

Kimler Endoskopi Yaptırmalı?

ON WHOM THE ENDOSCOPY SHOULD HAVE DONE?

**Turgut ANUK¹, Şahin KAHRAMANCA², Bülent Çağlar BİLGİN¹, Bertan KÜÇÜK³,
Hakan Güzel⁴, İsmail Emre GÖKCE⁴, Neşet KÖKSAL¹**

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

²Sağlık Bakanlığı Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

³Melikgazi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

⁴Dışkapı Yıldırım Beyazıt Araştırma ve Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

ÖZ

Amaç: Mide Kanseri (MK), tüm dünyada sık görülen Gastrointestinal Sistem (GİS) malignitelerindendir. Erken evre MK saptamanın yolu riskli hasta gruplarında mutlaka üst GİS endoskopisi yapmaktır. Çalışmamızda üst GİS endoskopisi ile MK saptanan hastalardaki risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntemler: Genel Cerrahi Polikliniklerine, epigastrik bölgede ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma ve retrosternal bölgede yanma yakınmaları ile başvuran ve üst GİS endoskopisi uygulanan hastaların dosya kayıtları taranarak MK saptanan hastalardaki; yaş, cinsiyet, Alkalen Reflü Gastriti (ARG), Helicobacter Pylori (HP) ve Hiatal Herni (HH) varlığının mide kanseri üzerine etkisi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmadaki 3198 hastadaki ortalama yaş 50 (yaş aralığı 16-96) olup kadın / erkek oranı 1,36 idi. Hastaların 378'inde ARG, 455'inde HH, 1505'inde HP pozitifliği ve 183'ünde MK saptandı. MK en sık proksimal 1/3'lük kısımda (n: 79) belirlendi. Üst GİS endoskopisi sonucunda MK saptanan hastalardaki yaş ortalaması, kadın / erkek hasta oranı, ARG ve HP, Peptik Ülser (PÜ) saptanan gruptan istatistiksel olarak daha yüksek iken ($p<0,001$), HH varlığı pozitifliği oranları PÜ saptanan grupta daha fazla idi ($p<0,016$).

Sonuç: İleri yaşta, PÜ tedavisi almayan erkek hastalar PÜ benzeri yakınmalar ile polikliniklere başvurduğunda üst GİS endoskopisi yapılması gerektiği ve endoskopide ARG ve HP saptanan hastalarda da mide kanseri görülme riskinin daha fazla olduğu kanısındayız.

Anahtar sözcükler: Endoskopi, mide kanseri

ABSTRACT

Objective: Gastric Cancer (GC) is one of Gastrointestinal System(GIS) malignancies over the world. The method of determining GC in early stage is the necessity of doing upper GIS endoscopy in risky range of patients. We aimed at revealing risk factors in patients for whom GC had been determined via upper GIS endoscopy.

Methods: We scanned the file records of patients who admitted the general surgery policlinics, had epigastric pain, nausea, vomiting and heartburn retrosternal region and

Turgut ANUK
Kafkas Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD
KARS

to whom upper GIS endoscopy was performed, the effect of age, gender, Alkaline Reflux Gastritis (ARG), Helicobacter Pylori (HP) and Hiatal Hernia (HH) existence which patients with GC have on gastric cancer was examined.

Results: The median value for the ages of 3198 patients was 50 (16-96), and the rate of female/male was 1.36. ARG in 378 patients, HH in 455 of them, HP positivity in 1505 patients and GC in 183 patients were determined. GC was mostly determined in proximal 1/3 section (n: 79). While the average age of the patients with GC, male patients' rate, ARG, and rates of HP positivity were statistically higher than ones with PU as a result of upper GIS endoscopy ($p<0.001$), HH existence were more in the group where PU was determined ($p<0.016$).

Conclusion: When elderly male patients who do not receive a peptic ulcer (PU) treatment apply to polyclinics with complaints of PU and so on, we consider that upper GIS endoscopy should be performed and the risk of gastric cancer is higher in patients for whom ARG and HP have been determined in endoscopy.

Keywords: Endoscopy, gastric cancer

Mide Kanseri (MK), tüm kanserler içinde, literatür verilerine göre toplumumuzda 2. sıklıkta, ülkemiz Sağlık Bakanlığı istatistiksel verilerine göre ise 5. sıklıkta görülmektedir (1-3). Etiyolojisinde; düşük sosyoekonomik düzey, nitratlı, tuzlu, tütsülü gıda ile beslenme, asbest, kömür tozu, ağır metal ve gama ışınına maruz kalma, genetik aktarım ve Helicobacter Pylori (HP) varlığı gibi birçok faktör rol oynar (4-10). Yaşla, görülme sıklığı artar. Prognoz, esas olarak erken evrede saptanan MK'da daha iyidir. Erken evre MK saptamanın yolu riskli hasta gruplarında mutlaka üst Gastrointestinal Sistem (GİS) endoskopisi yapmaktır. Çalışmamızda üst GİS endoskopisi ile MK saptanan hastalardaki risk faktörlerini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Helsinki Deklarasyon kriterlerine uygun şekilde, Mayıs 2013 – Temmuz 2014 tarihleri arasında Genel Cerrahi Polikliniklerine, epigastrik bölgede ağrı, şişkinlik, melena, kilo kaybı, bulantı, kusma ve retrosternal bölgede yanma yakınmaları ile başvuran ve üst GİS endoskopisi uygulanan hastaların dosya kayıtları retrospektif taranarak, hastaların yaş, cinsiyet, Alkalen Reflü Gastriti (ARG), HP pozitifliği ve Hiatal Herni (HH) varlığı, malignite kuşku nedeniyle alınan biyopsinin histopatolojik değerlendirme sonuçları kaydedildi. Üst GİS endoskopisi, iki merkezde iki cerrahi uzmanı tarafından Olympus EVIS Exera II CLV-180 ile yapıldı. Endoskopi, 8-12 saatlik açlık sonrası uygulandı. Endoskopi öncesinde topikal Xlocaine uygulandı. Hastalardan MK saptananlar Grup 1 ve MK saptanmayanlar Grup 2 olmak üzere iki ana gruba ayrıldı.

Gruplar arasında; yaş, cinsiyet, ARG, HH varlığı ve HP pozitifliğinin ilişkisi araştırıldı.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi SPSS for Windows 22 (Chicago, İL, USA) paket programında yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorow Smirnov testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile incelendi. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare ya da Fisher'in Kesin Sonuçlu Ki-Kare testiyle değerlendirildi. Bağımsız faktörlerin ortak etkisi, lojistik regresyon analizi ile yapıldı. $p<0,05$ değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmadaki 3198 hastadaki yaş için ortalama 50 (yaş aralığı 16-96) olup kadın / erkek oranı 1,36 idi. Endoskopi yapılan toplam 3198 hastanın 1000'inde (%31,3) normal endoskoik bulgular saptanırken, 1623 hastada (%50,8) Peptik Ülser (PÜ), 392 hastada (%12,3) pangastrit ve 183 hastada (%5,7) mide kanseri saptandı (Hastaların demografik özellikleri Tablo I'de gösterilmiştir). Hastaların 378'inde ARG, 250'sinde PÜ tedavisi öyküsü, 455'inde HH, 1505'inde HP pozitifliği ve 183'ünde MK vardı. MK, 79 hasta ile en sık midenin proksimal 1/3'lük bölümünde, 61 hastada orta 1/3'lük bölümünde, 43 hastada da distal

1/3'lük bölümünde saptandı. Histopatolojik değerlendirilmede en sık adenokarsinom (159/183) rapor edildi. Üst GİS endoskopisi sonucunda MK saptanan hastalardaki yaş ortalaması, erkeklerde görülme oranı, ARG ve HP pozitifliği görülme oranı, PÜ saptanan gruptan istatistiksel olarak daha yüksek iken ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$), HH varlığı ise PÜ saptanan grupta daha fazla idi ($p:0,016$). Yaş, cinsiyet, ARG varlığı ve HP pozitifliğinin MK üzerine ortak etkisi incelendiğinde, tüm bu faktörlerin, bağımsız faktör olarak MK'yi etkilediği saptandı ($p<0,05$) (Tablo II).

Tablo I. Hastaların demografik özellikleri

Özellikler	Ortalama / Oran
Yaş (Yıl)	50 (16-96)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	1844/1354
Malignite oranı	183/3198

Tablo II. Gruplar arası istatistiksel veriler

Özellikler	Grup 1	Grup 2	p
Yaş	65,0 ± 12,2	49,5 ± 16,1	$p<0,001$
Cinsiyet (K/E)	72/111	1772/1243	$p<0,001$
ARG	66/183	312/3015	$p<0,001$
HH	15/183	440/3015	$p=0,016$
HP	114/183	1391/3015	$p<0,001$

Grup 1. Mide kanserli hastalar; **Grup 2.** Mide kanseri saptanmayan hastalar; **ARG:** Alkalin reflü gastriti; **HH:** Hiatal herni; **HP:** *Helicobacter pylori*

TARTIŞMA

Mide kanseri, sıklıkla tanı anında ileri evrede saptanan, kötü prognozlu malignitelere aittir. Erken tanının uzun yaşam üzerine pozitif etkisi bilinmektedir. Erken evre mide kanserinde 5 yıllık sağ kalım süresi %86-90 olarak bildirilmiştir (11,12). Erken tanıda en yaygın kullanılan tarama yöntemi üst GİS endoskopisidir (1,13,14). Erken evre mide kanserinin, tüm dünya genelinde en sık Japonya ve Kore gibi uzak doğu ülkelerinden bildirilmesinin nedeni; üst GİS endoskopisinin mide kanseri tarama programında yer almasıdır (15). Gastroskopi uyguladığı-

mız 3198 hastada, %5,7 oranında saptanan mide kanserinde ileri yaş, erkek cinsiyet, ARG ve HP pozitifliğinin etyolojide rol oynayabileceği sonucuna vardık.

Çalışmamızın, iki merkezde standart şartlarda, iki genel cerrahi uzmanı tarafından, 3198 hasta sayısına varan hasta popülasyonunu içermesi ve hastalardan 6 odaktan biyopsi alınması çalışmamızın güçlü yanını oluşturmaktadır.

Peptik ülser benzeri yakınmalarda endoskopi endikasyonu konarak gastroskopi yapılan hastalarda, malignitelere endoskopik görüntüsü bazen büyüklük ve görüntü açısından benign görünümlü olabilir. Bu bulgular eşliğinde verilen peptik ülser tedavisi sonunda, kontrol endoskopisi birçok merkezde önerilmektedir (16). Saruç ve ark. endoskopik tanı koydukları ve sonrasında peptik ülser tedavisi verdikleri hastaların kontrol endoskopilerinde, %7,2 oranında malignite saptamışlardır (17). Ülkemizde bölgesel yapılan endoskopilerde saptanan malignite oranlarını bildiren çalışmalarda, Van'da %6,3, Erzurum'da %6-10,8, Elazığ'da %2,2 oranında malignite saptanmıştır (4,18,19). Hollanda kaynaklı endoskopik verilerde %1,1 oranında kanser tespit edilmiştir (20). Çalışmamızda bu oran %5,7 olup, verimiz ülkemiz verileriyle paralel, yurt dışı kaynaklara göre daha yüksek orandadır. Bunun nedeninin toplumsal bilinç ve gelişmişlikle ilgili olarak, ülkemizde endoskopiye karşı hastaların olan önyargısı ve kronik ilaç kullanımına bağlı endoskopi işleminde geç kalınmaya bağlı olmasına bağlıyoruz. Ayrıca biyopsi alınan bölge sayısının azlığı da malignitenin saptanma oranının azalmasına neden olabilmektedir. Biyopsi alınan parça sayısının en az 4, hatta 6 ya da 7 olması gerekliliğini bildiri yazılar bulunmaktadır (21,22). Çalışmamızdaki tüm hastalardan standart olarak 6 farklı bölgeden biyopsi yapılmıştır.

Mide kanseri görülme sıklığı 40 yaştan sonra artıp, 7. dekatta pik yapar (23). Literatürde MK'nin 55 ile 66,4 yaş arasında pik yaptığını gösterir yazılar bulunmaktadır (4,22,24). Çalışmamızda gözlenen MK görülme yaş ortalaması da literatürle benzer özellikteydi. Mide kanseri erkeklerde kadınlardan 1,5-2 kat daha fazla görülür (4,22,25). Bizim hastalarımızdaki oran 1,54 olarak saptanmıştır.

Geçmişle karşılaştırıldığında MK daha fazla sıklıkta proksimal mide ve distal özefagusta görülmektedir (4,26). Hastalarımızın yarısına yakınında 1/3'lük mide segmentinde malignite görülmüş olup; bunun nedeninin, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, sigara ve alkol kullanımının artmasına bağlı Gastro Özefageal Reflü Hastalığındaki (GÖRH) artışa bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Mide kanserlerinin histopatolojik tipleri incelendiğinde, birçok kaynakta olduğu gibi çalışmamızda da adenokarsinom görülme oranı çalışmamızda da olduğu gibi, %90'dan daha fazladır (26).

HP pozitifliğinin birçok kaynakta mide kanseri ve MALT hücreli lenfoma için predispozan faktör olduğunu gösterir veriler bulunduğu gibi (7-10), HP eradikasyonu ile MK görülme sıklığında azalma olduğunu bildirir çalışmalar bulunmaktadır (21,27). Biz de çalışmamızdan çıkan sonuca bakarak HP pozitifliğinin MK'li hastalarda daha yüksek oranda olduğunu saptadık.

Alkalin reflü gastritinin, içerdiği safra, duodenal ve pankreatik enzimlerle, mide ve özefagusta deterjan etkisi yaratarak, hücre zar yapısında erime ve dolayısıyla mukozaya hasarına neden olduğu, bu hasarın da zamanla özellikle özefagus kanserine neden olduğu bilinmektedir (28). MK saptadığımız hastalarda görülen yüksek ARG oranlarının, çalışmamızda çıkan yüksek mide kanseri oranına etkisi olabileceği kanaatindeyiz.

SONUÇ

Mide kanseri, erken evrede tanı konma oranındaki düşüklük nedeni ile, kür şansı %30-50 arasında değişen GİS malignitesidir (9). Bu nedendir ki, özellikle ileri yaşta, ani başlangıçlı karın ağrısı, kilo kaybı ve melenalar olan erkek hastalar, PÜ benzeri yakınmalarla polikliniklere başvurduğunda, üst GİS endoskopisinin yapılması gerektiği ve endoskopide ARG ve HP saptanması durumunda da, mide kanseri görülme riskinin daha fazla olabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Alacalı M. Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları ve Mide Kanserinden Korunma. Ankara Medical Journal 2012; 12:195-198.

2. T.C. Sağlık Bakanlığı Teşkilatı, Sağlık İstatistikleri, Sağlık Projeleri, Sağlık Dünyası. Kadınlarda ve erkeklerde görülen kanser vakalarının görüldüğü organa göre dağılımı. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı 1997.
3. TC. Sağlık Bakanlığı Kanser istatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/17179/eski2yeni.html>
4. Tuncer İ, Uygan İ, Kösem M ve ark. Van ve Çevresinde Görülen Üst Gastrointestinal Sistem Kanserlerinin Demografik ve Histopatolojik Özellikleri. Van Tıp Dergisi, 2001; 8: 10-13.
5. Xu G, Song P, Reed PI. The relationship between gastric mucosal changes and nitrate intake via drinking water in a high-risk population for gastric cancer in Moping county, China. Eur J Cancer Prev 1992; 1: 437-443.
6. Gürel S. Mide kanserlerinin genel özellikleri. Güncel Gastroenteroloji 1999; 3: 392-402.
7. Viste A, Eide GE, Halvorsen K, et al. The prognostic value of Lauren's histopathological classification system and ABO blood groups in patients with stomach carcinoma. Eur J Surg Oncol 1986; 12: 135-141.
8. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. N Engl J Med 2001; 345: 784-789.
9. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Schistosomes, liver?ukes and Helicobacter pylori. Lyon, 7-14 June 1994. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1994; 61: 1-241.
10. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. Int J Cancer 1993; 55: 891-903.
11. Hosseini NS, Mousavinasab SN, Moghimi MH, et al. Mide kanserinde semptomların başlangıcından cerrahi tedaviye kadar geçen gecikme süresi: Bir İran çalışması The Turkish Journal of Gastroenterology 2007; 18: 77-81.
12. Altın M. Erken mide kanseri tanısında endoskopi, kronoskopi ve endosonografi. Endoskopi dergisi 1992;2; 44-51.
13. İliçin G, Ünal S, Biberoğlu K ve ark. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. 1. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 1996; 931-934.
14. Hisamichi S, Sugawara N. Mass screening for gastric cancer by X-ray examination. Jpn J Clin Oncol 1984; 14:

- 211-223.
15. Tuncer AM. Türkiye’de kanser kontrolü TC Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı. http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf#page20.
 16. Hooper AN, Stephans MR, Lewis WG, et al. Relative value of repeat gastric ulcer surveillance gastroscopy in diagnosing gastric cancer. *Gastric Cancer* 2006;9:217-222.
 17. Saruç M, Böler D, Karaarslan M ve ark. Mide Ülserli Hastalarda Endoskopi Tekrarı Akılcı Bir Yaklaşım mı? *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;1; 35-37.
 18. Uzun İH, Yılmaz A, Selek M, Yüksel İ. Erzurum ve çevresine ait üst gastrointestinal endoskopi sonuçları. *Atatürk Üniv Tıp Bülteni* 1988; 20: 389-395.
 19. Demir A, Yıldız C, Çeliker H, Çelebi H, Karaoğlu A. Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde yapılan 6775 üst GİS endoskopisinin retrospektif değerlendirilmesi. *XII. Ulusal Gastroenterol Kong* 1995; 391.
 20. Loffeld RJLF, Liberov B, Dekkers PEP. The changing prevalence of upper gastrointestinal endoscopic diagnoses: a single-centre study. *Neth J Med* 2013;70:222-226.
 21. Şenates E, İnce AT. Erken mide kanseri. *Güncel gastroenteroloji*. 2011: 161-166.
 22. Kefeli A, Yeniova AÖ, Nazlıgül Y. Gastrik ülserlerin ayırıcı tamsında endoskopide gözlenen ülser çapı ve lokalizasyonunun önemi. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011;2:273-276.
 23. Göçmen E, Kocaoğlu H. Mide kanseri epidemiyolojisi. *T Klin J Surg* 2000;5:161-162.
 24. Ayar Y, Şahbaz NA, Bolatkıran Y ve ark. Bayburt İlinde Yapılan Üst Gastrointestinal Endoskopi Sonuçları. *Haseki Tıp Bülteni* 2013;51:116-119.
 25. Davis GR. Neoplasms of stomach. In: Sleisenger M, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease*, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders 1993;763-789.
 26. Parkin DM. Epidemiology of cancer: Global patterns and trends. *Toxicology Letters* 1998;102:227-234.
 27. Correa P, Fontham ET, Bravo JC, et al. Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-*Helicobacter pylori* therapy. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1881-1888.
 28. Dixon MF. Bilier reflux gastritis and Barrett’s oesophagus further evidence of a role for duodenogastrooesophageal reflux. *Gut* 2001;49: 359-363.