

MƏDƏ XƏRÇƏNGİ

Mədə xərçəngi onkoloji xəstəliklərin ən çox rast gəlinən formasıdır və bütün lokalizasiyalı bədxassəli şişlərin 40 faizini təşkil edir. Mədə xərçəngi dünyada yayılmasına görə IV yerdə, ölümə səbəb olan bədxassəli şişlər içərisində isə II yerdə durur. Mədə xərçəngi çox vaxt mədənin distal hissəsində rast gəlinir.

Etiologiyası

Mədə xərçənginin etiologiyası və patogenezi tam aydınlaşdırılmayıb. Lakin bu xəstəliyin meydana gəlməsində bir sıra faktorlar aşkar olunub. Müəyyən edilib ki, kişilərdə bu xəstəlik qadınlara nisbətən 10-15 faiz çox rast gəlinir. Bunun kişilərin qadınlara nisbətən daha çox papiros çəkməsi və güclü alkohollu içkilərdən daha çox istifadə etməsi ilə əlaqələndirilir.

Müəyyən olunub ki, mədə xərçəngi ən çox 50 yaşından yuxarı

şəxslərdə rast gəlinir, lakin cavanlarda və uşaqlarda da ola bilər. Mədə xərçənginin əmələ gəlməsində irsi faktoru da qeyd etmək lazımdır.

Mədə xərçənginin əmələgəlmə tezliyi əhalinin qidalanma xüsusiyyətindən də asılıdır. Qida rasionunda qurudulmuş, ədviyyatlı yeməklər, çorəyin, pendirin, düyünün, isti xörəyin üstünlüyünün, tünd alkohollu içkilərin qəbulunun mədə xərçənginin daha tez inkişafına səbəb olması müəyyən edilib.

Qidasında sitrus meyvələri, tərəvəz, süd, mal əti, steril konservləşdirilmiş məhsullar olan digər əhali arasında mədə xərçənginə nisbətən az təsadüf edilir. Müntəzəm qidalanmayan əhali arasında mədə xərçənginə daha tez –tez təsadüf olunur.

Radioaktiv şüalanma mədə xərçənginə meyilliyi artırır. Mədə xərçənginin əmələ gəlməsində onkogen viruslarının da rolunu qeyd edirlər.

Mədə xərçənginin daha tez-tez rast gəlinən fonu mədənin sekretor çatışmazlığı ilə gedən *xronik atrofik gastritdir*. Mədənin selikli qişasının atrofiyası ilə müşayiət edilən B12-defistili anemiyalı

xəstələrin mədə xərçəngindən ölüm halları bu xəstəliyi olmayanlara nisbətən 3-20 dəfə çoxdur. Mədə polipləri 50 faiz hallarda bədxassəlik əldə edir. Xronik mədə xorası 1-20 faiz hallarda xərçəngə çevrilir.

Təsnifatı:

Böyümə xarakterinə görə, mədə xərçənginin aşağıdakı formaları ayırd edilir:

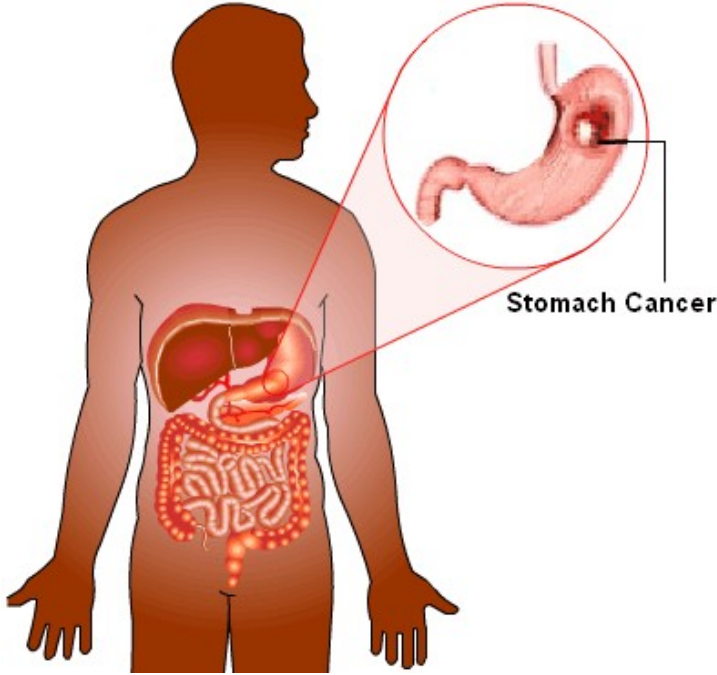
Polipəbənzər və ya göbələyəbənzər, mədə mənfəzinə ekzofit böyüyən xərçəng: şiş yavaş inkişaf edir, gec xoralaşır və metastaz verir;

Nəlbəkiyəbənzər, mərkəzi xoralaşan xərçəng, gec metastaz verir;

Daha tez-tez rast gəlinən **infiltrativ xoralı xərçəng**;

Diffuz infiltrativ xərçəng.

Son iki forma daha tez böyüyür və daha erkən çoxsaylı metastaz verir.



Mədə xərçənginin beynəlxalq histoloji təsnifatına görə, *diferensiasiya olunmamış, yastı hüceyrəli, vəzili* ayırd edilir. Vəzili xərçəng diferensiasiya olunmuş və ya diferensiasiya olunmayan ola bilər. Diferensiasiya olunmamış xərçəng – solid, sirroz, üzüyəbənzər olur. Şiş ən çox mədənin çıxacağı nahiyəsində, ən az kiçik əyrilikdə və kardial şöbədə, daha az ön və arxa divarında, böyük əyrilikdə və mədə dibi nahiyədə lokalizə olunur.

Metastaz qan və limfa damarları ilə regional düyünlərə (kiçik piylik, böyük piylik), sol körpücüküstü limfatik düyünlərə, qadınlarda yumurtalıqıara (Krubenberq metastazı), qaraciyərə, fəqərəyə, qarınarxası limfatik düyünlərə, az hallarda sümüklərə və başqa orqanlara yayılır.

Mədə xərçənginin 4 mərhələsi ayırd edilir:

I mərhələ - şişin diametri 2 sm, yalnız selikli və selikaltı qata yayılmış, metastaz verməmişdir.

II mərhələ - şişin diametri 4-5 sm, selikaltı və əzələ qatına inkişaf edir.

III mərhələ - şiş mədənin seroz və serozaltı qatına infiltrasiya edir, qonşu orqanlara doğru inkişaf edir, regional limfa düyünlərinə çoxlu metastaz, müxtəlif ağırlaşmalar verir.

IV mərhələ - xərçəng şişi istənilən ölçüdə olub, uzaq orqanlara metastaz verir.

Simptomlar :

Mədə xərçəngi zamanı müşahidə olunan simptomlar bir tərəfdən xərçəng toxumasının parçalanması nəticəsində əmələ gələn toksinlərin qanyaradıcı aparata toksik təsiri, digər tərəfdən hemopoetik faktorun olmaması nəticəsində meydana çıxır. Anemiyanın, arıqlamanın və bəzi nevrit əlamətlərinin patogenetik təhlili bu cürdür.

Mədə xərçənginin digər simptomları xərçəngin lokalizasiyası ilə şərtlənir. Məsələn, xərçəng mədənin çıxacaq hissəsinin yaxınlığında inkişaf edərsə, stenoz verir, onun da nəticəsində arasıkəsilməyən qusmalar, qida durğunluğu, mədənin genişlənməsi, sancışəkili ağrılar və s. meydana çıxır.

Əlamətlər:

Mədə xərçənginin:

1. **Erkən dövrü.**
2. **Xəstəliyin klinik əlamətlərinin meydana çıxması dövrü.**
3. **Terminal dövrü ayırd edilir.**

Erkən mərhələdə xəstələr zəiflikdən, tez yorulmadan, iştahanın azalmasından, ətli qidaya qarşı ikrah hissindən, bəzən ağızdan xoşagəlməz daddan, tez-tez lax yumurta iyi verən gəyirmədən, mədə nahiyəsində ağırlıqdan, mədə diskomfortundan, səbəbsiz arıqlamadan şikayət edirlər ki, bunlar da Savitski tərəfindən kiçik əlamətlər sindromu adlandırılıb.

Klinik əlamətlərin təzahür etmə dövründə xəstələrin əsas şikayətləri aşağıdakılardır:

Epiqastral nahiyədə daimi və ya qida qəbulundan sonra baş verən, xora ağrılarını xatırladan deşici xarakterli ağrı;

Getdikcə artan arıqlama;

Ürəkbulanma və qusma, bəzi hallarda qusuntu kütləsində qanın olması, çıxacağın stenozlaşması və mədə möhtəviyyatının onikibarmaq bağırsağa evakuasiyasının pozulması nəticəsində mədənin tez dolması hissiyatı;

Anemiyaya gətirib çıxaran xronik mədə qanaxması;

Səbəbsiz uzunmüddətli qızdırma.

Mədə xərçənginin latent (bütün simptomların uzun müddət olması) və ağrısız (yalnız kiçik əlamətlər sindromu) formaları da ayırd edilir.

Mədənin kardial və fundal lokalizasiyalı şişlərində olan ağrı stenokardiyanı xatırladır. Bir sıra hallarda ilkin klinik əlamətlər metastazlarla əlaqədar meydana çıxır. Ümumi baxışda dəri ötüyünün solğunluğu və ya torpaq rəngində olması aşkar edilir. Palpator olaraq epiqastral nahiyədə qarının ön divarı əzələlərinin gərginliyi və ağrılı

olması, bəzən isə həmin nahiyədə dairəvi bərk törəmənin əllənməsi müşahidə olunur. Bəzi xəstəliklərdə uzaq metastazlar aşkar edilir. Məsələn, sol körpücüküstü nahiyədə böyümüş limfa düyünləri və ya qeyri-bərabər böyümüş qaraciyər palpasiya olunur.

Diaqnoz:

Başlıca olaraq rentgenoloji müayinəyə və gastroduodenoskopiya əsaslanır. Qastroskopiya şişin xarakterini onun lokalizasiyasını böyümə formasını yayılmasını təyin etməyə imkan verir. Həm də bu zaman biopsiya üçün material almaq imkan olur. Şişin dağılması və mədə qanaxmaları hallarında laborator müayinə zamanı mədə xərçəngi olan xəstələrdə anemiya müşahidə edilir. Buna görə nəcisin gizli qan sınağına reaksiya (+) olur. EÇS 50-70 mm/saata qədər artır, mədə şirəsində xlorid turşusu olmur.

Müalicə: Mede xercenginin esas radikal müalicesi cərrahi müalicedir. Lakin xəstələrin ekseriyyəti gecikmiş dövrdə onkoloqə müraciət etdiyindən hadisələrin 47-74%-də proses inkurabel olur. Mede xercenginə görə aparılmış kurrativ cərrahi emeliyyatlar əsasən medenin subtotal rezeksiyasından və qastrektomiyadan ibarətdir. Medenin aşağı 1/3 hissəsindən inkisaf edən xercəng hadisələrində subtotal rezeksiya, orta və yuxarı 1/3 hissəsinin xercəngində isə qastrektomiya aparılır. Bir sətərlə ki, sisin makroskopik sərhədindən ekzofit sislərdə proksimal istiqamətdə ən azı 5 sm, endofit sislərdə isə 7 sm aralanmaq olsun. Xercəngin differensiasiya dərəcəsinə görə emeliyyatın forması seçilir, bəleki, az differensiasiya etmiş xercəng hadisələrində daha geniş həcmli emeliyyatlardan istifadə edilir.

Bir sıra ölkələrdə erkən mede xercəngi hadisələrinin tezliyinin yüksəlməsi ilə əlaqədar bəzi tədqiqatçılar xercəngin bu mərhələsində pilorus qoruyucu mede rezeksiyasının (PQMR) aparılmasını tövsiyə edirlər. Bu emeliyyat pilorusun 1.5 sm saxlanılması ilə xarakterizə olunur. Tədqiqatçılar PQMR-in ağırlaşmalarının medenin subtotal rezeksiyası və qastrektomiyadan əhəmiyyətli dərəcədə az olduğunu qeyd edirlər. PQMR-ə göstərişlər:

1. preoperativ müəyyən edilmiş cənsər in situ
2. medenin distal 1/3-nin maksimal ölçüsü 20 mm olan qabarıq görüntülü, yaxud <10 mm olan qabarıq və xoralmış və ya çökük xercəng hadisələri
3. medenin orta 1/3-nin <40 mm qabarıq, yaxud <20 mm qabarıq və xoralmış, yaxud çökük xercəng hadisələri

Son illər bir sıra mütəxəssislər endoskopik mukozal rezeksiyanın (EMR) üstünlüklərini qeyd edirlər. Emeliyyatdan əvvəl sisin mede divarına invaziya dərəcəsi və regional limfa duyunlarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün xəstələr endoskopik ultrasəs müayinəsindən keçirilir. Emeliyyat zamanı sis ezele qatına qədər elektrikoaqulyatorla kəsilib götürülür. Xaric edilmiş preparatın histoloji müayinəsi zamanı selikalti qatına invaziya aşkar edilərsə, mede rezeksiyası planlaşdırılır. Endoskopik müayinədən sonra 5 illik yaşama göstəricisi 86% təşkil edir ki, bu da standart cərrahi emeliyyatlardan sonrakı göstəricilərə uyğundur.

Xercəngi I-III mərhələsində, eyni zamanda yerli yayılmış mede xercənginin IV mərhələsində esas cərrahi müalicə üsulu medenin subtotal rezeksiyası və qastrektomiyadır.

QEYD: sisin multisenrik inkisafı mümkün luyunu və sis hüceyrələrinin sisin görünən sərhədindən kənara yayılması imkanlarını nəzərə alaraq, hətta kiçik ölçülü sislər zamanı kiçik həcmli rezeksiyaların aparılması yol verilməzdir. Yalnız erkən mede xercəngi istisna təşkil edir ki, bu zaman kiçik həcmli operasiyalar, o cümlədən endoskopik rezeksiya aparıla bilər.

Medenin distal subtotal rezeksiyası-zamanı kiçik eyrilik qida borusundan 1-1,5 sm aşağıda, böyük eyrilik isə daləğin aşağı qutbu səviyyəsində kəsilir. Distal istiqamətdə kəsik xətti mede çıxacağından 1-1,5 sm aşağıda, oniki barmaq bağırsaqdan keçir. Mede xercənginə görə aparılan radikal cərrahi emeliyyatlar zamanı regional limfa duyunlarının xaric edilməsi məqsədilə mede rezeksiyası ilə bərabər kiçik və böyük piylikdə kəsilib götürülməli, sol mede arteriyası bilavasitə qarın kotuyundan ayrılan yerdə bağlanıb kəsilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, mede xercəngi zamanı metastazlar tek regional limfa duyunlarında deyil, həm də bəzən qarın boşluğunun digər limfa

duyunleri qruplarinda ve peritonarxasi limfa duyunlerindedede teyin edilir.Buna gore,son iller pankreatik,pankreatoduodenal,qaraciyer,paraaortal ve diger limfa duyunleri qruplarinin diseksiyasi ile tamamlanan radikal cerrahi emeliyyatlara genis yer verilir.

Mede rezeksiyasi zamani hansı qrup limfa duyunlerinin xaric edilmesinden asili olaraq,limfadenektomiyanin hecmi asagidaki kimi mueyyenlesdirilir

D0(dissectio sozunden goturulub,limfadiseksiyani xarakterize edir)-regionar limfa duyunlerinin xaric edilmemesi ve ya periqastral limfa duyunlerinin (1-6) tam xaric edilmemesi

D1-standart limfodiseksiya;periqastral limfa duyunlerinin (yeni 1-6ci qrup ve ya N1 kateqoriyasina aid limfa duyunlerin) xaric edilmesi

D2-genislendirilmis limfadiseksiya olub,periqastral limfa duyunleri ile yanasi,sol mede arteriyasi boyunca (7),umumi qaraciyer arteriyasi boyunca (8),qarin kotuyu boyunca (9),dalaq qapisinda (10) ve dalaq arteriyasi boyunca (11)yerlesen limfa duyunlerinin ve ya N1 ve N2 kateqoriyasina aid limfa duyunlrinin) xaric edilmesidir

D3-genislendirilmis limfodiseksiya olub,elave olaraq qaraciyer-onikibarmaq bagirsaq baginda yerlesen (12),medealti vezinin arxasinda yerlesen (13) ve yuxari musariqe damarlari boyunca yerlesen (14) limfa duyunlerinin xaric edilmesedir

D4-yukse genislendirilmis limfodiseksiya olub,elave olaraq cenberbagirsagin orta arteriyasi boyunca yerlesen (15) ve paraaortal (16) limfa duyunlerinin xaric edilmesidir

Mede rezeksiyasi icra olunduqdan sonra mede gudulu ile nazik bagirsaq arasinda gastroenteroanastomoz Bilrot-II usulunun variantlarından biri ile qoyulur.Son iller Vitebsk usulu ile antirefluks anastomozunun qoyulmasına ustunluk verilir.Bu modifikasiyada nazik bagirsagin divari kondelen istiqametde kesilirki,bu zaman odun mede gudulune refluksunun qarşisi alinir

Asagi qutbu mede bucagından distal hisseye kecmeyen medenin yuxari 1/3 hissesinin ekzofit xercengi zamani icra edilen subtotal rezeksiya emeliyyati medenin proksimal rezeksiyasi ve ya kardiyenin rezeksiyasi adlanir.Bu emeliyyatin mahiyyeti medenin yuxari 1/3 hissesinin kesilib goturulmesinden ve onun qalan hissesi ile qida borusu arasinda gastroezofoqoanastomozun yaradilmasından ibaretdir.Proksimal rezeksiya xetti sisin yuxari serhedinden en azi 3-5 sm arali,qida borusundan kecir.Distal istiqametde ise medenin kicik eyriliyi tamamilə ,on ve arxa divarlari ise sisin serhedinden 5 sm asagidan kesilir.

Mede xercenginin infiltrativ formalari(endofit xerceng),elece de mede bucagından her iki terefe cixan boyuk olculu ekzofit sisler zamani qastrektomiya emeliyyati aparilir.Qastrektomiya zamani mede boyuk ve kicik piylik ve onların terkiibinde olan limfa duyunleri ile birlikdexaric edilir.Kesik xetti proksimal hissede qida borusundan,distal hissede ise onikibarmaq bagirsaqdan kecir.Sis medenin orta ve yuxari hisselerinde yerlesdikde emeliyyat laparotomiya ile,qida borusuna kecdikde ise transtorokal yolla icra edilir.Qastroktemiyadan sonra qida borusu ile nazik bagirsaq arasinda anastomozun (ezofaqoyeyunoanastomoz-RU,Sletter,Davidov,Petrovski ve s.) qoyulması zamani asagidaki sertlere emel olunmalidir.

- ⊗ Anastomozun her iki terefi kifayet derecede qan techizati ile temin olunmalı
- ⊗ Tikisler dartılmadan qoyulmalı
- ⊗ Tikis xetti adekvat qan dovranına malik toxuma tikesi ile ortulmelidir

Sis qonsu orqan ve toxumalara sirayet etdikde kombineedilmis operasiyalar tetbiq edilir.Operasiya zamani medenin rezeksiya olunan hissesi ile qonsu orqanın zedelenmiş sahesi(qaraciyerin sol payi,kondelencenber bagirsaq ve s.), boyuk ve kicik piyliklerle

birlikde xaric edilir.Mede xercenginın gecikmis merhelelerinde (sis yerli olaraq genis yayildiqda ve uzaq orqanlarda metastaz askar edildikde) radikal cerrahi emeliyyat aparmaq olmur.Beke hallarda 197

bezen olum uzaq metastazlarla deyil, sisin perforasiyasi, stenoza ve qanaxma kimi aqirlasmalarla elaqedar bas verir. Buna gore mede xercenginin gecikmis formalarinda aqirlasmalarla elaqedar palliativ operasiyalarin aparilmasina zeruret yaranir. Bele hallarda veziyyetden asili olaraq medenin palliativ rezeksiyasi, gastroenteroanastomozun qoyulmasi, kardiyanin intubasiyasi, gastrostomiya ve yeyunostomiya kimi emeliyyatlar aparilir. Gecikmis mede xercengi zamani icra olunan palliativ operasiyalar xesteliyin proqnozuna musbet tesir gostermesede, xestenin ezablarini yungullesdirir, heyat keyfiyyetini ve yasama gostericilerini nisbeten yaxsilasdirir.

Mede xercenginin aqirlasmalari zamani cerrahi mudaxilenin hecmi konkret veziyyetden ve aqirlasmanin novunden asili olaraq mueyyen edilir.

Mede divarinin perforasiyasi tecili cerrahi emeliyyata mutleq gosterisdir. Perforasiya zamani cerrahi taktikanin secilmesi cetin meseledir. Bezen operasiya zamani perforasiyanin xercengle elaqedar olmasini mueyyenlesdirmek mumkun olmur ve bele hallarda operasiya xoranın perforasiyasinda oldugu kimi, deliyn tikilmesi ile basa catdirilir. Perforasiya zamani adekvat operasiya novu medenin subtotal rezeksiyasi ve ya qastrektomiyadir. Perforasiya zamani aparilan cerrahi emeliyyatlar palliativ ve ya radikal xarakter dasiya biler. Xestenin qeyri-operabel hallarinda, lakin sis hereketli olduqda, medenin palliativ rezeksiyasinin aparilmasi meqsedeuygundur. Sis hereketsiz olduqda, elece de xestenin umumi veziyyeti agir olduqda ve yayilmis peritonit zamani perforasiya deliynin tikilmesi aparilir.

Mede xercenginin etraf orqanlara invaziyasi zamani radikal rezeksiyanin icrasi mumkun olmur ve kombineedilmis emeliyyatlar icra edilir.

Mede cixacaginin stenoza ile aqirlasan xerceng zamani rezektabel sislerde medenin distal subtotal rezeksiyasi ve ya qastrektomiya aparilir, xeste qeyri-operabel veziyyetde olduqda ise gastroenteroanastomoz qoyulur.

Mede xercengi zamani disfagiya musahide edildikde, disfagiyanı aradan qaldirmaq meqsedile kardiyanin intubasiyasi (buna kardiyanin rekanalizasiyasida deyilir) aparilir. Bu emeliyyati aparmaq mumkun olmadiqda ise xesteni acliqdan xilas etmek meqsedile gastrostoma ve ya yeyunostoma qoyulur.

Kimyevi terapiya- adeten qeyri operabel xestelerde, sisin gecikmis merhelelerinde ve qeyri radikal operasiyalardan sonra aparilir. Esasen kombineedilmis terapiyadan istifade edilir.

Monokimyevi terapiya en cox fluorurasil ve ftorafur preparatlari ile asagidaki qaydada aparilir

1. Fluorurasil -500-600mq/m² dozada, venadaxiline her gun ve ya gun asiri. Mualice kursu erzinde cemi 5 q yeridilir. Kurs mualice cemi 4-6hefteden sonra tekrarlanir

2. Ftorafur-800-1000 mq/m² dozada venadaxiline. Mualice kursu erzinde 25-30 q preparat yeridilir. Mualice kursu 4 hefteden sonra tekrarlanir

Mede xercengi zamani en cox asagidaki polikimyevi terapiya sxemleri tetbiq edilir.

1) EAP sxemi

⊕ Doksorubisin- 20 mq/m² dozada, venadaxiline, 1ci ve 7ci gunler

Sis-platin-40mq/m² dozada, venadaxiline, damci usulu ile 2 ve 8ci gunler

Etopozid- 100mq/m² dozada, venadaxiline, damci usulu ile 4,5,6ci gunler

Mualice kursu her 4 hefteden bir tekrarlanir

2)ELF sxemi

Etopozid-120mq/m² dozada,50 deqiqelik venadaxiline infuziya seklinde,1,2 ve 3cu gunler

Leykovorin- 150mq/m² dozada,etopozidin yeridilmesinden sonra 10 deqiqelik venadaxili infuziya seklinde,1,2 ve 3cu gunler

⊗ Fluorurasil-500mq/m² dozada,10 deqiqelik venadaxili infuziya seklinde,1,2 ve 3cu gunler

Mualice kursu her 3 hefteden bir tekrarlanir

3)MEP sxemi

Mitomisin-5mq/m² dozada,venadaxiline,1ci ve 7ci gunler

Etopozid-100mq/m² dozada,venadaxiline,4cu ve 5ci gunler

Sis-platin-40mq/m² dozada,venadaxiline 1ci ve 8ci gunler

Mualice kursu 1aydan bir tekrarlanir

4)IP sxemi

⊗ Irinotekan-60mq/m² dozada,venadaxiline,1ci gun

Sis-platin-30mq/m² dozada,venadaxiline,1ci gun
mualice kursu 2 hefteden bir tekrarlanir

5)DP sxemi

Dosetaksel-60-75mq/m² dozada,venadaxiline,1ci gun

Sis-platin-60-80mq/m² dozada,venadaxiline,1ci gun

Mualice kursu 1 aydan bir tekrarlanir

Sisin periton qisasina disseminasiyasi ve assit zamani assitik mayenin toplanmasini lengitmek meqsedile sitostatikler qarın bosluguna yeridilir.Bu meqsedle,sis-platin,bleomisin ve TioTEF-den istifade edilir

Sua mualicesi serbest mualice usuli kimi tetbiq edilir

Sua müalicəsi

Sua mualicesi serbest mualice usuli kimi tetbiq edilmir.ABS-da aparılan tetqiqatlar neticesinde,adyuvant sua mualicesinin,operasiyadan sonraki 5 illik yasama gostericisine tesir gostermediyi mueyyen edilmisdir.Lakin P.A.Gertsen adina METOI-de aparılan tetqiqatlar radioterapiyanın operasyonu dovrdə tetbiqinin musbet effekt verdiyini,bu zaman sisin rezektabelliyini 22% artirdigini ve 5- ve 10-illik yasama gostericisini artirdigini gostermisdir