

Dr. Tülay BAKIR
Dr. Orhan ÖZGÜR
Dr. Çiğdem ŞİVİLOĞLU
Dr. Suat ERKUL
Dr. Memduh SOLAK
Dr. Fuat ÇELİK

80 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KİŞİLERDE MİDE KANSERİ

GASTRIC CANCER IN PATIENTS OVER 80 YEARS OF AGE

ÖZET

Mide kanseri sıklığı son 3-4 dekad'dan beri belirgin bir azalma sürecine girmiştir. Ancak aynı dönemde toplumların ortalama yaşam süresi de uzamıştır. Bu nedenle toplam mide kanseri içinde ileri yaştaki olguların oranı artmıştır. Doğu Karadeniz Bölgesinde 1986-1998 yılları arasında, endoskopik biyopsi ile mide adenokanseri tanısı konulan 145 olgu çeşitli klinik özellikleri yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. Tümör olguların %57.93'ünde midenin 1/3 distal kısmında yerleşmişti. Tümörün histolojik tipi %56.55'inde intestinal, %43.44'ünde diffuz tipte idi ($p>0.05$). Yüzkırkbeş olgunun 95'i ameliyatı tolere edemeyecek başka hastalığı, çok ileri yaş, hasta ve ailesinin operasyonu kabul etmemesi veya metastaz gelişmiş olması nedeni ile ameliyata verilemedi. Bunların 17'si klinik takiplere gelmedi. Ameliyata verilen 50 olgunun 20'sinde laparotomide tümör evre IV idi ve 14'üne palyatif distal subtotal gastrektomi veya gastrojejunostomi uygulandı. Ameliyata verilen ve tümörü evre I-III olan 30 olguya küratif distal subtotal veya total gastrektomi uygulandı. Beş yıllık yaşam süresi küratif rezeksiyon yapılanlarda %23.33 iken, evre IV olanlarda %0 idi ($p<0.01$). Ameliyat edilen ve tümörü evre I-III olan olgularda ortalama yaşam süresi, ameliyat edilmeyen ve klinik değerlendirme ile tümörü evre IV'den az olgulara göre anlamlı olarak fazla iken ($p<0.01$), evre IV tümörlerde ameliyat edilen ve edilmeyen olgular arasında anlamlı farklılık göstermedi. Sonuç olarak ileri yaşlardaki mide kanserleri için; erken tanı, ameliyattan önce ve sonra yaşamsal organlara ait problemlerin azaltılması ve metastaz gelişmemiş ise ameliyata verilmesi, bu olguların hem yaşam süresini ve hem de yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Sözcükler: Malignansi, Yaşlılık, Mide kanseri, Geriatri, Prognoz,

ABSTRACT

While frequency of stomach cancer has been decreasing for the last 3-4 decades, average life in population has been increasing. Therefore, the ratio of the old with stomach cancer in total cases has been increasing. In the East Blacksea region of Türkiye, 145 cases with gastric adenocancer at least 80 years old and diagnosed between 1986 and 1998 were evaluated retrospectively in terms of various clinical features. Tumor localization was 1/3 distal part of stomach in 57.93 percent of the cases. Histologically, the frequency of intestinal type was 56.55 percent and diffuse type was 43.44 percent ($p>0.05$). Ninetyfive of 145 cases could not be operated because they had another serious disease or metastatic disease or they were too old. Seventeen of them didn't come for clinical follow-up. In twenty of 50 operated cases, tumor was in stage IV and palliative distal subtotal gastrectomy or gastrojejunostomy was performed in 14 of them. Curative distal subtotal or total gastrectomy was carried out 30 cases with stage I-III tumor. Five-year survival rate was 23.33 percent in the curatively resected cases and 0 percent in the noncuratively operated cases ($p< 0.01$). Average survival in the curatively operated cases was significantly longer than in the nonoperated cases having less than stage IV disease ($p<0.01$), but in the stage IV tumors, average survival was not significantly different between operated and nonoperated cases. In conclusion, early diagnosis, decreasing problems on vital organs before and after operation, and being operated if there is no metastatic disease have positive effect on both survival rate and quality of life in the old patients with gastric carcinoma.

Key Words: Gastric cancer, Geriatrics, Prognosis, Malignancy, Elderly.

Geliş: 29.03.2000 **Kabul:** 06.07.2000

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Derince-İZMİT

İletişim: Dr. Orhan ÖZGÜR: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Derince-İZMİT

Tel: (0262) 233 59 80/310 Fax: (0262) 233 54 63

GİRİŞ

Mide kanseri sıklığında son 30-40 yılda belirgin bir azalma gözlenmekle birlikte, halen ikinci en sık neoplazm olma durumunu devam ettirmektedir. Mide kanseri 50 yaşından sonra daha sık görülmektedir. Ortalama yaşam süresinin giderek uzaması, ileri yaşlarda mide kanseri olgularının artmasına da yol açmıştır (4,8,16). Bu çalışmada Doğu Karadeniz Bölgesinde 80 yaş ve üzerindeki mide kanserli olguların klinikopatolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada Doğu Karadeniz Bölgesinde 1986-1998 yılları arasında endoskopik biyopsi ile mide adenokanseri tanısı alan 80 yaş ve üzerindeki 145 olgu bulunmaktadır. Tümörün midedeki yerleşimi Borchard'a, endoskopik görünümü Bormann'a, histopatolojik tipi Lauren'e göre sınıflandırılmıştır (2,7,15).

BULGULAR

Seksen yaş ve üzerindeki 145 olgunun 88'i (%60.68) erkek, 57'si (%39.31) kadındı. Erkek/kadın oranı 1.54 idi. Olguların demografik özellikleri Tablo 1'de, başlıca klinik belirtileri Tablo 2'de, tümörün midedeki yerleşim, endoskopik görünüm ve histopatolojik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Tümörün midedeki lokalizasyonu, endoskopik görünüm ve histopatolojik tip dağılımı tek değişkenli ki-kare testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Tümör en sık olarak midenin 1/3 distal kısmında yerleşmişti. Endoskopik olarak Tip IV sıklığı en fazla idi. Histopatolojik olarak intestinal ve diffuz tip sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Yaş sınırları	80-100
Ortalama yaş	84.28±4.63
Erkek	n=88 (%60.68)
Kadın	n=57 (%39.31)
Erkek/kadın	1.54

Tablo-1: Olguların demografik özellikleri

Semptomlar	Sayı	%
Ağrı	87	60.00
Kilo kaybı	99	68.27
Kusma	89	61.37
Kanama	19	13.10
Yutma zorluğu	19	13.10

Tablo-2: Olguların başlıca klinik belirtileri

Preoperatif tetkiklerden sonra, 145 olgunun 95'i ameli-

Tablo-3: Tümörün midedeki yerleşimi, endoskopik görünümü ve histopatolojik özellikleri

	Hasta sayısı (%)	
Tümörün midede yerleşim yeri		
Distal 1/3	84 (57.93)	$X^2=107.123$
Orta 1/3	3 (2.06)	SD: 3
Proksimal 1/3	43 (29.65)	$p<0.001$
Midenin 2/3'ü	15 (10.34)	
Endoskopik görünüm		
Tip I	34 (23.44)	$X^2=31.005$
Tip II	40 (27.58)	SD: 3
Tip III	12 (8.27)	$p<0.001$
Tip IV	59 (40.68)	
Histopatolojik özellik		
İntestinal tip	82 (56.55)	$X^2=2.489$
Diffuz tip	63 (43.44)	SD: 1
		$p>0.05$

yata verilemedi. Bu olguların 38'inde pulmoner, renal ve karaciğer hastalığının olması veya çok ileri yaşı nedeniyle operasyonu tolere edemeyeceği düşünüldü. Bunların 7'si klinik olarak evre IV'de idi. Otuz sekiz olgunun 7'si sonraki kontrollere gelmedi.

Doksan beş olgunun 22'si kendisi veya ailesi operasyonu kabul etmediği için ameliyata verilemedi. Bunların 4'ünde hastalık klinik olarak evre IV'de düşünüldü. Yirmi iki olgunun 10'u daha sonraki kontrollere gelmedi.

Doksan beş olgunun 35'i metastaz saptanması nedeniyle ameliyata verilmedi. Bunların 15'inde karaciğer, 3'ünde akciğer, 6'sında asit, 11'inde epigastriumda kitle ve karaciğerde metastaz vardı.

Yüz kırk beş olgunun 50'si ameliyata verildi. Ameliyata verilen olguların 20'si laparotomi bulgularına göre evre IV idi. Bunların 6'sına (%12) sadece laparotomi ve biyopsi yapıldı. Geri kalan 14'üne (%28) palyatif distal subtotal gastrektomi veya gastrojejunostomi uygulandı.

Ameliyata verilen 50 olgunun 30'u laparotomi ve patolojji bulgularına göre evre I-III (IA/B, II, IIIA/B) olarak değerlendirildi. Bunların 20'sine küratif distal subtotal gastrektomi ve 10'una küratif total gastrektomi uygulandı (Tablo 4).

Tedavi yöntemi	Olgu sayısı
Semptomatik Tedavi Uygulanan	78
Ameliyata verilen olgular	50
Laparotomi+Biyopsi	6
Palyatif distal subtotal gastrektomi veya gastrojejunostomi	14
Küratif distal subtotal gastrektomi	20
Küratif total gastrektomi	10

Tablo-4: Olgularda uygulanan tedavi yöntemleri

Ameliyat edilen ve postoperatif 5 yılı dolmadan kaybedilen olgularda; ortalama yaşam süresi tümörü evre I-III

olan 16 olguda 16.16 ± 3.32 ay iken, tümörü evre IV olan 18 olguda 6.38 ± 0.94 ay idi. ($p < 0.01$). Ameliyat edilen ve post-operatif 5 yılı dolduktan sonra kaybedilen 4 olgunun hepsinde tümör evre I-III'de ve ortalama yaşam süresi 78.00 ± 2.45 ay idi.

Ameliyat edilen ve halen yaşayan 12 olgunun 10'unda tümör evre I-III, 2'sinde evre IV idi. Halen yaşayan ve 5 yılı dolan 3 olgunun hepsinde tümör evresi I-III idi. Beş yıldan az süredir yaşayan ve tümörü evre I-III olan 7 olgu ortalama 25.00 ± 4.63 aydan beri, tümörü evre IV olan 2 olgu ise ortalama 8.00 ± 1.00 aydan beri yaşamaktadır.

Ameliyata verilmeyen ve takipleri yapılan 78 olgunun 32'sinde tümör klinik olarak evre IV'den az düşünülürdü. Bu 32 olgunun 29'u ortalama 7.79 ± 1.05 ay yaşadı. 3'ü ortalama 11.5 ± 1.80 aydan beri yaşamaktadır. Ameliyata verilmeyen ve takipleri yapılan 78 olgunun 46'sında tümör klinik olarak evre IV'de idi, bunların 44'ü ortalama 4.83 ± 0.53 ay yaşadı, 2'si ortalama 7.75 ± 0.75 aydan beri yaşamaktadır.

Ameliyata verilmeyen, takip edilen ve kaybedilen 73 olguda ortalama yaşam süresi, klinik olarak evre I-III olgularda, evre IV olanlara göre anlamlı olarak fazla idi ($p < 0.01$).

Ameliyat edilen ve kaybedilen evre I-III olgularda ortalama yaşam süresi, ameliyat edilmeyen, kaybedilen ve tümörü klinik olarak evre IV'den az olgulara göre anlamlı fazla idi ($p < 0.01$). Ancak evre IV olgularda, ameliyat edilen ve edilmeyenler arasında ortalama yaşam süresi anlamlı farklılık göstermedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tablo-5: Olgularda yaşam süresi (ay cinsinden)

HASTA GRUBU	Yaşayan Hasta		Kaybedilen Hasta	
	5 yıldan az süredir	5 yılı dolan	5 yıldan az süredir	5 yılı dolan
Ameliyata verilen n=50				
Evre I-III n=30	n=7 14 ay-4 ay Ort: 25.00 ± 4.63	n=3 84 ay-96 ay Ort: 88.00 ± 4.00	n=16 3 ay-48 ay Ort: 16.16 ± 3.32	n=4 72 ay-84 ay Ort: 78.00 ± 2.45
Evre IV n=20	n=2 7 ay-9 ay Ort: 8.00 ± 1.00	n=0	n=18 1 ay-12 ay Ort: 6.83 ± 0.94	n=0
Ameliyata verilmeyen ve takip edilen n=78				
Klinik olarak Evre IV'den az n=32	n=3 9 ay-15 ay Ort: 11.5 ± 1.80	n=0	n=29 1 ay-30 ay Ort: 7.79 ± 1.05	n=0
Klinik olarak Evre IV n=46	n=2 7 ay-8 ay Ort: 7.75 ± 0.75	n=0	n=44 1 ay-14 ay Ort: 4.83 ± 0.53	n=0

Ortalama yaşam süresinin uzamasına paralel olarak son yıllarda yaşlı popülasyonda mide kanseri sıklığının arttığı görülmektedir (4,5,6,8,16). Yapılan bir çalışmada son 10 yılda yaşlı kişilerde mide kanseri sıklığının %18.4'den, %24.4'e yükseldiği bildirilmiştir (4). Doğu Karadeniz bölgesinde ülke içi ve dışı yoğun göçlerin olması nedeni ile bölgedeki mide kanseri sıklığı ve hastalığın yaş dağılımı iyi bilinmemektedir.

Serumda Helicobacter pylori antikor pozitifliği ile mide kanseri arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. CagA pozitif H.pylori suşları ile meydana gelen infeksiyonlarda mide kanseri riskinin daha fazla olduğu ileri sürülmüştür (10,12). Mide kanserli hastalarımızda 1989'dan beri endoskopik biyopsilerde H.pylori, hızlı üreaz testi, histopatolojik değerlendirme ve bazı olgularda kültür yapılarak değerlendirilmekle birlikte, kanserli mide mukozasında bu bakteri az sıklıkta saptanabilmektedir. Mukozada H.pylori olgularımızın 21'inde belirlenmiştir. Serumda H.pylori antikor pozitifliği son bir yıldaki olgularda çalışılmıştır. Bu nedenle çalışmamızda mide kanserli olgularımızda H.pylori sıklığı için yorum yapılamamıştır.

İleri yaşlardaki mide kanserlerinin en sıklıkla midenin distal kısmına yerleştiği ileri sürülmektedir. Tümörün antrum lokalizasyonu 3 ayrı çalışmada %55.55, %52.80 ve %44.50 bulunmuştur (5,11,16). Çalışmamızda tümörün olguların %57.93'ünde antruma yerleşmesi literatürle uyumluluk göstermektedir. İleri yaşlardaki mide kanserlerinde histolojik olarak İyi veya orta derecede diferansiye intestinal tip tümörlerin diffuz tipten daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

İntestinal tip kanser sıklığı üç ayrı çalışmada %62.30, %70.37 ve %78.00 (5,16), çalışmamızda ise %56.5 bulunmuştur, ancak çalışmamızda İntestinal tipin diffuz tipe göre sıklığı anlamlı farklılık göstermemiştir.

İleri yaşlardaki hastalarda mide kanserinin uzun dönemdeki prognozunun iyi olmadığı bildirilmiştir. Prognozun kötü olmasında, geç dönemde tanı konması, yaşlılarda organizmanın savunma mekanizmalarının güçsüzlüğü, bu yaşlarda agresif rezeksiyonlar veya genişletilmiş lenf nodu disseksiyonlarından kaçınılması, yine etkin kemoterapi yapılamaması sorumlu tutulmaktadır (4,5,6,9,11). Çalışmamızda ameliyata verilemeyen 95 olgunun 46'sı klinik değerlendirme ile, operasyona verilenlerin 20'si ise laparotomi ile evre IV'de bulunmuştur. Bu bulgular olgularımızdaki kötü prognozun önemli bir nedeninin geç tanı olduğunu düşündürmektedir.

İleri yaşlardaki mide kanserlerinde hastalarda önceden var olan pulmoner, kardiyak, renal ve karaciğere ait problemler hem ameliyata verilme şansını azaltmakta, hem de erken postoperatif dönemde morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (1,18). Çalışmamızda 38 olguda ameliyatı tolere edemeyecek derecede pulmoner veya kardiyak problemler vardı. Yine ameliyata verilen 2 olgu birinci postoperatif ayda kardiyak ve pulmoner yetmezlik nedeni ile kaybedildi.

İleri yaşlardaki mide kanserlerinde lenf noduna metastaz sıklığı %60-79 arasında bildirilmiştir (1,16). Çalışmamızda operasyona verilen 50 olguda lenf noduna yayılım sıklığı %74 olarak bulundu.

İleri yaştaki hastalarda mide kanserinde radikal gastrektomi ve splenektominin daha az uygulanmasının mortaliteyi azalttığı bildirilmektedir. Yine proksimal gastrektomi yerine total gastrektomi daha fazla önerilmektedir. Midenin distal 1/3 tümörlerinde ise total gastrektomiden çok distal subtotal gastrektomi tercih edilmektedir (3,13,14,17). Çalışmamızda proksimal gastrektomi yapılan olgu yoktu. Küratif total ve distal subtotal gastrektomi, ameliyata verilen 50 olgunun %60'ına uygulandı.

İleri yaşlardaki mide kanserlerinde postoperatif adjuvan kemoterapi antikanser ilaçların toksisitesinin yüksek olması nedeni ile önerilmemektedir (4,5). Çalışmamızda kemoterapi uygulanan olgu yoktu.

İleri yaşlardaki mide kanserlerinde ameliyat edilen olgularda 5 yıllık yaşam süresi üç ayrı çalışmada küratif cerrahi uygulananlarda %30, %48.6 ve %59.6 iken, bizim çalışmamızda %23.33 olmuştur. Küratif olmayan ameliyatlarda 5 yıllık yaşam süresi bizim çalışmamızda olduğu gibi %0 olarak bildirilmiştir (1,5,17).

Sonuç olarak; ileri yaşlardaki mide kanserleri için popülasyon taramaları ve düzenli klinik muayene, epigastrik yakınmalarda endoskopik değerlendirme, ameliyat öncesi ve sonrasında pulmoner, kardiyak, karaciğer veya renal sisteme ait problemlerin azaltılması ve metastatik döneme ulaşmadan ameliyatın yapılması, bu olguların hem yaşam süresi-

ni, hem de yaşam kalitesini arttıracak faktörler arasında sayılabilir.

Bilgi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Toplum Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Dr. Gamze ÇAN'a çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesindeki katkısı için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Bandon T, Isoyama T, Toyoshima E: Total gastrectomy for gastric cancer in the elderly. *Surgery* 1991; 109(2): 136-142.
2. Borchard F: Classification of gastric carcinoma. *Hepato-gastroenterol* 1990; 37:223-232.
3. Houry S, Amenabar J, Rezvani A, et al: Should patients over 80 years old be operated for colorectal or gastric cancer. *Hepato-gastroenterol* 1994; 41(6):521-525.
4. Kitamura K, Yamaguchi T, Taniguchi H, et al: Clinicopathological of gastric cancer in elderly. *Br J Cancer* 1996; 73:798-802.
5. Korenaga D, Moriguchi S, Baba H, et al: Surgery for gastric carcinoma is feasible for patients over 80 years of age. *World J Surg* 1991; 15(5):642-648.
6. Koufuji K, Takeda J, Toyonaga A, et al: Gastric cancer surgery in the octogenarian. *Kurume Med J* 1997; 44:91-97.
7. Lauren P: The Two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal type carcinoma. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand* 1965; 64:31-49.
8. Levi F, La Veechia C, Lucchini F, et al: Worldwide trends in cancer mortality in the elderly, 1995-1992. *Eur J Cancer* 1996; 32A(4):652-672.
9. Maehara Y, Emi Y, Tomisaki S, et al: Age related characteristics of gastric carcinoma in young and elderly patients. *Cancer* 1996; 77(9):1784-1780.
10. Martin-De-Argila C, Boixeda D, Redondo C: Relation between histologic subtypes and location of gastric cancer and *Helicobacter pylori*. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32:303-307.
11. Okamoto T, Makino M, Kawasumi H, et al: Comparative study of gastric cancer in young and aged patients. *Eur J Surg* 1988; 20:149-155.
12. Parsonner J, Friedman GD, Orentreich N, et al: Risk for gastric cancer in people with CagA positive or CagA negative *Helicobacter pylori* infection. *Gut* 1997; 40:297-301.
13. Roukos D, Hottenrott C, Lorenz M: Therapie des magenkarzinoms beim alteren menschen. *Schweiz Med Wschr* 1988; 118:780-782.
14. Roviello F, Marelli D, De Stefano et al: Complications after surgery for gastric cancer in patients aged 80 years and over. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28:116-122.
15. Silverstein FE, Tytgat GNJ: Atlas of gastrointestinal endoscopy. Second edition. Mostby-Wolfe, Singapore, 1991, s 6.3.
16. Takeda J, Tanaka T, Koufuji K, et al: Gastric cancer surgery in patients aged at least 80 years old. *Hepato-gastroenterol* 1994; 41:516-520.
17. Tsujitani S, Katano K, Oka A, et al: Limited operation for gastric cancer in the elderly. *Br J Surg* 1996; 83(6): 836-839.
18. Uemura T, Otani J, Kawasaki S, et al: Surgery of gastric can-