

**MİDENİN MALİGN TÜMÖRLERİ**  
(MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH)

**Dr. Erdoğan M. SÖZÜER\***

**Dr. Yücel ARITAŞ\*\***

**Dr. Metin ŞEN\*\***

**Dr. Yaşar YEŞİLKAYA\*\***

**Ö Z E T :**

Midenin malign tümörü nedeni ile 1976 - 1984 yılları arasında Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesinde cerrahi olarak tedavi edilen 50 hastanın verileri gözden geçirildi. Bütün hastalara laparotomi uygulandı. 14 hastada (% 28) sadece biopsi yapıldı. 18 hastaya (% 36) paliyasyon için (bypass) ameliyat yapılırken, 18 hastaya gastrektomi uygulandı. Sadece 13 hasta (% 26) B ve C safhasında idi. Toplam operatif mortalite oranı % 16 idi. Serimizdeki hastalarda prognoz, operasyon sırasındaki hastalığın derecesi ile yakından ilişkilidir.

**S U M M A R Y :**

Data on 50 patients treated at Erciyes University Medical School with gastric malignancy during the period 1976 to 1984 was reviewed. Laparotomy was performed on all patients; 14 patients (28 %) were biopsied only, 18 (36 %) were bypassed for palliation and 18 (36 %) underwent gastrectomy. Only thirteen patients (26 %) were in stage B and C. The overall operative mortality rate was 16 percent. Prognosis for patients in our series was most dependent upon the stage of disease at the time of operation.

**G İ R İ Ş :**

Gastrik malign tümörlerin klinik belirtileri geç dönemlerde ortaya çıkar. Bu nedenle tanı konulduğunda çoğunlukla klinik ola-

(\*) Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(\*\*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

rak C veya D safhasında olan bir hastalıktır. Son yıllarda, en büyük grubu oluşturan mide kanserinin tanısında bir tetkik vasıtası olarak fiberoptik endoskopi yaygın olarak kullanılmasına rağmen, kötü prognoz halâ devam etmektedir (9). Ekseri hastalarda tanı operasyondan önce konur. Buna rağmen hastaların çoğunda hastalık, tanı konulduğu zaman ilerlemiş safhalardadır. Uzun süreli yaşam, ağresif cerrahi girişimlere karşılık son 20 - 30 senedir arttırılamamıştır (3, 7, 8). Diagnostik ve terapötik tekniklerdeki aşikâr gelişmelere rağmen bu kötü neticeler üzüntü vericidir. Bu nedenle biz, gastrik kanser ile ilgili kendi tecrübelerimizi gözden geçirme gereğini hissettik.

#### **MATERYAL ve METOD :**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1976 - 1984 yılları arasında gastrik kanser tanısı ile 50 hastaya laparotomi yapıldı ve bu tanı mikroskopik olarak doğrulandı. Patolojik sınıflandırmaları Birleşik Amerikada ve daha birçok ülkede kullanılan (13) Uluslararası TNM sistemine göre yapılan hastalarımız retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalarımızın takibi ise bizzat kontrole çağırarak, kendilerine mektup yazarak veya telefonla konuşarak yapılmaya çalışıldı.

#### **B U L G U L A R :**

Gastrik kanser tanısı ile laparotomi yapılan 50 hastanın 36 sı erkek (% 72), 14 ü kadın (% 28) idi. (Bu durumda erkek kadın oranı 2.6/1 olmaktadır.) Hastaların yaşları 25 ile 76 arasında değişmekte olup ortalama yaş 55.8 idi.

Görülen semptom ve bulgular:

Hastalarımızda en sık rastladığımız semptom ve bulgular Tablo 1 de görülmektedir. Semptomların ortalama devam süresi 5.5 aydır.

**TABLO 1 : GASTRİK KANSERDE EN SIK RASTLANAN SEMPTOMLAR VE BULGULAR :**

Semptom ve bulgu	Vaka sayısı	%
İştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı	42	84
Abdominal ağrı	38	76
Bulantı, kusma	34	68
Kabızlık	20	40
Üst gastro intestinal kanama	18	36
Karındaki kitle	10	20

Tümör lokalizasyonu : Vakalarımızda midedeki tümöral kitlelerin en sık antrumu tutmuş olduğunu gördük. Hastalarımızdaki tümörlerin lokalizasyonları Tablo II de görülmektedir.

**TABLO II : GASTRİK KANSERDE TÜMÖRLERİN LOKALİZASYONLARI :**

Tümörün lokalize olduğu yer	Vaka sayısı	%
Antrum	21	42
Diffüz (Linitis plastica)	13	26
Korpus	11	22
Özofagogastrik kavşak	3	6
Fundus	2	4

Tanı : Vakalarımızda tanı vasıtası olarak en çok baryumlu mide grafisi ile gastroskopiye kullandık. Ayrıca diğer tanı vasıtalarından da daha az oranda olmak üzere faydalandık. Hastalarımızda kullandığımız tanı vasıtaları Tablo III te görülmektedir.

**TABLO III : KULLANILAN TANI VASITALARI :**

Tanı vasıtası	Vaka sayısı	%
Mide duodenum grafisi	50	100
Gastroskopi	37	74
Mide suyunda asit çalışması	14	28
Mide suyu sitolojisi	9	18
Ultrasonografi	4	8

Gastrik asit çalışması yapılan 14 hastanın 12 sinde aklorhidri veya hipoasidite tespit edilmiş olup, 2 hastada normal asit değerle-

ri elde edilmiştir. Klasik kitaplarda gastrik kanserin etiolojisinde bahsedilen A RH + kana sahip olan hastaların bu hastalığa daha fazla yakalandığı şeklindeki iddiayı da değerlendirdik. Hastalarımızın 29 unun (% 58) kan grubunun A Rh + olduğunu gördük.

Mide duodenum grafisinde malign mide tümörü düşünülen 50 hastadan 37 sine (% 74) gastroskopi yapılabilmıştır. Bunlardan 21 inden biopsi alınmış, biopsi alınanların 18 inde (% 86) mikroskopik olarak malign mide tümörü tanısı preoperatif dönemde konulabilmıştır.

Operatif prosedür :

Hastalarımızda yapılan klinik ve laboratuvar muayene ile daha sonra uygulanan laparotomi sonuçlarına göre, hastalardan 3 ünün (% 6) B safhasında, 10 unun (% 20) C safhasında, 37 sinin ise (% 74) D safhasında olduğu tespit edildi. A safhasında ise hiç hasta yoktu. B safhasında yakaladığımız tüm hastalarımıza redikal ameliyatlar yapıldı. C safhasında tanı konulan 10 hastada 2 sine paliatif, 8 ine radikal ameliyatlar yapıldı. D safhasında olan 37 vakanın 14 üne sadece biopsi, 16 sına paliatif ameliyat, 7 sine de radikal ameliyatlar yapılmıştır. Hastalarımıza uyguladığımız operatif prosedürler tablo IV de görülmektedir.

**TABLO IV : UYGULANAN OPERATİF YÖNTEMLER**

Yapılan ameliyat	Vaka sayısı	%	Tümörün safhası		
Paliatif ameliyat	18	36	—	2	16
Biopsi	14	28	—	—	14
Radikal ameliyat	18	36	3	8	7
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>37</b>

Mortalite ve morbidite :

Hastalarımızdan 8 ini erken postoperatif dönemde hospitalizasyon süresi içinde kaybettik (%16). 42 hastamızı ise (% 84) haliyle ve kemoterapi tavsiyesi ile taburcu ettik. Erken dönemde kaybettiğimiz 8 hastamızdan 1 ine sadece biopsi, 3 üne paliatif ameliyat 4 üne de radikal ameliyat yapılmıştır. Bu 8 hastanın 7 si D safhasında, 1 i ise C safhasında idi. 3 vakada ölüm sebebi sepsis idi. Yine 3 vakada pulmoner yetmezlik, 1 vaka akciğer enfarktüsü, 1 vakada üst gastrointestinal kanama nedeni ile kaybedildi.

Ayrıca 14 vakada toplam 20 komplikasyon gözlemlendi. En sık görülen komplikasyonlar yara enfeksiyonu (9 vaka), subfrenik abse (2 vaka) ve anastomoz kaçağı (2 vaka) idi. Envantrsayon, brid obstrüksiyon, intrapelvik abse gibi diğer komplikasyonlar ile daha az sıklıkla karşılaştık.

50 hastamızdan 42 sini çeşitli tavsiyeler ile taburcu ettiğimizi daha önce söylemiştik. Bu 42 hastayı bizzat çağırarak, mektup yazarak veya telefonla konuşarak takip etmeye çalıştık. Bunların 16 sının vefat ettiğini öğrendik. 2 hastada da nüks kanser tespit ettik. 24 hastamızdan ise haber alamadık. Ölüm haberini aldığımız hastalardan 1 i B safhasında olup radikal ameliyat yapılmıştı. Bu hasta 18 ay yaşadı. Bunun haricinde C ve D safhasında yapılan radikal ameliyatların yaşam süresini uzatmadığı, aksine azalttığı tespit edildi. D safhasındaki hastalar için sadece biopsi yapılanlarda ortalama yaşam süresinin 2.5 ay gibi kısa bir süre olduğu gözlemlendi. Ölüm haberini aldığımız 16 hastanın yaşam süreleri Tablo V te görülmektedir. Tablodan da anlaşılacağı gibi C safhasında ortalama yaşam süresi 7.5 ay, D safhasında ise 4.7 aydır. Yine tabloda görüldüğü gibi sadece biopsi yapılan 4 vakada ortalama yaşam süresi 2.5 ay, paliatif operasyon yapılan 5 hastada 7.5 ay, radikal operasyon yapılan 7 hastada ise 10 aydır.

**TABLO V : GEÇ DÖNEMDE KAYBEDİLEN 16 VAKANIN YAŞAM SÜRELERİ :**

Tümörün safhası	Yapılan ameliyat	Vaka sayısı	Ort. yaşam
B	Radikal	1	18 ay
C	Paliatif	1	8 ay
C	Radikal	2	7 ay
D	Biopsi	4	2.5 ay
D	Paliatif	4	7 ay
D	Radikal	4	4.5 ay

Nüks tespit edilen 2 hastamız da C safhasında ve radikal operasyon yapılan hastalardı. Bunlarda nüks ortalama 11 ay sonra ortaya çıktı.

Hastalarımızın histopatolojik incelenmelerinin sonuçları tablo VI da görülmektedir.

TABLO VI : TÜMÖRLERİN HİSTOPATOLOJİK TANILARI

Patolojik tanı	Vaka sayısı	%
Adeno Ca	41	82
Anaplastik Ca	7	14
Lemfoma	1	2
Epidermoid Ca	1	2
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## TARTIŞMA :

Mide kanseri uzun süre sinsi seyreden ve belirti vermeden ilerleyen bir hastalıktır. Çoğu kez belirti verdiği zaman hastalık tedavi sınırlarını aşmış durumdadır. Sıklıkla semptomlar tümör kitlesinin büyümesi sonucu ortaya çıkar. Yıllarca süren dispeptik şikâyetlere rastlanmaz. Mide kanserinin klâsik belirtileri ancak hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkar (5, 14). Hoerr, 478 hastayı kapsayan vaka serisinde laparotomide % 54 oranında lezyonun yaygın olduğunu tespit etmiştir (10). Bu nedenle gastrik kanserleri laparotomide tedavi edilebilir safhada yakalayabilmek için belli belirsiz gastrointestinal sistem şikâyetleri olan hastaların daha ciddi olarak değerlendirilmesi gerekir. Serimizdeki hastaların önemli bir kısmı iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, epigastrik ağrı, bulantı, kusma gibi şikâyetler ile servisimize başvurdu. Literatürde (4, 9) % 48 oranında bildirilmekte olan yutma güçlüğü şikâyetine biz daha nadir olarak rastladık (% 6). Bunun sebebi literatürdeki serilerde tümör lokalizasyonunun daha çok özofagogastrik kavşakta olması, hastalarımızda ise antrumda olmasıdır. Özellikle 50 yaşın üzerinde minimal üst gastrointestinal sistem şikâyetleri olanların rutin endoskopik tetkikleri çok yararlı bilgiler verecek ve hastaların daha erken safhalarda yakalanmalarına imkân sağlayacaktır. Ayrıca endoskopi bazı hastaları gereksiz operasyondan kurtarmada da faydalı olacaktır (6, 11, 12). Fiberoptik gastroskoplara ile, midenin her bölgesini görmek ve görülen lezyonlardan biopsi ve aspirasyon yapmak mümkündür. Mide üzerine dışardan tazyik yaparak mide duodenum grafisinde dolma defekti manzarası veren civar organ tümörlerini, hakiki mide tümörlerinden ayırmaya yaraması da gastroskopinin bir diğer üstünlüğüdür. Biz de

bu tip üst gastrointestinal sistem şikâyeti olan hastaların tümünde gastroskopi ve mide duodenum grafisi çalışmaları yapmaktayız. Ayrıca gastrik asit çalışması yaptığımız 14 hastanın 12 sinde aklorhidri veya hipoasidite tespit edilmesi klâsik bilgileri desteklemektedir.

Tümörlerin mikroskopik incelenmesi sonucu, biri hariç tüm hastalarda karsinoma tanısı konulmuştur. Bu nedenle makalemizde, sıklıkla midenin malign tümörü terimi yerine mide kanseri deyiimi tercih edilmiştir. Tümörlerin % 82 si adenokarsinomadır. Bu sonuç Ackerman'ın patolojik sınıflandırması ile uygunluk göstermektedir (1, 2).

Gastrik kanserlerde en çok tartışılan husus, hastalara hangi safhada ne tip operasyonlar uygulanacağıdır. Hoerr ve arkadaşları tüm vakaların % 46 sına radikal operasyonlar yaptıklarını bildirmektedir (10). Diehl ve arkadaşları ise yayınladıkları 164 vakalık serilerinde % 36 oranında radikal operasyon yaptıklarını bildirmektedirler (9). Bunlar küçük tümör için küçük ameliyat, büyük tümör için ise büyük ameliyat tavsiye etmelerine karşılık, Cady ve arkadaşları (7, 8) ile Re Mine (15) agresif cerrahi yaklaşımlara rağmen gastrik kanserlerin tedavisinde 1950 yıllarından günümüze kadar çok az bir gelişme olduğunu iddia etmekte ve diagnostik, terapötik tekniklerdeki gelişmelere rağmen bu neticelerin çok üzücü olduğunu ifade etmektedirler. Yine Adhasek ve arkadaşları (3) özellikle D safhasındaki hastalarda operatif mortalitenin yüksek olmasından dolayı aşırı rezeksiyonlara karşı çıkmakta ve bu konuda Cady ve arkadaşlarının fikirlerini desteklemektedirler. Bockus (5) D safhasındaki bu hastaların zaten aşırı iştahsızlık, zayıflama ve anemi nedeni ile ileri derecede kaşektik olduklarını ve majör cerrahi prosedürleri tolere edemeyeceklerini belirtmektedir. Biz ise 50 hastamızın 18 ine (% 36) radikal ameliyatlara uyguladık.

Bizim netice ve tecrübelerimize göre; Hastalar B veya C safhasında yakalandığında yapılan radikal ameliyatlara ortalama yaşam süresinde azda olsa bir artış sağlayabilmektedir. Fakat D safhasındaki hastalarda radikal operasyonlar yaşam süresinde bir artış sağlamadığı gibi erken dönemde mortalite ve morbiditeyi artırır.

maktadır. Bu yüzden bu tip hastalarda bypass veya beslenmeyi sağlayıcı paliatif ameliyatlara uygulanmasının daha doğru olacağı kanaatindeyiz. D safhasındaki hastalara paliatif ameliyatlara, hatta sadece biopsinin bile majör bir cerrahiye yük olacağı fikrindeyiz.

Son söz olarak şunları söyleyebiliriz :

1. Gastrik kanser sinsi seyreden ve belirti vermeden ilerleyen bir hastalıktır.

2. Bu nedenle özellikle 50 yaşın üzerindeki minimal üst gastrointestinal sistem şikâyetleri olan hastaların daha dikkatli değerlendirilmesi ve bunlara rutin mide duodenum grafisi ve gastroskopi çalışmaları yapılarak hastaların erken safhalarda yakalanması gerekmektedir.

Gastrik kanserli hastalarda prognozu etkileyen en önemli faktör operasyon sırasında hastalığın bulunmuş olduğu safhadır.

4. Safha A, B, C de radikal operasyonlar ortalama yaşam süresini azda olsa uzatmaktadır.

5. D safhasında agresif cerrahi yaklaşımlar erken postoperatif mortaliteyi arttırmaktadır.

#### KAYNAKLAR

- (1) Ackerman, N.B. : An evaluation of gastric cytology, J. Chronic Dis., 20 : 621, 1976.
- (2) Ackerman, L.V. : Surgical Pathology, Fifth edition, Saint Luis, The C.V. Mosby Company, 1974, pp : 362.
- (3) Adhasek, K., Sanger, J. : Cancer of the stomach, Ann. Surg., 189 : 6, 1979.
- (4) Antonioli, D.A. : Goldman, H. : Changes in the location and type of adenocarcinoma, Cancer., 50 : 775, 1982.
- (5) Bockus, H.L. : Gastroentereology, Philadelphia and London, W.S. Saunders Company, 1974, pp : 952.
- (6) Bumin, O. : Sindirim Sistemi Cerrahisi, 6. baskı, Cilt 1, Ankara, 1983, sahife : 279.
- (7) Cady, B., Ramsden, D.A., Choe, D.S. : Treatment of gastric cancer, Surg. Clin. Nort. Am., 56 : 599, 1976.
- (8) Cady, B., Ramsden, D.A., Hagitt, R.C. : Gastric Cancer, Contemporary, Ascepts, Am. J. Surg., 133 : 423, 1977.



- (9) Diehl, J.T., Hermann, R.E., Cooperman, A.M. : Gastric Carcinoma, Ann. Surg., 198 : 9, 1983.
- (10) Hoerr, S.O. : Prognosis for carcinoma of the stomach, Surg. Gynecol. Obstet., 137 : 205, 1973.
- (11) Inokuchi, K., Ikeda, T. : Late results of surgical therapy for stomach cancer, Jpn. J. Cancer. Clin., 18 : 203, 1972.
- (12) Kabasaki, G., Iwanaga, T. : Long term results for treatment of cancer stomach carcinoma, Surg. Ther., 30 : 59, 1974.
- (13) Kennedy, B.J. : TNM classification for stomach cancer, Cancer, 26 : 971, 1970.
- (14) Marshall, S.F. : Cancer of stomach : Follow - up study of 1708 patients, South. M.S., 50 : 776, 1957.
- (15) Re Mine, W.H., Priestly, J.T. : Cancer of the stomach, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1964.