



MİDE GÜDÜK KANSERLERİ

GASTRIC REMNANT CANCERS

Adem GÜLER¹ Mehmet ERİKOĞLU¹ Oktay TEKEŞİN² Ömer ÖZÜTEMİZ²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: mide, güdük kanseri

Key Words: stomach, remnant cancer

ÖZET

Mide güdük kanseri; benign bir hastalık nedeni ile gastrik cerrahi uygulanmasından sonra ortaya çıkan kanserlerdir. Bu çalışmada son 5 yılda Genel Cerrahi kliniğinde mide güdük kanseri tanısı alan 10 hasta retrospektif olarak incelendi. Mide güdük kanser cerrahisi için tüm çabamız günümüzde kabul edilen cerrahi yöntemi olan total gastrektomi, D-II lenf nodu diseksiyonu ve omentektomi uygulamaya yönelik idi.

SUMMARY

Gastric remnant cancer is the cancer of the stomach, which occurs following gastric surgery for a benign disease. In this study; ten patients, who were diagnosed gastric remnant cancer in the last five years were analyzed retrospectively. We aimed to perform the recommended treatment for gastric cancer which is total gastrectomy, D-II lymph node dissection and omentectomy.

GİRİŞ

Benign bir hastalık nedeni ile distal gastrik rezeksiyon uygulanmasının ardından beş yıldan fazla zaman geçtikten sonra ortaya çıkan mide kanserlerine mide güdük kanserleri denir. (1) Mide güdük kanserleri tüm mide kanserlerinin %3' ünü oluştururlar. (2). Benign gastrik cerrahi sonrası ilk on yıl içinde mide güdük kanseri görülme insidensi artar 15 yıldan sonra bu oran 1.5 kat artış gösterirken 20-30 yıl sonra bu risk 2-4 kat artış gösterir. (1,3)

Bu çalışmada E.Ü.T.F Genel Cerrahi kliniğinde mide güdük kanseri tanısı alan 10 hasta retrospektif olarak incelendi. Mide güdük kanseri cerrahisindeki tüm çabamız günümüzde güdük kanser cerrahisi için kabul edilen total

gastrektomi, D -II lenf nodu diseksiyonu ve omentektomi uygulamaya yönelik idi.

GEREÇ VE YÖNTEM

EÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1995 - 2000 yılları arasında mide kanseri tanısı alan 208 hastadan 10'u (%4.8) mide güdük kanserli hastalar idi. Bu hastalar retrospektif olarak incelendi Hastalar semptomatolojilerine, preoperatif bulgularına, yandaş hastalık olup olmamasına göre değerlendirildi. Hastaların ortalama yakınma süreleri, daha önce yapılan operasyon yöntemi, güdük kanser tanısı almasına kadar geçen latent period tespit edildi. Hastalar primer operasyondan sonra mide güdük kanser tanısı konuncaya kadar olan latent period 20 yıl öncesi ve sonrasına göre gruplandırıldı.

Yazışma adresi: Adem Güler, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Makalenin geliş tarihi: 18. 07. 2000, kabul tarihi: 15. 03. 2001

Mide güdük kanser tanısı hastalara endoskopi ve biopsi, baryumlu pasaj grafisi, batin tomografisi ve ultrasonografisi ile kondu. Hastaların preoperatif endoskopi ve biopsi bulguları değerlendirildi. Güdük kanserin lokalizasyonu, yapılan operasyon yöntemi tespit edildi. Hastalar preoperatif olarak TNM sınıflamasına göre evrelendirildi.

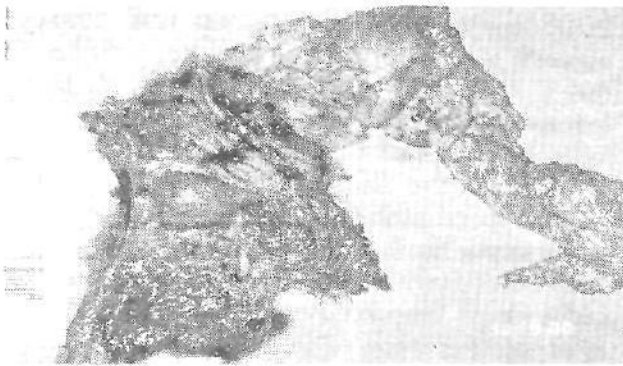
BULGULAR

Hastalardan 7'si erkek 3'ü bayan olup yaş ortalaması 65 (54-75) idi. Hastalar sıklık sırasına göre epigastrik ağrı, kilo kaybı ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Hastalardan 3'ü başvurudan önce gastrointestinal sistem kanaması geçirmiş idi, 4'ünde ise reflü semptomları vardı. Yakınma süreleri ortalama 7 ay (2ay-1 yıl) olarak saptandı. Yandaş hastalık olarak 1 hastada parkinson hastalığı, 1 hastada diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı 1 hastada ise hipertansiyon tespit edildi.

Primer operasyondan sonra geçen latent süre ortalama 30 yıl (17-45 yıl) idi. Primer operasyon sonrası 4 hasta düzenli olarak antiülser tedavisi görmüş idi. Hastalardan yalnızca biri düzenli olarak endoskopik kontrol yaptırırken, 3 hasta düzensiz kontrol yaptırmış, 6 hasta ise hiç kontrol endoskopisi yaptırmamış idi. Preoperatif 3 hastada demir eksikliği anemisi saptandı. Primer operasyonlara göre hastalar gruplandırıldığında 2 hasta Vagotomi ve gastroenterostomi, 1 hasta Billroth-I (B-I-distal mide rezeksiyonu ve gastroduodenostomi), 7 hasta ise Billroth-II (B-II-distal mide rezeksiyonu ve gastrojejunostomi) operasyonu geçirmiş idi.

Endoskopik olarak 4 hastada reflü bulguları saptandı. Bu hastalardan 1'i daha önce Billroth I 3'ü ise Billroth II operasyonu geçirmiş idi.

Hastaların preoperatif hazırlıklarından sonra 7'sine total mide rezeksiyonu ve D-2 lenf nodu diseksiyonu, 2'sine subtotal mide rezeksiyonu ve D-2 lenf nodu diseksiyonu uygulanırken, 1 hasta akciğer metastazı saptanması üzerine inoperabl olarak kabul edilerek opere edilmedi.



Şekil 1. Rezeksiyon sonrası güdük kanseri

Hastalardan 1'inde tümör "stump" (duodenal güdük bölgesinde -A), 7'inde "stoma" (anastomoz bölgesinde- B - Resim-1), 2 hastada ise "gastrik korpus" (anastomoz üzerindeki tüm mide -C) bölgesinde saptandı. Opere edilen hastaların hiç birinde preop karciğer metastazı tespit edilmedi. Hastalar tektikler ve preoperatif operasyon gözlemine göre evrelendirildi. Evre I' de (T1,2 N0,M0) 3 hasta, Evre II' de (T2,N1,M0-T3,N0,M0) 2 hasta, Evre III A' da (T2,N2,M0-T3,N1,M0) 4 hasta ve Evre IV (T4,N1,M1) de 1 hasta tespit edildi. Postoperatif patolojik değerlendirmede 6 hastada adenokanser, 4 hastada ise epitelial malign tümör saptandı.

Preoperatif 3 hastaya batin içi serum fizyolojik irrigasyonu yapıldı ve sitolojik tetkik benign olarak değerlendirildi. Preoperatif ortalama 1 unite kan transfuzyonu uygulandı. Opere edilen hastalardan 4'üne batin içi dren yerleştirilmedi. Postoperatif 1 hastada pnömoni gelişti ve medikal tedavi ile düzelmeye sağlandı. Primer operasyonlara göre latent period (Tablo 1), evrelere göre latent period (Tablo 2), primer operasyonlara göre tümör lokalizasyonu (Tablo 3), primer operasyonlara göre tümörün histolojik tipleri (Tablo 4) karşılaştırıldı.

Tablo 1. Primer operasyonlara göre latent period

Latent period	TV+ GE	Billroth-I	Billroth-II	Total
20 yıldan uzun	1	--	3	4
20 yıldan kısa	1	1	4	6

Tablo 2. Evrelere göre latent period

Latent period	Evre I	Evre II	Evre-III-A	Evre-IV	Total
20 yıldan uzun	2	1	1	--	4
20 yıldan kısa	1	1	3	1	6

Tablo 3. Primer operasyonlara göre tümör lokalizasyonları

Tümör yeri	TV+ GE	Billroth-I	Billroth-II	Total
Stump (duodenal güdük-A)	--	--	1	1
Stoma (anastomoz -B)	2	1	4	7
Gastrik korpus (C)	--	--	2	2

Tablo 4. Primer operasyonlara göre tümörün histolojik tipi

Patoloji	TV+ GE	Billroth-I	Billroth-II	Total
Diferansiye	2	--	6	8
İndiferansiye	--	1	1	2

TARTIŞMA

Mide güdük kanserli hastalarda benign gastrik cerrahi öyküsü vardır, ancak bunun gastrik kanser gelişimi açısından risk oluşturup oluşturmadığı tartışmalıdır. (1)

Benign gastrik cerrahi sonrası 15 yıldan itibaren mide güdük kanseri gelişme riskinin 1.5 kat arttığı belirtilmektedir (1,3,5) Primer operasyon sonrası medyan latent periyod 30 yıl olarak rapor edilmiştir (3) Sunulan çalışmada da ilk cerrahi sonrası kanser gelişimi ortalama 30 yıl idi

Bu çalışmada mide güdük kanserli hastalar tüm mide kanseri tanısı alan hastaların % 4.8'i olarak tespit edildi. Tekada ve arkadaşları mide güdük kanser insidensini %2.4, Elliot Newman ve arkadaşları %3 olarak belirtmektedir (1,10). Atsushi Nakachi ve arkadaşları ise 1984-1995 yılları arasında güdük kanser tanısı alan toplam 9 hastalık serilerini tüm mide kanserlerinin %2'si olarak rapor etmişlerdir. (9) Mide güdük kanserli hastaların çoğunluğunun erkek hastalar olduğu değişik yayınlarda belirtilmektedir.(3,4,5,6)

Mide güdük kanserlerinin gelişim mekanizması çok açık değildir. Öne sürülen teoriler hipoklorhidrik durum, atrofik gastrit gibi değişiklikler ve duodenogastrik reflüdür. Duodenogastrik reflü konusundaki kanıtlar özellikle Billroth- II rekonstrüksiyon sonrası ortaya çıkması ile güçlenmiştir. (1,8) Çayyığıllı ve arkadaşları Billroth- II rekonstrüksiyonu ile birlikte yapılan parsiyel gastrektominin Billroth-I' e göre mide güdük kanseri oluşumunda daha yüksek risk oluşturduğunu, fakat uzun dönemde trunkal vagotomi ve drenajın daha yüksek risk oluşturduğunu savunmaktadırlar. (5) Bizim sonuçlarımızda vakaların azlığı nedeni ile kesin bir sonuç elde edilememiştir. Çalışmamızda vakaların 7'si Billroth-II ile rekonstrükte edilmiş ve bunların 3'ünde endoskopik reflü bulguları saptanmıştır. Bazı yazarlar mide güdük kanser patogenezi ve patofizyolojisinin mide kanserleri ile aynı olduğunu belirtirken bazıları da belirgin karakteristik fark olduğunu belirtmektedir (3)

Mide güdük kanser oluşumunda kronik hipoklorhidri, bakteriyel kolonizasyon, nitrozamin etkisi, gastrik mukoza denervasyonu ve azalmış gastrin üretiminde rol oynamaktadır. Gastrik rezeksiyon sonrası bakteriyolojik flora değişmekte ve malign transformasyon meydana getirebilecek nitrozaminler ortaya çıkmaktadır. (3,5). Duodenal ülser nedeni ile rezeksiyon uygulanan hastalarda Helikobakter pilori var ise rezeksiyon sonrası ortaya çıkan mide güdük kanserli hastada da Helikobakter pilori tespit edilebilmektedir. (3) Mide güdük kanserli hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmektedir (3,6).

Mide güdük kanserlerin gelişmesinde rol oynayan etyolojik faktörlerin sadece gastrojejunal anastomozlardaki lezyonlarda etkili olabileceği, korpus ve kardiada ortaya çıkan mide güdük kanserlerin proksimal gastrik kanserlerden farklı olabileceği ve anastomoz dışındaki mide güdük

kanserlerin önceki benign gastrik cerrahi ile ilişkisiz olabileceği öne sürülmüştür (1) Billroth-II de Billroth-I e oranla mide güdük kanser gelişme riski daha fazla olduğu, bunun sebebinde B-II'de duodenogastrik reflünün daha fazla görülmesine bağlanmaktadır. (2,3,7,8) Perfore ülser için primer suture uygulananlarda ise kanser gelişimi için risk artışı yoktur (3,8) Billroth II rezeksiyonlarda kalan midede mukoza epitel hücrelerinde ornitin dekarboksilaz aktivitesi artmış olarak bulunmuştur. Billroth-II operasyonu uygulananlarda mide güdük kanseri özellikle anastomoz bölgesinde görülmektedir. Anastomoz bölgesinde tümör gelişmesi benign hastalarda uzun süreli safra stimülasyona bağlıdır. (8) Sunulan çalışmada B-II uygulanan 7 hastadan 4'ünde mide güdük kanseri anastomoz bölgesinde idi.

Valinos ve arkadaşları primer operasyon ile mide güdük kanseri tanısı arasında geçen latent periyodu 15 yıldan önce veya sonra oluşuna göre gruplamışlar ve 15 yıldan sonra mide güdük kanser insidensinin arttığını ileri sürmüşlerdir (5). Bu oran 15 yıl sonra 1.5 kat artış gösterirken 20-30 yıl sonra bu oran 2-4 kat artış gösterir (1,3) Çalışmamızda vakaların hepsinde primer operasyon sonrasında latent periyod 15 yıldan fazla olduğu için hastaları 20 yıl öncesi ve sonrasına göre gruplandırdık. Hastalarımızın %60'ında primer operasyondan sonra geçen latent periyod 20 yıldan fazla idi.

Görüntüleme yöntemi ile mide güdük kanserlerinde erken evrede tanı ve daha iyimser sağkalım oranları bildirilmiştir. Çalışmamızda hastaların yalnızca 1'i düzenli endoskopik kontroller yaptırırken 3 hasta düzensiz kontrol yaptırmış, 6 hasta ise hiç kontrol yaptırmamıştır. Benign gastrik cerrahi geçiren hastalara maddi yükü gözetilmeksizin özellikle ilk 5 yıldan sonra yıllık endoskopik kontroller yapılmasını önermekteyiz.

Rezektabilite oranı % 90 idi. Rezektabl hastalardan 5'i (%55.5) I ve II. evrede idi. Mide güdük kanserlerde erken evre (evre-I-II) % 67 oranında bildirilmektedir (1) Kuratif rezeksiyon sonrası 5 yıllık sürvi %53-62 oranında sürvi bildirilmektedir (3) Hastalardan 2'sine erken evre olması nedeni ile subtotal gastrektomi ve D-II lenf nodu diseksiyonu uygulanırken, 7 hastaya total gastrektomi ve D-II lenf nodu diseksiyonu uygulandı.

Mide güdük kanserlerinde total gastrektomi ve D- II lenf nodu diseksiyonu bu gün için uygulanan temel cerrahi tedavi yöntemidir (6). Mide güdük kanser cerrahisinde tüm çabamız total gastrektomi ve D-II lenf nodu diseksiyonu uygulamaya yönelik idi.

KAYNAKLAR

1. Newman E, Brennan MF, Hochwald SN et al. Gastric Remnant Carcinoma: Just another Proximal Gastric cancer or a Unique Entity ? Am J Surgery 1997;173: 292-297.
2. Efron G, Fishel RS. Remedial operations for postgastrectomy and postvagotomy syndromes. Cameron JL, ed. Current Surgical Therapy 5. baskı New York: Mosby, 1997:72-80.
3. Viste A. Clinical aspect of gastric stump carcinoma. 2 nd International Gastric Cancer Congress. Munich, Germany 27-30 Apr. 1997: 951-955.
4. Ukugawa T, Takahasi M, Onodera S ve ark. A retrospective study of the remnant stomach cancer. 2 nd International Gastric Cancer Congress. Munich, Germany 27-30 Apr. 1997: 965-971.
5. Valinos P, Theakou R, Bardis N ve ark. Gastric stump cancer: a late occurrence following prior upper G I. Surgery. 2 nd International Gastric Cancer Congress. Munich, Germany. 27-30 Apr.1997: 957-962.
6. Topart P, Lozac P, Bail JP, Charles JF. Surgical treatment of gastric stump carcinoma. 2 nd International Gastric Cancer Congress. Munich, Germany 27-30 Apr.1997: 973-976.
7. Hirono M, Niimoto M, Toge T ve ark. A cohort study on second malignancies in gastrectomized patients with gastric cancer. Second malignancies in the gastric remnant. Jpn J Surg.1986; 16 :344-350.
8. Kosaka T, Kamata T, Fujimura T ve ark. A study on 29 patients with gastric cancer of the gastric remnant cancer –promoting factor from the aspect of tumor localisation. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 1990; 91: 340-347
9. Atsushi N, Hiroshi M, Hideaki S ve ark. Microsatellite instability in patients with gastric remnant cancer. Gastric Cancer. 1999; 2 : 210-214.
10. Tekada J, Hashimoto K, Koufujı K ve ark. Remnant stump gastric cancer following partial gastrectomy. Hapatogastroenterology 1992 ; 39: 27-33.