

Mide Kanseri Nedeniyle Radikal Gastrektomi ve Bursektomi Yapılan Hastalarda Erken Dönem Morbidite ve Mortalitesi

Early Morbidity and Mortality in Patients Undergoing Radical Gastrectomy and Bursectomy in Gastric Cancer

 Sinan Binboğa

İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Çalışmamızda mide adenokanseri nedeni ile radikal gastrektomi + bölgesel lenf nodu diseksiyonu tekniğini bu tekniğe bursektomi ekleyerek tedavi ettiğimiz hastaların preoperatif verilerini ve postoperatif erken dönem sonuçlarını iki grup arasında karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2010-Ocak 2013 tarihleri arasında kliniğimizde mide adenokanseri nedeniyle radikal gastrektomi + D2 diseksiyon (A) ve radikal gastrektomi + D2 diseksiyon + bursektomi (B) yapılan toplam 50 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. A ve B ameliyatı yapılan hastalar demografik yapılarına, tümörün histopatolojisine, peroperatif ve postoperatif 30 gün içerisinde gelişen komplikasyonlara bakılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların demografik verilerini ve tümörlerin histopatolojik özelliklerini karşılaştırdığımızda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Yine hastaların peroperatif ve postoperatif ilk 30 gün içinde gelişen komplikasyonları karşılaştırıldığında bursektomi eklenen grupta pankreas kaçağı ve pulmoner efüzyon daha fazla görülmesine rağmen bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Elimizdeki erken dönem sonuçların karşılaştırılmasıyla bursektominin komplikasyon ve fayda açısından bursektomi yapılmayan grupla farkı gösterilememiştir. Preoperatif daha çok evreleme verileri ile ve postoperatif daha uzun takiplerle bursektominin fayda ve zararının değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Mide kanseri, bursektomi, postoperatif komplikasyon

ABSTRACT

Objective: Our objective in this study is to compare the preoperative parameters and postoperative early results of patients with gastric adenocarcinoma who were treated with radical gastrectomy and regional lymph node dissection technique and who underwent bursectomy additional to this technique.

Materials and Methods: A total of 50 patients with gastric adenocarcinoma who underwent radical gastrectomy + D2 dissection (A) and radical gastrectomy + D2 dissection + bursectomy (B) in our clinic between January 2010 and January 2013 were evaluated retrospectively. Patients who underwent A and B surgeries were compared for their demographic characteristics, tumor histopathologies, perioperative status and postoperative complications within the first 30 days.

Results: When demographic characteristics and tumor histopathologies of the patients were compared, no statistically significant difference was found between the 2 groups. When the patients' perioperative status and postoperative complications within the first 30 days were compared, pancreatic leakage and pulmonary effusion were observed more frequently in the group with bursectomy; but the differences between the 2 groups were not statistically significant.

Conclusion: By comparing the early results in our study, no differences were demonstrated in 2 groups in terms of complications and benefits. It is concluded that there is a need to evaluate the benefits and harms of bursectomy with more preoperative staging data and postoperative longer follow-up.

Keywords: Gastric cancer, bursectomy, postoperative complication

Geliş tarihi/Received: 12.04.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 09.06.2018

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Sinan Binboğa, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 212 414 71 71 **E-posta/E-mail:** dr.binboga@hotmail.com **ORCID-ID:** orcid.org/0000-0002-6923-7423

Atıf/Citation: Binboğa S. Mide Kanseri Nedeniyle Radikal Gastrektomi ve Bursektomi Yapılan Hastalarda Erken Dönem Morbidite ve Mortalitesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14:398-402. 10.4274/BTDMJB.20180412014212



GİRİŞ

Türkiye’de mide kanserinden ölüm, kansere bağlı ölümler içinde 2. sıradadır. Tüm hastanelerdeki hasta kayıtlarına ve Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Derneği’nin kayıtlarına göre mide kanserini erkeklerde en sık görülen 2. kanser türü iken kadınlarda 5. sıradadır (1). Batıda mide kanseri insidansı azalmasına rağmen, hala dünyada özellikle de Japonya, Güney Kore, Çin gibi doğu ülkelerinde kanser ilişkili ölümler arasında 2. sırada yer alıyor (2-4).

Tedavi amaçlı radikal gastrektomi ve bölgesel lenf nodu diseksiyonu gibi ameliyatlara ileri (submukozayı aşmış) mide adenokanserleri için en iyi tedavi sonuçlarını üretir.

Radikal gastrektomi yaparken bursa omentalisin çevresindeki peritonun çıkarılması bursektomi diye adlandırılır ve hala değeri tartışmalıdır. Bursa omentalisin midenin arka kısmında invaziv kanser hücrelerine karşı doğal bir bariyer olduğu düşünülür ve bu kavitedeki peritonun rezeksiyonu radikal gastrektominin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilir. Bu prosedür için teorik gerekçe ise mikrometastazları veya serbest kanser hücrelerini içerdiği düşünülen bursa omentalis çevresindeki peritonun ortadan kaldırılması, peritoneal rekürrens riskini azaltacağı düşünülmektedir (5).

Biz de bu çalışmada kendi hastalarımızda bursektominin değerini ölçmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2010-Ocak 2013 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği’nde mide adenokanseri nedeniyle radikal gastrektomi + D2 diseksiyon (A) ve radikal gastrektomi + D2 diseksiyon + bursektomi (B) yapılan toplam 50 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yirmi iki hastaya A ameliyatı, 28 hastaya B ameliyatı yapıldı.

A ve B ameliyatı yapılan hastalar demografik yapılarına, tümörün histopatolojisine, peroperatif ve postoperatif 30 gün içerisinde gelişen komplikasyonlara bakılarak karşılaştırıldı.

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.11.2013 tarihinde GOKAEK/2013-173 no’lu proje numarasıyla tez çalışması olarak onaylanmıştır. Araştırmada finansal destek alınmamıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri sayı, yüzdeler, ortanca değer olarak değerlendirilirken; gruplar arasındaki farklılıklar ki-kare testleri (Pearson, chi-square, Continuity Correction, Fisher’s exact test) ve Mann-Whitney U testi ile hesaplandı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan mide kanserli 50 olgunun 34’ü erkek, 16’sı kadındı. Yaşları 31-79 arasında olup ortalaması 63 idi. Tümör lokalizasyon olarak hastaların 19’unda proksimalde, 31’inde distalde idi.

Patoloji raporları incelendiğinde 21 hastada az diferansiyeli, 25 hastada orta diferansiyeli ve 4 hastada da iyi diferansiyeli tümör saptandı. Tümör çapları 1,5-15 cm arasında olup ortalama 6 cm olarak saptandı. Tümör derinliği hastaların 6’sında T1, 7’sinde T2, 27’sinde T3 ve 10’unda T4 olarak bulundu. Çıkarılan lenf bezi sayısı 8-95 adet olarak sayıldı ve bunların da 1-93 tanesi metastatik olarak bulundu. Hastaların 16’sı NR0, 7’si NR1, 4’ü NR2 ve 23’ü NR3 olarak saptandı.

A ameliyatı yapılan hastalar ortalama 8,5 gün ve B ameliyatı yapılan hastalar ortalama 9,5 gün toplamda 6 ile 30 gün arasında hastanede kalmışlardır. İki grubun hastanede kalış süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,214$).

Toplam 14 hastaya peroperatif ve postoperatif dönemde kan transfüzyonu yapılmıştır. Sekiz hastaya 1-2 ünite arasında eritrosit süspansiyonu, 6 hastaya 3-4 ünite arasında eritrosit süspansiyonu verildi. Bir-iki ünite eritrosit süspansiyonu verilen hastaların 4’ü A grubunda 4’ü de B grubunda, 3-4 ünite eritrosit süspansiyonu yapılan hastaların 2’si A grubunda, 4’ü B grubunda idi. Hiç kan transfüzyonu yapılmayan A grubunda 16 hasta, B grubunda 20 hasta vardı. Yine iki grup kan transfüzyonu yapıp yapılmadığına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,820$).

Hastaların 5’inde pankreas kaçağı, 5’inde plevral efüzyon ve 1’inde intraabdominal apse gelişti. Üç hastada anastomoz kaçağı, 2 hastada yara ayrışması, 1 hastada tromboemboli, 4 hastada ileus, 11 hastada yara yeri enfeksiyonu, 10

Tablo 1: Ameliyat tipine göre olguların demografik ve histopatolojik özellikleri

Özellikler	A		B		p
	n	%	n	%	
Ortanca yaş (aralık)	64 (38-79)		63 (31-78)		0,639
Cinsiyet					0,742
Erkek	16	72,7	18	64,3	
Kadın	6	27,3	10	35,7	
Tm lokalizasyonu					0,209
Proksimal	11	50	8	28,6	
Distal	11	50	20	71,4	
Histolojik grade					0,772
Az diferansiye	8	36,4	13	46,4	
Orta diferansiye	12	54,5	13	46,4	
İyi diferansiye	2	9,1	2	7,1	
Tümör çapı (cm)	6 (1,5-15)		6 (1,6-13)		0,715
Tümör derinliği					0,783
T1	3	13,6	3	10,7	
T2	3	13,6	4	14,3	
T3	13	59,1	14	50,0	
T4	3	13,6	7	25,0	
Çıkarılan lenf bezi sayısı	29 (10-64)		30 (8-95)		0,395
Metastatik lenf bezi sayısı	9,5 (1-63)		7 (1-93)		0,765
N ratio					0,808
NR0	8	36,4	8	28,6	
NR1	2	9,1	5	17,9	
NR2	2	9,1	2	7,1	
NR3	10	45,5	13	46,4	

hastada akciğer enfeksiyonu ve 1 hastada intraabdominal apse gelişti. Hastaların 3'ü erken dönemde öldü.

Tablo 1'de A ve B ameliyatı yapılan hastaların demografik verileri ve tümörün histopatolojik özellikleri ayrı ayrı gösterilmiş ve hiçbir veri için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 2'de A ve B ameliyatı yapılan hastalar peroperatif ve postoperatif ilk 30 gün gelişen komplikasyonlar açısından yine ayrı ayrı karşılaştırılmış ve gelişen komplikasyonlar

Tablo 2: Gelişen komplikasyonların ameliyat tipine göre dağılımı

Özellikler	A		B		p
	n	%	n	%	
Pankreas kaçağı					0,368
Yok	21	95,5	24	85,7	
Var	1	4,5	4	14,3	
Plevral efüzyon					0,368
Yok	21	95,5	24	85,7	
Var	1	4,5	4	14,3	
İntraabdominal apse					1,000
Yok	22	100,0	27	96,4	
Var	0	0,0	1	3,6	
Anastomoz kaçağı					1,000
Yok	21	95,5	26	92,9	
Var	1	4,5	2	7,1	
Yara ayrışması					0,497
Yok	22	100,0	26	92,9	
Var	0	0,0	2	7,1	
Tromboemboli					1,000
Yok	22	100,0	27	96,4	
Var	0	0,0	1	3,6	
Postoperatif ileus					1,000
Yok	20	90,9	26	92,9	
Var	2	9,1	2	7,1	
Yara enfeksiyonu					1,000
Yok	17	77,3	22	78,6	
Var	5	22,7	6	21,4	
Akciğer enfeksiyonu					1,000
Yok	18	81,8	22	78,6	
Var	4	18,2	6	21,4	
Erken mortalite					0,246
Yok	22	100,0	25	89,3	
Var	0	0,0	3	10,7	

açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

TARTIŞMA

Mide kanserli hastalarda cerrahi tedavi ile kür sağlanabilmesi için en önemli noktalardan biri hastaların tüm kanser hücrelerinden arındırılmasıdır. Japon Gastrik Kanser Derneği Gastrik Kanser Tedavi Kılavuzu'nda seroza invazyonu olan tümörlerde bursektomi yapılmasını

önermektedir. Daha önceki çalışmalarda D2 lenfadenektomi ile bursektominin güvenliğinin cerrahın deneyimi ile güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir (6).

Japonya'da Fujita ve ark.'nın yaptığı bir randomize kontrollü çalışmada seroza pozitif mide kanserlerinde (pT3-T4) anlamlı bir fark olmadan sağkalımda bazı yararlar sağladığı öne sürüldü (5). Diğer yandan başka birkaç çalışmada da bursektominin sağkalıma faydası bulunamamıştır (7-9). Bizim çalışmamızda peroperatif ve postoperatif ilk 30 günlük değerlendirme olduğu için mortalite sonuçları benzer çıkmıştır. Sağkalımı değerlendirmek için uzun dönem hasta takibine ihtiyacımız vardır.

Çin'den Zhang ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada postoperatif komplikasyon oranı bizim çalışmamızda olduğu gibi her iki grup arasında benzer çıkmıştır (10). Gastrointestinal cerrahlar en çok postoperatif komplikasyonlar içinde pankreas hasarı ve olası pankreatik fistül oluşumundan endişe ederler. Daha önceki çalışmalarda pankreas kapsülü alınan hastaların %10'unda subklinik pankreatik fistül gelişebileceği rapor edilmiştir (11). Diğer yandan Imamura ve ark. kendi çalışmalarında pankreatik fistül gelişimi açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır (6). Bizim çalışmamızda da gelişen pankreatik fistül iki grup arasında karşılaştırıldığında sonuçlar benzerdi.

Yine gastrointestinal cerrahların en çok endişe ettiği postoperatif komplikasyonlar içinde intraabdominal yapışıklıklar ve buna bağlı ileus gelişmesidir. Bursektomili gastrektomilerde mezokolona ve pankreasa olan yapışıklıklar gecikmiş gastrik boşalma, afferent loop sendromu ve intestinal obstrüksiyon gibi özel semptomlara neden olabilir (6). Genellikle ileus postoperatif erken dönemde ilk 1-2 haftada gelişir. Ama hayatın herhangi bir zamanında da gelişebilir. Biz de kısa dönemli takibimizde ileus gelişimi açısından her iki grup arasında fark bulamadık.

Bazı çalışmalar toplanan lenf nodu sayısının prognozla yakın ilişkili olduğunu göstermişlerdir (12-15). Alman mide kanseri çalışmasında toplanan lenf bezi sayısı 25'ten fazla ise D2 diseksiyon olarak değerlendirilmiştir (16). Biz de her iki grupta ortalama 25'ten fazla lenf nodu topladık. Bizim çalışmamızda toplanan lenf nodu sayısında ve metastatik lenf nodu sayısında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamadık. Ama yine Çin'den Zhang ve ark.'nın yaptığı çalışmada toplanan lenf nodu sayısı ve metastatik lenf nodu sayısını bursektomi yapılan grupta anlamlı derecede yüksek bulmuşlar (10).

Komplikasyon gelişimi ve hastanede kalış süreleri Çin'den Wei-Song Shen ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi her iki grupta aynı oranda bulunmuş (17).

SONUÇ

Sonuç olarak elimizdeki erken dönem sonuçların karşılaştırılmasıyla bursektominin komplikasyon ve fayda açısından bursektomi yapılmayan grupla farkı gösterilememiştir. Preoperatif daha çok evreleme verileri ile ve postoperatif daha uzun takiplerle bursektominin fayda ve zararının değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu kanısına varılmıştır.

Etik Kurul Onayı: Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.11.2013 tarihinde GOKAEK/2013-173 no'lu proje numarasıyla tez çalışması olarak onaylanmıştır.

Hasta Onayı: Alınmıştır.

Finansal Destek: Araştırmada Finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı/Kanserle Savaş Derneği 2002
2. Jeung HC, Rha SY, Noh SH, Min JS, Kim BS, Chung HC. Adjuvant 5-fluorouracil plus doxorubicin in D2-3 resected gastric carcinoma: 15-year experience at a single institute. *Cancer* 2001;91:2016-25.
3. Parkin DM. International variation. *Oncogene* 2004;23:6329-40.
4. Kelley JR, Duggan JM. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J Clin Epidemiol* 2003;56:1-9.
5. Fujita J, Kurokawa Y, Sugimoto T, Miyashiro I, Iijima S, Kimura Y, et al. Survival benefit of bursectomy in patients with resectable gastric cancer: interim analysis results of a randomized controlled trial. *Gastric Cancer* 2012;15:42-8.
6. Imamura H, Kurokawa Y, Kawada J, Tsujinaka T, Takiguchi S, Fujiwara Y, et al. Influence of bursectomy on operative morbidity and mortality after radical gastrectomy for gastric cancer: results of a randomized controlled trial. *World J Surg* 2011;35:625-30.
7. Eom BW, Joo J, Kim YW, Bae JM, Park KB, Lee JH, et al. Role of bursectomy for advanced gastric cancer: result of a case-control study from a large volume hospital. *Eur J Surg Oncol* 2013;39:1407-14.
8. Kochi M, Fujii M, Kanamori N, Kaiga T, Mihara Y, Funada T, et al. D2 gastrectomy with versus without bursectomy for gastric cancer. *Am J Clin Oncol* 2014;37:222-6.
9. Shen WS, Xi HQ, Wei B, Chen L. Effect of gastrectomy with bursectomy on prognosis of gastric cancer: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20:14986-91.

10. Zhang WH, Chen XZ, Yang K1, Liu K, Chen ZX, Zhang B, et al. Bursectomy and non bursectomy D2 gastrectomy for advanced gastric cancer, initial experience from a single institution in China. *World J Surg Oncol* 2015;13:332.
11. Herbella FA, Tineli AC, Wilson Jr JL, Del Grande JC. Gastrectomy and lymphadenectomy for gastric cancer: is the pancreas safe? *J Gastrointest Surg* 2008;12:1912-4.
12. Smith DD, Schwarz RR, Schwarz RE. Impact of total lymph node count on staging and survival after gastrectomy for gastric cancer: data from a large US-population database. *J Clin Oncol* 2005;23:7114-24.
13. Giuliani A, Caporale A, Corona M, Di Bari M, Demoro M, Ricciardulli T, et al. Lymphadenectomy in gastric cancer: influence on prognosis of lymph node count. *J Exp Clin Cancer Res* 2004;23:215-24.
14. Shen JY, Kim S, Cheong JH, Kim YI, Hyung WJ, Choi WH, et al. The impact of total retrieved lymph nodes on staging and survival of patients with pT3 gastric cancer. *Cancer* 2007;110:745-51.
15. Chen XZ, Yang K, Zhang B, Hu JK, Zhou C. Is retrieval of >25 lymph nodes a superior criterion for locally advanced gastric cancer surgery? *Ann Surg* 2011;254:834-5.
16. Siewert JR, Böttcher K, Stein HJ, Roder JD. Relevant prognostic factors in gastric cancer: ten -year results of the German Gastric Cancer Study. *Ann Surg* 1998;228:449-61.
17. Wei-Song Shen, Hong-Qing Xi, Bo Wei, Lin Chen. Effect of gastrectomy with bursectomy on prognosis of gastric cancer: A meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20:14986-91.