

Erken Mide Kanserinin Tanısında Metilen Mavisi ile Endoskopik Boyamanın Değeri

THE VALUE OF ENDOSCOPIC STAINING WITH METHYLENE BLUE IN THE DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER

Dr. Ahmet GÖRGÜL* Dr. Remzi DALAY*, Dr. M.Emin CANER*
Dr. Sedat BOYACIOĞLU* Dr. Özden TULUNAY**

* Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, ANKARA
** A.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Bu çalışmada, mukoza ve submukozada sınırlı kalmış bir tümör olarak tarif edilen erken mide kanserinin teşhisinde metilen mavisi ile endoskopik boyamanın değeri, iki olguda elde ettiğimiz sonuçlarla beraber sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erken mide kanseri, Metilen mavisi ile endoskopik boyama

T Klin Araştırma 1991, 9:186-189

Erken mide kanseri (Early Gastric Cancer: EGC) mukoza ve submukozada sınırlı kalmış tümör yayılımı olarak tanımlanır (1). Mukozada sınırlanan olgularda: %4 lenf nodu tutulması, %100 beş yıllık yaşam - %96 10 yıllık yaşam, Submukozada sınırlı olgularda ise; %18.9 lenf nodu tutulması, %97.7 beş yıllık yaşam - %93 10 yıllık yaşam bildirilmektedir (1,2). Kanser dokusunun mukozada sınırlı kaldığı "karsinoma in situ" ve mukoza ile submukozada sınırlı olan "yüzeyel mide kanseri" terimleri erken mide kanserinin sınırları içinde kalmaktadır. EGC 1962 yılında Japon endoskopi cemiyeti tarafından sınıflandırılmıştır (3). Bu sınıflandırma EGC'leri endoskopik görünümüne göre üçe ayırır (Şekil 1).

Tip I: Mukozadan hafif kabarık, 1-2 cm büyüklüğünde, üzeri yer yer eritem ve ülserasyonludur. Çevresindeki mukoza normaldir.

Geliş Tarihi: 20.3.1990

Kabul Tarihi: 9.6.1990

Yazışma Adresi: Dr. Ahmet GÖRGÜL
Gazi Üniversitesi Tıp Fak. İç Hast. ABD,
ANKARA

SUMMARY

In this report, the value of endoscopic staining with methylene blue in the diagnosis of early gastric cancer which is defined as a tumor confined to mucosal and submucosal layers of the stomach is presented.

KeyWords: Early gastric cancer, Endoscopic staining with methylene blue

Turk J Resc Med Sci 1991, 9:186-189

Tip Ila: Mukozadan kabarıklığı 0.5 cm'yi geçmez, mukoza üzerinde yer yer eritem ve erozyonlar vardır. Çevre mukoza normaldir.

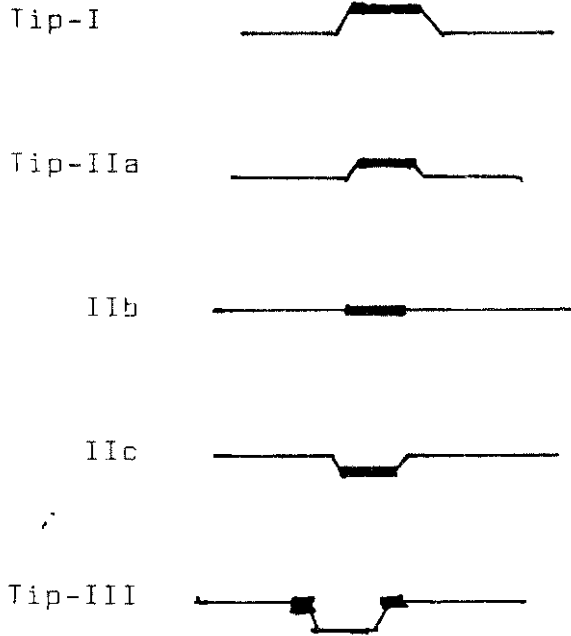
Tip I Ib: Mukoza seviyesinde, normal mukozadan hafif renk solukluğu ile ayrılabilen, tanınması ve sınırlandırılması çok zor olan tipidir.

Tip I Ic: Mukozadan çökük, hafif ülser lezyonlarıdır. Çevre mukoza pilillerinin ani kesilmesi, kalınlaşması ve birbirleriyle kaynaşmalarıyla tanınabilir.

Tip III: Mukozadan çökük, benign ülser tipindeki lezyonlardır. Lezyonun kenarlarında kanser dokusu vardır.

Endoskopinin üst gastrointestinal sistemle ilgili semptomların değerlendirilmesinde diagnostik bir araç olarak kullanılmasına paralel EGC'in tanımlanma oranı da artmıştır (1,4,5)

Endoskopik olarak 1 cm'den büyük lezyonlar saptanabilirken, 1 cm'den küçük veya tamamen düz (Tip I Ib) lezyonların saptanması güçtür. Endoskopik boyama yöntemleriyle EGC'deki mukozal



Şekil 1. EGClerin endoskopik görünümlerine göre makroskopik sınıflandırılması.

değişikliklerin belirgin hale getirilmesi tanı doğruluğunu arttırır (6,7,8). Bizde EGC düşündüğümüz iki olguda tanı doğruluğunu arttırmak, biyopsiye en uygun bölgeleri saptamak amacıyla metilen mavisini (Methylenblue: MB) kullandık.

MATERYAL VE METOD

Uygulanan yöntem Tablo 1'de özetlenmiştir. Kısaca, 20.000 pu proteinaz, 1 gr sodyum bikarbonat ve %0.2'lik 80 cc dimetil polisiloksan içeren

Tablo 1. Gastrik Mukusun Eliminasyonu

Proteinase (pronase) 20.000 20.000 p.u.
Sodium bicarbonate 1 gr.
Dimethylpotysiloxan 0.2% 80 cc.

Oral verilir

115 15 dakika sağa ve sola döner

Methylenblue %0.2 20 cc

Oral kateteri aracılığıyla mukozaya
! püskürtülür

3-1 dakika sonra mukoza yıkanır

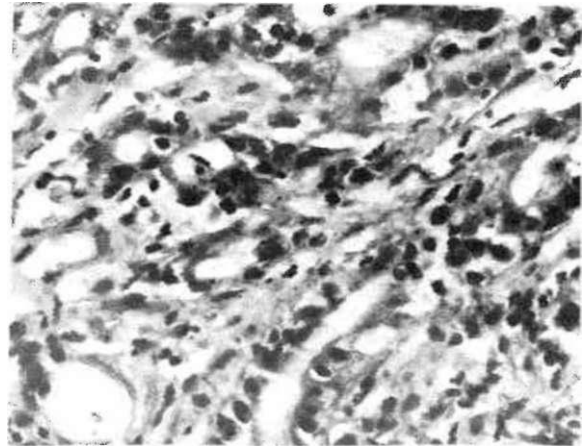
i

Endoskopik olarak boyanan mukozal lezyonlardan biopsi alınır

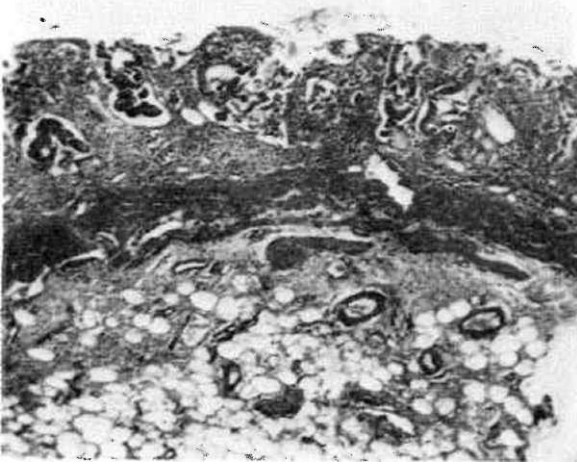
solüsyon magnetik karıştırıcı ile hazır hale getirildikten sonra hastaya içirilir. 15 dakika süreyle sağ, sola dönmesi söylenir. Böylece mide mukozası üzerinde bulunan mukusun ayrılarak, mukozanın MB ile temas edebilmesi sağlanmış olur. Takiben, endoskop yutturulup gastrik sıvı aspire edilir ve mide mukozası incelenir. Endoskopun biyopsi kanalından boyayı mukozaya püskürtecek şekilde hazırlanmış olan boya kateteri sokularak, incelenecek olan mukoza bölgesine 20 cc %0.7'lik MB püskürtülür. 3-4 dak. sonra boyanan mukoza, yıkama kateteri aracılığıyla yıkanır ve artan boya solüsyonu aspire edilir. Böylece, MB ile boyanarak daha belirgin hale gelen yüzeysel mukozal lezyonlardan biyopsi alınır, formol şişesi içinde histopatolojik tetkik için patoloji laboratuvarına gönderilir.

Olgu Takdimleri

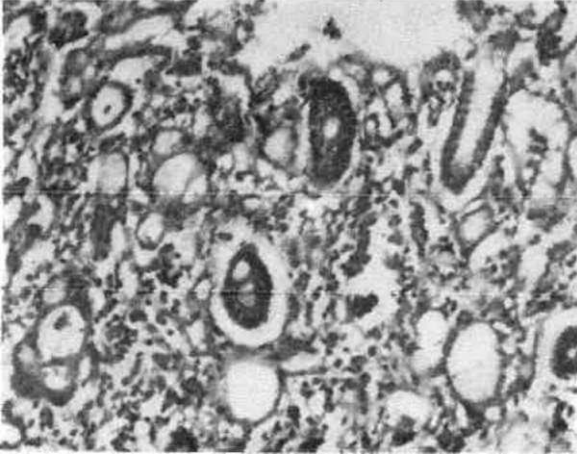
Olgu I: 56 yaşında bayan hasta, şişkinlik ve açlık ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Tanı amaçla endoskopi yapıldı. Angulus arka duvarında mukozal renk değişikliği gösteren sahadan endoskopik biyopsi yapıldı. Biyopsinin histopatolojik incelemesi gastrit olarak rapor edilince, MB ile endoskopik boyama yapıldı. Pürüzlü mukozal yüzey daha belirgin hale geldi, alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesi mukoza tabakasında sınırlı kalmış iyi diferansiye tubuler adenokarsinoma olarak tanımlandı (Şekil 2). Cerrahi kliniğinde subtotal gastrektomi uygulandı.



Şekil 2. Endoskopik biopsi kesitlerinde intramukozal karsinom alanları. Mukozada atipik formlar oluşturan yarım kalmış ve bir kısmı vaskularize yapılara benzeyen glandlar görülmektedir. Polarite kaybı, organizasyon bozukluğu gösteren glandların hiperkromatik büyük nükleuslu hücreleri tunica propria serbest olarak izlenmektedir (250X).



Şekil 3. Gastrektomi materyalinde yoğun iltihaplı ve bozulmuş mukozada koyu boyanmış dallanmalara sahip alanlar halinde izlenen adenomatöz hiperplazi bulgusu H-E (30X)



Şekil 4. Gastrektomi materyalinde santralde koyu iki gland halinde adenomatöz hiperplazi kalıntısı, çevrelerinde özellikle solda daha belirgin atipik malign glandüler yapılar H-E (100X)

Olgu II: 54 yaşında erkek, yemek sonralarında ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopik incelemesinde antrumda mukozadan hafif çökük 0.5 cm çapında ülserle bir lezyon görüldü. MB ile boyandı. Ülserle lezyonun çevresinde boya tutan alanlardan alınan biyopsiler histopatolojik olarak incelendi. Orta diferansiye adenokanser olarak tanımlandı. Subtotal gastrektomi uygulandı (Şekil 3, Şekil 4).

Her iki olguda sağlıklı tabucu edildi. Endoskopik kontrolleri altı aydır düzenli olarak sürdürülmektedir.

TARTIŞMA

İlk kez 1938 yılında Seaki, mide kanserli olgularda yaşam süresi ile kanser yayılımının histolojik derinliği arasında yakın ilişki olduğuna dikkat çekmiş ve kanser yayılımı mukoza ve submukozada sınırlı kalış 202 gastrektomili olguda 5 yıllık yaşam süresini %91 olarak bildirmiştir (1). Daha sonra Japonya, Batı Avrupa ve Amerika'da diğer araştırmacılar tarafından benzer sonuçlar yayınlanmıştır.

Japonya'da EGC tanısının son yıllarda artmış olması diagnostik endoskopinin yaygın olarak kullanılmasına bağlanabilir. Batı Almanya, İngiltere, İtalya, Kanada ve Amerika'dan benzer yayınlar bu fikri desteklemektedir (9,10,11,12).

Diagnostik endoskopinin avantajlarına rağmen EGC lerin saptanması genellikle zor olmaktadır. EGC lerin büyük çoğunluğu ülseri andıran mukozal bozukluklar şeklindedir. Mukozadan hafif kabarıklık, mukozal seviyede veya mukozadan hafif çökük yapılarıyla benign mide ülserinden çok az farklı özellikler gösterirler. Benign mide ülserinin EGC ile ilişkisi olabileceğini düşündüren bazı endoskopik bulgular tanımlanmıştır. Bunlar: Ülseri çevreleyen mukozal kıvrımların kaybolması veya bozulması, çevre mukozanın kirli görünümü, ülserin sınırlarının irregüler olması ve ülserli bölgede sağlam mukozal adacıkların bulunmasıdır (13). Bu görünüm endoskopisti ülserden ve ülseri çevreleyen mukozadan çok sayıda biopsi almaya yönlendirir. Bu rasgele yapılan biopsilerin değeri çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir (14). EGC'lerin tanınmasındaki zorluk nedeniyle son yıllarda endoskopik boya yöntemleri çeşitli endoskopik merkezlerde başarıyla kullanılmaya başlanmıştır (6,7,8,15).

Bu çalışmalarda mide mukozasındaki minimal değişiklikleri ortaya çıkartmakta boya yönteminin, rutin endoskopik uygulamaya üstün olduğu belirtilmiştir. Bu teknik ile mide mukoza yüzey morfolojisi iyice belirlenmektedir. EGC'in karakteristik yüzey bulguları olan mukozada çökme, matlaşma, büyüklük, şekil ve yerleşimleri belirlenmekte, bu da endoskopiste biopsi alanlarının saptanmasında yardımcı olmaktadır.

Nitekim, olgularımızdan ilkinde (Tip IIb) yaptığımız endoskopik biopsi yanlış negatif

sonuçlanmıştı, endoskopik boya yöntemi ile daha belirgin hale gelen muozal bozukluklardan alınan biopsi doğru tanımlama yapmamıza yardımcı oldu. II. olguda (Tip IIc) yine bu yöntem ile doğru tanıya ulaşabildik.

Kanser yayılımı submukozayı geçmeden EGC'yi tanımlamak olguların yaşamını uzatmakta tek etkili yoldur. Diagnostik endoskopinin kullanımının giderek artmasıyla bu olguları "tedavi edilir safhada" yakalamak mümkün olmaktadır. Buna ilaveten endoskopik boya yöntemlerinin mukozal yüzey değişimlerini daha belirgin ortaya çıkartıp, endoskopislin başarı yüzdesini arttırdığını söylemek mümkündür. Diagnostik endoskopinin, şüpheli olgularda boya metodu ile desteklenmesinin tanıya getirdiği açıklık inkar edilemez.

KAYNAKLAR

1. Longo WE, Zucker KA, Zdon MJ, Modlin IM., Detection of Early Gastric Cancer in an Aggressive Endoscopy Unit. *Am Surg* 1989, 55:1004.
2. Rybak BJ, Early Gastric Carcinoma Diagnoses in Japan: Radiologic, Endoscopic and Pathologic Alert. *Mt. Sinai J Med* 1987,54:413-6.
3. Murakami T, Pathomorphological diagnosis. *Gann Monographs on Cancer, Cancer Research II.* 1973,53.
4. Kanedo E, Nakamura T, Umeda M, Outcome of gastric carcinoma detected by gastric mass survey in Japan. *Gut.* 1977,18:626-630.
5. Ixngo WE, Zucker KA, Zdon MJ, Role of endoscopy in the diagnosis of early gastric cancer. *Arch. Surg* 1987, 122:292-5.
6. Tatsuta M, Okuda S, Tamura H, Endoscopic diagnosis of Early Gastric Cancer by the endoscopic Congo Red-Methylene Blue Test. *Cancer* 1982,50:2956-60.
7. Ida K, Ashimato Y, Kawai K, In-vivo staining of gastric mucosa. *Endoscopy* 1975,7:18-24.
8. Suzuki S, Suzuki H, Endo M, Endoscopic dyeing method for diagnosis of early cancer and intestinal metaplasia of the stomach. *Endoscopy* 1973,5:124-9.
9. Fielding JWL, Ellis DJ, Jones BG, Natural History of "early" gastric cancer: results of a 10 years regional survey. *Br Med J* 1980,281:956-8.
10. Blasco G, Early Gastric Cancer in Italy: Clinical and pathological observations in 80 cases. *Dig. Dis Sri,* 1987,32:113-120.
11. Rheault MJ, Eeandry R, Lapointe A, Early gastric cancer at the Hotel-Dieu de Montreal: A 30 year review. *Can J Surg* 1981, 24:606-7.
12. Bringaze WE, Chappius CW, Corren P, Early Gastric Cancer: A 21 year experience. *Ann Surg* 1986, 204:103-7.
13. Ito Y, Blackstone MO, Riddell RH, The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. *Gastro Endosc* 1979, 25:96.
14. Kobayashi S, Yoshi Y, Kosugai T, Biopsy and cystology in the diagnosis of early gastric cancer, 10 year experience with direct vision techniques at a Japanese institution. *Endoscopy* 1976, 8:53.
15. Greene FL, Early detection of gastric remnant carcinoma. The role of endoscopic screening. *Arch Surg* 1987,122:300-3.