

Erzurum Bölgesinde Gastrik Karsinom Sıklığı, Endoskopik ve Histolojik Özellikler

Dr. N. OKÇU, Dr. M. Derya ONUK, Dr. Ersin AKARŞU, Dr. Mehmet GÜNDOĞDU,
Dr. Cemal GÜNDOĞDU, Dr. Tahir BURAN

Özet: Kliniğimizde üst gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan 10.000 olgu retrospektif olarak gözden geçirildi. Olguların 618 (% 6.18) inde gastrik karsinom saptandı. Gastrik karsinomlu olguların 446'sı (% 72,1) i erkek, 172 (% 27,8) i kadındı. Gastrik karsinomun en sık lokalizasyonu antrum bölgesinde saptandı. (% 46.6). En sık endoskopik görünüm ülseroinfiltratif (% 38.5) idi. Adeno karsinom ise en sık görülen histolojik tipti (% 79.4). Erken mide karsinomu ancak olguların % 0.8 inde saptandı.

Summary: FREQUENCY OF GASTRIC CANCER, ENDOSCOPICAL AND HISTOLOGICAL FEATURES IN ERZURUM REGION

In this study 10.000 patients referring to internal medicine between 1985 and 1992 and have epigastric complaints were revised. Gastric cancer was found in 618 patients (6.18 %). 172 of them (27.8%) were female, 446 of them (72.1%) were male. Mean age of females was 54.7 and of males was 56.9 The localisation, macroscopic appearance and histological form of gastric cancer was determined. The gastric cancer was in antrum in 282 patients (46.6 %). The most frequent appearance of gastric cancer was ulceroinfiltrative and was present in 233 patients (38.5%). The most frequent histological form was adenocarcinoma (79.4%). Carcinoma in situ was found only in five patients (0.8 %).

Gastrointestinal cancers are most frequently seen cancers in Turkey. Gastric cancer, however, is the most frequent gastrointestinal cancer. When gastric cancer is diagnosed patient is in late period of disease. To diagnose early and to decrease mortality tumor related test must be applied to persons over 40 years even if asymptomatic in every 16 months.

Anahtar kelimeler: Gastrik karsinom, endoskopi

Key words: Gastric cancer, endoscopy, incidence.

Gastrik karsinomun (GK) sıklık ve mortalitesi, ülkeden ülkeye aşık farklılıklar gösterir. Günümüzde erken tanı ve tedavide atılan ileri adımlar bazı ülkelerde gastrik karsinomun sıklık ve mortalitesini azaltmakla beraber, hastalık hala çoğu ülkede insan sağlığını tehdit eden önemli bir problemdir. Örneğin teknolojinin çok ileri seviyede olduğu japonya'da mortalite hala yüzbinde 60-70 civarındadır. U.S.A da bu rakam

ortalama yüzbinde 18 dir. Avrupa'da kansere bağlı ölümlerin % 50-70'ini gastrik karsinom oluşturmaktadır (1,2). Ülkemizde sağlıklı istatistikler bulunmamakla beraber mortalite yüzbinde 28 olarak bildirilmiştir. (3).

Ülkeler arasında görülen aşık mortalite farklılığının nedeni ırksal ve herediter olmaktan çok çevresel faktörlere bağlanmaktadır. Yine diyetteki karsinojenlerin gastrik karsinom gelişmesi ile yakinen ilgisinin olduğu ileri sürülmektedir. (4,5).

Tablo I: Ü.G.İ.S.E side G.K sıklığı ve olguların yaş cins dağılımı.

Ü.G.İ.S.E uygu lanan olgu S.	Gastrik karsinom	Erkek	Kadın	Erkek/Kadın
10.000	n %	n % Y.O	n % Y.O	2,5/1
	618 6.18	446 72,1 56,9	172 27,9 54,7	

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1985-Aralık 1992 yılları arasında kliniğimize başvuran ve kendilerine üst gastrointestinal sistem endoskopisi (Ü.G.İ.S.E) endikasyonu konulan toplam 10.000 olguya Ü.G.İ.S.E.si yapıldı. Olgularımızın çoğunda epigastrial değişik semptomlar vardı.

G.K. tanısında endoskopik ve histopatolojik bulgular esas alındı. Endoskopik olarak lezyonun görünümünde Bormann (6) sınıflandırması tümörün histopatolojisinde ise Dünya Sağlık Örgütü'nün (W.H.O) sınıflandırması (2) göz önüne alındı. Gastrik lenfoma ve erken mide karsinomu (E.M.K) yukardaki sınıflandırmaya dahil edilmeyip diğerleri başlığı altında özetlendi.

BULGULAR

Bulgular tablolarda gösterildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada gastrik karsinom sıklığı Ü.G.İ.S.E endikasyonu olan olgularda saptanmış olup toplumdaki gerçek G.K sıklığını göstermez. Çoğu yerde Ü.G.İ.S.E'si rutin olarak kullanılmadığı için hastalığın tanısı erken devrede konulamamakta, hasta semptomatik hale gelince cerrahi tedavi şansını büyük ölçüde yitirmektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda Ü.G.İ.S.E de GK sıklığı % 4 ile % 10.8 olarak bildirilmiştir (7.8). İleri ülkelerde yapılan çalışmalarda bu sık-

Tablo II: G.K. Bu olguların cins ayrımı gözetmeksizin yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grubu	n	%
40 yaş altı	61	9,8
40-50 yaş	95	15,4
51-60 yaş	182	29,4
61 yaş ve yukarı	280	45,4
Toplam	618	100

lık % 0.8 olarak bildirilmiştir (9). Endoskopinin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde geniş halk kitlelerinin taranması, GK insidansının saptanmasında daha sağlıklı bilgiler vermektedir.

Olgularımızda erkeklerde en küçük yaş 20, en büyük yaş 85 olup ortalama 56,9 du. Kadınlarımızda en küçük yaş 25, en büyük yaş 87, ortalama 54,7 idi. Her iki cins arasında yaş yönünden önemli bir fark yoktu. Ancak erkek/kadın oranı 2,5/1 olarak saptandı. Literatürde erkek/kadın oranı 2/1 (10), 3/2 (11) ve 3/1(12) olarak bildirilmiştir.

GK da tümörün endoskopik görünümü histolojik tipi ve lokalizasyonu prognozun belirlenmesinde yardımcı faktörlerdir. Olgularımızda tümör en fazla antrum lokalizasyonu (% 45,4) gösteriyordu. Bu bulgu literatürle uyumlu idi (11,13,14). Olgularımızın 7 si gastrektomili idi. Gastrektomili midelerde GK un fazla görüldüğünü ileri sürenler yanında (15) bu görüşe katılmayanlarda vardır (16).

Tablo III: G.K.lu olguların cins ve yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grubu	Erkek (n:446) n %	Kadın (n:177) n %	Erkek/Kadın
40 yaş altı	38 6.1	23 3.6	1.6/1
40-50 yaş	56 9.1	36 6.7	1.4/1
51-60 yaş	140 22,6	42 6.5	3.3/1
61 yaş ve yukarı	212 34,3	68 11.0	3 1/1
Toplam	446 72,2	172 27,8	2,5/1

Tablo IV: G.K'un gastrik lokalizasyonu.

Lokalizasyon	n	%
Antrum	281	45.4
Korpus	195	31.5
Kardia	90	14.5
Fundus	11	1.7
Pylor	9	1.4
Generalize	25	4
Gastrektomili olgular	7	11

Olgularımızda tümörün endoskopik görünümünde en sık ülserinfiltratif görünüm saptandı (%37,7). Belli bir endoskopik görünüme dahil edilemeyen mukozanın hipertrofik, atrofik, renksiz ve soluk olması durumlarında şüpheli mukoza terimi kullanıldı. Bu görünüme sahip 14 olgumuz olup olguların % 2.2 sini oluşturmuyordu.

Gastrik karsinomun histolojik sınıflamasında şimdiye kadar değişik görüşler ortaya atılmıştır (17,18). Histolojik sınıflamada, genellikle hücrenin görünümü, adenoid yapısı, hücre musin içeriği ve stromal reaksiyon göz önüne alınmıştır. Karsinomun makroskopik görünümü, biyolojik davranış ve yayılımını histolojik tipi tayin etmekle beraber bu her zaman doğru olmayabilir. Hastalığın prognozunda esas olan tümör hücresinin büyüme potansiyeli, penetrasyon ve invazyon gücüdür. Kitle oluşturan tümörlerde hücreler birbirleriyle sıkı bir irtibat gösterir ve glandüler yapı iyi korunmuştur. Halbuki infiltrate karsinomlarda hücreler birbirinden oldukça uzaktır ve glandüler yapı iyi korunmamıştır. Kitle oluşturan tümörler genellikle metaplazik bir glanddan kaynaklanır ve prognozu daha iyidir. İnfiltratif tümörlerde ise intestinal metaplazı yoktur ve daha kötü prognoz gösterirler (19, 20).

Olgularımızda gastrik karsinomun pik yaş seviyesi adenokarsinomlarda 61 yaş ve yukarısı, musinöz karsinomda 50-60 yaş, anaplastik karsinomda ise 40-50 yaşı. Buradan varılan sonuç şudur ki; daha kötü diferansiye ve infiltratif karsinomlar daha erken yaşta görülme eğilimindedirler.

Gastrik lenfoma, gastrik malignitelerin % 0.5-3 ünü oluşturur. Çoğu kez infiltrate gastrik karsinomla karışır, sürvi GK lara göre daha iyidir

Tablo V: G.K'unendoskopik görünümüne göre dağılımı.

Lokalizasyon	n	%
Ülsere infiltratif	233	37.7
Ülsere vejetan	224	36.2
Polipoid	88	14.2
Difüz- infiltratif	59	9.6
Şüpheli mukoza	14	2.2

(1,2) Gastrik lenfoma olgularımızın % 1.6'sinde saptandı.

Midenin karsinoid tümörü gastrointestinal karsinoidlerin % 2'sini oluşturur (2). Olgularımızın % 0.6'sında gastrik karsinoid tümör saptandı. Karsinoid tümörde 5 yıllık sürvi % 50 dolayındadır (21,22).

Erken gastrik karsinom (EGK) mukoza düzensizliği, polipoid veya ülser görünümünde olabilir Biz olgularımızın ancak % 0.8'inde EGK saptayabildik. Halbuki bu oran Avrupada % 6.2, Amerikada % 13, Japonya'da ise % 34 civarındadır (23). Japonya'daki bu yüksek oran ülkedeki tarama testlerinin başarısını gösterir. EGK da 5 yıllık sürvi tedavi ile % 90'dır (24). Çalışmamızda EGK'un bu kadar düşük oranda saptanması ÜGİSE'nin kanser taramasında rutin kullanılmamasından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmadan şu sonuca varılmıştır. Epigastriyal şikayeti olan hastalarda GK sıklığı oldukça yüksektir. EGK yakalama şansını yükseltmek için özellikle 40 yaş üzerinde her epigastrik şikayeti olan, ayrıca GK yönünden risk grubu oluşturan (atrofik gastrit ailede gastrointestinal karsinom hikayesi, gastrektomi vb.) şahıslara belirli periyotlarla ÜGİSE'Sİ mutlaka yapılmalı, şüpheli görülen mukozadan yeterli sayıda biyopsi alınmalıdır.

Tablo VI: G.K. un histolojik tipe göre dağılımı.

Histolojik tip	n	%
Adenokarsinom	469	75.8
Taşlı yüzük görünümü k.	68	9.2
Musinöz karsinom	34	5.5
Anaplastik tip	26	4.3
Diğerleri (Karsinoid tm., gastrik lenfoma, erken mide karsinomu)	19	3.0

KAYNAKLAR

1. Cuschieri A.: Malignant tumours of the stomach. Recent prog med. 1990 Jun. 81(6) : 374-86
2. Correa P. Haenszel W. Cancer of the stomach: Epidemiology and incidence. Shearman. Diseases of gastrointestinal tract and liver. Second addition Churchill Livingstone chup. 12.p:333,1989
3. Örmeci N. Midenin malign tümörleri Aktan H.Ed. Gastroenteroloji. S. 103-110. Makro yayıncılık, Ankara 1988
4. Lyon JL, Gardner JW, West DW and Mahoney KM. Methodological studies of diet and Cancer.
5. Risch HA, Jain M Choi NW et al. Dietary factors and the incidence of cancer of the stomach. Am J Epidemiol. 122: 947,1985
6. Borrmann R, Henke F, Lubrascho O: Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie Vol. 4. Berlin: Springer, 865:1926
7. Şimşek H. Telatar H. Karacadağ Ş, Kayhan B, Batman F, Uper gastrointestinal endoscopy in Turkey : A review of 5000 cases. Gastrointest. Endosc. 34: 68-69,1988
8. Uzunismail H., Yılmaz A. Üst Gastrointestinal lendoskopi sonuçları. Atatürk Üniversitesi Tıp Bulteni 20(3), 389-95
9. Al Nakıb B, Radhakrishmlun S. Al Liddaw, H and et al. The role of gastrointestinal endoscopy in developing countr, Endoscopy 18: 37-39.1986
10. Ochsner A, Weed TE, Nnessle WR. Cancer of stomach. Am J Surg 141: 10-14 1981.
11. Lawrence S, Bizer MD. Adenocarcinoma of the stomach: 51: 4: 743-45,1983.
12. Ransom HK. Cancer of the stomach. Surg. Gynecol Obstet. 96: 275-78,1983
13. Si-Chun Ming. Gastric carcinoma. Cancer 39: 2475-85,1977
14. Tuncer M.M., Dinç I., Sanderç E and et al. Gastrik karsinoma. Endoskopi 2: 21-31,1992
15. Keighlay MRB, Youngs D, Poxan V et al. Intragastic N-nitrosatrion is unlikely to be responsible for gastric carcinoma developing after operations for duodenal ulcer. Gut 25: 238,1984
16. Domell of L, Janunger KG. The risk of gastric carcinoma after partial gastrectomy. Am J. Surg. 134: 581-584,1977
17. Donald A. Harvey aG. Changes in the location and Type of Gastric Adenocarcinoma. Cancer 50: 4: 775-781,1982
18. Borchard F. Classification of gastric carcinoma Hepatogastroenterology. 37(2): 223-32,1990
19. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: Difuse and so-called intestinal type carcinoma. Acta Pathol Microbiol. Scand. 64: 31-49,1965
20. Toshio Kubo. Histologic appearance of gastric carcinoma in high and low mortahty countreis: Comparasion between kyushu, Japan and minnesota, U.S.A. Cancer 2803: 726-734,1971
21. Morgan JG, Morks C, Hearn D: Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract. Annals of Surgery. 180: 720,1974
22. Godwin JD. Carcinoid tumors An analysi of 2837 cases. Cancer 36: 560, 1975
23. Green PHR, O'Joule Km, weinberg LM and et al. Early gastric cancer. Gastoenterorogy 81: 247 1981
24. Tsuksmu H, Mishimus T, Oshima A. Prospective Study of early gastric cancer. International Journal of Cancer 31: 421 1983.