

# MİDENİN MALİGN NEOPLAZMLARI- ADENOKARSİNOM

## 25. BÖLÜM

Yavuz PİRHAN<sup>1</sup>

### ÖZET:

Mide kanseri dünya genelinde en yaygın malignitelerden biridir; tüm kanserler arasında en yüksek ikinci insidans ve mortalite oranına sahiptir. Gastrik kanserlerin çoğu mide antrum kanseri ve mide karsinomudur, ancak gastroözofageal bileşke karsinom insidansı giderek artmaktadır. gençlerde giderek artan bir mide kanseri insidansı görülmektedir. Mide kanseri tanısı alan hastalarda insidans, metastaz oranı ve mortalite oranı yüksek olduğu tespit edilirken, erken tanı oranı, radikal rezeksiyon oranı ve 5 yıllık sağkalım oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle mide kanseri karakteristik olarak “üç yüksek ve üç düşük” özellik göstermektedir. Mide kanserinin kesin nedeni bilinmese de, patogenezi diğer malign tümörlerinkiyle aynıdır: çok aşamalı, çok faktörlü kapsamlı bir hastalıktır. Mide kanseri vakaları erken ve ileri evre mide kanserine ayrılır. Erken evre mide kanserleri, lezyonun büyüklüğüne ve lenf nodu metastazının varlığına bakılmaksızın mukoza veya submukoza sınırlıdır. Mide kas tabakasını invaze etmek için submukozun ötesine uzanan kanser orta gastrik kanser iken, yakındaki organlara veya metastazlara subseroza içine veya ötesine giden tümörler ileri gastrik kanserdir. İleri gastrik kanser arasında ara ve ileri tümörler bulunur. Tümörün evresi tedavinin etkinliğini ve tedavi stratejisini belirler. Örneğin, erken mide kanseri hastalarına radikal cerrahi ve ardından kemoterapi uygulanarak ameliyat sonrası 5 yıllık sağkalım oranı % 90'dır. Bununla birlikte, erken mide kanserinin spesifik belirtilerinin olmaması nedeniyle erken tanı ve tedavi oranı düşüktür ve bu nedenle çoğu hasta (>% 70) ileri evre hastalık karşımıza çıkar. Bazı hastalar cerrahi şansını bile kaybedebilir. İleri mide kanserinde metastaz potansiyeli yüksektir, bu nedenle genel prognozları kötüdür. Son yıllarda, mide kanseri olan hastaların prognozunu iyileştirmek için önemli miktarda araştırma yapılmıştır ve neoadjuvan kemoterapi, radyoterapi ve moleküler hedefli tedaviler etkili yöntemler haline gelmiştir.

### EPİDEMİYOLOJİ

Mide kanseri, kansere bağlı mortalitenin ikinci önde gelen nedenidir ve dünya çapında en yaygın dördüncü kanserdir. Bununla birlikte, farklı coğrafi bölgelerde insidans oranlarında belirgin farklılıklar vardır. Mide kanseri multifaktöriyel bir hastalıktır ve etiolojisinde hem çevresel

hem de genetik faktörlerin rolü vardır. Sigara ve *H. pylori* enfeksiyonu gibi diğerleri potansiyel olarak yaş ve cinsiyet gibi bu risk faktörlerinden bazıları değiştirilemez. Bazı bölgelerde mide kanseri görülme sıklığı düşerken, bazı bölgelerde de gastrik kardiyak kanserlerin görülme sıklığı arttığı bildirilmektedir. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) enfeksiyonu kardiyak olmayan mide

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Yavuz PİRHAN, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin E.A.H Genel Cerrahi AD ypirhan@gmail.com

total cerrahi yaklaşım basamaklarının aynısını kapsamaktadır(22).

NCCN'nin 2020 yılında yayınladığı rehber hastanın klinik tanısı ve klinik evresine göre uygun tedaviyi seçme olanağını sağlamakta, farklı uygulamalar ve uygun olmayan tedavileri önlemeye yardımcı olmaktadır. Bu rehberlere göre tedavinin asıl hedefi, hastanın sağkalımını uzatmaktır. Tümör yükünün azaltılması, palyasyon sağlanması veya hayat kalitesinin iyileşmesi ise ikincil hedefleridir(22).

### Klinik evresine göre mide kanserinin tedavisi(22)

**Evre I kanserlerin tedavisi (TisN-, T1N0, T1N1, T2N0):** Mukozal karsinom olarak da adlandırılan evre I tümörlerde lenf nodu metastazı % 5'in altındadır. Lenf nodu tutulumu olmayan hastalara endoskopik veya laparoskopik mide rezeksiyonu uygulanabilir.

**Evre II kanserlerin tedavisi:** Tüm evre II kanserlerin tedavisi standart gastrektomidir. Standart gastrektomi, güvenli cerrahi sınırlarla total veya subtotal gastrik rezeksiyon ve D2 lenf nodu diseksiyonudur.

**Evre III kanserlerin tedavisi:** T ve N kategorilerine göre; T3N +, T4N-, T4N + tümörler için standart gastrektomi ve lenfadenektomi yapılır. Ek olarak, T4N- ve T4N + hastalarında, makroskopik rezidüel tümör rezidüsü (R1) rezidüel tümörü olmayanlara (R0) kıyasla sağkalımı önemli ölçüde kısıltacağından, R0 rezeksiyonu sağlamak için genişletilmiş kombine rezeksiyon yapılır. Neoadjuvan kemoterapi, adjuvan kemoterapi veya adjuvan radyoterapi T4N + rezeke edilemeyen tümörler için endikedir.

**Evre IV kanserlerin tedavisi (M1):** T ve N evresine bakılmaksızın, uzak organ metastazı olanlar (M1) evre IV olarak kabul edilir. Evre IV hastalar tek başına ameliyatla tedavi edilemez. Palyatif cerrahinin evre IV hastalarda sağkalıma katkısı tartışmalıdır. Tümör yükünü hafifletme ve semptomları kısmen hafifletme etkisine sa-

hip olabilir. Kemoterapi, genel durumu iyi olan rezeke edilemeyen hastalarda endikedir.

### KAYNAKLAR

1. Frei III EJC. Clinical cancer research: an embattled species. 1982;50(10):1979-92.
2. Lee HS, Kim WH, Kwak Y, Koh J, Bae JM, Kim K-M, et al. Molecular testing for gastrointestinal cancer. 2017;51(2):103.
3. Li B, Liu H-Y, Guo S-H, Sun P, Gong F-M, Jia B-QJlloc, et al. Detection of microsatellite instability in gastric cancer and dysplasia tissues. 2015;8(11):21442.
4. Camargo MC, Kim W-H, Chiaravalli AM, Kim K-M, Corvalan AH, Matsuo K, et al. Improved survival of gastric cancer with tumour Epstein-Barr virus positivity: an international pooled analysis. 2014;63(2):236-43.
5. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar FJCE, Biomarkers P. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. 2014;23(5):700-13.
6. Howlader NJhscgc, based on November SEER data submission, posted to the SEER web site. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008, National Cancer Institute, Bethesda, MD. 2011.
7. Brown LM, Devesa SSJSocoNA. Epidemiologic trends in esophageal and gastric cancer in the United States. 2002;11(2):235-56.
8. Sheh A, Ge Z, Parry NM, Muthupalani S, Rager JE, Raczyński AR, et al. 17β-estradiol and tamoxifen prevent gastric cancer by modulating leukocyte recruitment and oncogenic pathways in helicobacter pylori-infected INS-GAS male mice. 2011;4(9):1426-35.
9. Sipponen P, Correa PJGc. Delayed rise in incidence of gastric cancer in females results in unique sex ratio (M/F) pattern: etiologic hypothesis. 2002;5(4):0213-9.
10. Humans IAfRoCWGotEotCRt. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 94, Ingested Nitrate and Nitrite, and Cyanobacterial Peptide Toxins: This Publication Represents the Views and Expert Opinions of an IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, which Met in Lyon, 14-21 June 2006: IARC; 2010.
11. Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, Pinheiro-Torres T, Pinto I, Santos-Pereira R, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. 2008;19(7):689-701.
12. Tian W, Zhao Y, Liu S, Li XJEjocp. Meta-analysis on the relationship between nonsteroidal anti-inflammatory drug use and gastric cancer. 2010;19(4):288-98.
13. Epplein M, Nomura AM, Wilkens LR, Henderson BE, Kolonel LNJAjoe. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and risk of gastric adenocarcinoma: the multiethnic cohort study. 2009;170(4):507-14.
14. Yang P, Zhou Y, Chen B, Wan H-W, Jia G-Q, Bai H-L, et al. Aspirin use and the risk of gastric cancer: a meta-analysis. 2010;55(6):1533-9.
15. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis.

- 2020;8(2):e191-e203.
16. <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cancer> CKfSW.
  17. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri htgtPdai.
  18. Meister H, Holubarsch C, Haferkamp O, Schlag P, Herfarth CJP-R, Practice. Gastritis, Intestinal Metaplasia and Dysplasia Versus. Benign Ulcer in Stomach and Duodenum and Gastric Carcinoma-A Histotopographical Study. 1979;164(3):259-69.
  19. Haroon S, Faridi N, Lodhi FR, Mujtaba SJJotCoP, Pakistan S. Frequency of precancerous lesions in endoscopic gastric biopsies in chronic gastritis. 2013;23(4):247.
  20. Chen Y-C, Fang W-L, Wang R-F, Liu C-A, Yang M-H, Lo S-S, et al. Clinicopathological variation of Lauren classification in gastric cancer. 2016;22(1):197-202.
  21. Lantuejoul S, Rouquette I, Brambilla E, Travis WD. New WHO classification of lung adenocarcinoma and preneoplasia. *Annales de Pathologie*. 2016 p. 5-14.
  22. V.2.2020 TNCPGiONGGC.
  23. Sano T, Coit DG, Kim HH, Roviello F, Kassab P, Wittekind C, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. 2017;20(2):217-25.
  24. Noone A, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2018.
  25. Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Tabei SJEAjoph. A comparison between Cox proportional hazard models and logistic regression on prognostic factors in gastric cancer. 2009.
  26. Pacelli F, Rosa F, Marrelli D, Pedrazzani C, Bossola M, Zoccali M, et al. Do perioperative blood transfusions influence prognosis of gastric cancer patients? Analysis of 927 patients and interactions with splenectomy. 2011;18(6):1615-23.
  27. Kunisaki C, Shimada H, Ono HA, Otsuka Y, Matsuda G, Nomura M, et al. Comparison of results of surgery in the upper third and more distal stomach. 2006;10(5):718-26.
  28. Wang H-M, Huang C-M, Zheng C-H, Li P, Xie J-W, Wang J-B, et al. Tumor size as a prognostic factor in patients with advanced gastric cancer in the lower third of the stomach. 2012;18(38):5470.
  29. Otsuji E, Yamaguchi T, Sawai K, Sakakura C, Okamoto K, Takahashi TJTAjog. Regional lymph node metastasis as a predictor of peritoneal carcinomatosis in patients with Borrmann type IV gastric carcinoma. 1999;94(2):434-7.
  30. Pirhan Y. Analysis of Prognostic Factors Affecting Postoperative Survival in Stage III Gastric Cancer Patients. *Dicle Med J* 2020;47(1):34-42.
  31. Ueno D, Matsumoto H, Kubota H, Higashida M, Akiyama T, Shiotani A, et al. Prognostic factors for gastrectomy in elderly patients with gastric cancer. 2017;15(1):59.
  32. D'souza MA, Singh K, Shrikhande SVJJocr, therapeutics. Surgery for gastric cancer: an evidence-based perspective. 2009;5(4):225.
  33. Maehara Y, Kakeji Y, Koga T, Emi Y, Baba H, Akazawa K, et al. Therapeutic value of lymph node dissection and the clinical outcome for patients with gastric cancer. 2002;131(1):S85-S91.
  34. Songun I, Putter H, Kranenborg EM-K, Sasako M, van de Velde CJTlo. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial. 2010;11(5):439-49.