

Midenin Malign Hastalıkları

Prof. Dr. M. Musa DİRLİK
Op. Dr. İter KIRMIZI

Ana Konular

- ▶ Malign Tümörler
- ▶ Mide Nöroendokrin Tümörleri
- ▶ Mide Lenfoması

MALİGN TÜMÖRLER

Midede görülen tüm tümöral lezyonların %90-95'i maligndir. Bunların da %90 kadarını adenokarsinomlar oluşturur. Geriye kalanları ise lenfoma ve malign mezenşimal tümörlerdir (Resim 1).

Mide Karsinomu

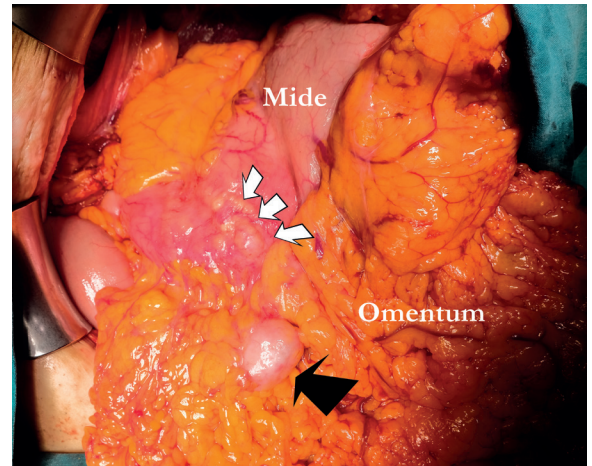
Tarihçe

Mide kanseri eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır. Midenin geniş lümenli içi boş bir organ olmasından dolayı bulgular genellikle çok geç ortaya çıkmaktadır. Bu da mide kanseri tanı ve tedavisinde hem gecikmeye sebep olmuş hem de mide kanseri ile ilgili bilimsel gelişmeleri geciktirmiştir. Mide kanserinin semptomlarına benzer ilk bilgilere İbn-i Sina'nın Tıp Ansiklopedisi'nde rastlanmaktadır. **Dr. Jean Cruveilhier** (1791-1874), midenin benign ve malign ülserlerinin tanımını 1835'de ilk yapan kişidir. Napoleon 1819'da sürgündeyken karın ağrısı, kusma şikayetleri sık görülmüş ve 1821'de şiddetli kanlı kusma sonucu ölmüştü. Ölümünden önce ailesinde de benzer sorunlar nedeniyle ölümler olduğunu ve bu nedenle öldükten sonra kendisine otopsi yapılmasını vasiyet etmiştir. Otopside mide kanserine bağlı kanama ve perforasyon geliştiği görülmüştür.

İlk subtotal mide rezeksiyonu Viyanalı cerrah **Theodor Billroth** (Christian Albert Theodor Billroth; 1829-1894) tarafından 1881'de yapılmıştır. Türk cerrahlardan **Mim Kemal Öke** (1884-1955) mide kanseri nedeniyle gastrektomi yaptığı hastasını 1925'de yayınlamıştır.

Epidemiyoloji

Mide kanseri görülme sıklığı; Japonya, Çin, Singapur gibi birçok uzak doğu ülkesinde; Şili, Macaristan, Romanya ve Portekiz gibi bölgelerde ve Türkiye'nin



Resim 1. Büyük kurvatura yakın yerleşimli, serozaya ulaşmış (beyaz oklar) ve omentuma metastaz yapmış (siyah ok) mide kanseri (Fotograf: Dr. Tamer Akça; Dr. Hakan Canbaz'ın izniyle)

rejyoner veya retroperitoneal olmalı ve e) karaciğer ve dalak tutulumu olmamalıdır.

Radyolojik bulgular mide kanserine benzemekle beraber mide lenfoması daha geniş mide segmentini infiltratif tutmaya meyillidir. **Endoskopi** tanıda vazgeçilmezdir. Ancak ülsersiz submüköz büyüyen lezyonlarda tanı zor olabilmektedir. Daha derin **biyopsi** almak gerekir. Bu nedenle tanıda en hassas yöntem endoskopik ultrasonografidir. Tümörün infiltrasyon derinliğini, perigastrik lenf bezleri tutulumunu göstermede değerli bilgiler verir.

Evrelemede değişik sistemler mevcut olsa da prognostik değeri olan ve mide duvar infiltrasyonu da göz önünde bulunduran TNM sistemi kullanılmaktadır (Tablo 10).

Eskiden *cerrahi rezeksiyon* erken evre (Evre 1) mide lenfoması **tedavisinde** tek tercih iken, günümüzde tedaviye yönelik etkin *kemoterapi* ve *radyoterapi* rejimlerinin gelişmesi beraberinde tartışmaları ortaya çıkarmıştır.

Birçok görüş halen *mide rezeksiyonlarını* savunmaktadır. Piyesin çıkarılmasıyla daha iyi bir evreleme yapılabilir oluşu; özellikle erken evrede rezektabilite ve sağkalımın yüksek olması; tümör çıkarılmadan yapılan radyoterapi ve kemoterapinin getirdiği kanama ve perforasyon gibi komplikasyonlardan kaçınılmış oluşu bu tutumun gerekçeleri olarak sunulmuştur. Karşıt görüş ise yapılan cerrahinin de komplikasyonları olabileceğini ve günümüzdeki radyolojik verilerin evreleme için yeterli olabildiği yönündedir. Primer radyoterapi evre 1 ve 2 de cerrahiye yakın sağkalım (beş yıllık sağkalım

TABLO 10.

Primer Mide Lenfomasında TNM Evrelemesi

T (Primer Tümör)	T1: Submukozayı aşmamış tümör T2: Muskularis mukozayı tutmuş T3: Subserozayı tutmuş T4: Serozayı tutmuş T5: Çevre organlara invaze
N (Lenf Nodu)	N0: Lenf nodu tutulumu yok N1: Perigastrik lenf nodu tutulumu N2: Ekstraperigastrik lenf nodu tutulumu N3: Paraaortik gibi uzak lenf nodu N4: N3 ötesi lenf nodu tutulumu
M (Metastaz)	M0: Uzak metastaz yok M1: Rejyoner lenf bezleri ötesindeki lenf bezi tutulumu dahil uzak metastaz
EVRE 1: T1; N0-1; M0 EVRE 2: T1; N2; M0 veya T2-3; N0; M0 EVRE 3: T4-5; N (herhangi); M0 veya T (herhangi); N3-4; M0 EVRE 4: T (herhangi); N (herhangi); M1	

%85) sonuçları vermektedir. Daha yaygın olan yaklaşım erken evrede cerrahi sonrası *adjuvan kemoterapidir*. Yüksek gradlı evre 3 ve 4 te kemoterapi öncelikle tercih edilir.

H. Piloni eradikasyon tedavisi ile düşük gradlı MALT lenfomada regresyon sağlanmaktadır. Bu nedenle bu hastalar *H. Piloni* eradikasyon tedavisi sonrası yakın takip altında tutularak başka tedavi yöntemi uygulanmadan izlenebilir.

KAYNAKLAR

- Lawrence, B., Gustafsson, B. I., Chan, A., Svejda, B., Kidd, M., & Modlin, I. M. (2011). The Epidemiology of Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 40(1), 1-18. doi:10.1016/j.ecl.2010.12.00
- Fraenkel, M., Kim, M., Faggiano, A., & Valk, G. (2012). Epidemiology of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 26(6), 691-703. doi:10.1016/j.bpg.2013.01.006
- Goddard, A. F., Badreldin, R., Pritchard, D. M., Walker, M. M., & Warren, B. (2010). The management of gastric polyps. *Gut*, 59(9), 1270-1276. doi:10.1136/gut.2009.182089
- Reynolds, J. V. (1995). The M. D. Anderson surgical oncology handbook. D. H. Berger, B. W. Feig and G. M. Fuhrman (eds). 203 × 110 mm. Pp. 440. Illustrated. 1994. Edinburgh: Little Brown and Company (Boston). £26. *British Journal of Surgery*, 82(11), 1580-1580. doi:10.1002/bjs.1800821141
- Pantanowitz, L., Antonioli, D. A., Pinkus, G. S., Shahsafaei, A., & Odze, R. D. (2004). Inflammatory Fibroid Polyps of the Gastrointestinal Tract. *The American Journal of Surgical Pathology*, 28(1), 107-114. doi:10.1097/00000478-200401000-00013

- Carmack, S. W., Genta, R. M., Graham, D. Y., & Lauwers, G. Y. (2009). Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 6(6), 331-341. doi:10.1038/nrgastro.2009.70
- JALVING, M., KOORNSTRA, J. J., WESSELING, J., BOEZEN, H. M., DE JONG, S., & KLEIBEUKER, J. H. (2006). Increased risk of fundic gland polyps during long-term proton pump inhibitor therapy. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 24(9), 1341-1348. doi:10.1111/j.1365-2036.2006.03127.
- Morais, D. J., Yamanaka, A., Zeitune, J. M., & Andreollo, N. A. (2007). Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies. *Arquivos de Gastroenterologia*, 44(1), 14-17. doi:10.1590/s0004-28032007000100004
- Sarker, K. K., Kabir, M. J., Bhuyian, A. M., Alam, M. S., Chowdhury, F. R., Ahad, M. A., ... Rahman, M. M. (2017). H. pylori infection and gastric cancer in Bangladesh. *International Journal of Surgery Oncology*, 2(10), e44. doi:10.1097/ij9.0000000000000044
- LaFemina, J. (2012). The MD Anderson Surgical Oncology Handbook, Fifth Edition. *Annals of Surgery*, 256(4), 668. doi:10.1097/sla.0b013e31826b8657
- Demetri, G. D., Von Mehren, M., Antonescu, C. R., DeMatteo, R. P., Ganjoo, K. N., Maki, R. G., ... Wayne, J. D. (2010). NCCN Task Force Report: Update on the Management of Patients with Gastrointestinal Stromal Tumors. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(Suppl 2), S-1-S-41. doi:10.6004/jnccn.2010.0116
- Sasako, M. (n.d.). The Gastric Cancer Treatment Guideline. *The Diversity of Gastric Carcinoma*, 235-241. doi:10.1007/4-431-27713-7_17
- Suzuki, H., Gotoda, T., Sasako, M., & Saito, D. (2006). Detection of early gastric cancer: misunderstanding the role of mass screening. *Gastric Cancer*, 9(4), 315-319. doi:10.1007/s10120-006-0399-y
- Van de Velde, C. J., & Peeters, K. C. (2003). The Gastric Cancer Treatment Controversy. *Journal of Clinical Oncology*, 21(12), 2234-2236. doi:10.1200/jco.2003.91.138
- Kunz, P. L., Gubens, M., Fisher, G. A., Ford, J. M., Lichtensztajn, D. Y., & Clarke, C. A. (2012). Long-Term Survivors of Gastric Cancer: A California Population-Based Study. *Journal of Clinical Oncology*, 30(28), 3507-3515. doi:10.1200/jco.2011.35.8028
- Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). (2016). *Gastric Cancer*, 20(1), 1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4
- Lazăr, D. C., Tăban, S., Cornianu, M., Faur, A., & Goldiș, A. (2016). New advances in targeted gastric cancer treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 22(30), 6776. doi:10.3748/wjg.v22.i30.6776
- Vannella, L., Lahner, E., Osborn, J., & Annibale, B. (2012). Systematic review: gastric cancer incidence in pernicious anaemia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 37(4), 375-382. doi:10.1111/apt.12177
- Yang, K., & Hu, J. (2017). Gastric cancer treatment: similarity and difference between China and Korea. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 2, 36-36. doi:10.21037/tgh.2017.04.02
- Gu, L., Chen, M., Guo, D., Zhu, H., Zhang, W., Pan, J., ... Wang, X. (2017). PD-L1 and gastric cancer prognosis: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(8), e0182692. doi:10.1371/journal.pone.0182692
- Koc, H. O., Sarı, Y. S., Bektas, H., Tunalı, V., Sahın, O., Ozakay, K., & Feyzullah, E. (2011). Do we adequately diagnose early gastric cancer in Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 22(3), 255-259. doi:10.4318/tjg.2011.0210