

# MALİGN MİDE TUMÖRLERİ: 233 OLGUNUN ANALİZİ

## GASTRIC CANCER: ANALYSIS OF 233 CASES

Fehmi ÇELEBİ, Ahmet A. BALIK, M. İlhan YILDIRGAN, Kamil KÖSE, Hatip ADIGÜZEL

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

---

### Özet

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na yatırılarak opere edilmiş mide kanserli hastaların özelliklerini incelemek amacıyla 233 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların 177'si erkek, 149'u 50-70 yaş gurubunda olduğu görüldü. Geç dönemlerde doktora müracaat eden hastalarda en sık semptom sırasıyla kilo kaybı, kusma, dispeptik şikayetler, epigastrik ağrı ve halsizlik idi. Patolojik laboratuvar bulguları sıklık sırasına göre sedimantasyon hızında artış, hipoproteinemi ve anemi idi. Serimizde tanı genellikle geç evrelerde konulduğu için hastalarımızın ancak %20.2'ine küratif işlem yapılabilirdi. Mevcut veriler ülkemizde mide kanseri tanısının hala geç dönemlerde konulduğunu göstermektedir. Bu da küratif tedaviyi imkansız kılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** *Kanser, Mide, Cerrahi tedavi*

---

### Summary

The reports of 233 patients, who were treated for gastric cancer at Department of General Surgery Atatürk University-School of Medicine, have been reviewed. Of the patients 177 were male, and 149 aged between 50-70 years. Weight loss, vomiting, dyspeptic symptoms, epigastric pain and fatigue were the most common complaints in patients who were admitted to hospital in late stages. High sedimentation rate, hypoproteinemia and anemia were the most common laboratory findings. Of the patients only 20.2% were undergone curative surgery because of late admittance to hospital. Like most of the countries, in Turkey, diagnosis of the gastric cancer still delay until late stages, and it cause decrease in rate of curative treatment.

**Keys words:** *Cancer, Stomach, Surgical treatment*

**Tablo 1. Olguların Yaşa Göre Dağılımı**

yaş dağılımı	n	%
0-20	0	0
21-30	3	1,2
31-40	13	5,5
41-50	42	18,2
51-60	71	30,4
61-70	78	33,4
71-80	25	10,8
80 üstü	1	0,47

## Giriş

Mide kaynaklı tümörlerin %95'i malign'dir (1,2). Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen mide kanserleri için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar; A kan grubu, pernisiyöz anemi, siyah ırk, erkek cins, yaşlılık (7. ve 8. dekatlarda sık), mide polipleri, safra reflüsüyle beraber olan kronik gastrittir. Ayrıca benign hastalıklar nedeniyle uygulanan mide operasyonlarından sonra mide kanseri gelişme riski artmaktadır (3-5). Mide kanseri 30 yaş altında çok nadir görülmektedir. Mide kanseri çok yaygın olmasına rağmen özellikle Japonya, Finlandiya, Şili, Kolombiya gibi kıyı ülkelerinde siktir. Buralarda tütülenmiş balık, tuzlanmış et, sebze turşuları, soya tüketimi fazladır.

Amerika'ya göç eden ve batı tipi diyetle alışan Japonlar'da iki nesil sonra mide kanseri insidansı on kez azalmaktadır (1,2). Mide tümörlerinin %95'ini glandüler ve mukozal epitelden çıkan adenokarsinomlar, %4'ünü non-hodgkin lenfomalar, %1'ini leiomyosarkomlar oluşturur (1-3). Karsinomlar en sık midenin antrum ve distal korpus kısmında yerleşirler (2). Mide kanserleri histolojik veya morfolojik tipine bağlı olmaksızın agresif malign seyirlidir. Erken dönemde lenf nodlarına, pankreasa, transvers kolona ve karaciğere yayılım gösterirler (1,2). Mide kanserinde erken teşhis çok önemlidir. Japonya dışında, midenin malign tümörleri genellikle ilerlemiş evrede yakalanırlar (1,2). Lenf nodu metastazı içermeyen erken mide kanserleri yüksek oranda kürabl iken, ilerlemiş mide kanserlerinin prognozu kötüdür (6). Tanı yöntemlerinin en önemlilerinden biri baryumlu üst gastrointestinal sistem (G.İ.S) grafisidir ve %80'den fazla teşhis koydurur. İnce baryumla yapılan çift kontrast üst G.İ.S grafilerinin hassasiyeti %90'dan iyidir.

Son yıllarda fiberoptik endoskoplarla yapılan direk gözlemlerle, deneyimli ellerde bu oran %98'e yaklaşmıştır (3,6).

**Tablo 2. Semptomlar, Muayene ve Patolojik Laboratuvar Bulguları**

semptom ve bulgular	n	%
kilo kaybı	163	69,9
kusma	133	57,0
dispepsi	99	42,4
epigastrik ağrı	96	41,2
halsizlik	92	39,4
iştahsızlık	42	18,0
yutma güçlüğü	27	11,5
melana	11	4,7
perforasyon	5	2,1
hematemez	5	2,1
asemptomatik	2	0,8
kaşeksi (zayıflama)	159	68,2
epigastrik hassasiyet	136	58,3
epigastrik kitle	40	17,1
asit	21	9,0
Virchow nodülü	10	4,2
blummer rafı	5	2,14
sedimentasyon hızı(15 mm/saat >)	139	59,6
hipoproteinemi (6 mg/dl<)	126	54,0
anemi (Htc. %35<)	114	48,9
karaciğer fonksiyonlarında yükselme(SGOT-SGPT)	66	28,3
gaitada gizli kan	61	26,1

**Tablo 3. Kanser Yerleşimi**

yerleşim yeri	n	%
antrum	128	55,0
korpus	62	26,6
kardia	21	9,0
fundus	13	5,5
yaygın	9	3,9

### Hastalar ve Yöntem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.'nda Ocak 1987-Ocak1998 tarihleri arasında mide kanseri tanısıyla opere edilen 233 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar, cins ve yaş dağılımları, semptomları ve fizik muayene bulguları, kan gurubu, laboratuvar bulguları, kanserin yerleşim yerleri, uygulanan operasyon ve postoperatif komplikasyonlar yönüyle incelendi. TNM sınıflamasına göre evrelendi. Tanıda faydalanılan yöntemler ve kanserlerin histopatolojik tipleri tesbit edildi.

### Sonuçlar

Olguların 177'i (%76) erkek ve ortalama yaş 53 olup en küçük 27, en büyük 86'dır. Olguların %93'ü 40 yaş üzerindedir (Tablo I). Olgularımızda semptomlar sıklık sırasına göre kilo kaybı, kusma ve dispeptik şikayetlerden yakınır iken, fizik muayene ve patolojik laboratuvar bulguları da sırasıyla kaşeksi, sedimantasyon hızında artış, epigastrik hassasiyet, hipoproteinemi ve anemi olarak sıralandığı saptandı (Tablo II). Olgularımızda mide tümörlerinin en sık antrumda yerleştiği saptandı (Tablo III). Olgulara uygulanan operasyon türleri ve postoperatif komplikasyonlar tablo IV'de ve tümörlerin TNM sınıflamasına göre evrelemesi tablo V'de gösterilmiştir. Olgularımızın %48'inde (112 hasta) A kan gurubu, %35.2'sinde (82 hasta) O kan gurubu, %9.5'inde (22 hasta) B kan gurubu ve %7.3'ünde (17 hasta) AB kan gurubu mevcut idi.

### Tartışma

Mide kanseri tüm dünyada majör cerrahi problemlerden biri olmaya devam etmektedir (7-9). Prognoz kötü olup beş yıllık sürvi oranı %11-12 civarındadır (1,9,10). Bu da tüm kanserlerde olduğu gibi mide kanserinde de erken tanıyı ön plana çıkarmaktadır. Bulgularımız incelendiğinde literatür bilgileri ile paralellik göstererek mide kanserlerinin ileri yaşta, erkeklerde, geç evrede ve adeno kanser yapısında karşımıza çıkmaktadır. Tanıda geçikmenin bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de mide kanserli hastaların kaderi olduğu görülmektedir. Olgularımızın

yaklaşık %79.8'i evre III ve evre IV'de yakalanabilmiştir. Tanıdaki bu geçikmenin en önemli sebeplerinden biri erken mide kanserinde yakınmaların nonspesifik olması ve G.İ.S'in diğer hastalıkları ile karışmasıdır (1,10-12). Ayrıca hastalar doktora geç müracaat etmekte ve ilk müracaat aşamalarında endoskopi ve çoğu yerde üst GİS grafleri bile rutin kullanılmamaktadır. Böylece son merkez niteliğinde olan tıp fakültelerine müracaat eden hasta ancak geç evre mide kanseri ile yakalanabilmektedir. Kilo kaybı, iştahsızlık, karın ağrısı, G.İ.S kanaması gibi şikayetler daha çok ilerlemiş mide kanserinde görülür (10,13). Serimizde hastaların büyük çoğunluğunda kilo kaybı, kusma, dispeptik şikayetler ve epigastrik ağrı en sık şikayetler olup iki yılı aşkın bir süre ile mevcuttu. Olgularımızda kadın/erkek oranı 1/3 olarak tesbit edilmiştir. Amerikan Kanser Derneği'ne göre ise bu oran 1/1.6 dır (14). Bizim serimizde bu oran erkek lehine bir kat daha yüksek durmaktadır. Mide kanserlerinde fizik muayene bulguları nonspesiftir. Serimizdeki hastalarda fizik muayenede en sık kaşeksi (%68.2) ve epigastrik hassasiyet (%58.3) saptadık. Spesifik olmayan laboratuvar bulguları içinde en sık sedimantasyon artışı (%59.6) ve hipoproteinemi (%48.9) oranında mevcuttu. Yine literatürle uyumlu olarak mide kanseri en sık A gurubu (%48) kan taşıyanlarda mevcuttu. Oysa Japonya gibi bazı ilerlemiş ülkelerde tanı ve taramaya yönelik gelişmeler sayesinde hastaların %36'sı evre I ve evre II'de yakalanabilmekte ve 5 yıllık sürvi %75'lere ulaşabilmektedir (1,10). Bizim serimizde evre I-II olgularımızın oranı ancak %20.2 dir. Mide kanseri tanısında baryumlu üst G.İ.S grafleri kullanılmakla beraber özellikle erken mide kanseri tanısı için fiberoptik gastroskopiler özellikle riskli hastalarda rutin tarama şeklinde kullanılmalıdır.

**Tablo 4. Uygulanan Operasyon Şekli ve Postoperatif Komplikasyonlar**

operasyon-komplikasyon	n	%
subtotal gastrektomi	74	31,8
bypass	56	24,0
eksploratif laparotomi	44	18,9
total gastrektomi	27	11,6
radikal subtotal gastrektomi	20	8,6
tüp gastrotomi	12	5,1
yara enfeksiyonu	33	14,1
akciğer problemleri (emboli, pnömoni vb)	21	9,0
fistül	6	2,5
karın içi enfeksiyon	4	1,7
ölüm	21	9,0

**Tablo 5. TNM Sınıflamasına Göre Olguların Dağılımı**

evre	n	%
I	2	0,9
II	45	19,3
III	91	39,0
IV	95	40,8

Bu yöntemle alınacak multipl biyopsilerin histopatolojik değerlendirilmesi oldukça yüksek sensitivite ve spesivitesi vardır (7,10,15). Bizim olgularımızın %97'sine üst G.İ.S. endoskopisi yapılmış ve tanı alınan biyopsiler ile konmuştur. Olgularımızda endoskopik biopsi ile elde edilen histopatolojik sonuçlar daha sonra operasyonda alınan biyopsilerle ve rezekte edilen dokuların histopatolojik değerlendirilmesi ile doğrulandı. Histopatolojik olarak literatüre uygun olarak en çok adenokanserlerle karşılaştık (1,2,15). Son yıllarda çeşitli yayınlarda proksimal gastrik kanser insidansının arttığı bildirilmiştir (1,11). Ancak bizim olgularımızda proksimal gastrik kanser (kardia ve fundus) sadece %14.5 civarında tespit edilmiştir. Olgularımızda tümör yeleşim yeri antrumda %55 ve korpusta %26.6 oranında saptandı (1,2,15). Olgularımızın sadece %20.2'si erken evrede yakalanabilmiş ve küratif cerrahi işlem sadece 47 hastada uygulanabilmiştir. Bu birçok merkezde bildirilen %40-60 küratif işlemin oldukça altında bir orandır (13,15,16). Bizim serimizde bunun muhtemel nedeni hastaların sosyo kültürel ve sosyo ekonomik seviyelerinin düşük olmasına bağlı geç müracaat ile izah edilebilir. Japonya'da yapılan çalışmalarda lenf nodu metastazı olan olgularda uygun diseksiyon ile 5 yıllık sürvinin % 18'lerden %39'a çıkarıldığı bildirilmiştir (10). Yine başka bir çalışmada radikal lenf nodu diseksiyonunun sürvide %5'lerden %30'lara varan oranda bir uzama sağladığı bildirilmiştir (10,17). Bizim serimizde küratif işlem yaptığımız vakaların yarısına lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Diğer vakalarda palpabl lenf nodu saptanamamıştı. Ancak takipteki çeşitli problemler nedeniyle sürvi üzerindeki etkisini bilemiyoruz.

Sonuç olarak; mide kanserinde erken tanı için dispeptik şikayetlerle müracaat eden ileri yaş ve risk

grubundaki hastaların iyi araştırılması gerekmektedir. Erken tanıyı geciktiren ve prognozu kötüleştiren faktörlerin başında hastaların şikayetlerini önemsememesi ve doktora geç müracaat etmesi yanında sağlık kurumlarının teknik donanım yetersizliği gelmektedir. Toplum bilinçlendirilmeye çalışılmalı, rutin tarama programlarının yapılamadığı durumlarda, en azından mide şikayetlerinde endoskopi veya iyi çekilip iyi yorumlanan üst GİS grafler rutin kullanıma sokulmalıdır. Böylece mide kanselerinde erken tanı ve küratif tedavi şansımızın artacağı kanaatindeyiz.

### Kaynaklar

1. Hanks JB, Jones RS, Minasi JS. Tumors of the stomach and duodenum. In Zuidema GD. (ed) Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 4th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders 1996: 88-96
2. Hendricks JC. Malignant tumors of stomach. Surg Clin North Am 1986; 66: 683-693
3. Moody FG, Miller TA. Stomach. In Schwartz SI, Shires T, Spencer F(eds). Principles of Surgery. 6th Ed New York: 1994; 1123-1152
4. Orlando R, Welch JP. Carcinoma of the stomach after gastric operation. Am J Surg 1981;141:487-491
5. Dougherty SH, Foster CA, Eisenberg MM. Stomach cancer following gastric surgery for benign disease. Arch Surg 1982; 117: 294-297
6. Smith JW, Brennan MF. Surgical treatment of gastric cancer. Surg Clin North Am 1992; 72: 381-399
7. Longo WE, Zucker KA, Zidon MJ. Detection of early gastric cancer in an aggressive endoscopy unit. Ann Surg 1989; 55: 100-104
8. Cady B, Ramsden DA, Stein A, Haggitt RC. Gastric cancer. Am J Surg 1977; 133: 423-429
9. Adashek K, Sanger J, Longmire WP. Cancer of the stomach. Ann Surg 1979; 189: 6-10
10. Farley DR, Donohue JH. Early gastric cancer. Surg Clin North Am 1992; 72: 401-421
11. Meyers WC, Damiano RJ, Postlethwait RW, Rotolo FS. Adenocarcinoma of the stomach. Ann Surg 1987; 205: 1-8
12. Lawrence M, Shiu MH. Early gastric cancer: Twenty- eight-year experience. Ann Surg 1991; 213: 327-334
13. Bringaze WL, Chappius CW, Cohn I, Correa P. Early gastric cancer 21-year experience. Ann Surg 1986; 204:103-107
14. Dinçtürk. Epidemiyoloji. Mide Kanseri. Dinçtürk C (ed). Ankara: TTK Basımevi, 1989: 24-39
15. Scott HW, Longmire WP Jr, Gray FJ. Carcinoma of the stomach. In Scott HW, Sawyers JL (eds). Surgery of the stomach, Duodenum, and Small Intestine. 2th Ed. Boston: Blackwell 1992: 333-360
16. Yan C, Brooks JR. Surgical management of gastric adeno- carcinoma. Am J Surg 1985; 149: 771-774
17. Behrns KE, Dalton RR, Heerden JA, Sarr MG. Extended lymph node dissection for gastric cancer. Surg Clin North Am 1992;72: 433-443

### Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr.Fehmi ÇELEBİ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum