

MİDE KANSERİ İÇİN TOTAL GASTREKTOMİ

Beş Yıllık İzlem Sonuçları

TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER
Five-Year Follow Up

**Dr. Uğur SUNGURTEKİN, Dr. Ahmet ELDEM, Dr. Ali MENTEŞ,
Dr. Mustafa BAŞÖZ, Dr. Tayanç ÖNCEL, Dr. Orhan ÖZBAL**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD/İZMİR

ÖZEL: 1979-1989 yılları arasında gastrik kanser nedeniyle total gastrektomi uygulanan 32 hastanın retrospektif analizi bu çalışmada sunulmuştur. Cerrahi piyeslerin histolojik incelenmesine göre % 31 hastada küratif, %69 hastada palyatif amaçla cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hasta sürvileri sırasıyla 1 yıl için %43,2 yıl için %33,3 yıl için %16 ve 5 yıl için %3 idi. Bu bulgulara dayanarak total gastrektominin biyopsi örneğinde intestinal tip olan ve Stage I klinik konumdaki hastalar dışındaki hastalara gastrik kanserde bir alternatif tedavi olarak uygulanmaması gerektiğine inanıyoruz.

SUMMARY: A retrospective analysis of thirty two patients who had been subjected to total gastrectomy for gastric cancer between 1979-1989 is presented in this study. The purpose of surgical treatment was curative for 31% of patients, paliative for 69% of patients according to the histologic evaluation of surgical specimens. 54% of patients died following one year after surgery. Survival of the patients were 43% for 1 year, 33% for 2 years, 16% for 3 years and 3% for 5 years respectively. On the basis of these findings we believe that total gastrectomy shouldn't be performed as an alternative in gastric cancer except for a group of patients who have intestinal type lesion on biopsy specimen and who are at Stage I clinical condition.

GİRİŞ

Mide kanseri nedeni ile ilk başarılı total gastrektomi 1897 yılında yapılmıştır. Son yıllarda bu amaçla total gastrektomi yapılmasından uzaklaşılmasını önerenler olmasına karşın (2, 8), yaygın olarak kullanılmasını savunanlar da vardır (1, 3, 4, 5, 9, 11). Total gastrektomiye savunanların bazıları düşüncelerini rezeksiyon sınırlarında malin hücre bırakılmasına yol açabileceği ya da multifokal kanserlerin varlığı gibi dolaylı dayanaklarla desteklemektedirler (8). Çok zengin bir lenfatik ağa sahip mide lenfatiklerinin total gastrektomi ile daha kolay temizlenebilmesine karşın, geride yine de tümör kalıntısı bırakılabilmektedir. Bu görüşten hareketle özellikle proksimal mide ve kardial tümörlerinde total mide rezeksiyonu savunulmaktadır (2, 3, 4, 5). Bu çalışmada Ege Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında mide kanseri nedeniyle total gastrektomi uygulanmış ve 5 yıla kadar takip edilmiş 32 hastanın yaşam profili verilerek total gastrektominin mide kanserlerindeki yeri gözden geçirilmiştir.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışmanın materyelini 1989-1989 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda mide kanseri nedeni ile total gastrektomi uygulanan 32 hasta oluşturmaktadır. Başka nedenlerle (distal özofagus kanseri, eroziv gastrit vb.) total gastrektomi uygulanan hastalar inceleme kapsamına alınmamışlardır.

Hastaların %81'i erkek (26 hasta), %19'u (6 hasta) kadın olup, yaşları 40 ile 72 arasında ortalama 60 yaş idi. Mide kanseri tanısı radyoloji (%71), endoskopi (%70) ve/ya da sitoloji (%70) aracılığı ile konmuş olup, nihai tanı %95 hastada preoperatif endoskopik biyopsi ile doğrulanmıştı. Kanser, altı hastada mide korpusunda (%19), iki hastada kardiada (%7), bir hastada antrumda (%4) yerleşmiş; dizeyi oluşturan hastaların büyük çoğunluğunda ise (%70) midneyi diffüz olarak infiltre etmişti. Hastalar, cerrahi ve histopatolojik bulguları aracılığı ile TNM sınıflandırılmasına göre evrelendirilmişlerdi. Buna göre Evre I, II, III ve IV'de bulunan hastalar sırası ile, %11, %23, %33 %33 ve oranında idiler (Tablo 1).

TABLO 1

EVRE	EVRELENDİRME	SAYI	%
I	T _{1,2,3} N ₀ M ₀	3	11
II	T ₄ N ₀ M ₀ VEYA T _{1,2,3,4} N ₁ M ₀	7	23
III	T _{1,2,3,4} N ₂ M ₀	11	33
IV	T _{1,2,3,4} N _{0,1,2} M ₁	11	33

Tüm hastalarda makroskopik tümörün üzerinde en az 4 cm emniyet sınırı kalacak şekilde total gastrektomi uygulanmıştır. Her hastada omentum majus, dalak ve bölgesel lenf bezleri çıkarılan materyele dahil edilmiş, ancak cerrahi sınırlar frozen section biyopsi ile araştırılmamıştır. Bunun da katkısı ile total gastrektominin küratif yada palyatif amaçla mı yapılmış olduğu histopatolojik sonuçlar alındıktan sonra anlaşılabilmiştir. Bu dizedeki hastalar açısından küratif amaçlı cerrahi, total gastrektomiden hemen sonra hastada makroskopik tüm malinite odaklarının çıkarılmış olması ve cerrahi rezeksiyon sınırlarının hastaliksız olması anlamını taşımaktadır. Bu kriterlerin sağlanamadığı hastalara, içinde buldukları klinik evreye bakılmaksızın palyatif cerrahi uygulandığı kabul edilmiştir. Bu ölçütlere göre ayrıldıklarında hastaların %31'ine küratif, %69'una palyatif amaçlı total gastrektomi yapıldığı belirlenmiştir.

Histopatolojik inceleme sonucunda mezenkimal mide tümörü bulunan hastalar cerrahiye ek olarak kemoterapi görmüşlerdir.

Hastalar, hastaneden taburcu edildikten sonra düzensiz aralar ile izlenmişlerdir. Bu yazının hazırlanması sırasında, takip edilmeyen hastalar dışında kalanlar hakkında kendilerinden ya da ailelerinden bilgi edinilerek mevcut izlem sonuçları tamamlanmıştır.

SONUÇLAR

Erken Sonuçlar:

Dizeyi oluşturan 32 hastanın histopatoloji sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların hastanede kalış süreleri 9 ile 40 gün arasında (ortalama 15 gün) değişmiştir. Dört hasta ameliyat sonrası erken dönemde kaybedilmiş olup, hastane mortalitesi %13'tür. Ölüm sebebi bir hastada anastomoz kaçağı, bir hastada solunum bozukluğu, iki hastada ise kardiyak nedenlere bağlıdır. Onbir hastada (%33) morbiditeye yol açan komplikasyonlar saptanmış olup, bunlar tablo 3'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2.

HİSTOPATOLOJİ		
TİP	SAYI	%
İntertinal	13	40
Diffüz	9	28
Mezenkimal	4	13
Sınıflandırılmayan	6	19

Tablo 3.

ERKEN SONUÇLAR		
	HASTA	%
Anastomoz kaçağı	4	13
Respiratuar komplikasyonlar	2	7
Kardiyak komplikasyonlar	2	7
Subfrenik apse	1	3
Süpürasyon	1	3
İdrar yolu enfeksiyonu	1	3

Geç Sonuçlar:

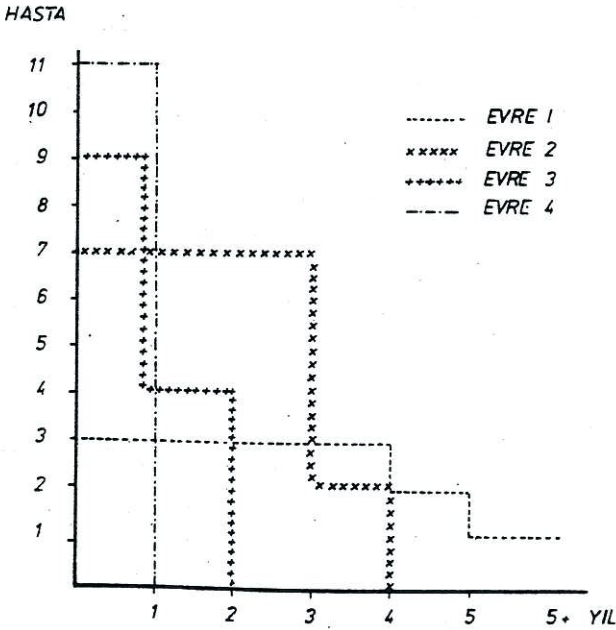
İki hasta hastaneden taburcu olduktan sonra hiç bir zaman izlenememiştir. Dizenin izlenebilirlik oranı %93'tür. Dizeyi oluşturan hastaların, hastane ölümleri dahil, %54'ü (16 hasta) total gastrektomiden sonra bir yıldan kısa süreli yaşama sahip olmuştur. Hastaların %33'ünde iki, %16'sında üç, %7'sinde ise dört yıl yaşam elde edilebilmiştir. Mide kanseri için total gastrektomi sonrası beş yıl yaşama

şansı bu dizedeki hastalar için ancak %3 oranında gerçekleşebilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4.

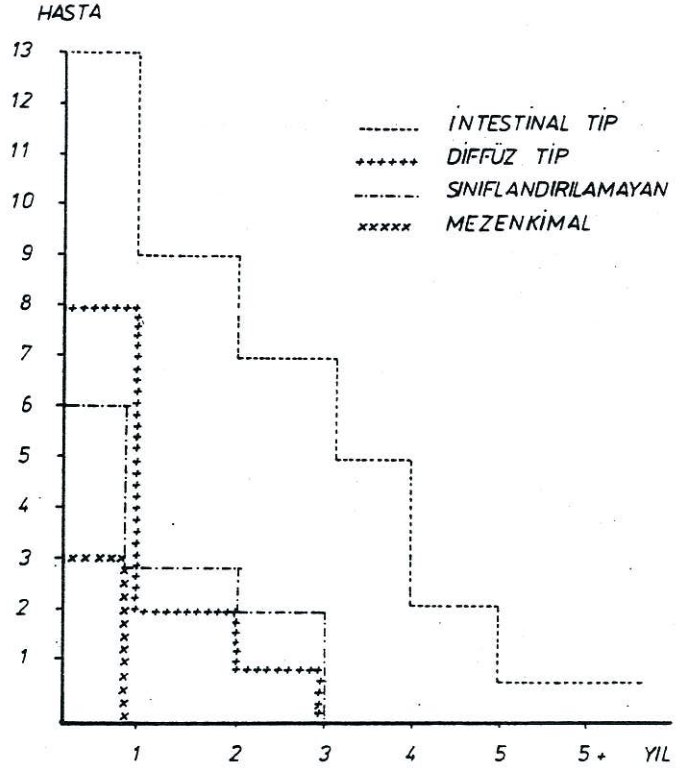
GEÇ SONUÇLAR		
	HASTA	%
1 yıldan kısa süre yaşayanlar	16	54
1 yıldan uzun süre yaşayanlar	14	43
2 yıldan uzun süre yaşayanlar	10	33
3 yıldan uzun süre yaşayanlar	5	16
4 yıldan uzun süre yaşayanlar	2	7
5 yıldan uzun süre yaşayanlar	1	3
Takip edilemeyen	2	7

Postoperatif yaşam süreleri hastaların ameliyat sırasında içinde buldukları klinik evreye göre irdelendiğinde (Şekil 1), Evre I için bir ve üç yıl yaşam %100, beş yıl yaşam ise %33 olmuştur. Evre II için bir yıl yaşam %100 ve üç yıl yaşam %30 iken, beş yıl yaşayan hasta olmamıştır. Evre III'deki hastaların %44'ünde bir yıl yaşam sağlanabilmiş ise de, bu evrede üç yıl yaşayan hasta olmamıştır. Evre IV'deki hastaların tümü bir yıl içinde yaşamlarını yitirmişlerdir.



ŞEKİL 1 EVRE 3'DEN 2 VAKA KONTROL EDİLEMEMİŞTİR.

Postoperatif yaşam süreleri histopatoloji sonuçları ışığında irdelendiğinde (Şekil 2); mezenkimal tipte mide kanserleri olan hastaların bir yıl, sınıflandırılma



ŞEKİL 2 HISTOPATOLOJİK SONUCU DIFFÜZ TIP OLAN 1 VAKA MEZENKİMAL TIP 1 VAKA TAKİP EDİLEMEMİŞTİR.

mayan tipte kanserleri bulunanların ise üç yıl yaşama şansına sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Diffüz tipte epitelyal mide kanseri saptanan hastalar için bir yıl yaşama oranı %25, üç yıl yaşama oranı %3 olmuş, bu grupta da beş yıl yaşama olanağına sahip hasta saptanamamıştır. İntestinal tip kanseri bulunan hastalarda ise bir yıl ve üç yıl yaşama oranları sırası ile, %70 ve %54 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, bu tip kanserli hastalar için beş yıl yaşam ancak %3 oranında mümkün olabilmektedir.

TARTIŞMA

Mide kanserli hastalarda semptomlar, organın geniş kapasitesi dolayısıyla, kitle anlamlı bir büyüklüğe varmadan ortaya çıkmazlar. Yurdumuzda sistematik tarama olmadığından, mide kanserli hastalar genellikle cerrahi kliniklerine ileri evrelerde başvururlar. Gerçekten bu seride bildirilen vakaların yaklaşık %70'i ileri evrelerdeki hastalardan oluşmuştur. Bu hastalarda gerek semptomatik, gerek ise radikal cerrahi için sınırlı mide rezeksiyonlarının amacı karşılayıp karşılamayacağı konusunda cer-

rah kuşku duyabilir. Bu tür hastalarda total gastrektomi bir cerrahi alternatiftir. Total gastrektominin mide kanseri cerrahisinde uygulanma amacı daha sınırlı mide rezeksiyonu ile multifokal tümörlerin tümüyle çıkarılmaması ve mide lenfatiklerindeki metastazların temizlenmesinde yetersiz kalabilmesidir (10, 11, 12). Bu görüşten hareketle bu operasyon kısa sürede geniş taraftar kitlesi bulmuş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanılmıştır (9). Total gastrektomi savunucularının temel dayanak noktalarından birisi de tümörün multisentrik olabilmesidir (5). Mide kanserlerinin multisentrisite insidensi olarak verilen ortalama değerler %7.5-20'dir. Buna rağmen bu öneri 5 yıllık yaşam süreleri gözönüne alındığında farklılık göstermemektedir (3, 5, 6). Multisentrik karsinomatoz odakların pernisiyöz anemi ve multipl gastrik polipozis olgularında daha çok olduğu bilinen bir gerçektir ve bu tür olgularda uygulanan gastrik rezeksiyonun sınırları konusunda daha dikkatli davranılmalıdır. Yapılan çalışmada tümörden 4-6 cm uzaktaki proksimal kenarın genellikle emniyetli bir sınır sağladığı belirtilmiştir (5). Proksimal mide kanserlerinde tümörlerin özofagusu uzanabileceği ve buradan da mediasten yayılımının mümkün olabileceği belirtilmiştir (4). Bu görüşten hareketle proksimal mide rezeksiyonunun bu bölgelerde yeterli tümör temizlenmesini sağlamadığı, hatta total mide rezeksiyonu sonrası rezeksiyon hattının pulmoner vene kadar uzanması gerektiği savunulmaktadır (4, 9).

Mide kanserlerinde istatistiksel olarak rezekabilite oranı 1960'lardan bu yana pek değişikliğe uğramamıştır, total gastrektominin tüm mide rezeksiyonları içerisinde oranı %13-15, küratif rezeksiyonların içerisindeki oranı %4-5 olarak belirtilmiştir (3). Bizim serimizdeki 32 hastada uygulanan total gastrektomi operasyonunun %31'i küratif, %69 hastada ise palyatif amaçla yapılmıştır. Preoperatif ve intraoperatif değerlendirmelerin çoklukla subjektif kriterlere dayandırılabilmesi nedeniyle total gastrektominin hangi amaçla yapılmış olduğu, bu seride histopatoloji sonuçları incelendikten sonra belirlenmiştir. Bu nedenle, küratif nedenle total gastrektomi yapıldığı belirtilen hastalarda, girişimin palyatif cerrahi uygulananlara oranla daha iyimser bir prognoza sahip olması beklentisinin haklı oldu-

ğu kanaatindeyiz. Ne yazık ki sonuçlar bu paralelde değildir.

Değişik yayınlarda total gastrektomi sonrası mortalite %6-48 gibi çok geniş sınırlar içerisinde. Mortaliteyi yükselten en büyük iki neden anastomoz kaçakları ve kardiyorespiratuvar yetmezliktir. İleri yaş, preoperatif solunum problemleri, hipoproteinemiyi gibi yan faktörler mortaliteyi etkiler. Bazı yazarların yüksek mortalite ve morbidite oranından kaçınılması amacıyla totale yakın gastrektomiyi alternatif bir operasyon olarak öne sürmelerine karşın, bu teknik yüksek mortalite ve morbidite oranlarını düşürememiştir (5,6,13). Bu seride erken postoperatif dönemde ölen 4 hasta anastomoz kaçağı ve/ya da kardiyopulmoner sorunlarla kaybedilmiştir.

Bu çalışma gurubunda hastaların %94'ü izlenilmiştir. Hastaların %43'ü bir yıldan uzun süre yaşayabilmiş, 16 hasta ise total gastrektomiyi izleyen ilk yıl içerisinde yaşamlarını yitirmiştir. Hastaların genel yaşam süreleri ve histopatolojik tiplerine, tedavi uygulandığı sırada içerisinde buldukları klinik evrelere göre prognozları Tablo 4 ile Şekil 1 ve 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Dizede 5 yıl yaşayabilen tek hasta Evre I'de intestinal tip kanseri olan hastadır. Evre II'de 5 yıl, Evre III'de 3 yıl yaşam sağlanamamıştır. Evre IV'deki hastaların ise tümü 1 yıl içerisinde yaşamlarını yitirmişlerdir. Bu açıdan total gastrektomi sonrası yaşam süreleri literatürde bildirilen daha sınırlı gastrektomi sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Bu dizede elde olunan sonuçlar mide kanserinin cerrahi tedavisinde total gastrektominin küratif amaçla kullanılmasını haklı kılmamaktadır. Her ne kadar, kanser kitlesinin ortadan kaldırılarak hastaya yaşayabildiği sürece daha kaliteli bir yaşam sağlamak ya da kanama gibi semptomları ortadan kaldırmak için zaman zaman total gastrektomi yapılması gerekebilirse de, bu girişimin intestinal tip mide kanserine sahip ve Evre I klinik konumunda saptanabilecek çok sınırlı hasta gurubu dışında önerilmesi mümkün gözükmemektedir.

KAYNAKLAR

1. D.D'Amico N. Bassi R. Razanto: Cost-benefit of follow-up after total gastrectomy. *Hepato-gastroenterology*, 36: 266-271, 1989.
2. Lawrence S. Bizer: Adenocarcinoma of the stomach. *Cancer*, Vol. 51: 743-745, 1983.
3. Blake Cady MD; Ricardo L.Rossi MD; Mark L.Silverman MD; William Piccione MD; Thomas A.Heck, MD: Gastric adenocarcinoma. *Arch Surg*, Vol. 124: 303-308, 1989.
4. Loik de Calan MD; Gérard Portier MD; Jean Phillippe Ozoux MD; Bernard Rivallain MD; Michel Perrier MD; Jacques Brizon MD: Carcinoma of the cardia and proximal third of the stomach. *The American Journal of Surgery*, Vol. 155: 481-485, 1988.
5. L. Cennari F. Bonzetti G. Bonfati A. WMorabito Rosaria Bufalino R. Doci S: Andreola: Subtotal versus total gastrectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. *Br. J. Surg.*, Vol. 73:534-538, 1986.
6. J.L. Gouzi MD; M. Huguier MD; P. L. Fagniez MD; B. Launois MD; Y. Flamant MD; F. Lacaine MD; J.C. Paquet MD; J. M. Hay MD: Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. *Ann Surg*, Vol. 209: 162-166, 1989.
7. Ulf Haglund MD; Frans - Thomas Ford MD; Hans Högström MD; Bo Lilja MD: Esophageal and jejunal motor function after total gastrectomy and Roux-Y esophagojejunostomy. *The American Journal of Surgery*, Vol. 157: 308-311, 1989.
8. N.J. Lygidakis: Total gastrectomy for gastric carcinoma: a retrospective study of different procedures and assessment of a new technique of gastric reconstruction. *Br. J. Surg*. Vol. 68: 649-655, 1981.
9. Gordon Mc Neer Lemuel Bowden Robert J. Booher Charles J. Mc Peak: Elective total gastrectomy for cancer of the stomach. *Ann. Surg.* August 23, 1973.
10. Antonio Paolini Filippo Tosato Mauro Cassese Carlo De Marchi Michele Grande Pierluigi Paoletti Piergiorgio Gherardini Gianfranco Fegiz: Total gastrectomy in the treatment of adenocarcinoma of the cardia. *Am. J. Surg.* Vol. 151: 238-243, 1986.
11. Ilkka Saario Jarmo Salo Matti Lempinen Eero Kivilaakso: Total and near-total gastrectomy for gastric cancer in patients over 70 years of age. *Am. J. Surg.* Vol. 154: 269-270, 1987.
12. Ilkka Saario Tom schröder Esa-matti tolppanen Matti lempinen: total gastrectomy with esophagojejunostomy. *Am. J. Surg.* Vol. 151: 244-246, 1986.
13. Jarmo A. Salo Ilkka Saario Eero O. Kivilaakso Matti Lempinen: Near-total gastrectomy for gastric cancer. *Am. J. Surg.* Vol. 155: 486-489, 1988.