

Nadir Görülen Malign Mide Tümörlerinde Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

Our Surgical Treatment Results in Rare Malign Stomach Tumors

Ramazan GÜNDOĞDU, Hakan YABANOĞLU, Serkan ERKAN, Murat KUŞ

Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan EAH. Genel Cerrahi Kliniği, Adana

Öz

Mide kanserleri yaygın görülme oranı ve yüksek mortalitesi nedeniyle halen önemini koruyan bir hastalıktır. En sık görülen histopatolojik alt tipi adenokanserlerdir. Nadir görülen mide kanserlerinin saptanması klinik şüphe ve ek tetkikler gerektirebilmektedir. Bu çalışmada gastrektomi yapılan; nadir görülen histopatolojik tanı 22 mide kanseri hastasının klinik ve cerrahi tedavi sonuçlarının literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır. Merkezimizde Ocak 2011-Ekim 2020 tarihleri arasında malign nedenle gastrektomi uyguladığımız hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Nadir gözlenen histopatolojik tanı ve verilerine ulaşılabilen 22 hasta çalışmaya alındı. Hastaların dosyaları geriye dönük incelenerek yaş, cinsiyet, gastroskopi bulguları, gastroskopik biyopsi, uygulanan cerrahi prosedür, ek tetkik, patoloji raporları, tümör çapı, takip süresi, nüks ve mortalite bilgileri kaydedildi. Çalışmaya 11'i erkek, 11'i kadın 22 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 53 (18-77) idi. Biyopsilerinde malignite saptanmayan dört hastanın ikisi EUS, biri PET-CT, biri MR bulgularında maligniteden şüphelenilmesi sonrasında opere edildi. Hastaların 12'si GIST, beşi nöroendokrin tümör, ikisi Non Hodkin Lenfoma, ikisi leiomyosarkom, biri skuamöz hücreli karsinomdu. Ortalama takip süresi 36 (0.3-108) aydı. Mide lezyonlarında olası nadir görülen mide kanserlerinin atlanmaması için ek görüntüleme yapılması ve deneyimi yüksek merkezlerce yönetimi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal Stromal Tümör, Leiomyosarkom, Mide Kanseri, Mide Nöroendokrin Tümör

Abstract

Stomach cancers are still an important disease due to their prevalence and high mortality. The most common histopathological subtype is adenocancers. Detection of rare gastric cancers may require clinical suspicion and additional tests. In this study, gastrectomy was performed; It is aimed to present the clinical and surgical treatment results of 22 gastric cancer patients with a rare histopathological diagnosis in the light of literature. The files of patients, who underwent gastrectomy for malignant reasons between January 2011-October 2020 in our center, were retrospectively reviewed. Twenty-two patients with rare histopathological diagnosis and available data were included in the study. The files of the patients were examined retrospectively, and information on age, gender, gastroscopy findings, gastroscopic biopsy, surgical procedure, additional examination, pathology reports, tumor diameter, follow-up time, recurrence and mortality information were recorded. Twenty-two patients, 11 males, 11 females, were included in the study. The mean age of the patients was 53 (0.3-108). Of the four patients who had no malignancy in their biopsies, two were operated after EUS, one PET-CT, one after suspected malignancy in MR findings. Of the patients, 12 were GIST, five were neuroendocrine tumors, two were non-Hodkin lymphoma, two were leiomyosarcoma, and one were squamous cell carcinoma. The mean follow-up time was 36 (0.3-108) months. Additional imaging and management by centers with high experience are important in order not to miss possible rare gastric cancers in gastric lesions.

Keywords: Gastrointestinal Stromal Tumor, Leiomyosarcoma Gastric Cancer, Gastric Neuroendocrine Tumor

Giriş

Mide kanseri 2018 yılında bir milyondan fazla yeni tanı alarak dünyadaki en yaygın beşinci kanser haline gelmiştir. Yine aynı yılda dünya çapında yaklaşık 783.000 ölümden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (1). Mide malign tümörleri; yaklaşık %90-95 adenokanserleri, %3 mukozayla ilişkili lenfoid doku (MALT) lenfomaları ve daha az sıklıkta görülen gastrointestinal stromal tümörler (GIST) ile karsinoid tümörleri içerir (2).

Son yıllarda mide kanserli hastaların sağ kalımındaki önemli gelişmelere rağmen, sıklıkla ileri bir aşamada teşhis edilir ve yüksek rekürrens

insidansı nedeniyle prognozlar tatmin edici değildir (3). Mide kanserleri ileri aşamalara ulaşana kadar çoğunlukla asemptomatiktir. Etkin tarama yöntemleri kullanarak erken tanı ve tedavi uygulanabilmesi mortalitenin azalmasına önemli katkı sağlar (3).

Tüm tedavilere rağmen beş yıllık sağ kalım %30 civarındadır (4). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mide kanseri hastalarının yarısından fazlasının tanı anında bölgesel veya uzak metastazlarının olduğu bildirilmiştir (5). Halen erken tanı ve gerekli hastalarda onkolojik preniplere uygun ve etkin cerrahi; tedavinin en önemli basamaklarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada mide malign tümörü nedeniyle gastrektomi yapılan; nadir görülen histopatolojik tanıya sahip 22 mide kanseri hastasının klinik ve cerrahi tedavi sonuçlarının literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın etik kurul onayı 13.10.2020 tarih; KA20/376 proje numarası ile Başkent Üniversitesi'nden alınmıştır. Merkezimizde Ocak 2011- Ekim 2020 tarihleri arasında malign mide

	ORCID No
Ramazan GÜNDOĞDU	0000-0002-8799-3265
Hakan YABANOĞLU	0000-0002-1161-3369
Serkan ERKAN	0000-0002-4981-5492
Murat KUŞ	0000-0001-6529-7579

Başvuru Tarihi / Received: 18.01.2021
Kabul Tarihi / Accepted : 17.10.2021

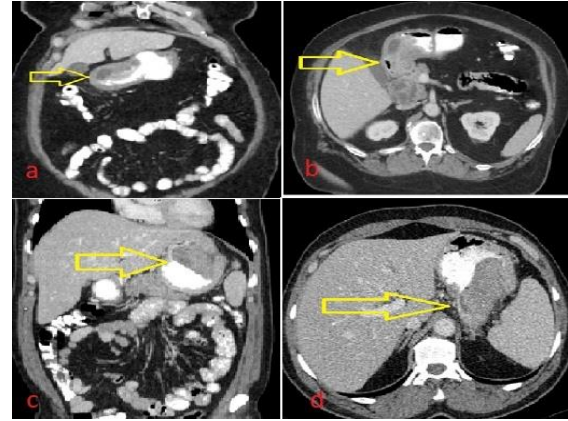
Adres / Correspondence : Ramazan GÜNDOĞDU
Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan EAH. Genel Cerrahi
Kliniği, Adana
e-posta / e-mail : dramazang@gmail.com

kanseri nedenle gastrektomi uyguladığımız hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Literatürde sık gözlemlendiği bildirilen (adenokanser vb.) mide kanseri tanılı hastalar ve çoklu veri eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Nadir gözlenen histopatolojik tanıları olan ve verilerine ulaşılabilen 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanıları gastroskopi, gastroskopik biyopsi, batin bilgisayarlı tomografi (BT), batin manyetik rezonans görüntüleme (MR), endoskopik ultrasonografi (EUS) ve pozitron emisyon tomografisi (PET-CT) ile konuldu. Hastalara kitle lokalizasyonlarına göre onkolojik prensiplere uygun olarak ameliyat yapıldı. Hastaların dosyaları, otomasyon sistemi kayıtları geriye dönük incelendi ve telefonla ulaşıldı. Yaş, cinsiyet, gastroskopi bulguları, gastroskopik biyopsi, uygulanan cerrahi prosedür, ek tetkik uygulaması, spesmen patoloji raporları, tümör çapı, nüks varlığı, takip süresi ve mortalite bilgileri kaydedildi.

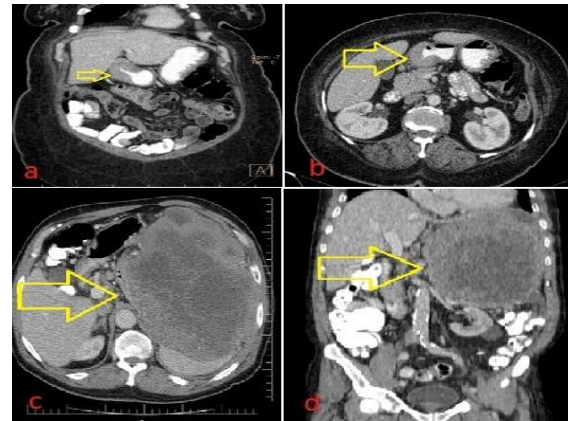
İstatistiksel analizlerde kantitatif değişkenler ortanca, minimum-maksimum olarak ifade edildi. Nitel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri frekans dağılımları olarak rapor edildi. Değişkenlere ilişkin dağılım özelliğine göre uygun merkezi konum ve yaygınlık ölçüleri ile sonuçlar özetlendi.

Bulgular

Çalışmaya 11'i erkek, 11'i kadın olmak üzere toplam 22 hasta dahil edildi. Hastaların genel yaş ortalaması 53 (18-77) idi. Hastaların yalnızca 16'sına preoperatif gastroskopi yapılmıştı. Kalan altı hasta batında yer kaplayan kitle nedeniyle çekilen BT sonrasında ameliyat edilmişlerdi ve tamamı GİST idi. Gastroskopi bulgularına göre lezyon yedi hastada antrumda, ikişer hastada korpus ve gastrojejunostomi hattında, birer hastada da fundus, kardiya, antrum ve korpus, fundus ve korpustaydı. Gastrojejunostomi yapılan hastaların eski operasyon nedenleri benign patolojiler sebebiyleydi. Bir hastanın ise gastroskopisinde lezyon yoktu. Hastaların 15'ine gastroskopik biyopsi yapılmıştı ve biyopsilerin 11'inin sonucu nihai patoloji ile uyumluydu. Biyopsilerinde malignite saptanmayan dört hastanın ikisi EUS, biri PET-CT, biri MR bulgularında maligniteden şüphelenilmesi sonrasında ameliyat edildi. Hastaların 11'ine total gastrektomi, 10'una distal subtotal gastrektomi, birine mide wedge rezeksiyonu yapıldı. Gastrektomi ile beraber ek organ rezeksiyonu yapılan dört hasta bulunuyordu ve üçü GİST, biri leiomyosarkomdu. Hastaların ikisine gastrektomi ile beraber splenektomi, birine splenektomi ile beraber diafragma rezeksiyonu, birine parsiyel kolon rezeksiyonu ile karaciğer metastaz eksizyonu yapıldı. Opere edilen hastaların 12'si GİST, beşi nöroendokrin tümör (NET), ikisi non hodgkin lenfoma (diffüz B hücreli), ikisi leiomyosarkom, biri skuamöz hücreli karsinomdu (SCC), (Resim 1 ve 2).



Resim 1. a-b) Antrumda Nöroendokrin tümör; c-d) Fundusta Leiomyosarkom



Resim 2. a-b) Antrumda NHL, c-d) Sol üst kadranı dolduran GİST

Lenfoma olan bir hastada progresif kusma olması, diğer hastanın ise PET-CT'sinin malignite şüphesi içermesi nedeniyle ameliyat edildiği görüldü. Patoloji sonucu GİST olan hastaların yedisi yüksek, ikisi intermediate ve üçü düşük riskli idi. Patoloji sonucu NET olan hastaların üçü grade 1, biri grade 3 ve biri mikronet olarak raporlanmıştı. En büyük tümör çapı 7.75 (0.2-30) cm idi. Nadir görülen mide kanserli hastaların ortalama takip süresi 36 (0.3-108) aydı. Hastaların 15'inin sağ olduğu, üçünün takipten çıktığı (ulaşılamadığı), dördünün exitus olduğu görüldü. Mortalitelere post operatif 10. günde SCC tanılı, postoperatif iki ve 16. ayda GİST tanılı, postoperatif dördüncü ayda leiomyosarkom tanılı hastalarda görüldü. Leiomyosarkom tanılı dördüncü ay, GİST tanılı altı, 47 ve 57. ay, NET tanılı 22. aylarda olmak üzere toplam beş hasta tümör nüksü bulunuyordu (Tablo 1).

Tartışma

Mide malign neoplazileri kansere bağlı ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir (3). Erkekler kadınlardan iki kat daha fazla etkilenmektedir. 60-70 yaş aralığında görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (6). Hastalarımızda kadın erkek

oranı eşitti ve genel yaş ortalaması 53 (18-77) idi. Mide adenokarsinomları, histolojik tipler arasında mide kanserlerinin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (1). Çalışmamıza nadir görülen

histopatolojik tipler dahil edildi; hastaların 12'si GİST, beşi NET, ikisi Non Hodkin Lenfoma, ikisi leiomyosarkom, biri SCC idi.

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik verileri

Hasta	Yaş	Cins	Gastroskopi bulguları	Biyopsi	Op	Ek tetkik	Patoloji	Tm çap (cm)	Takip (ay)	Nüks (ay)	Survey (ay)
1	44	K	Antrum-korpus	NET	TG	-	NET, Grade 1	2	36	Yok	Sağ
2	60	K	Antrum	NET	DSG	-	NET, Grade 3	7.5	22	22	TÇ
3	50	E	Antrum	Benin	DSG	MR	NET, Grade 1	2.4	17	Yok	Sağ
4	43	K	Kardiya	NET	TG	-	NET, Grade 1	4	87	Yok	Sağ
5	60	K	Fundus-korpus	NET	TG	-	Mikro NET	0.2	79	Yok	Sağ
6	46	E	Antrum	Sarkom?	DSG	-	GİST, Intermediate	5	55	Yok	Sağ
7	65	E	-	-	DSG+S	BT	GİST, yüksek	27	65	47	Sağ
8	71	E	Antrum	Benign	DSG	EUS	GİST, düşük	7.5	34	Yok	Sağ
9	77	K	Gj hattı	Malignite şüphesi	TG	-	GİST, yüksek	8.5	2	Yok	Exitus Po 2
10	70	K	Doğal	-	WR	BT	GİST, düşük	5	36	Yok	TÇ
11	48	E	Korpus	GİST?	TG	-	GİST yüksek	12.5	105	Yok	Sağ
12	47	E	-	-	TG	BT	GİST, yüksek	15	102	Yok	Sağ
13	72	E	-	-	TG+S+DR	BT	GİST, yüksek	25	100	Yok	Sağ
14	66	K	-	-	DSG	BT	GİST, yüksek	25	16	Yok	Exitus Po :16
15	68	E	-	-	TG	BT	GİST, intermediate	6.4	36	6	TÇ
16	47	E	-	-	TG+S	BT	GİST, yüksek	30	72	57	Sağ
17	41	E	Antrum	Benign	DSG	EUS	GİST, düşük	4	17	Yok	Sağ
18	52	K	Antrum	Displazi?	DSG	Pet-CT	NHL, B hücreli	4.5	28	Yok	Sağ
19	18	K	GJ hattı	NHL	TG	-	NHL, B hücreli	13	108	Yok	Sağ
20	54	E	Fundus	MMT	TG	-	Leiomyo-sarkom	10	84	Yok	Sağ
21	48	K	Korpus	MMT	DSG+KR+KM	-	Leiomyo-sarkom	18	4	Var	Exitus Po:4
22	72	K	Antrum	SCC	DSG	-	SCC	8	0.3	Yok	Exitus Po: 0.3

TG: Total gastrektomi, DSG: Distal subtotal gastrektomi, GJ: Gastrojejunostomi, MMT: Malign mezenkimal tümör, SCC: Skuamoz hücreli karsinom, S:splenektomi, WR: Wedge rezeksiyon, DR: Diafragma rezeksiyonu, KR: Kolon rezeksiyonu, KM: Karaciğer metastazektomi, TÇ: Takipten çıkan, MR: Magnetik rezonans görüntüleme, BT: Bilgisayarlı tomografi, EUS: Endosonografi, Pet-CT: Pozitron emisyon tomografisi, NHL: Non Hodkin Lenfoma, GİST: Gastrointestinal stromal tümör

Gastrik NET'ler, mide mukozasının enterokromaffin benzeri hücrelerinden kaynaklanan neoplazilerdir. Nadir görülmekte ve üst sindirim endoskopisinin yaygın kullanımı nedeniyle tanıları giderek artmaktadır (7). Gastrik NET'ler üç farklı alt grupta sınıflandırılır. Tip I; NET'lerin %70-80'ini oluşturur ve kadınlarda daha sık görülür. Çoğu, mide gövdesi veya fundusta yerleşmiş küçük, çoklu tümörler olarak bulunur ve mide duvarının mukozal veya submukozal katmanlarıyla sınırlıdır. Tip II; tüm NET'lerin %5-6'sını oluşturur. Erkeklerde ve kadınlarda eşit oranlarda ortaya çıkar. Tip II NET'lerin yaklaşık %30'u başvuru sırasında metastatiktir. Tüm NET'lerin yaklaşık %10-15'ini

temsil eden Tip III'ler, gastrin sekresyonundan bağımsız gelişen sporadik tümörlerdir. Tümörler genellikle tektir ve 10 mm'den büyüktür (8). Karsinoid sendromu olarak bilinen flushing, taşikardi ve diyare gastrik NET'lerde nadiren görülür (<%1) ve neredeyse tamamı Tip III tümörlerle, özellikle de karaciğer metastazı olanlarla ilişkilidir (9). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ve muskularis propriaya invazyonu özellikleri ne olursa olsun <20 mm tümörler için endoskopik rezeksiyon (ER) önermektedir. Tümör sayısının tekli >20 mm veya çoklu olan tümörler için cerrahi rezeksiyon veya ER önermektedir. Tip II'ye ER öneren olsa da farklı klavuzlar rezeksiyon

önermekte, Tip III'e ise mide adenokanserinde olduğu gibi agresif rezeksiyonlarla yaklaşılması tavsiye edilmektedir (8). Tanısı NET olarak raporlanan beş hastanın üçü grade 1, biri grade 3 ve biri mikronetti. Hastaların yalnız biri erkekti. Tümör boyutları 0.2 ve 7.5 cm arasında değişmekte idi. En büyük tümör çapı 0.2 ve 2 cm boyutlu hastaların multiple odakta lezyonları vardı ve tüm hastalara gastrektomi (total/distal subtotal) yapıldı. Hastaların dördü tümörsüz ve sağ idi. Yalnız 1 hastada 22. ayda tümör nüksü oldu ve takibine dış merkezde devam ettiği öğrenildi.

Gastrointestinal stromal tümörler, gastrointestinal sistem boyunca herhangi bir yerde meydana gelebilen, yumuşak dokunun nadir görülen sarkomlarıdır (10). En sık midede (%51), ardından ince bağırsak (%36), kolon (%7), rektum (%5) ve özofagusta (%1) görülürler. Tümör çapı küçük ve/veya mitotik oran düşük olsa bile metastaz gözlenebileceğinden GIST'ler potansiyel olarak kötü huylu tümörler olarak kabul edilmektedir. GIST'ler çok düşük, düşük, intermediate veya yüksek riskli olarak sınıflandırılır (11). Patoloji sonucu GIST olarak raporlanan hastaların yedisi yüksek, ikisi intermediate ve üçü düşük riskli idi. GIST'ler herhangi bir yaşta ortaya çıkar, ancak en yaygın olarak 60 yaşından büyüklerde teşhis edilir. Erkekler ve kadınlar eşit derecede etkilenir. Tanı anında ortalama tümör boyutu altı cm'dir (10). GIST tanılı hastaların yaş ortalaması 53 (18-77), tümör çapı 7.75 (0.2-20) cm idi ve çoğunluğu kadındı. Subepitelyal yerleşimli olan GIST şüpheli lezyonlardan EUS kılavuzluğunda ince iğne aspirasyonu, halen kesin tanı için önerilmektedir (11). Boyutu ≤ 2 cm GIST'ler potansiyel iyi huylu olarak kabul edilebilmekte ve abdominal yayılma riskinden ötürü preoperatif biyopsi önerilmemektedir. Bu nedenle tanıda BT incelemesi ve EUS oldukça değerlidir (12). İki cm veya daha büyük olan veya şüpheli bulguları olan GIST'ler çıkarılmalıdır, oysa daha küçük tümörler 6-12 aylık aralıklarla endoskopik olarak izlenebilir ya da eksize edilebilirler (13). Metastazı olmayan rezektabl GIST'ler için genel olarak cerrahi rezeksiyon ilk seçenek olarak önerilmektedir. İmatinib ve türevi olan ilaçlar ise rezeke edilemeyen metastatik ya da tekrarlayan olgularda birincil bir yaklaşım olarak önerilmektedir (11). Cerrahi yöntemlerden endoskopik, laparoskopik veya açık rezeksiyonlar GIST için uygulanabilmektedir (12). Tümör psödokapsülü rüptüre olmadan GIST'lerin tam (R0) rezeksiyonu cerrahi tedavinin temel amacıdır (14). Lenf nodu metastazı yaklaşık %1 olması nedeniyle lenf diseksiyonu önerilmemektedir (13). Hastaların ikisine submukozal lezyon olması nedeniyle iğne biyopsisi yapılmaksızın EUS ile, altısına batında yer kaplayan kitle nedeniyle BT ile tanı konuldu. İntraoperatif komşu organ tutulumu nedeniyle üç hastaya unblok rezeksiyon yapıldı. Yalnız bir hasta geniş wedge rezeksiyon ile tedavi edildi. Tüm

operasyonlar açık yapıldı ve hiçbir hastaya lenf diseksiyonu yapılmadı. Postoperatif nüks oranları GIST'lerde ~%10 olarak bildirilmiştir (10). Çalışmamızda 6, 47 ve 57. aylarda 3 hastada nüks olduğu görülmüş olup biri imatinib ile tedavi edilmiş, diğer iki hasta tekrar ameliyat edilmiştir.

Primer mide lenfomaları, primer mide kanserlerinin ortalama %5'ini oluşturan nadir bir tümördür (15). NHL'nin en yaygın ektranodal bölgesi midedir ve tüm ektranodal lenfomaların %30-40'ını ve tüm gastrointestinal lenfomaların %55-65'ini oluşturur (16). Mide lenfomalarının tanısı klinik endoskopik görünüm ve çoklu biyopsilerle konulabilmektedir. Bazı şüpheli durumlarda gerek sistemik hastalığı değerlendirmek gerekse ayırıcı tanı yapabilmek amacıyla MR, BT, EUS, PET-CT görüntülemelerinden faydalanılabilmektedir (17). Günümüzde primer gastrik lenfoma tedavisi ameliyattan ilişkili hastalarda helikobakter pylori eradikasyonu ve kemoterapi rejimlerine kaymıştır. Cerrahi artık tedavinin temel taşı değildir ve tümöre bağlı perforasyon, kanama veya tıkanma vakalarıyla sınırlıdır (15). Gastrokopi ile yapılan biyopside malignite saptanmaması üzerine çekilen PET-CT'de yüksek malignite şüphesi nedeniyle ameliyat edilen bir hasta, eski gastrojejunostomi hattında NHL ile uyumlu patoloji sonucu olup progresif kusma nedeniyle opere edilen olmak üzere iki hastamız bulunmaktaydı. Hastaların ikisi de sağdı ve tümör nüksü yoktu.

Mide leiomyosarkomları mide malignitelerinin %0.1-3'ünü; mezenkimal tümörlerin %10-15'ini oluşturur. Yaş dağılımı ve klinik görünüm malign gastrointestinal stromal tümörlere benzerdir (18). Leiomyosarkomlar histolojik olarak da GIST'e benzer; ancak düz kas farklılaşması özellikleri gösterirler. Bunlar hücresel atipi, bol mitozlar ve nekroz alanları olan agresif tümörlerdir (19). Genellikle büyük bir boyuta, kanamaya veya rüptüre olana kadar klinik olarak sessizdirler (18). Büyük tümörler için, göğüs, karın ve pelvisin bilgisayarlı tomografisi tanıda faydalıdır. Rezektabl hastalık için iğne biyopsisi rüptür nedeniyle önerilmemektedir (20). Lenf nodu metastazı nadir olduğundan önerilmemekte, komşu organ invazyonu saptanan durumlarda unblok rezeksiyon önerilmektedir (20,21). Patoloji sonucu leiomyosarkom olarak raporlanan iki hastamız vardı. Bunlar intraoperatif kolon ve karaciğer metastazı olan ve subtotal gastrektomi ile beraber unblok rezeksiyon yapılan 48 yaşında ve tümör boyutu 10 cm olan total gastrektomi ile tedavi edilen 54 yaşındaki hastalardı. Her iki hastaya da lenf nodu diseksiyonu yapılmadı. Hastalardan genç olanı post op dördüncü ayda exitus olurken, diğerinin nüksüz ve sağ olduğu görüldü.

Primer mide skuamöz hücreli karsinomlar oldukça nadir görülen tümörlerdir ve tüm mide kanserlerinin %0.04-0.07'sini oluştururlar (22).

Primer mide SCC literatürde ortalama 100 kadar olguda bildirilmiştir (23). Ağırlıklı olarak SCC'nin altıncı dekattaki erkek hastaları etkilediği bildirilmiştir. Tümörün en yaygın yeri küçük ve büyük kurvaturlardır (2). Mide SCC'leri egzofitik yayılım ve invazyona neden olduğundan cerrahi için çoğu zaman uygun olmaz. Yapılabiliyor ise unblock rezeksiyon prognoz açısından en önemli basamaktır (2). Patolojisi SCC olarak raporlanan 72 yaşında kadın hastamızda tümör antrumda yerleşikti. Gastrointestinal hemoraji nedeniyle acil şartlarda subtotal gastrektomi yapıldı ve postoperatif 10. günde sepsis nedeniyle exitus oldu.

Mide kanserli hastalardaki mortalite yüksekliğinin en önemli nedeni geç tanı ve tedavi olduğu bilinmektedir (24). Tüm hastaların ortalama takip süresi 36 (0.3-108) aydı. Mortalitelere post operatif 10. günde SCC tanılı, postoperatif iki ve 16. ayda GİST tanılı, postoperatif dördüncü ayda leiomyosarkom tanılı hastalarda görüldü. Leiomyosarkom tanılı dördüncü ay, GİST tanılı altı, 47 ve 57. ay, NET tanılı 22. aylarda olmak üzere toplam beş hasta tümör nüksü bulunuyordu.

Sonuç olarak mide kanseri halen toplumun büyük kesimini etkileyebilecek; erken tanı tedavi yapılmaz ise mortalitesi azımsanmayacak kadar yüksek olan bir hastalık olmaya devam etmektedir. Mide lezyonlarında olası nadir görülen mide kanserlerinin atlanmaması için ek görüntüleme yapılması ve deneyimi yüksek merkezlerce yönetimi önem arz etmektedir.

Etik Kurul Onayı: Etik Kurul onayı 13.10.2020 tarih; KA20/376 proje numarası ile Başkent Üniversitesi'nden alınmıştır.

Kaynaklar

1. Johnston FM, Beckman M. Updates on Management of Gastric Cancer. *Curr Oncol Rep.* 2019;21(8):67.
2. Zhou K, Faraz A, Magotra M, ve ark. Exophytic primary gastric squamous cell carcinoma and H. pylori gastritis. *BMJ Case Rep.* 2019;12(7):230-310.
3. Matsuoka T, Yashiro M. Biomarkers of gastric cancer: Current topics and future perspective. *World J Gastroenterol.* 2018;24(26):2818-32.
4. Park JY, von Karsa L, Herrero R. Prevention strategies for gastric cancer: a global perspective. *Clin Endosc* 2014;47:478-89.
5. Leake PA, Cardoso R, Seevaratnam R, ve ark. A systematic review of the accuracy and indications for diagnostic laparoscopy prior to curative-intent resection of gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2012;15(S1):38-47.
6. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, ve ark. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23(5):700-13.
7. Dias AR, Azevedo BC, Alban LBV, ve ark. Gastric neuroendocrine tumor: review and update. *Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(2):150-4.
8. Sato Y, Hashimoto S, Mizuno K, ve ark. Management of gastric and duodenal neuroendocrine tumors. *World J Gastroenterol.* 2016;22(30):6817-28.
9. Crosby DA, Donohoe CL, Fitzgerald L, ve ark. Gastric neuroendocrine tumours. *Dig Surg.* 2012;29:331-48.
10. Mantese G. Gastrointestinal stromal tumor: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Gastroenterol.* 2019;35(6):555-9.
11. Akahoshi K, Oya M, Koga T, ve ark. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol.* 2018;24(26):2806-17.
12. Yang Z, Feng X, Zhang P, ve ark. China Gastrointestinal Stromal Tumor Study Group (CN-GIST). Clinicopathological features and prognosis of 276 cases of primary small (≤ 2 cm) gastric gastrointestinal stromal tumors: a multicenter data review. *Surg Endosc.* 2019;33(9):2982-90.
13. Joensuu H, Hohenberger P, Corless CL. Gastrointestinal stromal tumour. *Lancet.* 2013;382(9896):973-83.
14. Hohenberger P, Ronellenfitsch U, Oladeji O, ve ark. Pattern of recurrence in patients with ruptured primary gastrointestinal stromal tumour. *Br J Surg.* 2010;97(12):1854-9.
15. Ceniceros-Cabrales AP, Sánchez-Fernández P. Perforated gastric diffuse large B-cell lymphoma: A case report and literature review. *Rev Gastroenterol Mex.* 2019;84(3):412-4.
16. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol.* 2011;17(6):697-707.
17. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, ve ark. Primary gastric lymphoma, epidemiology, clinical diagnosis, and treatment. *Cancer Control.* 2018;25(1):1073274818778256.
18. Weledji EP, Enoworock G, Ngowe MN. Gastric leiomyosarcoma as a rare cause of gastric outlet obstruction and perforation: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:479.
19. Aggarwal G, Sharma S, Zheng M, ve ark. Primary leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract in the post-gastrointestinal stromal tumor era. *Ann Diagn Pathol.* 2012;16(6):532-40.
20. O'Hanlon DM, Griffin SM. Management of other oesophageal and gastric neoplasms. *Upper Gastrointestinal surgery. A companion to specialist surgical practice.* Edited by: Michael Griffin S, Rames SA. 2000, London, NW1 7DX, England: WB Saunders Company Ltd.
21. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumours. *Br J Surg.* 2003;90:1178-86.
22. Hwang SH, Lee JH, Kim K, ve ark. Primary squamous cell carcinoma of the stomach: A case report. *Oncol. Lett.* 2014;8:2122-4.
23. Chen Y, Zhu H, Xu F, ve ark. Clinicopathological characteristics, treatment, and prognosis of 21 patients with primary gastric squamous cell carcinoma. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:1-6.
24. Yüksel BC, Uçar NS, Yıldız Y, ve ark. Mide kanserinde standart D2 diseksiyona karşı D1 diseksiyonun mortalite ve morbidite çalışması. *Ulus Cerrahi Derg.* 2009;25:87-91.