



BÖLÜM 23

MİDE KANSERİ CERRAHİSİ VE MİDE REKONSTRÜKSİYON YÖNTEMLERİ

Furkan Ali UYGUR¹

1. GİRİŞ

Mide kanseri, dünya çapında en sık teşhis edilen 4.kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerin en sık 2. nedenidir. Mide kanseri genellikle uzun süre asemptomatik kalır ve en azından kısmen aktif tarama programlarına bağlı olarak Japonya ve Güney Kore’de erken teşhis edilir. Artan insidansa rağmen, Asyalı mide kanseri hastaları, muhtemelen aktif bir tarama programı veya daha agresif bir terapötik yaklaşım sayesinde Batılı hastalardan daha iyi bir prognoza sahiplerdir. Cerrahi, tek küratif tedavi olmaya devam ederken, perioperatif ve adjuvan kemoterapinin yanı sıra kemoradyoterapi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu ile rezektabl mide kanserinde daha iyi sonuçlar elde edilebilir . Bir stratejinin diğerine göre net bir üstünlüğü ortaya konulmamakla birlikte her biri tek başına cerrahiye ek olarak surveyde %15’lik bir artış sağlar. Ne yazık ki, radikal olarak rezeke edilen mide kanseri hastalarının yarısından fazlası lokal olarak ve uzak metastaz şeklinde nükseder veya ancak tümör yayıldığında mide kanseri teşhisi alabilirler; bu nedenle medyan sağkalım nadiren 12 ayı aşar ve metastatik olgularda 5 yıllık sağkalım %10’dan azdır (1).

¹ Op. Dr., Muş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, druygurfurkanali@gmail.com

bölünür. Distal jejunum özofagusu uç-yan şekilde anastomoz edilir. Bu anastomozun yaklaşık 40-50 cm distaline denk gelecek şekilde duodenumdan gelen jejunal ans uç-yan şekilde anastomoz yapılır (27).

Loop Özofagojejunostomi Braun Anastomoz

Total gastrektomi ve lenf nodu diseksiyonu sonrası proksimal duodenum kapatılır. Treitz Ligamentinin 40-50 cm distalindeki jejunum ansı loop şeklinde getirilerek özofagusu uç-yan şeklinde anastomoz edilir. Bu yapılan anastomozunun yaklaşık 15-20 cm distalinde getirici ve götürücü jejunum ansları arasına jejunojejunostomi anastomozu yapılır (28).

Jejunal J Poşlu Roux-en-Y Rekonstrüksiyonu

Lenf nodu diseksiyonu ve total gastrektomi sonrası proksimal duodenum stapler veya elle kapatılır. Treitz Ligamentinin yaklaşık olarak 15-20 cm distalinden jejunal ans bölünür. Oluşan distal jejunal ans 180 derece açıyla kendi üzerinde katlanır. Bu iki jejunum lümeni lineer stapler yardımıyla enteroenterostomi yapılarak yaklaşık 15 cm uzunluğunda bir poş oluşturulur. Jejunumun açık olan kısmından sirküler stapler yardımıyla uç-yan şekilde özofagojejunostomi anastomozu yapılır. Daha sonra poş kapatılır. Duodenumdan gelen jejunum ansı da poşun yaklaşık 20-25 cm distaline uç-yan olacak şekilde anastomoz edilir (29).

KAYNAKLAR

1. Orditura M, Galizia, G., Sforza, V., Gambardella, V., Fabozzi, A., Laterza, M. M., Andreozzi, F., Ventriglia, J., Savastano, B., Mabilia, A., Lieto, E., Ciardiello, F., & De Vita, F. (2014). Treatment of gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(7), 1635–1649. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i7.1635>
2. Catalano, V., Labianca, R., Beretta, G. D., Gatta, G., De Braud, F., & Van Cutsem, E. (2005). Gastric cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 54(3), 209–241. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.01.002>
3. Lauren, P. (1965). The Two Histological Main Types Of Gastric Carcinoma: Diffuse And So-Called Intestinal-Type Carcinoma. An Attempt At A Histo-Clinical Classification. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica*, 64(1), 31–49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/apm.1965.64.1.31>
4. Johnston, F. M., & Beckman, M. (2019). Updates on Management of Gastric Cancer. *Current Oncology Reports*, 21(8). <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0820-4>
5. Curtis, N. J., Noble, F., Bailey, I. S., Kelly, J. J., Byrne, J. P., & Underwood, T. J. (2014). The relevance of the Siewert classification in the era of multimodal therapy for adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction. *Journal of Surgical Oncology*, 109(3), 202–207. <https://doi.org/10.1002/jso.23484>
6. Siewert, J. R., Feith, M., Werner, M., & Stein, H. J. (2000). Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Annals of Surgery*, 232(3), 353–361. <https://doi.org/10.1097/00000658-200009000-00007>

7. Someya, S., Shibata, C., Tanaka, N., Kudoh, K., Naitoh, T., Miura, K., & Unno, M. (2013). Duodenal switch for intractable reflux gastroesophagitis after proximal gastrectomy. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 230(3), 129–132. <https://doi.org/10.1620/tjem.230.129>
8. Gouzi, J. L., Huguier, M., Fagniez, P. L., Launois, B., Flamant, Y., Lacaine, F., Paquet, J. C., & Hay, J. M. (1989). Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum: A French prospective controlled study. *Annals of Surgery*, 209(2), 162–166. <https://doi.org/10.1097/0000658-198902000-00005>
9. Bozzetti, F., Marubini, E., Bonfanti, G., Miceli, R., Piano, C., & Gennari, L. (1999). Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: Five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. *Annals of Surgery*, 230(2), 170–178.
10. Sano, T., & Kodera, Y. (2011). Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*, 14(2), 113–123. <https://doi.org/10.1007/s10120-011-0042-4>
11. Inaki, N., Etoh, T., Ohyama, T., Uchiyama, K., Katada, N., Koeda, K., Yoshida, K., Takagane, A., Kojima, K., Sakuramoto, S., Shiraiishi, N., & Kitano, S. (2015). A Multi-institutional, Prospective, Phase II Feasibility Study of Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy with D2 Lymph Node Dissection for Locally Advanced Gastric Cancer (JLSSG0901). *World Journal of Surgery*, 39(11), 2734–2741. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3160-z>
12. Roy, S., Tonya, K., Ronald, Y., & Takuji, G. (2016). Endoscopic Mucosal Resection for Early Cancers of the Upper Gastrointestinal Tract. *Journal of Clinical Oncology*, 23(20), 4490–4498. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.19.935>
13. Facciorusso, A. (2014). Endoscopic submucosal dissection vs endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: A meta-analysis. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 6(11), 555. <https://doi.org/10.4253/wjge.v6.i11.555>
14. De Andrade, J. P., & Mezhir, J. J. (2014). The critical role of peritoneal cytology in the staging of gastric cancer: An evidence-based review. *Journal of Surgical Oncology*, 110(3), 291–297. <https://doi.org/10.1002/jso.23632>
15. Kitano, S., Iso, Y., Moriyama, M., & Sugimachi, K. (1994). Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, 4(2), 146–148.
16. Son, S. Y., & Kim, H. H. (2014). Minimally invasive surgery in gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(39), 14132–14141. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i39.14132>
17. Kim, W., Kim, H. H., Han, S. U., Kim, M. C., Hyung, W. J., Ryu, S. W., Cho, G. S., Kim, C. Y., Yang, H. K., Park, D. J., Song, K. Y., Lee, S. Il, Ryu, S. Y., Lee, J. H., & Lee, H. J. (2016). Decreased morbidity of laparoscopic distal gastrectomy compared with open distal gastrectomy for stage I gastric cancer: Short-term outcomes from a multicenter randomized controlled trial (KLASS-01). *Annals of Surgery*, 263(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001346>
18. Kim, H. H., Han, S. U., Kim, M. C., Kim, W., Lee, H. J., Ryu, S. W., Cho, G. S., Kim, C. Y., Yang, H. K., Park, D. J., Song, K. Y., Lee, S. Il, Ryu, S. Y., Lee, J. H., & Hyung, W. J. (2019). Effect of Laparoscopic Distal Gastrectomy vs Open Distal Gastrectomy on Long-term Survival among Patients with Stage I Gastric Cancer: The KLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*, 5(4), 506–513. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.6727>
19. Katai, H., Mizusawa, J., Katayama, H., Morita, S., Yamada, T., Bando, E., Ito, S., Takagi, M., Takagane, A., Teshima, S., Koeda, K., Nunobe, S., Yoshikawa, T., & Terashima, M. (2020). Survival outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA or IB gastric cancer (JCOG0912): a multicentre, non-inferiority, phase 3 randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(2), 142–151. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30332-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30332-2)
20. Pach, R., Orzel-Nowak, A., & Scully, T. (2008). Ludwik Rydygier - Contributor to modern surgery. *Gastric Cancer*, 11(4), 187–191. <https://doi.org/10.1007/s10120-008-0482-7>
21. Sablinski, T., & Tilney, N. L. (1991). Ludwik Rydygier and the first gastrectomy for peptic ulcer. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 172(6), 493–496

22. Hebbard, P., & Chen, W. (2021). 08.08.2021 *Partial gastrectomy and gastrointestinal reconstruction - UpToDate*. 1–28.
23. Santoro, R., Ettore, G. M., & Santoro, E. (2014). Subtotal gastrectomy for gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(38), 13667–13680. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13667>
24. Adachi, Y., Suematsu, T., Shiraishi, N., Tanimura, H., Morimoto, A., & Kitano, S. (1998). Perigastric lymph node status as a prognostic indicator in patients with gastric cancer. *British Journal of Surgery*, 85(9), 1281–1284. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.1998.00833.x>
25. Maruyama, K., Gunven, P., Okabayashi, K., Sasako, M., & Kinoshita, T. (1989). Lymph node metastases of gastric cancer. General pattern in 1931 patients. *Annals of Surgery*, 210(5), 596–602. <https://doi.org/10.1097/00000658-198911000-00005>
26. Skandalakis LJ, Colborn GL, Weidman TA, Kingsnorth AN, Skandalakis JE, Skandalakis PN. Mide. Skandalakis JE ed. Başaklar AC çev ed. Cerrahi Anatomi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008: 752–759
27. Nakane Y, Okumura S, Akehira K ve ark. Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer. A randomized controlled trial. *Annals of Surgery*. 1995;222(1): 27-35.
28. Wei HB, Wei B, Zheng ZH ve ark. Comparative study on three types of alimentary reconstruction after total gastrectomy. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2008;12(8): 1376-1382.
29. Fein M, Fuchs KH, Thalheimer A, Freys SM, Heimbucher J, Thiede A. Long-term benefits of Roux-en-Y pouch reconstruction after total gastrectomy: a randomized trial. *Annals of Surgery*. 2008;247(5): 759-765.