

Mide Kanserlerinde Klinik, Patolojik Evreleme ve Cerrahi Tedavi Kriterleri

Osman DURMUŞ

Mide kanserlerinin evrelemedeki yenilikler, cerrahi tedavisinde gelişmeler ve anatomo-patolojik özelliklerin tanınmasına paralel olarak artmaktadır. Kanseri evrelemede, patolojinin lokalizasyonu, makroskopik görünümü, mikroskopik özellikleri etkili olduğu gibi, yayılma genişliği ve yayılma yolları da etkindir. Bunun dışında uygulanan cerrahi tedavinin küratif veya palyatif olması da bu evrelemede belli basamakların tanınmasında etken olmuştur.

İyi bir evreleme sistemi, kolay anlaşılır, her hekim tarafından uygulanabilir ve ayrıntılı bilgi verme özelliğine sahip olmalıdır. Kanseri hastanın tedavisine yönelik modern yaklaşımda evreler uygulanacak adjuvan tedavilere temel teşkil etmelidir.

İster radikal isterse palyatif olsun gastrik kanserlerin önemli klinikopatolojik özelliği rezektabilitedir. Patolojik olarak önemli mikroskopik özellikleri ise tümörün penetrasyon derinliği ve lenf nodu tutulumudur (4,5). Mide kanserlerinin standart tedavisi gastrektomidir. Cerrahinin türü büyük oranda tümörün yayılması ve mukozanın tutulumuna bağlıdır (1,6).

Bu sistemlerden bazıları farklı evrelerdeki tümörlerin tedavi stratejilerinin gelişmesinde önemli rol oynamışlardır (3).

Uluslararası Kanseri Birliği (UICC) 1977'de mide kanseri için TNM evrelemede tavsiye etmiştir. Birmingham Kanseri Kayıt Merkezinde kayıtlı 13175 mide kanseri hasta TNM sistemi ile ayrıntılı bir şekilde incelenmiş ve değerlendiril-

mistir. TNM sistemi gastrik adenokarsinomunun önemli klinik patolojik özelliklerini değerlendirmektedir. Klinik özellikler en doğru şekilde cerrahi eksplorasyonda belirlenir. Daha ayrıntılı bilgi ve yayılımın sınırlarının belirlenebilmesi için cerrahın patoloğa düzenli ve yeterli bir diseksiyon materyali yollaması gerekir. Tümörün primer makroskopik tutulumu ve uzak metastaz bulunup bulunmadığı cerrah belirlemelidir.

Uygulanan cerrahi I. Radikal küratif rezeksiyon 1.Palyatif rezeksiyon 3.İnoperabl olarak belirlenmelidir (2).

Primer tümörün penetrasyon derinliği, lenf nodu metastazı bulunup bulunmadığı gibi önemli patolojik özellikler histolojik olarak doğrulanmalıdır.

TNM sistemi, primer tümörün özelliklerini T₁, T₂, T₃, T₄ ve lenf nodu tutulumunun derecesi N₁, N₂, N₃ belirterek daha ileri alt gruplar sağlamaktadır. T₁ tümörlerde primer tümörün penetrasyon derinliği submukozayı geçip muscularis propria'ya kadar uzanabilir. T₂'de muscularis propria penetre olmuştur ve serozaya kadar uzanabilir. T₁'de lezyon serozayı tutar ve T₁'de bitişik komşu yapıları tutmuştur. N₁ lenf nodları primer tümörden 3 cm. mesafe içinde midenin büyük ve küçük kurvatüründeki 4 regional zonu içinde bulunurlar. N₂ nodları perigastrik olup bu dört zona açılan sekonder nodları alırlar. Common hepatic arter, sol gastrik arter ve splenik arter boyunca yerleşmişlerdir. Bu N₂ nodları primer tümörden 3 cm. den daha uzaktadırlar. N₃ nodları ise mesenterik, porta hepatiste hepato-duodenal,

* Gazi Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. ANKARA

paraaortik ve retropankreatik bölgedeki lenf tutulumunu ifade eder (4).

Metastazın bulunması M₁ olarak belirtilmiştir. R operasyon sonrası rezidü tümörü ifade eder R₁ mikroskopik tümör varlığı, **R2**'de makroskopik olarak tümörün bırakıldığı ifade eder. TNM sınıflandırmasında bu özelliklere göre dört evre tarif edilmiştir (7).

Evre I: T₁, N₀, M₀

Evre II: **T2-3**, N₀, M₀

Evre III: T₁, **N1-3**, M₀, R₀

Evre IV: T₄N₁₋₃, M₀,R₀I-2, M₁ in bütün kombinasyonlar bulunabilir.

Evre Fde 5 yıllık survi %90'dan büyüktür. Evre H'de, 5 yıllık survi %50, Evre IH'de 5 yıllık survi %10, Evre IV 5 yıllık survi çok nadir görülür.

Evre I, II ve IH'de, cerrahi rezeksiyonun radikal olması ve makroskopik hastalık kalmaması önemli özellikleri oluşturur. Evre IV'de gross makroskopik rezidüel hastalık vardır. Bu evredeki palyatif rezeksiyon yapılanları belirlemek amacıyla IVA, hiç tümör çıkarılmayan inoperabl vakaları da IVB şeklinde alt gruplara ayırmak mümkündür.

TNM cvrelemesi hangi evrede radikal cerrahi yapılacağını ve hangi evrede makroskopik rezidüel hastalık kalacağını açıkça ortaya koymaktadır.

Bununla beraber hastalığı doğru şekilde evrelemek için laparatomide detaylı değerlendirme yapılması ve patologa iyi disseke edilmiş bir piyes sağlamak cerrahın esas görevi olmalıdır (4).

Patolog böylece primer tümörün penetrasyon derinliği ve lenf nod tutulumunun yaygınlığını daha iyi belirleyebilecektir.

Günümüz gelişmiş tanı yöntemlerinin evrelemede güvenilirliği çok sınırlıdır. Yegane güvenilir yöntem cerrahi eksplorasyondur.

Semptomları en etkili hafifletme metodu cerrahi olduğu halde hastalığı tek başına kontrol altına almada en kütatif rezeksiyonlarda dahi survinin kısalığı tedavinin yetersizliğini gösterir. Desmond, lenf nodu eksize edilen vakalarda survinin daha iyi olduğunu göstermiştir. Japon araştırmacılar **N2** nodları çıkarıldığında rezeksiyonun artan derecesine bağlı olarak survinin arttığını göstermişlerdir. Evre I'de prognozun iyi olması bu ev-

redeki hataları yakalama gayretlerini artırmıştır. Japonya'da yapılan kitle taramaları evre I'deki insidansı %30'lara kadar çıkarmıştır. Yüksek risk gruplarında yapılacak taramalar ve dikkatli incelemeler sonucu radikal rezeksiyon yapılan evre I'deki hasta sayısı artırdabilir (4,7).

Bu amaçla ülkemizde müphem dispeptik şikayetleri olan hastalarda endoskopik inceleme rutin hale getirilmelidir.

Cerrahi Tedavi Prensipleri

Hastalığın yayılımı, rezeksiyonu takiben bilinen nüks oluşma ihtimali postoperatif mortalité ve uzun süreli takipte rekonstruktif cerrahinin komplikasyonları dikkate alınarak mide kanseri için en uygun cerrahi seçilir.

Gastrektomi ve Lenfadenektomi

Carnett ve Howell mide kanserinin yayılma yollarını şu şekilde açıklamışlardır. 1. Pankreas, hepatic ve splenik pediküllere, abdominal duvara, özefagus, kolon ve duodenuma ve safra kesesine direkt yayılımı. 2. Lenfatik embolizasyon 3. Lenfatik permeasyon. 4. Kan dolaşımı embolizmi 5. Genellikle bronşial ve ovarian karsinomatosise yol açan transplantasyon.

Eskiden bilinen inanın aksine duodenuma invazyon çoğunlukla subserozal lenfatik pleksus aracılığıyla olmaktadır. Linniger ve Colins 1949 da vakaların %30'unda pylordan itibaren 5 cm'lik duodenum proksimalinin tutulduğunu göstermişlerdir. Dolayısıyla gastrektominin miktarı kitleye göre ayarlanmalıdır. Distal tutulumlarda cerrah duodenumun önemli bir bölümünü çıkarmalıdır.

Kardia'daki tümörde en az tümörden 5 cm uzaktan rezeksiyon yapılmalı ameliyat sırasında spesmenin uçlarından frozen section yapılmalıdır. Patolojiden gelecek mikroskopik cevaba göre rezeksiyon sınırı uzatılabilir.

Japon Mide Kanseri Araştırma Birliği, lezyonun lokalizasyonuna göre tutulan lenf nodlarını N₁, **N2**, **N3**, **N4** olarak sınıflamıştır. Bu grupların tutulumunu hastalığın ilerleme derecesini gösterir. Lenfadenektominin miktarına göre gastrektomiler R₁,**R2** ve **R3** rezeksiyonlar olarak tanımlanır.

R₁ rezeksiyonda N₁ nodları, **R2**'de **N2** ve **R3**'de **N3** nodları eksize edilmektedir.

Rezeksiyonları takiben 5 yıllık survi Ro dan sonra %21, R1'den sonra %42.4, R2'den sonra %49.5 ve R3'den sonra %40 olarak bildirilmiştir (2).

Rezeksiyon sonrası nüks nedeniyle geride bırakılan midenin gözlenmesi önemlidir. Vakaların %10-15'inde geri kalan mide de nüks meydana gelir, bu durum rutin total gastrektomi için tartışmaya yol açmıştır. Total gastrektomiden sonra beş yıllık survi oranı %42.1, distal lezyonlar için yapılan subtotal gastrektomiden sonra 5 yıllık survi oranı %38.5'dur.

Postoperatif mortalité ve morbidité oranları tüm girişimler için aynı olduğu taktirde total gastrektomi yapılmasının daha uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Mide kanserinde küratif operasyonlarda lenfadenektomi gereği R2 rezeksiyonları R1 ve Ro rezeksiyonlardan daha iyi survi sağlandığı için hastanın raporlarının ve çıkarılan materyalin histolojik olarak tekrar incelenmesi sonucu karsinoma oldukları tesbit edilmiştir. Bu bilgilerin ışığında lenfadenektominin gereği daha da artmıştır.

Bütün bu çalışmalar geniş cerrahi rezeksiyon ve lenfadenektominin gastrik kanser cerrahisinde seçkin ve hastalığın tabii seyrini değiştirecek yöntem olduğunu vurgulamaktadır. Genişletilmiş rezeksiyonu sınırlandıracak tek faktör postoperatif mortalitedir. Japon araştırmacıların bulduğu mortalité %6.2 olup diğer araştırmacıların bulduğu daha az radikal gastrektomi oranlarına yakındır.

Az sayıda gastrik operasyon yapan cerrahların total gastrektomi mortalitesi muhtemelen yüksek olacaktır. Bu nedenle gastrik cerrahi merkezleri kurulması, total gastrektomi mortalitelerinde düşüş sağlayacaktır.

Rekonstrüktif Cerrahi Prensipleri

Rekonstrüktif cerrahideki teknik kusurlar kanserin bizzat kendisinden daha ciddi ve ağır semptomlar oluşturabilir.

Cerrahi sonrası hastalığın nüksü daha ileri gastrointestinal komptikasyonlar meydana getirebilir. Bu nüks en sık kalan mide kısmında veya reziduel lenf nodlarında ya da anastomoz hattında lokal olarak meydana gelir.

Intestinal pasaj obstrüksiyonu oluşturacak nüksten kaçınmak için Billroth II türü, geniş stomalı bir gastroenterostomi tercih edilmelidir. Roux-en-Y tekniği efektif safra diversiyonu sağlaması nedeniyle parsiyel ve total gastrektomi sonrası safra reflüsünü önlemek amacıyla kullanılabilir.

Total gastrektomiden sonra pek çok hastada kilo kaybı, megaloblastik ve demir eksikliği anemisi meydana gelebilir. Yağ ve protein malabsorpsiyonu görülür.

Gastrik poş yapılması ve duodenal pasaj sağlamak için jejunal segmentin rekonstrüktif rezervuar olarak kullanılması bu problemleri azaltır. Metabolik rahatsızlıklar ise beslenme desteği ile çözümlenir.

1. Douglass HO, Nava HR: Gastric adonacarcinoma- management of the primary disease. *Semin. Oncol* 12:3245,1985.
2. Fielding JWL, Roginski C, Ellis DL, Jones BG, Powell J, Waterhouse JA, Brookes US: Clinico-pathologic staging of Gastric Cancer. *Br. J. Surg* 71:677-80,1984.
3. Kaibara N, Kimura O, Niskidoi H, Makino M, Kawasumi H, Kga S: High incidence of liver metastasis is gastric cancer with medullary growth pattern. *J. Surg. Oncol* 28:195-198,1985.
4. Nyhus LM: *Surgery of the stomach and duodenum*. Little, Broqn and Company. Boston, 691-721,1986.
5. Rosai J: *Ackermian's Surgical Pathology*. Th C.V. Mosby Company-Washington, 506-507,1989.
6. Schein PS, Smith FB, Wooley PV, Ahlgren JD: *Current Management Cancer*, 50:2590-2597,1982.
7. Sleisenger MH, Fortran JS: *Gastrointetinal Disease, Pathophysiology Diagnosis, Management*. Fourth edition. W.B. Saunders Company, 756-761,1989.