



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**MİDE NEOPLAZMI NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTALARIN POSTOPERATİF
DÖNEMDEKİ YAŞAM KALİTELERİ**

Dr. Yalçın SÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2008



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**MİDE NEOPLAZMI NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTALARIN POSTOPERATİF
DÖNEMDEKİ YAŞAM KALİTELERİ**

Dr. Yalçın SÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Halil ÖZGÜÇ

BURSA - 2008

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
GİRİŞ	1
Epidemiyoloji.....	1
Erken mide kanserinde cerrahi yaklaşım.....	2
İlerlemiş mide kanserinde cerrahi yaklaşım.....	3
Mide kanseri cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi...5	
EORTC QLQ-C30.....	6
TROIDL gastrik kanser skalası.....	7
Mide kanseri cerrahisi sonrası yaşam kalitesini etkileyen faktörler.....	8
Küratif cerrahi ve yaşam kalitesi.....	8
Palyatif cerrahi ve yaşam kalitesi.....	13
Poş cerrahisi ve yaşam kalitesi.....	14
Geriatrik hastalarda cerrahi ve yaşam kalitesi.....	19
Kemoterapi ve yaşam kalitesi.....	21
GEREÇ VE YÖNTEM	25
BULGULAR	30
Hasta karakteristikleri.....	30
Postoperatif yaşam kalitesi değişiklikleri ve nutrisyonel parametrelerdeki değişiklikler.....	31
TARTIŞMA VE SONUÇ	41
KAYNAKLAR	51
EORTC QLQ-C30 ANKET FORMU	55
TROIDL ANKET FORMU	57
TEŞEKKÜR	58
ÖZGEÇMİŞ	59

ÖZET

Kliniğimizde mide neoplazmı nedeniyle cerrahi rezeksiyon uygulanmış hastaların postoperatif dönemdeki yaşam kalitelerinin düzeyinin saptanması ve perioperatif bazı parametrelerin yaşam kalitesine olan etkisi araştırılmıştır. Kliniğimizde mide neoplazmı nedeniyle ameliyat ettiğimiz nüksü olmayan ve çalışma esnasında kemoradyoterapi almayan 94 hasta çalışmaya alındı. Olguların yaşam kalitesi düzeyleri EORTC QLQ-C30 ve TROIDL skoru kullanılarak saptandı. Perioperatif bulgular ve son kontrolleri sırasındaki bazı nutrisyonel parametreleri ile bu skorlar arasındaki ilişki araştırıldı. Süre ile EORTC QLQ C-30 skoru arasında negatif ($r:-363$, $p:0.001$), Troidl skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($r:284$, $p:0.005$). Her iki yaşam kalitesi skorlarındaki düzelme özellikle ikinci yıldan sonra anlam kazanmaktaydı. İstatistiksel analizde proksimal yerleşimli tümörlerin ve lenf nodu metastazı olan olguların yaşam kalite skorları daha kötü değerler aldı. 2. yılını tamamlamış subtotal gastrektomili olguların yaşam kaliteleri daha yüksekti. Biyokimyasal nutrisyonel parametreleri anormal olan hastaların yaşam kaliteleri daha düşük bulundu ($p<0.05$). Cerrahiden sonra 6-12 ay arasındaki hastalarda fiziksel fonksiyonların, sosyal fonksiyonların ve genel sağlık durumlarının daha fazla etkilendiği, yorgunluk semptomlarının ön plana çıktığı görüldü. Postoperatif dönemde yaşam kalitesi zamanla yükselmektedir. Özellikle nutrisyonel parametrelerle yaşam kalite skorları arasında yakın ilişki bulunmuştur. Postoperatif dönemde bu hastaların daha yakın takibi ve nutrisyonel destek sağlanarak bu parametrelerin düzeltilmeye çalışılmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler:

Mide neoplazmı, yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 skoru, TROIDL skoru.

SUMMARY

THE POSTOPERATIVE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS UNDERWENT RESECTION FOR GASTRIC NEOPLAZM

This study is carried out to determine the level of the postoperative quality of life for the patients underwent resection for gastric neoplasm and to reveal the influence of some perioperative parameters on quality of life. Totally 94 patients who had an operation for gastric neoplasm without any relapses and without any chemoradiotherapy treatment during the study period were included. The level of the quality of life for these patients were determined by using EORTC QLQ-C30 and TROIDL scoring systems. We had investigated the relationship between the perioperative findings and the nutritional parameters on the last examination and the scoring systems. There was a negative correlation between the period and EORTC QLQ-C30 score ($r:-363$, $p:0,001$) and a positive correlation between the period and TROIDL score ($r:284$, $p:0,005$). There was a significant improvement in both scores after two years. The patients having proximal gastric tumours and lymph node metastasis had worse quality of life scores according to statistical analysis. The patients underwent subtotal gastrectomy had better quality of life scores after two years of survival. The patients with impaired biochemical nutritional parameters had quality of life worse scores ($p<0,05$). During the period of 6-12 months after the operation, the physical functions, the social functions and the general health situation of the patients were influenced and the fatigue symptoms were more common. The postoperative quality of life becomes better with long survival. There is a close relation especially between the nutritional parameters and the quality of life scores. As beneficial effects we suggest the close follow up of the patients and the nutritional support in the postoperative period to improve the quality of life parameters.

Keywords:

Gastric neoplasm, quality of life, EORTC QLQ-C30 score, TROIDL score.

GİRİŞ

Epidemiyoloji

Mide kanseri biyolojik olarak saldırgan tümörlerdir. Semptomlar ortaya çıktığında sıklıkla ileri evrededir. Dünyanın her yerinde görülmekle birlikte Batı toplumlarında ve ABD' de insidansı sık değildir. Malezya, Şili, İzlanda ve Japonya diğer bölgelere göre en yüksek insidansa sahiptir. Japonya' daki mide kanseri insidansı ABD' den 8 kat fazla olup, Japonya' da kansere bağlı ölümlerin başında gelir. Özellikle Avrupa'da ve ABD' de mide kanseri görülme sıklığı son dekatlarda azalma göstermektedir. Birçok popülasyonda kadın/erkek oranı 1/2 şeklindedir. Siyah ırkta beyaz ırka göre daha yüksek oranda görülür. Mide kanserinin görülme insidansı sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle birlikte artarken 6. ve 7. dekatlarda en yüksek orana ulaşmaktadır. Mide malign tümörleri içinde adenokarsinoma % 90–95 oranında görülürken kalan kesimde mezenkimal tümörler, lenfomalar ve karsinoid tümörler görülmektedir (1,2).

Batı ülkelerinde mide kanseri insidansındaki düşüşün nedeni erken tanıya ve planlı sağlık hizmetlerine bağlanmamakta, çoğunlukla daha iyi bir diyet alımı, sigara içimindeki düşüş, artan C vitamini alımı ve büyük olasılıkla H. Pylori'nin pediatrik antibiyotik kullanımı nedeniyle kontrol altına alınmasına bağlanmaktadır. Midenin proksimalinde kardial ve özofageal birleşim yerindeki tümör artışına bağlı olarak kanserin yerleşim alanı da değişmiştir. Son 2 dekatta bu proksimal kanserler % 10–30 gibi oranlarda ve özellikle 40 yaş altındaki hastalarda belirgin bir artış göstermiştir. Bu durum büyük olasılıkla distal tümörlerin değişen risk faktörlerinden etkilenmesinden kaynaklanmaktadır. Mide kanserinin epidemiyoloji, tanı ve patogenezi hakkındaki bilgilerin artmasına karşın hala vakaların önemli bir bölümü karşımıza ilerlemiş aşamada çıkmaktadır. Bu nedenle Batılı ülkelerde mide kanserinin 5 yıllık yaşam süresi % 20'nin altındadır. İnsidanstaki bu düşüşe karşın mide kanserinin prognozu son 2 dekatta stabil kalmıştır ve ABD için 5 yıllık yaşam süresi % 10–20 arasındadır (3,4).

Mide kanserinde en uygun tedavi şekli ile ilgili tartışmalar sürmektedir. Spesifik olarak tartışma rezeksiyonun oranı ve lenf disseksiyonunun ne düzeyde yapılması gerektiğine yönelmiştir. Japon araştırmacılar genişletilmiş lenf bezi disseksiyonunu rutin olarak uygularken Batı' da yapılan prospektif randomize çalışmalar bu prosedürün sağ kalım üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını savunmaktadır (2). Lokalize mide kanseri olgularında tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyondur. Tedavi sonrası rezidüel hastalık durumunda kür mümkün değildir ve postoperatif adjuvan kemoterapinin kanıtlanmış bir etkisi yoktur. Bundan dolayı maksimal lokorejyonel tümör kontrolü için total gastrektomi, geniş lenfadenektomi, splenektomi ve distal pankreatektomi standart prosedür olarak önerilmiştir. Bu cerrahi şekilleri tümör evresine ve lokalizasyonuna bağlı olarak yapılır. Japon Mide Kanseri Araştırma Grubu' nun (JRSGC- Japanese Research Society for Gastric Cancer) kurallarına göre bir ameliyatın radikal girişim kapsamına alınması için en az D2 lenf disseksiyonu yapılmalıdır. Bu düzeyin altında yapılacak disseksiyonlar ancak palyatif amaçlı uygulanmalıdır. Geniş rezeksiyonların erken evrelerde çok gerekli olmadığı kabul edilmektedir. Bu tür geniş rezeksiyonların yüksek morbidite ve mortaliteye neden olduğu ve hastaların yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkisi olduğu kanıtlanmıştır (4).

Erken Mide Kanserinde Cerrahi Yaklaşım

Tanısal endoskopik tekniklerdeki ilerleme ve tarama programları Batı' daki erken mide kanseri oranını % 20' ye, Japonya ve Güney Kore'de %50–60 düzeyine kadar çıkartmıştır. Geleneksel cerrahi rezeksiyonla erken mide kanseri olgularında 5 yıllık yaşam süresi oranları % 90 civarındadır. Ancak uygun olgularda daha sınırlı cerrahi ve/veya endoskopik/laparoskopik rezeksiyonların benzer sağ kalım sonuçları sağlaması, sonrasında yaşam kalitesinin daha yüksek olması nedeniyle bu tür cerrahi yaklaşımlar giderek artan oranda uygulanmaya başlamıştır (4,5).

Erken mide kanserinde D1 ve D2 disseksiyon gruplarının karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda D2 disseksiyonun mortalite ve morbiditeyi

olumsuz yönde etkilemediği görülmüştür ve bu çalışmalarda D2 lenf disseksiyonunun çok küçükde olsa uzun süreli sağ kalımda faydası gösterilmiştir. Ancak erken mide kanseri olgularında D2 disseksiyon genel kabul gören ve her merkezde rutin uygulanan bir cerrahi yaklaşım değildir (6,7,8).

Erken mide kanseri tedavisinde endoskopik mukozal rezeksiyon ve laparoskopik wedge rezeksiyon giderek daha yaygın kullanılmaktadır. Ancak bu yeni tekniklerin uygulanması sadece seçilmiş nod-negatif hastalarda yapılabilmektedir. Nod-negatif hastaların önceden tahmin edilmesi ise endoskopik ultrason, makroskopik ve histolojik kriterlerin kullanılması ile mümkün olmaktadır (4,6-9).

Bu kriterler şöyledir:

1. tümör invazyon derinliği sadece mukozal tabakaya sınırlı
2. lezyon 2 cm' den küçük
3. makroskopik tip; tip I, tip IIA, tip IIB
4. histolojik tip; iyi diferansiye, intestinal tip karsinoma

İlerlemiş Mide Kanserinde Cerrahi Yaklaşım

Erken mide kanseri cerrahisine zıt olarak ilerlemiş mide kanserinin prognozu sıkıntılıdır. Uluslararası Kanser Birliği (Union International Contre le Cancer-UICC) evrelemesine göre IIIA, IIIB ve IV olan mide kanserli hastaların 5 yıllık sağ kalım oranları ABD' de % 3 ile 13 arasındadır. Rekürrens oranlarını azaltmak ve sağ kalımı iyileştirmek için daha agresif cerrahi prosedürler önerilmiştir (10).

Laparotomide cerrah önemli klinik sonuçlara neden olabilecek 4 kritik soruya cevap aramalıdır. Bu yaklaşım özellikle ileri evre tedavi edilebilir hastalarda daha fazla önem arz etmektedir. Cerrah ameliyat öncesi ve/veya esnasında (4,10):

1. Subtotal veya total gastrektomi
2. Dalağın korunup korunmayacağına
3. Distal pankreatektomi yapılıp yapılmayacağına

4. D1 disseksiyon mu yoksa D2 veya D3 disseksiyonun gerekli olup olmadığına karar vermelidir.

Yapılmış çalışmalara göre cerrahinin genişliği tümörün evresi, tümörün lokalizasyonu, Louren sınıflamasına göre histolojik tipi, yaşam kalitesine (QOL-Quality of Life), yaşa ve umulan yaşam süresine bağlı olarak karar verilmelidir (4).

Geçmişte kanserli hastalarda uygulanacak tedavinin etkinliğinin ölçümünde kullanılan tek ölçü sağlanan yaşam süresi iken son yıllarda beraberinde yaşam kalitesinin yüksekliği de aynı oranda önem kazanmıştır. Günümüzde cerrahinin hedefi tedavi edilebilir mide kanserinde primer tümörün düşük mortalite, morbidite oranları ve yüksek QOL sağlayacak şekilde R0 rezeksiyonunu ve en uygun lenf disseksiyonunu uygulamaktır. Bu bakış açısıyla erken mide kanserli hastalarda genişletilmiş cerrahi prosedürlerin sağ kalıma ve yaşam kalitesine olumlu etkisi saptanmamıştır. Çünkü genişletilmiş cerrahi prosedürlerin morbiditeyi yükselttiği ve QOL' yi negatif olarak etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre cerrahinin genişliği hastalığın evresine göre tanımlanmalıdır. Uygulanacak cerrahi prosedürün seçiminde evreleme ve tümörün tipi, tümörün lokalizasyonu, hastanın sağ kalım süresi ve hastanın yaşının değerlendirilmesi en yüksek değere sahiptir. İlerlemiş mide kanserleri daha radikal cerrahi prosedüre ihtiyaç duyarlar ve kemoradyoterapi ile desteklenmelidirler. Distal mide tümörleri için total ya da subtotal gastrektomi (dalak ve pankreas korunarak) birçok hastada seçilen prosedürdür. Optimal genişlikteki lenfadenektomi için var olan veriler yetersizdir. Her ne kadar Batı'da yapılan randomize çalışmalarda teropötik değeri ispatlanmış olmasa da D2 gastrektomi lenf nodu metastazlı hastalarda R0 rezeksiyon yapabilmek için gereklidir. Evreleme bilgilerinin ve intraoperatif bulguların değerlendirilmesi ile lenfadenektominin genişliği belirlenebilir ve böylece lüzumsuz lenf nodu disseksiyonundan kaçınılabilir (11-13).

Mide Kanseri Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Mide kanseri tedavisinin hasta sağlığı, genel iyilik üzerindeki sonuçları hastaların en büyük kaygılarından biridir ve cerrahi bakımın etkinliğinin ölçülmesi için önemli bir kriterdir. Genel olarak hastaların yaşam kaliteleri cerrahi sonrası mortalite ve morbidite oranları, semptom kontrolü ve hastalısız sağ kalım süresiyle değerlendirilir. Son birkaç dekattır tedavinin ve hastalığın hastaların yaşamları üzerinde daha geniş etkileri olduğuna dair bilinçlenme olmuş ve önceden olmayan yaşam kalitesi tanımlaması ölçümü yapılmaya başlanmıştır (14).

1966 yılından beri birçok çalışmada mide kanserli hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmeye çalışılmış olsa da 1987 yılında ilk defa Hans Troidl ve ark. (15) tarafından mide kanserli hastaların yaşam kaliteleri gerçek anlamda değerlendirilmiştir. Araştırmacılar hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için değişken sayıda bölümlerden oluşan, her biri ayrı bir yaşam kalitesi yönüyle ilgili sorular içeren, konuları belli, ayrı konulardan sorular içeren ve kolay yanıtlanabilir anket formları geliştirmişlerdir (14).

Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılacak anketlerin yapısı; yanıtların evet / hayır, kategorik (çok değil, az, biraz veya çok) veya sürekli bir skala kullanılarak değerlendirildiği şekilde olabilir. Araştırmacı hastaların yaşam kalitesini değerlendireceği zaman aralığını kendi belirler. Zaman aralığı; preoperatif, postoperatif 1. gün, hafta, ay veya yıl şeklinde olabilir (14). Mide kanseri ve özofagus kanserinde kullanılan yaşam kalitesi anketleri Tablo-1' de verilmiştir.

Tablo-1: Özofageal ve gastrik kanserde kullanılan yaşam kalitesi ölçümleri	
Ölçünün türü	Sorular
Genel	Sickness Impact Profile(SIP)
Kanser-spesifik	Rotterdam Symptom Checklist(RSCL) Functional Assessment of Cancer Therapy(FACT) EORTC Quality of Life Questionnaire(EORTC QLQ-C30) Linear Analog Self Assessment Scale(LASA) Spitzer Quality of Life Index(QLI)
Gastrointestinal-spesifik	Visick classification Gastrointestinal Quality of Life Index(GIQLI)
Alan-spesifik	
Psikolojik fonksiyon	Hospital Anxiety and Depression Scale(HAD)
Fiziksel fonksiyon	Karnofsky Performance Scale(KPS) World Health Organization Performance Scale(WHO) Eastern Cancer Oncology Group Scale(ECOG)
Hastalığa-spesifik	
Özofagus kanseri	Stoller Esophageal Grading System EORTC Esophageal Cancer Module(QLQ-OES24)
Mide kanseri	Troidl Gastric Cancer Questionnaire

EORTC QLQ-C30 (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire):

EORTC QLQ-C30 5 fonksiyonel skala (fiziksel, rol, kognitif, emosyonel ve sosyal), genel sağlık skalası ve 3 semptom skalasından (yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma) oluşur. 30 soruluk kanser spesifik bir anket formudur. Sorular kanserli hastaların problemlerini ve semptomlarını belirler. Modüler şekilde oluşturulmuş olup diğer hastalığa spesifik (örneğin akciğer kanserine ilişkin) sorular ankete eklenebilir. Bu sorular 20 dile çevirilmiş olup uluslararası onkoloji çalışmalarında kullanılmıştır. Birçok çalışma EORTC QLQ-C30 ölçülerindeki 5 ila 10 puan arasındaki değişikliklerin klinik olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (14,16).

Blazeby J.M. ve ark. mide kanserinde sağlığa dayalı yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılan EORTC QLQ-C30 anket formunun ölçüm değerlerini tanımlamak, klinik geçerliliğini değerlendirmek için küratif yada palyatif tedavi uygulanan 219 hastayı incelemiştir. Bu çalışmada EORTC QLQ-C30 ameliyat öncesi, ameliyat sırasında, kemoterapide, palyatif kemoterapide, palyatif cerrahide ve destek tedavide mide kanserli hastaların yaşam kalitesinin ölçülmesi için fizyometrik ve klinik geçerliliğine bağlı olarak en güvenilir yöntem olarak bulunmuştur (17).

Kaptein AA. ve ark. (15) 1966–2004 yılları arasında mide kanserinin etkilerini, cerrahi ve medikal tedavi sonrası hastaların yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmaların sonuçlarını incelemişler. Hastaların yaşam kalitelerinin genel sorular ve hastalık spesifik sorularla belirlendiğini fakat sosyal boyutlarının ihmal edildiğini görmüşlerdir. Ancak EORTC QLQ-C30 sorularının bulunması ve kullanılmaya başlanması hastalarda yeterli bir fiziksel inceleme sağlamış hem de mide kanserli hastaların başka kanseri olan hastalarla karşılaştırılmasına imkân vermiştir.

TROIDL GASTRİK KANSER SKALASI:

Almanya' da mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılacak hastalar için Hans Troidl tarafından geliştirilmiştir. Cerrahinin yan etkilerine bağlı hastalığa spesifik sorular (iştah, yutma güçlüğü, rahat yiyecek alımı, kusma ve kilo alımı ve kaybını içeren) ile sosyopersonel değişkenleri (halsizlik, uyku, ağrı, iş yapabilme, yürüyebilme ve immobilité) içeren 11 başlığı vardır. H. Troidl ve ark. (14) bir çok çalışmada bu skalayı kullanmış ve sonuçlarını yayınlamışlardır.

1975–1976 yılları arasında Hans Troidl ve ark. (18) yaptıkları randomize çalışmada total gastrektomi sonrası poş ameliyatı yapılan hastaların yaşam kalitelerini araştırmışlar. Hastaların yaşam kaliteleri kendilerinin oluşturmuş olduğu 44 soru içeren bir anket formu ve Visick anket sistemi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda bu soruları 11 başlık altında toplayarak Troidl gastrik kanser skalasını oluşturduklar. Hem hastalık spesifik hem de sosyo-personel soruları içeren bu anket sisteminin yaşam kalitesini değerlendirmede başarılı olduğu görülmüş ve daha sonra yapılan bir çok çalışmada bu anket formu araştırmacılar tarafından kullanılmıştır (14).

Mide Kanseri Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Küratif Cerrahi ve Yaşam Kalitesi

Mide kanserlerinde rezeksiyon sınırlarının temiz olması kürabilitede esastır. Distal mide tümörlerinde en sık radikal subtotal gastrektomi tercih edilirken midenin orta kesimini ve proksimal kesimini tutan tümörlerde radikal total gastrektomi tercih edilmektedir (4,11,19). Total veya subtotal gastrektomi yapılan hastaların sağ kalım süreleri içerisindeki yaşam kaliteleri birçok çalışmada konu başlığı olmuş ve araştırılmıştır.

Chew-Wun Wu ve ark. (20) mide kanseri nedeniyle radikal gastrektomi yapılan 162 hastanın yaşam kalitelerini yaptıkları kohort çalışmasıyla değerlendirmişler. Bu çalışmada evre I-II: 114 hasta, evre III-IV: 48 hasta mevcuttu. Çalışmanın sonucunda hastaların yarısından fazlasında iyi bir iştah olduğu, normal bir diyet uyguladıkları ve normal düzeyde gıda ile beslendikleri görülmüştür. Hastaların % 60' ı ilk aylarda 5 kg'dan fazla kilo kaybetmişti. Total gastrektomi yapılan hastaların subtotal gastrektomi yapılanlara göre normal yiyeceğe, sık yemeğe ve ağırlık kaybına karşı daha az tolerans gösterdiği görülürken, distal subtotal gastrektomiden sonra yapılan Billroth II rekonstrüksiyonlu hastaların Billroth I anastomozu yapılanlardan daha fazla kilo kaybettiğini saptamışlardı. Lenfadenektominin ilave edilmesi yaşam kalitesini etkilememiştir. 65 yaş altındaki hastalar daha iyi bir yaşam kalitesine sahipken, hemen hemen bütün hastalar normal günlük aktivitelerine dönmüşlerdi. İleri evre mide kanseri olan hastalara yapılan radikal gastrektomi yaşam kalitesini önemli derecede arttırmıştı.

Anja Thybusch ve ark. (21) radikal prosedürlerin (geniş lenf nodu disseksiyonu ve komşu organların rezeksiyonu gibi) mide kanserli hastalardaki yaşam kalitesine etkilerini araştırmışlar. Küratif amaçla rezeksiyon uygulanan 62 hastanın anket sonuçları değerlendirilebilmiştir. Evre I-II % 77,4 ve evre III % 22,6 di. 50 hastaya D2 lenf nodu disseksiyonu uygulanmış, % 21 hastaya komşu organ invazyonu nedeniyle rezeksiyon uygulanmıştı. İlk 12 ayda hastaların yaşam kaliteleri en düşük değerler

almıştı, fakat bu değerler 24. ve 36. aylarda daha yüksek değerlere ulaşmıştı. D2 lenf nodu disseksiyonu, splenektomi ve organ rezeksiyonu yapılan hastaların postoperatif yaşam kaliteleri kötü yönde etkilenmemişti. Birçok çalışmada gösterildiği gibi Anja Thybusch-Bernhardt ve ark. tarafından yapılan bu çalışmada da radikal gastrektomiyle beraber uygulanan D2 lenf nodu disseksiyonu sadece sağ kalım için değil aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz etkilemediği için tercih edilen standart bir yöntem haline gelmiştir.

A. Diaz de Liano ve ark. (22) mide kanseri için küratif rezeksiyon yapılmış hastalardaki yaşam kalitesini değerlendirmişler. 1992- 1999 yılları arasında R0 rezeksiyon yapılan ve rekürrens saptanmayan 54 hastayı incelemişler. Evre I: 33 hasta, evre II: 8 hasta, evre III: 12 hasta, evre IV: 1 hasta olan hastaların 24' üne total gastrektomi, 30' una subtotal gastrektomi uygulamışlar. 28 hastaya D1, 26 hastaya D2 lenfadenektomi yapılmıştı. Yaşam kalitesini değerlendirmek üzere EORTC QLQ-C30 anket formu kullanılmıştı. Tümör evresi ile yaşam kalitesi arasında korelasyon saptanmamış, 70 yaş ve üzeri hastalarda postoperatif semptomlar ve yaşam kalitesi skorları yüksek bulunmuştu(sadece sosyal açıdan skorlar düşük saptanmış: buda istatistiksel olarak anlamsızdı). Total gastrektomi yapılan hastalarda yaşam kalitesi skorları daha yüksek bulunurken istatistiksel anlamlılık sadece fiziksel açıdan saptanmıştı, hastaların büyük çoğunluğunun diyaresi olduğu görülmüştü. D2 lenfadenektomi yapılanlarda skorlar yüksek saptanmasına rağmen D1 lenfadenektomi ile arasında istatistiksel fark saptanmamıştı. Sonuç olarak hastaların yaşam kalitesi operasyonun tipinden ve lenfadenektominin genişliğinden etkilenmemişti.

Bozetti ve ark. (23) 23' ü total gastrektomi, 21' i subtotal gastrektomi olan 44 hastada cerrahiden 3 yıl sonra hastalısız hastalarda gıda alımı, anoreksi derecesi ve nutrisyonel parametreleri araştırmışlar. Her iki grubunda ilk 15 ay progresif olarak kilo kaybettiklerini, özellikle total gastrektomi yapılan hastaların nutrisyonel parametrelerinin, gıda alım miktarının ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu saptamışlardı.

Total gastrektominin kısa dönemde nutrisyonel durumda negatif etkisi olmasına rağmen bazı hasta gruplarında tek tedavi seçeneğidir (24,25). Total

gastrektomi uygulanan hastaların çoğunda cerrahi öncesi döneme göre kilo kaybının devam ettiği ve cerrahi rekonstrüksiyonun şeklinden bağımsız olarak hastaların ilk postoperatif aylarda kilolarının yaklaşık % 10 kadarını kaybettikleri birçok çalışmada gösterilmiştir (26,27,28). Bu kilo kaybı genelde postoperatif ilk yılda geri kazanılamaz ve hastalar preoperatif kilolarına ulaşamazlar (24,28,29). Birçok çalışmada hem vücut yağının hemde vücut kitlesinin kaybedildiği fakat çok yavaş bir şekilde tekrar geri kazanıldığı bildirilmiştir (25,29-31). Ağızdan yiyecek alımına dayanan nutrisyonel destek postprondiyal problemlerin kontrolünde yardımcı olabilir ve daha fazla kilo kaybını engelleyebilir (25,27). Ancak nutrisyonel tedavi genellikle iyi tanımlanmamıştır ve bu tür hasta grupları için nutrisyonel tedavinin standartları henüz yayınlanmamıştır (32).

Lotta Copland ve ark. (32) mide kanseri nedeniyle total gastrektomi sonrası nutrisyonel desteğin uzun dönem sonuçlarını incelemişler. Mide kanseri nedeniyle total gastrektomi yapılan ve 5 yıllık sağ kalım süresini tamamlayan 13 hasta çalışmaya alınmış. Hastalara postoperatif dönemde kişisel ihtiyaçlara ve seçeneklere göre normal bir diyet ve enerji+protein açısından zengin supplementler verilmiş. Hastalar 1. 3. 6. ve 12. aylarda kontrole çağırılmış. Postoperatif dönemde % 6,5 (4,6–6,9 kg) luk bir kilo kaybı saptanmış. 1. ayın sonunda ağırlık kazanımına dair bir eğilim görülse de (0,6- 1,1 kg) 12. ayın sonunda ağırlık kazanımında belirgin bir değişiklik saptanmamış. Sonuç olarak hastalardaki daha fazla kilo kaybının nutrisyonel destek ile engellenebileceği hatta az da olsa kilo alımlarına katkı sağlanabileceği düşünülmüştü.

Genel olarak neredeyse tüm hastalar total gastrektomiyi takiben küçük özofajit problemlerinden yutma problemlerine, postprondiyal rahatsızlıktan, abdominal ağrı ve diyareye kadar bazı semptomlardan şikayet etmektedirler (33).

Anderson ve Macintyre (34) özofagogastrik bileşke tümörü nedeniyle özofagogastrektomi (distal özofajektomi+proksimal gastrektomi), total gastrektomi (distal özofagus rezeksiyonu ile birlikte veya yalnız) veya subtotal gastrektomi yapılan 57 hasta ile çalışmıştır. Semptomatik sonuçlar

hastanın operasyonun başarılı olup olmadığını da içeren bir form ile değerlendirilmiş. Total gastrektomi yapılan grupta postoperatif semptomların subtotal gastrektomi ve distal özefajektomi+proksimal gastrektomi yapılan gruba göre daha fazla görüldüğünü saptamışlar. Hatta total gastrektomi sonrası yeni yeni semptomların geliştiğini görmüşlerdi.

Liedman B. ve ark. (30) mide kanseri hastalarında gastrektomi sonrası semptom kontrolü, oral alım ve vücut yapısının yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemişler. 1984–1991 yılları arasında 152 mide kanseri hastasının 91' ine küratif cerrahi uygulamışlar ve sadece 32 hastanın tam verilerini elde edilebilmişler. 15 hastaya total gastrektomi, 11 hastaya jejunal poş rekonstrüksiyonu ve 6 hastaya subtotal gastrektomi yapmışlar. Hastalar cerrahiden 1 ve 5 yıl sonra çağırılarak değerlendirilmişti. Daha az sindirim sistemi problemi olan, daha az ishali olan hastaların daha iyi vücut yağına sahip olduğu görülmüş. Vücut yağ kaybı ile vücut yapısındaki değişikliklere rağmen ilk 1 yıl içinde mide kanseri hastalarında yetersiz beslenme hayat kalitesini olumsuz etkilememişti. Hastaların operasyondan 5 yıl sonra gastrointestinal semptomlarının daha az olduğunu, gastrik parçası olan ve poş oluşturulan hastaların daha az gastrointestinal semptomlarının olduğunu, daha iyi vücut kitlesine sahip olduklarını ve oral alımlarının Roux-en-Y oluşturulan gruba göre daha iyi olduğunu görmüşlerdi. Subtotal gastrektomili hastalarda daha iyi kilo alımı saptanmıştı. Bütün hastalar ilk 1 yıl içinde kilolarının % 10' unu kaybetmişlerdi, fakat preop kilosunu koruyan hastalarda vücut yağ kaybının arttığını saptamışlardı.

Total gastrektomi sonrası birçok cerrah Roux-en-Y özofagojejunostomi prosedürünü tercih etmektedir. Yetersiz yiyecek alımının yanında malabsorbsiyonda total gastrektomi sonrası kilo kaybında etkilidir (35).Bu bozulmuş yiyecek alımından gastrektomi sonrası gelişen bulantı, kusma, karın ağrısı ve halsizlik sorumlu tutulmuştur. Bu semptomların giderilmesi amacıyla poş yapımı ve restorasyonu üzerinde durulmuş fakat en uygun metod sonucuna varılamamıştır (36).Ciddi malnutrisyonun vücut fonksiyonlarında ve psikolojik iyi olmada negatif yönde etkisi olduğu bilinse de yaşam kalitesi parametreleri vücut yapısından ve yiyecek tüketiminden

bağımsızdır (20,37,38). Son yıllarda orta derecede malnutrisyonun mide kanseri cerrahisi sonrası hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemediği kanısına varılmıştır (39).

Nancy M. Spector ve ark. (40) yaptıkları pilot çalışmada gastroözofageal bileşke adenokarsinomu nedeniyle 1990–1998 yılları arasında küratif cerrahi uygulanan 27 hastanın (94 opere hastadan 32 yaşayan mevcut, fakat 27 hastanın verileri elde edilebilmiş) yaşam kalitelerini ve semptom hikayelerini araştırmışlar. Semptom sıklığının ölçümü için GIQLI (gastrointestinal quality of life index) ve yaşam kalitesi ölçümü içinde Lineer analog skala kullanılmış. 11 hastaya Roux-en-Y, 16 hastaya özofagogastrektomi yapılmış. Roux-en-Y yapılan hastaların oral alımları biraz daha iyi olsada ileride özofagogastrektomi yapılan hastalarda daha fazla semptom sıklığı ve anlamlı olarak düşük yaşam kalitesi skorları saptanmıştı.

Daha ileri evre tümörü olan hastalarda total gastrektomi ihtimali daha fazla olmaktadır. Günümüzde kansersiz proksimal rezeksiyon marjini garanti edilebildiğinde distal gastrektomi tavsiye edilmektedir(14). Braga ve ark. (24) totale karşılık subtotal gastrektominin (distal mide tümörleri için) sonuçlarını araştırmışlar. Total gastrektomi grubunda postoperatif mortalite ve morbidite daha fazla iken gastrik rezeksiyonun boyutunun 5 yıllık sağ kalımı etkilemediğini saptamışlardı.

Justin Davies ve ark. (41) mide kanseri için total ve subtotal gastrektomi yapılan hastaları yaşam kaliteleri açısından değerlendirmişler. Kanseri için küratif (R0) gastrik rezeksiyon geçiren 47 hasta çalışmaya dahil edilmiş. 26 hastaya total gastrektomi, 21 hastaya subtotal gastrektomi yapılırken hastaların total ve subtotal gastrektomiye göre evreleri; evre I: 11/12, evre II: 4/3, evre III: 11/6. Tüm hastalara D2 lenf nodu diseksiyonu yapılmış. Hastaların yaşam kaliteleri 1. 3. 6. ve 12. aylarda fonksiyonel durumu değerlendiren 5 anket ile değerlendirilmiş. Subtotal gastrektomi yapılanlarda postoperatif dönemde vücut kitle indexinde düşme görülse de 6. ayın sonunda preoperatif dönemle aynı değerlere ulaşmıştı. Total gastrektomi yapılan grupta ise 1. yıl sonuna kadar vücut kitle indexindeki düşüş devam etmişti. Subtotal gastrektomi yapılanların postoperatif yaşam kaliteleri

preoperatif döneme göre daha iyiydi ve 1. yılın sonunda her iki grup arasında subtotal gastrektomi lehine anlamlı farklılıklar saptamışlardı.

Palyatif Cerrahi ve Yaşam Kalitesi

Palyatif cerrahide sıklıkla subtotal gastrektomi tercih edilmektedir. Genel olarak total gastrektomi palyasyon için kabul edilmemektedir. Çünkü uzun dönemde morbidite ve mortalite üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (42).

Korenaga' nın çalışmasında R2 gastrektomi sonrası yaşam kalitesi belirlenmeye çalışılmıştır. Cerrahiye takiben hastaların performans skorları ve yaşam kaliteleri artmış ancak total ve subtotal gastrektomi yapılan hastalar arasında gıda toleransı ve ağırlıkta subtotal gastrektomi lehine farklılıklar görülmüştür (33).

Manson ve ark. (43) ileri evre hastalık için total gastrektomi yapılan 53 ardışık hastayı incelemişlerdir. Hastaların iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu söyleyebilmek için kullandıkları kriterler şunlardı; yeterli oral alımın devamı, normal aktiviteleri yapma yeteneği, disfajinin olmaması ve tutarlı bir vücut ağırlığının devamı. Bu kriterlerin hepsini taşıyor ve hastaneye başvurmaları gerekmiyorsa hastaların yaşam kaliteleri iyi olarak düşünülmüş. % 59 hastada iyi yaşam kalitesi sonuçları elde edilmiş, sadece % 13 hasta kötü yaşam kalitesi skorları nedeniyle hastaneye başvurmuştu.

1983'te Meijer ve ark. (44) ileri evre mide kanseri nedeniyle total gastrektomi, subtotal gastrektomi veya gastroenterostomi yaptıkları 51 hastanın yaşam kalitelerini değerlendirmişler. 22 hastada kötü yaşam kalitesi skorları elde edilmiş ve bu hastaları genellikle gastroenterostomi yapılan hastaların oluşturduğunu görmüşlerdi.

Volker Kahlke ve ark. (45) metastatik mide kanseri olan hastaların preoperatif semptomlarının ve operasyon tipinin sağ kalım süresi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmışlar. 1991–2001 yılları arasında metastazı olan 169 hastayı çalışmaya almışlar. Hastalar major semptomları olanlar (üst gis kanaması, gastrik çıkış yolu obstrüksiyonu ve perforasyon) ve

minör semptomları olanlar diye sınıflandırılmış. Hastaların yaşam kaliteleri EORTC QLQ-C30 ile değerlendirilmiş. Major ve minör semptomları olanların preop yaşam kaliteleri arasında fark bulunmazken hastaların yaşam süreleri major semptomları olanlarda 4 ay, minör semptomları olanlarda 6 ay olarak saptanmış. Postoperatif 3.ayda major semptomları olanların yaşam kaliteleri minör semptomları olanlara göre daha kötü değerler alırken, bu özellikle sosyal fonksiyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlıymış. İnkürabl mide kanseri olan hastaların preoperatif semptomlarının yoğunluğunun sağ kalım süresini etkilediğini gördüler fakat bu etkinin operasyona bağlı olmadığını saptamışlardı.

Poş Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

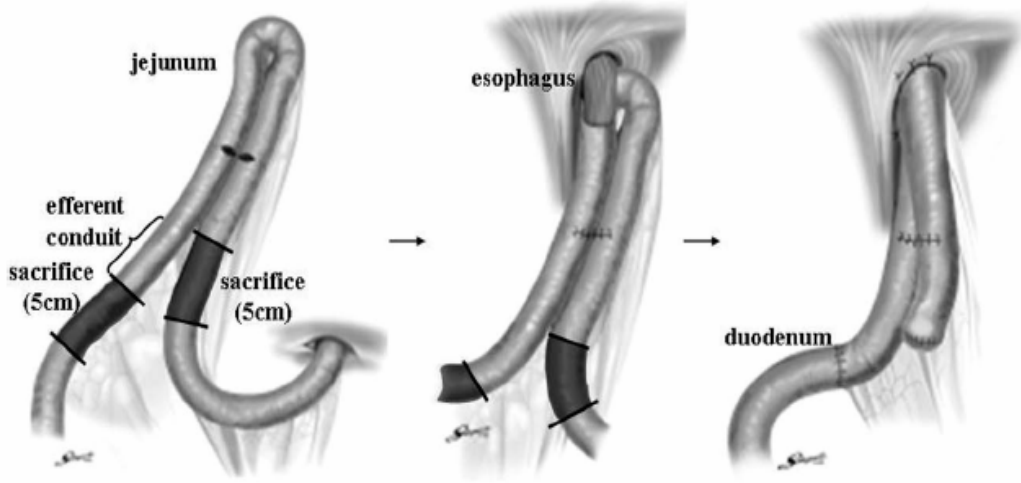
1897 yılında Schlatter ilk başarılı total gastrektomiye gerçekleştirmiş olup o zamandan beri hastaların yaşam kalitesini artırmak için bir çok poş ameliyatları geliştirilmiş ve total gastrektomi sonrası yapılan jejunal interpozisyon ameliyatlarının yaşam kalitesini daha fazla arttırdığı düşünülmüştür (46,47).

Total gastrektomi sonrası hangi rekonstrüksiyon protokolünün uygulanacağı hala tartışılan bir konudur. Poş rekonstrüksiyonları daha geniş bir yiyecek rezervuarı oluşturmak, reflüye karşı bariyer oluşturmak ve yiyecek transit zamanını uzatmak amaçlı geliştirilmiştir (21,37,48). Total gastrektomi sonrası jejunal poş rekonstrüksiyonu rezervuar fonksiyonu için kullanılırken poşun fonksiyonları ve yaşam kalitesi ile ilgili tartışmalar halen sürmektedir (49).

Fuchs ve ark. (50) jejunal interpozisyon ile Roux-en-Y rekonstrüksiyonu yapılan 120 hastayı randomize etmiştir. 3 veya daha fazla yıl sağ kalan (n: 46) hastalar için yaşam kalitesini belirlemede Visick sınıflandırması ve Spitzer indeksi kullanılmıştır. Postoperatif dönemde gruplar arasında yaşam kalitesi skorları ve vücut ağırlıklarında belirgin farklılık saptanmamıştır. Bu nedenle teknik olarak daha az zorluğu olan prosedürleri tavsiye etmişlerdir.

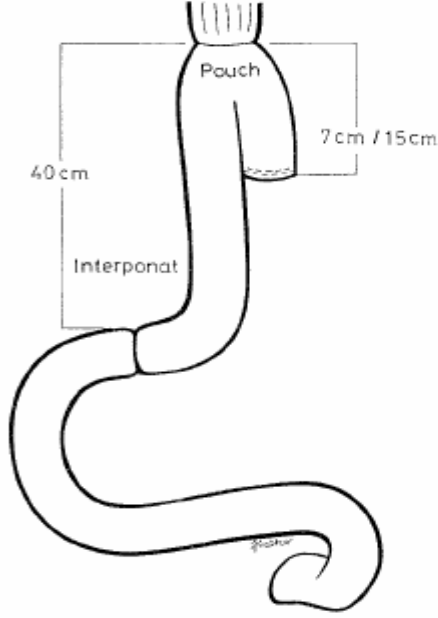
Hans Troidl ve ark. (18) 1975- 1976 tarihleri arasında yaptıkları randomize klinik çalışmada 38 mide kanserli hastayı ele almışlar. 20 hastaya Hunt-Lawrence-Rodino poşu (HLR–15 cm' lik jejunal interpozisyon) , 18 hastaya özofagojejunostomi (EJ) uygulamışlar. 38 hastanın 15' i 1 yıl yaşarken bu 1 yıl içinde ölen hastaların yaşam kalitelerinin sürekli düştüğünü görmüşlerdi. Özofagojejunostomi yapılan grupta daha belirgin olmak üzere ilk 3 ayda her iki grupta da açlık ve iştahın azaldığını saptamışlardı. Her iki grupta da hastaların oral alımları 6. aya kadar 1/3' e düşerken, HLR yapılan grupta 6. aydan sonra oral alım, iştah ve açlık artmıştı. EJ yapılan grupta ise 6. aydan sonra dahi oral alım 1/2 kadar saptanmıştı. 6. ayın sonunda EJ grubunda hastaların ortalama 14 kg kaybettiği, HLR yapılan grupta ise ortalama 7 kg kaybettiği görülmüştü. Sonuç olarak poş oluşturulan grubun yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu saptamışlardı.

Shunji Endo ve ark. (49) total gastrektomi sonrası jejunal poş interpozisyon oluşturulan 23 hastanın (evre IA: 11, evre IB: 6, evre II: 4, evre IIIA: 2) poş motiliteleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediler. 1997–2003 yılları arasında mide kanseri nedeniyle total gastrektomi jejunal poş interpozisyon yapılmış hastaların yaşam kalitelerini GIQLI ile değerlendirdiler. 1 yıldan uzun süreli takiplerde hastaların poş motilitelerinin iyi olduğunu, postoperatif gastrointestinal fonksiyonlarının ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu saptamışlardı. Shunji Endo ve ark. kullandığı jejunal poş rekonstrüksiyonu şekil-1' de gösterilmiştir.



Şekil-1: Shunji Endo ve ark. yaptıkları çalışmada kullandıkları jejunal poş rekonstrüksiyonu.

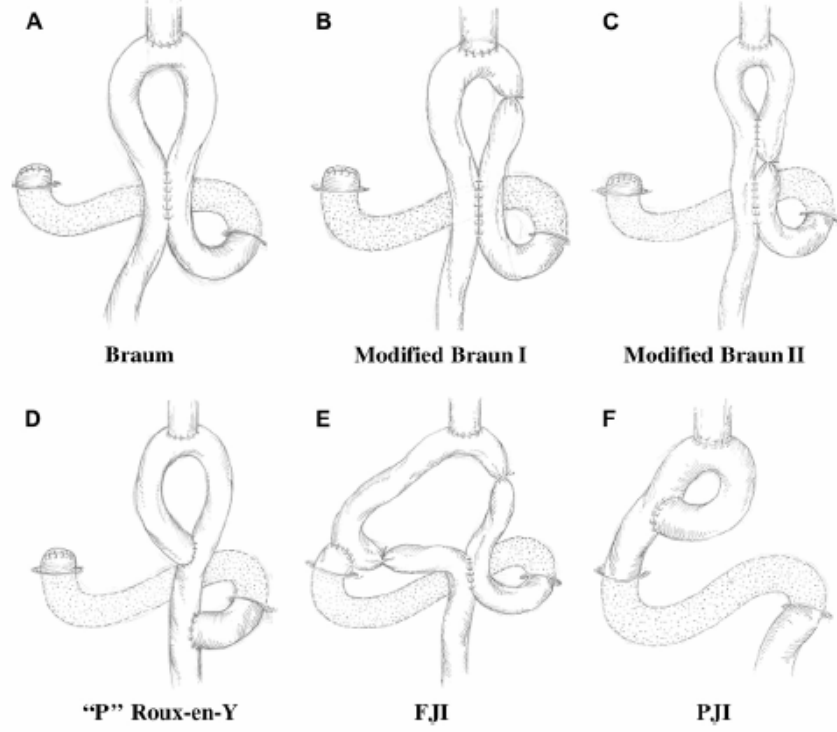
Beatrix Hoksch ve ark. (46) çalışmalarında poşsuz Longmire rekonstrüksiyonu ve değişken ölçülerde poşlu Longmire rekonstrüksiyonunun karşılaştırılması ile 41 hastanın postoperatif 1. yıldaki yaşam kalitelerini değerlendirmişlerdi. 1995-1999 yılları arasında mide kanseri nedeniyle opere edilen R0 rezeksiyon yapılan evre 0: 2 ,IA: 6 , IB: 10 , II: 13 , IIIA: 6 , IIIB: 3 , IV: 1 olan 41 hastayı çalışmaya almışlardı. 13 hastaya poşsuz, 15 hastaya 7 cm poşlu, 13 hastaya 15 cm poşlu Longmire prosedürü uygulanmış, tüm hastalara D2 lenf nodu disseksiyonu yapılmış ve hastalar 1 yıl sonra EORTC QLQ-C30 anketi ile değerlendirilmişti. Sonuçta semptom skalasında poşsuz hastalarda diyare şikayetleri ön plandayken gruplar arasında semptom skalasında anlamlı fark saptanmadı. 6. ve 12. aylarda poşlu ve poşsuz gruplar arasında belirgin farklar saptadılar. İlk 6 ayda tüm gruplarda kilo kaybı görülürken, 1. yıldan sonra 15 cm' lik poş oluşturulan grupta kilo alımının, yiyecek tüketiminin biraz daha iyi olduğunu ve ishal oranlarının daha az olduğu saptamışlardı fakat gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Sonuç olarak poş rekonstrüksiyonunun tek başına Longmire rekonstrüksiyonuna kıyasla istatistiksel olarak kanıtlanmış bir yararı yoktu. Beatrix Hoksch ve ark. yaptıkları çalışmada kullandıkları poş rekonstrüksiyonu şekil-2' de gösterilmiştir.



Şekil-2: Beatrix Hoksch ve ark. yaptıkları çalışmada kullandıkları poş rekonstrüksiyonu.

Y. Pan ve ark. (51) mide kanseri nedeniyle total gastrektomi sonrası rekonstrüksiyon prosedürleri ve nutrisyonel durumun değerlendirilmesini amaçlayan retrospektif bir çalışma yaptılar. 1985- 2003 yılları arasında evre I: 33 , stage II:108 , stage III:367 , stage IV: 196 olan 704 hastaya total gastrektomi+jejunal interpozisyon (6 farklı prosedür) uygulamışlar. Duodenal pasaj sadece FJI ve PJI ile sağlanmıştı. Hastaların postoperatif 3. ve 12. aydaki nutrisyonel durumlarını vücut kitle indexi ve prognostik nutrisyon indexi ile değerlendirmişler. Duodenal pasajın sağlandığı hastalarda sıvı alımları $3,9 \pm 2,1$ gün, yumuşak gıda alımları $7,9 \pm 3,9$ gün olarak saptanmıştı, bu jejunal transeksiyon yapılan hastalardan anlamlı olarak daha erken bir zaman aralığıydı. Aynı zamanda duodenal pasajın sağlandığı hastalarda prognostik nutrisyon index skoru ve vücut kitle indexi duodenal pasajı olmayanlara göre daha yüksek değerlere sahipti. Bu 6 prosedür içinden sadece FJI modelinin jejunal devamlılık ve duodenal pasajı koruduğu için total gastrektomi sonrası hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını

saptamışlardı. Y. Pan ve ark. yaptıkları çalışmada uyguladıkları poş rekonstrüksiyon tipleri şekil-3' de gösterilmiştir.

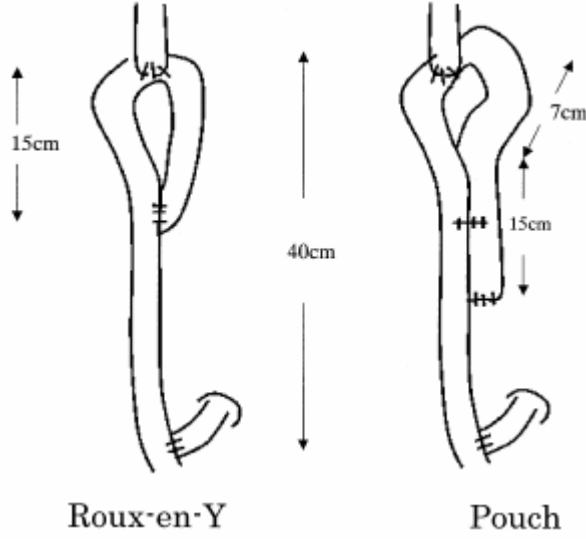


Şekil-3: Y. Pan ve ark. yaptıkları çalışmada uyguladıkları poş rekonstrüksiyon tipleri.

Çeşitli randomize kontrollü çalışmalarda jejunal poş rekonstrüksiyonunun rezervuar fonksiyonunda başarılı etkilerinin olduğunu gösteren kanıtlar giderek artmaktadır. Ancak bu çalışmaların ileri evre mide kanserli hastalarda yapılmış olması nedeniyle anlamlı sayıda hasta rekürrensten kaybedilmiştir (52-54).

Koji Kono ve ark. (28) yaptıkları prospektif randomize kontrollü çalışmalarında 47 erken mide kanserli hastada jejunal poş rekonstrüksiyonunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmışlardır. Hastaların 23' üne jejunal poş rekonstrüksiyonu, 24' üne de Roux-en-Y özofagojejunostomi prosedürü, 41 hastaya D1 disseksiyon 6 hastaya da D2 disseksiyon yapılmıştı. Kilo alımı, oral alım, gastrointestinal semptomlar, nutrisyonel parametreler ve endoskopik muayeneler cerrahi sonrası 3. 12. ve

48. aylarda yapılmıştı. Jejunal poş oluşturulan grupta 3. ayda oral alımda ve gastrointestinal semptom skorlarında, 12. ayda oral alımda ve kilo alımında, 48. ayda oral alımda Roux-en-Y oluşturulan gruba göre anlamlı farklılıklar saptadılar. Sonuçta hem kısa hemde uzun dönemde jejunal poş rekonstrüksiyonu Roux-en-Y özofagojejunostomiye göre daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamıştı. Koji Kono ve ark. yaptıkları çalışmada kullandıkları poş rekonstrüksiyonu şekil-4' de gösterilmiştir.



Şekil-4: Koji Kono ve ark. yaptıkları çalışmada kullandıkları poş rekonstrüksiyonu .

Geriatric Hastalarda Cerrahi ve Yaşam Kalitesi

Mide kanserli yaşlı hastalarda klinikopatolojik karakteristikler operatif morbidite ve mortalite ile ilgili bazı çalışmalar olmasına rağmen özellikle yaşam kalitesine odaklanmış çok fazla çalışma yoktur (55).

Takeshi ve ark. (56) 75 yaş ve üzeri mide ya da kolorektal kanserli hastalarda hangi yöntemin postoperatif günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitelerini daha olumlu yönde etkilediğini incelemişlerdir. Bu çalışmada 127'si kolorektal kanser, 96'sı mide kanseri olan 223 hasta prospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 4'üne D0, 70'ine D1, 102'sine D2, 47'sine D3 lenf nodu disseksiyonu, 211 hastaya R0 veya R1 rezeksiyon uygulanırken 12

hastaya R2 rezeksiyon uyguladılar. Hastaların fiziksel durumlarını, günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini postoperatif ve 1. 3. 6. aylarda incelemişler. Peroperatif 1 hasta , postoperatif 13 hasta yandaş hastalıklar ve kanser nedeniyle kaybedilmiş, morbidite % 28 olarak saptanmıştı. Hastaların % 24'ünde 1. ayda günlük aktivitelerinde düşüş görülürken, hastaların çoğu bu geçici durumdan kurtulmuş ve sadece %3 gibi bir orandaki hastada 6. ayda günlük aktivitelerinde bir düşüş saptamışlardı. Hastaların yaşam kaliteleri preoperatif sürece kıyasla eşit ya da daha iyi bir skor göstermişti. Çalışmanın sonucunda 75 yaş ve üzeri hastalarda radikal cerrahi prosedürlerin güvenle uygulanabileceğini gösterebilir. Yinede yaşlı hastalarda genişletilmiş rezeksiyon yapılırken düşünülmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Chew-Wun ve ark. (57) yaşlılarda mide kanserine bağlı gastrik rezeksiyon sonrası cerrahi mortalite, sağ kalım ve yaşam kalitelerini değerlendirdiler. Mide adenokarsinomu için gastrik rezeksiyon uygulanan 65 yaş ve üzeri 433 hasta çalışmaya dahil edilmiş, 65–74 yaş arası (n:330) ve 74 yaş üzeri (n:103) olmak üzere 2 grup tanımlamışlardı. Hastaların %78,1'inin ileri evre hastalığı (evre I:131 evre II:64 evre III:124 evre IV:114) ve neredeyse yarısının %41,3 yandaş hastalıkları vardı. 362 hastaya küratif rezeksiyon uyguladılar. Her iki gruba da benzer cerrahi işlemler uygulanmasına rağmen 74 yaş üzeri grupta mortalite oranı daha yüksekti (%10,1- % 3,5). Mortaliteyi negatif etkileyen 2 bağımsız faktör yaş ve gastrik rezeksiyonun genişliği idi. Cerrahiden sonra neredeyse tüm hastalar günlük iş ve aktivitelerine dönmüşlerdi. Bazı hastalarda halsizlik, bazılarında anksiyete ve depresyon gelişmişti. Küratif rezeksiyon sonrası 2 grup arasında sağ kalım ve yaşam kaliteleri açısından istatistiksel fark saptamadılar. Bu çalışma yaşlı hastalar da küratif rezeksiyonun kabul edilebilir mortalite ve morbidite oranları, olası uzun dönem sağ kalım ve iyi bir yaşam kalitesi ile uygulanabileceğini göstermiştir.

Kemoterapi ve Yaşam Kalitesi

Adjuvan kemoterapi ve kemoradyoterapinin sağ kalıma etkisi tartışmalıdır. Küratif rezeksiyon yapılmış mide kanserlerinde adjuvan sistemik kemoterapinin küçük bir yararı gösterilmiştir fakat bu standart bir tedavi olarak önerilemez (49,59). Aynı şekilde küratif rezeksiyon yapılmış hastalarda adjuvan rejyonel kemoterapininde cerrahi kontrol grubuna karşı bir üstünlüğü gösterilememiştir (60). Günümüzdeki genel uygulama lenf bezi tutulumu olan hastalara kemoradyoterapinin uygulanması yönündedir.

Jager ve ark. (61) yaşam kalitesini Karnofsky performans durumu ve kendi oluşturdukları bir anketle 5-FU, folinik asit ve alfa-interferon 2B' nin ileri evre mide kanserinde faz II çalışmasının sonuçlarını bildirmiştir. Bu rejimin düşük toksisite profili ile pozitif yaşam kalitesi etkisi olduğunu göstermiştir.

Mide kanserinde cerrahi sonrası kemoterapi şu an araştırma altında olan bir prosedürdür. İlerlemiş mide kanserinde 2 klinik durum birbirinden ayırt edilmelidir. Bunlardan biri lokal olarak ilerlemiş unrezektabl tümörler, diğeri de metastatik tümörlerdir. Zaten bu ikisi prognoz ve tedavi yaklaşımı olarak 2 farklı hastalığı temsil etmektedir. Lokal ileri unrezektabl tümörler metastatik tümörlere göre daha uzun bir sağ kalım süresine sahiptir (ortalama 9 ay–3 ay). Lokal ileri tümörlerdeki amaç metastatik tümörlerden farklıdır. Lokal olarak ilerlemiş tümörlerde radikal bir cerrahi işlemin yapılabilmesi için uygulanacak kemoterapi tümörün hacminin küçülmesine yardım etmelidir (62).

6 nonrandomize çalışma göstermiştir ki unrezektabl tümörü olan hastaların %50'si preoperatif kemoterapi sonrası ameliyat edilebilir duruma gelmişlerdir. Tüm 6 çalışmada benzer sonuçlar vermesi yüreklendiricidir (63).

Metastatik mide kanserli hastalardaki tedaviler ise iyi bir yaşam kalitesinin elde edilmesini hedefler. Bir çok çalışma kemoterapinin en iyi yardımcı tedavi olduğunu ve median survivalde istatistiksel olarak önemli iyileştirmeler sağladığını göstermiştir (64).

Yaşam kalitesi aynı zamanda kemoterapi rejiminin seçimi içinde kullanılabilir. Değişik kombinasyonların kullanıldığı randomize çalışmaların hiçbiri bu rejimler arasında bir sağkalım farkını göstermemiştir. Ancak yeni yapılan bir randomize çalışma (mitomisin ile epirubicini karşılaştırma) her iki rejimde birbirine denk sağkalım sonuçları bildirmiştir. Fakat hastaların yaşam kaliteleri EORTC QLQ-C30 anket formu değerlendirildiğinde epirubicin kullanılan grubun yaşam kalitesi skorlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (65).

Kemoterapinin mide kanserli hastalardaki yaşam kalitesi sonuçları palyatif tedavi olarak kullanımını destekler. Yaşam kalitesi değerleri kemoterapide kullanılacak ajanın seçiminde yardımcı olabilir ancak yapılan randomize çalışmalarda yaşam kalitesi değerlerinin klinik kararlar üzerindeki etkisi henüz bilinmemektedir. Mide kanserli hastaların sağ kalım süreleri ve bu süre içerisindeki yaşam kaliteleri önemlidir ve birçok çalışma bu konuları incelemiştir. Mide kanserinde yaşam kalitesi değerlerini tam olarak yerine getirmiş randomize çalışmaların eksikliği mevcuttur (66).

Literatürde bulunan çalışmaların sonuçları özetlenecek olursa;

1-Subtotal rezeksiyonu takiben hastalar total gastrektomi hastalarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak daha az kilo kaybına sahiptirler, yine aynı hastalarda daha az öğün sayısı ve günlük barsak boşaltımında azlık görülmüştür. Ameliyat sonrası ilk 1 yılda distal kanserler için uygulanan subtotal gastrektominin total gastrektomi ile karşılaştırılmasında daha iyi yaşam kalitesi değerleri saptanmıştır.

2- Total gastrektomi uygulanan hastaların çoğunda cerrahi öncesi döneme göre kilo kaybının devam ettiği ve cerrahi rekonstrüksiyonun şeklinden bağımsız olarak hastaların ilk postoperatif aylarda kilolarının yaklaşık % 10 kadarını kayb ettikleri birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu kilo kaybı genelde postoperatif ilk yılda geri kazanılamaz ve hastalar preoperatif kilolarına ulaşamazlar.

3- Total gastrektomiyle beraber uygulanan D2 lenf nodu diseksiyonu sadece sağ kalım için değil aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz etkilemediği için tercih edilen standart bir yöntem haline gelmiştir.

4- Splenektomi ve komşu organ rezeksiyonu yapılan hastaların yapılmayanlara oranla postoperatif dönemde daha fazla sıkıntı çektikleri saptanmıştır.

5- Ciddi malnutrisyonun vücut fonksiyonlarında ve psikolojik iyi olmada negatif yönde etkisi olduğu bilinse de yaşam kalitesi parametreleri vücut yapısından ve yiyecek tüketiminden bağımsızdır. Son yıllarda orta derecede malnutrisyonun mide kanseri cerrahisi sonrası yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemediği kanısına varılmıştır.

6-Postoperatif yaşam kalitesini etkileyen diğer faktör ise iyileşebilir hastalıktır.

7-Ayrıca poş rekonstrüksiyonu yapılan olgularda postoperatif daha az semptom görülmektedir. Ancak var olan tüm çalışmalar az sayıda hasta kapsamı nedeniyle çalışmaların sonuçlarını daha az güvenilir yapmaktadır.

8-Kemoterapinin mide kanserli hastalardaki yaşam kalitesi sonuçları palyatif tedavi olarak kullanımını destekler.

9- Yaşlı hastaların yaşam kalitelerini inceleyen kısıtlı sayıdaki çalışma radikal cerrahi prosedürlerin güvenle uygulanabileceğini ve yaşam kalitesini kötü yönde etkilemediğini söylesede geniş rezeksiyon yapılırken düşünülmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Son 20 yılda özellikle mide kanserli hastaların tedavisinin düzenlenmesinde bu tedavi şekillerinin hastaların yaşam kalitesine olan etkisi oldukça önem kazanmıştır. Mide kanseri ülkemizde Batılı ülkelere göre sık rastlanan bir kanser türüdür. Kliniğimizde her yıl yaklaşık 50 mide kanseri hastasına cerrahi girişim uygulanmaktadır. Tüm bu sonuçlara karşın ülkemizde mide kanseri cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesini araştıran bir çalışma yoktur. Bu çalışmada temel olarak aşağıdaki üç konu araştırılmıştır.

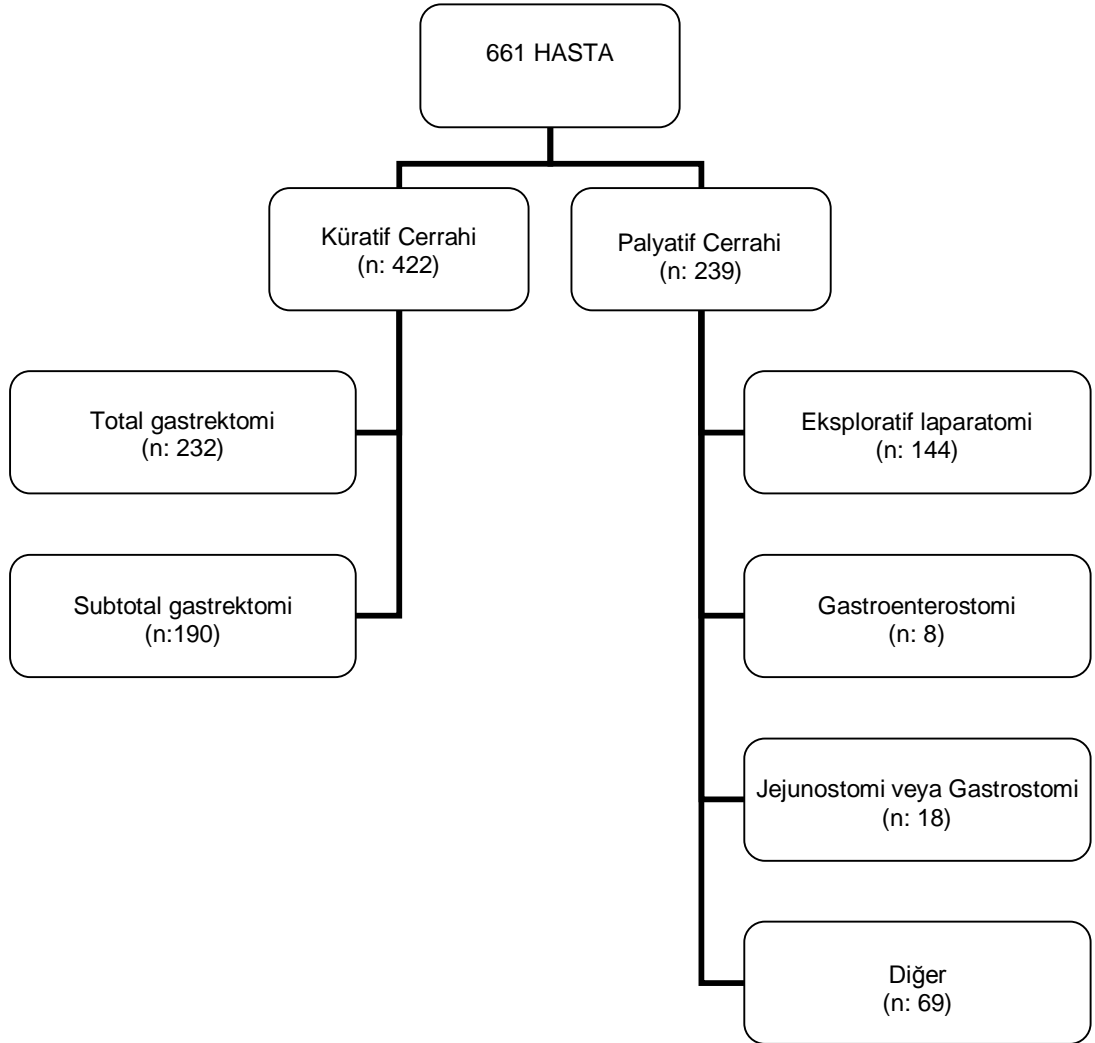
1-Kliniğimizde mide neoplazmı nedeniyle cerrahi rezeksiyon uygulanmış hastaların postoperatif dönemde yaşam kalitesinin düzeyinin saptanması, en sık rastlanan yakınmaların belirlenmesi ve bu yakınmaların zaman sürecindeki değişimi.

2-Perioperatif bazı parametrelerin (rezeksiyon tipi, yaş, evre gibi) yaşam kalitesine olan etkisinin saptanması.

3- Çalışmanın yapıldığı andaki bazı temel nutrisyonel (kilo ve bazı laboratuar değerler) parametrelerdeki değişimler ve bunların yaşam kalitesine olan etkisi.

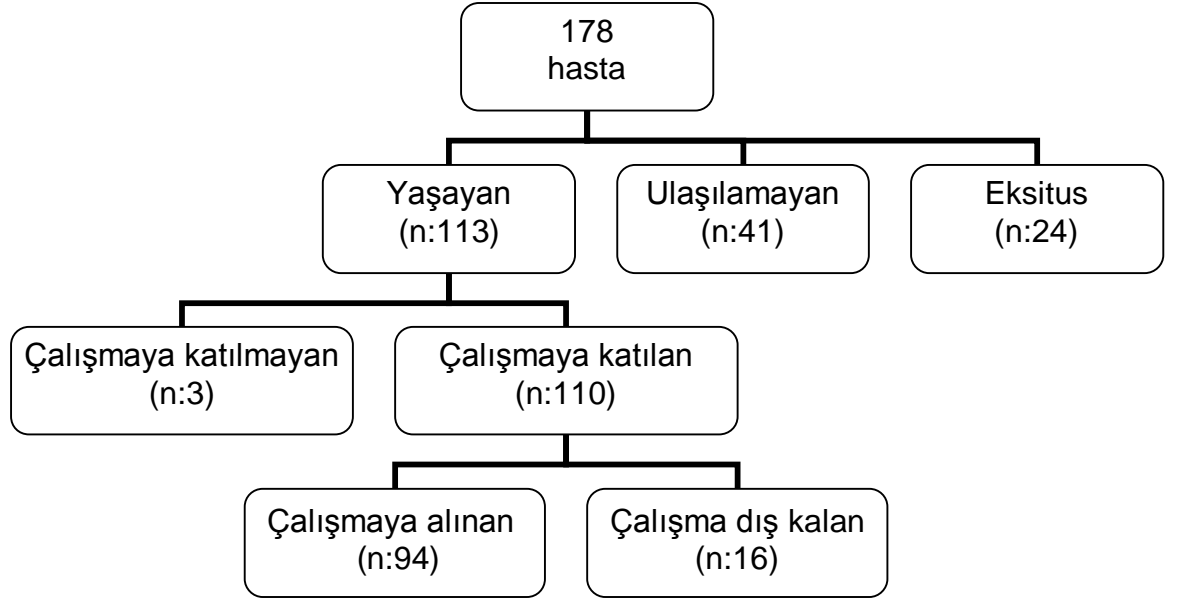
GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1990- Ağustos 2007 tarihleri arasında mide neoplazmı nedeniyle ameliyat edilen 661 hastadan 422 hastaya küratif rezeksiyon 239 hastaya palyatif cerrahi uygulanmıştı. Uygulanan ameliyat tipleri şekil-5' te gösterilmiştir.



Şekil-5: Ocak 1990- Ağustos 2007 tarihleri arasında kliniğimizde mide neoplazmı tanısıyla ameliyata alınan hastalara uyguladığımız cerrahi tipleri.

Bu olgulardan yaşadığını bildiğimiz 178 hastaya telefonla ve mektupla ulaşılmaya çalışıldı. 41 hastaya ulaşamadı, 24 hastanın eksitus olduğunu öğrendik. 113 yaşayan hastaya ulaşıldı fakat 110 hasta bu çalışmaya katılmayı kabul etti. Bu hastalar içerisinde 16'sı başvuru veya çalışma süresi esnasında nüksünün saptanması, kemoterapi ve/veya radyoterapi alması yada bu uygulama üzerinden en az bir ay geçmemiş olması nedeniyle inceleme dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan hastaların dağılımı şekil-6' da gösterilmiştir. Çalışma öncesi Fakülte Etik Kurulu onayı alındı (karar no:2007-15/19).



Şekil-6: Mide neoplazmı nedeniyle opere edilen ve yaşayan hastaların çalışmaya alınanların sayılarını gösteren şema.

Hastalara telefonla ve mektupla ulaşılarak polikliniğe çağırıldı ve hastalarla birebir yüz yüze görüşüldü. Hastaların lökosit, lenfosit, hemoglobin, trombosit, üre, kreatinin, kan elektrolitleri, bilirubin, AST, ALT, ALP, LDH, kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, VLDL, trigliserid, total protein, albumin, globulin, prealbumin, transferin ve tümör markerleri (CEA, AFP, CA 19-9, CA 15-3) istendi. Leptin düzeylerinin tespiti için kuru tüpe kan alındı ve biyokimya labaratuvarında serumu ayrıştırılarak -80 derecede saklandı.

Hastaların poliklinikte boyları ve kiloları ölçülerek BMI değerleri hesaplandı. Yaşam kalitelerini değerlendirmek için EORTC QLQ-C30 ve Troidl gastrik kanser skalası kullanıldı. Yaşam kalitesini değerlendiren skora sistemlerindeki sorular tarafımızca soruldu ve sonuçları kaydedildi. Ayrıca EORTC QLQ-C30 fonksiyonel skala ve semptom skalası olarak iki gruba ayrıldı ve hastaların her iki skala için değerleri hesaplandı. Her iki skala için ayrılan başlıklar ve soru numaraları tablo-2' de gösterilmiştir.

Tablo-2 : EORTC QLQ-C30 skala alt başlıkları

EORTC QLQ-C30	Soru numaraları
Fonksiyonel skala	
Fiziksel	1, 2, 3, 4, 5
Role	6, 7
Kognitif	20, 25
Emosyonel	21, 22, 23, 24
Sosyal	26, 27
Genel sağlık durumu	29, 30
Semptom skala	
Yorgunluk	10, 12, 18
AĞrı	9, 19
Bulantı ve kusma	14, 15
Dispne	8
Uyku durumu	11
İştah kaybı	13
Konstipasyon	16
Diyare	17
Finansal durum	28

EORTC QLQ-C30 anket formunun alt başlıkları olan fonksiyonel skala ve semptom skalasının içerikleri ve soru numaraları gösterilmiştir.

Hastaların dosya, operasyon ve patolojik kayıtları incelenerek yaş, cinsiyet, preoperatif kilo, boy, BMI, başvuru semptomları, ameliyat şekli,

ameliyata eklenen diğ er organ rezeksiyonları, postoperatif dönemde geliş en komplikasyonlar, tümör yerleş im yeri, tümör boyutu, duvar invazyon derecesi, çıkarılan toplam lenf bezi, metastatik lenf bezi sayısı, kemoterapi ve radyoterapi alıp almadıkları saptandı.

Yaş grupları 0-50, 51-70 ve 70 yaş üzeri şeklinde üç gruba ayrıldı. Ameliyat şekli total gastrektomi ve subtotal gastrektomi olarak iki gruba ayrıldı. Ek operasyon açısından splenektomi ve/veya distal pankreatektomi olarak iki gruba ayrıldı.

Postoperatif komplikasyonlar ciddi ve hastanede yatmayı gerektiren komplikasyonlar şeklinde; anostomoz kaçağı- intraabdominal abse, kanama, yara enfeksiyonu, kardiyopulmoner komplikasyonlar ve diğ erleri (pankreatit, brid ileus, üriner enfeksiyon) adı altında beş grupta toplandı.

Tümör yerleş im yeri kardiya ve fundusun oluşturduğu üst 1/3, korpusun oluşturduğu orta 1/3, antrumun oluşturduğu alt 1/3 ve diffüz olarak belirlendi. Tümör boyutu bizim çalışmamızda 0-4 cm, 4-10 cm ve 10 cm' den büyük tümörler şeklinde üç gruba ayrıldı. Olgular çıkartılan lenf nodülü sayısına göre 15'in altında, 15-25 arası ve 25'in üstünde olmak üzere üç grupta incelendi. Evrelemede UICC/AJCC 1997 5. basıma uygun olarak TNM sınıflaması kullanıldı. Metastatik lenf bezleri de hiç metastaz olmayanlar pN0, 1-6 arası lenf bezi metastazı olanlar pN1, 7-15 arası lenf bezi metastazı olanlar pN2 ve 15' den fazla lenf bezi metastazı olanlar pN3 olarak tanımlandı. İnvazyon derinliğini de aynı sınıflandırma kullanarak mukoza (m), submukoza (sm), muskularis propria (mp), subseroza (ss) ve serozaya (s) invaze tümörler olarak belirlendi.

SONUÇLARIN ANALİZİ

Tüm sonuçlar bir Excel formatı oluşturularak kaydedildi. Çalışmanın sonuçları üç ana başlık altında incelendi.

1-Olguların ameliyat sonrası süreçte yaşam kalitesi ile ilişkili olan bulguları, kilo ve nutrisyonel durumlarına ilişkin verilerin postoperatif süre ile olan değ iş iklikleri,

2- Perioperatif bulgular ve bu bulguların yaşam kalitesi skorlarına olan etkisi,
3-Olguların son kontrolleri esnasındaki bazı nutrisyonel parametreler ve yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişki araştırıldı.

Bu amaçla sonuçlar spearman korelasyonu, ki-kare testi ve t-testi kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel analizler ve grafikler Medcalc version 7.2.1.0 ve SPSS 13.0 for windows kullanılarak yapıldı. Sonuçlar aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak verildi. $P < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak belirlendi.

BULGULAR

Hasta Karakteristikleri

Çalışmaya alınan hastaların 58' i (% 61,7) erkek, 36' sı (% 38,3) kadındı. Erkek /kadın oranı 1,6 olarak bulundu. Hastaların yaşları 32 ile 79 arasında değişiyordu, yaş ortalamaları $59,2 \pm 11,8$ idi.

71 hasta ASA I, 19 hasta ASA II, 4 hasta ASA III idi. 10 hastada kardiyak problemler, 4 hastada diabetes mellitus, 4 hastada serebrovasküler hastalık, 3 hastada KOAH, 3 hasta başka bir malignite nedeniyle opere, 1 hastada guatr ve 1 hastada da Hepatit B mevcuttu.

50 hastaya (% 53,2) total gastrektomi, 44 hastaya (% 46,8) subtotal gastrektomi uygulandı. Mide rezeksiyonu ile beraber 12 hastaya (% 12,7) splenektomi, 2 hastaya (% 2,1) kolesistektomi, 1 hastaya (% 1,06) kolon rezeksiyonu ve 1 hastaya da (% 1,06) ince barsak rezeksiyonu yapılmıştı.

Hastaların hastanede kalış süresi ortalama 14 gündü (en kısa 5 gün- en uzun 51 gün). Postoperatif komplikasyon gelişen hastaların hastanede kalış süresi ortalama 22,4 gün iken komplikasyon gelişmeyen hastaların hastanede kalış süresi ortalama 10,9 gündü.

Çalışmaya alınan hastalarda postoperatif morbidite gelişmiş olanların oranı % 22,3 olarak tespit edildi. Postoperatif komplikasyon olarak 4'ünde kardiyopulmoner (miyokard infarktüsü, atelektazi), 4 hastada intraabdominal abse, 4 hastada derin cerrahi alan enfeksiyonu, 4 hastada ileus (1 hasta brid ileus nedeniyle ve 1 hastada J poş obstrüksiyonu nedeniyle reopere), 2 hastada anastomoz kaçağı, 1 hastada intraabdominal hemoraji, 1 hastada mide boşalım gecikmesi ve 1 hastada da pankreatit oluşmuştu.

Hastalarda tümörün yerleşim yeri: midenin alt 1/3' ü 38 hastada, orta 1/3' ü 40 hastada ve üst 1/3' ü 16 hastada tutulmuştu. Tümörün boyutu 43 hastada 0-4 cm, 47 hastada 4-10 cm ve 4 hastada 10 cm' in üzerindedi. Tümörün tipleri ise 55 hastada adenokarsinoma, 26 hastada taşlı yüzük hücreli karsinoma, 9 hastada stromal tümör ve 4 hastada lenfoma mevcuttu.

Tümörün invazyon derinliği 7 hastada mukoza, 12 hastada submukoza, 11 hastada m. propria, 11 hastada subseroza ve 53 hastada seroza saptandı. Çıkarılan lenf nodu sayısının dağılımı: 20 hastada 15' in altında, 27 hastada 15-25 arası ve 41 hastada 25' in üzerinde lenf nodu çıkarılmıştı. Metastatik lenf nodu sayısı 59 hastada PN0, 19 hastada pN1, 12 hastada pN2 ve 4 hastada pN3 olarak saptandı. Tümör evreleri ise 3 hasta evre 0, 19 hasta evre IA, 15 hasta evre IB, 21 hasta evre II, 20 hasta evre IIIA, 10 hasta evre IIIB ve 6 hasta evre IV idi.

Postoperatif Yaşam Kalitesi Değişiklikleri ve Nutrisyonel Parametrelerdeki Değişiklikler

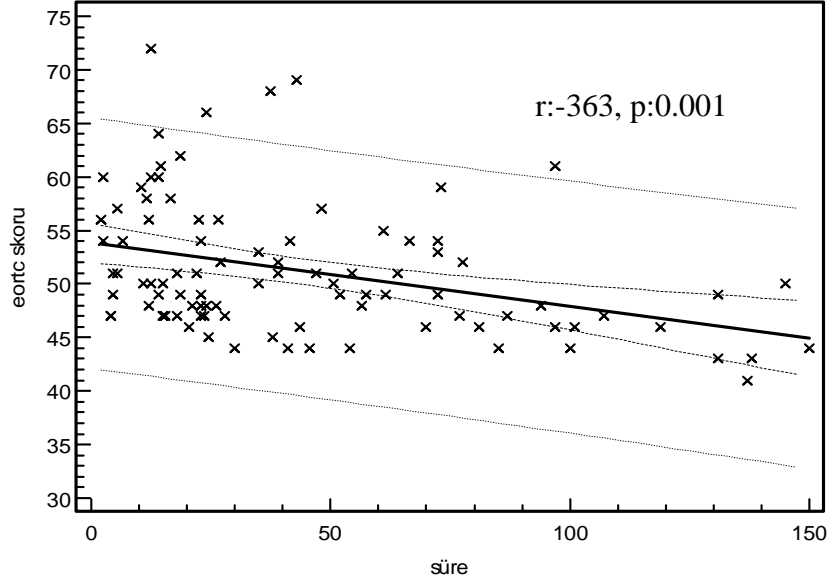
Postoperatif zaman ve kilo değişimi arasındaki ilişki incelendiğinde tüm zaman dilimleri içinde hem kilo hemde BMI açısından istatistiksel anlamlı farklılıklar görülmüştür. Her zaman periyodu için kilo kayıpları yaklaşık 5-6 kilo civarındadır, bu kayıp 2.yılıni tamamlamış hastalarda ortalama 3 kiloya kadar inmekle beraber istatistiksel olarak yinede anlamlıdır (Tablo-3).

Tablo-3: Hastaların postoperatif süre ile kilo ve bmi arasındaki ilişki.

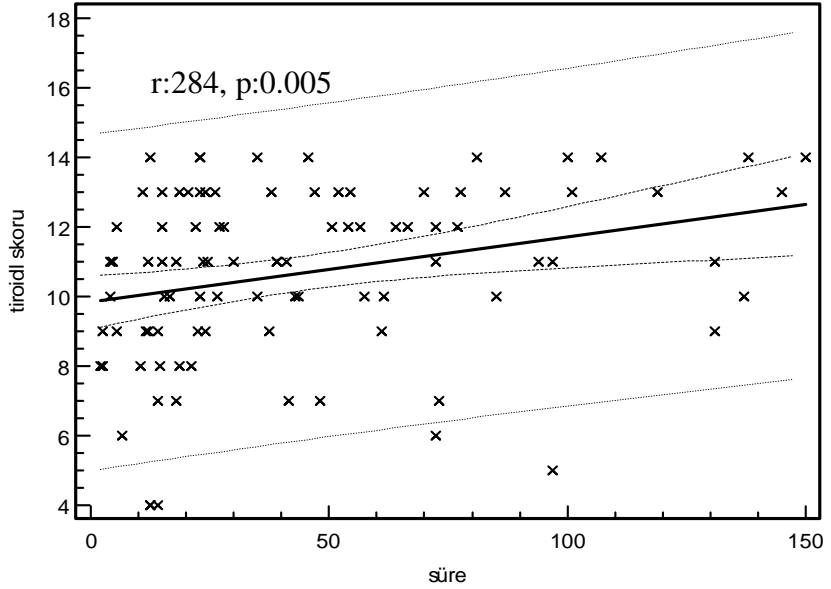
SÜRE	PREOP KİLO	KİLO	PREOP BMI	BMI
0-6 AY (n:9)	69,8 ± 7,4	64,7 ± 6,2	26 ± 3,03	20,0 ± 2,4
	P= 0,031		P= 0,001	
6-12 AY (n:7)	63,1 ± 14,0	57 ± 10,3	22,2 ± 3,5	16,9 ± 2,77
	P= 0,153		P= 0,003	
12-24 AY (n:27)	67,07 ± 14,5	61,7 ± 10,09	24,3 ± 5,1	18,5 ± 2,8
	P= 0,022		P= 0,000....	
>24 AY (n:51)	66,7 ± 14,0	63,7 ± 11,0	24,6 ± 5,0	19,3 ± 3,14
	P= 0,047		P= 0,000....	

Postoperatif süre ve yaşam kalite skorları arasındaki ilişki incelendiğinde süre ile EORTC QLQ C-30 skoru arasında negatif (r:-363, p:0.001), Troidl skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (r:284,

p:0.005).Yani postoperatif süre arttıkça yaşam kalitesi yükselmektedir(Şekil-7a ve Şekil-7b).



Şekil-7a: Süre ile EORTC QLQ C-30 skoru arasında negatif korelasyon mevcuttur, yani süre ilerledikçe hastaların aldığı EORTC QLQ C30 skorunun düştüğü görülmektedir.



Şekil-7b: Süre ile Troidl skoru arasında pozitif korelasyon mevcuttur, yani süre ilerledikçe hastaların aldığı Troidl skorunun yükseldiği görülmektedir.

Her iki yaşam kalitesi skorları incelendiğinde ikinci yılını tamamlamış olgularda yaşam kalitesi skorlarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. (Tablo-4).

Tablo-4: Süre ile her iki yaşam kalitesi arasındaki ilişki gösterilmiştir.

SÜRE	EORTC		TROIDL	
0-6 AY (n: 9)	54,6 ± 4,0	} P= 0,021	9,3 ± 2,4	} P= 0,030
6-12 AY (n: 7)	54,6 ± 8,0		9,4 ± 2,06	
12-24 AY (n: 27)	54,0 ± 8,5		9,7 ± 3,2	
> 24 AY (n: 51)	49,9 ± 5,7		11,3 ± 2,17	

Yaptığımız istatistiksel analizde yaş, cinsiyet, ek operasyon, ASA skoru, tümör invazyon derinliği, çıkarılan lenf nodu sayısı, tümör boyutu ve ameliyat tipinin yaşam kalitesini etkilemediği görüldü ($p>0,005$). Perioperatif faktörlerin yaşam kalitesi skorlarına olan etkisinin analizi tablo-5a ve tablo-5b' de gösterilmiştir.

Tablo-5a: İstatistiksel analizde yaşam kalitesine etkili olmayan faktörlerin sonuçları.

YAŞ	EORTC		TROIDL	
< 50 (n: 19)	51,3 ± 8,7	} P= 0,868	11,5 ± 2,8	} P= 0,117
50-70 (n: 56)	51,6 ± 6,4		10,4 ± 2,63	
>70 (n: 19)	52,4 ± 7,2	} P= 0,256	9,7 ± 2,27	} P= 0,677
CİNSİYET	EORTC		TROIDL	
KADIN (n: 36)	52,5 ± 6,1	} P= 0,42	10,7 ± 2,6	} P= 0,428
ERKEK (n: 58)	51,3 ± 7,6		10,2 ± 2,6	
EK OPERASYON	EORTC		TROIDL	
Splenektomi+ distal pankreatektomi (n: 14)	53,7 ± 9,8	} P= 0,249	9,9 ± 3,5	} P= 0,355
Hiç yok (n: 80)	51,3 ± 6,6		10,6 ± 2,5	
ASA	EORTC		TROIDL	
ASA 1 (n: 71)	51,2 ± 6,9	} P= 0,26	10,6 ± 2,6	} P= 0,59
ASA 2 (n: 19)	53,3 ± 7,6		10,3 ± 3,0	
ASA 3 (n: 4)	54,0 ± 8,5	} P= 0,45	9,7 ± 0,5	} P= 0,88
TÜMÖR İNVAZYON DERİNLİĞİ	EORTC		TROIDL	
T 1 (n: 21)	50,6 ± 4,2	} P= 0,123	11,2 ± 2,78	} P= 0,074
T 2 (n: 17)	54,2 ± 8,8		9,6 ± 2,65	
T 3 (n: 56)	51,5 ± 6,9	} P= 0,178	10,6 ± 2,6	} P= 0,16

Tablo-5b: İstatistiksel analizde yaşam kalitesine etkili olmayan faktörlerin sonuçları.

ÇIKARILAN LENF NODU SAYISI	EORTC		TROIDL	
0-15 (n: 20)	50,2 ± 7,04	} P=0,636	11,0 ± 3,5	} P=0,65
15-25 (n: 27)	51,0 ± 4,8		10,6 ± 2,3	
>25 (n: 41)	53,6 ± 8,54		10,1 ± 2,61	
TÜMÖR BOYUTU	EORTC		TROIDL	
0-4 cm (n: 43)	50,9 ± 5,9	} P=0,53	10,9 ± 2,6	} P=0,21
4-10 cm (n: 47)	51,7 ± 6,6		10,2 ± 2,3	
>10 cm (n: 4)	47,7 ± 2,5	} P=0,081	12,5 ± 1,29	} P=0,087
AMELİYAT TİPİ	EORTC		TROIDL	
TOTAL GASTREKTOMİ (n: 50)	51,8 ± 6,5	} P=0,299	10,2 ± 2,7	} P=0,075
SUBTOTAL GASTREKTOMİ (n: 44)	51,8 ± 6,5		11,15 ± 2,5	

Tümörün lokalizasyonuna göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi skorları arasında istatistiksel olarak fark saptanmazken TROIDL skorlamasında mide üst 1/3' üne yerleşen tümörlerin yaşam kaliteleri mide alt 1/3' üne yerleşen tümörlerin yaşam kalitelerinden daha düşük değerler aldı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p= 0,049). Yaptığımız çalışmada 15' in üzerinde metastatik lenf nodu olan 4 hastamız mevcuttu. Bu hastaların yaşam kaliteleri EORTC QLQ C30 skorlamasında yüksek değerler alırken TROIDL skorlamasında düşük değerler almıştı ve lenf nodu metastazı olmayan hastaların yaşam kalitesi skorları ile arasında istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu (EORTC QLQ-C30; p=0,001, TROIDL; p=0,012). Tümör lokalizasyonunun ve metastatik lenf nodu oranının yaşam kalitesi ile olan ilişkileri tablo-6' de gösterilmiştir.