

Merkezimizde Tanı Konulan Mide Kanserlerinde Cerrahi Uygulamalarımız

Ahmet R. HATİPOĞLU¹, Zeki HOŞCOŞKUN², Serkan SARIKAYA³, Ergün TEMİZ³

ÖZET:

Amaç: Son 5 yıl içinde mide kanseri tanısıyla opere edilen olguların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, tümör lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntemler ve buna bağlı morbidite, mortalite açısından karşılaştırmak, hangi operasyonun uygulanması gerektiğini tartışmak, operasyon seçimine yardımcı olabilecek verileri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1994-1999 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde mide kanseri tanısıyla cerrahi uygulanan 81 hasta retrospektif olarak incelendi. Olguların 33 (%40.7) 'ü kadın, 48 (%59.3) 'i erkek olup yaş ortalaması 55 (34-80) idi. En sık tesbit edilen semptom karın ağrısı, kilo kaybı ve halsizlikti. Tanıda preoperatif gastro duodenoskopi, biopsi ve görüntüleme yöntemi olarak perkütan ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve mide duodenum pasaj grafisi kullanıldı.

Bulgular: Tümör lokalizasyonu olarak incelendiğinde; 33 olguda antrumda, 13'ünde antrum ve korpusta, 11 'inde tüm midede, 10 'unda korpusta, 5 'inde kardiada, 5 'inde kardial ve fundusta, 4 'ünde gastrojejunostomi hattında idi.

Olguların 22 'sine total gastrektomi, 20 'sine subtotal gastrektomi ve gastroenterostomi, 15 'ine feeding jejunostomi, 13 'üne eksploratif laparotomi ve biopsi, 10 'una gastrojejunostomi yapıldı. Birine Herring tüpü yerleştirildi. Morbidite % 23, mortalite % 6.1'dir. ortalama yatış süresi 11.2 gündür.

Sonuç: Mide kanserli olguların çoğunun ileri evrede başvurduğu, endoskopik ve radyolojik tetkiklerin yaygınlaşmasıyla erken evrede yakalanabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Mide Kanseri, Cerrahi Tedavi.

SUMMARY:

SURGICAL APPLICATIONS IN GASTRIC CARCINOMAS DIAGNOSED IN OUR CENTER

Purpose: To compare age, sex, complaints, localization of the tumor, surgical techniques applied, morbidity and mortality rates, to discuss which operation had to be applied, and to put forward the data aided the choice of the operation technique.

Methods: 81 patients performed surgical application for the diagnosis of gastric carcinoma in Trakya University Medical Faculty General Surgery Clinic were examined retrospectively between 1994-1999 33 of the cases (% 40.7) were female, 48 were male (% 59.3) and the mean age was 55 (34-80). The frequent symptoms were abdominal pain, weight loss, and weakness. Gastroduodenoscopy and biopsy, percutan ultrasonography, computerize tomography and gastroduodenal roentgenograms were used in the diagnosis as preoperative visualization methods.

Results: When we examined the localization of the tumor; 33 were localized in antrum, 13 were in antrum and corpus, 11 were in insole stomach, 10 were in corpus, 5 were in cardia, 5 were in cardia and fundus, 4 were in the line of gastrojejunostomy.

Total gastrectomy was performed in 22 of the cases. Subtotal gastrectomy and gastroenterostomy were performed in 20 cases, feeding jejunostomy was performed in 15 cases, explorative laparotomy and biopsy were performed in 13 cases and gastrojejunostomy was performed in 10 cases. Herring tube was placed in 1 patient. Morbidity rate was % 23 and mortality rate was % 6.1, the average hospitalization period was 11.2 days.

Conclusion: We own of the opinion that most of the cases with gastric carcinoma have applied at advanced age and early diagnose can be made by the generalization of endoscopic and roentgenogramic techniques.

Key Words: Gastric Carcinoma, Surgical Management.

GİRİŞ:

Mide kanseri gastrointestinal tümörler içerisinde kolorektal tümörlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde mide kanserinin gerçek insidansı bilinmemekle beraber, en iyi kliniklerde bile, operabl olan vaka oranı, ortalama % 50 'yi geçmemektedir. Mide tümörlerinin % 90-95 'i malign olup,

bunların % 95 'i adenokarsinomlardır. % 5 'ini lenfoma ve leiomyosarkomlar gibi mezankimal kaynaklı malign tümörler oluşturmaktadır. Mide kanserlerinde tedavi şansı sağlayabilen tek yöntem cerrahidir (1).. Bunun yanında mide, gastrointestinal traktusta lenfomanın en sık yerleştiği organdır. Mide kanserlerinde, lokalizasyonuna göre primer tümör % 70 alt, %

¹ : Yard. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

² : Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

³ : Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. D.

10 üst, % 20 orta 1/3 yerleşimlidir (2-4). Bu çalışmada amacımız; son 5 yıl içinde mide kanseri tanısıyla opere edilen olguları yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, tümör lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntemler ve buna bağlı morbidite ve mortalite açısından karşılaştırmak, olgularda hangi operasyonun uygulanması gerektiğini tartışmak, operasyon seçimine yardımcı olabilecek verileri ortaya koyabilmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu çalışmada 1994-1999 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde mide kanseri tanısıyla cerrahi uygulanan 81 hasta retrospektif olarak incelendi. Her hastanın hastane kayıtları incelenerek; yaşı, cinsiyeti, preoperatif semptomları, kullanılan tanı yöntemleri, tümör lokalizasyonları ve tümörün patolojik özellikleri gözden geçirildi. Uygulanan operasyonlar morbidite, mortalite, postoperatif yatış süreleri yönünden değerlendirildi. Hastaların tümüne operasyon öncesinde düşük doz heparin ve antibiyotik profilaksisi yapıldı. Tümü genel anesteziyle opere edildi ve göbüküstü median insizyon ile girişimde bulunuldu. Kısa sürede vücut ağırlığının % 10'unu kaybetmiş olan ve serum albumin düzeyinin 3 gr/dl'nin altındaki 36 (% 44) olguya preoperatif 5 gün, postoperatif 7 gün nütrisyonel destek sağlandı

BULGULAR:

Tüm olgularda yaş ortalaması 55 olup, erkeklerde 53.1, kadınlarda 56.9 olarak tespit edildi. En genci 34, en yaşlısı ise 80 yaşında idi. İncelenen seride 33 (% 40.7) kadın, 48 (% 59.3) erkek hasta mevcuttu. Erkek/Kadın oranı 1.45 idi.

En sık tespit edilen semptom karın ağrısı (% 76) olup, bunu kilo kaybı (% 69), halsizlik (% 45), bulantı-kusma (% 22), hematemez-melena (% 16) izlemekteydi.(Tablo I)

Tablo I. Başvuru semptomları

Semptomlar	%
Karın ağrısı	76
Kilo kaybı	69
Halsizlik	45
Bulantı-Kusma	22
Hematemez-Melena	16

Semptomların başlangıcı ile tanı arasında geçen süre 11 (2-19) ay olarak tespit edildi. Olgularımızda semptomların başlangıç

sürelerinin kürabiliteye etkileri incelendiğinde, semptom süresinin uzun olduğu olgularda kürabilitenin daha düşük olduğu görüldü.

Fizik muayenelerinde epigastrik palpabl kitle saptanan 9 olgunun 6' sında asit, 1' inde ise Virchow nodülü mevcuttu.

Tanıda preoperatif görüntüleme yöntemi olarak olguların tamamına perkütan batin ultrasonografisi (USG), % 71' inde bilgisayarlı tomografi (BT), % 47' sinde mide duodenum pasaj grafisi kullanılmıştır. Olguların % 80.4' ünde de tanıda endoskopik biopsi ve histolojik inceleme yapılmıştır. USG ve BT ile midedeki tutulum bölgeleri, lenf bezleri, çevre dokulara invazyon ve uzak organ metastazları gözden geçirildi. Olgularımızda tanı amacı ile endoskopik USG kullanılmadı. Endoskopik biopsi ve histolojik inceleme ile % 80, mide duodenum pasaj grafisi ile % 99 oranında kanser tanısı doğrulandı. Bütün bu preoperatif incelemeler doğrultusunda 81 olgunun 42 (% 52) 'sine küratif, 39 (% 48) 'una palyatif cerrahi uygulandı.

Olgular tümör lokalizasyonu olarak incelendiğinde tümör, 33 (% 40.8)' ünün antrumda, 13 (% 16)' sının antrum ve korpusta, 11 (% 13.6)' inin tüm mide de (5 tanesi linitis plastika), 10 (% 12.3)' unun korpusta, 5 (% 6.2)' inin kardiada, 5 (% 6.2)' inin de kardia ve fundusta, 4 (% 4.9)' inin ise gastrojejunostomi hattında olduğu izlendi.(Tablo II)

Tablo II. Tümör Lokalizasyonları

Yerleşim yeri	n	%
Antrum	33	40.8
Antrum+Korpus	13	16
Tüm mide	11	13.6
Corpus	10	12.3
Kardia	5	6.2
Kardia+Fundus	5	6.2
Gastrojejunostomi hattı	4	4.9

Bu olguların 22 (% 27.2) 'sine total gastrektomi, 20(% 24.6) 'sine subtotal gastrektomi ve gastroenterostomi, 15(% 18.6) 'ine feeding jejunostomi, 13 (% 16.1) 'üne eksploratif laparotomi ve biopsi, olgulardan, pylor obstrüksiyonu olan ve inoperabl kabul edilen 10 (% 12.3) 'una gastrojejunostomi yapıldı. Ayrıca disfajisi olan ve inoperabl kabul edilen 1 (% 1.2) olguya da Herring tüpü yerleştirildi. (Tablo III)

Tablo III. Uygulanan ameliyatlar

Ameliyat	n	%
Total gastrektomi	22	27.2
Subtotal gastrektomi	20	24.6
Feedingjejunostomi	15	18.6
Exp.laparotomi+biopsi	13	16.1
Gastrojejunostomi	10	12.3
Heringtüpüyerleştirilmesi	1	1.2

Olgular histopatolojik olarak evrelendirildiğinde TNM sınıflamasına göre ; 1 (% 1.2) olgunun evre I, 7 (% 8.6) olgunun evre II, 18 (% 22.2) olgunun evre III, 55 (% 68) olgunun evre IV olduğu görüldü. (Tablo IV)

Tablo IV. TNM evrelendirilmesine göre olguların postoperatif dağılımı

TNM evresi	n	%
Evre I	1	1.2
Evre II	7	8.6
Evre III	18	22.2
Evre IV	55	68

Postoperatif patolojik tanılarındaki 2 (% 2.5) olguda lenfoma saptandı. Diğer olgular Lauren sınıflamasına göre değerlendirildiğinde 47 (% 57.9) olguda diffüz tip karsinom, 32 (% 39.6) olguda intestinal karsinom tespit edildi.

Total gastrektomi yapılan olgularda postoperatif dönemde 2 hastada yara yeri enfeksiyonu ile birlikte fasiada ayrılma, biri ösofagojejunostomiden diğerinde ise duodenum güdüğünden olmak üzere 2 hastada anastomoz kaçağı, 2 'sinde sol bazal pnömoni, 1 'inde atelettazi ile 3 hastada akciğer enfeksiyonu gelişti (morbidite % 31.8).

Subtotal gastrektomi ve palyatif cerrahi uygulanan hastalarda ise 2 hastada yara yeri enfeksiyonu, 3 hastada fasiada ayrılma, biri duodenum güdüğünden, diğeri ise gastrojejunostomiden olmak üzere 2 hastada anastomoz kaçağı, 2 hastada üst gastrointestinal sistem kanaması, 3 'ünde atelettazi, 1 'inde lobar pnömoni ile 4 hastada akciğer enfeksiyonu gelişti (morbidite % 22).

5 hasta ameliyat sonrası erken dönemde kaybedildi. Bunlardan 2'si akciğer enfeksiyonuna bağlı, 1'i anastomoz kaçağına bağlı gelişen sepsisten, 2 hasta multipl organ yetmezliğine bağlı olarak exitus oldu (mortalite % 6.1). Bu hastalardan 2 'sine total gastrektomi yapılmıştı (mortalite % 9). Hastaların ortalama yatış süresi 11.2 gün olarak bulunmuştur. Hastalar opere edildikten sonra kemoterapi amacıyla onkoloji ünitesi bulunan bir merkeze sevk edildiler.

TARTIŞMA:

Mide kanserinin en sık görüldüğü yaş grubu 60-70 yaş arasındadır. Çeşitli kaynaklarda mide kanserlerinin tanı konduğu andaki yaş ortalaması 58, erkek/ kadın oranı 1.95 olarak belirtilmiştir (5-7). Ülkemizde yapılan çalışmalarda cinsiyete göre dağılımda mide kanserine erkeklerde daha sık rastlanılmaktadır. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması erkekler için 53.1, kadınlar için 56.9, genel yaş ortalaması 55 olup literatürle yakınlık göstermektedir. Erkek /kadın oranı 1.45 olup erkek ve kadın yaş ortalamaları birbirine yakındır.

Mide kanserlerinde semptom süresinin uzaması ilk bakışta prognoz bakımından kötü görünse de mide kanseri herhangi bir belirti vermeden önce inoperabl veya semptomlar 2-3 yıldır devam etmesine rağmen rezektabl olabilirler (8). Semptomlar sıklıklarına göre sıralandığında abdominal ağrı (% 60) kilo kaybı (% 45), bulantı ve kusma (% 30), iştahsızlık (% 30), disfaji (% 25), gastrointestinal kanama (% 20), erken doyma (% 20), peptik ülser yakınmaları (% 20), abdominal kitle (% 5) 'dir. Olgularımızda karın ağrısı (% 76) başta gelen semptom olup, bunu kilo kaybı (% 69), halsizlik (% 45), bulantı-kusma (% 22), hematememelena (% 16) izliyordu. Semptom süresi 3 aydan kısa (% 40), 3-12 ay (% 40), 12 aydan uzun sürebilir (5). Hasta grubumuzda semptomların başlangıcı ile tanı arasında geçen süre 11 ay (2-19) 'di. Olgularımızda semptomların başlangıç sürelerinin, kürabiliteye etkisi incelendiğinde semptom süresinin uzun olduğu olgularda kürabilitenin daha düşük olduğunu tespit ettik. Semptomatik hasta grubunun % 50 'sinde mide kanseri tanısına götürebilecek fizik muayene bulguları saptandı.

Tanı yöntemi olarak kullanılan konvansiyonel baryumlu mide duodenum pasaj grafisi incelemeleriyle % 90 doğruluk oranında tanıya gidilmektedir. Kesin tanı için endoskopi ve endoskopik biopsi zorunludur. Bildirilen doğruluk oranı % 99 'dur (5). Bu yöntemler sadece mide mukozası ve lümen içindeki patolojiler hakkında bilgi verir. BT ve USG midenin tüm tabakalarını göstermekte, lenf bezlerine ve çevre dokulara ilişkin ayrıntılı bilgiler vermekte, ayrıca BT, preoperatif evrelendirilmede etkili olarak kullanılmaktadır (9-11). Bizim çalışmamızda hastaların % 47 'sinde mide duodenum pasaj grafisi (MDPG) kullanıldı. Doğruluk oranı % 99 'du. Ancak erken mide kanseri olarak tespit ettiğimiz 1 olguda MDPG ile tanı konulamadı. Preoperatif

dönemde tanı amacıyla olguların % 80.4 'üne endoskopik biopsi yapıldı ve doğruluk oranı % 80 olarak tespit edildi. Bunun yanında olguların tamamına metastaz açısından USG yapıldı. Evreleme amacıyla % 71 olguda ise BT kullanıldı.

Mide kanserinin lokalizasyonu klinik açıdan çok önemlidir. Tümörlerin % 50 'si antrum ve pilor bölgesinde, % 20 'si küçük kurvaturda, % 5 'i büyük kurvaturda, % 5 'i fundusta ve % 10 'u kardiya bölgesindedir. Kalan % 10 'u ise diffüz yerleşimlidir (1,12-14). Olgularımız tümör lokalizasyonuna göre incelendiğinde 33 (% 40.8) olgu ile en sık tümör antrumda olup, 20 (% 24.7) olguda ise proksimal midedeydi. Farklı lokalizasyondaki tümörlerin etyolojileri, klinik bulgu ve belirtileri, malignite özellikleri, komplikasyonları ve cerrahi tedavi yöntemleri farklıdır. Midenin kardia, korpus ve antrumu farklı epidemiyolojik ve morfolojik özellikler gösteren kanserlere kaynaklık etmektedirler. Literatürde mide tümörlerinin lokalizasyonunda proksimal bölgeye doğru bir artış saptanmaktadır (15).

Cerrahi girişim mide kanserinde küratif gücü olan tek çaredir. Girişimin başarısı da büyük ölçüde lezyonun yaygınlık derecesi ile ilgilidir. Tanı konulduğunda olguların büyük bir kısmı operabilite sınırını aşmış bulunur. Yapılan çalışmalarda olguların % 17 'sinin daha başlangıçta inoperabl olduğu, laparotomi yapılanların % 37.8 'inde rezeksiyon yapma imkanı bulunmadığı, rezeksiyonların % 33 'ünün palyatif yapıldığı ve ancak % 34 'ünde küratif rezeksiyon imkanı bulunduğu anlaşılmaktadır (15). Hastanın genel durumu son derece bozuk ve yaygın peritonitis karsinomatoza olmadıkça her vaka cerrahi olarak eksplore edilmelidir. Karında assit, periton ve karaciğerde metastaz, N3 ve N4 düzeyindeki lenf bezlerinde ileri derecede yayılım olmayan ve sonuçta kürabilitesi olduğu düşünülen olgularda radikal ameliyat planlanır (1,16-18). Antrum ve korpustaki küçük tümörler genellikle parsiyel veya subtotal gastrektomi ile tedavi edilirler. Küçük kurvatur boyunca yukarıya yayılım söz konusu ise ve mide korpusunu tamamen kaplayan tümörlerde total gastrektomi yapılmalıdır (12,17,19-21). Biz tümörün insusura angularisin proksimalinde olduğu ve küçük kurvatur boyunca yayılım gösterdiği 22 olguda total gastrektomi, tümörün insusura angularisin daha distalinde lokalize olduğu 20 hastaya da subtotal gastrektomi ve gastroenterostomi uyguladık. Bunlar, olguların % 52 'sini

oluşturmaktaydı. 39 (% 48) olguda ise laparotomide peritoneal karsinomatozis, aşırı çevre organ invazyonu, N3, N4 lenf nodu metastazı ve karaciğer metastazı ile karşılaşılan durumlarda pasajı sağlamak için palyatif cerrahi girişim veya sadece eksplorasyon yapıldı

Mide karsinomlarında prognoz kötü olmakla birlikte en iyi prognoz erken mide karsinomlarındadır. Kürabl cerrahi tedaviyi takiben erken mide karsinomlarında 5 yıllık sağkalım % 93.8-97 'dir (22,23). Bu oran ilerlemiş vakalarda % 20.5 'e düşmektedir. TNM sınıflamasına göre 5 yıllık sağkalım; Evre I 'de % 90, Evre II 'de % 50, Evre III 'de % 10, Evre IV 'de sağkalım oranı bildirilmemiştir (24).

Total gastrektominin mortalitesi birçok çalışmada % 15-25 gibi oranlarda bildirilmesine rağmen son yıllarda bu oranın % 0-8 gibi oldukça düşük seviyelere indiği gözlenmektedir (25-27). Bizim çalışmamızda toplam mortalite oranı % 6.1 idi. Total gastrektomi yapılan olgularda bu oran % 9 olup literatürle uyumludur. Mortaliteyi yükselten en büyük iki neden anastomoz kaçakları, kardiorespiratuar yetmezliktir. İleri yaş, preoperatif solunum problemleri, hipoproteinemi gibi faktörler mortaliteyi etkiler (28). Bizim çalışmamızda postoperatif dönemde total gastrektomiden sonra exitus olan 2 hastadan biri, duodenum güdüğünden gelişen anastomoz kaçağı sonucu gelişen sepsisten, diğeri ise akciğer enfeksiyonu ve multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Diğer 3 olgudan 1 'i pulmoner emboli, 1 'i akciğer enfeksiyonu ve diğeri de multiorgan yetmezliği nedeniyle exitus oldu.

Ülkemizde mide kanserlerinden ölümü azaltmak, yaşam süresini uzatmak ve kalitesini yükseltmek için şüpheli gastrointestinal yakınmalar ile başvuran 40 yaş üzerindeki hastalarda, mide kanserinden şüphelenilmeli, başta gastroduodenoskopi olmak üzere mide duodenum pasaj grafisi gibi radyolojik tetkikler yapılmalıdır. Hastanın yaş ve cinsiyetinin operabiliteyle bir ilişkisi yoktur. Cins sürvide etkisizdir. Genç yaşta hastalarda mide kanseri daha süratli seyrederek ve 5 yıllık sürvi daha düşüktür. Yaşlılarda operatif mortalite daha yüksektir.

Sonuç olarak tüm seri gözden geçirildiğinde mide kanserli olguların büyük bir çoğunluğunun semptomlar başladığı zaman ileri evrede olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılacak cerrahi işlem kısıtlı kalmaktadır. Günümüzde gastro intestinal sistem semptomları bulunan olgularda endoskopik ve radyolojik

tetkiklerin yaygın kullanılması ile mide kanserlerinin daha erken evrede

yakalanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR:

1. Elder JB: Carcinoma of the stomach. In: Habrich WS, Schaffner F, Berk JE, Editors. Bockus Gastroenterology. Vol 1, 5th ed. Saunders. 1994: 859-872.
2. Alexander HR, Kelsen DP, Jepper JE: Cancer of the stomach: In De Vita VT(ed). Cancer principle a pratice of oncology. Fourth edition. Philadelphia: JB Lippincott Company. 1993: 818.
3. Soreide JA, Heerden JA, Buggart LJ, Donohue JH, Sarr MG, Ilstrup DM: Surgical aspect of patients with adenocarcinoma of the stomach operated on four cure. Arch. Surg. 1996; 131: 481.
4. Lowitz BB, Casciato DA: Gastrointestinal tract cancers, In: Casciato and Lowitz (ed). Manual of Clinical Oncology, Second edition, Boston, Toronto: Little Brown and Company. 1994: 129.
5. Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, Editors: Gastrointestinal and Liver Disease. USA: Vol 1, 6 th ed. WB Saunders Company. 1998: 733-757.
6. Moore JR: Gastric carcinoma. The Canadian Journal of Surgery. 1986; Vol 29.
7. Weed T, Necssle W: Carcinoma of the stomach. Ann. Surg. May 1986; Vol 99:5.
8. Mc Neer: Elective total gastrectomy of the stomach. Ann. Surg. August 1947; Vol 180, No:2.
9. Diehl JT, Herman RE, Coperman AM, et all: Gastric carcinoma: A ten year review. Ann. Surg. 1983; 198: 9-12.
10. Buchtoltz TW, Welch CE, Malt RA: Clinic corralates of rezectability and survival in gastric carcinoma. Ann.Surg. 1978; 188: 711-715.
11. Smith JR, Brennan MF: Surgical treatment of gastric cancer; The Surgical Clinics of North America Heerden JA. et all. USA: WB Saunders Company. 1992: 381-399.
12. Remine WH: çev. Andican AA: Mide kanseri, Maingot Abdominal Operasyonlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1989: 777-797.
13. Day DW, The stomach, In: Morson BC, Editor, Systemic Pathology. New York, Livingstone: Section Alimentary Tract. Vol3, 3rd ed. 1987: 149-228.
14. De Leon L: Gastric cancer in chiriqui. Rev Med Panama 1994; 19: 43-47.
15. Dinçtürk C: Cerrahi Onkoloji Mide Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi. 1989:172-190.
16. Sayek I: Temel Cerrahi 2. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi. 1996: 1047-1054.
17. Moody FG, Miller TA: Stomach In: Schwartz SI, eds. Principles of Surgery. Sixth edition. USA: Mc Graw-Hill. 1994: 1123-1152.
18. Hendlisz A, Bleiberg H: Diagnosis and treatment of gastric cancer. 1995; 49: 711-720.
19. Way LW, çev. Torun N: Mide ve duodenum, (Current surgical diagnosis & treatment) Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi. 1985: 492-532.
20. Kakeji Y, Korenaga D, Baba H, Watanabe A, Tsujitani S, Maehara Y, et all; Surgical treatment of patients with gastric carcinoma and duodenal invasion. J. Surg. Oncol. 1995; 59: 215-219.
21. De Almada JC, Bettencourt A, Costa CS, De Almada JM, Curative surgery for gastric cancer: study of consecutive patients. World J. Surg. 1994; 18: 889-94.
22. Green PHR, OToole KM, Slonim D, Wang T, Weg A: Increasing incidence and exellent survival of patient with gastric cancer : Experience in a United States Medical Center. The American Journal of Medicine. 1988; 85: 658-661.
23. Ohta H, Noguchi Y, Takagi K, Nishi M, Kajitani T, Kato Y: Early gastric carcinoma with special reference to macroscopic classification. Cancer. 1987; 60: 1099-1106.
24. Damjanov I. Linder J: Anderson 's pathology, Tenth Edition, Vol II. USA: Von Hoffman Press. 1994: 1661-1707.
25. Viste A, Haugstvedt T, Eide GE, Soreide O: Postoperative complications and mortality after surgery for gastric cancer. Ann. Surg. 1988; 207: 7-13
26. Mejer HJ, Schmiedt W, Ziegler H, Fritz KW, Geerlings H, Pichlmay R: Surgery for stomach cancer in patients over 70. Zentrabl Chir. 1984; 109: 777-782
27. Wu CW, Hsieh MC, Lo SS, Wang LS, Hsu WH, Lui WY, Huang MH, Peng FK, Morbidity and mortality after radical gastrectomy for patients with carcinoma of

the stomach. J. Am. Coll. Surg. 1995; 181:
26-32.
28. Gennari L, Bonzetti F, Bonfati G, Doci R,
Andreola S: Subtotal versus total

gastrectomy for cancer of the lower two-
thirds of the stomach : A new approach to an
old problem. Br.J.Surg. 1986;Vol.73:534-
538.