

Öpere Edilen 55 Mide Kanseri Vakasının Değerlendirilmesi

EVALUATION OF 55 OPERATED GASTRIC CANCER CASES

Dr.Alper DOĞU, Dr.A.Hakan DEMİREL, Dr.Y. Akif AKGÜN, Dr.A.Ulvi ÖNGÖREN

S.B. Ankara Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Hastanemiz 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde 1989-1993 yılları arasında öpere edilen 55 mide kanseri vakasının retrospektif olarak değerlendirilmesi yapılmıştır. En sık gözlenen klinik bulgu % 70 oranında atipik dispeptik şikayetlerdir. Vakaların kadın/erkek oranı 1/3 olup ortalama yaş 57'dir. Tümör yerleşim yeri olarak en sık antrum (%51), daha sonra korpus (% 13) gelmektedir. Hastalarımızın 2'si (%3.6) "erken mide kanseri" (Evre I), 53'ü (%96.4) "ilerlemiş mide kanser"dir (evre II, III, IV). 30 hasta rezektabl olup (%55) 3 hastada R2 genişletilmiş lenf diseksiyonu uygulanmıştır. Postoperatif morbidite oranımız %9 (5 hasta) ve erken mortalite oranımız %7.3 (4 hasta) olarak bulunmuştur. Sunulan serinin geniş olmasına rağmen, genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunda uzayan ameliyat süresi dışında saptanan mortalite ve morbidite durumu olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri,
Genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 5:109-111

Başta Japonya olmak üzere dünyanın pek çok ülkesinde mide kanseri hala ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Son yıllarda Japonya, Şili, Polonya, Rusya, Çin ve Portekiz gibi ülkelerde insidansın arttığı, ABD, Kanada, Hollanda, Norveç ve İngiltere'de ise azaldığı gözlenmektedir. Ülkemizde kesin rakamlar olmamasına rağmen Bilir'in çalışmasında mide kanserleri malign tümörler arasında 5. sıklıkta yer almaktadırlar(1,2)

Etyolojide birçok faktör rol oynamaktadır. Bunların arasında diyet, çalışma ortamı, sosyoekonomik düzey, genetik ve herediter faktörlerin rolü olduğu bilinmektedir.

Geliş Tarihi: 22.03.1994

Kabul Tarihi: 12.04.1994

Yazışma Adresi: Dr.A.Ulvi ÖNGÖREN
S.B. Ankara Hastanesi
II. Genel Cerrahi Kliniği
Cebeci/ANKARA

Turk J Gastroenterohepatol 1994 5

SUMMARY

Fifty-five consecutive gastric cancer patients which were operated between 1989-1993 years at 2. General Surgery Department of Ankara Hospital, have been evaluated retrospectively. The most common clinical finding was atypical dyspepsia at 70% of patients. The female to male ratio was 1/3, with an average age of 57 years. The most common localization of the tumor was in the antrum (%51) and corpus (13%). 2 patients (3.6%) were early gastric cancer (Stage I) and 53 patients (96.4%) were advanced gastric cancer (Stage II, III, IV). 30 patients (55%) were resectable and R2 extended lymph node dissection was performed in 3 patients. Postoperative morbidity was 9% (5 patients) and early mortality was 7.3% (4 patients). Although the presented series is not a large one, mortality and morbidity were not experienced in extended lymph node dissection, except prolonged operation time.

Key Words: Gastric cancer, Extended lymph node dissection

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5: 109-111

dir. Kan grubu A olanlarda, mide asiditesinin azalması durumunda, atrofik gastritte, pernisiyöz anemililerde, hipogamaglobulinemililerde mide karsinomu insidansının arttığı bilinmektedir. Benign gastrik ülser ile karsinom ilişkisi bir zamanlar tartışılmasına rağmen, bugün malign potansiyel taşımadıkları kabul edilmektedir(3).

Mide karsinomları mide duvarında invazyon derecesine göre erken mide karsinomu ve ilerlemiş mide karsinomu olarak 2 gruba ayrılırlar. Erken mide karsinomu histolojik olarak mukoza ve submukozayı invaze etmiş tümördür ve her devresinde lenfatik metastaz gelişebilir. İlerlemiş mide karsinomu ise submukozayı aşmış tümörlerdir. Lauren'e göre de mide karsinomu intestinal ve difüz olarak 2 ayrı gruba ayrılmıştır(4).

MATERYAL VE METOD

1989 - 1993 yılları arasında 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde mide kanseri tanı 55 vakanın dosyaları retro-

spektif olarak incelendi. Klinik dosyaları, ameliyat raporları ve histopatoloji tetkik sonuçları araştırmaya esas olarak alındı. Hastaların yaş, cins özellikleri, klinik bulgular, tümör yerleşim yerleri, yapılan ameliyat tipleri, histopatolojik tetkik sonuçları, postoperatif mortalite ve morbiditeler irdelendi.

Klinik evrelendirme "Japon Mide Kanseri Komitesi"nin belirlemiş olduğu, gros patolojik bulgulara dayanan evrelendirme sistemine göre yapıldı(5). Bu komitenin ortaya koyduğu mide lenfatikleri sınıflandırmasında N₁ (perigastrik lenfatikler, N₂, N₃, N₄(ekstraperigastrik lenfatikler) olarak belirtilmiştir (6). Mide rezeksiyonu ile birlikte yapılan lenfatik diseksiyonlar R₀, R₁, R₂, R₃, R₄ olarak tanımlanmaktadır (7,8). R₀ diseksiyonu gastrektomi ile birlikte perigastrik lenf nodlarının yetersiz bir şekilde çıkartılmasını ifade etmektedir. R₁ diseksiyonu, perigastrik lenf nodlarının tamamının çıkartılmasıdır(5). Kliniğimizde radikal amaçla yapılan mide cerrahisi ameliyatlarının çoğunda R₁ tipinde lenfatik diseksiyon uygulanmıştır. R₂, R₃, R₄ lenfatik diseksiyonlarında ise sırasıyla N₂, N₃, N₄ lenf gruplarının çıkarılması ifade edilmektedir (6). Son 1 sene içinde uygun görülen mide kanseri vakalarında genişletilmiş lenf diseksiyonu uygulanmaya başlandı.

Vakaların preoperatif tetkiklerine ve ameliyat bulgularına göre uzak metastaz, N₃, N₄ lenfatik metastaz ve komşu organ invazyonu yoksa yapılan işlem küratif amaçlı olmuştur. Bunun dışındaki rezektabl vakalara palyatif amaçlı radikal girişimler uygulanmıştır. Histopatolojik değerlendirmede cerrahi sınırlarda tümör saptanmışsa, küratif amaçlı yapılmış olsa bile palyatif girişimler grubuna alınmıştır.

BULGULAR

Öpere edilen 55 vakanın klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastalardaki en sık klinik bulgu atipik dispeptik şikayetler olarak bulunmuştur (%70). Daha sonra da halsizlik ve iştahsızlık (%30) ile zayıflama (%20) şikayetleri gelmektedir. Hastaların 3'ünde (%5.5) KOAH, 3'ünde (%5.5) geçirilmiş Mİ, 2'sinde (%3.6) taşlı kese, 1'inde (%1.8) geçirilmiş Tbc ve 1'inde (%1.8) şizofreni yandaş hastalık olarak mevcuttur.

Tümör en sık antrumda (%51), ikinci sıklıkta da korpusta (%13) tespit edilmiştir (Tablo 1). Belirtilen evrelendirme sistemine göre vakaların 2'si (%3.6) evre I, yani erken mide kanseri, 14'ü (%25.5) evre II, 9'u (%16.4) evre III ve 30'u (%54.5) evre IV olarak dağılım göstermiştir. Bu sonuca göre vakaların 53'ü (%96.4) ilerlemiş mide kanseri olarak değerlendirilmiştir.

5 yıllık süre içinde kliniğimizde yatan 55 mide kanseri vakasına yapılan ameliyatlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Rezektabl bulunan 30 vakanın 27'sine gastrektomi ile birlikte R₁ lenf diseksiyonu, 3'üne R₂ lenf diseksiyonu uygulandı. R₂ lenf diseksiyonu yapılan 1 vakada radikal distal gastrektomi, 2 vakada total gastrektomi yapılmıştı. Total gastrektomi yapılan hastalarda özofagoje-

Tablo 1. 55 mide vakasının klinik özellikleri.

Vaka Sayısı: Erkek: 41, Kadın: 14

Ortalama yaş: 57 Yaş aralığı: 38-82

Primer tümör yerleşim yeri Oran (%)

Primer tümör yerleşim yeri	Sayı	Oran (%)
Antrum	51	51
Korpus	13	13
Kardia	7	7
Fundus	7	7
Prepilorik	4	4
Pilorik	3	3
Multipl	7	7
Yaygın	8	8
Hastaların evreleri	Sayı	Oran (%)
I	2	3.6
II	14	25.5
III	9	16.4
IV	30	54.5

junostomi için 8 vakada omega ansı ve Braun anastomoz, 1 vakada Roux-en-Y tipi, 1 vakada da Hunt Lawrence tipi anastomoz kullanıldı.

Hastaların histopatolojik tanıları en sık 16 vakada (%29) adenokarsinom metastazı ve 13 vakada (%23.6) orta diferansiye adenokarsinom olarak tespit edildi.

Ameliyat sonrası morbiditeleri 5 vakada (%9) anastomoz kaçağı, 3 vakada (%5.5) evisserasyon, 1 vakada (%1.8) derin ven trombozu ve 1 vakada (%1.8) yara enfeksiyonu olarak görüldü.

Erken dönemde mortalite sayısı 4'tü (%7.3). İki tanesi anastomoz kaçağına bağlı sepsis sonucu, 1 tanesi renal yetmezlik, 1 tanesi de evisserasyon ve ARDS sonucu kaybedildi.

TARTIŞMA

Mide karsinomali vakalarımızın literatür bilgileri ile kıyaslaması yapıldığında Dinçtürk'ün araştırmasında kadın/erkek oranı 1/2, Amerikan Kanseri Derneğine göre 1/1.6'dır (9). Vakalarımızın kadın/erkek oranı 1/3'tür. Her iki cins için de ortalama yaş 59 olarak bildirilmekte olup, kendi vaka grubumuzda ortalama yaş 57'dir. Vakalarımızda %22 oranında yandaş hastalık mevcudiyetinin olması mide kanserinin ileri yaş hastalığı olduğundan kaynaklanmaktadır. Maingot'a göre mide kanseri en sık %50 oranında antrum ve pilorda yerleşim gösterir (10). Bizde bu bölgede yerleşim %58 oranındadır. Maingot'a göre %10 olan diffüz yerleşim bizde %8 olarak bulunmuştur.

Lamina propriayı aşmayan, mukoza ve submukoza da yerleşim gösteren erken mide kanseri vakaları Japonya'da bazı merkezlerde tanımlanan vakaların %64'ünü oluştururken, Avrupa ve ABD'de bu oran taramalar yapılmadığı için %6.4'tür (4). Türkiye'de Sezer ve arkadaşlarının bir çalışmasında erken mide kanseri %2.7-3 oranında bildi-

Tablo 2. 55 mide kanseri vakasına yapılan ameliyatların dökümü

	Vaka sayısı	Küratif	Palyatif
Rezektabl Vakalar	30	9	21
Radikal distal gastrektomi	16	4	12
Parsiyel proksimal gastrektomi	4	1	3
Total gastrektomi	10	4	6
Nonrezektabl Vakalar	25		
Gastrojejunostomi	11		
Gastrostomi	3		
Laparotomi+Primer sütür	1		
Laparotomi+Biopsi(inoperabl)	9		

ilmektedir (11). 55 mide kanserli vakamızın 2'si (%3.6) erken mide kanseri, 53'ü (%96.4) ilerlemiş mide kanseri olarak değerlendirilmiştir.

Dinçtürk'ün 653 vakalık serisinde rezektabl vakaların oranı yaklaşık %40'tır (9). ABD'de yapılan 100 vakalık bir seride rezektabl vakaların sayısı 45 (%45) olup 35'i küratif, 10'u palyatif amaçla yapılmıştır (12). 55 vakalık serimizde rezektabl vaka sayısı 30 (%55) olup, 9'u küratif, 21'i palyatif amaçlı rezeksiyonlardır. Ameliyat morbiditelerimiz 5 anastomoz kaçağı, 3 evisserasyon, 1 derin ven trombozu, 1 yara enfeksiyonu olup oranı %18.1'dir. Mortalite sayısı 4 olup 2 tanesi anastomoz kaçağı sonrası gelişen sepsis, 1 tanesi renal yetmezlik, 1 tanesi de evisserasyon ve ARDS sonucu kaybedilmiştir. Mortalite oranları rezeksiyon yapılanlarda %6.7, non-rezektabl vakalarda %8, toplam %7.3 olarak bulunmuştur.

Mide rezeksiyonu ile birlikte genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu R₀, R₁, R₂, R₃, R₄ olarak tanımlanmıştır. R₀, gastrektomi ve perigastrik lenf nodlarının yetersiz bir şekilde çıkartılmasıdır. R₁ ise, gastrektomi ve perigastrik lenf nodlarının tam olarak çıkartılmasıdır(5). Kliniğimizde uygulanan standart teknik budur. ABD'de standart teknikte ise N₂ lenf nodlarının bir kısmı da çıkartılmaktadır (5). R₂, R₃, R₄ ise gastrektomi ile birlikte N₂, N₃, N₄ lenf nodlarının çıkartılmasıdır (6). Son bir sene içinde uygun mide kanseri vakalarında genişletilmiş lenf diseksiyonlu R₂ gastrektomi ameliyatları da uygulamaya başladık. Bir vakamızda radikal distal gastrektomi, 2 vakamızda total gastrektomi ile birlikte toplam 3 vakaya R₂ lenfatik diseksiyonu uygulandı.

Japonya'da yapılan araştırmalarda radikal lenf diseksiyonu ile sürvide %21-25 oranında bir uzama olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada 5 yıllık prognozun incelenmesinde Standart R₁ rezeksiyonunda (254 vaka) %33 olan sürvinin, R₂, R₃ rezeksiyonlarıyla (436 vaka) %58'e çıktığını, daha önemlisi lenf nodu metastazı olan olgularda %18 olan sürviyi %39'a çıkardıklarını bildirmektedirler⁽⁶⁾. ABD'de uygulanan radikal lenf nodu diseksiyonunun ise sürviyi %11 oranında, buna karşılık ameliyat morbiditesini arttırdığı ifade edilmektedir (5).

Alman Mide Kanseri Çalışma Grubunun 2394 mide kanseri vakasında prospektif olarak yaptığı çalışmada, diske edilen lenf nodülü sayısında 26 nodul bir ölçü olarak alınmış, 26'dan az sayıda lenf nodu çıkarıldığında standart işlem olarak kabul edilmiştir. Radikal işlem yapılan evre II ve IHA tümörlerinde yaşam süresinin anlamlı ölçüde uzadığı saptanmıştır. Radikal veya standart lenf nodülü diseksiyonunda morbidite ve mortalite yönünden anlamlı bir fark gözlenmemiştir (13).

Kliniğimizde uygulanmaya başlanan bu ameliyat tekniğinin morbiditeyi etkilemediği fakat ortalama 3 saat olan ameliyat süresini 5.5-6 saate çıkardığı gözlenmiştir. Çalışmamızda sürvi ile ilgili bilgilerin verilmesi için postoperatif takip süresi yeterli değildir. Mide kanserinde genişletilmiş lenf diseksiyonu işleminin uygun olan vakalarda yapılması ve ileri dönemdeki sonuçlarının değerlendirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. National Histopathology Survey 1977. Cancer occurrence in developing countries. Int Agency for research on Cancer. ARC Scientific Publ No: 75 Lyon 1986: pp:303.
2. Wils JA. Gastric Cancer. In: Handbook of Chemotherapy in Clinical Oncology, Cvitkovic E et al, Scientific Communication International Ltd, Paris 1993:576-9.
3. Sayek i. Mide tümörleri, Sayek i (ed), Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi, Ankara 1991; 1:705-13.
4. Dinçtürk C. Erken Gastrik Kanseri: Mide Kanseri, Dinçtürk C. TTK Basımevi, Ankara 1989:110-43.
5. Farley DR, Donohue JH. Early Gastric Cancer. In: The Surgical Clinics of North America, Heerden JA (et al), WB Saunders Company, Philadelphia 1992:401-21.
6. Behrns KE, Dalton RR, Heerden JA, et al. Extended lymph node dissection for gastric cancer. In: The Surgical Clinics of North America, Heerden JA (et al), WB Saunders Company, Philadelphia 1992:433-43.
7. Japanese Research Society for Gastric Cancer: The General Rules for the Gastric Cancer Study in Surgery and Pathology I: Clinical classification. Jpn J Surg 1981; 11:127.
8. Minkari T, Perek S. Erken Mide Kanseri Cerrahisi. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1993; 7:132-40.
9. Dinçtürk C. Epidemiyoloji: Mide Kanseri, Dinçtürk C. TTK Basımevi, Ankara 1989:24-39.
10. Remine W. Mide Kanseri, In: Maingot R (ed), Abdominal Operasyonlar, İstanbul, Nobel Kitabevi 1989:777-97.
11. Sezer R. Mide kanserinde erken tanı yöntemleri ve sürviye etkisi. 6. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri, Cilt 2. Çeltüt Matbaacılık San ve Tic AŞ, İstanbul 1987:47-54.
12. Smith JW, Brennan MF. Surgical Treatment of Gastric Cancer. In: The Surgical Clinics of North America, Heerden JA (et al), WB Saunders Company, Philadelphia 1992:381-99.
13. Siewert JR, Böttcher K, Roder JD, Busch R, Hermanek P, Meyer HJ, and the German Gastric Carcinoma Study Group: Prognostic relevance of systematic lymph node dissection in gastric carcinoma. Br J Surg 1993; 80:1015-18.