

# Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları ve Mide Kanserinden Korunma

## Gastric Cancer, Screening And Prevention Methods

**Mehmet ALACALI**

Kütahya Merkez Fatih Aile Sağlığı Merkezi

### Özet

Mide kanseri ülkemizde sıklığı artan kanser türlerindedir ve bu konuya önem verilmesi gereklidir. Bu nedenle bu makalede mide kanseri ve ilişkili faktörler, korunma ve tarama yöntemleri hakkında genel bilgi vermek amaçlanmıştır.

**Anahtar kelime:** Mide kanseri, tarama, önleme

### Abstract

Gastric cancer's incidence is rising in our country and attention should be given to this topic. For this reason; the aim of this article was to give information about gastric cancer together with prevention and screening methods.

**Key words:** Gastric cancer, screening, prevention

### Giriş

Ülkemiz kanser kontrol programına göre; sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenme alışkanlığının yaygınlaştırılması ana hedeflerdir. Birincil korunma yanında kanserin erken tanısı da kanser morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında önemlidir. Bu anlamda çeşitli tarama programları ulusal sağlık programına dahil edilmiştir. Bu programın başında meme ve serviks kanseri ilk sırada yer almaktadır. Esas olarak kanser tarama programlarımızda yer almasa da, mide kanseri Japonya'da tarama programına alınmış olan, ülkemiz için de önemli bir kanser türüdür<sup>1</sup>. Son yıllarda ciddi artış gösteren mide kanseri taramalarına ulusal kanser tarama programında yer verilmesi düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde, tarama testlerinin kullanımının artmasıyla, mide kanser tanısında erken tanı alan 5 yıllık sağ kalım oranı %86'ya ulaşmıştır<sup>2</sup>.

### Genel Bilgiler

Mide kanseri en sık Japonya ve Çin'de görülür. Avrupa'nın yıllık insidansı 100.000'de 12-15'tir<sup>3,4</sup>. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre; kanserler, dünya çapında yılda 7,6 milyon ölümden sorumludur ve bu ölümlerin yaklaşık 736 000'i mide kanserinden kaynaklanmaktadır<sup>5</sup>. Ülkemizde ise; mide kanseri bayanlarda meme kanseri ve erkeklerde akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülen kanser türüdür. Türkiye'de yapılan bir çalışmada mide kanseri tanı alma yaşı ortalama 57 yaş ve kadın erkek oranı 1/2 bulunmuştur. Bölgelerin karşılaştırılması ile ülkemizin doğu bölgesinde kanser tanısı alan hastaların sosyoekonomik durumu batı bölgesine göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca Helikobakter Piloni gastriti ve intestinal metaplazi oranı doğu bölgemizde batı bölgesine göre daha yüksek bulunmuştur<sup>6</sup>. Son 50 yılda tüm dünyada mide kanseri insidansı ve kansere bağlı ölüm oranları azalmıştır<sup>3,7</sup>. Bu azalmanın sebebi; tedavideki

gelişmelerden ziyade, yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve beslenmedeki taze meyve, sebze tüketiminin artması olarak açıklanmaktadır.

Çalışmalara göre; mide kanseri ve yaş arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır<sup>3,8</sup>. Mide kanserinin görülme sıklığı 30 yaşından sonra artar ve yedinci dekatta pik yapar. Erkek/kadın oranı yaklaşık 2/1'dir<sup>9</sup>. Ülkemizde yapılan bir çalışmanın verilerine göre Türkiye'de ikinci sıklıkta görülen kanser türü olmakla birlikte<sup>6</sup>; Sağlık Bakanlığı'nın kanser istatistiklerine göre; Türkiye'de en sık görülen beşinci (9.92/100,000) kanser türüdür. Mide kanseri görülme insidanslarına göre erkeklerde 12.9/100,000 ile beşinci sırada, kadınlarda 6.8/100,000 ile beşinci sırada görülen kanser türüdür<sup>10</sup>.

## Etyoloji

Mide kanserinin kesin etyolojisi bilinmemektedir. Gelişiminde genetik ve çevresel predispozan faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Mide kanseri gelişme riskinin, erken yaşlarda yüksek karbonhidratlı besinleri almanın arttırdığı; bu tür beslenmenin de mide mukozasını hasara uğratarak karsinojenik maddelerin emilimini hızlandırarak sağladığı düşünülmektedir<sup>11</sup>. Nitrat ve nitritle ilgili ürünlerin tüketimiyle mide kanseri riski artmaktadır. Yüksek riskli bölgelerde içme sularında nitrat düzeyinin yüksek bulunması, mide kanserli hastaların mide sıvılarında nitrit konsantrasyonunun arttığı belirlenmesi bu ilişkinin kanıtları olarak görülmektedir. Şoklanmış yiyecekler, tuzlu, tütsülenmiş ya da kurutulmuş balıkları fazla tüketen toplumlarda mide kanseri sıklığı da bu ilişkiyi destekler niteliktedir<sup>12</sup>. Tuz da mide kanserinde karbonhidratlar gibi bir kokarsinojendir<sup>11</sup>. Vitamin C, Vitamin E ve Beta-karoten'in düşük miktarda alınması, tütsülenmiş kurutulmuş yiyeceklerle beslenmenin mide kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerde mide kanseri daha sık görülmektedir<sup>13</sup>. Dünyanın yüksek bölgelerinde yaşayanlarda, kömür, petrol ve nikel rafinelerinde çalışanlarda, kasaplar, balıkçılar ve tarım işçilerinde diğer meslek dallarında çalışanlara göre daha yüksek risk vardır. Asbestoz, mineral tuzları, metal tozları, gamma ve x ışınları, insektisidler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve kömür tozları mide kanseri için mesleki risk faktörleri arasında sayılabilir<sup>11,14</sup>. Sigara içimindeki artışla birlikte mide kanseri riskinde de önemli bir artış görülmektedir<sup>15</sup>. Helicobacter pylori infeksiyonu ve buna bağlı oluşan intestinal metaplazi ve hipoklorhidri ileri yaşlarda mide kanseri gelişmesi için uygun bir ortam meydana getirmektedir. Kronik inflamasyon sonucunda; midede intestinal tip epitel, mide mukozasının yerini almakta asit sekresyonu azalarak diğer bakterilerin kolonize olmasına uygun ortam oluşmaktadır. Bakteriler de nitratları nitrite dönüştürerek kanser oluşumuna zemin hazırlamaktadırlar<sup>16</sup>.

Çalışmalarda mide kanseri açısından birinci derece akrabalar, ikinci ve üçüncü derece akrabalara göre daha yüksek risk taşımaktadır<sup>16</sup>. Siyah ırkta mide kanserinden ölüm oranı beyaz ırka göre daha fazla bulunmuştur<sup>17</sup>.

Mide kanserinin diğer predispozan faktörleri arasında; epitelyal polipler, kronik atrofik gastrit ve intestinal metaplazi, pemisiyöz anemi, kronik mide ülseri, postgastrektomi ve Menetrier Hastalığı sayılabilir<sup>15-17</sup>.

## Klinik

Mide kanserine bağlı semptomlar sıklıkla ileri evre tümörlerde görülür. Bu sebeple tümörün erken evrede teşhisi genellikle kolay değildir. Japonya'da erken evre mide kanserinin sık görülmesi, periyodik endoskopik incelemeler ile tarama programlarının uygulanmasının bir sonucudur.(18). Hastanın şikayetleri tümörün yerleştiği bölgeye göre değişiklik arzedebilir. Kardiyada yerleşmiş tümörlerde yutmayla takılma hissi, prepilorik yerleşimli tümörlerde ise bulantı kusma şikayetleri ön plandadır. En sık görülen semptomlar kilo kaybı ve iştahsızlıktır.

Mide tümörlerinde görülen semptomlar;

- Kilo kaybı
- İştahsızlık
- Yutmayla takılma hissi
- Bulantı kusma
- Ağrı
- Halsizlik
- Dispeptik şikayetler(epigastrik dolgunluk, şişkinlik, yanma ve geğirti gibi)
- Disfaji
- Regürjitasyon
- Hematemez ve melenadır.

Mide kanserinin erken evresinde hastaların fizik muayenesi genellikle normaldir. İleri evre tümörlerde aşağıdaki fizik muayene bulgularına rastlanabilir:

- Epigastriumda palpasyonla kitle saptanması
- Hepatomegali
- Asit
- Sol supraklaviküler lenfadenomegali(Wirchow nodülü)
- Rektal tuşede Douglas çukurunda tümör saptanması (Blummer rafi)
- Kadınlarda overlerde kitle palpe edilmesi (Krukenberg tümörü)
- Umbilikal bölgede infiltrasyon(St. Mary nodülü)

## Laboratuvar

Anemi dışında genellikle dikkat çekici bulgu saptanmaz.

Yaygın karaciğer metastazlarında AST ve ALT yüksekliği saptanabilir. Gaitada gizli kan oldukça sık rastlanan bir bulgudur. Elektrolit ve serum albumin değerlerinde de anormalliklere rastlanabilir<sup>19</sup>

## **Mide Kanserinde Görüntüleme Yöntemleri**

### **Baryumlu özefagus-mide-duodenum grafisi (ÖMD)**

Çift kontrastlı grafiler mide ile ilgili şikayetleri olan hastalarda ilk uygulanan yöntemlerden biriyken bugün yerini endoskopik incelemelere bırakmıştır. Baryumlu grafi ile gastrointestinal sistem (GİS)'in lümeni değerlendirilmekte, fakat ekstralümenal uzanımı olan lezyonlar hakkında bilgi edinmek çoğunlukla mümkün olmamaktadır.<sup>20</sup>

### **Endoskopi**

Endoskopik inceleme ve biyopsi, mide kanseri tanısında en önemli yöntemdir. İncelemede midenin bütün bölümleri görülebilir, fundus ve kardianın değerlendirilmesi sağlanabilir. Biyopsi ile tanının doğruluk oranı %80-85'leri bulmaktadır.<sup>21-23</sup>.

### **Ultrasonografi**

Ultrasonografinin mide kanseri tanısı ve evrelendirilmesindeki rolü diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha sınırlıdır. Erken dönem mukozal lezyonları ve intramural küçük nodülleri görüntüleme şansı çok azdır, egzofitik veya intraluminal büyük kitlelerde görüntüleme yapılabilir<sup>24-26</sup>.

### **Endoskopik ultrasonografi (EUS)**

EUS mide tümörlerini değerlendirmede en kullanışlı metodlardan biridir. EUS'de mide duvarının tabakaları, perigastrik lenf nodları ve çevre dokular kolayca değerlendirilebilmektedir. Ancak tümöral tutulumu, inflamasyon veya fibrozisten ayırdedememesi en önemli kısıtlılığıdır<sup>27-28</sup>.

### **Bilgisayarlı tomografi (BT)**

BT'nin kullanılmasıyla birlikte gastrointestinal yolun lümen, duvar ve komşu ektramural yapıları direkt izlenebilmekte; böylece gastrointestinal yol hastalıklarına geniştir bir bakış açısıyla tanılama sağlanabilmektedir<sup>29,30</sup>.

### **Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)**

MRG'de mide tümörlerinin değerlendirilmesi; mide duvarının distansiyonunun sağlanmasıdaki zorluklar, solunuma veya barsakların peristaltizmine bağlı artefaktlar ve güvenilir kontrast ajanların bulunmayışı nedeniyle uzun süre sınırlı düzeyde kalmıştır. Son yıllardaki gelişmeler, MRG'i gastrointestinal tümörlerin tanı ve evrelemesinde BT ile karşılaştırabilecek düzeye getirmiştir<sup>31,32</sup>.

## **Mide Kanserinden Korunma**

Mide kanserlerinde endoskopi; kanserin taramasında en etkin tarama yöntemi olarak görülmektedir. Ancak endoskopinin hangi vakalara yapılacağı ve bu konudaki tecrübeleşme hala muğlaktır. Baryumlu grafi veya serum-pepsinojen testleri bazı ülkelerde ilk kanser tarama yöntemidir ve bu yöntemlerde ki anormal sonuçlara göre endoskopi yapılabilir. Helikobakter pilori ile gastrik kanser arasında önemli bir ilişki vardır. Asya ve rilerine göre; H.pilori pozitif olan bireylerde kanser riski iki kat artmaktadır. Otuz yaş altı kişilerde gastrik kanserle ilişkisi özellikle daha güçlüdür<sup>33,34</sup>. Helikobakter pilori ve gastrik kanser arasında güçlü bir ilişki olmasına rağmen, H. Piloni eradikasyonunun gastrik kanserdeki korunma üzerine etkisi hakkında daha çok veriye ihtiyaç vardır<sup>35</sup>. Çalışmalara göre sigara, özellikle distal midenin intestinal kanserini arttırmakta yani mide kanser riskinde artışa neden olmaktadır. Sigara kullanımı, mide kanseri riskini 1.5-2.5 kat arttırmaktadır<sup>36,37</sup>.

Diyete bağlı faktörlerin de mide kanseri gelişiminde etkisi vardır. Sebze ve meyve tüketimi düşük miktarlarda olsa bile azalmış mide kanseri riski ile ilişkilidir. Askorbik asit, karetenoidler ve tokoferol sebze-meyvelerde bulunan antioksidan etkili maddelerdir. Yüksek tuz alımı da mide kanseri ile ilişkilendirilmektedir<sup>38-40</sup>.

### **Tarama Ne Zaman Yapılmalıdır?**

Erken evre mide kanseri asemptomatiktir ve ileri evreye geçmesi yaklaşık olarak 44 ay alır. Mide kanseri insidansı yaşla özellikle 40 yaş sonrası artmaktadır. Asya ülkelerindeki çoğu çalışma grupları, kolo-rektal kanserlerde olduğu gibi mide kanser taramaları için de bir eşik yaş değeri önermektedir. Mide kanseri için önerilen başlangıç tarama yaşı 40-45 yaşdır. Japonya, Kore gibi yüksek riskli bölgelerde, çalışma grupları 40 yaş üstünde tarama önermektedirler. Bu anlamda, her ülke için farklı yaş eşik değerlerinin hesaplanması için yerel çalışmaların yapılması önemlidir<sup>35</sup>.

Sonuç olarak; mide kanserinden korunmada en önemli noktalar diyetle ilişkili faktörler olarak belirtilmektedir. Meyve ve sebzelerin fazla tüketilmesi, tuzun azaltılması ve sigaranın bırakılması en önemli primer koruma stratejileri olarak görünmektedir<sup>35</sup>. Ülkemiz çalışma verilerine bakıldığında, mide kanserinin en sık görüldüğü yaşlar 55-57 yaş arası olduğundan, mide kanseri tarama programı yapılacak ise, taramanın 45 yaşında başlamasının ve taramanın endoskopik inceleme ile yapılmasının en akılcı yaklaşım olacağı kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Tuncer AM. Türkiye'de kanser kontrolü TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı [http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009\\_Turkiyedekanserkontrolu.pdf#page=20](http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf#page=20) (siteye giriş tarihi: 14.11.2012)
2. Hosseini NS, Mousavinasab SN, Moghimi MH et al. Mide kanserinde semptomların başlangıcından cerrahi tedaviye kadar geçen gecikme süresi: Bir İran çalışması The Turkish Journal of Gastroenterology 2007, Volume 18, No 2, Page(s) 77-81
3. Wayman J, Forman D, Griffin SM. Monitoring the changing pattern of esophagogastric cancer: data from a UK regional cancer registry. *Cancer Causes Control*. 2001; 12: 943-49
4. Terry MB, Gaudet MM, Gammon MD. The epidemiology of gastric cancer. *Semin Radiat Oncol*. 2002; 12: 111-27.
5. WHO (World Health Organisation Report, Cancer Fact sheet N°297 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (Siteye giriş tarihi 10/10/2012)
6. Yalçın B, Zengin N, Aydın F, İlhan M, Işıkdoğan A, Demir G ve ark. The clinical and pathological features of patients with gastric cancer in Turkey: A Turkish Oncology Group Study. *Turkish Journal of Cancer* Volume 36, No.3, 2006 s:108-115
7. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology and end results: incidence, stomach cancer. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/stomach.html> (siteye giriş tarihi: 10/10/2012)
8. Kranenbarg EK, vande Velde CJ. Gastric cancer in the elderly. *Eur J Surg Oncol*. 1998; 24: 384-90.
9. Metlin C. Epidemiologic studies in gastric adenocarcinoma. In Douglass HO(ed). *Gastric cancer*. New York: Churchill Livingstone 1988; 1-25.
10. TC Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7179/eski2yeni.html> (Siteye giriş tarihi: 10/10/2012)
11. Gürel S. Mide kanserlerinin genel özellikleri. *Güncel Gastroenteroloji* 1999; 3: 392-402.
12. Xu G, Song P, Reed PI. The relationship between gastric mucosal changes and nitrate intake via drinking water in a high-risk population for gastric cancer in Moping county, China. *Eur J Cancer Prev*. 1992; 1: 437-43.
13. Kneller RW, McLaughlin JK, Bjelke E, et al. A cohort study of stomach cancer in a high-risk American Population. *Cancer*. 1991; 68: 672-8.
14. Cocco P, Ward MH, Buiatti E. Occupational risk factors for gastric cancer: an Overview. *Epidemiol Rev*. 1996; 18: 218-34.
15. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process. First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Res*. 1992; 52: 6735-40.
16. Viste A, Eide GE, Halvorsen K, et al. The prognostic value of Lauren's histopathological classification system and ABO blood groups in patients with stomach carcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 1986; 12: 135-41.
17. Howson CP, Hiyama T, Wynder EL. The decline in gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph. *Epidemiol Rev*. 1986; 8: 1-27.
18. Adachi Y, Mori M, Enjoji M, et al. Microvascular architecture of early gastric carcinoma. Microvascular-histopathologic correlates. *Cancer*. 1993; 72: 32-6.
19. Karaayvaz M, Kocaoğlu H, Demirci S. Mide Kanserleri, In: 'Klinik Cerrahi Onkoloji' Ed. Ünal A, Özkan Matbaacılık, Ankara, 1997; 468-478.
20. Chapman AH . The stomach and duodenum . In . Sutton D ( Eds ) . *Textbook of Radiology and Imaging* . 6 th ed . London : Churchill Livingstone ; 2000 . p . 829-61
21. Munoz N. Is Helicobacter pylori a cause of gastric cancer? An appraisal of the seroepidemiological evidence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1994; 3: 445-51.
22. Korenaga D, Haraguchi M, Okamura T, et al. DNA ploidy and tumor invasion in human gastric cancer. *Histopathologic differentiation*. *Arch Surg*. 1989; 124: 314-8.
23. Ohta H, Noguchi Y, Takagi K, et al. Early gastric carcinoma with special reference to macroscopic classification. *Cancer*. 1987; 60: 1099-106.
24. Wilson SR . The Gastrointestinal Tract. In : Rumach CM , Wilson SR , Charboneu JW ( Eds). *Diagnostic Ultrasound vol 1* , Missouri : Mosby ; 1998 . p . 280-5 .
25. Lim JH, Ko YT, Lee DH. Transabdominal US staging of gastric cancer. *Abdom Imaging*. 1994; 19: 527-31.
26. egura JM, Oliveira A, Conde P, et al. Hydrogastric sonography in the preoperative staging of gastric cancer. *J Clin Ultrasound*. 1999; 27: 499-504.
27. Botet JF, Lightdale CJ, Zauber AG, et al. Preoperative staging of gastric cancer: comparison of endoscopic US and dynamic CT. *Radiology*. 1991; 181: 426-32.
28. Tunaci M. Carcinoma of stomach and duodenum: radiologic diagnosis and staging. *Eur J Radiol*. 2002; 42: 181 -92.
29. Hada M, Hihara T, Kakishita M. Computed tomography in gastric carcinoma: thickness of gastric wall and infiltration to serosa surface. *Radiat Med*. 1984; 2: 27-30.
30. Gaitini D, Kleinhaus U, Munichor M, et al. Villous tumors of the stomach. *Gastrointest Radiol*. 1988; 13: 105-8.
31. Motohara T, Semelka RC. MRI in staging of gastric cancer. *Abdom Imaging*. 2002; 27: 376-83.
32. Giovagnoni A, Fabbri A, Maccioni F. Oral contrast agents in MRI of the gastrointestinal tract. *Abdom Imaging*. 2002; 27: 367-75.
33. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 784-89.
34. Yamagata H, Kiyohara Y, Aoyagi K, et al. Impact of Helicobacter pylori infection on gastric cancer incidence in a general Japanese population. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1962-68
35. Leung WK, Wu MS, Kakugawa Y, Kim JJ, Yeoh KG, Goh KL, Wu KC, Wu DC, Sollano J, Kachintorn U, Gotoda T, Lin JT, You WC, Ng EK, Sung JJ; Asia Pacific Working Group on Gastric Cancer Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. *Lancet Oncol*. 2008 Mar;9(3):279-87. Review
36. Goh KL, Cheah PL, Md N, Quek KF, Parasakthi N. Ethnicity and H. pylori as risk factors for gastric cancer in Malaysia: a prospective case control study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 40-45.
37. Sung NY, Choi KS, Park EC, et al. Smoking, alcohol and gastric cancer risk in Korean men: the National Health Insurance Corporation Study. *Br J Cancer* 2007; 97: 700-04
38. Ji BT, Chow WH, Yang G, et al. Dietary habits and stomach cancer in Shanghai, China. *Int J Cancer* 1998; 76: 659-64.
39. Kim HJ, Chang WK, Kim MK, et al. Dietary factors and gastric cancer in Korea: a case-control study. *Int J Cancer* 2002;97: 531-35.
40. Shikata K, Kiyohara Y, Kudo M, et al. A prospective study of dietary salt intake and gastric cancer incidence in a defined Japanese population: the Hisayama study. *Int J Cancer* 2006; 119: 196-201.

### Yazışma Adresi / Correspondence:

Mehmet ALACALI

Kütahya Merkez Fatih Aile Sağlığı Merkezi

e-posta: drmehmetalacali@hotmail.com