı olduğunu saptadık. Bu yüzden tümör rezektabl ise, rezeksiyon çekinmeden olabildiğince geniş tutulmalıdır. Kuşkusuz cerrahi, 50 yaşın üzerindeki minimal üst gastrointestinal yakınmaları olan bütün hastalar için rutin endoskopinin uygulanarak erken dönemde ortaya çıkarılacak mide kanserlerinde daha başarılı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. DIEHL, J.T., HERMANN, R.E., COOPERMAN, A.M., HOERR, S.O.: Gastric carcinoma: A ten-year review. Ann. Surg., 198: 9-12, 1983.
2. BRINGAZE, W.L., CHAPPUIS, C.W., COHN, I., CORREA, P.: Early gastric cancer: 21-year experience. Ann. Surg., 204: 103-107, 1986.
3. MEYERS, W.C., DAMIANO, R.J., POSTLETHWAIT, R.W., ROTOLLO, F.S.: Adenocarcinoma of the stomach: Changing patterns over the last 4 decades. Ann. Surg., 205: 1-8, 1987.

4. VISIE, A., HAUGSTUEDT, T., EIDE, G.E., SOREIDE, O.: Postoperative complications and mortality after surgery for gastric cancer. *Ann. Surg.*, 207: 7-12, 1988.
5. LUNDEGARDH, G., ADAMI, H., MALKER, B.: Gastric cancer survival in Sweden: Lack of improvement in 19 years. *Ann. Surg.*, 204: 546-551, 1986.
6. SALO, J.A., SAARIO, I., KIVILAAKSO, E.O., LEMPINEN, M.: Near-total gastrectomy for gastric cancer. *Am. J. Surg.*, 155: 486-488, 1988.
7. IRVIN, T.T., BRIDGER, J.E.: Gastric cancer: an audit of 122 consecutive cases and the results of R1 gastrectomy. *Br. J. Surg.*, 75: 106-109, 1988.
8. CUSCHIERI, A.: Gastrectomy for gastric cancer: definitions and objectives. *Br. J. Surg.*, 73: 513-514, 1986.
9. HENDRICKS, J.C.: Malignant tumors of the stomach. *Surg. Clin. North. Am.*, 66: 683-693, 1986.
10. DİNÇTÜRK, C.: Cerrahi Onkoloji: Mide Kanseri, s. 161-210, Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1989.
11. DENEÇLİ, A.G., KAYMAK, E., ÖZER, M., NAZLI, O., TANSUĞ, T., ATASOY, G.: Sindirim sisteminin malign hastalıklarında uyguladığımız cerrahi sağtım yöntemleri. II. mide kanserleri, *İzmir Devlet Hast. Tıp Der.*, 27: 465-473, 1989.
12. GÜREL, M., BAÇ, B., AKGÜN, Y., KELEŞ, C.: Mide kanserlerinde cerrahi tedavi. *Dicle Üniv. Tıp Fak. Der.*, 16: 140-147, 1989.
13. ŞİMŞEK, H., TELATAR, H., KARACADAĞ, Ş., KAYHAN, B.: The value of fiberoptic endoscopy in clinical diagnosis. *Hacettepe Med. J.*, 22: 5-12, 1989.
14. YAMAZAKI, H., OSHIMA, A., MURAKAMI, R., ENDOH, S., UBAKATA, T.: A long-term follow-up study of patients with gastric cancer detected by mass screening. *Cancer*, 63: 613-617, 1989.
15. OLEAGOITIA, J.M., ECHEVARRIA, A., SANTIDRIAN, J.I., ULACIA, M.A., HERNANDEZCALVO, J.: Early gastric cancer. *Br. J. Surg.*, 73: 804-806, 1986.
16. DENT, D.M., MADDEN, M.V., PRICE, S.K.: Randomized comparison of R1 and R2 gastrectomy for gastric carcinoma. *Br. J. Surg.*, 75: 110-112, 1988.
17. GENNARI, L., BOZZETTI, F., BONFANTI, G., MORABITO, A., BUFALINO, R., DOCI, R., ANDREOLA, S.: Subtotal versus total gas-

trectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. Br. J. Surg., 73: 534-538, 1986.

18. HAUTERS, P., RODEN, A., PAURBAIX, A., AUPAIX, CAUMANS, P., THERASSE, G.: Cholelithiasis: a seruous complication after total gastrectomy. Br. J. Surg., 75: 899-900, 1988.
19. BRAGA, M., ZULIANI, W., FOPPA, L., DICARLO, V., CRISTALLO, M.: Food intake and nutritional status after total gastrectomy: results of a nutritional follow-up. Br. J. Surg., 75: 477-480, 1988.
20. CALAN, L., PORTIER, G., OZOUX, J.P., RIVALLAIN, B., PERRIER, M., BRIZON, J.: Carcinoma of the cardia and proximal third of the stomach: Results of surgical treatment in 91 consecutive patients. Am. J. Surg., 155: 481-485, 1988.
21. HOERR, S.O.: Prognosis for carcinoma of the stomach. Surg. Gynec. & Obstet., 137: 205-209, 1973.

Dr. Tuncay YILMAZLAR

U.Ü. Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Duaçınarı/BURSA