

PEPTİK ÜLSER İÇİN YAPILAN AMELİYATLARDAN SONRA
ORTAYA ÇIKAN MİDE KARSİNOMU VE TANIDA
ENDOSKOPİNİN ROLÜ*

Dr.A.Naki Ulusoy**

ÖZET

Benign gastroduodenal hastalıklar için yapılan rezeksiyondan 15-30 yıl sonra geride kalan midede gelişen karsinom insidensi, son 30 yıldır, özellikle Avrupa sağlık merkezlerinden yapılan yayınlarda artan oranlarda bildirilmektedir. Bu çalışmamızda, daha önce peptik ülser nedeniyle ameliyat edilmiş olgular arasında mide artığı karsinomları gastroskopi ve biyopsi incelemeleri ile araştırıldı. Ocak, 1986 ile Ekim, 1988 tarihleri arasında, mide ameliyatı üzerinden ortalama 24.4 yıl geçen 12 olguda yaptığımız araştırma sonunda 2'sinde mide artığı karsinomu tesbit edildi ve bu yazımızda sunuldu. Ayrıca Ocak, 1986 ile Ekim, 1988 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda gastroskopik biyopsi ile tanı koyduğumuz 51 mide karsinomlu olgu gözden geçirildi. Bunlar arasındaki mide artığı karsinomu prevalansı araştırıldı ve literatürdeki yayınlarla karşılaştırıldı. Sonunda: (1) Mide artığı karsinomuna rutin endoskopik kontroller ile erken tanı konulabilir ve böylece rezeke edilebilir karsinom sayısı artar, (2) postoperatif 10.yıldan itibaren, birer yıl aralıklarla endoskopik kontroller yapılmalıdır, (3) mide artığı karsinomunun tanısında üst gastrointestinal sistemin baryumlu radyolojik incelemelerinden çok daha doğru sonuç verdiğiinden gastroskopik biyopsi öncelikle tercih edilmelidir kanaatine varıldı.

SUMMARY

GASTRIC CARCINOMA FOLLOWING OPERATION FOR PEPTIC ULCER DISEASE
AND DIAGNOSTIC ROLE OF GASTROSCOPIC SCREENING

During the last 30 years, especially from European Centers, have noted the increased incidence of gastric remnant carcinoma

* Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

appearing 15 to 30 years after partial gastrectomy for both duodenal and benign gastric ulcers. In this study, to detect formation of this cancer in patients having undergone this operation, we initiated a screening protocol using flexible gastroscopy, and biopsy. From January 1986 to October 1988, 12 patients underwent gastroscopy and biopsy with a median postoperative interval of 24.4 years. Through screening, two remnant carcinomas were found, and reported here. In addition, 51 cases of gastric carcinoma, who have been diagnosed with gastroscopy and biopsy at our surgical department, from January, 1986 to October, 1988, were reviewed to determine the prevalence of gastric remnant carcinoma, and to compare our experience with that of others.

We conclude that (1) routine gastroscopy leads to earlier detection and a higher rate of resectability if gastric remnant carcinoma is found, (2) yearly screening should be performed after a ten year postresection interval, and (3) gastroscopic biopsy is more accurate than upper gastrointestinal tract barium contrast studies and should be used preferentially to identify gastric remnant carcinoma.

Key words : Peptic ulcer, gastric carcinoma - Endoscopy.

Anahtar kelimeler : Peptik ülser, Mide karsinomu, Endoskopi.

Benign mide duodenum hastalıkları için yapılan rezeksiyondan sonra geride kalan midede ortaya çıkan karsinom ilk kez 1922 yılında Balfour tarafından tanımlanmıştır¹. 1950 yılına kadar mide cerrahisinin bu kompliasyonu nadir iken son 30 yıl içinde literatürde bildirilen olgu sayısı sürekli olarak artmış ve bugün mide artığı karsinomlu 2000'in üzerinde olgu rapor edilmiştir²⁻⁴. Billroth-II ve I tipi mide rezeksiyonu ile basit gastroenterostomi ve vagotomi-drenaj ameliyatlarından da sonra görülen bu karsinomun sayısı gastrektomi yapıları üzerinden 20-30 yıl geçen olguların sayısının gittikçe artması ve modern endoskopinin yaygın olarak uygulanması ile ilişkili olarak artmış ise de, çeşitli cerrahi girişimlerden sonraki sıklık oranları çok iyi bilinmemektedir⁵⁻⁹. İlk mide ameliyatı ile malign tümörün ortaya çıkması arasındaki ortalama süre 20 yıl dolayında olduğundan, ancak 15-30 yıl arasında takip süreleri içeren kontrollü, ileriye dönük çalışmalar ile bu konuda sağlıklı sonuçlar elde edilebilecektir.

Bu çalışmamızda, daha evvel peptik ülser nedeniyle ameliyat edilmiş olup son iki yıl içinde hastanemize çeşitli yakınmalarla başvuran olguların gastroskopik incelemeleri yapıldı, bunlar arasında saptadığımız 2 mide artığı karsinomu olgusu sunuldu. Ayrıca 1986-1988 yılları arasında anabilim dalımızda espit edilen mide karsinomu olguları gözden geçirilerek bunlar arasındaki mide artığı karsinomu prevalansı araştırıldı, literatürdeki yayınlarla mukayese edilerek tartışıldı.

OLGULAR VE METOD

Ocak 1986 - Ekim 1988 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda endoskopik biyopsi ve cerrahi materyallerinden, histopatolojik olarak mide karsinomu tanısı konulan olgular gözden geçirildi. Bunlar arasında daha önce benign gastroduodenal hastalık nedeniyle mide ameliyatı geçirenler araştırıldı. Yukarıki tarihler arasında çeşitli yakınmalarla kliniğimize başvuran hastalar arasında 5 yıldan daha uzun süre önce gastroduodenal peptik ülser nedeniyle ameliyat edilen hastalar gastroskopik olarak incelendi ve Şekil I'de belirtilen alanlardan çok sayıda biyopsiler alınarak histopatolojik değerlendirilmesi yapıldı.

Daha önce mide karsinomu ve benign mide tümörü nedeniyle ameliyat edilen olgular ile 5 yıldan daha kısa süre önce gastroduodenal peptik ülser nedeniyle cerrahi tedavileri yapılan olgularda saptanan mide karsinomları araştırma dışı bırakıldı. İlk mide ameliyatı benign gastroduodenal bir hastalık nedeni ile yapılan ve ilk ameliyatı üzerinden en az beş yıl geçen olgularda saptanan malign lezyonlar "primer mide artığı karsinomu" olarak kabul edildi.

BULGULAR

Ocak 1986 - Ekim 1988 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda fiberoptik gastroskopik biyopsi ile histopatolojik kesin tanı konulan 51 mide karsinomlu olgunun 2'sine (%3.9), mide ülseri nedeniyle daha önce subtotal gastrektomi ve gastrojejunostomi (Billroth-II) ameliyatı yapıldığı saptandı (Tablo I). Bu iki olgunun birisi kadın, birisi erkekti. İlk mide ameliyatlarının yapıldığı yaş ortalaması 33 (28,38) olup mide artığı karsinomu tanısının konulduğu yaş ortalaması 63 idi. İlk ameliyat ile mide artığı karsinomunun gelişimi arasında geçen süre ortalaması ise 30.5 yıl idi.

Ocak 1986 - Ekim 1988 tarihleri arasında kliniğimize çeşitli yakınmalarla başvuran hastalar arasında ortalama 24.4 yıl önce benign gastroduodenal hastalık nedeniyle mide ameliyatı geçiren 12 olgu saptandı. Bunlar arasında 2 olguda (%16.6) gastroskopik biyopsi ile mide artığı karsinomu saptandı. Bu olgulardan alınan endoskopik biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemelerinde intestinal metaplazi, kistik bez dilatasyonları, kronik atrofik gastritis, inflamatuvar polip gibi bulgulara da rastlandı. Bu olgulara ait bilgiler Tablo I'de özetlenmiştir.

Olgular

Olgu 1:

68 yaşında kadın hasta. Yutma güçlüğü yakınması ile hastanemize başvuran hastanın hikayesinden, 6 ay kadar önce besinleri yutma sırasında başlayan disfajinin gittikçe arttığı, son zamanlarda epigastrik ağrı, bulantı ve aralıklı safralı kusmalarının, iştahsızlık, halsizlik

ve kilo kaybının olduğu öğrenildi.

Özgeçmişinden, 30 yıl önce mide ülseri nedeni ile subtotal mide rezeksiyonu yapıldığı, 10 yıl önce tüberküloz lenfadenit tanısı ile tedavi gördüğü öğrenildi.

Fizik incelemede; vücut sıcaklığı 36.5°C, nabız 86/dk, arteriyel kan basıncı 140/80 mmHg idi. Deri ve konjunktivalar soluktu. Tiroid bezi difüz, minimal hiperplazikti. Karın muayenesinde, karaciğer, dalak palpe edilemedi, kitle tesbit edilmedi. Sol hipokondrium ve epigastrik bölge hassastı. Göbek üstü orta hat kesi izi mevcuttu.

Laboratuvar bulguları : Hemoglobün 8.7 gr/dl, Hematokrit %26, Lökosit 6600/mm³, sedimantasyon 48 mm/saat idi. Dışkıda gizli kan (guaiac testi) pozitif, periferik kan yaymasında eritrositler mikrositer ve hipokromik özellikteydi. Plazma total proteini %5.6 gr, Albümin %3 gr idi. Açlık kan şekeri, kan üre azotu, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri ve plazma elektrolitleri normal sınırlardaydı. HBsAG(-), kan grubu A, Rh pozitif. Üst gastrointestinal sistem radyolojik incelemesinde özafagus 1/3 orta bölümünde çekilme tipi divertikül mevcuttu. Subtotal mide rezeksiyonu (Billroth-II) yapıldığı belirlendi. Mide mukoza yapısı anastomoz çevresinde düzensiz ve kabalaşmıştı, anastomoz geçişi yeterliydi, getirici ve götürücü barsak anslarında radyolojik patolojik bulgu saptanmadı. Endoskopide, özafagus distal uçta 3 özafajit gastro-özafageal reflü gözlemlendi, mide artığı proksimal bölümünde mukoza atrofikti, rugalar kabalaşmıştı, safra ile boyanmıştı. Gastrojejunal anastomozun hemen proksimalinde, mide arka yüzde, küçük kurvatur tarafında nodüler görünüm, frajil lezyonla karşılaşıldı, çok sayıda alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesi sonucu iyi diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Daha sonra, sol paramedian göbek üstü kesi ile yapılan laparotomide: Karaciğer, lenfatik ve diğer karın içi yapılarında metastaza ait bulgular saptanamaması üzerine, distal özofajektomi, total gastrektomi splenektomi, omentektomi yapıldı. Hunt-Lawrence tipi özofago-jejunal rekonstrüksiyon, 40 cm. distale uç-yan jejunum-jejunostomi yapıldı. Cerrahi materyalin (Resim 1) histopatolojik incelemesinde: Mide müköler tabakası içine ilerleyen ancak serozaya ulaşmamış iyi diferansiye adenokarsinom ve tümör çevresi mide mukozasında kronik atrofik gastritis, intestinal metaplazi, gastrik bezlerde kistik dilatasyon saptandı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden, oral yeterli beslendiği gözlenen hasta postoperatif 12. gün taburcu edildi.

Olgu 2:

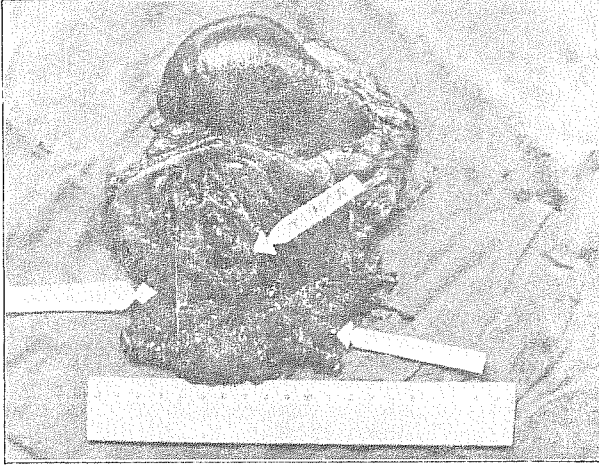
59 yaşında erkek hasta. Karnında şişlik yakınması ile başvuran hastanın hikayesinden, daha önce hiçbir yakınması yokken son bir yıldır yemeklerden sonra epigastriumun solunda dolgunluk, şişkinlik hissi, bulantı ve aralıklı regürjitasyonunun olduğu, 20 gün kadar önce de ayaksırtından başlayan şişliğin arttığı, son 10 gündür de karnında şişliğin olduğu, son bir yılda 10 kg. kadar zayıfladığı öğrenildi.

Tablo I: Daha Önce Benign Gastroduodenal Hastalık Nedeniyle Mide Ameliyatı Geçiren Olgulara Ait Endoskopik İnceleme Sonuçları.

Sıra No.	Yaş (yıl)	Cins	İlk mide ameliyatının gerekçesi ve tipi	İlk mide ameliyatı ile son endoskopik tanı arasında geçen süre (yıl)	Histopatolojik tanı.
1.	68	Kadın	M.Ü. B-II	30 yıl	İyi diferansiye adeno karsinom, kronik atrofik gastritis intestinal metaplazi, gastrik bezlerde kistik dilatasyon.
2.	59	Erkek	M.Ü. B-II	30 yıl	Kötü diferansiye adeno karsinom, intestinal metaplazi.
3.	63	Erkek	M.Ü. B-II	25 yıl	Kronik hipertrofik gastritis.
4.	67	Kadın	D.Ü. B-II	22 yıl	İntestinal metaplazi ve kronik iltihap.
5.	76	Erkek	D.Ü. G-E	27 yıl	Kronik ülser, intestinal metaplazi.
6.	62	Erkek	M.Ü. B-II	25 yıl	Kronik atrofik gastritis.
7.	55	Erkek	M.Ü. B-II	24 yıl	Hiperplastik gastritis intestinal metaplazi.
8.	70	Erkek	M.Ü. B-II	22 yıl	Akut gastritis.
9.	73	Erkek	M.Ü. B-II	19 yıl	İntestinal metaplazi, kronik inflamatuvar polip.
10.	56	Erkek	D.Ü. V+GE	17 yıl	İntestinal metaplazi, kistik bez dilatasyonu.
11.	53	Erkek	D.Ü. V+GE	18 yıl	Kronik atrofik gastritis.
12.	58	Kadın	M.Ü. B-II	33 yıl	Kronik ülser, atrofik gastritis.

M.Ü.: Mide Ülseri, D.Ü.: Duodenum Ülseri, B-II: Billroth-II,

V+GE: Vagotomi + Gastroenterostomi.



Resim 1: Birinci olgumuzun cerrahi materyalinde tümörün (Okla işaretli) makroskopik görünümü.

Özgeçmişinden; 1957 yılında (31 yıl önce) mide ülseri nedeniyle subtotal mide rezeksiyonu yapıldığı öğrenildi.

Fizik incelemede; vücut sıcaklığı 36°C , nabız 88/dk, arteriyel kan basıncı 110/60 mmHg idi. Toraks ön-arka çapı artmıştı. Karın bombeliği artmıştı, yüzeysel venler belirgindi. Epigastrium ve sol hipokondrium hassastı. Karaciğer, dalak palpe edilemedi. Kitle tespit edilmedi. Karın içi serbest sıvı mevcuttu. Pretibial üç pozitif, iz bırakan ödem vardı.

Laboratuvar incelemesinde: Hemoglobin 10,2 gr/dl, lökosit $5400/\text{mm}^3$, serum total proteini %5.8 gr., albümin %2.4 gr. idi. Kan grubu A, Rh pozitif, HBsAg(-), karaciğer fonksiyon testleri, plazma elektrolitleri normaldi. Akciğer grafisinde, aort topuzu belirgindi, bilateral diyafragma yükselmişti, kostofrenik sinüsler kapalıydı, artmış akciğer havalanması dışında parenkimal patoloji saptanmadı. Abdominal ultrasonografi ve komputere aksiyel tomografide karın içinde aşırı serbest sıvı dikkati çekiyordu, karaciğer, dalak, pankreas ve diğer karın içi organlarda patolojik bulgu saptanmadı, ancak paraaortik düzeyde konglomere lenf bezleri ile uyumlu yumuşak doku dansiteleri gözlemlendi. Üst gastrointestinal sistem grafilerinde, Billroth-II tipi mide rezeksiyonu yapılmış olduğu, mide kontüründe minimal düzensizliğe yol açan gastrik rugalarda kabalaşmanın olduğu, anastomoz hattı, gelen, giden barsak anslarının normal olduğu gözlemlendi (Resim 2). Özafagoskopide özofagusun distal bölümünde 3^o özofajitle uyumlu değişiklikler ve gastroözofageal reflü mevcuttu. Gastro-jejunal anastomozun mide bölümünün arka yüzünde mukozadan kabarık, kolay kanayan, nodüler tümöral lezyon ve üzerinde 0.7 - 1 cm. çaplı zemini



Resim 2: 2. Olgumuzun Üst G.İ. Sistem Radyolojik Tetkikinde mide artığı ve anostomoz bölgesinin görünümü.

nekrotik eksuda ile kaplı ülser gözlemlendi. Tümöral lezyon ve çevresinden alınan biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemesinde kötü diferansiye adenokarsinom ve intestinal metaplazi saptandı. Abdominal parasentezle elde edilen asidin tetkikinde: Dansite 1020, protein %4.6 gr., glikoz %37 mg., LDH %242 mg (normali %63-122 mg.), Rivalta pozitif idi. Sitolojik incelemede, lökosit lenfosit, histiyositler yanısıra hafif euzinofilik stoplazmalı, iri hiper kromatik çekirdekli (Klas IV) atipik hücreler gözlemlendi.

Mide artığı karsinomu tanısı ile cerrahi tedavisi planlanan hastanın bu tedaviyi kabul etmemesi üzerine 5-Fluorourasil ile kemoterapiye başlandı, kontrol muayenesi salık verilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere birçok ülkede son 20 yıldır primer mide karsinomu insidensi azalırken, benign gastroduodenal hastalıklar için yapılan rezeksiyondan sonra geride kalan midede gelişen karsinomun insidensi artmaktadır. Son 30 yıldır, özel-

likle Avrupa sağlık merkezlerinden yapılan yayınlarda mide artığı karsinomu insidensinin, kontrol olarak kullanılan rezeksiyon yapılmayan midelerde gelişen primer karsinom insidensinin yaklaşık altı katına yaklaştığı bildirilmektedir^{5,7-10}. Gittikçe artan sayılarda mide artığı karsinomunun saptanmasında, gastrektomi yapılışı üzerinden 20-30 yıl geçen olguların sayısının gittikçe artması ve modern endoskopinin yaygın olarak uygulanması en önemli faktörler olarak kabul edilmektedir¹¹⁻¹³. İlk mide ameliyatı ile mide artığında malign tümörün ortaya çıkması arasında geçen sürenin (latent periyod) 5 ile 50 yıl arasında değiştığı, ortalama 20 yıl olduğu bildirilmektedir^{12,14,15}. Bizim olgularımızda da bu süre ortalama 30.5 yıl olarak tespit edilmiştir.

Çeşitli klinik yayınlarda, gözlenen mide artığı karsinomu sayısının aynı süre içerisinde tedavi edilen primer mide karsinomlarının sayısı ile de ilişkili olduğu bildirilmektedir^{2,3,16}. Bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, primer mide karsinomları arasında, mide artığı karsinomu oranının %1.1 ile %7 arasında değiştığı görülmektedir^{1,3,6,17-21}. Bizim bu çalışmamızda bildirdiğimiz primer mide karsinomları içinde mide artığı karsinomu oranımız %3.9 olup literatürdeki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Mide artığında malign tümör gelişme sıklığı, olguların izlenme süresine, ölen hastaların sayısına, orijinal mide ameliyatının tipine, primer gastroduodenal hastalığın cinsine bağlı olarak değişmektedir. Helsingen ve arkadaşları²² Billroth-II rezeksiyonundan sonraki mide artığı karsinomu sıklığını %3.3 olarak bildirmişlerdir. 20-50 yıl önce mide rezeksiyonu yapılan 361 hastayı inceleyen Krause²³ bu olgular arasındaki mide artığı karsinom sıklığını %7.7, Grieser¹² ise %13.3 olarak bildirmiştir. Kuhlmyer²⁴, Hilbe²⁵, Stalsberg⁸ gibi diğer araştırmacılar ise, geniş otopsi serilerinin incelenmesi sonucunda rezeke midelerde karsinom gelişme eğiliminin %8.9 ile %10.7 arasında olduğunu bildirmişlerdir. Mide rezeksiyonundan sonra 5 ile 20.'nci yıllar arasında olguların %1.9 - %7.9'unda mide artığı karsinomu bulunurken, takibin 20.'nci yılından sonra sıklığın arttığı, 25.'nci yıldan sonra %20'nin üzerine çıktığı da bildirilmiştir^{15,23}. Biz de bu çalışmamızda, ortalama 24.4 yıl önce benign gastroduodenal hastalık nedeni ile ameliyat geçirmiş 53-76 yaşları arasındaki 12 olguda yaptığımız endoskopik inceleme sonunda %16.6 oranında mide artığı karsinomu saptadık. Olgu sayımızın azlığı nedeni ile bulduğumuz bu oran eleştiriye açıksa da, mide artığı karsinomu sıklığı ile takip süresinin uzunluğu arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemli kabul edilebilir kanısındayız.

Mide artığı karsinomunun sıklığı, ilk mide ameliyatının indikasyonunu teşkil eden benign hastalığın cinsi ve yapılan ameliyatın tipi ile de ilişkilidir: Mide ülseri nedeni ile rezeksiyon yapılanlarda, uzun dönemli, geriye dönük çalışmalarda, karsinom oranı %13.2 - 16 arasında saptanırken, duodenum ülseri nedeni ile yapılan rezeksiyonlardan sonra bu oran belirgin bir şekilde düşüktür^{12,15,25}. Mide ülseri için Billroth-I tipi rezeksiyon yapılan hastalarda mide artığı karsinomu oranı %6.6 - 8.3 arasında, Billroth-II tipinde ise %16.2 olarak

bildirilmiştir^{12,25}. Bizim sunduğumuz iki olgu da mide ülseri nedeni ile Billroth-II tipi rezeksiyon geçirmiştir.

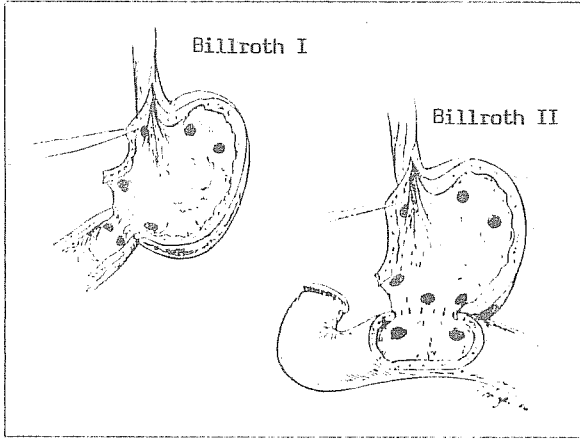
Parsiyel mide rezeksiyonu ve vagotomiden sonra fazla miktarda duodenum veya jejunum içeriğinin reflüsü ve artan gastrik bakteri florası mukoza bariyerinin hasar görmesine ve anastomoz çevresinin kronik irritasyonuna yol açarak olguların %90'ında 5-10 yıl içinde kronik gastrit, atrofik gastrit, intestinal metaplazi, kistik bez dilatasyonu gibi lezyonların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu lezyonların ise fakültatif prekanseröz nitelik taşıdığı deneysel olarak da gösterilmiştir^{5,14,26-28}. Bu prekanseröz lezyonlar temel olarak anastomoz ve çevresindeki mide mukozasında bulunmaktadır, karsinomların da 2/3'ü bu alanlarda ortaya çıkmaktadır. Mide artığı karsinomu olguların cerrahi materyallerinin histolojik incelemesinde karsinom çevresindeki mide mukozasında akut, kronik, atrofik gastrite, gastrik bez dilatasyonuna, intestinalizasyona hemen her olguda rastlanmaktadır^{2,9,16,29-33}. Nitekim sunduğumuz, gastrik rezeksiyon geçiren ikisi mide artığı karsinomlu 12 olgumuzda da anastomoz çevresinde kronik gastrit, intestinal metaplazi, kistik bez dilatasyonu gibi mukozal histopatolojik değişiklikler saptanmıştır.

Mide artığı karsinomlarının kendilerine has semptomları yoktur. Temel olarak semptomlar epigastrik dolgunluk, ağrı, disfaji, kusma, güçsüzlük, zayıflama, gastrointestinal minör kanama şeklindedir. Çoğu olguda da belirgin semptom yoktur, bu yüzden tanıda gecikilmektedir¹⁷. Berkowitz³⁴ belirtileri: 1) Postgastrektomi sendromunu taklit eden belirtiler, 2) Rekürren ülseri telkin eden belirtiler, 3) İlerlemiş malign tümörlerde görülen belirtiler şeklinde üç gruba ayırmıştır. Bizim olgularımızda disfaji epigastrik ağrı, dolgunluk, regürjitasyon, anemi, kilo kaybı önde gelen belirtiler olarak görülmüştür.

Rezeksiyonlu midenin baryumlu grafileri, sıklıkla mide artığı anastomoz bölgesi ve buraya komşu ince barsak mukoza röliyefinin kesin yorumlanmasında güçlükler gösterir. Bu nedenle erken tanıda röntgen incelemelerinin kesinliği çok düşüktür^{17,18,34}. Fiberoptik gastroskopların kullanılmasından ve bunların teknik olarak gelişmesinden sonra endoskopi mide artığı karsinomlarının erken tanısında en önde gelen tanı aracı olmuştur^{1,17,35,36}. Nitekim nonspesifik yakınmalarla hastanemize başvuran daha önce peptik ülser için rezeksiyon geçiren hastalarımız arasında mide artığı karsinomu tanısı gastroskopi ile konulmuştur.

Mide artığı karsinomunda tek başarılı tedavi erken tanı ile tümörün total gastrektomi ile çıkarılmasıdır. Erken tanı ise peptik ülser için rezeksiyon yapılan olguların postoperatif 10'uncu yıldan sonra düzenli endoskopik kontrollerden geçirilmesi ile mümkündür². Bu kontrollerde Şekil 1'de belirtilen yerlerden endoskopik çoğul biyopsi alınmalıdır. Semptomsuz olgularda da karsinom gelişebileceği gözönüne alınarak postoperatif 10'uncu yıldan itibaren yapılan endoskopik biyopsilerle gastrik mukozal displazinin derecesi saptanmalı, buna göre en az birer yıl aralıklarla endoskopik kontroller tekrarlanmalıdır. Mide artığı karsinomunun erken tanısında üst gastrointestinal radyolojik

tetikler esas alınmamalıdır. Özetle rutin endoskopik kontrollerle yapılan taramalarla mide artığı karsinomuna erken tanı konulabileceği ve böylece rezeke edilebilir hasta sayısının artacağı ve daha iyi prognoz elde edilebileceği kanısındayız.



Şekil 1. Rutin Endoskopik Biyopsilerin Alındığı Alanlar.

KAYNAKLAR

1. Greene FL. Early dedection of gastric remnant carcinoma. The role of gastroscopic screening. *Arch Surg* 122: 300-2, 1987.
2. Morgenstern L, Yamakawa M, Seltzer D. Carcinoma of the gastric stump. *Am J Surg* 125: 29, 1973.
3. Greene FL, Dengler WC. Gastric remnant cancer following procedures for benign ulcer disease: A 25-year review. *J Sc Med Assoc.* 80:495-97, 1984.
4. Morgenstern L, Nicholls JC. Commentary in stump cancer following gastric surgery. *World J Surg.* 3:731-36, 1979.
5. Domellöf L, Eriksson S, Jonunger KG. Late precancerous changes and carcinoma of the gastric stump after Billroth I resection. *Am J Surg.* 132:26, 1976.
6. Gazzola LM, Saegesser F. Cancer of the gastric stump following Operations for benign gastric or duodenal ulcers. *J Surg Oncol.* 7: 293, 1975.

7. Schrumph E, Stadaas J, Myren J, et al. Mucosal changes in the gastric stump 20-25 years after partial gastrectomy. *Lancet* 2: 467-69, 1977.
8. Stalsberg H, Taksdal S. Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions. *Lancet* 2: 1175-77, 1971.
9. Domellof L, Erikson S, Janunger KG. Carcinoma and possible precancerous changes of gastric stump after Billroth II resection. *Gastroenterology* 73: 462-68, 1977.
10. Silverberg E. *Cancer Statistics*, 1986. CA. 36: 9-25, 1986.
11. Clemencon G, Baumgartner R, Leuthold H, et al.: Das carcinom des operierten Magens. *Dtsch Med Wochenschr.* 101: 1015, 1976.
12. Grieser G, Schmidt H. Statistische erhebungen über die häufigkeit des carcinoms nach magenoperation wegen eines geschwürleidens. *Med Welt* 15: 1836, 1964.
13. Peitsch W, Pecker HD. Was ist gesichert in der pathogenese und häufigkeit des primären carcinoms im operierten magen? *Chirurg* 50: 33, 1979.
14. Kobayashi S, Prolla JC, Kirsner JB. Late gastric carcinoma developing after surgery for benign conditions. *Am J Dig Dis* 15: 905, 1970.
15. Peitsch W, Becker HD. Frequency and prognosis of primary gastric stump carcinomas. *Front Gastroint Res.* 5: 170, 1979.
16. Kronberger L, Hafner H. Über das primäre stumpf carcinom nach ulkusresektion. *Chirurg* 39: 118, 1968.
17. Eberlein TS, Lorenzo FV, Webster MW. Gastric carcinoma following operation for peptic ulcer disease. *Ann Surg* 187: 251-56, 1978.
18. Pack GT, banner RL. The late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrectomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis. *Surgery* 44: 1024, 1958.
19. Klarfeld J, Resnic G. Gastric remnant carcinoma. *Cancer* 44: 1129-1133, 1979.
20. Orlando R, Welch JP. Carcinoma of the stomach after gastric operation. *Am J Surg.* 141: 487-90, 1981.
21. Owasko ST, Havia TV, Kujari HP. Retrospective analysis of gastric stump carcinoma patients treated during 1946-1981. *Acta Chir Scand.* 152: 199-204, 1986.
22. Helsingen N, Hillestad L. Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. *Ann Surg.* 143: 173, 1956.
23. Krause U. Late prognosis after the partial gastrectomy for ulcer. *Acta Chir Scand* 114: 341, 1957.

24. Kuhlmyer R, Robitansky D. Das magen stumpf Karnizom als spatproblem der ulkuschirurgie. Langenb. Arch Klin Chir. 278: 361, 1954.
25. Hilbe G, Salcer GM, Hussel H. Die carcinom gefahrdung des resektions magen. Langenb. Arch Klin Chir. 323: 142, 1968.
26. Morson BC. Carcinoma arising from areas of intestinal metaplasia in the gastric mucosa. Br J Cancer. 9: 377, 1955.
27. Kowalewski K. Relationship between vagotomy, peptic ulcer and gastric Adeno-Carcinoma in Rats Fed 2,7 - Diacetyl - Aminofluorene. Can J Surg. 16: 210, 1973.
28. Walker IR, Strickland RG, Ungar B, et al. Simple atrophic gastritis and gastric carcinoma. Gut 12: 906, 1971.
29. Kootz F. Das stumpf karzinom nach operation wegen eines benignen magen leidens. Bruns Beitr Klin Chir 215:275, 1967.
30. Nyhus LM, Wastell C (eds). In Surgery of the Stomach and Duodenum. 4th Ed. Little, Brown Co. Boston, pp.282-283, 1986.
31. Bogomoletz WV, Polet J, Barge J, et al. Pathological features and mucin histochemistry of primary gastric stump carcinoma associated with gastritis cystico polyposa. Am J Surg Pathol 9: 401-10, 1985.
32. Fortner GJ, Papachriston ND. Cancer of the stomach following operations for peptic ulcerations. In Abdominal Operation Rodney Maingot (ed). Appleton-Century-Crofts, 1980.
33. Lygidakis NJ. Histologic changes after elective surgery for duodenal ulcer. Acta Chir Scand. 152: 139-44, 1986.
34. Berkowitz D, Cooney P, Bralow SP. Carcinoma of the stomach appearing after previous gastric surgery for benign ulcer disease. Gastroenterology 36: 691, 1959.
35. Gibbs DD. Carcinoma in the gastric remnant after partial gastrectomy for benign ulceration. Gut 3: 322, 1962.
36. Perez D, Norayanan NC, Russel SC. et al. Gastric carcinoma after peptic ulcer surgery. Am J Surg. 50: 538-40, 1984.

