

Malign mide tümörleri: 69 vakanın retrospektif incelenmesi

Yrd.Doç.Dr. Adnan ARAB*, Öğr. Gör. Dr. Mustafa ERBİLEN*, Yrd. Doç. Dr. Mustafa ŞAHİN*
Doç. Dr. Ertuğrul ERTAŞ*, Yrd. Doç. Dr. Muammer KARAAVVAZ**, Araş. Gör. Dr. Vahap ORAKÇI*

1988-1993 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Cerrahi Kliniği ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında tedavi olan 69 mide kanserli vakanın değerlendirilmesi yapıldı. Vakalarımızın 47'si erkek (%68.1), 22'si kadındı (%31.9), erkek/kadın oranı 2/1 olarak tespit edildi. Bu değerlendirme sonucunda, vakalarımızın hemen hepsinin geç dönemlerde hastaneye müracaat ettiği, tümörün serozayı tuttuğu ve çoğunun III'üncü veya IV'üncü evrede olduğu tespit edildi. 36 hastaya subtotal gastrektomi, 17 hastaya total gastrektomi, 8 hastaya drenaj ve 3 hastaya eksploratif laparotomi uygulandı. 4 hastamız inoperabl olarak değerlendirilerek operasyona alınmadı. 38 hastaya postoperatif kemoterapi, 1 hastaya radyoterapi uygulandı. Mide kanserlerinin çeşitli faktörlere bağlı olarak kötü prognoza sahip olduğu gözlemlendi. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1(1):26-32, 1994]

Anahtar kelimeler: Mide kanseri, cerrahi

Malignant neoplasms of the stomach: an analysis of 69 cases

69 patients with gastric cancer admitted to the Surgical Departments of Ankara Numune Hospital and İnönü University School of Medicine between 1988-1993 were evaluated. 47 (%68.1) of the patients were male and 22 (%31.9) were female. Male/female ratio were 2:1. As a result, almost all of our patients were in either 3rd or 4th stages. 36 patients underwent subtotal gastrectomy, 17 total gastrectomy, 8 drainage procedure and 3 explorative laparotomy. 38 patients received chemotherapy and 1 radiotherapy. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1(1):26-32, 1994]

Key words: Gastric cancer, surgery

Son zamanlarda mide kanseri insidansındaki düşüşe rağmen bu hastalıktan ölüm oranı halen yüksek olmaya devam etmektedir. Gastrik kanserin yıllık insidansı A.B.D.'de yapılan bir araştırmaya göre 1950'lerde 100.000'de 234 iken, 1960'larda 185'e, 1980'lerde ise 108'e düşmüştür^{1,2}.

Günümüzde gelişen tetkik yöntemleri erken tanıda önemli rol oynamaktadır. Bu tetkik yöntemleri doğru evrelendirme ve cerrahi sınırların genişlemesine de imkan sağlamaktadır. Endoskopinin, kompüterize tomografinin (CT) ve ultrasonografinin gelişmiş ülkelerde, özellikle Japonya'da yaygın olarak kullanılması sonucu küratif cerrahi uygulanabilmekte ve 5 yıllık yaşama süresi de artmaktadır³⁻⁶.

Ülkemizde daha bariz olmak üzere genelde hastalar, hastalığın son dönemlerinde doktora başvurmakta ve dolayısıyla erken dönemdeki küratif tedavi şansını kaybetmektedirler.

Araştırmamızda, son 5 yılda teşhis ve tedavi edilen 69 mide kanserli hasta retrospektif olarak incelendi. Vaka formları, dosya ve ameliyat notları taranarak; şikayetleri, tanı yöntemleri, uygulanan operasyonlar, komplikasyonları ve takipleri literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışıldı.

MATERYAL VE METOD

Ankara Numune Hastanesi Cerrahi Kliniği ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1988-1993 yılları arasında yatarak tedavi olan toplam 69 malign mide tümürlü hasta araştırıldı. Hastaların 47'si erkek (%68.1), 22'si kadındı (%31.9). Erkeklerin yaşları 36-78, kadınların yaşları 30-80 arasında idi. Kadın / erkek oranı 1 / 2.1 olarak bulundu. Hastaların %72.4'ü 5. ve 6. dekattaydı.

* : İnönü Ün.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı - Malatya

** : Yüzüncü Yıl Ün.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı - Van

Hastaların 51'ine (%73.9) ultrasonografi (USG), 44 hastaya (%63.8) baryumlu mide duodenum grafisi (ÖMD), 41 hastaya (%59.4) endoskopi, 33 hastaya (%47.8) endoskopik biopsi ve dört hastaya (%5.8) kompüterize tomografi (CT) uygulandı (Tablo I).

Tablo I . Teşhis yöntemleri

Teşhis yöntemleri	Hasta sayısı
Toplam ÖMD grafisi	44
Toplam USG	51
Toplam endoskopi	41
Toplam CT	4
Toplam endoskopik biopsi	33
Yalnız ÖMD	11
Yalnız USG	1
Yalnız endoskopi	4
ÖMD+USG	15
ÖMD+endoskopi	3
USG+endoskopi	20
ÖMD+USG+endoskopi	12
ÖMD+USG+CT	1
ÖMD+USG+CT+endoskopi	2

Hastalarımızın evrelendirilmesi, 1988 Amerikan Birleşik Kanser Komitesinin TNM sistemine göre yapıldı. Hastaların 65'i (%94.2) opere edildi. 38 hastaya (%55) postoperatif kemoterapi, 1 hastaya da (%1.44) radyoterapi uygulandı.

BULGULAR

Kliniğimize yatırılan mide kanserli hastalarda en sık tesbit edilen semptomlar sırasıyla epigastrik ağrı, bulantı, kusma ve kilo kaybıdır (Tablo II).

Tablo II. Çalışmadaki mide neoplazmlı hastaların semptomları

Semptomlar	Hasta sayısı	%
Epigastrik ağrı	57	82.6
Bulantı	39	56.5
Kusma	38	55.0
Kilo kaybı	33	47.8
Hazımsızlık	26	37.7
Halsizlik	12	17.4
Hematemez	4	5.8
Provake kusma	3	4.3
Yutma güçlüğü	3	4.3
Omuz ağrısı	1	1.4

Hastaların şikayetlerinin başlangıcı ile tanı arasında geçen en erken süre 1 ay en geç 5 yıl ortalama 19.3 aydı.

Vakaların 49'u (%71.1) değişik sürelerde ortalama 13.2 ay ülser tedavisi (antiasit, H₂ reseptör antagonistleri vs) kullanmış, 20'si (%28.9) hiç ülser tedavisi görmemiş, hastaların 2'sine (%2.89) benign peptik ülser nedeniyle Billroth II tipi mide rezeksiyonu yapılmıştı. Mide rezeksiyonu ile kanser gelişmesi arasında geçen süre, birinde 6 yıl diğerinde ise 9 yıl idi.

Vakaların 38'inin sosyoekonomik durumu düşük, 31'inin normal olduğu tesbit edildi. 26 hasta değişik miktar ve sürelerde sigara kullanmış, 43 hasta hiç sigara kullanmamış. Hastaların çoğu Orta Anadolu bölgesindedir (Tablo III). Kan grubu dağılımı Tablo IV'de görülmektedir. Rektal tuşede 6 hastada benign prostat hipertrofisi ve 3'ünde rektumda kitle (Blummer'in rektal rafı) tesbit edildi. Fizik muayenede en çok rastlanan bulgular epigastrik hassasiyet, solukluk ve kitle idi, 11 hastada ise hiçbir bulguya rastlanmadı (Tablo V).

Hastaların 65'i (%94.2) ameliyat edilmiş, 4 hasta ise yapılan tetkikler neticesi inoperabl bulunmuş, genel durumu düzeltilerek kemoterapi için değişik merkezlere sevk edilmiştir. Vakaların 53'ü (%76.8) rezektabl, 12'si (%17.4) nonrezektabl olarak değerlendirildi. Uygulanan ameliyat çeşitleri Tablo VI'da gösterilmiştir.

Total gastrektomi yapılan vakaların 2'sinde transvers kolon invazyonu olduğu için kolon rezeksiyonu, bir vakada karaciğer sol lobda metastaz olduğu için sol lobektomi, 2 hastada distal özofagus tutulduğu için distal özofajektomi yapıldı. Nonrezektabl vakalardan antrumda yerleşen 5'ine gastrojejunostomi, corpus ve fundusa birlikte yerleşmiş olan 3'üne ise beslenme jejunostomi tüpü uygulandı. Mideyi total olarak tutan, çevre dokulara ve karaciğere yaygın metastazı olan 4 vakaya eksploratif laparotomi yapılarak biopsi alındı. Bunlardan overlerde tümör bulunan bir

Tablo III. Vakalarımızın coğrafik dağılımı

Bölge	Hasta sayısı	%
Orta Anadolu	29	42
Doğu Anadolu	24	34.8
Karadeniz	7	10.1
Ege	4	5.8
Akdeniz	3	4.3
Marmara	2	2.9
Toplam	69	100

hastaya jinekologlar tarafından primer over tümörü tanısıyla total abdominal histerektomi + bilateral salpingo ooforektomi yapıldı. Patolojisi mide tümörü + over metastazı olarak rapor edildi. Anastomozda vakaların 3'üne stapler uygulandı, diğer bütün vakalar elle anastomoz edildi.

Mide maligniteleri en çok antrumda lokalize idi (Tablo VII). Patolojik incelemeler İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Numune Hastanesi Patoloji bölümlerince yapıldı. Sonuçlar Tablo VIII'de gösterilmektedir. Endoskopik biopsi yapılan 33 hastanın 29'u adenokarsinoma, ikisi lenfoma olarak rapor edildi, ikisinde materyal yetersiz olduğundan tanıya gidilemediği bildirildi. Patoloji bulgularına göre hastaların evrelendirilmesi Tablo IX'de görülmektedir. Genel durumu bozuk, ağızdan beslenemeyen 13 hastaya preoperatif, 25 hastaya da postoperatif, ortalama 10 gün total parenteral nutrisyon (TPN) yapıldı (Tablo X). Opere edilen hastaların 34'üne sump dren, 14'üne tüp dren, birine hem tüp hem sump dren uygulandı. 16 hastaya ise dren uygulanmadı.

Postoperatif 16 hastada çeşitli komplikasyonlarla karşılaşıldı. 3 hasta ise reopere edildi (Tablo XI). Operatif mortalitemiz olmadı. Morbidite %24 olarak tesbit edildi. Hastanede yatış süresi 2-52 gün arasında olup, ortalama 20 ± 9 gün olarak bulundu.

Tablo IV. Kan grubu dağılımı

Kan grubu	Hasta sayısı	%
A	44	63.8
B	17	24.6
O	6	8.7
AB	2	2.9
Toplam	69	100

Patoloji sonuçları, adeno karsinoma olarak gelen ve subtotal gastrektomi yapılan 16, total gastrektomi yapılan 12, ekstended total gastrektomi yapılan 5 hastaya 5-Fluorourasil ve Mitomycine C içeren kemoterapi uygulandı. Lenfomalı hastalardan birine radyoterapi (4000 rad) uygulandı.

Takip edilebilen 51 hastanın 25'i (%49) öldü, 26'si (%51) ise halen yaşamaktadır. Yaşayan hastalardan 3'ü postoperatif 3. yılını, 4'ü 2. yılını, 15'i birinci yılını doldurdu. En erken exitus operasyondan sonra birinci, en geç 19. ayda oldu. Ölen 25 hastanın ortalama yaşam süresi 9 ± 5 ay olarak tesbit edildi (Tablo XII).

Tablo V. Fizik muayene bulguları

Muayene bulgusu	Hasta sayısı	%
Epigastrik duyarlılık	35	50.7
Epigastrik kitle	31	45
Solukluk	13	18.9
Hepatomegali	8	12
Periumbilikal kitle	4	5.8
Ascit	3	4.3
Splenomegali	3	4.3
Supraklaviküler LAP (Virchow)	3	4.3
Batında distansiyon	2	2.9
Blummer'in rektal rafı	2	2.9
Pelvik kitle	1	1.5
FM bulgusu olmayan	11	16

Tablo VI. Yapılan ameliyat çeşitleri

Operasyon çeşidi	Sayı	%
REZEKSİYON		
Total gastrektomi	12	18.5
Ekstended total gastrektomi	5	7.7
<i>Kolon rezeksiyonu(2)</i>		
<i>Karaciğer rezeksiyonu(1)</i>		
<i>Distal özofagus rezeksiyonu(2)</i>		
Subtotal gastrektomi	36	55.4
NON-REZEKSİYON		
Gastrojejunostomi	5	7.7
Beslenme jejunostomisi	3	4.6
Eksploratif laparotomi	4	6.1
Toplam	65	100

TARTIŞMA

Mide kanserlerinin insidansı düşmesine rağmen halen ölüm oranı yüksektir. Bunda rol oynayan faktörler, gelişmiş teşhis metodlarına rağmen özellikle A.B.D'de yapılan çalışmaların da ortaya koyduğu gibi yeterince erken dönemde yakalanamaması ve küratif cerrahi uygulanamamasıdır⁴. Özellikle Japonya'da periyodik yapılan taramalar sonucu küratif cerrahi uygulanabilecek erken mide karsinomu döneminde teşhisin konması mümkün olmaktadır. Bazı

Tablo VII. 65 hastanın tümör lokalizasyonları

Lokalizasyon	Sayı	%
Antrum	42	64.6
Corpus + Fundus	17	26.2
Gasroözofageal Bileşke	3	4.6
Midenin tümü (linitis plastica)	3	4.6
Toplam	65	100

Tablo VIII. 65 hastanın patoloji sonuçları

Patoloji	Sayı	%
Adeno Karsinoma	61	93.8
Lenfoma	3	4.6
Leiomyosarkoma	1	1.5
Toplam	65	100

Tablo IX . Hastalarımızın TNM sistemine göre evreleri

Yapılan ameliyat	S T A G E					Total hasta sayısı
	I	II	IIIA	IIIB	IV	
Subtotal gastrektomi	-	12	10	9	5	36
Total gastrektomi	-	5	3	3	6	17
Gastrojejunostomi	-	-	1	3	1	5
Beslenme jejunostom.	-	-	-	-	3	3
Eksploratris laparotomi	-	-	-	-	4	4
Toplam	0	17	14	15	19	65
			29 (%44.6)			
%	0	26.1	21.5	23	29.2	100

Tablo X. Total parenteral nutrisyon yapılan hastalar

Operasyon	Total hasta sayısı	TPN uygulanan h.sayısı
Total gastrektomi	17	7
Subtotal gastrektomi	36	10
Nonrezektabl	12	8
Toplam	65	25

Tablo XI . Postoperatif komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Hasta sayısı	Ölüm	Reoperasyon
Yara enfeksiyonu	10	-	-
Anastomoz kaçağı	1	-	-
Septisemi	1	1	-
Enterokütanöz fistül	2	1	1
İntraabdominal abse	2	1	2
Toplam	16	3	3

Tablo XII . Takip edilen 51 vakanın yaşam süreleri (ay)

Ameliyat tipi	Takip edilen hasta sayısı	Sağ Ölü		Ölen hastalar ort.yaşam	Sağ hastal. ort.yaşam
		Sağ	Ölü		
Subtotal gastrektomi	27	14	13	13.2	14
Total gastrektomi	13	10	3	10.1	12.4
Gastro-jejunostomi	4	2	2	5.5	1.5
Besl.jejunostomi	3	0	3	4.0	0
Expl.laparotomi	4	0	4	3.5	0
Toplam	51	26	25	ort. (9.5)	ort.(12.4)

Tablo XIII. Nodal tutulum seviyelerinin klasifikasyonu ve mide kanserinde nodların rezeksiyon tipleri

Nodal tutulum

N0	Nod tutulumu yok
N1	Büyük ve küçük kurvatur (primer tm'den < 3 cm)
N2	Perigastrik nodlar (primer tm'den > 3 cm) çölyak aks, common hepatic, sol gastrik ve splenik arter
N3	Porta hepatis, paraaortik, a. mesenterika sup. ve retropankreatik nodlar

Rezeksiyonlar

R0	Grup 1 nodlarının (N1) kısmen çıkarılması
R1	Grup 1 nodlarının (N1) tamamen çıkarılması
R2	Grup 1 ve Grup 2 (N1 ve N2) nodlarının tamamen çıkarılması
R3	Grup 1,2,3 (N1,2,3) nodlarının tamamen çıkarılması

çalışmalarda ilerlemiş mide kanserinde 5 yıllık yaşama süresi %20-40, Ming ve arkadaşlarının serisinde ise %34-53 olarak bulunmuştur^{2,5,7}. Türkiye'de mide kanseri insidansı ve ortalama yaşam hakkında yeterli istatistik bilgi mevcut değildir. 1988-1993 yıllarında Ankara Numune Hastanesi Cerrahi kliniği ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'da yatarak tedavi edilen 5625 hastadan 69'u mide kanseridir. (%1.2).

Mide kanserlerinin etyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Coğrafi ve çevresel etkenler en önemli nedenlerdendir. Özellikle Japonya, Finlandiya, Şili gibi kıyı ülkelerinde sık görülür. Metal ve kauçuk işçilerinde, asbeste maruz kalanlarda risk artmaktadır^{4,6,8}. Kan grubu A olan kişilerde ve pernisiyöz anemisi olanlarda sık rastlandığı bildirilmiştir. Sigaranın etkisi tam belirlenememiş ise de; tütülenmiş et, balık, soya, sebze turşusu, deniz yosunları ve patates, pirinç gibi gıdaların riski artırdığı belirtilmiştir^{1,4,8}. Genetik duyarlılığı olan kişilerde bu risk daha da artmaktadır⁹. Ayrıca erkeklerde ve sosyoekonomik durumu düşük olanlarda, kırsal kesimde, 50-80 yaşları arasında mide kanseri insidansının fazla olduğu bildirilmiştir^{8,10-12}. Çalışmamızdaki hastaların 29'u (%42) Orta Anadolu Bölgesindedir. Hastalığın bu bölge insanlarında sık görülmesi; bölgedeki asbest ve zeolite veya Ankara Numune Hastanesine bölgeden fazla hasta gelmesine bağlanabilir. Nitekim İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'da tedavi olan hastaların tamamı Doğu Anadolu Bölgesinden gelmişti. Hastaların %63.8'i A kan grubu idi. 39 hastanın sosyoekonomik durumu düşük, 30'unun ise normaldi. Yaş ortalamaları 50'nin üzerindeydi ve hastalık %68.1 oranında erkeklerde tesbit edildi. Bütün bu bulgular literatür ile uyumluydu.

Gastrik polipler, kronik atrofik gastrit, geçirilmiş ülser ameliyatı, reflü özofajit, hiatal herniler ve Helikobakter pilori enfeksiyonu mide

kanseri oluşumunda rol oynayan predispoze faktörlerdir^{11,12,14-17}. Hastalarımızın da 2'sinde Helikobakter pilori tesbit edilmiş; 2'si ise daha önce benign ülser nedeniyle ameliyat olmuştu.

Mide kanserleri genellikle sinsi seyirli ve semptomlar ortaya çıktığında hastalık ilerlemiş olmaktadır. En sık rastlanan semptom çalışmamızda olduğu gibi (%82.6) epigastrik ağrıdır¹⁸. Diğer belirtiler hazımsızlık, kusma, bulantı, halsizlik, kilo kaybı, hematemez ve melenadır⁸.

Epigastrik hassasiyet en önemli fizik muayene bulgusudur^{4,18}. Hastalığın ileri devrelerinde; epigastrik kitle, anemi ve uzak metastaz bulguları ortaya çıkar. Bunlar servikal veya supraklavikuler lenfadenopati (Virchow), Blummer'in rektal rafi, paraumbilikal nodlar (Sister Mary Joseph Nodu), hepatomegali, ascit ve sarılıktır¹⁹. Vakalarımızın 3'ünde supraklavikuler lenfadenopati (Virchow), 2'sinde de Blummer'in rektal rafi tesbit edilmişti.

Semptomların başlangıcı ile tanı arasında geçen sürenin ortalama 19.3 ay olması ve %59.4'ünün bir yıldan fazla ülser tedavisi görmesi hastalığın ilerlemesinde önemli etken olarak düşünüldü. Yapılan bir çalışmada da belirtildiği gibi 40 yaşın üstündeki gastrointestinal şikayetlerde mide kanseri akla gelmeli ve kesin tanı konmadan uzun süreli semptomatik tedavi uygulanmamalıdır¹⁸.

Mide duodenum grafisi mide patolojilerini ortaya koymak için halen kullanılmakla beraber; gastroskopi, ultrasonografi ve kompüterize tomografi daha etkili metodlar olarak son yıllarda önem kazanmıştır. Özellikle endoskopik inceleme, lezyonu direk görme ve biyopsi alma imkanı sağladığı için değerli bir tanı yöntemidir.

Endoskopik biyopsi ve sitoloji sonuçları birlikte değerlendirildiğinde %95-99 doğru tanı konulabilmektedir²⁰. Moss ve arkadaşlarının çalışmasında; CT tetkikinin kitle ve invazyonu ayrıca nodal ve ektranodal tutulumları ortaya

çıkardığı gösterilmiştir. Günümüzde endoskopik ultrasonografinin kullanıma girmesiyle lezyonların direkt invazyon bulguları çok daha net olarak belirlenebilmektedir^{4,5}. Hastalarımızda birçok tanı yöntemi birlikte kullanılmıştır. Endoskopik biyopsi alınan 33 vakanın 31'inde histolojik tanı bilinerek operasyon yapılmıştır. Yine ultrasonografi, endoskopi ve baryumlu mide duodenum grafisinin birlikte yapıldığı hastalarda tetkik yöntemlerinin sonuçları birbirini desteklemiştir.

Mide tümörlerinin %95'i maligndir ve bunların da % 95'i adenokarsinomdur. Nonhodgkin lenfomalar %4, leiomyosarkom ise %1 sıklıkla görülür^{6,14,21}. Vakalarımızın patoloji sonuçları da bu oranlara çok yakındır. Hastalar patoloji bulgularına göre Amerikan Birleşik Kanser Komitesinin 1988 TNM sistemine göre evrelendirilmiştir^{20,22}.

Tedavide en etkili yöntem cerrahidir. Mide kanserlerinde, 1/3 distal yerleşimli olanlarda subtotal, orta ve üst yerleşimli olanlarda total gastrektomi en uygun operasyon şekli olarak bildirilmiştir^{15,23,24}. Serozal tutulum, hepatik ve peritoneal metastazi olmayanlarda lenf nodu disseksiyonu ile birlikte mide rezeksiyonu küratif operasyon olarak kabul edilir^{2,25-27}. Yapılan son çalışmalara göre mide kanserinin proksimal, orta ve distal yerleşimine göre farklı lenf nodu rezeksiyonları uygulanarak yaşam süresinin uzadığı tesbit edilmiştir. Ayrıca eğer tam kür planlanıyorsa Tablo XIII'de açıklanan R seviyesinin, N seviyesinden daha geniş tutulması; rölatif kür planlanıyorsa R seviyesinin N seviyesine eşit olması gerektiği bildirilmektedir. Avrupa ve Amerika'da R1 ve R2 kullanılmakta, Japonya'da ise bunlara ek olarak R3 uygulanmaktadır^{10,22,28,29}. Hastalarımıza çoğunlukla R1 rezeksiyon uygulanmıştır.

Erken mide kanserinde operasyonu kabul etmeyenler için tedavi amaçlı, ilerlemiş mide kanserinde ise palyatif olarak uygulanan laser tedavisi ile ilgili olarak umut verici çalışmalar vardır^{4,30,31}. İlerlemiş mide kanserlerinde de subtotal mide rezeksiyonu en iyi palyatif tedavidir ve seçilmiş vakalarda total mide rezeksiyonu sonuçlarının da iyi olduğu bildirilmiştir^{10,32}. Kemoterapi, küratif rezeksiyon yapılmadığı düşünülen durumlarda postoperatif adjuvan olarak uygulanmaktadır. İlerlemiş mide kanserlerinde %41-63 oranında cevap elde edildiği bildirilmektedir. Bölgesel kemoterapinin de yaşam süresini uzattığını bildiren çalışmalar vardır^{2,26,33,34}. Radyoterapi lenfomalar haricinde pek yararlı görülmemektedir. Operasyon sırasında uygulanan radyoterapinin yaşam süresini uzattığı bildirilmektedir¹. Postoperatif immünokemoterapi ile ilgili bir çalışmada, yalnız cerrahi tedavi uygulananlara göre 5 yıllık yaşam süresinde anlamlı artış bulunmuştur³⁵.

Operasyona aldığımız hastaların 12'sine (%18.5)

nonrezektabl girişimler yapılmıştır. 36'sına (%55.3) subtotal gastrektomi ve 17'sine (%26.2) total gastrektomi uygulanmıştır. Yaşayan 26 hastanın en az 2 ve en uzun 39 ay takipleri yapılmış, halen devam etmektedir. Subtotal gastrektomi yapılan evre II'deki 3 hasta postoperatif 3. yılını doldurmuştur. Takip edilebilen hastalardan ölenlerin ortalama 9.5 ay kaliteli bir yaşam sürmüş olmaları ve halen yaşayan diğer hastaların da yaşam kalitelerinin iyi olması ilerlemiş mide kanserlerinin operasyonundan da iyi sonuçlar alındığını düşündürmüştür (Tablo XII).

Sonuç olarak, malign mide tümürlü hastaların tedavi için hekime geç müracaat ettikleri veya semptomatik tedaviler uygulandığı için teşhislerinin geciktiği tesbit edilmiştir. Hastaların küratif cerrahi döneminde yakalanabilmesi için özellikle risk taşıyan ve semptomları olan kişilerde ileri tetkik yöntemleri kullanılarak tanı kesinleştirilmeli ve uygulanan operasyon mümkün olduğunca radikal olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Breaux JR, Bringaze W, Chappuis C et al. Adenocarcinoma of the stomach : A Review of 35 Years and 1710 Cases. World J Surg 1990; 14: 580-6.
2. Boddic AW, McBrid CM, Balch CM. Gastric Cancer. The Am J Surg 1989; 157: 595-605.
3. Maryuma K, Gunven P, Okabayashi K et al. Lymph node metastases of gastric cancer (general pattern in 1931 patients). Ann Surg 1989;210(5): 596-602.
4. Fink AS, Longmire WP. Carcinoma of the stomach. In: Textbook of Surgery. Fourteen edition. Philadelphia. WB Saunders 1991:814-27.
5. Eastwood GL. Gastric Neoplasms. In: Manual of Gastroenterology. First Edition 1988:140-7.
6. Hendricks JC. Malignant Tumors of the stomach. Surg Clin N Am 1986; 66(4): 683-93.
7. Baba H, Korenaga D, Okamura T et al. Prognostic factors in gastric cancer with serosal invasion. Arch Surg 1989; 124: 1061-64.
8. Adam YG, Efron G. Trends and Controversies in the management of carcinoma of the stomach. Surg Gynec & Obst 1989;169: 371-85.
9. Wasylyshyn ML, Neuman WL, Angriman I et al. Evidence for a new tumor-suppressor gene involved in gastrointestinal malignancies. Surgery 1991; 110: 265-69.
10. Monson JRT, Donohue JH, McIlrath DC et al. Total Gastrectomy for advanced cancer. Cancer 1991;68(9): 1863-869.
11. Craven JL. Gastric cancer . Current Opinion in Gastroenterology 1991;7: 933-38.

12. Aygün E, Bakır T. Rezeksiyon sonrası kalan midede karsinom. *Acta Oncologica Turcica* 1988;21: 91-6.
13. Barış İzzet. Asbestoz and erionite related chest diseases. *Gastro-intestinal Carcinoma* First edition. Semih Ofset Matbaacılık. Ankara 1987: 40-1.
14. Başar Y, Terzioğlu T, Öztürk S ve ark. Mide leiomyosarkomları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1988; 2: 42-5.
15. Arab A, Akat AZ, Kama NA. Mide kanserleri. *Yeni Tıp Dergisi* 1992 ;9(5): 26-32.
16. Viste A, Eide GE, Glattre E. Cancer of the gastric stump: Analyses of 819 Patients and comparison with other stomach cancer patients. *World J Surg* 1986;10: 454-61.
17. Arce SR, Barua RL, Cok J et al. Helicobacter pylori and progressive gastric pathology That predisposes to gastric cancer. *Scand J Gastroenterology* 1991;26: 51-7.
18. Diriker M, Aker Y, Köse H. 62 mide kanseri olgusunun irdelenmesi. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1988; 2: 20-3.
19. Lawrence W . Stomach and duodenum. In: *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. 9. edition. Applecon & Lange 1991: 460-96.
20. Haskell CM, Selch MT, Ramming KT. Gastrointestinal neoplasms. In: *Cancer treatment*. 3rd edition ,WB Saunders 1990: 206-29.
21. ReMine SG, Braasch JW: Gastric and small bowel lymphoma. *Surg Clin N Am* 1986; 66(4): 713-21.
22. Dinçtürk C. Cerrahi Onkoloji - Mide Kanseri. Birinci Baskı. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1989.
23. Valen B, Viste A, Haugstvedit T. Treatment of stomach cancer, A National Experience. *Br J Surg* 1988;75(7): 708-12.
24. Lindahl AK, Harbitz TB, Liavag I. The surgical treatment of gastric cancer: A retrospective study with special reference to total gastrectomy. *European Journal of Surgical Oncology* 1988;14: 55-62.
25. Haberer G, Teichmann RK, Kramling HJ, Günther B. Results of gastric resection for carcinoma of the stomach: The European Experience. *World J Surg* 1988; 12: 374-81.
26. Estape J, Grau JJ, Lcobendas F. et al. Mitomycin C as an adjuvant treatment to resected gastric cancer (A 10 year follow-up). *Ann Surg* 1991;213(3): 219-21.
27. Okamura T, Tsujitani S, Korenaga D et al. Lymphadenectomy for cure in patients with early gastric cancer and lymph metastasis. *The Am J Surg* 1988;155: 476-80.
28. Smith JW, Brennan MF. Surgical treatment of gastric cancer-proximal, mid and distal stomach. *Surg Clin N Am* 1992; 72(2): 381-99.
29. Behrns KE, Dalton RR, Van Heerden JA, Sarr MG. Extended lymph node dissection for gastric cancer. *SCNA* 1992; 72(2): 433-43.
30. Okazaki Y, Tada M. Endoscopic Treatment of early gastric cancer. *Seminars in Surgical Oncology* 1991;7: 351-55.
31. Korenaga D, Watanabe A, Saito A et al. Laser treatment for poor-risk patients with early gastric cancer: post treatment pathology. *European Journal of Surgical Oncology* 1991; 17: 316-18.
32. Inokuchi K. Prolonged survival of stomach cancer patients; after extensive surgery and adjuvant treatment: an overview of the Japanese experience. *Seminars in Surgical Oncology* 1991; 7: 333-38.
33. Peter Schlag. Adjuvant Chemotherapy in gastric cancer. *World J Surg* 1987; 11: 473-77.
34. Nakajima T, Nishi M, Hajitani T. Improvement in treatment results of gastric cancer with surgery and chemotherapy: experience of 9700 cases in the cancer institue hospital, Tokyo. *Seminars in Surgical Oncology* 1991; 7: 365-72.
35. Kim Jin-Pok. The Concept of immunosurgery in gastric cancer. *World J Surg* 1987;11: 465-72.

Yazışma Adresi : Dr. Adnan ARAB
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
44300 MALATYA