



ONKOLOJİK HASTALARDA MİDE ÇIKIŞ OBSTRÜKSİYONU VE CERRAHİ YÖNETİMİ

Şeref DOKCU¹

Mehmet Ali ÇAPARLAR²

GİRİŞ

Malig-n gastrik çıkış obstrüksiyonu (GOO), pilorik kanal veya duodenumun dışarıdan tümör ve/veya lokal tümör invazyonu nedeniyle sıkıştırılması sonucu tıkanmasıdır. Peri ampuller kanserlerin %20 ila %30'unda sıklıkla meydana gelen bu durum başta pankreas ve mide olmak üzere, diğer üst gastrointestinal sistem (GİS) karsinomları nedeniyle lokal olarak ilerlemiş malignitelerden kaynaklanan yaygın bir durumdur. Özellikle mide kanseri hastalarında daha sık görülen, bulantı, kusma ve şişkinlik gibi semptomlarla dehidratasyon ve yetersiz beslenmeye neden olan bu durum hastaların yaşam kalitesinide önemli ölçüde olumsuz etkiler. GOO pankreatik peri ampuller karsinom, lenfoma ve metastaz yapan (1, 2) diğer malignitelerle birlikte ortaya çıkabilmesine rağmen, mide kanserinde meydana gelen GOO bunlardan ayrı olarak düşünülmelidir. Birincisi, mide kanserinin diğer malignitelere göre daha uzun bir yaşam beklentisi vardır ve bunun için diğer hastalıklara kıyasla daha fazla kemoterapi ajanı geliştirilmiştir (3,4). İkincisi, mide kanserinden kaynaklanan GOO, biliopankreatik malignitelerle karşılaştırıldığında, safra kanalının tıkanmasıyla birlikte ortaya çıkma olasılığı daha düşüktür. Birçok çalışma, pankreas kanserinden (6,7-8,5 ay) daha uzun olan, inoperabl mide karsinomu [genel sağkalımı (13 ay) bildirmiştir (5). Mide kanseri insidansında önceki on yılda bir azalma olmasına rağmen, mide kanseri dünya çapında en yaygın dördüncü malign hastalık ve kansere bağlı

¹ Op. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, serefdokcu@hotmail.com

² Op. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, drmalicaparlar@yahoo.com

SONUÇ

Hem GJ hem de ES, mide kanserinden kaynaklanan GOO hastalarında etkili tedavilerdir. GJ, daha az geç komplikasyon ve uzun açıklık açısından daha iyi uzun vadeli sonuçlar sergilerken, ES hastanede kalış süresi de dahil olmak üzere daha iyi kısa vadeli sonuçlar sergiler. Hiçbir büyük ölçekli çalışma veya RCT, iki prosedürün güvenlik ve etkililiğini karşılaştırmamış olsa da literatür incelemeleri, mide kanseri hastalarının iyi performans durumu ve uzun prognozu nedeniyle GJ'nin tercih edilen prosedür olabileceğini düşündürmektedir.

GOO semptomları olan mide kanseri hastalarında tedavi öncesi hastanın klinik durumu sağkalımı etkiler ve tedaviye karar vermeden önce dikkatle değerlendirilmelidir. ES, PR ve GJ, makul morbiditeye sahip seçilmiş hastalar için kabul edilebilir semptomsuz sağkalım sağlar. PR genel sağkalım avantajı sağlıyor gibi görünmektedir ve hasta cerrahiye uygun ise bir tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir. Endoskopik stent yerleştirilmesi, ameliyat için uygun olmayan hastalarda semptomların hızlı ve etkili bir şekilde hafifletilmesini sağlar. Ek olarak, kemoterapi mide kanseri ve GOO'da sağkalımı uzatıyor gibi görünmektedir.

Bununla birlikte, baypas prosedürü şu anda laparoskopik (LGJ) olarak gerçekleştirilir ve ES alanındaki çeşitli yeni cihazlar stent tıkanıklığını veya yer değiştirmesini en aza indirebilir. Bu nedenle, mide kanserinden kaynaklanan GOO'lu hastalarda daha fazla tercih edilen prosedürü belirlemek için, mide kanseri hastaları için özelleşmiş güncel cihazlarla LGJ ve ES'nin prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Del Piano M, Ballarè M, Montino F, Todesco A, Orsello M, Magnani C, Garelo E. Endoscopy or surgery for malignant GI outlet obstruction? *Gastrointest Endosc.* 2005;61:421-426.
2. Pinto Pabón IT, Díaz LP, Ruiz De Adana JC, López Herrero J. Gastric and duodenal stents: follow-up and complications. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2001;24:147-153.
3. Emoto S, Sunami E, Yamaguchi H, Ishihara S, Kitayama J, Watanabe T. Drug development for intraperitoneal chemotherapy against peritoneal carcinomatosis from gastrointestinal cancer. *Surg Today.* 2014;44:2209-2220.
4. Yoshikawa T, Rino Y, Yukawa N, Oshima T, Tsuburaya A, Masuda M. Neoadjuvant chemotherapy for gastric cancer in Japan: a standing position by comparing with adjuvant chemotherapy. *Surg Today.* 2014;44:11-21.

5. Koizumi W, Narahara H, Hara T, Takagane A, Akiya T, Takagi M, Miyashita K, Nishizaki T, Kobayashi O, Takiyama W, et al. S-1 plus cisplatin versus S-1 alone for first-line treatment of advanced gastric cancer (SPIRITS trial): a phase III trial. *Lancet Oncol.* 2008;9:215–221.
6. Carcas LP. Gastric cancer review. *J Carcinog.* 2014;13:14.
7. Kokkola A, Sipponen P, Arkkila P, Danielson H, Puolakkainen P. Does the eradication of *Helicobacter pylori* delay the diagnosis of gastric cancer? *Scand J Gastroenterol.* 2008;43:1456–1460.
8. Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Huang JJ, Pitt HA, Yeo CJ. Surgical palliation of unresectable periampullary adenocarcinoma in the 1990s. *J Am Coll Surg.* 1999;188(6):658–669.
9. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE, et al.: Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): A multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 490– 499.
10. van Hooft JE, Dijkgraaf MG, Timmer R, et al.: Independent predictors of survival in patients with incurable malignant gastric outlet obstruction: A multicenter prospective observational study. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45: 1217– 1222.
11. Jeurnink SM, Steyerberg EW, Vleggaar FP, et al.: Predictors of survival in patients with malignant gastric outlet obstruction: A patient-oriented decision approach for palliative treatment. *Dig Liver Dis* 2011; 43: 548– 552.
12. Lopera JE, Brazzini A, Gonzales A, Castaneda-Zuniga WR. Gastroduodenal stent placement: current status. *Radiographics.* 2004;24:1561–1573.
13. Takeno A, Takiguchi S, Fujita J, Tamura S, Imamura H, Fujitani K, Matsuyama J, Mori M, Doki Y. Clinical outcome and indications for palliative gastrojejunostomy in unresectable advanced gastric cancer: multi-institutional retrospective analysis. *Ann Surg Oncol.* 2013;20:3527–3533.
14. Bozzetti F, Bonfanti G, Audisio RA, Doci R, Dossena G, Gennari L, Andreola S. Prognosis of patients after palliative surgical procedures for carcinoma of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 1987;164:151–154.
15. Mehta S, Hindmarsh A, Cheong E, Cockburn J, Saada J, Tighe R, Lewis MP, Rhodes M. Prospective randomized trial of laparoscopic gastrojejunostomy versus duodenal stenting for malignant gastric outflow obstruction. *Surg Endosc.* 2006;20:239–242.
16. Mittal A, Windsor J, Woodfield J, Casey P, Lane M. Matched study of three methods for palliation of malignant pyloroduodenal obstruction. *Br J Surg.* 2004;91:205–209.
17. Jeurnink SM, van Eijck CH, Steyerberg EW, Kuipers EJ, Siersema PD. Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review. *BMC Gastroenterol.* 2007;7:18.
18. Ly J, O'Grady G, Mittal A, Plank L, Windsor JA. A systematic review of methods to palliate malignant gastric outlet obstruction. *Surg Endosc.* 2010;24:290–297.
19. Navarra G, Musolino C, Venneri A, De Marco ML, Bartolotta M. Palliative antecolic isoperistaltic gastrojejunostomy: a randomized controlled trial comparing open and laparoscopic approaches. *Surg Endosc.* 2006;20:1831–1834.

20. Nagy A, Brosseuk D, Hemming A, Scudamore C, Mamazza J. Laparoscopic gastroenterostomy for duodenal obstruction. *Am J Surg.* 1995;169:539–542.
21. Al-Rashedy M, Dadibhai M, Shareif A, Khandelwal MI, Ballester P, Abid G, McCloy RF, Ammori BJ. Laparoscopic gastric bypass for gastric outlet obstruction is associated with smoother, faster recovery and shorter hospital stay compared with open surgery. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2005;12:474–478.
22. Topazian M, Ring E, Grendell J. Palliation of obstructing gastric cancer with steel mesh, self-expanding endoprotheses. *Gastrointest Endosc.* 1992;38:58–60.
23. Adler DG. Enteral stents for malignant gastric outlet obstruction: testing our mettle. *Gastrointest Endosc.* 2007;66:361–363.
24. Tringali A, Didden P, Repici A, Spaander M, Bourke MJ, Williams SJ, Spicak J, Drastich P, Mutignani M, Perri V, et al. Endoscopic treatment of malignant gastric and duodenal strictures: a prospective, multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:66–75.
25. Dormann A, Meisner S, Verin N, Wenk Lang A. Self-expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: systematic review of their clinical effectiveness. *Endoscopy.* 2004;36:543–550.
26. Maetani I, Mizumoto Y, Shigoka H, Omuta S, Saito M, Tokuhisa J, Morizane T. Placement of a triple-layered covered versus uncovered metallic stent for palliation of malignant gastric outlet obstruction: a multicenter randomized trial. *Dig Endosc.* 2014;26:192–199.