



ERKEN EVRE MİDE KANSERİNDE PİLOR KORUYUCULU MİDE REZEKSİYONU (OLGU SUNUMU)
PYLORUS-PRESERVING GASTRECTOMY FOR EARLY GASTRIC CANCER (CASE REPORT)

Adem GÜLER Özer İLKGÜL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova, izmir

Anahtar Sözcükler: mide karsinomu, pilor koruyucu gastrektomi
Key Words: gastric cancer, pylorus-preserving gastrectomy

ÖZET

Günümüzde mide kanserinin standart tedavisi tümörün evresine göre değişmektedir. Genişletilmiş mide rezeksiyonu ve D2 lenf nodu diseksiyonu sıklıkla tercih edilen cerrahi yöntemlerden birisidir. Erken evre kanserlerde de bu tedavi uygulanabilmektedir. Erken evre mide kanserlerinin günümüzde daha sık tanınıyor olması cerrahi tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesine neden olmuştur. Bu yöntemlerden biri olan pilor koruyucu mide rezeksiyonu (PKMR) ilk kez gastrik ülser cerrahisinde denenmiştir. PKMR uygulanan hastaların uzun dönem takibinde; ülser nüksünün ve dumpingin oldukça düşük sıklıkla ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu sonuçları nedeniyle PMKR'nun erken evre mide tümörlerinde de uygulanabileceği düşünülmektedir.

SUMMARY

Standard treatment of gastric cancer can alter according to the stage of the tumor. Extended gastrectomy with group 2 lymph node dissection (D2) is one of the treatment procedure of gastric cancer. The procedure is also valid for early gastric cancer. The surgical therapy is to be reviewed because early gastric cancer is more likely to be diagnosed today. Pylorus-preserving gastrectomy (PPG), as a surgical option has first been used for gastric ulcer surgery. Ulcer recurrence and dumping had been reported to be rare in the long term follow up of the patients with PPG. Because of this physiological benefits, we believe that PPG can be an appropriate surgical procedure for early gastric cancer as well.

GİRİŞ

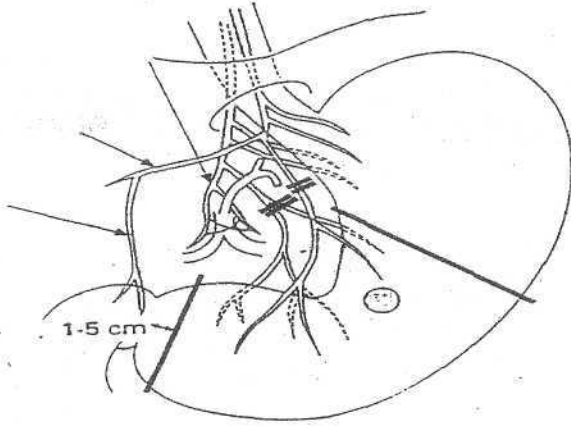
Son yıllarda mide kanserinin prognozunda özellikle Japon serilerinde belirgin düzeyde ilerleme kaydedilmiştir. Bunun nedeni erken evre mide kanserlerinin daha kolay tanınabiliyor olmasıdır. Erken evre mide kanserlerinde kabul edilen cerrahi tedavi modeli; mide rezeksiyonu ve D1/D2 lenf nodu diseksiyonudur (1). Pilor koruyucu mide rezeksiyonları (PKMR) önceleri yalnızca gastrik ülser cerrahisinde uygulanmış iken günümüzde erken evre mide kanserlerinde alternatif cerrahi girişimlerden biri konumuna gelmiştir (2). Bu çalışmada pilor koruyucu mide rezeksiyonunu bir olgu dolayısıyla tartışmayı uygun gördük.

Yazışma adresi: Adem Güler, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
Makalenin geliş tarihi: 21. 12. 1999; kabul tarihi: 03. 08. 2000

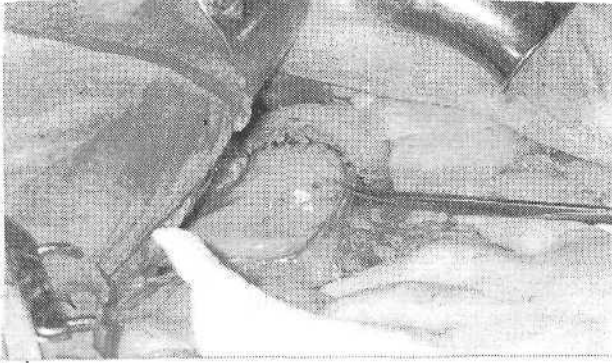
OLGU

M.K.; 65 yaşında erkek olgu idi. 10 Mart 1997 tarihinde uygulanan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide korpus arka yüzde büyük kurvatura komşu 1 cm çaplı ülseröz lezyon saptandı ve endoskopik biopsi uygulandı. Biopsi sonucu adeno karsinom olarak bildirildi. Preoperatif dönemde yapılan evrelemede batin ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografide komşu organ ve lenf nodu tutulumu ve uzak organ metastazı saptanmayan olgu erken evre mide kanseri ön tanısı ile opere edildi. Operasyonda kitlenin 2X1 cm boyutlarında olduğu ve serozayı aşmadığı görüldü. Perigastrik lenf nodlarından yapılan frozen section çalışmada metastaz saptanmadı. Operasyonda, pilorik vagus korunarak pilor koruyucu distal mide rezeksiyonu ve D1 lenf nodu diseksiyonu uy-

glandı (Şekil 1) (Şekil 2), frozonda perigastrik lenf nodu tutulumu (mideye 3 cm mesafedeki N1 lenf nodu) ve N2 grubuna ait 8 nolu lenf nodunda metastaz saptanmadığından D2 diseksiyon eklenmedi. Histopatolojik olarak tümörün adenokarsinom olduğu, submukozayı tuttuğu, muskularis mukoza ve seroza tutulumu yapmadığı, perigastrik lenf nodu tutulumu yapmadığı bildirildi. Olguda postoperatif erken dönemde kaçak ya da reflü gelişmediği, periyodik kontroller ve üç yıllık geç dönem takibinde ise dumping sendromu, reflü, tümör bulguları gelişmediği görüldü.



Şekil 1. Pilon koruyucu mide rezeksiyonu



Şekil 2. Pilon koruyucu mide rezeksiyonu

TARTIŞMA

Erken evre mide kanserinin cerrahi tedavisi genişletilmiş mide rezeksiyonu ve D1/D2 lenf nodu diseksiyonu uygulanabilmektedir (1). Günümüzde erken evre kanserlerin daha sık tanınıyor olması cerrahi tedavi seçeneklerinin de

değişmesine yol açmıştır. Bu ameliyatlardan biri olan pilon koruyucu mide rezeksiyonu (PKMR) ilk kez gastrik ülser cerrahisinde denenmiştir (2). Maki ve arkadaşları (2); PKMR uyguladıkları hastaların uzun dönem takiplerinde; ülser nüksünün ve "dumping" oldukça düşük sıklıkla ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bu sonuçları nedeniyle PKMR'nun erken evre mide tümörlerinde de uygulanabileceği düşünülmüştür. Isozaki ve arkadaşları (3); PKMR ile distal mide rezeksiyonunu; gastrik boşalım ve safra kesesi kontraksiyonları yönünden karşılaştırmışlardır. Pilonik vagus korunarak PKMR yapılan hastalarda; gastrik boşalım daha yavaş olduğu, vagus korunduğu için de safra kesesi kontraksiyonlarının daha fonksiyonel olduğu görülmüştür. Yamaguchi'nin (4) 30 olguluk serisinin analizinde bu prosedürün erken mide kanserinde distal mide rezeksiyonu ve Billroth-1 rekonstrüksiyon uygulanan vakalarla kıyaslandığında geç dönem kilo kaybını ve anemiye engellediği bildirilmiştir. Bir diğer çalışma da ise, PKMR uygulanan 40 olgu, Billroth-1 uygulanan 45 olgu ile kıyaslanmış, pilon fonksiyonu korunduğu için gastrik ve rezidüel kanser insidansının PKMR uygulanan olgularda daha az ortaya çıktığı gösterilmiştir (5). Ninomiya ve arkadaşlarının (6) 60 vakalılık serisinde ise erken dönem hasta kaybının olmadığı, reflü özofajit ve dumping sendromu gelişmediği bildirilmiştir.

Erken evre mide tümürlü hastaların seçimi konusunda kabul edilmiş kriterler olmasa da; Kodama ve arkadaşları (7); mide korpus yerleşimli 2 cm'den küçük tümörlerde ya da mukozaya sınırlı 2-4 cm'lik tümörlerde PKMR'nun uygulanabileceğini savunmuşlardır.

PKMR'nun vagus korunarak yapılmasının pilon üzerindeki etkisi ortaya konamamışsa da özellikle safra kesesi kontraksiyonları üzerindeki etkisi nedeniyle tercih edilmektedir. PKMR ile birlikte D1 ya da D2 lenf nodu diseksiyonu da uygulanabilmektedir (8).

Sunulan olguda erken evre tümör saptanmış ve PKMR ile birlikte D1 lenf nodu diseksiyonu uygulanmış, D2 lenf bezlerine ait frozen örnekleme negatif olduğundan D1 diseksiyon yeterli bulunmuştur. Olgunun periyodik ve 3 yıllık uzun dönem takibinde kilo kaybı gelişmediği, reflü ve dumping bulguları olmadığı görülmüştür.

Bu sonuçları göz önüne alındığında PKMR'nun distal gastrektomiye göre daha fonksiyonel olduğu ancak erken evre mide tümörlerinde kullanımının sınırlı ve seçilmiş vakalarda uygulama alanı bulacağı ortadadır.

KAYNAKLAR

1. Sowa M, Kato Y, Nishimura M, Kubo T. Surgical approach to early gastric cancer with Lymph node metastasis. World J Surg 1989; 13: 630-636.
2. Maki T, Shiratori T, Hatafuki T, Sugawara K. Pylorus-preserving gastrectomy as an improved operation for gastric uloeer. Surgery 1967; 61: 838-45.

3. Isozaki H, Okajima K, Momura T. Postoperative evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer. *Br J Surgery* 1996; 83: 266-269.
4. Yamaguchi H, Seto Y, Kaminishi M. Pylorus Preserving Gastrectomy For Early Gastric cancer Keeps Body Weight and Prevents Anemia After Surgery. 3rd. International Gastric Cancer Congress Seoul p; 315, 1999.
5. Fujimoto H, Sawada H, Yamada Y, Sakaguchi T. Long-Term Results of Pylorus-preserving Gastrectomy for Early Gastric Cancer. 3rd. International Gastric Cancer Congress Seoul p; 317-318: 1999.
6. Ninomiya M, Ikeda T, Asakura H, Okamura S. Gastrectomy with Preservation of Autonomic nerves and pylorus for Early Gastric 2nd. International Gastric Cancer Congress, Munich p; 829-832, 1997.
7. Kodama M, Koyama K. Indications for pylorus preserving gastrectomy for early gastric cancer located in the middle third of the stomach *World J Surg* 1991; 15: 628-34.
8. Ouchi A, Mizoi T, Goto S. Pylorus preserving gastrectomy with R2 lymph node dissection for early gastric cancer. *Geka* 1990; 52: 815-20.