

ÇİFT KONTRAST RADYOLOJİK YÖNTEMLERLE ERKEN MİDE KANSERLERİNİN TANI KRİTERLERİ

Necati Örmeci*

Akiyoshi Yamada**

Maruyama Masataka***

Çift kontrast radyolojik yöntemler ilk defa Fischer (1923) tarafından ve kolon hastalıklarının ayırıcı tanısında uygulamaya konulmuştur (14). Daha sonra aynı yöntemler Shirakabe tarafından mide hastalıklarının ayırıcı tanısında uygulamaya konulmuştur (11). 1960 yılından sonra çift kontrast radyografi Japon araştırmacılar tarafından standardize edilmiş ve bugün birçok ülkede rutin olarak kullanılmaya devam etmektedir (1,2,4,15).

Gerek endoskopi gerekse çift kontrast radyografi yöntemlerinin teknolojik gelişmeye paralel olarak gelişmesiyle mide hastalıklarının tanı ve tedavileri konularında büyük ilerlemeler kaydedilmiştir (3, 5,6,13,14). Japon endoskopi cemiyeti tarafından kanser dokusunun sadece mukoza ve submukazada sınırlı kaldığı vakaları ifade eden erken mide kanseri kavramı ortaya atılmış ve bu tasnif tüm dünyaca kabul görmüştür (8).

Geç devre mide kanserlerinde prognozun tüm tedavi yöntemlerine karşın halen kötü olması, buna karşılık erken mide kanserlerinin prognozunun çok iyi olması birçok araştırmacıyı bu yönde çalışmaya itmiştir (3,5,6,7).

Türkiye'de mide kanserleri gastrointestinal sistem kanserleri içerisinde en sık sırayı almaktadır. Erken ve geç devre mide kanserlerinin prognozları arasındaki büyük farklılığa dayanarak kesin tanıları konulmuş erken mide kanserlerinin çift kontrast radyogramla tanı kriterleri tespit edilmeye çalışılmıştır.

* MD, The University of Ankara School of Medicine The Department of Gastroenterology.

** MD, Dept of Surgery, Inst. of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical Collage.

*** MD, Dept of Endoscopy. Inst. of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical College.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Tokya Women's Medical Colloge Hastanesinde endoskopik olarak erken mide kanseri tanısı alan 19'u kadın, 84'ü erkek 103 hastada yapıldı. En küçük yaş 33, en büyük yaş 84 ortalama yaş 59.45 yıldı.

Histopatolojik olarak tanı konulan hastalara Maruyama tekniğiyle çift kontrast radyogramlar alındı ve retrospektif olarak değerlendirildi (10). Lezyonların boy ve enleri ölçüldü. Daha sonra hastalara operasyonla histopatolojik tanı teyid edildi. Rezeksiyon materiyelinde lezyonun makroskopik görünümü ve mikroskopik olarak Lezyonların büyüklükleri karşılaştırıldı.

Çalışmamızda erken mide kanseri tasnifi Japon Endeskopi cemiyyetinin 1962 yılında yapmış olduğu tasnife göre yapıldı ve istatistik metodu olarak varyans analizi metodu kullanıldı (8).

SONUÇLAR

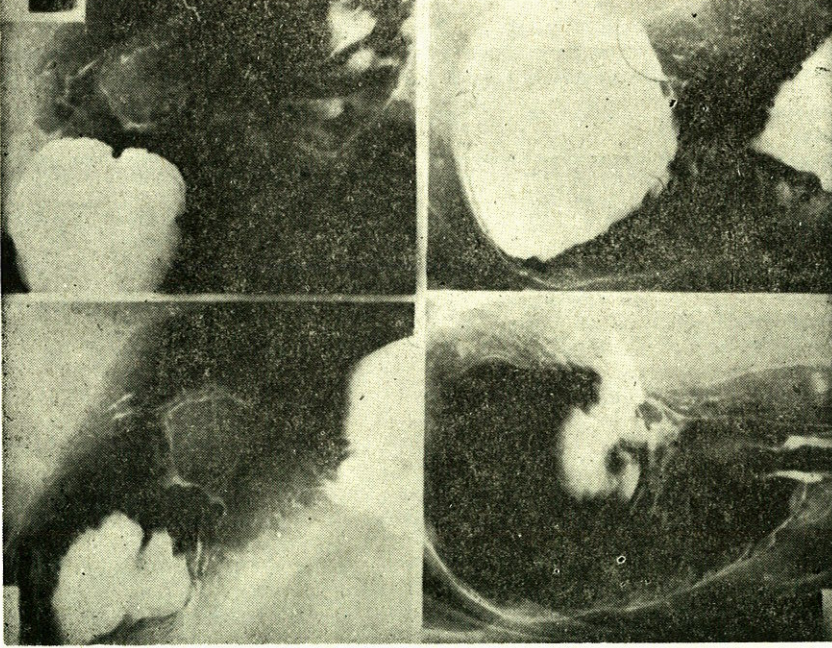
Çalışmaya dahil edilen 109 lezyondan 84 tanesini (% 77) depreseptip lezyonlar oluşturdu (Şekil 1). 84 lezyonun 69'unda (% 82.14) ülser kıyıları intizamsızdı. Altmışiki vakada (% 73.80) mukozal pili konverjansı mevcuttu. Elliüç vakada (% 63.30) mukozal pililerde ani kesilme mevcuttu. Kırküç vakada (% 51.19) kaba granüler baryum toplanması, 37 vakada (% 44.04) mide duvarında düzensizlik, 9 vakada (% 10.71) mukozal pililerde çomak şeklinde kalınlaşma, 8 vakada (% 9.52) küçük granüler baryum toplanması, 6 vakada (% 5.50) santral protrüzyon mevcuttu. Bir vakada lezyon gösterilemedi (Tablo 1).

Mukozadan kabarık tipte 23 vaka (% 21) mevcut olup, 15 vakada (% 65.21) kaba granüler baryum toplanması, 6 vakada (% 26.08) mide duvarında düzensizlik, 1 vakada (% 4.34) küçük granüler baryum toplanması 1 vakada (% 4.34) mide duvarında mikroskopikülasyon mevcuttu. Onbeş vakada (% 73.91) santral protrüzyon mevcuttu (Şekil 2). İki olgumuzda (% 8.69) lezyon radyolojik olarak ortaya konulamadı.

Flat tipte iki vakamız mevcut olup (% 2) bunun birisi belirsiz (% 50) diğer vakada ise küçük granüler baryum toplanması ile mikrospikülasyon dikkatimizi çekti (Şekil 3).

Çift kontrast radyolojik yöntemle 109 erken mide kanserinin dört tanesi (% 3.7) ortaya konulamadı.

Radyolojik olarak ölçülen lezyonun boyutları gerek makroskopik gerekse mikroskopik boyutlarla karşılaştırıldığında her üç ölçüler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).



Şekil 1 : Yaygın bir IIc tipi erken mide kanserinde korpus arka duvarda ve küçük kurvaturda depresse bölge kıyılarının intizamsızlığı, mukoza pillerinde konverjans ve ani kesilme dikkati çekmektedir.

TARTIŞMA

Shirakabe tarafından 1955 yılında çift kontrast radyografinin mide hastalıklarının ayırıcı tanısı maksadıyla kullanılmaya başlaması radyoloji'de önemli bir gelişme olmuştur (11). Japon Endoskopi Cemiyeti tarafından 1962 yılında erken mide kanserlerinin sınıflandırılması, erken ve geç devre mide kanserlerinin prognozları arasındaki aşikar farklılığın anlaşılması nedeniyle çift kontrast radyografi yöntemi tüm dünyada rutin olarak kullanılmaya başlanmıştır (1,2,9,11, 13,15).

Midenin mukozal yüzeyi, mukozadan hafif kabarıklık 1 - 6 mm çaplarında, poligonal şeklindeki area gastrica'larla örtülüdür. Bu oluşumlar çok yüzeysel oluk (grooves) larla çevrilidir. İyi bir teknikte elde edilen çift kontrast radyogramlarda area gastricalar ve kıyısındaki

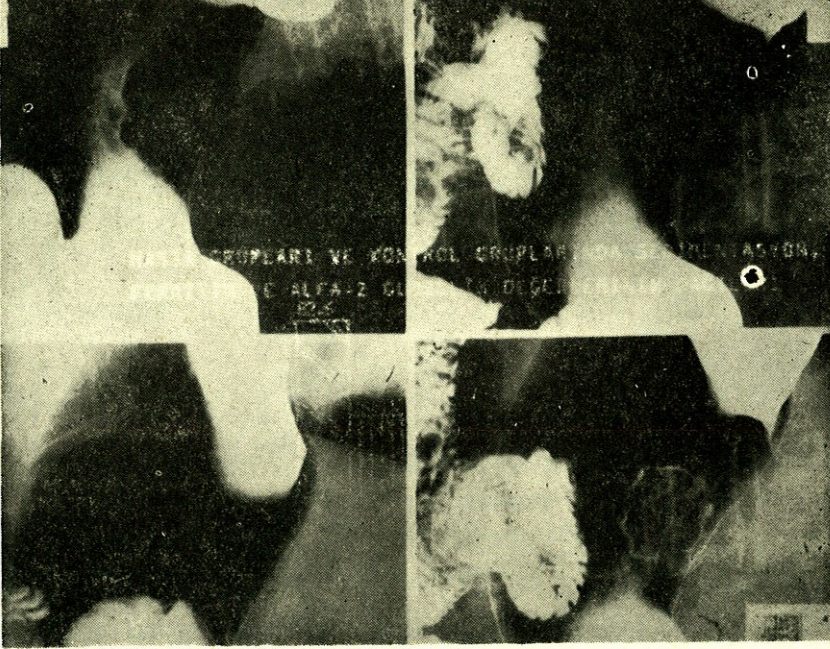
Tablo I : Çift Kontrast Radyolojik Yöntemle Erken Mide Kanserlerinin Tam Kriterleri

Lezyonun Tipi	Ic	Ic+III	III+Ic	Ic+IIa	Ic+IIb	III	II B	II a	IIa+Ic	IIa+IIb
Vaka Sayısı (%)	31(56)	12(11)	4 (4)	5 (4)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	13(12)	8 (7)	2 (2)
Ülser kıyasında düzensizlik	48	10	4	5	1	1			5	
Kaba granüler baryum toplanması	34	5	1	2		1		6	7	2
Mukozal pililerde Konverjans	44	10	3	3	1	1			3	
Mukozal pililerin ani kesilmesi	38	7	3	3	1	1				
Mukozal pililerin çomak şeklinde kalınlaşması	8			1						
Mide duvarının düzensizliği	24	9	4				3	3		
İnce granüler baryum toplanması	8					1	1			
Mide duvarında mikrosplikülasyon						1	1			
Santral protrüzyon		1		5			9	6	2	
Radyolojik olarak ortaya konulmayanlar	1					1	2			

oluklar bal peteği şeklinde dikkati çeker (Şekil 4). Eğer mideye aşırı hava verilirse area gastrica'lar etrafındaki yan oluklar silinir ve bu oluklarda baryum toplanması mümkün olmayacağından mukozal düzensizlikler hakkında fikir sahibi olmak zordur. Bunun tersine olarak mide'ye yeterince hava verilmezse area gastrica'lar etrafındaki oluklara baryumun girmesi zorlaşır. İyi kalitedeki çift kontrast radyografilerde area gastricaların demonstrasyonu hedeflenmelidir (2).

Erken mide kanseri türleri içerisinde II c tipi lezyonları % 75 gibi büyük bir kısmını teşkil eder (3,6). Bunun sebebi, belki de teşhisinin kolay oluşuna bağlıdır. Bizim çalışmamızda II c tipi mukozadan depresse lezyonlar tüm lezyonların % 77'sini oluşturdu. Teşhis kriterleri arasında ülser kıyılarının intizamsızlığı (% 82.14), mukozal pililerde toplanma (% 73.80) mukozal pililerde ani kesilme % 63.09 mukoza pililerinde çomak şeklinde kalınlaşma % 10.71 oranında mevcuttu.

Kanserin yayıldığı bölgede kaba granüler baryum toplanması % 51.19, mide duvarında düzensizlik % 44.04 vakada görüldü. Küçük granüler baryum toplanması % 9.52 oranında mevcuttu. Altı vakada santral protrüzyon mevcuttu. Bir vakada radyolojik olarak lezyon ortaya konulamadı. Histopatolojik olarak lezyon 20X18 mm. çapındaydı.

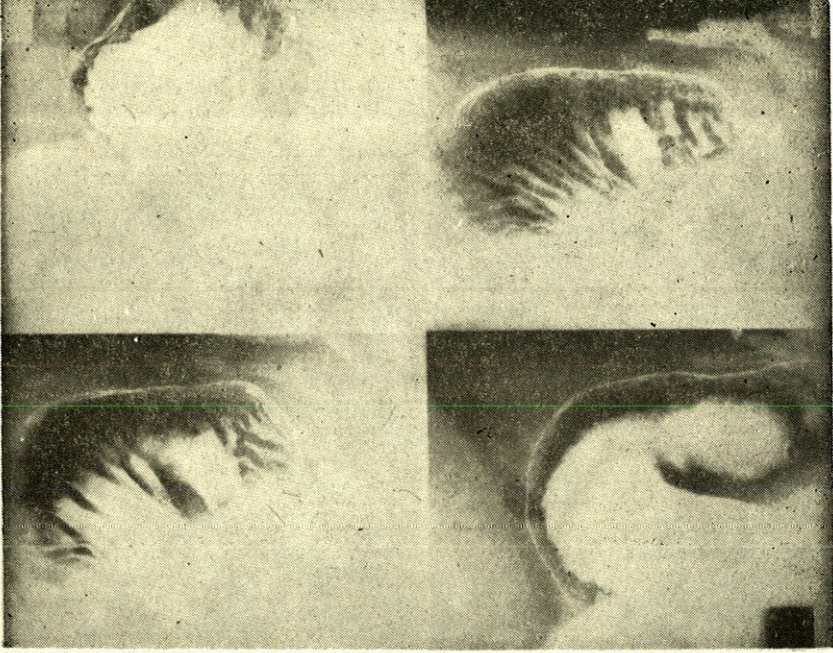


Şekil 2 : Korpus küçük kurvaturadaki IIa tipi erken mide kanserinde kenarları düzensiz, kaba granüler tipte baryum toplanması dikkati çekmektedir.

Bu bulgularımız literatürle tamamen uyumludur (2,9,10,12,13). Bir cm'den küçük lezyonların hemen çoğunda ülser görülmediği için radyolojik olarak ortaya konulamayabilir (10).

II b tipi lezyonların teşhisi, teknolojideki büyük gelişmelere rağmen güçlüğünü korumaktadır (2,3).

Fukutomi, 17.212 erken mide kanseri vakasında II b tipi lezyon % 10.8 oranında bildirmektedir (3). Bizim serimizde % 2 oranında görünmektedir. Bunun sebebi II b tipi lezyonların çift kontrast radyolojik yöntemler ile teşhis zorluğu nedeniyledir. Histopatolojik olarak tespit edilen iki vakadan birisi radyolojik olarak ortaya konulamadı (% 50). Diğer vakada ise belli belirsiz küçük granüler baryum toplanması ve mide duvarında mikrosplikülasyon mevcuttu.



Şekil 3 : Antrum büyük kurvaturadaki IIb tipi erken mide kanserinde minimal ince granüler baryum toplantisı dikkati çekmektedir.

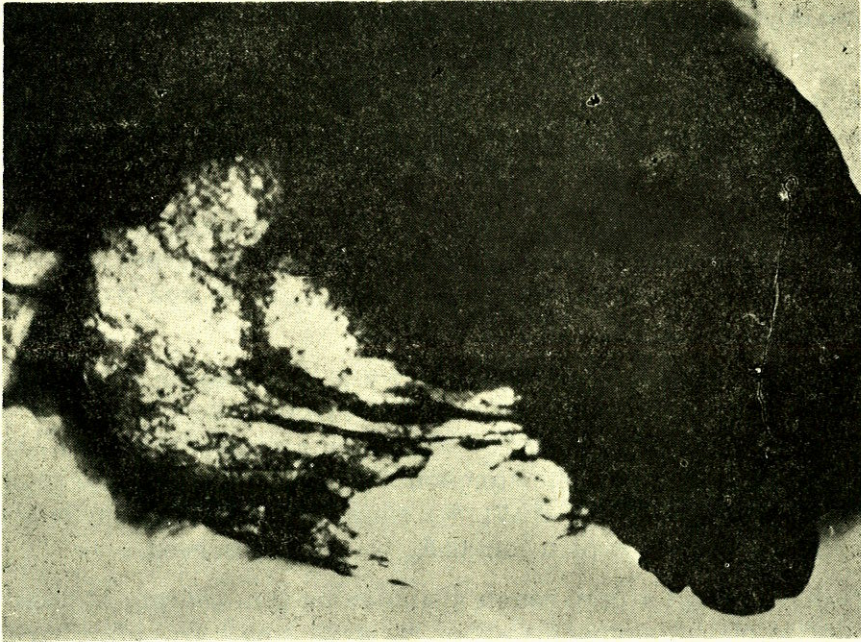
Fukutominin serisinde mukozadan kabarıklık tipindeki erken mide kanseri vakaları % 15.3 oranında bildirilmektedir. Bizim serimizde ise % 21 oranındadır. Bu vakalarda % 73.91 santral protrüzyon, % 65.21 kaba granüler baryum toplantisı, % 4.34 ince granüler baryum toplantisı, % 26.08 mide duvarında düzensizlik, % 4.34 mide duvarında mikrosplikülasyon mevcuttu. Bu bulgular literatürle uyumludur. (2,3,10,11,12,13).

Teşhis yöntemleri olarak endoskopi ile çift kontrast radyolojik muayenelerinin mukayeseli çalışmalarında endoskopinin radyolojik yöntemlere üstünlüğü belirtilmekle beraber radyolojik olarak lezyon sınırlarının daha gerçekçi olarak ortaya konulabilmesi radyolojik yöntemin avantajını teşkil eder (2,10,11). Hastanın prognozu yönünden lezyonun sınırlarının operasyon öncesi bilinmesinin faydaları tartışılmazdır.

Biz radyolojik, operasyon materyalinde makroskopik olarak ve histopatolojik olarak lezyonun boy ve eninin ölçümlerini kıyasladığı-

mızda varyans analizi metoduna göre anlamlı bir farklılık bulamadık. ($p < 0.05$). Bu durum literatüre uymaktadır (11).

Son yıllarda mide kanseri insidensindeki artış ve endoskopi merkezlerinin kısıtlı oluşu, buna karşılık çift kontrast radyolojik muayenelerin % 85.7 civarındaki tanıya katkısı ve radyoloji merkezlerinin tüm ülke sathında yaygınlığı göz önünde tutulursa çift kontrast radyolojik muayenelerin yaygınlaştırılmasına olan ihtiyaç aşıkardır.



Şekil 4 : Normal bir çift kontrast mide grafisinde area gastricalar düzenli ve belirgin olarak dikkati çekmektedir.

ÖZET

Tokyo Women's Medical College Hastanesi Gastroenteroloji Enstitüsünde yapılan bu çalışmada, 103 hastada endoskopik olarak tespit edilen 109 erken mide kanseri vakasında çift kontrast yöntemle elde edilen radyografilerde erken mide kanserinin tanı kriterleri tespit edildi. Ayrıca kanserin boyutları radyolojik, rezeksiyon materyelinde makroskopik ve mikroskopik olarak karşılaştırıldı. Arada istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunamadı.

Erken devre mide kanserinin prognozunun iyi olması, çift kontrast radyolojik yöntemin konvansiyonel yöntemlere oranla tanıdaki başarı oranının belirgin derecede yüksek olması nedeniyle uygulanması kolay olan bu yöntemin tüm ülke sathında yaygınlaştırılması uygun olacaktır.

SUMMARY

The diagnostic criterias of early stomach cancer with double contrast radiologic examination

In this study, the diagnostic criteria of the double contrast radiologic examination of 109 early gastric cancer out of 103 cases were investigated.

Regarding distribution of the types of early gastric cancer, the depressed group (types II, III), the elevated group (types I, IIa) the flat group (type IIb) were examined as 77 %, 21 % and 2 % respectively.

In the depressed group, irregularity at the margin of the ulcer (82.14 %), convergance of the mucosal folds (73.80 %), sudden interruption of mucosal folds (63.00 %), rough granular barium coating (51.00 %) irregularity of the stomach wall (44.00 %), rod-like thickening of the mucosal fold (10.71 %) small granular barium coating (9.52 %) and central protrusion (9.52 %) were observed.

In the elevated group, rough granular barium coating of 65.21 % irregularity of the stomach-wall of 26.08 %, small granular barium coating of 4.24 %, microspiculation of the stomach-wall of 4.34 % and central protrusion of 9.52 % were observed.

The radiologic diagnosis of the fiat group was very difficult and small granular barium coating and microspiculation at the stomach-wall were found.

In respect of the diameter of the lesions, no statistical differences were found in radiology, macroscopic examination of resected material and histopatological diameters.

In conclusion, the double contrast radiologic examination that is superior to the convantional radiologic examination, is very important to improve the prognosis of the stomach cancer and should be used very widely.

KAYNAKLAR

1. Bragg GD, Seaman BW, Lattes Raffaele. Roentgenologic and Pathologic Aspects of Superficial Spreading Carcinoma of the Stomach. *AJR* 101 (2) : 437-446, 1967.
2. Doi H, Suzuki M. X-Ray Diagnosis of Flat Type Mucosal Carcinoma of the Stomach. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 201-210, 1984.
3. Fulcotomi H, Sakita T. Analysis of Early Gastric Cancer Cases Collected from Major Hospitals and Institutes in Japan. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 169-179, 1984.
4. Gold PR, Green RHP, O'Toole MK, Seaman BW. Early Gastric Cancer : Radiographic Experience. *Radiology* 152 : 283-290, 1984.
5. Hirayama Takeshi. Epidemiology of Stomach Cancer in Japan. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 159-168, 1984.
6. Hirota T, Habashi M, Daibo M, Kitaoka H, Oguro Y, Yamada T, Ichikawa H. Chronological Changes in the Morphological Features of Early Gastric Cancer, Especially Recent Changes in Macroscopic Findings. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 181-199, 1984.
7. Hisamichi S, Sugawara N. Mass Screening for Gastric Cancer by X-Ray Examination. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 211-223, 1984.
8. Murakami T. Pathomorphological Diagnosis. Definition and Gross Classification of Early Gastric Cancer. *Gann Monograph on Cancer Research.* 11 : 53-55, 1971.
9. Kurihara M. X-Ray Examination of the stomach for Detection of Early Gastric Cancer.
10. Maruyama M. Early Gastric Cancer. Lanfer I, ed, *Double Contrast Gastrointestinal Radiology.* Philadelphia; W.B. Saunders 1979 : 241-287.
11. Shirakabe H, Hayakawa H, Hai Yuji, Takeda N, Hosoi T. Comparison of X-Ray, Endoscopy and Biopsy Examinations for the Diagnosis of Early Gastric Cancer. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 12 (2) : 93-98, 1972.
12. Shirakabe H, Ichikawa H, Kamakura K, Nishizawa M, Higurashi K, Hayakawa H, Murakami T. *Atlas of X-Ray Diagnosis of Early Gastric Cancer.* Igaku Shoin Ltd, Tokyo-Japan, 1972.

13. Kawai K, Ida K, Kohli Y and Misaki F. Early Diagnosis of Gastric Cancer in Japan in *Advances in Medical Oncology, Research and Education*, Vol 9, Digestive Cancer, Thatcher N, Ed, Pergamon Press, Oxford, 1979, 211-219.
14. Yoshimori M. Progress in Studies on Early Gastric Cancer in Japan. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 14 (2) : 149-158, 1984.
15. White MR, Levine SM, Enterline TH, Laufer Igor. Early Gastric Cancer. Recent Experience. *Radiology* 155 : 25-27, 1985.