

KLİNİK ARAŞTIRMA**MİDE KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ:
172 HASTANIN GERİYE DÖNÜK
DEĞERLENDİRİLMESİ****SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER:
RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 172 PATIENTS****Taylan Özgür SEZER
Mehmet GÖRGÜN
Seçkin TOSUN
Nihat ZALLUHOĞLU
Cezmi KARACA
Mustafa ÖLMEZ
Savaş SELÇUK
Cem TUĞMEN
Eyüp KEBAPÇI
Sait Murat DOĞAN****ÖZET****AMAÇ:** Mide kanserinin cerrahi tedavisinde kliniğimizin 10 yıllık deneyimini sunduk.**GEREÇ VE YÖNTEM:** Ocak 1998-Aralık 2008 tarihleri arasında mide kanser tanısı konan 172 hasta geriye dönük değerlendirildi. Postoperatif 1 aydan sonraki ölümler ameliyatla ilgisiz kabul edildi. Ortalama izlem süresi 46 ay idi (37-65) Yaş, tümör yerleşimi, tümör boyutu, lezyon tipi, lenf metastazı ve operasyon şeklinin beş yıllık sağ kalım üzerine etkisi araştırıldı.**BULGULAR:** Hastaların 130'i erkek, 42'si kadın olup, ortalama yaş 58,3'di. 34 olgu inoperabl kabul edildi. 138 olguya cerrahi tedavi, subtotal (60 olgu) ve total (78 olgu) gastrektomi şeklinde uygulandı. Olguların 18'i evre I, 72'si evre II, 17'si evre III ve 27'si evre 4 idi. 1 aylık operatif mortalite sıfırdı. 28 olguda (%20.3) reoperasyon anastomoz kaçağı (15 olgu), reflü gastrit (10 olgu) ve kanama (3) olgu nedeniyle yapıldı. Olguların ortalama izlem süresi 46 ay (37-65) idi.**SONUÇ:** 5 yıllık sağkalım, subtotal gastrektomilerde (% 28.3) total gastrektomilerde (%16.7) ve inoperabl grupta sıfır bulundu. Lenf yayılımı, total gastrektomi, üst yerleşim, makroskopik tip (polipoid) ve çap (≥ 6 cm) kötü sağkalım ile ilişkili bulundu ($p < 0,05$).**Anahtar sözcükler:** Mide Kanseri, Cerrahi, Sağkalım, Retrospektif Çalışma**SUMMARY****AIM:** To present our 10-year experience in the surgical treatment of gastric cancer.**MATERIAL AND METHOD:** Between January 1998 and December 2008, 172 patients with diagnosis of gastric cancer were evaluated retrospectively. Deaths a month after operations were accepted unrelated to operation. Median follow up was**3. Genel Cerrahi Kliniği**

(Op.Dr. M. Görgün, Op.Dr. C. Karaca, Op.Dr. M. Ölmez, Op.Dr. N. Zalluhoğlu, Op.Dr. S. Selçuk, Op.Dr. T. Ö. Sezer, Op.Dr. C. Tuğmen, Op.Dr. E. Kebapçı, Op.Dr. S.M. Doğan,)

Aile Hekimliği Bölümü

(Dr. S. Tosun)

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yazışma: Op.Dr. T.Ö.Sezer

46 months (37-65). The affect of age, tumor localization, tumor size, lesion type, lymph metastasis and operation type were correlated with the 5 years survival.

FINDINGS: Of these patients, 135 were male, 47 were female, and the mean age was 58,3. 34 cases were accepted as inoperabl. 138 cases were treated by surgery whether subtotal (60 patients) or total (78 patient) gastrectomy TNM stage distribution was 18 cases in I, 76 cases in II, 17 cases in III and 27 cases in IV. There was no operative mortality within a month 28 patients (20.3 percent) were underwent reoperation for anastomosis leakage (15 cases), for reflux gastritis (10 cases) and hemorrhage (3 cases). Average follow-up period was 46 months (37-65).

CONCLUSION: Five year survival was 28.3 percent in subtotal gastrectomy group, 16.7 percent in total mastectomy group and null in inoperable group. Lymph node metastasis, total gastrectomy, proximal location, macroscopic type (polypoid) and tumor size over 6 cm were positively correlated with poor survival ($p<0,05$).

Key words: Retrospective Study, Stomach Cancer, Surgery, Survival

GİRİŞ

Mide kanseri, görülme sıklığı ve kötü prognoz açısından değerlendirildiğinde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa ve ABD'da son yıllardaki sıklığı çok azalsa da, dünyada kansere bağlı ölümlerden ikinci sıklıkta sorumludur (1-3). Tüm dünyada insidansı erkeklerde iki kat daha yüksektir. Mide kanseri 40 yaşından önce nadir olarak görülmemekte; insidansı yaşla birlikte artarak, altmışlı yaşlarda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (4, 5).

Mide kanserinde erken tanı ve tedavi sağkalımı olumlu yönde etkiler. Mide kanseri insidansının yüksek olduğu Japonya'da rutin tarama programları sayesinde erken evre mide kanseri oldukça yüksektir. Bu hastalardaki 5 yıllık sağkalım oranı %90'lara yaklaşmakta iken; ileri evrede tanı konan tümörlerde ise sağkalım oranı %15-25'dir (3). Kemo-radyoterapi alanındaki gelişmelere rağmen mide kanseri tedavisinin esasını cerrahi oluşturmaktadır. Mide tümörünün salim cerrahi sınırlar ile çıkarılması en önemli prognostik faktördür (2).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya; İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1998-Aralık 2008 tarihleri arasında histopatolojik olarak mide adenokarsinom tanısıyla yatırılan toplam 172 hasta (130 erkek, 42 kadın) alındı. Prognostik faktörlerden yaş, tümör yerleşimi, boyutu, makroskopik tipi, operasyon şekli ve lenf metastazının beş yıllık sağkalım üzerine etkilerini inceledik.

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, yüzde) yanı sıra niteliksel olan ve normal dağılım

gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $P<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya mide kanseri tanısı almış 172 hasta alındı. Ortalama izlem süresi 46 ay (37- 65) idi. Hastaların 130 (%75,5)'u erkek (E); 42 (%24,5)'si kadındı (K). E/K oranı 3,09 olarak bulundu. Hastaların yaş ortalaması 58,3 (26-80) (yıl) idi. Hastaların çoğunluğu 46-69 yaş aralığındaydı (%65,4). En sık görülen semptom epigastrik ağrı, hazımsızlık 71 hastada (%41,2) gözlemlendi. Diğer semptomlar sırasıyla; kilo kaybı 41 hastada (%23,8), yutma güçlüğü 20 hastada (%11,6), kusmuk veya gaitada kanama 20 hastada (%11,6), bulantı-kusma 13 hastada (%7,6) ve halsizlik 7 hastada (%4,2) gözlemlendi. Tümör yerleşimine bakıldığında; en sık yerleşim yerinin 82 hastayla (%47,6) mide korpusu olduğu görüldü. 51 hastada (%29,6) antrumda, 30 hastada (%17,5) kardiyada ve 9 hastada (%5,3) ise tümör tüm mideye yayılmıştı. Adenokarsinom saptanan 172 hasta, mide karsinomunun invazyon derecesine göre değerlendirildiğinde 157 (%91,3) hastanın ileri evre mide kanseri; 15 hastanın (%8,7) ise erken evre mide kanseri olduğu tespit edildi. İleri evre mide kanseri tanısı alan 157 hasta, tümörün makroskopik tipine göre Borrmann sınıflaması(3) ile gruplandırıldığında; ülsero-infiltratif tip 66 hastada (%42,2), ülseratif tip 60 hastada (%38,2), polipoid tip 18 hastada (%11,4) ve diffüz infiltratif tip 13 hastada (% 8,2) saptanmıştır. Tümör boyutları üç grup halinde sınıflandırıldı. Tümör boyutu 3 cm'den küçük olan 26 hasta (%15,2); 3-6 cm arası 36 hasta (%20,9) ve 6 cm'den büyük olan 110 hasta (%63,9) mevcuttu. N1 lenf diseksiyonu 69 (%50) hasta, N2 lenf diseksiyonu 48 (%34,8) hasta, N3 lenf diseksiyonu 21 (%15,2) hastaya uygulandı. Hastaların 34'ü (%19,8) inoperabl

kabul edilip ameliyat edilmezken; 78'ine (%45.4) total; 60'ına (%34,8) ise subtotal gastrektomi uygulandı. TNM sınıflandırmasına göre hastaların 18'i Evre-1, 76'sı Evre-2, 17'si Evre-3 ve 61 hastada Evre-4'te idi. Opere edilen 138 hastada postoperatif mortalite saptanmadı. Yirmi sekiz hasta (%20.3) tekrar opere edildi; bu hastalardan 15'i anastomoz kaçağı nedeni ile, 10 hasta inatçı alkalen reflü gastriti nedeni ile, 3 hasta kanama nedeni ile opere edildi. Ameliyat edilenlerden 119'una (%86.2) ve yaygın metastazları nedeniyle ameliyat edilmeyen 34 hastaya radyokemoterapi uygulandı. 19 hasta ise sosyal nedenlerden dolayı ek tedavi almak istemedi.

Hastaların sağ kalım süreleri <1 yıl, 2 yıl ve 5 yıl olmak üzere üç grup halinde değerlendirildi. Hastalardan 80'inin (%46,6) sağ kalımı 1 yıldan az olarak saptandı. 2 yıllık sağ kalımı 63 hasta (%36,6) ve 5 yıllık sağ kalımı 29 hasta (%16,8) vardı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sağ Kalım Sürelerine Göre Dağılımı

Sağkalım (Yıl)	OS (%)
<1	80 (46,6)
2	63 (36,6)
5	29 (16,8)
OS: olgu sayısı:	172

Çalışmaya katılan 45 yaş ve altında 27 hasta, 46-69 yaş arası 114 hasta ve ≥ 70 yaş toplam 31 hasta vardı. Yaş grupları ile sağ kalım oranları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,367$) (Tablo 2).

Tablo 2. Yaş gruplarına göre sağ kalım

Yaş grubu	Sağkalım süresi			Toplam	*P
	<1 yıl S (%)	2 yıl S (%)	5 Yıl S (%)		
≤ 45	14 (51,8)	7 (25,9)	6 (22,2)	27	0,367
46-69	54 (47,3)	40 (35,1)	20 (17,5)	114	+13
≥ 70	13 (41,9)	15 (48,3)	3 (9,6)	31	-8

S: sayı

Hastaların tümör yerleşimine göre sağ kalımları değerlendirildiğinde; korpus yerleşimli 82 hasta, antrum yerleşimli 51 hasta, kardiya yerleşimli 30 hasta ve tümörü tüm mideye yayılmış olan toplam 9 hasta vardı. Tüm mideye yayılmış tümörü olan hastaların

sağ kalım süreleri; diğer tümör yerleşimli hastaların sağ kalım süresinden kısa olduğu; antrum yerleşimli tümöre sahip hastaların sağ kalım süresi ise diğer tümör yerleşimli hastaların sağ kalım süresinden uzun olduğu saptandı ($p=0,006$) (Tablo 3).

Tablo 3. Tümör Yerleşimine Göre Sağkalım

	Sağkalım süresi			Toplam	*P
	<1 Yıl S (%)	2 Yıl S (%)	5 Yıl S (%)		
Tümör Yerleşimi					0.006
Kardiya	14 (46,6)	12 (40)	4 (13,4)	30	
Korpus	37 (45,2)	30 (36,5)	15 (18,3)	82	
Antrum	22 (43,2)	19 (37,2)	10 (19,6)	51	
Tüm mideye invaze	8(88,9)	1 (11,1)	0	9	

S: sayı

Mide tümörleri makroskopik tipine göre sınıflandırılacak olursa; polipoid tümörü olan toplam 18 hasta, ülseratif tipte tümörü olan 60 hasta, ülsero-infiltratif tipte tümörü olan 66 hasta ve diffüz infiltratif tipte tümörü olan 13 hasta vardı. Makroskopik tipe göre 5 yıllık sağ kalım oranları karşılaştırıldığında; polipoid tipte lezyonu olan hastaların sağ kalım süreleri diğer hastalardan uzun; diffüz-infiltratif ve ülsero-infiltratif tipte lezyonu olan hastaların sağ kalımları ise diğer hasta gruplarından kısa bulunmuştur ($p=0,043$) (Tablo 4).

Tablo 4. Tümörün Makroskopik Tipine Göre Sağkalım

Lezyon Tipi	Sağkalım Süresi			Toplam	*P
	<1 Yıl S (%)	2 Yıl S (%)	5 Yıl S (%)		
Lezyon Tipi					0.043
Polipoid	6 (33,3)	7 (38,9)	5 (27,8)	18	
Ülseratif	21 (35)	26 (43,4)	13 (21,6)	60	
Ülsero-İnfiltratif	34 (51,5)	20 (30,4)	12 (18,1)	66	
Diffüz infiltratif	10 (76,9)	1 (7,6)	2 (15,3)	13	

S: Sayı

Tümör boyutu ≤ 3 cm olan toplam 26 hasta, tümör boyutu 3-6 cm arası olan toplam 36 hasta ve tümör

boyutu ≥ 6 cm olan 110 hasta vardı. Tümör boyutlarına göre 5 yıllık sağ kalım oranları karşılaştırıldığında; tümör boyutu ≤ 3 cm olan hastaların ve tümör boyutu 3-6 cm arası olan hastaların sağkalım süreleri; tümör boyutu ≥ 6 cm olan hastalardan uzun olduğu saptandı ($p = 0,024$) (Tablo 5).

Tablo 5. Tümör Boyutlarına Göre Sağkalım

	Sağkalım Süresi			Toplam	*P
	<1 Yıl S (%)	2 Yıl S (%)	5 Yıl S (%)		
Tümör Boyutu (cm)					0.024
≤ 3	12 (46.2)	7 (26.9)	7 (26.9)	26	
3-6	11 (30.6)	16 (44.4)	9 (25)	36	
≥ 6	57 (51.8)	39 (35.5)	14 (12.7)	110	

S: sayı

N1 lenf diseksiyonu 85 hasta, N2 lenf diseksiyonu 59 hasta, N3 lenf diseksiyonu 28 uygulandı. Lenf metastazı olan 134 hasta ve metastazı olmayan 38 hasta vardı. Lenf metastazına göre 5 yıllık sağkalım oranları karşılaştırıldığında; lenf metastazı olan hastaların sağkalım süreleri metastazı olmayan hastalardan anlamlı şekilde kısa bulunmuştur ($p= 0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Lenf Metastazı Varlığına Göre Sağkalım

	Sağkalım Süresi			Toplam	*P
	<1 Yıl S(%)	2 Yıl S(%)	5 Yıl S(%)		
Lenf metastazı					0.001
Var	70 (52.2)	50 (37.3)	14 (10.4)	134	
Yok	9 (23.7)	13 (34.2)	16 (46.1)	38	

Operasyon tipine göre sağkalım oranı değerlendirildiğinde; inoperabl olan toplam 34 hasta, total gastrektomi yapılan 78 hasta ve subtotal gastrektomi yapılan 60 hasta vardı. İnoperabl olan hastaların sağ kalım süreleri opere olan hastalara göre anlamlı şekilde kısa bulunmuştur. Opere olan hastalardan total gastrektomi yapılanların sağkalım süresi; subtotal gastrektomi yapılanların sağkalım süresinden anlamlı şekilde kısa bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 7).

Tablo 7. Operasyon Şekillerine Göre Sağkalım

	Sağkalım Süresi			Toplam	*P
	<1 Yıl S(%)	2 Yıl S(%)	5 Yıl S (%)		
Operasyon şekli					0.001
Subtotal gastrektomi	19 (31.7)	24 (40)	17 (28.3)	60	
Total gastrektomi	28 (35.9)	37 (47.5)	13 (16.7)	78	
İnoperabl	33 (97.1)	1 (2.9)	0	34	

Tablo 8. Hastaların TNM Evresi

Evre	Olgu Sayısı	%
1	18	10.5
2	76	44.2
3	17	9.9
4	27 (operabl)	15.6
	34 (inoperabl)	19.8

TARTIŞMA

Mide kanseri dünyada en sık insidans ve mortaliteye sahip ikinci kanserdir. (3) Özellikle son 50 yılda Avrupa ve ABD'de sıklığı ve mortalitesinde ciddi bir azalma görülmekle birlikte en yüksek insidansın ve mortalitenin olduğu bölgeler Doğu Asya (Japonya, Kore, Çin), Güney Amerika ve Doğu Avrupa'dır (3, 4). Erken evrede asemptomatik olması veya özel semptomlar göstermemesi nedeniyle genellikle ileri evrede tanı konur. İleri evre mide kanserinin bilinen kesin bir tedavi şeklinin olmaması nedeniyle kötü bir prognozu vardır. Ancak erken evrede yakalandığı zaman ise sağkalım oranları artmaktadır. Mide kanserinin Evre-1'de iken tanı konma oranları ABD'de %23 iken; Japonya'da ise %43'dür. Beş yıllık yaşam süresi erken tanı kadar, yapılan cerrahi girişim ve ek tedaviler ile de doğru orantılıdır. Mide kanserinde beş yıllık sağkalım Japonya'da %47,2 iken; Avrupa'da %22, Amerika'da ise %19'dur (3, 4, 6, 7).

Çalışmamızda; Avrupa ve Amerika'daki oranlara benzer şekilde hastaların %17'sinde beş yıllık sağkalım saptanmıştır. Hastaların %36,3'ünde iki yıllık sağkalım saptanırken, %46,7'sinde ise sağkalımın bir yıldan az olduğu görülmüştür. Kuşkusuz Japonya'daki sağkalım oranlarının uzun olması; mide kanseri tarama yöntemlerinin rutin olarak uygulanması sayesinde mide kanserinin erken teşhis edilmesine bağlıdır.

Mide kanseri erkeklerde daha sık görülmektedir. E/K oranı 2/1'dir. 40 yaşından önce nadir olarak görülen mide kanseri insidansı yaşla birlikte artarak, 60'lı yaşlarda en yüksek seviyesine ulaşır. Park ve ark.'nın mide kanserli 3362 hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastaların ortalama yaşı 57,1 ve E/K oranı 2/1olarak bulunmuştur (7). Nitta ve ark.'nın çalışmasında E/K oranı 2/1 olarak saptanmıştır (8). Çalışmamızda ise hastaların ortalama yaşı 58,3±12 (yıl) olarak bulunmuş olup E/K oranı 3/1'dir. Hastaların yaş gruplarına göre sağkalımları değerlendirildiğinde; yaş grupları ile sağ kalım oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Mide kanseri klinik belirti verdiğinde genellikle hastalar ameliyat şansını kaybetmiş olmaktadır (9). Bunun nedeni semptomlarının spesifik olmaması ve gastrit, ülser gibi gastrointestinal sistemin iyi huylu hastalıklarıyla karışmasıdır. Başlangıçta hastaların çoğunda epigastrik ağrı-hazımsızlık gibi özel olmayan yakınmalar vardır. Hastalık ilerledikçe kilo kaybı, yutma güçlüğü, bulantı-kusma, gastrointestinal sistem kanaması gibi semptomlar ortaya çıkar. Bu hastalarda yaşam şansı azalmaktadır (1, 9, 10). Amerikan Cerrahlar Koleji tarafından incelenen 18.000 hastada en sık görülen semptomların; kilo kaybı (%62), karın ağrısı (%52), bulantı-kusma (%34) olduğu bulunmuştur (11). Maconi ve ark.'nın çalışmasında dispepsi en sık semptom olarak belirtilmiştir (2). Bizim serimizde epigastrik ağrı-dispepsi (%41,2) en sık görülen semptom iken, kilo kaybı (%23,8) ikinci sık görülen semptom olarak bulunmuştur.

Son yıllarda mide 1/3 üst ve kardiya kanserlerinin insidansının arttığı gözlenmekle birlikte mide kanserinde antrum hala en sık yerleşim bölgesidir (12, 13). Nitta ve ark.'nın 379 mide kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada tümör en sık mide korpusunda (192 hasta, %50,6) saptanmıştır (8). Bizim hastalarımızda da korpus (% 47,6) en sık yerleşim yeri olarak bulunmuştur.

Tüm mideye yayılmış tümörlerin prognozunun diğer yerleşim yerlerine göre daha kötü prognozu olduğu; distal bölge tümörlerinin prognozunun ise proksimal bölge tümörlerinden daha iyi olduğu belirtilmiştir (14, 15). Serimizde; antrum yerleşimli tümörlerin en iyi 5 yıllık sağkalıma (%20,4) sahip olduğu, tüm mideye yayılmış tümörlerin ise en kötü sağkalıma sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Lenfatik yayılıma bakılmadan, mide mukoza ve submukozasında sınırlı olan adenokarsinoma Erken Evre

Mide Kanseri (EMK) denilmektedir. EMK ilk defa 1962 yılında Japon Mide Kanseri Araştırma Grubu tarafından tanımlanmıştır (18). Hastalığın beş yıllık sağ kalımı %90'ların üzerindedir. Japonya gibi mide kanserinin sık görüldüğü ülkelerde uygulanan tarama programları sayesinde EMK'nin tanı oranı %40'ları geçmektedir (19). Özçay N. ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada EMK oranı %5,2 olarak bulunmuştur (20). Bizim alışmamızda EMK oranı %8,7'dir. Japonya ile karşılaştırıldığında lkemizde EMK saptanma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Peptik ülser semptomları EMK tanısı için önemli bir ipucudur, ancak H2 reseptör blokerleri veya proton pompası baskılayıcılarının kullanımı ile kolaylıkla maskelenebilir. Bu yüzden, EMK'nin yavaş büyüme döneminde yakalanabilmesi için tıbbi tedaviye inat eden dispeptik yakınmalarında endoskopi mutlaka yapılmalıdır.

İlk olarak 1926 yılında Borrmann tarafından yapılan mide kanserinin makroskopik sınıflandırması bugün hala güncelliğini korumaktadır. Zhang ve ark.'nın yaptığı 2.613 mide kanserli hastanın cerrahi tedavi ve prognozu ile ilgili çalışmada; hastaların %64,4'ünün Borrmann tip-III (lsero-infiltratif tip) olduğu saptanmıştır (21). Bu çalışmada en sık karşılaşılan tümör tipi ülsero-infiltratif tiptir (%42,2). İnfiltratif tip kanserlerin prognozu, ülseratif tip kanserlere göre daha kötüdür. Ülsere lezyonların ağrı ve kanamaya sebep olması nedeniyle erken teşhis edilmesi prognozu olumlu yönde etkiler. Otsuji ve ark. infiltratif tipte yaşam sürelerinin belirgin şekilde kötü olduğunu belirtmişlerdir (22). Borrmann sınıflaması mide kanserinde prognostik bir faktör olup; Tip-III ve Tip-IV'de yaşam süreleri daha kısadır (23). Bizim serimizde; polipoid tipte lezyonu olan hastaların %27,8 ile en iyi beş yıllık sağkalıma sahip olduğu; ülsero-infiltratif ve diffüz-infiltratif tipte lezyonu olan hastaların ise sırasıyla %18.1 ve %15.3 ile en kötü beş yıllık sağkalıma sahip olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Mide kanserinde tümör çapı prognostik bir faktör olarak kabul edilmektedir. Tümör apı arttıkça sağkalım azalmaktadır (24). Zhang X. F. ve ark. 1498 hastayı tümör boyutlarına göre 3 gruba ayırarak tümör boyutu 3 cm'den küçük olan 146 hasta (%9,8), 3-6 cm arası 739 hasta (%49,3) ve 6 cm'den büyük 613 hasta (%40,9) teşpit etmişlerdir. Bu hastaların beş yıllık sağkalım oranları sırasıyla; 3cm ve daha küçük çapta tümörü olanların %53.1, 3-6 cm çapta tümörü olan hastaların %40,9, >6 cm tümörü olan hastaların %15.3 olarak bulunmuştur (21). Bizim alışmamızda hastaların %15,2'ünün tümör boyutu 3 cm'den küçük,

%20,9'unun tümör boyutu 3-6 cm arası ve %63,9'sinin tümör boyutu 6 cm'den büyüktür. Tümör çapı 6 cm'den büyük olan hasta grubunun daha çok olduğu görülmektedir. Dispeptik şikayetler, benin bir hadise olarak kabul edilip detaylı bir öykü alınmaması mide kanserlerinin geç tanı konmasına yol açmaktadır. Saito ve ark.nın kalıntı tümör bırakmadan rezeksiyon uyguladığı 1453 hastanın geriye dönük analizinde; tümör çapının sağkalım üzerine etkili bağımsız bir prognostik faktör olduğu, tümör çapı arttıkça sağ kalımın düştüğü belirtilmiştir (25). Çalışmamızda tümör çapı 3 cm'den küçük olan hastaların %26,9 ile en yüksek 5 yıllık sağkalıma sahip oldukları; tümör çapı 6 cm'den büyük olan hastaların %12,7 ile en düşük beş yıllık sağ kalıma sahip oldukları görülmektedir ($p<0,05$).

Lenf metastazı, Japon mide kanseri sınıflamasının ve TNM sınıflamasının önemli bir ölçütüdür (26). Lenfatik metastaz mide kanserinde prognostik bir faktör olarak kabul edilmekte ve metastazı olan hastaların sağkalım sürelerinin, metastazı olmayan hastalardan anlamlı derecede kısa olduğu bilinmektedir (10,27). Ertürk ve ark. serisinde mide kanseri tanısı almış hastaların %82'sinde lenf metastazı saptanırken; %18'inde metastaz saptanmamıştır (28). Kama ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmaya göre lenf metastazı olan 133 hastanın (%70) beş yıllık sağ kalımı %12,7; metastazı olmayan 57 hastanın (%30) beş yıllık sağ kalımı %54 olarak saptanmıştır (29). Serimizde lenf metastazı olan 134 hasta (%77,9) ve metastazı olmayan 38 hasta (%22,1) vardır. Lenf metastazı olan hastaların beş yıllık sağ kalım oranı (%10,4); metastazı olmayan hastaların beş yıllık sağkalım oranından (%46,1) daha düşüktür ($p<0,05$).

Mide kanseri cerrahisinde midenin ne kadarının çıkarılacağı önemli bir noktadır. Temiz cerrahi sınır elde etmek koşuluyla; tümör yerleşimine göre total veya subtotal gastrektomi yapmaya karar verilmelidir (30). Mide cerrahisinde rutin olarak total gastrektomi yapılmasını önerenler olmakla birlikte (31); tüm mide kanserlerine total gastrektomi yapılmasının morbiditeyi arttırdığı, fakat sağkalımı arttırmadığı savunular da vardır (32). Cenitagoya ve ark.'nın çalışmasında; 286 mide kanserli hastanın %22'si inoperabl kabul edilmiş ve bu hastalardan beş yıllık sağkalıma ulaşan olmamıştır. Opere olan hastalardan total gastrektomi yapılan hastaların beş yıllık sağkalımı %21; subtotal gastrektomi yapılan hastaların beş yıllık sağ kalımı %35 olarak saptanmıştır (33). Çalışmamızda; hastaların %45,4'sine total; %34,8'ine subtotal

gastrektomi uygulandı. Geriye kalan hastalar (%19,8) inoperabl kabul edildi ve pasaj problemi olanlara drenaj prosedürü uygulandı. Operasyon şekli ile beş yıllık sağkalım oranları değerlendirildiğinde; subtotal gastrektomili hastaların beş yıllık sağkalımı %27,4, total gastrektomili hastaların beş yıllık sağkalımı %16,7 iken inoperabl hastalardan beşinci yıla ulaşan olmamıştır. Serimizde subtotal gastrektomi uygulanan hastaların beş yıllık sağkalım oranının total gastrektomililerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde de tartışmalı olan bu konuda kesin sonuçlara varabilmek için geniş serili ileriye dönük rasgele çalışmalara gerek olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; kliniğimizde son on yılda tanı konan mide kanserli hastalar geriye dönük değerlendirildiğinde, verilerimizin literatürle uyumlu olduğu; ancak mide kanserini erken yakalama insidansımızın ve dolayısıyla beş yıllık sağ kalım oranlarımızın düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle tekrarlayan dispeptik yakınmaları olan hastalarda endoskopi gibi ileri inceleme yöntemlerinin erken dönemde kullanılmasının ve Japonya' da olduğu gibi ülkemizde de mide kanseri tarama programlarının rutin olarak uygulanmasının, mide kanserinin prognozu üzerine olumlu etkileri olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Heise Katy, Bertran E, Andia M. E. Ferreccio C. Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. *World J Gastroenterol*, 2009; 15: 1854-62.
2. Maconi G, Mones G, Porro GB. Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer. *World J Gastroenterol*, 2008; 14 (8): 1149:155.
3. Zhang X-F, Huang C-M, Lu H-S, Wu XY, Wang C, Guang GX, et al. Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2613 patients. *World J Gastroenterol*, 2004; 10 (23): 3405-08.
4. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Worldwide Patterns of cancer mortality. *Eur J Cancer*, 1999; 8: 381-400.
5. Saito H, Osaki T, Murakami D, Sakamoto T, Kanaji S, Tatebe S, et al. Effect of age on prognosis in patients with gastric cancer. *ANZ J Surg*, 2006; 76 (6): 458-61.
6. Göçmen E, Kocaoğlu H. Mide kanseri epidemiyolojisi. *T Klin J Surg*, 2000; 5: 161-2.
7. Park J. C, Lee Y. C, Kim J-H, Kim YJ, Lee SK, Hyung WJ, et al. Clinicopathological Aspects and Prognostic Value With Respect to Age: An Analysis of 3,362 Consecutive Gastric Cancer Patients. *J Surg Oncol*, 2009; 99: 395-40
8. Nitta T, Egashira Y, Akutagawa H, Edagawa G, Kurisu Y, Nomura E, et al. Study of clinicopathological factors associated with the occurrence of synchronous multiple gastric carcinomas. *Gastric Cancer*, 2009; 12: 23-30.
9. Ho Sb. Tumors of the Stomach & Small Intestine. In: Friedman SL, Mc Quaid KR, Grendell JH. *Current Diagnosis & Treatment*

- Gastroenterology. 2 nd. ed. New York: McGraw-Hill; 2003: 389-406.
10. Axon A. Symptoms and diagnosis of gastric cancer at early curable stage. *Best Pract. Res Clin. Gastroenterol*, 2006; 20 (4): 697-708.
 11. Wanebo HJ, Kennedy B, Chimiel J, Steele G Jr, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach: A patient care study by American College of Surgeons. *Ann Surg*, 1993; 218: 583-92.
 12. Corso G, Pedrazzani C, Marelli D, Pascale V, Pinto E, Roviello F. Correlation of microsatellite instability at multiple loci with long-term survival in advanced gastric carcinoma. *Arch Surg*, 2009; 144 (8): 722-7.
 13. Lamb P, Sivashanmugam T, White M, Irving M, Wayman J, Raimes S. Gastric cancer surgery- a balance risk and radicality. *Ann R Coll Surg Engl*, 2008; 90: 235-42.
 14. Pacelli F, Papa V, Caprino P, Sgadari A, Bossola M, Doglietto GB. Proximal compared with distal gastric cancer: multivariate analysis of prognostic factors. *Ann. Surg*, 2001; 67 (7): 697-703.
 15. Maekewa S, Saku M, Maehara Y. Surgical treatment for advanced gastric cancer. *Hepatogastroenterology*, 1996; 43: 178-86.
 16. Green F, Page P, Fleming I, et al. *AJCC cancer staging handbook*. 6 th edition. New York: Springer Verlag; 2002; 99-103.
 17. Khelifa HB, Sabbagh LC. Gastric lymphoma: Is the worldwide incidence rising?. *Gastrointest Endosc*, 2002; 56: 955-9.
 18. Japanese Research Society for gastric cancer. General rules for the gastric cancer study in surgery and pathology. *Jpn J Surg*, 1981; 11: 127-45.
 19. Fukutomi H, Sakita T. Analysis of early gastric cancer cases collected from major hospitals and institutes in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 1998; 5: 338-341.
 20. Özçay N, Gündoğdu H, Turhan N, et al. Erken mide kanseri: 14 yılda izlenen 60 olgunun sonuçları. *Ankara Cerrahi Dergisi*, 2002; 15: 105-12.
 21. Otsuji E, Yamaguchi T, Sawai K, Sakakura C, Okamoto K, Takahashi T. Regional Lymph Node Metastasis as a Predictor of Peritoneal Carcinomatosis in Patients With Borrmann Type IV Gastric Carcinoma. *Am J Gastroenterol*, 1999; 94: 434-7.
 22. Kitamura K, Beppu R, Anai H, Ikejiri K, Yakabe S, Sugimachi K, et al. Clinicopathologic Study of Patients With Borrmann Type IV Gastric Carcinoma. *J Surg Oncol* 1995; 58: 112-7.
 23. Wang X, Wan F, Pan J, Yu GZ, Chen Y, Wang JJ. Tumor size: a non-neglectable independent prognostic factor for gastric cancer. *J Surg Oncol*, 2008; 97(3): 236-40.
 24. Saito H, Osaki T, Murakami D, Sakamoto T, Kanaji S, Tatebe S, et al. Effect of age on prognosis in patients with gastric cancer. *ANZ J Surg*, 2006; 76 (6): 458-6.
 25. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma. 13th ed. *Gastric Cancer*, 1998; 1: 10-24.
 26. Di Martino N, Izzo G, Cosenza A, Vicenzo L, Monaco L, Torelli F, et al. Total gastrectomy for gastric cancer: can the type of lymphadenectomy condition the long-term results? *Suppl Tumori*, 2005; 4 (3): 84-5.
 27. Erturk M. S, Çiçek Y, Ersan Y, Sarıbeyoğlu K, Doğusoy G, Erginoz E, et al. Analysis of clinicopathological prognostic parameters in adenocarcinoma of the gastric cardia. *Acta Chir Belg*, 2003; 103 (6): 611-5.
 28. Kama N. A, Atlı M, Dağlar G, et al. Surgical Treatment of Gastric Cancer: 11-Year Experience. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2005; 25: 538-45.
 29. Hargrindk HH, van de Velde CJ, Putter H, Bonenkamp JJ, Klein Kranenbarg E, Songun I, et al. Extended Lymph Node Dissection for Gastric Cancer: Who May Benefit? Final Results of the Randomised Dutch Gastric Cancer Group Trial. *J Clin Oncol*, 2004; 22 (11): 2069-77.
 30. Oliveira FJ, Ferrao H, Furtado E, Batista H, Santos MS. Total gastrectomy for gastric adenocarcinoma. Analysis of 115 consecutive patients. *Hepato-gastroenterology*, 1999; 46: 2044-7.
 31. Bonenkamp JJ, Songun I, Hermans J, Sasako M, Welvaart K, Plukker JT, et al. Randomised comparison of morbidity after D1 and D2 dissection for gastric cancer in 996 Dutch patients. *Lancet* 1995; 345:745-8.
 32. Cenitagoya GF, Bergh CK, Klinger-Roitman J. A prospective study of gastric cancer. 'Real' 5-year survival rates and mortality rates in a country with high incidence. *Dig Surg*, 1998; 15 (4): 317-22.

İLETİŞİM

Op. Dr. Taylan Özgür SEZER
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD
35100/ İZMİR
Tel: (232) 390 40 20 – 50 23
Gsm: 0505 950 23 71

Başvuru : 25.08.2010
Kabul : 03.11.2010