



4. TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ

21-25 Mart 2012 • Cornelia Diamond Hotel, Antalya

KONUŞMA METİNLERİ VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

KONGREYE DAVET.....	4
KURULLAR.....	5-6
BİLİMSEL PROGRAM.....	7
KONUŞMA METİNLERİ.....	12
SEÇİLMİŞ SÖZEL BİLDİRİLER.....	102
SÖZEL BİLDİRİLER.....	108
HEMŞİRE SÖZEL BİLDİRİLER.....	133
POSTER BİLDİRİLER.....	140
İNDEKS.....	305
FİRMALAR.....	315

KONGREYE DAVET

Tıbbi Onkoloji Derneği olarak 4. Tıbbi Onkoloji Kongresi'ni 21-25 Mart 2012 tarihleri arasında Antalya, Cornelia Diamond Otel'de düzenliyoruz.

İki yılda bir tekrarladığımız bu kongremizde, bir önceki kongremizde aldığımız olumlu geri bildirimler ve öneriler doğrultusunda bu yıl da bilimsel, eğitimsel ve sosyal açıdan kapsamlı ve doyurucu bir program hazırlıyoruz. Tıbbi Onkoloji Kongresi, önemli bilimsel gelişmeleri gözden geçireceğimiz, bilgi ve görüşlerimizi paylaşacağımız, yaptığımız bilimsel çalışmaları ve onkolojideki bazı ulusal sorunlarımızı tartışacağımız bir platform olacaktır.

Onkoloji alanında çalışan tüm meslektaşlarımızı, onkoloji hemşirelerimizi ve diğer sağlık çalışanlarımızı 4. Tıbbi Onkoloji Kongresi'nde bir arada görmek bizleri mutlu edecektir.

Sevgi ve Saygılarımla

Prof. Dr. Şuayib YALÇIN
Tıbbi Onkoloji Derneği Başkanı

Tıbbi Onkoloji Derneği Yönetim Kurulu

Başkan: Prof. Dr. Şuayib Yalçın

Başkan Yardımcısı: Prof. Dr. Pınar Saip

G.Sekreter: Doç. Dr. Mustafa Erman

Sayman: Doç. Dr. Mahmut Gümüş

Üyeler :

Prof. Dr. Ahmet Demirkazık
Prof. Dr. Abdurrahman Işıkdöğün
Prof. Dr. Mustafa Benekli
Prof. Dr. Celalettin Camcı
Doç. Dr. Berna Öksüzöğlü

Tıbbi Onkoloji Kongresi Bilimsel Kurulu

Prof. Dr. Şuayib Yalçın
Doç. Dr. Mustafa Erman
Prof. Dr. Dilek Dinçol
Prof. Dr. Fulden Yumuk
Prof. Dr. Bülent Karabulut
Doç. Dr. Güngör Utkan
Doç. Dr. Hüseyin Abalı
Doç. Dr. Güzin Demirağ
Uz. Dr. Cumhur Demir
Dr. İbrahim Petekkaya

Tıbbi Onkoloji Kongresi Bilimsel

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Abdurrahman Işıkdöğün
Prof. Dr. Adnan Aydinler
Prof. Dr. Ahmet Demirkazık
Prof. Dr. Ahmet Özet
Prof. Dr. Alev Turker
Prof. Dr. Ali Arıcan
Prof. Dr. Alper Sevinç
Prof. Dr. Ayşe Kars
Prof. Dr. Aytuğ Üner
Prof. Dr. Aziz Yazar
Prof. Dr. Başol Tekin
Prof. Dr. Berksoy Şahin
Prof. Dr. Binnaz Demirkan
Prof. Dr. Burak Şakar
Prof. Dr. Bülent Berkarda
Prof. Dr. Bülent Orhan
Prof. Dr. Bülent Karabulut
Prof. Dr. Cavit Çehrelil
Prof. Dr. Celalettin Camcı
Prof. Dr. Cem Börüban
Prof. Dr. Çiğdem Papila
Prof. Dr. Çoşkun Tecimer
Prof. Dr. Dilek Dinçol
Prof. Dr. Dinçer Fırat
Prof. Dr. Faruk Taş
Prof. Dr. Mert Başaran
Prof. Dr. Nakiye Öztürk
Prof. Dr. Erdem Göker
Prof. Dr. Erhan Gökmen
Prof. Dr. Erkan Topuz
Prof. Dr. Ertuğrul Seyrek
Prof. Dr. Evin Büyükcinal

Prof. Dr. Evren Özdemir
Prof. Dr. Faruk Aykan
Prof. Dr. Fazıl Aydın
Prof. Dr. Feyyaz Özdemir
Prof. Dr. Fikret Arpacı
Prof. Dr. Fikri İçli
Prof. Dr. Fuat Demirelli
Prof. Dr. Gökhan Demir
Prof. Dr. Gökhan Kandemir
Prof. Dr. Gül Başaran
Prof. Dr. Gülten Tekuzman
Prof. Dr. Hakan Akbulut
Prof. Dr. Hakan Bozcuk
Prof. Dr. Haluk Onat
Prof. Dr. Handan Onur
Prof. Dr. Hüseyin Abalı
Prof. Dr. İbrahim Gullu
Prof. Dr. İbrahim Barista
Prof. Dr. İdris Yücel
Prof. Dr. İlhan Öztöpl
Prof. Dr. İsmail Celik
Prof. Dr. Kadri Altundağ
Prof. Dr. Kazım Uygun
Prof. Dr. Mehmet Alakavuklar
Prof. Dr. Melek Erkişil
Prof. Dr. Metin Özkan
Prof. Dr. (ŞEF) Mustafa Altınbaş
Prof. Dr. Mustafa Özdoğün
Prof. Dr. Mustafa Özgüröğlü
Prof. Dr. Mustafa Yaylacı
Prof. Dr. Mustafa Benekli
Prof. Dr. Nazan Günel
Prof. Dr. Necdet Üskent
Prof. Dr. Nezir Meydan
Prof. Dr. Nil Mandel
Prof. Dr. Nilüfer Guler
Prof. Dr. (ŞEF) Nurullah Zengin
Prof. Dr. Oğuz Kara
Prof. Dr. Orhan Türken
Prof. Dr. Osman Manavoğlü
Prof. Dr. Özden Altundağ
Prof. Dr. Özgür Özyılkan
Prof. Dr. Özlem Er
Prof. Dr. Pınar Saip
Prof. Dr. Rüçhan Uslu
Prof. Dr. Sabri Barutça
Prof. Dr. Salahattin Sanal
Prof. Dr. Semra Paydaş
Prof. Dr. Sevil Bavbek
Prof. Dr. Sezai Vatansever
Prof. Dr. Süheyla Serdengeçti
Prof. Dr. Süleyman Büyükberber
Prof. Dr. Şenol Coşkun
Prof. Dr. Şeref Kömürccü
Prof. Dr. Şuayib Yalçin
Prof. Dr. Yeşim Eralp
Prof. Dr. Taner Demirer
Prof. Dr. Türkcın Evrensel
Prof. Dr. Uğur Coşkun

Prof. Dr. Uğur Yılmaz
Prof. Dr. Ulus Ali Şanlı
Prof. Dr. Yavuz Ozisik
Prof. Dr. Zafer Akçalı
Doç. Dr. Abdullah Büyükçelick
Doç. Dr. Andaç Argon
Doç. Dr. Arzu Yaren
Doç. Dr. Aslı Selmin Ataerğün
Doç. Dr. Aziz Karaoğlü
Doç. Dr. Başak Oyan Uluç
Doç. Dr. Bekir Öztürk
Doç. Dr. (ŞEF) Berna Öksüzöğlü
Doç. Dr. Burhan Hazar
Doç. Dr. Bülent Yalçın
Doç. Dr. Duygu Derin
Doç. Dr. Ender Kurt
Doç. Dr. Filiz Çay Şenler
Doç. Dr. Gamze Göksel
Doç. Dr. Güngör Utkan
Doç. Dr. Güzin Demirağ
Doç. Dr. Hacı Mehmet Türk
Doç. Dr. Hakan Karagöl
Doç. Dr. Halil Kavgacı
Doç. Dr. Hüseyin Engin
Doç. Dr. Işıl Somalı
Doç. Dr. İbrahim Tek
Doç. Dr. İrfan Çiçin
Doç. Dr. Mahmut Gümüş
Doç. Dr. Mahmut İlhan
Doç. Dr. Mehmet Artaç
Doç. Dr. Murat Arslan
Doç. Dr. Murat Dinçer
Doç. Dr. Murat Koçer
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Doç. Dr. Mustafa Erman
Doç. Dr. Mutlu Demiray
Doç. Dr. Neşe Güney
Doç. Dr. Oğuz Bilgi
Doç. Dr. Okan Kuzhan
Doç. Dr. Oktay Tarhan (ŞEF)
Doç. Dr. Orhan Şencan
Doç. Dr. Ali Osman Kaya
Doç. Dr. Ömer Dizdar
Doç. Dr. Özkan Kanat
Doç. Dr. Özlem Ata
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap
Doç. Dr. Sercan Aksoy
Doç. Dr. Sezer Sağlam
Doç. Dr. Sinan Yavuz
Doç. Dr. Süleyman Alıcı
Doç. Dr. Taflan Salepci
Doç. Dr. Tamer Elkıran
Doç. Dr. Tuğba Yavuzşen
Doç. Dr. Mustafa Yıldız (ŞEF)
Doç. Dr. Zeki Üstüner
Doç. Dr. Zeynep Hande Turna
Uzm. Dr. (ŞEF). (III. Dahiliye Şefi)
Mehmet Aliustaoğlü
Doç. Dr. (ŞEF) Necati Alkiş

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Prof. Dr. Şuayib Yalçın (Başkan)
Prof. Dr. Abdurrahman Işıkdoğan
Prof. Dr. Ahmet Demirkazık
Prof. Dr. Ahmet Özet
Prof. Dr. Bülent Karabulut
Prof. Dr. Celalettin Camcı
Prof. Dr. Dilek Dinçol
Prof. Dr. Emin Kansu
Prof. Dr. Erdem Göker
Prof. Dr. Erhan Gökmen
Prof. Dr. Evren Özdemir
Prof. Dr. Feyyaz Özdemir
Prof. Dr. Fikret Arpacı
Prof. Dr. Gökhan Demir
Prof. Dr. Gül Başaran
Prof. Dr. Hakan Akbulut
Prof. Dr. Hakan Bozcuk
Prof. Dr. İbrahim Barışta
Prof. Dr. İbrahim Güllü
Prof. Dr. İsmail Çelik
Prof. Dr. Kadri Altundağ
Prof. Dr. Mert Başaran
Prof. Dr. Mustafa Benekli
Prof. Dr. Mustafa Özgüroğlu
Prof. Dr. Nil Molinas Mandel
Prof. Dr. Nilüfer Güler
Prof. Dr. Özgür Özyılkan
Prof. Dr. Özlem Er
Prof. Dr. Pınar Saip
Prof. Dr. Semra Paydaş
Prof. Dr. Sevil Bavbek
Prof. Dr. Şeref Kömürcü
Prof. Dr. Uğur Yılmaz
Prof. Dr. Yeşim Eralp
Doç. Dr. Arzu Yaren
Doç. Dr. Başak Oyan Uluç
Doç. Dr. Berna Öksüzoğlu
Doç. Dr. Bülent Yalçın
Doç. Dr. Ender Kurt
Doç. Dr. Filiz Çay Şenler
Doç. Dr. Halil Kavgacı
Doç. Dr. Hande Turna
Doç. Dr. Hasan Şenol Çoşkun
Doç. Dr. Hüseyin Abalı
Doç. Dr. İlhan Öztıp
Doç. Dr. Mahmut Gümüş
Doç. Dr. Mustafa Erman
Doç. Dr. Ömer Dizdar
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap
Doç. Dr. Tuğba Yavuzşen
Hemşire Sevcan Atay
Hemşire Sevgi Erdal

21 MART 2012, KURSLAR

TOPAZ ERİŞKİNLERDE KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON

09:30 - 10:15	Temel Yaşam Desteği Kursu Zerrin ÖZKÖSE
10:15 - 11:00	İleri Yaşam Desteği Kursu Zerrin ÖZKÖSE
11:00 - 11:15	Kahve Molası
11:15 - 12:00	Maket Üzerinde Pratik Uygulama Nurdan BEDİRLİ
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği

KEPAN KLİNİK NÜTRİSYON KURSU

13:00 - 13:15	KEPAN Aktivitelerinin Tanıtımı Haldun GÜNDOĞDU
13:15 - 13:30	Eğitim Öncesi Değerlendirme
13:30 - 14:00	Kanser Kaşeksisinin Önemi Osman ABBASOĞLU
14:00 - 14:30	Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi Ahmet ÇOKER
14:30 - 14:45	Kahve Molası
14:45 - 15:30	Enteral Nütrisyonunda Temel İlkeler Haldun GÜNDOĞDU
15:30 - 16:00	Parenteral Nütrisyonunda Temel İlkeler Osman ABBASOĞLU
16:00 - 16:30	Kemoterapinin Gis'e Toksik Etkilerinin Modülasyonu Hasan ÖZEN
16:30 - 16:45	Kahve Molası
16:45 - 17:15	Kanser Hastalarında Nütrisyon Desteği Haldun GÜNDOĞDU
17:15 - 17:45	Kanser Kaşeksisinde Farmakolojik ve Multimodal Tedavi Ahmet ÇOKER
17:45 - 18:15	Sorular, Tartışma Eğitim Son Değerlendime Sertifikaların Verilmesi

QUARTZ TEMEL ONKOLOJİ KURSU Oturma Başkanı : Emin KANSU

09:00 - 09:05	Açılış ve Programın Tanıtımı
09:05 - 09:35	Karsinogeneze Güncel Kavramlar ve Kanser Kök Hücresi Emin KANSU
09:35 - 10:05	Tümör Süpresör Genlerin Genomu Korumadaki Rolü Ajlan TÜKÜN
10:05 - 10:35	Kanserde Epigenetik Değişikliklerin Önemi Tayfun ÖZÇELİK
10:35 - 10:55	Kahve Molası
10:55 - 11:25	Tümör Mikro Çevresinin Önemi Dicle GÜÇ
11:25 - 11:55	Metastaz Biyolojisi İbrahim GÜLLÜ
11:55 - 12:25	Biomarker'ların Onkoloji'de Önemi Nejat DALAY
12:30	Kapanış
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği

LENFOMA KURSU

13:30 - 14:30	Lenfoma Histopatoloji ve Evreleme Berksoy ŞAHİN
14:30 - 15:15	Hodgkin Lenfoma Klinik ve Tedavi Dilek DİNÇOL
15:15 - 15:45	Kahve Molası
15:30 - 16:30	Non-Hodgkin Lenfoma Klinik ve Tedavi Oğuz KARA
16:30 - 17:30	Lenfomalarda Kemik İliği Transplantasyonu Ali ÜNAL

OPAL

KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURSU

KLİNİK İLAÇ ARAŞTIRMALARI OTURUM BAŞKANI: EMİN KANSU

09:00 - 09:30	Açılış Konuşması Fulya ERMAN Roche Türkiye
09:30 - 10:00	Keypad Anketi Tüm Katılımcılar Mehmet YUSUF Boğaziçi Üniversitesi(ALTIS)
10:00 - 10:30	Klinik Araştırmaların Önemi Emin KANSU Hacettepe Üniversitesi
10:30 - 11:00	Klinik Araştırmaların Tarihçesi ve Helsinki Bildirgesi Işık TUĞLULAR Ege Üniversitesi
11:00 - 11:15	Kahve Molası
11:15 - 11:45	Klinik Araştırma Nedir? Fazlarının Tanımı ve Gözlemsel Çalışmalar Mehmet YUSUF Boğaziçi Üniversitesi(ALTIS)
11:45 - 12:15	İyi Klinik Uygulamalar (IKU;ICH/GCP) Hamdi AKAN Ankara Üniversitesi
12:15 - 12:45	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Şuayib YALÇIN Hacettepe Üniversitesi
12:45 - 14:00	Öğle Yemeği

TASARIM OTURUM BAŞKANI: SEMRA ŞARDAŞ

14:00 - 14:45	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (DVD Gösterimi) GCP-Helsinki Bildirgesi Temel İlkeleri Tüm Katılımcılar ve Yuvarlak Masa Interaktif Tartışma
14:45 - 15:15	Türkiye'deki Mevcut Düzenlemeler TC Sağlık Bakanlığı, IEGM
15:15 - 15:30	Kahve Molası
15:30 - 16:00	İlaç Araştırması Türleri Işık TUĞLULAR Ege Üniversitesi(ARGEFAR)
16:00 - 16:30	Etkililik ve Güvenlik Değerlendirme Kriterleri Mutlu HAYRAN Hacettepe Üniversitesi
16:30 - 17:00	Analizden Yorumla Mutlu HAYRAN Hacettepe Üniversitesi
17:00 - 17:30	Genel Tartışma

22 MART 2012, BİLİMSEL PROGRAM

09:00 - 09:30 AÇILIŞ (CITRINE I)

	CITRINE I (A Salonu)	CITRINE II (B Salonu)	TOPAZ	ANMPHITHEATRE	OPAL
09:30 - 11:30	ANA KONFERANS I Oturum Başkanları: <i>Haluk Onat, Nil Molinas Mandel</i> Metastatik Kolorektal Kanseri Tedavisinde Gelişmeler •Jesus Garcia Foncillas Erken Evre Meme Kanseri Gelişmeler •E. Nilüfer Güler Malign melanom •Sanjiv S. Agarwala			HEMŞİRELİK OTURUMU Açılış: Şuayib Yalçın, Sevcan Atay Panel: Onkoloji Hemşireliği Oturum Başkanları: Sultan Kav, Sevcan Atay Onkoloji Hemşiresinin Gelişen Roller/ Navigasyon •Cindi Cantril Onkoloji Hemşiresi Roller, Özlük Hakları, Görev, Yetki, Sorumluluklar •Nazan Tuna Öran Hemşirelik Hizmetlerinin Görünür Kılınması •Fatma Karakum Hizmet Kalite Standartları ve Hemşirelik •Hasan Güler	KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURSU Taraflar, Raporlama ve Değerlendirmeler Oturum Başkanı: Işık Tuğlular 09:00-09:30: Etik Kurullar : Ahmet Akıcı 09:30-10:00: Araştırmacı: Şuayib Yalçın 10:00-10:30: Kahve Arası 10:30-10:45: Monitorizasyon •Kathrin Laubacher (Roche International) 10:45-11:15: Audit Süreçleri •Kathrin Laubacher (Roche International) 11:15-11:45: Advers Olay Bildirimi (DVD gösterimi) Klinik Çalışmalarda Veri Kaydı •Tüm Katılımcılar ve Yuvarlak Masa İnteraktif Tartışma 11:45-12:00: Öğle Yemeği Taraflar, Raporlama ve Değerlendirmeler (2) Oturum Başkanı: Ahmet Akıcı 13:00-13:45: Advers İlaç Reaksiyonları •Semra Şardaş 13:45-14:15: Advers Olay Bildirimleri •Ahmet Akıcı 14:15-14:45: Klinik Çalışma İlaçları •Fatih Özden (Roche Türkiye) 14:45-15:00: Kahve Arası 15:00-15:30: Destekleyici •Aşlıgül Kendirci (Roche Türkiye) 15:30-16:00: Sözleşmeli Araştırma Kuruluşu (SAK) •Mehmet Yusuf (Boğaziçi Üniversitesi - ALTİS) 16:00-16:30: Yayın Etiği ve Yayın Yapma Heyecanı •Emin Kansu 16:30-17:00: Genel Tartışma 17:00-17:30: Keypad Anketi Tüm Katılımcılar •Mehmet Yusuf (Boğaziçi Üniversitesi - ALTİS) 17:30-17:45: Katılım Belgelerinin Dağıtım Töreni ve Kapanış Tüm Katılımcılar
11:30 - 11:40	KAHVE ARASI				
11:40 - 13:00	Panel: Kolorektal Kanseler Oturum Başkanları: <i>Gülten Tekuzman, İdris Yücel</i> Prognostik ve Prediktif Biyobelirleyiciler •Hakan Akbulut Lokal İleri Rektum Kanseri Yaklaşımı •Ethem Nezi Önal Metastatik Kolorektal Kanselerde Kemoterapi Seçimi •H. Şenol Coşkun	Panel: Lenfomalar Oturum Başkanları: <i>Semra Paydaş, Cavit Çehreli</i> T Hücreli Lenfomalara Yaklaşım •Taner Demirel Agresif Lenfomaların Güncel Tedavisi •İbrahim Barışta Gastrointestinal Lenfomalara Yaklaşım •Evren Özdemir	Panel: Jinekolojik Kanselerin Güncel Tedavisi Oturum Başkanları: <i>Selahattin Sanal, Işık Aslay</i> Over Kanseri •Özden Altundağ Endometrium Kanseri •Binnaz Demirkan Serviks Kanseri •Ferah Yıldız	Panel: Radyasyon Onkolojisi Hemşireliği ve Radyasyon Güvenliği Oturum Başkanı: <i>Sevinç Kutlutürk, Gülay Eşrefgil</i> Hastaların Tanısal İşlemlere Hazırlanması •Kenan Ören Radyasyon Güvenliği •Pınar Özgen Kıratlı	
14:00 - 15:00	ROCHE UYDU SEMPOZYUM - CITRINE I Konu Başlığı: Gastrik Kanserde Hedefe Yönelik Tedaviler Oturum Başkanı: Serdar Turhal Konuşmacı: Gökhan Demir				
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ				
15:00 - 16:00	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU I S-1 / S-8 Oturum Başkanları: <i>Murat Koçer, Hüseyin Engin</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU II S-9 / S-16 Oturum Başkanları: <i>Zafer Akçalı, Abdullah Büyükcilik</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU III S-17 / S-24 Oturum Başkanları: <i>Gamze Göksel, Özkan Kanat</i>	KONFERANS Oturum Başkanı: <i>Nurseven Karaman</i> Kemoterapi Protokollerinde Uygulama Sırası ve Süresi •Derya Kaya	
16:00 - 16:20	KAHVE ARASI				
16:20 - 17:30	Panel: Renal Hücreli Karsinom Oturum Başkanları: <i>Sevil Baybek, Yaşar Bedük</i> Böbrek Tümörleri Tedavisinde Histopatolojinin Rolü •Özcan Yıldız Cerrahide Yenilikler •Haluk Özen Metastatik Hastalık Tedavisi •Mert Başaran Olgu Tartışması •Faysal Dane	Panel: Klinik Araştırmalar Oturum Başkanları: <i>Orhan Şencan, Mehmet Ali Ustaoglu</i> Türkiye'de Son Durum •Mutlu Hayran Klinik Araştırmalara Hasta Alımını Nasıl Arttırabiliriz? •Tuncay Göksel Nasıl Çalışma Desteği Bulabiliriz? •Ali Arıcan	Panel: Santral Sinir Sistemi Tümörleri Oturum Başkanları: <i>Faruk Zorlu, Taflan Salepci</i> Radyoterapide Gelişmeler •Mustafa Cengiz Yüksek Dereceli Glial Tümörlerin Medikal Tedavisi •Özlem Ata Santral Sinir Sistemi Lenfomaları Güncel Tedavi •Berksoy Şahin	Panel: Semptom Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler Oturum Başkanı: Nur Şenel Semptom Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler •Özlem Owayolu Tamamlayıcı Tedavilerde Örnek Uygulamalar •İbrahim Devrim Gürsoy	
14:00 - 15:00	ASTRAZENECA UYDU SEMPOZYUM - CITRINE II Konu Başlığı: HR(+), Postmenopozal, İleri Evre Meme Kanseri Mevcut Tedaviler ve Fulvestrant 500mg Oturum Başkanı: Erdem Göker Konuşmacılar ve Konu Başlıkları: HR(+), Postmenopozal, İleri Evre Meme Kanseri Mevcut Tedaviler ve Fulvestrant 500mg •Fuat Demirelli				
19:00 - 21:00	AKŞAM YEMEĞİ				

23 MART 2012, BİLİMSEL PROGRAM

	CITRINE I (A Salonu)	CITRINE II (B Salonu)	OPAL	AMPHITHEATRE
08:00 - 08:45	KAHVALTI SEMİNERİ I Özofagus Kanseri •Mahmut İlhan Olgu Sunumu •Fatih Köse, Mehmet Bilici	KAHVALTI SEMİNERİ II Nöroendokrin Tümörler •İrfan Çiçin Olgu Sunumu •Sernaz Uzunoglu, Tunç Güler	KAHVALTI SEMİNERİ III Gastrointestinal Stromal Tümörler •Alper Sevinç Olgu Sunumu •Çağatay Aslan, Banu Öztürk	
09:00 - 10:00	ANA KONFERANS II - Prostat Kanseri Oturum Başkanları: <i>Nedret Üskent, Mustafa Özgüroğlu</i> Kastrasyona Dirençli Metastatik Prostat Kanseri Tedavisindeki Gelişmeler •Amit Bahl Lokalize Prostat Kanselerinde Modern Radyoterapi Teknikleri •Fadil Akyol	Panel: Kanserde Bütüncül Yaklaşım Oturum Başkanları: <i>Adnan Aydiner, Rüçhan Uslu</i> Psikoonkoloji Onkolojiye Nasıl Entegre Edilebilir? •Fatma Aydoğan Tedavi Ekibinin Karşılaştığı Güçlükler •Bülent Karabulut Kanserde Beden-Beyin-Ruh Etkileşimi •Sedat Özkan <i>Actavis tarafından koşulsuz desteklenmektedir.</i>	KONFERANS: Sunum Teknikleri Oturum Başkanı: <i>Ahmet Demirkazık,</i> <i>Münevver Büyükpamukçu</i> Başarılı Sunum Nasıl Yapılır? •İbrahim Güllü	Panel: Palyatif Bakım Oturum Başkanları: <i>Nejat Özgül, Ayfer Elçigil</i> Türkiye'de Palyatif Bakımın Mevcut Durumu •Murat Gültekin Yaşamsonu Bakım ve Semptomların Yönetimi •Neşe Uysal Örnek Palyatif Bakım Yapılanmaları •Ayfer Elçigil
10:00 - 11:00	Panel: Palyatif Bakım ve Destek Tedaviler Oturum Başkanları: <i>Şeref Kömürçü, Özgür Özyılkan</i> Antiemetik Tedavi •Richard Gralla Dispneye Yaklaşım •Tuğba Yavuzşen Ağrı Tedavisi •Selmin Ataergin	Panel: Kanser Araştırmalarında Metodoloji Oturum Başkanları: <i>Rüştü Onur, Çiğdem Papilla</i> Klinik Onkolojide Araştırma Yöntemleri •Saadettin Kılıçkap Kanser Araştırmalarında Yaşam Kalitesi ve Diğer Sonlanım Noktaları •Mahmut Gümüş Kritik Makale Değerlendirme •Sezer Sağlam	Panel: Onkolojide Güncel Konular Oturum Başkanları: <i>Erdem Göker, Coşkun Tecimer</i> Kanser Tedavisinde Farmakogenetik •Marianthi Georgitsi Kanser Kök Hücreleri Kavramı •Engin Ulukaya Kanser Tedavisinde Fertilite Korunması •Semra Kahraman	
11:00 - 11:30	KAHVE ARASI			
11:30 - 13:00	Panel: Meme Kanseri Tedavi Seçimleri Oturum Başkanları: <i>Yavuz Özışık, Handan Onur</i> Hereditör Meme Kanseri •Banu Arun Hormon Reseptör Pozitif Hastalık •Gül Başaran Her 2 Pozitif Hastalık •Erhan Gökmen Triple Negatif Hastalık •Kadri Altundag	Panel: Akciğer Kanseri Tedavisinde Yenilikler Oturum Başkanları: <i>Ayşe Kars, Fulden Yumuk</i> Akciğer Kanseri Tedavisinde Moleküler Patolojinin Yeri •Metin Özkan Küçük Hücreli Akciğer Kanseri •Alev Türker Lokal İleri Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri •Hakan Bozcuk Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri •İlhan Öztöpe	Panel: Kanser Tedavisinde Stratejiler Oturum Başkanları: <i>Evin Büyükkunal, Cumhur Demir</i> Brca Mutasyonları ve Meme Kanseri •Soley Bayraktar •Orhan Türken Hematopoietik Büyüme Faktörlerinin Akılcı Kullanımı •Güngör Utkan	
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	CITRINE II	Konu Başlığı : Biyoteknolojik İlaçlarla Tedavinin Geleceği Oturum Başkanı: <i>Suayib Yalçın</i> 13:00-13:15 Onkolojide Hedefe Yönelik Tedavilerin Düünden Bugüne Tedavideki Yeri - Fuat Demirelli 13:15-13:40 Biyoteknolojik Ürünler ve Biyobenzerler - Alper İskit 13:40-13:55 Hedefe Yönelik Tedavilerde Geleceğe Bakış - Gökhan Demir	
14:00 - 15:00	NOVARTIS UYDU SEMPOZYUM - CITRINE I Konu Başlığı: GEP NET'lerde Gelişen Tedavi Seçenekleri Oturum Başkanı: Suayib Yalçın Konuşmacılar ve Konu Başlıkları: Giriş: Suayib Yalçın Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarında Son Gelişmeler: Bülent Karabulut Olguyla GEP NET Tanı ve Tedavisi: Bülent Karabulut Pankreatik Nöroendokrin Tümör Tedavisinde Güncel Gelişmeler: Gökhan Demir Vaka Sunumu: Metin Özkan			
15:00 - 16:00	Panel: Rektum Kanseri Oturum Başkanları: <i>Orhan Türken, Yıldız Güney</i> Rektum Cerrahisinde Yenilikler •Dursun Buğra Adjuvan - Neoadjuvan Tedavi •Uğur Yılmaz	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU IV S-25 / S-32 Oturum Başkanları: <i>Mustafa Kemal Gül, Andaç Argon</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU V S-33 / S-40 Oturum Başkanları: <i>Zeki Üstüner, Gökhan Çelenkoğlu</i>	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU (HEMŞİRE PROGRAMI) HS-1 / HS-6 Oturum Başkanları: <i>Gülbeyaz Can, Gamze Gençalp</i>
16:00 - 17:10	Panel: Kanıta Dayalı Tıp Oturum Başkanları: <i>Dilek Dinçol, Gökhan Kandemir</i> Kanıta Dayalı Tıp ve Kılavuzlar •Burçak Karaca Kanıtla Her Hastaya Uygulanabilir Mi? •Hüseyin Abalı Farmakoekonomi ve Kanıta Dayalı Tıp •Filiz Çay Şenler	Panel: Kemik Metastazlarının Tedavisi Oturum Başkanları: <i>Mustafa Erman, Ufuk Abacıoğlu</i> Radyoterapide Yenilikler •Esra Kaytan Sağlam Medikal Tedavi •Murat Dinçer Radyonüklid Tedaviler •Özlem Küçük	Panel: Onkoloji Enstitüleri Oturum Başkanları: <i>Dinçer Fırat, Münevver Büyükpamukçu</i> İstanbul Üniversitesi •Ahmet Kizir Hacettepe Üniversitesi •Emin Kansu Dokuz Eylül Üniversitesi •Münir Kınay	KONFERANS Oturum Başkanı: <i>Ayfer Karadakovan</i> Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları •Gülseren Kocaman
17:10 - 17:30	KAHVE ARASI			
17:30 - 18:30	SANOFİ AVENTIS UYDU SEMPOZYUM - CITRINE I Konu Başlığı: Kanıt Peşinde Oturum Başkanı: Sevil Bavbek Konuşmacılar: Mustafa Özgüroğlu, Haluk Özen			
19:00 - 21:00	AKŞAM YEMEĞİ			
21:00 - 22:30	TEDAVİ GECEŚİ: 3 Vaka, 3 Şarkı Oturum Başkanı: <i>Gökhan Demir</i> Tartışmacılar: Haluk Onat, İdris Yücel, Sevil Bavbek			

24 MART 2012. BİLİMSEL PROGRAM

	CITRINE I (A Salonu)	CITRINE II (B Salonu)	OPAL	AMPHITHEATRE
08:00 - 08:45	UZMANINA DANIŞINIZ Hedefe Yönelik Tedavilerde Yan Etki Yönetimi •Hakan Harputluoğlu Olgu Sunumu •Dilşen Çolak	SORU-YORUM Konuşmacılar: •Amit Bahl •Sevil Bavbek •Mustafa Özgüroğlu Sanofi Aventis tarafından koşulsuz desteklenmektedir.	UZMANINA DANIŞINIZ Primeri Bilinmeyen Metastatik Karsinom •Nezih Meydan Olgu Sunumu •Doğan Uncu	
08:45 - 10:00	ANA KONFERANS III Kolon Kanseri Tedavisinde Tartışmalı Konular Oturum Başkanları: Süheyla Serdengeçti, Murat Gürkaynak Uluslararası Kılavuzlara Göre Kolon Kanseri Tedavisi •Fikri İçli Adjuvan Tedavide Hasta Seçimi •Serdar Turhal Kardiyak Toksikite Sonrası Tedavi Seçimi •Mark Harrison	KONFERANS Oturum Başkanları: Erkan Topuz, Burhan Savaş Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler •Veliddin Canfeza Sezgin Kanser ve Beslenme •İsmail Çelik D vitamini ve kanser •İşıl Somalı		Panel: Etkin Kemoterapi Uygulamaları - Örnek Protokoller, Yeni Ajanlar ve Uygulamalar, Yan Etki Kontrolü Oturum Başkanları: Nilüfer Güler, Kıymet Akgedik Meme Kanseri •Aylin Bostanlı Kolon Kanseri •Fatma Aksoy Akciğer Kanseri •Aysin Kayış Jinekolojik Kanseler •Ummuhan Turkey
10:00 - 11:00	SEÇİLMİŞ SÖZEL BİLDİRİLER SS-1 / SS-6 Oturum Başkanları: Melek Erkişi, Fikret Arpacı Tartışmacılar: •Hande Turna •Ömer Dizdar	Panel - Modern Radyoterapi Teknikleri Oturum Başkanı: Emin Darendeliler, Abdurrahman Işıkdoğan 3 Boyutlu Konformal Radyoterapi •Fulya Ağaoglu Stereotaktik Radyocerrahi •Gökhan Özyiğit Brakiterapi •Melek Yavuz		
11:00 - 11:30	KAHVE ARASI			
11:30 - 13:00	Panel: Erken Evre Meme Kanseri Güncel Tedavi Yaklaşımları Oturum Başkanları: Fazıl Aydın, Volkan Kaynaroglu Vaka Takdimi •Gamze Gököz Doğu Aksiller Yaklaşım •Savaş Koçak Radyoterapi •Sait Okkan Sistemik tedavi - Hormonal Tedavide Gelişmeler: Özlem Er - Neoadjuvan Yaklaşım: Yeşim Eralp	Panel: Mide Kanseri Tedavisi Oturum Başkanları: Osman Manavoglu, Aytağ Üner Mide Kanseri Patolojisi •Cenk Sökmensüer Erken/Lokal İleri Evre Hastalıkta Sistemik Tedavi •Kazım Uygun Metastatik Hastalık Tedavisi •Bülent Orhan Olgu Sunumu •Ebru Sarı Hipertermik Tedavi •Ekrem Ünal	Panel: Kemik ve Yumuşak Doku Sarkomları Oturum Başkanları: Necati Alkış, Mustafa Yıldız Kemik Sarkomları •Tamer Elkıran Yumuşak Doku Sarkomları •Ender Kurt Rabdomiyosarkom ve Ewing Sarkomu •Nilgün Kurucu Olgu Sunumu •Burçin Budakoğlu	Panel: Onkoloji Hastasında Tedaviye Uyum ve Beslenme Oturum Başkanları: Semiha Akın, Sevgi Erdal Kemoterapi Alan Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Sosyo-Kültürel Etkiler •Pervin Horasan Oral Ajanların Kullanımında Uyumun Arttırılması •Öznur Usta Yeşilbalkan Kanser Prevensiyonu ve Tedavisinde Moleküler Beslenmenin Rolü •Rüksan Çehreli
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ			
14:00 - 15:00	MERCK SERONO UYDU SEMPOZYUM - CITRINE I Konu Başlığı: Metastatik/ Tekrarlayan Baş Boyun Kanseri Tedavisinde Güncel Gelişmeler Oturum Başkanı: İbrahim Güllü Konuşmacı: Mustafa Özdoğan			
15:00 - 16:00	TARTIŞMA: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri İdame Tedavisi Standart mıdır? Oturum Başkanı: Mustafa Altınbaş, Süleyman Alıcı Olgu Sunumu •İbrahim Tek Tartışmacılar: Evet: Başak Oyan Uluç Hayır: Mustafa Özdoğan	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU VI S-41 / S-48 Oturum Başkanları: Mehmet Artaç, Halil Kavgacı	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU VII S-49 / S-56 Oturum Başkanları: Sinan Yavuz, Arzu Yaren	
16:00 - 16:30	KAHVE ARASI			
16:30 - 17:30		Panel: Kanser Kontrolü Oturum Başkanları: Emin Kansı, Nurullah Zengin Küresel Kanser Kontrolü Çalışmaları: •Tezer Kutluk Türkiye'de Kanser Kontrolü Çalışmaları •Nejat Özgül Sigara Bırakma Destek Programı •İsmail Çelik	Panel: Pankreatikobiller kanserler Oturum Başkanları: Mehmet Alakavuklar, Salim Başol Tekin Pankreas Kanseri Adjuvan Tedavi •Hakan Karagöl Metastatik Pankreas Kanseri Tedavisi •Bülent Yalçın Kolanjiyelüler Kanser Tedavisi •Cem Börüban	
20:00	GALA YEMEĞİ			

	CITRINE II (B Salonu)	OPAL	ANMPHITHEATRE
09:00 - 10:30	Panel: Hepatoselüler Karsinom Oturum Başkanları: Ahmet Özet, Mustafa Benekli Cerrahi Tedavi •Gökhan Moray Girişimsel Radyoloji •Bora Peynircioğlu Medikal Tedavi •Oktay Tarhan Olgu Sunumu •Timuçin Çil	Panel: Cerrahi Onkolojide Yenilikler Oturum Başkanları: İskender Sayek, Cem Terzi Minimal Invaziv Cerrahi •Cenk Yücel Bilen Periampuller Tümörlere Yaklaşım •Erhan Hamaloğlu Adjuvan Tedavide Yaklaşım İlkeleri •Güzin Demirağ	Panel : Destek Tedaviler ve Semptom Yönetimi Oturum Başkanı: Fatma Gündoğdu, Fatma Güler Destek Tedaviler •Figen Bay Bulantı Kusmanın Yönetimi •Mine Buluş Mukozitin Önlenmesi ve Tedavisi •Solmaz Zeybekçi Lenf Ödem Kontrolü •Hamide Şişman Santral Venöz Kateter Bakımı •Suzan Eroğlu
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI		
11:00 - 12:30	Panel: Baş Boyun Kanseri Oturum Başkanları: Enis Özyar, Neşe Güney Organ Koruyucu Yaklaşımlar •Türkan Evrensel Metastatik Hastalık Tedavisi •Okan Kuzhan Nazofarinks Kanseri Tedavisi •Sercan Aksoy	SEÇİLMİŞ BİLDİRİLER Oturum Başkanları: Mutlu Demiray, Aziz Yazar Tartışmacılar: Erkan Doğan, Hasan Üstün	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU (HEMŞİRE PROGRAMI) HS-7 / HS-13 Oturum Başkanları: Sultan Taşçı, Nurihan Bükür
12:30	KAPANIŞ		

4. TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ

21-25 Mart 2012 • Cornelia Diamond Hotel, Antalya



KONUŞMA METİNLERİ

LENFOMA KURSU K1

LENFOMA HİSTOLOJİK SINIFLAMASI ve EVRELENDİRMESİ

Giriş: Bu kurs dolayısıyla lenfoma'da histolojik tanı ve evrelendirme ile ilgili **"temel noktalar"** dikkate alınarak bu metin hazırlanmıştır. Lenfoma histolojisi ve evrelendirmesi ile ilgili **"ileri bilgilenme"** için özel-ek okuma gerekmektedir. Ayrıca bu metinde lenfoma olarak non-Hodgkin Lenfoma dikkate alınmıştır, Hodgkin Lenfoma'dan bahsedilmeyecektir. Lenfoma tanısı ve tedavisinde hızlı bilgi değişimi olduğu ve sınıflama, evreleme ve tedavisinin karmaşık olduğu düşünüldüğünden tıbbi onkologlar tarafından bu hastalığa yaklaşımda tereddüt bulunmaktadır. Genel olarak histolojik sınıflamaları patoloğlar ve evreleme ile prognostik değerlendirmeleri klinisyenler yapmaktadır. Bazen de özel genetik incelemeler için özel laboratuvarlar gerekebilmektedir. Bir ilde bir hematopatolog, PET ve BT cihazları varsa lenfoma hastalığının o il içindeki merkezlerde tanısı konulabilir ve tedavisi yapılabilir. Histolojik sınıflama konusu ise lenfomanın en karmaşık konusudur.

Tarihçe: Aşağıda görülen bugüne kadar yapılmış lenfoma histolojik sınıflamalarının çoğunu patoloğlar yapmıştır. Sınıflamada hastalık davranış paterni (indolent/ agresif), neoplazinin nodal veya ektranodal olması, mikroskopta lenf bezi tutulum tarzı (medulla, mantle zone, germinal merkez), lenfoid hücrelerin ontogenetik orijini (prekürsör/matür) veya immunofenotipi (B/T-hücre), ve genetik bilgiler belirleyici olmaktadır.

"Gall ve Mallory sınıflaması Rappaport sınıflaması
Kiel sınıflaması
Lukes-Collins sınıflaması
Working Formulation
Revised European-American sınıflaması (REAL)
French-American-British system
World Health Organization (WHO) sınıflaması 2001
World Health Organization (WHO) sınıflaması 2008"

Lenfoma'da Kafa Karıştıran Noktalar?

1. Lösemi vs Lenfoma tanımı: Eğer neoplastik hücreler kemik iliğinden orijin alıyorsa lösemik form (lenfoblastik lösemi) veya kemik iliğini dışı lenfoid dokulardan orijin alıyorsa ve kitleler oluştuyorsa lenfoma olarak isimlendirilmektedir (Lenfoblastik lenfoma). Bazı lenfomalarda iseneoplazi, periferik lenfoid dokulardan kaynak alıp kemik iliğini sekonder olarak tutması da söz konusu olmaktadır. Bu durumlarda lenfoma evre IV-kemik iliği tutulumundan bahsedilebilmektedir.

2. Histoloji vs Klinik Davranış: Histolojik sınıflama genellikle patoloğlar tarafından mikroskoptaki görünümüne göre yapıldığından klinik davranışını bilmek klinisyenlere kalmaktadır. O yüzden sunumlarda klinisyenler belli bir klinik davranış altında (agresif lenfomalara) histolojik gruplandırma (Working formulation) veya histolojik sınıflama altında klinik davranışlı gruplama (WHO sınıflaması) yapılabilmektedir. Bu durum klinisyenlerde kafa karışıklığı yapmaktadır.

2. Prekürsör vs matür lenfoid hücre kaynaklı olması:

Normal lenfositlerin, immatür kök-hücrelerden, olgunlaşmış

lenfositlere kadar olan bir gelişim ve olgunlaşma süreci (ontogenetik süreç) vardır. Bu süreçte herhangi bir evredeki genetik bozukluk sonucu ortaya çıkan neoplastik hücreler, kaynaklandığı ontogenetik evreye özgü normal lenfoid hücrelerin klinik ve morfolojik niteliklerini yansıtır. Böylece bir lenfoid neoplazinin ilkel (prekürsör) veya olgunlaşmış (matür) hücrelerden oluştuğunun yansıdığı sınıflamalar vardır. Bu durum hem B-lenfosit ve hem de T-lenfositlerde geçerlidir ve en son WHO-2008 sınıflamasına da yansımaktadır.

WHO classification of the non-Hodgkin's lymphomas (subclassified according to clinical aggressiveness*)

The indolent lymphomas
B-cell neoplasms
Small lymphocytic lymphoma/B-cell chronic lymphocytic leukemia
Lymphoplasmacytic lymphoma (x Waldenström's macroglobulinemia)
Plasma cell myeloma/plasmacytoma
Hairy cell leukemia
Follicular lymphoma (grade I and II)
Marginal zone B-cell lymphoma
Histiocytic lymphoma
T-cell neoplasms
T-cell large granular lymphocyte leukemia
Mycosis fungoides
T-cell prolymphocytic leukemia
Natural killer cell neoplasms
Natural killer cell large granular lymphocyte leukemia
The aggressive lymphomas
B-cell neoplasms
Follicular lymphoma (grade III)
Diffuse large B-cell lymphoma
Histiocytic lymphoma
T-cell neoplasms
Peripheral T-cell lymphoma
Anaplastic large cell lymphoma/T/null cell
The highly aggressive lymphomas
B-cell neoplasms
Burkitt's lymphoma
Precursor B lymphoblastic leukemia/lymphoma
T-cell neoplasms
Adult T-cell leukemia/leukemia
Precursor T lymphoblastic leukemia/lymphoma

* Editor's note: The WHO classification system of non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is presented here, subclassified according to the degree of clinical aggressiveness (i.e., indolent, aggressive, highly aggressive) shown by each variant. This subclassification is used throughout UpToDate to consolidate the general discussion concerning treatment approaches to these NHL variants.
* Mantle cell lymphoma can behave clinically as either an indolent or an aggressive disorder.
Adapted from Harris, NL, Jaffe, ES, Diebold, J, et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: Report of the Clinical Advisory Committee meeting, Arlington, Virginia, November 1-9, 1997. J Clin Oncol 1999; 17:3835.

Precursor Lymphoid Neoplasms: Precursor B lenfoblastik lösemi/lenfomas, precursor T lenfoblastik lösemi/lenfomas.

Mature B-hücreli neoplasms : Kronik lymphocytic lösemi/küçük lymphocytic lenfoma (CLL/SLL), Lymphoplasmacytic lenfoma (LPL), Mantle hücreli lenfoma (MCL), B-hücreli prolymphocytic lösemi (B-PLL), Follicular lenfoma (FL), Diffuse büyük B-hücreli lenfoma (DLBCL).

Mature T-hücreli veya NK-hücreli orijin-Anaplastic büyük hücreli lenfoma (ALCL), Primary cutaneous peripheral T hücreli lenfoma, Adult T-hücreli lösemi-lenfoma (ATL), T-hücreli büyük granular lenfosit lösemi (LGL), T-hücreli prolymphocytic lösemi (T-PLL), Natural killer (NK) hücreli büyük granular lenfosit lösemi (LGL), Agresif natural killer hücreli lösemi, Peripheral T-hücreli lenfoma (PTCL). PTCL kendi içinde bazı altgrupları oluşturabilmektedir:

Peripheral T-hücreli lenfoma, unspecified

Angioimmunoblastic T-hücreli lenfoma.

Extranodal NK/T-hücreli nasal type lenfoma.

Subcutaneous panniculitis-like T-hücreli lenfoma.

Hepatosplenic T-hücreli lenfoma

Enteropathy-associated T-hücreli lenfoma, previously Intestinal T-hücreli lenfoma.

3. Nodal vs Ekstranodal Olması: Bazen morfolojik olarak aynı olsa da lenf bezi dışında olması neoplaziye farklı klinik davranışlar kazandırabilir. Bu tipik olarak DLBCL ve MZL'de görülebilir.

DLBCL:

Intravascular büyük B-hücreli lenfoma
Primary mediastinal (thymic) büyük B-hücreli lenfoma
Büyük B-hücreli lenfoma, lenfomatoid granulomatosis type.
T-hücreli rich/histiocyte-rich büyük B-hücreli lenfoma.
Primary DLBCL, MSS
Primary cutaneous DLBCL, leg type
Epstein Barr virus (EBV) pozitif DLBCL-yaşlıda
Plasmablastic lenfoma
Primary effusion lenfoma (PEL)
ALK pozitif büyük B hücreli lenfoma
Marginal zone B-hücreli lenfoma (MZL):
Extranodal MZL of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT)
Splenic MZL
Nodal MZL

4. Burkitt Lenfoma/Lösemi (BL) Vs Burkitt Lenfoma/Lösemi (BL)-Benzeri Lenfomalar: Özellikle son WHO-2008 sınıflamasında BL ile DLBCL arasında ara formlar sınıflamalara girmiştir. Klinik özellikleri ve tedavileri farklı olabileceğinden bu ara formların tanınması önemlidir.

EVRELEME

Tanım: Patolojik tanıdan sonra hastalığın yaygınlığı ve klinik davranışını belirlemek üzere belirli incelemeleri yapmak gerekmektedir ayrıca aynı incelemeler tedavi seçimi, zamanlaması ve tedavi yanıtını ve komplikasyonları ile hasta takibinde de kullanılabilir. Bu incelemeler her lenfoma hastasında yapılanlar ile ve bazı özel lenfomalarda yapılan özel incelemeler olarak basitçe ikiye ayrılabilir.

Her Hastada Yapılan Kan İncelemeleri

Tam kan, BK formülü, trombosit sayısı, ve PY
Biyokimyasal Testler: BUN), creatinine, alkaline phosphatase, aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), lactate dehydrogenase (LDH), ve albumin
Serum calcium, electrolytes, ve uric acid
Serum protein electrophoresis
HIV, hepatitis B ve C serology
Beta-2 microglobulin levels (indolent lenfoma'lı hastalarda)

Kemik İliği Aspirasyon ve Biopsisi: Pratik olarak tüm hastalarda tedavi öncesi, kemik iliği aspiration ve biopsy işlemi yapılmalıdır. Ancak bilateral veya unilateral gerekliliği tartışmalıdır.

Immunoglobulin İncelemesi: Kronik lenfositik lösemi/küçük lenfositik lenfoma, lenfoplasmatik lenfoma/Waldenstrom macroglobulinemia gibi belirli NHL histolojilerinde bakılması önerilir.

Böbrek fonksiyon Testleri: "Blood urea nitrogen (BUN)", kreatinine, ve urik asid düzeylerine bakılması ilaç dozu, nefrotoksisite ve tümör lizis açısından önemlidir.

Diğer Tümör Marker'ları: Serum beta-2 microglobulin ve lactate dehydrogenase (LDH)'ın belli histolojilerde prognostik önemi olabilir.

Lomber Ponksiyon: Agresif NHL (Burkitt lenfoma, adult T hücreli lösemi-lenfoma, precursor T veya B lenfoblastik lösemi/lenfoma), human immunodeficiency virus (HIV)-pozitif NHL, veya agresif lenfoma (diffuse büyük B hücreli lenfoma, peripheral T hücreli lenfoma, grade IIb follicular lenfoma, mantle hücreli lenfoma) gibi epidural, testiküler, veya paranasal sinus tutulumu, veya en az iki extranodal tutulum yeri olan hastalarda, merkezi sinir sistemi (CNS) tutulumu daha sıktır.

Non-Hodgkin's lenfoma MSS Tutulum Risk faktörleri

Evre III/IV hastalık*
B semptom varlığı
Retroperitoneal LN tutulumu
Ki tutulumu
Extranodal Tutulum yeri >1 *
Yüksek LDH*
Düşük serum albumin düzeyi
Yaş >60 years*
Agresif veya highly agresif hastalık
IPI göre Yüksek- veya yüksek-intermediate risk hastalık
Testis tutulumu

Hepatitis B ve C serolojisi: Tüm hastalarda bakılmalıdır.

HIV serolojisi: Türkiye'de risk grubu hastalarda önerilebilir.

FertilitePreservasyonu: Adela-san ve çocuksuz veya çocuk isteyen genç hastalarda over/sperm preservasyonu düşünülmelidir.

Rutin Görüntüleme İncelemeleri:

Toraks, abdomen, ve pelvis BT görüntülemesi rutindir. (PET)/BT'nin daha duyarlı ve özgül olması belirli histolojik subtipleri için geçerlidir.

BT incelemesi: Kontrastlı toraks, abdomen ve pelvis incelemesi ilk tercih edilecek incelemedir.

PET/BT incelemesi

Aşağıdaki durumlar dikkate alınmalıdır.

1. PET-Tedavi öncesi, evrelendirme, diffuse büyük B hücreli lenfoma, Hodgkin lenfoma'da
2. Tedavi yanıtında önerilmez.
3. Tedavi sonrası, KT'den en az 3 hf ve RT en az 12 hf geçtikten sonra önerilebilir.
4. Rezidue kitle ≥ 2 cm, mediastinal kan havuz aktivitesi, referans alınarak karşılaştırma önerilir.
5. Rezidue $\leq 1 \times 1$ olduğunda, metabolik aktivite çevre "background" aktivitenin üzerinde ise dikkate alınır.
6. Remisyonadaki hastanın PET ile takibi yapılmaz.

Özel Hastalık Tutulum Yerlerinin İncelenmesi: Gastrointestinal trakt, KC, dalak, MSS, iskelet, veya genitourinary trakt özel olarak incelenmesi gerekebilir.

GIS Tutulumu: GIS semptomlarının varlığına göre baryumlu grafi ve endoskopik incelemeler önerilmelidir.

KC ve Dalak: Eğer biyokimyasal incelemeler veya görüntülemeledeki lezyon olmaz ise EVRE I hastalık kabul edilecek hastalarda KC biyopsisi önerilmektedir. Dalak için pek önerilmez (riskli!)

MSS: Magnetic resonance imaging ($\pm$ gadolinium) ve/veya lumbur ponksiyon nörolojik semptomları olan hastalarda önerilmektedir.

Kas/iskelet: Kemik ağrısı veya patolojik fraktürü olanlarda düz filmler, BT, ve/veya MRI önerilir ama rutin değildir.

Genitourinary Trakt: Çoğu tutulum BT'de gözükür, sadece

testis muayenesi anormal olanlarda skrotal USG önerilmelidir.

FONKSİYON TESTLERİ

Kardiak Fonksiyonlar: Antrasiklin veya mediastinal RT alacak hastalarda EKO (LVEF) yapılmalıdır.

Akciğer Fonksiyonları: Bleomisin alacaklarda SFT ve CO diffüz kapasitesine bakılarak tedavi sırası/sonrası toksisite değerlendirilebilir.

Performans Status: ECOG veya Karnofsky kapasite değerlendirmesi, klinik çalışma ve prognostik indeksler için gereklidir.

Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma'da Ann Arbor Evrelendirmesi

Evre I	Tek LN (I) veya tek ekstral enfatik organ veya yer (IE)* tutulumu
Evre II	Diyaframın aynı tarafında iki veya daha fazla LN (II) veya ekstral enfatik organ veya yer tutulumu (II/IIIE)
Evre III	Diyaframın aynı tarafında LN (III) veya ekstral enfatik organ (IIIIE) veya dalak (IIIS) veya ikisi birden (IIIES)
Evre IV	Diffüz veya dissemine olarak bir veya daha fazla ekstral enfatik organın veya dokuların, tutulumu

PROGNOZ:

DLBCL, FL, MCL ve PTCL'de kullanılan I.P.I indeksi o histolojik tipe göre modifiye edilerek kullanılmaktadır. Bu indeksler tedavi seçimini belirlemede önemli olan risk gruplarını belirlemek için kullanılabilmektedir. Ayrıca hastalık veya tedavi spesifik marker'lar prognoz hakkında bilgi verebilir.

PROF. DR. BERKSOY ŞAHİN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ T.F TIBBİ ONKOLOJİ BD

K2

LENFOMADA KÖK HÜCRE NAKLİ

Lenfoma'lı hastalarda kök hücre nakli; Alt tiplerine göre, seçilmiş ve relaps vakalarda önemli bir yer almaktadır.

DBBHL'da ilk sıra Otolog kök hücre nakli (Otolog KHN) önerilmemektedir. Rutin uygulama olarak, 21 günde bir R-CHOP 6-8 kür önerilmektedir. Ancak, orta-yüksek/yüksek IPI skorlu, evre III-IV hastalarda, araştırma protokolü ile pekiştirme amaçlı ilk sıra Otolog KHN uygulanabilir.

Allojenik Kök Hücre Nakli (Allo-KHN) ise; DBBHL'lı hastalarda, kurtarma rejimine yeterince yanıt vermeyen veya Otolog KHN sonrası relaps olan hastalarda uygulanabilir. Allo-KHN'nin başarısı; hastanın özellikleri ve lenfomanın kemosensitif olup olmaması ile ilişkilidir. EBMT verileri, Allojenik KHN'nin avantajını gösterememiştir.

Foliküler Lenfomada OKHN; Relaps/refrakter olgularda yapılabilir. Allo-KHN ise seçilmiş relaps hastalarda uygulanabilir. Mantle Hücreli Lenfomada; kök hücre destekli yüksek doz tedavi, hastalıksız yaşamda olumlu etki sağlamaktadır. Ancak, birinci basamakta Otolog KHN için kesin öneri yoktur.

Periferik T Hücreli lenfomada, ilk seri indüksiyon rejimleri ile başarı oranı düşüktür. Otolog KHN yapılan hastalarda, konvansiyonel kemoterapiye göre daha iyi sonuçlar bildirilmektedir. Ancak, hastaların % 30'u, Otolog KHN sonrası relaps olmaktadır. İlk yanıt sonrası, Otolog KHN ve Allo-KHN'in rolü hala tartışmalıdır.

Relaps Hodgkin lenfomada, BEAM ile Otolog KHN; Daha uzun hastalıksız yaşam ile konvansiyonel kemoterapiye üstündür. Doz yoğunluğunun artması, etkinliği artırmaktadır. Bu nedenle, kemosensitif relaps hastalarda, Otolog-KHN standarttır. Allojenik KHN ise, Otolog KHN sonrası relaps olan kemosensitif hastalarda uygulanabilir.

PROF. DR. ALİ ÜNAL

K3 NON HODGKIN'S LENFOMA KLİNİK VE TEDAVİ

Giriş:

Non Hodgkin's Lenfomalar (NHL) B lenfosit, T lenfosit veya Natural Killer (NK) hücrelerden kaynaklanan heterojen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. B lenfosit kökenli olgular % 80-85'ini oluştururken, T lenfosit kökenli olgular % 15-20'sini oluşturmaktadır. Kanserli olgular arasında 7. Sıklıkta görülürken, yeni tanı kanserlerin % 3'ünü oluşturmakta ve kanser ilişkili ölümlerin % 3'ünü oluşturmaktadır.

Temelde hepsinin kökeni kök hücrelere dayanmakla birlikte, lenfoid maligniteler lenfoid hücrelerin diferansiyasyonunun farklı evrelerinden orijin almaktadır. Ancak lenfomanın diferansiyasyon aşaması onun doğal seyrini tahmin etmede yararlı olmamaktadır. Köken aldığı hücresel yapı sonucu da farklı tedavi yanıtları elde edilebilmektedir. Hücresel orijinin tanımlanabilmesine yardımcı immünofenotiplendirme ve genetik testlerin değerlendirilmesi etkin bir tedavi için önemli yer tutmaktadır.

Tedavinin belirlenmesinden önce hastanın kliniği, performans skoru ve semptomatolojisinin yanında komorbitenin varlığı ve bununla birlikte prognostik belirteçlerin tanımlanabilmesi önemlidir. Risk değerlendirilmesiyle birlikte evrelendirme tedavinin temelini oluşturmaktadır. Laboratuvar tetkikleri olarak hemogram, biyokimyasal analizler (özellikle LDH, ürik asit ve protein elektroforezi) ile birlikte HIV, HBV ve HCV analizlerinin yapılması gereklidir. Kardiyak fonksiyon değerlendirilmesi amaçlı ekokardiyografi ve yüksek dereceli histolojiye sahip hastalarda spinal örnekleme önem arz etmektedir. Evrelendirme amaçlı tüm vücut tomografik değerlendirmenin yanında kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi mutlaka yapılmalıdır. PET/BT yüksek dereceli lenfoma olgularında hem tüm vücut taramada hem de tedavi yanıtının değerlendirilmesinde kullanılabilir, dolayısıyla prognostik veri sağlamaktadır. Doku tanısı için hücresel yapıların değerlendirilmesi için stroma ile bütün olarak değerlendirilmesi gerekir, bunun için en az insizyonel veya tru-cut biyopsi örneğinin alınması gerekmektedir. Dokuda ve periferik kanda gerekli immünofenotiplendirme için immünohistokimyasal ve/veya FISH değerlendirme yanında gerektiğinde periferik kan veya kemik iliğinden akım sitometrik değerlendirmelerin yapılmış olması gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında etkin bir tedavinin yapılması ideal olacaktır. Lenfomalar sınıflaması günümüze kadar değişiklik göstermiştir, 1966 yılında Rapaport, 1974 Lukes/Collins, 1982 Working Formulation, 1994 R.E.A.L, 2001 WHO ve en son olarak da 2008'de WHO güncel sınıflaması pratik kullanıma sunulmuştur.

Tedavi yaklaşımları aşağıda tartışılırken bütün alt grupları ayrı ayrı tartışmak yerine daha çok sık karşılaşılan histolojik alt tipler dikkate alınarak yapılmaya çalışılmıştır.

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)/Küçük Lenfositik Lenfoma (SLL)

KLL/SLL yeni tanı NHL'lerin % 7'sini oluşturmaktadır ve batıda en sık karşılaşılan erişkin lösemisidir. KLL progresif olarak lösemik hücrelerin periferik kan, kemik iliği ve lenfoid dokuda birikmesi ile karakterizedir. KLL ve SLL aynı hastalığın farklı prezantasyonudur ve çoğunlukla benzer tedavi edilirler, SLL'de belirgin olan lenfoid dokudaki lenfosit infiltrasyonudur. KLL de ise ek olarak kemik iliği ve periferik kanda infiltrasyon mevcuttur. Tanı için kriterler; periferik kanda ≥ 5000 klonal B lenfosit/mcL, akım sitometri ile CD19 (+), CD20 ($\pm$), CD5 (+), CD10 (-), CD23 (+) hücrelerin varlığı yanında kemik iliğinde ≥ 30 lenfosit infiltrasyonu gereklidir. MAntl hücreli lenfomadan

ayırımı önemlidir, her ikisinde CD5 (+) hastalıktır, ancak MCL'da CD 23 (-) ve Siklin D1 (+)'tir. Diğer ayırımı yapılması gereken hastalık ise Monoklonal B Lenfositozdur (MBL). Ayırımı için lenfosit sayısı $< 5000/\text{mcL}$, tomografide lenf nodu $< 1.5 \text{ cm}$, anemi ve trombositopeni yokluğu istenen kriterlerdir. SLL'de de MBL $< 5000/\text{mcL}$ olabilir, ancak bu durumda ek olarak lenfadenopati ve/veya splenomegali bulunmaktadır.

Tedaviyi belirlemede tek başına her zaman hastalık evresi yeterli olmayabilir. Diğer prognostik faktörler yönlendiricidir; serum timidin kinaz ve $\beta 2\text{-M}$, IGHV mutasyonel durum, CD38 (+)'liği, ZAP-70 $> \% 20$ B lenfositte, sitogenetik anormallikler {del(13q), del(11q), trizomi 21, del(17p), del(6q)}. Sitogenetik anomalilerden del (13q) iyi prognoz göstergesi iken del(17q) ve del(11q) kötü prognoz göstergeleridir. del(11q) varlığında alkileyici ajanların tedavide yer alması ile daha iyi sonuçlar alınabilmekteyken, del(17q) varlığı genelde kemoterapiye direnci göstermektedir.

Erken evre hastalıkta genellikle tedaviye başlanması önerilmez ancak aşağıdaki durumların varlığında hastalar tedavi için değerlendirilmelidir; kandaki lenfosit sayısında hızla artma, lenf düğümlerinde büyüme, splenomegalide artış, aneminin derinleşmesi, trombositopenide derinleşme, hastalığa bağlı diğer belirtilerde artış ve hastalığa bağlı B semptomlarından en az birinin olması:

Son 6ayda % 10kg'dan fazla kilo kaybı

Enfeksiyon yok iken son 2 haftadır ateşin $> 38^\circ\text{C}$ olması

Gece terlemeleri

Aşırı yorgunluk

İlerleyici Kemik İliği Yetersizliği

Steroidle yanıtsız otoimmün hemolitik anemi veya trombositopeni Semptomatik yada ilerleyici dalak büyüklüğü,

Son 2 ayda % 50'den fazla artan lenfositöz veya lenfosit ikiye katlanma zamanının (doubling time) 6 aydan az olması,

Tekrarlayıcı enfeksiyonlarla birlikte belirgin gammaglobulin düşüklüğü,

Birinci Basamakta Tedavi

Tedavi yanıtında başlangıçta klorambusil ve prednizolon kombinasyonu ile CVP ve CHOP rejimlerinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Daha sonraları CALGB 9011 çalışmasında fludarabin, klorambusil veya kombinasyonları karşılaştırılmış, ancak kombinasyon kolunda belirgin toksisite nedeniyle sonlandırılmıştır, fludarabin ile klorambusil arasında mOS açısından farklılık saptanmıştır (24 ay vs 14 ay). Avrupa çalışmasında fludarabin ile iki alkileyici ajan kombinasyonu (CAP ve CHOP), genel remisyon oranları fludarabin ve CHOP kolunda % 71 ve CAP kolunda % 58 saptanmıştır. mOS benzerliğine rağmen tam yanıt oranları fludarabin, CHOP ve CAP kollarında sırasıyla % 40, % 30 ve % 15 saptanmıştır. Sonuçta fludarabin daha tolerabl profile sahip olduğu kanıtlanmıştır. Yaşlı hastalarda ise komorbidite varlığı nedeniyle klorambusil halen standart tedavi ajanı olarak yer almaktadır, zira fludarabin ile yapılan karşılatırmalı çalışmalarda PFS ve OS farkı gösterilememiştir.

Monoklonal antikor olan rituksimab (anti-CD20) (R) tek başına % 4 gibi CR oranları sağlayabilirken, yaşlı hastalarda (> 65 yaş) tedavi seçeneği olarak tek başına veya yüksek doz metilprednizolon ile birlikte bir seçenek olarak yer almaktadır, CR oranları % 38' kadar çıkmaktadır. Faz-II çalışmalarda klorambusil ile kombinasyonda % 16.5 saptanmıştır, CLL 11 faz-III çalışma sonucu tedavi şema değerini daha net olarak ortaya koyacaktır.

Fludarabin tek başına komorbiditesi olmayan genç hastalarda

tedavinin temelini oluşturmaktadır. Randomize faz-III çalışmalarda fludarabin (F) ve siklofosfamid (C) kombinasyonu fludrabin ile karşılaştırılmış ve kombinasyon kolunda ORR % 74-94, CR % 23-38 ve PFS 32-48 ay olarak daha yüksek saptanmıştır, ancak OS farkı saptanmamıştır. F ile R kombine veya ardışık uygulanan rejimlerde kombine tedavi ORR ve CR oranları daha üstün olarak saptanmıştır. Bunun yanında FC ile R kombinasyonunda da daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. MDACC çalışmasında 6 yıllık izlemde ORR % 95 ve CR % 72 saptanmış, OS % 77 olarak saptanmıştır. Randomize CLL 8 çalışmasında benzer sonuçların elde edilmesi ile FDA tarafından FC-R birinci basamak tedavide onay almıştır.

Pentostatin (P) bir diğer purin analogu olarak KLL tedavisinde uygulanmış ve kötü prognostik kriterlere rağmen oldukça iyi sonuçlar sağlamıştır. Amerika çalışmasında PC-R ve FC-R karşılaştırılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir, ancak FC-R kolunda myelotoksisite daha belirgin olarak saptanmıştır. Alkilleyici ajan olan bendamustin (B) ile yapılan faz-III tedavilerde klorambusil ile karşılaştırılmış ORR (% 68 vs % 31), CR (% 31 vs % 2) istatistiksel anlamlı olarak B lehine saptanmıştır. OS farkı saptanmazken yan etki profili olarak B daha toksik olarak saptanmıştır. Faz-II CLL2M çalışmasında R ile kombinasyonda ORR % 91 ve CR % 33 saptanmıştır, myelotoksisite dikkat çekmiştir. Faz-III KLL 10 çalışmasında FC-R vs B-R sonucu beklenmektedir.

Alemtuzumab CD52'ye karşı geliştirilmiş bir monoklonal antikordur, başlangıçta F dirençli olguların tedavisinde yer alırken, günümüzde birinci basamakta del(17q) varlığında ön plana çıkmaktadır. Klorambusil ile yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı olarak ORR (% 83 vs % 55), CR (% 24 vs % 2) ve hafif PFS üstünlüğü saptanmıştır (15 ay vs 12 ay), ancak OS farkı gösterilememiştir.

Relaps veya Refrakter Hastalıkta Tedavi

Tekrarlanmış veya refrakter hastalıkta tedavi seçenekleri arasında FC-R ön plana çıkmaktadır. Ancak daha önce F alanlarda tekrar uygulamalarda F duyarlı değilse elde edilen sonuçlar daha düşük olmaktadır. Bunun yanında del(17q) varlığı da 10.5 ay gibi daha kısa OS ile sonuçlanmaktadır. Bu durumlarda FC-R için önerilen hasta grubu F duyarlı ve del(17q) negatifliğidir. Önerilen bir diğer kombinasyon ise PC±R'dır, F dirençli olgularda ORR %74 ve CR % 17'ye kadar çıkmaktadır. F dirençli ve Richter's sendromuna transforme olan olgularda CHOP-R yanında OFAR (oxaliplatin, fludarabin, sitarabin ve rituximab) etkin bir tedavi olarak faz-I/II çalışmalarda dikkat çekmektedir. B-R kombinasyonu faz-II Alman KLL çalışmasında ORR % 45.5 saptanmış, del(17q) olanlarda % 7 CR saptanmıştır. Küçük bazı çalışmalarda yüksek doz prednizolon R ile kombinasyonda F dirençli ve del(17q) varlığında olumlu sonuçlar gözlenmiştir, ancak fırsatçı enfeksiyonlar % 30 oranında saptanmıştır. F dirençli del(17q) olan olgularda Alemtuzumab tedavisi daha ön plana çıkmaktadır. Tek başına uygulanabileceği gibi F, FC veya FCR-Alemtuzumab (CFAR) ile de uygulandığı çalışmalar sunulmuştur. Fludarabin dirençli ve özellikle alemtuzumab dirençli olgularda anti-CD20 antikoru olan Ofatumumab sunulabilecek tedavi ajanıdır. Alemtuzumabın uygulanmadığı bulky kitlesi olan olgularda da ön planda yer almaktadır. Allogeneik kemik iliği nakli < 12 ay sürede relaps gelişmiş, del(17q) varlığı, ologot transplant sonrası tekrarlanmış, kemoimmünoterapiye refrakter hastalıkta veya purin analogları sonrası erken relapsı olan uygun hastalarda düşünülebilecek tedavi yöntemi olarak önerilebilmektedir.

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Tedavisi

Diffüz büyük B hücreli lenfomalar (DBBHL) erişkinlerde karşılaşılan en sık lenfoid neoplazidir. Tedavi yaklaşımı açısından DBBHL NOS, folliküler lenfoma (Garde III), herhangi bir low grade lenfoma ile birlikte prezente olan DBBHL, intravasküler large B-hücreli lenfoma, kronik inflamasyon ilişkili DBBHL, ALK-pozitif DBBHL, yaşlılardaki EBV-pozitif DBBHL ve T cell/histiocyte rich large B-hücreli lenfomalar DBBHL ortak tedavi edilirler. Heterojen bir yapıya sahiptirler. İmmünohistokimyasal olarak CD10, Bcl-6 ve IRF4/MUM1 ekspresyonlarına göre germinal center (CD10+ veya Bcl-6 +, IRF4/MUM1-) ve non-germinal center (CD10-, IRF4/MUM1+ veya Bcl-6-, IRF4/MMUM1-) olarak ayrılırlar. Germinal center irijinli olanlar daha iyi prognoza sahip olmalarına rağmen tedavi seçimi buna göre yapılmaz. Tipik immünofenotipik özellikleri CD20+, CD45+ vd CD3-tir. Tanı sonrası evrelendirme işlemleri sonrasında IPI (International prognostic Index)'ya göre risk değerlendirilmesi yapılmalıdır (yaş, evre, LDH, performan statusu ve ektranodal bölge tutulum sayısı). Atmış yaş ve daha genç olanlarda ise ayrıca IPI skoru (evre, performan statusu, LDH) tanımlanmaktadır. IPI skoruna göre hangi hasta grubunun standart tedavi yöntemleri ile küratif tedavi edilebileceği değerlendirilebilmektedir.

Tablo 1: IPI Skoruna Göre NHL Hastalarında Risk Değerlendirilmesi

	Risk Faktörü Sayısı			
IPI RİSK GRUBU	IPI	CR oranı	5 yıllık yaşam	Yaşa göre düzeltilmiş IPI
Düşük Risk	0,1	%87	%73	0
Düşük-Orta Risk	2	%67	%50	1
Yüksek-Orta Risk	3	%55	%43	2
Yüksek Risk	4,5	%44	%26	3

DBBHL'larda tedavi yaklaşımları erken evre (I/II), ileri evre (III/IV), nüks hastalık tedavisi ve refrakter hastalık tedavis olarak alt başlıklarda incelenmelidir.

Evre I/II Hastalık Tedavisi

SWOG 8736 çalışmasında evre I/II, IPI düşük risk hastalarda 3kür CHOP ve tutulan alana uygulanan radyoterapi (IFRT) ile 8 kür CHOP karşılaştırıldığında hemen sitotoksik tedaviye göre yaşam süresi (% 82 vs % 72) ve progresyonsuz yaşam süresini (%77 vs % 64) uzattığının gösterilmesinden sonra bu tedavi yaklaşımı lokalize agresif NHL'de standart tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Kombine tedavi uygulaması ile %90'a yakın kür şansı ayrıca ECOG 1484 çalışmasında da elde edilmiştir. GELA çalışmasında ise 4XCHOP vs 4XCHOP IFRT eklenmesi ile yaşlı ve düşük riskli hastalarda herhangi bir avantaj sağlanamamıştır. Bunun yanında bulky hastalık varlığında veya IPI orta-yüksek veya yüksek riskin varlığında erken evrede de tedaviye yaklaşım standart ileri evre şeklinde (6-8 kür CHOP + rezidü kitleye veya bulky hastalığa tutulu alan RT) olacak şekilde rehberlerde öneriler kabul edilmiştir. Fransız Çalışma Grubunun çalışmasında 60 yaşından genç ve IPI skoru 0 olan hastalarda yapılan ve 3 kür ACVBP±R tedavisinin 3XCHOP±R +IFRT daha üstün olduğu gösterilmiştir. Ancak ACVBP rejimi belirgin olarak toksik bulunmuştur. Bu çalışma özellikle Bulky hastalığı olanlarda ve Evre II hastalarda KT kolunun belirgin avantajını ortaya koymuştur. Sonuç olarak CHOP kemoterapisi erken evre ve Bulky hastalığı olmayan, IPI skoruna göre düşük

riskli hastalarda 3 kür ve IFRT standart bir tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında iyi prognostik özelliğe sahip > 60 yaş hastalarda tedavi 4 kür CHOP olarak önerilmektedir. Monoklonal antikorların tedavilere eklenmesi ile beklentiler doğal olarak artmıştır. Bu amaçla yapılan SWOG 0014 çalışmasında 3XCHOP +R verilerine bakıldığında R'siz uygulanan tedavilere göre daha iyi sağkalım verileri sağladığı dikkat çekmektedir. MInT çalışmasındaki hastaların yaklaşık 1/3'ü erken evre hastalık olarak dahil edilmiştir. Benzer şekilde 6XCHOP+R uygulanan bu olgularda R verilenlerde daha iyi sağkalım verileri saptanmıştır.

Evre III/IV Hastalık Tedavisi

İleri evre hastalıkta R-CHOP-21 standart tedavi olarak kabul edilmektedir. GELA çalışmasına göre yaşlı hastalar (8XCHOP-R vs 8XCHOP ile karşılaştırılmış ve bu yaş grubunda belirgin olarak sağkalım avantajı sağlamıştır (%43.5 vs % 28). Benzer bulgular MInT (6XCHOP-R vs 6XCHOP) ve Alman NOVON ve Nordic Lymphoma grubunun (8XCHOP-R vs 8XCHOP) ve ECOG/CALGB çalışmalarında da konfirme edilmiştir. ECOG/CALGB çalışmasında idame R'in klinik yararı olmadığı gösterilmiştir. Yaşlı hastalarda doz yoğun uygulanan tedavilere bakıldığında Alman Çalışma grubunun verileri doğrultusunda 6XCHOP-14 vs 6XCHOP-21'e daha üstün bulunmuştur. Rituximab'ın uygulamaya girmesinden sonra RICOVER 60 çalışması sonucuna göre de 6-8XCHOP-R-14 vs CHOP-14'e daha üstün bulunmuştur.

Yapılan metaanalizler sonucu özellikle yüksek riskli hastalarda konsolidasyon amaçlı Ototog Transplant tedavilerinin uygulanması kötü prognostik, nüks olasılığı yüksek, genç, performansı iyi ve birinci dize tedaviye yanıt vermiş hastalara konsolidasyon amaçlı kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi yapılabileceğidir.

Relaps Hastalık Tedavisi

Agresif Lenfomalarda nüks eden ve kemoterapi sensitif olan hastalarda en iyi tedavi seçeneği otolog kök hücre naklidir. PARMA çalışmasında 2XDHAP'a yanıt veren nüks NHL'li hastalar bu çalışma ile 4XDHAP (kemoterapi kolu) veya kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi şeklinde randomize edildiklerinde; 5 yıllık progresyonsuz yaşam ve total yaşam %46 ya karşı %12 ve %53 e karşı % 32 ile kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi lehine sonuçlanmıştır. Aynı çalışmanın verilerinin analizinde IPI nin kemoterapi kolunda öneminin devam etmekte olduğu buna karşın transplantasyon kolunda IPI'nin prognoza etkisinin ortadan kalktığı gösterilmiştir. CORAL çalışmasında ise R-ICE'in nüks veya primer refrakter DBBHL da ikinci seçenek tedavi olabileceğini göstermektedir. Transplantasyona uygun olmayan veya transplan sonrası relaps olgularda, yapılan küçük çalışmalarda bendamustin-R, GDP(gemcitabin, dexametazon, sisplatin), MemOX (gemcitabin ve oxaliplatin), lenalidomid, EPOCH diğer seçenekler gibi görülmektedir.

Foliküler Lenfoma Tedavisi

Foliküler lenfoma (FL) NHL'ler arasında en sık karşılaşılan (%22) indolent lenfoma tipidir.Yaklaşık % 90'ında Bcl-2 ilişkili t(14;18) translokasyonu mevcuttur. Karakteristik immünofenotipi CD20+, CD10+, Bcl-2+, CD23+, CD5-,CD43-, CDDN1- ve Bcl-6+'lıdır ve MCL ile SLL'den ayırmada önemlidir.Düşük gradeli FL'lar Ki-67 ile yüksek proliferasyon indeksi gösterebilir ve kötü prognoz göstergesidir, ancak tedavi planlamasında dikkate alınmaz. FLIPI bu amaçla kullanılmaktadır ki evre III/IV, yaş >

60, nodal tutulum bölge sayısı >4, hemoglobin < 12 gr/dl ve yüksek LDH düzeyleri ile hesaplanmaktadır. Kürabl hastalıklar arasında yer almaz. Son yıllarda 60 üzeri yaş, 12 gr/dl altında hemoglobin seviyesi, yüksek serum beta-2 mikroglobulin düzeyi, kemik iliği tutulumu, 6 cm'nin üzerinde lenf nodu çapı olmak üzere beş parametreden oluşturulan yeni bir skorlama sistemi (FLIPI-2)önerilmiştir, kemoimmünoterapi alan hastalarda daha çok prediktiv özelliğe sahiptir. Tedavi yaklaşımı öncesi hastalık gradine göre Grade 1-2, Grade 3A ve Grade3B ayırımı dikkate alınmalıdır. Yüksek gradeli olan hastalıklar DBBHL gibi tedavi edilmektedir.

Evre I/II Hastalık Tedavisi

Erken evre hastalık için önerilen tedavi IFRT olarak tanımlanmaktadır. RT'nin uygulanmadığı durumlarda bekle-gör politikası ile hastalar izleme alınabilir. İmmünoterapi veya kemoimmünoterapinin RT ile birlikte veya olmaksızın PFS'yi uzattığına ait kanıt yoktur. Klinik PR veya CR 'dan sonra progrese olanlar ileri evre hastalık gibi tedavi edilmektedir.

Evre III/IV Hastalık Tedavisi

Erken evre FL'de hemen tedaviye başlama ile bekle gör arasında yaşam süresi açısından bir fark oluşmadığı gözlenmiştir ve semptomatik hastalık gelişinceye kadar hastanın yakın takibi ve semptomatik hastalıkta tedaviye başlanması önerilmektedir. Ancak asemptomatik, bulky hastalığı olmayan evre II, III, IV FL'de Intergroup Çalışması datasına göre erken rituksimab tedavisi alanlarda, yeni tedavi gereksinimi için geçen sürenin uzadığı, progresyonsuz yaşamı belirgin uzattığı ve en büyük yararın idame rituksimab alan grupta ortaya çıktığını göstermiştir. Tedaviye başlama kriterleri BNLI ve GELF kriterlerine göre tanımlanmaktadır. BNLI Kriterleri; kritik organ tutulumu, B semptom varlığı, kemik iliği yetersizliği ve 3-6 aylık dönemde hızlı hastalık progresyonu. GELF Kriterleri; Bulky hastalık > 7 cm, B semptom varlığı, artmış β-2 mikroglobulin/LDH, > 3 nodal bölge tutulumu, SMG, bası semptomları ve plevral/peritoneal effüzyon varlığıdır.

Tedavide genel yaklaşım semptomatik hastaya kemoimmünoterapi uygulanması şeklindedir. Rituximab'ın tek ajan olarak tedavi almamış ve relaps olgulardaki etkinliği gösterilmiştir. Kemoterapiye eklenmesi ile ORR ve PFS yararı sağlamaktadır hatta bazı çalışmalarda OS farkı yarattığı da gösterilmiştir. Genelde tek ajan olarak ileri yaş ve komorbiditesi olgularda uygun bir seçenektir. CVP ile R-CVP, CHOP ile R-CHOP, MCP ile R-MCP, CHVP-IFN ile R-CHVP-IFN rejimlerinin karşılaştırılmasında kemoterapiye rituksimab'ın eklenmesinin progresyonsuz sağkalım, genel yanıt, tam yanıt oranlarını artırdığı ve tedavi başarısızlığına kadar geçen ortalama süreyi istatistiki anlamlı uzattığı gösterilmiştir. Buna ek olarak rituximabın relaps veya refrakter hastalıkta fludarabin bazlı (FCM-R ve FND-R) tedavi şemalarına eklenmesi ile 3 yıllık FFS % 84'lere kadar uzattığı gösterilmiştir.

Faz III randomize çalışma olan PRİMA çalışmasında üç farklı indüksiyon tedavisi aldıktan sonra tam veya kısmi yanıtlı hastalar iki yıl boyunca 8 haftada bir rituksimab idame alacak şekilde randomize edilmiş, indüksiyon rejimi olarak merkezlerin tercihine göre R-CHOP, R-CVP ve R-FCM uygulanmış. Analiz sonucu progresyonsuz yaşamın rituksimab idame alanlar, 60 yaş ve üstü olanlar, kadın cinsiyet, düşük FLIPI skoru ve R-CHOP ve R-FCM'ye randomize olanlarda anlamlı uzadığı dikkat çekmiştir. Ancak ECOG çalışmasında OS farkı yaratmadığı gösterilmiştir.

Nüks hastalıkta hastanın kliniği ile birlikte transformasyon olasılığı da dikkate alınarak re-biyopsi için değerlendirilmelidir.

Bu tür olgularda eğer hasta transplantasyon için uygun ise değerlendirilmelidir. Relaps olgularda Bendamustin tek ajan veya R ile kombine olarak yeni tanı ve relaps olgularda kullanılmış, kabul edilebilir toksisite ve yan etki profili ile dikkat çekmiştir. Faz III randomize çalışmada B-R ile R-CHOP birinci basamak tedavide FL, MCL içeren hastalarda uygulanmış, ORR benzer olmasına rağmen BR kolunda PFS daha uzun saptanmıştır, toksisitesi daha iyi tolere edilmiş, ancak OS farkı gösterilememiştir.

Bortezomib, lenalidomide, Ofatumumab, Veltuzumab, Inotuzumab ozogamicin diğer tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

a. Burkitt Lenfoma Tedavisi

Burkitt lenfoma (BL) erişkinlerde nadir rastlanılan agresiv lenfoma türüdür. WHO sınıflamasında sporadik, endemik ve immün yetmezlik ilişkili BL olarak ayırım yapılmaktadır. Endemik tip çoğunlukla EBV ilişkilidir. Olguların çoğunda t(8;14) translokasyonu vardır ve tipik immünfenotipi Ig+, CD10+, CD19+, CD20+, CD22+, TdT-, Ki-67 +, Bcl-6+ ve Myc gen rearanjmanı ile karakterizedir.

Kürabl bir hastalıktır ve tedavisinde genellikle doz yoğun tedaviler SSS profilaksisi ile birlikte tercih edilir. Ancak erişkinlerde OS daha kısa olma eğilimindedir. Tedavi şeması olarak CODOX-M/IVAC efektif şemalardandır ve 1 yıllık EFS % 85'e ulaşmaktadır. Retrospektif yapılan değerlendirmelerde rituximab eklenmesi ile sağ kalım farkı istatistiksel olarak gözlenmezken eğilim R uygulanan kolda daha ön plandadır. Hyper-CVAD diğer önerilebilen şemadır. Üç yıllık OS % 43 olarak tanımlanmıştır, R eklenen faz II çalışmalarda EFS ve DFS % 80 ve % 838 olarak dikkat çekmektedir. Yakın zamanlarda yapılan çalışmada EPOCH-R ile EFS ve OS oranları % 97 ve % 100 tanımlanmıştır, bu çalışmada yer alan hastaların çoğunun düşük riskli olduğu da unutulmamalıdır. SSS profilaksisi için RT ile birlikte uygulanan IT profilaksi nörotoksisite nedeniyle birlikte önerilmemektedir.

Tekrarlayan hastalarda standart bir rejim yoktur, ancak R-IVAC, R-GDP, R-ICE yüksek doz Ara-C alternatif olabilir. Ototolog transplantasyon ile ilgili EBMT verilerine göre 3 yıllık yaşam kemorefrakter olanlar için % 7 sensitifler için ise %37 bulunmuştur. Allogeneik transplantasyon uygulandığında Graft versus Lökemia etkisinin olmaması nedeni ile relaps oranı otolog ve allo transplantasyonda eşit düzeyde bulunmuş ve otolog transplantasyon sonuçları allogeneik tansplantasyondan iyi bulunmuştur.

1. Matür T Hücreli Lenfoma Tedavisi

Matür T hücreli lenfomalar post-timik orijinli heterojen ir hastalık grubudur. En sık karşılaşılan tipleri PTCL-NOS, anjiomünoblastik T hücreli lenfoma (AITL) ve anaplastik büyük hücreli lenfomadır (ALCL). PTCL-NOS en sık tipidir nodal tutulum sıktır. AITL jeneralize LAP, sıklıkla HSM, hipergammaglobulinemi, eozinofili ve cilt döküntüsü ile birlikte. ALCL CD30 ekspres eden alt tiptir; sistemik ALK1+, sistemik ALK1- ve primer kutanöz olarak alt grup olarak tanımlanırlar. B kökenli lenfomaların aksine T hücreden kökenini alan lenfomalarda spesifik immünfenotipik profil yoktur. Örneğin CD30 ALCL da pozitif iken, Hodgkin lenfoma ve diğer T cell lenfoma ve hatta B cell lenfomada pozitif olabilir. Tedavisinde bu gruba özgü tedavi modalitesi yoktur. Hastalara Agresif B hücreli lenfomalarda olduğu gibi CHOP kemoterapisi uygulanır ancak yanıt oranları daha düşüktür. ALK+ olgularda yanıt oranları daha yüksektir. ALK- olgularda CHOEP şeması

daha sıklıkla tercih edilmektedir. Bu grupta indüksiyona yanıt verenlerde otolog transplantasyon yararı daha belirgindir.

2. Mantle Cell Lenfoma Tedavisi

Mantle hücreli lenfoma ileri yaşta görülebilen, indolentler arasında yer verilmesine rağmen agresiv lenfoma davranışı gösteren alt tiptir. Ayırımı diğer lenfomalarda immünfenotip ve histolojik inceleme ile kolaylıkla yapılabilmektedir, genellikle kürabl değildir. Tipik immünfenotipi CD5+, CD10-/+, CD20+, CD23-, CD43+ ve siklin D1+'tir.

Tedavi şema seçenekleri arasında R-CHOP ve R-HyperCVAD önerilen rejimlerdir. Bu rejimlerden her biri ile % 80-95 yanıt alınmaktadır. Uygun hastalarda ilk remisyon sonrası yüksek doz tedavi düşünülmesi gereken yöntemdir. Tekrarlayan hastalıkta standart olmamasına karşılık R-FCM aktif olarak tanımlanmıştır. Bunun yanında kladribin, bortezomib, talidomid, lenalidomid, bendamustin ve temsirolimus diğer önerilebilecek seçeneklerdir.

3. Marginal Zon Lenfoma Tedavisi

Marginal zon lenfoma (MZL); ektranodal MZL (MALT lenfoma), nodal MZL ve splenik MZL'lardan oluşan heterojen bir gruptur. MALT lenfomalar da gastrik (etiolojide helicobakter pilori önemli rol oynar) ve non-gastrik olarak ikiye ayrılırlar. Splenik MZL'da dalak ve kemik iliği tutulumu görülürken nodal MZL'da primer olarak nodal tutulum daha belirgindir, ektranodal tutulum da görülebilmektedir. Tipik immünfenotipi CD5, CD10-, CD20+, CD23+, CD43+, siklin D1-, bcl-2-, ek olarak splenik MZL annexin-1- ve CD103-'tir. t(11;18) gastrik MZL'da görülen en sık translokasyondur, yaygın hastalık ve helicobakter piloriye karşı antibiyotik tedavi direnci ile ilişkilidir.

Gastrik MZL'da erken evrede (IE) antibiyotik tedavisi ile birlikte PPI önerilmektedir. Helicobakter pilorinin olmadığı durumlarda IFRT musküler tabaka tutulumu ve daha invazif tümörlerde alternatiftir. Rituximab veya kemoimmünoterapi diğer alternatiflerdir. Evre III/IV hastalıkta ileri evre indolent lenfomalardaki yaklaşım geçerlidir. Komplikasyon (kanama, perforasyon vs), bulky hastalık ve end organ disfonksiyonu varlığında tedavi kararı verilmelidir. Tedavi alternatifleri kemoterapi veya lokorejyonel RT'dir. Tekrarlama bulgusu olanlarda FL tedavi şemasına göre tedavi önerilmektedir. Takipte 6 ayda bir endoskopi önerilmektedir.

Non-Gastrik MZL'da evre I/II hastalıkta RT uygun seçenektir. Akciğer, cilt, tiroid, kolon ve meme gibi organlarda cerrahi önerilebilir, marjin negatif ise takip pozitif ise RT önerilebilmektedir. Reküren hastalıkta ileri evre FL gibi tedavi edilmektedir. Evre III/IV hastalıkta ise FL gibi tedavi önerilmektedir.

Nodal MZL'da ise tedavi FL gibidir. Splenik MZL'da ise splenektomi önerilen tedavi seçeneğidir, ilerlemiş olgularda FL gibi tedavi önerilmektedir.

4. Lenfoblastik Lenfoma Tedavisi LENFOLASTİK LENFOMA

Lenfoblastik Lenfoma (LL) erişkin NHL ların %2-4'ünü oluşturur. Konvansiyonel CHOP benzeri tedavilerle tedavide başarı şansı çok düşüktür. Yeni yayınlanan bir çalışmada hyperCVAD rejimi uygulanan 33 hastanın %91 de tam remisyon elde edilmiş ve 13 ay içinde 10 hastanın nüks ettiği tespit edilmiştir. 3 yıllık hastalıksız yaşam % 66 ve yaşam oranı ise %70 olarak bulunmuştur.

DOÇ. DR. İ. OĞUZ KARA
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ONKOLOJİ BD-ADANA

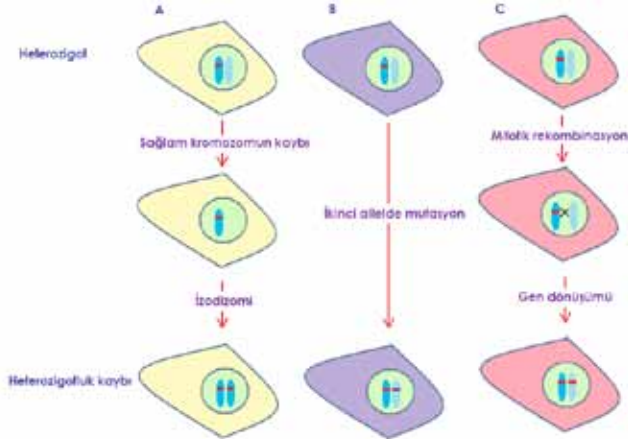
TEMEL ONKOLOJİ KURSU

K4

Tümör Süpresör Genlerin Genomu Korumadaki Rolü

Kanser, mikro ve makro çevredeki çeşitli faktörlerin genetik materyal üzerinde yaptığı değişiklikler sonucu gelişen ve gelişim süreci çok basamaklı olan klonal bir hastalıktır. Bazı kanserlerde genetik faktörler bu çok basamaklı sürecin kolayca başlamasına neden olur. Bu durumda, kanser için “genetik yatkınlık” varlığından söz edilir. Moleküler genetik alanındaki gelişmelerle, kansere yatkınlığın kalıtılmasına yol açan farklı genler tanımlanmıştır. Bu genlere ait mutasyonları taşıyan ailelerin/bireylerin yüksek kanser riski taşıdığı bilinmektedir. Farklı kanserlerde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Kanser genetik formu; tanı yaşının erken olması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveyninden de kalıtılabilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir. Kansere yatkınlığın gelişmesinden sorumlu tutulan genler tümör süpresör genlerdir.

Tümör süpresör genler (TSG); hücre siklusunu kontrol eden ya da DNA onarımını sağlayan proteinleri kodlarlar. Bu işlevleri ile genomun bütünlüğünün korunması ve sürdürülebilir olmasından sorumludurlar. İki ana gruba ayrılırlar: Bekçiler (=gate-keepers) ve Bakıcılar (=care-takers). Bu genlerdeki heterozigotluk kaybı (LOH= loss of heterozygosity) hücre içinde mutasyon birikimine neden olur (Şekil 1).



Şekil 1. LOH mekanizmaları

Bekçi grubundaki genler, hücre döngüsünde anahtar rol oynayan proteinleri kodlarlar (Tablo 1). Bekçi (=gate-keepers) genlerin işlevleri ve patogenetik süreçteki etkilerini açıklayan en iyi örneklerden birisi ailesel retinoblastoma olgularında mutasyonu gözlenen RB1 genidir.

Tablo 1. Bekçi (=gate-keepers) genlerin işlevleri ve defektleri sonucu gelişen kanser örnekleri

Hastalık	Gen	Gen işlevi
Retinoblastoma	RB1	transkripsiyonel regülasyon
Li-Fraumeni	TP53	Transkripsiyon faktörü, check-point
Wilms	WT1	Transkripsiyon faktörü
NF I	NF1	GAP, p21-ras negatif regülatörü
NF II	NF2	hücre iskelet proteini
Renal Ca(vonHippel-Lindau)	VHL	EF-kompleks
MEN I	MEN1	
MEN II	RET	reseptör tirozin kinaz
Meme Ca	BRCA1, BRCA2	DNA'ya bağlanan protein, hücre siklusu kontrolü, DNA onarımı, kromozom paketlenmesi
FAP	APC	apoptozis
Cowden	PTEN	fosfataz

13. kromozomun q14 bandında (13q14) yer alan RB1 geni 4.7kb uzunluğundadır. Genin ürünü olan retinoblastoma proteini (Rb) 110 kD ağırlığında bir fosfoproteindir. Hücre siklusunun farklı dönemlerinde hipo- ve hiperfosforile olmaktadır. Hiperfosforile durumda iken DNA'nın sentezlenmesi için gerekli olan transkripsiyon faktörlerini inaktive eder. Bu sayede hücre siklusunu G1 fazından S fazına girerken durdurur. Hiperfosforilasyonu ile bu inhibisyon ortadan kalkar ve hücre bölünmeye devam eder.

Rb proteini önemli bir hücre siklusu kontrol noktası elemanıdır. Bu proteinin yokluğu kontrolsüz hücre çoğalmasına yol açmaktadır. Bu özellikleri ile RB1 geni bir tümör baskılayıcı genidir. Hücre çoğalması sürecinin düzenli yürümesi ve farklılaşan hücrelerin hücre siklusundan çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Bu iki işlevini, diğer transkripsiyon faktörlerini serbestleştirerek ve ilgili genin susuturulmasını sağlayan histon deasetilasyonu yaparak sağlamaktadır.

Birden fazla siklus bekçisinin rol oynadığı diğer bir hastalık ailesel meme kanseridir. BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, ATM ve çeşitli yanlış eşleşme onarımı genlerinin ailesel meme kanserinde rol oynadığı bilinmektedir. Meme kanseri yatkınlığında rol oynayarak ailesel meme/over kanseri sendromundan sorumlu tutulan tüm genlerin siklus kontrolü ve DNA onarımında rol oynaması (Şekil 2) işlev bozukluklarının hücre içinde karsinogenezis sürecinde etkili olan mutasyonların birikmesinde kolaylaştırıcı etki yaratmaktadır.



Şekil 2. Meme kanseri yatkınlığında rol oynayarak ailesel meme/over kanseri sendromundan sorumlu tutulan tüm genler siklus kontrolü ve DNA onarımında rol oynarlar.

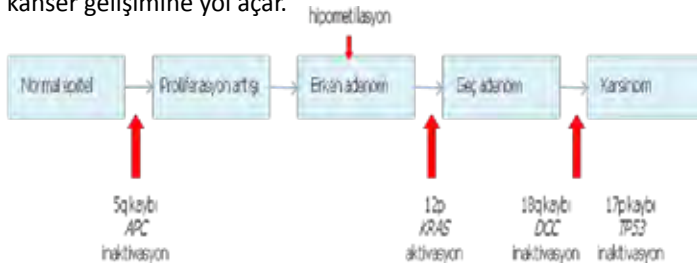
Bakıcı grubundaki genler ise, hücre içinde DNA onarım mekanizmalarından herhangi birisinde rol oynayan proteinleri kodlayan genlerdir (Tablo 2). Bakıcı (=care-takers) genlerin işlevleri ve patogenetik süreçteki etkilerini açıklayan en iyi örneklerden birisi kolorektal kanserlerdir.

Kolorektal kanser gelişimi yavaş ilerleyen bir süreç olup, iyi huylu adenomatöz polipten ileri evre displastik polipe ve sonunda invazif adenokarsinomaya dönüşüm olmaktadır. Bu süreç; belirli mutasyonların sırayla birikmesine bağlıdır (Şekil 3).

Tablo 2. Bakıcı (=care-takers) genlerin işlevleri ve defektleri sonucu gelişen hastalık örnekleri

Hastalık	Gen	Gen işlevi
Ataxia Telangiectasia	ATM	protein kinaz
Bloom	BLM	RECQ helikaz
Fanconi	FANC genleri	DNA'ya bağlanan protein, hücre siklus kontrolü, DNA onarımı
HNPCC	hMSH2 hMLH1 hPMS1/2	mismatch onarım
Werner	WRN	DNA helikaz
Cockayne	CKN1 ERCC6	
XP	XPA, ERCC3 XPC ERCC2 DDB2 ERCC4 ERCC5 POLH	Nükleotid çıkarılması onarımı

KRK'de rol oynayan moleküler mekanizmalar; kromozom instabilitesi, DNA onarım defektleri ve metilasyon değişiklikleridir. Kromozomal instabilite, hücre bölünmeleri sırasında yapısal kromozomal değişikliklerine yol açarak bazı tümör baskılayıcı genlerin kaybı ile sonuçlanabilir. DNA yanlış eşleşme onarımında rol oynayan genlerdeki (MLH1, MLH3, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2) mutasyonlar DNA onarım defektlerine neden olur. Bu mutasyonların germline olması KRK'e yatkınlığa yol açarlar. Onarım defekti olan olgularda, hastalık genellikle özel histolojik görünümündedir ve kolonda sağ yerleşimlidir. KRK'de yaygın görülen diğer bir mekanizma da hipermetilasyona bağlı bazı genlerin susturulmasıdır. Bu patolojik metilasyonun tümör baskılayıcı genleri hedef alması, kanser gelişimine yol açar.



Şekil 3. KRK gelişiminde biriken mutasyonların karsinogenezis sürecindeki etkileri

AJLAN TÜKÜN

KEPAN KURSU

K5

Kemoterapinin GİS'e Toksik Etkilerinin Beslenmeyle Modülasyonu

Kemo/radyoterapinin olumsuz etkileri en çok hızlı çoğalan hücrelerde (kemik iliği, gastrointestinal sistem-GİS- epiteli, spermatogenezis, vb) görülür. Özellikle GİS üzerine olan bulantı, kusma, ishal, mukozit gibi yan etkiler hastanın kemoterapsine uyumu engelleyen en önemli yan etkilerdir. Bu yan etkilerin önlenmesi veya şiddetinin azaltılması tedavinin sürekliliğini ve başarısını yakından etkileyecektir.

GİS vücuttaki en büyük immün sistemdir ve adaptif (öğrenilmiş) immün yanıtın ilk belirlendiği bölgedir. İnsan doğduğu andan itibaren birçok allerjen ve yabancı maddeye GİS aracılığıyla maruz kalır ve bunlara karşı yanıtın nasıl olduğu yaşamı önemli ölçüde etkiler. Örneğin, besinlere karşı oral toleransın gelişmemesi yeterli beslenmeyi mümkün kılmadığı gibi yaşamın ilk günlerindeki bağırsak mikrobiyotası da kişinin immün yanıtının yönünü belirler.

Bu nedenlerle kanser tedavisinde beslenmenin düzenlenmesi ile tedaviye toleransın artırılması, nütrisyon durumunun en iyi düzeyde tutulması, GİS komplikasyonların sıklığının ve şiddetinin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalısız yaşam süresinin uzatılması amaçlanmış ve bu konuda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Hiçbir özel besin ögesi vermeksizin, sadece enteral beslenme ile bile GİS'de önemli kazançlar elde edilmektedir.

Kanser tedavisinde GİS yan etkilerinin önlenmesi/azaltılması amacıyla değerlendirilen çok sayıda besin ögesi vardır. Bunların başlıcaları glutamin (enterositler için enerji kaynağı, antioksidanların öncüsü, immün hücreler için uyarıcı), omega-3 yağ asitleri (hücre membran sentezinin vazgeçilmezleri, son ürünleri anti-inflamatuvar etki gösterir, angiogenezi inhibe edebilirler, immün hücrelere olumlu etki yapar), pre-/probiyotikler (metabolik, trofik, antimikrobiyal etkiler), antioksidanlar, kısa zincirli yağ asitleri, selenyum, arjinin olarak sayılabilir. Bunlarla yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar alınmıştır. Beslenme çalışmalarını düzenlemek ve yürütmek oldukça zordur ve asıl olan, ne zaman hasta olunacağı bilinemediğinden, yaşamın her döneminde sağlıklı bir beslenme durumuna sahip olmaktır.

DR. HASAN ÖZEN

PANEL - Kolorektal Kanserler

K6

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERDE KEMOTERAPİ SEÇİMİ

Kolorektal kanser gelişmiş ülkelerde hem kadında hem de erkekte en önemli ilk 3 kanser arasında yer almaktadır. Ülkemizde ki önemi, batı bölgelerimizde daha belirgin olmak üzere hızla artmaktadır.

Kolorektal kanserlerin önemli bir bölümü metastatik evrede tanı almakta ya da cerrahi sonrası sistemik hastalıkla nüks edebilmektedir. Metastazın sık görülmesine rağmen pek çok diğer kanser türünden farklı olarak kolorektal kanser sistemik yayılımın görüldüğü ileri evrede bile potansiyel kür elde etmenin mümkün olduğu bir kanserdir. Son 10 yıl içinde metastatik kolorektal kanserde genel yaşam süresinin 10-11 aylardan 2 yılın üzerine ulaşması mümkün olmuştur. Bu gelişmedeki temel faktör yeni kuşak ilaçların yaygın ve ardışık olarak kullanılmasıdır.

Potansiyel kür şansı olduğu kabul edilen karaciğer ve kemik metastazlarının yönetimi, sistemik kemoterapi, cerrahi ve diğer lokal ablatif tedavilerin birlikte ya da ardışık bir şekilde bir amaç için sıralı olarak kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle bu hastalarda kemoterapi diğer hastalardan daha özellikli olmak zorundadır. Zaman uyumu ve takip edecek olan tedavinin özellikleri tercih edilecek kemoterapinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Kolorektal kanser tedavisinde yeni kullanıma giren ilaçlar son yıllarda fluorourasiliden başlayarak önemli bir sayıya ulaşmıştır. Yeni kemoterapi ajanların keşfedilmesi, birden çok mekanizma ile çalışan hedef tedavilerin kullanıma girmesi ve oral fluoroprimidinlerin varlığı ile tedavide kullanılan ilaçlar çeşitlenmiştir. Temelde 5 çeşit ilaç bugün kolorektal kanser tedavisinde kullanılmaktadır. Bunlar; Fluorourasil, kapesitabin, ve urasil tegafurun (UFT) oluşturduğu fluoroprimidin grubu, irinoteka ve oksaliplatin ile oluşan 3 çeşit kemoterapi ilaç grubu ile endotelial büyüme faktörüne (VEGF) karşı geliştirilen bevacizumab ve epidermal büyüme faktörü reseptör antagonisti olan setuksimab ve panitumab oluşturduğu hedef ilaç grubundan oluşmaktadır. Uzun zamandır fluorourasil modifiye edici ajan olarak kullanılan leukoverin (kalsiyum folinat) kolorektal kanser tedavisinde hala önemli bir ilaçtır. Çok sayıda ilacın klinik öncesi ya da klinik çalışmaları devam etmektedir. Bunlardan bazıları yakın gelecekte kolorektal kanser tedavisinde kullanıma girecek yeni ilaçlar olarak dikkat çekmektedir. Bu ilaçlardan regorafenibin olumlu faz 3 çalışması yayınlanmıştır.

Fluorourasil hala tüm ilk seçim kombinasyonlarda yer almaktadır. Leukoverin (kalsiyum folinat) ile fluorourasilin modifiye edilmesi bugünkü günlük pratikte hala devam etmektedir. Hem etkinlik hem de toksisite leukoverin kombinasyonu ile artmaktadır. Uzun yıllar kullanılan intravenöz hızlı uygulamalar bugün yerini intravenöz uzun infüzyonlara bırakmıştır. Pek çok çalışmada eşdeğer hatta daha iyi klinik sonuçlar gösterebilen oral fluoroprimidinler ile özellikle kapesitabin için leukoverin yolu ile modifikasyon yapılması kullanılmamaktadır.

Irinotekan ve oksaliplatinin fluorourasile eklenmesi ile oluşan ikili kombinasyon daha iyi sonuçlara ulaşmaktadır. Bu ilaçlardan oksaliplatin evre 3 kolorektal kanserin adjuvan tedavisinde de yerini almışken irinotekanlı kombinasyonlar toksisite nedeniyle evre 3 kolorektal kanserde önerilmemektedir. Fluorourasilin irinotekan ve oksaliplatinli ikili kombinasyonlarında da leukoverin modifikasyonu yapılmaktadır.

İlaçların tek ilaç ya da kombine olarak kullanılacağı durumların tercihinde sıkça kullanılan bazı ilaçların tek başına kullanımında sitotoksik etkinliğinin kolorektal kanserde düşük olduğuna hatta olmadığına dikkat etmelidir. Örneğin irinotekan tek ilaç olarak etkinken oksaliplatinin bu etkinliği düşüktür. Yine yeni ilaçlardan bevacizumab tek başına düşük etkinlikte ilken setuksimab belirgin etkinliğe sahiptir. Bu durum özellikle performans statusu düşük, komorbidite nedeniyle ya da ileri yaş ve organ fonksiyon kaybı gibi nedenlerle yoğun tedavi alması uygun olmayan hastaların tedavisinin planlanmasında önemli olmaktadır.

Bazı ilaçların ardışık hatlarda birden çok kez kullanılması da mümkündür. Örneğin irinotekanlı protokollere dirençli hastalarda irinotekan ve setuksimab kombinasyonunun tek setuksimab içeren koldan daha üstün olduğu gösterilmiş durumdadır.

İlaçların kombine kullanımında toksisite ve kullanım kolaylığı belirleyici bir faktör olmaktadır. Oral bir fluoroprimidin olan kapesitabin kullanım kolaylığı ve kabul edilebilir yan etki profili ile kolorektal kanser tedavisinde önemli bir farklılık yaratmıştır. Kapesitabin mukozit ve hematolojik toksisite dışında en belirgin olarak belirli oranda el ayak sendromu yapmaktadır. Devamlı infüzyon için gerekli olan santral ven kateter ihtiyacını ortadan kaldırması ile önemli bir seçenek olarak adjuvan ve metastatik tedavi protokollerinde yer almıştır. Kapesitabin oksaliplatinle ayrı bir yan etki spektrumuna sahipken irinotekan ile bazı yan etkileri örtüşmektedir. Bu nedenle kapesitabin ve oksaliplatin kombinasyonları klinik çalışmalarda ve günlük pratikte yaygınlaşmışken kapesitabin irinotekan kombinasyonlarının yaygın kullanılabilirliği bir tartışma konusudur.

Son on yıl içinde biyolojik bir yolu hedeflenmiş tedaviler pek çok kanserin doğal gidişatında değişikliğe yol açmıştır. Temel bir biyolojik yol üzerinde etki eden bu ilaçlara karşı bazı moleküler prediktif faktörler tanımlanabilmiştir. Vasküler endotel büyüme faktörüne (VEGF) karşı geliştirilen bir monoklonal antikor olan Bevacizumab bugün ilk ve ikinci basamakta etkinliği gösterilmiş bir hedeflenmiş ilaçtır. Bevacizumabın irinotekan ya da oksaliplatin ile fluorourasil ya da kapesitabinli üçlü kombinasyonları ilk seçim tedavide yaygın olarak kabul görmektedir. Kırılgan ve yoğun tedavi alamayacak hastalarda bevacizumab fluorourasil ya da kapesitabinle oluşan ikili kombinasyonda etkin seçenekler arasındadır. Bevacizumab farklı yan etki profili ile de dikkati çekmektedir. Yara iyileşmesinde ki sorunlar nedeniyle bevacizumabın cerrahi tedavi alacak hastalarda tedaviye başlanması ve kesilme için gereken zaman dikkat çekmelidir. Ayrıca bevacizumabın hipertansiyon, kanama, proteinüri, perferasyon gibi az görülsün bile klinik önemi çok olan yan etkileri mevcuttur. Arterial ve venöz tromboembolik olayların bevacizumab ile ilgisi dikkat çekicidir ve tedavi planlamasında göz önüne alınması gereken bir durumdur.

Epidermal büyüme faktörü reseptörüne (EGFR) karşı geliştirilen iki adet monoklonal antikor bugün kolorektal kanser tedavisinde kullanıma girmiştir. Setuksimab ve panitumab klinik kullanımda bir moleküler prediktif markıra sahiptir. K-Ras molekülünde gelişen mutasyonlar tedavide başarısızlık ile beraberdir. Bu nedenle bu ilaçlar sadece K-Ras molekülün doğal (Wild tip) olduğu hastalarda tercih edilmelidir. Daha önceki çalışmalarda setuksimab nonselektif olarak K-Ras mutant ya da doğal olan hastalarda kullanılmış ve genel olarak sonuçlar başarılı da olsa sonradan elde edilen veriler K-Ras mutant hastalarda ilaç negatif etki edebileceği için bu hastalarda kullanımından kaçınılmalıdır. Bevacizumabın aksine setuksimab ve panitumab daha iyi bir yan etki profiline sahiptir. Cilt döküntüleri tedavi etkinliğini de gösterebilen bir yan etkidir.

Kolorektal kanser uzun yaşama süresi birden çok tedavi seçeneğinin varlığı ile tedavi başlarken birden çok faktör önemli olmalıdır. Hastalığın tedavi planı ve arada yapılabilecek kemoterapi dışı tedaviler ilaç seçiminde önemli rol oynamaktadır. Kombinasyon ya da tek ilaç tedavide ilaçların tek ilaç etkinliği, yan etki profili ve hedef ilaçlarla kombinasyonu önemli köşe taşlarıdır. Hedef tedavide setuksimab ve panitumab kullanımında K-Ras onkogeninin mutasyon analizi temel karar verici aşamadır. Daha ilk tanı anından itibaren bu çalışmalar yapılmalıdır. Kolorektal kanserde etkin tedavilerin ardışık ve ilaçların hepsinin kullanılabildiği durumlarda sağkalım avantajı sağlandığı bilindiğine göre, eldeki ilaçların iyi bir planlama ile mümkün olduğunca kullanılmaya çalışılması gerekmektedir. Son olarak ilaçların ulaşılabilirliğini engelleyen ticari olarak var olması, geri ödeme ile yaygın olarak kullanıma sunulabilme gibi özelliklerde ilaçların tercihinde ya da sıralamasında etkili olabilen faktörlerdir.

Klinik çalışmaların hasta kabul koşulları, moleküler özellikler, ilaçların kanıtlandığı kullanım basamakları ve kombinasyonları günlük hasta seçiminde daima göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir. Yan etki yönetimi hastaların tedavisini belirleyen temel faktörlerden biri olarak dikkat çekmelidir.

PROF. DR. HASAN ŞENOL COŞKUN
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

PANEL - Lenfomalar

K7

AGRESİF LENFOMALARIN GÜNCEL TEDAVİSİ

Agresif lenfomaların histopatolojik açıdan oldukça farklı antitelerden oluşması nedeniyle, tanı aşamasında yeterli doku örneğinin deneyimli bir hematopatolog tarafından değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Tedavi planlama aşamasında, patoloji ile kliniğin korelasyonu irdelenmeli, dikkatli bir evrelendirme yapılmalı ve olgular prognostik indekslere göre değerlendirilmelidir. Tedavide kemoterapinin yanında, B hücreli lenfomalarda monoklonal antikor rituksimab ve lokal kontrolün önem kazandığı durumlarda radyoterapi kullanılmaktadır. Tedavi bitiminde, başlangıçtaki hastalık bölgelerinin, özellikle rezidüel hastalık kuşkuşu olan lokalizasyonların pozitron emisyon tomografisi / bilgisayarlı tomografi (PET/BT) ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedaviye yanıtı yetersiz olgular ve tedavi sonrası nüksler için seçenekler arasında daha önce kullanılmamış olan sitotoksik ajanlar, radyoterapi, monoklonal antikorlar, monoklonal antikor ile konjuge moleküller ve kök hücre nakli yer almaktadır.

Bu derlemede B hücreli agresif lenfomalara yaklaşımda ilk olarak tedavi öncesi basamaklardan bahsedilecek, daha sonra güncel tedavi yaklaşımları özetlenmeye çalışılacaktır. T hücreli agresif lenfomalar ve gastrointestinal lenfomalara yaklaşım ise ayrı bölümlerde irdelenecektir.

TEDAVİ ÖNCESİNDEKİ BASAMAKLAR

Lenfomaların heterojen bir hastalık grubu olması ve farklı histolojik tiplerinin farklı seyir izleyebilmesi nedeni ile doğru patolojik tanı, tedavi yaklaşımı açısından hayati önem taşımaktadır. 2008 Yılında güncellenen Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Lenfoid Tümör Sınıflaması (dördüncü versiyon) moleküler tanı yöntemlerine daha fazla oranda gereksinimi de birlikte getirmiştir.¹ Bu sınıflamada yer alan B hücreli agresif lenfomalar Tablo 1’de verilmektedir.

TABLO 1: Güncellenen Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Lenfoid Tümör Sınıflaması’nda yer alan B hücreli agresif lenfomalar

Matür (periferal) B hücreli neoplaziler
- Mantle hücreli lenfoma
- Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DLBCL), ayırım yapılmamış
- T hücreli/histiyoit zengin büyük B hücreli lenfoma
- Santral sinir sistemindeki primer DLBCL
- Primer kutanöz DLBCL, bacak tipi
- Kronik inflamasyonla ilişkili DLBCL
- Primer mediastinal (timik) büyük B hücreli lenfoma
- İntravasküler büyük B hücreli lenfoma
- ALK ⁺ büyük B hücreli lenfoma
- Plazmablastik lenfoma
- HHV8 ile ilişkili multisentrik Castleman hastalığı zemininde gelişmiş DLBCL
- Primer effüzyon lenfoması
- Yaşlıların EBV pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoması
- DLBCL ile Burkitt arasında özelliklere sahip, daha ileri sınıflandırılmayan B hücreli lenfoma
- DLBCL ile klasik Hodgkin lenfoma arasında özelliklere sahip, daha ileri sınıflandırılmayan B hücreli lenfoma

Lenfoma şüphesi olan bir olguda uygun dokudan ve yeterli bir biyopsi alınması büyük önem taşır. Hastada birden fazla lenf nodu varsa, ulaşılabilen en büyük lenf nodu çıkartılmalıdır. Lenf nodu biyopsisi dışında mide, barsak, karaciğer, dalak, kemik

iliği ve diğer dokuların biyopsileri ile de tanı konabilir. Patoloji preparatları lenfoma konusunda **deneyimli bir hematopatolog** tarafından değerlendirilmelidir.

Başvuruda iyi bir öykü alınması, “B” semptomlarının sorgulanması ve detaylı bir fizik muayene esastır. Bilgisayarlı tomografi (BT), toraks, abdomen ve pelvis için standart görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Eğer başlangıç aşamasında pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) yapılabilirse, daha yönlendirici olabilmektedir. Perikardiyal sıvısı olan ve tedavide antrasiklin grubu ilaç kullanılması planlanan olgularda ekokardiyografi yapılmalıdır.

Gastrointestinal sisteme ait bulgular olduğunda endoskopi, santral sinir sistemi (SSS) görüntülemesi gerektiğinde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kemik - v Ertebra tutulumu veya kord basısı düşünüldüğünde direkt grafiler veya MRG tercih edilmektedir.

PET/BT, özellikle tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde ve rezidüel lezyonların irdelenmesinde, bilgisayarlı tomografi ve galyum sintigrafisine göre daha duyarlıdır. 2007 Yılında Cheson ve arkadaşları tarafından güncellenen “Malign Lenfoma Yanıt Kriterleri”ne göre diffüz büyük B hücreli lenfoma (DLCL) ve Hodgkin lenfoma için tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için PET yapılması gerekmektedir.²

Kemik iliği aspirasyonunda lenfoma hücreleri direkt olarak görülebilir. Nodüler lenfoma tutulumunu saptamada kemik iliği biyopsisi, aspirasyona göre çok daha duyarlıdır. Günümüzde lenfoma evrelendirmesi için kemik iliği biyopsisi standart prosedür içerisinde yer almaktadır.

Abdominal kitleyle gelen olgularda hem tanı, hem de evrelendirme için laparotomi yapılabilir. Bazı olgularda ise, ultrasonografi veya BT kılavuzluğunda biyopsi ile tanı konur. Santral sinir sistemi lenfoması düşünülen bir olguda tanı açısından BT veya MRG kılavuzluğunda biyopsi en uygun seçim olabilir. Bu hastalarda beyin omurilik sıvısı (BOS) sitolojik olarak incelenmelidir. Radyolojik yöntemler yardımı ile biyopsi alındı ise biyopsi materyalinin yeterli olması, doku morfolojisi ve histolojik tip açısından önemlidir.

Evrelendirme için Ann Arbor sistemi kullanılmaktadır. Evreye ek olarak “bulky” (kitleli) hastalık olup olmadığının belirlenmesi, bu bölgelere radyoterapi uygulanması gerekebileceği için önem taşımaktadır. Eski yıllarda 10cm olarak kabul edilen “bulky” hastalık kriteri günümüzde 5cm’ye dek inmiştir.

Tedavi planı öncesinde yapılması gereken son basamak, hastanın risk faktörlerine göre değerlendirilmesidir. Günümüzde bu amaçla en sık kullanılan sistem **Enternasyonal Prognostik İndeks (IPI)**’tir. Bu skorlama sistemi ilk olarak büyük hücreli lenfomalar için önerilmiştir.³ Bu sistemde (IPI), risk faktörü olarak belirlenen 5 faktörden her birinin mevcudiyeti için 1 puan verilmekte, en düşük riskli hasta 0, en yüksek riskli hasta 5 puan almakta, puana göre risk grupları ayrıldığında her bir grup için sağkalım beklentisi farklı olmaktadır (Tablo 2). IPI, kolay uygulanabilirliği ve yüksek sayılabilecek geçerliliği nedeniyle yaygın kullanıma girmiştir.

TABLO 2: Enternasyonal Prognostik İndeks (IPI)

Risk Faktörleri		Risk Grupları	Risk Faktörü Sayısı
Yaş	> 60		
ECOG* performans statüsü	> 1	Düşük	0-1
Laktik dehidrogenaz (LDH)	> normal	Düşük-orta	2
Tutulan ektranodal bölge sayısı	> 1	Orta-yüksek	3
Evre	> II	Yüksek	4-5

*ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA (DLCL) TEDAVİSİ

Non-Hodgkin lenfomalar (NHL) arasında en sık görülen histolojik tip DLCL’dir. Southwest Oncology Group (SWOG) tarafından yapılan prospektif randomize bir çalışmada, “bulky” olmayan erken evre (I-II) agresif B hücreli lenfomada 3 kür siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon (CHOP) kemoterapisi + tutulmuş alan ışınlaması, 8 kür CHOP kemoterapisine eşdeğer, hatta daha başarılı bulunmuştur.⁴ Ancak bu çalışmanın uzun süreli takibinde, yedinci yıl sonrasında, 3 kür kemoterapi + tutulmuş alan ışınlaması kolunda nükslerin fazla olduğu dikkati çekmiştir. Bunun üzerine SWOG, “bulky” olmayan erken evre (I-II) agresif B hücreli lenfoma tedavi stratejisine rituksimabı entegre ederek 3 kür CHOP ile birlikte 4 doz rituksimab ve tutulmuş alan ışınlaması ile %82 oranında 5 yıllık genel sağkalım elde etmiştir.⁵

60 Yaşın üzerinde olan 400 DLCL olgusunda 3 haftada bir uygulanan standart CHOP ile rituksimab+CHOP tedavilerini karşılaştıran prospektif randomize bir çalışmanın sonuçları, rituksimab+CHOP şemasının bu yaş grubunda bir standart tedavi yöntemi olabileceğini işaret etmektedir.⁶ Bu protokolü 2 hafta aralıklar ile (rituksimab+CHOP-14) koloni stimüle edici faktör desteğinde uygulamak alternatif bir strateji teşkil edebilir. 60 Yaşın üzerinde 1222 DLCL olgusunda yapılan RICOVER-60 çalışmasında, 6 kür CHOP-14, 8 kür CHOP-14, 6 kür rituksimab+CHOP-14 (toplam 8 doz rituksimab) ve 8 kür rituksimab+ CHOP-14 ile karşılaştırılmış; en iyi sonuçlar 6 kür rituksimab+CHOP-14 (toplam 8 doz rituksimab) kolunda bulunmuştur.⁷

60 Yaşın üzerinde olan, erken evreli ancak yüksek risk faktörü taşımayan agresif lenfomalı olgularda 4 kür CHOP kemoterapi protokolü ile 4 kür CHOP kemoterapisi + tutulmuş alan ışınlaması karşılaştırıldığında, radyoterapinin tedaviye eklenmesi herhangi bir sağkalım avantajı getirmemiştir.⁸ Bu çalışmanın rituksimab içermediği ve rituksimab eklenmesi ile daha yüksek başarı elde edilebileceği göz önüne alınırsa, 60 yaşın üzerindeki erken evreli agresif lenfoma olgularında radyoterapinin yeri oldukça tartışmalı hale gelmektedir.

Alman Yüksek Dereceli Lenfoma Çalışma Grubu tarafından, iyi prognostik parametrelere sahip genç hasta grubunda etoposid içeren CHOEP şemasının CHOP’tan daha üstün olduğu rapor edilmiştir.⁹ Daha sonra yapılan ve 18 ülkeden çok sayıda merkezin katıldığı MabThera International (MInt) çalışmasında, 60 yaşın altında, evre II-IV veya evre I “bulky” hastalığı olan, Enternasyonal Prognostik İndeks (IPI)’e göre 0 veya 1 risk faktörü taşıyan DLCL olgularında, rituksimab içeren veya içermeyen CHOP benzeri rejimler (CHOP, CHOEP, MACOP-B, PMitCEBO) ile tedavi edilen 824 olguda, rituksimab içeren rejimlerde hem tam remisyon (CR) oranının daha yüksek, hem de tedavi başarısızlığına kadar geçen sürenin belirgin olarak daha uzun bulunmuştur. Rituksimab içeren kollarda tam yanıt oranı %86, 3 yıllık tedavi başarısızlığı olmadan sağkalım %79, 3 yıllık toplam sağkalım %93 olarak bulunmuştur.¹⁰ Rituksimab eklendiğinde tüm CHOP benzeri rejimlerin yanıt oranı artmakta ve rituksimab eklenmesinden önce rejimler aralarında bulunan farklar kaybolmaktadır. Bu nedenle, rituksimab bu tür rejimler için bir “**eşitleyici**” olarak yorumlanmıştır. MInt çalışmasından pratik anlamda çıkarılacak sonuç, rituksimab+CHOP şemasının 60 yaşın altındaki DLCL olguları için de standart tedavi olarak kabul edilebileceği ve eğer bu şema kullanılacaksa tedaviye etoposid eklenmesine gerek olmadığıdır.

Düşük dereceli lenfomalarda, tedavi sırasında kemoterapi ile birlikte rituksimab kullandıktan sonra, rituksimab ile idame tedavisi kavramı yaygın kabul görmektedir. Agresif lenfomalarda

ise ABD’de yapılan çok merkezli ECOG 4494 çalışmasında, DLBCL olguları başlangıçta rituksimab+CHOP veya yalnız CHOP kemoterapisine randomize edilmiş, yanıt elde edildikten sonra bu kez 2 yıl süreyle 6 ayda bir 4 doz rituksimab ile idame veya sadece gözlem koluna randomize edilmişlerdir. Başlangıçta rituksimab kullanan veya idame olarak rituksimab alan kollar hiç rituksimab almayanlara göre üstün bulunmuş, ancak hem başlangıçta, hem de idame olarak rituksimab almak tedaviye ek bir katkı getirmemiştir.¹¹ Böyle olunca, DLBCL olgularında tedavinin bir aşamasında mutlaka rituksimab kullanılması gerektiği şeklinde bir ortak görüş oluşmuştur.

Günümüzde aktif olarak araştırılan konu, yeni tanı almış agresif lenfomalarda ilk basamak tedavisinde kemoterapi ile birlikte verilecek olan rituksimab için ideal doz aralığı ve sayısının belirlenmesidir. Rituksimab+CHOP şemasının 14 günde bir verildiği protokollerin yüksek başarı sağlamaması, son rituksimab dozunun 99. günde verilmesine (rituksimab+CHOP şeması 21 günde verildiğinde son rituksimab dozu 148. güne gelmektedir) ve serum rituksimab düzeyinin 99. günden sonra düşmesine bağlanmıştır. Yakın dönemde planlanan “Doz-Yoğun-R-CHOP-14” ve “SMARTE-R-CHOP-14” çalışmalarında, kemoterapi öncesinde verilen ek rituksimab dozları ile efektif serum rituksimab düzeyi sağlanmakta, daha sonra klasik kemoimmünoterapi süresi tamamlanmakta ve en son olarak da birkaç ek doz rituksimab verilerek serum rituksimab düzeyi düşmeden korunmaya çalışılmaktadır. Bu yaklaşımın tedavi başarısını arttıracığı ümit edilmektedir.

İleri evre (III-IV) ve “bulky” erken evre (I-II) büyük hücreli lenfomalar için 6-8 kür rituksimab+CHOP şeması standart tedavi olarak kabul edilmektedir. “Bulky” hastalık bölgeleri radyoterapi açısından değerlendirilmelidir. Zira, kemoterapi tamamlandıktan sonra “bulky” hastalık bölgelerinin ışınlanmasının, lokal nüks oranını azalttığı ortaya konmuştur. PET/BT kullanımı lenfoma pratiğine girdikten sonra, başlangıçta “bulky” hastalık kriterine uysa dahi tedavi sonrasında PET negatif bulunan lezyonların ışınlanması tartışmalı hale gelmiş ve böyle olgularda radyoterapinin gerekmediği görüşünü savunanlar giderek artmıştır. Ancak ışınlanmayan “bulky” hastalıklı olguların uzun süreli takip sonuçlarının elde bulunmaması nedeniyle, günümüzde “bulky” hastalıklı olgular için radyoterapiden vazgeçilmesi erken olabilir.

Son yıllarda moleküler biyolojik yöntemler ve gen ekspresyon profili kullanılarak, seyri olumsuz olabilecek agresif lenfomalar başlangıç aşamasından itibaren ayırt edilmeye çalışılmaktadır. İlk çalışmalar bcl-2 pozitif olan DLBCL olgularında kemoterapiye yanıtın ve seyrin bcl-2 negatif olanlara göre daha kötü olduğu göstermiş, bcl-2 pozitif olgularda rituksimab+CHOP şeması kullanılarak bcl-2 pozitifliğine bağlı kemoterapi direncinin azaltılabileceğini işaret etmiştir.¹² Sonraki dönemde DLBCL olgularında c-DNA mikroyarrayleri kullanılarak gen ekspresyon profiline bakılarak, en iyi seyrin germinal merkez B hücresi benzeri profil taşıyan grupta olduğu ortaya konmuştur.¹³ Daha yakın dönemde netlik kazanan bir konu ise, bcl-2, bcl-6, myc genlerinin ikili (double-hit) veya üçlü (triple-hit) mutasyonunu içeren agresif lenfomaların diğerlerine göre daha kötü prognozlu olduğu.¹⁴

MANTLE HÜCRELİ LENFOMA (MCL) TEDAVİSİ

Tüm lenfomaların yaklaşık %5-6’sını oluşturan bu özel lenfoma türü ileri yaş grubunda ve erkeklerde daha sıktır. Gastrointestinal tutulum sıktır, daha önceki yıllarda multipl lenfomatöz polipozis adı verilen antitenin günümüzde mantle hücreli lenfoma olduğu kabul edilmektedir. Hastalığın bazı olgularda lösemik

formda seyreden bir blastik varyantı mevcuttur, bu varyantta SSS tutulumu da olabilmektedir. Diğerlerinden farklı olarak, yavaş seyirli olabilen MCL alt grupları arasında küçük hücreli MCL varyantı, mantle zon varyantı ve SOX11 pozitif olgular yer almaktadır.

Hoster ve arkadaşları tarafından yapılan bir analizde ileri evredeki 455 MCL olgusunda hastalığın seyri incelenmiş ve sadece bu lenfoma grubunda kullanmak üzere bir mantle hücreli lenfoma enternasyonal prognostik indeksi (MIPI) önerilmiştir.¹⁵

MCL tanısı alan olgular genelde rituksimab+CHOP şeması ile kür edilemezler. Bu şema ile başlangıçta oldukça yüksek oranda tam yanıt elde edilmekte, ancak tedavi tamamlandıktan sonraki 2 yıl içerisinde olguların yarısından fazlasında relaps gelişebilmektedir.¹⁶ Hiper-CVAD rejimi (yüksek dozda fraksiyone siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, deksametazon ile dönüşümlü yüksek doz metotreksat ve yüksek doz sitozin arabinozid [Ara-C]) ve kök hücre nakli ile hastalıksız ve toplam sağkalım açısından ümit verici sonuçlar elde edilmiştir.¹⁷ Hiper-CVAD rejimi ile birlikte rituksimab verilerek elde edilen sonuçlar da çok başarılı olup, bu şema kök hücre naklinin riskli olabileceği ileri yaştaki hastalar için oldukça iyi bir seçenek teşkil etmektedir.¹⁸ Rummel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, bendamustin + rituksimab şemasının MCL tedavisinde en az rituksimab+CHOP kadar başarılı, buna karşın daha az toksik olduğu ortaya konmuştur.¹⁹ Toksisitesi oldukça az olan bu şema, hastalığın sık görüldüğü ileri yaş grubu için iyi bir seçenek oluşturmaktadır.

MCL tedavi protokollerine rituksimab ile yüksek doz sitozin arabinozid (Ara-C) entegre edilmesi ve tedavi sonunda kök hücre desteğinde yüksek doz kemoterapi ile konsolidasyon yapılması başarıyı arttırmıştır. Bu prensiple planlanan Nordic MCL2 protokolü, %42 oranında 10 yıllık olaysız sağkalım ve %58 oranında 10 yıllık genel sağkalım elde ederek, historik tedavilere belirgin üstünlük sağlamıştır.²⁰ Bu protokol, özellikle 66 yaş altındaki MCL olguları için oldukça iyi bir seçenek oluşturmaktadır.

Relaps ve refrakter MCL olgularında uygulaması oldukça kolay olan rituksimab-fludarabin, siklofosamid, mitoksantron (R-FCM) protokolü ile oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir.²¹ Relaps ve refrakter MCL olgularında diğer bir seçenek, tek başına kullanımı ile %30 oranında yanıt elde edilen bortezomib adlı proteazom inhibitörüdür.²² Bortezomib, kombine şemalarda da başarı ile kullanılmaktadır.

ÖZEL YAKLAŞIM GEREKTİREN LOKALİZASYONLAR

Primer Santral Sinir Sistemi (SSS) Lenfoması

Standart CHOP kemoterapisinin SSS’ne geçişinin iyi olmadığı, CHOP+radyoterapinin tek başına radyoterapiye göre daha üstün bulunmadığı, yüksek doz metotreksat ve yüksek doz Ara-C içeren şemaların kullanılmasının hem yanıt oranını ve yaşam süresini arttırdığı, hem de verilmesi gereken radyoterapi dozunu azalttığı gösterilmiştir. Metotreksat 1g/m² üzerindeki dozlarda kan beyin bariyerini geçmekte, 3.5g/m² üzerindeki dozlarda beyin omurilik sıvısı içinde tümörüsidal düzeye ulaşmaktadır. Primer SSS lenfomalı olgularda yapılan randomize bir çalışmada, 3 hafta ara ile verilen 4 kür 3.5g/m² metotreksat (1. gün) standart tedavi kolu olarak alınarak; 3 hafta ara ile verilen 4 kür 3.5g/m² metotreksat (1. gün) ve 2gr/m² Ara-C (günde 2 kez, 2. ve 3. günler) kombinasyonu ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda kombine protokol lehine belirgin yanıt artışı ve hastalıksız sağkalım avantajı rapor edilmiştir.²³

Genel durumu kemoterapiye uygun olmayan hastalarda tedaviye radyoterapi ile başlanabilir. Klasik tedavi 40-50Gy tüm beyin ışınlamasıdır. Günümüzde önce yüksek doz metotreksat/Ara-C uygulamasının amacı, tümörü küçültmek verilecek radyoterapi dozunu 30-36Gy'e indirmektir. Ödem çözücü olarak tercih edilen ilaç deksametazondur.

Burkitt ve lenfoblastik lenfomalarda sekonder SSS tutulumu sıktır, bu nedenle SSS profilaksisi önerilmelidir. Agresif lenfomalarda özellikle serum LDH değeri yüksek, birden fazla ektranodal bölge ve/veya retroperitoneal lenf nodu tutulumu olan olguların izleminde sekonder SSS tutulumu riski artmaktadır. Bu olgularda intratekal SSS profilaksisi önerilebilir.

Primer Mediastinal (Timik) Lenfoma

Germinal merkez evresini aşmış timik hücrelerden kaynaklanır. Çoğunlukla diffüz büyük B hücreli histolojidedir, ancak gen ekspresyon profili klasik Hodgkin lenfoma ile benzerlikler gösterir. Primer mediastinal (timik) lenfoma için 6-8 kür rituksimab+CHOP kemoterapisi verilmesi ve sonrasında "bulky" hastalık nedeniyle çoğu olguda radyoterapi uygulaması tercih edilen yaklaşımdır. Bu antitenin ilginç bir özelliği, seyri sırasında sürrenal veya SSS gibi ektranodal bölgelerde relaps izlenebilmesidir.

Mediastinal Gri Zon Lenfoması

Güncellenen WHO lenfoid tümör sınıflamasında, DLBCL ile klasik Hodgkin lenfoma arasında veya DLBCL ile Burkitt arasında kalan gri zon lenfomaları da bulunmaktadır.¹ Mediastinal gri zon lenfomaları, primer mediastinal (timik) lenfomalardan daha kötü seyretmektedir. ABD'de National Cancer Institute (NCI) tarafından yapılan çalışmada, doz ayarlamalı-etoposid, prednizon, vinkristin, siklofosfamid, doksorubisin-rituksimab (DA-EPOCH-R) protokolü ile bu grup lenfomada elde edilen sonuçlar rituksimab+CHOP şeması ile elde edilen historik sonuçlara göre üstün bulunmuştur.²⁴ Günümüzde mediastinal gri zon lenfomaları için DA-EPOCH-R protokolünü öneren merkezlerin sayısı giderek artmaktadır. Ancak, bu protokol üç kemoterapötik ajan için 4 (dört) günlük kesintisiz infüzyon içermekte ve pratikte olguların hospitalize edilmesini de birlikte getirmektedir.

Testiküler Lenfomalar

Testiküler lenfomalarında diğer testiste tekrar riskinin 3 yılda %15'e ve SSS'nde tekrar riskinin 5 yılda %20'ye varabilmesi, bu grup hastalarda standart tedaviye ek birtakım tedbirlerin alınması gereğini ortaya çıkarmıştır. Loko-rejyonel radyoterapinin, diğer testiste ve komşu lenfatik bölgelerde tekrarı önleyebilmek için tedaviye eklenmesi gereklidir. Yine, bu olgularda artmış SSS relapsı riski nedeni ile profilaktik intratekal kemoterapi verilmesi yaygın olarak kabul edilen görüştür. Testiküler lenfomaların büyük çoğunluğunun B hücreli olması nedeni ile sistemik tedavi için rituksimab içeren kemoterapi protokolleri kullanılmaktadır.

RELAPS LENFOMALARDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Relaps geliştiren hastalarda ilk tedaviye yanıt daha sonraki adımlar açısından önem taşımaktadır. İlk tedaviye hiç yanıt olmayan olgularda salvage (hücum) tedavi protokollerinin de şansı çok sınırlı kalmaktadır. İlk tedaviye parsiyel de olsa yanıt veren hastalarda ikinci basamak tedavileri ile yanıt şansı artmakla birlikte, hastalık progresyonu ve erken relaps olasılığı oldukça fazladır. İlk tedaviye tam yanıt veren, özellikle yanıt süresi bir yılın üzerinde olan olgularda ikinci basamak

tedavilerine yanıt genelde iyidir. Çoğu kök hücre nakli protokolü için başlangıçtaki tedaviye tam veya en azından iyi parsiyel yanıt alınmış olması istenmektedir. Bu protokollere girebilmek açısından, ileri yaş, ciddi kronik obstruktif akciğer hastalığı, ciddi renal veya kardiyak sorunlar, düşük performans statüsü ve SSS tutulumu kontrendikasyon teşkil etmektedir. Bu nedenle transplantasyona alternatif olabilecek yüksek yanıt ve sağkalım oranı sağlayabilecek kemoterapi şeması arayışları halen devam etmektedir.

Salvage (hücum) kemoterapi protokolleri, sisplatin, karboplatin, ifosfamid, mitoksantron, etoposid, gemesitabin, Ara-C gibi birinci basamak tedavilerinde sık olarak yer almayan ajanları içerirler. B hücreli olgularda salvage kemoterapi protokollerine rituksimab da eklenmektedir. Bu şemalar ile elde edilen sonuçlar hastaların daha önceki tedavileri, bunlara yanıtları ve risk faktörlerine göre farklı olmaktadır. Philip ve arkadaşlarının çalışmasında deksametazon, yüksek doz Ara-C, sisplatin (DHAP) tedavisine cevap veren hastalar, ek DHAP siklusları veya kök hücre nakli koluna randomize edildiğinde, hastalısız yaşam oranının kök hücre nakli kolunda belirgin olarak daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile transplantasyonun birinci jenerasyon bir sisplatinli şema olan DHAP'a üstünlüğü gösterilmiştir.²⁵ Yıllar içerisinde lenfomalar, kök hücre naklinin en sık uygulandığı hastalıklar haline gelmiştir. Relaps geliştiren tüm olgularda bu seçenek artı ve eksileriyle tartışılmalıdır.

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA LENFOMA TEDAVİSİ

Gebelik ve Lenfoma

Gebelik lenfoma tedavisi için bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir.²⁶ Ancak, konjenital anomaliye sebep olabilecek ilaçların, özellikle antimetabolit ve alkileyici ajanların ilk trimestirde kullanılmaması daha emniyetli olur. İlk trimestir sonrasında pelvis ve batin bölgesi korunarak diğer bölgelere radyoterapi verilebilir.

Yaşlılık ve Lenfoma

İleri yaşlardaki olgularda en önemli prognostik faktör remisyonun sağlanabilmesidir. Bu grup hastalara yan etkisi az olan şemalar öneren çalışmacılar olduğu gibi, agresif şemalar önerenler de vardır. Günümüzde genelde kabul edilen görüş bu hastalarda sadece yaş nedeni ile doz reduksiyonu yapılmaması, eldeki etkili şemaların gerekirse koloni stimüle edici faktörler desteğinde ve mümkün olduğunca tam dozda kullanılmasıdır. 2006 Yılı American Society of Clinical Oncology (ASCO) kılavuzunda kemoterapiye bağlı febril nötropeni riski %20'yi aşan ve yaşı 65'in üzerinde olan olgularda profilaktik granülosit koloni stimüle edici faktör kullanımı önerilmektedir.²⁷

Yaşlıların EBV Pozitif Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoması

Güncellenen WHO sınıflaması ile ayrı bir antite olarak tanımlanan yaşlılardaki EBV pozitif DLBCL oldukça kötü bir seyre sahiptir ve ortalama sağkalım 2 yıl civarında kalmaktadır.

AIDS ve Lenfoma

AIDS'li olgularda görülen lenfomalar immün yetmezliği olmayan kişilere göre farklıdır. Olguların çoğunda B hücreli agresif lenfomalar saptanır, SSS başta olmak üzere ektranodal bölgelerde tutulum sıktır, remisyon oranı nispeten düşüktür, mortalite oranı ise yüksektir. Bu hasta grubunda, tam dozda uygulanan standart kemoterapi şemalarının (CHOP veya metotreksat, bleomisin, doksorubisin, siklofosfamid, vinkristin, deksametazon [m-BACOD]), düşük doz kemoterapi şemalarına bir üstünlüğü gösterilememiştir.²⁸ HIV zemininde

lenfoma gelişen olgularda, highly active antiretroviral therapy (HAART) ile birlikte lenfoma tedavisi yapılmasının, hem lenfoma tedavisinin başarısını hem de sağkalımı arttırdığı kabul edilmektedir.

T lenfositlerin baskılandığı HIV pozitif olgularda gelişen hematolojik kanserlerde tedavi için rituksimab veya rituksimab içeren kemoterapi şemaları kullanıldığında, B lenfositleri de baskılanmaktadır. Bu nedenle, özellikle CD4 sayısı düşük olgularda rituksimab dikkatli kullanılmalıdır.

DR. İBRAHİM BARIŞTA

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI, ONKOLOJİ ÜNİTESİ, ANKARA**

PANEL - Jinekolojik Kanserlerin Güncel Tedavisi

K8

ENDOMETRİUM KANSERİNİN GÜNCEL TEDAVİSİ

Endometrium kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen kanserler arasında 6., jinekolojik kanserler içinde serviks kanserinden sonra 2. sırada; gelişmiş ülkelerde 4., jinekolojik kanserler içinde 1.sırada; gelişmekte olan ülkelerde 7., jinekolojik kanserler içinde serviks kanserinden sonra 2. sırada ve ülkemizde ise kadınlarda meme, kolorektal ve tiroid kanserlerinden sonra 4.sırada, jinekolojik kanserler içinde ise 1.sırada yer almaktadır. En sık postmenopozal kadınlarda görülür, ortalama yaş @ 60, 40 yaş altında görülme oranı ≤%1. Olguların @ %90'ı sporadik, @ %10'u kalıtsaldır. Tip I veya östrojene bağımlı, düşük gradlı ve prognozları iyi olan endometrial karsinom, sporadik olguların %80'ini; genellikle östrojenle ilişkili olmayan ve atrofik endometrium zemininde ortaya çıkan yüksek gradlı ve çoğunlukla seröz veya nadiren berrak hücreli olan Tip II endometrial karsinomlar ise %10'unu oluşturur. Uterin sarkomlar, olguların %4-9'unu oluşturur. Postmenopozal kanama nedeniyle olguların yaklaşık olarak %75'i erken evrede tanı alır, bu nedenle 5 yıllık sağkalım oranları %80-85 ve kanser spesifik sağkalım ise %90-95'tir. Pelvik veya paraaortik lenf nodu tutulumu olan hastaların 5 yıllık sağkalımı %44-52, evre IV'te ise %20-25'tir.

Tablo 1'de endometrium kanseri nin 2009'da yenilenen FIGO evrelemesi tanımlanmaktadır.

Tablo 1. Endometrium Kanserini İçin FIGO 2009 Evrelemesi	
Evre	Tanımlama
Evre I*	Tümör uterula sınırlı
IA*	Myometrial invazyon yok veya ½'den az
IB*	Myometrial invazyon ½'eeşit veya daha fazla
Evre II*	Tümör servikal stromayı invaze etmiş ama uterus dışına çıkmamış**
Evre III*	Tümörün lokal yayılımı veya lenf nodu tutulumu
IIIA*	Uterus serozasında ve/veya adnekte tümör
IIIB*	Vaginal veya parametrium tutulumu
IIIC*	Pelvik veya paraaortik lenf nodu tutulumu
IIIC1*	Pozitif pelvik lenf nodları
IIIC2*	Pozitif paraaortik lenf nodları, pelvik lenf nodları pozitif veya negatif
Evre IV*	
IVA*	Tümör mesaneyi invaze etmiş ve/veya bağırsak mukozasında ve/veya uzak metastaz
IVB*	Tümör mesaneyi invaze etmiş ve/veya bağırsak mukozasında
	Uzak metastaz, batin içi veya uzak lenf nodları dahil

*Tüm Gradlar G1, G2, G3

Pozitif sitoloji evreyi değiştirmeden ayrı olarak belirtilmeli

** Sadece endoservikal glandlar tutulmuşsa Evre I olarak kabul edilmeli

Endometrium kanserlerinde primer tedavi cerrahidir. Prognostik

faktörler; FIGO cerrahi evresi, myometrial invazyonun derinliği (>%50), histolojik grad (grad III) , lenfovasküler invazyon, histolojik alt tip (seröz papiller ve berrak hücreli), tümör çapı (> 2cm), endoservikal stromal invazyon ve yaştr.

Evre I ve II endometrioid karsinomda adjuvan tedavi uygulanması önerilen hasta grubu seçiminde NCCN'in önerdiği faktörler; tümör gradı, histolojik tip, myometrial invazyon oranı, hasta yaşı, tümör volümü, lenfovasküler invazyon, servikal invazyon ve alt uterin tutulumu olup pelvik radyoterapi ve/veya brakiterapi en sık kullanılan adjuvan tedavi yaklaşımıdır. Yapılan çalışmalarda (PORTEC I,II ve GOG99) ve metaanalizlerde lokal tümör kontrolü ve hastalıksız sağkalım artışı bildirilmiştir, ancak genel sağkalım farkı yoktur. GOG122 çalışması ile evre III ve IV (postoperatif en fazla 2 cm rezidü tümör) olgularda adjuvan tüm abdominal radyoterapi (RT) ile kemoterapi (cisplatin 50mg/m² ve doxorubicin 60 mg/ m², 3 haftadabir, 8 siklüs) karşılaştırılmış ve hem progresyonsuz hem de genel sağkalım kemoterapi (KT) alan hastalarda anlamlı olarak daha iyi saptanmıştır (HR 0.71 ve 0.68). İlk defa ileri evre endometrium kanserlerinde adjuvan kemoterapinin radyoterapiye üstün olduğu gösterilmiştir ve standart tedavi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Alt grup analizlerinde ise seröz papiller ve berrak hücreli endometrium kanserlerinde bu tedaviler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. GOG184 çalışması ile evre III ve IV (postoperatif en fazla 2 cm rezidü tümör) olgular adjuvan RT'den sonra 2 farklı KT rejimine (cisplatin ve doxorubicin [AP], 3 haftada bir 6 siklüs veya cisplatin, doxorubicin, ve paclitaxel [TAP], 3 haftada bir 6 siklüs) randomize edilmişler ve rezidü hastalığı olan olgularda TAP rejiminin hem yineleme riskinde hem de ölüm riskinde %50 azalma sağladığı bildirilmiştir (95%CI: 0.26-0.92). NSGO-EC-9501/EORTC 55991 ve MaNGO ILIAD-III çalışmalarında yüksek riskli evre I, II ve evre III hastalarda adjuvan RT'e KT eklenmesinin ek katkısı olup olmadığı araştırılmış ve kombine tedavi modalitesinin relaps/ölüm riskinde %36 azalmaya neden olduğu saptanmıştır [HR=0.64 (95%CI: 0.41-0.99), p=0.04]. Kanser spesifik sağkalımda ise anlamlı farklılık vardı ve adjuvan radyoterapiye ek olarak adjuvan kemoterapinin yararını göstermiştir [HR=0.55 (95%CI: 0.35-0.88), p=0.01]. PORTEC III çalışmasında yüksek riskli ve ileri evre olgularda (evre IB grad III+LVSI; evre IC-IIA grad III; evre IIB, evre III; evre IB-III seröz papiller veya berrak hücreli karsinom) eş zamanlı kemoradyoterapi ile tek radyoterapi karşılaştırılmakta ve lokal yineleme, uzak metastaz, sağkalım ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilecektir. Yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık olarak dörtte birinin planlanan tedavileri yan etkiler nedeniyle tamamlayamadıkları bildirilmektedir. Hastalar bireysel olarak değerlendirilerek tedavi planlamaları yapılmalıdır.

Seröz papiller karsinomlar ve Berrak hücreli karsinoma epitelyal over kanserlerine benzer bir cerrahi tedavi yaklaşımı ve tüm evrelerde kemoterapi ve radyoterapi önerilmektedir. Günümüzdeki kanıtlar Progestinlerin (hormonoterapi) adjuvan tedavide kullanımını desteklememektedir.

Tablo 2'de evrelere göre cerrahi tedavi ve Tablo 3'te ise evrelere göre adjuvan tedaviler tanımlanmaktadır .

Tablo 2. Endometrium Kanserinde Cerrahi Tedavi Önerileri

Evre	Tedavi
Evre I IA, Grad I-II	Histerektomi + Bilateral Salpingooforektomi
IA, Grad III	Histerektomi + Bilateral Salpingooforektomi ± Pelvik/Paraaortik Lenfadenektomi
IB, Grad I-II-III	Histerektomi + Bilateral Salpingooforektomi ± Pelvik/Paraaortik Lenfadenektomi
Evre II	Histerektomi + Bilateral Salpingooforektomi + Pelvik/Paraaortik Lenfadenektomi
Evre III	Maksimum Cerrahi Sitoreduksiyon
Evre IV A IV B	Anterior ve Posterior Pelvik Ekzenterasyon Sistemik tedavi, Palyatif Cerrahi

Tablo 3. Endometrium Kanserinde Adjuvan Tedavi Önerileri

Evre	Tedavi
Evre I IA, Grad I-II	İzlem
IA, Grad III	İzlem veya Brakiterapi [kötü prognostik faktör (+) ise pelvik radyoterapi ± kemoterapi]
IB, Grad I-II	İzlem veya Brakiterapi [kötü prognostik faktör (+) ise pelvik radyoterapi ± kemoterapi] Pelvik radyoterapi
IB, Grad III	[kötü prognostik faktör (+) ise pelvik radyoterapi ve kemoterapi]
Evre II	Pelvik RT + Brakiterapi [grad I-II, myometrial invazyon <50%, LVSI (-), tam cerrahi evreleme yapıldıysa, sadece brakiterapi] [kötü prognostik faktör (+) ise radyoterapi ± kemoterapi]
Evre III	Kemoterapi + Radyoterapi
Evre IV	Kemoterapi , Palyatif Radyoterapi

Hastaların @ %4'ü tanıda metastatik iken, izlemde @ %25-80'inde lokal-bölgesel relaps veya uzak metastaz gelişmektedir. Bu durumda asıl amaç hastaların semptomlarını kontrol altına almak ve yaşam kalitelerini arttırmaktır. Hastalar bireysel olarak değerlendirilerek tedavi planlamaları yapılmalıdır.

Sistemik tedavi olarak hormonoterapi veya kemoterapi uygulanır. Sadece endometriod histolojik tipte hormonoterapi önerilmektedir; progesteron içeren ajanlar, tamoksifen veya aromataz inhibitörleri kullanılabilir. Kemoterapötiklerden platinum içeren ajanlar (cisplatin, karboplatin), antrasiklinler ve taksanlar tek başına veya kombine tedavi olarak tercih edilir. İlk sıra kemoterapide cisplatin/karboplatin- paclitaxel ; rezistan veya refrakter hastalarda docetaxel, topotecan, ifosfamid, pegile lipozomal doxorubicin, oxaliplatin ve ixabepilon klinik yararı ve tolerabilitesi gösterilmiş ajanlardır.

Endometrium kanserlerinde hastalığın gelişim mekanizmaları ve moleküler temelleri hakkında bilgiler arttıkça yeni hedefe yönelik tedaviler ortaya çıkmaktadır. Olguların %56-100'ünde VEGF ekspresyonu (anti-monoklonal antikorlar veya tirozin kinaz inhibitörleri- bevacizumab, thalidomid, VEGF Trap, sorafenib, sunitinib), %60-80'inde EGFR ekspresyonu (anti-monoklonal antikorlar veya tirozin kinaz inhibitörleri- cetuximab, erlotinib, gefitinib), %10-80'inde HER-2 (özellikle tip II endometrium kanserlerinde)(anti-monoklonal antikor-trastuzumab), %80'inde PI3K-PTEN-Akt-mTOR yoluyla aktivasyonu (mTOR inhibitörleri-temsilimus, deforolimus, ridaforolimus) ve %16'sında FGFR2 ve FGFR3 germline mutasyonları (özellikle tip I endometrium kanserlerinde) görülmektedir (FGFR'lerine etkili ajanlar-PD173074, SU5402, AZD2171) ve bu hedeflere yönelik faz II-III tedavi çalışmaları devam etmektedir.

Uterus sarkomlarında (Karsinosarkom-Malign Mikst Müllerian Tümör, Leiomyosarkom ve Endometrial Stromal Sarkom) primer tedavi cerrahidir. Endometrium kanseri için uygulanan cerrahi evreleme önerilmektedir. Yaygın hastalıklarda yapılan cerrahi, palyatif amaçlıdır. Adjuvan tedavinin yeri tartışmalıdır. Endometrial stromal sarkomlar daha nadir görülmekte olup, çoğu düşük gradlı ve hormon reseptörü pozitif oldukları için kemoterapiden yararlanmamaktadırlar, antiöstrojen ilaçlarla hormonoterapi uygulanabilir; ancak yüksek gradlı ve agresif seyir gösteren olgulara kemoterapi (ifosfamid) , refrakter olgularda trabectedin kullanılabilir. Leiomyosarkomda ifosfamid ve doxorubicin, gemcitabine ve docetaxel önerilen kombine kemoterapi rejimleridir. Leiomyosarkomların büyük bir kısmında hormon aktivitesi gösterilmiştir. Antiöstrojen ajanlar veya progesteron türevleri ile tedavi önerilebilir. Tedaviye refrakter hastalarda ET-743 (Trabectedin) yeni bir tedavi seçeneği olabilir. Karsinosarkomlarda tedaviye yanıt, genellikle tümördeki epitelyal komponentin oranına göre değişiklik göstermektedir ve kombine kemoterapide ise cisplatin ve ifosfamid, ifosfamid ve paclitaxel, karboplatin ve paclitaxel önerilmektedir.

DR. BİNNAZ DEMİRKAN

K9

OVER KANSERİ

Over Ca primer olarak postmenopozal kadınlarda görülür. Vakaların çoğunluğunu 50-75 yaş arasındaki kadınlar oluşturur. Kadın kanserleri arasında 8. sırada görülmesine karşılık, kanserlere bağlı ölümlerde 4-5. sırada yer almaktadır. Cerrahi ve ilaç tedavilerindeki gelişmelerle 5 yıllık sağkalım oranlarının 1970'lerde %37 lere iken 2000'li yıllarda %46'lara ulaşması sağlanmıştır. Epitelial over kanserleri tüm over tümörlerinin %90'ını oluşturmaktadır ve seröz, musinöz, endometriod, şeffaf hücreli tümör, undiferansiye tümör, mikst epitelial tümör ve intraepitelial tümör alt tipleri bulunmaktadır.

Etiyoloji tam olarak bilinmemesine rağmen hücresel düzeyde multipl genetik defektler sonucunda geliştiği tahmin edilmektedir. Over kanseri gelişiminde ve metastazında önemli olan, anjiyogenez, hücre büyüme siklusu, intrasellüler sinyal ileti yolları ve metastaz biyolojisi farklılıklarından hiçbirisi over kanserinde predominant olarak saptanmamıştır. %5-10 vakada BRCA1, BRCA2 ve HNPCC genlerinde defekt mevcuttur.

Erken evre over kanserlerinde tedavi sonrası kürabilite ve uzun sağkalım süreleri sağlanabilmekle birlikte vakaların %70-75'inde tanı evre III/IV'de olduğundan rekürrens olasılığı sıkı ve PFS 10-26 ay ve 5 yıllık sağkalım oranı %45'lerle sınırlıdır.

Cerrahi, primer tedaviyi oluşturmaktadır. Optimal cerrahi debulking sonrasında ileri evre hastalarda ve erken evre hastaların da büyük bir kısmında platin ve taksan bazlı tedaviler sağkalımda uzama sağlanmaktadır. Evre IA/IB, iyi diferansiye histolojiler dışındaki tüm hastalarda adjuvan kemoterapi standarttır. İki GOG çalışmasında sitoreduktif cerrahinin majör sağkalım avantajı sağladığı hastalar, özellikle makroskopik rezidüel hastalığın olmadığı hastalardır. Evre III/IV hastalıkta neoadjuvan kemoterapi ile ilgili de yapılan çalışmalarda adjuvan tedaviden elde edilen ile benzer sağkalım oranları elde edilmiştir. Ancak bu tedavinin özellikle performansı düşük, sistemik hastalıkları olan hastalarda yapılması, primer tedavinin optimal cerrahi rezeksiyon olarak seçilmesi önerilmektedir.

Klasik intravenöz kemoterapiyle intraperitoneal kemoterapinin karşılaştırıldığı çalışmalarda (GOG172) IP kemoterapi ile sağkalım avantajı sağlanmasına rağmen IP kemoterapi ile grade 3-4 hematolojik, metabolik ve gastrointestinal yan etkiler nedeniyle uygulanması sadece deneyimli merkezlerde sınırlı kalmıştır.

Adjuvan platin ve taksan bazlı rejimlerle hastaların %60'ında sınırlı ve ileri evre durumuna göre değişen oranlarda rekürrens gelişmektedir. Tümör büyümesi ve metastazında önemli olan anjiyogenez, over kanserinde de önemlidir. Adjuvan tedavide primer kemoterapiye bevacizumabın eklenmesi ile yapılan çok merkezli faz III çalışmalarda (ICON7 ve GOG218) anlamlı PFS avantajı sağlanmıştır ve Avrupa İlaç Dairesi Aralık 2011de bevacizumabın kemoterapi ile kullanımını onaylamıştır.

Adjuvan tedavi ile cerrahi ve uygun adjuvan tedavilere rağmen hastaların yarısından fazlasında rekürrens gelişmektedir. Rekürrens durumunda cerrahi ve kemoterapi kullanılabilmektedir. Kemoterapi seçeneğinin belirlenmesinde hastanın tedavisiz intervali önemlidir. Tedavisiz intervalin 6 aydan daha uzun olduğu hastalarda platin duyarlılığı olduğundan platin içeren kemoterapiler seçilmelidir. Altı aydan daha kısa sürede rekürrens gelişen hastalarda ise nonplatin tek ajanlar seçilmelidir. Bu amaçla, lipozomal doxorubisin, gemcitabin, topotecan, haftalık paklitaksel, oral etoposide, hormonoterapi gibi seçenekler, hastanın genel durumuna, hasta seçimine ve daha önceki tedavilerdeki toksisitelere (nörotoksisite, myelotoksisite gibi) göre kullanılabilir. İkinci

basamak tedavide uygulanım kolaylığı platinle kombine edilebilmesi ve tolere edilebilir yan etkiler nedeniyle uzun yıllar kullanılan lipozomal doksorubisin, üretilmemesi nedeniyle son zamanlarda kullanılamamaktadır.

İdame ve konsolidasyon kemoterapi ile de sağkalım avantajları gösterilememiştir.

BRCA mutasyonu olan hastalarda PARP inhibitörleri ile yapılan prelinik ve faz I çalışmalarda kabul edilebilir yan etkiler nedeniyle faz II çalışması planlanmış ve halen yürümektedir.

Ayrıca ilaç direncinde muhtemel rolü olan moleküler hedeflerin bulunarak ilaç direncinin yenilmesi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

DR. ÖZDEN ALTUNDAĞ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

K10

SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri tüm dünyada kadınlarda 3. sıklıkta görülmekte iken, kanser ölümlerinde 4. sırayı almaktadır. 2008 yılı kanser verilerinde tüm kanserlerin %9'unu, kanser ölümlerinin %8'ini serviks kanserinin oluşturduğu görülmektedir. Olguların %78'i az gelişmiş veya gelişmekte olan toplumlarda ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni gelişmiş toplumların aksine bu ülkelerde etkin tarama yapılamamasıdır. Tüm dünyadaki serviks kanserlerinin %27'inin görüldüğü Hindistan'da kırsal kesimde HPV-DNA taraması ile ileri evre serviks kanseri riskinin %50 azaldığı rapor edilmiştir. Serviks kanserlerinde %80 histopatoloji Skuamöz hücreli kanser (SCC), %20 adenokanser olarak bildirilmektedir. Özellikle gelişmiş toplumlarda etkin tarama ile invaziv SCC insidansında azalma gözlenirken, adenokanser insidansında artma kaydedilmektedir.

Serviks kanser gelişiminde en önemli etken faktör HPV enfeksiyonudur. Özellikle 16 ve 18 no'lu suşlar kanser gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. Bu suşlara karşı geliştirilen aşı programları ile gelecekte serviks kanserinin bir sağlık sorunu olmasından çıkması umut edilmektedir.

Tanı sonrası evrelemede önerilen böbrek fonksiyon testleri, Akciğer grafisi, Abdomen BT veya PET/BT ve gerektiğinde MRI görüntülemenin yapılmasıdır. Günümüzde evrelemede gerekmedikçe invaziv yöntemlere başvurulmamaktadır. Lenfatik metastazları ekarte etmek için cerrahi evreleme yapılması pek çok merkezde yaygın kullanılmasına karşın standart yaklaşım değildir. Çalışmalarda lenf nod disseksiyonunun ancak büyük lenfadenopati varlığında sağkalım katkısı yaptığı gösterilmiştir. Erken evre serviks kanserinde primer lokal tedavi cerrahi veya radyoterapidir (RT). Evre IA-IB1 ve seçilmiş evre IIA1 hastalarda genelde cerrahi yaklaşım seçilirken, Evre IB2-IVA olgularda primer lokal tedavi şekli radikal RT'dir. Evre IB-IIA hastalarda yapılan 3 faz III çalışmada radikal cerrahi ve radyoterapi karşılaştırılmış, lokal kontrol ve sağkalım oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Cerrahi kolunda ek risk faktörlerinin varlığına göre %54-84 hastada adjuvan RT gereksinimi bildirilen Landoni ve arkadaşlarının çalışmasında kombine tedavi ile toksisite oranlarında anlamlı artış gözlenmiştir. Günümüzde erken evre serviks kanseri tedavisinde hasta genç ve aktif seksual yaşam söz konusu ise, preoperatif değerlendirme ve biyopsiye adjuvan RT gereksinimi doğuracak derin stromal invazyon, lenfovasküler yatak tutulumu ve büyük tümör gibi ek risk faktörleri yoksa primer cerrahi tercih edilmekte, aksi taktirde RT cerrahinin yerini almaktadır.

Erken evre serviks kanserinde radikal cerrahi sonrası lenf nod metastazı, pozitif cerrahi sınır veya parametrium tutulumu varlığında adjuvan RT standart yaklaşımdır. Bu olgularda konkomittan Sisplatin uygulaması ile anlamlı sağkalım katkısı gösterilmiştir. Bu major risk faktörleri dışında derin stromal invazyon, lenfovasküler yatak tutulumu ve büyük tümör varlığında adjuvan RT ile progresyonsuz sağkalımda anlamlı artış saptanırken, genel sağkalımda RT lehine artış gösterilmiştir. Lokal ileri evre serviks kanseri klasik olarak Evre IIB-IV hastalığı kapsamaktadır. Ancak günümüzde pek çok merkezde Evre IB2-IIA2 hastalıkta bu grupta kabul edilmektedir. Bu olgularda laparoskopik veya ekstraperitoneal Lenf nod disseksiyonunun (LND) yeri halen tartışmalıdır. MRI ve PET/BT ile evreleme pek çok merkezde cerrahi evrelemenin yerini almıştır. Günümüzde LND özellikle >2 cm lenfadenopati (LAP) varlığında önerilmektedir. Daha küçük LAP varlığında yoğunluk ayarlı RT ile bu LAP bölgesine 10-20 Gy ek doz uygulamaları cerrahi disseksiyona alternatif yaklaşımlar olarak benimsenmektedir.

Lokal ileri evre serviks kanserinde sadece RT ile sağkalım evre II hastalıkta %65-70, evre III de %30-40 olarak bildirilirken bu oran Evre IVA da %10'lara düşmektedir. Sadece RT ile yüksek dozlara çıkılmasına karşın sağkalım ve kontrol oranlarının düşmesi lokal ileri evre serviks kanser hücrelerinde hipoksi, hızlı repopulasyon ve hasar tamir özellikleri ile açıklanmaktadır. Bu tümörde RT'nin etkinliğinin artırılmasının en önemli yolu konkomittan kemoradyoterapi uygulamalarıdır. Özellikle 1990'lı yıllarda başlatılan faz III çalışmalarda lokal ileri evre serviks kanseri tedavisinde RT'ye eklenen Sisplatin bazlı kemoterapi rejimleri ile genel sağkalımda net %12, progresyonsuz sağkalımda %16 kazanç gösterilmiştir. Sonraki yıllarda aynı faz III çalışmaların uzun dönem sonuçlarını ele alan meteanalizler benzer sonuçlar vermiş, ve konkomittan kemoradyoterapi sonrası adjuvan kemoterapi ile etkinliğin arttığı vurgulanmıştır. Günümüzde küratif RT sırasında standart olarak Sisplatin temelli konkomittan KT standart kabul edilmektedir. GOG125 no'lu çalışmasında haftalık Sisplatin vs PVI 5FU rejimlerini karşılaştırmış, 5FU kolunda progresyon riskinde %35 artış gözlenmiştir. İki faz III çalışmada konkomittan Sisplatin vs. Sisplatin+5FU kolları arasında sağkalım farkı gösterilememiş, ancak kombine kolda toksisite de anlamlı artış saptanmıştır. Günümüzde halen lokal ileri evre hastalıkta RT esnasında haftalık 40 mg/m2 Sisplatin standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda lokal ileri evre serviks kanseri tedavisinde Taksan, Karboplatin, Gemsitabin, Kapesitabin, Nedaplatin gibi yeni ajanlar ve Celecoxib, Cetuximab, Bevasizumab, Erlotinib, Tripazamin gibi biyolojik ajanlar ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Lokal ileri evrede neoadjuvan kemoterapi (NAKT) çalışmalarında genelde NAKT-Cerrahi-RT vs RT karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaları içeren metaanalizlerde çalışmalardaki heterojenite nedeni ile anlamlı sonuçlar elde etmek mümkün olmamıştır ve genelde kontrol kolunda RT sırasında konkomittan KT olmaması bias yaratmaktadır. EORTC 55994 no'lu çalışmada neoadjuvant Sisplatinli KT ve radikal histerektomi vs konkomittan KT-RT karşılaştırılmaktadır. Yürüyen diğer bir faz III çalışma ise 3TC kemoterapisi sonrası radikal histerektomi, konkomittan KT-RT ile karşılaştırılmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları serviks kanser tedavisinde NAKT yerini ortaya çıkaracaktır.

Sonuç olarak serviks kanseri tedavisinde cerrahi, RT ve KT önemli yere sahiptir. Minimal komplikasyon riski ile yüksek kür oranlarının elde edilmesi hasta tedavi planlarının multidisipliner toplantılarda yapılması ile mümkündür.

PROF. DR. FERAH YILDIZ

HACETTEPE ÜNİ. TIP FAK RASYASYON ONKOLOJİSİ ABD

PANEL - Onkoloji Hemşireliği

K11

Hemşirelik Hizmetlerinin Görünür Kılınması

Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında bağımsız yapılan hemşirelik bakım hizmetleri konaklama hizmetleri (Sağlık Uygulama Tebliğinde yatak hizmetleri olarak adlandırılmaktadır.) içinde değerlendirilmektedir. Odanın özelliğine göre fiyatlandırma çok azda olsa farklılık göstermesine rağmen hemşirelik hizmetlerinin yoğunluğuna göre hiçbir uyarılma söz konusu değildir. Tamamen bağımsız tüm ihtiyaçlarını kendi karşılayabilen bir hastanın yatak ücreti ile aynı odada kalan yatağa bağımlı bir hastanın hemşirelik bakım yoğunluğu çok farklı olmasına rağmen yatak fiyatlandırması aynıdır. Ayrıca hemşirenin bakım yaparken kullandığı birçok malzemede Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) gereği faturalara edilememektedir. Hemşirenin bağımlı fonksiyonları gereği yaptığı bazı hizmetler SUT Ek 8 listesinde "Genel Uygulamalar" başlığı altında toplanmıştır. Fakat bunlarda çeşitlilik açısından yetersizdir. Listede bulunanlara da günlük sayılarına sınır getirilmiştir. Örneğin IV, IM, SC ilaç uygulamaları günde üçten fazla faturalandırılmaz denmektedir. Oysa ikili antibiyotik alan bir hastaya 6-8 kez IV akıtma yapılması gerekir. Hemşirelik bakım hizmetlerinin SUT'a yer almaması yer alanların da sayı kısıtlaması nedeniyle faturalandırılmaması hemşirelik hizmetlerinin önemli bir kısmını görüntülenmez yapmaktadır.

Ülkemizde hemşirelik hizmetleri nedeniyle oluşan maliyetlerde hasta faturalarına yansıtılmamaktadır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda tüm maliyetlerin yansıtıldığı DRG (**Diagnosis-related group**) ile geri ödeme yöntemi benimsenmiş durumda. DRG Yatan hastalarda ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanımlarına göre sınıflandırarak türdeş vakalarda harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirir. Her DRG grubunda kaynak tüketimini özetleyen bir bağıl değer bulunur ve her taburcu için temel ödeme bileşenini hesaplamak için kullanılır. Örneğin, bağıl değeri 4.0 olan bir DRG, bağıl değeri 1.0 olan bir DRG'den 4 kat daha fazla kaynak kullanılmış anlamına gelir, bu yüzden hastane geri ödemelerinde bu fark dikkate alınır. Bağıl değerler, taburcu edilen her hasta için hazırlanan epikrizlere dayanarak hesaplanır. Amerika'daki 2011 yılı Medicare hizmet listeleri incelendiğinde birçok hemşirelik hizmetinin bu listelerde yer aldığı görülür. Bakım kelimesi içeren 140 kalem işlem vardır. Örneğin yara bakımı, haftalara göre gebe bakımı, minimum 15 dakikalık yetişkin bakım hizmeti, yarım günlük hemşire bakım gibi hizmetler vardır. SUT'a ise bakım olarak sadece kollostomi bakımı hizmeti var. Medicare listesinde 238 farklı enjeksiyon hizmeti tanımlanmış durumda. Bunlardan bazıları digoksin, dopamin, kalsiyum glukonat enjeksiyonu gibi. Hizmet kalem çeşitliliğinin fazla olması yaptığınız her hizmetin kayıtlanması ve DRG maliyetlerine yansıtılması anlamına gelecektir.

2005 yılında Ülkemizde HÜAP projesi olarak Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirme Projesi başlatılmıştır. Bu projenin bir bölümünde SUT Ekleri Avustralya modeli örnek alınarak hizmet çeşitliliği, puan ve tutarları açısından ilgili uzmanlar tarafından güncellenmiştir. On kalem hemşirelik uygulaması da bu listeye dahil edilmişti. Bunlar: yatağa bağımlı hastanın günlük bakımı, banyosu, ostomi bakım, dren takibi vb. Bu güncellemeler sonucunda SUT'A % 2'artış meydana geldi. Karar vericiler bu artış nedeniyle yeni SUT'u kabul etmediler. Amerika ve birçok Avrupa ülkesinde Hemşirelik hizmetlerinin oda hizmetlerinin içinde saklanmasına ve sabit gider

olarak tanımlanması sorununa çözüm getirecek çalışmalar yapılmaktadır. Buradaki temel sorun ödemelere esas teşkil eden epikriz ve faturalama süreçlerinde hemşirelik hizmetlerine ait özel veri bulunmamasıdır. 2003 yılında Hemşirelik hizmetlerinin yoğunluğunu ölçmek için Charleston'daki MUSC Tıp Merkezinde NID adında bir veritabanı (Hemşirelik Yoğunluğu Veritabanı) oluşturulmuş. Hemşireler her hasta için doğrudan harcadıkları zamanı her vardiya sırasında 11 kategoriden oluşan (değerlendirme/planlama, eğitim/taburcu, faaliyet, eliminasyon, beslenme, hijyen, solunumsal, vital bulgular, medikasyonlar, tedavi, destek) web tabanlı bir enformasyon sistemine girerler. (Welton et al., 2003; Welton, Halloran, & Zone-Smith, 2006; Zone-Smith, 2004) Bu veriler DRG içinde hemşirelik hizmetlerinin yoğunluğunu doğrudan ölçümüne imkânı vermiştir. Fakat Bu yaklaşımın zayıf yönü toplanan hemşirelik verilerinin faturalama ve epikriz gibi yerlere dahil edilmeyip bilgi sistemlerinde kayıtlı kalmış olmasıdır. Bunun gibi hemşirelik hizmetlerinin yoğunluğunu ölçmeye yönelik sistemler geliştirilebilir. Önemli olan bu sistemler sonucunda üretilen hemşirelik hizmetleri yoğunluğu bilgisinin hasta faturalarına yansıtılmasıdır.

Hemşirelik hizmetlerinin faturalara yansması ile:

- Hasta/sigorta kurumu aldığı hemşirelik hizmeti bakımı için ödeme yapar
- Hasta ve yakınları (hizmeti alanlar) hemşirelik bakımının ücret olarak bir değeri olduğunu fark ederler
- Hemşirelik hizmeti için belirlenen bir ücret, hemşirelik mesleğinin gelişmesine ve profesyonelleşmesine yardımcı olur.
- En önemlisi de Hastane yatak hizmeti içerisinde kaybolan hemşirelik hizmetlerinin görünür ve ölçülebilir olmasına neden olur.

Faturalara yansıyacak olan hemşirelik hizmetlerinin belirlenmesi için Türk Hemşireler Derneği bünyesinde bir çalışma grubu kurulup, bu çalışma grubu çalışma sonuçlarının karar vericilerle sunulması uygun olacaktır.

Hemşirelik Hizmetlerini görünür hale getirilmesinin başka bir yolu da hekimler gibi performansa dayalı bir ek ödeme sistemine tabi olması olabilir mi? Ülkemizde uygulanan performansa dayalı bir ek ödeme Sistemi'nin olumsuz yönleri olumlu yönlerine göre çok daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetinin sadece sayı ile ölçülüyor olması niteliğinin ve sonuçlarının değerlendirilmiyor olması performans sisteminin en önemli olumsuz yanıdır. Başka bir olumsuzluğu da hekimin(öğretim üyesi) asistan hekim ve hemşire tarafından yapılan hizmetlerden puan toplamasına izin veren bir sistem olmasıdır. Performansta hemşirelik hizmetlerinin görüntülenir hale gelmesinde kullanılabilecek bir araç olabilir. Fakat hasta bakımını tehlikeye atabilecek veya kötü uygulamaların engellenmesine yönelik önlemler alınması gerekir. Hemşirelik hizmetleri performansının ölçülmesinde bakım çıktıları ile ilişkiler kurulması gerekir. Örneğin hemşire diyabet hastalarına verdiği eğitimden performans puanı alabilir. Bu hastanın erken diyabet komplikasyonları nedeniyle acile gelmesi arasında bir ilişki kurulması gibi. Belli bir orana kadar olan sayı kabul edilebilir, bu oranın üzerinde komplikasyon gelişmesi durumunda oluşan puanlardan bir kısmı indirilebilir.

Sonuç olarak hemşirelik hizmetlerinin görünür hale gelebilmesi için bir çalışma grubu oluşturulması, bu çalışma grubunun hemşirelik bakım hizmetlerini belirlemesi, belirlenen bu hemşirelik hizmetleri kalemlerinin SUT ya da Ek ödeme

performans yönetmeliğine girmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Carolyn, M . Physician and Nurse Reimbursement, OJIN, Vol. 3, No: 1, 1998.
2. <http://ppn.sagepub.com/>
3. http://www.yeniduzen.com/detay_ars.asp?a=27563
4. John M. Welton, Mary Hughes Fischer, Sharon DeGrace, Laurie Zone-Smith ,Hospital nursing costs, billing, and reimbursement, FindArticles / Health / Nursing Economics / Sept-Oct, 2006
5. Yıldırım D: Hasta Sınıflandırma Sisteminden Yararlanarak Hemşirelik Uygulamalarının ve Maliyetlerinin Belirlenmesi, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2004, Ekim-Kasım-Aralık sayısı, S:37-48.

**UZM. HEMŞ. FATMA KARAKUM
HACETTEPE Ü.HASTANELERİ
MALİYET MUHASEBESİ KOORDİNATÖRÜ**

K12

Hizmet Kalite Standartları

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde gelişmektedir. Her zaman daha iyisini gerçekleştirme adına, Bakanlık çalışmaları sürekli değişim ve yenilenme sürecinden geçmektedir. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Hizmet Kalite Standartları'dır. Bakanlığımızca 2005 yılında başlatılan sağlık kurumlarında kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibariyle ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır.

"Hizmet Kalite Standartları" hazırlanırken son 5-6 yılda elde edilen tecrübeler, uluslararası uygulamalar, uzmanlık görüşleri, Bakanlık stratejisi ve hedefleri dikkate alınmıştır. Bu standartlar son iki yıl içinde yoğun tartışmalar ve araştırmalar sonucunda büyük bir emek harcanarak hazırlanmıştır. Saatlerce hatta günlerce üzerinde tartışılan en önemli ve kritik tartışmalardan birisi, standartların kendisinden ziyade bu standartların etkinliğini artıracak, değerlendirmesini kolaylaştıracak ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde ana bir iskelet üzerine oturtulması ve boyutlandırılmasıydı. Bu nedenledir ki bu yoğun çalışmalar, tartışmalar ve araştırmalar sonucu ortaya çıkan "HKS boyutlandırma sistemi" bir ilktir.



Kamu, özel ve üniversite hastanesi olmak üzere tüm hastanelerimizi kapsayan bu standart seti, sağlık çalışanlarının uygulamalarında onlara doğru işi doğru zamanda ve doğru bir şekilde yapmalarını sağlayacak bir içeriğe sahiptir.

Hasta ve çalışan güvenliğini merkezine alan bu standartlar, Sağlık Hizmeti Yönetimi boyutunda hasta bakım hizmetlerini geniş anlamda standardize etmektedir.



Hizmet Kalite Standartlarında Hemşirenin Rol Aldığı Hizmetler

- ✓ Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması,
- ✓ Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- ✓ Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- ✓ Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler
- ✓ Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlara ilişkin düzenleme
- ✓ İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme
- ✓ İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme
- ✓ Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler
- ✓ Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme
- ✓ Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler
- ✓ Örneklerin alınması ve transferine yönelik düzenlemeler
- ✓ El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim ve uygulamalar
- ✓ Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenlemeler
- ✓ Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımının düzenlenmesi
- ✓ Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanması
- ✓ Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenlemeler
- ✓ Hastalara, tedavi sürecinde verilecek eğitimler

HASAN GÜLER

K13

ONKOLOJİ HEMŞİRESİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI, ROLLERİ/ÖZLÜK HAKLARI

Kanser hastasına yeterli ve nitelikli bakımın verilebilmesi; multidisipliner tedavi yaklaşımları, sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri arasında etkili iletişim ve işbirliği kurulması ile mümkün hale gelir.

Multidisipliner bir yaklaşımın, tedavi ve bakıma olumlu katkı sağlayacağı düşünüldüğünde bu ekibin önemli bir ögesi olan hemşirelerden; klinik ve psikososyal becerilerini geliştirmeleri, bilgilerini sürekli güncellemeleri, bu alanda yapılan araştırma sonuçlarından yararlanmaları ve hemşirelik bakımını sürekli değerlendirmeleri istenmektedir.

1950'lerde başlayan kanser hemşireliği kavramı, kanser vakalarının çoğalması dolayısı ile bu hastalara bakım veren hemşirelere duyulan gereksinimin artmasına hatta uzman kanser hemşiresi kavramının doğmasına yol açmıştır. Onkoloji hemşireleri, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve korunması, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyasyon aşamalarında çok yönlü bakım hizmetini cerrahi onkoloji, radyasyon onkolojisi, jinekolojik onkoloji, pediatrik onkoloji ve tıbbi onkoloji gibi disiplinlerle çalışarak yerine getirirler.

Çok geniş bir yelpazede sorumlulukları olan onkoloji hemşiresi aynı zamanda;

- Kanserle yaşamanın psiko-sosyal yönünü görmeli,
- Kanserle yaşamaya uyum sağlamada hasta ve aileye yardım etmeli,
- Kanser tedavisinin etkinliğinin artırmalı,
- Kanser ve tedaviye bağlı sorunları önlemeli ve yönetmeli,
- İdeal palyatif bakım yöntemleri geliştirmeli,
- En son teknolojileri kullanmalı,
- Hastaların isteklerini açığa çıkartmalı,
- Ölüme hazırlamalı,
- Kanser genetik danışmanlığı yapmalı,
- Diğer sağlık çalışanlarına öneri, bilgi ve eğitim vermeli,
- Kanser bakımında hemşirelik uygulamalarını değerlendirmeli ve çalışmalar yapmalı,
- Kanser belirtileri, yan etkileri, bunlarla baş etme yöntemleri ile ilgili araştırmalar planlamalı ve yürütmeli,
- Onkoloji hemşireliği uygulamalarının gelişimine yönelik liderlik yapmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 8 Mart 2010 tarih, 27515 sayılı ile Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği, yarım asır önce yayınlanan (R.G. 25 Şubat 1954 tarih, 6283 sayılı) Hemşirelik Kanunu'na göre oldukça kapsamlıdır. Ancak Hemşirelik alanında geline nokta 2010 yönetmeliğinin de yeterli olmadığı anlaşılmış ve Madde 2'ye Ek-2 "Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları" ile Ek-3 "Hemşirelik Girişimleri Listesi" ilave edilmiştir. Uzmanlık alanlarına özel görev, yetki ve sorumlulukların yer aldığı son yönetmelik olan "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" 19 Nisan 2011 tarih, 27910 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu kapsamda **Onkoloji Hemşiresi** olarak özel alanlarda çalışan hemşirelerinde görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Son yönetmeliğe göre;

Onkoloji Hemşiresinin **görev, yetki ve sorumlulukları**; iki temel başlık (**Hemşirelik bakımı ve "Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma"**) ve 4 alt grupta (**Kemoterapi ve Biyoterapi; Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu**

Olan Hastanın Bakımı; Radyoterapi sürecinde; Palyatif Bakım Süresince;) toplanmıştır.

Onkoloji Hemşiresinin Roller

Kanserin kontrol altına alınabilmesinden tedavinin başarısının arttırılmasına kadar olan her basamakta çok önemli roller üstlenen onkoloji hemşiresinin eğitimi lisansüstü düzeye çıkarılmış, "Onkoloji Hemşireliği Lisansüstü Programı" açılmıştır. Bu gelişmelerle ilişkili olarak onkoloji hemşireliğinin mesleki standartları oluşturulmuş, onkoloji hemşiresinin rolleri belirlenmiştir.

1. Bakım Verici; Onkoloji hemşiresinin temel işlevi bakımdır. Hemşire bu işlevini yerine getirirken birey merkezli çalışır. Kanserli bireyler ve aileleri için var olan kanıtlar ve uygulama sonuçları doğrultusunda; kanıta dayalı, güncel ve teori temelli bakım sunar.

2. Koordinasyon Sağlayıcı; Açık ve uygun iletişim etkili hemşirelik uygulamalarının temelidir. Hemşire, birey-aile-sağlık ekibi arasında koordinasyonu etkili iletişim ile sağlar. Bu role uygun olarak kanserli bireylerin bakımının sürdürülmesi başta olmak üzere tüm sorumluluklarını yerine getirirken ve bilgisini, hünlerini ve zamanını iyi planlar ve değerlendirir.

3. Rehberlik ve Danışmanlık; Onkoloji hemşiresi, kanserli bireylere ve ailelerine kanser hastalığı ve sağlık bakım sistemleri ile ilgili; tanı aşamasından başlamak üzere, tedavi, bakım sürecinde ve günlük yaşantısına geri döndüğünde bakımın sürdürülmesi, hastalık süreci ile baş etme ve yaşamlarına uyum sağlama konusunda danışmanlık sağlar.

4. Eğitici; Onkoloji hemşiresi; hastanın, ailesinin, sağlık profesyonelleri ve/veya toplumun öğrenme gereksinimlerini tanımlar ve sonra eğitimsel aktiviteleri planlar, uygular ve değerlendirir. Aynı zamanda onkoloji alanında çalışacak meslek adayları ve mensuplarının da eğitiminden sorumludur.

5. Araştırmacı; Onkoloji hemşireliğindeki güncel araştırılabilir problemleri tanımlar, onkoloji hemşireliği hakkındaki ilgili teorileri test eder, araştırmalarda işbirliği yapar ve değerlendirir, kanser bakımı ve kanser hemşireliği üzerinde etkisi olan araştırma bulgularını uygular.

6. Yönetici; Bir yönetici olarak fonksiyon gören onkoloji hemşiresi; hasta ve /veya topluma kaliteli bakım sağlayan ve profesyonel hemşirelik uygulamalarını geliştiren bir çevre yaratmak için yönetim teorilerini kullanır.

7. Profesyonel Gelişim; Onkoloji hemşiresi, bireysel profesyonel gelişimi ve devamlı eğitimi için sorumluluk duyar ve diğer sağlık profesyonellerine bir rol model olarak hizmet eder. Lisansüstü eğitim programında yer alır, sürekli eğitimde kişisel ve profesyonel gelişime yardımcı olmak üzere deneyimlerini, uzmanlıklarını ve düşüncelerini paylaşmak üzere koçluk yapar.

8. Etik; Onkoloji hemşiresi uygulamalarında etik karar verme sürecinde ANA ve Hasta Hakları Bildirgesini dikkate alır, etik ikilem durumunda etik davranışa yönlendiren temel değerleri (özgecilik, insan onuru, eşitlik, adalet, doğruluk, özgürlük, estetik) gözönünde bulundurur.

9. Yasal Konular; Onkoloji hemşiresi ilgili ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeleri bilmeli, uygulamalarına aktarabilmelidir.

10. Kalite Değerlendirme; Onkoloji hemşiresi kanser hemşireliği uygulamasının kalitesini artırma yönünde davranmalı, değerlendirmelidir.

11. Sağlık-Bakım Politikaları Geliştirme; Onkoloji hemşireliği, sağlık bakım politikalarını belirlemek ve sağlık bakımını geliştirmek için bir mekanizma olarak politik süreçlerde yer alır.

DOÇ. DR. NAZAN TUNA ORAN

ŞİFA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

KONFERANS - KEMOTERAPİ PROTOKOLLERİ K14

KEMOTERAPİ PROTOKOLLERİNDE UYGULAMA SIRASI VE SÜRESİ

Kanserli hastaların tedavisinde çok önemli rol oynadığı kabul edilen kemoterapi, kanser hücrelerinin çoğalmasını etkileyen ve sitotoksik etkiyle bu hücreleri öldüren kimyasal ajanlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Kemoterapi kanseri tedavi etmek, ortalama yaşam süresini uzatmak ve yaşamı tehdit eden spesifik komplikasyonların riskini azaltmak amacıyla uygulanır. Kemoterapötik ilaçların neredeyse tümü DNA sentezini ya da işlevini etkileyerek neoplastik hücreleri öldürürler. Bu ilaçların etkileri, hücre siklusu içindeki aktivite mekanizmalarına göre değişmektedir. Hücre siklusuna özgü ilaçlar, hücre siklusunun belirli bir aşamasında etkilerini gösterirler. Hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlar ise, bölünen ve dinlenen hücreleri, hücre siklusunun her aşamasında etkiler. Kanser kemoterapisinin temeli, kanserli hücrelerin bölünme ve çoğalmalarını engelleme ilkesine dayanır. Kemoterapötik ilaçların seçimi, hücre siklusunun evrelerine göre belirlenir.

Tekli ajanlar daha az toksik ve sinerjistik etkili ilaçlardır ve diğer ilaçlarla kombine edildiklerinde antitümör etkileri artmaktadır. Tümörlerin hepsi değil fakat bazıları tekli ajanlara yanıt vermektedir. Ancak ilaç direnci varsa bu mümkün değildir. Klinik uygulamada yeri olan pek çok tedavi protokolü kombine kemoterapi olarak adlandırılan, birden fazla antineoplastik ajanın birlikte kullanılmasından oluşur. İlaçları biyokimyasal etki mekanizmalarına, hücre siklusunun farklı fazlarına etkilerine göre kombine etmek mümkündür. Kanser kemoterapisinde kombine ilaç uygulaması sık başvurulan yöntemlerden birisidir. Kombinasyona gidilmesinin nedenleri, maksimum etki elde ederken, minimum toksisitede kalabilmektir. Ayrıca doz titrasyonu ile vücuda alınacak ilaç miktarının minimum düzeyde tutulması da hedeflenmiştir. Kombine kemoterapi uygulamalarında başarı için, ilacın optimal doz ya da doz yoğunluğunda (mg/m² x hafta) ve optimal yolla kullanılması zorunludur.

Kombine tedavi planlarken prensipler:

1. Tek ilaç çalışmalarında tümör üzerinde tercihen tam remisyon sağlayan ilaç olması
2. Diğer ilaçlarla çapraz direnç (cross-resistance) göstermemesi
3. Etki mekanizmalarının antagonist olmaması
4. Hücre yaşam döngüsünün veya metabolik yollarının farklı noktaları üzerinde etkin olması
5. Toksisitelerinin birbirine eklenmemesi
6. Kombinasyonda her ilacın uygun dozda ve aralıklarla veriliyor olması.

Kombine Kemoterapi Hedefleri:

1. Terapötik etkinliği arttırmak
2. İlaç direncini yenmek
3. Biyokimyasal modülasyon sağlamak
4. Yan etkileri azaltmak

Kemoterapötik İlaçlar ve Özellikleri:

Kemoterapötik ilaçlar kimyasal yapıları ve hücre aktivitesine göre 7 sınıfa ayrılmaktadır.

- **Alkileleyici Ajanlar:** Busulfan, Carmustine, Clorambusil, Cyclophosphamide, Dacarbazine, İfosfomide, Lomustine, Melphalan, Nitrojen Mustard, Procarbazine, Thiotepe....
- **Antimetabolitler:** Cladribine, Fludarabine,

Gemcitabine, Cytrabine, 5 Florourasil, Methotraxate, 6-Mercaptopurine, 6-Thioguanine...

- **Bitki Alkaloidleri:** Vincristine, Vinblastine, Vinorelbine, Etoposide, Teniposide, Paclitaxel, Docetaxel, Taxanlar(Nab-Paclitaxel, Cabazitaxel)
- **Antrasiklin ve Antitümör Antibiotikler:** Actinomycin D, Adriamycin, Bleomycin, Epirubicin, İdarubicin, Doxorubicin, Dactinomycin, Daunorubicin.....
- **Hormonal Ajanların Agonist ve Antagonistleri:** Tamoksifen, Toremifen Raloksifen, Goserelin, Löprolid, Flutamid.....
- **Platin Bileşikler:** Cisplatin, Carboplatin, Oxaliplatin.....
- **Biolojik Ajanlar ve Hedefe Yönelik Tedaviler:**
 - Sitokinler;
 - Hemotopoetik Büyüme Faktörleri;G-CSF(Neopogen[®]), GM-CSF(Leukine[®]), EPO(Eritropoetin[®]), İL-11(Neumega[®])
 - İnterferonlar; İnterferon-alfa 2
 - İnterlökinler; İL-2
 - Monoklonal Antikorlar; Gentuzumab, Rituximab, Transtuzumab, Alemtuzumab, Bevacizumab, Panitumumab, İbritumomab, Cetuximab.....

Monoklonal antikorlar, antijenin belirli bir bölgesine spesifik olarak bağlanabilen tek tip immünglobilin yapısı gösteren moleküllerdir. Monoklonal antikorlar tümör hücrelerine spesifik hedef özgünlüğüne sahip olmaları ve hedef olmayan bölgelere bağlanmayan moleküller olmaları nedeniyle onkolojide tercih edilmektedirler. Monoklonal antikorların iki tipi vardır.

1. Grup taşımayan monoklonal antikorlar (unconjugated): Herhangi bir kanser ile ilişkili olarak belirlenmiş kendine özgü bir antijene karşı geliştirilen bu monoklonal antikorlar komplemana bağımlı sitotoksiste ve antikora bağımlı hücrel sitotoksisteyi aktive ederek direk tümör hücrelerinin ölümüne yol açar.

2. Grup taşıyan monoklonal antikorlar (conjugated): Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik bir ajan, toksin, radyoizotop, enzim gibi yapıların antikorlara bağlanarak, kanserli dokuların seçilmesi ile kanserin erken teşhisi ve diğer normal dokulara daha az zarar verecek şekilde tedavi elde edilmesi sağlanmaktadır. Kanser hücrelerinde bulunan spesifik bir antijene karşı geliştirilmiş antikora radyoizotop bağlanmasıyla elde edilen bu ajanlar, belirli antijeni taşıyan kanser hücrelerinin bulunduğu her bölgenin radyasyona maruz kalmasını sağlamak ve böylece normal hücrelerin radyasyondan zarar görmesini engellemektedir.

Kemoterapötik İlaçların Kullanımı İle İlgili Öneriler:

- Üretici Firmanın saklama, hazırlama ve uygulama koşullarına uyulmalıdır.
- Etkileşimleri önlemek için sadece önerilen infüzyon solüsyonları kullanılmalıdır.
- Farlı ilaçlar tek bir solüsyonda veya şırıngada karıştırılmamalıdır.
- İnfüzyon solüsyonlarının iyi karışmasına dikkat edilmeli; bulanıklaşma, çökme ve renk değişikliği varsa uygulanmamalıdır.

KEMOTERAPİ PROTOKOLLERİNİN UYGULAMASI

Kemoterapi tedavisini diğer ilaçlarla tedavilerden ayıran en önemli özelliği uzun süren bir süreci içeriyor olmasıdır. İlk tedavide verilen bakım ve değerlendirme, sonraki tedavi ve takiplerde yaşanacak sorunların tespitinde önemlidir. İlacın uygulandığı ilk andan itibaren bir sonraki adıma geçilecek süre dahil olmak üzere hastanın takibinin ve bakımının çok iyi yapılması ve kayıt altına alınması büyük önem taşır. İlaç

uygulamalarında hemşirelere büyük sorumluluklar düştüğü unutulmamalıdır. Doğru ilacı - doğru dozda - doğru zamanda - doğru hastaya - doğru yol ile uygulamak ve tüm bunları doğru şekilde kayıt altına almak gerekmektedir.

Genel bir prensip olarak, her kür kemoterapi öncesi kan sayımı yapılmalı, lökosit sayısı 3000/mm³ ve ANS 1500/mm³'ün üstünde ise tedavi verilmelidir. Trombositler 100.000–150.000/mm³ olmalıdır. Kan sayımı görülerek gerekli doz ayarlaması yapılmalıdır. Febril nötropeni gelişen hastalarda hastalığın evresi (erken/metastatik) ve kürabilite şansı göz önüne alınarak bir sonraki kürde ya doz düşülür ya da büyüme faktörleri eklenerek aynı dozda devam edilir.

ANTİMETABOLİT AJANLAR:

Cladribine (Leustatin[®] 10 mg (1 mg/mL)): Başlıca endikasyonu; lenfoproliferatif hastalık ve saçlı hücreli lösemidir. Uygulama:

- 0,1 mg / kg / gün, 100-500 ml % 0,9 NaCl içinde 24 saatte sürekli infüzyonla ardışık 7 gün boyunca verilir (her siklusta toplam doz = 0,7 mg / m²)
- 0,14 mg / kg / gün, 100-500 ml % 0,9 NaCl içinde 2 saatte infüzyonla ardışık 5 gün boyunca verilir (her siklusta toplam doz = 0,7 mg / m²).
- 0,15 mg / kg / gün, 100 – 500 ml % 0,9 NaCl içinde 3 saatte infüzyonla haftada bir gün ve ardışık altı hafta boyunca verilir (her siklusta toplam doz = 0,9 mg / m²).
- Allopurinol (Ürikolik tablet 300 mg, Allogut tablet 300 mg) 300 mg / gün, kladribin tedavisinin ilk günü başlanıp 2 hafta devam edilir. Tümör yükü büyük proliferatif tümörlerde (bazı lösemi ve lenfoma gibi) hiperürisemi ve tümör lizis sendromunu önlemek amacıyla başlanmalıdır. Allopurinol ve hidrasyon ile bu risk en aza indirilebilir. Alkalizasyonun sağlanması için intravenöz(IV) sıvılar içine Sodyum Bikarbonat eklenmelidir.
- Cladribine sadece % 0,9 NaCl ile sulandırılmalıdır. Seyreltilen çözeltiyle %5 Dextroz kullanılmamalıdır.
- Görülebilen Toksisiteler;
- o Hematolojik toksisite (nötropeni, trombositopeni)
- o Enfeksiyon (Ciddi immünosupresif olabilir, doz azaltılması gerekebilir)
- o Cilt döküntüleri
- o Nörolojik toksisite; Nöropati (özellikle yüksek doz ve uzun süreli ilaç uygulamalarında görülebilir. Standart dozlarda çok nadir bildirilmiştir.)
- Tedavi haftasında iki günde bir, sonraki 7 hafta boyunca da haftalık olarak lökosit alt gruplarının sayımı, tam kan sayımı, serum elektrolitleri, BUN, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri ve ürik asit düzeyleri kontrol edilir.
- Tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi, sonraki 2 yıl boyunca 3 - 6 ayda bir sonrasındaki 3 yılda 6 ayda bir kan sayımı kontrolü yapılır.
- Kladribin relaps veya refrakter hastalığı olan olgulara da verilebilir.

Fludarabine (Fludara[®]):

- Tekli ajan olarak, Lenfoproliferatif hastalıklar, kronik lenfositik lösemi(KLL) tedavisinde kullanılır.
- o 25 mg / m² / gün, 100 - 125 ml % 0,9 NaCl veya % 5 dekstroze içinde, 10 - 30 dakikada infüzyonla, 1 - 5. günlerde (toplam 5 gün) ve 28 gün aralıklarla, 12 siklusa kadar uygulanır (her siklusta toplam doz = 125 mg / m²).
- o Tedaviden bir gün önce başlayıp her siklusun 8.

gününe kadar (toplam 9 gün) 28 gün aralıklarla Allopurinol uygulanır(en az 3 siklus devam ettirilir).

- o Nötropeni, trombositopeni ve enfeksiyon gelişebilir. Doz azaltılır ya da tedaviye ara verilir.
- Kombine olarak refrakter veya relaps Akut miyoblastik lösemi (AML) ve Akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavisinde Sitozin Arabinozid (Alexan 40, 100, 500 ve 1000 mg ampul, Cytarabine DBL 100 ve 1000 mg flakon, Cytarabine 40 ve 100 mg ampul) ile birlikte kullanılır.
- o 30 mg / m² / gün, 100-125 ml % 0,9 NaCl veya % 5 dekstroze içinde, 20 - 30 dakikada infüzyonla 1- 5. günlerde (toplam 5 gün) uygulanır (her siklusta toplam doz = 150 mg / m²).
- o Sitozin Arabinozid 2000 mg / m² / gün, 100 - 1000 ml % 0,9 NaCl veya % 5 dekstroze içinde, 4 saatte infüzyonla, 1 - 5. günlerde (toplam 5 gün) uygulanır (her siklusta toplam doz = 10.000 mg / m²).
- **Uygulama Fludarabin verildikten sonra en az 4 saat beklenerek yapılmalıdır.**
- Lenfoproliferatif hastalıklar, KLL tedavisinde Siklofosfamid (Endoxan 200 mg, 500 mg, 1gr flk, Siklofosfamid 500 mg, 1 gr flk) ve Rituximab (MabThera 100 mg / 10 ml, 500 mg / 50 ml) ile kombine şekilde uygulanan protokolleri mevcuttur (FC ya da FCR protokolleri).
- Ağır nörolojik sistem toksisitesi (körlük, koma ve ölüm), KLL için tavsiye edilen dozdan yaklaşık 4 misli daha yüksek dozda (96 mg /m² / gün; 5-7 gün boyunca) intravenöz tedavi görmüş hastaların %36'sında ortaya çıkmıştır. KLL için önerilen dozlarda tedavi edilen hastalarda seyrek olarak (koma, nöbet ve ajitasyon) veya çok nadiren (konfüzyon) ciddi santral sinir sistemi toksisitesi meydana gelir. Hastalar nörolojik yan etki belirtileri açısından dikkatle izlenmelidir.

5 Fluorouracil (5 Fluorouracil[®], 5FU[®], Fivoflu[®], Fluro-5[®], Oncourasil[®]): Meme, rektum ya da kolon kanserlerinin palyatif tedavisinde, ayrıca karaciğer karsinomunda, pankreas, over, uterus (özellikle serviks) idrar kesesi, mide, prostat kanserlerinde, hodgkin hastalığı ve lenfomalarda endikedir.

- Düşük doz kemoterapide, günde 2 mg / kg aşılmamalıdır. Düşük doz 5-fluorourasil tedavisinin etkisi ilave immünohistimülatörler ve sitokinlerin verilmesiyle artırılabilir.
- Yüksek doz 5- Fluorourasil tedavisinde uygulanacak doz hastanın kan tablosuna ve genel durumuna göre değişebilir. Kemik iliğini deprese eden diğer ilaçlarla kombine edildiğinde, 5- Fluorourasilin toksisitesinin artacağı göz önünde bulundurulmalıdır.
- 5- Fluorourasil'in pek çok kemoterapötik ajanla kombinasyonu mevcuttur. Folik Asidin bulunduğu kombinasyonlarda, **Folik Asit mutlaka 5-Fluorourasil'den önce; Methotrexate uygulamalarından 24 saat sonra uygulanmalıdır.**
- Lökopeni, trombositopeni, stomatit, özafajit, mukozit diyare, gastrointestinal kanama ve

- ülserasyon görülürse tedavi durdurulmalıdır.
- Mukozit, el ayak sendromu, diyare, bulantı-kusma en sık görülen yan etkilendir. İştahsızlık, gözlerde sulanma, ışığa hassasiyet, tat değişiklikleri, infüzyon sırasında ağızda metalik tad, radyasyon hatırlatma fenomeni görülebilen yan etkiler arasındadır. Nadiren ama ciddi olabilen EKG değişiklikleri, angina, miyokart enfarktüsü gibi kardiyotoksik etkileri vardır.
- 5-FU sadece % 0,9 NaCl veya % 5 dekstroza ile sulandırılabilir, başka hiçbir sıvı ya da ilaç ile karıştırılmamalıdır. Doxorubicin, epirubicin, diazepam, metotreksat, sitarabin ile ilaç uyumsuzluğu vardır, bu ajan arasında **mutlaka damar yolu serum fizyolojik ile yıkanmalıdır**.
- Son tedavi dozundan en az 6 ay sonrasında kadar hem erkek hem de kadınlar için yeterli kontrasepsiyon sağlanmalıdır. Erkek ya da kadın hastaların 6 ay boyunca çocuk yapmamları gerekmektedir.

Gemcitabine (Gemzar[®], Gemful[®], Gemko[®]): Lokal olarak ilerlemiş ya da metastatik küçük hücreli olmayan akciğer kanseri, ilerlemiş meme, over, prostat, küçük hücreli akciğer karsinomu, böbrek pankreas ve mesane kanserlerinde endikedir.

- Önerilen gemsitabin dozu **30 dakikada** tamamlanan intravenöz infüzyonlar şeklinde olmak üzere 150 - 250 ml % 0,9 NaCl içinde 1000 mg / m²'dir. Bu doz 3 hafta süreyle haftada bir tekrarlanır ve bunu bir haftalık dinlenme dönemi izler. Daha sonra 4 haftalık siklus tekrarlanır.
- İnfüzyon süresinin uzatılmasının ve doz aralığının kısaltılmasının toksisiteyi arttırdığı gösterilmiştir.
- Cisplatin ve docetaxel ile kombine olarak kullanılabilir.
- Anemi, trombositopeni, lökopeni, bulantı-kusma, karaciğer enzimlerinde artış, proteinüri ve hematüri(hafif), nefrotoksisite, dispne, deri döküntüleri, bronkospazm(çok nadir), grip belirtileri görülebilir.

BİTKİ ALKOLOİDLERİ:

Vincristine (Vincristin[®], Vincristin DBL[®], Vincristin PCH[®], Oncovin[®]): Akut lösemilerin tedavisinde endikedir. Diğer onkolitik ajanlarla kombine olarak Hodgkin hastalığı, Non-Hodgkin lenfomalar (lenfositik, mikst-hücreli, histiyositik, indifferansiyel, nodüler ve diffüz tip) rabdomiyosarkoma, nöroblastoma, Wilms tümörü, osteojenik sarkoma, mikozis fungoides, Ewing sarkoması, meme kanseri, habis melanoma, küçük hücreli akciğer kanseri ve çocukluk çağı jinekolojik tümörlerde kullanılır.

- Çocuklar için genel doz, 1,5 - 2 mg / m²'dir. 10 kg ya da daha hafif çocuklarda başlangıç dozu 0,05 mg / kg / hafta'dır. Yetişkinler için doz KT rejimine göre değişmekle birlikte genel olarak 1,4 mg / m²'dir. Her siklusa toplam doz 2 mg'ı geçmemelidir.
- **BEACOPP** (Bleomisin, Etoposid, Adriamisin, Siklofosfamid, Vinkristin, Prokarbazin, Prednizolon), Doz artırılmış BEACOPP, HİPER-CVAD(Siklofosfamid,Vinkristin,Deksametazon, Metotreksat, ARA-C), R-CHOP (Ritüksimab, Siklofosfami, Adriablastin [Daunorubisin], Vinkristin, MetilPrednizolon), CVP (Siklofosfamid, Vincristin, Metilprednizolon), HOELZER rejimlerinde 1-3 dakikada

puşe olarak uygulanır. EPOCH (Etoposid, Prednison, Vinkristin, Siklofosfamid, Doksorubisin) rejiminde ise 4 gün boyunca IV devamlı infüzyon şeklinde uygulanır.

- Vincristine, sadece **IV** olarak kullanılır. İntratekal kullanımı ölümcüldür.
- Ürik asit nefropatisi, kabızlık, saç dökülmesi, immunosüpresyon (lökopeni, anemi, trombositopeni) ve nörotoksisite (nörotik ağrı duyu kaybı, parestezi, yürümede güçlük, spastik yürüyüş ve derin tendon refleksleri kaybı) görülebilir.
- **L-asparaginazla** birlikte kullanılması gereken durumlarda **L-asparaginaz** vinkristinden önce verilirse vinkristinin hepatik kleransını azaltır. Vinka alkaloidleriyle özellikle Mitomisin-C ile kombine kullanıldıklarında akut nefes darlığı ve ciddi **bronkospazm** görüldüğü bildirilmiştir. Bu etkiler vinka alkaloidi uygulandıktan birkaç dakika-birkaç saat sonra, Mitomisin-C dozundan sonra ise 2 hafta içinde ortaya çıkmaktadır.
- Her uygulamadan önce tam kan sayımı, serum elektrolitleri, BUN, kreatinin ve ürik asit düzeyleri kontrol edilir.

Vinorelbine (Navelbine[®], Renovel[®]): Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri ve metastatik meme kanserinde endikedir.

- Sadece intravenöz yoldan kullanılır. Monoterapide, normal doz haftada bir uygulanan 25 - 30 mg / m²'dir. Kombine kemoterapide, doz ve uygulama sıklığı takip edilecek protokole göre belirlenir. Serum fizyolojik içerisinde seyreltilerek (125 – 150 ml), **15 – 20 dakikada** verilmelidir. Enjeksiyonu takiben damar, serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.
- Lökopeni, anemi, trombositopeni, bulantı-kusma, kaslarda halsizlik, kabızlık, ishal, el ve ayaklarda karıncalanma ve alopesiye neden olabilir,

Vinblastine(Vinblastin[®]): Sıklıkla yanıt alınan tümörler; yaygın hodgin hastalığı, lenfositik lenfoma, mycosis fungoides, ilerlemiş testis kanseri, kaposi sarkomu, letterer-siwe hastalığı. Daha az sıklıkla yanıt alınan tümörler; Diğer kemoterapötiklere dirençli koryokarsinoma, uygun endokrin cerrahiye ve hormonal tedaviye cevap vermeyen meme kanseri.

- Vinblastin birçok kanser tipini iyileştirmek için genellikle diğer antineoplastik ilaçlarla kombine halde uygulanır.
- Sadece % 0,9 NaCl veya % 5 Dekstroza ile sulandırılabilir, başka hiçbir sıvı ya da ilaç ile karıştırılmamalıdır.
- Çocuklarda 0,05mg / kg veya 20,5 mg / m², erişkinlerde 3,7 mg / m² dozda IV yolla, uygulanır. Maximum haftalık erişkin dozu 18,5 mg / m² ve çocuk dozu 12,5 mg / m²'dir.
- Lökopeni, bulantı, kusma, konstipasyon, ileus, diyare, rektal kanama, uyuşukluk, parestezi, periferik nevrit, mental depresyon ve baş dönmesi gibi yan etkiler görülebilir.

Paclitaxel(Taxol[®], Ebetaxel[®], Anzatax[®], Taxen[®], Ataxil[®], Vitax[®]): Over, endometrium, meme, küçük hücreli dışı akciğer kanseri, Kaposi sarkomu, baş ve boyun tümörlerinde endikedir. Genellikle diğer kemoterapötik ajanlar ile kombinasyon rejimleri şeklinde uygulanır.

- Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda 250 – 500 ml % 0,9 NaCl içinde 1 – 3 saat infüzyon şeklinde yapılır.
- Aşırı duyarlılık reaksiyonları görülebileceği(özellikle infüzyonun ilk 10 dakikasında) için uygulamadan 30 – 60 dakika önce kortikosteroid, Difenhidramin ve H₂ antagonistleriyle premedikasyon uygulanmalıdır.
- İlaç uygulamasından 1 saat önce 1000 ml % 0,9 NaCl başlanarak hidrasyon sağlanır.
- Özel infüzyon torbası ve setleri (filtre por büyüklükleri < 0,22 mikron olan non PVC torba ve setler)kullanılmalıdır.

• Uygulamanın ilk bir saati içinde 15 dakikada bir sonra infüzyon tamamlanana kadar 30 dakikada bir vital bulgular takip edilmelidir.

• Nötropeni, trombositopeni, anemi, stomatit, diyare, nöropati, artralji, miyalji, alopesi, hipotansiyon ve radyasyon hatırlatma fenomeni görülebilir.

Docetaxel(Taxotere[®], Doxitax[®], Doceter[®]): Doksorubisin ile kombine olarak, daha önce sitotoksik tedavi almamış olan, lokal olarak ilerlemiş veya metastatik meme kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde, daha önceki kemoterapisi başarılı olmayan, lokal olarak ilerlemiş veya metastatik meme kanseri hastalarının tedavisinde endikedir. Daha önceki kemoterapi antrasiklin veya alkilliyici ajan içermelidir. Sisplatin ile kombinasyon halinde, rezeke edilemeyen, lokal olarak ilerlemiş veya metastatik küçük hücreli olmayan akciğer kanseri bulunan, daha önce kemoterapi almamış hastaların tedavisinde ve daha önceki kemoterapisi başarılı olmayan, lokal olarak ilerlemiş veya metastatik küçük hücreli olmayan akciğer kanseri olan platin bazlı tedaviye yanıtız hastaların tedavisinde endikedir. Epitelyal over kanserinin birinci basamak tedavisinde platin grubu ile kombine olarak kullanılır. Platin sensitive veya platine refrakter nüks over kanserlerinde, lokal ileri, rekürren ve metastatik baş-boyun kanserlerinin tedavisinde endikedir.

• Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda(60 – 75 mg / m²) 250 % 0,9 NaCl içinde 1saatlik infüzyon şeklinde yapılır.

• Aşırı duyarlılık reaksiyonları görülebileceği için ilaç uygulamasından 13 ve 1 saat önce kortikosteroid, Difenhidramin ve H₂ antagonistleriyle premedikasyon uygulanmalıdır. İlacın verildiği gün akşam ve ertesi gün akşam aynı premedikasyon devam edilir(bazı merkezler sadece oral prednizolon ile aynı şekilde premedikasyon uygulamaktadır).

• Nötropeni, trombositopeni, anemi, stomatit, diyare, bulantı, kusma, alopesi, tırnak değişiklikleri, ödem, yorgunluk - halsizlik, enfeksiyon, karaciğer enzimlerinde artış kas ve eklem ağrıları görülebilir.

İrinotecan(Campto[®], Camptosar[®]): İleri evre kolorektal kanserli hastaların tedavisinde endikedir. Daha önce kemoterapi almamış ileri evre kolorektal kanserli hastalarda 5-FU ve folinik asitle kombine olarak ve 5-FU içeren tedavi rejimleri ile cevap alınamayan hastalarda tek ajan olarak kullanılır. Ayrıca küçük hücreli akciğer kanserinde birinci basamak kemoterapi sonrası yineleme gösteren veya tedaviye dirençli hastalarda 2. basamak tedavide tek ilaç olarak veya kombinasyon rejimlerinde kullanılır.

• İrinotekan, monoterapide 350 mg / m², kombine tedavide ise değişen dozlarda uygulanır. 250 – 500 ml % 5 Dextroz (tercihen) veya %0,9 NaCl içinde 90 dakikada uygulanır.

• İrinotekan'ın 5-FU ve Folik Asit ile olan kombinasyonunda, önce İrinotekan sonra Folik Asit daha sonra da 5-FU uygulanır.

• Antiemetik premedikasyon(Deksametazon ve antiemetik 5HT₃ reseptör antagonisti) İrinotekan uygulamasından 30 dakika önce yapılmalıdır.

• Akut ve ağır kolinerjik sendrom geçiren hastalarda sonraki uygulamalarda profilaktik atropin sülfat tedavisi önerilir. Bazı merkezlerde atropin uygulaması ilk tedavide uygulanıp, diyare / kolinerjik sendrom gelişmez ise sonraki tedavilerde uygulanmamaktadır.

• Uygulamadan sonraki 24 saat içinde baş dönmesi ve görme bozuklukları olabileceği konusunda hastalar uyarılmalıdır.

• İshal en sık ve nötropeni de varsa ölümcül olabilen yan etkisidir. Bulantı-kusma, abdominal kramplar, halsizlik, nötropeni, anemi, alopesi, ateş, kilo kaybı, dehidratasyon,

kabızlık, stomatit, dispne, öksürük, pnömoni, yüzde kızarma, el ve ayaklarda şişme, uykusuzluk görülebilir.

ANTRASİKLİN VE ANTİTÜMÖR ANTİBİYOTİKLERİ

Bleomycin(Bleocin[®], Bleocin S[®], Bleolem[®]): Tek ajan ya da diğer kemoterapötik ajanlarla birlikte skuamöz hücreli kanserler, cilt kanserleri, baş-boyun kanserleri, akciğer kanseri, serviks kanseri, hodgkin lenfoma, retikülosarkom, lenfosarkom, embriyonal hücreli koriokarsinoma, teratokarsinomada endikedir.

• Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda(10 – 20 mg / m²) % 0,9 NaCl veya % 5 Dextroz ile sulandırılarak 10 dakikada yavaş puşe ya da 24 saatlik infüzyon şeklinde yapılır.

• Vinblastin ile olan kombinasyonlarda Vinblastin Bleomicin'den **6 saat önce** uygulanmalıdır (örn; VBC Vinblastin, Bleomicin, Cisplatin).

• Bleomicin'in total maksimum dozu 400 mg / m²'dir. Doz yükseldikçe pulmoner toksisite riski artmaktadır.

• Ateş, titreme, cilt reaksiyonları, tırnaklarda incelme, alopesi, bulantı - kusma, iştahsızlık, stomatit, radyasyon hatırlatma fenomeni, pnömoni yan etkileri arasındadır.

• Bleomicin uygulamalarından sonra pulmoner fibrozis görülebilmektedir. Bleomicin tedavisi başlamadan önce (sonradan oluşabilecek değişiklikleri izleyebilmek için) hastanın Solunum Fonksiyon Testler(SFT)'i ve akciğerin radyolojik görüntüsü mutlaka kontrol edilmelidir.

Doxorubicin(Adriamicin[®], Adriablastin[®], Doxo-Teva[®], Doxorubicin-Dabur[®]): Akut ve kronik lösemi, lenfoma(Hodking ve Non Hodking), nöroblastoma, akciğer ve meme kanseri, yumuşak doku sarkomu, mesane kanseri, baş-boyun kanserleri, Willms tümörü, mide kanseri ve jinekolojik kanserlerin tedavisinde kullanılır.

• Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda(20 – 75 mg / m²) % 0,9 NaCl veya % 5 Dextroz ile sulandırılarak 5 dakikada yavaş puşe ya da 24 saatlik infüzyon şeklinde yapılır.

• Alopesi, ağızda ülserasyon, kemik iliği depresyonu, bulantı, kusma, diyare, taşikardi, EKG'de T dalgasında düzleşme ve ST düşüklüğü, konjestif kalp yetersizliği görülebilmektedir. 550 mg/m²'lik kümülatif bir dozdan sonra kardiyotoksisite ihtimali artar.

Pegylated Lipozomal Doxorubicin(Caelyx[®]): Platin esaslı kemoterapi rejimlerinden cevap alınamayan ilerlemiş over kanseri tedavisinde, metastatik meme kanserinde, AIDS'e bağlı Kaposi Sarkomunda (KS) düşük CD4 sayımı (<200 CD4 lenfosit/mm³) ve yaygın mukokütanöz veya viseral tutulumu olan hastalarda da endikedir. Sistemik kemoterapide ilk ilaç olarak veya vinka alkaloidi, bleomisin ve konvansiyonel doksorubisinden (veya diğer antrasiklinlerden) en az ikisini içeren bir kombinasyon ile tedavi edilmesine rağmen hastalığı ilerlemiş veya ilaçları tolere edememiş AIDS-KS hastalarında ikinci tercih olarak kullanılır.

• Sadece % 5 Dekstroz ile sulandırılabilir, başka hiçbir sıvı ya da ilaç ile karıştırılmamalıdır.

• < 90 mg doz 250 ml % 5 Dekstroz ile, ³ 90 mg doz 500 ml % 5 Dekstroz ile seyreltilmelidir.

• Pegylated Lipozomal Doxorubicin kesinlikle intramüsküler, subkütan ya da IV bolus şeklinde uygulanmamalıdır. 1 saatlik IV infüzyon olarak uygulanma yapılır. Infüzyon başlangıçta dakikada 1 mg gidecek hızda ayarlanır. Aşırı duyarlılık reaksiyonu görülmez ise infüzyon 1 saatte tamamlanır.

• Caelyx alan bütün hastalar, rutin olarak sık EKG takibi

altında tutulmalıdır. T-dalgası düzleşmesi, S-T segmenti depresyonu ve benign aritmiler gibi geçici EKG değişiklikleri, QRS kompleksi sayısında azalma, kardiyak toksisite görülebilir. EKG, ekokardiyografi veya tercihen Multigated Arteriyografi (MUGA) ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun ölçümü tedavi başlatılmadan önce rutin olarak uygulanmalıdır ve periyodik olarak tedavi süresince tekrarlanmalıdır.

• Sıklıkla görülen yan etkiler palmar-plantar eritrodisestezi, stomatit/mukozit, bulantı, lökopeni, anemi, nötropeni ve trombositopenidir. Baş ağrısı, alerjik reaksiyon, titremeler, enfeksiyon, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kırıklık hali, vazodilatasyon, kardiyovasküler bozukluk, ağızda ülserasyon, özofajit, kusma, gastrit, disfaji, ağızda kuruluk, flatulans, gingivitis, hipokromik anemi, periferik ödem, kilo kaybı, dehidrasyon, kaşeksi, miyalji, sersemlik, uykusuzluk, anksiyete, nöropati, depresyon, hipertoni, dispne, öksürük artışı, vesikülobüllöz döküntü, kaşıntı, eksfoliyatif dermatit, makülopapüler döküntü, terleme, akne, herpes zoster, ciltte ülserasyon, konjunktivit, tat bozuklukları, idrar yolu enfeksiyonu, disüri ve vajinit ise daha nadir görülen yan etkilerdir.

PLATİN BİLEŞİKLERİ

Cisplatin(Cisplatin DBL[®], Cisplatin Ebewe[®], Cisplatin TEVA[®], Cisplatinium[®], Oncoplatin[®], Platosin-S[®]): Cisplatin, metastatik, non-seminomatöz germ hücreli karsinom, primer veya ileri evredeki ve refrakter over kanserleri, mesane kanserleri ve baş - boyunun skuamöz hücreli kanserlerinde endikedir. Ayrıca, Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma, nöroblastoma, mide, akciğer, özofagus, serviks ve prostat kanserlerinde, miyeloma, melanoma, küçük hücreli akciğer kanserleri ve osteosarkomanın tedavisinde endikedir. Cisplatin metastatik testiküler kanser ve akciğer karsinomu tedavisinde diğer antineoplastik ajanlar ile birlikte kombinasyon şeklinde endikedir. Cisplatinin Vinblastin ve Bleomisin ile kombinasyonunun oldukça etkili olduğu bildirilmiştir.

• Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda(20 – 100 mg / m²) 500 - 1000ml % 0,9 NaCl ile sulandırılarak 2 saatlik infüzyon şeklinde yapılır. 6 - 8 saatten oluşacak daha uzun bir infüzyon süresinin gastrointestinal ve renal toksisitenin etkisini azaltacağı ileri sürülmektedir.

• İntravenöz uygulama amacıyla %5 dekstroz, amino asit solüsyonu veya sodyum laktat içeren herhangi bir solüsyon ile karıştırılmamalıdır. Ayrıca cisplatin alüminyum ile reaksiyona girip çökelti oluşturarak aktivitesinin azalmasına yol açar. Bundan dolayı uygulama sırasında alüminyum içeren hiç bir malzeme kullanılmamalıdır. Başka hiçbir kemoterapötik ilaç ile karıştırılmamalıdır.

• Cisplatin uygulaması esnasında (ve sonrasında) diürezisi sağlamak için tedavi öncesi hidrasyon gereklidir. Hidrasyon, 1 - 2 litre % 0,9 NaCl ya da % 5 Dekstroz solüsyonunun iki saat içerisinde verilmesi ile sağlanır. Tedavi öncesi hidrasyonun son 30 dakikasında veya hidrasyondan sonra % 20 Mannitol 15 dakikada verilmelidir. Hastanın gün içinde en az 4 litre sıvı alması sağlanır. Oral alım yeterli değil ise IV destek sağlanır.

• Cisplatin içeren solüsyona 10 mEq KCL ve 1 ampul MgSO₄ eklenebilir. Cisplatin içeren solüsyon ışık görmeyecek şekilde kapatılmalıdır.

• Görülebilen toksisiteler:

1. Nefrotoksisite: 50 mg / m² lik tek doz Cisplatin ile tedavi edilen hastaların % 28 -38'inde nefrotoksisteye rastlanmıştır. İlacın tekrarlanması halinde de renal toksisite daha uzun süreli ve şiddetli olmaktadır. Cisplatin tedavisine devam edilmek istendiği takdirde böbrek fonksiyonlarının normale dönmesi

sağlanmalıdır.

2. Ototoksisite: 50 mg / m² lik tek doz Cisplatin ile tedavi edilen hastalarda % 31'e varan oranlarda ototoksisteye gözlenmiştir. Ototoksisteye çocuklarda daha şiddetli olabilir; tekrarlayan dozlarda daha sık ve şiddetlidir.

3. Hemotoksisite: Cisplatin tedavisindeki hastaların yaklaşık % 30'unda miyelosüpresyon gözlenmiştir. Yüksek dozlarda lökopeni ve trombositopeni daha belirgindir. Anemi daha geç dönemde görülür.

4. Gastrointestinal Sistem: Cisplatin tedavisi başlar başlamaz görülen en belirgin özelliklerinden biride bulantı ve kusmanın olmasıdır. İştahsızlık, tat duyusunun azalması, stomatit ve mukozit de görülebilir.

5. Anafilaksi: Fasial ödem, wheezing, teşikardi, hipotansiyon ve non-spesifik makülopapüler tipte ürtiker, cilt döküntüleri uygulamada birkaç dakika sonra ortaya çıkabilir. Ciddi reaksiyonlar adrenalin, kortikosteroidler ve antihistaminikler ile kontrol altına alınabilmektedir.

6. Hipomagnezemi / Hipokalsemi: Hipomagnezemi Cisplatin uygulamalarında sıkça ortaya çıkar; hipokalsemi daha az sıklıkla görülmektedir. Her iki elektrolitin eksilmesi tetani ile sonuçlanır. Elektrolitlerin yakın takibi gereklidir.

7. Nörotoksisite ve konvülsiyonlar: Cisplatin uygulaması ile periferik nöropati, postüral hipotansiyon ve konvülsiyonlar görülebilir. Bu Cisplatin uygulanmasından sonra oldukça sıktır.

8. Cisplatin uygulaması sırasında bazı vakalarda EKG bozuklukları, antidiüretik hormon salgısı bozukluğu sendromu, karaciğer fonksiyon testlerinin değerlerinde yükselme ve hiperürisemi görülebildiği bildirilmiştir. Diğer antitümoral ilaçlarla kombine uygulamasının kalp enfarktüsü ve beyin enfarktüsüne yol açabildiği bildirilmiştir.

Carboplatin(Carboplatin[®], Carboplatin TEVA[®], Carboplatin Ebeve[®], Paraplatin[®], Carmen[®], Carbodex[®], Platinwas[®]): İleri evre epitelyal kökenli over kanserinin tedavisinde ve beyin, meme, baş-boyun, endometrium, akciğer, testiküler kanserler, dirençli hogkin lenfoma, maling melanom ve primeri bilinmeyen kanserlerde endikedir.

• Carboplatin doz ayarlamasında hastanın cinsiyeti, yaşı, ağırlığı, serum kreatinin düzeyi ve AUC (area under the curve: hedeflenen plazma yoğunluğu / zaman grafiğinde eğri altında kalan alan) değeri belirleyicidir. Boy özellikle obez hastalarda doz ayarlanırken mutlaka göz önüne alınması gereken bir parametredir. CHATELUT formülü doz ayarlanmasında kullanılan bir formüldür. Toplam Carboplatin dozu (mg) = (Hedef AUC) x (GFR + 25) (her siklusta verilebilecek maksimum doz = 800 mg).

• 250 - 500 %5 Dekstroz içinde 30 - 60 dakikada infüzyonla verilir. Hiper hidrasyon ve diürez gerekmez.

• Paclitaxel ile kombinasyonlarında, *önce Paclitaxel sonra Carboplatin uygulanır.*

• Sadece % 5 Dekstroz ile sulandırılabilir, başka hiçbir sıvı ya da ilaç ile karıştırılmamalıdır. Alüminyum ile reaksiyona girip çökelti oluşturarak aktivitesinin azalmasına yol açar. Bundan dolayı uygulama sırasında alüminyum içeren hiç bir malzeme kullanılmamalıdır.

• Lökopeni, trombositopeni, anemi, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kreatinin klirensinde azalma, ürik asit BUN ve serum kreatinin düzeylerinde artış, parestezi, kulak çınlaması, karaciğer enzimlerinde artış, hipokalsemi, hipomagnezemi, hipersensitivite, deri döküntüleri ve alopesi görülebilmektedir.

Oxaliplatin(Eloxatin[®]): 5-Fluorourasil ve folinik asit

kombinasyonu ile; metastatik kolorektal kanserin birinci seçenek tedavisinde ve primer tümörün total rezeksiyonundan sonra evre III kolon kanserinin adjuvan tedavisinde endikedir.

- Uygulama protokollere özgü değişik dozlarda (85-130 mg/m²) 250 – 500 ml % 5 Dekstroz ile sulandırılarak 2 - 6 saatlik infüzyon şeklinde yapılır. Sadece % 5 Dekstroz ile sulandırılabilir, başka hiçbir sıvı ya da ilaç ile karıştırılmamalıdır.
- İrinotekan ve Kapesitabin ile de kombine olarak kullanılan protokolleri vardır.
- Oxaliplatin her zaman fluoropirimidinlerden önce uygulanmalıdır.
- Alüminyum ile reaksiyona girip çökelti oluşturarak aktivitesinin azalmasına yol açar. Bundan dolayı uygulama sırasında alüminyum içeren hiç bir malzeme kullanılmamalıdır.
- Nötropeni ve trombositopeni, bulantı, kusma ve diyare, böbrek fonksiyon bozukluğu görülebilir. Okzaliplatinin doz sınırlayıcı toksisitesi nörolojiktir. Bunlar sıklıkla soğuşun etkisi ile meydana gelen kramp ve krampsız olarak ekstremitelerin diastezi/parestезisi ile karakterize duyuşal periferik nöropatiler, derin tendon refleksi kaybı ve Lhermitte belirtisi gibi diğer nörolojik semptomlardır.

BİYOLOJİK AJANLAR VE HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER:

G-CSF(Neopogen[®], Leucostim[®]): Neupogen, kronik miyeloid lösemi ve miyelodisplastik belirtiler haricinde malign hastalık nedeniyle sitotoksik kemoterapi gören hastalarda febril nötropeni oluşum sıklığının ve nötropeni süresinin azaltılmasında ve miyeloablatif tedaviden sonra kemik iliğı nakli uygulanan uzun süreli ağır nötropeni riskinin artmış olduğı düşünölen hastalarda nötropeni süresinin azaltılmasında ve klinik komplikasyonlarında endikedir. Neupogen, allojenik periferik kan progenitör hücrelerinin harekete geçirilmesi amacıyla sağıklı gönüllü donörlerde tek başına veya otolog periferik kan progenitör hücrelerinin harekete geçirilmesi amacıyla tek başına veya kemik iliğı baskılayıcı kemoterapiyi takip eden periferik kan progenitör hücre infüzyonu ile sağılanan hematopoetik iyileşmeyi hızlandırmaya yönelik uygulamalar için endikedir.

- Tavsiye edilen G-CSF dozu 0,5 MU (5 µg)/kg/gün'dür. Sitotoksik kemoterapi ve otolog kemik iliğı nakli uygulanan hastalarda başlangıç doz subkutan (SC) enjeksiyon ile günde 2 MU/kg'dır. Neupogen SC enjeksiyon ya da % 5 Dekstroz solüsyonu içinde seyreltilmiş halde, 30 dakika süre ile verilen IV infüzyon şeklinde uygulanabilir.
- G-CSF 'in ilk dozu; sitotoksik kemoterapiden **en az 24 saat sonra verilmelidir**. Kemik iliğı infüzyonundan sonra ise 24 saat içinde uygulanmalıdır.
- Yan etki olarak; sıklıkla kas ve iskelet sisteminden kaynaklanan ağrılar; nadiren, bulantı ve kusma, saç dökölmesi, ishal, yorgunluk, iştahsızlık, mukozit, baş ağrısı, öksürük, deri döküntüsü, göğüs ağrısı, genel zayıflık, boğaz ağrısı, kabızlık ve spesifik olmayan ağrılar bildirilmiştir.

Aldesleukin(Promeukin[®]): Aldeslökın, metastatik renal hücreli karsinom, metastatik malign melanom tedavisinde endikedir.

- Önerilen Aldesleukin dozu 18 milyon IU (1 mg)/m²'dir. Her flakon, 1,2 ml enjeksiyonluk steril suyla sulandırılmalıdır. Aşırı köpürmeyi önlemek için sulandırıcı, flakonun kenarından akıtılmalı, içerik tamamen çözünene kadar çalkalanmadan karıştırılmalıdır.
- Solüsyon % 5 Dekstroz solüsyonu ile seyreltilir ve 24 saatlik infüzyon şeklinde uygulanır.
- Sıklıkla bildirilen yan etkiler: Hafif ile orta derecede

hipotansiyon, serum üre ve serum kreatininde yükselme ile birlikte oligüri, dispne, hiperbilirubinemi, karaciğer transaminazları ve alkalen fosfatazda yükselme, bulantı-kusma, diyare, anoreksi, anemi, eritem ve döküntü, kilo artışı ile birlikte ödem, titreme veya tek başına ateş, kırıklık hali ve yorgunluk. Bazen bildirilen yan etkiler aritmi, taşikardi, angina pectoris, öksürük pulmoner ödem, trombositopeni, lökopeni, pıhtılaşma bozukluğu, ajitasyon / anksiyete, konfüzyon/ uyuşukluk, somnolans, merkezi veya periferik motor nöron hastalıkları, konjunktivit, mukozit kaşıntı, deri ekfoliasyonu, vitiligo, ağrı, baş ağrısı. Nadiren bildirilen yan etkiler: Tromboz, hipertansiyon, çarpıntı, geçici EKG değışiklikleri, miyokard enfarktüsü, pulmoner embolizm, flebit, erişkin sıkıntılı solunum sendromu(ARDS), siyanoz, hipoksi, solunum sistemi enfeksiyonları, plevral efüzyonlar, disfaji, rektal hemoraji, kabızlık, dispepsi, gastrit, epistaksis, parestezi, senkop, depresyon, halüsinasyon, paraliz, konuşma bozuklukları, konvülsiyonlar, hipo veya hipertiroidizm, hiperglisemi, hipokalsemi, hiperpotasemi, alopesi, nazal konjesyon, orta ile ileri derecede artralji, miyaljidir.

- Beta blokerler gibi antihipertansif ilaçlar Aldeslökın ile görölen hipotansiyonu artırabilirler. Aldeslökın uygulamasından sonra kontrast madde kullanılması, Aldesleukin uygulamasını takiben görölen toksisite tablosunun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Rituximab(Mabthera[®]): B hücreli non-Hodgkin Lenfoma ve kronik lenfositik lösemide kullanımı endikedir.

- Uygulama protokollere göre 375 - 500 mg/m²'ye kadar çıkan dozlar halinde IV infüzyon şeklinde uygulanır. Rituksimab % 0,9 NaCl veya % 5 Dekstroz içinde, konsantrasyonu 1 - 4 mg / ml arasında olacak şekilde hazırlanır. Rituximab kesinlikle IV puşeye ya da bolus şeklinde uygulanmaz.
- Rituximab diğer kemoterapötik ajanlarla aynı infüzyon sıvısına kesinlikle konulmamalı ve **mutlaka önce Rituximab infüzyonu tamamlandıktan sonra diğer kemoterapötik ilaçların uygulaması yapılmalıdır**.
- Hastalara, uygulamadan 30 dakika önce asetaminofen ve antihistaminik ile premedikasyon yapılmalıdır. Hasta tedaviden 24 saat önce tüm antihipertansif ilaçlarını almayı kesmelidir.
- Başlangıçta infüzyon hızı 50 mg/saat olmalıdır. İlk 30 dakika içinde hipersensitivite veya infüzyonla ilişkili reaksiyon görölmediğı takdirde her 30 dakikada bir infüzyon hızı 50 mg/saat artırılmalıdır. Verilebilecek maksimum hız 400 mg / saat'tir. Bir önceki infüzyon sorunsuz olarak tamamlandıysa takip eden tedavi günlerinde infüzyona 100 mg/saat hızından başlanılıp her 30 dakikada bir yapılacak hız artırımları 100 mg / saat olarak belirlenebilir ancak verilebilecek maksimum miktar yine 400 mg / saat'tir.
- Uygulama sırasında reaksiyon meydana gelirse; infüzyon durdurulur ve semptomlar ilerlemeye devam ederse reaksiyon öncesi verilme hızı % 50 azaltılarak yeniden başlanır.
- Ciddi yan etkileri; bronkospazm, hipotansiyon, anjio-ödem, aritmidir. Hafif ve orta yan etkiler ise ateş, titreme, asteni, bulantı, halsizlik, baş ağrısı , kaşıntı, deri döküntüleri, ürtiker, burun akıntısı, miyalji/artraljidir. İleriki dönemde lökopeni, trombositopeni, nötropeni ve anemi hafif olarak görölebilmektedir.
- Hızlı tümör lizisi (TLS) geliştirme riski altındaki hastalarda TLS profilaksisi gündeme getirilmelidir. Infüzyondan 1 ila 2 saat sonra TLS ile ilişkili belirti ve semptomlar (örneğin hiperürisemi, hiperkalemi, hipokalsemi, akut böbrek yetmezliğı, yüksek LDH gibi) bildirilmiştir.

Transtuzumab(Herceptin®): Metastatik meme kanseri tedavisinde endikedir.

- 4 mg /kg yükleme dozunu takiben 2 mg / kg haftalık doz şeklinde IV infüzyon olarak uygulanır. Kesinlikle IV puşe ya da bolus şeklinde uygulanmamalı, % 5 Dekstroz ile seyreltilmemeli, hiçbir ilaç ile karıştırılmamalıdır.
- İlk infüzyon 90 dakikada, sonraki infüzyonları 30 dakikada uygulanır.
- Buzdolabında + 2 - + 8 °C'de saklanır, kesinlikle dondurulmaz.
- Kardiyak değerlendirme tedavi öncesi yapılmalı ve periyodik olarak tekrarlanmalıdır.
- Infüzyon sırasında ateş, titreme asteni, bulantı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, dispne, döküntü, hipotansiyon görülebilir. Nadir olarak tümör bölgesinde ağrı, diyare, hepatik ve renal toksisite, özellikle yaşlı ve doxorubicin ve siklofosamid ile birlikte kullanıldığında kardiyotoksisite görülebilir.

Bevacizumab(Altuzan®): Metastatik kolon ya da rektum kanserinin ilk seçenek tedavisi için 5 FU ile kombine kullanımı endikedir.

- 5 mg / kg doz 100 ml % 0,9 Sodyum Klorür içinde IV infüzyon olarak uygulanır. Kesinlikle IV puşe ya da bolus şeklinde uygulanmamalı, % 5 Dekstroz ile seyreltilmemeli, hiçbir ilaç ile karıştırılmamalıdır.
- İlk infüzyon 90 dakikada, ikincisi 60 dakikada verilir, infüzyon iyi tolere edilirse sonraki bütün infüzyonlar 30 dakikada uygulanır.
- Buzdolabında + 2 - + 8 °C'de saklanır, kesinlikle dondurulmaz.
- En sık görülen yan etkiler: Gastrointestinal perforasyonlar, hemoraji ve arteriyel tromboembolidir. Hemoraji, hipertansiyon, proteinüri, konjestif kalp yetmezliği, ishal, halsizlik, lökopeni, tromboembolizm, hiponatremide görülebilen yan etkiler arasındadır.

Cetuximab(Erbitux®): Metastatik kolorektal karsinom tedavisinde endikedir.

- İlk infüzyon 400 mg / m2 en az 120 dakikada, sonraki infüzyonlar 250 mg / m2 en az 90 dk infüzyon şeklinde verilmelidir. Infüzyon 5 ml /dk hızını geçmemelidir.
- Infüzyon başlamadan 30 dk önce antipretikler ile premedikasyon yapılmalıdır.
- Cetuximab sulandırılmamalı ve çalkalanmamalıdır. Solüsyon güneş ışınlarından korunmalı ve 0,22 mikronluk filtreli setler ile uygulama yapılmalıdır.
- Infüzyondan sonra damar yolu % 0,9 NaCl ile yıkanmalıdır.
- Buzdolabında + 2 - + 8 °C'de saklanır, kesinlikle dondurulmaz.
- Infüzyon sırasında hipersensitivite belirtileri görülebilir. Acil kiti(adrenalin, prednizolon, antihistaminik vb...)hazır bulundurulmalıdır.
- İshal, halsizlik, güçsüzlük, bulantı, kusma, anoreksi, lökopeni, akne benzeri döküntü görülebilir.

Alemtuzumab(Campath®): B hücreli kronik lenfositik lösemi tedavisinde endikedir.

- 3 – 10 – 30 mg ile başlanır haftalık 90 mg kümülatif dozun üzerinde uygulanmamalıdır. % 0,9 NaCl solüsyonu içinde 2 saatte verilir. Kesinlikle IV puşe ya da bolus uygulanmamalıdır.
- Infüzyon başlamadan 30 dk önce asetaminofen ve diphenhyramine ile premedikasyon yapılmalıdır.
- Infüzyonla ilişkili reaksiyonları azaltmak ve anti-pneumosis Karini ve anti-Herpes profilaksisi sağlamak için premedikasyon önerilir.
- Buzdolabında + 2 - + 8 °C'de saklanır, kesinlikle dondurulmaz.

- Trombositopeni anemi, nötropeni, hipotansiyon, ateş, yorgunluk, döküntü, ürtiker, ulantı, kusma, katılık, dispne görülebilen yan etkileridir.

İbritumomab(Zevalin®): Relaps ve refrakter non-Hodgkin lenfoma tedavisinde endikedir.

- Radyofarmasötik hazırlama için soğuk kit 4 flakon içerir. [90Yitrium-90Y] ile işaretlenmiş ibritumomab, sadece radyonükleidlerin kullanımı ve manipülasyonuna izin veren lisanslı personel tarafından hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Hazırlanması, kullanılması, taşınması, depolanması ve imha edilmesi yerel resmi organizasyonların kurallarına / uygun lisanslarına tabidir.
- Hematolojik reaksiyonlar, enfeksiyöz olaylar ve ikincil maligniteler görülebilir. Asteni, ürperme, ateş, baş ağrısı, soğuk algınlığı, boğaz irritasyonu, abdominal ağrı, sırt ağrısı, bulantı, kusma, diyare, anoreksi, trombositopeni, anemi, lökositopeni, ekimoz, artralji, baş dönmesi, öksürük, dispne, kaşıntı görülebilir.

DERYA KAYA

KAHVALTI SEMİNERİ I - Özofagus Kanseri

K15

Konu: Özofagus Kanseri, Vaka Sunumu

77 yaşında, Yutma güçlüğü nedeniyle hastanemiz gastroenteroloji kliniğine başvuran hastaya yapılan endoskopisinde dışardan itibaren 25 cm'de toplam 8 cm'lik segmenti tutan kısmı obstrüksiyona yol açan kitlesel lezyon saptandı. Alınan biyopsi sonucu yassı hücreli karsinoma olarak gelen hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı Tıbbi Onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Özgeçmiş / Soy Geçmiş: Sistemik hastalık öyküsü yok, aile öyküsü yok

Sistem Sorgulama: Son 2 ayda 9 kg/kayıp

Fizik Muayene: ECOG performansı:1

Değerlendirme/Evresini belirleme:

Bilgisayarlı Tomografi: Özofagusta karina düzeyinden aşağıya doğru 8 cm'lik bir segment boyunca diffüz duvar kalınlaşmasına neden olan, daha çok intraluminal kitlesel lezyon oluşturan ancak özofagus etrafında yağlı dokuda minimal kirlenmeye(invazyon?) neden olan kitlesel lezyon.

PET/CT: PET BT: Torakal kesitlerde; torasik özofagusta karinanın hemen süperioru düzeyinden başlayarak yaklaşık 9 cm'lik bir segmenti tutan, yoğun FDG tutulumu gösteren (SUVmax: 16.4), en geniş yerinde yaklaşık 35 x 25 mm çapa ulaşan hipermetabolik kitlesel lezyon mevcuttur. Kitle proksimalindeki özofagusta dilatasyon izlenmiştir. Diğer vücut bölgelerinde metastaz saptanmadı.

Konsey Kararı: Küratif Kemoradyoterapi

Radyoterapi: Özofagusa 200 cGy / Fr. 30 Fr =>Toplam: 60 Gy, 5 alanlı, IMRT planlı, küratif RT planlandı.

Kemoterapi: Cisplatin/5-FU kemoterapinin 1-4.günü ve 21-25. günlerinde radyoterapi ile birlikte, sonrasında 2 kür adjuvan olarak 21 günde bir uygulanması planlandı.

Konsey Kararı:

(Filmlerin açıklamalı raporları)

TORAKS ABDOMEN BT: Özofagusta karina düzeyinden inferiora doğru 8 cm'lik bir segment boyunca diffüz duvar kalınlaşmasına neden olan, daha çok intraluminal kitlesel lezyon oluşturan ancak periözafagial yağlı dokudadan minimal kirlenmeye(invazyon?) neden olan özofagus tm olgusu. - Karaciğer sol lobda segment 2'de basit kistik lezyon.- İlimli BPH bulguları

PET BT: Torakal kesitlerde; torasik özofagusta karinanın hemen süperioru düzeyinden başlayarak yaklaşık 9 cm'lik bir segmenti tutan, yoğun FDG tutulumu gösteren (SUVmax: 16.4), en geniş yerinde yaklaşık 35 x 25 mm çapa ulaşan hipermetabolik kitlesel lezyon mevcuttur. Kitle proksimalindeki özofagusta dilatasyon izlenmiştir. Mediastende, sağ hiler bölgede ve subkarinal alanda belirgin FDG tutulumu göstermeyen çoğunluğu kalsifiye lenf noduları mevcuttur. Her iki akciğer apeksinde belirgin FDG tutulumu göstermeyen sekel fibrotik değişiklikler gözlenmiştir. Sağ akciğer üst lob posterior segmentte ve alt lob süperior segmentte FDG tutulumu göstermeyen milimetrik kalsifiye nodüller mevcuttur. Vücudun görüntüleme alanına giren diğer bölgelerinde FDG dağılımı fizyolojik sınırlardadır. Hastaya cisplatin-5-fu ile radyoterapi küratif uygulandı.

RT Başlama Tarihi: 21/12/2011. **RT Bitiş Tarihi:** 02/02/2012.

Radyoterapi Bilgisi: Özofagusa

200 cGy / Fr. 30 Fr =>Topl: 60 Gy, 5 alanlı, IMRT planlı, küratif RT uygulandı.

Hasta trimodalite (cerrahi) tedavi gerekliliği için tartışılacaktır.

DR. FATİH KÖSE

İÇ HASTALIKLARI VE TIBBİ ONKOLOJİ UZMANI

ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ / ŞANLIURFA

K16**ÖZEĞAGUS KANSERİ; OLGU SUNUMU**

43 yaş bayan

Artvin/Yusufeli

Şikâyetleri; Yutma Güçlüğü, Kilo Kaybı

Klinik Seyir/Takip/Tedavi;

-4 aydır giderek artan yutma güçlüğü

-Endoskopi(04.06.2007): 25 cm endoskopun geçişine izin vermeyen kitle lezyon

-Biyopsi ile **Yassı Epitel Hücreli Karsinom**

-**Toraks BT**(21.06.2007): Proksimal özeğagusta dilatasyon, Distal özeğagusta 8 cm'lik segmentte duvarda diffüz kitlesel kalınlaşma, lümende darlama, sol pulmoner venle yakın komşuluk söz konusudur (invazyon ?)

-**Toraks-mediasten MRI:** Özeğagus distal uçta karina düzeyinden başlayıp pulmoner venler düzeyinde sonlanan pulmoner veni, sol ana bronşu, torasik aorta ile yakın komşuluk gösteren lezyon, lezyon sol atrum içine protrüzyonu mevcuttur. Dinamik görüntülerde lezyon rijit karakterde olup kalp ve bronş hareketlerinden etkilenmemektedir. Torasik aorta ve sol pulmoner veni yakın komşuluk ve belirli bir alanda sardığı için öncelikle invaze olarak düşünülmüştür. Periözeğagialde bir iki adet len nodu izlendi.

-Göğüs cerrahisi tarafından **inoperabl**

-**Kemoradyoterapi:** Primer tm + Lenfatikler: 180 cGyx25 frk 4500 cGy/toplam, MS koruma 180cGyx3 frk540 cGy/toplam, RT ile eş zamanlı 1. ve 5. hafta olmak üzere 75 mg/m² 'den total 100 mg Cisplatin D1 ve 750 mg/m² den 1000 mg D1-D4 şeklinde 2 kür) **uygulandı. KRT 26.08.2007'de tamamlandı.**

-**Sonrasında 6 kür Cisplatin + 5-FU kemoterapisi aldı** (Son tedavi **25.04.2008**).

-25.01.2008'de yutma güçlüğü şikayetiyle gelen hastaya yapılan **endoskopide;** 28. cm de düzgün yüzeyle özeğagusta distal uçta daralma gözlemlendi, buji dilatasyon yapıldı. KT sonrası yutma güçlüğü olan hastaya çekilen **Toraks+Batın CT'de** Özeğagus karina düzeyinden başlayıp distale doğru 6 cm'lik segmentte diffüz duvar kalınlaşması, inf. pulmoner vene şüpheli invazyon izlendi (**08.05.2008**). **31.07.2008'de** özeğagografide proksimal dilatasyon, özeğagus ca (dolma defekti, rijidite) izlendi.

-Yutma güçlüğü, yediklerinin geri gelmesi, kilo kaybı şikayetleri artan hastaya **05.08.2008**'yapılan **PET-CT görüntüleme normal** olarak değerlendirildi.

-**Ancak ileri derecede yutma güçlüğü, kilo kaybı, radyoterapiye sekonder ileri derecede özeğagial striktürü olduğu düşünülen ve özeğagial perforasyon riskinden dolayı daha fazla buji dilatasyon yapılamayan hastanın her ne kadar PET-CT görüntüleme normal olarak değerlendirilse de Tomografi + Özeğagografi ve hastanın kliniği birlikte değerlendirilerek lokal nüks ihtimali de göz önünde bulundurularak hasta operasyona gönderildi. 12.08.2008' de opere** (sağ torakotomi + Laparotomi + Mide serbestleşmesi + Distal Özeğajektomi + Proksimal Gastrektomi + Özeğagogastrostomi + Omentoplasti) **edildi.**

-Operasyon sonrası patolojik inceleme normal olarak geldi. **Patolojik tam yanıt olarak değerlendirilen hasta takibe alındı. 4. yılı içinde halen hastalısız olarak takiplerine devam edilmektedir.**

MEHMET BİLİCİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ERZURUM

PANEL - Palyatif Bakım ve Destek Tedaviler**K17****KANSER AĞRISI**

Ağrı kanser ile ilişkili en sık karşılaşılan semptomdur Çalışmalar kanser hastalarının tanı aldıkları dönemde %30, ileri evrede ise %60-90 oranında şiddetli derecede ağrı duyduğunu göstermektedir. Kanser hastalarında analjezik tedavinin amacı, palyatif bakımın önemli bir kısmını oluşturan analjeziyi minimum yan etki ile optimize ederek yaşam kalitesini arttırmaktır. Özellikle opioid tedavisi konusunda bilgi eksikliği, opioid kullanımında yan etki ve bağımlılık korkusu, morfin gibi analjeziklerin tıbbi kullanımlarının kanunlarla kısıtlanması opioid tedavisinde yetersizliğe neden olmaktadır.

Kanser hastasında ağrının nedenleri:

Kansere bağlı ağrının nedenleri 3 grup altında incelenebilir:

1. Direkt tümöre bağlı (%60-80)
2. Kanser tedavisine bağlı (%20-30)
3. Kanser veya tedavisi ile ilişkili olmayan mekanizmalara bağlı (%10-15)

Kanser ile ilişkili ağrı sendromları akut veya kronik olabilir. Kanser primer olarak kaynaklandığı bölge ağrının ortaya çıkmasında en önemli faktördür. Primer tümör tipi, hastalığın evresi, metastazların varlığı, tümörün nöral yapılarla yakınlığı, hastanın psikolojik durumu ağrı oluşumunda ve ağrının derecesinde rol oynar.

Kanser ağrısının patofizyolojisi ve mekanizmaları:**Ağrı;**

Nosiseptif (somatik veya visseral) veya **nöropatik** tipte olabilir. Nosiseptörler sinir sistemi dışında tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptif ağrıda nosiseptörlerin uyarılması ve süregelen doku patolojisi ile ilişkili mekanizmalar söz konusudur. Nöropatik ağrı periferik veya santral sinir sisteminde gelişen hasar veya patofizyolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkar. Ağrı nedenleri şunlar olabilir:

1. Kapsüllü organların tümör invazyonu
2. Yumuşak dokuların tümör infiltrasyonu
3. Abdominal içi boş organların tümör infiltrasyonu
4. Seröz mukozanın tümör infiltrasyonu ve inflamasyonu
5. Solid organlarda tümöre bağlı nekroz
6. Sinirler, plexus veya spinal kordun tümöral invazyonu
7. Kemiklerin tümör infiltrasyonu
8. Kan damarlarında tümöre bağlı oklüzyon

Kanser ağrısının değerlendirilmesi:

Ağrının klinik olarak değerlendirilmesi etiyolojiyi aydınlatmada önemli bir yoldur. İlk olarak hastanın şikayetine inanılmalıdır. Detaylı Dikkatli bir fizik muayene ile birlikte hastanın psikolojik durumu değerlendirilmelidir. Tanı ve tedavi yaklaşımları hastanın durumuna göre ayarlanmalı, hastanın fonksiyonel düzeyi ve tahmini yaşam süresi göz önüne alınmalıdır. Hasta ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi ve düşüncelerinin öğrenilmesi şarttır. Ağrının ve ilişkili semptomların kontrolü yaşam kalitesini artırır.

Kanser ağrısında analjezik kullanımı:

Ağrı kontrolü %75 ile %90 oranında basamak tedavisi ile sağlanabilmektedir.

Basamak tedavi:

1. **Basamakta** kanser ağrısında önce hafif ağrılara yönelik

non-opioidler (parasetamol veya aspirin) gereğinde adjuvan analjezikler kullanılır.

2. Basamakta non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda 1. basamak tedaviye **zayıf opioidler** (kodein, tramadol) eklenir.

3. Basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan hastalar için **güçlü opioidlere** (morfin, fentanil) geçilir.

4. basamakta ise spinal opioid veya diğer invaziv teknikleri içeren bir merdiven sistemi söz konusudur.

Kanser ağrısında hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta etki süresi dikkate alınarak analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlamak üzere ilacın hastanın isteği dışında belli aralıklarla uygulanmasıdır. Her ilacın bir yarı ömrü ve etki süresi vardır. **"Saatinde ilaç"** uygulaması kanser ağrısının medikal tedavisinde benimsenmesi gereken ilk kural olmalıdır. Her hastada tedavi bireyselleştirilmeli, ilaç seçimi, dozu ve verililiş yolu belirlenmelidir.

Kanser ağrısının medikal tedavisinde kullanılan analjezikler:

I. Non-Opoidler:

Non-opioid analjezikler hafif ve orta şiddetteki ağrılarda tek başına yararlıdır, ayrıca daha şiddetli ağrılarda opioidlerle kombine edildiğinde additif analjezi sağlar. Opioid analjeziklerin aksine, non-opioid ilaçlarda analjezi için bir tavan etkisi söz konusudur. Tolerans veya fiziksel bağımlılık potansiyeli yoktur.

(Parasetamol, Aspirin, Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar)

Non-opioidlerin kullanımında minimal etkin ve minimal toksik dozlar bilinmemir. Optimal dozda uygulanmasına karşın uygun analjezik etkinin elde edilememesi, kısa süre içinde ilaç değiştirmeyi ya da başka bir zayıf opioid ilacın eklenmesini gerektirir.

II. Opioidler:

Opioidler orta şiddette veya şiddetli ağrılarının tedavisinde çok yararlı ilaçlardır. Non-opioidlere eklenen zayıf opioid ile ağrı giderilemediğinde güçlü bir opioide geçilmelidir. Farklı reseptör subtipleri ile olan etkileşimlerine göre opioid bileşikler agonist, agonist-antagonist ve antagonist şeklinde sınıflanır. **Saf agonistler** (morfin, kodein, meperidin, fentanil) klinik ağrı tedavisinde en sık kullanılanlardır. **Mikst agonist-antagonist** opioidler (pentazosin, nalbufin, butorfanol, dezosin) ve **parsiyel agonist** opioidler (buprenorfin) kanser ağrı tedavisinde daha az rol oynar.

Zayıf opioidler içinde ülkemizde mevcut olan **kodein** doğal bir afyon alkaloidi olarak uygulanan dozun %10'unu morfine dönüştüren bir opioiddir. Genellikle aspirin veya parasetamol ile kombine uygulanır.

Tramadol, Fentanil, Meperidin, Morfin arasında bugün için etkinliği ve güvenliği açısından en çok tercih edilen opioid morfindir. Özellikle son zamanlarda üretilen değişik farmasötik şekilleri uygulama kolaylığı sağlamaktadır. Morfinin kendisi dışında aktif metaboliti morfin-6-glukuronid de, μ reseptörüne bağlanması ve kolaylıkla kan beyin engelini geçmesi ile analjezik etkinlikte yardımcı olmaktadır. Yavaş salınımlı preparatlar 8-12 saatte bir uygulanır. Düzenli bir kinetik profil gösterir. Uygun dozlarda oral yol, yan etkileri en aza indirerek kıyaslanabilir bir analjezik etkinlik sağlayabilir. Farklı uygulama yollarında eşdeğer dozlar dikkate alınmalıdır.

III. basamak aşamasında ilk başvurulacak yol, **oral opioid uygulaması** olmalıdır. Kullanım kolaylığı olan güvenli, ekonomik bir yaklaşımdır. Yutma güçlüğü veya gastrointestinal

disfonksiyonu olan, analjezinin hızlı başlaması gereken, oral yol ile ilgili yan etkileri tolere edemeyecek hastalarda alternatif uygulama yolları gerekmektedir.

Noninvaziv alternatifler: Rektal, transdermal ve sublingual uygulamalardır. Yavaş salınan morfin tabletlerinin oral doz ile aynı dozda rektal yol ile uygulanabileceği bildirilmektedir. Transdermal yol için yalnızca fentanil kullanılabilir. Morfinin sublingual absorpsiyonu azdır. Uygun formülasyonların bulunmayışı, çoğu ilacın absorpsiyon azlığı, yüksek dozları vermede yetersizlik sublingual yol kullanımını kısıtlamaktadır.

İnvaziv alternatifler: Belli bir sabit dozun belli aralıklarla veya gereksinim duyulduğunda subkutan veya intramuskuler uygulanması uzun süre opioidler için en çok tercih edilen kullanım yoludur. İntravenöz yol, subkutan uygulama tolere edilemediğinde şiddetli ağrının akut olarak kontrol altına alınması için infüzyon veya bolus şeklinde uygulanabilir. Gerekli dozun hızlı ve kesin olarak ayarlanmasına olanak verir ancak solunum depresyonu ve olası hipotansiyon açısından dikkatli olmalıdır. Uygulama zorluğu nedeni uzun süreli kullanım için uygun değildir.

Opioid kullanımında tolerans ve psikik veya fiziksel bağımlılık:

Morfin ve diğer opioidlere karşı sürekli kullanımda **tolerans** gelişmektedir. Tolerans gelişiminin 'basamak yöntemi' uygulandığı takdirde yavaşladığı kabul edilmektedir. Tolerans ve fiziksel bağımlılık, bu hastalarda geriye dönebilen olaylardır.

Psikik bağımlılık genelde tolerans ile birlikte gelişir ancak farklı olaylardır. Psikik bağımlılık, bir davranış biçimidir ve ilacı bulmak ve kullanmak için karşı konulmaz bir istek duyulmasıdır. Ancak doğrudan pozitif pekiştiriciye bağlı olan psikik bağımlılığın, kronik ağrılı kişide çok ender olarak geliştiği belirlenmiştir.

Fiziksel bağımlılık ise, tedavinin aniden kesildiğinde hastanın yoksunluk belirtileri göstermesi olayıdır. Fiziksel bağımlılık da toleransa paralel olarak gelişir. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti; uygulama yolu, günlük doz, dozlararası aralık, tedavi süresi gibi birçok faktörden etkilenir. Genelde 3-4 haftalık opioid kullanımından sonra böyle bir fiziksel bağımlılığın oluşması beklenir. Terminal dönemdeki hastalarda bu sorun önemli değildir. Diğer hastalar için ise ağrı kaybolmuş ise opioidlerin yavaş yavaş azaltılması ile bu sorun çözümlenebilir.

III. Adjuvan analjezikler:

Kanser ağrısında adjuvan analjezikler üç grupta incelenebilir.

1. Çok-amaçlı adjuvan medikasyonlar:

Kortikosteroidler: En çok kullanılan adjuvan analjeziklerdir. Ağrıyı azalttığı, iştahı açtığı, bulantı, huzursuzluk gibi belirtileri ortadan kaldırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir.

Nöroleptikler: Kanser ağrısında kullanımları kısıtlıdır. Anksiyete, huzursuzluk, bulantı yakınması olan hastalarda sedatif, anksiyolitik, antiemetik etkileri nedeniyle kullanılabilir.

Antihistaminikler: Anksiyete, bulantı, kaşıntı yakınmalarında kullanılabilir. Ağız kuruluğu, sedasyon önemli yan etkileridir.

Benzodiazepinler: Kansere bağlı anksiyete ve kas spazmını gidermede kullanılabilir. Nöropatik ağrıda en sık kullanılan benzodiazepin klonazepamdır.

2. Nöropatik ağrı için kullanılan adjuvan medikasyonlar:

Nöropatik ağrılar nosiseptif ağrılara göre opioid tedavisine daha az yanıt vermektedir. Adjuvan medikasyonların tedaviye eklenmesi analjezik yanıtı arttırmaktadır.

Antidepresanlar: Nöropatik ağrıda sık kullanılan ajanlardır. Amitriptilin gibi tersiyer amin trisiklik antidepresanların analjezik etkisinin en çok olduğu bildirilmektedir.

Oral lokal anestezipler: Nöropatik ağrıda intravenöz lidokain

infüzyonundan yarar gören hastalarda meksiletin kullanılabilir. Oral lokal anestezipler içinde en güvenli olan ajan meksiletindir. **Alfa-2 adenerjik agonistler:** Klonidinin analjezik etkinliği gösterilmiştir. Diğer adjuvanlara refrakter nöropatik ağrıda transdermal veya oral yol ile kullanılabilir.

Antikonvülzanlar: Şimşek çakar tarzda dizestezi ile karakterize nöropatik ağrıda etkili ajanlardır. Kemik iliği depresyonu yaptığı için kemoterapi alan, trombositopeni, lökopenisi olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.

3. Kemik ağrısı için kullanılan adjuvan medikasyonlar:

Bifosfonatlar: Osteoklast aktiviteyi inhibe ederek kemik rezorpsiyonunu azaltırlar. İntravenöz

Pamidronat, zoledronik asid, ibandronat uygulamaları ile düzenli kullanım ile ağrı oluşumu ve patolojik fraktür riskinin azaldığı yönünde veriler mevcuttur.

Kalsitonin: Refrakter ağrılarda subkutan veya intranazal yol ile kullanılabilir.

Kanser ağrısında invaziv analjezik teknikler:

Kanser ağrısında %10 ile %30 oranında sistemik opioid kullanımı ile yeterli ağrı tedavisi sağlanamamaktadır. Uygun hastalarda invaziv girişimler sistemik opioid gereksinimini azaltmakta veya ortadan kaldırmaktadır.

Spinal opioidler:

Spinal opioid (en yaygın olarak morfin) uygulaması oral yolla verilen opioidler etkisiz kaldığında veya sistemik opioid kullanımında tolere edilemeyen yan etkiler ile karşılaşıldığında denenmelidir.

1-) kateter epidural aralığa yerleştirilerek,

2-) kateter epidural veya subaraknoid aralığa yerleştirilerek, veya

3-) yarı otomatik veya tam otomatik pompaların yerleştirilmesi yoluyla yapılabilir. Seçilecek yöntem hastanın beklenen yaşam süresi göz önüne alınarak karar verilir.

Sempatik sinir ve ganglion blokları:

Nörolitik ajanlarla yapılan **nörolitik bloklar** kansere bağlı ağrıyı uzun bir süre fakat geçici giderebilir (etil alkol ve fenol). Nörolitik bloklara bağlı komplikasyonlar uzun süreli veya kalıcı olabilir. Bu nedenle kısa bir yaşam süresi beklenen ve ağrısını iyi lokalize edebilen hastalarda uygundur. **Radyofrekans termokoagülasyon** (RF) yönteminde ise yüksek frekansta elektrik akımı ile oluşturulmuş ısı kullanılmaktadır. En büyük avantajı kontrollü ve sınırlı sinir hasarı oluşturmasıdır. Komplikasyon oranı nörolitik bloklarda lokal anestezi veya nörolitik ajanlara bağlı ortaya çıkan komplikasyonlara kıyasla çok daha düşüktür.

Nörolitik bloklar şöyle sayılabilir: stellar ganglion bloğu, torakal sempatik blok, splanknik sinir bloğu, çölyak plexus bloğu, superior hipogastrik plexus bloğu, Walter ganglion bloğu, perkütan kordotomi.

DOÇ. DR. ASLI SELMİN ATAERĞİN
GATA TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

K18

DİSPNEYE YAKLAŞIM

Dispne kelime anlamı olarak Yunan alfabesinden “dys” zorlu ve “pnea” pnömoniden türeyen nefes darlığı anlamına gelen iki kelimeden türemiştir. Tanımı kişinin rahat nefes alıp verememe algısı yani solunum distresidir. Dispne semptomu primer hastalığına, uygulanan tedavilere veya eşlik eden diğer hastalıkları ile ilgili olabilir. Kanser hastalarında sıklıkla da yukarıdaki tüm nedenler birlikte bu semptoma katkıda bulunabilir. Dispne, kanser başta olmak üzere; kronik, hayatı tehdit eden ve/veya sınırlayan hastalığı olan hastaların en fazla deneyim sahibi oldukları yaygın bir semptomdur.

Kanser populasyonunda %21-90 oranında sıklıkla evreye bağlı olarak geniş bir sıklıkta görmektediriz. Hospis hastalarında ise bu oran yapılan çalışmalarda %71 olarak gösterilmiştir. Palyatif bakım servislerinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada dispne ve anoraksiya semptomunun zaman zaman artan ve azalan bir şiddette hayatın sonuna kadar devam eden 2 semptom olduğu gösterilmiştir. Dispne akut olarak başlayabileceği gibi, kronik olarak da şiddetlenebilir. İstirahat esnasında veya eforla gözlenebilir. Klinik olarak; sürekli, kaçak (breakthrough), aralıklı olarak 3 şekilde ayırabiliriz. Fizik incelemede ise hastalarımızda öne eğik pozisyonda, siyanotik, burun kanatlarının ve yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı gözlenir. Taşikardik ve/veya takipneik olabilirler ve oskültasyonda akciğerlerde patolojik bulgular saptayabiliriz. Dispne subjektif bir semptomdur. Tanı ve ayırıcı tanısı esnasında, öncelikle “solunum sıkıntısı var” şikayeti olan tüm hastalara inanmakla başlamalıyız. Tedavi yönetiminde değerlendirme metotları olarak görsel veya nümerik derecelendirme ölçekleri en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Kanser hastalarındaki dispne nedenleri diğer hasta gruplarına göre oldukça fazladır. Derin anemiler, bronkospazm, plevral effüzyon, pnömoni, pulmoner ödem ve emboli, solunum yolu obstrüksiyonları, yoğunlaşmış sekresyonlar, anksiyete gibi psikolojik sorunlar, asit, metabolik bozukluklar ve nörolojik hastalıklar en önemli olanlar arasında sayabiliriz. Özellikle tedavi edilebilir, geri dönüştürülebilir veya akut müdahalesi gereken problemler için dispnenin ayırıcı tanısı kanser hastalarında çok önemlidir. Kanser hastalarında diğer unutulmaması gereken bir nokta da; dispne çoğu zaman tek bir semptomdan ziyade semptom kümeleri ile karşımıza gelir. Bu nedenle diğer katkıda bulunan veya eşlik eden faktörleri de kaçırmamamız gerekmektedir. Literatürde de fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel (ruhsal,dini vb.) faktörler, biyo-psiko-sosyal modelin parçaları olarak tanımlanmıştır ve total dispne yaklaşımı olarak adlandırılmıştır (Figür 1).

Figür 1: “Total Dispne”- Biyopsikososyal Modelinin Parçaları

Dispne tedavisini farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler olarak ikiye ayırabiliriz. Farmakolojik olmayan yöntemleri emosyonel veya bilişsel ve fizyolojik faktörler olarak ikiye ayırabiliriz. Kanser hastalarında özellikle terminal dönem veya ileri evre hastalığın semptomatik dispne tedavisinde farmakolojik yöntemler kadar önemlidirler. Emosyonel veya bilişsel faktörler başlıklar halinde manevi danışmanlık destek, açık hava, relaksasyon, distraksiyon, psikoterapi, integratif tıp yaklaşımları olarak; fizyolojik faktörleri ise; kas güçlendirme, göğüs duvar vibrasyonu, pozisyon verme, enerji koruma yöntemleri, solunum egzersizleri, akupunktur, akupres ve soğuk hava üfleyen mekanizmalar olarak değerlendirebiliriz. Farmakolojik tedaviler; opioidler, ansiyolitikler, inhale

furosemid, oksijen tedavisi olarak literatürde sunulmaktadır. Opioidler dispne tedavisinde en çok kullanılan ve güvenilirlik, etkinliği çalışılan farmakolojik ajan grubudur. Yapılan çalışmalarda solunum sayısı, solunum eforu, O2 satürasyonu değerlerinde önemli azalma olmaksızın dispnede iyileşme gözlenmektedir. Terminal dönemde kanserli hastalarda dispne üzerinde subkütan morfinin etkisini değerlendiren bir çalışmada, hastaların %95'inin solunum sayısı, eforu, O2 satürasyonunu kapsayan solunum fonksiyonlarında önemli bir azalma olmaksızın semptomatik iyileşme gözlemlenmiştir. Daha sonra gerçekleştirilen kontrol çalışmasında da, solunum depresyonu olmaksızın subkütan morfinin yararlı etkilerini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca hayvan çalışmalarında pulmoner vasküler damarlarda vazodilatasyon yaparak basıncı azalttığı gösterilmiştir. Yine anksiyeteyi azaltıcı etkisi psikolojik açıdan da hastada rahatlatma sağlamaktadır. Opioidler ile ilgili yapılan çalışmaların değerlendirildiği metaanaliz ve derlemelerde oral ve parenteral kullanımlarının etkin olduğu gösterildi. Bruera ve arkadaşlarının yaptığı küçük çalışmada nebülize ve subkütan morfin karşılaştırıldığında benzer olduğu gösterilmiştir. Diğer çalışmalarda bu gösterilememiştir. Abernethy ve arkadaşlarının 2003 yılındaki çift kör randomize klinik çalışmasında bir kol morfin 20 mg/gün 4 gün boyunca diğer kol plasebo ve takip eden 4 gün her iki kolda beraberinde devam eden alternatif tedavilerle gidilmiştir. Çalışma sonucunda morfin kolunda dispnede anlamlı düzelme gözlenmiştir. Opioidlerin dispne tedavisinde kullanımı ile ilgili en önemli bariyerler solunum depresyonu ve ölümü hızlandırma korkularıdır. Bu endişelerin asılsız olduğu artık yapılan çalışmalarda günümüzde gösterilmiştir. Bazı solunumsal parametrelerde değişiklikler, örneğin dispnenin rahatlaması ile olan solunum hızındaki azalma olabilmektedir, fakat bunun dışında daha farklı ciddi değişiklikler veya solunum depresyonu gözlenmemiştir. Dispne tedavisinde diğer bir çalışılan farmakolojik ajan grubu anksiyolitikler olmuştur. Benzodiazepinler ve seratonin geri alım inhibitörleri en çok anksiyete bozuklukları, depresyonda kullanılan ve dispnede rahatlamaya yol açan tedavi ajanlarıdır. Benzodiazepinleri takiben klozapen, alprozalam ve diazepam ile yapılan çalışmalarda plasebo ile karşılaştırıldığında anlamlı sonuçlar alınmamıştır. Bir çalışmada morfine midazolamın eklendiği 3 kollu çalışmada kombinasyon kolunda ılımlı oranda dispne semptomunda düzelme gösterilmiştir. Oral midazolam ile opioid karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada ise hem kaçak hem de bazal dispnenin rahatlamasında opioide üstün olduğu gösterilmiştir fakat henüz daha anksiyolitiklerin kullanım süreleri ve dozlar ile ilgili yanıtlanmayan birçok soru vardır. İnhalasyon furosemid tedavisinin dispne tedavisindeki rasyonelleri; öksürük refleksini baskılaması, bronkospazmı özellikle astımda önlemesi, olası havayolu epitelindeki duysal sinir uçlarına indirek etkisi olarak söylenebilir. Kanser ve kronik obstruktif akciğer hastalarında yapılan çalışmalarda etkinliğini gösteren kanıtlar günümüzde yeterli değildir. Son olarak kanser hastalarında dispnenin semptomatik yönetiminde oksijen tedavisi ile ilgili oldukça fazla randomize çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların değerlendirildiği sistematik derlemelerde, kanserli hastalarda oksijen tedavisinin yararı sadece ciddi hipoksemisi olan hastalarda gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar oksijen tedavisinin opioidler ve oda havası ile birebir karşılaştırmalı çalışmalarıdır. Sonuç olarak söylenen; oksijen tedavisinin hafif hipoksemik veya normal oksijen konsantrasyonu olan kanser hastalarında ek bir yararı ciddi hipoksemisi olan hastalar hariç ispatlanamamıştır.

Sonuç olarak dispne kanser hastalarında her evresinde karşımıza çıkan ve yaşam kalitesini ciddi oranda kötü etkileyen önemli bir semptomdur. Dikkatli değerlendirilmesi ve tedavi edilebilir nedenlerinin ayırıcı tanısı önemlidir. Kanıta dayalı olarak oral ve parenteral opioidler dispnenin farmakolojik tedavisinde temeldir. Farmakolojik olmayan yöntemlerden pulmoner rehabilitasyon ve akupunktur, etkinliği gösterilen önemli yaklaşımlardır. Yine özellikle terminal dönem kanser hastalarında aile açısından minimal yük, maliyet ve hasta açısından potansiyel yararı olduğu gösterilen basit fan-vantilatör ile yaklaşımlar günümüzde dispne tedavisinde araştırılmaya açık olan konulardır.

DOÇ. DR. TUĞBA YAVUZŞEN
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, İZMİR

PANEL - Meme Kanserinde Tedavi Seçimi**K19****Triple Negatif Meme Kanserinde Tedavi seçenekleri**

Tripl negatif (TN) meme kanseri immünohistokiyasal olarak estrogen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ve insan epidermal growth faktör reseptörü-2 (HER-2) aşırı ekspresyonun yoksunluğu ile karakterize olmaktadır. Klinik ve biyolojik özellikleri örtüşen bir grubu temsil ettiklerinden klinik pratikte TN meme kanseri ve “basal like” meme kanseri birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Ancak her ikisi de farklı sınıflamalara göre ayrılmış farklı meme kanseri alt gruplarını temsil etmektedirler. “Basal like” meme kanseri doku microarray analizine göre ayrılmış 5 altıpten birini oluşturmaktadır. ER ve PR’lerinin ekspresyonun düşük olduğu ya da hiç olmadığı ve HER-2 aşırı ekspresyonunun oldukça düşük olduğu heterojen bir gruba karşılık gelmektedir. “Basal like” meme kanserindeki bu gen ekspresyonları memenin bazal ya da myoepitelyal hücrelerinde saptanır. Bu tümörler bazal hücre sitokeratinleri (CK 5,6,17) için kuvvetli pozitif boyanırlar.

Tüm meme kanserlerinin yaklaşık %15-20’si TN meme kanseridir. Erken evre TN meme kanseri diğer faktörler göz önüne alındığında düşük riskli gruptaki hastalarda bile agresif tedavilere rağmen yüksek rekürrens riski ile birliktelik göstermektedir. Genç kadınlarda sık görülen TN meme kanserlerinin BRCA1 mutasyonu ile ilişkili olma olasılığı yüksektir. TN meme kanserinin premenopozal Afrika’lı ve Hispanik kadınlarda ve düşük sosyoekonomik popülasyonda sık görüldüğü gösterilmiştir. TN tümörlerin ana histopatolojik özellikleri yüksek dereceli, yüksek Ki-67 proliferasyon indeksi göstermeleri ve nekrozun sık görülmesidir. TN meme kanseri lenfonun yoldan daha sıklıkla hematojen yol ile metastaz yapmaktadır ve non-TN meme kanseri ile karşılaştırıldığında daha az sıklıkla aksiller lenf nodu metastazı görülmektedir. Erken evre TN meme kanseri olan hastaların rekürrens riski yüksektir. İleri evrede progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım süreleri de daha kısadır. Germline BRCA mutasyonu olan kişilerde meme, over, pankreas, prostat kanseri gelişme riskleri artmıştır. BRCA gen ürünlerinin birçok görevi vardır ve fonksiyonel olarak BRCA1 ve BRCA2 eksikliği olan hücrelerde çift sarmal DNA kırıklarının tamirinde kusur olmaktadır. BRCA1 mutasyonu meme kanseri olan tüm kadınlarda %2 iken TN meme kanseri olanlarda %10’a kadar çıkmaktadır. Diğer taraftan BRCA1 mutasyonu olanlarda görülen en sık tümör tipi TN meme kanseridir. TN meme kanseri ile BRCA-1 ilişkili meme kanseri arasında birçok benzerlik vardır; BRCA-1 ilişkili meme kanseri ve TN meme kanserinin seyri agresiftir, ortak klinik ve patolojik özellikleri paylaşmaktadırlar ve histolojik gradları yüksektir, hormon reseptörü ve HER-2 negatiftirler, Ki-67 proliferasyon indeksleri yüksektir, epitelyal büyüme faktörü reseptörü ve CK5/6 ekspresyon ederler ve p53 mutasyonu taşırlar.

TN meme kanseri ekspresyon özelliği nedeniyle hormon ve trastuzumab tedavisi için uygun değildir. Bu nedenle tedavi seçenekleri sitotoksik ajanlar ile sınırlıdır. TN meme kanserinin temel tedavisi kemoterapidir. TN meme kanseri kemoterapiye hormon reseptörü pozitif gruplara göre daha duyarlıdır. Neoadjuvan kemoterapi çalışmalarında TN hasta grubunda patolojik tam yanıt oranları daha yüksektir. Antrasiklinler, taksanlar, ixabepilone, platin türevlerinin etkinliği erken ve ileri evre TN meme kanserinde gösterilmiştir. Kemoterapi yanıtları iyi olmasına rağmen TN olmayan alttıpler ile karşılaştırıldığında 5 yıllık sağ kalım oranları daha kötüdür.

DR. KADRI ALTUNDAĞ**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, ANKARA****PANEL - Kanıta Dayalı Tıp****K20****FARMAKOEKONOMİ VE KANITA DAYALI TIP**

Farmakoeconomide karar sürecinde kanıtlar temeldir ve bu nedenle kanıta dayalı tıp kavramı birincil önemdedir.

Sağlık ekonomisi, sağlık alanında tedavi ve verilen hizmetlerin sonuçları ile maliyetin değerlendirilmesidir. Sağlık harcamalarının en yüksek düzeyde karşılığının alınmasını amaçlar. Farmakoeconomide bunun bir dalıdır. Farmakoeconomide ilaç tedavisinin maliyet ve yararları üzerinde odaklanmaktadır. Farmakoeconomik değerlendirmeler kaynak oluşturulması ve kullanım için temel oluşturmaktadır. Batılı ülkelerde farmakoeconomide üniversitelerde değişik programlarda yer almaktadır. Ülkemiz için bu konu çok yenidir.

Ülkenin, hatta yerkürenin kaynaklarının sınırlı olduğu açık bir gerçektir.

Sağlık alanında, özellikle ilaçlarda giderek artan maliyetler, günümüzde artık karşılanabilir olmaktan çıkmıştır. Ticaret olarak sürdürülen ve dev bir endüstri halini alan ilaç ve sağlık sektörü, ilaç geliştirme sürecinin çok masraflı olması ve büyük ölçüde ilaç endüstrisi tarafından yürütülmesi gibi nedenler aşırı maliyet artışını ortaya çıkarmaktadır. Yüksek maliyetlerin biçimlendirdiği bu sağlık uygulamaları hastaların temel hizmetlerden eşit yararlanamaması, parası kadar hizmet alması gibi etik sorunların yanında, israf ve akılcı olmayan yaklaşımlar gibi aşırılıkları da içermektedir. Var olan olanaklarla bunların karşılanması ve gelecekte de karşılanmaya devamı edilebilecek olması, artık mümkün olmaktan çıkmıştır. Sistem bu şekliyle sürdürülebilir değildir. Bu aşamada, kaynakların verimli, akılcı ve adaletli kullanılması ile bunu olanaklı kılacak yaklaşımlardan biri olan sağlık ekonomisi ve farmakoeconomide gündeme gelmektedir.

Farmakoeconomik değerlendirmelerde, yeni ve daha pahalı olan bir ilacın ödenmesi hakkında şu sorulara yanıt aranır:

- 1-Daha yüksek etki hakkında kanıt var mıdır?
- 2-Maliyetler nedir?
- 3-Bu para ödenebilir, makul bir miktar mıdır?

İlaç geri ödeme karar sürecinde, etkinlik ve güvenliğe ilişkin kanıtlar önemli yer alır. Kanıt olarak randomize klinik çalışmalar ve metaanalizler kabul edilir. Kanıtlarda ilacın ek katkısının ne olduğu, yararın hangi hasta gruplarında ne derecede olduğu ve hastalar için risklerin tanımlanması gibi soruların yanıtları aranır. Bu bilgilerin kanıtlanması sonrasında maliyet analizi süreci başlar. İlacın sağladığı ek yararın bedeli hesaplanır. Yaranın kanıtlanmış tanımı (genel sağkalım, hastalıksız ya da progresyonsuz sağkalım gibi), ek katkı ile elde edilen yaşamın kalitesi ve yan etkilere ait ek harcamalar bu analizlerde yer alan temel konulardır. Farmakoeconomide kanıta bakış, hasta karşısında hekimin bakışından farklıdır. Bireysel düzeyde yararı sorgulamak yerine, ilacın günlük uygulamaya girecek, bir anda büyük sayılarda hasta tarafından kullanılacak ve geri ödemesi yapılacak kadar değerli olup olmadığı değerlendirilir.

Farmakoeconomide randomize klinik çalışmalar şöyle okunur:

- 1-Hangi sorunun yanıtı araştırılıyor?
- 2-Gruplara dağılan hastaların özellikleri nasıldır? Randomizasyon yöntemi nedir?
- 3-Kontrol grubunun özelliği ne? Günlük pratiğe, etiğe ve bilimsel verilere uygun mu?

4-Çift kör mü?

5-Sonuçlar nasıl tanımlanmış? Hastalısız sağkalım, progresyonsuz sağkalım ya da genel sağkalım ya da yaşam kalitesi tanımlarından hangileri seçilmiş? Çalışmanın primer sonlanım ve ikincil sonlanım noktaları nedir? Yarar için kabul edilebilir ve hedeflenen sonlanımlar hangileridir?

6-Çalışmayı tamamlamayanlarda durum nedir? ITT, LFU gruplarının sonuçları bildirilmiş mi? Sağkalım sonuçları bu hastalarda nasıldır?

7-İzlem süresi ne kadardır? Veriler, uzun dönem izlem sonuçlarını yansıtabilir mi?

8-Alt grup analizleri yapılmış mıdır? İlacın etkisinin derecesini etkileyen hasta özellikleri, en çok hangi grubun yarar göreceği bilgisini verebilir mi?

9-İlaca bağlı yan etkiler nedir? Hasta riskleri ne düzeydedir? Toksikiteye bağlı ek ilaç kullanımı ve hastanede yatış gerekli midir?

Farmakoekonomide metanalizler şöyle okunur?

1-Heterojenite testi (Q) sonucu nedir? SED, p değeri ve randomize çalışmaları ağırlıklandırması nasıl olmuştur?

2-Sonuçların metrik değerlendirmesi nasıl yapılmıştır? ARD, RR, OR ?

3-Yayın yanlılığı ne durumdadır? Sonucu olumlu olan çalışmalar daha çok yayınlanır ve önceliği alır.

Sonuç olarak, farmakoekonomi çalışmaları ülkemizde yaygın olarak yapılmalıdır. Maliyet analizine temel oluşturan kanıtlar toplumsal bakışa uygun olarak değerlendirilmelidir. Bu konuda klinisyenler ve ekonomistlerden oluşan ekip çalışması zorunludur. Çalışma sonuçları günlük uygulamalara ve geri ödeme programlarına uygun şekilde yansımalıdır.

DOÇ. DR. FİLİZ ÇAY ŞENLER
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

PANEL - Kanser Araştırmalarında Metodoloji

K21

KLİNİK ONKOLOJİDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

Bilim dünyasındaki baş döndürücü gelişme tanı ve tedavideki yeniliklerle birlikte zaman zaman bilgi kirliliğini de beraberinde getirmektedir. Bu bilgi kirliliğinden uzaklaşmak, en doğru sonucu elde etmek ancak iyi planlanmış çalışmalarla sağlanabilir. Kanıta dayalı bilgi kavramı da gerçekte iyi planlanmış, her türlü yanlılıktan uzak bilimsel çalışmalar sayesinde ortaya çıkmaktadır. En iyi kanıt iyi dizayn edilmiş ve sonuçlandırılmış bilimsel çalışmalar elde edilebilir.

Klinik bir araştırmanın ilk aşaması bilimsel bir soruya cevap arama isteğidir. Bu da iyi ve kapsamlı bir literatür taraması gerektirmektedir. Neden, nasıl, niçin, gibi sorulara cevap aramak adına yapılması gereken ikinci adım ise bu bilimsel soruya uygun cevabı arayacak bir hipotez oluşturmaktır. Sonraki aşamada ise bu hipotezin test edilmesine yönelik olarak yapılacak klinik araştırmanın planlanmasıdır. Bu aşamada araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı, çalışmaya alınma ve dışlama kriterleri, sonlandırma kriterleri ve hepsinden önemlisi birincil ve ikincil sonlanım noktalarının belirlenmesi gerekmektedir. Çalışma süresince ise veri toplama, elde edilen verilerin analizi ve yorumlanması sonrasında sonuçların ortaya konması ve bu sonuçlardan yapılacak çıkarımların bir rapor halinde sunulması ile bilimsel çalışma tamamlanmış olur.

Klinik Onkoloji'de bilimsel araştırma yöntemlerinin tümü kullanılabilir. Bu araştırma yöntemleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

1. Gözlemsel Araştırmalar
 - a. Tanımlayıcı araştırmalar
 - b. Analitik araştırmalar
 - i. Vaka-kontrol araştırmaları
 - ii. Prospektif veya retrospektif kohort
 - iii. Kesitsel araştırmalar
2. Deneysel Araştırmalar
 - a. Klinik çalışmalar
 - b. Topluma Müdahale (saha) çalışmaları
3. Metodolojik Araştırmalar
 - a. Tanı ve tarama yöntemlerinin geçerlilik ve güvenilirliği çalışmaları
 - b. Ölçüm yöntemlerinin güvenilirliğini değerlendiren çalışmalar
 - c. Matematik modelleri ile yapılan çalışmalar

GÖZLEMSEL ÇALIŞMALAR

Gerçek hayatı olduğu gibi yansıtmaya özelliğine sahip olmasına rağmen neden-sonuç ilişkisini her zaman yansıtamayabilir. Tekrarı her zaman mümkün olmayabilir. İncelenen faktörlerin çoğu araştırmacının kontrolü altında değildir. İncelenen durum dışındaki değişkenler kontrol altında tutulamaz.

a. Tanımlayıcı Araştırmalar

Bu araştırma tipinde hipotez kurulmamaktadır. Genellikle bir toplumdaki demografik özelliklerin, hastalara ait klinik verilerin tanımlandığı çalışmalardır. Sağlık sorunlarının tanımlanmasında, belirli bir hastalık için verilerin sistematik olarak toplanması, değerlendirilmesi amacıyla kullanılan çalışmalardır. Hastalık sürveyans çalışmaları ve vaka serileri bu grupta değerlendirilmektedir.

b. Analitik Araştırmalar

Bir sağlık sorununun nedenine yönelik yapılan çalışmalar olup,

neden-sonuç ilişkisinin ortaya koymaya çalışan araştırmalar olarak sınıflandırılabilir.

Vaka-Kontrol Çalışmaları

Vaka grubundaki etkene maruz kalanların, kontrol grubundakilerle karşılaştırıldığı çalışmalardır. Retrospektif veya prospektif olarak yapılabilir. Tek bir hastalıkta birden çok etkenin araştırılması yapılabilir. Ucuz, kısa sürede ve az sayıda hasta ile yapılabilir olması karşın yanlışlık olasılığı yüksektir. Vaka grubu ile kontrol grubundaki bireylerin benzer özellikte seçilmesi gerekmektedir. Nadir görülen hastalıklarda etken-sonuç ilişkisinin araştırılması, bu çalışma tipi için Etkenin neden-sonuç ilişkisi Odds oranı olarak sunulur. Sonuçların yorumlanması sürecinde karıştırıcı faktörlerin de göz önüne alınması gerekmektedir.

Kohort Çalışmaları

Kohort, tanım olarak ortak bir özelliği paylaşan ve belirli bir süre izlenen grup (aynı yıl doğanlar gibi) olarak adlandırılır. Çalışmanın başlangıç noktası etkene maruziyettir. Neden-sonuç ilişkisi incelenirken etkene maruz kalan grup ve bu gruba benzer özellikteki sağlıklı grup sonuç ortaya çıkana kadar izlenir. Genellikle prospektif olarak planlanan bu çalışmaları retrospektif olarak ta yapmak mümkündür. Uzun bir zaman gerektirmesi en önemli dezavantajdır. Zahmetli, pahalı ve ciddi emek ve iş gücü gerektirmesi diğer dezavantajlarıdır. Taraf tutmanın en az olduğu, etken-sonuç ilişkisinin en iyi değerlendirildiği çalışmalardır. Çalışma sonunda bir hastalığın kontrol grubuna göre görülme oranları karşılaştırılır (Rölatif risk).

Kesitsel Çalışmalar

Prevalans çalışmalarıdır. Belirli bir zaman diliminde belli bir hastalık için risk altındaki bireylerin tümünün veya bu bireyleri temsil edebilecek büyüklükteki bir kısmının değerlendirildiği araştırma tipidir. Bir toplumda bir hastalığın ne oranda görüldüğü ve hangi özellikleri taşıdığının belirlenmeye çalışıldığı bir araştırma yöntemidir. Etken-sonuç ilişkisi genellikle tam olarak ortaya konamaz.

DENEYSEL ÇALIŞMALAR

Bu tür çalışmalarda genellikle bir hastalığın önlenmesi, daha iyi tedavi yöntemlerinin bulunması ve hastalığa bağlı diğer morbid durumların azaltılması hedeflenmektedir. Özellikle klinik çalışmalar hayvan çalışmalarından elde edilen sonuçlardan, standart tedaviye üstünlüğün değerlendirildiği çalışmalara kadar uzana bir yelpazede yapılabilir. Araştırılan olay dışındaki diğer değişkenler kontrol altında tutulabilir. Randomizasyon yapılarak çalışma daha güvenilir bir hale getirilebilir. Randomize çalışmalarda tüm şartlar araştırmacının kontrolü altındadır. Plasebo veya etkinliği kanıtlanmış bir diğer ilaçla karşılaştırma amaçlanır. Ancak unutulmamalıdır ki elde edilen sonuçlar her zaman gerçek hayatı yansıtmayabilir.

• **Klinik Çalışmalar:**

Faz I Çalışmalar: Az sayıda sağlıklı gönüllülerde yapılan ve genellikle doz saptanması, toksisite, ilacın insan vücudundaki dağılımının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalardır.

Faz II Çalışmalar: Faz I'de saptanan dozlarda ilacın etkinlik ve güvenliliğinin değerlendirildiği, kısaca etkin dozun ve yan etkilerin saptanmaya çalışıldığı çalışmalardır.

Faz III Çalışmalar: Daha fazla sayıda hastada ilacın standart tedavi ile karşılaştırıldığı, endikasyon ve kontrendikasyonların,

yan etkilerin tam olarak ortaya konduğu randomize çalışmalardır. Bu çalışma sonucuna göre ruhsatlandırma yapılmaktadır.

Faz IV Çalışmalar: Ruhsat almış bir ilacın güvenlilik, tolerabilite, diğer ilaçlarla etkileşimi, maliyet gibi araştırmaların yapıldığı çalışmalardır.

• **Topluma Müdahale (saha) çalışmaları:**

Aşı uygulamaları, gebelik izlemi gibi toplum tabanlı müdahale çalışmaları bu grupta incelenebilir.

METODOLOJİK ARAŞTIRMALAR

Yeni geliştirilen bir tanı yönteminin standart yöntemlerle karşılaştırıldığı veya kullanılan bu yöntemlerin duyarlılık, özgüllük ve doğruluk değerinin hesaplanmaya çalışıldığı çalışma türleridir. Matematik modelleme yöntemleri de bu grup altında sınıflanmaktadır.

SİSTEMATİK DERLEME-METAANALİZ

Bir konuda yapılmış benzer çalışmaların sonuçlarının kantitatif olarak değerlendirildiği ve özetlendiği çalışmalardır. Çalışmaların kalite skorlaması, alınma ve çıkarılma kriterlerinin açıkça belirlenmesi ve literatürlerin nasıl tarandığının ve hangi kriterlerin gözetildiğinin açıkça belirlenmesi gerekir. Farklı tedavi stratejilerinin hangisinin daha etkin ve optimal olduğunu ortaya koymayı amaçlar. Elde edilen sonuçlar değerlendirilen çalışmaların kalitesi ile doğru orantılıdır.

DOÇ. DR. SAADETTİN KILIÇKAP
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ONKOLOJİ BD, SİVAS

PANEL - Akciğer Kanserinde Güncel Tedavi Yaklaşımları

K22

METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE GÜNCEL TEDAVİLER

Akciğer kanseri halen dünyada, her iki cinste de kanser nedenli ölümler arasında ilk sırada yer almakta ve her yıl yaklaşık 1.2 milyon yeni akciğer kanseri tanısı konulmaktadır. Bu olguların yaklaşık %80'ini küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) oluşturmaktadır. Maalesef olguların yarısından fazlası tanı anında evre IIIB ve IV hastalığa sahip olup bu olgularda prognoz oldukça kötü seyretmektedir. Erken evrede yakalanan hastaların ise yaklaşık %40 ile 70'inde küratif cerrahiye rağmen, hastalığın seyri sırasında uzak metastazlar meydana gelmektedir.

İleri evre KHDAK' inde temel tedavi yaklaşımı sistemik tedavi olup, gerekli olgularda radyoterapi ve bazı seçilmiş olgularda cerrahi uygulanabilmektedir. Sistemik tedavi kapsamında kemoterapi yaygın olarak kullanılmakta ve uygun olgularda hedefe yönelik tedaviler de önemli bir tedavi seçeneği olarak yer almaktadır. Bu yaklaşımlarla hem sağkalım uzamakta hem de yaşam kalitesi artmaktadır. İleri evre KHDAK'de tedavi planı belirlenmeden önce histolojik tipin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Non-skuamöz histolojide olan olgularda EGFR mutasyon analizinin yapılması önerilmektedir. EGFR mutasyonu saptanan olgularda Erlotinib tedavisi önemli bir tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Mutasyon saptanmayanlarda ise olgunun performans durumu ve tümörün histolojik tipi dikkate alınarak sistemik KT planlanmaktadır. Bugün için ileri evre hastalıkta kullanılan sistemik tedavi seçenekleri kemoterapötik ajanlar [platin bileşikler (sisplatin, karboplatin), taksanlar (dosetaksel, paklitaksel), gemsitabin, vinorelbin, etoposid ve pemetrexed'dir] ve hedefe yönelik ajanlar [bevasizumab, setuksimab, erlotinib ve gefitinib]'dan oluşmaktadır. İlk sıra KT olarak, iyi performans durumuna sahip (0-1) olgularda platin bazlı KT kombinasyonları önerilirken, performans durumu daha düşük olgularda monoterapi şeklinde tedavi uygulanabilmektedir. Non-skuamöz histolojiye sahip olgularda sisplatin/pemetrexed ve bevasizumab/kemoterapi kombinasyonları en uygun seçenekleri oluşturmaktadır. Bunların dışında daha az oranda önerilmekle birlikte sisplatin/vinorelbin/setuksimab kombinasyonu da alternatif tedavi seçeneğidir. Skuamöz histolojiye sahip olgularda ise platin temelli ikili kombinasyon kemoterapisi öncelikle önerilmekte, bunun dışında bir anti-EGFR monoklonal antikör olan setuksimabın eklendiği sisplatin/vinorelbin/setuksimab kombinasyonu da alternatif tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Yakın zamanda hedefe yönelik tedavi alanındaki bir başka gelişme de ALK yolağı ile ilgili olmuştur. ALK-pozitif KHDAK'li hastalarda bir ALK ve c-MET dual inhibitörü olan Crizotinib ile ümit veren sonuçlar elde edilmiş ve hedefe yönelik tedavi alanında yeni bir tedavi seçeneği olarak yerini almıştır.

İlk sıra tedavi sonrası progrese olan metastatik KHDAK'li olgularda tümörün histolojik tipi, hastanın performans durumu, fenotipik ve genotipik özellikleri ile ilk sıra tedavide aldığı tedavi ajanları dikkate alınarak ikinci sıra tedavi (dosetaksel, erlotinib ve pemetrexed gibi) planlanmaktadır. Tedavide amaç olgunun yaşam kalitesini arttırmak, semptomların azalmasını sağlamak ve yaşam süresini uzatmak olmalıdır.

Son yıllarda dikkati çeken bir başka tedavi yaklaşımı da idame tedavi olup, 4-6 siklus KT sonrası yanıt elde edilenlere ya

da stabil kalan olgulara, hastalıkta ilerleme görülünceye ya da belirgin yan etki ortaya çıkıncaya kadar tedaviye devam edilmesidir. İdame tedavi başlangıç kombinasyon rejimindeki ajanlardan biri ile yapılan "devam idame tedavisi" ya da başka bir ajanla yapılan "switch idame tedavi" şeklinde yapılabilmektedir. Bunlardan özellikle non-skuamöz histolojide PARAMOUNT çalışmasındaki pemetrexed ile idame tedavi ile SATURN çalışmasındaki erlotinib ile idame tedavi en fazla ümit vadeden ajanlar olarak dikkati çekmiştir. Beklendiği üzere SATURN çalışmasındaki erlotinib ile idame tedavide en fazla yarar EGFR mutasyonu olan olgularda gözlenmiştir. Bunun dışında gemsitabin ve dosetaksel ile yapılan idame tedavi çalışmaları da olumlu sonuçlar sağlamıştır.

PROF. DR. İLHAN ÖZTOP

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, İZMİR.

PANEL - Kemik Metastazlarının Tedavisi

K23

KEMİK METASTAZLARININ MEDİKAL TEDAVİSİ

Kemik metastazı kanserli olgularda en sık görülen komplikasyonlardan birisini oluşturmaktadır. Kemik metastazı genel sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte Amerika Birleşik Devletlerinde Kanser ölümlerinin yaklaşık yarısında tespit edilmektedir. Kemik metastazı geniş bir semptom yelpazesine sahiptir. Yaşam kalitesini azaltmasının yanı sıra sağ kalımı da olumsuz olarak etkiler. Ağrı, patolojik kırık, spinal kord kompresyonu sık görülen lokal etkilerini oluşturur. Hiperkalsemi gibi yaşamı tehdit eden metabolik bazı bozukluklara da neden olmaktadır.

Kemik metastazı tıbbi tedavisini doğru yönetebilmek için kemik metastazı fizyopatolojisine hâkim olmak gereklidir. Kemik metastazları litik ve blastik olmak üzere 2 ye ayrılmaktadır. Litik metastazlar normal kemik dokusunun destrüksiyonu ile karakterizedir. Bu ayırım mutlak değildir pek çok hastada osteolitik ve osteoblastik lezyonlar birlikte görülür. Normal kemik formasyonu ve döngüsü osteoblastlarca yeni kemik oluşumu ile osteoklastlarca eski kemik dokunun yıkılımının dengede olması ile sağlanır.kanser hücreleri kemik yüzeyine yerleştğinde lokal destrüksiyona neden olur. Tümöral hücrelerden salınan parathormon ilintili peptid, transforme edici büyüme faktörü Beta gibi mediyatörler osteoklastların aktivasyonunu artırır. VEGF(vasküler endotelial grovt faktör), PDGF (platelet derive GF) ET1 (endotelin 1) gibi mediatörler de Osteoblast aktivasyonunu artırır. Altta yatan tümörün natürü kemik metastazının şiddetini ve tipini belirler.

Antineoplastik tedavi ve kemik destekleyici tedavi medikal tedavinin temelini oluşturur. Antineoplastik tedavinin (kemoterapi,hormonoterapi,immünoterapi vb) etkin kullanımı morbidite ve mortalitede önemli azalmalara neden olur. Analjezikler ve bifosfonat gibi destek tedaviler ise iskelet komplikasyonlarının azaltılması ve hiper kalsemiyi kontrol altına almada son derece etkindir. Bifosfonatlar kemik mikroçevresini değiştirerek kısır döngüyü tersine çevirirler. Osteoklastik aktiviteyi inhibe ederek osteoklast apoptozisini arttırlar.

Kemik metastazlarının tedavisinde sorun yaratan diğer bir konuda yanıt değerlendirmesidir. Tüm görüntüleme metodları kemikteki düzelmeyi indirek belirteçlerle ortaya koyar ve direk azalan tümör yükünü göstermezler. Kemik sintigrafisi osteoblastik lezyonları ortaya koymada etkindir. Multiple myeloma gibi pur litik lezyonlarla seyirli hastalıklarda tanı koyma ve tedavi değerlendirmede etkisizdir. Direk radyolojik grafilerde litik lezyonlar ve blastik lezyonlar gözlenebilir. Litik lezyonlar tedaviden fayda gördüğünde lezyon etrafında skleroz halkası belirir ardından kalsifikasyon başlar ve blastik sklerotik değişiklik gösterir kemiğin rezorbsiyonu ile lezyon düzelir. Serolojik belirteçlerde kemik metastazlarının yanıtını değerlendirmede kullanılabilir. Kemik mikroçevresinin bozulması (metastaza bağlı) pek çok kimyasal kemik belirtecinin yapım ya da yıkımını artırır. Literatürde çalışmaların büyük kısmı kemik rezorbsiyon belirteçleri ile ilintilidir. Tip 1 ve 2 kollajen, pridonilin, deoksiprinolidin gibi belirteçlerin idrar ya da serum düzeyleri ölçülebilir. Kemik rezorbsiyon belirteç artışının progresyon azalmasının yanıtla ilintili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur.

Osteoklast inhibitörlerine genel bakış: Kanser hücreleri kemiğe yerleştğinde direk lokal etki ve osteoklast aktive edici mediatörler sayesinde kemik rezorbsiyonuna neden olurlar. Bifosfonat grubu ilaçlar matür osteoklastları etkileyerek rezorbsiyonu engellerler. Nitrojen içeren bifosfonatlar (klinikte en sık kullanılan grubu oluşturur) mevalonat yolağını inhibe ederek farnesil ve geranil-geranil izoprenoid gruplarının prenilasyonunu engellerler. Preklinik çalışmalar anti tümöral etkinlikleri olduğunu göstermektedir. Bifosfonatlar klinikte tümörle indüklenen hiperkalsemi, kemik ağrılarının önlenmesi kemik ilintili komplikasyonların önlenmesi, kemik metastazlarının engellenmesi gibi endikasyonlarda kullanılmaktadır.

DOÇ. DR. MURAT DİNÇER

KAHVALTI SEMİNERİ - Gastrointestinal Stromal Tümörler

K24

Olgu: AÜ, 69 yaşında erkek hasta. Konya’da yaşıyor. Haziran 2010: Karında şişlik ve ağrı, kabızlık 08/06/10 Laparotomi: Eksplorasyonda omentum kaynaklı 20 cm çapta kistik tümöral kitle saptanmış. Omentektomi ile beraber total eksizyon yapılmış. Karın duvarı ve duodenum 3. kısım duvarına yapışık 2 adet 5 cm implant rezeke edilmiş. Karın duvarı ve visseral peritonda milimetrik tümöral yayılım saptanmış.

Patoloji: (iki ayrı merkez tarafından incelendi)

Makroskopik: 18x17x10 cm kapsüllü lobuler tümöral doku. Tümör peritona yapışık özellikte peritona serpilmiş çeşitli çaplarda nodüler tümör dokuları mevcut. Ayrıca ayrı parça halinde 10 cm tümör kitlesi izlendi.

Mikroskopik: Gastrointestinal stromal tümör, omentum.

Hücre Tipi: miks (Epiteloid ve spindl)

Tm boyutu: 18x17x10 cm. Büyüme paterni: Ekspansif Nekroz ve kanama mevcut.

Ülserasyon: Yok Atipi hafif. CD117:>%50 (+++) CD34 :>%50 (+) Desmin:- Vimentin:+++ S-100:>%50 (+) EMA:- NSE:- CK:- Mitoz: 14/50 HPF (50 BB alanı) ki67:>%10. Olgu yüksek riskli GIST olarak yorumlanmıştır.

Fizik Muayene: Genel durum iyi, ECOG PS: 2 Ateş 37 VA:102 kg Kb:150/90 Nb:82/dk Akciğer ve kardiyak muayene doğal.

Abdomen: Geçirilmiş operasyona ait skar dokusu.

Özgeçmiş: Tip 2DM, HT. OAD kullanıyor.

Sigara: 30 yıl günde 2-3 paket sigara kullanmış 10 yıldır bırakmış.

Alkol: Yok

Soygeçmiş: Erkek kardeşi kolon Ca.

Labaratuar: Hb: 11.4 gr/dL. Glukoz:151 mg/dL

Hepatit Marker: Negatif

EKG: NSR Eko: LVEF:60 TY PAB:40 mmHg

Toraks-Abdomen BT(23/06/10): Mediastinal 1 cm den küçük Laplar. Sol akciğer üst lobda 5 mm’den küçük pulmoner nodül. Karaciğer boyutu 16 mm hafif artmış. İnsizyon hattı inferior kesimde 3x2 cm fokal yumuşak doku görünümü (postop skar?)

PET-BT (21/07/10): Patolojik tutulum saptanmadı.

Klinik Seyir: Temmuz 2010: İmatinib 400 mg başlandı.

06/12/10: Karın ağrısı bulantı kusma yakınmaları ile başvurdu.

FM: İnsizyon skarı etrafına endurasyon, kitle? saptandı.

Abd USG: Karaciğerde büyüğü 9 mm çapında 2 adet hipoekoik nodül (metastaz?)

Toraks-abdomen BT (01/12/10): Mediastinal 1 cm altında Laplar. Sol akciğer üst lobda 5 mm’den küçük nodül. Karaciğer parankiminde sağ lobda yer yer sınır vermeyen 1 cm den küçük lezyonlar (met?). Perihepatik, perisplenik alanlarda belirgin olmak üzere batında serbest sıvı. Karın ön duvarda insizyon hattı komşuluğunda 5.5x4.5 cm yumuşak doku lezyonu (rezidü-nüks?)

Yorum: Radyolojik Progresyon. İmatinib 2x400 mg’a çıkıldı.

Ocak 2011: İmatinib tedavisi altında batında yaygın asit ve ileus tablosu ile hastaneye yatırıldı. Acil parasentez yapıldı 6-7 litre hemorajik mayi aspire edildi. Hastaya peritoneal kateter ile günlük 5000 cc hemorajik vasıfta asit drenajı oldu.

Periton Sıvı Sitoloji: malign geldi. Takibinde ileus tablosu düzeldi. Sunitinib 50 mg/gün başlandı. Sunitinib altında genel durumu stabil seyretti, tedaviyi iyi tolere etti. Drenajı azalınca periton kateter çekildi.

Toraks-abdomen BT (29/03/12): Akciğer stabil. Karaciğer lezyonlarının sayısı ve boyutunda artış. Perihepatik perisplenik mayi (12/11’e göre artış. Peritoneal kalınlaşmalar. Umblikus

düzeyinde karın ön duvarına ve barsak anslarından ayırt edilemeyen kitle, sol alt kadranda barsak anları arasında 11x5 cm kitle. Sorafenib 2x400 mg başlandı. Sorafenib altında semptomatik olarak rahattı ve parasentez ihtiyacı olmadı. Karındaki kitlede küçülme oldu.

Abd USG (17/05/11): Karaciğerde büyüğü 18 mm metastazlar. Batında serbest sıvı ve peritoneal implantlar. İnsizyon hattı inferior kesimde büyüğü 66x35 mm kitlesel lezyonlar. Sorafenib devam edildi.

Abdomen BT (07/10/12): Karaciğerde her 2 lobda büyüğü 16 mm çok sayıda metastaz (03/12’e göre artış). Batında yaygın asit. Batında büyüğü orta hatta alt kesimde 11x7 cm çok sayıda kistik görünüm. Peritoneal kalınlaşmalar. Pelvik kitle izlenmedi.

PET-BT (07/10/12): Batında peritonda yaygın kalınlaşmalar ve nodüler görünüm izlenen alanlarda orta dercede hipermetabolik görünüm (SUVmax:3.5-6.8) ve en büyüğü orta hatta 10x8 cm multipl hipometabolik kistik lezyonlar. Karaciğerde metabolik aktivite artışı saptanmayan hipodens lezyonlar. Mediastinal lenf nodlarında düşük tutulum (reaktif) Sorafenib devam edildi. Hasta halen hayatta. (son kontrol; 29/12/12)

DR. BANU ÖZTÜRK

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNV. TIP FAK. T. ONKOLOJİ

K25

Olgu: 64 yaşında erkek hasta Mart 2005'te karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile doktora başvurmuştu. Abdomen ultrasonografisinde duodenum periampuller bölgede kitle saptanmıştı. Genel cerrahi bölümünde pankreas koruyucu duodenektomi uygulanmıştı. Patoloji sonucu duodenum kökenli gastrointestinal stromal tümör olarak rapor edilmişti. Tümör çapı; 4.5 X 3.5 X 2.5 cm, c-kit pozitif ve mitotik indeks 50 büyük büyütme alanında 9 olarak rapor edilmişti. Eylül 2005'te abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde karaciğerde multipl metastatik kitleler saptandı. Imatinib 400 mg/gün başlandı ve önce 600 mg/gün daha sonra 800 mg/gün dozuna artırıldı. Nisan 2007'de abdomen BT'nde karaciğer metastazlarında progresyon saptandı ve imatinib kesildi. Sunitinib 37.5 mg/gün başlandı. Mart 2008'de perihepatik abse gelişti. Abse girişimsel radyoloji tarafından drene edildi, antibiyotik tedavisi uygulandı. Bu sırada sunitinib tedavisine devam edildi. Sunitinib tedavisi altında parsiyel yanıt alındı. Mart 2009'da abdomen BT'nde karaciğerde multipl metastazlar mevcuttu ve Mayıs 2009'da metastatik lezyonlarda progresyon saptandı. Sunitinib kesilerek nilotinib başlandı. Şubat 2010'da abdomen BT'nde karaciğerdeki metastatik lezyonlar tamamen kaybolmuştu. Nilotinib tedavisine devam edildi. Mayıs 2011'de abdomen BT'nde karaciğer segment 6'de 4 cm çapında yeni bir metastaz saptandı. Karaciğerdeki tek lezyona radyofrekans ablasyon uygulandı. Nilotinib kesilerek imatinib 600 mg/gün başlandı. Ekim 2011'de abdomen BT'nde hastalığa ilişkin bulgu saptanmadı. Hasta halen imatinib 600 mg/gün tedavisi altında, remisyonunda takip edilmektedir.

DR. ÇAĞATAY ARSLAN

PANEL - Kanser Tedavisinde Stratejiler**K26****BRCA Mutasyonlu Meme Kansерlerinde Tedavi Yaklaşımları****Profilaktik Ooforektomi (PO):**

Birçok çalışma profilaktik ooforektominin BRCA mutasyonlu hastalarda meme ve over kanseri riskini azalttığını göstermiştir. Genel mortalite, meme kanseri ve over kanseri spesifik mortalite riskinin de PO sonrasında, hem BRCA1 hem de BRCA2 taşıyıcılarında azaldığı gösterilmiştir¹. Bu sonuçlar ışığında BRCA taşıyıcılarında, PO standard kabul edilmelidir.

BRCA Taşıyıcılarında Lumpektominin Rolü:

BRCA taşıyıcılarında artan lokal rekürrens riski aslında 2. primer tumor oluşumundan kaynaklanır. Hiçbir çalışma, radyoterapinin 2. meme kanseri riskini azaltmada mastektomiye oranla daha az etkili olduğunu göstermemiştir. Aynı şekilde, lumpektomi ile tedavi edilen hastalarda sistemik rekürrens riskinin arttığı gösterilmemiştir². Aynı çalışmada, lumpektomiden sonra adjuvan kemoterapi almayanlarda alanlara oranla daha çok ipsilateral lokal rekürrens saptanmıştır.

Profilaktik Mastektomi (PM):

BRCA taşıyıcılarında kontralateral meme kanseri riski, özellikle BRCA1-mutasyonlu hastalarda, artmıştır. 40 yaşında PO yaptıranlar ama PM tercih etmeyenler, onun yerine MRI ile meme kanseri taramasına devam etmek isteyenlerle, yine aynı yaş grubunda hem PO hem de PM tercih edenler karşılaştırıldığında, 70 yaşına gelmeden sağkalım oranındaki fark BRCA1 taşıyıcılarında sadece 3%, BRCA2 taşıyıcılarında ise 2% olarak gözlemlendi³. Dolayısıyla, PM zorunlu kabul edilmese bile, meme kanseri riskini azaltmak için çok makul bir tercihtir.

BRCA-iliskili Meme Kansерlerinde Konvensiyonel**Kemoterapiye Cevap:**

Bir çalışmada, BRCA-iliskili metastatik meme kanseri vakalarında antrasiklin-bazlı kemoterapiye cevap ve sağkalım oranı, BRCA-iliskili olmayan vakalara göre daha fazla bulunmuştur⁴. Öte yandan, MD Anderson'da yapılan çalışmada, 3 senelik bir takip sonucunda, BRCA1 taşıyıcılarının BRCA2 taşıyıcılarına ve BRCA taşıyıcısı olmayanlara oranla TTP ve OS daha kısa bulundu⁵. BRCA1 grubunda medyan progresyona kadar geçen süre (TTP) 0.7 yıl iken, BRCA2 grubunda 0.9, BRCA(-) grupta ise 1.3 yıldır. Aynı şekilde, BRCA1 grubunda medyan genel sağkalım (OS) 1.3 yıl iken BRCA2 ve BRCA(-) gruplarında 4.9 yıldır. MDACC'da yapılan başka bir çalışmada ise, BRCA ilişkili meme kanserli vakalar, antrasiklin ve taksan bazlı neoadjuvan kemoterapiler ile tedavi edildikten sonra pCR oranları BRCA1, BRCA2 ve BRCA-negatif gruplarda sırasıyla: 46%, 13% ve 22% bulunmuştur⁶. Bu veriler, BRCA-delesyonlu meme kanserlerinin en az sporadik kanserler kadar, belki de daha fazla konvensiyonel kemoteraplere hassas olduklarını göstermiştir.

PARP İnhibitörleri:

Oral PARP inhibitörlerinin etkinliğini ve güvenliğini araştırarak ilk faz 2 çalışması 2009 ASCO'da sunuldu. Bu tek kollu uluslararası ve multicenter çalışmada, önceden en az 1 kemoterapiye cevap vermemiş BRCA-mutasyonlu ileri-evre meme kanseri vakaları alındı. 1 kolda olapari 400 mg oral günde 2 kez, diğer kohorta da 100 mg günde 2 kez verildi ve 28 günde bir tekrarlandı⁷. Yüksek doz olapari alan grupta genel cevap oranı 41% iken, düşük doz alan grupta 22% idi. Ayrıca, PFS'de de

inkremental artis izlendi. Diger faz 2 calismasinda ise, gemzar ve karboplatinum intravenoz PARP inhibitörü ile birlestirildi karsilastirdilar. Bu calismaya en az 2 tane kemoterapi almıs metastatik meme kanserli hastalar alindi. PARP inhibitörünün, iniparibin kemoterapiye eklenmesi objektif cevap oranı, klinik yarar oranı, medyan OS ve PFS'ı önemli ölçüde arttırdı. Medyan PFS 3.3 aydan 6.9 aya, OS ise 7.7 aydan 12.3 aya çıkmıştır⁸.

Referanslar:

1. Bilateral prophylactic mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. Rebbeck TR, Friebel T, Lynch HT, et al. J Clin Oncol. 2004.
2. Local therapy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers with operable breast cancer: comparison of breast conservation and mastectomy. Pierce J, Philips KA, Griffith KA, et al. Breast Can Res Treat 2010.
3. Survival analysis of cancer risk reduction strategies for BRCA1/2 mutation carriers. Kurian AW, Sigal BM, Plevritis K. JCO 2010.
4. Sensitivity to first-line chemotherapy for metastatic breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Kriege M, Seynaeve C, et al. JCO 2009.
5. Outcome of Metastatic Breast Cancer in Patients with or without Deleterious BRCA Mutations. Bayraktar S, Gutierrez-Barrera A, et al. (in submission)
6. Response to neoadjuvant systemic therapy for breast cancer in BRCA mutation carriers and noncarriers: a single-institution experience. Arun B, Bayraktar S, et al. JCO 2011.
7. Oral poly(ADP-ribose) polymerase inhibitor olaparib in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations and advanced breast cancer: a proof-of-concept trial. Tutt A, Robson M, et al. Lancet 2010.
8. Iniparib plus chemotherapy in metastatic triple-negative breast cancer. O'Shaughnessy J, et al. NEJM 2011.

DR. SOLEY BAYRAKTAR

PANEL - Onkolojide Güncel Konular

K27

Kanser Tedavisinde Fertilite Korunması

Prof. Dr. Semra Kahraman¹, Dr. Murat Çetinkaya, PhD²

¹ Şişli Memorial Hastanesi, Kadın Hastalıkları, Doğum ve Tüp Bebek Merkezi Başkanı,

² Şişli Memorial Hastanesi, Tüp Bebek Merkezi ArGe Laboratuvar Sorumlusu

Son yıllarda kanser erken tanı ve tedavisindeki dramatik gelişmeler sonucunda sağkalım ve hatta tam kür oranları önemli bir artış göstermiştir. 15-45 yaş arası her 250 kişiden biri kanser survivor olarak hayatına devam etmektedir (Lee *et al.*, 2006). Bu iki gerçeği birlikte değerlendirdiğimizde kanser survivor birçok hastanın çocukluk ya da üreme döneminde olduğunu ve tedavi sonrasında çocuk sahibi olabilmek beklentilerinin göz önüne alınmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Kanser tedavisine bağlı olarak sterilite riski ile karşı karşıya olan çocuk ve yetişkin hastalarda fertilite koruyucu teknikler hakkında bilgilendirme günümüzde giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Amerikan Kanser Topluluğu'nun geçtiğimiz yıllarda açıkladığı istatistiklere göre dünyada her yıl yaklaşık 10,8 milyon kişi kanser tanısı almaktadır ve bu hastaların %10'u reproduktif çağdadır. İnvazif kanser teşhisi konan 600.000 kadının yaklaşık %8'i 40 yaş altındadır. Her yıl 180.000 yeni göğüs kanseri vakasının 25.000'i 45 yaş altındadır. Ayrıca her yıl yaklaşık 10.700 çocukluk çağı kanser olgusunun %40'ından fazlası gonadotoksik kanser tedavisine maruz kalmaktadır (Jemal *et al.*, 2010). Bu istatistikler kanser hastalarının büyük bir kısmının sterilite riski ile karşı karşıya olduğunu ve tedavi öncesi fertilite koruyucu teknikler hakkında bilgilendirilmeleri gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Reproduktif fonksiyonları etkileyen ve tedavi sonrası kalıcı amenore gelişmesine yol açabilecek risk faktörleri olarak, özellikle alkileyici ajanların eşlik ettiği kemoterapi kombinasyonları ve radyasyon over dokusundaki primordial foliküllere ciddi olarak zarar vermektedir. Yaş ile kemoterapi ilişkilendirildiğinde, genç hastalarda sayısal olarak primordial folikül kaybı, yani normal over fonksiyonundaki azalma beklentisi ilerlemiş yaştaki olgulardan daha fazladır. Ancak yaş faktörü olgularında over rezervi çoğunlukla azalmış olduğundan tedavi süresince ve sonrasında kalıcı amenore veya over yetmezliği riski daha yüksektir (Stroud *et al.*, 2009).

Çocuk ve yetişkinlerde fertilitenin korunması endikasyonları; over ve testis fonksiyonlarını ve rezervini etkileyen onkolojik ve non-onkolojik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Jemal *et al.*, 2010). Çocukluk çağında lenfoma ve lösemi, yetişkinlerde ise meme kanseri nedeni ile kemoterapi/radyoterapi ve pelvik radyasyon gerektiren durumlar fertilite koruyucu tekniklerin en sık başvurulduğu endikasyonları oluşturmaktadır. Onkolojik olmayan otoimmün ve hematolojik hastalıkların tedavisinde radyasyon ve kemoterapi gerekebilmektedir. Bu durumlar arasında kemik iliği transplantasyonu gerektirebilecek talasemi majör gibi hematopoetik hastalıklar, SLE, glomerulonefrit, lupus carditis ve Behçet hastalığı sayılabilir. Bunların yanı sıra fertilite korunmasının düşünülmesi gereken durumlar cerrahi tedavi gerektiren benign over-testis hastalıkları ve meme kanseri olgularında profilaktik ooforektomidir. Onkolojik ve non-

onkolojik tüm endikasyonlarda tedavi öncesinde hasta ve ailesi ile mutlaka fertilité koruyucu seçenekler değerlendirilmelidir. Kemoterapi, radyoterapi ajanlarının kalıcı amonereye yol açma riskleri yüksek, orta, düşük, risksiz ve bilinmeyen olarak bildirilmektedir (Tablo 1) (Lee *et al.*, 2006). İnfertilite riskinin değerlendirilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi bu risk gruplarına göre değerlendirilmelidir.

Tablo 1. Kemoterapi ve Radyoterapi sonrası kalıcı amenore gelişme riski

Risk derecesi	Tedavi Modaliteleri
Yüksek risk (>80%)	- Cyclophosphamide /total body irradiation veya cyclophosphamide/Busulfan ile hematopoetik kök hücre transplantasyonu (spontan gebelik %0.6) - Overleri içine alacak şekilde external beam radiation 40 yaş ve üstü kadınlarda 6 kür CMF, CEF, CAF
Orta risk	30-39 yaşları arasında 6 kür CMF, CEF, CAF 40 yaş ve üstü kadınlarda 4 kür AC
Düşük risk (<20%)	4-6 kür CHOP - CVP - AML tedavisi (anthracycline/cytarabine) - ALL tedavisi (multi-agent) 30 yaş altında 6 kür CMF, CEF, CAF
Çok düşük risk veya risksiz	- Vincristine - Methotrexate 5-fluorouracil
Riskleri tam bilinmeyen	- Taxanes - Oxaliplatin - Irinotecan - Monoclonal antibodies - Tyrosine kinase inhibitors

Fertilite koruyucu teknikler olarak en sık başvuru yöntemler; puberte sonrasında erkeklerde sperm kriyoprezervasyonu, kadınlarda embriyo kriyoprezervasyonu veya partneri olmayan olgularda oosit kriyoprezervasyonudur. Uzun zamandır güvenle kullanılmakta olan sperm ve embriyo dondurulmasının yanı sıra, oosit dondurulmasının başarısı son yıllarda dramatik bir şekilde artmıştır. Ergenlik öncesi kız çocuklarında fertilité

korunması seçenekleri günümüzde deneysel olmakla birlikte yakın geleceğe ait çok büyük umutlar vermektedir; over doku kriyoprezervasyonu ve daha sonra dondurulup çözölen over dokusunun transplantasyonu, ya da over doku kriyoprezervasyon sonrası çözölen overdeki primordial foliküllerin kültürü. Puberte öncesi erkek çocuklarda ise günümüzde deneysel olmakla birlikte testis dokusunun dondurularak saklanması ve daha sonra çözölerek in-vitro matürasyon yapılması tek seçenektir.

Fertilite koruyucu yöntemlerden embriyo dondurma tekniği puberte sonrasında ve bir partneri olan kadınlar için uygulanabilmektedir. Oosit kriyoprezervasyonu ise puberte sonrasında fakat partneri olmayan kadınlar için en sık başvuru seçenektir. Deneysel teknikler ise hem puberte öncesi ve hem de sonrasında kullanılabilmekte ve bir partnere ihtiyaç bulunmamaktadır. Sperm kriyoprezervasyonu ise günümüzde sadece puberte sonrası olgular için geçerli bir yöntemdir (Tablo 2).

Tablo 2. Fertilite koruyucu teknikler.

Fertilite Koruyucu Teknikler	Kullanıldığı Durumlar
Etkinliği Kanıtlanmış	
Embriyo kriyoprezervasyonu	Postpubertal Partneri olan olgularda
Oosit kriyoprezervasyonu	Postpubertal Partneri olmayan olgularda
Over transpozisyonu	Pelvik radyoterapi uygulanan olgularda
Sperm Kriyoprezervasyonu	Postpubertal dönemde
Deneysel	
Over doku kriyoprezervasyonu	Prepubertal veya post-pubertal olgularda
In-vitro primordial folikül kültürü	Prepubertal veya post-pubertal olgularda
Antral foliküllerin IVM yapılarak dondurulması	Prepubertal veya post-pubertal olgularda
İmmatür oosit kriyoprezervasyonu	Postpubertal olgularda
Testis doku kriyoprezervasyonu	Prepubertal olgularda

Fertilite koruyucu tekniklerden embriyo kriyoprezervasyonu tüm dünyada uygulanan, güvenilirliği kanıtlanmış, transfer başına başarı oranı %50'lerde olan bir yöntemdir. Oosit toplanması öncesi 10-14 günlük bir hormonal tedavi süreci gerekmektedir. Embriyo ve oosit dondurulması öncelikle hormonal olarak multipl folikül gelişimini gerektirmektedir. Geleneksel over stimülasyon protokolleri hormon duyarlı tümörü bulunmayan ve kanser tedavisinin acil başlatılması gerekmeyen hastalarda kullanılabilmektedir. Kemoterapinin 2-3 hafta gecikmesi hem hasta hem de doktor açısından strese yol açabilir. Kanser tedavisinin kısa sürede başlatılması gereken olgularda ise siklus gününe bağlı olmaksızın kısa stimülasyon protokolleri günümüzde başarıyla uygulanabilmektedir. Hormonal tedavi kanser tedavisini geciktirmeyecek şekilde siklusun herhangi bir döneminde kısa süreli (3 gün) antagonist enjeksiyonu sonrası oluşturulan menses ile başlatılır ve toplamda 2 hafta sürer. Östrojene duyarlı tümörlerde letrozol

kullanımı iyi bir seçenek olabilir, ancak bu vakalarda elde edilen oosit sayısı çoğunlukla dondurma işlemi için yeterli değildir. Bu nedenle günümüzde en çok benimsenen protokol kısa protokol olarak düşük dozda gonadotropin hormonların kullanımıdır.

Embriyo veya oosit hızlı dondurma tekniği (vitrikasyon) yüksek konsantrasyonda kriyoprotektanlar kullanılarak hücre içinde ve çevresinde buz kristalleri oluşmasının önlenmesi ile gerçekleştirilir. Kriyoprotektanın su molekülleri ile yer değiştirmesini takiben -196 °C'de saklanan embriyolar, **çözülme sürecinde kriyoprotektanın uzaklaştırılması ile reekspansiyon sonrası normal fizyolojik durumlarına dönerler.**

Kanser tedavisi alacak hastaların tüm embriyoları aynı seansta dondurulmakta, tedavi sonrasında dondurulan embriyo sayısına göre bir veya daha fazla transfer siklusu gerçekleştirilerek kümülatif olarak uzun vadede başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Fertilite koruyucu tekniklerden oosit kriyoprezervasyonu, sperm hücresine ihtiyaç duyulmaması nedeni ile partneri olmayan genç hastalarda uygun bir seçenektir. Uluslararası birçok merkezin dahil olduğu çalışmalarda yöntemin güvenli ve etkili olduğu gösterilmiştir. Hücre yapısı ve mitotik ağına oldukça kırılabilir olduğu olgun oositlerde, vitrikasyon yöntemi ile hücre bütünlüğü %80'in üzerinde korunabilmektedir. Yapılan çalışmalar çözme sonrası döllenmiş oositler ile elde edilen gebelik oranlarının taze oositlerin kullanımı ile aynı olduğunu göstermektedir (Rienzi *et al.*, 2010).

Fertilite koruyucu tekniklerden bir diğeri olan over dokusu kriyoprezervasyonu, prepubertal kızlarda, kanser tedavisi öncesi kontrollü ovaryan hiperstimülasyon (KOH) için yeterli zaman bulunmayan yetişkinlerde ve hormonal stimülasyona yeterli yanıt alınamamış hastalarda değerli bir alternatiftir. Bu yöntem kullanılarak yapılan ilk çalışmalar sonucunda literatürde az sayıda canlı doğum elde edilmiş olmasına rağmen gonadotoksik tedavi alacak kız çocukları ve kadınlar için fertilitenin korunması yönünde önemli bir tekniktir (Rosendahl *et al.*, 2011).

Otolog over doku transplantasyonu, over fonksiyonlarının tekrar kazanılmasını ve fertilitenin korunmasını hedeflemektedir. Over dokusunun bütün dondurulması seçeneğinin yanı sıra folikül rezervinin daha yüksek oranlarda korunması amaçlı olarak over dokusunun küçük parçalara ayrılarak dondurulması da uygulanmaktadır (Martinez-Madrid *et al.*, 2004; Donnez *et al.*, 2004). Dondurma sonrası çözülün over dokusu aynı anatomik bölgeye verilebileceği gibi vücudun başka bir bölgesine de transfer edilebilir. Gerek over dokusunun alınması gerekse transferi laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Laparoskopik yöntem ile over doku örneğinin alınmasının en büyük avantajı kanser tedavisini sadece birkaç gün geciktirmesidir.

Bir başka fertilite koruyucu teknik olan immatür olarak elde edilen oositlerin invitro matürasyon sonrası kriyoprezervasyonu, kanser tedavisinin bir an önce başlaması gereken vakalarda bir alternatif olmaktadır. Herhangi bir hormonal stimülasyon ve sperm hücresine ihtiyaç duyulmamakta, ayrıca tedavi sonrası hastaya kanserli hücrelerin tekrar inoküle edilmesi riskini içermemektedir. Oositin laboratuvar ortamında olgunlaşmasının zorluğundan ve mitotik ağı hasarlarından dolayı başarı şansı önceki yöntemlere göre daha düşüktür.

Dondurulmuş çözülmüş over dokusundan izole edilen primordial foliküllerin in vitro büyütülmesi ve olgunlaştırılması

henüz deneysel olmasına rağmen en çok gelecek vaat eden bir yöntemdir. Özellikle over dokusu tutulumu olasılığı bulunan kanser hastalarında foliküllerin izole 3-boyutlu alginate matris kültür ortamında olgunlaştırılması ile matür (metafaz II) oosit elde edilmesi amaçlanmaktadır. Günümüzde insanlarda döllenmeye hazır oosit elde edilememiş olmakla birlikte hayvan deneylerinde olumlu sonuçlar alınmıştır (Xu *et al.*, 2006; Xu *et al.*, 2009). Kültür ortamı insanlar için 2-4 ay gibi uzun bir döneme yayılmaktadır. Merkezimizde uzun süreli primordial folikül kültürü ve olgunlaştırılmasını amaçlayan bir çalışma başlatılmıştır.

Matür sperm hücresi üretimi başlamadığı için dondurma işleminin mümkün olmadığı prepubertal erkek çocuklarında günümüzde uygulanabilecek tek seçenek deneysel olmakla birlikte testis dokusunun ve spermatogonial kök hücrelerin dondurularak saklanmasıdır. Gerçekleştirilen ilk hayvan deneylerinin sonuçları spermatogenezin tekrar başlamasına yönelik umut vericidir (Fallat *et al.*, 2008).

Fertilite koruyucu tekniklerin ülkemizde yaygınlaşabilmesi için öncelikle multidisipliner işbirliğinin oluşturulması, infertilite riskini değerlendirme ve hastalar için uygun olabilecek seçeneklerin özetlenebileceği bir yol haritasının belirlenmesi gereklidir (Şekil 1). Hasta ile görüşme öncesi uygulanabilir seçenekler konusunda bilgi sahibi olunması, kişinin ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi ve bu seçenekleri değerlendirmek isteyen hastaların fertilite uzmanlarına yönlendirilmesi çok önemlidir. Fertilite korunmasının mümkün olduğu tüm çocuk ve üreme çağındaki genç hastalarda durum ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Yöntemlerin potansiyel yararları ve limitleri tüm hastalara ve ailelerine detaylı olarak anlatılmalıdır. Ayrıca resmi kurumlar tarafından yöntemlerin geçerliliğine ve uygulanmasına yönelik onaylar alınmalıdır.

Şekil 1. İnfertilite risklerinin değerlendirilmesi.

K28**Kanser Tedavisinde Kök Hücre Kavramı**

İnsanda görülen kanser türlerinin birçoğunda tümöral kitle içinde bulunup kök hücre özellikleri gösteren bir hücre grubunun varlığı gösterilmiştir. “Kanser kök hücre”, ya da bazı araştırmacılarca “kanser başlatıcı hücre” olarak da, isimlendirilen bu hücrelerin metastaz ve tedaviye dirençten sorumlu oldukları konusunda güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Kanser kök hücrenin özellikle tedavi başarısındaki önemi çok büyüktür. Özellikle metastatik kanserin tedavisinde başarı elde edilememesinin nedeni kanser kök hücrelerinin varlığına bağlanmaktadır. Yaygın olarak kullanılan kemoterapötikler, tümör kitlesinin çoğunluğunu oluşturan farklılaşmış tümör hücrelerini hedef alıp öldürebilirken, az sayıda bulunan kanser kök hücre popülasyonuna etki edemeyebilir. Kanser kök hücre modeli, geliştirilecek olan kanser terapötiklerinin, kanser kök hücrelerini hedeflemesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, tedavilerin başarısı için bu hücrelerde yeni terapötik hedeflerin belirlenmesi ve canlılığı/yenilenmeyi kontrol eden sinyal yollarının daha iyi bir şekilde ortaya çıkarılmasını sağlayacak araştırma stratejilerine gerek duyulmaktadır.

Ayrıca, bu hücrelerin de, normal kök hücreler gibi tümör mikroçevresindeki diğer hücrelerle (mezenkimal kök hücre, adiposit, tümör-ilişkili fibroblastlar, endotel hücreleri, immün hücreler gibi) etkileşime girdikleri, böylece fonksiyonlarının ilgili sitokin ve büyüme faktörleri aracılığıyla düzenlendiği, gösterilmiştir. Normal kök hücrelerin yenilenmesini düzenleyen Wnt, Notch ve Hedgehog gibi yolların yanı sıra, *PTEN* ve *p53* gibi tümör baskılayıcı genlerin de kanser kök hücrelerinin yenilenmesinde düzenleyici rol aldığı bulunmuştur. Değişik tümör türlerinde değişik yüzey belirteçlerine bağlı olarak kök hücrelerin belirlenmesi ve izole edilmesi bu hücreler üzerindeki araştırmaları hızlandırmıştır.

Böylece, bu hücrelere özgü yeni tedavi hedeflerinin ve modalitelerinin bulunması yeni araştırma sahaları olarak görülmektedir. Bu araştırmaların başarısının tedavi başarısını doğrudan etkileyeceği açıktır. Busunumda, kanser kök hücrelerinin özellikleri, nasıl tanımlanabildiği ve nasıl tanınabildiği, kanser kök hücrelerine yönelik tedavi stratejileri gibi çeşitli konularda genel bir perspektif verilecektir.

PROF. DR. ENGİN ULUKAYA

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOKİMYA A.D., BURSA

PANEL - Palyatif Bakım**K29****PALYATİF BAKIM MODELLERİ**

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1967 yılında Dame Cicely Saunders İngiltere’de ilk modern hospisi kurmuştur. Hospis terminal dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlardır. Bu çok hızlı bir şekilde diğer ülkelere de örnek olmuştur (1,2). Amerika ve diğer batı ülkeleri hemen hospis bakımını gerçekleştirmeye başlamışlardır. 1980 ortalarına kadar palyatif bakım kavramı hospis bakımının yerine kullanılmıştır(3). Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. 1990 yıllarının başında ‘palyatif bakım’ kavramı Amerika’da kanserden ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmıştır (3). Çünkü palyatif bakım programlarının büyük çoğunluğu kanser hastaları için başlatılmıştır. Oysa kalp yetmezliği ve akciğer hastalığı gibi diğer kronik hastalığı olan bireyler de palyatif bakımdan büyük yarar görmeye başlamışlardır (4). Palyatif bakım 1990 yılının ortalarında özel bir alan olarak gelişmeye başlamış ve günümüzde kronik hastalığı olan hastaların bakımını kapsamaktadır. Ancak az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler için palyatif bakım kavramı henüz tam olarak anlaşılmamıştır.

Palyatif Bakım Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında ilk palyatif bakım tanımını yaparak bu alanda büyük bir gelişme kaydetmiştir(5). Yapılan ilk tanımda küratif bakım ve palyatif bakım iki farklı boyut olarak ele alınmaktaydı. Birinin bittiği yerde diğeri başlıyordu. Yani bireyin hastalığının tedavisinin olmadığına karar verildiğinde palyatif bakım vermeye başlanıyordu (Şekil-1).

Şekil-1:Eski Palyatif Bakım Modeli

Küratif bakım	Palyatif bakım	Yas sürecindeki bakım
Tanı	Ölüm	

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiştir. Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün bu yeni tanımında palyatif bakımın, hastalığın erken döneminde vermeye başlanması önemi vurgulanmaktadır. (2,6,7). Amerika’da palyatif bakım ile ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek “kaliteli palyatif bakım” ın verilebilmesi için ulusal bir konsensus toplantısı yapmış ve ortak bir rehber hazırlamışlardır(8). Bu rehberde günümüzdeki palyatif bakım anlayışı vurgulanmaktadır. Günümüzde palyatif bakım psikososyal, spiritüel ve fiziksel bakımı içine alan holistik bir yaklaşımı içermektedir. Bu anlayışta küratif ve destekleyici bakım birlikte verilmektedir. Palyatif bakım hastalık tanısı konulduğunda başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder.

Şekil-2.Yeni Palyatif Bakım Modeli



Tanı

Ölüm

Kaynak: The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, NCP, 2009.

Palyatif bakım hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için verilen tüm hizmetleri içermektedir. Palyatif bakım hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini, sağlar(9). Ölümü normal bir süreç gibi kabul ederek yaşamı destekler. Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirmeye çalışır. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlar. Yaşam kalitesini artırır, bakımın fiziksel, manevi, sosyal ve psikolojik boyutlarını entegre eder. Yaşamın son günlerinde de rahat bir ölümün gerçekleşmesini sağlar. Ölüme kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım etmek için destek sunar. Hem hastalık süresince hem de kayıptan sonra ailenin sorunla başa çıkması için gerekli destekleri sağlar. Palyatif bakım birey ve ailenin otonomisine ve kararlarına saygı duyar. Aile ve hasta her zaman merkezde yer alır. Hasta, ailesi ve yakınları ile açık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelerindendir.

AYFER ELÇİGİL
DEU HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

K30

Türkiye’de Palyatif Bakım Mevcut Durum

Palyatif Bakım; tedavi şansı olmayan hastaların ihtiyaçlarına ve özel durumlarına göre destekleyici bakım prensiplerinin uygulanmasıdır. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesine ve sorunlarla başa çıkma gücüne odaklanan multidisipliner bir yaklaşımdır. Başta kanser olmak nörolojik hastalıklar, kas hastalıkları ve Alzheimer gibi pek çok farklı hastalık da kullanılır. Palyatif bakım en geniş tanımı ile kanserli hastalarda teşhis ile başlar ve ölümden sonra da hasta ve yakınlarının matem dönemlerinde destek olmak üzere devam eder.

Palyatif Bakımın en temel konusu semptom yönetimidir. Kanserli hastalarda sıkça görülen semptomlar olan ağrı, kaşıntı, iştahsızlık, kilo kaybı, karın şişliği, öksürük, hıçkırık, bulantı, kusma, yara bakımı, kabızlık ve ishal gibi pek çok şikayet üzerine yoğunlaşır. Bu şikayetler arasında en önemlisi ağrının dindirilmesi ve ağrının vazgeçilmez ilacı da morfinlerdir. Bu nedenle, Palya-Türk projesi ile Türkiye’de hekim eğitiminde yeni bir dönem başlayacak ve her hastanın ağrısı objektif ölçekler ile değerlendirilerek, ağrıyı ortadan kaldıracak uygun ilaçlar başlanacaktır.

Türkiye’de Planlanan Proje (Palya-Türk)

Ülkemizde planladığımız Palya-Türk isimli proje başta Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği olmak üzere pek çok uluslar arası kurum tarafınca büyük ilgi ve övgü almaktadır. Bunun nedeni ise ülkemizde planlanan projemizin aile hekimlerimiz ve hemşirelerimiz ile yürütülmesi ve toplum tabanlı olmasıdır. Her vatandaşımız palyatif bakım hizmetlerine en kısa yol ile ulaşabilecektir (aile hekimleri, hemşirelerimiz ve evde bakım hizmetleri).

Palya-Türk Projesi 4 Basamak’ta, 2023 Yılı Sonuna Kadar Tamamlanacak

Birinci Basamak: Aile Hekimleri ve Evde bakım Hizmetleri Hekim ve Hemşireleri, Belediyeler, Sivil Toplum Örgütleri, Sosyal Hizmet Uzmanları ve Din Adamları ile entegre bir sistem içerisinde çalışılacak. Tüm hekimlerimizin gereği halinde kullanmalarına yönelik hemen her ilimizde mevcut hastanelerimize 2-4 yataklı palyatif bakım birimleri kurulacak. İkinci ve Üçüncü Basamak: Onkolojik Hizmet Planlamasına göre kurulacak olan Kapsamlı Onkoloji Merkezleri (KOM) ve Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri (OTTM)’lere kurulacaktır. Bu merkezler 10-20 yataklı olacak ve palyatif bakım açısından daha kompleks bakımlar gerçekleştirilecektir. Multidisipliner bir yaklaşım içerisinde onkolojik cerrah, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, ağrı doktorları (algolog), fizyoterapistler, fizik tedavi uzmanları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb. pek çok farklı disiplinlerin bir arada çalışacağı merkezler olacaktır. KOM ve OTTM merkezlerinde kurulacak olan bu palyatif bakım merkezlerinin detaylı planlamasına aşağıdaki linkten ulaşılabilir:

<http://www.tedavi.saglik.gov.tr/kutuphane/oplgsh.pdf>

Dördüncü basamak - Hospis (Şefkatevi - Umutevi - Sevgievi):

Sağlık Bakanlığı ve Üniversite bünyesinde tedaviye daha fazla yanıt vermeyen, son dönem hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip birimlerdir. Hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği 30 özel odalı, hastane kampüsüne bağlı olmakla birlikte, çok uzak olmayan bağımsız yerlerde seçilir.

Palya-Türk Projesi Opioid'lere Ulaşım

Ülkemiz tüm dünyada tüketilen tıbbi morfinlerin en önemli ham madde üretim yeridir. Ancak, dünya genelinde opioid kullanım oranları ülkemiz de dahil olmak üzere istenilen düzeylerde değildir. Tüm dünyada üretilen opioidlerin %90'ından fazlası gelişmiş 7-8 ülke tarafınca kullanılmaktadır. Bu nedenle Palya-Türk projesinin en önemli yapıtaşı opioidlere ulaşım ve opioid kullanımlarının arttırılmasıdır. Yerli ilaç üretim sektörleri ve Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü ile bu konuda yapılan çalışmalar 2012 yılında tamamlanmış olacaktır.

Op. Dr. Murat Gültekin,
SB Kanseri Savaş Dairesi

K31

YAŞAM SONU BAKIM VE SEMPTOMLARIN YÖNETİMİ

Bir kavram olarak “yaşam sonu” belirsiz bir kavramdır, fakat genelde hastanın hastalığının son fazını, ölümün yakın olduğu zamanı yansıtır. Sıklıkla birkaç saatten birkaç haftaya, 1 aya veya daha istinai durumlarda daha da uzun sürelerle uzayabilmektedir. Yaşam sonu bakım ise, artık tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için psikososyal beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerektiren, hastalar ve ailelerine yaşamın son evresinde olabildiği kadar rahatlatıcı yaşayabilmeleri için verilen destek ve bakım olarak tanımlanır^{1,2,3}.

Yaklaşan yaşam sonu dönem hasta ve yakınları için çok zorlu bir süreçtir. Bu dönem, pek çok fiziksel sıkıntının yanında, psikososyal ve spiritüel soru ve sorunları da içermekte, bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonelleri çoklu semptomlar ile baş etmektedir. Yaşam sonunda hastalarının en sık deneyimledikleri semptomlar; ağrı, gastrointestinal semptomlar(iştahsızlık ve kilo kaybı, bulantı, kusma, konstipasyon, ağız kuruluğu), nefes darlığı, kolay yorulma/halsizlik, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyondur. Çoklu semptomlarla mücadele sürecinde semptom yönetimi modelleri kullanılmaktadır^{4,5,6}. Bu dönemde hastanın, ailesinin tüm gereksinimlerini karşılamak için en etkili yol palyatif bakımı disiplinler arası bir yaklaşım ile vermektir⁵.

İleri evre hastalarda ağrı insidansı %75dir ve en çok korkulan semptomlardan biridir. Kanseri(tümör nekrozu, beyin ödemi), uykusuzluk, dekübit, ölüm korkusu, izolasyon, gibi etiyolojik faktörleri belirlemek, ağrı tedavisini yönlendirmede mutlak gereklidir. Ağrının yeri, şiddeti, karakteristik özellikleri, azaltan ve arttıran durumlar, eşlik eden semptomlar ve analjezik yöntemlere yanıt ortaya konulmalıdır. DSÖ, kanser ağrısında ilaç seçimi için basamak tedavisini önerilmiştir. Nedene bağlı olmaksızın şiddetli ağrıda opioidler ilk kullanılacak ilaçlardır. Ağrı tedavisinde hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalı, hastaya ağrı konusunda inanılmalı, uygun tedavi yöntemi seçildikten sonra alınan cevaba göre doz ayarlaması yapılmalı ve yan etkiler takip edilmelidir. ^{4,7,8,11}

Dispne, kanser hastasında sık gözlenen ve yaşam kalitesini bozan bir semptomdur. Dispnenin nedenleri arasında anksiyete, solunum yolu tıkanması, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, anemi ya da metabolik nedenler yer almaktadır. En güvenilir değerlendirme kişinin kendi ifadesidir. Dispnenin şiddetinin azaltılması, dispneyi oluşturan nedenin tedavi edilmesiyle mümkün olabilmektedir. Mümkünse altta yatan nedenin tedavisi yapılır, değilse palyatif tedavilerle yaklaşılır. Palyatif destekle nefessiz kalma hissi azaltılmaya çalışılmalıdır. Opiatlar dispnenin semptomatik rahatlaması için en etkili tedavidir. Ek olarak rahatlatma hastanın pozisyonunda ayarlamalar, ortamın havasının nem ve ısısında değişiklikler, gevşeme teknikleri gibi nonfarmakolojik girişimlerle sağlanabilmektedir ^{4,7,9,11}.

Yorgunluk hastaların %70-100'ünde görülen ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan, ancak sıklıkla göz ardı edilen bir semptomdur. Nedenleri arasında, uygulanmakta olan tedaviler, anemi, malnütrisyon, ağrı, uyku bozuklukları ve depresyon başta gelenlerdendir. Tedavide farmakolojik

ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.^{9,10,11} Önemli ve sık görülen bir diğer semptom da anoreksi ve kaşeksisidir. Ölmekte olan hastalarda dehidrasyon veya nütisyonun bırakılmasının belirgin sıkıntı yarattığına dair önemli bir bulgu da yoktur. Hasta ve yakınlarının kanser kaşeksisi konusunda bilgilendirilmeleri, kaşeksinin hasta ve yakınları üzerinde yarattığı stresin azaltılmasında katkı sağlamaktadır.^{7,11}

Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Opioid kullanımı, santral sinir sistemi hastalıkları, karaciğer veya böbrek yetmezliği, metabolik anormallikler, bağırsaklarda olan mekanik tıkanıklık bulantı kusma sebeplerindendir.¹¹ Varsa altta yatan düzeltilebilir nedenlerin tedavisi, bulantı ve kusmanın alevlenmesinde palyatif önlemler hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik tedavileri içerir.^{7,11}

Son dönem hastalarda, deliryum da önemli bir problemdir. Hastalık süreci, opioid kullanımı, karaciğer\böbrek yetmezliği, hipoksi, elektrolit dengesizliği, ilaçlar, dehidratasyon gibi pek çok etken deliryuma neden olabilmektedir. Değerlendirme hasta öyküsünün detaylarının öğrenilmesi, kullanılan ilaçların gözden geçirilmesi, vital işaretlerin değerlendirilmesini içerir. Deliryum tedavisi, deliryuma sebep olan durumun belirlenmesi, tedavi edilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve deliryum belirtilerinin tedavi edilmesini içerir. Tedavi ekibi hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemeli, hastayı yakın gözlem altında tutmalıdır. Tedavide, deliryuma katkıda bulunabilecek tüm ilaçların kesilmesi, altta yatan düzeltilebilir nedenlerin tedavisi, haloperidol, risperidon, olanzapin gibi ilaçlar katkı sağlayabilmektedir.^{11,12,13}

Yaşam sonu bakım yalnızca fiziksel semptomların değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritüel konuların kontrolünü de içermektedir. Bu dönemde hastalarda; ölüme yaklaşmayı bilme, ölüm ve belirsizlik ile ilgili korkular, aile ve tıbbi ekiple çatışmalara ikincil olarak gelişen anksiyeteli uyum güçlükleri görülebilmektedir. Tedavide danışmanlık ve sosyal destek, gevşeme teknikleri, benzodiazepinler, antipsikotik ve antidepresanlar kullanılmaktadır.^{4,11,13}

Hastanın genel durumunun bozulduğu yaşam sonunda hem hasta hem aile ölüm fikri ile istemese de yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Bu dönemde artık tedavi ekibi, aile ve hastanın birlikte, yaşam kalitesi kadar "iyi ölümü" de konuşmasının gerektiği düşünülmelidir.^{3,13} Bu dönemde yakın ölüm ve işaret ve semptomları fark edilmeli ve yönetilmelidir. Azalmış fonksiyon ve hijyen, cilt sağlığının bozulması, beslenmede ve sıvı alımında azalma, periferik ödem, kuru mukoz membran/konjunktiva, kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik, periferik ve santral siyanoz, bilinç seviyesinde azalma, sözlü ya da dokunsal uyarılara cevapsızlık, anormal solunum düzeni(apne, Cheyne-Stokes solunum), oral ve trakeal sekresyon artışı, sfinkter kontrol kaybı, ağrı, gözlerini kapatma yeteneğinde kayıp gibi belirti ve bulgulara uygun bakım ve destek sağlanmalıdır.^{11,13}. Ayrıca bakım verenlerin hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal bakım gereksinimleri konusunda bilgilendirilmelerini ve desteklenmelerini gerektirmektedir.^{13,15,16,17}. Terminal dönemdeki genel sorunlar, hastanın içinde bulunduğu evreye, ölüme atfedilen anlama ve destek sistemlerine göre değişmektedir. Yaşamın son evresinde uygun bakım ve desteğin sağlanması ile hastaların yaşam kalitesinin artırılması yaşam sonu bakımın temelini oluşturmaktadır.

DR. NEŞE UYSAL

ANA KONFERANS III – Kolon Kanseri Tedavisinde Tartışılmalı Konular

K32

KOLON KANSERİ ADJUVAN TEDAVİSİNDE HASTA SEÇİMİ KRİTERLERİ

Kolon kanserinin adjuvan tedavisinde uzun yıllardan beri kullanılan Fluorouracil ilacına MOSAIC çalışması sonrasında Oxaliplatin eklenmiştir. Gerek MOSAIC çalışmasında adjuvan tedavi alan hastaların fayda görmesinde klinikopatolojik durumuna bağlı farklılıklar olması, gerekse daha sonraki dönemde keşfedilen ilaçların adjuvan tedavi protokollerine eklenmesinde risk fayda analizlerinin öne çıkmasıyla ilgili endişeler, adjuvan tedavi verilecek hastaların seçiminde dikkatli davranılması gerekliliğini öne çıkarmıştır.

Hasta seçiminde öne çıkan en temel faktörlerden birisi hastanın cinsiyetidir çünkü birebir aynı özelliklere sahip olsalar dahi erkek kolon kanseri hastalarının genel seyirlerinin daha kötü olduğunu bilinmektedir.

Bunun dışında önemli olan faktörlerden bir tanesi de hastanın altta yatan komorbiditeleridir. Çünkü komorbiditeler arttıkça hastanın başka hastalıklardan ölüm ihtimali çoğalmakta, bu da kansere bağlı ölüm ihtimalini azaltmakta ve dolayısıyla da uygulanacak adjuvan tedaviden görülecek faydayı azaltmaktadır.

Hasta seçiminde önemli olan bir diğer faktör ise kuşkusuz tümörün evresidir, gerek invazyon derinliği, gerekse tutulan lenf nodu sayısı hastalığın geri gelme olasılığı üzerinde belirleyici öneme sahiptir. Bu da adjuvan tedavinin faydasını belirlemektedir.

Yine bir başka husus da örneklenen lenf nodu sayısının 12'den fazla olması ile ilgili 90'lı yıllardan beri oluşmuş fikir birliğidir. Eğer örneklenen lenf nodu sayısı 12'den azsa o zaman yetersiz lenf nodu örneklenmesi yapıldığı düşüncesi ile adjuvan tedavinin kullanılması ile ilgili hassasiyetin artması beklenir.

Tümör grade'i de arttıkça relaps riskini arttırdığından hekimin adjuvan tedavi kararı vermesindeki önemli faktörlerden birisi olarak öne çıkmaktadır.

Bundan sonra öne çıkan başka bir faktör ise hastanın yaşıdır, genellikle kolorektal kanser için ortalama tanı yaşı ABD'de 71'dir. Kendi yaptığımız çalışmada hastaların yaş ortalaması biraz daha genç saptanmıştır. Her ne kadar kolon kanseri tedavisinin temel prensipleri yaşlı hastalarda gençlerden farklı değilse de yaşlı hastaların yaşa bağlı organ fonksiyon bozukluklarının olması altta yatan komorbid hastalıkları ve buna bağlı yaşam beklentisindeki azalma nedeni ile kemoterapinin getireceği fayda ve tedaviye bağlı toksisite ve yaşam kalitesi sıkıntılarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Örneğin renal fonksiyon bozukluğunda sıklıkla kullanılan ajanlardan biri olan Capecitabine dozunda azalma yapılmalı, eğer glomerüler filtrasyon hızı 30 ml/dk'nın altında ise Capecitabine kullanılmamalıdır. Yine altta yatan kardiyovasküler hastalık Floroprimidin bazlı tedavilerin koroner arterlerde yapacağı vazospasm nedeni ile tedavi seçimi kararını verirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bir 3. faktörse kemik iliği rezervinin

genç hastalara kıyasla normal yaşlanma prosesinin bir parçası olarak azalmasıdır. Bu nedenle kemoterapotik ilaçlarda doz ayarlamaları yapılması gerekli olabilir. Her ne kadar gerektiği durumlarda hematopoetik büyüme faktörleri desteği düşünülebilirse de hali hazırda kolon kanseri profilaksisinde kullanılan kemoterapi rejimlerinin hiçbirinin nötropeni riski %20'nin üzerinde olmadığı için primer profilaksi ihtiyacı yoktur. Kolorektal kanser hastalarının adjuvan tedavisindeki komorbiditenin etkisini ölçmek için Charlson komorbidite endeksi kullanılabilir. Bu endekste altta yatan koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, bağ dokusu hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, diyabet, nörolojik hastalıklar, diyabet, böbrek hastalığı, altta yatan diğer neoplastik hastalıklar, karaciğer rahatsızlıkları ve AIDS göz önün de bulundurulacak hastanın komorbiditesi düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olarak 4 ayrı sınıflandırma içinde değerlendirilmektedir.

Her ne kadar yaş hastanın fonksiyonel statüsünü saptamada iyi bir belirteç değilse de hali hazırda elimizde olan fonksiyonel değerlendirme araçlarının hiçbirisi de tek başına güvenilir bir şekilde yaşa bağlı seyri belirlemede yardımcı olmaz. Yine de bütün bu kısıtlamalara rağmen performans statüsü, günlük yaşam aktiviteleri skalası ve kapsamlı geriatrik değerlendirme metotları hastaların değerlendirilmesinde kullanılan ve kendi içinde avantaj ve dezavantajları bulunan değerlendirme metotlarıdır.

Doktorun hastanın kişisel özelliklerini göz önünde bulundurarak hangi değerlendirme metotlarını seçeceğine karar vermesi ve bu kararlar bazında kişiselleştirilmiş tedavi protokollerinin seçimi ve uygulanması en doğru yaklaşım olacaktır.

PROF. DR. NAZIM SERDAR TURHAL
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ONKOLOJİ BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ

PANEL - Erken Evre Meme Kanserinde Güncel Tedavi Yaklaşımları

K33

Meme Kanserinde Güncel Tedavi Yaklaşımları

Kanserin lenfatik yayılımının bulunmasından sonra, yüz yıldan daha uzun bir süre aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) memeye yönelik cerrahi girişimlerin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Özellikle de mastektominin meme kanserinin cerrahi tedavisinde rutin olduğu dönemde, ALND hiç sorgulanmamış ve klasik olarak hastalığın evrelendirilmesi, prognoz tayini, lokal tümör kontrolünü sağlamak ve adjuvan tedaviye yön vermek amacıyla uygulanmaktadır.

Ancak mamografinin tarama amacıyla kullanılmasıyla birlikte meme kanserinin daha erken evrede tanınması ve meme koruyucu tedavinin öne çıkması ile ALND'nun amaçları ve tekniğin genişliği sorgulanmaya başlanmıştır. Ayrıca tümör biyolojisinin daha iyi anlaşılması, lenf nodu tutulumundan bağımsız olarak sistemik adjuvan tedavilerin sağkalım üzerine olumlu etkilerinin ortaya konması ve ALND'nuna ait morbiditelerin daha iyi anlaşılmasıyla aksillaya yönelik cerrahi girişim tekniklerinin yeniden gözden geçirilmesi zorunluluğu doğmuştur.

T1 ve T2 tümörü olan hastaların yaklaşık yarısında aksilla metastazı yoktur. Bu hastalar ALND yapılırsa, hem bundan yarar görmezler, hem de risklerine maruz kalırlar.

Sentinel lenf nodu biyopsisi

Sentinel lenf nodu biyopsisi meme kanserinde primer tümörün drene olduğu ilk lenf nodunun belirlenmesi ve çıkarılmasıdır. Sentinel lenf nodu primer tümörden yayılan tümör hücrelerinin ulaşacağı ilk lenf nodudur, bu nedenle aksiller yayılım hakkında bilgi verir. Sentinel lenf nodunda tümör saptanmazsa bölgesel lenfatik diseksiyona gerek kalmayacaktır. Kuşkusuz bu girişim ancak klinik ve radyolojik olarak aksilla metastazı yoksa yapılabilir.

Hastalara sentinel lenf nodu biyopsisinden sonra aksiller lenf nodu diseksiyonunun uygulandığı çalışmaların sonucunda SLNB için doğruluk oranı %96'nın üstünde, yanlış negatiflik oranı %10'un altında ve negatif prediktif değer %95'in üstünde bulunmuştur. Yanlış negatifliğin nedeni genellikle teknik hatalardır ve oranı deneyimli merkezlerde %5'in altındadır. Literatürdeki çok sayıda çalışma SLNB ile meme kanserinde evrelendirmenin doğru biçimde yapıldığını göstermiştir. SLNB, lenf nodu metastazı olmayan hastalarda ek yarar sağlamayacak olan aksiller diseksiyondan kaçınmaya olanak sağlamaktadır.

Sentinel lenf nodu biyopsisinden sonra aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastalarda komplikasyon oranı %30'un üzerinde iken sadece sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan hastalarda bu oran %3 bulunmuştur. Morbidite açısından ALND ve SLNB karşılaştırmalarında benzer oranlarda farklılık vardır.

Sentinel lenf nodunu bulmak için vital boyalar veya radyonüklidler kullanılır. SLNB için kullanılan vital boyalar *isosulphan blue*, *patent blue* ve daha ender olarak da *methylene blue*'dur. Özellikle ilk iki mavi boya enjeksiyondan sonra dakikalar içinde lenf yoluyla taşınır ve tutulduğu lenf nodundan saatlerce bırakılmaz. Radyofarmasötiklerle (Teknesyum99m ile bağlanan antimon veya renyum sülfür kolloid) yapılan SLNB'de

ise ise enjeksiyondan 2-3 saat sonra sentinel lenf nodu gamma prob klavuzluğunda bulunur.

Mavi boya uygulamalarında cilt kesisi aksillanın kıl çizgisinin inferior hattından yapılır. Klavipektoral fasyanın altında mavi boyalı lenf yolu bulunur, bu lenf yolunun ulaştığı lenf nodları veya mavi boyalı lenf nodları çıkarılır. Radyoizotop işaretleme seçildiyse aksillada en yüksek tutulumun olduğu alan belirlenerek cilt insizyonunun yerine karar verilir. Aksilada en yüksek aktivite saptanan yerler araştırılır. Sentinel lenf nodu bulunur, çıkarılır, tekrar aktivite ölçümü yapılır, varsa yüksek aktiviteli diğer lenf nodları da çıkarılır. İşlem sonrasında aksillada çok düşük aktivite kalmalıdır. Sentinel lenf nodu biyopsisi sırasında boyanmış yada yüksek aktivite tutulumu gösteren lenf nodlarının yanı sıra palpasyonda şüpheli olan ve metastatik izlenimi veren lenf nodlarının da çıkarılması önerilmektedir.

Mavi boya ve radyoizotop yöntemleri birlikte kullanıldığında bu yöntemlerin ayrı ayrı uygulanmasına göre daha başarılı sonuçlar alındığı öne sürülmüştür. Özellikle öğrenme döneminde bu iki yöntemin birlikte kullanımı önerilir. Lenfatik drenaj farklılıkları görülebilen malign melanomadan farklı olarak meme kanserindeki SLNB uygulamalarında ameliyat öncesinde lenfosintigrafi gerekli değildir. SLNB uygulamalarında öğrenme eğrisi 30 olgu olarak kabul edilir. SLN belirlemede %85'in üstünde başarı, %5 in altında yanlış negatiflik oranının sağlanması başarılı sentinel lenf nodu biyopsisi için gerekli görülmektedir.

Sonuç olarak, meme kanserinin evrelendirilmesi için her hastaya rutin ALND yapılmasına gerek yoktur; uygun hastalarda SLNB güvenilir bir yöntemdir. Klinik olarak aksilla pozitif olanlarda ALND daha iyi bir lokorejyonel kontrol sağlamaktadır ve bugünkü protokoller çerçevesinde bu grup hastalarda rutin olarak uygulanmalıdır. Ancak aksillası negatif olanlarda lokal kontrolü sağlamada ALND yapmanın hastaya hiçbir yararı yoktur ve SLNB tekniği nod negatif hastaların tespiti için güvenilir bir yöntemdir.

Pozitif SLNB'da yaklaşım

Sentinel lenf nodunda metastaz saptanan hastalara aksiller diseksiyon yapıldığında, hastaların büyük bölümünde non-sentinel lenf nodlarında metastaz olmadığı görülmüştür. Non-sentinel lenf nodlarında metastaz olasılığı; sentinel noddaki mikrometastaz ise %20-35, izole tümör hücreleri varlığında %10'dur. Bu nedenle son yıllarda meme cerrahisinde en önemli tartışma konularından biri pozitif SLNB'da yaklaşım olmuştur.

SLNB metastazı varken, non-sentinel nodlarda metastaz olmayacak hastaların önceden belirlenmesi ve gereksiz aksilla diseksiyonundan kaçınılması için birçok merkez ve kurum tarafından nomogramlar hazırlanmıştır. Başta Z-0011 olmak üzere bazı çalışmalarda ise, SLNB (+) hastaların önemli bir bölümünde aksilla radyoterapisinin diseksiyona alternatif olduğu gösterilmiştir.

DR. SAVAŞ KOÇAK

K34

Neoadjuvan Kemoterapi

Neoadjuvant kemoterapi sistemik yayılım riski yüksek olan nod pozitif veya lokal ileri meme kanserinde hızlı olarak sistemik kontrolü sağlamak amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bunun yanı sıra meme-tümör oranı uygun olmayan hastalarda tümörü küçülterek meme koruyucu cerrahiye olanak sağlanması da mümkündür. Son yıllarda hastaya göre özelleştirilmiş tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve moleküler prediktif faktörlerin aydınlatılması amacıyla tedavi aralarında alınan doku örneklerinin incelenmesi ile yapılan transkripsiyonel çalışmalara zemin hazırlanması ikinci ana hedefleri arasında sayılabilir.

Tedavi seçenekleri:

Pratik olarak adjuvan sistemik tedavi için uygun olan ve aksiler lenf nodu tutulumu olan tüm hastalar neoadjuvan kemoterapi için değerlendirilebilir. Genel olarak neoadjuvan tedavi seçenekleri arasında toplam 6 veya 8 kür antrasiklin ve taksan içeren kemoterapi rejimleri uygulanır. Tümörde Her-2 overekspresyonu varsa eş-zamanlı olarak trastuzumab kemoterapiye eklenir. Hormon reseptörü negatif veya Her-2 pozitif alt-gruplarda uygun tedavi kombinasyonları ile %30-65 arası değişen patolojik tam yanıt oranları sağlanabilmektedir. Tedavi sonrasında alınan patolojik tam yanıt gerek triple negatif, gerekse Her-2 pozitif hastalarda sağkalım avantajı sağlar. Buna karşın luminal A grupta bu etkileşim çok da belirgin değildir. Bu gibi hastalarda yanıt beklendiğinden az ise tedavinin nasıl şekillendirileceği konusu halen açıklık kazanamamıştır. Genel durumu kemoterapi için çok uygun olmayan, yaşlı ve tümörü yüksek oranda endokrin duyarlı hastalarda neoadjuvan araomataz inhibitörleri ile 3-6 ay arası sürdürülen endokrin tedavi ile oldukça iyi sonuçlar bildirilmiştir.

Tedavi yanıtının belirlenmesi:

Patolojik tam yanıt (pCR) hem meme, hem de lenf nodlarında invazif kanser olmaması olarak tanımlanır. Tedavi öncesinde klinik olarak aksillada lenf nodu tutulumu yoksa tedavi öncesinde sentinel lenf nodu biyopsisi ile aksilla değerlendirmesi yapılmalıdır. Tedavi aralarında fizik muayene ile yanıtın izlenmesi ve progresyon halinde tedavinin değiştirilmesi veya hastanın cerrahiye yönlendirilmesi gerekmektedir. Tedavi aralarında radyolojik olarak yanıtın tam olarak belirlenebileceği bir yöntem henüz kanıtlanamamıştır. Bu nedenle pratik yaklaşımlar klinikler arasında farklılık göstermektedir.

Gelecek beklentiler:

Geçtiğimiz yıl içinde sonuçları açıklanan büyük çalışmalarda Her-2 pozitif meme kanserinin neoadjuvan tedavisinde gelecek araştırmalar için ışık tutacak önemli ip uçları elde edilmiştir. Bu grupta trastuzumab ile alınan patolojik tam yanıt oranlarının ek olarak verilen lapatinib veya pertuzumab gibi ajanlarla anlamlı olarak arttırılabileceği bildirilmiştir. Bunların yanı sıra, bazı hastalarda hiç kemoterapi uygulanmadan, sadece biyolojik tedavi kombinasyonlarıyla tam yanıt elde edilebileceği gösterilmiştir. Bu hasta alt-grubunun aydınlatılması öncelikli hedeflerimiz arasında yer almaktadır.

DR. YEŞİM ERALP

TARTIŞMA - Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri İdame Tedavisi Standart mıdır?**K35****Akciğer Kanseri İdame Tedavisi****Sanal Olgu**

64 yaşında bayan hasta

Nefes darlığı ve devamlı öksürük

Kilo kaybı yok

Özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü yok

PS: ECOG 1

FM: Normal

Laboratuvar testleri (TKS, BK) normal

Tomografi: Sağ akc üst lobta 3 cm kitle

Hiler ve mediastinal LAP

KC ve surrenal metastazı

PET CT: Aynı yerlerde tutulum

Sağ Akciğer İğne Aspirasyon Biyopsisi:

Kötü diferansiye adeno ca

İHK:CK 7 (+), CK20 (-), TTF-1(+)

Mutasyon analizi için yeterli doku yok.

Soru 1: Bu hasta için tedavi öneriniz ?

A) Paklitaksel/Karboplatin

B) Bevasizumab/Pemetrekset/Karboplatin

C) Gemsitabin/ Karboplatin

D) Dositaksel

E) Sisplatin /vinorelbin /setüksimab

Soru 2: Bu hastaya idame tedavisi önerir misiniz ?

A) Evet

B) Hayır

Soru 3: Bu hastaya hangi idame tedavisini önerirsiniz ?

A) Tek ajan bevasizumab

B) Tek ajan pemetrekset

C) Tek ajan erlotinib

D) Tek ajan dositaksel

Soru 4: 4 kür idame tedavisi sonrası yanıt stabil ?

Ne yaparsınız?

A) Aynı tedaviye devam

B) Dositaksel

C) Bevasizumab/pemetrekset tedavisi

D) Erlotinib

Soru 5: idame tedavisi alırken hastalıkta ilerleme oldu.**Ne yaparsınız ?**

A) Dositakselle 2.basamak tedavi

B) Erlotinib 2.basamak tedavi

C) Mutasyonel analiz için yeniden biyopsi

Mutasyonel analiz sonucu:

- EGFR 19 mutasyonu
- KRAS Wild Type

150 mg/gün erlotinib başlandı. 2 ay sonraki değerlendirmede iyi parsiyel yanıt mevcut. Diare (3-4/gün), yüz ve gövde de akneiform döküntü, orta derecede bitkinlik

Soru 6: Şimdi ne yaparsınız?

A) Aynı dozda tedaviye devam (150 mg/gün)

B) Erlotinib 100 mg/güne düşürülüp devam

C) Tedaviyi kesmek

Dr. İbrahim TEK

K36**KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İDAME TEDAVİ VERİLMELİDİR.**

Küçük hücreli akciğer kanserli hastaların çoğu ileri evrede başvurmaktadır. Standart tedavi olan platin-bazlı kombinasyon tedavileri ile genel sağkalımda sınırlı bir yarar sağlanmaktadır. Birinci basamak tedavi sonrası progresse olan hastalarda ikinci basamak tedavi ile sağkalım süresinde uzama ve semptomatik yarar sağlanabilmektedir, fakat genel durumlarının bozulması sebebiyle hastaların ancak %50'si ikinci basamak tedavi alabilmektedir. Son yıllarda, ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde sonuçların iyileştirilmesi için en fazla araştırılan stratejilerden biri, idame tedavi verilmesidir.

İdame tedavi, birinci basamak tedavi sonrası progresse olmayan hastalarda tedavi süresinin uzatılması anlamına gelmektedir ve 3 farklı şekilde yapılabilir:

1. İndüksiyonda kullanılan ajanlarının devam edilmesi
2. İndüksiyonda kullanılan platin dışı 3. jenerasyon ajanların veya hedefe yönelik tedavinin devam edilmesi
3. Çapraz-direnç olmayan farklı bir ajan verilmesi

1. İndüksiyonda kullanılan ajanlarının devam edilmesi

İndüksiyonda kullanılan ajanlarının progresyona kadar veya 6 kürden fazla verilmesinin genel yanıt oranı, sağkalım ve hayat kalitesi üzerinde artışa yol açmaması sebebiyle, kılavuzlar indüksiyon tedavisinde kullanılan platin-bazlı rejimlerin 6 kürden fazla kullanılmasını önermemektedir (1).

2. İndüksiyonda kullanılan ajanların bazıları ile devam edilen idame çalışmaları

İndüksiyonda kullanılan ajanların platinsiz verilmesinde 2 strateji kullanılmaktadır.

1) İndüksiyonda kullanılan platin dışı 3. jenerasyon ajanların devam edilmesi;

2) İndüksiyonda kullanılan hedefe yönelik ajanın devam edilmesi. İndüksiyonda kullanılan platin dışı 3. jenerasyon ajanların devam edilmesi: İndüksiyonda kullanılan platin-dışı ajan ile devam edilmesinin araştırıldığı 3 çalışmada da, gemcitabine-platin kombinasyonun 4 kür verilmesi sonrası platin kesilmiş ve gemcitabine ile devam edilmesi, destek tedavisi ile karşılaştırılmıştır (2-4). İki çalışmada progresyonsuz sağkalım (PS)'in uzadığı görülmüştür (3, 4), fakat 3 çalışmada da genel sağkalım (GS) katkısı saptanmamıştır (2-4).

İndüksiyonda kullanılan hedefe yönelik ajanın devam edilmesi: Cetuximab veya bevacizumabın platin bazlı tedaviye eklenmesinin yararının araştırıldığı 4 çalışmada da, 4-6 kür kemoterapi sonrası progresyon yoksa kemoterapi kesilmiş ve bevacizumab/cetuximab ile progresyona kadar devam edilmiştir (5-8). Bu çalışmaların ikisinde hedefe yönelik ajanların kemoterapiye eklenmesinin GS'yi uzattığı gösterilmiştir (5-9). Fakat, bevacizumab/cetuximablı indüksiyon sonrası idame verilmeyen kol olmadığı için hedefe yönelik ajanın devam edilmesinin sağkalım üzerine etkisi bilinmemektedir. Günümüzde indüksiyonda bevacizumab veya cetuximab kullanılmışsa, 4-6 kür kemoterapi sonrası kemoterapinin kesilerek hedefe yönelik ajanla devam edilmesi standart yaklaşımdır.

3. Çapraz-direnç olmayan ajanlarla idame çalışmaları

Bu amaçla kullanılabilecek ajanlar:

- **Dosetaksel:** Birinci basamak kemoterapi sonrası idame olarak hemen kullanımı (erken kol) ile progresyonda (geç kol) 4 kür kullanımı karşılaştırılmış ve PS faydası gösterilmiştir (10). Geç kola randomize edilmiş olan hastaların ancak %62.8'i docetaksel alabilmiştir. İdame kolunda GS daha uzun olsa da (12.3 ay vs. 9.7 ay, P=0.0853), fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (10). Geç kola randomize edilmiş ve docetaksel alabilmiş hastalar ile erken kol karşılaştırıldığında ise GS'nin aynı olduğu (her 2 kolda da 12.5 ay) görülmüştür.
- **Pemetrekset:** JMEN çalışmasında, birinci basamak kemoterapi sonrası 4 kür pemetrekset verilmesinin skuamöz hücreli karsinomu olmayan hastalarda PS ve GS faydası gösterilmiştir (11).
- **Epidermal büyüme faktörü tirozin kinaz inhibitörü (EGFR TKI):** SATURN çalışmasında platin bazlı kemoterapi sonrası erlotinib ile idame tedavisi verilmesinin placeboya göre PS (12.3 hf vs 11.3 ay, HR: 0.71, P <0.0001) ve GS'yi (12 ay vs 11 ay, HR: 0.81, P=0.0088) artırdığı saptanmıştır (12). Bu etki tüm altgruplarda (histoloji, yaş, cinsiyet, EGFR aşırı ekspresyonu, EGFR mutasyonu, k-ras mutasyonu) görülmekle birlikte, EGFR mutasyonu erlotinib etkisini predikte eden tek moleküler faktör olarak saptanmıştır. EGFR mutasyonu olanlarda, erlotinib idamesi ile medyan PFS 44.6 haftadan 13 haftaya çıkmaktadır (HR: 0.10, P <0.0001).
- **EGFR TKI + bevacizumab:** ATLAS çalışmasında, birinci basamakta kemoterapi ile birlikte bevacizumab alan hastalar, bevacizumab veya bevacizumab+erlotinib idame tedavisine randomize edilmişlerdir (13). GS karşılaştırması için yeterli gücü olmayan çalışmada, bevacizumab+erlotinib ile PFS'de anlamlı artış (4.76 ay vs 3.75 ay, HR: 0.722, P =0.0012) sağlanmıştır.

İdame tedavi yerine progresyonda tedavi verilmesi bir seçenek olabilir mi?

Mevcut çalışmalarda en önemli sorun, plasebo kolundaki hastaların çoğunun progresyon sonrası çalışma kolundaki ilacı almaması/alamamasıdır. Bu sebeple idame tedavisinin, ilk progresyon belirtisinde ikinci basamak tedavi verilmesinden üstün olduğu gösterilememiştir. Bir tek Fidias ve arkadaşlarının birinci basamak tedavi sonrası erken veya geç docetaksel verilmesini karşılaştırdıkları çalışmalarında, progrese olan hastalardan genel durumu kemoterapi almaya uygun olanlarının hepsi (%62.8) docetaksel almıştır (10). Bu durumda geç kola randomize edilip dosetaksel alabilmiş hastalar ile erken kol karşılaştırıldığında GS'nin aynı olduğu görülmüştür. Bu durum, etkin ajanı idame olarak vermekle, progresyon gelişince vermek arasında GS farkı olmadığını göstermektedir. Fakat sorun, hastaların yakın takip edildiği randomize, prospektif çalışmalarda bile, progresyon gelişen hastaların yaklaşık %40-50'sinin, genel durumları sebebiyle ikinci basamak tedavi alamamalarıdır.

İdame tedaviden daha fazla yarar sağlayacak bir altgrup var mı?

İdame erlotinib ve pemetreksetin GS yararını gösteren SATURN ve JMEN çalışmalarında, indüksiyon tedavisine verilen yanıt açısından altgrup analizi yapıldığında, idame öncesinde alınmış olan yanıtın sağkalım üzerine etkili olduğu görülmüştür. Her iki çalışmada da birinci basamak tedavi sonrası yanıt alınmış olan hastalarda (tam veya kısmi yanıt) idame tedavi anlamlı GS yararı sağlamamaktayken, stabil hastalık elde edilmiş olanlarda GS faydası sağlamaktadır (14, 15).

Erlotinib idamesi, tüm altgruplarda GS yararı sağlasa da, EGFR etkisini predikte eden tek moleküler faktör EGFR mutasyonudur (12). EGFR mutasyonu olanlarda, erlotinib idamesi ile medyan PFS 13 haftadan 44.6 haftaya çıkmaktadır (HR: 0.10, P <0.0001). Sonuç olarak, birinci basamak tedavi sonrası stabil yanıt elde edilmiş olan tüm hastalarda idame tedavisi verilmesi düşünülmelidir. Birinci basamak tedavi sonrası tam veya kısmi yanıt alanlarda ise hasta bazında karar verilmelidir. Kemoterapi ile birlikte bevacizumab/setuksimab almış hastalarda 4-6 kür sonrası kemoterapi kesilerek bevacizumab/setuksimab devam edilebilir. Birinci basamakta yalnız kemoterapi almış olanlarda ise, OS faydası göstermiş olmaları sebebiyle pemetrexed (skuamöz hücreli karsinom dışındakilere) veya erlotinib verilmesi en uygun seçeneklerdir. Erlotinib tüm altgruplarda sağkalım faydası sağlasa da, en fazla yararın EGFR mutasyonu olanlarda olduğu unutulmamalıdır.

SONUÇ

İdame tedavisine gerek olmadığını düşünenler, progresyon gelişince ikinci basamak tedavi verilmesinin de benzer etki yaratacağını iddia etmektedir. Fakat kontrollü randomize çalışmalar idame tedavi ile yalnız progresyonsuz sağkalımın değil, aynı zamanda genel sağkalımında uzadığını göstermektedir. Progresyonun gelişmesini geciktirmenin ötesinde, yaşam süresini uzatması idame tedavinin önemini göstermektedir.

- Genel sağkalım yararı gösterilmiş olması sebebiyle pemetrexed veya erlotinib ile idame standart tedavi olarak kılavuzlara girmiştir.
- İdame kararı verirken dikkate alınması gereken çok sayıda faktör vardır:

- Birinci basamak tedaviye verilen yanıt: PS yararı tüm hastalarda görülmekle birlikte, altgrup analizlerinde GS yararı, birinci basamak tedavi sonrası stabil hastalık sağlananlarda, yanıt alınmış olan (tam yanıt/parsiyel yanıt) hastalara göre daha fazladır. Birinci basamak tedavi sonrası stabil hastalık elde edilen hastalarda hızlı progresyon görülme olasılığı ve hastaların ikinci basamak tedavi alamama olasılıkları daha yüksek olduğu için bu hastalara idame tedavi verilmelidir.
- Histoloji: Pemetrekset skuamöz hücreli karsinomda verilmemelidir.
- EGFR mutasyonu: EGFR mutasyonu olanlarda erlotinib ile sağkalım yararı daha fazladır.
- Hastanın performansı
- Hasta tercihi
- Tercih edilecek idame ajanları:
 - Non-skuamöz histoloji, EGFR mutasyonu (+): Erlotinib
 - Non-skuamöz histoloji, EGFR mutasyonu (-): Pemetrekset veya Erlotinib
 - Skuamöz histoloji: Erlotinib

DR. BAŞAK OYAN

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

K37

BESLENME VE KANSER: DOĞRULAR-YANLIŞLAR

Sigara dışındaki en önemli kanser nedeni diyet-kilo-fizik aktivite bileşenlerinden oluşan “yaşam biçimi” alışkanlıklarıdır. Şişmanlık, sebebi ne olursa olsun kanseri arttıran bir etmendir. Fazla kalori alınması ve şişmanlık, rahim, pankreas, safra yolları, barsak, böbrek ve meme kanseri riskini arttırmaktadır.

Şişmanlığın önlenmesi sağlıklı beslenme ve fizik aktivite ile olur. Kanser ve diğer hastalıkları engelleyen fiziksel aktivitelere küçük yaşta başlanması en büyük faydayı vermektedir ancak yine de her yaşta egzersiz yapmanın faydalı olduğu ispatlanmıştır.

Amerikan Kanser Derneğinin önerileri şöyledir:

- 1) Başta bitkisel kaynaklı olmak üzere sağlıklı besinler tüketiniz:
 - * Her gün 5 veya daha fazla porsiyon sebze ve meyve çeşitlerinden yiyiniz
 - * İşlenmiş (rafine) tahıllar ve şekerler yerine, ham tahılları tercih ediniz
 - * Kırmızı etin, özellikle yağlı ve işlenmiş olanların, tüketimini kısıtlayınız.
 - * Sağlıklı kiloyu korumaya yardımcı olacak besinleri seçiniz
- 2) Fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzı benimseyiniz.
 - * Yetişkinler haftanın 5 ya da daha fazla günü 30 dakika ya da daha fazla orta derecede aktivitede bulunmalıdır.
- 3) Yaşam boyu sağlıklı kiloyu koruyunuz.
 - * Kalori alımını fiziksel aktiviteye göre dengeleyiniz.
 - * Son zamanlarda fazla kilolu ya da şişman iseniz kilo veriniz.
- 4) Alkollü içeceklerin tüketimini sınırlayınız.

Bu önerilere bir kelime eklemek ya da çıkarmak mümkün değildir.

PROF. DR. İSMAİL ÇELİK
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANI

K38

D Vitamini ve Kanser

D vitaminin temel etkisi kemik gelişimidir. İmmün sisteminin gelişimini sağlamanın yanında kanser ve kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu etkisi vardır. Vit. D ve analoglarının invitro ve hayvan deneylerinde kanseri önleyebildiği gösterilmiştir. İnsanlarda D vitaminin temel kaynağı deri yoluyla alınan UVB ışınlarıdır, küçük miktarda ise diet ve supplementler ile alınmaktadır. D3 vit. vücutta iki metabolik yol ile aktive olmaktadır. 1. basamakta, karaciğer rol oynamaktadır ve burada D vit. major sirküle olan metaboliti 25-OHD3 e dönüşür. 2. basamakta ise sirküle olan 25- OHD3 böbrekte D vitaminin aktif metaboliti olan 1 α ,25-(OH) $_2$ D3 e dönüşür. Diğer biyolojik aktif metabolit 1,25-(OH) $_2$ D3 ise barsaklar, kemik,meme ve diğer dokulardaki D vit. reseptörlerine (VDR) bağlanır. VDR aktivasyonu kanda Ca ve fosfor düzeylerinin kontrolünü sağlamaktadır. Bunun dışında VDR nin hücre proliferasyonunu inhibe ettiği, apoptozu ve diferansiyasyonu ise aktive ettiği gösterilmiştir.D vitaminin kansere karşı koruyucu etkisinin Growth –factor sinyali ve TGF- β -SMAD sinyali gibi birkaç mekanizma ile olduğu belirtilmektedir. Uzun süreli prospektif çalışmalarda, D vitaminin düşük düzeyleri ile birçok kanser türünün gelişimi arasında bir ilişki saptanmıştır. WHO çalışma grubu tarafından yapılan analizlerin tekrar değerlendirilmesinde, düşük D vitamini düzeyi ile en yüksek risk ilişkisinin kolorektal kanserlerde olduğu saptanmıştır . 9 çalışmanın metaanalizinde de bu bulgular desteklenmiştir. Bu meatanalizdeki çalışmalardan birinde , serum 25OH D vitaminin konsantrasyonundaki her 4 ng/mL (10 nmol/L) lik artışın, kolorektal kanser riskinde %6 oranında azalma sağladığı saptanmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarını desteklemeyen bazı çalışmalarda D vitamini düzeyi ile kolon kanseri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hatta bazı çalışmalar, yüksek serum 25OHD vitamini düzeylerinin pankreas kanseri riskinde artmaya neden olduğunu göstermiştir. Mevcut veriler kanser önlenmesinde veya tedavisinde yüksek doz D vit. kullanımını desteklemek için yetersizdir.

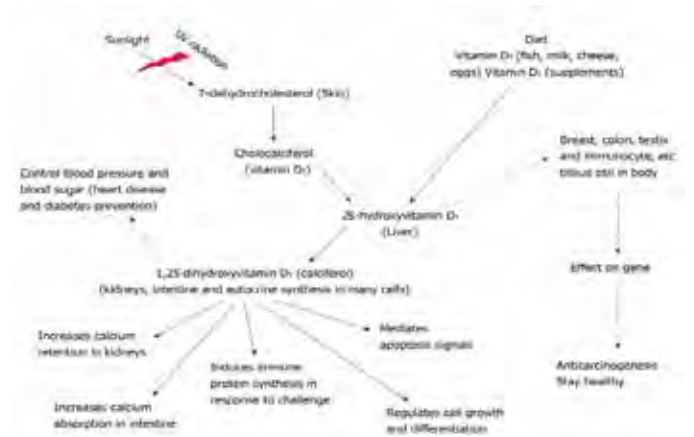


FIG.1 : ÇEŞİTLİ DOKULARDA D VİT. ETKİ MEKANİZMASI.
DR. İŞİL SOMALI

PANEL - Kanser Kontrolü

K39

Küresel Kanser Kontrolü

Hiç şüphesiz kanser kontrolünde en güncel olay 19-20 Eylül 2011 tarihinde Amerika Birleşik Devletleri- New York'ta Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda "Bulaşıcı olmayan Hastalıkların" genel kurul gündemine alınmasıdır. Bu bir anlamda acaba Birleşmiş Milletler Topluluğu Kanser ve Kronik hastalıklara savaş mı ilan ediyor? sorusunu sordurmaktadır. Bu üst düzey toplantıya 34 devlet başkanı katılmış, 133 üye ülke konuşmalarında konunun önemini dile getiren konuşmalar yapmış, Birleşmiş Milletler Başkanı Ban-ki Moon, Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Margaret Chan konuşmuş, Genel Kurul'daki bu üst düzey konuşmaların yanı sıra, aynı hafta içinde Birleşmiş Milletler binasında ve New York'ta 40 paralel toplantı düzenlenmiş ve Birleşmiş Milletler bir rezolüsyonu kabul etmiştir. Konu 1000 kadar yayın organında yer almıştır. Türkiye Cumhuriyeti'de buraya Sağlık Bakanlığı .Kanser Savaş Daire Başkanlığını nezdinde bir heyet göndermiştir. Neden bu konu birden bire gündemde öne çıkmıştır? Hayır aslında birden bire çıkan bir konu değildir! Birleşmiş Milletler Teşkilatı 2010 Mayıs ayındaki zirvesinde "Bulaşıcı olmayan hastalıklarla" mücadeleye dair bir rezolüsyonu oy birliğiyle kabul etmiş ve bu konuda Eylül 2011 yılında düzenlenecek olan Birleşmiş Milletler Toplantısına tüm üye ülkelerin Devlet Başkanlarını davet etmeyi bir yıl önceden planlamış ve kronik hastalıklarla ilgili yeni bir planı işaret etmiştir. Bu doğrultuda Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü (UICC), Uluslararası Diyabet Federasyonu, Dünya Kalp Cemiyeti, Uluslar arası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları Cemiyetleri ortak bir platform oluşturmuşlardır ("Non-Communicable Disease, NCD Alliance"). Bu gün bu platform tüm dünya'dan 2000'in üzerinde sivil toplum örgütünü temsil etmektedir Birleşmiş Milletler 2001'de AIDS konusunu gündeme aldığından bu güne ilk kez bir sağlık konusunu gündeme almıştır. Neden almıştır? Çünkü, her yıl bulaşıcı olmayan hastalıklardan 36 milyon kişi ölmektedir. Bu tüm ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. Önümüzdeki 20 yıl boyunca "Bulaşıcı olmayan hastalıkların" dünya ya maliyeti 47 trilyon USD olarak öngörülmektedir. Yani konunun bir insani boyutu vardır: Ölümlerin giderek artarak inanılmaz sayılara ulaşması. Diğeri ise yukarıda da belirtildiği gibi ekonomik boyutu: konu giderek öyle bir hale gelmektedir ki, dünya'nın hiçbir ekonomisi bu maliyeti karşılayamayacak hale gelmektedir. Bu rezolüsyonun Birleşmiş Milletler'de kabul edilmesi önemlidir. Maalesef bu rezolüsyonun kabulüne rağmen, Birleşmiş Milletler bu konuda "Hedefler" koyamamış, "Göstergeler" saptayamamıştır. Ancak buna rağmen sevindiricidir ki 2013 ve 2014 yıllarında bu konuda gelişmeler yaşanacaktır. Dünya Kanser Kontrol Örgütü (UICC)'nin de içinde bulunduğu platform 11 maddeden oluşan "Dünya Kanser Bildirgesi"nde konulan hedefleri savunmakta ve bu konuda faaliyet göstermektedir. 18 Kasım 2011'de Dublin'de "Dünya Kanser Liderler Zirvesi" gerçekleşmiştir. 2015 yılında yeniden gözden geçirilecek olan "Bin yıl Hedefleri" kapsamına kanserin de alınması bir zorunluluk olmuştur. Bu açıdan sivil örgütler faaliyetlerini yoğunlaştırmalıdır.

Dünya'da bu gelişmeler yaşanırken Avrupa Birliği'de 2009 yılında "European Partnership for Action Against Cancer" başlığı altında 2013 yılına kadar sürecek olan bir program başlatmıştır. Bu program ile Avrupa'da 2020'ye kadar yeni kanser vakalarının %15 azaltılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla Avrupa Birliği sivil

ve resmi kurumlarla işbirliği içinde çalışmalarını yürütmektedir. Kanser tüm Dünya'da artmaya ve can almaya devam etmektedir. Her yıl dünyada 12.7 milyon insan kansere yakalanmaktadır. Yedi milyon altı yüz bin insan ise kanserden ölmektedir. Dünyada şu an 25 milyon kanserli insanın bulunduğu tahmin edilmektedir. Böyle giderse 2030 yılında her yıl kanserden ölenlerin sayısı 7.6 milyondan 13 milyona yükselecektir. Her yıl görülen yeni kanser vakalarının sayısı ise %50 artışla 12.7 milyondan 21.4 milyona yükselecektir. Tüm kanser ölümlerinin %63'ü gelişmekte olan ülkelerde beklenmektedir. Bunda en önemli neden mevcut tütün kullanımı ve sağlıksız yaşam tarzıdır. Tüm kanser ölümlerinin %43'ü tütün, diyet ve enfeksiyonlarla ilişkilidir. Ülkemizde de her yıl en az 150000-200000 kişinin kansere yakalandığı öngörülmektedir. Tütün tüm kanser ölümlerinin %30'undan sorumludur. Dünya Sağlık teşkilatının başlattığı "Tütün Çerçeve anlaşması" ülkemizde de uygulanmış, 19 Mayıs 2008'da kapalı alanlarda ve kamusal alanlarda tütün yasakları başlamıştır, 19 Temmuz 2009'da ise lokanta, kahvehane ve kafe gibi alanlarda da yasaklar uygulanmaya koyulmuş Türkiye bu alanda en önde gelen ülkelere göre bir durumuna gelmiştir. Bu yasakları desteklemek ve tütün kullanımını kontrol etmek konusunda herkese büyük sorumluluk düşmektedir. Obezite oranı birçok gelişmiş ülkede %25'leri aşmıştır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktive tavsiyelerine hız kazandırmamız gerekmektedir. Ülkemizde de 2008 yılında Ulusal Kanser Kontrol Programının hazırlanmış olması sevindiricidir. Kanser Taramalarının ülkemizde yaygınlaştırılması için devletin attığı adımların yanı sıra, insanlarımızın bilinçlendirilmesi için yine herkese büyük görevler düşmektedir.

ABD'de her üç kadından biri, her iki erkekten birisi yaşam boyu kansere yakalanmaktadır. Kadınlarda ilk üç sırayı meme, akciğer ve bronş, kolon ve rektum kanserleri; erkeklerde ise prostat, akciğer, kolon ve rektum almaktadır. Bu sıralama önceki yıla göre değişmemiştir. ABD'de çocuk kanserleri 1-14 yaş grubunda %12.2 ile ikinci en sık ölüm olmaya devam etmektedir. Yaşam hızları ise 2009 yılında yayınlanan verilere göre erişkinlerde %68'lere ulaşmış, çocuklarda ise %80'leri aşmaya başlamıştır. Uzun zamandan beri IARC'ın Globocan 2002 verileri kullanılırken, bu yıl içinde Globocan 2008 rakamları IARC tarafından açıklanmıştır. Buna göre erkeklerde ilk üç sırayı akciğer, prostat ve kolorektal; kadınlarda ise ilk üç sırayı meme, serviks uteri ve kolorektal kanserler almaktadır. Bu verilere göre ülkemizde sık görülen kanserler erkeklerde akciğer, mide, mesane; kadınlarda meme, kolorektal, mide kanserleri olarak bildirilmektedir. Yine Globocan 2008 verilerine göre en sık kanser ölümleri erkeklerde akciğer, mide, prostat; kadınlarda meme, mide ve kolorektal kanserleridir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri kanser kayıtlarındaki eksikliğinin farkına vararak 2002 yılından itibaren her üç hastanesinden de kanser kayıtlarını düzenli olarak toplamaya başlamış ve 2005 yılından itibaren bu sistemi elektronik ortama taşımıştır. 2001 yılında yıllık 210 olan bildirim sayısı, 2002'de 1111 vaka, 2003'de 2674, 2004'de 3026 vaka, 2005'de 4147 vaka, 2006'da 4741 vakaya ulaşmış olup, Hacettepe Hastanelerine başvuran yeni kanser vakası sayısı 2007 yılında 4636, 2008 yılında 5202, 2009 yılında 4990, 2010 yılında 5084 olarak gerçekleşmiştir. Hacettepe Hastanelerine başvuran kanser vakalarında ilk sıraları erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal, kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal kanserler almaktadır. Çocuklarda ise Lenfomalar ve sinir sistemi tümörleri ilk sırayı almaktadır.

Kanserden ölüm hızları gelişmiş ülkelerde son yıllarda alınan tedbirlerle azalma eğilimine girmiştir. Etkin kanser kontrol programlarının gerek Dünya’da gerekse Ülkemizde uygulanması gerekmektedir, ayrıca Uluslararası Kanser Savaş Örgütü iki yılda bir gözden geçirerek tekrar yayınladığı Dünya Kanser Bildirgesinde belirtilen hedeflere yönelik olarak çalışmalar sürdürülmektedir.

PROF. DR. M. TEZER KUTLUK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ ÖĞRETİM ÜYESİ; TÜRK KANSER ARAŞTIRMA VE SAVAŞ KURUMU DERNEĞİ GENEL BAŞKANI; ULUSLAR ARASI KANSER KONTROL ÖRGÜTÜ (UICC) YÖNETİM KURULU ÜYESİ; AVRUPA KANSER CEMİYETLERİ ÖNCEKİ BAŞKANI

K40

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ DESTEK PROGRAMI

Türkiye Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı, 17 Ocak 2011 tarihinde Bakanlar Kurulunun 2011/1333 sayılı kararı ile başlamış olup, müteakiben, halka yönelik olarak; Alo 171 Tütün Danışma hattı hizmete geçmiş ve basın açıklamalarıyla programın tanıtımı gerçekleştirilmiştir. Gönüllülere temin edilecek olan ilaçlara yönelik olarak; satın alma, muayene kabul ve depolama süreçleri tanımlanmış ve T.C. Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü arasında iş bölümleri belirlenmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. İsmail Çelik koordinatörlüğünde yürütülen “T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı”na ülke çapında her ilde en az bir merkez olmak kaydı ile 227 sigara bırakma merkezinde görevli yaklaşık 400 civarında hekim ve 650 civarında yardımcı sağlık personeli ekibi dahil edilmiştir. Mart 2011’de başlanılan olan program kapsamında, Aralık 2011 tarihi itibarıyla 164,733 kişiye toplam 247,435 kutu ilaç desteğinde bulunulmuştur.

Programın sonuçları Sağlık Bakanlığınca değerlendirilmeye alınmış bulunmaktadır. Dünyanın en geniş kapsamlı toplum tabanlı sigara bırakma müdahale projesi olan bu program başarılı sonuçları ile dünyaya örnek olacak bir başarıya imza atmayı hedeflemektedir.

PROF. DR. İSMAİL ÇELİK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

K41

Türkiye’de Kanser Kontrol Çalışmaları

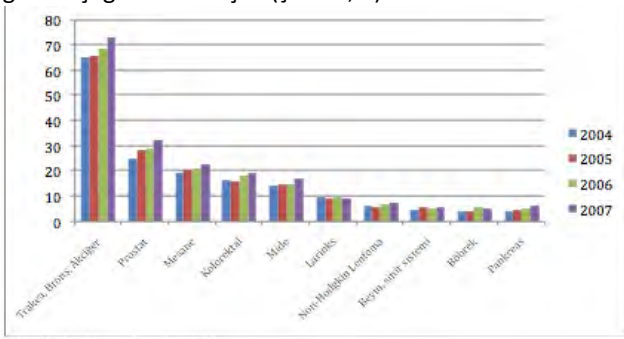
Kanserle Savaş Dairesi olarak Türkiye’de Kanserın Kontrol altına alınması için 2009-2015 yılları arasında kapsayan bir ulusal kanser kontrol programı yayınlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü yetkilileri ile işbirliği içerisinde yürütülen bu programın 5 ana başlığı vardır ve bu başlıklarda gerçekleştirilen ilerlemeler aşağıdadır;

1) Kanser Kayıtlılığı:

Kanser kaydında daha önce etkili olmadığı bilinen pasif kanser kayıtlılığı yerine aktif kanser kayıt merkezleri oluşturdu ve kanser insidanslarında 2002’den itibaren ciddi düzelmeler elde edilmiştir.

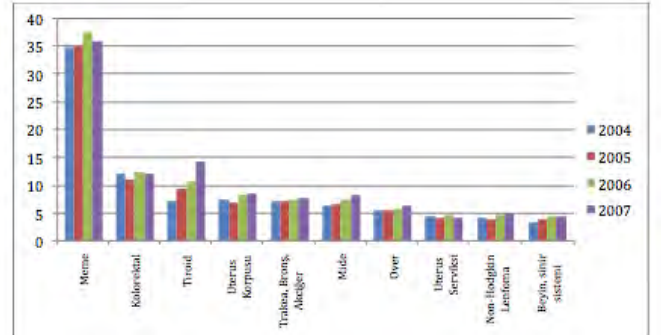
Sekiz ilde kurduğumuz aktif kanser kayıt merkezi sayımız, 2012 itibarı ile 11’e çıktı. Böylece tüm nüfusun yaklaşık %25’i kanser gelişimi açısından aktif takibe alınmış oldu. Bu kapsama alanı ile Türkiye aktif kanser kayıtlılığında bölgesinde ve dünyada önemli bir ülke haline geldi. İki merkezimiz (İzmir ve Antalya) Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslar arası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) tarafınca da akredite oldu ve veriler 5 Kıtada Kanser İnsidansı kitabında yayınlandı. Kanser verilerimizin kalitesi her yıl rutin değerlendirmeye alındı ve uluslar arası standartlara yükseltildi. Kanser sıklığımız, Avrupa ve dünyanın gelişmiş pek çok ülkesi ile karşılaştırıldığında belirgin seviyelerde bir artış göstermektedir. Ülkemizin değişik bölgeleri arasında da kanser sıklığı açısından bir fark yoktur (Şekil 1,2,3).

Ülkemiz kanser harcamaları açısından Avrupa Birliği ülkeleri arasında en fazla harcama yapan altı ülkeden birisidir. Yapmış olduğumuz bir çalışmanın sonucuna göre Ulusal Kanser Kontrol Programında uygulanması gereken önlemlerin tam olarak uygulanmaması ülkemizin kanser insidansı ve kanser tedavi masraflarını tolere edilebilir sınırların üzerine çıkaracaktır. Bu nedenle ulusal kanser kontrol programındaki önlemleri hızla aldık ve uyguluyoruz. Türkiye 2004-2007 kanser verileri dağılımı aşağıda verilmiştir. (Şekil 1, 2)



Şekil 1: Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Erkek, Türkiye

*Yüz binde, Dünya Standart Nüfusu



Şekil 2: Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Kadın, Türkiye

*Yüz binde, Dünya Standart Nüfusu

Kanserden Korunma:

Kanserden konusunda en etkin kontrol politikası birincil korunmadır, yani kanser yapıcı etkenin ortadan kaldırılmasıdır. Bu kapsamda Bakanlığımızın ülke çapında ve bölgesel bazda yürüttüğü çalışmalar şunlardır;

a) Ülke Çapında Kanserden Korunma Aktiviteleri:

Ülkemiz kapalı alanlarda sigara kullanımı ve tütün kontrolüne yönelik çalışmalar neticesinde Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği MPOWER stratejisini en iyi ve en önde uygulayan ülkelerden biri oldu.

2011 yılında tütünle mücadele konusunda Bakanlığımızın gerçekleştirdiği önemli bir aktivite sigara bırakırma üniteleri ve sigara bırakırma tedavilerinin bakanlığımızca karşılanmaya başlanmış olmasıdır. Ülkemizin her ilinde en az bir tane olan KETEM’lerde (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) sigara bırakırma poliklinikleri kuruldu, hekimlerin sertifikalı eğitimleri tamamlandı ve danışmanlık dışında başvuran vatandaşlarımıza ücretsiz sigara bırakırma ilaçları sağlandı. Yaklaşık 170.000 kişiye ücretsiz olarak sigara bırakırma tedavisinde kullanılan ilaçlar ücretsiz olarak verildi.

Ülkemiz için önemli bir diğer sorunda obesitedir. Ne yazık ki, aşırı kiloluluk oranları açısından DSÖ verilerine göre Türkiye Avrupa ülkeleri arasında ön sıralarda gelmektedir. Bu kapsamda tüm KETEM’lerde **obesite taramaları** başlatıldı. 2011 yılı içerisinde ise Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı başlatılmıştır.

Son yıllarda önemli oranda tartışılan bir diğer konuda elektromanyetik dalgalar, cep telefonları ve baz istasyonlarıdır. Vatandaşlarımızın bu konudaki tereddütlerine son vermek üzere 5 bakanlık işbirliği içerisinde bir yönetmelik çıkarıldı, ayrıca halkımıza en doğru bilgilerin kısa sürede ulaştırılabilmesi için Bakanlığımız bünyesinde bir **elektromanyetik dalgalar danışma kurulu** oluşturuldu.

b) Bölgesel ve Bilimsel Faaliyetler:

Ülke çapında kanser kontrol aktiviteleri ile beraber, bölgesel düzeyde de **Kocaeli Dilovası Kanser Takip Çalışmaları, Doğu Karadeniz Çernobil Sonrası Kanser Araştırmaları, Nevşehir**

Mezotelyoma Erken Tanı Çalışmaları, Türkiye Sularında Ağır Metal Birikimi Araştırmaları, Biberonlarda Bifosfenol Araştırılması, Mide Kanserlerinin Erken Teşhisine Yönelik Araştırmalar ve Onkogram Geliştirilmesi gibi kanser kontrol aktiviteleri hem bilimsel hem de kurumsal olarak devam etmektedir.

2) **Kanser Erken Teşhis ve Tarama:**

İlk olarak 2004 yılında kanser taramaları yapmak üzere KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) isminde 11 tane merkez açıldı. Bu merkezlerin sayısı her geçen gün artarak 124'e kadar yükseldi. Artık her ilimizde en az bir adet KETEM var ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile KETEM sayıları 2015 yılına kadar 280'e çıkarılacaktır. Bu merkezlerde özel eğitim görmüş hekim, hemşire ve ebeler halka üst düzeyde güler yüzlü hizmet vermek için çalışır. Birincil amaçları sağlıklı bireylerin kanserden korunmasıdır. KETEM'lerdeki tüm hizmetler sosyal güvencesi olsun veya olmasın her vatandaşımıza ücretsiz olarak yapılır. KETEM'lerde öncelikle kanser konusunda farkındalık eğitimleri yapılır. Bu konuda tüm sağlık ve kamu personeli başta olmak üzere halk ve toplum liderlerine sürekli eğitimler düzenlenir. Bu eğitimlerin sayesinde halk arasında 2006 yılında kanser konusunda %2'ler oranında olan doğru bilgi oranı 2010 yılında %30'lar seviyesine yükseltilmiştir. KETEM'lerin çok önemli diğer bir görevi toplum tabanlı meme, servikal ve kolorektal kanser taramaları yapmaktır. Bu taramalarda **Avrupa Birliği Kalite Standartlarını** uygulayarak, Avrupa'nın birçok ülkesinden daha iyi duruma yükselmeyi başardık. 2012 yılında aile hekimliğine entegrasyonla beraber KETEM'ler kanser taramalarında **dünyada en hızlı toplum kapsama hızına** ulaşması hedeflendi. KETEM'lerin son üstlendiği görev ise personelin bu konudaki eğitimi ile birlikte sigara bıraktırma konusunda aktif hizmet vermek oldu. Her KETEM birde sigara bıraktırma polikliniği kurarak bu konuda hizmet vermeye başladı. KETEM'lerle ilgili her tür bilgiye "www.ketem.org" sayfasından ulaşabilirsiniz.

4) **Kanser Tedavisi ve Palyatif Bakım:**

Sağlık Bakanlığı olarak tüm birimlerin işbirliği ile kanser tedavisine yönelik detaylı planlamalar yapıldı. Bu kapsamda önümüzdeki 10 yıl için yapılacak **Onkoloji Vizyon Çalışması** içerisinde belirtildi. Ülkemizde **kanserli hastaların tüm tedavileri ücretsiz yapılmaktadır**. Artık ülkemizde kanser tedavisi konusunda gelişmiş ülkelerde mevcut her türlü modern ve üst düzey imkan mevcuttur ve artık kanser tedavisi için yurt dışına gidilmesi gereksizdir.

Palyatif bakım konusunda da son yılda ciddi atılımlarda bulunuldu. Kişi başı morfin tüketim oranlarımız diğer ülkelerden çok gerilerde bulunmakta idi. Halkımızın da gelişmiş ülkelerdeki gibi bu hızlı etkili ve palyatif bakımın olmasa olmazı olan morfinlere ulaşabilmeleri için merkezi olarak **uluslar arası morfin ithalatı** ihalesi başlatıldı.

Yıllardır ülkemizde birinci basamakta palyatif bakım hizmetleri göz ardı edilmişti. **Palya-Türk** adı verilen yeni başlayan uluslar arası bir projemiz bugün pek çok yabancı kurum tarafınca ilgi ile takip edilmektedir. 2009 yılında **evde bakım** üniteleri ile başlayan bu proje, 2012 yılında **aile hekimliğinin** entegrasyonu ile devam edecektir. 2011 yılında yapılacak olan sertifikalı

palyatif bakım kurslarının programı oluşturuldu ve standart eğitim setleri hazırlandı.

5) **Hasta Savunuculuğu, Eğitim ve Farkındalık Programları:**

Hasta haklarına 2002 yılından sonra ciddi bir önem verildi. Bakanlığımız desteği ile 24 kanserli hasta ve hasta yakınları derneği bir araya gelerek bir federasyon haline gelmesine yardımcı olduk. Kansere Karşı El Ele Federasyonu adında çalışan bu kuruluştan bir yetkili, Bakanlığımız Kanser Danışma Kurulu içerisine entegre ettik ve böylece kanser hastaları her türlü sıkıntılarını direkt olarak Bakanlık yetkililerine iletme imkanına kavuşmuş oldu. Bu şekilde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hastalar aktif rol alır hale getirildi. Bunun yanı sıra, Sayın Bakanımızın da iştirakleri ile, yurdun dört bir köşesinde "**Hasta Okulları**" adı verilen yüze yakın eğitim yaptık. Bu eğitimlerde kanser hastaları ve onların yakınları; Kanser Nedir? Kanserde Nasıl Beslenmelidir? Kemoterapi Nedir? gibi aklılarındaki yüzlerce sorunun cevabını işin uzmanlarından öğrenme şansına sahip oldular.

Farkındalık çalışmalarımızda sağlıkta dönüşüm programına paralel olarak önemli bir artış sağladık. "**Farkındayız, kanseri yeneceğiz**" sloganı ile bir yıldır yürütmekte olduğumuz ulusal farkındalık çalışması tüm yurttaki geniş ses getirdi. Halkımızın kanserler konusunda merak ettiği tüm sorulara yanıt bulabileceği "**www.kansernedir.net**" isimli bir web sitesi kurduk.

Farkındalık çalışmalarımız uluslararası platformlarda da devam etti. Türkiye 2009-2010 yılında **Asya Pasifik Kanser Önleme Derneği Başkanlığı(APOCP)** yürüttük. Aynı yıl içerisinde **Dünya Kanser Örgütü (UICC)**'nin resmi üyesi olduk. 2011 yılında **Uluslar arası Kanser Araştırmaları Derneğinin (IARC)** 21.üyesi olduk. Bu üyelik sonrası Türkiye'nin **IARC'ın Doğu Avrupa Bölgesinde Araştırma Merkezi** olabilmesi için temaları tamamladık. 2008 yılında **Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) başkanlığı** ve 2010 yılında da **Karadeniz Ülkeleri Meme ve Servikal Kanser Önleme Konsorsiyumu Eş Başkanlığı** görevi yürüttük.

Asya pasifik ülkelerinde yürüyen kanser problemleri ve kanser kontrol aktivitelerinin anlatıldığı **Uluslar arası Kanser Önleme Kitabı 2010'u** yayınladık. Kanser konulu birçok kitabın tercümesini yaptık ve yayınladık.

Kanserle Savaş Dairesi olarak onkoloji alanında hizmet veren onkoloji uzmanları ile beraber temel sağlık hizmetlerinde danışmanlık hizmetleri veren ve tarama programlarını yürüten birinci basamak hekim ve hemşirelerimizin eğitimlerine de önem verdik. Bu anlamda hekimlere eğitim ve iletişim becerileri kursları, pratik uygulama kursları, kolposkopi kursları, kanser önleme, beslenme ve kanser ilişkisi, sigara bıraktırma tedavileri gibi pek çok farklı konuda düzenli olarak eğitimler düzenledik. Kanserle Savaş Dairesinin her türlü faaliyetini "www.kanser.gov.tr" adresinden izleyebilirsiniz.

DR. NEJAT ÖZGÜL
BAŞKAN
SAĞLIK BAKANLIĞI
KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ

PANEL - Kemik ve Yumuşak Doku Sarkomları

K42

RABDOMYOSARKOM

Çocukluk çağı yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %50'sini rabdomyosarkom (RMS) oluşturur. Yirmi yaş altında insidansı milyonda 4-5 olarak bildirilmiştir. Çocuklarda ekstrakranial solid tümörler arasında nöroblastom ve Wilms tümöründen sonra 3. sırada yer almaktadır. SEER kayıtlarında çocukluk çağı kanserlerinin %7'sini yumuşak doku sarkomları, %3'ünü rabdomyosarkomlar oluşturmaktadır. Ülkemizde tüm çocukluk çağı kanserlerinin %6.5'ünü rabdomyosarkomlar ve diğer yumuşak doku sarkomları oluşturduğu belirlenmiştir. İnsidansı erkeklerde kızlardan biraz daha yüksektir (erkek/kız: 1.4/1). Adölesanda ve 1-5 yaş arasında olmak üzere iki dönemde daha sık görülür. Erişkinlerde oldukça nadirdir. Onbeş yaş üstünde yumuşak doku sarkomlarının %2'sini RMS oluşturur. Beckwith Wideman sendromu, Li Fraumeni sendromu, neurofibromatozis tip-I, Costello sendromunda rabdomyosarkom görülme riski artmaktadır. Embriyonal RMS'larda bir tümör supresör gen olan 11p15'de heterozygositte kaybı (LOH) saptanmıştır. Bu bölgedeki tümör supresör genin kaybı IGF-2'nin aşırı üretimi ile sonuçlanmaktadır. Alveolar RMS'da t(13 q14; 2q35) ve t(13q14;1p36) ile FKHR geninin PAX3 veya PAX7 gen bölgesine translokasyonu sonucu ortaya çıkan füzyon proteini, PAX transkripsiyon faktörünün aktivasyonuna neden olur. Ayrıca embriyonal RMS olgularının % 35'inde N-ras onkogeninde aktivasyon bildirilmiştir.

Rabdomyosarkom çizgili kas hücrelerinden kaynaklanır. İmmunhistokimyasal olarak aktin, demsin, myosin, myoglobin, Z-bant protein, MyoD gibi çizgili kas antijenleri pozitif bulunabilir. Histolojik olarak olarak 4 alt grubu tanımlanmıştır: embriyonal (%60), alveolar (%20), pleomorfik (% 5) ve undiferansiye (%5) tipler. Embriyonal rabdomyosarkomun (ERMS) hücre kökeni 7-10 haftalardaki fetal çizgili kas hücresine karşılık gelmektedir. Orta derece yoğunluktaki hücresel stromada hiperkromatik nükleuslu, iğsi hücrelerden oluşur. Daha çok baş-boyun, genitoüriner sistem, ve abdominal yerleşimli; erken çocukluk döneminde görülen RMS'lar embriyonal tiptedir. Embriyonal RMS'ın %5-10'u botroid alt tipte olup prognozu daha iyidir. Botroid RMS bol gevşek mikroid stroma içinde iğsi eozinofilik sitoplazmalı, çapraz çizgilenme içermeyen hücrelerden oluşur. Morfolojik olarak üzüm salkımı şeklinde olup özellikle vajina, uterus, mesane, dış kulak yolu gibi lümenli organlarda görülür. Alveolar tip (ARMS) adölesanlarda ve genç erişkinde, daha çok ekstremiteler ve gövde lokalizasyonunda görülür. Hücre kökeni fetal 10-21. haftalardaki çizgili kas dokusuna karşılık gelmektedir. Pleomorfik ve undiferansiye tipler daha çok erişkinde görülür, erişkin RMS'larının yaklaşık %40'ı pleomorfik tiptedir. Bu son üç alt grubun prognozu daha kötüdür.

Lokalizasyona göre değişmekle birlikte klinik olarak en sık rastlanan bulgu ağrısız kitledir. Tümör hastaların % 40'ında baş-boyunda (%9 orbita, %25 parameningeal), %20'sinde genitoüriner sistem (14% paratestiküler, %10 mesane-prostat, %5 vajina uterus), %20'sinde ekstremiteler ve 10%'unda gövdeden yerleşmiştir. Erişkin yaşta RMS sıklıkla ekstremiteler ve baş boyun bölgesinde görülür. Olguların %15-20'sinde tanıda metastatik hastalık saptanmaktadır. Erişkin hastalarda ise bu oran %30-45'e ulaşmaktadır. Akciğerler (%40), lenf nodları (%30), kemik iliği (%30) ve kemik (%27) en sık metastaz

saptanan bölgelerdir. Bölgesel lenf nodu metastazı ekstremiteler ve paratestiküler tümörlerde %50 'e ulaşırken baş boyun bölgesinde sadece %5 olguda görülür.

Evrelemede Avrupa grubu TNM sistemini tercih etmektedir. Kuzey Amerika Çocuk Onkoloji Grubu (COG) ise İntergrup Rabdomyosarkom Çalışma Grubu (IRSG) tarafından geliştirilen iki sistemi birlikte kullanmaktadır. Bu iki sistemden ilki tümör lokalizasyonunun da dahil edildiği COG-TNM sistemi (Tablo-I), ikincisi cerrahi rezeksiyon sonrası yapılan klinik gruplamadır (Tablo-II). Tedavi planı yapılırken bu iki evreleme birlikte göz önünde bulundurulmalıdır. Primer bölgeyi değerlendirmek için tomografi (CT) ve MRG, metastaz taraması için kemik sintigrafisi, toraks CT önerilmektedir. PET özellikle lenf nodu metastazlarını saptamada değerli olmakla birlikte henüz evrelemede rutin olarak kullanılmamaktadır. Tümörün lokalizasyonu, boyutu, histopatolojik tipi, evresi ve cerrahi çıkarılabilirliği en önemli prognostik faktörlerdir. On yaş üstü ve 1 yaş altında prognoz daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo III).

TABLO-I. COG-TNM Evreleme Sistemi

Evre I. İyi riskli bölgelerde (orbita, nonparameningeal baş boyun, prostat ve mesane dışı genitoüriner)
T1/ T2 a veya b; N0 veya N1 veya Nx; M0
Evre II. Kötü riskli bölgelerde (parameningeal bölge, ekstremiteler, gövde, retroperiton, mesane, prostat)
T1/T2 a; N0 veya Nx; M0
Evre III. Kötü riskli bölgelerde (parameningeal bölge, ekstremiteler, gövde, retroperiton, mesane, prostat)
T1/T2 a; N0 veya Nx; M0 veya T1/T2 b; N0 veya N1 veya Nx; M0
Evre IV. Tüm bölgeler T1/T2 a veya b; N0 veya N1; M1
T1: Köken aldığı anatomik bölgeye sınırlı a: tümör çapı ≤ 5 cm T2: Çevre dokuya infiltrasyon b: tümör çapı > 5 cm N0: Bölgesel lenf nodu metastazı klinik olarak (-) N1: Bölgesel lenf nodu metastazı klinik olarak (+)
Nx: Bölgesel lenf nodu metastazı varlığı bilinmiyor M0: Uzak metastaz klinik olarak (-) M1: Uzak metastaz klinik olarak (+) Mx: Uzak metastaz varlığı bilinmiyor

TABLO-II. IRS- Cerrahi Sonrası Klinik Gruplama

Grup I. Rezidü yok

IA. Köken aldığı anatomik bölgeye sınırlı tümör tümüyle rezeke edilmiş

IB. Çevre dokuya infiltrat tümör tümüyle rezeke edilmiş

Grup II. Mikroskopik rezidü

II.A Cerrahi sınır (+), lenf nod (-)

II.B Cerrahi sınır (-), lenf nod (+)

II.C Cerrahi sınır (+), lenf nod (+)

Grup III. Makroskopik rezidü

III.A Sadece biyopsi

III.B tümörün %50'den fazlası rezeke

Grup IV. Uzak metastaz

TABLO-III. Rabdomyosarkomda Prognostik Sınıflama

RİSK	Prognoz	Evre	Grup	Bölge*	Boyut	Yaş	Histoloji	Metastaz	Lenf nodu
DÜŞÜK RİSK A	EFS>%85	1	I	İyi riskli	a veya b	<21	ERMS	M0	N0
		1	II	İyi riskli	a veya b	<21	ERMS	M0	N0
		1	III	Orbita	a veya b	<21	ERMS	M0	N0
		2	I	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N0/ Nx
DÜŞÜK RİSK B	EFS~ %70-%85	1	II	İyi riskli	a veya b	<21	ERMS	M0	N1
		1	III	Orbita	a veya b	<21	ERMS	M0	N1
		1	III	İyi riskli (-orbita)	a veya b	<21	ERMS	M0	N0/N1/Nx
		2	II	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N0/Nx
		3	I - II	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N1
		3	I -II	Kötü riskli	b	<21	ERMS	M0	N0/N1/Nx
ORTA RİSK	EFS ~%50-%70	2	III	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N0/Nx
		3	III	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N1
		3	III	Kötü riskli	a	<21	ERMS	M0	N0/N1/Nx
		1-2-3	I-II-III	İyi-Kötü riskli	a veya b	<21	ARMS	M0	N0/N1/Nx
YÜKSEK RİSK	EFS<%30	4	IV	İyi-Kötü riskli	a veya b	herhangi	ERMS	M1	N0/N1
		4	IV	İyi-Kötü riskli	a veya b	herhangi	ARMS	M1	N0/N1

* İyi riskli bölgeler: orbita, nonparameningeal baş boyun, prostat ve mesane dışı genitoüriner

Kötü riskli bölgeler: parameningeal bölge, ekstremiteler, gövde, retroperiton, mesane, prostat

Hem Amerika’da hem de Avrupa’da yürütülen çok merkezli çalışmalarla RMS tedavisinin ana ilkeleri belirlenmiştir. Avrupa Pediatrik Onkoloji Grubu (SIOP) (MMT-84,89,95); Alman Yumuşak Doku Çalışma Grubu (CWS-81, 86,91, 96); İtalyan RMS Çalışma Grubu (ICS-79, 88), Kuzey Amerika’da İntergrup Rabdomyosarkom Çalışma Grubu (IRS I-V) tarafından yürütülen randomize çalışmalar sayesinde RMS tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Son IRS çalışmalarında evre, lokalizasyon, klinik grup ve histolojiye dayanan risk tabanlı tedavi uygulaması önerilmektedir.

Tedavide ilk basamak cerrahidir. İlk olarak tanı amaçlı biyopsi yapıldıysa veya malign tümör düşünülmezsizin cerrahi girişim gerçekleştirildiyse, makroskobik/mikroskobik rezidü kaldıysa kitlenin cerrahi sınır negatif olacak şekilde tekrar çıkarılması önemlidir. Ancak özellikle baş boyun bölgesinde kozmetik nedenlerle total cerrahi rezeksiyon mümkün olamamaktadır. Hayati organ veya yapılar komşuluk nedeniyle de kitle total olarak çıkarılamayabilir. Ayrıca vajina, uterus, mesane, orbita gibi bölgelerde fonksiyonel kayba yol açan agresif cerrahiden, ekstremitelerde de amputasyondan kaçınılması gerekmektedir. Rutin olarak bölgesel lenf nodu diseksiyonu ekstremitelerinde ve 10 yaş üstünde paratestiküler RMS’de (ipsilateral retroperitoneal lenf nodları) önerilmektedir. Bölgesel lenf nodu örneklemesi bunun dışında sadece, klinik olarak şüpheli edilen lenf nodunun patolojik olarak pozitif bulunması tedavi yaklaşımını değiştirecekse önerilmektedir. Bazı durumlarda kemoterapi (KT)/radyoterapi (RT) sonrası ikincil cerrahi girişim gerekmektedir. Başlangıçta grup III olan hastalarda indüksiyon sonrası klinik olarak saptanan çıkarılabilir rezidü kitlenin rezeksiyonu ile radyasyon dozunu azaltmak amacı ile ikincil cerrahi girişim uygulanmaktadır.

İndüksiyon kemoterapisi ve radyoterapi sonrası görüntüleme yöntemleriyle saptanan ve canlı tümör dokusu olduğundan şüpheli edilen rezidü kitlenin çıkarılması önerilmektedir (Klinik ve radyolojik olarak tümör negatif olduğu düşünülen, PET (-) rezidü kitlenin çıkarılması gerekmez).

Rabdomyosarkomun sistemik tedavisinde etkili olan ajanlar arasında vincristin, siklofosamid, aktinomisin-D, doxorubisinin, ifosfamid, platin, DTIC, etoposid, topotecan, irinotekan ve vinorelbin sayılabilir. Tedavide altın standart vincristin, alkileyici ajan ve aktinomisin-D kombinasyonudur. Avrupa kökenli protokollerde alkileyici ajan olarak ifosfamid tercih edilirken, Amerika kökenli IRS çalışmalarında siklofosamid içeren VAC (vincristin+aktinomisin-D+Siklofosamid) protokolü kullanılmaktadır. İntergrup RMS-IV çalışmasında VAC, VAI (vincristin+aktinomisin-D+ifosfamid) ve VIE (vincristin+ifosfamid+etoposid) protokolleri karşılaştırılmış, ifosfamid ve etoposidin anlamlı bir yaşam avantajı sağlamadığı belirlenmiştir. Alman çalışma grubu ise VAIA (vincristin+aktinomisin-D+ifosfamid+adriamisin) kullanılan CWS-86 ile VACA (vincristin+aktinomisin-D+Siklofosamid+adriamisin) kullanılan CWS-81 protokollerini karşılaştırdığında ifosfamidin belirgin yaşam avantajı sağladığı sonucuna (%71 vs %55) varmıştır. Avrupa MMT-84 çalışmasında da IVA (ifosfamid+vincristin+aktinomisin-D) ile daha iyi sonuçlar bildirilmiştir. IRS-I ve II’de grup-I ve II ERMS’de Vincristin+Aktinomisin-D tedavisinin VAC ile eşit etkinlikte olduğu, grup-I’de 1 yıl süreli tedavinin yeterli olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte IRS-IV’de orbita ve paratestiküler bölge dışındaki tüm hastalara VAC protokolü uygulanmış ve belirgin olaysız yaşam avantajı sağlandığı görülmüştür. Özellikle orta risk grubunda IRS-IV’de IRS-III’e göre daha yüksek yaşam oranlarına ulaşılmasında siklofosamid dozunun 1.2 gr/m²’den 2.2 gr/m²’e çıkılmasının rolü olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle son IRS çalışmalarında düşük risk grubunun tedavisinde ilk 10 hafta VAC uygulanıp daha sonra VA ile devam edilmesi planlanmıştır. Çok merkezli

çalışmalarda diğer araştırılan konu tedaviye antrasiklin eklenmesinin katkısıdır. Toplam 1431 hastanın randomize edildiği IRS I-III çalışmalarında VAC tedavisine adriamisin eklenmesinin ek bir fayda sağlamadığını gösterilmiş olmakla birlikte halen hem SIOP-MMT hem de Alman CWS protokollerinde antrasiklinler yer almaktadır. Son olarak Avrupa Pediatrik Yumuşak Doku Sarkom Grubu'nun (EpSSG) gerçekleştirdiği pencere çalışmasında IVADo (ifosfamid+ vincristin+ actinomisin-D+doksorubisin) protokolü ile adriamisinin cevap oranlarını iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. IRS çalışmalarında platin tabanlı tedaviler de araştırılmış, sisplatin+etoposid, sisplatin+doksorubisin tedavilerinin klasik VAC tedavisine üstünlüğü gösterilememiştir. Alman CWS çalışmalarında VAIA ile EVAIA protokolü karşılaştırılmış ve tedaviye etoposid eklemenin katkısı olmadığı belirtilmiştir. Son IRS çalışmasında (D-9803) orta risk grubunda VAC'a ilave olarak VTC (vincristin+topotecan+siklofosfamid) protokolü dönüşümlü olarak uygulanmış ancak olaysız yaşam oranlarının klasik VAC protokolünden iyi olmadığı görülmüştür. IRS çalışmalarında Evre-IV hastalıkta gerçekleştirilen faz-2 pencere çalışmalarında VAC öncesi vincristin+melfelan, ifosfamid+etoposid, ifosfamid+adriamisin uygulanmış bunlardan ifosfamid+ etoposid daha umut verici bulunmuştur. Yine metastatik hastalarda irinotekan, taksanlar ve vinorelbin içeren tedavi şemaları ile çalışmalar sürdürülmektedir. Evre-IV hastalarda yüksek doz kemoterapi ve kök hücre naklinin prognoza katkısı tartışmalıdır.

Lokal kontrol için ikinci basamak radyoterapi (RT) olup genel olarak induksiyon kemoterapisi (KT) sonrası 12. haftada yapılan değerlendirmeye göre uygulanır. Radyoterapi endikasyonu ve dozu tümörün lokalizasyonuna, cerrahi sonrası klinik grubuna, 12. haftada yapılan değerlendirme sonucuna göre uygulanan ikincil cerrahiden sonraki cerrahi sınır ve rezidüye göre değişmektedir. MMT-84 çalışmasında 12 yaş altındaki hastalara tanıda hangi evrede olursa olsun induksiyon sonrası tam yanıt elde edilmişse RT uygulanmamış ancak çok yüksek oranda lokal relaps izlenmiştir. IRS çalışmalarında ise sadece iyi riskli bölgelerdeki Grup-I ERMS'da radyoterapi verilmemesinin hem lokal kontrol hem de genel yaşam açısından dezavantaj yaratmayacağı belirlenmiş ve bu grup hastalarda RT tedaviden çıkarılmıştır. CWS-91 ve IRS-IV çalışmasında hiperfraksiyone RT uygulanmış ancak anlamlı bir yaşam avantajı sağlanamamıştır. Parameningeal lokalizasyonda eğer intrakranial uzanım varsa histopatolojik tipden bağımsız olarak RT'nin hemen 0. günde KT ile birlikte başlaması, 50 Gy dozda uygulanması tavsiye edilmektedir. Bu bölge tümörlerinde aşikar menengial tutulum olmadıkça kranial ışınlama önerilmemektedir. Grup III hastalarda induksiyon tedavisi sonrasında tümör saptanırsa ve çıkarılabilir ise radyoterapi sekonder cerrahi sonrasında uygulanmaktadır. Bu durumda cerrahi sınırın (-) veya (+) olması, mikroskopik rezidünün (-) veya (+) olması veya sekonder cerrahi yapılmamış olması verilecek RT dozunu değiştirmektedir. Klinik grup-III orbital tümörlerde induksiyon kemoterapisi sonrası tam yanıt olması durumunda, Avrupa grubu geç yan etkileri önlemek ve görmeyi korumak için RT uygulamayı tercih etmektedir. Bu durumda lokal nüks riskinin artışı ancak genel yaşam oranlarının değişmediği gösterilmiştir. Amerika kökenli IRS çalışmalarında ise yüksek orandaki nüks ve nüks sonrası tekrar yoğun KT ve RT uygulanması ile toksitenin artacağı gerekçeyle dozu düşürülerek (45 Gy) RT uygulanmasına devam edilmektedir. Özellikle genitoüriner sistem ve ekstremitelerde

tümörlerinde brakiterapi uygulanabilmektedir.

Tüm bu tedavilerle genel yaşam oranları klinik grup I-II ERMS'de %94'ü bulurken, yüksek riskli bölgelerdeki klinik grup III'de %80'i aşamamaktadır. Metastatik hastalıkta ise %30'un altındadır. Erişkin hastalarda da pediatrik protokoller kullanılmakla birlikte metastatik olmayan grupta bile yaşam oranları %35-45 arasında bildirilmiştir.

PROF. DR. NİLGÜN KURUCU
A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
ÇOCUK ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

PANEL - Pankreatikobiliar Kanserler**K43****Metastatik Pankreas Kanserinde Tedavi**

En öldürücü kanserlerden biri olan pankreas kanserleri, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında 4.sırada yer almaktadır. Bu hastalarda, etkin bir tarama testinin olmaması, pek çok hastada ileri hastalık evresinde tanı konması ve etkili bir tedavi yönteminin olmaması problemin ciddiyetini göstermektedir.

Hastaların küçük bir kısmı operabil olsa bile, opere edilen pankreas kanserli olguların %80'inden fazlasında ilk iki yılda relaps görülmektedir. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi çalışmalarında, tedavi-ilişkili artmış morbidite ve mortalite oranlarıyla birlikte, tedavi başarısında küçük kazanımların sağlandığı faz III çalışmalar literatürde yerini almış olup, onkoloji pratiğinde kullanılmaktadır.

Her hasta için en uygun destek tedavilerinin ivedilikle başlanması gerekliliğinin bilindiği ileri evre/metastatik pankreas kanserinde ortanca sağkalımın 3-4 ay iken, 1997'de tek ajan gemsitabin tedavisi ile 6 aya uzadığının gösterilmesi buruk bir sevincin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Daha sonra, tek ajan gemsitabin tedavisine farklı ajanların ilaveleri yapılarak çok sayıda faz II ve faz III klinik araştırmalar yapılmıştır. Maalesef bu çalışma sonuçlarının çoğunluğu sağkalım üzerinde olumlu bir etkiyi gösterememiştir. Tartışmalı bir konu olarak, sispaltin-gemsitabin kombinasyonunun en etkili bir tedavi rejimi olduğu söylenmiş olsa da, 2010 yılında GIP-1 çalışma grubunun yaptığı meta-analiz sonucunda, gemsitabine sispaltin eklemenin sağkalım üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Kanserde moleküler patolojik bilgilerde yaşanan yeni gelişmelerden yola çıkılarak, hedefe yönelik ajanlardan erlotinib etkinliğinin araştırıldığı Kanada çalışmasında, gemsitabine erlotinib eklenmesinin tek ajan gemsitabine göre istatistiksel anlamı olan ancak klinik fayda açısından çok küçük bir sağkalım avantajının gösterilmesi onkolojide hayal kırıklığına neden olmuştur.

Geçtiğimiz yıllarda, yeni kombinasyon tedavi rejimleri sonuçları umutları arttırmıştır. Bunlardan en önemlisi bir Fransız çalışması olan, toplam 342 ileri evre pankreas kanserli hastada, tek ajan gemsitabine karşı FOLFIRINOX (folinik asit, fluorourasil, irinotekan ve okzaliptatin kombinasyonu) tedavi kollarının olduğu faz III çalışmadır. Bu çalışma sonuçlarına göre, FOLFIRINOX kolunda objektif yanıt %31 olup ortanca sağkalım 11 ay olarak gözlenmiştir. Bu bulgularla, ileri evre pankreas kanserinde ortanca sağkalım süresi, ilk defa 1 yıla yaklaşmış oldu. Toksikite bakımından, FOLFIRINOX kolunda ciddi nötropeni, diyare ve nöropati anlamlı şekilde daha yüksek bulunmasına rağmen, tedavi-ilişkili mortalitede artış olmamıştır. Diğer umut verici yeni kombinasyon rejimi ise gemsitabin, kapesitabin ve dosetakselenden oluşan kombine tedavidir. Bu tedavi rejiminin erken sonuçlarına göre, ortanca sağkalımın daha da artabileceği, hatta 12 ayın üzerine çıkabileceğini göstermektedir. Bu gelişmeler dışında bevasizumab, trastuzumab, erlotinib ve COX-2 inhibitörleri gibi hedefe yönelik tedavilerin gemsitabin içeren kombine kemoterapi rejimlerine eklenmesi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Yine, hangi hastalarda tedavinin (özellikle gemsitabinli) daha etkili olabileceğini araştırın

farmakogenetik ve transkripsiyonel çalışmaların yapılması hız kazandığını görmekteyiz.

Birinci basamak tedavi olarak yaşanan bu güzel gelişmelere rağmen, progresyon sonrası ikinci sıra tedavide bir standart bulunmamasına rağmen, kapesitabin, okzaliptatin ajanlarıyla yapılan küçük çalışmalar dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak, pankreas kanseri patogeneğinde rol alan moleküler yollar ve defektler üzerine bilgilerin artması, yeniden şekillendirilecek transkripsiyonel ve farmakogenomik çalışmalar pankreas kanseri tedavisinde olumlu gelişmelere yol açacak olması bir gerçektir.

DR. BÜLENT YALÇIN

KONFERANS - Onkoloji Hastasında Tedaviye Uyum ve Beslenme

K44

KANSER PREVANSİYONU VE TEDAVİSİNDE MOLEKÜLER BESLENMENİN ROLÜ

21. Yüzyılda insan genomu ile ardışık başlayan çalışmalar-OMİCS alanında devam edecek gibi görülmektedir. Genomics, Proteomics, Metabolomics, Nutriomics, epigenomics Dietomics vb olarak gelişebilir. İnsan sağlığı ve yaşam kalitesi için gelecek de görüşler, nütrient-gen ilişkilerine fokuslanarak son derece önemli verilere ulaşılmasını sağlayacaktır. Moleküler beslenme kavramı günümüzde artık beslenme bilimlerinde öncelikli yaklaşım şeklini oluşturmaktadır. Kanserde epigenetik mekanizmaları ve bu mekanizmaları etkileyen diyet,çevresel faktörler,yaşam biçiminin rolünü anlamada yakın bir gelecekte yeni güçlü teknolojiler sayesinde mümkün olacaktır. Hızlı epigenetik değişikliklere duyarlı analizler yapılabilir. DNA metilasyonu en önemli epigenetik mekanizmadır. DNA metilasyonu ve besin öğeleri ile olan ilişkilerini de anlamaya gereksinimiz olduğu açıktır. Gelecekte prevansiyon içinde en önemli çalışma alanı olarak dikkat çekmektedir. Besin öğelerinin DNA ve RNA düzeyinde etkilerini gösterebilmek amacıyla yapılan metilasyon analizleri daha önemli bulunmaktadır. Bu sayede nütrientlerin bu karmaşık sistemdeki rollerini anlamak için daha tercih edilir bir yöntem olarak görülmektedir.

Nütrientler gen ekspresyonlarını oluşturabilir ve böylece bireysel phenotypler değişir. Organizmanın genetik yapısına bağlı olarak ,gen ekspresyonları bu nutrientlere değişik çevre koşullarının direkt etkisi ile farklı yanıtlar verebilir. DNA stabilitesi onarılması ve farklı gen ekspresyon işlemlerine nütrientlerin rolünü anlamak son yıllarda beslenme bilimlerinde daha öncelikli gelişmeler olarak görülmektedir.

genomik stabilitede diyetin önemi, kanserin gelişmesindeki bütün etkin olan yollardaki etkisi bu gün bilinmektedir.

Bioaktif besin komponentlerinin etkili olduğu mekanizmalar ise son yıllarda çeşitli çalışmalar ile açıklanmaktadır. Özellikle araştırmalar ile dikkat çekilen konular arasında inflamatuvar yanıt, karsinogen metabolizması,hormon regülasyonu, hücre farklılaşması,DNA onarımı,apoptosis, hücre büyüme süreci vb mekanizmalardaki etkileridir.

Diyetin etkisi obezite ve insülin direncinin gelişmesi, glisemik yükün, trans yağ asitlerinin, kırmızı et tüketiminin artması, sebze ve meyve, kurubaklagil, tam tahıl ürünlerinin az tüketilmesi olarak gösterilmektedir. Diyet sukrozu genotoksitesi , P53 mutasyonlarını etkileyen folik asit eksikliği, çinko eksikliği . bu konuda en çok dikkat çeken noktalar.

Son yıllarda gerçekleştirilen karsinogenesizin promosyon veya inhibisyonunda nütrientlerin etkinliğini gösteren moleküler beslenme çalışmaları oldukça heyecan verici sonuçlara ulaşılmasını sağlamıştır. Çalışmalarda dikkat edilmesi gereken noktalardan birisi ise araştırmalarda tek veya birkaç nütrientin etkisinin incelenmesidir. Ancak gözden kaçırılmaması gereken nokta doğadaki tüm bu nütrientlerin kombinasyonunun sinerjistik etkilerinin olabileceğidir. Bu anlamda henüz yeterli düzeyde invivo ve invitro çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nütrientlerin organizmada bir çok mekanizmadaki çok hassas rolleri düşünüldüğünde konunun önemi anlaşılmaktadır.Bu alanda yapılacak iyi planlanmış doz-yarar ilişkisini gösteren çalışmalara gereksinim olduğu bir gerçektir. Yine günümüzde

önemi daha iyi anlaşılma başlanan bir diğer konuda bireylerin genotiplerine uygun kişiselleşen özel beslenme modeli gelecek de insanların en çok tercih edeceği bir beslenme şekli olabilecektir. Sonuç olarak son yıllardaki moleküler çalışma sonuçları değerlendirildiğinde;

Kanser nutrient gen ilişkisi sonucu mu oluşur? Sorusu yanıtlanmayı beklerken, **Nutrigenomikler ve farmakogenomikler** multidisipliner alanlarda ortaya çıkan ve gelecek için ümit veren iki önemli konudur.

RÜKSAN ÇEHRELİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

K45**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA TEDAVİ UYUMUNU
ETKİLEYEN SOSYO-KÜLTÜREL ETKENLER**

Sağlık; Yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Hastalık; Bireyin ,fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da iyice tüketir.

Kültür; Latince bir kelimedir.

-İngiliz Antropolog Taylor (1781)

-Taylor'a göre kültür; bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, sanat, gelenek, görenek, yetenek, beceri ve alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür.

Kültür'ün özellikleri;

- Paylaşılır
- Simgelere dayalıdır
- Toplumsaldır
- Tümleşiktir
- Tarihi ve süreklidir
- Öğrenilir ve öğretilir
- Devigendir
- Gereksinimleri karşılayıcı ve doyum sağlayıcıdır.

Kültür, Hastalık-Sağlık; İnsan gelişimi her zaman kültürün içinde gerçekleşir. Hastalıkların gidiş ve prognozundan, semptomların ifadesine, çare arama davranışları, hastalıkla ilgili yanlış inanç ve tutumlara kadar bir dizi durum kültürel etkenlere açıktır.

Sağlık açısından; kişilerin sağlığı ile ilgili kültürel alışkanlıklarını bilmek önemlidir. Çünkü bir toplumda sağlığa verilen değer o toplumun kültürüne bağlıdır.

Normal ve anormal kavramı hastalıkla ve sağlık kavramlarıyla eşdeğerdir.

Bir kişinin kendini hasta hissetmesi ve hastalığını ifade etme biçimi bireysel, psikolojik, sosyal, dinsel ve çok sayıda etmenin sonucudur.

Her bireyin hastalığını tanımlama biçimi ve kabulü, tedavi arayış davranışı kültürünün bir parçasıdır.

KANSER-KÜLTÜR

Latince de yengeç anlamına gelen 'Cancer' kelimesine dayanmaktadır.

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeni ile çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Kanser kan ve lenf yoluyla yayılabilen sistemik bir hastalık olduğundan, tedavisinde bu özellikten dolayı farklı yöntemler kullanılabilir. Yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri; *kemoterapi, radyoterapi* ve *cerrahi tedavi* olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalığının durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır.

Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olduğundan bu

semptomlar çoğu zaman hastanın, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline zarar verebilmekte ve hastanın tedaviye uyumunu da etkileyebilmektedir.

UYUM

Hastalık ve tedavinin özellikleri uyumda önemli rol oynamaktadır. Kronik hastalık bireyin yaşam biçiminde değişikliklere, çok yönlü kayıplara ve başkalarına bağımlı olmasına neden olduğunda uyum sorunları yaşanabilmektedir.

Kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu tedavinin başarısını engellemektedir.

Tedaviye uyumda, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştigini varsayarak ilaçları önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması veya yapmaması önerilen davranışlara uygun davranması beklenir. Kronik bir hastalık olan kanserde tedaviye uyumsuzluk sık görülmekte, bunun sonucu olarak hastanın iyilik süresi kısaltmakta ve tekrarlı hastane yatışları kaçınılmaz olmaktadır.

Tedaviye uyumsuzluğun birçok nedeni vardır.**Bunlar;**

Tedavi planındaki karmaşa
İlaç yan etkileri
Hastaların ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği
Hastanın ilacın yararlı olacağına inanmaması
İlaça ilişkin daha önce olumsuz deneyimlerinin olması
Tedavi ekibi ile iletişim sorunları gibi durumlardır.

Tedaviye uyumsuzluk;

Hastalık belirtilerinin iyileşmemesi
Tekrarlı hastane yatışları
Tedavi maliyetinin artması
Hastalığın kötüleşmesi ile bireyin işlevselliğinin bozulması
İş gücü kaybı
Aileye ve topluma ekonomik yük
Sağlık kurumlarına ise zaman ve enerji kaybı olarak yansımaktadır.

KANSER İLE İLGİLİ MİTLER

Saç boyası beyin kanseri yapar(!)
Cep telefonları kansere neden olur(!)
Anne veya baba kanser ise çocukta kanser olur(!)
Sadece kadınlar meme kanseri olur(!)
Kanser için tedavi bulundu ancak ilaç firmaları saklıyor(!)
Kanser olan herkes ölür (!)
Kanser kelimesinden bahsetmek hastalığı davet etmektir(!)
Ter önleyici deodorantlar kansere neden olur(!)
Kanser bulaşıcıdır (!)

ÖNEMLİ OLAN;

Farklı kültürel inançlar ve değerlere sahip insanlarla çalışan *hemşirelerin* her grubun kendine özgü kültürel tanım ve ifadelerinin olduğunu fark etmeleridir.

Farklılıkları kabullenmek, klinik tabloların hem bireysel hem de toplumsal ifadesinin olduğunu farkında olmak önemlidir.

KANSERDE KÜLTÜREL DEĞİŞKENLERLE İLGİLİ BİLGİ SAHİBİ OLMAK HEMŞİRELİKTE NEDEN ÖNEMLİDİR?

Hastalığın tanımlanması ve algılanması, sağlığını elde etme davranışını etkileyecektir. Kültürün kendisi hasta için stres yaratan bir faktör olabilir.

Hasta ve hemşire arasındaki kültürel farklılıklar yanlış anlamalara ve terapötik olmayan ilişkilere neden olur.

Hastanın sağlık-hastalıkla ilgili kültürel özelliklerini belirlemek için sorulması gereken sorular?

Sizdeki problemler hakkında aileniz ve toplumunuz ne söyledi?

Sizin probleminize benzer problemler yaşayan başkalarının olduğunu duydunuz mu?

İnsanlar bu hastalıkların nedenlerinin ne olduğu hakkında bir şeyler söylediler mi?

Ne tip yardımlar aldınız? (Toplumdaki diğer kişilerden-sağlık personelin-den-psikolog...)

Ne yardımcı oldu?

Kanser Hastalarına Bakım Verirken Kültürel Açıdan Göz Önünde Bulundurulması Gereken Hususlar

Kültürü tanıyın

Sağlık inançlarını, sağlık uygulamalarını, sağlık alışkanlıklarını ve değerleri tanımlayın

İletişim örüntülerini, dini inançları, ritüelleri ve sembollerini tanımlayın,

Bir kişinin kendi kültüründeki, hedef popülasyonla iletişimini etkileyen, sağlıkla ilgili inanış ve değerleri, uygulamalarını tanıyın. Kişi ve hedef popülasyon arasındaki kültürel farklılıkları tanımlayın.

Kişisel yada hedef popülasyonun kültürel değer ve inançlarının farkında olma sağlık planlama ve müdahalelerine rehberlik eder.

Toplum liderleriyle işbirliği yapın.

Genelde hedef nüfusun, özelde ise bireyin inanç, değer, ihtiyaç ve gereksinimlerini temel alan müdahale stratejileri, sağlık planlamaları geliştirin. Bireylerin kendilerini, sağlıklarını, hastalıklarını kendi kültürleri içerisinde nasıl algıladıklarını dikkatle gözlemleyin ve anlayın hastaların ifadelerini asla azımsamayın.

Hemşire öncelikle kendi benlik kavramının farkında olmalıdır. Daha sonra karşısındaki bireyin benlik kavramını değerlendirmeli ve onun olumlu benlik kavramı geliştirmesine destek olmalıdır.

Benlik kavramının farkında olan hemşire bireysel istek ve gereksinimlerini profesyonel davranışlarına yansıtmadan kontrol eder. Mesleki sınırlarını uygun şekilde belirler. Kendisiyle ilgili ve çevreyle ilgili olayları birbirinden ayırt eder.

PERVİN HORASAN

K46

ORAL AJANLARIN KULLANIMINDA UYUMUN ARTTIRILMASI

Günümüzde FDA (Food and Drug Administration) tarafından kullanımı onaylanan oral antikanser ilaç tedavilerinin sayısı son geçmiş 10 yılda büyük ölçüde artmış ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Tablo 1).

Hastalar ev temelli tedavide kolaylık sağladığı için primer olarak oral antikanser ilaç tedavisini intravenöz tedaviye karşı tercih etmektedirler. Çünkü oral tedavi, hastada kontrol hissi sağlar, iş ve sosyal yaşamının etkilenmesini azaltır, infüzyon için kliniğe gitmesini gerektirmez ve her bir uygulama için takılan kateterin verdiği rahatsızlığı giderir. Oral tedavinin avantajlarına karşın, çok az bir hasta oral tedaviden daha etkili olduğunu düşündükleri IV kemoterapi tedavisini de tercih etmektedir. Yapılan bir çalışmada ilerlemiş meme kanseri için oral tedavi başlanan hastaların çoğu oral tedaviyi olumlu bulurken, küçük bir yüzdesi de oral tedavinin ispatlanmadığını veya IV tedaviden daha az etkili olduğunu ve onlara son çare olarak başladığı konusunda endişe yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca, IV tedavi izleminde primer sorumluluk sağlık bakım sağlayıcılarındadır. Ek olarak IV olarak tedavi gören hastalar ilaç almak için düzenli olarak kliniğe gelmek zorundadır. Sonuç olarak bu durumda hasta ile sık izlem ve etkileşim fırsatı sağlamaktadır. Oral tedavi ise; yükün hastaya kayması, uyumun değerlendirilmesi ve yan etkilerin izlenmesi gibi zorluklara yol açmaktadır. Uyum özellikle oral tedavide çok önemlidir çünkü tedavinin etkililiği ve toksisitesi son derece doğru ilaç tüketimine bağlıdır ve uyumun esas belirleyicisi hastanın kendisidir IV tedavideki gibi hekim ve hemşire değildir.

Tablo 1: Günümüzde onay alan ve gelişmekte olan oral ajanlar

Oral ajanlar	Hedef (fizyolojik veya moleküler)	Malignansi
Sitotoksik ajanlar 1990 dan beri onaylananlar		
Capecitabine (Xeloda®, Roche)	DNA sentez inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen mBC, mCRC, adjuvan Dukes' C crc
Hexamethylmelamine (Hexalen®, Eisai)	DNA hasarı	OC, servikal evre IVB kanserleri STS
Temazolomide (Temodar® Merck & Co., Inc)	DNA hasarı	Tedaviye yanıt vermeyen anaplastik astrositoma
Hedef ajanlar 1990 dan beri onaylananlar		
Anastrozole (Arimidex®, AstraZeneca)	Aramatoz inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen veya mBC, adjuvan erken ER+BC
Bexarotene (Targretin®, Eisai)	RXR antagonisti	Kutanöz T hücreli lenfoma
Bicalutamide, Casodex® AstraZeneca)	AR antagonisti	mPC ^a
Dasatinib (Sprycel®, Bristol-Myers Squibb)	BCR/ABL, TK yolu inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen CML, tedaviye yanıt vermeyen Ph+ALL
Erlotinib (Tarceva®, Genentech/astellas Oncology –OSI Pharmaceuticals)	EGFR yolu inhibitörü	İlerlemiş NSCLC ^b ilerlemiş, rezeke edilemeyen veya pankreas kanseri ^b

Everolimus (Afinitor®, Novartis Pharmaceuticals Corporation)	mTOR inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen RCC
Exemestane (Aromasin®Pfizer Inc)	Aramatöz inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen mBC, adjuvan erken ER+BC
Gefinitib (Iressa™, AstraZeneca)	EGFR yolu inhibitörü	İleri veya metastatik NSCLC
Imatinib mesylate (Gleevec®, Novartis Pharmaceuticals Corporation)	ABL yolu inhibitörü	CML opere edilemeyen GIST
Lapatinib (Tykerb®, GlaxoSmithKline)	HER2 yolu inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen HER2+mBC
Letrozole (Femara®, Novartis Pharmaceuticals Corporation)	Aramatoz inhibitörleri	mBC, adjuvan erken HR+BC
Sorafenib (Nexavar®, bayer HealthCare/Onyx Pharmaceuticals)	TK yolu inhibitörü	İlerlemiş RCC
Sunitinib (Sutent®, Pfizer Inc.)	TK yolu inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen GIST, ilerlemiş RCC
Gelişme aşamasında olan hedef ajanlar (faz 3)		
Pazopanib (GlaxoSmithKline)	Çok hedefli reseptör tirozin kinaz inhibitörü(VEGFR1-3, PDGFR-a/b, ve CD-117)	STS
Rida forolimus (ARIAD pharmaceuticals, Inc./ Merc&Co.Inc)	mTOR inhibitörü	mSTS, metastatik kemik sarkomu
Vandetanib (AstraZeneca)	EGFR yolu inhibitörü	Tedaviye yanıt vermeyen veya ilerlemiş NSCLC
XL-184 (Exelixis,Inc)	Antianjiogenesi, MET / EGFR2 inhibitörü	MTC

“Uyum” bakım sağlayıcılar tarafından önerilen günlük tedavilere zaman, doz ve sıklık açısından uyum derecesi ve ölçüsüdür. Kanserli hastalarda ilaca uyumsuzluk oranı diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerdeki gibi yüksek orandadır. Hastaların oral antikanser ilaç uyum veya direncini, tedaviye ilişkin bilgi yetersizliği, etkileşim olasılığı olan diğer ilaçlarla alınması, ilaç dozlarının yemek alım saatleri ile ilişkisi, ilaçların maliyeti, ve yan etkileri gibi pek çok faktör etkilemektedir. Bazı vakalarda ilaçların görünümü, rengi, tadı ve ilaçların tablet sayısı uyumu etkileyebilmektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi bu faktörler hasta ile ilişkili, tedavi ile ilişkili ve sistem ile ilişkili faktörler olmak üzere 3 kategoride sınıflanabilir ve bu faktörler içsel olarak diğerleri ile bağlantılıdır.

Tablo 2: Oral ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler

Hastaya özgü faktörler
Hastanın sağlık inançları
- Hastanın algıladığı tedavi yararı - Hastanın sağlık bilgisi - Hastanın tedavi planını anlaması ve tedavi girişimlerine yönelik hastanın gereksinimleri
Hasta öyküsü
- Uyumsuzluk öyküsü - Mental hastalık öyküsü - Madde bağımlılığı öyküsü
Hastanın sabit bir kalma yerinin olmama öyküsü
Aile/sosyal destek
Hastane ziyaretlerinde evde ve yatarak tedavide bakım verenlerin yardımı,
Tedavi maliyeti
Hasta yardım programlarına veya sağlık sigortasına ulaşma
Yaşlılığa özgü faktörler
- Görsel ve bilişsel bozukluk - Hafıza yetersizliği - Fiziksel sınırlılıklar - Birçok eşlik eden hastalık nedeni ile polifarmasi

Hastanın ilaç tedavisine uyumunu arttırmak için öncelikle etkin ve güvenli oral antikanser tedavisinin uygun olup olmadığını belirlemek için hastanın dikkatli bir *ilk tıbbi değerlendirme* yapılmalıdır. Hastanın aktif rolde olması oral antikanser tedavisine yeterli uyumunu sağlamak için gereklidir. Bu nedenle onkolog, psiko-onkolog ve hemşire tarafından *hasta merkezli eğitim* yapılmalıdır. Ayrıca *sağlık bakım ve evde bakım hizmetlerine kolay ulaşabilmesi* sağlanmalıdır. Kompleks oral antikanser ilaç planları konuşularak ve hastaya özgü plan oluşturularak *karmaşık olan oral antikanser ilaç tedavisi* iyi açıklanmalıdır. Ayrıca, oral antikanser ilaçların kullanımındaki artış nedeniyle sağlık bakım vericileri yeni ajanlar ve oral antikanser ilaç tedavisi uygulanan kanser hastasının yönetimi hakkında bilgilendirilmelidir. Onkoloji hemşireleri oral antikanser ilaç tedavisi alan hastaların değerlendirilmesi, eğitimi ve izlenmesinde ve tedaviye hasta uyumunun artırılmasına katkı sağlamada ve sonuçta klinik sonuçları iyileştirmede anahtar role sahiptir. Hemşirenin yan etkileri yönetme, ilaçları temin etme, evde ilaç kullanımında hastaya yardımcı olma becerisi hastaların ilaca uyumunu arttırmalarına yardımcı olabilir.

YRD. DOÇ. DR. ÖZNUR USTA YEŞİLBALKAN
EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ABD

PANEL - Semptom Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler

K47

SEMPATOM YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI TEDAVİLER

Kanser bütün dünyada ve ülkemizde sağlık problemleri içinde, önemli bir yeri oluşturmakta ve gelişmiş ülkelerde ölüme yol açan nedenler arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanser tanısı konan hastalar, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, ağız kuruluğu, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel sorunları yoğun bir şekilde yaşamaktadır. Bu semptomların kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve sağlık ekibi üyeleri için öncelikli bir konuyu oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle verilen bakımda semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır.

Semptom kontrolünde birçok kanser hastası tıbbi tedavilerin yanı sıra tedaviye destek olma, kanserin tekrarlamasını önleme, yaşam kalitesini artırma, tedavi ve hastalığın yan etkileri ile baş etme, immün sistemlerini güçlendirme, iyilik halini artırma gibi nedenlerle tamamlayıcı yöntemlere başvurmaktadır. Hastaların tamamlayıcı yöntemlere başvurmasını etkileyen faktörler arasında ise; hastaların tedavilere yönelik algıları, tıbbi tedavilerin yan etkileri ile ilgili endişeleri, hasta-sağlık ekibi arasındaki iletişim ve bu yöntemlerin etkili olduğu inancı yer almaktadır. Kanser hastalarının semptom kontrolünde sıklıkla başvurduğu yöntemler; başta bitkisel ürünler olmak üzere relaksasyon, hipnoz, biyolojik geri bildirim (bio-feedback), akupunktur, akupressüre, yoga, meditasyon, masaj, müzik ve refleksolojidir.

Bitkisel ürünler: Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların sıklıkla başvurduğu yöntemin bitkisel ürünler olduğu ve bu ürünleri genellikle tedaviye ek yarar sağlamak amacıyla tercih ettikleri belirtilmektedir. Kanser hastalarının kullandığı bazı bitkisel ürünler tabloda verilmiştir.

Tedavi ile ilişkili faktörler	Sağlık bakım sağlayıcıları ile ilgili faktörler
Tedavi rejiminin karmaşık olması - Doz sıklığı - Doz zamanının yiyecek alımı ile ilişkisi - Eşlik eden ilaç ve tedavi sayısı Tedavi nedeni ile var olan davranışsal değişiklikler - Yiyecek ve alkol sınırlaması Tedavi süresi Yan etkiler - Sıklık, şiddet, tip, yönetim	Sağlık bakım sağlayıcıları ile ilişki - Gözetim, izlem, iletişim, yönlendirme, izlem Uyumluluk ve yeterlilik - Yer, açık saat, programları kolaylaştırma Bakım sürekliliği - Hizmetlere ulaşılabilirliği

Tablo 1. Kanser hastalarının sık kullandığı bitkisel ürünler, etki/yan etkileri ve öneriler

Ürün/Etki/Yan etki	Öneriler
Isırgan otu Kanser tedavisinde etkinliği bilinmemektedir. Karın ağrısı, ishal, ateş yapabilir.	Tıbbi tedavi sonrası kullanılabilir.
Sarımsak Kanser tedavisinde etkinliği bilinmemektedir. Aşırı tüketimi kanamaya yol açabilir. Kemoterapinin etkinliğini azaltabilir.	Dacarbazınle ve antikoagülanla birlikte alınmamalıdır.
Ginkgo Biloba (Japon eriği) Kanser tedavisinde etkinliği bilinmemektedir. Antiemetik, antioksidan, antikoagülan etkisi vardır. İçerdiği antioksidan özellikler kemoterapi ve radyoterapinin etkisini azaltabilir.	Kemoterapi (özellikle adriamisin) ve radyoterapi sırasında kullanılmamalıdır.
Echinacea (Koni çiçeği, kirpi otu) Kanser tedavisinde yeri yoktur. Hipersensitivite (anafilaksi dahil) yapabilir. Bağışıklığı güçlendirdiğine dair bilimsel veriler kısıtlıdır.	Bir çok kemoterapotik ajanla birlikte alınmamalıdır.
Soya ürünleri Daha çok menapoz semptomlarına etkisi vardır. Farmakolojik dozlarda bazı ilaçların emilim ve dağılımını etkileyebilir.	Özellikle tamaoksifen kullanan meme kanserli hastalar bu üründen uzak durmalıdır.
Yeşil çay Bulantı, insomnia, diyare, konfüzyon yapabilir. Kanser tedavisinde etkisi yoktur.	Yüksek dozda alınmamalıdır.
Ginseng Sedatif, antidepresan ve diüretik etkisi vardır. Diyare, baş ağrısı, hipertansiyon, insomnia, bulantı, kanamaya eğilim, hipoglisemi yapabilir. Kanser gelişme riskini azalttığına dair kısıtlı veriler vardır. Ancak kanser tedavisinde etkinliği bilinmemektedir.	İçerdiği östrojen nedeniyle meme ve uterus kanseri olanlarda ve kemoterapi sırasında (ilaçların kan düzeyini etkilediği için) kullanılmamalıdır.
Sarı kantaron (St John's wort) Depresyon tedavisinde reçete edilen bir üründür. Kanser tedavisinde etkisi bilinmemektedir. Hemen hemen tüm kemoterapi ilaçlarıyla etkileşir. Bulantı-hipersensitivite yapabilir.	Kemoterapi sırasında (ilaçların kan düzeyini etkilediği için) kesinlikle kullanılmamalıdır.

Deve diken Karaciğer hastalıklarında kullanılsa da kanıtlanmış bir etkisi yoktur. Kanserde etkili değildir.	Kanser ilaçlarıyla etkileşmediği için nispeten güvenlidir.
Kedi otu Kanser tedavisinde yeri yoktur.	Bazı (tamoksifen, siklofosfamide, etoposide, teniposide) ilaçlarla kullanılmamalıdır.
Ezan çiçeği Kanser tedavisinde yeri yoktur. İlaç etkinliğini değiştirebilir.	Kemoterapi sırasında kullanımı önerilmemektedir.
Kaya kuruğu Sakinleştirici etkisi vardır. Ancak ölümcül karaciğer toksisitesi bildirilmiştir. Cilt ve tırnaklarda renk değişikliği, hepatik fonksiyon bozukluğu yapabilir.	Karaciğer sorunu olanlar ve kemoterapi alanlar kullanmamalıdır.
Yaban mersini Kanser tedavisinde yeri yoktur.	Kanama sorunu olanlar, trombosit düşük olanlar ve kumadin kullananlar uzak durmalıdır.
Siyah üzüm çekirdeği Etkisi bilinmemektedir.	Yüksek dozlarda alındığında bazı ilaçlarla etkileştiği için kemoterapi sırasında kullanılmamalıdır.
Zakkum Hayvan ve hücre deneylerinde bazı antikanserjen etkileri gösterildiği, ancak çalışmaların artırılması gerektiği bildirilmektedir.	Mevcut haliyle kanserde kullanılmamalıdır.

Relaksasyon (gevşeme): Hastalara eğitim verilerek kademeli olarak kasları germe ve gevşetmeleri sağlanır, bunun sonucunda bazı semptomlar kontrol altına alınmaya çalışılır. Yapılan çalışmalarda bu yöntemin hastaların yaşam kalitesini ve uyku kalitesini arttırdığı, anksiyete, depresyon yorgunluk, bulantı ve kusmayı azalttığı bildirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kanserli hastalarda relaksasyon kullanımı ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Gaston-Johansson et al. 2012	110	Meme	Yaşam kalitesi ↑ Anksiyete ↓
Aguado et al. 2012	220	Kanser	Depresyon ↓
Kovacik et al. 2011	32	Meme	Özsaygı ↑
Demiralp et al. 2010	27	Meme	Uyku ↑ yorgunluk ↓
Campos de Carvalho et al. 2007	30	Kanser	Bulantı-kusma ↓

Hipnoz: Dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını ve fiziksel rahatlamayı sağlayan, özellikle kanserde ağrı, anksiyete, bulantı-kusma sıcak basması, depresyon ve uykusuzluk gibi semptomları kontrol altına almak amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Tablo 3).

Tablo 3. Kanserli hastalarda hipnoz ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Richardson et al. 2007	Metaanaliz	Kanser	Bulantı kusmada kullanılabilir
Elkins et al. 2008.	60	Meme	Sıcak basması, anksiyete, depresyon ↓ Uyku ↑

Biyolojik geri bildirim: Fizyolojik bir işlevi kontrol etmeye ya da gevşemeye yardım amacıyla hastanın bilgilendirilmesi temeline dayanır. Kanserli hastalarda yapılan araştırmalarda inkontinansı azalttığı, bağırsak hareketlerini arttırdığı gösterilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kanserli hastalarda biyolojik geri bildirim ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Bartlett et al. 2011	19	Kolorektal	İnkontinans ↓ bağırsak hareketleri ↑
Du et al. 2010	24	Rektal	Anal fonksiyon ↑

Akupunktur: Geleneksel bir Çin tıbbi yöntemi olup, günümüzde fiziksel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte, hem hastalığın hem de tedavilerin yol açtığı sorunların kontrolünde kullanılmaktadır. Kanserde ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, bulantı kusma, ağız kuruluğu, uykusuzluk, gece terlemesi ve sıcak basması gibi şikayetleri azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak için kullanılabileceği önerilmektedir. (Tablo 5).

Tablo 5. Kanserli hastalarda akupunktur ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Paley et al. 2011	Metaanaliz	Kanser	Ağrıda kullanılabilir
Lim et al. 2011	20	Kanser	Semptom skoru ↓
Dean-Clower et al. 2010	32	Kanser	Ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ↓
Johnston et al. 2011	12	Kanser	Yorgunluk ↓
Mehling et al. 2007	138	Kanser	Ağrı, bulantı, kusma ↓, emosyonel durum ↑
Dean-Clower et al. 2010	40	Meme-over	Ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ↓
Enblom et al. 2011	10	Kanser	Bulantı ↓
Mao et al. 2009	20	Kanser	Yorgunluk ↓
Balk et al. 2009	23	Kanser	Yorgunluk, depresyon ↓, yaşam kalitesi ↑
de Valois et al. 2010	50	Meme	Sıcak basması, gece terlemesi ↓
Feng et al. 2011	80	Kanser	Depresyon ↓ uyku ↑
Meng et al. 2012	23	Nazofarenks	Ağız kuruluğu ↓
Cho et al. 2008	12	Baş-boyun	Ağız kuruluğu ↓
O'Sullivan et al.	Metaanaliz	Baş-boyun	Ağız kuruluğunda kullanılabilir
Ezzo et al. 2006	Metaanaliz	Kanser	Bulantı, kusma ↓
Sawada et al. 2010	38	Kanser	Yaşam kalitesi ↑
Ge et al. 2010	16	Kanser	Hıçkırık ↓

Akupressür: Parmak basıncı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bedenin belli bölgelerindeki noktalara parmak ile bastırarak semptomlar yok edilmeye çalışılır. Yapılan çalışmalarda kanserli hastaların bulantı-kusmalarının kontrol altına alınmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kanserli hastalarda akupressür ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Taşpınar et al. 2010	34	Jinekolojik	Bulantı ↓
Roscoe et al. 2009	89	Kanser	Bulantı ↓
Jones et al. 2008	18	Kanser	Bulantı-kusmada etkili değil
Dibble et al. 2007	160	Meme	Bulantı-kusma şiddeti ↓

Yoga: Ana bileşeni stresi azaltmaya temellendirilmiş olan, solunum teknikleri, fiziksel duruş ve meditasyondan oluşan yaklaşık 5000 yıldan fazla süredir uygulanan bir yöntemdir. Stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, bulantıyı azalttığı, iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Kanserli hastalarda yoga ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi Sonuç
Lin et al. 2011	Metaanaliz	Kanser Stres, anksiyete, depresyon ↓
Danhauer et al.	44	Meme Yorgunluk ↓
Raghavendra et al. 2007	62	Kanser Bulantı ↓
Kvillemo et al. 2011	18	Kanser Stres ↓
Selman et al. 2012	18	Kanser İyilik hali ↑
Banasik et al. 2011	18	Meme İyilik hali ↑ yorgunluk ↓
Ulger et al. 2010	20	Meme Yaşam kalitesi ↑ anksiyete ↓

Meditasyon: Yoganın temel taşlarından biridir. Farkındalık ve dikkat yaratarak, nesne, ses, kelime veya deyim zihinsel odaklanma yolu ile uygulanan bir zihin eğitme tekniğidir. Özellikle gevşeme ve iç huzuru sağlar, ağrı ve strese azalma yaratır. Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda; hastaların stres, depresyon, emosyonel irritabilite, kan basıncı ve kortizol düzeyini azalttığı, immün fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Kanserli hastalarda meditasyon ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Specia et al. 2000	90	Kanser	Stres, depresyon, emosyonel irritabilite ↓
Carlson et al. 2001	54	Kanser	Ruh halinde iyileşme, semptom ↓
Carlson et al. 2007	59	Prostat-meme	Stres, kan basıncı, kortizol ↓
Witek-Janusek et al. 2008	66	Meme	İmmün fonksiyon ve yaşam kalitesi ↑

Masaj: En eski tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Kan ve lenf akımını uyarmak, sinir uçlarını harekete geçirmek, sakinleştirmek, toksinlerin dışarıya atılmasını kolaylaştırmak ve bütün vücudun beslenmesine yardımcı olmak amacıyla yumuşak dokulara uygulanır. Hastaların ağrı, yorgunluk, anksiyete, bulantı ve depresyonunu azalttığı, yaşam kalitesi ve uyku kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Kanserli hastalarda masaj ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Myers et al. 2008	Metaanaliz	Kanser	Ağrı, yorgunluk, anksiyete, bulantı, depresyon ↓
Listing et al. 2009	62	Meme	Fiziksel rahatsızlık, yorgunluk ↓ ruh halinde ↑
Ernst et al. 2009	Metaanaliz	Kanser	Ağrı, anksiyete, bulantı, depresyon, yorgunluk ↓
Wilkinson et al. 2008	Metaanaliz	Kanser	Ağrı, anksiyete, bulantı ↓
Mehling et al. 2007	138	Kanser	Ağrı, bulantı, kusma, emosyonel sorunlar ↓
Ovayolu ve ark. 2011	280	Meme	Semptomlar ↓ yaşam kalitesi ↑
Falkensteiner et al. 2011	Metaanaliz	Kanser	Ağrı, anksiyete, depresyon ↓
Pruthi et al. 2009	35	Meme	Yorgunluk ↓ uyku kalitesi, iyilik hali ↑
Billhult et al. 2007	39	Meme	Bulantı ↓

Müzik: Kanser hastalarında müziğin kullanım amacı, hastada gevşeme sağlamak, konforu arttırmak, tedaviye bağlı stresi, ağrıyı, depresyonu, kan basıncını, anksiyeteyi, bulantı ve kusmayı azaltmaktır (Tablo 10).

Tablo 10. Kanserli hastalarda müzik ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Li et al. 2011	120	Meme	Ağrı ↓
Bradt et al. 2011	Metaanaliz	Kanser	Anksiyete, depresyon, kan basıncı, ağrı ↓
Lin et al. 2011	98	Kanser	Anksiyete ↓

Refleksoloji: Vücudun spesifik noktalarına, genellikle el ve ayaklara basınç uygulayarak yapılan bir tedavi yöntemidir. Bu spesifik noktaların iç organlara karşılık geldiği düşünülmektedir. Kanserli hastalarda refleksolojinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda; hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, ağrı ve anksiyetesini azalttığı gösterilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Kanserli hastalarda refleksoloji ile yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Kim et al. 2010	Metaanaliz	Meme	Yaşam kalitesi, ruh hali ↑
Sharp et al. 2010	183	Meme	Yaşam kalitesi ↑
Stephenson et al. 2003	36	Kanser	Ağrı ↓
Stephenson et al. 2007	86	Kanser	Ağrı, anksiyete ↓

Kriyoterapi: Kemoterapi ajanlarının oral mukozaya dağılımını engellemek amacı ile oral kavitenin soğutulmasını içeren bir

uygulamadır. Yapılan çalışmalarda özellikle 5-Fluorouracil kullanan hastalarda kriyoterapinin mukozit önlemedeki etkinliği gösterilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Kanserli hastalarda kriyoterapi ile yapılan çalışma örnekleri

Yazar, Yılı	Hasta sayısı	Kanser tipi	Sonuç
Worthington et al. 2002 kullanılabilir	Metaanaliz	Kanser	Mukozitte
Katranç et al. 2011	60	Kanser	Mukozit ↓
Vokurka et al. 2011 Mukozit ↓	126	Hematolojik	
Svanberg et al. 2010 beslenme durumu ↑	78	Hematolojik	Mukozit, ağrı ↓

Modern tıp uygulayıcıları tamamlayıcı tedavi yöntemlerini doğrudan ret etmek yerine bilimsel çerçevede sorgulamaya ve hastaya katkı sağlayabilecek kanıtlanmış uygulamaları klinik pratiklerine entegre etmeye başlamışlardır. Kuşkusuz ki kanser gibi takip ve tedavi süreci son derece güç olan bir hastalık seyrinde, hastaya katkı sağlayacak güvenilir ve uygulanabilir, maliyet etkin yöntemlerin aranması ve denenmesi kaçınılmaz olacaktır. Tüm bu çabalar bilimsel ve etik uygulamalar eşliğinde olmalıdır. Aksi takdirde tüm dünyada olduğu gibi ciddi bir bilgi ve deneyime ihtiyaç duyulmaksızın uygulanabilecek yöntemlerden olan tamamlayıcı tıp uygulamaları hem hastaların sağlığına zarar verirken aynı zamanda uygulayıcılarına haksız kazanç ve ekonomik kayıp oluşturacaktır. Bu amaçla Amerikan İntegratif Onkoloji Derneği tarafından 2007 yılında integratif (bütünleyici) tıp uygulamaları rehberi önerileri yayınlanmıştır.

Bu öneriler şu şekilde sıralanmaktadır;

- Hastaların hepsine tamamlayıcı yöntem kullanıp kullanmadığı sorulmalı ve kanıta dayalı rehberler sunulmalı.
- Beyin-vücut modaliteleri; anksiyete, mood bozuklukları, kronik ağrı ve yaşam kalitesini artırmak için önerilmeli.
- Kemoterapiye bağlı erken bulantı-kusmada, yanıt alınamıyorsa akupunktur önerilmeli.
- Radyoterapiye bağlı ağız kuruluğunda akupunktur önerilmeli.
- Masaj uygulaması, onkoloji alanında eğitimli masaj uzmanlarının yapması koşulu ile önerilmeli.
- Kanserli hastalarda sigara klasik yöntemler ile bırakılmıyorsa akupunktur önerilmeli
- Kemoterapi sırasında egzersiz fiziksel ve mental fonksiyonlara katkı sağladığı için önerilmeli.

Ayrıca tamamlayıcı yöneme başvuran hastaların tercih hakkına saygı duyulmalı, zarar verilmemeli, yararlı olma ilkesi ve hakkaniyet gözetilmeli ve bu doğrultuda aşağıda belirtilen şemadaki yol izlenmelidir (Şekil 1).



Şekil 1. Tamamlayıcı kullanan hastaya yaklaşım ilkeleri

Sonuç olarak, hastanın tedavisinden ve bakımından sorumlu olan sağlık ekibi üyeleri; kanser hastalarının tamamlayıcı yöntem kullanım nedenlerini ve bunu etkileyen faktörleri bilmeli ve günümüz modern tıbbın olanakları ile tedavi olabilecek kanser hastalarının sağlık bakım sisteminin içerisinde kalmalarını sağlamalıdır. Konvansiyonel tedavileri uygularken hastaların tedavi kararlarına katılımı ve tedavileri üzerinde daha çok kontrol olanağı sağlanmalı ve hasta ile olumlu, insancıl ve saygılı bir iletişim kurulmalıdır. Eğer hasta tamamlayıcı yöntem kullanmak istiyorsa ya da kullanıyorsa ve bunu ekip üyeleri ile paylaşıyorsa, hasta ile olan iletişimde kabullenici, açık ve net olunmalıdır. Hastanın kullandığı tamamlayıcı yöntem ile ilgili ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Hastanın bu yöntemi ne sıklıkta kullandığı, güvenli olup olmadığı bilimsel olarak yararının var olması ve yöntemin hasta tarafından ne şekilde algılandığını ekip üyelerinin bilmesi oldukça önemlidir. Aksi takdirde hasta konvansiyonel tedavilerle birlikte tamamlayıcı yöntem kullandığını sağlık ekip üyelerine söylememekte ve bu durum da istenmeyen olumsuz etkilere neden olmaktadır.

ÖĞR. GÖR. DR. ÖZLEM OVAYOLU
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

PANEL - Etkin Kemoterapi Uygulamaları - Örnek Protokoller, Yeni Ajanlar ve Uygulamalar, Yan Etki Kontrolü

K48

AKCİĞER KANSERLERİNDE STANDART TEDAVİ PROTOKOLLERİ, YENİ TEDAVİLER VE SEMPTOM KONTROLÜ

Akciğer kanseri her iki cinsten de kanser ölümlerinin en sık nedeni olup tüm dünyada sürekli artmaktadır. Tarama programlarında kaydedilen gelişmelere karşın sağkalımı değiştirecek düzeyde erken tanı nadirdir. Bronş epitelinden kaynaklanan kötü huylu tümörlerin çoğunluğu kanserdir. Bölgesel lenf düğümlerine metastaz sıklığı ve sistemik yayılımın habercisidir. Klinik evreleme tümör boyutu, komşu yapıların tutulması, metastatik lenf düğümlerinin yerleşim bölgesi ve uzak organ metastazı gibi değişkenler temel alınarak yapılır.

Cerrahi akciğer kanserinin her tipinde tanı ve erken formların tedavisinde temel rol oynar. Cerrahi yapılamayan erken evre hastalığın tedavisinde radyoterapi tek başına kullanılabildiği gibi, lokal ileri hastalık tedavisinde diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanabilmektedir. Radyoterapi lokal tümör ve metastazlarının tedavisinde palyasyon amacıyla kullanımda da çok etkindir. Yeni ilaçlarla kemoterapi uygulamaları semptomatik yanıtlar ve iyi sistemik palyasyon sağlamaktadır ama sağkalım üzerinde etkisi radyoterapiye benzer şekilde orta derecededir.

Akciğer Kanserinde Evreleme ve Prognoz

Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü (UICC) evreleme sistemi anatomik yayılma yollarını temel almıştır ve kullanılan tanılal yöntemler evreyi belirleme de esastır. Evre sınıflaması tedaviyi belirlemez, mevcut standartlarına uygun yöntemlerle tedavi edilen hastaların prognozları hakkında fikir verir. Ayrıca değişik merkezlerin tedavi sonuçlarının karşılaştırılmasında işe yarar. Hastanın performans durumu, tanı öncesi anlamlı kilo kaybı, birlikte hiperkalsemi olması diğer prognostik faktörlerdir. Klinik bilgilerin analizi başka proliferasyon ve biyolojik belirteçlerin de prognostik açıdan önemli olabileceği izlenimi vermişse de hiçbir tedavi sürecini etkileyecek derecede önem kazanamamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Akciğer kanserinde sağkalım

Evre	Hücre tipi	5 Yıl sağkalım
I	KHDAK	% 65
	KHAK	% 50
II	KHDAK	% 40
	KHAK	% 25
III A	KHDAK	% 30
	KHAK	% 20
III B	KHDAK	% 15
	KHAK	% 5
IV	KHDAK	% 2
	KHAK	% 2
Tüm grup	KHDAK	% 10
	KHAK	% 5

TEDAVİ

Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde tedavi protokolleri (KHDAK):

Erken Evre: Cisplatin+Vinorelbin, Carboplatin+Paclitaxel
Lokal İleri Evre: EP (Etoposid+Cisplatin) +RT
Metastatik KHDAK:
Cisplatin+Docetaxel
Cisplatin+Gemsitabin
Paclitaxel+Carboplatin
Cisplatin+Vinorelbin
Cisplatin+Etoposid
Paclitaxel+Carboplatin+Bevacizumab
Vinorelbine
Paclitaxel
Docetaxel
Vinorelbine
Adeno kanserlerde ya da mezotelyoma da 2. seride Pemetrexed eklenir.
EGFR (+) ise Erlotinib ya da Cetuximab (Flex çalışması) eklenir.

Küçük Hücreli Akciğer Kanser (KHAK):

EP (Etoposid+Cisplatin)
Carboplatin+Etoposid
Topotecan+Cisplatin
CAV (Cyclophosphamide+Doxorubicin+Vincristin)

Hedefe Yönelik Tedaviler:

Son yıllarda özellikle sağ kalımı arttırmaları ve yan etki profillerinin iyi olması nedeniyle birçok kanserde olduğu gibi akciğer kanserlerinde de hedefe yönelik tedavilerin kullanımı artmıştır.

Bunlar monoklonal antikorlar ve tirozin kinaz inhibitörleridir. Monoklonal antikorlar (Cetuximab, Bevacizumab) laboratuarda üretilmiş doğal antikorlardır ve hedefledikleri molekülün farklı bölgelerine bağlanarak etki ederler. Tirozin kinaz inhibitörleri (Erlotinib, Gefitinib) ise hücre içindeki diğer enzimleri aktive ederek, fosfat ve kinaz arasındaki iletişimi keserek etki eder.

Tüm hücreleri etkilemeyerek tek bir noktaya etki ettiklerinden hedef tedavilerin yan etki profilleri oldukça iyidir ve hastalar tarafından genellikle iyi tolere edilir. Ancak bazen uygulanan tedavi protokolüne, hedef ajanın türüne ve dozuna bağlı olarak hastaların yaşam kalitesinin bozulmasına ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelleyen gastrointestinal değişiklikler, cilt reaksiyonları ve kardiyovasküler sorunlar gibi farklı yan etkilere neden olabilmektedir.

UZM. HEM. AYŞİN KAYIŞ

ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ-ONKOLOJİ VAKA YÖNETİCİ HEMŞİRESİ

K49

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE ÖRNEK PROTOKOLLER, YENİ AJANLAR, YENİ UYGULAMALAR VE YAN ETKİ KONTROLÜ

Over kanseri jinekolojik kanserler arasında %25 oranında en sık görülen kanserdir. Esas tedavi şekli cerrahidir. Cerrahi sonrası kemoterapinin başarı şansı artmaktadır. Over CA radyoterapi halen belirsizliğini korumaktadır.

Over kanserinin adjuvan tedavisinde ;

1. Sırada Platin+Taxan,
 2. Sırada Lipozomal Doksorubicin,
 3. Sırada Topotecan, Gemcitabine, Etoposide, Taxan yer alır.
- Over kanseri tedavisinde Bevacizumab 'ın faz 3 çalışmasından olumlu sonuç alındığı belirtilmiştir. (GOG 0218 ve ICON7) çalışmalarından elde edilen sonuçlara dayanarak, Bevacizumab'ın birinci basamak endikasyonda kullanımı için bir Avrupa Birliği (AB) pazarlama ruhsat başvurusunda bulunuldu. Bu yılın sonunda İnsanlarda Kullanıma Yönelik Tıbbi Ürünler Komitesi'nden (CHMP) bir karar beklenmektedir.

Rahim ağzı (serviks) kanseri jinekolojik kanserler arasında 2. sıklıkla görülen kanserler arasındadır. Erken dönem teşhis edilebilen vakaların %95 inden fazlasında tam kür sağlandığı için erken teşhis ve tedavi çok önemlidir. Serviks kanserinin erken dönemde teşhisinde cinsel aktivitesi başlayan her kadının yıllık jinekolojik muayenesini ve Pap smear testini yaptırması gerekir. Pap smear testi servikal kanserlerin %90'ını erken dönemde yakalayabilir. Bu kanserin nedeni büyük bir olasılıkla Human Papilloma Virüsü'nün (HPV) neden olduğu bilinmektedir. HPV enfeksiyonuna karşı geliştirilmiş iki aşı (gardasil, cervarix) rahim ağzı kanserini önlediği ilişkin çalışmalar mevcuttur. Rahim ağzı kanserinin kemoterapisinde; RT ile eşzamanlı Sisplatin metastatik serviks CA ise Sisplatin+Fluorourasil, Bleocin-İfosfamid-Platin, Sisplatin-Paklitaksel protokolleri uygulanmaktadır.

Vulva kanseri nadir olarak görülse de kadınlık imajını tehdit eden bir konumdur. Daha çok menopoz sonrası ve yaşlılarda görülmektedir. Vulva kanseri genel anlamda kemoterapiye dirençlidir. Bu sebeple erken evrede kemoterapi kullanılmaz. Daha çok ileri evrelerde kontrol edilemeyen olgularda radyoterapinin etkinliğini artırmak amacıyla kemoterapi kullanılmaktadır. Ayrıca ileri evre vulva kanseri yaşlı hastalarda ve sistemik hastalıkların eşlik ettiği vakalarda vulva CA'nın görülmesi kemoterapiye bağlı toksite riskini arttırmaktadır.

Endometriyum kanseri; rahmin iç duvarında gelişen kanser türünü oluşturur. Gelişmiş ülkelerde en sık görülen kadın genital organ kanseridir. Olguların % 75 'i evre 1 de tanı almaktadır. Endometrium kanseri tedavisinde abdominal histerektomi yapılır. Histerektomi sonrası radyoterapi önerilir. Nadiren bazı vakalarda kemoterapi uygulanmaktadır.

Vajen ca jinekolojik kanserler arasında %2 oranında nadir görülen bir kanserdir. Genellikle vajinit ile karıştırılır. Vajinal kanser tedavisi tipine, evresine ve yerleşim yerine göre planlanır. Cerrahi ve radyoterapi uygulanır. Nadiren bazı vakalarda kemoterapi uygulanmaktadır.

Kemoterapide karşılaşılan semptomlar jinekolojik kanser

tedavilerinde de görülmektedir. Ayrıca alt ekstremitelerde görülen ödem hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Ödem geliştiğinde pnömotik kompresyon ve anti embolik çorap önerilmektedir.

ÜMMÜHAN TÜRKAY

K50
KOLOREKTAL KANSERLER

- Kolorektal kanserler tüm kanserler arasında hem erkek hem de kadınlar için en yaygın kanserlerin 3. sırasındadır
- İnsidansı her iki cinsiyet için eşittir.
- 2011 de tahmin edilen kolon kanseri vakaları 101.340 ve rektal kanser için 39.870 vaka olduğu düşünülüyor.
- 2011 de Kolorektal kanserlerden ölüm tahmini olarak 49.380 olduğu düşünülüyor
- Bu da tüm kanserlerin % 9 'unu oluşturur...
- Kolorektal kanser yaygın olarak sporadik olarak oluşur ve vakaların % 5-10 kalıtsaldır.

Etiyoloji

Kolorektal kanserlerin etiyolojisinde;

- Coğrafya,
- Yaş,
- Aile hikayesi ve genetik,
- Beslenme bozuklukları,
- Sigara kullanımı.

TARAMA
○ Düşük riskli hastalar (50 yaşından başlanarak aşağıda beş şekilde yapılır)

- Yıllık gaitada gizli kan
- Her beş yılda bir sigmoidoskopi
- Her 5 yılda bir sigmoidoskopi ve yıllık gaitada gizli kan
- 10 yılda bir kolongrafisi
- Her 10 yılda bir kolonoskopi

○ Yüksek riskli hastalar

- Birinci derece yakınında kolorektal kanseri bulunanlar risksiz hastalar gibi takip edilir, ancak 40 yaşında başlanmalı
- Daha öce adenomatöz polip nedeniyle polipektomi yapılan hastalara 3 yıl sonra kolonoskopi yapılır. Normalse 5 yıl sonra takip
- FAP ailesindeki bireyler FAP geni varlığı genetik testler yapılır. 18 yaşından başlanarak her yıl flexible sigmoidoskopi yapılır
- İnflamatuvar barsak hastalıklarında pankolit varsa hastalığın başlangıcından 8 yıl sonra kolonoskopi yapılır.

○ Kolorektal kanserlerin çoğu sigmoid kolon ve rektumda yerleşir.
○ Evrelemede amaç; hastalığın yayılım derecesini saptamak bu şekilde tedavinin planlanması ve prognoz açısından tahminde bulunabilmektir.
TNM SINIFLANDIRILMASI
Primer tümör (T)

TX	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör yok
Tis	Carsinoma in situ : intraepitelial veya lamina propriyaya invazyon
T1	Tümör submukozaya yayılmış
T2	Tümör muscularis propriyaya yayılmış
T3	Tümör subserozaya veya peritonla kaplı olmayan perikolik veya perirektal dokulara geçmiş
T4	Tümör visceral peritonu (seroza) geçmiş ve komşuluk yoluyla diğer organları tutmuş

Regional lenf nodülleri (N)

NX	Regional lenf nodülleri değerlendirilemiyor
N0	Regional lenf düğümlerine yayılım yok
N1	1-3 perirektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz vardır
N2	4 veya daha fazla pararektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz vardır
N3	Vasküler yapılar boyunca herhanfibir lenf nodülünde metastaz vardır

Uzak Metastaz (M)

MX	Uzak metastaz varlığı değerlendirilemiyor
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

Tanı anında evreler;

Evre 0-1: %14

Evre 2-3: %65

Evre 4 : %21

Evrelere göre yaşam şansı;

Evre 0-1: %90

Evre 2: %75

Evre 3: %30-%50

Evre 4: %10

TANI

- Hikaye, fizik muayene ve tanısal testlerle tanıya gidilir. Özellikle aile hikayesi, kanama, dışkılama alışkanlıklarındaki değişiklikler ve kilo kaybı sorgulanmalıdır.
- Tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri
- PA akciğer grafisi

Endoskopi (Kolonoskopi) ve biyopsi

- Kolonun tamamının değerlendirilmesini sağlar
- Kaynağı bulunamayan kanamalarda, kolon grafisinde anormal bulgular saptandığında, sigmoidoskopide polip saptandığında, inflamatuvar barsak hastalıklarında ve daha önceden polip veya kolorektal kanseri bulunan hastalarda tanı amaçlı kolonoskopi yapılabilir.
- Günümüzde rektal kanamalarda artan bir oranda kolonoskopi tercih edilmektedir. İşlem biyopsi yapılmasına olanak sağlamasının yanı sıra, senkron lezyonlarının gözden geçirilmesine olanak sağlar.

Radyolojik görüntüleme

- Abdominal ve pelvisin görüntülenmesi oral, IV, ve rektal kontrastlı yüksek standartlı BT, US veya kuşku durumlarında Manyetik Rezonans (MR) görüntülenmesi, sanal kolonoskopi, endoskopi geçişine izin vermeyen sol kolon lezyonlarında senkron lezyonların tanısı için önerilir,
- PET

Tümör Belirteçleri

- CEA
- Ayrıca CA 19-9 da istenebilir...

TEDAVİ

● Tümör Lokalizasyonuna Göre Cerrahi Teknikler

Kolon cerrahisinde en az 12 ganglion çıkarılması hedeflenmelidir. Cerrahi girişimler bağlanacak damar pediküllerine göre yapılır.

- **Çekum:** Sağ hemikolektomi
- **Çıkan kolon:** sağ hemikolektomi veya genişletilmiş sağ hemikolektomi
- **Transvers kolon sağ yarısı:** genişletilmiş sağ hemikolektomi
- **Transvers kolon ortası :** genişletilmiş sağ hemikolektomi
- **Transvers kolon sol yarısı :** subtotal kolektomi veya genişletilmiş sol hemikolektomi
- **İnen kolon:** sol hemikolektomi
- **Sigmoid kolon:** sigmoid rezeksiyonu veya sol hemikolektomi
- **Senkron kolon tümörleri:** total kolektomi

Kolon Kanseri Evre 0

- Cerrahi sınır temiz olmak koşuluyla polipektomi
- Polipektomi uygun olmayan büyük lezyonlar için standart kolon rezeksiyonu

Evre 1

- Tümör yerleşimine göre standart radikal rezeksiyon

Evre 2

- Cerrahi : potansiyel küratif rezeksiyon
- Adjuvan Tedavi: aşağıdaki riskli alt gruplar hariç rutin adjuvan KT önerilmemektedir.
- Riskli alt grup;
 1. Perforasyon
 2. Tam veya tama yakın tıkanıklık az diferansiye histoloji
 3. T4N0
 4. T (herhangi) NX

● Önerilen adjuvan Tedavi

- ✓ FOLFOX -4 rejimi (12 siklus) 6 ay
- ✓ 5-FU/FA veya LVF5FU2
- ✓ Capecitabine 3 haftada bir 14 gün; 8 kür
- ✓ UFT/FA beş haftada bir 28 gün 5 gün

Evre 3

● Cerrahi : standart radikal rezeksiyon

● Adjuvan RT endikasyonu yok

● Adjuvan KT:

1. MOSAİC çalışmasına göre FOLFOX rejimi 2 haftada bir 12 kür
2. NSABP C07 çalışmasına göre FLOX rejimi
3. Capecitabine ve UFT+FA: X-ACT ve NSABP C06 çalışmalarına göre (Türkiyede uygulanıyor???)

Adjuvan Kemoterapi Uygulamaları

- 5-FU+FA (Mayo rejimi): 5-FU 425 mg/m²/gün + FA 20 mg/m²/gün, 1-5. günler, 28 günde bir tekrar edilir, 6 ay süre ile kullanılır.
- 5-FU+FA (De Gramont rejimi): FA 200 mg/m² i.v. + 5-FU 400 mg/m² bolus 1-2. günler, 5-FU 600 mg/m² sürekli infüzyon (24 saat) 1-2. günler, 15 günde bir, 6 ay süre ile uygulanır.
- 5-FU+Levamisol: 5-FU 425 mg/m²/gün 1-5. günler, 28 gün sonra haftada bir aynı doz verilir, 1 yıl süre ile kullanılır. Levamisol 50 mg/gün 1-3. günler, 14 günde bir, 1 yıl boyunca kullanılır.
- Hafta bir yüksek doz 5-FU+FA (Roswell Park rejimi): 5-FU 500 mg/m² haftada bir, 6 hafta süre ile kullanılır, 2 hafta ara verilir ve 1 yıl boyunca devam edilir. FA 500 mg/m² 2 saatlik infüzyon olmak üzere haftada bir, 6 hafta süre ile kullanılır, 2 hafta ara verilir ve tedavi 1 yıla tamamlanır.
- FOLFOX-4 rejimi: 2 haftada bir, toplam 12 siklus olmak üzere 1 ve 2. günlerde, FA 200 mg/m² 2 saatlik infüzyon ve 5-FU 400 mg/m², 5-FU 600 mg/m² 22 saatlik infüzyon, 1. gün oksaliptin 85 mg/m² uygulanır.
- FOLFOX-6 rejimi: 1. gün oksaliptin 85 mg/m² 2 saatlik infüzyon, FA 400mg/m² 2 saatlik infüzyon 1. gün, 5-FU 400 mg/m² 1. gün i.v. bolus sonrasında 2 gün süre ile 1200 mg/m²/gün (toplam 2400 mg/m² 46-48 saatlik) infüzyon olarak uygulanır. Her iki haftada bir tekrar edilir.
- FLOX : 5-FU 500 mg/m² haftalık i.v. bolus, 6 defa; FA 500 mg/m² haftalık 6 defa, her 8 haftalık siklusa 1., 3. ve 5. haftalarda oksaliptin 85 mg/m² i.v. ek olarak uygulanır.

Evre 4

● Senkron metastazlı hastalarda cerrahi

● Sistemik tedavi

1. Birinci basamak tedaviler: irinotekan/FUFA(FOLFIRI)+ bevacizumab veya herhangi bir FOLFOX rejimi (4,6 veya 7) veya FUFA + bevacizumab veya FOLFIRI
2. İkinci basamak tedavi FOLFIRI kullananlarda herhangi bir FOLFOX(-4,-6 veya -7) veya irinotekan + cetuximab . Daha önce FOLFOX kullanan hastalarda FOLFIRI önerilir.

Kolorektal kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar:

Fluoroprimidinler (5FU, kapesitabin, UFT),
Irinotekan,
Oksaliptin,

Antiangiogenez inhibitörleri (Bevasizumab)
EGFR reseptör antikoları (Cetuximab)

Hedefe yönelik ajanlar

- **Bevacizumab:** Angiogenezde önemli bir mediatör olan VEGF'e (vasküler endotelial büyüme faktörü) bağlanır. Metastatik kolorektal kanserde fluorourasil bazı kombinasyon rejimleri ile ilk seçim olarak kullanılır.
- **Cetuximab:** HER1-EGFR (epidermal büyüme faktörü reseptörü) hedef alır. Metastatik kolorektal kanserde irinotecan direncini kırmak amaçlı, kemoterapi rejimleri ile kombine şekilde, ikinci seçim olarak kullanılabilir.

Yan etkiler ve girişimler

Kolorektal kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı görülebilecek yan etkiler.

Fluorourasil'e bağlı yan etkiler

GIS: Yan etkilerin şiddeti doza bağlıdır. Bulantı ve kusma (hastaların %30-50'sinde görülür), mukozit (tedavi sonrası 5-8. günlerde başlayabilir ve ciddi olabilir), anoreksi ve diyare görülebilir. Doz sınırlaması gerektirebilir.

- **Hematolojik:** Lökopeni, trombositopeni ve anemi gelişebilir.
- **Dermatolojik:** Dermatit, tırnak değişiklikleri, hiperpigmentasyon, el-ayak sendromu (palmar-plantar eritrodisestezi sendromu), fotosensitivite, alopesi görülebilir.
- **Nörolojik:** Serebellar ataksi (kalıcı olabilir), oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, nistagmus, baş ağrısı.

Irinotecan'a bağlı yan etkiler

- **Hematolojik:** Hastaların %63'ünde lökopeni; yaklaşık %54'ünde nötropeni görülmüş ve bunların %26-27'sinde nötropeninin grade 3-4 olduğu bildirilmiştir. Hastaların %3'ünde trombositopeni, %67'sinde anemi geliştiği bildirilmiştir.
- **Dermatolojik:** Irinotekan vezikant özelliği olmayan bir ilaçtır. Alerji ve cilt reaksiyonları nadir etkilerdir. Alopesi sık görülen yan etkilerdendir.
- **GIS:** Bulantı ve kusma meydana gelebilir. Hastaların yaklaşık %51'inde diyare gelişebilir. Bunlardan %7-9'u ciddidir. 24 saatten sonra görülen gecikmiş diyaredir ve doz sınırlayıcı bir toksisitedir.
- **Akut kolinerjik sendrom:** Hastaların %85'inde görülen, infüzyon esnasında ya da takiben 24 saat içerisinde gelişen akut diyare ile aşırı terleme, karın krampları, göz bebeğinin daralması ve aşırı tükürük salgısı gibi belirtilerle kendini gösteren geçici bir sendromdur.

Oxaliplatin'e bağlı yan etkiler

Bulantı-Kusma: Antiemetik kullanımına rağmen şiddetli olabilir. Antiemetik olarak 5-HT3 antagonistleri (granisetron, ondansentron gibi) ve deksametazon kombine kullanılabilir.

- **Duyusal Nöropati:** Nörotoksikite el ve parmaklarda uyuşukluk, parestezi ve dudaklarda uyuşukluk ile karakterizedir. Soğukla aktifleşebilir.
- **Hematolojik:** Orta derecede lökopeni ve orta derecede trombositopeni meydana gelebilir.

Capecitabine'e bağlı yan etkiler:

- Kemik iliği baskılanmasına bağlı enfeksiyon, kanama ve

yorgunluk,

- Bulantı - kusma, stomatit ve diyareye bağlı beslenmede yetersizlik,
- El-ayak sendromuna bağlı cilt bütünlüğünün bozulması ve rahatsızlık.

Bevacizumab'a bağlı yan etkiler:

- Hemoraji, hipertansiyon, proteinüri, konjestif kalp yetmezliği, ishal, halsizlik, lökopeni, tromboembolizm, hiponatremi.

Cetuximab'a bağlı yan etkiler:

- İnfüzyonla ilişkili reaksiyonlar; bronkospazm, ürtiker, hipotansiyon, ses kısıklığı, pulmoner toksisite, döküntü, ciltte kuruluk ve çatlak, ishal, halsizlik, ateş, bulantı, kusma, anoreksi, lökopeni, akne benzeri döküntüler.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastaya ilaçların yan etkileri konusunda bilgi verilir.
- Bulantı-kusma için hekimin önerdiği antiemetikler kullanılır.
- Irinotecan verilen hastalarda akut kolinerjik sendromu önlemek için atropin sc uygulanır.
- Eloxatin verilen hastalara soğuktan korunması eğitimi verilir.
- 5fu verilen hastalarda stomatiti önlemek için ağızda buz uygulaması önerilir.
- Bevacizumab tedavisi verilen hastalarda hipertansiyonu önlemek için tuz kısıtlaması önerilir.
- Cetuximab tedavisi alan hastalarda ciltte döküntülere karşı lavanta sirkisi önerilir.

FATMA AKSOY

K51

MEME KANSERİNDE ÖRNEK PROTOKOLLER/SIK KULLANILAN PROTOKOLLER, YENİ AJANLAR VE YENİ UYGULAMALAR, YAN ETKİ KONTROLÜ

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölümler içinde akciğer kanserinin ardından ikinci sırada gelmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda meme kanserinin görülme sıklığı giderek artmaktadır ve Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2008 yılı verilerine göre insidans 100.000'de 41.6 olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010).

Meme kanseri tedavisi lokal ve sistemik tedavi olarak uygulanmaktadır. Lokal tedavi cerrahi uygulamaları ve radyoterapiyi içerirken, sistemik tedavi kemoterapi, hormonal tedavi ve hedefe yönelik tedavilerden oluşmaktadır. Meme kanserinin hormonal tedavisinde Tamoxifen, Anastrozole, Letrozole, Fulvestrant ve Exemestane sıklıkla kullanılan ajanlardır. Meme kanserinin tedavisinde kemoterapi;

- Erken evre meme kanserinde cerrahi sonrası lokal kontrolü artırmak, olası uzak metastazları kontrol etmek amacıyla (Adjuvan)
- Lokal ileri evre kanserlerde mevcut tümörün boyutlarını küçültmek ve cerrahiye uygun hale getirmek amacıyla (Neoadjuvan)
- İleri evre kanserlerde tümöre bağlı semptomları azaltarak hastanın yaşam süresi ve yaşam konforunu artırmak amacıyla (Palyatif) olarak verilmektedir

Meme kanserinin neoadjuvan tedavisinde taksanlar, antrasiklinler, siklofosamid, 5FU gibi birçok sitotoksik ajanlar ile son yıllarda birçok klinik araştırma yapılmaktadır (örn: AC-T, CEF, CAF). Adjuvan tedavide ise sıklıkla AC, CMF, CEF, CAF ve bu rejimlere taksanların eklenmesiyle elde edilen kombine rejimler kullanılmaktadır. Metastatik meme kanseri tedavisinde antrasiklin içermeyen (CMF, Cisplatin+5FU, Carboplatin+Gemcitabin, Capecitabine±Vinorelbine, Vinorelbine±gemcitabine, oral siklofosamid±methotrexat), antrasiklin içeren (monoterapi Doxorubicin ya da Epirubicin, CAF, CEF, AC), taksan içeren (paclitaxel, docetaxel, docetaxel-capecitabine, paclitaxel-gemcitabine, paclitaxel-vinorelbine, Paclitaxel-carboplatin) rejimler kullanılmaktadır. Bunların dışında Eribulin, Ixabepilone ve Abraxane da metastatik meme kanseri tedavisinde kullanılan yeni sitotoksik ajanlardır. Meme kanseri tedavisinde kullanılan hedefe yönelik ajanlar Trastuzumab, Lapatinib, Pertuzumab ve klinik çalışmaları hala devam eden Neratinib ve mTOR inhibitörleri olarak söylenebilir. Bunların dışında anjiyogenez inhibitörü olarak kullanılan Bevacizumab da hedefe yönelik tedaviler arasındadır.

ÖRNEK PROTOKOL

Kapesitabine+Docetaxel

Kapesitabin ve docetaxel kombine rejimi metastatik meme kanseri tedavisinde kullanılan rejimlerden biridir. Bu rejimde Kapesitabin 1,250 mg/m² olmak üzere günde 2 kez, 1-14. günler arası oral olarak alınır. Docetaxel ise 75 mg/m² dozunda intravenöz olarak 1. gün alınır ve bu rejim 21 günde bir tekrarlanır. Bu rejime bağlı olarak görülebilecek olan yan etkiler, hipersensitivite/anaflaktik reaksiyon, kemik iliği depresyonuna bağlı kanama ve enfeksiyon, alopesi, tırnaklarda

renk değişikliği, el-ayak sendromuna bağlı cilt bütünlüğünün bozulması, periferik nöropati, bulantı-kusma, diyare ve stomatit olarak söylenebilir.

YAN ETKİ KONTROLÜ

Kapesitabin ve docetaxel rejimine bağlı **hipersensitivite reaksiyonu** riskini azaltmak için premedikasyon olarak önerilen dexametazonun istenilen dozda alınıp alınmadığı kontrol edilmeli ve ilaç sonrası alınması gereken doz hastaya çok iyi tarif edilmelidir. Hasta ilaç alırken ateş basması, göğüste baskı hissi, ellerde, ayaklarda ve boyunda anjiyoödem, dispne, lokal ya da yaygın ürtiker, kardiyak aritmi veya hipotansiyon olursa ilaç kesilmeli ve hekime haber verilmelidir. Vital bulgular takip edilmeli, damar yolu açıklığı sağlanmalıdır.

Kemik iliği depresyonuna bağlı olarak nötropeni ve anemi sık görülen yan etkidir. Trombositopeni daha nadir görülür. Hasta ve yakınlarına enfeksiyon ve kanama riskini en aza indirmeye yönelik eğitim verilmelidir. Febril nötropeniye önlemek için GCSF verildiyse bunun nasıl yapılacağı hasta ve yakınlarına öğretilmelidir. **Bulantı- kusma** orta derecede olup genellikle antiemetiklerle kontrol altına alınabilir. Hastaya bulantı kusmayı azaltıcı önlemler önerilmeli **stomatit** için ağız bakımı eğitimi verilmelidir. Opere olmuş hastalara **lenfödem** koruyucu önlemleri hakkında mutlaka bilgi verilmeli, kol koruması ayrıntılı şekilde anlatılmalıdır.

Kapesitabine bağlı en çok görülen yan etkiler **ishal** ve **el-ayak sendromu** olarak bilinmektedir. İshal ve abdominal kramplar günde 4 defadan fazla oluyorsa ya da geceleri de oluyorsa hastaya derhal kapesitabini kesmesi ve hekimine danışması konusunda bilgi verilmelidir. Loperamid kullanımı ve sıvı desteği konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Tedavi başında dozlar iyi ayarlandığı sürece ve hasta her türlü yan etki konusunda bilgilendirildiği takdirde bu tedaviye bağlı yan etkiler iyi yönetilmektedir.

El ve ayak sendromu (EAS) ellerde ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, kızarıklık ve pullanma ile karakterizedir. Birinci derece EAS, kemoterapiden 10-12 gün sonra el ve ayaklarda karıncalanma, uyuşma hissi ile başlar. Ciltte (özellikle parmak cildinde) hafif düzeyde renk değişiklikleri gözlenir. İkinci derecede, birinci derece yan etkilere ek olarak şişlik ve kızarıklık belirgindir. Yürürken, objeleri kaldırırken rahatsızlık hissi verebilir. Hareketleri kısıtlamayan ağrılı, hafif orta düzeyde şişliğin eşlik ettiği el ve ayak cildinde ortaya çıkan renk değişikliği durumudur. Üçüncü derecede el ve ayaklarda ağrılı kızarıklık ve şişmeye ek olarak tırnak çevresinde kızarıklık-şişme görülür. Hareketi kısıtlayacak kadar ağrı olabilir. Dördüncü derecede ise ciltte soyulmalar ve su kabarcıkları oluşur. Şiddetli ağrı ve yara açılmaları oluşabilir. El ayak sendromu çok ciddi doz kısıtlayıcı bir yan etkidir hasta ve yakınları yan etki hakkında bilgilendirilmeli ve EAS'na yönelik alınacak önlemler anlatılmalıdır. Birçok ülkede meme kanseri ile ilgili hasta alımına açık olan 299 FazI, 586 FazII, 231 FazIII ve 55 Faz IV olmak üzere toplam 1171 klinik araştırma yürülmektedir. Meme kanserinin tedavisinde birçok yeni molekül ve uygulanmakta olan değişik kombinasyonların klinik araştırmaları yapılmaktadır. Meme kanserinin tedavisinde kullanılması öngörülen bu moleküller, hedefe yönelik tedaviler, biyolojik ve sitotoksik ajanlar gelecek için ümit vericidir.

AYLİN BOSTANLI

PANEL - Baş Boyun Kanserleri

K52

BAŞ BOYUN BÖLGESİNİN YİNELEMİŞ VEYA METASTAZ YAPMIŞ YASSI EPİTEL HÜCRELİ KARSİNOMUNDA SİSTEMİK TEDAVİ

Baş boyun bölgesi yassı epitel hücreli kanser olgularının yarısından fazlasında yerel-bölgesel yineleme veya metastaz oluşur. Bu evrede kemoterapi genellikle palyatif amaçla verilir. Sistemik kemoterapi hastalığa bağlı belirtileri azaltabilir ve yaşam süresini uzatabilir.

Bu olgularda metotraksat, bleomisin, sisplatin, karboplatin, 5-FU, paklitaksel ve dosetaksel tek ajan olarak etkilidir. Platin içeren kemoterapi kombinasyonlarında yanıt oranları daha yüksek olsa da sağkalım açısından üstünlükleri yoktur. Hatta toksik etkileri daha fazladır.

Baş boyun kanserleri, yerleşim yeri açısından plastik cerrahi, kulak burun boğaz, genel cerrahi, göz hastalıkları, göğüs cerrahisi, radyoloji, radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji gibi disiplinlerin birlikte çalışmasını gerektirir. Bu başlık adı altında larinks, farinks, sinüsler, dil, yumuşak damak, ağız mukozası, tükürük bezleri ve cilt tümörleri gibi seyri ve tedavisi farklılık gösteren birçok tümör karşımıza çıkar.

Sisplatin temelli kemoterapilerde son gelişme taksanların kullanıma girmesi olmuştur. Ancak geleneksel kemoterapilerin vereceği yararın sınırına ulaşılmıştır. Metastazlı baş boyun kanserinde yeni ajanların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

EGFR İNHİBİTORLERİ: MONOKLONAL ANTİKORLAR

Olguların yaklaşık %90'nda EGFR ifadesi (ekspresyonu) yüksektir ve bu olgularda prognoz daha kötüdür. Setuksimab, kimerik IgG1 yapısında anti-EGFR monoklonal antikordur. İlk olarak platin direncini kırmak için sisplatin veya karboplatin ile birlikte kullanılmıştır. Platine dirençli olgularda, setuksimab tek ajan olarak belirgin etki göstermiştir: genel yanıt oranı %13, progresyona kadar geçen süre ortancası 2,3 ay ve genel sağkalım ortancası 5,9 aydır. FDA, bu çalışmaya dayanarak platine dirençli olgularda setuksimab monoterapisine onay vermiştir.

İki faz III çalışmada yinelemiş veya metastaz yapmış olguda platin ve setuksimab kombinasyonu değerlendirilmiştir. ECOG tarafından yürütülen plasebo kontrollü faz III çalışmada, genel yanıt oranı (%10 ve %26; p=0.03) daha yüksekti; ancak bu çalışmanın dizaynı hastalısız sağkalım ve toplam sağkalım farkını ölçebilecek nitelikte değildi. Vermorken ve arkadaşlarının yaptığı daha büyük bir faz III çalışmada (EXTREME çalışması), setuksimab, platin ve 5-FU'e eklendiğinde, toplam sağkalımın 7,4 aydan 10,1 aya (p=0.04) ve ortanca hastalısız sağkalımın 3,3 aydan 5,6 aya (p<0.001) çıktığı gösterilmiştir. Setuksimab kolunda toksisite daha yüksek bulunmuştur; ancak bunun kabul edilebilir düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. Buna karşın EXTREME çalışmasında kullanılan setuksimab formu, ABD'de piyasada bulunmadığı için, FDA, platin/5-FU ve setuksimab kombinasyonunu onaylamadan önce, ileri güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerektiğini açıklamıştır. Panitumumab, insan IgG2 yapısında anti-EGFR monoklonal antikordur, kolorektal kanserde onay almıştır. Bir faz III çalışmada (SPECTRUM çalışması) sisplatin ve 5-FU'e

panitumumab eklenmesi değerlendirilmiştir. Genel yanıt oranı ve progresyonsuz sağkalım açısından bir iyileşme görülse de sağkalım yararı gösterilmemiştir. İkinci hatta panitumumab monoterapisi, PRISM çalışmasında ve birinci hatta sisplatin ve dosetaksele panitumumab eklenmesi, faz II randomize PARTNER çalışmasında halen değerlendirilmektedir.

Zalatumumab, insan IgG1 yapısında anti-EGFR monoklonal antikordur. Platin temelli bir kemoterapiden sonra altı ay içinde yineleyen olgularda, zalatumumab, destek tedavisiyle karşılaştırılmıştır. Ancak destek tedavisi kolundaki hastaların büyük bölümüne metotreksat verildiği için, bu çalışma aslında zalatumumabın aktif bir tedaviyle karşılaştırılması çalışması olmuştur. Kollar arasında toplam sağkalım farkı olmasa da progresyonsuz sağkalım ve hastalık kontrol oranı, zalatumumab kolunda daha yüksek bulunmuştur.

EGFR TİROZİN KİNAZ İNHİBİTORLERİ

Gefitinib ve erlotinib seçici EGFR tirozin kinaz inhibitörleridir. Günde 250 mg ve 500 mg gefitinibin araştırıldığı faz III bir çalışmada gefitinibin toksisite ve etkinlik açısından metotreksata üstünlüğü gösterilememiştir. Son olarak pasebo kontrollü faz III bir ECOG çalışmasında dosetaksele gefitinib eklenen ve eklenmeyen kollar karşılaştırılmıştır. Toplam sağkalım açısından bir fark görülmemesine karşın progresyona kadar geçen süre 2 aydan 3,5 aya (p=0.47), hastalık kontrol oranı %38'den %53'e (p=0.057) çıkmıştır.

EGFR yolağı, diğer ErbB/HER yolaqlarıyla heterodimerler oluşturarak karşılıklı iletişim içinde işler. Bu mekanizma bu yolağı hedefleyen ilaçlara direnç gelişmesinden de sorumludur. EGFR and HER2 receptor tirozin kinazların geriye dönüşsüz inhibitörü olan BIBW 2992 (afatinib), pan HER inhibitörü olan PF-00299804 ile ilgili çalışma sonuçlarının yüz güldürücü olduğu, EGFR and HER2 tirozin kinaz inhibitörü olan lapatinib ile ilgili sonuçların olumsuz olduğu söylenebilir.

ANYİYOJENEZ İNHİBİTÖRLERİ: MONOKLONAL ANTİKORLAR

Faz II bir çalışmada 150 mg/gün erlotinib ve bevasizumab; başka bir çalışmada setuksimab ve bevasizumab araştırılmıştır ve bu kombinasyonların güvenilir olduğu ortaya konmuştur. Pemtreksede bevasizumab eklenmesini araştırılan faz II çalışmanın sonuçları umut vericidir. Sisplatin kombinasyonlarına bevasizumab eklenmesinin sonuçlarını araştırılan faz III bir ECOG çalışması (NCT0058870) halen sürmektedir. 400 hastanın alınacağı bu çalışmada çıkacak toplam sağkalım sonucu heyecanla beklenmektedir.

VEGFR TİROZİN KİNAZ İNHİBİTÖRLERİ

VEGFR-1, VEGFR-2, VEGFR-3, platelet-kökenli büyüme faktörü reseptörü (PDGFR), FMS-benzeri tirozin kinaz-3, ve c-KIT inhibitörü olan sunitinibin faz II çalışmalarda yinelemiş veya metastazlı baş boyun kanserlerinde tek ajan olarak etkinliğinin düşük olduğu görülmüştür. VEGFR-2, VEGFR-3, PDGFR-, RET, c-KIT, B-Raf ve C-Raf inhibitörü olan sorafenibin ikinci hatta denendiği faz II bir çalışmanın sonuçları hayal kırıklığı yaratmıştır. Ancak sorafenib birinci hatta daha iyi çalışıyor gibi görünmektedir. Tüm VEGF reseptörlerinin inhibitörü olan ağızdan kullanılabilen sediranib %19 oranında genel yanıt oranı oluşturmıştır. Klinik öncesi çalışmalarda VEGF tirozin kinaz inhibitörlerinin metastazları tetiklediğine ilişkin veriler olsa da bu bilginin klinikteki önemi henüz belirsizdir. Tirozin kinaz inhibitörlerinin kemoterapilerle kombinasyonunun daha

iyi sonuçlar vereceği beklenmektedir. Karboplatin, paklitaksel ve sorafenib kombinasyonunu araştıran bir faz II çalışmanın ilk sonuçları oldukça iyidir.

Diğer Ajanslar

İnsülin benzeri büyüme faktörü reseptörü inhibitörü (figitumumab) tek başına kullanıldığında iyi bir yanıt oluşturmamıştır. EGFR ve IGFR yolaklarının aynı anda bloke edilmesi araştırılmaktadır. Src kinaz inhibitörü (dazatinib), histon deasetilaz inhibitörü (vorinostat) ve mTOR inhibitörleri (everolimus ve temsirolimus) faz II çalışmalarda araştırılmıştır. Sonuçlar yüz güldürücüdür. Ancak faz III çalışmaları tamamlanmadan kesin bir sonuç çıkarmak mümkün değildir.

Sonuç

Yinelemiş veya metastaz yapmış baş boyun tümörlerinde randomize faz III bir çalışmayla sağkalım üstünlüğü gösterilen tek ajan setuksimabtır. Diğer EGFR monoklonal antikorları ve tirozin kinaz inhibitörlerinin etkinliği konusunda bir karar vermek için henüz erkendir. EGFR, VEGFR, EGFR ve IGF1R yolaklarını aynı anda durdurma yaklaşımları araştırılmaktadır. Süren faz III ECOG çalışması, bevasizumabın tedavideki yerini belirleyecektir. Hangi hastanın hangi tedaviden yarar göreceğini kestirmemize yarayacak prediktif belirteçlere gereksinim vardır.

DOÇ. DR. OKAN KUZHAN

DAMLA HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ, ELAZIĞ

PANEL – Cerrahi Onkolojide Yenilikler

K53

Pankreas Kanseri Tedavisinde Tartışmalı Konular

Pankreas kanseri Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 25000-30000 kişiyi etkiler ve bu ülkede kansere bağımlı ölümlerde sıklık olarak kadınlarda beşinci, erkeklerde ise dördüncü sırada yer alır. Kadınlarda ve siyah ırkta; erkeklere ve beyaz ırka oranla daha sık görülür. Sindirim sistemi kanserlerinin %10' unu pankreas kanserleri oluşturur. Pankreas kanserli hastaların %80'i 60 yaşından büyüktür (1).

Pankreas kanserlerinin risk faktörleri arasında; sigara içimi, aile hikayesi, herediter yatkınlık (BRCA2 gen mutasyonu) obezite ve kronik pankreatit sayılabilir.

Pankreas kanserlerinin %80- 90'ını duktal adenokarsinom ve varyantları oluşturur. Duktal adenokarsinomların %75'i pankreasın baş- boyun bölgesinden; %15- 20'si gövde kısmından; %5- 10' u ise kuyruk kesiminden köken alır.

Pankreas kanserli hastaların tedavi modalitelerinin önündeki en önemli iki sorundan birincisi, hastaların tanı aşamasında sadece %10- 20' sinin küratif rezeksiyon şansına sahip olmasıdır. Bir başka deyişle, cerrahi kliniklerine başvuran pankreas kanserli hastaların neredeyse %75- 80'i lokal ileri veya metastatik hastalık nedeniyle *unrezekeabl* olarak kabul edilmektedir. Pankreas kanseri tedavisindeki ikincil önemli problem ise 5 yıllık yaşam beklentisinin en gelişmiş onkoloji merkezlerinde bile %25' ile sınırlı olmasıdır.

Bu önemli iki sorun karşısında klinisyenlerin öncül silahlarından biri olan neo- adjuvan kemoradyoterapi R0 (geride mikroskopik olarak tümör kalmaması) rezeksiyon şansını arttırdığı gibi, lokal rekürrens gelişimini de azaltmaktadır (1). Neo- adjuvan kemoterapinin klinikte görülen en etkin yararı, mevcut tümörün evresinde gerileme sağlayarak hastalara rezeksiyon şansı vermesi ve bu sayede pankreas kanserli hastaların 5 yıllık yaşam beklentisini arttırmasıdır. Yapılan prospektif çalışmalar Evre II ve III hastalara uygulanan neo- adjuvan kemoradyasyonun %15-30 oranında tümör evresinde gerileme sağladığı ve bu hastaların %50-83'ünde küratif rezeksiyon yapılabildiğini göstermiştir.

Preoperatif kemoradyoterapinin avantajlarını maddeler halinde sıralamak gerekir ise:

1. Güncel yaklaşımda küratif rezeksiyonlu hastaların hepsinin KRT alması gerekmektedir
2. Preoperatif olarak uygulanan radyoterapi, henüz oksijenizasyonu bozulmamış dokuya verilir
3. Geçirilmiş ameliyata bağlı olarak, ameliyat sahasında fiks olmuş barsak segmentlerinin radyoterapiye maruziyeti engellenir.
4. Neoadjuvan kemoradyoterapi sayesinde okült metastazların engellenebileceği düşünülmektedir.
5. Preoperatif KRT sayesinde lokal ileri evredeki bir çok hastaya, tümör evresinde azalma sağlanmak

suretiyle rezeksiyon ve kür şansı tanınmaktadır.

6. Neoadjuvan kemoterapi sayesinde, ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesinin neden olduğu tedavideki gecikme en kısa süreye indirilir.
7. Neoadjuvan tedavi sonrasında tekrar evrelendirmeye alınan ve metastatik hastalık saptanan hastaların, cerrahi prosedürler yerine medikal tedavi yöntemlerine yönlendirilmesi sağlanır
8. Ameliyat spesmenindeki cerrahi sınırların negatif olma ihtimali artar.

Preoperatif kemoradyoterapinin kullanımı sırasındaki en önemli sorun ise hastalığın progresif seyirli oluşudur. Neoadjuvan tedavi programlarına alınan hastaların yaklaşık %20-40'ında pankreas kanserinin progresif seyri nedeniyle planlanan cerrahi tedavi uygulanamaz (2, 3).

Pankreas kanseri tedavisindeki temel yaklaşım rezektable tümörlerde küratif cerrahi rezeksiyondur. Bu konuda tıbbi literatürde herhangi bir çelişki bulunmamaktadır. Tedavi prensiplerindeki asıl tartışmalı konu ise lokal ileri evre hastalıklarda geniş cerrahi rezeksiyonların uygulanıp uygulanmaması konusunda ortaya çıkmaktadır.

Lokal ileri evre tümör olarak kabul edilen, vasküler invazyonu bulunan pankreas kanserli olgularda akla gelen öncelikli sorular şunlardır:

- 1- Vasküler invazyon varlığı her zaman lokal ileri veya unrezektable hastalığı mı gösterir?
- 2- Vasküler invazyonu olan ve olmayan hastalar arasındaki perioperatif morbidite ve mortalite karşılaştırılabilir düzeyde midir?
- 3- Vasküler invazyonu bulunan hastaların onkolojik prognozları daha mı kötüdür?

Bu sorulara cevap vermeden önce hangi tümörün rezektable olduğu konusuna açıklık getirmek gerekmektedir. Bir tümörün rezektabl kabul edilebilmesi için bilgisayarlı tomografide SMA, Çölyak trunkus, ana hepatik arter ve süperior mesenterik ven ile portal ven bileşkesinin tümör ile ilişkiz olduğunun gösterilmesi gerekir. Bilgisayarlı tomografide ameliyat öncesi görüntülerde bu özelliklere sahip olan tümörler rezektabl olarak kabul edilirler.

Vasküler invazyonu bulunan ileri evre pankreas kanserlerinde çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Bunlardan biri de Nakao'nun portal ven invazyonu olduğu bilenen hastalara yönelik yaptığı sınıflandırma sistemidir. Bu sistemde:

Tip A	Normal portogram
Tip B	Portal Vende tek taraflı daralma
Tip C	Portal Vende çift taraflı daralma
Tip D	Portal Vende belirgin stenoz veya obstrüksiyon olması
- olarak sınıflandırılmıştır.

Vasküler invazyonlu pankreas kanserlerinde bir diğer sınıflandırma sistemi ise Ishikawa ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (4). Bu sistemde:

Tip I	İnvazyon yok

Tip II	Tümör invazyonu SMV'nin sağ lateral duvarı ile sınırlı
Tip III	Tümör invazyonu SMPV'nin sağ lateral duvarı ile sınırlı
Tip IV	SMV'nin bilateral invazyonu
Tip V	SMPV'nin bilateral invazyonu olarak sınıflandırılmıştır.

Yine Ishikawa ve arkadaşları yaptıkları çalışmaların sonunda vasküler invazyonu bulunan pankreas kanserli hastalarda, tek taraflı segmenter damar invazyon varlığının (<180o) rezektabilite kriterleri arasında sayılması gerektiği yorumuna varmışlardır. Ishikawa ve arkadaşları anjiyografide 180o den daha az veya 1.2 cm den daha kısa bir segmentte invazyonu bulunan pankreas kanserli hastaların, portal ven rezeksiyonundan fayda gördüklerini savunmaktadırlar.

İleri evre tümörler olarak kabul edilen, eş zamanlı çoklu damar invazyonu bulunan tümörler ve retroperitonun derinlerine kadar uzanan tümörler ancak ve ancak neoadjuvan tedavi modalitelerine cevap veriyor ise rezeksiyon için uygun olarak nitelendirilebilirler.

Rezektabl evrede olduğu kabul edilen bir pankreas kanserli hastaya yapılan standart pankreaotikodonektomi ameliyatı ile damar invazyonu nedeniyle vasküler rezeksiyon yapılan bir pankreaotikodonektomi ameliyatı arasında komplikasyon spektrumu açısından anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır.

Standart bir ameliyattan farklı olarak vasküler rezeksiyon ve greftleme yapılan hastalarda bu gruba ait olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonların başında, kullanılan greftte tromboz gelişme riski sayılabilir. Yapılan uygulamalar sonucunda bu oranın ise %1.7 ile %3.7 arasında olduğu saptanmıştır (6).

Radikal cerrahi tedaviler ve bu cerrahilerin sonuçlarına örnek olarak Mosca ve Boggi'nin 1987- 2004 yılları arasında toplamda 1641 pankreatik kanserli hastada yaptıkları araştıma örnek olarak gösterilebilir:

Mosca ve Boggi önderliğinde 743 hastaya (45.3%) pankreaotektomi yapılmış. 138 hastada (8.3%) vasküler yapılar rezeke edilmiş. 103 hastada (6.2%) ven rezeksiyonu yapılmış. Bu hastalarda gelişen postop komplikasyon oranı 36/103 (%35.3) olarak saptanmış mortalite oranı ise 6/103 (%5.9) olarak hesaplanmış. 1 yıllık survi oranı %58.3 iken 3 yıllık survi %15, 5 yıllık survi ise %10.5 olarak sonuçlanmış. Bu çalışma sonucunda mortalite ve morbidite oranlarında standart cerrahi tedavilere oranla anlamlı farklılık saptanmaz iken 1,3 ve 5 yıllık yaşam beklentilerinde artış olduğu saptanmıştır.

Portal ven invazyonu bulunduğu için radikal cerrahi tedavi uygulanan bir grup hastada ise agresif cerrahi yaklaşımlara rağmen, bu hastaların %35' inde portal ven cerrahi sınırı korunamamıştır. Dolayısıyla hangi hastaya radikal cerrahi tedavi modalitelerinin uygulanması gerektiği iyi analiz edilmelidir. Vasküler invazyonu olduğu bilenen hastalarda pankreaotektomi sırasında uyulması gereken başlıca prensipler şöyle sıralanabilir:

1. Proksimal SMA veya Çölyak bileşkenin tümör ile ilişkili olduğu durumlarda genellikle mezenterik nöral pleksuslarda tutulmuş olacağı için, tümör açısından negatif bir retroperitoneal margin imkansızdır.

2. SMV'nin veya SMPV bileşkesinin segmenter rezeksiyonu, arteriyel rezeksiyona oranla daha güvenli uygulanabilir
3. SMPV tutulumunun kötü prognozla veya histopatolojik tiplendirme ile ilişkisi bulunmamaktadır.

Pankreas kanserli hastaların tedavisinde agresif cerrahinin yeri düşünüldüğünde yapılan çalışmalar göstermiştir ki; mikroskopik invazyonu bulunmayan, negatif cerrahi sınır elde edilerek vasküler rezeksiyon yapılan bir hastanın yaşam beklentisi vasküler rezeksiyon yapılmayan bir hastanın yaşam beklentisinden daha yüksektir (7, 8).

Standart bir pankreatikoduonektomide çıkartılan lenf nodu istasyonları: 12b1, 12b2, 12c, 13a, 13b, 14a, 14b, 17a, 17b, 8a iken, radikal olarak nitelendirilen pankreatikoduonektomilerde bu istasyonlara ek olarak 8, 9, tüm 12, tüm 14, 16a2, 16b1 no'lu lenf nodu istasyonlarının da eksize edilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak özetlemek gerekir ise, pankreas cerrahisinin tedavisinde karşılaşılan en önemli sorun tümörün rezektabilite oranının ve beş yıllık yaşam beklentisinin oldukça düşük olmasıdır. Rezektabilite oranını arttırmak için neo- adjuvan kemoradyoterapinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Yalnız kemoradyoterapi verilen hastaların tedavi rejimleri belirlenirken hastalığın progresif seyirli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşam beklentisini arttırmanın yolu ise ileri evre tümörlerde rezektabilite oranını arttırmakla mümkündür. Rezektabilite oranını arttırmada neo-adjuvan kemoradyoterapinin etkin rolünün yanı sıra radikal cerrahi prosedürlerin uygulanmasının da rolü azımsanmayacak derecede büyüktür.

DR. ERHAN HAMALOĞLU

PANEL - Destek Tedaviler ve Semptom Yönetimi

K54

BULANTI-KUSMA

Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi ya da palyatif kanser bakımı süresince bulantı ve/veya kusma yaşayabilir. Araştırmalarda antiemetik profilaksisine rağmen kemoterapiye bağlı %90 radyoterapiye bağlı %67 hastada ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda uygun medikal yaklaşımlar ile %70-80 oranında tam kontrol sağlanabilmektedir. Onkoloji hemşireleri kemoterapiye bağlı bulantı-kusmanın tedavisi konusunda bilgili ve proaktif olmalıdır. Bulantı ve kusmayı önleme, kontrol ve tedavi için başarılı girişimler semptomla ilişkili sıkıntıyı azaltır, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirir.

Risk Etmenleri

Kemoterapiye Bağlı:

- Bir günden fazla kemoterapi
- Kemoterapi siklus sayısı
- Doz dense kemoterapi
- Yüksek doz kemoterapi
- İntravenöz kemoterapi
- Kısa süreli infüzyon
- Rejimin emetojenik potansiyeli

Primer Etmenleri

- İlaç tedavisi (Antibiyotik, NSAİd, opioidler)
- Tedavi (Cerrahi, RT vb.)
- Üremi
- Hiperkalsemi
- Karaciğer işlev bozukluğu
- Kafaiçi basınç artışı
- Gastrointestinal sorunlar
- Hiperkalsemi
- Kafaiçi basınç artışı
- Gastrointestinal sorunlar

Sekonder Risk Etmenleri

- Kadın cinsiyet
- Önceki KT tedavileri
- Düşük performans durumu
- 50 yaşından genç olma
- Gebelikte hiperemesis
- Az alkol alımı
- Tat ve kokulara duyarlılık
- Taşıt tutması
- Kaygı

FİZYOPATOLOJİ

Bulantı-kusmanın meydana gelmesinde birçok etken rol oynar.

- 1.ETKEN: Kimyasal uyarı sonucu kemoreseptör ateşleme alanının uyarılması ve burdan serotonin(5-HT3), dopamin, noradrenalin, histamin, asetilkolin, substance P maddesi gibi nörotransmitterlerin kusma merkezini uyarması,
- 2.ETKEN: Gastrointestinal sistem irritasyonu sonucu GİS mukozasından serotonin salınımı ve serotonin yoluyla kusma merkezinin uyarılması,
- 3.ETKEN: Hareket ve duruş değişikliği ile iç kulak reseptörlerinin uyarılması, uyarının kemoreseptör ateşleme alanına taşınarak

burdan seretonin,dopamin salınımı ve kusma merkezinin uyarılması,

4-ETKEN: Klasik Şartlanma: Koku ya da tada bağlı olarak serebral korteks ve limbik sistem uyarılarının kusma merkezine gitmesiyle oluşur. Gidiş yolu tam anlaşılabilmüş değildir.

KEMOTERAPİYE BAĞLI BULANTI-KUSMA TÜRLERİ

Başlangıç zamanına göre 3 şekilde incelenmiş,daha sonra semptom tedavisi ile ilişkili 2 tipi daha tanımlanmıştır.

- Akut Bulantı-Kusma:Genellikle tedaviyi takiben birkaç dakika ya da saatler içerisinde görülen ve 24 saat içerisinde geçen/iyileşen türdür.
- Gecikmiş(Delayed)Bulantı-Kusma:Kemoterapi uygulamasından 24 saat sonra sıklıkla 48-72. saatlerde ortaya çıkar.
- Beklenti(Anticipatory)Bulantı-Kusması:Kemoterapi uygulaması sırasında ya da öncesinde ortaya çıkar.
- Dirençli(refrakter)Bulantı-Kusma:Daha önceki kürlerde profilaktik antiemetik kullanımına rağmen önleyici ve/veya tedavi edici girişimlere yanıt vermeyen türdür.
- Breakthrough Bulantı-Kusma:Optimal antiemetik tedaviye rağmen kemoterapiyi takiben ilk 24 saat içerisinde tekrar ortaya çıkanve ek tedavi gerektiren durumdur.

KOMPLİKASYONLAR

- Yaşam kalitesinde azalma
- Dehidratasyon
- Beslenme bozukluğu
- Sosyal izolasyon
- Aspirasyon pnomonisi
- Elektrolit bozukluğu
- Tedavi uyumsuzluğu
- Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma
- Anoreksi ve kilo kaybı
- Kuvvetli öğürmelerde özefagus yırtıkları,kanama olabilir.

KEMOTERAPİ İLAÇLARININ EMETOJENİK POTANSİYELLERİ

Yüksek risk (>%90 sıklık)

- AC veya EC Kombinasyonları
- Altretamin
- Carmustin > 250mg/m² (BCNU)
- Cisplatin ≥ 50mg/m²
- Dacarbazin (DTIC)
- Mekloreタミン (Nitrojen Mustard)
- Prokarbazin (Matulan,Natulan)
- Siklofosfamid ≥ 1500mg/m²
- Streptozosin (Zanosar)

Orta risk (30-90% sıklık)

- Aldesleukin>12-15 MU/m²
- Azacitidin (Vidaza)
- Busulfan >4mg/gün
- Carboplatin
- Carmustin ≤ 250mg/m²
- Cisplatin < 50mg/m²
- Dactinomisin (Cosmegen)
- Daunorubisin
- Doxorubisin

- Epirubisin
- İdarubisin (Zavedos)
- İfosfamid
- İmatinib (Glevec)
- İrinotekan (Campto)
- Lomustin (CCNU)
- Melfalan >50mg/m²
- Methotrexat >1000mg/m²
- Siklofosfamid ≤ 1500mg/m²
- Siklofosfamid (oral)
- Sitarabin >1gr/m² (ARA.C)
- Oxaliplatin>75mg/m² (Eloxatin)
- Temozolomid (oral-Temodal)
- Vinorelbin (oral-Navelbin)

Düşük Risk (10-30% sıklık)

- Capecitabin (Xeloda)
- Docetaxel (Taxotere)
- Etoposid
- Etoposid(oral)
- Everolimus (Afinitor)
- Fludarabin(oral)
- Gempitabin (Gemzar)
- Lenalomid
- Lipozomal Doksorubisin (Caelyx)
- Methotrexat <250mg/m²
- Mitomisin
- Mitoksantron (Novantron)
- Sitarabin 100-200mg/m²
- Paclitaxel(Taxol,Ebetaksel,Anzatax)
- Paclitaxel-albumin (Abraxane)
- Pemetrexed (Alimta)
- Tegafur-Urasil (UFT)
- Topotekan(Hycamtin)
- Vorinostat(Zolinza)

Minimal Risk(<10% sıklık)

- Alemtuzumab(Campath)
- Asparaginaz (L-Aspa)
- Bevacizumab(Altuzan)
- Bleomisin
- Bortezomib (Velcade)
- Busulfan
- Cetuximab (Erbix)
- Cladribin
- Desitabin (Dacogen)
- Dasatinib (Sprycel)
- Erlotinib (Tarceva)
- Fludarabin
- Gefitinib (İressa)
- Gemtuzumab (Mylotarg)
- Hidroksiurea (Hydrea)
- Lapatinib (Tykerb)
- Klorambucil (Leukeran)
- Melfalan (oral düşük doz)
- Methotrexat≤50mg/m²
- Rituximab (Mabthera)
- Sorafenib (Nexavar)
- Sunitinib (Sutent)
- Thalidomid
- 6-Thioguanin (oral-Lanvis)

- Trastuzumab(Herceptin)
- Vincristin
- Vinblastin (Velbe)
- Vinorelbin (Navelbin)

Farmakolojik Tedavi

Kemoterapiye bağlı bulantı-kusmada ilk seçenek farmakolojik tedavidir. Hasta faktörleri ve ilaç emetijenitesine göre en uygun antiemetik şema seçilmelidir.

- 1- Serotonin Reseptör Antagonistleri
- 2- Kortikosteroidler
- 3- Prokinetik Ajanlar
- 4- Fenotiyazinler
- 5- Butirofenonlar
- 6- Benzodiyazepinler
- 7- NK-1 Reseptör Antagonistleri
- 8- Antihistaminikler
- 9- Kannabinoidler
- 10-

Non- Farmakolojik Yöntemler

Kemoterapiye bağlı bulantı- kusmanın kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin başında “hastanın eğitimi” gelmektedir. Hasta bulantı ve kusmanın önlenmesine ve azaltılmasına yönelik özbakım önlemleri konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta olumlu deneyimler yaşadıkça bulantı-kusmasıyla daha iyi baş edebilir .

Etkili olabilecek girişimler

- Akupunktur
- Akupresür
- Hayal/düş kurma (Guided imagery)
- Müzik terapisi
- Progresif kas gevşeme (Progressive muscle relaxation)
- Psiko-eğitimsel destek ve bilgi

Etkinliği henüz kanıtlanmamış

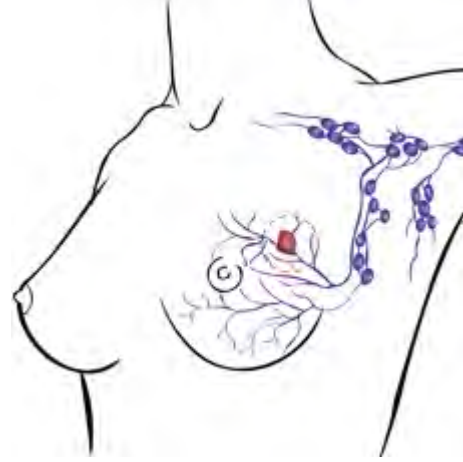
- Egzersiz
- Hipnoz
- Masaj ve aromaterapi
- Kol bandı ile elektriksel uyarım
- Zencefil (Ginger)

MİNE BULUŞ

K55

LENFÖDEM KONTROLÜ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, görülme oranı her geçen gün artmaktadır. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde halen en yaygın uygulanan ameliyat şekli modifiye radikal mastektomidir. Modifiye radikal mastektomi sonrası en sık görülen ve ameliyat sonrası dönemde hastaları etkileyen en önemli sorunlardan birisi de LENF ÖDEM’dir.



Lenfatik sistem interstiyel sıvıdan kan dolaşımına sıvı transferi sağlayan ve immün sistem ile birlikte çalışarak yabancı cisim invazyonuna karşı koruyucu filtre görevi gören bir sistemdir. Modifiye radikal mastektomi sonrası lenf ödem gelişimindeki temel neden aksiler diseksiyon sonucu koldan gelen lenfatiklerin kesilmesi ve bu drenajın yetersiz hale gelmesidir. Bu durum interstiyel sıvıdaki proteinlerin yeterince temizlenememesine, protein konsantrasyonunun ve kolloid basıncının artmasına, bunun sonucunda da kapiller alandan hücrelerarası aralığa sıvı geçişine neden olur. Sonuç olarak, hastanın etkilenen kolu kalınlaşarak sertleşir. Lenf sıvısının birikimine bağlı olarak göğüs bölgesinde, kolda, elde ve parmaklarda ödem olabilir. Koldaki hücresel bağışıklığın bozulması ile de enfeksiyona yatkınlık artar.



LENFÖDEM BELİRTİLERİ NELERDİR;



- Ekstremitelerde gerginlik, şişme ve ağırlık hissi
- El bileği ve parmak hareketlerinde azalma
- Giysi kolunun dar gelmesi
- Ağrı (Ağrı yoktur, ağırlık hissi vardır. Ağrı varsa venöz hastalık veya enfeksiyon düşünülmelidir.)
- Ekstremitelerde iğnelenme hissi
- Ekstremitelerde kızarıklık olmaksızın ısı artışı
- Cilt değişiklikleri (duyarsızlaşma, deri gerginliği, çukurluk, selülit vb.)
- Stemmer bulgusu (parmak köklerindeki deri kalınlaşmıştır ve iki parmakla derinin yakalanması güçleşmiştir), ve kare şeklinde parmaklar görülebilir.

Lenf ödem Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörler Nelerdir;

- Meme kanseri tedavisi sırasında veya sonrasında lenf ödem gelişmesinde rol oynayan en önemli etmenlerden biri cerrahi tedavinin türüdür. Schunemann ve Willich RT'siz lenfödem görülme oranını radikal mastektomi sonrası %22,3, MRM sonrası %19,1 MKC sonrası %6,7 olarak bildirmişlerdir. Gürsoy (2005) makalesinde oblik (çapraz) insizyonu olan hastalardaki lenfödem görülme oranının diğer insizyon türlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Meme kanserine erken tanı koymak beraberinde meme kanserini daha az invaziv cerrahi ile tedavi edebilmeyi (mastektomi yerine MKC, ALND yerine SLNB) getirmiştir.
- Hastanın radyasyon alma durumu lenf ödem gelişiminde çok etkilidir. Radyoterapi, hem lenf nodlarına zarar vermekte, hem de uygulandığı bölgenin çevresinde lenf damarlarının büzülmesine ve fibroze yol açarak hasarlı dokularda yeni lenfatik damarların gelişmesine engel olmaktadır. Bu nedenle aksilla diseksiyonu geçiren ve RT alan hastalarda lenfödem görülme oranı iki kat daha fazladır.
- Obezite; Beden kitle indeksi 25'in üzerinde olan aşırı kilolu ya da obez meme kanseri olan hastalar lenf ödem yönünden risk altındadır. Obezite mastektomi sonrası hem hastaların gerekli egzersizleri yapmalarını hem de ameliyatla bozulan beden imajını daha da olumsuz etkilemektedir. Obezite ayrıca basınçlı elbiselerin ve elastik bandajların etkinliğini azaltabilmektedir. Bu nedenle beden kitle indeksi 25'in üzerinde olan hastalar ideal kiloya ulaşabilmeleri konusunda cesaretlendirilmeli ve diyetisyenle görüşmesi sağlanmalıdır.
- İleri yaş; Kocak ve Overgaard(2000), yaşlanma ile birlikte lenfatik anastomozların azalmasına bağlı olarak lenfödem görülme sıklığının arttığını bildirmişlerdir.
- Ameliyat sonrası drenaj miktarı ve drenajın süresi, Seroma oluşumu; Drenaj miktarı ve seroma oluşumunun artmaması

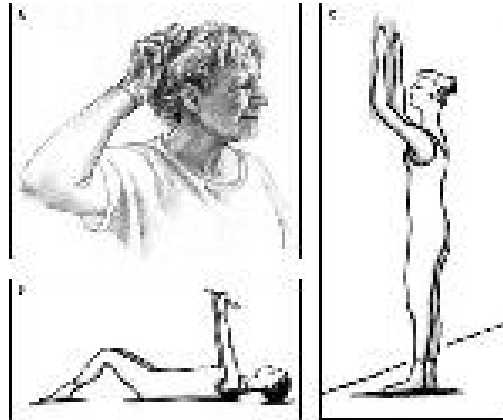
için drenajlar çekilinceye kadar sadece parmaklar, el bileği ve dirseğe yönelik egzersiz yaptırılmalıdır.

- Kanserli ileri evre olması; Kocak ve Overgaard (2000), Schunemann ve Willich(1997)'in çalışmalarında lenfödem görülme oranını karsinoma insi-tu evresindeki hastalarda %6,7, T1 evresindeki hastalarda %16,9, T4 evresindeki hastalarda %24,8, N3 evresindeki hastalarda %44,4 olarak saptadıklarını belirtmektedir. Çalışmaya katılan ve lenf nodu negatif (N0) olan hastaların %17,9'da da lenf ödem geliştiği saptanmıştır.

- **Çıkarılan lenf nodu sayısı arttıkça lenf ödem gelişme riski artar. Son zamanlarda erken evre meme kanserinde aksiller evreleme için sentinel lenf nodu biyopsisi rutin aksiller diseksiyona alternatif olarak uygulanmaya başlanmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsisi aksilla negatif hastalarda aksiller diseksiyonun morbiditesini dramatik olarak düşürmektedir. Lenf ödem sıklığının sentinel lenf nodu biyopsisinde aksiller diseksiyona göre 5-7 kat daha düşük olduğu bildirilmektedir. Sentinel nod yaklaşımında aksiller lenf nodu metastazı olmayan meme kanserli hastaların %70'inde aksiller lenfatik anatomi korunmaktadır. Aksiller anatomisinin korunması lenf ödem riskini ve postoperatif ağrı sendromunu ortadan kaldırmaktadır. Fakat gelişmekte olan ülkelerde meme kanserli hastaların önemli bir bölümü lokal ileri evre olup aksiller diseksiyon sıklıkla gerekmektedir.**

- Enfeksiyon(Lenfatik drenajı kesintiye uğratan enfeksiyonlar; lenfanjit, selülit, filiazis, yara enfeksiyonları)

- Ameliyat olan taraftaki kolun hiç kullanılmaması ya da fazla kullanılması; Uzun süre hareketsiz kalma omuz ekleminde değişikliklere yol açmakta ve bu durum omuz sertliği ya da donmuş omuz sendromu olarak adlandırılmaktadır. Egzersizlere ne zaman başlanacağına ve hangi egzersizlerin ne zaman yapılacağına karar vermek önemlidir. Çünkü omuz hareketlerine erken başlanması aksiller drenajı artırabilir ve yara iyileşmesini geciktirebilir. Geç kalındığında ise kas kısalmaları ve kontraktürler gelişebilir. Postoperatif erken dönemde sınırlı hareketlere başlanması önerilmektedir. Bu nedenle sınırlı ROM (eklem hareket açıklığı) egzersizleri (dirseğin ekstansiyonu, fleksiyonu, bilek hareketleri ve parmak hareketleri, top sıkma) postoperatif erken dönemde öğretilir. Cerrahla görüşülerek daha aktif olarak omuz kol egzersiz programının başlama zamanı (genellikle dikiş ve drenajın alınmasından 5-7 gün sonra) belirlenir. Mastektomi sonrası önerilen omuz-kol egzersizlerinin (duvara tırmanma, ip çevirme, makara hareketi, ellerini başının arkasında tutma v.b.) yapması için desteklenir, sayısı ve çeşidi artırılır.

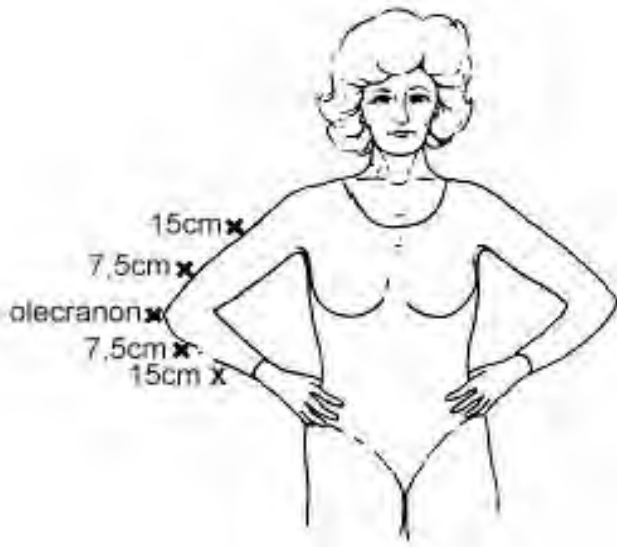


Hastanın lenf ödemi önlemeye yönelik tek başına yapabileceği

egzersizlerden bazıları A-Saç tarama egzersizi B-Değnek egzersizi C-Duvara tırmanma egzersizi.

Hastaya egzersiz programını düzenli uygulaması ve en az 6 ay süre ile yapmasının önemi açıklanır. Bu süre bazı hastalarda 2 yıla kadar uzayabilmekte, bazı hastalarda ömür boyu sürmektedir. Uygulanacak egzersiz programı postoperatif dönem ve radyoterapi tedavisini izleyen dönemde gelişebilecek lenf ödemin önlenmesinde de etkilidir.

- Riskli bölgenin travmaya uğraması (Bölgesel lenf nodlarının veya damarlarının hasara uğraması)
- Lokal veya genel sıcak uygulama.
- Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu amacıyla kullanılan silikon implantlarında yerleştirildikleri bölgede venöz dönüşü engellemeleri halinde lenf ödem açısından risk oluşturabilir.
- Diğer Etmenler; Beslenme yetersizliği, obezite, albumin düzeyinin düşük olması, diyabet, böbrek yetmezliği, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, karaciğer hastalıkları, yeterli oral alamama (bulantı- kusmanın olması, depresyon, anksiyete, kemoterapi gibi nedenlerden dolayı), barsaklardan protein emiliminin azalmasına ve aşırı protein kaybına yol açan durumlar ve ekstremitelerin paralizisi diğer risk faktörlerdir.



Lenf ödem Nasıl Erken Fark edilir;

Literatürde bu konuda değişik yöntemler bulunmakla birlikte en yaygın kullanılan yöntem her iki kolun dirsek(olekranon) hizasının 10cm alt ve 10cm üst bölüm çevresinin ölçülmesi ve karşılaştırılmasıdır. Çift taraflı mastektomi olan ve aksilla diseksiyonu geçiren hastalarda mümkünse ameliyat öncesi de ölçüm yapılarak her iki kol çevresi ilk ölçümleriyle karşılaştırılarak lenf ödem takibini yapabiliriz.

Hastaların kol ölçümleri takibine göre;

0-1,5cm lenf ödem yok

1,5-3cm minimal lenf ödem

3-5cm orta derecede lenf ödem

5cm üzeri ciddi lenf ödem olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaya lenf ödemi değerlendirmeye yönelik kol ölçümlerinin nasıl yapılacağı ve yapılma sıklığı konusunda bilgi verilmelidir. Hastaya kullanacağı ölçme yöntemi göstererek anlatılmalıdır. Bu ölçümleri tarihle birlikte kayıt tutmasının lenf ödem kontrolünde önemi anlatılmalıdır. Etkilenen koldaki alan düzenli olarak ani ya da sürekli şişlik, sızı, ağırlı hissi, karıncalanma, kızarıklık, döküntü, ısı artışı gibi lenf ödem belirti ve bulguları

açısından değerlendirilmelidir. Hastaya lenf ödeme bağlı olarak görülebilecek belirti ve bulguları fark edebilmesi için haftada iki kez aynanın karşısında kendisini muayene etmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hasta lenf ödemin ilk dönemlerinde görülen karıncalanmanın, kol çevresinde ya da ağırlığındaki artmanın zamanla ilerleyerek lenf ödeme dönüşeceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Hasta lenf ödem riskinin zamanla artacağı konusunda uyarılmalıdır. Toplam lenf ödem insi dansı cerrahi takip süresi arttıkça artmaktadır. Petrik ve ark. 20 yıllık takiplerinde lenf ödemin %77'sinin ilk 3 yılda geliştiğini ve daha sonrasında her yıl için %1 oranında artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Lenf ödem açısından hastanın sürekli ve düzenli takibi erken tanı ve alınacak konservatif önlemler açısından çok önemlidir.

Lenf ödem Kontrolü Açısından Meme Protezi Seçiminde Ve Kullanımında Dikkat Edilmesi Gerekenler;

Dış görünümün düzeltilmesi hastanın kendine olan güvenini kazanmasında ve yaşamdan zevk almasında önemli bir adımdır. Ameliyat bölgesi tamamen iyileştiği zaman hasta doktorunun onayını alarak meme protezi kullanabilir. Lenf ödem riskini arttırmamak için doğru meme protezi, doğru sutyen ile güvenli olarak takılmalıdır. Sıkma, sürtünme ve ya sınırlama olmamalıdır. Sutyenin hastanın bedenine tam uygun olması gerekir. Protez mümkün olduğu kadar hafif olmalı, ameliyat yapılan bölgeyi ve omuzu baskıya maruz bırakmamalıdır. Sutyen rahat bir uykuya engel olmamalı ve tel takviye içermemelidir.

Radyoterapi Tedavisi Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler;

Radyoterapi lenf ödem gelişimi açısından önemli bir risk teşkil etmektedir. Bu yüzden radyoterapiye bağlı gelişen deriye ilişkin yan etkilerin önlenmesi önemli bir konudur. Alınabilecek önlemler;

- Tedavi saatleri genellikle her gün aynı saattir. Dinlenmeye mutlaka zaman ayrılmalıdır. Hastanın uyku sorunu varsa mutlaka çözüme kavuşturulmalıdır.
- Nemli ve kirli deride deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan radyoterapi bölgesinin temiz ve kuru tutulması çok önemlidir.
- Tedavi sırasında radyoterapi bölgesi yıkanmamalıdır. Çizilen alanlar silinebilir ve cilt tahriş olabilir. Tedavi bitiminde radyoterapi alınan bölge yumuşak bir havlu ve sabunla silinebilir. Nemli kalmamasına dikkat edilmelidir.
- Koltukaltı kıl temizliği radyoterapiye başlanmadan yapılmalıdır.
- Radyasyon alan derideki kesikler yavaş iyileştikten ve enfeksiyona eğilim arttıktan tahriş ve enfeksiyonu önlemek için talk pudrası, losyon ve deodorant kullanılmamalıdır.
- Deri hassas olduğu için radyoterapi bölgesi ovuşturulmamalı ve kaşınmamalıdır.
- Radyoterapi alınan bölge aşırı sıcak ve soğuktan, direk güneş ışığından korunmalıdır. Cilde doğrudan sıcak ve soğuk termofor uygulamasından, hamam ve saunadan kaçınılmalıdır.
- Dengeli beslenmeye ve bol sıvı almaya dikkat edilmelidir.

18 Altın Kural

Riskli kolda lenf drenajını ve dolaşımı arttırmak, hareket kısıtlaması, kas atrofilerini ve kontraktürleri önlemek, kas tonüsünü sürdürmek, enfeksiyonu önlemek amacıyla; "Meme Ameliyatı Sonrası Kol Bakımının 18 Altın Kuralı" hastalara açıklanır.

1. Hiçbir şekilde koldaki, eldeki, parmaklardaki veya göğüs duvarındaki şişme ihmal edilmemelidir.
2. Riskli kola enjeksiyon, aşı, akupunktur yaptırılmamalı, kan aldırılmamalı ve tansiyon ölçtürülmemelidir. Eğer hasta çift taraflı mastektomi ise ve aksiller diseksiyon yapılmışsa hastaya port takılmalıdır. Eğer port takılmadan acil bir uygulama yapılması gerekiyorsa baskın olarak kullanılmayan kol tercih edilmelidir. Hastalara kendi tıbbi tanısını ve lenf ödemi belirten bir bilezik ya da kolye taşımaları önerilmelidir. Böylece acil bir durum karşısında hastalarda lenf ödem gelişme riskini arttırabilecek riskli koldan kan basıncı ölçme, intravenöz sıvı verme vb. uygulamaların yapılması engellenmiş olacaktır.
3. Ödemli(riskli) kol çok temiz tutulmalıdır. Banyo sonrasında yumuşatıcı bir krem kullanılmalıdır. Riskli kol kurulanırken aşırı bastırılmamalı, fakat tamamen kurulandığına, özellikle deri katları ve parmak aralarının nemli kalmamasına dikkat edilmelidir.
4. Riskli kolla süratli, tekrarlanan hareketler (ovma, çekme, itme, örgü gibi) yapılmamalıdır.
5. Riskli kolla 4-6 kg.dan daha fazla ağırlık kaldırılmamalıdır. Kesinlikle ağır çanta ve omuzdan askılı çanta kullanılmamalıdır.
6. Banyo yaparken veya bulaşık yıkarken ani sıcak, soğuk su değişikliği yapılmamalıdır. Hamam ve saunaya gidilmemelidir. Aşırı sıcaklardan ve direkt güneş ışığından riskli kol korunmalıdır. Yüksek ısı lenf ödem nedenidir; bu nedenle dışarı çıkmak gerekiyorsa kolu örtecek uzun kollu, ince, sıkmayan kıyafetler giyilmeli ve güneş koruyucu krem kullanılmalıdır.
7. Her türlü dış travmadan kaçınılmalıdır. (çarpma, kesikler, güneş yanığı, diğer yanıklar, spor sakatlanmaları, böcek ısırıkları, kedi tırmalaması gibi)
8. Ev işi, bulaşık bahçeyle meşgul olma gibi ellerin kullanılacağı işleri yaparken, güçlü deterjan kullanırken (çamaşır suyu, tuz ruhu, amonyak gibi) eldiven giyilmelidir.
9. Manikür yaptırılmamalıdır. Tırnaklar temiz bir tırnak makası ile kesilmeli, tırnak diplerini kesmemeye özen gösterilmelidir.
10. Egzersizler çok faydalıdır, ancak riskli kol aşırı yorulmamalıdır. Riskli kol ağrıyorsa sırtüstü yatıp, kol yükseğe kaldırarak dinlendirilmelidir. Yürüyüş, yüzme, hafif aerobik, bisiklete binme veya yoğa önerilen egzersiz tipleridir. Bu tür sporlar lenfatik sistemi uyarak lenf akımını düzeltir.
11. Yemek pişirirken ve bulaşık yıkarken riskli el ve kol yanıklardan korunmalı, dikiş dikerken dikiş yüzüğü takılmalıdır.
12. Uçak yolculuğu yaparken ödemli (riskli) kola basınç koluğu takılmalıdır. Uçuş uzunsu elastik bandaja ihtiyaç olabilir.
13. Diğer meme büyükse riskli tarafa takılacak protez en hafifinden seçilmelidir; çünkü ağır sutyen köprücük kemiği üzerindeki deri üzerine aşırı baskı yapabilir. Bu askı altına yumuşak bir takviye konabilir. Sutyen çok sıkı olmamalı ve tel takviyesi bulunmamalıdır.
14. Sıyrık, çizik riskini en aza indirmek için riskli olan taraftaki kol ve koltukaltı tüylerin temizliği elektrikli traş makinesi veya tüy dökücü kremlerle yapılmalıdır. Elektrikli traş makinesi kullanılıyorsa traş makinesinin temizliği çok dikkatli yapılmalı, sık sık başlığı değiştirilmelidir.
15. Dengeli, az tuzlu ve yüksek lif içeren bir beslenme planı ile

ideal kilo korunmaya çalışılmalı, bol su tüketilmelidir. Aşırı yağ, tuz ve şeker kullanımı lenf ödem gelişimini olumsuz etkiler.

16. DİKKAT: Riskli koldaki herhangi bir tahriş izi, su toplaması, kızarıklık, bölgesel ısı artması olursa hemen bildirmesi konusunda hasta uyarılmalıdır. Koldaki bir enflamasyon ya da enfeksiyon lenf ödemin başlamasına, lenf ödem varsa kötüye gidiyor olmasına işaret ediyor olabilir.
17. Sigara ve alkollü içeceklerden uzak durulmalıdır.
18. Lenf ödemi olan kişiler uyanık oldukları tüm zamanlarda fizyoterapistin önerdiği ölçülerine uyan basınç koluğu giymelidir. Takip için ayda bir fizyoterapistle görüşmelidirler. Kolluk bollaşmışsa ya kol çevresi küçülmüştür ya da kolluk eskimiştir.



Tedavi ile normal ya da normale yakın hale gelen lenfödemin bakımına dikkat edilmezse tekrarlayabileceği unutulmamalı, hasta bu 18 altın kurala ömür boyu dikkat etmesi konusunda uyarılmalıdır.

Meme kanserine bağlı olarak gelişen lenfödemin tedavisinde pekçok seçenek sunulmakla birlikte, bunların etkinliği ile ilgili çelişkilerde bulunmaktadır. Lenfödemde tedavi olarak manuel ve aralıklı pnömotik lenf drenajı, basınçlı giysiler, egzersizle kumarin tedavisi, intraarteriyel otolog lenfosit enjeksiyonları, liposakşın, selenyum ve lazer tedavisi yer almaktadır. Fiziksel dekonjasyon terapisi, kompresyon giysileri ve egzersiz programları ile de belirgin sonuçlar elde edilebilmektedir. Lenf ödeme yönelik masaj teknikleri kullanılarak elle lenf drenajının sağlanması lenf ödemde etkili bir yöntemdir. Elle yapılan masaj lenf kanallarının kasılmasını ve proteinlerin lenfatikler içine geri emilimini artırır, mikro lenfatik hipertansiyonu düşürür, cilt ve lenfatik damarlar arasındaki lenf drenajını artırır, sempatik sinirleri uyarır ve rahatlamayı sağlar. Masaj sadece kolu değil gövdeyi de kapsamalı ve el hareketlerinin yönü lenf akışına doğru olmalıdır Masaj sırasında yağ ya da losyon kullanılmamalı ve masaj en az 20 dakika sürmelidir. Elle masaj yapılan hastalarda; lenf ödemin, kol cildindeki incelmanın ve duyuusal bozuklukların azaldığı belirlenmiştir (Waller and Caroline 1996, Williams et al. 2002).

Ancak literatürde lenfödemin tedavisinden önce önlenmesine yönelik uygulamaların gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Lenfödemi önlemek amacıyla hastalara düzenli olarak kol ve omuz egzersizlerini yapmaları, lenfödem gelişmesine neden olabilecek durumlardan kendilerini korumaları, lenfödem yönünden kendi kendilerine kollarını değerlendirmeleri önerilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların bu konuda gereken özeni tam olarak göstermedikleri, bu nedenle de lenfödem geliştiği, gelişen lenfödeminde günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Lenfödem oluşma riski, hastalığın yaygınlığı ve uygulanan tedavilerin yanında hastaların cerrahi tedavi

N		LENFÖDEM YOK		MİNİMAL Lenfödem		ORTA derecede Lenfödem		CİDDİ Lenfödem		
		%	n	%	n	%	N	%		
1.Ay	Egzersiz yapanlar	27	60.0	10	22.2	7	15.6	1	2.2	P=0,000
	Egzersiz yapmayanlar	1	10.0	1	10.0	5	50.0	3	30.0	
2.Ay	Egzersiz yapanlar	34	75.6	5	11.1	5	11.1	1	2.2	P=0,001
	Egzersiz yapmayanlar	2	20.0	1	10.0	4	40.0	3	30.0	
3.Ay	Egzersiz yapanlar	32	71.1	8	17.8	4	8.9	1	2.2	P=0,000
	Egzersiz yapmayanlar	1	10.0	2	20.0	3	30.0	4	40.0	
4.Ay	Egzersiz yapanlar	33	73.3	8	17.8	2	4.4	2	4.4	P=0,000
	Egzersiz yapmayanlar	1	10.0	1	10.0	4	40.0	4	40.0	
5.Ay	Egzersiz yapanlar	34	75.6	8	17.8	3	6.7	0	,0	P=0,000
	Egzersiz yapmayanlar	0	0.0	2	20.0	5	50.0	3	30.0	
6.Ay	Egzersiz yapanlar	35	77.8	6	13.3	4	8.9	0	,0	P=0,000
	Egzersiz yapmayanlar	1	10.0	1	10.0	6	60.0	2	20.0	

Tablo 2

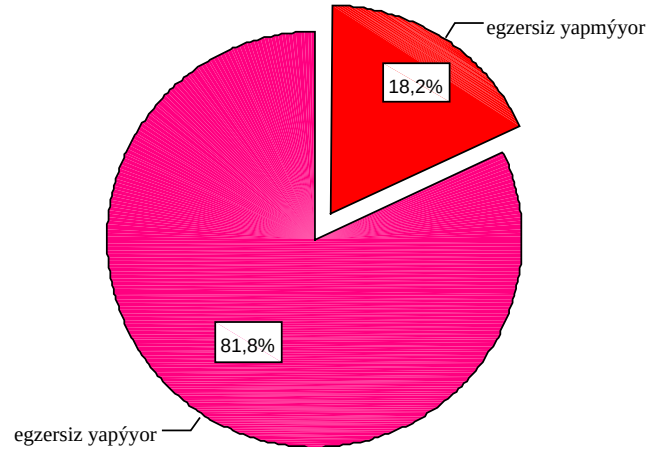
sonrası alacakları bilgilendirme eğitimi ve egzersizler ile de ilgilidir. Biz de merkezimizde Haziran 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında mastektomi ve aksilla diseksiyonu ameliyatı geçiren hastalara verilen lenfödem eğitiminin ve egzersizlerinin lenfödem oluşma ve gelişmesi , gelişmiş lenfödem üzerine olan etkisini araştırmak amacıyla bir çalışma yaptık. 6 Ay süresince kol ölçümü ve kilo takibi yapıldı. Hastalara lenfödemi önlemek için dikkat etmesi gereken kurallar çalışmacı tarafından anlatılıp, yapmaları gereken egzersizler öğretilerek araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı eğitim materyalleri verildi.

Araştırmaya katılan hastaların kolları 6 ay boyunca dirseğin 7,5 cm altı ve 7,5 cm üstü ölçülerek her iki kolun karşılaştırılması yapılmıştır

Tablo 1. Hastaların Altı Aylık Lenfödem Seviyeleri

	Lenfödem Yok		Minimal Lenfödem		Orta derecede Lenfödem		Ciddi Lenfödem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Ay	28	50.9	11	20.0	12	21.8	4	7.3
2.Ay	36	65.5	6	10.9	9	16.4	4	7.3
3.Ay	33	60.0	10	18.2	7	12.7	5	9.1
4.Ay	34	61.8	9	16.4	6	10.9	6	10.9
5.Ay	34	61.8	10	18.2	8	14.5	3	5.5
6.Ay	36	65.5	7	12.7	10	18.2	2	3.6

Hastaların 10'u (%18.2) öğretilen egzersizleri yapmıyor, 45'i (%81.8) ise düzenli olarak egzersizleri yapıyor.



Tablo 2'de Verilen eğitim sonucunda kol egzersizlerini düzenli yapan ve yapmayan hastaların lenfödem seviyelerinin aylara göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların lenfödem seviyeleri egzersiz yapan hastalarda yapmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur(p<0.05). Çalışmanın sonucunda eğitim verilen hastaların lenfödem gelişmesini önlemede öğretilen noktaları dikkate alıp egzersizleri düzenli olarak uyguladıklarında lenfödem gelişimini anlamlı ölçüde azalttığı saptanmıştır. Meme kanseri, lenf ödem tehdidi olmaksızın bile yeterince travmatiktir. Kansere ilişkin endişeler, benlik saygısı ve cinselliği etkileyen meme kanserinin kendisi büyük bir psikolojik bir sorun iken lenf ödemin ortaya çıkardığı ilave fiziksel ve psikolojik sorunlar hem iş gücü kayıpları hem de bakım maliyetinin artmasına

neden olur. Ayrıca etkilenen kolda hareket yetersizliği ve fonksiyon azalması hastanın yaşam kalitesini de olumsuz etkiler. Hemşirelik girişimleri hastanın lenf ödem konusunda kendi sorumluluğunu almasını sağlama, lenf ödemi izleme ve kontrol etme yetisini arttırmaya yönelik olmalı ve hastanın tüm yaşamını kapsamalıdır. Lenf ödem uygun hemşirelik girişimleri ile önlenebilecek ya da azaltılabilecek bir durumdur.

HAMİDE ŞİŞMAN

K56

SANTRAL VENÖZ KATETERLERİN BAKIMI

Günümüzde tanı ve tedavi amacıyla kullanılan santral venöz kateterlerin damar içine ya da kalbe direk katılan bir vene takılması modern tıbbın vazgeçilmez uygulamalarından birisidir. Santral venöz basıncı takip etmenin yanında pek çok kullanım alanına sahip olan SVK , ilk defa total paranteral beslenme için kullanılmıştır.Tünelli kateter takma tekniklerinin geliştirilmesi, kateterlerin pıhtılaşmayı engelleyici malzemeden üretilmesi, yeni kateter tiplerinin önerilmesi ile enfeksiyon gelişme oranları azaltılarak kullanımları yaygınlaşmıştır.SVK , kanser hastalarında antineoplastik ajanlarla yapılan uzun süreli tedavilerde , sıvı elektrolit dengesini sağlamada , kan ve kan ürünlerinin transfüzyonunda , antibiyotiklerin ve diğer ilaçların enjeksiyonunda ve venöz kan alma işleminde kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra hastanede yatmakta olan , venöz yola ihtiyaç gösteren ve ekstremitelerinden damar yolu açılmayan hastalar ile devamlı ya da aralıklı olarak infüzyon gereken ve evde bakım gören hastalarda da uzun süreli SVK kullanılmaktadır.Kateterlerde komplikasyon gelişimini önlemek komplikasyon meydana geldiğinde ise belirti / bulgularını erken dönemde fark ederek etkin girişimlerde bulunmak ve böylece kateterlerin kullanım ömrünü uzatmak ancak etkin hemşirelik bakım ve uygulamaları ile mümkündür.Onkolojik hastalarda damar yolu açmak hem hasta hem uygulayıcı için en zor ve zahmetli işlerden biridir.Bu nedenle hasta ve uygulayıcı konforu için SVK özellikle port kateteri tercih edilmesi standart bir yaklaşım haline gelmiştir.

SANTRAL VENÖZ KATETER TİPLERİ

SVK ; tünelli.tünelsiz ve implante olarak üç şekilde ele alınabilir: 1.)Tünelli (Kalıcı) Kateter: 30 günden fazla kullanılabilecek hastalarda tercih edilir.8 cm uzunluğunda kateterlerdir.Fibrotik dokunun tutunması ile hem mekanik stabilite sağlar hem de enfeksiyona karşı bariyer oluşturarak enfeksiyon oranını azaltır. 2.)Tünelsiz (Geçici) Kateter: Kısa dönem kullanımlı perkutan yerleşimli SVK olarak bilinir. Uzun süreli damar yolu ihtiyacı olan ancak kısa yaşam süresi olduğu düşünülen hastalarda da tünelli kateter yerine kullanılabilir.

3.) İmplant (Port) Kateter: Cilt altına cep oluşturulup vena kavaya yerleştirilen kapalı bir sistemdir. Uzun süreli kullanımlar içindir. Portlara ortalama 2000 kez giriş yapılabilir. Sisteme uygun özel hubber uçlu iğneleri kullanmak gerekir.

Bütün SVK da birçok komplikasyon mevcuttur. Arter ponksiyonu (karotis,subklavyen arter) sinir hasarı enfeksiyon, hava veya trombus embolisi ,aritmisi, hematoma, pnömotoraks, hemotoraks, hidrotoraks, şilotoraks, kardiyak perforasyon, kardiyak tamponat, komşu sinir ve damarlara travma gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Geç dönemde ise venöz tromboz, vena kava superior sendromu, endokardit, sepsis ve bunlara bağlı sekonder komplikasyonlar gelişebilir.En önemli komplikasyon hastaların %40'ndan fazlasında gelişen enfeksiyon ve tromboz olup kanser hastalarında ölüm nedenlerinden biridir.

Uygun kateter bakımı ve eğitiminin yapılması tromboz ve enfeksiyon riskini azaltırken hastalarda takılı kalma süresini ortalama 2 yıl uzatmaktadır.

SANTRAL VENÖZ KATETERLERİ YIKAMAK İÇİN ÖNERİLEN PROTOKOL

SVK	Solüsyon	Miktarı	Konsantrasyon	Sıklığı
İmplant Port	Heparin	5 mL	100ü/mL	Her kullanımdan sonra veya kullanılmıyorsa 4-6 haftada bir
Tünelsiz Geçici SVK	Steril Salin (SF)	10 mL	%0.9	Her kullanımdan sonra veya kullanılmıyorsa haftada bir
Tünelli Kalıcı SVK	Heparin	3mL	100ü/mL	Her kullanımdan sonra kullanılmıyorsa haftada bir

Verilmesi gereken solüsyon miktarının gerekçesi pozitif basıncı sağlamak içindir. Eğer kullanılan kateter standart değilse, verilen solüsyon miktarı değişebilir. Solüsyon miktarını belirlemede hastanın kilosu göz önüne alınmaz. Trombostopenili hastalarda heparin kullanımı kontrendikedir. Solüsyon uyumsuzluğunu önlemek için yıkama yapılmadan önce bütün kateterler 10 mL normal salinle yıkanmalıdır.

SANTRAL VENÖZ KATETER BAKIMI

- Cerrahi asepsi tekniğine göre çalışmaya özen gösterilmelidir.
- Kateterlerin giriş yerleri enfeksiyon yönünden takip edilmelidir.
- Sisteme giriş yapılmadan önce set üzerindeki enjeksiyon girişi yeri klorheksidin glukonat veya povidon iyot ile temizlenmelidir.
- Her girişinde mutlaka steril enjektör kullanılmalıdır.
- Kullanılmayan bütün lümenler kapalı tutulmalıdır.
- Çok lümenli kateter kullanılıyorsa bir lümeni sadece paranteral beslenme için kullanılmalıdır.
- Tikalı lümen keskinlikle basınç yapılmamalıdır.
- Sıvı giden kateterden kan alınacaksa kateter en az 1 dk. Kapatılmalı ve ilk alınan 2-3 mL kan atılıp arkasından alınmalıdır.
- Tıkanıklığa yol açabilen ilaç kristalleşmelerini önlemek için mutlaka arada kateter en az 10 mL steril salin ile yıkanmalıdır.
- Kan ve kan ürünleri ve lipit emülsiyonlarının verilmesi için kullanılan infüzyon setleri 24 saat içinde değiştirilmelidir.
- Eğer solüsyon dekstroze ve aminoasit içeriyor ise infüzyon setleri 72-96 saatte bir değiştirilmelidir.
- Kateter yıkamada kullanılan enjektörün büyüklüğü önemlidir. Küçük enjektörler daha büyük basınç yaratacağından aşırı basınç uygulanması kateter hasarına neden olabilir. Özellikle port kateterlerde kateter rüptüründen kaçınmak için 10 mL'den küçük enjektör kullanılmamalıdır.
- Ponksiyon ve iğne değişimi sırasında, kan alımında hasta yatar pozisyonunda olmalıdır.
- Enjeksiyon sırasında dirençle karşılaşıldığında işlem hemen durdurulmalı ve sebep araştırılmalıdır.
- Kateter takılması sonrasında pansumanı yapılmalıdır.
- Pansuman kateter yerleştirildikten sonra 24 saat içinde ve daha sonra haftada bir kez değiştirilmelidir. Bunun dışında kateter değiştirildiği, çıkarıldığı veya pansuman kirlendiği, ıslandığı, kapatma özelliğini kaybettiği zaman ve kanama olduğundan pansuman değiştirilmelidir.
- Pansuman değişiminde steril veya temiz eldiven kullanılmalıdır.
- İşlem öncesi ve sonrası eller mutlaka su, sabun, antiseptikli sabunlar veya alkol bazlı jeller kullanılabilir.
- Kateter giriş yeri gazlı bez veya transparan örtü ile

kapatılmalıdır.

- Hastalar kateter bakımı, el yıkama konusunda sözlü ve yazılı olarak eğitilmelidir.
- Kateterlerin kullanımı ve infüzyon tedavilerine ilişkin yazılı kurallar oluşturulmalı ve düzenli olarak güncellenmelidir.
- Sağlık personeli düzenli olarak eğitilmeli ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalıdır.
- SVK bakım yapıldığı mutlaka oluşturulan SVK bakım formlarına kaydedilip belgelenmelidir.
- Sonuç olarak venöz erişim yolu hastaların yaşamla bağlantısını sağlayan bir köprünün ayağı gibidir. SVK de venöz açıklığının devamının sağlanması, fonksiyonel yetersizliklerinin azaltılması ve giderilmesi, herhangi bir komplikasyon durumunda gerekli girişimlerin başlatılması bu hastalarda yapılan hemşirelik yaklaşımının temel basamaklarını oluşturur.

SUZAN EROĞLU

4. TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ

21-25 Mart 2012 • Cornelia Diamond Hotel, Antalya



SEÇİLMİŞ SÖZEL BİLDİRİLER



SÖZEL BİLDİRİLER



HEMŞİRE SÖZEL BİLDİRİLER

SEÇİLMİŞ SÖZEL BİLDİRİLER

SS-1

EVRE III/IV NON-METASTATİK NAZOFARENKS KANSERİNDE SİSPLATİNLE EŞ ZAMANLI KEMORADYOTERAPİ ÖNCESİ DOSETAKSEL İLE SİSPLATİN BAZLI İNDÜKSİYON KEMOTERAPİSİ

FAYSAL DANE¹, BESTE M. ATASOY², ZÜLEYHA AKGÜN², FULDEN YUMUK¹, DEVRİM ÇABUK¹, MEHMET TEOMETE¹, GÜL BAŞARAN¹, SERDAR TURHAL¹, UFUK ABACIOĞLU²

¹ MARMARA ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

² MARMARA ÜNİVERSİTESİ RADYASYON ONKOLOJİ

Amaç:

Bu çalışmada, lokal ileri evre nazofarenks (NF) kanseri (NFK) tanılı hastalarda sisplatinle eş zamanlı kemoradyoterapi (KRT) öncesi dosetaksel-sisplatin bazlı indüksiyon kemoterapisinin (KT) etkinliğini araştırdık

Gereç ve Yöntem:

2004-2010 yılları arasında ardışık baş vuran evre III (15) veya metastatik olmayan evre IV (18) nazofarenks kanseri tanılı toplam 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların 25'i erkek, medyan yaşı 51 (19-75) idi. İndüksiyon kemoterapisi 11 hastada dosetaksel ve sisplatin (DC), 22 hastada floroprimidin, dosetaksel ve sisplatin (DCF) ile yapıldı. Tüm hastalarda toplam 3 kür indüksiyon tedavisi verilmesi planlandı. DCF tedavisi sırasında primer profilaksi için G-CSF ve ciprofloksasin tüm hastalara verildi. İndüksiyon sonrası cevap değerlendirmesinde tüm hastalarda NF ve boyun kontrastlı magnetik rezonans (MRI) ile görüntüleme kullanıldı. Radyoterapi (RT) bilgisayarlı planlamayla doğrusal hızlandırıcıda 6-18MV foton enerjisi ve uygun elektron enerjileriyle 2Gy/gün konvansiyonel şemada, NF, boyun ve supraklaviküler lenf nodlarına 46Gy; NF ve klinik pozitif lenfatik alana ortalama 70 Gy uygulandı. RT sırasında eş zamanlı sisplatin üç kez (75mg/m²/21gün) planlandı. KRT sonrası hastalar klinik ve radyolojik olarak izlendi.

Bulgular:

Medyan takip süresi 48 ay idi. İndüksiyon KT sonrası hiçbir hastada progresyon gözlenmedi. NF'de 23 hastada parsiyel, 6 hastada tam cevap; boyun lenfatiklerinde 13 hastada parsiyel, 19 hastada tam cevap vardı. İndüksiyon sırasında tedavi kesimi olmazken 8 hastada derece 3-4 yan etkiler nedeniyle doz azaltılmak zorunda kalındı. RT ile eş zamanlı sisplatinin tam olarak uygulanabilirlik oranı % 66 idi. Toplam 11 hastada KT dozu azaltıldı ya da devam etmedi. İki hasta dışında tüm hastalar RT'yi planlandığı gibi tamamladı. Beş yıllık lokal kontrol, progresyonsuz sağkalım, uzak metastazsız sağkalım ve genel sağkalım oranları sırasıyla %71, %65,5, %75,4 ve %72.2 olarak hesaplandı.

Sonuç:

Literatürde bu tedavi rejiminin kullanıldığı az hasta sayılı çalışmalar olsa da bizim çalışmamız uzun takip süresi ve dolayısıyla 5 yıllık sağ kalım sonuçları verebilmesi açısından ilk çalışmadır. Lokal ileri evre (III/IV) nazofarenks kanserinde indüksiyon DC(F) kullanılması etkili ve güvenilir bir tedavi modalitesidir.

SS-2

KANSER HASTALARINDA KONTRASTLI BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ ÇEKİMİ SONRASI KONTRAST MADDE NEFROPATİSİ GELİŞME RİSKİ VE PREDİKTİF FAKTÖRLER

EMRAH GÜLŞEN, BÜLENT ERDOĞAN, ESMA TÜRKMEN, SERNAZ UZUNOĞLU, SEDAT ÜSTÜNDAĞ, SERAP TEKBAŞ, İRFAN ÇİÇİN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) onkoloji pratiğinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Hastalar birçok nefrotoksik ajana maruz kalmaktadır. Anemi, hiperkalsemi, hiperürisemi gibi sorunlar da nefropatiye neden olarak tedaviyi aksatmaktadır. Kontrast madde nefropatisi (KMN) yatan hastalarda en sık 3. akut böbrek yetmezliği (ABY) nedenidir. Bu sebeple kanserli hastalarda KMN insidansını araştırmak ve KMN için olası prediktif faktörleri saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Tetkik, kanser tedavisi veya hastalık komplikasyonları nedeniyle yatırılan, kontrastlı BT çekilen 18 yaş ve üstü 60 hasta (18 kadın, 42 erkek) çalışmaya alındı. Kontrast madde (KM) uygulanmasından sonraki 48-72 saat içinde kreatininde bazal kreatinin düzeyine oranla %25'ten fazla veya bazal kreatinin düzeyinden 0.5 mg/dl artış KMN olarak tanımlandı. Glomerüler filtrasyon hızı 60 ml/dk altında olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:

Kontrastlı BT çekiminden sonra hastaların %21.7'sinde KMN gelişti. Bu hastaların %7.7'sinde ABY gelişti. KMN riski kemoterapi alanlarda daha yüksekti (p=0.054). Bu hastalarda KMN sıklığı %30, ABY sıklığı %3 idi. KMN gelişmesi; kanser bölgesi, evresi, aktif kanser varlığı veya yokluğu, son kemoterapi ile KM uygulamasına kadar geçen süre, uygulanan kemoterapi ilaçları ve birden fazla kemoterapi seçimi uygulanması, yaş, cinsiyet, boy, kilo, diabetes mellitus, hipertansiyon, kontrast madde miktarı, serum sodyum, potasyum ve laktat dehidrogenaz düzeyleri ile ilişkili bulunmadı. Anemi KMN gelişimi ile ilişkili olma eğiliminde idi (p=0.076). Bu anlamlı olmaya eğilim kemoterapi alan hastalarda anlamını kaybederken (p=0.22) kemoterapi almayan hastalarda daha belirgindi (p=0.057).

Sonuç:

Kemoterapi alıyor veya almış olmak KMN gelişimi açısından kanserli hastalarda bağımsız bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Kemoterapi alan hastalarda KMN riski diyabetik veya koroner anjiyografi yapılan hastalarda literatürde bildirilenden (%14-17) daha yüksek saptanmıştır. Kemoterapi KMN için major bir risk faktörü olarak tanımlanabilir. Ancak verilerimizin onkoloji pratiğine yeni yaklaşımlar sağlayabilmesi için hasta sayısının artırılarak çalışmanın sürdürülmesi gerekmektedir.

SS-3

EVRE 2 KOLON KANSERİNDE ADJUVAN TEDAVİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ: TOG GİS GRUBU ÇALIŞMASI

MEHMET ARTAÇ¹, BÜLENT KARABULUT², ŞUAYİB YALÇIN³, MURAT KOÇER⁴, MUSTAFA KARAAĞAÇ¹, NALAN IŞIK³, ŞEYDA GÜNDÜZ⁵, HAKAN BOZCUK⁵

¹ KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

⁴ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

⁵ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Türkiye’de kolon kanserli hastaların tanı anında %26’sı evre 2 olarak tespit ediliyor. Evre 2 kolon kanserinde adjuvan tedavinin katkısı halen tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı ülkemizde evre 2 kolon kanserine genel yaklaşımı ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma Tıbbi Onkoloji kliniklerine başvuran evre 2 kolon kanserli hastaların dosya verilerini retrospektif olarak değerlendiren bir vaka kontrol çalışmasıdır. Evre 2 kolon Ca tanısı olan her hastanın dosya verilerinden kemoterapi alıp almadığı, risk faktörleri, nüks durumları ve hastalıksız sağkalım süreleri çıkarılmıştır.

Bulgular:

Toplam 5 merkezden 303 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 186’sı(%61) erkek 117’si(%39) kadın idi. Hastaların median yaşı 60(26-88) idi. En fazla yerleşim yeri %28 ile sigmoid idi. Hastaların %40’ında çıkarılan lenf nodu sayısı 14’ünün altında idi. Hastaların %33’ünün (97 hasta) adjuvan kemoterapi almadığı görüldü. Kemoterapi almayan grupta ortalama hastalıksız sağkalım 79 ay ve kemoterapi alan grupta ortalama hastalıksız sağkalım 85.9 ay olarak saptandı (P=0.04).

Sonuç:

Ülkemizde evre 2 kolon kanserli hastalarda adjuvan kemoterapi çoğunlukla tercih edilmektedir. Kemoterapi alan grupta anlamlı hastalıksız sağkalım avantajı görülmesi yetersiz cerrahiye bağlı olabilir. Bu konuda prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-4

NOD POZİTİF MEME KANSERLERİNDE PRİMER TÜMÖR VE AKSİLLER METASTAZIN ER, PR VE HER2 EKSPRESYONU AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, ÖVGÜ AYDIN², ŞENNUR İLVAN², HANDE TURNA¹, DENİZ TURAL¹, ÖZCAN YILDIZ¹, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU¹, EVİN BÜYÜKÜNAL¹, SÜHEYLA SERDENGEÇTİ¹

¹ İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Meme kanserinde primer ve metastatik hücreler arasında ER, PR, HER2 ekspresyonu açısından değişiklikler olabileceği bilinmektedir. Başvuruda aksilla metastazı olan hastaların tedavisinde uzak metastaz yapmaya meyilli aksiller hücrelerin değil de primer tümörün ER, PR, HER2 özellikleri göz önüne

alınmaktadır. Bu çalışmada amacımız başlangıçta uzak metastazı olmayan nod (+) meme kanserlerinde, de novo tedavi direncini öngörebilmesi açısından, primer ve aksilla metastazları arasındaki ER, PR, HER2 ekspresyon farklılığını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde dosyası ve İ.H.K. yapmaya uygun tümör blokları bulunan, Ocak 2000 yılından sonra tanı almış ve merkezimizde tedavi edilmiş 107 invazif primer meme kanseri ve eşleşen aksiller metastazları alındı. ER, PR ve HER2 değerlendirmeleri İ.H.K. ile yapıldı. Primer ve aksillada uyumsuz HER2 sonuçları bulunan vakalarda sonuçlar SISH yöntemiyle kontrol edildi. Her bir belirtecin ekspresyonlarındaki farklılıklar ile hasta ve tümör özellikleri karşılaştırıldı. Yine protein ekspresyonlarındaki değişim durumuyla hastalıksız sağkalım arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular:

Primer ve aksillada ER açısından uyum [+/+ veya -/-] ; %89.7 (96/107), uyumsuzluk %7.4 (8/107) idi. Uyumsuzluk %75 sıklıkla primer ER (+), aksilla ER (-) şeklindeydi. Primer ve aksillada PR açısından uyum; %82 (88/107), uyumsuzluk %10 (11/107) idi. Uyumsuzluk %73 sıklıkla primer PR (+), aksilla PR (-) şeklindeydi. Primer ve aksillada HER2 açısından uyum; %71 (76/107) idi. Uyumsuzluk verisini kesinleştirmek amacıyla SISH çalışmaları devam etmektedir. ER+/PR+ grupta (n=67) reseptör durum değişimi %15 (n=10), ER veya PR + grupta (n=21) reseptör durum değişimi %38 (n=9), hormon reseptörü negatif grupta (n=15) değişim %6.6 vakada (n=1) gerçekleşti.

Sonuç:

Çalışmamızda primer meme tümörü ile aksiller metastazı arasında ER ve PR ekspresyonları açısından değişimler izlendi. Bu değişikliklerin tedaviden elde edilecek faydayı etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Hormon reseptörleri açısından sadece 1 hastada (HR neg hastaların %6.6 sı) primer reseptör negatifken, aksillada pozitif ER bulundu ve bu değişim tedavi kararını etkiler nitelikteydi. Bu nedenle primeri hormon negatif tümörlerin aksiller metastazlarına İ.H.K ile inceleme bir ileri araştırma konusu olabilir. HER2 açısından uyumsuzluk verilerini şu an devam eden SISH analizleri nedeniyle kesin olarak rapor edememekteyiz. Çalışmanın SISH sonuçları ve planlanan 260 vakalık ileri sonuçları ilerleyen zamanda rapor edilecektir.

SS-5

MEME KANSERİ OLGULARINDA CD44+/CD24-/LİN- KANSER KÖK HÜCRE DAĞILIMI VE PROGNOSTİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

EYLEM YETİMOĞLU¹, DEVRİM ÇABUK², ERDAL KARAÖZ³, SERAP KAYA², SÜLEYMAN TEMİZ², ÖZGÜR AÇIKGÖZ², KAZIM UYGUN², ZAFER CANTÜRK⁴, EDA YİRMİBEŞOĞLU⁵, GÖRKEM AKSU⁵

¹ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ABD

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KÖGEM ABD

⁴ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ GENEL CERRAHİ ABD

⁵ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

Amaç:

Hücressel düzeyde bir dizi moleküler değişiklik sonucu immortal özellikteki meme epitel hücrelerinin aşırı büyümesi ile meme kanseri (MK) gelişmektedir. Kanser kök hücre hipotezi meme kanserinin, tümör oluşturma kapasitesine sahip küçük bir hücre grubundan kaynaklandığını savunmaktadır. Deneysel kanıtlar kanser kök hücrelerinin kanser oluşumundan, tümör invazyonundan, metastazından ve çeşitli tedavi formlarına direnç gelişimden sorumlu olduklarını desteklemektedir. Bu kanser kök hücrelerini tanımlamak için kullanılan çeşitli yöntemlerden biri hücrelerin yüzey belirteçlerine göre tanımlanmasıdır. Meme kanseri kök hücresi fenotipi CD44+/CD24-/Lin- yüzey belirteçleriyle tanımlanmaktadır. Bu çalışmada amacımız kanser oluşumundan sorumlu tutulan CD44+/CD24-/Lin- fenotipine sahip hücrelerin primer meme tümöründeki dağılımını ve bu dağılım oranlarının prognostik faktörlerle olan ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Mayıs 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında MK tanısıyla cerrahi planlanmış 23 hasta alındı. Taze tümör dokuları mekanik ve enzimatik olarak ayrıştırıldı. MK kök hücre dizisi yüzey ekspresyon belirteçleri bakımından akım sitometrik analiz kullanılarak tanımlandı. Akım sitometri analizinde lineage negatif hücre gruplarında CD44+/CD24- hücrelerin dağılımları değerlendirildi. Bu dağılım oranlarının prognostik faktörlerle olan ilişkisi istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 47 olup %52'si postmenopozaldi. Yüzde elli yedi hastada Grad II MK saptandı. Yüzde 65 hastada ER pozitif, %48 hastada PR pozitif, %65 hastada Her-2 negatif saptandı. Çalışmamızda tümör dokularının hepsinde CD44+/CD24-Lin- hücreler saptandı. Tümörlerdeki CD44+/CD24-Lin- hücrelerin dağılımı ortalama %1.43±1.6 idi. CD44+/CD24-Lin- hücre dağılımının postmenopozal kadınlarda, erken evre MK'de ve yüksek gradlı tümörlerde daha yüksek olduğu gözlemlendi; ancak istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p=0,17, p=0,9 ve p=0,84, sırasıyla). Tutulan lenf nodu sayısı ile hücre dağılımı arasında ters ilişki saptandı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da lenf nodu sayısı arttıkça CD44+/CD24-Lin- hücre dağılımının azaldığı gözlemlendi. Hormon reseptörleri ile hücre dağılımı arasında ilişki saptanmazken istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte HER-2 negatif tümörlerde CD44+/CD24-Lin- hücre dağılımının arttığı saptandı.

Sonuç:

Çalışmamızda literatüre benzer şekilde tümör dokularının hepsinde CD44+/CD24-Lin- hücrelerin bulunduğu ve bu hücrelerin yüzde ortalamasının %1.43±1.16 olduğu görüldü. Prognostik faktörler ile CD44+/CD24-Lin- hücre dağılımı arasında istatistiksel anlamlılık gösteren bir ilişki saptanmadı. Meme tümörleri fenotipik olarak çeşitli meme kanseri kök hücrelerinden oluşmaktadır. Tümör büyümesini ve sağkalımı regüle eden bu kök hücrelerin tanımlanması için çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca bu hücreler tümör gelişimini yönlendirdiğinden bu hücreleri hedef alan stratejiler daha etkili tedavilerin geliştirilmesine öncülük edebilir.

SS-6**METASTATİK MALİGN MELANOMALI TÜRK HASTALARDA ÇOK MERKEZLİ İPİLİMUMAB DENEYİMİ MİPİ-TÜRK**

ALPER SEVİNÇ¹, HANDE TURNA², MUSTAFA ÖZDOĞAN³, SÜLEYMAN BÜYÜKBERBER⁴, NİL MOLİNAS MENDEL⁵, GÖKHAN DEMİR⁶, ERHAN GÖKMEN⁷, SEMRA PAYDAŞ⁸,

HAKAN AKBULUT⁹, İSMAİL ÇELİK¹⁰

¹GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ONKOLOJİ BİLİM DALI

³AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁴GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁵VEHİBİ KOÇ VAKFI AMERİKAN HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

⁶İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁷EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁸ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁹ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

¹⁰HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Anti-CTLA-4 (sitotoksik T lenfosit antijen) monoklonal antikor olan İpilimumab'ın, metastatik melanoma hastalarında bağışıklık yanıtlarını geliştirdiği ve kalıcı klinik yanıtları uyardığı gösterilmiştir. Onüç merkezde Erişim Programı kapsamında tedavi edilen metastatik melanoma hastaları retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

Daha önce bir sıra sistemik tedavi sonrası nüks gelişen metastatik melanomalı hastalar, başlatma olarak, 1., 4., 7., 10'uncu haftalarda 4 doz 3 mg/kg ipilimumabla tedavi edilmişlerdir. Yanıt değerlendirmesi 12. haftada yapılmıştır. 12. haftada tam yanıt (CR), kısmi yanıt (PR) ve stabil hastalığı olan hastalar (SD) re-indüksiyon için uygun bulunmuştur.

Bulgular:

72'si değerlendirilebilir toplam 82 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. İpilimumab tedavisi hastaların %19,4, %65,3, %15,3'sine sırasıyla ikinci, üçüncü, dördüncü basamak tedavi olarak verilmiştir. 1, 2, 3 ve 4 doz için ipilimumab alan hasta sayısı sırasıyla 5, 10, 12 ve 45'tir. 72 hastanın 8'ine re-indüksiyon uygulanmıştır.

G1/2 yanetki hastaların %34,7'sinde (25/72) raporlanırken G3/4 yanetki %16,7'sinde raporlanmıştır (12/72). En sık karşılaşılan G1/2 yanetki deri dökülmesi (%15,3), kas güçsüzlüğü (%11,1) ve gastrointestinal (%12,5) olarak gözlemlenmiştir. 8 hastada G3 advers olay gözlemlenmiştir (5 hastada diyare, 1 hastada kas güçsüzlüğü, 1 hastada hipotiroidi, 1 hastada gastrointestinal kanama). Bir G4 trombositopeni ve hepatik advers olaya bağlı iki ölüm gözlemlenmiştir.

4 doz ipilimumab tedavisini tamamlayan 72 hastadan 45'i (%62,5) yanıt değerlendirmesi için uygun bulunmuştur. CR saptanmamıştır. Hastalık Kontrol Oranı (DCR) %35,6'dır (%15,6 PR ve %20 SD). Progresyona dek geçen medyan süre (TTP) 3,2 ay'dır (%95 GA, 2,4 - 5,1 ay). 18 aylık takip sonrasında sağkalım oranı %34,6 olup, medyan genel sağkalım 8 aydır (%95 GA, 3,5-12,4 ay).

Sonuç:

İpilimumab, metastatik melanomlu hastalar için olumlu klinik faydayla sonuçlanmıştır. Veriler, literatürle uyumlu etkinlik ve güvenlik profili ortaya çıkartmıştır.

SS-7

TİMİK EPİTELİYAL NEOPLAZMLARDA EPİDERMAL GROWTH FAKTÖR RESEPTÖR MUTASYONU

NİLÜFER AVCI¹, GÜLŞAH ÇEÇENER², TÜRKKAN EVRENSEL¹, MEHMET ALİ BALCI³, BERRİN TUNCA², EGELİ ÜNSAL², SAMİ BAYRAM⁴, ERDEM ÇUBUKÇU¹, FATİH ÖLMEZ¹, ENDER KURT¹, ÖZKAN KANAT¹, OSMAN MANAVOĞLU¹

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI

³ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

⁴ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ BİLİMDALI

Amaç:

Bu çalışmada timik epitelyal neoplazmlarda hedefe yönelik tedaviler için yeni biyolojik belirteç olarak epidermal growth faktör reseptör (EGFR) mutasyonunu, K-RAS mutasyonu ve sağ kalım ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

1996 ve 2010 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji ve Göğüs Cerrahisi bölümüne gelen timik epitelyal neoplazm tanısı almış olan hastalar tarandı. Bu tarihler arasında timoma ve timik karsinom tanıları ile toplam 60 hastanın kayıtları mevcut idi. Hastaların 35'nin parafine edilmiş dokularına ulaşılabildi. Bu dokulardan izole edilen DNA'lardan K-RAS ekzon 2 ve EGFR ekzon 18, 19, 20, 21 mutasyonları bakıldı.

Bulgular:

Çalışmada değerlendirilen toplam 35 hastanın 5'i timik karsinom ve 30'u timoma idi. Timoma ve timik karsinomlu olgularımızın hiç birisinde EGFR geninin 18, 19, 20 ve 21. ekzonunda mutasyon belirlenmedi. Ayrıca hastaların tamamında K-RAS ekzon 2'de mutasyon saptanmadı.

Sonuç:

Literatürde timomalarda immunohistokimyasal olarak EGFR ekspresyonu (%46-85) değişen oranlarda bildirilmektedir. Ancak tedavide EGFR tirozin kinaz inhibitörlerine cevabın prediktivi, EGFR mutasyonu ve amplifikasyonudur. K-RAS, EGFR yolağında membrandan sitoplazmik proteinlere sinyal iletiminde görev alan bir GTPase'dir ve EGFR inhibitörlerine primer direnç mekanizması ile ilişkilidir. Japonya'dan bir seride (n:38), EGFR protein ekspresyonunun daha çok invaziv timomalar ile ilişkili olduğu bildirilirken yine Japonya'dan bir çalışmada 29 timomali hastanın ancak ikisinde EGFR mutasyonu saptanmıştır. Akciğer kanserlerinde Kazak ve Asyalı ırk arasında EGFR mutasyonları farklılıklar gösterir. Ancak literatür araştırmamızda timomalarda EGFR mutasyonlarının ırklara göre farklılıklarına dair bir veriye rastlamadık. Bizim çalışmamızda timik karsinomlu hastaların sayıca az olması dikkat çekici bir unsurdur. Çalışmadaki olgu sayısının artırılarak değerlendirme yapıldığında anlamlı verilere ulaşılabileceği düşünülmektedir.

SS-8

KANSER HASTALARINDA TROMBOZ SIKLIĞI

SEMIHA URVAY, DİLŞEN ÇOLAK, G.İNANÇ İMAMOĞLU, İLHAN HACİBEKİROĞLU, NAZİYET KÖSE, UĞUR ERSOY, MUSTAFA ALTINBAŞ

*DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:

Kanser hastaları tromboza eğilimi olan hastalardır. İmmobilizasyon, vasküler obstrüksiyon, cerrahi girişimler, radyoterapi, kemoterapi, kataterler ve kanserin kendisi tromboza neden olmaktadır. Tromboembolik olay görülme oranları kanserli hastalarda %5'dir, hastanede yatan kanser hastalarında en sık ikinci ölüm nedenidir. Bu bilgilere rağmen günlük pratiğimizde trombo-embolik olay tanı ve tedavisinde karışıklıklar yaşanmaktadır. Bu çalışmanın amacı hastalarımızda tromboz insidansını araştırırken bu konuya dikkat çekmektir.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Mart 2008 ile Aralık 2011 arasında tedavi ve takibi yapılan 1368 hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı. Arteriyel ve venöz tromboembolik olay gelişen hastaların özellikleri kaydedildi.

Bulgular:

Dosyası taranan 1368 hastanın 37'sinde (%2.7) tromboembolik olay saptandı. Bu hastaların 18'i (%48.6) Evre IV hastalığa sahipti. 23 hasta erkek, 14 hasta kadın idi. En çok tromboembolik olay kolorektal, mide ve pankreas kanseri hastalarında saptandı. Hastalarımızın 24'ünde tromboembolik olay kemoterapi sırasında veya hemen sonrasında gelişmişti. Onbeş hasta (%40) Fluorourasil içeren rejim ve 6 hasta (%16) sisplatin içeren rejim almakta iken tromboemboli gelişti. Bu hastaların 14'ü (%37) hospitalize idi. Üç hastada pulmoner tromboemboli, 6 hastada arteriyel tromboz gelişirken 28 hastada derin ven trombozu gözlemlendi.

Sonuç:

Tromboembolik olay sıklığı kanserli hastalarda sağlıklı popülasyona göre artmış olup tromboza eğilim en fazla abdominal adenokanserler küçük hücreli akciğer kanseri ve prostat kanserindedir. Bazı sitotoksik ajanlarla tromboz eğilimi artar. Özellikle ECOG düşük, ek hastalığı olan, hospitalize hastalar tromboembolik olay riski altındadır ve profilaksi yapılmalıdır. Tromboz veya tromboemboli saptanan hastalar önce tromboz tedavisi almalı ve düzelince tümöre özgü tedavilere geçilmelidir.

SS-9

BEVACİZUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN METASTATİK KOLEREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖR OLARAK PROTEİNÜRİ

MÜKREMİN UYSAL, HAKAN BOZCUK, SEMA SEZGİN GÖKSU, ALİ MURAT TATLI, DENİZ ARSLAN, ŞEYDA GÜNDÜZ, HASAN ŞENOL COŞKUN, MUSTAFA ÖZDOĞAN, BURHAN SAVAŞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ABD, TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA

Amaç:

Metastatik koleraktal kanserde (mKRR) yaygın olarak kullanılan bevacizumabın klinik survival üzerine olan faydası kanıtlanmıştır. Ancak görülecek klinik fayda ile ilişkili olabilecek parametrelere ihtiyaç vardır. Bu çalışmamızda klinik fayda ve prognozun proteinüri ve diğer parametrelerle olan ilişkisine bakıldı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza bevacizumab alan mKRR'li hastalar alınmıştır. Hipertansiyon, 24 saatlik idrarda proteinüri ve diğer rutin parametreler tedavi başlamadan önce ve tedavi süresince belli aralıklarla kaydedildi. Kemoterapinin 4. küründen sonra tedavi yanıtları değerlendirildi. Bir yıllık takip sonunda çeşitli parametrelerin ve özellikle proteinürinin elde edilen progresyonsuz sağkalım (PSK) ve yanıt ile ilişkisine bakıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 36 ardışık hasta alınmıştır. Hastaların 20'si (%55.6) erkek, 16'sı (%44.4) kadın ve ortalama yaşı 57 idi. Genel median PSK 275 gün (9.8 ay) bulundu. Bazal proteinüri değeri 114 mg/gün'den fazla olanlarda median PSK 184 gün (6.5 ay) gibi daha düşük iken ($p=0.046$), bazal proteinüri değeri 114mg/gün'e eşit veya düşük olanların ise median PSK'sına henüz ulaşılammıştır. Yine yüksek LDH düzeyi olanlarda PSK'nın daha kısa olduğu görüldü ($p=0.0024$, $\text{Exp}(B)=23$). Bevacizumab yanıtının performans satatüsünün iyi olduğu ($p=0.05$), tek karaciğer metastazı olan ($p=0.034$), tedavi sırasında hipertansif seyreden hastalarda ($p=0.034$) daha iyi olduğu görüldü.

Sonuç:

Çalışmamızda bazal proteinüri ve LDH değerlerinin bevacizumab bazlı tedavi alan mKRR'li hastalarda prognostik olabileceğini gösterdik. Literatürde bazal proteinürinin bevacizumab bazlı tedavi alan hastalarda prognostik olduğunu gösterir bilgi mevcut değildir. Ayrıca tedaviden görülen fayda ile performans durumu, tek karaciğer metastazı ve tedavi sırasında gelişen hipertansiyon arasında literatürle uyumlu bir ilişki bulundu. Bevacizumab alan mKRR'li hastalarda bazal proteinürinin prognostik önemini göstermiş olmamız bevacizumabın daha odaklı kullanımı için önemli bir adımdır. Bazal proteinüri seviyesinin prediktif bir rolü olup olmadığının ek çalışmalarla incelenmesinin pratik ve klinik önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

SS-10**LUMİNAL, HER-2 POZİTİF VE TRİPLE NEGATİF ALT TIPLERİN GELİŞİMİNDE BİLİLEN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ AYNİ ETKİYE Mİ SAHİPTİR?**

FATMA P. TÜRKÖZ, MUSTAFA SOLAK, ÖZGE KESKİN, İBRAHİM PETEKKAYA, FURKAN SARICI, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanseri alt tiplerin klinik ve sağkalım farklılıkları iyi tanımlanmasına karşın, etyolojik farklılıkları yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmada literatürde tanımlanmış risk faktörleri ile meme kanseri alt grupları arasındaki ilişki

incelendi.

Gereç ve Yöntem:

Meme kanserli 1884 hastanın ilk doğum, menarş ve menopoz yaşları, çocuk sayısı, laktasyon süresi, aile öyküsü, sigara, obezite, oral kontraseptif kullanımı, hormon replasman tedavisi (HRT) ve in vitro fertilizasyon (IVF) öyküsü retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:

Hastaların 1249'unda luminal A, 234'ünde luminal B, 169'unda HER-2 pozitif ve 232'sinde triple negatif meme kanseri (TNBC) görüldü. 40 yaş ve üzerinde, luminal A (OR 1.41 %95 CI:1.15-1.74; $p=0.001$) ve HER-2 pozitif (OR:1.51, %95 CI:1.01-2.25; $p=0.04$) meme kanseri riskinin arttığı saptandı. Nullipar kadınlarda (OR 1.48, %95 CI:1.03-2.13; $p=0.03$) ve ilk doğumunu ≥ 30 yaşında gerçekleştirenlerde (OR 1.25 %95 CI:0.83-1.88; $p=0.04$) luminal A/B meme kanseri riskinde artış izlenirken, ≥ 2 çocuğu olan kadınlarda luminal A/B meme kanseri riski azalmaktaydı (OR 0.68, %95 CI:0.47-0.97; $p=0.03$). Emzirme luminal meme kanseri riskini azaltan diğer bir faktördü (OR 0.74, %95 CI:0.53-1.04; $p=0.04$). Postmenopozal ≥ 5 yıl HRT kullanımı, HER-2 pozitif (OR 2.20, %95 CI:0.93-5.17; $p=0.04$) ve luminal A (OR 1.87, %95 CI:0.93-3.90, $p=0.02$) meme kanseri gelişimi için ciddi risk oluşturmaktaydı. Obezite premenopozal kadınlarda TNBC riskini artırırken (OR 1.90 %95 CI:1.00-3.61; $p=0.03$), luminal meme kanseri riskini azalmaktaydı (OR 0.50 %95 CI:0.32-0.76; $p=0.002$). Erken menarş (<12 yaş), geç menopoz (≥ 55 yaş), aile öyküsü, postmenopozal obezite, oral kontraseptif kullanımı, IVF ve sigara gibi risk faktörlerinin ise, luminal A/B, TNBC ve HER-2 pozitif meme kanseri gelişiminde benzer etkiye sahip oldukları görüldü.

Sonuç:

Hormonal risk faktörleri literatürle uyumlu olarak, luminal A/B meme kanserleri ile; obezite özellikle premenopozal kadınlarda artmış TNBC riski ile ilişkilidir. Yaş ve postmenopozal HRT kullanımı HER-2 pozitif meme kanseri riskini artıran faktörlerdir. Çalışmamızın sonuçları meme kanseri risk faktörleri ile tümör alt grupları gelişimi arasında anlamlı bir heterojenite olduğunu göstermektedir.

SS-11**TIBBİ ONKOLOJİ ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON *TOG DESTEK TEDAVİLER GRUBU ÇALIŞMASI**

DİLŞEN ÇOLAK¹, ARZU AKŞAHİN², ÖZGÜR ÖZYILKAN³, HANDE TURNA⁴, TULAY AKMAN⁵, TUĞBA YAVUZŞEN⁵, ÜLKÜ ARSLAN YALÇINTAŞ⁶, NALAN BABACAN⁷, BURÇİN BUDAKOĞLU⁶

¹ SB DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH

² SB KAYSERİ EAH

³ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

⁴ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

⁵ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

⁶ SB ABDURRAHMAN YURTASLAN EAH

⁷ CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Çalışmamızda Tıbbi Onkoloji çalışanlarında depresyon prevalansının saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Depresyon taraması amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. BDÖ'nde 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği kabul edilmekte olup, çalışmamızda da bu değer esas alınmıştır. Çalışma 19. Ulusal Kanseri Kongresi'nde, ve Ankara, İzmir, Adana, İstanbul ve Kayseri illerimizde uygulanmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 219 Tıbbi Onkoloji çalışanı katıldı. Katılımcıların 59'u erkek, 160'ı kadın, ortalama yaş 36 (18-58) idi. Katılımcıların 100'ü hemşire, 78'i doktor, 40'ı yardımcı sağlık personeli olup 133'ü Üniversite Hastanelerinde, 74'ü Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, 7'si Devlet Hastanelerinde, 4'ü özel sağlık kuruluşlarında ve 1'i Hemşirelik Yüksek Okulu'nda çalışmaktaydı. Katılımcıların 29'unda (%13.2) BDÖ ≥ 17 olup, depresyon için anlamlı kabul edildi. BDÖ, kadın katılımcıların 25'inde (%15.6) ve erkek katılımcıların 4'ünde (%6.7) ≥ 17 idi ($p=0.08$). Hemşirelerin %18'inde, doktorların %8.9'unda ve yardımcı sağlık personellerinin %10'unda BDÖ ≥ 17 olarak saptandı ($p=0.169$). Katılımcıların 52'si çalışma ortamlarındaki uyumu çok iyi, 126'sı iyi, 34'ü orta ve 4'ü kötü olarak tanımladı. Bu gruplarda BDÖ ≥ 17 yüzdesi sırasıyla %3.8, %10.3, %32.3 ve %50'ydi ($p=0.000$). Katılımcılardan 68'i hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkilerini çok iyi, 135'i iyi ve 15'i orta olarak tanımladı. Bu gruplarda BDÖ ≥ 17 oranı sırasıyla %10.2, %11.1 ve %46 idi ($p=0.000$).

BDÖ ≥ 17 olan 29 katılımcının sadece 4'ü psikolojik destek almaktaydı. On altısı halen psikolojik desteğe ihtiyacı olabileceğini düşünmekle birlikte bir girişimde bulunmamıştı. Bir diğeri ihtiyacı olabileceğini düşünmekle birlikte psikoloğa/psikiyatraya gidilmesine karşıydı. Çalışma sırasında BDÖ ≤ 17 olan 5 katılımcı halen psikolojik destek almaktaydı. Yirmi altı diğer katılımcı geçmişte bir dönem destek almıştı.

Sonuç:

Onkoloji alanında çalışanlarda depresyon önemli bir sorundur. Farkındalığın artırılması ve çözüme yönelik adımlar, gerek çalışanlarımızın korunmasında gerekse hizmet kalitesinin artırılmasında önemli olacaktır. İşyerindeki uyum ve hasta/hasta yakınlarıyla iletişim becerisi depresyon açısından koruyucu olabilir. Bununla birlikte, depresyondaki kişilerin çevresel uyum ve iletişim yetileri ve konuya ilişkin algılarının bozulmuş olması da muhtemeldir.

SS-12

GERİATRİK YAŞ GURUBU MEME KANSERLİ HASTALARDA FONKSİYONEL YAŞAM AKTİVİTELERİNİN VE YANDAŞ HASTALIKLARIN SAĞKALIMA ETKİSİ

ÖZLEM SÖNMEZ¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN², KAAH HELVACI², ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK³, İBRAHİM TÜRKER⁴, BURÇIN BUDAKOĞLU², BERNA ÖKSÜZOĞLU²

¹ SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

² DR.A.Y.ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ ABANT İZZET BAYSAL Ü.İÇ HASTALIKLARIBD.

⁴ TRABZON EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Bu çalışma, 01.02.2009 - 01.07.2011 tarihleri arasında 65 yaş ve üzerinde tanı almış 159 meme kanserli kadın hastanın dosyası taranarak yandaş hastalıkların ve fonksiyonel kapasitenin sağkalıma etkisinin değerlendirilmesi amacıyla retrospektif olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Hastaların fonksiyonel durum değerlendirmeleri Katz'ın Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA) indeksi ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (EGYA) kullanılarak yapıldı.

Bulgular:

Ortanca yaş 71 yıl (range: 65- 91) olup 22 hasta tanı anında metastatik hastalığa sahipti. Ortanca takip süresi 27 ay (range: 6 -139) idi. TGYA'ne göre yapılan değerlendirmede 121 hastanın (%76.1) bağımsız, 34 hastanın yarı bağımlı (%21.4), 4 hastanın (%2.5) bağımlı olduğu; EGYA ölçeklendirmesine göre yapılan değerlendirmede ise 69 hastanın bağımsız (%43.4), 67 hastanın yarı bağımlı (%42.1), 23 hastanın (%14.5) bağımlı olduğu görüldü. Hastaların 69'u(%43.3) bir , 62'si (%39.0) iki ve 26'sı (%16.4) 3 veya daha fazla yandaş hastalığa sahipti.

TGYA skalasına göre bağımsız hastalarda, toplam sağkalım (TSK) yarı bağımlı ve bağımsız olanlara göre anlamlı olarak daha iyiydi ($p<0.0001$). Metastatik olmayan hasta alt grubunda da, HSK(hastaliksız sağkalım) sonuçları bağımsız hastalar lehine olarak bulundu ($p=0.001$).

EGYA skalasına göre yapılan değerlendirmede HSK bağımsız hastalar lehine bulundu $p=0.27$. Birden fazla yandaş hastalığa sahip olmak TSK'yı olumsuz yönde etkilemekteydi($p=.020$).

Kaplan-Meier sağkalım analizinde, bağımsız hastalar için 5-yıllık TSK %90.7, yarı bağımlı hastalar için %76.1 ve bağımlı hastalar için %60.4 olarak kestirildi. Ayrıca, üçlü negatif fenotipe sahip olmak ve tanı anındaki evre sağ kalımı olumsuz yönde etkilemekteydi($p=.023$ ve $p=.001$, sırası ile).

Metastatik olmayan hasta alt grubunda çoklu regresyon analizinde evre, üçlü negatif histolojiye sahip olmak ve GYA, TSK için anlamlılığını korumaktaydı: $p=0.008$ HR: 3.17(CI: 1.35-7.44) ve $p=0.027$, HR:2.78(CI:1.172-6.91) ve $p=0.006$ HR:0.29(CI:0.12-0.70).

Sonuç:

Sonuç olarak, yaşlı meme kanserli hastalarda günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesi ve yandaş hastalıklar, meme kanseri alt grubu ve evre kadar sağ kalımı belirlemede önemlidir.

SÖZEL BİLDİRİLER

S-1 “T2N0” MEME KANSERİ: TÜMÖR ÇAPINA GÖRE FARKLI İKİ PROGNOSTİK GRUPTAN OLUŞMAKTADIR

ÇAĞATAY ARSLAN¹, UĞUR ŞAHİN², CEMAL KIZILARSLANOĞLU², MUSTAFA SOLAK³, İBRAHİM GÜLLÜ³, YAVUZ ÖZİŞİK³, KADRİ ALTUNDAĞ³

¹ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİMDALI

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİMDALI

Amaç:

TNM sistemine göre T2N0 evresindeki meme kanserli olguları 4 cm altı ve üstü şeklinde iki gruba ayrılarak prognozları ve klinik ve patolojik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

1998 ve 2012 yılları arasında HÜTF Onkoloji Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü'nde takip edilen 2200 meme kanseri hastasının verisi retrospektif olarak tarandı. T2 (2-4,9 cm) hastalar T2a (2-3,9 cm) ve T2b (4-4,9 cm) olarak ayrıldı ve verileri analiz edildi.

Bulgular:

Toplam 333 hastanın verisi değerlendirildi. T2a grubunda 268, T2b grubunda 65 hasta vardı. Hastaların tamamı kadındı. T2a grubundaki hastalar daha yaşlıydı (50.8±11 vs 46.2±10.1; p=0.003). İki grupta hastalar histopatolojik alttip, tümör gradı, ER, PR, cerbB2 durumu, adjuvan kemoterapi, hormonoterapi, trastuzumab ve radyoterapi uygulama oranları açısından benzerdi. T2b grubunda premenopozal hasta oranı daha yüksekti (n=39; %60 vs n=100; %37.3; p=0.003). T2a grubunda 25 hastada, T2b grubunda 13 hastada nüks izlenmişti. T2a grubunda ortalama PFS'a ulaşamadı. Ortalama PFS 278±24 (%95 CI; 231–325) ay olarak hesaplandı. T2b grubunda ortalama PFS 96.5 (min–max: 66–127) ay idi (p=0.02). Yeterli olay gerçekleşmediği için OS verisi sunulamamıştır.

Sonuç:

T2N0 evresindeki hastaların T≥4 cm olanların prognozlarının kötü olduğu gösterilmiştir. Daha büyük hastaları içeren çalışmalar ile desteklenecek bu bulgu T2N0 evresindeki hastalarda adjuvan tedavi kararı verirken yararlı olabilecektir.

S-2

YÜKSEK Kİ67 PROLİFERASYON İNDEKSİ KISA SAĞKALIM SÜRESİ İLE İLİŞKİLİDİR

SAADETTİN KILIÇKAP¹, YALÇIN KAYA², ERSİN TUNCER³, BİRSEN YÜCEL⁴, ŞAHANDE ELAGÖZ³

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² DAHİLİYE

³ PATOLOJİ

⁴ RADYASYON ONKOLOJİSİ

Amaç:

Ki67 proliferasyon indeksinin meme kanserinde prognostik

önemi olduğunu destekleyen çalışmalara karşın rutin kullanımı halen standart kılavuzlarda yerini alamamıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen ve Ki67 düzeyi bilinen meme kanserli hastaların verilerine hastane kayıtlarından ulaşıldı. Nüfus kayıt sistemi kullanılarak elde edilen verilerle sağkalım süreleri hesaplandı.

Bulgular:

Çalışmada yaş ortalaması 53±12 olan toplam 222 meme kanserli hasta değerlendirildi. Yüzde 63 olgu postmenopozal idi. Olguların %79'u invaziv duktal karsinom idi. En sık görülen evre %45 ile evre 2 idi. Hastaların %63'ü ER(+), %58'i PR(+), %28 Her2(+), %39 grad 2 idi. Subtipler %69 Luminal A/B, %18 üçlü negatifti. Ortanca Ki67 seviyesi %20 bulundu. Ki67 düzeyi ortalama değere göre düşük ve yüksek olarak iki gruba ayrıldı. Yüksek Ki67 T ve N stage, evre, ER, PR, Grad ve subtip ile anlamlı derecede ilişkili idi. Ortanca izlem süresi 30 ay (2-140) olan çalışmada evre (p<0,001), Ki67 (p=0,001), Her2 (p=0,031) ve grad (p=0,003) sağkalım için prognostik faktörlerdi. 5-yıllık sağkalım oranları Ki67 yüksek olgularda %67, düşük olgularda %99 idi.

Sonuç:

Yüksek Ki67 seviyesi meme kanserli olgularda prognozu belirleyen bir faktördür. Rutinde kullanımı yararlı olabilir.

S-3

OPERE MEME KANSERLİ HASTALARDA, KOMPLEKS DEKONJESTİF FİZİYOTERAPİ İLE LENFÖDEM TEDAVİSİNİN SONUÇLARI

HANİFE ABAKAY¹, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK³, HASAN MUTLU²

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE

² ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE

³ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D., İSTANBUL, TÜRKİYE

Amaç:

Kol lenfödemi, mastektomi ve aksiller diseksiyon sonrasında sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Multidisipliner kompleks dekonjestif fizyoterapi, sıklıkla primer tedavi olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, kompleks dekonjestif fizyoterapinin (KBF), mastektomi ve aksiller diseksiyon geçirmiş opere meme kanserli hastalarda üst ekstremitte lenfödemi üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya, meme kanseri nedeniyle mastektomi ve aksiller diseksiyon yapılmış ve sonrasında üst ekstremitede unilateral lenfödem gelişen 12 kadın hasta alındı. Hastalara 5 hafta süreyle, haftada 5 gün olmak üzere toplam 25 seans, manuel lenf drenajı-cilt bakımı kompresyon bandajı-egzersiz'den oluşan oluşan KBF programı uygulandı. Tedavi öncesi (T.Ö.) ve sonrası(T.S.)(tedaviden 5 hafta sonra) lenfödem, çevre ölçüm yöntemleri kullanılarak değerlendirildi. Çevre ölçümü, metakarpofalangeal eklem (MKF), metakarpal kemiklerin orta

noktasından, el bileği, karpal kemiklerin 10 cm üstü, 20 cm üstü, dirsek-olekranon, dirsekten 10 cm üstü ve aksilla olmak üzere toplam 9 noktadan alındı. Sağlıklı karşı ekstremitenin de aynı mezura ile ölçümleri yapıldı.

Bulgular:

Çevre ölçümü, metakarpofalangeal eklem (MKF), metakarpal kemiklerin orta noktasından, el bileği, karpal kemiklerin 10 cm üstü, 20 cm üstü, dirsek-olekranon, dirsekten 10 cm üstü ve aksilla bölgesini içeren bütün noktalarda anlamlı düzelme mevcuttu.

Sonuç:

Çalışmamızın sonuçları, KBF'nin LÖ'i azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak daha fazla hasta sayısı, hastaların uzun süreli takip edilmesinin ve hastaların ağrı ve ekstremitte fonksiyonelliğinin de değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

S-4

ERKEN EVRE MEME KANSERİ İLE TEDAVİ GÖREN OLGULARDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR VE KOMORBİD DURUMLAR

BANU ERKALMA ŞENATEŞ, HANDE TURNA, MEHMET AKİF ÖZTÜRK, DENİZ TURAL, ÖZCAN YILDIZ, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU, FUAT DEMİRELLİ, EVİN BÜYÜKÜNAL, SÜHEYLA SERDENGEÇTİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Erken evre meme kanseri tanısıyla tedavi edilmiş olgularda görülen komplikasyonları ve komorbid hastalıkları ve tedavilerle ilişkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

2000-2005 yılları arasında erken evre meme kanseri tanısıyla tedavi görmüş olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, tedavileri sürerken gelişen veya takiplerinde saptanan komplikasyonlar ve komorbid durumlar ve tedavilerle ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 573 hastanın (569 kadın, 4 erkek) ortalama yaşı 51 (21-86 ±12 yıl), takip süresi 68 ay (1-138±34 ay) idi. Kadınların 256'sı (%52.4) premenopozal, 18'i (%3.8) perimenopozal, 214'ü (%43.8) ise postmenopozal dönemdeydi. Hastaların %72.8'i (415) adjuvan kemoterapi almış, %19.2'si (110) adjuvan kemoterapi almamış, %8'nin (46) bilgilerine kayıtlardan ulaşılamamıştır. Hastaların %61.6'sına (353) adjuvan RT uygulanmış; %24.8'üne (n=142) uygulanmamış, %13.6'nın (78) bilgisine ulaşılamamıştır. Hastaların ortalama sağkalım süresi 129.3 ay±1.6 (GA 126.3-132.5 ay), 5 yıllık sağkalım oranı %96.2 olarak saptanmıştır. 16 olguda (%2.8) ikinci primer malignite saptanmıştır.

Sonuç:

Antrasiklin'li kemoterapi alanlarda anemi (p<0.001) ve hepatosteatoz (p=0.007); alkileyici içeren kemoterapi alanlarda hepatosteatoz (p=0.018) ve karaciğer enzim yüksekliği (p=0.025), taksan'lı kemoterapi alanlarda karaciğer enzim yüksekliği (p=0.024) ve tiroid fonksiyon bozuklukları (p=0.047) anlamlı olarak artmış bulunmuştur.

Hormonal tedavi ile hepatosteatoz (p=0.002), osteopeni/osteoporoz (p=0.006), anemi (p<0.001), tamoksifen ile hepatosteatoz (p=0.001), diabet (p=0.021), anemi (p=0.04), aromataz inhibitörleri ile hepatosteatoz (p=0.008), diabet (p=0.017), dislipidemi (p<0.001) ve osteopeni/osteoporoz (p<0.001), radyoterapi ile tiroid fonksiyon bozukluğu (p=0.013), dislipidemi (p=0.042), osteopeni/osteoporoz (p=0.049), akciğer fibrozu (p=0.009) ve anemi (p<0.001) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

S-5

AROMATAZ İNHİBİTÖRÜNE BAĞLI OSTEOPOROZ POSTMENOPOZAL OSTEOPOROZDAN FARKLIDIR

HASAN MUTLU¹, ZEKİ AKÇA³, GÜLER SİLOV YORULMAZ², ABDÜLSAMET ERDEN², TUNCAY ASLAN², HANİFE ABAKAY¹, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK¹

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ

² KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Meme kanseri tedavisinde kullanılan aromataz inhibitörlerinin iyi bilinen yan etkilerinden biri osteoporozdur. Çalışmamızda aromataz inhibitörlerine bağlı osteopeni veya osteoporozun postmenopozal osteopeni veya osteoporozdan farkı incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Mersin Devlet Hastanesinden remisyonda olan ve aromataz inhibitörü kullanan toplam 84 postmenopozal meme kanserli hasta çalışmaya alındı. Herhangi bir kanser hastalığı ve komorbiditesi olmayan son bir yıldaki 103 osteopenik ve osteoporotik hasta Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp bölümünden kontrol grubu olarak alınmıştır. Grupların Dual energy x-ray absorptiometry (DXA) sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:

En düşük mineral yoğunluğuna sahip alanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark var idi ve aromataz inhibitörü kullanan grupta femoral bölge daha çok tutulmakta idi (p=0,014). Ek olarak femoral bölge karşılaştırıldığında yine anlamlı fark var idi ve aromataz inhibitörü kullananlarda femoral bölge tutulumu anlamlı oranda yüksekti (p=0,015).

Sonuç:

Osteopeni ve osteoporoz aromataz inhibitörü kullanan meme kanserli hastalarda komorbiditesi olmayan postmenopozal bayanlardaki osteoporoz veya osteopeniden tutulum bölgesi açısından farklıdır ve femoral bölge daha çok etkilenmektedir. Bu sonuç maliyet-etkin olabilir çünkü meme kanserli aromataz inhibitörü kullanan hastalarda sadece femoral bölgeyi incelemek yeterli olabilir kanaatindeyiz.

S-6

MAMMARİA İTERNA YİNELEMELERİNİN KLİNİK VE PROGNOSTİK ÖZELLİKLERİ

SEDEN KÜÇÜCÜK, IŞIK ASLAY, PINAR SAİP, AYÇA İRİBAŞ, MAKBULE TAMBAS

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

Amaç:

Mammaria interna lenf bezleri (MİLB) memenin potansiyel lenfatik drenaj alanıdır. Ancak meme kanserinde selektif MİLB tedavisi çelişkilidir. Çalışmamızda MİLB yinelemelerinin klinik ve prognostik özellikleri değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

1970-2008 arasında kliniğimize başvuran postoperatif meme kanserli ve izlemde ipsilateral MİLB rekürrensi gelişen 30 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 5'ine meme koruyucu cerrahi, 2'sine subkutan mastektomi ve rekonstrüksiyon, 23'üne mastektomi yapılmıştı. 16 hasta kemoterapi ile (10hasta) veya kemoterapisiz (6hasta) adjuvan hormonoterapi aldı. 22 hastada 46-50,4 Gy/23-28 fr adjuvan radyoterapi uygulandı. 3 hastada 3D teknik kullanıldı. 26(%87) hastada MİLB alanı ışınlanmadı. 4(%13) hastaya adjuvan tedavi verilmedi. İstatistiksel analiz için Kaplan Meiere ve Ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular:

Median takip 72,5 (36-276) ay ve yaş 48,5 (32-72) idi. 15 hasta (%50) postmenopozaldi. Tümör yerleşimi 17 hastada iç-santral kadrantdaydı. T evreleri T1 %13, T2 %67, T3 %17, T4 %3 ve N evreleri N0 %47, N1 %50, N2 %3 idi. MİLB ortanca yineleme zamanı 55 ay (13-243) ve ortalama zamanı 69 ± 56 aydı. Takipte 22(%73) hastada MİLB yinelemesi sonrası uzak metastaz görüldü. Hastaların 5, 10 ve 15 yıllık genel sağkalım(GS) oranları sırasıyla %71, %42, %21 idi. MİLB yinelemesi sonrası ortanca sağkalım 27 ay (1,6-49) ve 3 yıllık GS %37 olarak bulundu.

Sonuç:

Meme kanserinde MİLB tutulumu aksiller lenf nodu durumu ve tümör lokalizasyonuna bağlıdır. İleri N evreli ve iç kadrant lokalizasyonlu hastalarda genellikle MİLB ışınlanır. Ancak erken evrede primer tedaviler sonrası düşük yineleme oranı (<%1) nedeniyle MİLB ışınlanması tartışmalıdır. Bunun olası sebeplerinden biri 2 boyutlu tedavilerde MİLB bölgesindeki dozun belirsizliğidir. Çalışmamızda ortanca ve en uzun MİLB yineleme zamanı sırasıyla ~5, 20 yıl idi. Erken meme kanserinde hastalığa spesifik ölüm riski düşük olsa da MİLB yinelemesi geliştiği zaman genel sağ kalımda düşüş görüldü. Sonuçta uygun radyoterapi alanlarının belirlenmesi için evrelemede MİLB tutulumunun veya bu bölgeye drenajın sentinel çalışması sırasında radyonüklid kullanımı ile değerlendirilmesi uygun olacaktır.

S-7**ASEMPTOMATİK HER2-POZİTİF MEME KANSERİNDE RUTİN KRANİYAL MANYETİK REZONANS (MR) GÖRÜNTÜLEMENİN YERİ**

MUHAMMET ALİ KAPLAN, ALİ İNAL, MEHMET KÜÇÜKÖNER, ZUHAT URAKÇI, FAYSAL EKİCİ, UĞUR FIRAT, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Meme kanserinde semptomatik beyin metastazı insidansı %10-16'dır. Otopsi serilerinde bu oran %20-40 arası bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı asemptomatik HER2-pozitif meme kanseri hastalarında rutin kraniyal görüntülemenin önemini

araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Güncel tanı tarihinden itibaren 12 aydan az süre geçmiş, nörolojik semptomları bulunmayan, 96 HER2-pozitif meme kanseri çalışmaya dahil edildi. Beyin metastazını etkileyen faktörler metastatik ve non-metastatik meme kanseri hastalarında değerlendirildi. Sonraki analizler metastatik asemptomatik hastaların karşısına kontrol grubu olarak 53 semptomatik beyin metastazlı hasta eklenerek analizler yapıldı.

Bulgular:

96 asemptomatik hastanın 11'inde (11.5%) beyin metastazı saptandı. Non-metastatik hastalarda bu oran %3.6 iken metastatik hastalarda %22 idi (p=0.008). Beyin metastazı gelişimini etkileyen faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildiğinde, beyin dışı metastaz varlığı (p=0.084) ve Karnofsky performans skoru (KPS) (p=0.095) tüm hastalar için sınırdı prediktör iken, metastaz bölge sayısı (p=0.041) ve KPS (p= 0.021) metastatik hastalar için prediktör olarak belirlendi. Asemptomatik ve semptomatik hastalarda beyin metastazı sonrası (p=0.710) ve ilk metastaz sonrası sağkalım (p=0.858) açısından istatistiksel fark saptanmadı. Serebral ölüm semptomatik kontrol grubunda %46.3 iken asemptomatik grupta %22.2 saptandı (p=0.271).

Sonuç:

Mevcut çalışma sonuçları non-metastatik HER2-pozitif meme kanseri hastalarında evreleme amaçlı rutin kraniyal görüntüleme gereksiz olduğunu göstermektedir. Metastatik hastalarda beyin metastazlarının asemptomatik dönemde saptanması serebral ölümleri azaltırken sağkalıma katkı sağlamamaktadır. Asemptomatik hastalarda rutin kraniyal görüntüleme yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesiyle ekstrakraniyal hastalığa bağlı ölümlerin azalması sonrası tekrar gündeme gelebilir.

S-8**TÜRK TOPLUMUNDA METASTATİK BÖBREK KANSERİNDE KESİNTİSİZ, GÜNDE TEK DOZ OLARAK VERİLEN SUNİTİNİN TEDAVİSİNİN TOKSİSİTESİ**

MERT BAŞARAN, İBRAHİM YILDIZ, FATMA SEN, MELTEM EKENEL, SEVİL BAVBEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Sunitinib metastatik böbrek hücreli karsinomda (BHK) oral olarak kullanılan bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Sunitinib'in metastatik BHK'da kullanılan klasik doz şeması 50 mg/gün dozunda 4 hafta verilir, 2 hafta ara vermek şeklindedir. Bu çalışmada kesintisiz olarak her gün, tek seferde verilen sunitinibin toksisitesi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2006 ile ağustos 2010 arasında İ.Ü. Onkoloji Enstitüsüne başvuran ardışık hastalardan, günlük sürekli doz rejimini alan 74 metastatik BHK hastası çalışmaya dahil edildi. Sunitinib günlük, sürekli olarak 37.5 mg dozunda, ilk seçim tedavi olarak

ya da interferon sonrası 2.sıra tedavi olarak olarak verildi. Toksikite profili değerlendirildi.

Bulgular:

74 hastanın %88'inde (65 hasta) berrak hücreli BHK tanısı kondu. Medyan tedavi süresi 10 ay (aralık, 2-42 ay) bulundu. En sık görülen yan etkiler yorgunluk (%75), mukozit (%51), hipertansiyon (%50) ve iştahsızlık (%45) olarak saptandı. En sık görülen grade 3-4 yan etkiler ise anemi (%10), el-ayak sendromu (%7), yorgunluk (%6) ve hipertansiyon (%5). Tiroid fonksiyon testleri 70 hastada yapıldı, 31 olgu da (%44) hipotiroidizm meydana geldi ve 18 hasta (%28) tiroid replasmanı gerekti. Kemik metastazlı 31 hastanın 25'i zoledronik asit tedavisi almaktaydı. Bu hastalardan 3'ünde cene osteonekrozu gelişti. Tedavi sırasında gelişen diğer klinik önemi olan yan etkiler myokard enfarktüsü (n:2), kalp yetmezliği (n:2), Uzun QT sendromu (n:1), hipertansif akciğer ödemi (n:1), karaciğerde subkapsüler hematoma ve akut böbrek yetmezliği (n:1). Hastaların %50'sinde doz redüksiyonu gereksinimi olmuştur, %16 hastada ise tedavi erkenden kesilmiştir. Kardiyovasküler yan etkiler ilacın kesilmesine sebep olan en sık yan etkilerdir.

Sonuç:

Sunitinibin ara verilmeden günlük kullanılması ile hastalarımızda, daha önce yayınlanmış randomize çalışmalara göre kardiyovasküler yan etkiler ve hipotiroidi daha sık, hematolojik yan etkiler daha az görüldü. Bu yan etkiler hafif ve orta düzeyde olmaktadır.

S-9

KOLOREKTAL KANSERDE GRAVİN GEN EKSPRESYONU

MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹, DİNÇ SÜREN², CEM SEZER², RAMAZAN ERYILMAZ³, SEVİL GÖKTAŞ¹, NURULLAH BÜLBÜLLER⁴

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

³ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 1. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

⁴ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 2. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Gravin, A kinaz sabitleyici protein ailesinin üyesi bir tümör süpresör genidir. Sınırlı sayıda tümörde çalışılmış ve ekspresyon düzeyinin azaldığı gösterilmiştir.

Çalışmamızın amacı kolorektal kanserli hastalarda gravin gen ekspresyonunun rolünü göstermek ve varsa prognozla ilişkisini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2008-2010 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde histopatolojik olarak doğrulanmış kolorektal kanser tanılı hastalar dahil edildi. İmmünohistokimyasal yöntemle gravin gen ekspresyonu araştırıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 20'si (%36,4) kadın, 35'i (%63,6) erkek toplam 55 hasta alındı. Gravin ekspresyonu normal kolon epitelinde

ekspresyonu saptanmadı. Displastik alanlarda hafif immün boyanma tespit edildi. Gravin gen ekspresyonu kolon kanserli hastalarımızın 14'ünde (%25,5) bir pozitif, 24'ünde (%43,6) iki pozitif, 17'sinde (%30,9) üç pozitif olarak tespit edildi.

Sonuç:

Gravin gen ekspresyonu kolon karsinogenezinde rol oynamakla birlikte diğer prognostik faktörle ilişkisiz görülmektedir. Gravinin kolon karsinogenezindeki rolünü aydınlatmak için kolon adenomlarında ekspresyonunun belirlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

S-10

KOLOREKTAL KANSERDE SORAFENİB'İN ANTİTÜMÖR VE ANTİANJİOJENİK ETKİNLİĞİ

AHMET ALTUN¹, SAADETTİN KILIÇKAP², NALAN BABACAN², HİLMİ ATASEVEN³, TİJEN KAYA¹

¹CÜTF FARMAKOLOJİ

²TIBBİ ONKOLOJİ

³GASTROENTEROLOJİ

Amaç:

Kolorektal kanserde (KRK) sağkalım yeni tedavi ajanları ile anlamlı derecede uzamıştır. Bu çalışmada multikinaz inhibitör Sorafenib'in KRK tedavisindeki etkinliği araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

DLD-1 kolon kanseri hücreleri inkübatörlerde uygun besiyeri içerisinde çoğaltıldı. Sorafenibin antiproliferatif etkisi, gerçek zamanlı hücre analiz sistemi (Xcellingence Sistem) kullanılarak değerlendirildi. Başlangıç hücre sayısı belirlendikten sonra sorafenibin değişen konsantrasyonları hücreler üzerine uygulandı ve antiproliferatif etki 72 saat boyunca değerlendirildi. Antianjiogenetik etki için Koryoallantoik Membran Modeli (KAM) kullanıldı. Sorafenib antianjiogenik etkisi Bürgermeister skorlama sistemi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Optimal hücre sayısı için farklı hücre/kuyucuk konsantrasyonlarında proliferasyon paterni değerlendirildi. Optimal başlangıç hücre sayısının 40.000 hücre/kuyucuk olduğu bulundu. Sorafenibin değişen konsantrasyonları (500, 250, 125, 62.5, 31.25, 15.62, 7.81, 3.9, 1.95, 0.97 ve 0.48 nM/kuyucuk) kanser hücreleri üzerine uygulandı. Konsantrasyon miktarına paralel olarak Sorafenibin kanser hücrelerinde proliferasyonu belirgin olarak inhibe ettiği gözlemlendi. Tedaviden 24 saat sonra inhibitör konsantrasyon 50 değerinin (IC50) 1.26x10⁻⁹ M olduğu tespit edildi. Sorafenibin 100, 10 ve 1 nM konsantrasyonları için elde edilen antianjiogenik etki skorları sırasıyla 1.05, 0.75 ve 0.55 olarak bulundu. 100 ve 10 nM konsantrasyonların güçlü, 1 nM konsantrasyonun ise zayıf bir antianjiogenik etkiye sahip olduğu tespit edildi.

Sonuç:

Sorafenib KRK hücre dizilerinde antisitotoksik ve antianjiogenik etkiye sahiptir. Bulguların klinik çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

S-11**ADJUVAN TEDAVİ VERİLEN KLOREKTAL KANSERLERDE (KRK) PERİNÖRAL İNVAZYONUN (PNI) HASTALIKSIZ SAĞKALIM (DFS) AÇISINDAN ÖNEMİ**

MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, FAYSAL DANE², SİLA KARAGÖZ³, DENİZ TURAL¹, HANDE TURNA¹, EVİN BÜYÜKÜNAL¹, SİBEL ERDAMAR⁴, NAZIM SERDAR TURHAL², SÜHEYLA SERDENGEÇTİ¹

¹İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

²MARMARA ÜNİVERSİTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

³İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

⁴İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Yakın dönemde KRK'de PNI'nın çeşitli sağkalım parametrelerini belirlediğini gösterir çalışmalar yayımlanmıştır. Bu çalışmadaki amacımız PNI'nın, küratif rezeke edilmiş ve yineleme açısından yüksek riskli KRK'de adjuvan tedavi sonrası DFS açısından bağımsız bir belirleyici olup olmadığını sorgulamaktır.

Gereç ve Yöntem:

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Medikal Onkoloji bölümlerinde Ocak 2000-Aralık 2009 tarihleri arasında adjuvan tedavi verilmiş, küratif rezeke 593 yüksek riskli evre II kolon, evre II/III rektum ve evre III kolon kanserli hastaların dosya verileri retrospektif incelenmiştir. Evre II kolon kanseri için için yüksek risk kriterleri; kötü diferansiyasyon, tümör perforasyonu/obstrüksiyon, yetersiz LN diseksiyonu.

Bulgular:

Medyan izlem 32.8 ay (1.8-213) idi. Başvuruda medyan yaş 60 yıldır (19-82). %47 hasta kadındı. Tümör lokalizasyonları; rektum (%50), sigmoid kolon %25, çekum ve sağ kolon %15 idi. Tüm hastalara R0 rezeksiyon yapılmıştı. Hastalar 5-FU (%84.6) ve/veya okzaliptin (%15) bazlı tedaviler aldı. Rektum kanserli hastaların %94'ü adjuvan RT aldı. Cerrahi türleri; LAR %39.8, APR %15.8, sol hemikolektomi %22.1, sağ hemikolektomi %15 şeklindeydi. Hastaların %26'sında (157/593) PNI (+) idi. Rektum kanserlerinin %34'ü, sigmoid kanserlerin %37'si ve diğer lokalizasyonlardaki tümörlerin %29'unda PNI (+) bulundu (p>0.05). PNI durumu 125 hastada rapor edilmemişti (%21.1). PNI pozitifliği bilinen kötü sonlanım faktörleriyle (T, N evreleri, LI, VI) ilişkili bulundu. PNI ve kötü diferansiyasyon arasında ilişki anlamlıydı (düşük gradlı tm; %31, yüksek gradlı tm; %42.5). Tek değişken analizinde; tümör lokalizasyonu, T ve N evreleri, AJCC evresi, LI, VI ve PNI, grad, musin varlığı DFS açısından önemli faktörlerdi. Toplam çıkarılan LN sayısı ve adjuvan tedavi tipi DFS açısından önemli görülmedi. PNI (-) tümörlerin 3 yıllık DFS'si %71.9, PNI (+) tümörlerin ise %47.9 olarak bulundu.

Sonuç:

Bulgularımız PNI'nın KRK'de bilinen -T ve N evresi, grad, LI ve VI gibi- saldırgan hastalık özellikleriyle yakın ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak adjuvan tedavi almış tanımlanan KRK grubunda PNI'nın DFS'yi öngörmede bağımsız bir etkisi olmadığı da görülmüştür. Tümör mikroçevre etkileşimlerinin zamanla daha iyi ortaya çıkarılması bizlere KRK'de PNI'nın gerçek anlamını da öğretecektir.

S-12**MİDE KANSERİNDE APOPTOZİSİN BİYOLOJİK BELİRTEÇLERİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ**

CEM SEZER¹, MUSTAFA YILDIRIM², MUSTAFA YILDIZ², ARSENAL SEZGİN¹, UTKU DÖNEM DİLLİ², SEVİL GÖKTAŞ², NURULLAH BÜLBÜLLER³

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 2. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Çalışmamızda apoptozu indükleyen p53 ve apoptozu inhibe eden Bcl-2 ekspresyonunun mide kanserinde ekspresyon durumunun gösterilmesi ve varsa prognozla ilişkisinin saptanması araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde takip edilen histopatolojik tanısı olan hastalar çalışmaya alındı. P53 ve bcl-2 ekspresyonları immünohistokimya ile araştırıldı.

Bulgular:

P53 ekspresyonu hastaların 19'unda (%51,4) pozitif immün boyanma tespit edilirken, 18 hastada (%48,6) immün boyanma tespit edilmedi. Tümörün metastaz yeteneği ile p53 ekspresyonu arasında anlamlı ilişki tespit edildi. (p:0,004) P53 ekspresyonu ile sağkalım arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Bcl-2 ekspresyonu hastaların 9'unda (%16,7) pozitif immün boyanma tespit edilirken, 45'inde (%83,3) immün boyanma tespit edilmedi. Bcl-2 ekspresyonu ile tümörün invazyon derinliği, lenf noduna yayılımı ve metastaz yeteneği ile anlamlı ilişki saptanmadı. Bcl-2 ekspresyonu ile sağkalım arasında sınırda anlamlı istatistiksel ilişki tespit edildi. (p:0,51)

P53 pozitif ve bcl-2 negatif grup ile diğer gruplar arasında istatistiksel anlamlı sağkalım farkı tespit edildi. (p:0,022)

Sonuç:

Apoptozis de önemli rol oynayan p53 ve bcl-2 tek başlarına değerlendirildiklerinde prognostik önemli gözükmemektedir. Apoptozis bir çok gen birlikte çalışmaktadır. Bu prognostik biyolojik belirteçlerin beraber kullanımını gündeme getirmektedir. Mide kanserli hastalarda p53 ve bcl 2'nun birlikte değerlendirilmesinin prognostik öneme sahip olduğunu düşünüyoruz.

S-13

MİDE KANSERLİ HASTALARDA ARTMIŞ İSKEMİ MODİFİYE ALBUMİN SEVİYELERİ

EVREN FİDAN¹, AHMET MENTEŞE², HALİL KAVGACI¹, ASIM ÖREM², SAMİ FİDAN³, FEYYAZ ÖZDEMİR¹, FAZIL AYDIN¹

¹ KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

³ KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Reaktif oksijen ürünlerinin (ROS) karsinogenez basamaklarında rol oynadığı tespit edilmiştir. Hidroksi radikalleri, süperoksit anyon radikalleri ve lipid peroksil radikalleri bu ürünlerdendir ve hücre siklusu üzerine değişik etkileri mevcuttur. Artmış ROS düzeyleri doku hasarı ve DNA hasarına yol açarken, farklı konsantrasyonları apoptoza da sebep olmaktadır. İskemi modifiye albumin (İMA) hipoksiye cevap olarak albüminde gelişen bir üründür. Malondialdehid (MDA) ise hipoksik koşullarda artan ve oksidatif stress belirteci olarak kullanılan lipid peroksidasyon ürünüdür. Mide kanserli hastalarda oksidatif stress parametrelerini inceleyen bir çalışma yer almamaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Elli iki mide kanseri tanısı almış olan hasta ve 35 kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Kemoterapi öncesi hastalarda kan örnekleri alındı. Hastaların İMA, MDA, Total Oksidan Durum (TOS), Total Antioksidan Durum (TAS) ve Oksidatif Stres İndeksi (OSI) değerlendirildi.

Bulgular:

Hasta grubunda İMA ve MDA düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla 0.405±0.111, 0.271±0.066; p= 0.0001 ve 0.207±0.251, 0.077±0.103; p= 0.004). TOS seviyesi de yüksek saptandı ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. TAS düzeyi belirgin olarak düştü ve hasta ile kontrol grubu arasında OSI düzeyleri arasında da istatistiksel olarak fark vardı (sırasıyla 0.621±0.394, 0.996±0.37; p=0.0001 ve 9.68±18.2, 2.9±3.85; p=0.001). ROC analizine göre mide kanseri tanısı koymak için eğri altında kalan alan İMA için 0.842 ve MDA için 0.708 olarak tespit edildi.

Sonuç:

Mide kanserli hastalarda İMA, MDA ve OSI düzeyleri istatistiksel olarak yüksek saptandı. Bu durum oksidan-antioksidan dengesindeki bozulma ile ilgili olabilir. Bu bulgu antioksidan kapasitenin azalması ile de desteklenmektedir.

S-14

MİDE KANSERİNDE KEMOTERAPİ YANITI VE DİRENCİNDE OSTEOPONTİNİN ROLÜ

OZAN YAZICI¹, HAKAN AKBULUT¹, NALAN AKGÜN¹, GÜNGÖR UTKAN¹, BÜLENT YALÇIN¹, FİKRİ İÇLİ¹

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Osteopontin (OPN)'nin ileri evre mide kanserinde kemoterapiye direncin gelişmesinde ve hastalık prognozundaki rolünü belirlemek.

Gereç ve Yöntem:

Toplam 42 kemoterapi almamış ileri evre mide kanserli hasta (ECOG< 3) ve 29 sağlıklı kontrol alındı. Hastalara modifiye DCF (dosetaksel 60 mg/ m² ve sisplatin 60 mg/m² 1.gün, 5-fluorourasil 600 mg/ m² 1-4 gün uygulandı. Hastalardan ilk üç kemoterapi kürü öncesinde ve sağlıklı kontrollerden ise birkez kan örneği alındı. Plazma OPN düzeyi ELISA yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular:

Toplam cevap ve hastalık stabilizasyon oranı sırasıyla %25 ve %72 'di. Toplam sağkalım 7.0 ± 1.4 (%95 GA: 4.2–9.8) ay. OPN düzeyi DCF kemoterapi rejimine yanıt öngören önemli faktördür grupta [DCF'ye yanıt verenlerde 276.7±73.4 ug/dL vs vermeyen 529.7±61.0 ug/dL (p=0.002)]. Serum OPN düzeyinin sağkalım için önemli bir prediktör olduğu bulundu (OPN^{düşük} (≤310 ug/dL): 48.1% vs OPN^{yüksek} (>310ug/dL): 5.1%, p=0.039). Multivariate analizde performans durumu ve serum OPN düzeyi toplam sağkalımı etkileyen bağımsız faktörler olarak tespit edildi (sırasıyla p=0,004 ve 0,016).

Sonuç:

Serum OPN ileri evre mide kanserinde prognostik faktör gibi gözükmemektedir. İleri evre mide kanserinde kemoterapi direncinde OPN rolü olması muhtemeldir, fakat altta yatan patofizyolojik mekanizmalar konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

S-15

İLERİ EVRE MİDE KANSERİNDE MODİFİYE DOCETAXEL, CİSPLATİN, 5-FLUOURASİL KOMBİNASYONU; ETKİNLİK VE TOKSİSİTE DEĞERLENDİRMESİ

ÇAĞATAY ARSLAN², FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU¹, İLKAY TUĞBA ÜNEK², MEDİHA TULİN BOZKURT³, GÖNÜL DEMİR PİŞKİN³

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

İleri evre mide kanserinde modifiye docetaxel, cisplatin ve 5-fluourasil (mTCF) kombinasyonunun etkinlik ve toksisitesini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Medikal Onkoloji Bölümü'nde ileri evre mide kanseri tanısı alan ve mTCF (2 haftada bir; docetaxel 60 mg/m² d1 iv, cisplatin 50 mg/m² d1 iv, 5-fluorourasil 400 mg/m² d1 iv puşe, 2400 mg/m² 46 saatlik iv infüzyon, folinik asit 400 mg/m² d1 iv puşe) rejimi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

mTCF protokolü uygulanan 28 hasta vardı. Hastaların 21 (%75)'i erkek, 8 (%25)'i kadındı. Yaş ortalaması 34.2 (±10.4) idi. Tüm hastalara kemoterapi sonrasında 5 gün primer GCSF profilaksisi uygulanmıştı. 28 hastaya toplam 176 kür kemoterapi uygulanmıştı (ortanca= 6; min-maks: 1-15). 12 hastada 20 kürde doz redüksiyonu yapılmıştı. Grad 3-4 toksisite oranı %30'du. Grad 3-4 toksisite izlenen kür sayıları; nöropati 3 (n=2), halsizlik 2 kürde(n=1), nefropati 2 (n=2), mukozit 9 (n=4), bulantı 2 (n=1), kusma 3 (n=2), anemi 7 (n=3), trombositopeni 2 (n=1), lökopeni 9 (n=5), nötropeni 11 (n=6) ve febril nötropeni 1 kürde izlenmişti. 1 (%3.5) hastada tam yanıt, 12 (%43) hastada kısmi yanıt elde edildi. 7 (%25) hastada stabil hastalık, 1 (%3.5) hastada progressif hastalık vardı ve 7 (%25) hastada kemoterapi yanıtı değerlendirilememişti.

Sonuç:

Bölümümüzde uygulanan mTCF protokolü ile standart TCF protokolü ile karşılaştırıldığında yan etki oranları (grad 3-4 toksisite %70 vs %30) ve yanıt oranları (genel yanıt oranı %46.5 vs %35) daha iyi görünmektedir (Van Cutsem et al, J Clin Oncol 2006).

S-16

METASTATİK MİDE KANSERLİ HASTALARDA İLK SIRA TEDAVİDE MODİFİYE DCF REJİMİ

DOĞAN KOCA, ERKAN DOĞAN, HASAN YARDIM, ÖMER DÜZEN, SALİH KARACA

VAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Metastatik mide kanserli hastalarda ilk sıra tedavide modifiye DCF (mDCF) rejiminin etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

2011 yılında medikal onkoloji kliniğimize başvuran 89 metastatik mide kanserli hastaya 14 günde bir mDCF rejimi (Folinic acid 400 mg/m² + 5-Fluorouracil 400 mg/m² bolus + 5-Fluorouracil 2400 mg/m² den 46-h infüzyon + Docetaxel 60 mg/m² + Cisplatin 50 mg/m²) uygulandı. Tedaviden 24 saat sonra olmak üzere tüm kürleri takiben en az beş gün G-CSF uygulandı. Tedaviye cevap üç ayda bir RECIST kriterlerine göre yapıldı.

Bulgular:

Median yaşları 59 (31-79) olan hastaların 67 (%69.7)'si erkek, 22 (%30.3)'si kadındı. Median alınan kür sayısı 4 (2-12)'dü. Median takip süresi 7 (2-12) aydı. Yapılan değerlendirmede objektif cevap oranı %67.4 iken 2 (%2.2) hastada tam cevap, 37 (%41.6) hastada stabil cevap ve 21 (%23.6) hastada regresyon

saptanıldı. Progresyon gözlenen hasta sayısı 29 (%32.6) idi. Hastalarda median PFS 8.0 (%95 CI; 6.0-9.9) ay iken median OS 11.2 (%95 CI; 9.7-12.2) ay olarak tespit edildi. En sık gözlenen toksisiteyi 52 (%58.4) hastada gözlenen nötropeni oluşturuyordu. 2 (%2.2) hastada nötropenik ateş saptanıldı.

Sonuç:

Metastatik mide kanserli hastalarda mDCF rejimi uygulanabilecek etkin ve güvenilir bir rejimdir.

S-17

TÜRKİYE' DE TIBBİ ONKOLOJİ YAN DAL ASİSTANLARININ PROFİLİ

ALPER ATA¹, ERDİNÇ NAYIR², SÜLEYMAN ERDOĞDU², ALİ ARICAN²

¹MERSİN DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Tıbbi onkoloji ihtisası yapan asistanlarımızın profilini çıkarmak.

Gereç ve Yöntem:

Çoktan seçmeli düzenlenen anket sorularına verilen yanıtlar sanal ortamda depolandı ve analiz edildi.

Bulgular:

Toplam 129 kişiye anket gönderildi 80 kişiden yanıt geldi (%62). Asistanlarının önemli kısmı (%42) 4 yıldan fazla iç hastalıkları uzmanı olduklarını belirttiler. Tıbbi onkoloji yan dal eğitim sürelerinin ağırlıklı olarak 2-3. yıllarındaydılar (%64). Yan dal sınavında aldıkları puanlara bakıldığında 71 ve üzeri alanlar çoğunlukta idi (%42), 61-70 puan alanlar ikinci sırada (%40) düşük puan alanlar ise üçüncü sıradaydı (%18). Asistanlarımız eğitimlerini ağırlıklı olarak devlet üniversitelerinde almaktaydı (%66). Asistanlarımıza neden yan dal ihtisası yapmak ihtiyacı duydukları sorulduğunda önemli bir kısmı iç hastalıkları rutininden sıkıldıklarını ve daha spesifik çalışmak istediklerini belirttiler (%58). Neden tıbbi onkolojiyi seçtikleri sorulduğunda asistanlarımızın önemli kısmı (%78) tıbbi onkolojinin geleceğini daha parlak gördüklerini belirttiler. Asistanlarımız en önemli sorunlarının mecburi hizmet (%44) olarak tanımladılar. Aldıkları eğitimin yeterliliği sorgulandığında %34 asistan yeterli yanıtı verdi. Akademik faaliyetlerin yeterliliği sorgulandığında asistanlarımızın sadece %20'si yeterli yanıtı verdi. Asistanlarımızın önemli bir kısmı (%86) tükenmişlik sendromu belirtilerini hissettiğini belirtti.

Sonuç:

Asistan arkadaşlarımız daha iyi tanınırsa ülkemizin onkoloji alanındaki geleceği daha emin ellere teslim edilmiş olacaktır.

S-18

ONKOLOJİ HASTALARINDA GÖRÜLEN TROMBOEMBOLİK KOMPLİKASYONLAR

GÜLŞAH YENİDÜNYA, HANDE TURNA, MEHMET AKİF ÖZTÜRK, DENİZ TURAL, ÖZCAN YILDIZ, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU, FUAT DEMİRELLİ, EVİN BÜYÜKÜNAL, SÜHEYLA SERDENGEÇTİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Onkoloji hastalarında görülen tromboembolik komplikasyonların özelliklerini, prezentasyon şekilleri, kanser tanıları, evreleri ve tedavi şekilleri ile olan ilişkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bir üniversite hastanesi medikal onkoloji polikliniğine 01.01.2000-31.12.2010 tarihleri arasında kanser tanısıyla başvuran ve retrospektif dosya taraması veya klinik takipler sırasında tromboembolik komplikasyon geliştiği saptanan 267 hasta dosyası retrospektif olarak incelenerek hastalara ait demografik özellikler, komorbid durumlar, tümör tipleri ve evreleri, uygulanan tedavi şekilleri, kemoterapi öncesi laboratuvar verileri, saptanan trombotik komplikasyonların yerleri, prezentasyon şekilleri, tanı yöntemleri ve hastaların tromboembolik komplikasyon sonrası sağkalımları saptanmaya çalışıldı.

Bulgular:

Tromboembolik olayların çoğu venöz sistemde görülmüştür. Komplikasyonların sadece %3'ü arteriyel emboli şeklindeydi. Venöz tromboembolik olayların % 67'si derin ven trombozu, %16.5'i pulmoner emboli, %2.6'sı, Vena Kava Superior trombozu, %0.4'ü yüzeysel gezici tromboflebit, % 10.5'i ise birden fazla formun eş zamanlı görülmesi şeklindeydi.

Sonuç:

Tromboembolik komplikasyonlar en sık gastrointestinal sistem (%41.9), akciğer kanseri (%22.1) ve jinekolojik tümörleri (%12.1) olan hastalarda saptandı. Olguların %72.4'ünde histopatolojik tanı adenokarsinomdu. Gastrointestinal, jinekolojik ve ürogenital tümörleri olan hastalarda alt ekstremitelerde derin ven trombozları daha sık görülürken, pulmoner emboli ve vena kava superior trombozlarına daha çok akciğer kanseri olan hastalarda rastlandı. Pulmoner emboli saptanan olguların yarıya yakını (%48.5) asemptomatik olup tesadüfen radyolojik görüntüleme yöntemleriyle saptanmıştır. Üst ekstremitelerde trombozları ise daha çok venöz portu olan hastalarda görüldü. Hastaların çoğunun metastatik kanseri (%87.7) vardı ve aktif kemoterapi (%65.5) alıyordu. Cisplatin, 5-FU ve gemcitabine en sık kullanılan kemoterapötiklerdi. Kanser cerrahisi ile ilişkili tromboembolik olayların çoğu (%59) cerrahi sonrası ilk bir ay içinde gelişmişti. Tüm olguların %8.9'unda tekrarlayan tromboemboliler saptandı ve bu olguların çoğunda primer tanı gastrointestinal sistem tümörleri olarak izlendi (%54). Tromboembolik olay sonrası ilk 30 gündeki mortalite oranı %4.1 saptandı.

S-19

BİRİNCİ BASAMAK SİSPLATİN-PEMETREXED TEDAVİSİNDEN SONRA NÜKS EDEN VEYA PROGRESYON GÖSTEREN MALİYN PLEVRAL MEZOTELYOMADA, İKİNCİ BASAMAK OLARAK GEMSİTABİN-SİSPLATİN KOMBİNASYONUNU TAKİBEN İKİ HAFTADA BİR UYGULANAN İDAME GEMSİTABİN TEDAVİSİ

ABDULLAH BÜYÜKÇELİK¹, HASAN MUTLU², KADİR UÇAR³, NEVİN FAZLIOĞLU⁴, MİTHAT FAZLIOĞLU⁵, AHMET HİLMİ ÖNEM⁶, MUSTAFA ÖZTÜRK⁷, ESER KAYA⁸, BÜNYAMİN KAPLAN⁹

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D., İSTANBUL, TÜRKİYE,

² ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

³ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE

⁴ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁵ KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁶ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, RADYOLOJİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁷ ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ A.B.D., KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁸ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, NÜKLEER TIP KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁹ ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ, A.B.D., KAYSERİ, TÜRKİYE.

Amaç:

Maliyn plevral mezoteliyomada(MPM), birinci basamak pemetrexed-sisplatin tedavisinden sonra ikinci basamak tedavinin ve idame tedavisinin yeri bilinmemektedir. Bu retrospektif çalışmada, birinci basamak sisplatin-pemetrexed tedavisinden sonra progresyon gösteren MPM'lı hastalarda, ikinci basamak sisplatin-gemcitabin tedavisini takiben iki haftada bir uygulanan idame gemcitabin tedavisinin etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Birinci basamak sisplatin-pemetrexed tedavisinden sonra nüks eden veya progresyon gösteren MPM'lı hastalar, gemcitabin 1000 mg/m²(1.ve 8.günler) ve sisplatin 80-100 mg/m², 21 günlük aralarla tedavi edildi. Dört kür sisplatin-gemcitabin tedavisinden sonra objektif yanıt elde edilen veya hastalık stabilizasyonu sağlanan hastalar, iki haftada bir gemcitabin 1000 mg/m² dozunda, hastalık progresyonu olana veya hastaların tedaviyi herhangi bir nedenle kesmelerine kadar devam edildi.

Bulgular:

Haziran 2009 ile Aralık 2010 tarihleri arasında yukarıdaki tedavi rejimi ile tedavi edilen 22 hasta bulundu. Hasta özellikleri: medyan yaş 57, hastaların % 86'sında evre III-IV hastalık var, medyan ECOG PS 2'dir. Medyan progresyonsuz ve genel sağkalım sırasıyla, 6.2 ay (%95 GA, 3.4-9.1 ay) ve 9.2 ay (%95 GA, 5.52-12.88 ay) olarak hesaplandı. Bu tedavi rejimi iyi tolere edildiği bulundu.

Sonuç:

İkinci basamak sisplatin-gemsitabin tedavisini takiben iki haftada bir uygulanan idame gemsitabin tedavisi fısıbıl görünmektedir. MPM'lı hastalarda idame tedavisinin yerini ortaya koymak için ileri prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

S-20

MALİYN PLEVRAL MEZOTELYOMANIN BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE PEMETREXED-SİSPLATİN KOMBİNASYONUNU TAKİBEN İDAME PEMETREXED TEDAVİSİ

HASAN MUTLU¹, MİTHAT FAZLIOĞLU², NEVİN FAZLIOĞLU³, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK⁴

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ, KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

² KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

³ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

⁴ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D., İSTANBUL, TÜRKİYE.

Amaç:

Raltitrexed veya pemetrexed ile sisplatin kombinasyonu maliyn plevral mezotelyomanın (MPM) birinci basamak tedavisinde standart tedavi seçeneği olmasına rağmen, idame pemetrexed tedavisinin etkinliği bilinmemektedir. Bu retrospektif çalışmada, birinci basamak sisplatin ve pemetrexed kombinasyonunu takiben idame pemetrexed tedavisinin etkinliği ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

MPM'lı ve birinci basamak olarak sisplatin-pemetrexed kombinasyonunu takiben, idame pemetrexed ile tedavi edilen hastalar analiz edildi. Pemetrexed 500 mg/m², sisplatin 80-100 mg/m² dozlarında, her üç haftada bir uygulanarak, 4-6 kür verildi. Objektif yanıt elde edilen veya hastalık stabilizasyonu sağlanan hastalar, aynı doz ve kür aralıkları ile tek başına pemetrexed kullanılarak, hastalık progresyonu olana veya hasta tedaviden çekilene kadar idame tedavisine devam edildi.

Bulgular:

Acıbadem Kayseri Hastanesi Medikal Onkoloji ve Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Mayıs 2009 ile Kasım 2010 tarihleri arasında, yeterli takibi olan ve hastane kayıtlarına ulaşılan 20 hasta saptandı. Hastaların medyan yaşı 53, %90'ı evre III-IV hastalığa sahip ve hastaların medyan ECOG PS değeri 2 olarak bulundu. Medyan progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalımın sırasıyla 9.4 ay (%95 GA, 8.2-20 ay) ve 18.2 ay (%95 GA, 10.5-32 ay) olduğu bulundu. Toksisite profili çok iyiydi ve en önemli toksisitenin grade 3-4 nötropeni olduğu görüldü.

Sonuç:

İdame pemetrexed tedavisi, iyi bir toksisite profili ile birlikte, hastaliksız ve genel sağkalımı uzatmıştır. Çalışma sonucumuz, MPM'da idame tedavinin uygulanabilir olduğuna da işaret etmektedir.

S-21

TİMOMADA KLİNİK VE PATOLOJİK DEĞİŞKENLERİN SAĞ KALIMLA İLİŞKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

FATMA ŞEN¹, İBRAHİM YILDIZ¹, LEYLA KILIÇ¹, ALPER TOKER², ESRA SAĞLAM¹, ERCAN BIÇAKÇI¹, ŞÜKRÜ DİLEGE², ADNAN AYDINER¹

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ AD

Amaç:

Timomalı hastaların başlangıç klinik ve patolojik özelliklerinin prognoz ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

1995-2010 yılları arasında 140 timomalı hasta (K/E:63/77, medyan yaş: 46, 11-80 yaş) merkezimize başvurdu. Dünya sağlık örgütünün belirlediği histolojik alt tiplerden tip A 23 (%17), tip AB 12 (%9), tip B1 24 (%17), tip B2 42 (%31), tip B3 36 (%26) hastada saptandı. Masaokaya göre evre dağılımı: evre I 24 (%17), evre II 71 (%51), evre III 18 (%13) ve evre IV 27 hasta (%19). Miyastenia gravis (MG) hastaların %61'inde mevcuttu.

Bulgular:

Ortalama 34 aylık takip sonucu (1-158), 102 hasta (%73) hastaliksız sağdı, 14 hasta (%10) hastalıklı sağdı. 23 hasta (%16) ölmüş olmasına rağmen bunlardan sadece 9'unda ölüm sebebi timomaya bağlı idi. Univariate analizde tam rezeksiyon (P<.001), histoloji (P=.008), Masaoka evresi (P<.001), MG (P=.002) progresyonsuz sağ kalım için istatistiksel olarak anlamlı prognostik faktör olarak bulundu. Genç yaş (P=.008), Masaoka evre I ve II (P=.039), tip A, AB, B1 histolojiler (P=.031), tam rezeksiyon (P=.024) ve MG (P=.05) varlığı uzun sağ kalım ile ilişkili bulundu. Multivariate analizde, Masaoka evre 1 ve 2 (P=.038) ve MG (P=.01) varlığı uzun progresyonsuz sağ kalım ile ilişkili bulunurken; histolojik alttip (P=.022) ve MG (P=.021) genel sağ kalım için önemli prognostik faktör olarak bulundu.

Sonuç:

Türk timomalı hastaların prognozunun major belirleyicileri Masaoka evresi, DSÖ histolojik alttipi ve MG'dir.

S-22

PANKREAS, SAFRA YOLLARI VE AMPULLER BÖLGE KANSERLERİNDE HER2 EKSPRESYON ARTIŞININ PROGNOSTİK DEĞERİ

ALPER ATA¹, ALİ ARICAN², MEHMET ALİ SUNGUR³, AYŞE POLAT⁴, EBRU SERİNSÖZ⁴

¹ MERSİN DEVLET HASTANESİ

² MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD.

³ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOİSTATİSTİK ABD.

⁴ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ADB.

Amaç:

Pankreas, safra kesesi, kolanjioselüler ve ampuller bölge kanserleri için HER2' nin sağkalım üzerine olan etkileri bilinmemektedir. Bu çalışmada bu kanser türlerinde HER2

ekspresyon artışının etkileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Otuz pankreas kanseri, 17 safra kesesi kanseri, 12 kolanjioselüler ve 10 ampuller bölge kanseri hastasında immünohistokimyasal olarak HER2 boyanması yapıldı.

Bulgular:

İki safra kesesi kanseri hastasında (11,76%) HER2 için kuvvetli (3+) membranöz boyanma izlendi. Kuvvetli pozitif boyanma (2+ ya da 3+) tüm hastaların 2,90%'ında izlenmiştir. Bir pankreas kanseri hastasında (3,33%) ve bir kolanjioselüler kanserli hastada (8,33%) HER2 için zayıf (1+) membranöz boyanma izlendi, hiçbir ampuller bölge kanseri hastasında HER2 için membranöz boyanma izlenmedi. HER2 ile membranöz boyanan hasta sayısı az olduğu (2 hasta, 2,90%) için bu hastalarda sağkalım analizi yapılamadı. Sitoplazmik HER2 boyanma skorlarına göre hastalar hafif (0-3), orta (4-5) ve şiddetli (6-7) olarak üç gruba ayrıldı. 17 hasta (24,66%) hafif, 22 hasta (31,88%) orta, 30 hasta (43,46%) şiddetli sitoplazmik boyanma özelliğine sahipti. İstatistiksel olarak anlamlılık sınırında olarak ($p=0.052$) HER2 için hafif sitoplazmik boyanma özelliği gösteren hastaların diğerlerinden daha uzun sağkalım süresine sahip olduğu görüldü.

Sonuç:

Çalışmamızda pankreas, safra kesesi, kolanjioselüler ve ampuller bölge kanserlerinde HER2 ekspresyon artışının membranöz boyanma ile az sayıda tespit edildiği ve sağkalım analizi yapılamadığı, sitoplazmik boyanma özelliklerinin ise sağkalım ile ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

S-23

İKİNCİ SERİ KEMOTERAPİ UYGULANAN PANKREOTİKOBİLİYER KANSERLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

BÜLENT ERDOĞAN¹, ESMA TÜRKMEN¹, SERNAZ UZUNOĞLU¹, AHMET KÜÇÜKARDA², İRFAN ÇİÇİN¹

¹ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD, EDİRNE

² TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALILARI AD, EDİRNE

Amaç:

Pankreotikobiliyer kanserler nadir olmayan kötü prognozlu tümörlerdir. İkinci seride standart olarak uygulanan bir kemoterapi rejimi yoktur. Birinci seri kemoterapi göz önünde bulundurularak; gemsitabin, 5-FU bazlı ajanlar, okzalipatin, erlotinib ve irinotekan içeren rejimler ikinci seride önerilmektedir. Bu çalışmayla pankreotikobiliyer kanser tanısıyla ikinci seri kemoterapi uygulanan hastalarda yanıt ve sağkalım ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2005-2011 yılları arasında kliniğimizde pankreotikobiliyer kanser tanısı ile ikinci seri kemoterapi uygulanan bütün hastalar çalışmaya alındı. Hasta dosyaları retrospektif olarak taranarak yanıt ve sağkalım ile ilişkili olabilecek faktörler incelendi. Yanıt değerlendirmesinde en iyi yanıt olarak; tam, parsiyel yanıt veya

stabil hastalık tespit edilen hastalar yanıtı vakalar olarak kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmaya 29 (22 pankreas, 7 biliyer sistem) hasta alındı. Ortanca yaş 55(28-72) idi. Ortanca genel sağkalım 51 hafta (14-122) idi. İkinci seri kemoterapi sonrası ortanca hastalıksız sağkalım 12(2-42) hafta idi. İkinci seride, gemsitabin, 5-FU, kapesitabin veya okzalipatin ile kombinasyonları progresyona (klinik veya radyolojik) kadar uygulanmıştı. 12 hastada yanıt alınmıştı (2 regresyon 10 stabil hastalık). İkinci seri kemoterapiye yanıt ile yaş, cinsiyet, tümör yerleşimi, tanı sırasında metastaz varlığı, yeri, sayısı, birinci seri kemoterapiye yanıt, nüks yeri ve nükse kadar geçen süre ile ilişki tespit edilmedi. İkinci seri ilaç seçimi, kombinasyon veya tek ajan tedavi uygulanması ile yanıt arasında ilişki saptanmadı. Ekstra pankreatik kanserler pankreatik kanserlere göre daha kötü yanıtı olma eğiliminde idi ($p=0.09$). Performansı iyi (ECOG0-1) olan hastalar kötü olan hastalara göre (ECOG2) tedaviye daha iyi yanıtı idi ($p=0.01$). Hastalıksız sağkalım performans durumu ve tedaviye yanıt ile ilişkili bulundu ($p=0.02$), ($p<0,01$). Çok değişkenli analizde sadece tedaviye yanıt hastalıksız sağkalımla ilişkili bulundu ($p<0,01$). Genel sağkalım ise progresyona kadar geçen süre ve ikinci seri kemoterapi öncesi performans ile ilişkili bulundu ($p<0.01$) ($p=0.01$). Tanı sırasında metastazı ile anlamlılığa yakın ilişki tespit edildi ($p=0,08$). Çok değişkenli analizde nükse kadar geçen süre ile sağkalım arasında ilişki tespit edildi ($p=0,03$).

Sonuç:

İkinci seri kemoterapi; geç nüks eden, pankreas kaynaklı ve performansı iyi olan hastalarda tercih edilmelidir. Tedavi seçimi ile yanıt ve sağkalım arasında ilişki tespit edilmemiştir.

S-24

CURCUMİN DOXORUBİCİN TOKSİSİTESİNİ KALICI SARKOPLAZMİK VE İNTERKALE DİSK DEĞİŞİKLİKLERİ ÜZERİNDEN ENGELLEMEKTEDİR: BİR ULTRASTRÜKTÜREL ANALİZ

KÜRŞAT ÖZDİLLİ¹, BİNGÜR SÖNMEZ², TUNCAY ALTUĞ³, AYHAN BİLİR⁴, MERİÇ A. ALTINÖZ¹

¹ HALİÇ ÜNİVERSİTESİ

² MEMORIAL HASTANESİ

³ BİLİM ÜNİVERSİTESİ

⁴ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Curcumin-diferuloylmethane-antiinflamatuvar, kanser engelleyici ve hücre çoğalması durdurucu özellikleri olan ve zerdeçal bitkisinden elde edilen yenilebilir bir pigment maddesidir. Curcumin kuvvetli bir antikanser ilaç olan doxorubicin'in kardiyotoksitesini ana olarak reaktif oksijen türlerini ve lipid peroksidasyonunu engelleyerek düzeltmektedir. Öte yandan bir çalışmada curcumin'in reaktif oksijen türlerini ve c-jun N-terminal kinaz'ı baskılamasının doxorubicin'in anti-kanser vasfını da durduracağı, dolayısıyla curcumin'in doxorubicin kardiyotoksitesini için kullanılamayacağı sonucuna varılmıştır. Oysa daha çok sayıda araştırma grubu bunun tam tersini

desteklemektedir. Akut serbest radikal toksisitesi kalp dokusunda ana olarak mitokondriyel toksisite, ardından sarkoplazmik toksisiteye yol açtığı için, curcumin'in doxorubicin kardiyotoksitesini azaltması sadece mitokondrilerle mi sınırlı kalacak, yoksa sarkoplazmik düzelenin ağır bastığı bir modifikasyon mu gözükecek, araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:

Bu amaçla 24 fareyi, 8'erlik 3 gruba ayırdık, kontrol grubu serum fizyolojik ile enjekte edilirken sadece doxorubicin grubu 800 ug/kg doxorubicin'le, curcumin'le koruma grubu aynı dozda doxorubicin'in yanı sıra 200 mg/kg curcumin'le i.p. olarak enjekte edildi. 3 hafta boyunca haftada birer kez yapılan enjeksiyonlar sonrasında denekler sakrifiye edilerek kalp dokuları transmisyon elektron mikroskopisi incelemesine alındı.

Bulgular:

Ultrastrüktürel analizlerimizde mitokondriyel korumanın yanı sıra, hatta bundan daha belirgin olarak doxorubicin'in yol açtığı sarkoplazmik lif kaybının curcumin tarafından azaltıldığını gördük. İlginç olarak fascia adherens ve desmosom kompleksleri olan kardiyak interkale disk bağlantılarının salt doxorubisin verilen gruplarda ayrıştığını ama curcumin'le birlikte verilen gruplarda korunduğunu gözledik.

Sonuç:

Mesane epitelinde tight junction'ların ayrışması ve pemfigus vulgaris'te keratinositlerin akantolizi esnasında desmosom'larının yarılmaları PI-3/Kinase, MAPK p38 yolları kanalı ile olmaktadır ve curcumin bu her iki yolağın inhibitörüdür. Önemli bir ayrıntı bu yolların inhibisyonunun, kanser hücrelerinde doxorubisin kemosenitivitesini arttırmasıdır. Kanser hücrelerinde kontakt inhibisyon kaybının engellenmesi de onların agresifliğini azaltmaktadır. Ultrastrüktür analizlerden elde edilen primer datamız, eğer curcumin'in uygun bir 'scheduling' ayarlaması ile birlikte doxorubicin'e ilave edilirse hem kalp için koruyucu olacağı, hem de kemoterapi etkisini azaltıcı değil, pekiştirici yönde etki edeceğini desteklemektedir.

S-25

NUTRİSYONEL DURUM VE SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANITIN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE PROGNOSTİK ÖNEMİ

MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹, EVRİM DUMAN², SEVİL GÖKTAŞ¹

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Amaç:

KHDAK tüm dünyada tüm primer önleme çalışmalarına rağmen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalara uygulanacak tedavilerde tedavi yoğunluğunun belirlenmesinde laboratuvar parametreleri kullanılabilir. Bu laboratuvar parametreleri kolay erişilebilir, ucuz, kullanımı basit olmalıdır. Çalışmamızda bu amaç için kullanılabilir olacak serum albümin değeri, NLO ve TLO'nun KHDAK' deki prognostik

önemi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda nutrisyonel durumun tespitinde serum albümin değeri ve vücut kitle indeksi, sistemik inflamatuvar yanıtın belirlenmesinde NLO ve TLO kullanıldı.

Bulgular:

Hipoalbüminemik hastalarda medyan yaşam süresi 9,1 ay iken normoalbüminemik hastalarda medyan yaşam süresi 16,4 ay olarak tespit edildi. NLO' nın sistemik inflamatuvar yanıtı göstermesi açısından pozitif veya negatif olmasının medyan yaşam süresi ile ilişkisi istatistiksel anlamlı bulundu (p:0,006).

Sonuç:

Nutrisyonel durumun göstergesi olan serum albümini ve sistemik inflamatuvar yanıt göstergesi olan NLO lokal ileri ve metastatik KHDAK'de prognozla ilişkilidir. Serum albümin ölçümü ve kan sayımından NLO hesaplanması kolay erişilebilir, ucuz ve basit kullanımlı laboratuvar yöntemleridir. KHDAK'li hastaların tedavi planlamasında serum albümin değeri ve NLO' ninde kullanılabileceğini düşünüyoruz.

S-26

KANSER DISPNE ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK KANSER HASTALARINDA GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

DENİZ EZGİ ÇAKMAK¹, UMUT VAROL¹, UĞUR MUSLU¹, BURCU ÇAKAR¹, BURÇAK KARACA¹, CANFEZA SEZGİN¹, RÜÇHAN USLU¹, ÇİÇEK FADİLOĞLU², YASEMİN TOKEM², BÜLENT KARABULUT¹

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ

² EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Amaç:

Bu çalışmanın amacı "Kanser Dispne Ölçeği" nin Türk kanser hastaları için Türkçe geçerlilik ve güvenirliliğinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Metodolojik olarak planlanan araştırmanın örneklemi dispne semptomu yaşayan akciğer kanserli veya akciğere metastazı olan 120 hasta birey oluşturmıştır. Veri toplama aracı olarak hasta tanıtım soru formu, Vizüel Analog Skala ve Medical Research Council (MRC) Dispne Skalası ve ayrıca Dr. Tanaka ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Japonya'da geliştirilen Kanser Dispne Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular:

Kanser Dispne Ölçeği'nin dil eşdeğerliliğinin sağlanması için, ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geri çevirisi yapılmıştır. Çeviri işleminin ardından uzman görüşleri alınmış ve Kendall Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır (Kendall's W(a) = 0.157, , p=0.101).

Kanser Dispne Ölçeği'nin güvenirlik çalışmalarında ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci ve ikinci uygulamanın alt boyutlar ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin üç alt boyutunun zamana karşı değişmezliğini test etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına tüm alt boyutlardan elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayılarının istatistiksel

olarak anlamlı oldukları saptanmıştır. Yapılan “madde analizi” sonucunda ölçeğin maddelerinin toplam korelasyon katsayısı 0.68 ile 0.86 arasında saptanmıştır. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,72 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliği çalışması için faktör analizi yapılmıştır. Faktör ağırlıkları göz önünde bulundurularak en uygun çözümlemenin orijinal ölçek ile uygun faktör sayısına sahip üç faktörde (“Çaba Duygusu” alt boyutu, “Anksiyete Duygusu” alt boyutu, “Rahatsızlık Duygusu” alt boyutu) olduğu görülmüştür.

Kanser Dispne Ölçeği’nden ve çalışmada kullanılan diğer nefes darlığı ölçeklerinden (MRC Dispne Skalası ve Vizüel Analog Skala) elde edilen puanların korelasyonu incelendiğinde ölçeklerin puan ortalamaları arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç:

“Kanser Dispne Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliği yüksek bir ölçektir. Bu ölçeğin yardımıyla, ağrı gibi özelliklerinin tarif edilmesi zor bir semptom olan dispnenin daha iyi algılanabilmesi mümkün olabilecektir.

S-27

YASSI HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE SİSPLATİN-GEMSİTABİN VE DOSETAKSEL-SİSPLATİN REJİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SAADETİN KILIÇKAP¹, GAMZE GÖKOZ DOĞU², TUNÇ GÜLER³, ERKAN DOĞAN⁴, ORHAN ÖNDER EREN⁵, TURGUT KAÇAN¹, ARZU YAREN², DİDEM TAŞTEKİN³, NALAN AKGÜL BABACAN¹

¹CUMHURİYET ÜTF

²PAMUKKALE ÜTF

³SELÇUK ÜMTF

⁴VAN NUMUNE EAH

⁵SAMSUN NUMUNE EAH

Amaç:

Yassı hücreli akciğer kanserli (YHAK) olgularda sisplatin-gemsitabin (A) ve sisplatin-dosetaksel (B) kombinasyon rejimlerinin etkinliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

YHAK tanısı almış hastalara ait veriler retrospektif olarak incelendi. Her iki tedavi rejimi etkinlik ve yan etki profili açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya 5 farklı merkezden 224 YHAK olgusundan iki tedavi rejiminin uygulandığı toplam 98’ine ait veriler analiz edildi. Hastaların %94’ü (n=92) erkek, yaş ortalaması 60±8 idi. En sık izlenen evre 3B (%34) idi. İki tedavi kolunda yaş (61 vs 60) ve uygulanan kür sayısı (4 vs 4) benzerdi. Evre, radyoterapi, cerrahi oranları arasında fark bulunamadı. B kolundaki hastalarda daha iyi ECOG performans statusu izlendi. Objektif yanıt oranı B kolunda anlamlı derecede daha iyiydi (%42 vs %66; p=0,006). CSF kullanımı, nötropeni, B kolunda daha yüksek iken (p<0.05), tedavide gecikme A kolunda daha sık idi (p<0.05). Ortanca izlem süresi 16 ay (1-134). Ortanca sağkalım süresi Sisplatin-Dosetaksel kolunda anlamlı derecede daha

uzun bulundu (15 vs 34 ay; p<0,001). 1-yıllık sağkalım oranları dosetaksel kolunda %89, gemsitabin kolunda %63 idi.

Sonuç:

Sisplatin-gemsitabin kombinasyonu ile karşılaştırıldığında, sisplatin-dosetaksel kombinasyonu daha uzun sağkalım süresi sağlamaktadır. Myelotoksiste dosetaksel kolunda daha fazla iken, gemsitabin kolunda tedavide gecikme daha fazladır.

S-28

MALİGN PLEVRAL MEZOTELYOMALI HASTALARDA DA KLİNİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ SONUÇLARI VE SAĞKALIM: 18 YILLIK DENEYİM

SERDAR BERK¹, ÖMER TAMER DOĞAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP², KÜRŞAT EPÖZTÜRK¹, İBRAHİM AKKURT¹, ZEHRA SEYFİKLİ¹

¹CÜTF GÖĞÜS HASTALIKLARI

²CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Malign plevral mezotelyoma (MPM) tedavideki yeniliklere karşın kötü prognozlu bir tümördür. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen MPM’li hastaların demografik ve klinik özellikleri yanı sıra sağkalımları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada 1993-2010 yılları arasında MPM tanısı almış toplam 228 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 131’i (%57) erkek ve 97’si (%43) kadınlardan oluşmaktaydı. Erkeklerde ortalama yaş 59.1, kadınlarda 58.7 olup istatistiksel fark izlenmedi (p=0,780). MPM’li hastaların %86’sında asbestoz maruziyeti vardı. Ortanca asbestoz maruziyet süresi 40 yıl idi (range: 3-70). En sık başvuru şikayetleri plevral effüzyon, göğüs ağrısı ve dispne idi (%70, %58 ve %47). Dokuz hastaya cerrahi dekortikasyon, 42 hastaya plörodez yapıldı. Hastaların %66’sına (n=133) platin-bazlı kemoterapi uygulandı. En sık kullanılan rejimler sırasıyla Sisplatin-Mitomisin (n=89) ve Sisplatin-Pemetrekset (n=27) idi. Tüm hastalarda ortalanca sağkalım 10 ay idi. Her iki cinsiyette ortalanca sağkalım süreleri benzerdi (p=0,252). Ortanca sağkalım kemoterapi verilenlerde, verilemeyenlere göre daha yüksekti (11,4 vs 5,1 ay; p= 0,005). 6, 12, 18, and 24-aylık sağkalım oranları tedavi alan grupta daha yüksek bulundu (sırasıyla %72, %43, %19, ve %2 vs %49, %31, %11, ve %1).

Sonuç:

MPM bölgemizde endemik bir hastalıktır. Tedavideki gelişmelere karşın sağkalım sonuçları halen kötüdür. Platin-bazlı kemoterapi ile tedavi edilen hastalarda sağkalım süresi, tedavi alamayan hastalara göre daha uzundur.

S-29**AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA YALNIZCA APOPTOZUN DEĞİL, TOTAL HÜCRE ÖLÜMÜNÜN ÖLÇÜLMESİ TAKSAN-BAZLI KEMOTERAPİYE YANIT İÇİN DAHA İYİ BİR BELİRTEÇ MİDİR?**

BELKİS NİHAN COŞKUN ¹, TÜRKKAN EVRENSEL ¹, ŞENİZ KORKMAZ ², ÖMER FATİH ÖLMEZ ¹, ERDEM ÇUBUKÇU ¹, MUSTAFA CANHOROZ ¹, NİLÜFER AVCI ¹, ÖZKAN KANAT ¹, ENDER KURT ¹, OSMAN MANAVOĞLU ¹, ENGİN ULUKAYA ²

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ AD, 16059, BURSA, TÜRKİYE

² ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOKİMYA AD, 16059, BURSA, TÜRKİYE

Amaç:

Kanser ilaçlarının, hücre ölümünü apoptoz ve/veya nekroz ile indüklediğinden ötürü, serumda hücre ölümünün ölçülmesi, kemoterapiye verilen yanıt hakkında bir fikir verebilir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada, akciğer kanseri 43 hastanın, kemoterapi öncesi ve taksan-bazlı kemoterapiden 48 saat sonra serum M30 (Apoptoz belirteci) ve M65 (Nekroz belirteci) seviyeleri çalışılmıştır.

Bulgular:

Kanser hastalarının, sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla tedavi öncesi M30 ve M65 seviyelerinin istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla, p<0,001 ve p<0,05) derecede yüksek olduğu görülmüştür. Kemoterapi sonrası, her iki belirteç de yükselmiştir. M65 seviyesindeki artışın (1.5 kattan fazla), M30 seviyesindeki artıştan (1.5 kattan az) daha fazla olduğu görülmüştür. Klinik cevaba göre bulgular değerlendirildiğinde 40 hastanın verileri sınıflandırılmaya uygun bulunmuştur. Tedaviye yanıt veren hastalarda (n=28), M65 seviyesinde gözlenen artışın, M30 seviyesinden 2 kat daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, tedavi öncesi değerin %68'i ve %34'ü). Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda (n=12) M65 seviyesinde gözlenen artışın, M30 seviyesinden düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, tedavi öncesi değerin %54'ü ve %78'i).

Sonuç:

Sonuç olarak, akciğer kanseri hastaları, belirgin şekilde yüksek M30, M65 seviyelerine sahiptir ve yalnızca apoptozun değil, total hücre ölümünün (apoptoz + nekroz) ölçülmesi, taksan-bazlı kemoterapiye yanıt hakkında daha iyi bir fikir sağlayabilir.

S-30**KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İKİNCİ SERİ TEDAVİDE SONUCU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

NURGÜL YAŞAR, NUR ŞENER, DİNÇER AYDIN, RAMAZAN YILDIZ, TANER KORKMAZ, ÖZLEM ERCELEP, SİNEMİS YÜKSEL, ASLIHAN GÜVEN MERT, UMUT KEFELİ, EMRE YILDIRIM, MAHMUT GÜMÜŞ

KARTAL DR LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Akcığer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akcığer kanserlerinin %85 küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'inden oluşmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde

takip edilen KHDAK'li, 2.seri tedavi alan hastalarımızın sonuçlarını ve tedavi yaklaşımlarımızı değerlendirdik

Gereç ve Yöntem:

2006-2011yılları arasında KHDAK tanısı alan ve Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde izlenen ve 2.seri tedavi alan 147 hasta değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, performans durumu (PS), histopatolojik tanıları, aldıkları tedaviler ve ilk tanı ile nüks arasındaki süre açısından değerlendirildi. Bu özelliklerin sağkalım üzerine etkileri incelendi.

Bulgular:

Medyan izlem süresi 15(2-44) ay, medyan yaş 58 (35-79) yıl, hastaların %14'ü kadın ve %86'sı ise erkekti. Hastaların %75,5'i 65 yaş altı iken, %24,5'i ise 65 yaş ve üstü idi. Histopatolojik olarak ise % 45,6 KHDAK, NOS, %22,4'ü adenokarsinom ve %32'si skuamöz hücreli karsinom tanısı almıştı. Hastaların %81'inde performans durumu (PS) 0-1 idi.

Hastalar medyan 6 kür (1-8) 1.seri tedavi, yine medyan 3 kür (1-7) ikinci seri tedavi almıştı. İkinci seri tedavide hastaların % 63'ü tek ajanla, %37 ise kombinasyon kemoterapisi ile tedavi edilmişti. Cevap değerlendirmesinde %32 parsiyel remisyon (PR), % 20 stabil hastalık (SD), %48 ise progresif hastalık (SD) saptandı. Medyan progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) sırasıyla 6 ay (SE:1; %95 CI:4-8) ve 10 ay (SE:1;%95 CI:7-13) olarak bulundu. Yaş, cinsiyet, histopatolojik tanılar ve tedavi seçimi (tek ajan, kombinasyon tedavisi) açısından PFS ve OS farkı yoktu. Altı aydan daha uzun surede 1.seri tedavi ile progresse olanlarla, 6 aydan kısa sürede progresse olanlar karşılaştırıldığında 6 aydan uzun sürede progresse olanlarda PFS (p=0,033) ve OS (p=0,05) daha uzundu. Çok değişkenli analizde prognostik öneme sahip herhangi bir faktör bulunmadı..

Sonuç:

Kliniğimizde izlenen hastaların sonuçlarının geriye dönük olarak değerlendirilmesinin tedavi ve izlem yaklaşımlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Bu verilerin değerlendirilmesi ile literatürden farklı sonuçlar saptanması durumunda yeni yaklaşımlar geliştirmek mümkün olacaktır. Özellikle geç nüks olan hastalarda 2.seri tedavinin yararı daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır.

S-31**LARİNKS KANSERLİ HASTALARIN SERUM/DOKULARINDA MATRİKS METALLOPROTEİNAZLAR VE İNHİBİTÖRLERİ: KANSERİN ERKEN TANISINDA POTANSİYEL ÖNEMİ**

EMİN KARAMAN ¹, İRFAN PAPİLA ¹, ALPER ÖZDİLEK ¹, ÇİĞDEM PAPİLA ², HURİYE BALCI ³, HAFİZE UZUN ⁴

¹ KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

² İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

³ MERKEZ ARAŞTIRMA LABORATUARI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

⁴ TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kanserin invazyon ve metastaz yapması için ekstrasellüler matriksin yıkılması gereklidir. Matriks metalloproteinazlar

(MMP) yaklaşık 28 enzimden oluşan, fizyolojik ve patolojik doku yıkımında önemli rol oynayan ekstrasellüler proteazlardır. İnaktif zimojenler halinde salınan MMP'lerin proteolitik aktiviteleri, spesifik doku inhibitörleri (TIMP) tarafından inhibe edilir.

Gereç ve Yöntem:

VEGF-a, TGF-β1, TIMP-1, TIMP-2, MMP-2 ve MMP-9 düzeyleri, 19 larinks kanserli hastanın plazma, normal (tümöre uzak) ve tümörlü dokularında ELISA ile ölçüldü. Hastalara ait tümör dokularının klinik evrelendirilmesine TNM evreleme; tümör dokusunun differansiasyon değerlendirmesi için üçlü derecelendirme(grade) sistemi kullanılmıştır.

Bulgular:

Yüksek dereceli invaziv tümörlü hastalarda MMP'ların ekspresyonlarında artış gözlemlendi. Malign ve sağlıklı dokuların MMPaz ekspresyonunda (sağlıklı dokularda anlamlılık: 2499 ng/g, malign dokularda anlamlılık: 35312 ng/g, p<0.05) anlamlı farklılık bulundu. Malign ve sağlıklı dokuların TIMP ekspresyonunda (sağlıklı dokularda anlamlılık: 5,96 ng/g, malign dokularda anlamlılık: 5,44 ng/g, p>0.05) anlamlı farklılık bulunmadı.

Sonuç:

Bu sonuçlar göstermektedir ki MMP ve TIMP'lerin ekspresyonunun larinks kanserinde prognostik önemi olabilir. Ancak, bu bulguları destekleyecek daha kesin sonuçlara varabilmek için ilave randomize klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

S-32

GLİOBLASTOMA MULTİFORMEDE SAĞ KALIM VE PROGNOZU ETKİLEYEN PARAMETRELER

ALİ ALKAN¹, GÜLİZ ZENGİN¹, ZAFER ARIK², MELİKE MUT³, MUTLU HAYRAN⁴, İSMAİL ÇELİK²

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ ÜNİTESİ

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

⁴ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Glioblastoma Multiforme (GBM) en sık görülen malign glial tümördür. GBM vakalarında prognozu ve sağkalımı etkileyen birçok parametre bildirilmiştir. Bu çalışmada 2000 yılından sonra tanı alan GBM vakalarının hasta, hastalık, histopatolojik ve tedavi özelliklerinin prognoz ve sağkalım üzerine etkileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

GBM tanısı alan hastaların demografik özellikleri, tanı anındaki klinik özellikleri, hastalık radyolojik ve histopatolojik özellikleri, uygulanan tedavi ve relaps sonrası uygulanan tedavi özellikleri ve bu özelliklerin sağkalım üzerine etkileri incelendi.

Bulgular:

İncelenen 377 GBM hastasında MS: 13.0 ay olarak bulunmuştur.

Altmış beş yaş üstü hastalarda OS:6.2 ay iken, 65 yaş altı hastalarda 14.8 aydır (P<0.001). Performans Skoru kötü (ECOG: 3-4) olan hastalarda OS:6.8 ay, iyi (ECOG:0-1-2) olanlarda 13.8 ay olarak saptanmıştır (P<0.001). Histopatolojik incelemede dev hücreli GBM patolojisi kötü prognostik faktör olarak saptanmıştır (OS: 9.8- 14.8 ay, P<0.001). Total cerrahi yapılabilen hastalarda OS:14.8 ay iken subtotal cerrahi grubunda OS:9.8 ay saptanmıştır (P=0.009). Standart temozolomid bazlı tedavi alanlar diğer modalitelere göre daha iyi sağ kalım sonuçları göstermiştir (OS:18.5- 4.7 ay, P<0.001).

Sonuç:

Altmış beş yaş üstü, PS kötü, acil başvuru ile tanı alan, komorbid hastalığı olan ve histopatolojik incelemede dev hücreli GBM saptanan hastalar daha yakın takip ve mümkün olduğunca agresif tedavi edilmelidir. Temozolomid bazlı yeni tedavi modaliteleri ile daha iyi prognoz ve sağkalım sonuçları ortaya konmuştur.

S-33

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNDE

MELİS GÜLTEKİN¹, FADİL AKYOL², MUSTAFA CENGİZ³, GÖKHAN ÖZYİĞİT⁴, PERVİN HÜRMÜZ⁵, ABDÜLMECİT CANBOLAT⁶, GÖZDE YAZICI⁷, DUYGU SEZEN⁸, FARUK ZORLU⁹, FERAH YILDIZ¹⁰, MURAT GÜRKAYNAK¹¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinin (KHDAK) tedavisinde robotik radyocerrahi (RRC) etkinliğinin ve toksisitesinin araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2007-Ağustos 2011 tarihleri arasında, anabilim dalımızda cerrahi kabul etmeyen ya da medikal inoperable KHDAK'lı 34 olguya RRC uygulanmıştır. Tanı anında olguların 1'inde beyin, 1'inde kemik ve 1'inde akciğer metastazı mevcuttur. RRC Cyberknife (Accuray Inc., Sunnyvale, CA) cihazı ile uygulanmıştır. Tüm hastalar için tümör dozları, akciğer V5-V15-V20 değerleri, spinal kord, kalp, özefagus ve brakial plexus yapılarının aldığı ortalama ve maksimum dozlar hesaplanmıştır. Tüm olgulara ortalama 3 adet fudisiyal belirteç yerleştirilmiş ve solunum senkronizasyonu ile tedavi takibi yapılmıştır.

Bulgular:

Ortanca yaşları 71.5 (39-88 yaş) olan olguların 32'si (%94) erkek ve 2'si (%6) kadındır. En sık histopatoloji adenokanser olarak saptanmıştır (%38). Tedavi, ardışık günlerde 3-5 fraksiyonda 40-62.5 Gy dozlarında uygulanmıştır (ortanca 50 Gy). Ortanca tümör hacmi 26 cc'dir (3.61-160.7 cc). Tedavi planı ve tedavi sonrası yanıt oranları BT ya da PET/BT ile değerlendirilmiştir. Hastaların 5'ine RRC öncesi ya da sonrasında 2-9 kür kemoterapi uygulanmıştır. Ortanca 8 aylık (1-53 ay) izlem süresinde 8 hastada tam cevap, 5 hastada parsiyel cevap elde edilmiştir. On iki hastada stabil hastalık gözlenirken, olguların 9'unda progresyon saptanmıştır. Olguların 6'sı progresif hastalık, 1'i hastalık dışı nedenle ve 1 hasta ise tedaviye bağlı 1. ayda gelişen abondan kanama nedeni ile kaybedilmiştir. İki

yıllık genel sağkalım oranı %58'dir. Tedaviye bağlı akut toksisite olarak 1 olguda abondan kanama görülmüştür. Geç toksisite olarak 1 olguda kıkırdak nekrozu ve 1 olguda ise radyasyon pnömonisi gözlenmiştir.

Sonuç:

Akciğer RRC'si etkili bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Ancak net sonuçlara ulaşabilmek için daha çok hasta sayısı ve daha uzun izlem süresi gereklidir.

S-34

EVRE 3 AKCİĞER YASSI HÜCRELİ KANSERLERDE TEDAVİ REJİMLERİ VE SAĞKALIM SONUÇLARI

SAADETTİN KILIÇKAP¹, ERKAN DOĞAN², TUNÇ GÜLER³, GAMZE GÖKOZ DOĞU⁴, ORHAN ÖNDER EREN⁵, NALAN AKGÜL BABACAN¹, DİDEM TAŞTEKİN³, TURGUT KAÇAN¹, ARZU YAREN⁴

¹ CÜTF

² VAN EAH

³ SELÇUK ÜMTF

⁴ PAMUKKALE ÜTF

⁵ SAMSUN EAH

Amaç:

Bu çalışmada evre 3 akciğer yassı hücreli kanser olgularında klinik özellikler ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Evre 3 akciğerli kanser olgularına ait veriler hastane kayıtları incelenerek elde edildi. Hastalığın klinik özellikleri ve tedavi sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 132'si erkek (%97) toplam 136 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 62±9 idi. Olguların %54'ü Evre 3B idi. %91 olguda sigara öyküsü, %6'da pasif sigara içimi mevcuttu. Yüzde 42 olguda komorbid hastalık, %10 olguda ailede kanser, %32 kilo kaybı ve %12 hemoptizi öyküsü vardı. En sık görülen performans status ECOG "0" idi (%48). Hastaların %21'ine cerrahi tedavi uygulanmıştı. Yüzde 35 vakada definitif kemoradyoterapi uygulanmıştı. En sık (%31) uygulanan kemoterapi sispaltin-dosetaksel rejimi idi. Ortanca kür sayısı 5 (2-6) idi. Ortanca izlem süresi 15 aydı (1-81). 2-yıllık sağkalım %48'di. Sağkalım tanı anında anemi, komorbidite ve performans statustan etkilenmemekteydi. Platin-bazlı tedavi kullanımı kullanılmayan hastalara (p=0,035), taksan-bazlı tedavi kullanımı non-taksan tedavi rejimlerine göre 8p=0,002) sağkalımı anlamlı derecede arttırmaktaydı. Paklitaksel ve dosetaksel içeren rejimlerde sağkalım sonuçları benzerdi. Karboplatin kullanımı sispaltinli rejimlere göre sınırda anlamlılık düzeyinde daha iyi sağkalım süresine sahipti (p=0,046).

Sonuç:

Evre 3 akciğer yassı hücreli kanser tedavisinde taksan-bazlı tedavi rejimleri sağkalımı uzatmaktadır. Ancak her iki taksan arasında sağkalım farklı değildir.

S-35

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA ERCC1 (EXCISION REPAIR CROSS-COMPLEMENTATION GROUP 1) EKSPRESYONUNUN PROGNOSTİK DEĞERİ

RABİA B. ARPACI¹, SÜLEYMAN ERDOĞDU², TUĞBA KARA¹, ÖZLEM GÜBÜR¹, ALPER ATA³, ALİ ARICAN²

¹ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD¹

² MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD²

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ³

Amaç:

Küçük hücreli akciğer kanserinde (KHAK) platin bazlı sitotoksik tedavide ERCC1'in prognostik indeksi ile ilgili literatürde çalışma gözlenmemiştir. Biz bu retrospektif çalışmamızda ERCC1'in immünohistopatolojik KHAK'de değerlendirilmesini yaparak bu konuda yapılabilecek yeni çalışmalara yön vermek istedik.

Gereç ve Yöntem:

KHAK olgularına ait kesitlere immünohistokimyasal yöntemle ERCC1 (Excision Repair Cross Complementing antikor, mAb anti-ERCC1 antibody (8F1)) uygulandı. ERCC1 için pozitif kontrol olarak tonsil epitelinin nükleer boyanması kullanıldı. Boyanan tümör hücrelerinin yüzdesi esas alınarak pozitif ve negatif olarak skorlandı. % 0-25 tümör hücresinde negatif veya zayıf boyanma negatif olarak, % 25-100 tümör hücresinde güçlü boyanma ise pozitif olarak kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmamıza aldığımız 93 hastanın 14'ünde (% 15) ERCC1 ile immünohistokimyasal pozitiflik ve bu pozitiflik oranının da % 30-60 arasında değiştiği saptandı. ERCC1 pozitif hastaların % 37'sinde yaygın evre, % 63'ünde sınırlı evre hastalık vardı. ERCC1 pozitifliği olan tüm hastalara sispaltin-etoposid kemoterapisi uygulanmıştı. Tedavi ile % 78 yanıt (kısmi+tam yanıt) ve % 22'sinde de progresyon izlendi. ERCC1 pozitif hastaların medyan takip süresi 1-60 ay arasında değiştiği görüldü ve medyan takip süresi 15 ay saptandı.

Sonuç:

Bu retrospektif analizde KHAK'de ERCC1 immünohistokimyasal değerlendirmesinin prognoz üzerine etkisi ortaya konamamıştır, bu konuda prospektif yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

S-36

AKCİĞER YERLEŞİMLİ TÜMÖRLERDE STEREOTAKTİK VÜCUT IŞINLAMASI: ACIBADEM MASLAK DENEYİMİ, LOKAL KONTROL VE ERKEN TOKSİSTE

HALE BAŞAK ÇAĞLAR, BANU ATALAR, GÖRKEM GÜNGÖR, GÖKHAN AYDIN, MİNE DOYURAN, ESRA KÜÇÜKMORKOÇ, BÜLENT YAPICI, ENİS ÖZYAR

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ MASLAK HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ

Amaç:

Stereotaktik vücut ışınlaması akciğerin erken evre primer

tümörlerinde medikal inoperabilite durumunda veya akciğere metastaz yapmış lezyonlarda etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada Maslak Acıbadem Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü'nde erken evre çeşitli nedenlerle inoperabl primer akciğer kanseri veya akciğere metastaz yapmış tümörü olan hastalara yapılan stereotaktik vücut ışınlaması işleminin lokal kontrol ve erken dönem toksistelerini bildirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Bu amaçla tedavi uygulanan hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Takip bilgisi olmayan hastalar aranarak bilgi alındı.

Bulgular:

Ocak 2010 ve Ocak 2012 arasında yukarıdaki özelliklere uyan 48 hasta ve 58 adet lezyon belirlendi. Hastaların medyan yaşı 64 (20-85) ve %64'ü erkek idi. Lezyonların %48'i primer akciğer kanseri, geri kalanları daha önceden bilinen bir kanserin akciğer metastazı idi. Primer akciğer kanseri tanısı alan hastaların %25'inde histolojik verifikasyon olmadan tedavi uygulanmış olarak belirlendi. Tedavi dozu periferik yerleşimli lezyonlarda 3 fraksiyonda 54Gy (%53), santral yerleşimli lezyonlarda 5 fraksiyonda 55Gy (%47) olarak belirlendi. Santral ve periferik lezyon tanımı için standart literatür tanımları kullanıldı. Tedavi uygulama 4 lezyonda Cyberknife cihazı ile geri kalan tüm hastalarda lineer akseleratör ile gerçekleştirildi. Tedavi kararı öncesi hemen tüm hastalarda PET-CT ile endikasyon konuldu ve yanıt değerlendirme ise 3. ay PET-CT ile yapıldı. Yanıt değerlendirme 3. ay PET-CT çekimi olan toplam 46 lezyon üzerinden yapıldı. Yanıt değerlendirmesi olmayan 12 lezyon hastalar takipten çıktığı için (4) ve henüz 3 aylık takip süreleri olmadığı için (8) analizden çıkartıldı. Erken dönem PET-CT ile yanıt değerlendirme ile tüm hastalarda lokal kontrol gözlenirken bunların içinden 6 hastada daha takipte bölgesel başarısızlık saptandı (akciğer içi başka odak, mediastinal hastalık, aynı lezyonda yeniden progresyon). Hastaların medyan takip süresi 6 ay idi (1-19 ay). Bu süre içerisinde toplam 6 hasta kaybedildi. Ölümünün nedeni 4 hastada hastalık progresyonu, 1 hastada infektif pnömoni ve 1 hastada ise kardiyak idi. Hastaların hiçbirinde tedaviye bağlı toksiste gözlenmedi.

Sonuç:

Akciğerde yerleşmiş erken evre inoperabl primer kanser ve akciğerin metastatik hastalıklarında stereotaktik vücut ışınlaması oldukça etkin bir yöntemdir.

S-37

METASTATİK BÖBREK HÜCRELİ KANSERDE SUNİTİNİB TEDAVİSİ ALTINDAKİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER

İBRAHİM YILDIZ, FATMA SEN, MERT BAŞARAN, MELTEM EKENEL, LEYLA KILIÇ, SEVİL BAVBEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Son yıllarda, metastatik böbrek kanserinde VEGF yolağını hedef alan tedaviler, sitokin bazlı tedavilerin yerini alarak standart olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada

sunitinib tedavisi alan hastalarda sağkalımı etkileyen prognostik faktörler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2006 ile Mayıs 2010 arasında, enstitümüze ardışık olarak başvuran metastatik böbrek kanseri tanısı olan 77 hasta çalışmaya dahil edildi. Literatürde daha önceden tanımlanmış 21 tane potansiyel prognostik parametre, tek değişkenli ve çok değişkenli analizde incelendi.

Bulgular:

Hastaların medyan yaşı 58 (aralık, 26-80) olarak hesaplandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların 50'si erkek (65%) ve 27'si kadındı (35%). MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center risk scoring system) skorlamasına göre, hastaların %20'si iyi (n=15), %53'ü orta (n=41) ve %27'si kötü (n=21) risk grubundaydı. Çoğu hastaya (n=68, %88) nefrektomi yapılmıştı. Sunitinib tedavisi altındaki hastalarda genel sağkalımı etkileyen faktörlerin incelendiği tek değişkenli analizde, MSKCC skorlamasında kullanılan 5 değişkenden 4'ü (ECOG PS $\geq$ 2, düşük Hb seviyeleri, yüksek kalsiyum ve yüksek LDH seviyeleri kötü sağkalım ile ilişkili bulundu. Ek olarak erkek cinsiyet, hipalbuminemi varlığı, berrak hücreli olmayan histoloji, metastatik alan sayısının >2 olması, RT öyküsü, primer tümörde nükleer grade'nin 3 veya 4 olması ve sarkomatoid diferansiyasyon varlığı kötü sağkalım ile ilişki bulundu. Diğer faktörler (yaş, tanı ile anti-VEGF arasında geçen süre, metastaz yeri vs.) sağkalımla ilişkili bulunmadı. Çok değişkenli analizde ise sarkomatoid diferansiyasyon varlığı ve performans düşüklüğü en anlamlı parametreler olarak saptandı. Progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) sırasıyla 13 ve 25 ay olarak bulundu.

Sonuç:

Bu çalışmada sunitinib tedavisi alan hastalarda genel sağkalımla ilişkili bulunan prognostik faktörler MSKCC modelinin moleküler tedaviler alanında da halen geçerli olduğunu doğrulamaktadır. Bu faktörlere ek sarkomatoid diferansiyasyon kötü prognostik faktör olarak saptandı.

S-38

PROSTAT KANSERİ HÜCRE KÜLTÜRLERİNDE BİR RHO KİNAZ İNHİBİTÖRÜ OLAN Y-27632 VE İBANDRONATIN KOMBİNE KULLANIMI SİTOTOKSİK ETKİYİ ARTIRMAKTADIR

ALPER ATA¹, A. ATA ÖZÇİMEN², A. HAKAN KURT³, R. NALAN TİFTİK³, KANSU BÜYÜKAŞAR³, ALİ ARICAN⁴

¹ MERSİN DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² MERSİN ÜNİVERSİTESİ FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ BİYOLOJİ BD

³ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ BD

⁴ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Kanserlerin kemik metastazlarında ve malign hiperkalsemi tedavisinde kullanılan bisfosfonatlar mevalonat yolağını inhibe ederek Ras prenilasyonunu ve tumor büyümesini inhibe ederler. Rho/Rho kinaz yolağı kanser hücre proliferasyonu, migrasyonu ve metastazında önemli role sahiptir. Bu çalışmada bir Rho kinaz inhibitörü olan Y-27632'nin ve farnesil transferaz inhibitörü olan ibandronatın prostat hücre kültürlerinde

birlikte kullanımlarının hücre proliferasyonu üzerine olan etkileri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

PC-3 prostat kanseri hücreleri %10 siğir serumu, %1 L-glutamin, %1 penisilin (10.000 U/ml) ve streptomisin (10.000) mg/ml eklenmiş, %5 CO₂ ile nemlendirilmiş ve 37 °C' ye ısıtılmış ortamda herbirine 24.000 hücre düşecek şekilde e-plate' lere yerleştirilmiştir. Hücre büyümesi ve proliferasyonu real time monitor ile (xCELLigence, Roche) yapılmıştır. Hücre indeksi 12, 24, 36, 48, 60 ve 72. saatlerde ölçülmüştür. Ölçümler ibandronat, Y-27632 için ayrı ayrı ve her ikisinin kombine olarak eklendiği gruplarda yapılmıştır.

Bulgular:

ibandronat (10-100 mM), Y-27632 (50-100 mM) belirgin olarak hücre indeksini azaltmıştır. Her iki ajanın birlikte kullanımının sitotoksik etkiyi potansiyelize ettiği görülmüştür.

Sonuç:

Rho kinaz inhibitörleri, bisfosfonatlar ve kombinasyonları prostat kanseri tedavisinde umut veren ajanlardır.

Not: Bu çalışma Tıbbi Onkoloji Derneğinin maddi desteği ile yapılmıştır.

S-39

SEMİNOM DIŞI GERM HÜCRELİ TESTİS KANSERLERİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİ İLE UZUN DÖNEM (1993-2011) SONUÇLARI: GATA DENEYİMİ

NURİ KARADURMUŞ¹, SELMİN ATAERGİN¹, GÖKHAN ERDEM¹, MUSTAFA ÇAKAR², OKAN KUZHAN¹, TÜRKER TÜRKER³, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, MUSTAFA ÖZTÜRK¹, FİKRET ARPACI¹

¹ TIBBİ ONKOLOJİ BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

² İÇ HASTALIKLARI BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

³ HALK SAĞLIĞI BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

Amaç:

Erkek seminom dışı germ hücreli kanserler, 20-40 yaş arası genç yaşlarda sıkça görülen tümörlerdir. Bunların yaklaşık %95'i testis, %5'i extragonadaldır.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 1993-Aralık 2011 tarihleri arasında GATA Tıbbi Onkoloji bölümüne müracaat eden 248 hastaya ait demografik ve klinik özellikler retrospektif olarak tarandı ve değerlendirildi.

Bulgular:

Medyan yaşı 26 olan (19-45 yıl) olguların 74'ü (%29.8) İç Anadolu bölgesinde yaşarken, Doğu Anadolu bölgesi en az yaşanan bölge olarak dikkati çekti (n= 14, %5.6). Vakaların 54'ü (%21.7) asemptomatik testiküler kitleyi kendileri fark etmişlerdi ve bu vakaların 39'u (%72.2) yüksek eğitimliydi. Olguların vücut-kitle indeksine göre değerlendirmesinde 156'ı (%62.9) normal kilolu, 45'i (% 18.1) aşırı kilolu, 38'i (%15.3) obez kategorilerindeydi. İki hasta (%.008) testiküler

intraepitelyal neoplazi, 32 hasta (% 12.9) evre I, 126 hasta (% 50.8) evre II, 88 hasta (% 35.4) evre III hastalığa sahipti. Primer yerleşim yeri, 189 hastada (%76.2) testis, 59 hastada (%23.8) ekstragonadal [38 hasta retroperitoneal (%15.3), 21 hasta mediastinel (%8.4)] bölge kaynaklı idi. Histopatolojik olarak mixt-germ hücreli tümörlere, embriyonel karsinom, yolk-sak ve koryokarsinom komponentlerin eşlik etme sıklığı sırasıyla %73, %22, %17 oranlarındaydı. Tüm olgulara ilk hat tedavisi olarak PVB veya BEP kemoterapisi uygulandı. Kemoterapi sonrası rezidu kitle nedeniyle retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu gereken olgu sayısı evre II ve evre III hastalar için sırasıyla 21 (% 8.4) ve 7 (%2.8) olarak saptandı. Medyan takip süresi evre I hastalar için 94 ay (aralık: 19-228), evre II hastalarda 69 ay (14 -176), evre III hastalarda 31 aydı (11- 134). Testis tümörlü olgularda 10 yıllık toplam sağkalım oranı evre I, II ve III hastalar için sırasıyla % 99, % 79 ve % 43 olarak saptandı.

Sonuç:

Germ hücreli kanserler, histopatolojik tip ve klinik davranış olarak heterojen karektere sahip olmakla birlikte, konvansiyonel kemoterapiye yanıt oranları ve hayatta kalma oranları yüksek kanserlerdir.

S-40

RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA ADEZYON MOLEKÜLLERİ VE KLİNİK ÖNEMİ

UMUT DEMİRCİ¹, MELEK YAMAN², SÜLEYMAN BÜYÜKBERBER³, ÖZGÜR EKİNCİ⁴, UĞUR COSKUN³, MUSTAFA BENEKLİ³, E. ÜMİT BAĞRIAÇIK²

¹ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI

³ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁴ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Disaderin birçok kanserde hastalık progresyonuna neden olan hücre adezyon molekülüdür. E-kaderin ilişkili ve E-kaderinden ilişkisiz olarak kemokin ligand 2 (CCL2) aracılığı ile etkilerini gösterir. Bu çalışmada renal hücreli karsinomda (RHK) adezyon molekülüleri (disaderin, E-kaderin) ve CCL2'nin ekspresyonu ve klinik önemi değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2006-2010 yılları arasında tanı almış RHK'li 38 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

27 erkek, 11 kadın hastanın ortanca yaşları 60 (33-84) idi. Onbeş hastada tümör Fuhrmann grad ¾ iken, hastaların %55.3'ünde (n=21) kapsül invazyonu, 10 hastada (%26.3) perirenal yağ doku tutulumu, 4 hastada (%10.5) renal ven trombüsü (n=4) saptandı. Ortanca tümör çapı 5.75 cm (2-30 cm) iken 13 hastada evre 4, bir hastada evre 3, 5 hastada evre 2, 19 hastada ise evre 1 hastalık mevcuttu. On hastada disaderin ekspresyonu izlenmez iken 25 hastada (%65.8) hafif (%30 altı), 3 hastada (%7.9) orta-yüksek (%30 ve üstü) düzeyde ekspresyon saptanmıştır. Onbir hastada (%28.9) E-kaderin ekspresyonu izlenmez iken, 23 hastada (%60.5) hafif

düzeyde, 4 hastada (%10.6) ise orta-yüksek düzeyde E-kaderin ekspresyonu saptanmıştır. CCL2 ekspresyonu 14 hastada izlenmez iken, 7 hastada (%18.4) düşük, 17 hastada (%44.3) orta-yüksek düzeyde ekspresyon saptanmıştır. Disaderin ve CCL2 arasında orta derecede ($r = +0.25$, $p = 0.49$), E-kaderin ile CCL2 arasında orta derecede ($r = +0.25$, $p = 0.33$), disaderin ile ekaderin arasında orta derecede ($r = +0.22$, $p = 0.66$) korelasyon saptanmıştır. Tümör gradı ile E-kaderin arasında orta derecede negatif ($r = -0.25$, $p = 0.49$) korelasyon saptanmıştır. Ortalama sağkalım 46.6 ay (aralık 38.9-54.3) idi, tekli değişkenli analizde evre, tümör gradı, kapsül invazyonu, tümör trombüsü, perirenal yağ doku tutulumu sağkalım üzerinde anlamlı iken ($p < 0.05$). Çoklu değişkenli analizde ise sağkalım üzerinde evre ve vasküler trombüs anlamlı saptanmıştır.

Sonuç:

Bu çalışma RHK'de disaderin, E-kaderin ve CCL2'nin değerlendirildiği ilk çalışma olup bu belirteçlerin sağkalım üzerine prognostik önemi gösterilememiştir.

S-41

80 YAŞ ÜSTÜ MEME KANSERİ HASTALARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

SAMED RAHATLI¹, ÖMER DİZDAR¹, ÇAĞATAY ARSLAN², TÜLAY EREN³, SELİM YALÇIN¹, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, SERCAN AKSOY³, DİDEM ŞENER DEDE⁴, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, NURULLAH ZENGİN³, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹, MUSTAFA KADRI ALTUNDAĞ²

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

³ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

⁴ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

İnsan yaşam süresinin uzamasıyla birlikte 80 yaş üzerindeki meme kanseri hastaları artmaya başlamıştır. Bu yaşlı popülasyondaki tümör biyolojisi, tedavi seçenekleri ve sonuçları ile ilgili veriler şu an için kısıtlıdır. Bu çok merkezli retrospektif çalışmada 80 yaş üstündeki meme kanseri hastalarının tümör özellikleri, tedavi ve sağkalım sonuçları analiz edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

80 yaşından büyük yaşta meme kanseri tanısı almış hastaların hastane kayıtları 4 ayrı kanser merkezinde incelenmiştir. Demografik bilgiler, tümör özellikleri, tedavi rejimleri ve hastaların sağkalım sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya 83 hasta dahil edilmiştir. Sonuçlar Tablo 1 'de özetlenmiştir. Median yaş 82'ydi. Hastaların 69'unun (%83) en az bir tane komorbid hastalığı mevcuttu. Hastaların 15'i (%18) kemoterapi, 21'i (%25) radyoterapi almıştı. Hormon reseptörü pozitif olan hastaların %89'u endokrin tedavi almıştı. Median takip süresi 22 ay(1-181ay)'dı. Takip süresince 10 hastada nüks gelişti ve 20 hasta öldü. Nükslerin bir tanesi lokal diğer 9'u uzak metastazdı. Median hastalıksız sağkalım 68 aydı. 5 yıllık genel sağkalım %61.9'du.

	n
Median yaş (aralık)	82 (80-95)
Evre	
I	7 (8%)
II	25 (30%)
III	21 (25%)
IV	6 (7%)
Bilinmeyen	24 (29%)
ER	
Positif	61 (73%)
Negatif	17 (20%)
Bilinmeyen	5 (6%)
PR	
Positif	17 (20%)
Negatif	57 (70%)
Bilinmeyen	9 (10%)
cerbB2	
Positif	9 (10%)
Negatif	69
Bilinmeyen	5 (6%)

Sonuç:

80 yaş üstü meme kanserleri düşük dereceli ve hormon reseptörü pozitif olma eğilimindedir. Beş yılın sonunda hastaların yarısından çoğu hayatta kalmıştır. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi bu hastalarda daha az kullanılmasına rağmen genel sağkalım oldukça iyidir.

S-42

MEME KANSERLİ ≤35 YAŞ VE ≥70 YAŞ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİ SONUÇLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

PINAR DAL, SAMED RAHATLI, SELİM YALÇIN, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ, ÖZDEN ALTUNDAĞ, ÖMER DİZDAR, ÖZGÜR ÖZYILKAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. İnsanların yaş ortalamasının artmasıyla yaşlı bireylerde görülen meme kanseri sayısı giderek artmaktadır. Ancak verilen agresif tedavilere rağmen genç yaş hasta grubunda meme kanseri prognozunun ve sağkalımının daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada genç yaşta meme kanserli hastalarla yaşlı

hastaların demografik, prognostik ve prediktif özellikleri ile tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

1991-2009 yılları arasında Başkent Üniversitesi Adana ve Ankara hastanelerinde tanı almış, elli ≤ 35 yaş meme kanseri hasta ile elli ≥ 70 yaş meme kanseri hastanın hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiş, hastalık özellikleri, sağkalım ve tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların demografik ve klinik özelliklerinden bazıları Tablo1 ve 2 de belirtilmiştir. Hastaların ≤35 yaş olanlarının median takip süresi 21.7 ay(2-91ay) dı. Bu hastaların 48'i (%96) kemoterapi , 38'i (%76) radyoterapi almıştı. Hastaların 27'si (%54) hormonoterapi almıştı. Takip süresince 17 (%34) hastada nüks saptandı, 3 hasta(%6) öldü. Hastaların ≥70 yaş olanlarının takip süresi 36 aydı (1-195ay). Bu hastaların 45'i (%90) kemoterapi, 21'i(%42) radyoterapi almıştı. Takip süresince 12 hastada(%24) nüks gelişti, 4 hasta(%8) öldü.

Sonuç:

Genç meme kanserli hastalar daha kötü prognoza sahiptiler. Ancak normal prognostik faktörlerden tümör boyutu, aksiler lenf nodu tutulumu ve grade bu durumu tek başına açıklamamaktadır. Bunun bir çok nedeni olabilir. Örneğin meme dokusunun daha yoğun olması genç hastalarda daha ileri evrelerde teşhis konulabilmesine neden olmuş olabilir.

Yaş ≤35 Tablo 1		Yaş ≥70 Tablo 2	
Yaş	32±3	Yaş	76±5
Histoloji		Histoloji	
Duktal	45(%90)	Duktal	30(%60)
Mikst	4(%8)	Lobüler	4(%8)
Diğer	1(%2)	Müsinöz	3(%6)
		Mikst	9(%18)
		Diğer	4(%8)
Grade		Grade	
I	1 (%2)	I	10(%20)
II	23(%46)	II	18(%36)
III	21(%42)	III	11(%22)
Reseptör durumu		Reseptör durumu	
ER+	23(%46)	ER+	40(%80)
PR+	24(%48)	PR+	38(%76)
HER2+	17(%34)	HER2+	7(%14)
Evre		Evre	
I-II	21(%42)	I-II	39(%78)
III	26(%52)	III	6(%12)
IV	2(%4)	IV	5(%10)

S-43

TANI MEVSİMİ MEME KANSERİ İÇİN PROGNOSTİK MİDİR?

HASAN MUTLU¹, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK², ARZU AKŞAHİN³, TUNCAY ASLAN³, HEDİYE UĞUR³, ABDÜLSAMET ERDEN³

¹ KAYSERİ ACIBADEM HASTANESİ

² ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ,İÇ HASTALIKLARI,İSTANBUL

³ KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kanser riski ve güneş ışığı maruziyeti arasında ters bir ilişki olabileceği bazı çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca kanser tanı mevsiminin özellikle prostat, kolon, over ve non melanom cilt kanserlerinde prognozu etkilediği gösterilmiştir.Çalışmamızda meme kanserli hastalarda kanser tanı mevsiminin prognostik özelliği araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden retrospektif olarak toplam 517 hasta alınmıştır. Hastalar tanı mevsimine göre kış, ilkbahar, yaz ve sonbahar olarak 4 gruba bölündü. Hastalısız süre ve yaşam süresi için yaş, evre, menopozal durum, östrojen, progesteron ve Cerb B2 reseptör durumu, grade, lenfovasküler ve perinöral invazyon varlığı ve tanı mesimi analiz edildi.

Bulgular:

Sadece östrojen reseptör pozitifliği ve lenfovasküler invazyon varlığı tüm çalışma grubu için yaşam süresi açısından bağımsız prognostik faktördü (sırasıyla p=0.001 ve p=0.001). Gruplar arasında prognostik faktörler açısından fark yoktu. Ortalama hastalısız süre açısından gruplar arasında anlamlı fark var idi(p=0.019). Kış mevsiminde tanı alan meme kanserli hastalar en iyi hastalısız süreye sahip iken yaz ayında tanı alan meme kanserli hastalar en kötü zamana sahipti. Yaşam süresi ise benzerdi (p=0.637).

Sonuç:

Tanı mevsimi meme kanseri için bağımsız bir prognostik faktör olarak tespit edilemedi. Ancak diğer faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde prognoz açısından önem kazandığını düşünmekteyiz.

S-44

HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONUNDA CD34+ HÜCRE SELEKSİYONU VE AYIKLANMASI

AYSEL PEKEL , ZÜLFİYE SAMUR , SONNUR YEŞİLLİK , REYHAN AKAY , GÖKHAN ERDEM , NURİ KARADURMUŞ , ŞÜKRÜ ÖZAYDIN , MUSTAFA ÖZTÜRK , SELMİN ATAERGİN , OKAN KUZHAN , FİKRET ARPACI

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON MERKEZİ, ETLİK, ANKARA

Amaç:

CD 34 pozitif hücre seleksiyonu son 15 yıldır otolog transplantasyonda greftteki tümör yükünün azaltılması ve allojeneik transplantasyonda ise T hücre deplesyonu için kullanılmaktadır. Türkiye'de ilk CD 34 pozitif seleksiyon

immunomanyetik yöntemle (Clini-MACS) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kemik İliği Transplantasyon (KİT) merkezinde Şubat 1998'de yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ekim 2011'e kadar toplam 168 seleksiyon işlemi gerçekleştirilmiştir. 68 seleksiyon otolog nakil için, 100 seleksiyon haploidentik seleksiyon için yapılmıştır. Otolog transplantasyon uygulanan 68 işlemin 29'u meme kanseri, 13'ü Non-Hodgkin Lenfoma, 15'i nöroblastom, 2'i ALL, 1'i skleroderma, 1'i multipl sklerozis, 4'ü Akut myeloid lösemi, 2'i multiple myeloma ve 1'i osteosarkomadır. Haploidentik allojeneik transplantasyon uygulanan 100 işlemin; 53'ü Ciddi Kombine İmmün yetmezlik sendromu, 13'ü fanconi anemisi, 5'i osteopetrozis, 17'i Akut myeloid lösemi, 4'ü Akut lenfoblastik lösemi, 1'i Kronik myeloid lösemi, 1'i Kronik myeloid monositik lösemi, 1 MHC CLASS II eksikliği, 1'i Miyelodisplastik sendrom, 2'i amegakaryositik trombositopeni ve 1'i hemofagositik sendrom, 1'i Hemofagositik lenfositosis sendromudur. 35 seleksiyonda normal kolumn, 133 seleksiyonda large kolumn kullanıldı. 159 seleksiyonda periferik kan, 9 seleksiyonda kemik iliği kullanıldı. 69 olguda manuel, 99 olguda otomatik yıkama kullanıldı.

Bulgular:

CD 34 (+) hücrelerin medyan saflık oranı 94% (30-99), medyan korunma oranı 66% (27-100) olarak bulunmuştur. Medyan T hücre depleksyonu 4.52 log (1.31-5.82) ve B hücre depleksyonu 2.86 log (1.11 - 4.82)dur. Tümör hücre depleksyonu >94' lük saflık oranı elde edilirse 3-4 log arasında olmuştur. Sağlıklı kişilere uygulanan seleksiyonlar, hastalık halindekiilere göre daha yüksek saflık ve korunmaya sahiptir. Clini-MACS kolumnlarında total çekirdekli hücre sayısı kapasitesinin üzerine çıksa bile (columnun CD34(+) hücre kapasitesi aşılmamak kaydıyla) sistemin performansı bozulmamaktadır.

Sonuç:

Sonuç olarak Clini-MACS kullanılarak yapılan immunomanyetik CD34(+) hücrelere seleksiyonu, hem otolog hem de allojeneik nakilde yüksek CD34 korunma ve saflık oranları ve yüksek T ve B hücre depleksyonuyla etkin bir ayıklama ve depleksyon yöntemidir.

S-45

ZOLEDRONİK ASİT İNFÜZYONUNUN EKG PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

CEMİL BİLİR, HÜSEYİN ENGİN , DERYA ÇOLAK , YASEMİN BAKKAL TEMİ

ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ONKOLOJİ B.D

Amaç:

Bifosfonatlar gerek osteoporoz tedavisinde gerekse kemik metastatik kanser hastalarının tedavisinde sık kullanılan ilaçlardır. Yeni literatür verilerinde bifosfonat kullanımı ile atrial fibrilasyon riski konusunda çelişkili veriler mevcuttur. Bu çalışmada zoledronik asit kullanan hastalarda EKG değişikliklerini inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Bu prospektif çalışmada 2011 yılında yeni kemik metastazı tanısı alan 32 hasta çalışmaya dahil edildi. EKG de P dispersiyonu, QT dispersiyonu, öncesi ve sonrası değerleri kaydedilerek karşılaştırıldı.

Bulgular:

Ortalama yaş 54 (26-80) olup 15 hastada meme kanseri, 5 hastada akciğer kanseri, 5 hastada prostat kanseri, 5 hastada kolorektal ve 2 hastada mide kanseri mevcuttu. Hiçbir hastada tanı anında hiperkalsemi yoktu. P dispersiyonu ilaç öncesi 53 ms, sonrası 52 ms idi (p: 0.79). QT dispersiyonu ilaç öncesi 10.6 ms sonrası ise 10.9 ms'di ve p:0.57 idi.

Sonuç:

P dispersiyonu EKG de minimum ve maksimum P süreleri arasındaki farkla ölçülür. Bu değer artışı atriyal fibrilasyon için bir risk faktörü ve öngörücü kabul edilmektedir. QT dispersiyonu da P dispersiyonu gibi minimum ve maksimum değerler arasındaki farktan oluşur ve ventriküler aritmi potansiyelini gösteren faktörlerdendir. Bizim çalışmamız öncesi ve sonrası ölçüm yapılan bu konudaki ilk çalışma olup zoledronik asit infüzyonunun kanser hastalarında atriyal fibrilasyon ve ventriküler aritmiler için ilave bir risk katmadığını desteklemektedir.

S-46

DOSETAKSEL, GLUTAMİN VE SELENYUM KOMBİNASYONUNUN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HÜCRE HATLARINDA ANTİKANSER ÖZELLİĞİ VE TOKSİSİTE ÜZERİNE ETKİSİ

RÜKSAN ÇEHRELİ¹, HİLAL KOÇDOR¹, FIRAT SOYARAT², PINAR KEMANLI², HALİL ATEŞ³, HAYRİ ÖZSAN³, YASEMİN SAYGİDEGER², İLHAN ÖZTOP¹, MEHMET ALİ KOÇDOR⁴

¹DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MOLEKÜLER TIP AD

³DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HEMATOLOJİ BD

⁴DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. CERRAHİ AD

Amaç:

Akciğer kanseri tedavisinde yer alan dosetaksele bağlı toksik etkileri azaltmada antioksidan ve anti-apoptotik özellikleri nedeniyle glutamin ve selenyumun etkili olabileceği öngörülmektedir. Dosetakselin küçük hücreli dışı akciğer kanseri hücre hatlarında hücrelerin gelişimini engelleyici etkisinin artırılmasında bu nutrientlerin antikanser rolünün değerlendirilmesi amaçlanmaktadır

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada A549 ve H1299 hücre hatları kullanıldı. Dosetaksel, Selenyum ve Glutamine ait IC₅₀ dozları, farklı ilaç konsantrasyonları hücre-canlılık-testi ile gösterildi. Etkin konsantrasyonlar, farklı kombinasyonlarda hücrelere uygulanarak ,geç-erken apoptoz, nekroz ve hücre canlılığı oranına etkileri flow sitometrik bir yöntem olan FITC-Annexin V analizi ile belirlendi

Bulgular:

A549 hücre hattında Selenyum-glutaminin dosetaksel rejimine eklenmesiyle apoptotik ve nekrotik hücre ölümü oranlarına katkısı olmamıştır. Selenyum ve Glutaminin tek ve birlikte kullanımlarında ise apoptotik ve nekrotik hücre ölüm oranlarını artırmaktadır.

A549 hücre hattında dosetaksel rejimine Selenyum ve Glutamin eklenmesiyle G0/G1 fazında artış, S fazı ve G2+M fazındaki hücre oranında azalma belirlenmiştir. S fazı ile G2+M fazlarındaki hücrelerin ise G0/G1 fazında tutulduğu saptanmıştır.

H1299 hücre hattında selenyumun hücre ölümüne etkisi gözlenmemiştir. Dosetaksel rejimine Glutamin eklenmesinin hücre proliferasyonunu arttırmadığı saptanmıştır.

H1299 hücre hattında Dosetaksel ve Glutamin'in birlikte verilmesi ile G0/G1 ve G2+M fazlarındaki hücre oranında azalma, Sub-G1 fazındaki hücre miktarında artış saptanmıştır.

Sonuç:

Dosetaksel kemoterapisi altında Glutamin,ve Selenyumun birlikte verilmesinin antikanser etkinliğe katkısı saptanmamıştır. Kemoterapi uygulanmadığı dönemde p53 (-) küçük hücreli dışı akciğer kanserinde Glutamin, p53(+) İnsan akciğer epitelyal adenokarsinomunda glutamin ve selenyum uygulaması anti-kanser etkinliğe sahiptir.

S-47**PSGL-1 VNTR POLİMORFİZMİNİN KANSER HASTALARINDA TROMBOZA VE GENEL SAĞKALIMA ETKİSİ**

MUSTAFA BOZKURT, KEREM OKUTUR, KÜBRA AYDIN, ESAT NAMAL, AKIN ÖZTÜRK, KEZBAN NUR PİLANCI, GÖKHAN DEMİR

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Kanser hastalarında tromboz önemli mortalite ve morbidite nedenidir. PSGL-1, lökosit membranında yerleşmiş major p-selektin reseptörüdür. Antifosfolipid sendromunda trombozriskinin PSGL-1 VNTR heterozigot genotipinde arttığı gösterilmiştir. Bu çalışma, tromboz riskini artıran bağımsız faktör olarak belirlenmiş adenokarsinom histolojili kanser hastalarında PSGL-1 VNTR polimorfizminin tromboz riskine katkısını ve genel sağkalıma etkisini göstermek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde izlenen adenokarsinom histolojili venöz trombozu olan 53, trombozu olmayan 28 hasta kanser hastasında PSGL-1 VNTR polimorfizmi bakıldı. İstatistik Ki-Kare testi kullanılarak yapıldı, genel sağkalım Kaplan Meier eğrisinde gösterildi.

Bulgular:

Toplam 81 hastanın %31'i kolorektal, %20'si mide, %14'ü pankreas, %11'i meme, %8'i akciğer, %5'i over, %4'ü kolanjikarsinom, %4'ü prostat ve %3'ü primeri bilinmeyen. Tromboz olan ve olmayan grup arasında demografik farklılık

yoktu. PCR AA %67, AB %25, BB %5 ve AC %3 olmak üzere 4 PSGL-1 polimorfik genotip belirlendi. PSGL-1 polimorfik genotipi tromboz oluşumu ile istatistik anlamlı ilişki göstermemiş olmakla birlikte (p=0.64), homozigot (AA+BB) ve heterozigot (AB+AC) olarak kategorize edildiğinde p=0.39 oldu. Trombozuların median sağkalımı 43 ay, trombozu olmayanların 111 ay ile farklıydı (p=0.001). Aynı paralellik, homozigot (median sağkalım 71 ay) versus heterozigot da (median sağkalım 59 ay), istatistik anlamlılık olmasa da gözlemlendi (p=0.9).

Sonuç:

Daha fazla hasta sayısı ile hipotezin testi, ilişkinin gösterilmesini sağlayabilir.

S-48**REFRAKTER / METASTATİK SEMİNOM DIŞI GERM HÜCRELİ TESTİS KANSERLİ OLGULARDA YÜKSEK DOZ KEMOTERAPİ VE OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ: GATA TEK MERKEZ SONUÇLARIMIZ**

NURİ KARADURMUŞ¹, SELMİN ATAERGİN¹, GÖKHAN ERDEM¹, MUSTAFA ÇAKAR², TÜRKER TÜRKER³, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, MUSTAFA ÖZTÜRK¹, FİKRET ARPACI¹

¹ TIBBİ ONKOLOJİ BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

² İÇ HASTALIKLARI BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

³ HALK SAĞLIĞI BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

Amaç:

Testis kanserleri yüksek oranda tedavi edilebilen ve kürabilite sağlanabilen kanserlerdir. Bazı hastalar standart kombine kemoterapilere yanıt vermemektedir ve bu hastalarda kurtarıcı tedavi olarak yüksek doz kemoterapi (YDK) ve olog kök hücre transplantasyonu (OKHT) ile tam remisyona ulaşabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 1993 - Aralık 2011 tarihleri arasında kliniğimizde YDK ve OKHT yapılan 62 hasta retrospektif olarak tarandı ve değerlendirildi.

Bulgular:

Medyan yaşı 24 (aralık: 22-32 yıl) olan olguların 56'ı (%90.3) evre III, 6'ı (%9.6) evre II hastalığa sahipti. Histopatolojik olarak mixt-germ hücreli tümörlere, embriyonel karsinom, yolk-sak ve koryokarsinom komponentlerin eşlik etme sıklığı sırasıyla %64, %24, %23 oranlarındaydı. Primer tümör yerleşim yeri 51 hastada (%82.2) testis, 11 hastada (%17.7) ekstraponadal bölge kaynaklı idi [6 hasta retroperitoneal (%9.6), 5 hasta mediastinel (%8.1)]. Olguların metastaz yerleri; karaciğer (n=20, %32.2), karaciğer dışı (kemik, akciğer) tutulumu (n=34, %54.8) ve santral sinir sistemi tutulumu (n=5, %8.1) şeklindeyken çalışmaya katılan 6 hastaya (evre II) ise en az 2 farklı hat kemoterapi sonrası tümör belirteçlerinde refrakter yükseklik saptanması nedeni ile YDK ve OKHT uygulandı. Standart kemoterapi sonrası rezidüe kitle nedeniyle retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu gereken olgu sayısı Evre II ve Evre III hastalar için sırasıyla 2 (%3.2) ve 16 (%25.8) olarak saptandı. YDK rejimi olarak ICE (ifosfamid, carboplatin, etoposid) uygulandı. Medyan takip

süresi 39 (aralık: 6-54) aydı. OKHT öncesi medyan AFP, β HCG, LDH değerleri sırasıyla 176 IU/ml (4.9-624), 1090 IU/ml (0.6-72.000), 346 IU/ml (126-764) iken, OKHT sonrası değerler 3. ayda AFP, β HCG, LDH değerleri sırasıyla 20 IU/ml (4-54), 4 IU/ml (0.2-20), LDH 124 IU/ml (102-240) şeklindeydi. YDK sonrası 16 hastada (%25.8) tam yanıt, 21 hastada (%33.8) parsiyel yanıt, 8 hastada (% 12.9) stabil hastalık ve 17 hastada (% 27.4) progresif hastalık gözlemlendi. Üç yıllık toplam sağ kalım oranı % 61 olarak saptandı. YDK sonrası medyan nötrofil engraftmanı 14. gün (aralık: 12-17) ve trombosit engraftmanı ise 15. gün (aralık: 13-17) olarak bulundu. En önemli tedavi toksisitesi ise (grade 1/2) nefrotoksosite idi (%11.2).

Sonuç:

Standart kombine kemoterapiye yanıt vermeyen metastatik germ hücreli testis kanserlerinde YDK ve OKHT etkin, güvenilir olup olguların % 26'da küratif bir tedavi yaklaşımıdır.

S-49

RELAPS-REFRAKTER HODGKİN LENFOMA HASTALARINDA İFOSFAMİD, İDARUBİSİN, ETOPOSİDE (IIVP) REJİMİ ETKİNLİK VE TOKSİSİTE DEĞERLENDİRMESİ

ÇAĞATAY ARSLAN ¹, EVREN ÖZDEMİR ², İBRAHİM BARIŞTA ², AYŞE KARS ², ALEV TÜRKER ², EMİN KANSU ²

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİMDALI

Amaç:

Relaps/refrakter HL hastalarında IIVP rejimi ile uygulanan kurtarma tedavisinin etkinlik ve toksisitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

HÜTF, Onkoloji Enstitüsü'nde 2002-2010 yılları arasında relaps/refrakter HL tanısı ile izlenen ve IIVP rejimi ile kurtarma tedavisi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

IIVP kurtarma tedavisi alan toplam 45 olgu vardı. IIVP tedavisi öncesinde hastaların 1'i tam yanıt (CR), 19'u relaps, 25'inde refrakter hastalık mevcuttu. Hastaların 35 (%76)'ine 2 kür IIVP uygulanmıştı. Tüm hastalara primer GCSF profilaksisi uygulanmıştı. Primer antibiyotik profilaksisi 20 (%44) hastaya uygulanmıştı. IIVP tedavisi ile 34 hastada yanıt elde edilmişti (%76). Yanıt elde edilen 34 hastaya (%76) OKHT, OKHT sonrasında relaps olan 4 hastaya AKHT uygulanmıştı. IIVP ile n=13 (%29) CR elde edilmişti. En sık görülen grad 3-4 toksisite hematolojiktir (n=33; %76). Tüm hasta grubunda ortalama PFS; 88 aydı (%95 CI; 28.6–147.3). IIVP tedavisine yanıt verenlerde ortalama PFS'a ulaşılamadı. 5 yıllık PFS oranı %66 idi. Tüm hasta grubunda ortalama OS'a ulaşılamadı ancak IIVP tedavisi ile yanıt elde edilen grupta 5 yıllık OS oranı %78, yanıt elde edilemeyenlerde 4 yıllık OS %48'di.

Sonuç:

Otolog kök hücre transplantasyonu öncesinde hastalığın kurtarma tedavilerine yanıtı ve CR elde edilmesi yüksek

doz kemoterapi ve kök hücre transplantasyonu başarısını arttırmaktadır. IIVP kutarma tedavisi ile %76 yanıt elde edilmiştir. Yanıt elde edilen olgularda PFS ve OS daha iyidir. IIVP rejimi ile grad 3-4 hematolojik toksisitelerin sık geliştiği gözlemlenmiştir.

S-50

DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMALARDA FASCİN EKSPRESYONUN KLİNİK ÖNEMİ

N. EMRAH KOÇER ¹, FATİH KÖSE ², FAZİLET KAYASELÇUK ¹, ALİ AYBERK BEŞEN ², HÜSEYİN MERTOYLU ², ÖZGÜR ÖZYILKAN ², İLHAN TUNCER ¹

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADANA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ DEPARTMANI

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADANA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ TIBBİ ONKOLOJİ DEPARTMANI

Amaç:

Fascin normal lenfoid dokunun dendritik hücrelerinde bulunan, aktin paketleyici bir proteindir. Önceleri klasik Hodgkin lenfomada Reed-Sternberg hücreleri ve varyantları için spesifik bir belirteç olarak kabul edilse de zamanla diffüz büyük B hücreli lenfomaların (DBBHL) bir kısmında ve anaplastik T hücreli lenfomaların neredeyse yarısında eksprese edildiği gösterilmiştir. Diffüz büyük B hücreli lenfomalarda fascin ekspresyonu ile ilgili yalnızca birkaç çalışma vardır ve DBBHL de fascin ekspresyonu varlığının klinik bir önemi olup olmadığı konusunda literatürde veri yoktur.

Gereç ve Yöntem:

Başkent Üniversitesinde 2005- 2010 yılları arasında patolojik olarak Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, CD20 pozitif, olduğu gösterilmiş 60 hasta bu çalışmaya alınmıştır. Vakalara ait seçilmiş parafin bloklardan elde edilen kesitlere immunhistokimyasal olarak fascin uygulanmış ve sonuçlar boyanmanın varlığı-yokluğu, şiddet ve yaygınlığına göre semikantitatif olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar ve klinik veriler arasında korelasyon aranmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya katılan hastalarda ortalama yaş 58 yaş (24-85),vakaların cinsiyet dağılımı ise 41 vaka(%68.3) erkek ve 19 vaka(%31.7) bayandır. Altı hasta(%10) Evre I, 12 hasta (%20) Evre II, 22 hasta (%36.7) Evre III ve 20 hasta(%33.3) Evre IV olarak saptanmıştır. Yirmibeş hastada(%41.7) tanı anında bulky hastalık ve 47 hastada(% 78.3) ekstra-nodal tutulum saptanmıştır. Performans ölçeği 28 hastada(%48.7) 0, 7 hastada(%11.7) 1, 16 hastada (%26.7) 2, 9 hastada(%15) 3'tür. Ellibeş hasta(%91.7) rituksimab içeren tedavi rejimleri ile tedavi edilmiştir. Genel sağ kalım tüm grupta ortalama 48(95%CI, 32-63) ay olarak saptanmıştır. Cinsiyet, performans ölçeği değerleri, evre, bulky hastalık olup veya olmama, birinci basamak kemoterapi cevabı ve IPI skoru tek değişkenli analizde genel sağ kalım üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkili olmuştur, p değerleri sırası ile p:0,013, p:0,022, p:0,024, p:0,042, p: 0,0002 ve p:0.021'dir. Ortanca hastalıksız sağ kalım 9 aydır (95%CI, 6.2-11.7). Çalışmada kullanılan parametrelerden hiçbirinin hastalıksız sağ kalım üzerine etkisi

gösterilememiştir.

Sonuç:

Bu çalışmada DBBHL'de fascin ekspresyonunun klinik-prognostik bir önemi olduğuna dair veri elde edilememiştir. Fascinin, lenfoid dokunun reaktif ve neoplastik süreçlerindeki rolünün araştırılması lenfoid tümör biyolojisinin anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

S-51

METASTATİK KLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA BİRİNCİ SIRA TEDAVİ OLARAK XELİRİ-BEVAZİUMAB İLE FOLFİRİ-BEVAZİUMAB REJİMLERİNİN ETKİNLİK VE TOLERABİLİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AHMET BİLİCİ¹, KAZIM UYGUN², SERAP KAYA², BALA BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU³, RAMAZAN YILDIZ³, SÜLEYMAN TEMİZ², MESUT ŞEKER³, GÖRKEM AKSU⁴, DEVRİM ÇABUK², MAHMUT GÜMÜŞ³

¹ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

²KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, KOCAELİ

³DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

⁴KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI, KOCAELİ

Amaç:

Metastatik kolorektal kanserli (mKRK) hastalarda kemoterapi ile bevasizumab (B) kombinasyonunun tek başına kemoterapiye göre daha etkin olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda mKRK'li hastalarda XELİRİ-B ile FOLFİRİ-B kombinasyon rejimlerinin birinci sıra tedavide etkinlik ve güvenilirliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Histolojik olarak tanıları doğrulanmış ve daha önce herhangi bir tedavi almamış 132 mKRK'li hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara XELİRİ-B ya da FOLFİRİ-B rejimleri randomize olarak verildi. Her iki tedavi rejiminin etkinlik ve tolerabilitesi retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular:

2006 ile 2010 tarihleri arasında mKRK'li 132 hasta 68'i XELİRİ-B, geriye kalan 64 hasta ise FOLFİRİ-B rejimleri ile tedavi edildi. Ortanca yaş FOLFİRİ-B kolunda 53.5 yıl XELİRİ-B kolunda 59.7 idi (p=0.01). Objektif cevap oranları her iki kolda benzerdi (FOLFİRİ-B için %51.6 ve XELİRİ-B için %41.2, p=0.38). 24.5 aylık ortanca takip süresinde, FOLFİRİ-B ile tedavi edilen hastalarda progresyonsuz sağkalım (PSK) 14.2 ay iken, XELİRİ-B kolundaki hastalarda ise ortanca PSK'a ulaşılamadı (p=0.30). Bunun yanında median genel sağkalım (GSK) FOLFİRİ-B rejimi ile tedavi edilen hastalarda XELİRİ-B rejimi ile tedavi edilen hastalara göre daha iyiydi, ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla 37.8 aya karşın 28.7 ay, p=0.58). En sık bildirilen grade 3-4 toksisiteler (FOLFİRİ-B'a karşın XELİRİ-B) bulantı-kusma (%7.8'e karşı %14.7, p=0.27), ishal (%10.9'a karşın %22.1, p=0.10), el-ayak sendromu (%0'a karşın %8.8, p=0.02) ve nötropeni (%18.7'e karşın %27.9, p=0.22) idi.

Sonuç:

Bulgularımız FOLFİRİ-B ile XELİRİ-B rejimlerinin mKRK'li hastalarda birinci sıra tedavide, tolere edilebilir toksisite profilleriyle benzer etkinliğe sahip olduklarını göstermektedir.

S-52

METASTATİK KLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA ANTİ VEGF TEDAVİ İLE VEGF, NO VE ANG II DÜZEYLERİNDE DEĞİŞİM VE TEDAVİYE YANITLA İLİŞKİSİ

AHMET TANER SÜMBÜL, Umut Dişel, Nurzen Sezgin, Hüseyin Abalı, Ayberk Beşen, Fatih Köse, Ahmet Sezer, Hüseyin Mertsoylu, Özgür Özyılkan

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ADANA UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Hedefe yönelik tedavilerden birisi olan Bevacizumab VEGF'ye karşı geliştirilmiş olan IgG1 yapısında monoklonal bir antikordur. Anti kanser tedavi alan hastalarda prognostik ve prediktif faktörler güncel onkolojide en önemli faktörlerdendir. Bizde bu çalışmamızda Bevacizumab tedavisialan hastalarda tedavi öncesi ve tedavinin üçüncü ayında VEGF, NO ve ANGII düzeylerini ölçerek bu durumun tümör cevabı ve hastalıklı sağ kalım ile olan ilişkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Başkent Üniversitesi Adana Uygulama Araştırma Merkezinde takip edilen 24 hasta dahil edildi. Tüm hastalardan tedavi öncesi ve tedavinin üçüncü ayında kan örnekleri alınarak serum VEGF, NO ve ANGII düzeyleri çalışıldı.

Bulgular:

.VEGF düzeyleri arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı olarak düşme eğilimi şeklinde saptanırken (p: 0.009), NO ve ANG II düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. 6 siklus tedavi sonrası VEGF düzeyleri tümör cevabıyla ilişkili olarak saptandı. Genel olarak hastalıklı sağ kalım ortancası 18.1ay olarak bulundu. Hiçbir parametrenin hastalıklı sağ kalımla ilişkisi saptanmadı.

Sonuç:

Sonuç olarak VEGF düzeyleri antiVEGF tedavi alan hastalarda tümör cevabı ve sonlanımı gösteren prediktif veya tedavi sırasında bir belirteç olabilir ancak çalışmaya alınan hasta sayısının az olması ve kolorektal kanserli vaka grubuyla sınırlı olması nedeniyle daha fazla hasta sayılarında farklı kanser türlerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

S-53

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA ANTI VEGF TEDAVİ İLE HİPERTANSİYON VE PROTEİNÜRİ GELİŞİMİ VE BU DURUMUN HASTALIKSIZ SAĞ KALIMLA OLAN İLİŞKİSİ

AHMET TANER SÜMBÜL¹, UMUT DİŞEL¹, HÜSEYİN ABALI¹, AYBERK BEŞEN¹, CEMİLE KARADENİZ¹, FATİH KÖSE¹, AHMET SEZER¹, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ADANA UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Bevacizumab vasküler endotelyal büyüme faktörüne (VEGF) karşı yüksek bağlanma spesifitesi olan rekombinant humanize monoklonal antikordur. Bevacizumab VEGF'nin tüm majör izoformlarını tanıyıp ve inhibe eder. Bu çalışmada metastatik kolorektal kanserli hastalarda anti VEGF tedavinin hipertansiyon ve proteinüri ile ilişkisine ve bu durumun hastaliksız sağ kalım ile olan ilişkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Başkent Üniversitesi Adana Uygulama Araştırma Merkezinde takip edilen 24 hasta dahil edildi. Çalışma grubunu oluşturan 24 hastanın 15'i (%62,5) erkek, 9'u (%37,5) kadındı.

Bulgular:

1 hastada (%4.2) hipertansiyon gelişmezken, 5 hastada (%20.8) prehipertansiyon, 15 hastada (%62.5) stage 1 hipertansiyon ve 3 hastada (%12.5) stage 2 hipertansiyon geliştiği saptandı. Proteinüri yönünden incelendiğinde 6 siklus tedavi sonrası hastaların 6'sında (%25) mikroalbuminüri geliştiği gözlemlendi. Genel olarak hastaliksız sağ kalım ortancası 18.1 ay olarak bulundu. Hiçbir parametrenin hastaliksız sağ kalımla ilişkisi saptanmadı.

Sonuç:

Sonuç olarak hastalığın seyri, tedaviye yanıt ve toksisitenin değerlendirilmesi ve sonlanımın giderek önem kazandığı günümüzde etkin prognostik ve prediktif faktörlerin belirlenmesi giderek önem kazanmaktadır. Ayrıca kanserin akut bir hastalık halinden giderek kronik bir hastalık hal alması ve antikanser ajanların giderek daha uzun süreli kullanılması günümüzde bu ilaçlarla ilişkili akut ve kronik yan etkilerin ek komorbidite ve mortalite oluşturmaları yönünden yakın takibinin yapılmasını gerekli kılmaktadır.

S-54

METASTATİK KOLON KANSERLİ HASTALARDA INTERLÖKİN-8 VE SERUM STRAIL DÜZEYLERİ ANTI-VEGF MONOKLONAL ANTİKOR TEDAVİSİ ETKİNLİĞİNİN GÖSTERGESİ MİDİR?

AYŞEGÜL KARGI¹, ARZU DİDEM YALÇIN², NURAY ERİN³, BURHAN SAVAŞ⁴, HASAN HÜSEYİN POLAT⁵, REGİNALD M. GORCZYNSKI⁶

¹ DENİZLİ DEVLET HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK İMMUNOLOJİ VE ALERJİ KLİNİĞİ

³ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ

⁴ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ KLİNİĞİ

⁵ CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

⁶ TORONTO UNIVERSITY HEALTH NETWORK DIVISION OF CELLULAR AND MOLECULAR BIOLOGY

Amaç:

Kolorektal kanser, tüm kanserler arasında hem görülme insidansı hem de kansere bağlı ölüm sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır. Bevacizumab kanser tedavisi için vasküler endotel büyüme faktörüne (VEGF) karşı geliştirilmiş bir humanize monoklonal antikordur. Serum sTRAIL seviyeleri planlı hücre ölümü (apoptozis) gösteren yeni bir markırdır. Interlöklin 8 (IL-8) ise enflamasyona yanıt olarak makrofajlardan salgılanan bir sitokindir ve angiogeneze rol oynar. Bu çalışmada metastatik kolon kanseri olan hastalarda anti VEGF tedavisi sonrası serum sTRAIL ve IL-8 düzeyi ile hem prognoz hem de tedavi etkinliğini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2009 - 2010 yılları arasında Denizli Devlet Hastanesi Medikal Onkoloji ünitesine başvuran toplam 25 (6 kadın, 19 erkek) metastatik kolorektal karsinom tanısı konulmuş hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 58.7 idi. Tüm hastalar kemoterapi ile beraber bevacizumab tedavisi aldı. 25 hasta ve 20 sağlıklı yaş ve cinsiyeti uyumlu kontrol grubunun sTRAIL ve IL8 seviyeleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Ölçümler tedavi öncesi ve sonrasında tekrarlandı.

Sonuç:

Tedavi öncesi serum sTRAIL konsantrasyonları 1.23 ± 0.06 ng/mL, 1.21 ± 0.04 ng/mL sağlıklı kontrol grubu değerleri ile benzerlik göstermekteydi. Bevacizumab tedavisi sonrası sTRAIL seviyeleri 25 hastanın 11'inde anlamlı olarak artmış bulundu. Bevacizumab tedavisi sonrası sTRAIL seviyeleri artış göstermeyen 14 hasta progresse olmuştu ve bu hasta grubunda medyan genel sağkalım yalnızca 8.1 ± 0.4 ay olmuştu. Bevacizumab tedavisi sonrası sTRAIL seviyeleri artan hastanın genel sağkalımı 22,6 ay olarak bulundu. Serum IL-8 seviyeleri Bevacizumab tedavisi alan tüm hastalarda azaldı. Ancak hastalığın gidişatı ile arasında bir korelasyon bulunamadı.

S-55

70 YAŞ ÜSTÜ KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE 50 YAŞ ALTI KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALAR İLE KARŞILAŞTIRILMASI

BETÜL ERİŞMİŞ², SELİM YALÇIN¹, SAMED RAHATLI¹, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, ÖMER DİZDAR¹, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹

¹ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² BŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI BÖLÜMÜ

Amaç:

Kolon kanseri insidansı yaşla birlikte artmakta ve genellikle de 60-75 yaş aralığında ortaya çıkmaktadır. 70 yaşından büyük yaşlı bireylerde komorbid hastalıkların da bulunması bu hastalara daha düşük dozlarda veya daha az yan etkisi olabilecek kemoterapi rejimleri verilmesine neden olmaktadır. Amacımız kolorektal karsinomlu yaşlı hastalar ile genç hastaların tedavi sonuçlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde tedavi olmuş kolorektal kanserli 70 yaş üstündeki

ve 50 yaş altındaki hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiş, sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular:

1998-2011 yılları arasında takip edilmiş 182 kolorektal kanserli hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 91 hasta 70 yaşından büyük ve 91 hasta da 50 yaşından küçüktü. İki grup arasında cinsiyet ve cerrahi uygulanma açısından anlamlı fark yoktu. ($p=0.650/0.732$). Komorbid hastalıklar yaşlı grupta daha fazlaydı ($p<0.001$). Hastalardan 70 yaş üstünde olanların 38'ine(%53.5), 50 yaş altında olanların 66'sına(%91.7) adjuvan kemoterapi verilmişti. Bütün gruplar hastaliksiz ve genel sağkalım açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç:

Çalışmamızın sonuçları yaşlı kolorektal kanserli hastaların, 50 yaş altındaki genç hastalar kadar adjuvan kemoterapiden fayda gördüğünü göstermiştir. Doktorlar performans statüsünü ve diğer komorbid hastalıkları da değerlendirerek yaşlı bireylere de uygun bir tedavi vermelidirler.

S-56

YÜKSEK RİSKLİ MALİGN MELANOMUN ADJUVAN TEDAVİSİNDE ORTA-YÜKSEK DOZ İNTERFERON TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE TOLERABİLİTESİ

TÜLAY AKMAN¹, İLKAY TUĞBA ÜNEK², DOĞAN KOCA³,
OLÇUN ÜMİT ÜNAL¹, TARIK SALMAN¹, TUĞBA YAVUZŞEN¹,
AHMET UĞUR YILMAZ¹, İLHAN ÖZTOP¹, İŞİL SOMALI¹, NECLA DEMİR¹, HÜLYA ELLİDOKUZ⁴

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ VAN BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

⁴ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TEMEL ONKOLOJİ PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Erken tanı ve cerrahi malign melanom (MM) tedavisinde en önemli yaklaşımlardır. Melanom kötü prognozladur ve tanıdan yıllar sonra bile metastaz yapma yeteneğine sahiptir. Yüksek riskli hastalarda cerrahi sonrası adjuvan sistemik tedavi verilmelidir. Sistemik kemoterapiye relatif direnç nedeniyle MM'da immünoterapinin rolü araştırılmaktadır. Bu retrospektif çalışmamızda yüksek riskli hastalarda adjuvan interferon tedavisinin sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada 1998-2011 yılları arasında Dokuz Eylül Tıbbi Onkoloji bölümünde yüksek riskli nonmetastatik opere MM tanısı ile orta-yüksek doz interferon alfa 2b tedavisi alan 97 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaliksiz sağkalım (DFS) ve genel sağkalım (OS) değerlendirmeleri için Kaplan-Meier yöntemi ve istatistiksel analizler için SPSS15 programı kullanıldı.

Bulgular:

Bu çalışmada 1998-2011 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıbbi Onkoloji bölümünde yüksek riskli nonmetastatik opere MM tanısı ile orta-yüksek doz interferon alfa 2b tedavisi alan 97 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların %53,6'sı kadın, %46,4'ü erkekti. Yaş aralığı 29-82 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 53,3 +13,2 saptandı. Yüzde

%44,3'ü evre 2, %44,3'ü evre 3 olarak evrelendi. İlaçla ilgili hastaların % 25,8'inde grade3-4 hematolojik toksisite, %4,1 grade3-4 hepatotoksisite görüldü. Hastaların %17,1'inde tiroid fonksiyon testlerinde bozukluk saptandı. Hastaların %41,2'sinde toksisite nedeniyle doz erteleme, %24,7'sinde doz azaltımı yapıldı. İzlem süresince hastaların 34'ünde nüks gelişti. Bunların 5'inde lokal nüks, 7'sinde bölgesel lenf nodu metastazı ve 22'sinde uzak metastaz gelişti. Yüksek ve orta doz interferon alan hastalar arasında farklı sağkalım oranları açısından fark izlenmedi. DFS oranları 1,2 ve 3. yılda sırasıyla %68, %32 ve %0 iken, OS oranları sırasıyla %97, %94 ve %85 saptandı.

Sonuç:

Yüksek doz interferonun nüks oranında küçük, ama anlamlı bir azalma sağladığı bilinmektedir. Sağkalım üzerine etkisi belirgin değildir. Bu çalışmada adjuvan interferon alan hastalarda elde ettiğimizi sağ kalım, hastaliksiz sağkalım ve toksisite açısından elde edilen sonuçlar, literatür ile uyumludur. Adjuvan orta ya da yüksek doz interferon tedavisi yüksek riskli melanoma hastaları için halen en kabul edilebilir tedavi olup uygun takip ile rahatlıkla uygulanabilmektedir.

HEMŞİRE SÖZEL BİLDİRİLER

HS-1

KEMOTERAPİ GÖREN BİREYLERDE KANSERLE İLGİLİ YORGUNLUK PREVALANSI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ: TANIMLAYICI KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

MÜRVET ARTUK UÇAR², İLKAY ARSLAN ÖZKAN¹, HASAN ŞENOL COŞKUN²

¹ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ AYAKTAN GÜNDÜZ KEMOTERAPİ MERKEZİ

Amaç:

Kanserle ilgili yorgunluk (KİY), kalıcı ve yaygın görülen bir semptomdur ve 6. yaşam bulgusu olarak bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı kemoterapi gören kanser hastalarında KİY prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Tanımlayıcı kesitsel tasarımda planlanan bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde, 19 Ocak-6 Şubat 2012 tarihleri arasında, kemoterapi alan 150 kanser hastası ile yürütülmüştür. Veriler, hastaların sosyo-demografik ve tanı-tedavilere ilişkin özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ile Piper'in yorgunluk ölçeği kullanılarak yüz-yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular:

Katılımcıların; yaş ortalamasının 51.2±11 (sınırlar: 20-74), %64.7'sinin kadın, %86.7'sinin evli, %38'inin ev hanımı, %81.7'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Kanserle ilgili tanımlayıcı verilerde hastaların %34.7'sinin meme, %17.3'ünün kolon, %14.7'sinin akciğer, %12.7'sinin over kanseri, %59.3'ünün metastazı olduğu ve ortalama 14.7±17.6 aydır kemoterapi aldıkları görülmüştür. Piper'in yorgunluk ölçeği toplam puanı 5±1.7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların tamamı aldıkları kemoterapiyle yorgunluk şikayetine başladığını iletmış, yarıya yakını yorgunluklarının nedenini kemoterapiye bağlamışlardır. Kemoterapi alma süresi ile yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, süre arttıkça yorgunluğun arttığı saptanmıştır. Hastaların tanılar, evreleri, metastaz varlığı ve kemoterapi protokolleri ile yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

Yorgunluk ile yaş, hb, htc, eritrosit, lökosit, monosit, lenfosit, nötrofil ve trombosit sayıları arasında ilişki bulunmamıştır. Yorgunluğun davranışsal ve duyuşal boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş, yaş arttıkça davranışsal ve duyuşal olarak yorgunluk algısının arttığı saptanmıştır. Cinsiyete göre yorgunluk puanları arasında istatistiksel olarak fark olduğu, kadınlarda yorgunluk puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %99.7'sinin yorgunluk şikayeti olduğu saptanmıştır. Egzersiz yapma durumuna göre yorgunluk puanları arasında istatistiksel olarak fark olduğu, egzersiz yapanlarda yorgunluğun daha az olduğu belirlenmiştir.

Sonuç:

Kemoterapi alan hastalarda yorgunluk yaygın olmakla birlikte, özellikle kadınlarda, uzun süreli kemoterapi alanlarda ve davranışsal ve duyuşal olarak ileri yaşlılarda yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. KİY'e yönelik hemşirelik bakımının riskli gruplara odaklanarak sunulması önerilmektedir.

HS-2

AYNI İLAÇLARI İÇEREN KEMOTERAPİ PROTOKOLLERİ İÇİN AYNI GÜNE RANDEVU VERİLMESİ İLAÇ İSRAFI VE MALİYETİNİ AZALTIR

AYŞE SARI, FATMA UNGAN, GÜLÇİN TOPÇU, HANİFE DEĞER, HANİFE KARAPINAR, NURAY DURUKAN, TURGUT KAÇAN, NALAN AKGÜL BABACAN, SAADETTİN KILIÇKAP

CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Kanser tedavisinde doz artımı ilaç israfı ve maliyet yükü getirmektedir. Çalışmada benzer tedavi ajanlarının aynı güne randevu verilerek israfın azaltılması ve daha düşük maliyet sağlanabilirliği değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Haziran ayında gelişigüzel randevu sonrası kullanılan flakon ve ilaç dozları kaydedildi. Aralık ayında ise aynı tedavi ajanlarını içeren protokoller aynı güne randevu verilerek doz kaydedildi. Maliyet en düşük fiyatlı flakon üzerinden hesaplandı.

Bulgular:

Haziran ayında 264, Aralık ayında 293 hastaya kemoterapi uygulandı. Her iki ayda en sık kullanılan 3 ilaç 5-FU, trastuzumab ve gemcitabini. En sık kullanılan ve maliyeti en yüksek olan 3 ilaç ise trastuzumab, okzaliplatin ve bevasizumab idi. Bu ilaçlardan Haziran ayında kullanılan toplam/israf edilen ilaç miktarları sırasıyla Trastuzumab için 6100/1963 mg; Okzaliplatin için 2150/460 mg; ve Bevasizumab için 3600/280 mg idi. Trastuzumab'da %32, okzaliplatine %21 ve bevasizumab'da %8 doz israfı olmuştur. Aralıkta ise bu miktar ve oranları sırasıyla Trastuzumab için 6450/1971 mg; Okzaliplatin için 4750/128 mg; ve Bevasizumab için 11100/310 mg; trastuzumab'da %30, okzaliplatine %3 ve bevasizumab'da %3 olmuştur. Haziranda israf edilen ilaçların toplam maliyeti daha az ilaç kullanılmasına rağmen 25220 TL, korunmuş ilaç maliyeti 10640 TL iken, Aralıkta israf edilen 20143 TL'ye karşın korunmuş ilaç 31075 TL olmuştur.

Sonuç:

Aynı ilaçların kullanıldığı tedavi protokollerinin aynı güne randevu verilmesi sayesinde ciddi miktarda ilaç israfı ve maliyeti azaltılabilir.

HS-3

KANSERLE İLGİLİ YORGUNLUĞUN YÖNETİMİ:KANITA DAYALI HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

İLKAY ARSLAN ÖZKAN¹, MÜRVET ARTUK UÇAR², HASAN ŞENOL COŞKUN², KEZİBAN ÖZCAN²

¹ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AYAKTAN GÜNDÜZ KEMOTERAPİ MERKEZİ

Amaç:

Bu çalışmada, kanserle ilgili yorgunluğa (KİY) ilişkin hemşirelik yaklaşımlarını standardize etmek için literatürdeki kanıta dayalı çalışmalar ve rehberlerin incelemesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

KİY'e yönelik son 15 yıllık, sistematik derleme ve meta analizler,

kanıta dayalı rehberler, randomize kontrollü çalışmalar, Akdeniz Üniversitesi arama motoru üzerinden, “cancer-related fatigue, non-pharmacological interventions, systematic review, randomised controlled trials, evidence based nursing research and guidelines” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan 8 sistematik derleme ve meta analiz, 3 rehber, 12 RKÇ olmak üzere 23 çalışma kritik edilmiştir.

Bulgular:

Kanıta dayalı çalışmalarda KİY’in önlenmesi ve yönetilmesine yönelik uygulanabilecek kanıta dayalı yaklaşımlar, etkililik durumuna göre 5 başlık altında toplanmıştır: (1) Egzersiz, (2) Psikososyal girişimler-destek, (3) Fiziksel temelli terapiler, (4) Enerjinin korunması ve aktivitelerin düzenlenmesi, (5) Eğitim ve danışmanlık.

Egzersiz programı, düşük yoğunlukta ve sürede başlamalı, yavaş ilerlemeli ve hastanın durumuna göre modifiye edilmelidir. Yürüyüş, aerobik, yüzme, bisiklete binme ve kombine egzersizler önerilmektedir. Egzersiz cinsiyete, yaşa, fiziksel kondüsyon düzeyine ve kanserin tipine göre düzenlenmelidir.

Fiziksel temelli terapiler, masaj ve iyileştirici dokumadan oluşmaktadır. Yumuşak dokuları uyarıcı dokusal uyarım masajı, ayak masajı gibi yöntemler önerilmektedir.

Psikososyal girişimler-destek grubunda, gevşeme ve derin solunum egzersizlerinin KİY üzerine olumlu etkilerinin olduğu kanıtlanmıştır. Bunların dışında hipnoz, hayal kurma, müzik dinleme gibi aktivitelerden de yarar sağlanmaktadır.

Enerjinin korunması ve aktivitelerin düzenlenmesi grubuna, dinleme ve olağan aktivitelere öncelik verme, uygun bir enerji koruma planı hazırlama ve uyku terapisi yöntemleri girmektedir.

Eğitim ve danışmanlığa yönelik girişimler, sözel, yazılı ya da görsel-işitsel (video ve online) yollarla bilgi ya da önerinin verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Verilen bilgi ya da öneriler, egzersiz, baş etme teknikleri ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi gibi yöntemlerle kesilebilir.

Sonuç:

Kanıta dayalı öneriler yorgunluğun yönetilmesinde stresle baş etme ve egzersizin birlikte kullanımı gibi karma yöntemlerin kullanımının daha etkili olacağını bildirmişlerdir. Ülkemizde onkoloji hemşireliğinde KİY yönelik uygulamalarının kanıta dayalı bir şekilde standardize edilmesinde bu derlemenin yararlı olacağı düşünülmektedir.

HS-4

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ

ÖZLEM OVAYOLU¹, NİMET OVAYOLU¹, DÖNDÜ TUNA², SİBEL SERÇE², ALPER SEVİNÇ³, LÜTFİYE PİRBUDAK ÇÖÇELLİ⁴

¹ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

² GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

³ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁴ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ALGOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Bu çalışma kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam

kalitesini değerlendirmek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir onkoloji hastanesine başvuran kanser tanısı almış hastalara bakım veren kişiler ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini bu kuruma başvuran tüm hasta yakınları, örneklemi ise araştırmaya katılmaya istekli, iletişim kurulabilen, işitme – konuşma problemi olmayan 178 bakım veren birey oluşturdu. Çalışmaya başlamadan önce kurumdan ve Etik kuruldan yazılı onay, hasta yakınlarından ise bilgilendirilmiş onay alındı. Veri toplama aracı olarak anket formu ve Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı. Ölçekten alınan puan 0-10 arasında değişmekte ve yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Student t, Mann Whitney U, Anova ve Kruskal Wallis analizlerinden yararlanıldı.

Bulgular:

Bakım verenlerin %25,8’inin 18-25 yaş grubunda, %57,3’ünün kadın, %61,8’inin ilköğretim mezunu olduğu, %69,7’sinin çalışmadığı ve %44,4’ünün anne-babasına bakım verdiği saptandı. Kanser hastasına bakım verenlerin %62,4’ünün sorumluluklarının kısmen etkilendiği, %39,3’ünün günde 19-24 saat süresince bakım verdiği, %48,3’ünün sağlığını, %44,4’ünün aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve %61,8’inin sağlığını “orta” olarak değerlendirdiği görüldü. Yaşam kalitesi genel toplam puan ortalamasını 4,5±1,1 olduğu, kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların, bakım verme sırasında destek almayanların yaşam kalitelerinin daha düşük, 18-24 yaş grubunda olanların ve bakım verme süresi daha az olanların ise yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi.

Sonuç:

Kanser hastasına bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve birçok parametreden olumsuz etkilendiği görüldü.

HS-5

KANSER HASTALARINDA AĞRI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

NİMET OVAYOLU¹, ÖZLEM OVAYOLU¹, SİBEL SERÇE², DÖNDÜ TUNA², LÜTFİYE PİRBUDAK ÇÖÇELLİ³, ALPER SEVİNÇ⁴

¹ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

² GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

³ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ALGOLOJİ BİLİM DALI

⁴ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Çalışma kanser hastalarında ağrı şiddeti ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir onkoloji hastanesine başvuran kanser tanısı almış hastalar ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini bu kuruma başvuran tüm hastalar, örneklemi ise araştırmaya katılmaya istekli, iletişim kurulabilen, işitme – konuşma problemi olmayan 260 hasta

oluşturdu. Çalışma öncesi kurumdan ve Etik kuruldan yazılı onay, hastalardan ise bilgilendirilmiş onay alındı. Veri toplama aracı olarak anket formu, yaşam kalitesi ölçeği ve görsel eşdeğerlik skalası kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Student t, Mann Whitney U, Anova, Kruskall Wallis ve korelasyon analizlerinden yararlanıldı.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalamalarının 53,0±13,5 yıl olduğu, %26,5'inin gastrointestinal sistem kanseri nedeniyle tedavi gördüğü, %87,3'ünün hastalık süresinin 0-3 yıl arasında değiştiği, %34,6'sında metastaz geliştiği, ağrı şiddeti ortalamalarının 5,0±3,2, yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının ise 4,8±1,9 olduğu saptandı. Ağrı şiddeti puan ortalaması en yüksek olan hasta grubunun genitoüriner sistem kanseri tanısı alan hastalar olduğu ve bu hasta grubunun diğer kanser gruplarına göre en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptandı. Yaşanılan ağrının hastaların duygu durumlarını, günlük yaşam aktivitelerini, çalışma düzenini, beslenmesini ve uykusunu olumsuz etkilediği belirlendi. Hastaların yaşadıkları ağrı şiddeti ile yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında negatif bir korelasyon olduğu, ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü tespit edildi.

Sonuç:

Hastaların ağrı ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, yaşanılan ağrının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görüldü.

HS-6

HEMŞİRELERİN TÜNELİ SANTRAL VENÖZ KATETER (HICKMAN KATETER®) VE İMPLANTE PORT KATETER BAKIMLARINA YÖNELİK VERİLEN EĞİTİM SONRASI DURUM DEĞERLENDİRMESİ

FİGEN BAY¹, SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN², SELMA KÖROĞLU¹, ÖZLEM İYİMAYA¹

¹GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ, GAZİ HASTANESİ

²GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Amaç:

Bu araştırma hemşirelerin tüneli santral venöz kateter (hickman kateter®) ve implante port kateter bakımlarına yönelik verilen eğitim sonrası durum değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın örneklemi, üniversite hastanesinin kliniklerinde çalışan hemşireler(n=40) oluşturmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan kliniklerde implante port kateter ve hickman kateter uygulamaları ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu kliniklerde çalışan hemşirelere kateterlere ilişkin maket ile uygulamalı bir eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası (3 yıl sonra) hemşirelerin kateter uygulamalarına ilişkin anket formu aracılığı ile durum değerlendirmesi yapılmıştır. Veriler sayı ve yüzdelik hesaplamaları kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Hemşirelerin %45'i hickman kateterli hasta ile her zaman

karşılaştıklarını, %20'si nadiren karşılaştıklarını, %17.5'i arasıra karşılaşmakta, %2.5'i de hiç karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %35'i kateter sabitlemesinde şeffaf bant, %30'u şeffaf bant yada gaz bezi kullandıklarını, kateter bakımında %40'ı %10 povidon iodine, %40'ı %2 Klorheksidin, kateter giriş alanında kan pıhtısı ya da kurut varsa % 47.5'i serum fizyolojik, %30'u %10 Povidon iodine ile temizlediklerini belirtmişlerdir. Kateter kapak değişim sıklığını %65'i kirlendiğinde hemen ve 24 saatte bir yaptıklarını, pansuman sıklığında % 45'i gaz bezi hergün değiştirdiklerini, %42.5'i şeffaf bantı haftada bir değiştirdiklerini, tıkanıklığı önlemek için kullanılan heparin oranını %57.5'i 100iu/ml, tıkanıklığını önlemek için heparinli mayi miktarını %30'u 2.5 ml 100iu/ml, kateter kullanıldığı süre içerisinde yıkama sıklığını %25'i 24 saatte bir heparinli solusyonla, %22.5'i 24 saatte bir sadece SF ile yaptıklarını, kateter kullanılmadığında %62.5'i haftada bir heparin uygulaması yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %30'u her zaman, %30'u arasıra, %30'u da nadiren port ile karşılaşmaktadır. Port iğnesi sabitlemesinde %77.5'i gaz bez, port bakımında %80'i %10 povidon iodine kullandıklarını, port takıldıktan sonra ilk uygulamayı %60'ı port takıldıktan sonra gerekiyorsa hemen yaptıklarını belirtmişlerdir. Port iğnesi takılı olduğunda iğne değişim sıklığı %82.5'i haftada bir, port iğnesi takılı olduğunda %55'i gaz bezi iğne değişim sırasında yenilediklerini, port tıkanıklığını önlemek için kullanılan heparin oranını %80'i 100iu/ml, port tıkanıklığını önlemek için kullanılan heparinli mayi miktarını %72.5'i 5 ml olarak ifade etmişlerdir. Port iğnesi takılı iken yıkama sıklığını %30'u 24 saatte bir sadece SF'le ile, %17.5'i 24 saatte bir heparinli SF ile yaptıklarını, port iğnesi takılı değil ise heparin uygulama sıklığını %52.5'i 4-6 haftada bir, %22.5'i 3 ayda bir olarak belirtmişlerdir.

Sonuç:

Çalışmadan elde edilen bulgular uygulama farklılıklarının olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, kliniklerde her zaman başvurulabilecek Broşür/Kitap ve görsel afişlerin olması önerilebilir.

HS-7

NON HODGKİN LENFOMALI HASTALARDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE SEMPTOM GRUPLARININ BELİRLENMESİ

SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN¹, FERDAĞ BÖLÜKBAŞ²

¹GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

²GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Kemoterapi alan Non Hodgkin Lenfomali hastalarda görülen semptomlar ve semptom gruplarının belirlenmesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın evrenini Ankara ili merkezinde yer alan Hematoloji ve Tıbbi Onkoloji ayaktan tedavi merkezleri /klinikleri bulunan hastanelerde kemoterapi tedavisi alan Non Hodgkin Lenfomali hastalar oluşturmıştır. Tabakalı örneklem yöntemiyle seçilen

110 hasta örneklemini oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında Birey Bilgi Formu ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Hastalara ait özellikleri içeren sorular gruplandırılarak frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, parametrik testlerden ANOVA (F) ve T Testi kullanılmıştır. Semptom gruplarının belirlenmesinde Software Multi-Variate Statistical Package (MVSP)v.3.12 (pearson Coefficient, Further Nearest) kullanılmıştır.

Bulgular:

Kemoterapi alan NHL'li hastalarda "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak yapılan araştırmamızda elde edilen bulgulara göre "**Halsizlik ya da enerji kaybı**" hem en çok prevalansa sahip hem de neredeyse sürekli, şiddetli ve biraz sıkıntı veren semptom, "**Saç Dökülmesi**" hem en çok prevalansa sahip hem de çok şiddetli ve çok sıkıntı veren semptom, "**Yiyeceklerin tadını almada değişiklik**" hem en çok prevalansa sahip hem de çok şiddetli ve çok sıkıntı veren semptom, "**Ağız Yaraları**" hem en çok prevalansa sahip hem de neredeyse sürekli, çok fazla sıkıntı veren semptom, "**Kabızlık**" hem en çok prevalansa sahip hem de çok şiddetli ve çok sıkıntı veren semptom olarak belirlenmiştir.

Sonuç:

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılarak belirlenen semptomlardan yedi semptom grubu oluşmuştur. "Ağız yarası" ve "Ağız kuruluğu" bir grup, "Baş dönmesi", "Yutma güçlüğü" ve "Nefes darlığı" ikinci grup, "Ağrı", "Uyumada zorluk", "Kabızlık" ve "Kilo kaybı" üçüncü grup, "Bulantı", "Kusma", "İştahsızlık" ve "İshal" dördüncü grup, "Şişkinlik", "Öksürük", "Kendini üzgün hissetme" ve "Dikkatini toplamada zorluk" beşinci grup, "Deride değişiklik", "Hassasiyet" ve "Kendini sinirli hissetme" altıncı grup ve "Saç dökülmesi", "Tat değişikliği", "El ve ayak uyuşukluk", "Halsizlik" yedinci grubu oluşturmuştur.

HS-8

ONKOLOJİK TEDAVİ SONRASI TAKİBE UYUM

GÜLLÜ YURTSEVEN, NEVİN YURT, MÜGE AYĞÜN, SERDAR TURHAL

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Onkoloji hastalarının tedavileri tamamlandıktan sonraki süreçte düzenli takiplerinin yapılması da erken relaps yada tedavi komplikasyonlarının saptanması açısından önemlidir. Bu çalışmada hastaların takiplerine ne düzeyde uyum gösterdiğini ve bunun hastalık tipi yada cinsiyetle olan ilişkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Klinikte takip ettiğimiz 3232 hasta dosyasını taradık. Bu hastalardan adjuvan tedavilerini tamamlamış ve düzenli takip önerilen meme, kolon ve mide kanseri hastalarını belirledik ve düzenli takibe gelip gelmediklerini araştırdık.

Bulgular:

302 erken evre meme kanseri tanısı almış kadın hastanın % 84'ü düzenli takibe gelmektedir. Kemoterapi alan hastaların

takibe uyum oranı almayanlara kıyasla daha yüksektir (%86 vs 79). 33 erken evre erkek kolon kanseri hastasının takibe uyumu %64'dür. Kemoterapi alanların takip uyumu almayanlara göre daha yüksektir (%75 vs 46). 23 erken evre erkek mide kanseri hastasının takibe uyumu %48'dir. Kemoterapi alanların takip uyumu daha yüksektir (%75 vs 18).

Sonuç:

Meme kanseri olan kadın hastaların takip oranları erkek kolon ve mide kanseri olan hastalardan daha yüksektir. Bu yüksek oran kadın hastaların takibin önemi konusunda daha bilinçli olduğunun bir kanıtı olabilir. Genel olarak ve özellikle erkek hastalar kemoterapi aldıklarında takip uyumu artmaktadır.

HS-9

İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRE DİŞİ AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA İLK SIRA KEMOTERAPİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

NESRİN TOPALOĞLU¹, SUZAN ÇELİK ÖMÜR¹, SULTAN DOĞAN¹, NEVİN KIRMIZIPAMUK¹, YÜKSEL ÜRÜN¹, HAKAN AKBULUT¹, AHMET DEMİRKAZIK¹, BÜLENT YALÇIN², FİKRİ İÇLİ¹

¹ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Yeni moleküler tanı ve tedavilerdeki gelişmelere rağmen akciğer kanserlerinde prognoz kötüdür. İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) kemoterapi uygulamasının uzamış sağ kalımla birliktelik gösterdiği bilinmektedir. Birinci basamak kemoterapinin ileri evre KHDAK hastalarında yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Yeni tanı almış ileri evre KHDAK'li hastalarda, birinci sıra kemoterapi öncesinde ve 2 siklus kemoterapi uygulama sonrasında, EORTC QLQ C30- Türkçe versiyonu kullanılarak yaşam kalite skorları ölçüldü. QLQ C30 yaşam kalitesini değerlendirme ölçeği, hastaların fonksiyonel, semptomatik ve genel sağlık durumlarını değerlendiren toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

Bulgular:

Devam eden bu çalışmada, ilk ara değerlendirme 15 KHDAK'li hastada yapılabildi. Erkek/kadın oranı: 11/4, ortalanca yaş: 62 yıl (dağılım, 30-74 yıl) idi. Hastalara uygulanan kemoterapi rejimleri farklı olup, platin+gemcitabin, platin+taksan, platin+etoposid rejimlerinden ibaretti. Bu 15 hastanın tedavi öncesi ve iki siklus kemoterapi sonrası yaşam kalite skorlarına bakıldığında, gerek fonksiyonel ve semptomatik skorlarda gerekse genel sağlık durumunu gösteren skorlarda herhangi bir değişiklik olmadığı görüldü (p=0,472 ve p=0,395).

Sonuç:

Devam eden bu çalışmada hasta sayısı az olmasına rağmen, birinci basamak kemoterapi alan ileri evre KHDAK'li hastalarda

genel olarak yaşam kalitesinin değişmediği söylenebilir. Kongrede veriler güncellenerek sunulacaktır.

HS-10

BRENTUXIMAB VEDOTİN'İN(ADCETRİS)KULLANIMINDA HEMŞİRELERİN DİKKAT EDECEĞİ ÖZELLİKLER

ÜMİT ÖZTÜRK, MELEK ÇAKIROĞLU

GATA

Amaç:

Brentuximab vedotin(Adcetris)onkoloji alanında tedaviye 2011 yılında onay alarak girmiş bir monoklonal antikor(antiCD30) ile antimitotik ajan kombinasyonudur. Ototog kök hücre naklinden sonra nüksetmiş veya en az 2 hat kemoterapiye dirençli otolog kök hücre nakli adayı olmayan Hodgkin lenfomalı olgular ile en az 1 hat kemoterapi sonrası ilerleme gösteren anaplastik büyük hücreli Hodgkin dışı lenfoma olguları başlıca endikasyonlarıdır. Bu çalışmada otolog kök hücre naklinden sonra nüksetmiş 5 Hodgkin lenfomalı hastaya ait hemşirelik deneyimi ve önerileri sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında 5 hastaya toplam 36 siklüs(ortanca 8,aralık 5-9) Adcetris 1.8 mg/kg İ.V infüzyonla 21 günde bir uygulandı.50 mg flakon önce 10.5 ml steril su ile sulandırıldı ardından en az 100 ml %0.9 luk serum fizyolojik solüsyon içinde 30 dakikalık İV infüzyonla verildi. Her hastada tedavi öncesi asetaminofen ve antihistaminikle premedikasyon yapıldı.

Bulgular:

İnfüzyona bağlı toksisite olarak grade I-II karın ağrısı(%55), kaşıntı (%14), bulantı(%14) ve döküntü(%14) görüldü. En sık karşılaşılan diğer yan etkiler halsizlik(%78),kas-eklem ağrısı(%42) ve uykusuzluk(%14)tu. Grade III-IV lökopeni, anemi ve trombositopeni %16 olarak tespit edildi. Adcetris kullanımında dikkat edilecek özellikler şunlardır:1.Flakon steril su ile karıştırılırken çalkalama yapılmamalıdır 2.Sulandırıldıktan sonra 2-8 C 'de saklanmalı ve 24 saat içinde kullanılmalıdır 3.Dondurulmamalıdır 4. Solüsyon en az 100cc %5 dextroz,S. Fizyolojik veya laktatlı ringer içinde verilmelidir 5.Solüsyon içine başka bir eklenti yapılmamalıdır.6.özellikle infüzyona ait reaksiyon olan olgularda ve sonraki tedavilerinde premedikasyon amaçlı asetaminofen, antihistaminik ve steroid kullanılması yarar sağlamaktadır.

Sonuç:

Adcetris'in kullanımı oldukça kolay ve pratiktir. Yan etkileri ağır olmayıp daha çok infüzyona bağlıdır. Uygun bir premedikasyonla bu yan etkilerin önemli bir kısmı kontrol edilebilir.

HS-11

HASTALARIN İMPLANTE PORT KATETER BAKIMLARINA YÖNELİK DURUM DEĞERLENDİRMESİ

SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN ¹, FİGEN BAY ², FİRDEVS GÜL ², SELMA KÖROĞLU ²

¹GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

²GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ, GAZİ HASTANESİ

Amaç:

İmplant port kateterler, kemoterapi ve diğer tedavilerin uygulanması, vezikant özellik gösteren ajanların uygulanması, total parenteral nütrisyon uygulanması, kan ve kan ürünlerinin uygulanması, kan örneği alınması ve uygulanması amacı ile sıklıkla en güvenli venöz kateter uygulamaları içerisinde yer almaktadır. İnfüzyon tedavilerinde: İnfüzyon sırasında iğne 7 gün ara ile değiştirilmesi, her işlem sonrası 10 cc SF verilerek kateter yıkanması, 10 cc enjektör kullanılması, Port kullanılmadığı süre içerisinde 12 haftada bir bakımı yapılması, kapama yıkaması yaparken Heparinli SF solüsyonundan 5 cc verilmesi (1 cc %0.9 NaCl'de 100 Ünite Heparin)önerilmektedir.

Bu araştırma hastaların literatür doğrultusunda implante port kateter bakımlarına yönelik verilen eğitim sonrası durum değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın örneklemini, kemoterapi tedavisi almak üzere gelen hastalar (n=82) oluşturmaktadır. Hastalara taburculuk öncesi implante port kateter bakımlarına ilişkin eğitim verilmiş, 12 hafta sonra kateterlerinin yıkanması için gelmeleri konusunda bilgilendirilmişlerdir. Eğitim sonrası tedavi / kateter yıkanması için gelen hastaların kateter durum değerlendirmesi yapılmıştır. Veriler sayı ve yüzdelik hesaplamaları kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların port kateterlerinde son yıkama ile kontrole geldiklerindeki geçen süre dağılımına bakıldığında; %70'inin 1-3 ay, %20'si 3.5-6 ay, %10'u 7ay-2.5 yıl olduğu ve bununla birlikte tıkanıklık gelişmediği saptanmıştır.

Sonuç:

Literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde hastalarda belirlenen sürelerde tıkanıklık gelişmemesi ilginç bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

HS-12**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN SİGARA İÇME VE BAĞIMLILIK DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

KEZİBAN ÖZCAN , HASAN ŞENOL COŞKUN , ZELİHA KOCA , SEVGİ ÖZDEMİR , MÜRVET ARTUK UÇAR , YILDIZ GÜVEN , AYŞEGÜL KÜKÜKÇAKAL , NURAN YERLİ , HAKAN BOZCUK , BURHAN SAVAŞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Sigara, gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere oranla kullanımı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi gören hastaların sigara içme ve bağımlılık durumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2012 tarihinde kemoterapi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 203 hastadan sigara içme durumları ve içenlerin bağımlılık düzeyleri incelenmiştir. Bağımlılık düzeyleri Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Araştırmaya katılanların yaşları 20-84 arasında olup, median 56 yıldır. Katılımcıların %50,7'si erkek, %60,1'i ilköğretim mezunu ve çoğunluğu (%86,2) evlidir. Kemoterapi uygulanan hastaların %17,7'si meme, %19,2'si jinekolojik, %19,7'si akciğer, %24,6'sı kolorektal kanser tanısı ile kemoterapi almakta olup, uygulanan kemoterapinin %56,7'si palyatif kemoterapidir. Hastaların %38,9'u komorbidite nedeniyle kemoterapi dışı ilaç kullanmakta ve %15,6'sı hipertansiyon, %16,3'ü de diyabet tanısına sahiptir. Çalışmaya katılanların %36'sı sigarayı kullanmayı bırakmış olup, sadece %7,4'ü sigara kullanmaya devam etmektedir. Sigaraya başlama yaşı 7 ile 53 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 17,4'dür. Sigara içenlerin sigara kullanım süresi ortalama 33,4 yıl (5-58 yıl), sigarayı bırakma süreleri ortalama 7,12 yıldır (0,08-40 yıl). Sigaraya başlamada etkili olan faktörler %23,6 arkadaş ve %9,9 merak etme olarak bulunmuştur. Sigarayı bırakma nedenleri sorulduğunda ise hastaların %23,2'si hastalandığı, %9,9'u da sağlıklı olmak için sigarayı bırakmıştır. Sigara kullananların bağımlılık düzeyi değerlendirildiğinde 1 kişi 5 puan ile orta düzey, 1 kişi 8 puan ile yüksek düzeyde ve diğerleri düşük düzeyde bulunmuştur(n=15).

Sonuç:

Sigara içme davranışı genellikle ergenlik döneminde ve arkadaş etkisi ile kazanılmaktadır. Sigara içenler ancak kanser gibi ciddi bir sağlık sorunu ile karşılaştıkları zaman sigarayı bırakmaktadırlar. Bu nedenle sigaraya yönelik çabalar, hem sigaraya başlanmaması hem de sigara içenlerin bırakmalarının sağlanması gibi tüm aşamaları kapsamalıdır.

HS-13**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA SEMPTOM DEĞERLENDİRMESİ VE KÜLTÜREL FARKLILIKLARIN TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ**

AYTÜL YÜNTEM , AYŞEGÜL İNCE , GÜLCAN ÇELİK , SEVGİ AKTAŞ , ARZU ORTAHİSAR , REFİKA ÇOLAK COŞKUN , NERMİN GÜDÜLOĞLU , YASEMİN ÖZEN

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ

Amaç:

Kemoterapi alan hastalarda semptomları değerlendirmek ve kültürel farklılıkların tedavi sürecine etkisini belirlemek amacıyla retrospektif olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma, Anadolu Sağlık Merkezi kemoterapi ünitesine başvuran hastalar ile yapıldı. Veri toplama aracı olarak rastgele seçilen 97 hasta dosyasındaki kemoterapi hasta tanılama ve uygulama formu onkoloji hastası bakım planı formlarını kullanarak oluşturulmuştur. Analiz yöntemi : SPSS paket programı kullanılarak ortalama, standart sapma, yüzdelik, korelasyon, t testi, f testi kullanılmıştır.

Bulgular:

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 51,8 (n=97) %46,3 ü lisans mezunu (n=45) %59,8'i kadın(n=58) %50,2 si (n=48) Türk %36,2 si meme kanseri,%55,6 sı (n=54) daha önce kemoterapi almış.En çok kür alan hasta kolon kanseri ve akciğer metazlı kolon kanseri (n=32) olarak gözlenmiştir.Tanılara göre semptomların görülme ortalaması 2,63 bulunmuştur.Semptomlarla eğitim durumları arasındaki ilişkiye bakıldığındaalopesir=0,22 anafilaksi r=0,65 beslenme yetersizliği r=0,67 konstipasyon r=0,65 nöropati r=0,69 mukozit r=0,65 orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür.Semptomlar ile tanılar arasındaki ilişki; nöropati r=0,9 alopesi r=0,9 kuvvetli ilişki olduğu görülmüştür. Semptom ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında yorgunluk r=0,61 artış olduğu izlenmiştir. Bulgar hastalarda (%29.8) %26 anemi,%13 mukoz membranda bozulma, %11 cilt bütünlüğünde bozulma,%3 etkisiz iletişim görülürken Romen hastalarda (%17.5) %23 anemi, %8 yutma güçlüğü, %5 beslenme yetersizliği,% 13 cilt bütünlüğünde bozulma,%8 febril nötropeni, kazak hastaların(%1) %50 ateş , ıraklı hastaların (%1) %25 inde febril nötropeni ,türk hastaların (%50.5) %17 sinde anemi, %12 sinde cilt bütünlüğünde bozulma,%9 unda febril nötropeni %14 ünde oral mukoz membranda bozulma, %9 yutma güçlüğü görülmüştür.

Sonuç:

Yapılan çalışma sonucunda yabancı hastalarda anemi, cilt bütünlüğünde bozulma, ekstrasvazasyon, etkisiz iletişim oral mukoz membranda bozulma, febril nötropeni Türk hastalara oranla daha fazla görülmüştür.



POSTER BİLDİRİLER

EP-1

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE TROMBOSİTOZ İLE SAĞKALIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

BERKANT SÖNMEZ¹, UMUT KEFELİ², DİLŞEN ÇOLAK¹, İLHAN HACİBEKİROĞLU¹, MUSTAFA ALTINBAŞ¹, MAHMET GÜMÜŞ²

¹ YILDIRIM BEYAZIT DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

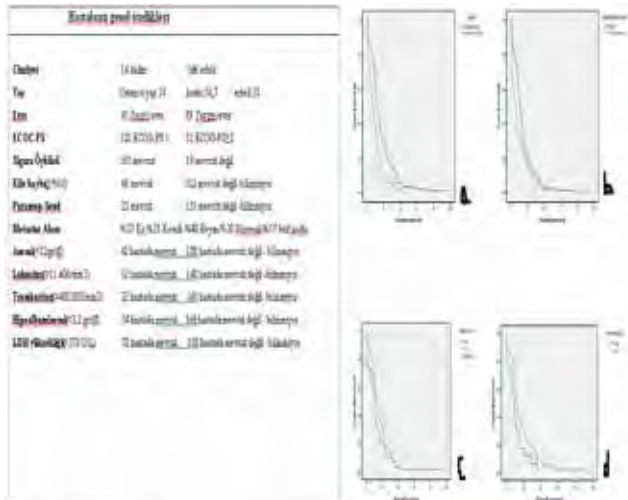
Akcığer kanseri dünya çapında kadınlarda ve erkeklerde kanser ilişkili ölüm sebeplerinin başında yer alır ve her yıl neredeyse 1.2 milyon kişinin ölümüne neden olur (1). Beklenen yaşam sürelerinin kısa olmasının yanı sıra KHAK, aynı evre içerisinde bile değişik klinik davranışlar ve prognozlar sergileyebilen heterojen bir hastalıktır. Son dönemde KHAK vakalarında prognostik faktörler üzerinde durulmakta ve bu yönde çalışmalar yürütülmektedir. Tümör ilişkili trombositoz varlığının, son dönemde KHAK'ı vakalarında sağkalım açısından negatif prognostik bir faktör olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda, küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) tanısı ile takip ve tedavisi yapılmış olan vakaların, başlangıç trombosit değerleri ile sağkalım arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007- Temmuz 2011 tarihleri arasında, SB Dışkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile SB Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde takip ve tedavisi yapılmış, histolojik olarak KHAK'ı tanısı almış, sınırlı ve yaygın hastalık evresinde olan 180 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmada elde edilen veriler SPSS versiyon 17.0'a kaydedildi ve istatistikler yapıldı.

Bulgular:

Hastaların yaşam sürelerine bakıldığında ortalanca sağkalım 10 ay idi. Ortanca sağ kalımlar, sınırlı hastalık evresinde 12,0 ay ve yaygın hastalık evresinde 7,0 ay olarak bulundu. Evre ile sağkalım arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0,000). Alt gruplarda sağ kalımı etkilemesi muhtemel olan ECOG-PS, kilo kaybı ve lökositoz durumu ile sağ kalım arasında anlamlı ilişki tespit edildi (sırasıyla p:0,029, p:0,036, p:0,012). Anemisi ve trombositozu olan gruplar ile olmayan gruplar değerlendirildiğinde sağ kalım açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi (sırasıyla p:0,597, p:0,931).



Tablo 1: Hastaların genel özellikleri

Solid I: a-2gpp, b-Pedimmar, c-2gpp, d-2gpp, e-2gpp, f-2gpp, g-2gpp, h-2gpp, i-2gpp, j-2gpp, k-2gpp, l-2gpp, m-2gpp, n-2gpp, o-2gpp, p-2gpp, q-2gpp, r-2gpp, s-2gpp, t-2gpp, u-2gpp, v-2gpp, w-2gpp, x-2gpp, y-2gpp, z-2gpp, aa-2gpp, ab-2gpp, ac-2gpp, ad-2gpp, ae-2gpp, af-2gpp, ag-2gpp, ah-2gpp, ai-2gpp, aj-2gpp, ak-2gpp, al-2gpp, am-2gpp, an-2gpp, ao-2gpp, ap-2gpp, aq-2gpp, ar-2gpp, as-2gpp, at-2gpp, au-2gpp, av-2gpp, aw-2gpp, ax-2gpp, ay-2gpp, az-2gpp, ba-2gpp, bb-2gpp, bc-2gpp, bd-2gpp, be-2gpp, bf-2gpp, bg-2gpp, bh-2gpp, bi-2gpp, bj-2gpp, bk-2gpp, bl-2gpp, bm-2gpp, bn-2gpp, bo-2gpp, bp-2gpp, bq-2gpp, br-2gpp, bs-2gpp, bt-2gpp, bu-2gpp, bv-2gpp, bw-2gpp, bx-2gpp, by-2gpp, bz-2gpp, ca-2gpp, cb-2gpp, cc-2gpp, cd-2gpp, ce-2gpp, cf-2gpp, cg-2gpp, ch-2gpp, ci-2gpp, cj-2gpp, ck-2gpp, cl-2gpp, cm-2gpp, cn-2gpp, co-2gpp, cp-2gpp, cq-2gpp, cr-2gpp, cs-2gpp, ct-2gpp, cu-2gpp, cv-2gpp, cw-2gpp, cx-2gpp, cy-2gpp, cz-2gpp, da-2gpp, db-2gpp, dc-2gpp, dd-2gpp, de-2gpp, df-2gpp, dg-2gpp, dh-2gpp, di-2gpp, dj-2gpp, dk-2gpp, dl-2gpp, dm-2gpp, dn-2gpp, do-2gpp, dp-2gpp, dq-2gpp, dr-2gpp, ds-2gpp, dt-2gpp, du-2gpp, dv-2gpp, dw-2gpp, dx-2gpp, dy-2gpp, dz-2gpp, ea-2gpp, eb-2gpp, ec-2gpp, ed-2gpp, ee-2gpp, ef-2gpp, eg-2gpp, eh-2gpp, ei-2gpp, ej-2gpp, ek-2gpp, el-2gpp, em-2gpp, en-2gpp, eo-2gpp, ep-2gpp, eq-2gpp, er-2gpp, es-2gpp, et-2gpp, eu-2gpp, ev-2gpp, ew-2gpp, ex-2gpp, ey-2gpp, ez-2gpp, fa-2gpp, fb-2gpp, fc-2gpp, fd-2gpp, fe-2gpp, ff-2gpp, fg-2gpp, fh-2gpp, fi-2gpp, fj-2gpp, fk-2gpp, fl-2gpp, fm-2gpp, fn-2gpp, fo-2gpp, fp-2gpp, fq-2gpp, fr-2gpp, fs-2gpp, ft-2gpp, fu-2gpp, fv-2gpp, fw-2gpp, fx-2gpp, fy-2gpp, fz-2gpp, ga-2gpp, gb-2gpp, gc-2gpp, gd-2gpp, ge-2gpp, gf-2gpp, gg-2gpp, gh-2gpp, gi-2gpp, gj-2gpp, gk-2gpp, gl-2gpp, gm-2gpp, gn-2gpp, go-2gpp, gp-2gpp, gq-2gpp, gr-2gpp, gs-2gpp, gt-2gpp, gu-2gpp, gv-2gpp, gw-2gpp, gx-2gpp, gy-2gpp, gz-2gpp, ha-2gpp, hb-2gpp, hc-2gpp, hd-2gpp, he-2gpp, hf-2gpp, hg-2gpp, hh-2gpp, hi-2gpp, hj-2gpp, hk-2gpp, hl-2gpp, hm-2gpp, hn-2gpp, ho-2gpp, hp-2gpp, hq-2gpp, hr-2gpp, hs-2gpp, ht-2gpp, hu-2gpp, hv-2gpp, hw-2gpp, hx-2gpp, hy-2gpp, hz-2gpp, ia-2gpp, ib-2gpp, ic-2gpp, id-2gpp, ie-2gpp, if-2gpp, ig-2gpp, ih-2gpp, ii-2gpp, ij-2gpp, ik-2gpp, il-2gpp, im-2gpp, in-2gpp, io-2gpp, ip-2gpp, iq-2gpp, ir-2gpp, is-2gpp, it-2gpp, iu-2gpp, iv-2gpp, iw-2gpp, ix-2gpp, iy-2gpp, iz-2gpp, ja-2gpp, jb-2gpp, jc-2gpp, jd-2gpp, je-2gpp, jf-2gpp, jg-2gpp, jh-2gpp, ji-2gpp, jj-2gpp, jk-2gpp, jl-2gpp, jm-2gpp, jn-2gpp, jo-2gpp, jp-2gpp, jq-2gpp, jr-2gpp, js-2gpp, jt-2gpp, ju-2gpp, jv-2gpp, jw-2gpp, jx-2gpp, jy-2gpp, jz-2gpp, ka-2gpp, kb-2gpp, kc-2gpp, kd-2gpp, ke-2gpp, kf-2gpp, kg-2gpp, kh-2gpp, ki-2gpp, kj-2gpp, kk-2gpp, kl-2gpp, km-2gpp, kn-2gpp, ko-2gpp, kp-2gpp, kq-2gpp, kr-2gpp, ks-2gpp, kt-2gpp, ku-2gpp, kv-2gpp, kw-2gpp, kx-2gpp, ky-2gpp, kz-2gpp, la-2gpp, lb-2gpp, lc-2gpp, ld-2gpp, le-2gpp, lf-2gpp, lg-2gpp, lh-2gpp, li-2gpp, lj-2gpp, lk-2gpp, ll-2gpp, lm-2gpp, ln-2gpp, lo-2gpp, lp-2gpp, lq-2gpp, lr-2gpp, ls-2gpp, lt-2gpp, lu-2gpp, lv-2gpp, lw-2gpp, lx-2gpp, ly-2gpp, lz-2gpp, ma-2gpp, mb-2gpp, mc-2gpp, md-2gpp, me-2gpp, mf-2gpp, mg-2gpp, mh-2gpp, mi-2gpp, mj-2gpp, mk-2gpp, ml-2gpp, mm-2gpp, mn-2gpp, mo-2gpp, mp-2gpp, mq-2gpp, mr-2gpp, ms-2gpp, mt-2gpp, mu-2gpp, mv-2gpp, mw-2gpp, mx-2gpp, my-2gpp, mz-2gpp, na-2gpp, nb-2gpp, nc-2gpp, nd-2gpp, ne-2gpp, nf-2gpp, ng-2gpp, nh-2gpp, ni-2gpp, nj-2gpp, nk-2gpp, nl-2gpp, nm-2gpp, nn-2gpp, no-2gpp, np-2gpp, nq-2gpp, nr-2gpp, ns-2gpp, nt-2gpp, nu-2gpp, nv-2gpp, nw-2gpp, nx-2gpp, ny-2gpp, nz-2gpp, oa-2gpp, ob-2gpp, oc-2gpp, od-2gpp, oe-2gpp, of-2gpp, og-2gpp, oh-2gpp, oi-2gpp, oj-2gpp, ok-2gpp, ol-2gpp, om-2gpp, on-2gpp, oo-2gpp, op-2gpp, oq-2gpp, or-2gpp, os-2gpp, ot-2gpp, ou-2gpp, ov-2gpp, ow-2gpp, ox-2gpp, oy-2gpp, oz-2gpp, pa-2gpp, pb-2gpp, pc-2gpp, pd-2gpp, pe-2gpp, pf-2gpp, pg-2gpp, ph-2gpp, pi-2gpp, pj-2gpp, pk-2gpp, pl-2gpp, pm-2gpp, pn-2gpp, po-2gpp, pp-2gpp, pq-2gpp, pr-2gpp, ps-2gpp, pt-2gpp, pu-2gpp, pv-2gpp, pw-2gpp, px-2gpp, py-2gpp, pz-2gpp, qa-2gpp, qb-2gpp, qc-2gpp, qd-2gpp, qe-2gpp, qf-2gpp, qg-2gpp, qh-2gpp, qi-2gpp, qj-2gpp, qk-2gpp, ql-2gpp, qm-2gpp, qn-2gpp, qo-2gpp, qp-2gpp, qq-2gpp, qr-2gpp, qs-2gpp, qt-2gpp, qu-2gpp, qv-2gpp, qw-2gpp, qx-2gpp, qy-2gpp, qz-2gpp, ra-2gpp, rb-2gpp, rc-2gpp, rd-2gpp, re-2gpp, rf-2gpp, rg-2gpp, rh-2gpp, ri-2gpp, rj-2gpp, rk-2gpp, rl-2gpp, rm-2gpp, rn-2gpp, ro-2gpp, rp-2gpp, rq-2gpp, rr-2gpp, rs-2gpp, rt-2gpp, ru-2gpp, rv-2gpp, rw-2gpp, rx-2gpp, ry-2gpp, rz-2gpp, sa-2gpp, sb-2gpp, sc-2gpp, sd-2gpp, se-2gpp, sf-2gpp, sg-2gpp, sh-2gpp, si-2gpp, sj-2gpp, sk-2gpp, sl-2gpp, sm-2gpp, sn-2gpp, so-2gpp, sp-2gpp, sq-2gpp, sr-2gpp, ss-2gpp, st-2gpp, su-2gpp, sv-2gpp, sw-2gpp, sx-2gpp, sy-2gpp, sz-2gpp, ta-2gpp, tb-2gpp, tc-2gpp, td-2gpp, te-2gpp, tf-2gpp, tg-2gpp, th-2gpp, ti-2gpp, tj-2gpp, tk-2gpp, tl-2gpp, tm-2gpp, tn-2gpp, to-2gpp, tp-2gpp, tq-2gpp, tr-2gpp, ts-2gpp, tt-2gpp, tu-2gpp, tv-2gpp, tw-2gpp, tx-2gpp, ty-2gpp, tz-2gpp, ua-2gpp, ub-2gpp, uc-2gpp, ud-2gpp, ue-2gpp, uf-2gpp, ug-2gpp, uh-2gpp, ui-2gpp, uj-2gpp, uk-2gpp, ul-2gpp, um-2gpp, un-2gpp, uo-2gpp, up-2gpp, uq-2gpp, ur-2gpp, us-2gpp, ut-2gpp, uu-2gpp, uv-2gpp, uw-2gpp, ux-2gpp, uy-2gpp, uz-2gpp, va-2gpp, vb-2gpp, vc-2gpp, vd-2gpp, ve-2gpp, vf-2gpp, vg-2gpp, vh-2gpp, vi-2gpp, vj-2gpp, vk-2gpp, vl-2gpp, vm-2gpp, vn-2gpp, vo-2gpp, vp-2gpp, vq-2gpp, vr-2gpp, vs-2gpp, vt-2gpp, vu-2gpp, vv-2gpp, vw-2gpp, vx-2gpp, vy-2gpp, vz-2gpp, wa-2gpp, wb-2gpp, wc-2gpp, wd-2gpp, we-2gpp, wf-2gpp, wg-2gpp, wh-2gpp, wi-2gpp, wj-2gpp, wk-2gpp, wl-2gpp, wm-2gpp, wn-2gpp, wo-2gpp, wp-2gpp, wq-2gpp, wr-2gpp, ws-2gpp, wt-2gpp, wu-2gpp, wv-2gpp, ww-2gpp, wx-2gpp, wy-2gpp, wz-2gpp, xa-2gpp, xb-2gpp, xc-2gpp, xd-2gpp, xe-2gpp, xf-2gpp, xg-2gpp, xh-2gpp, xi-2gpp, xj-2gpp, xk-2gpp, xl-2gpp, xm-2gpp, xn-2gpp, xo-2gpp, xp-2gpp, xq-2gpp, xr-2gpp, xs-2gpp, xt-2gpp, xu-2gpp, xv-2gpp, xw-2gpp, xx-2gpp, xy-2gpp, xz-2gpp, ya-2gpp, yb-2gpp, yc-2gpp, yd-2gpp, ye-2gpp, yf-2gpp, yg-2gpp, yh-2gpp, yi-2gpp, yj-2gpp, yk-2gpp, yl-2gpp, ym-2gpp, yn-2gpp, yo-2gpp, yp-2gpp, yq-2gpp, yr-2gpp, ys-2gpp, yt-2gpp, yu-2gpp, yv-2gpp, yw-2gpp, yx-2gpp, yy-2gpp, yz-2gpp, za-2gpp, zb-2gpp, zc-2gpp, zd-2gpp, ze-2gpp, zf-2gpp, zg-2gpp, zh-2gpp, zi-2gpp, zj-2gpp, zk-2gpp, zl-2gpp, zm-2gpp, zn-2gpp, zo-2gpp, zp-2gpp, zq-2gpp, zr-2gpp, zs-2gpp, zt-2gpp, zu-2gpp, zv-2gpp, zw-2gpp, zx-2gpp, zy-2gpp, zz-2gpp

Sonuç:

Pedersen LM ve ark. çalışmasında hastaların %22'ini KHAK'ı vakaları oluşturmuş ve çalışmada trombositozun olumsuz yönde bağımsız bir prognostik faktör olduğu saptanmıştır (2). Başka bir çalışmada ise ilişki ortaya konulamamıştır (3). Çalışmamızda trombositozun olumsuz prognostik etkisi gösterilemedi. Literatürde KHAK'ı ile trombositozu direkt olarak inceleyen çok fazla çalışma yoktur. Konunun aydınlanması için büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-2

AKCİĞER SARKOMATOİD KARSİNOMUNUN BİR ALT TİPİ: PULMONER BLASTOM

ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, SEMRA PAYDAŞ¹, DERYA GÜMÜRDÜLÜ², MERAL GÜNALDI¹, VEHBİ ERÇOLAK¹

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

Amaç:

Pulmoner blastom akciğerin nadir tümörlerinden olup, sarkomatoid karsinom grubu altında yer alan bir bifazik tümördür. Tümör malign gland yapılarından, immatür embriyonik (blastomatöz stroma) ve kondrosarkom komponentlerinden oluşmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

62 yaşında erkek hasta iki aydır olan öksürük ve hemoptizi şikayetleri ile Haziran 2011'de kliniğimize başvurdu. 45 paket/ yılı sigara öyküsü mevcuttu ve 1994'te geçirilmiş kaza nedeniyle çene rekonstrüksiyonu operasyonu geçirmişti. Hastanın babası akciğer kanseri, kardeşi ise mide kanseri nedeniyle ölmüştü. Fizik muayenesinde sol gözde ptosis dışında bulgu yoktu. Hastanın toraks BT'sinde sağ akciğer superior segmentte 4x5 cm boyutlu plevraya geniş tabanlı oturan lobüle konturlu kistik kitle, sağ hilusta 2,5x3,5 cm'lik lobule kitle (konglomere lenfadenopati), amfizematöz akciğer saptandı. PET/BT de uzak metastaz bulgusuna rastlanmadı. Bronkoskopide sağ akciğer intermediate bronş alt lob superior segment girişi endobronşiyal lezyon ile tamamen tıkalı idi. Göğüs cerrahisi kliniği tarafından sağ alt ve orta lobektomi uygulandı.

Bulgular:

Patolojisinde pulmoner blastom (sarkomatoid karsinom), 15 adet reaksiyoner lenf nodu saptandı. Tümör santral ve periferik olarak iki kitle halinde görüldü. Santral kitle 5x4,5x4 cm, periferik kitle 5,3x5x3 cm boyutlardaydı. Keratin epitelyal komponentte pozitif, S100 kondrosarkom alanlarda pozitif, vimentin negatif saptandı. Tümör plevrayı infitre etmekte idi ve yoğun lenfovasküler invazyon mevcuttu. Cerrahi sınırlar intaktı. Hastaya önce kemoradyoterapi (cisplatinli), sonrasında da cisplatin 75 mg/m² (1. gün), etoposid 80 mg/m² (1-3 gün), 21 günde 1 olarak 6 kür uygulandı. Hasta halen kliniğimizden 3 aylık aralıklarla takipli olup nüks ya da metastaz bulgusu saptanmamıştır.

Sonuç:

Pulmoner blastomlar agresif tümörler olup, sık relaps ve metastazlar nedeniyle prognozları kötüdür. Kötü prognostik

faktörler; tümör rekürrensi, tümör boyutunun 5 cm ve üzerinde olması ve başvuru sırasında metastazın varlığıdır. Hastamızda kötü prognostik faktör olarak tümör boyutu 5 cm üzerinde idi. Tedavisi kompleks olup, radikal cerrahi diseksiyon, kemoterapi ve radyoterapiden oluşmaktadır. Tedavisinde tümörün cerrahi rezeksiyonu esastır. Bu nedenle unrezektabilitate kriterleri taşıyan hastaların tümörleri neoadjuvan kemoradyoterapi ile rezektabl hale getirilmelidir.

EP-3

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ TANISI İLE TEDAVİ ALAN HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN PROGNOSTİK FAKTÖRLER

ALİ İNAL¹, ABDULLAH KARAKUŞ², MUHAMMED ALİ KAPLAN¹, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, ZUHAT URAKÇI¹, NECİP NAS², MEHMET GÜVEN², ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

¹DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD
²DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD

Amaç:

KHAK tanısı ile birinci basamak etoposide + cisplatin (EP) kemoterapisi alan hastalarda sağkalımı etkileyen prognostik faktörleri tespit etmeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem:

2001-2011 tarihleri arasında kliniğimizde KHAK tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda sağkalıma etki eden prognostik faktörleri retrospektif olarak taradık. 16 prognostik faktör [yaş, cinsiyet, DM, performans statüsü (PS), sigara, kilo kaybı, hemoptizi, evre, hemoglobin, WBC, Albumin, ALT, LDH, kalsiyum, kreatin ve kan glukoz düzeyleri] analiz edildi.

Bulgular:

KHAK tanısı almış olan 161 hasta (146 erkek, 15 kadın ve median yaş; 57) alındı. Univariate analizde prognostik öneme sahip 5 faktör tespit edildi; PS (p < 0.001), evre (p=0.001), DM (p=0.005), serum albumin (p < 0.001) ve hemoglobin düzeyleri (p=0.03). Univariate analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunan 5 faktör için multivariate analiz yapıldı. Multivariate analizinde; performans statusu, evre ve serum albumin düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç:

Çalışmamızda, KHAK tanısı ile birinci basamak EP kemoterapisi alan hastalarda performans statusu, evre ve serum albumin düzeyinin sağkalım üzerinde bağımsız prognostik faktörler olduğunu tespit ettik.

EP-4

AKCİĞER KANSERLİ KADIN HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLER VE SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SAADETİN KILIÇKAP¹, ERKAN DOĞAN², TURGUT KAÇAN¹, TUNÇ GÜLER³, ORHAN ÖNDER EREN⁴, GAMZE GÖKOZ DOĞU⁵, DİDEM TAŞTEKİN³, ARZU YAREN¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹

¹CUMHURİYET ÜTF

²VAN EAH

³SELÇUK ÜMTF

⁴SAMSUN EAH

⁵PAMUKKALE ÜTF

Amaç:

Erkeklerle göre kadınlarda akciğer kanseri daha az oranda gözükmetedir. Bu çalışmada akciğer kanserli kadın hastaların klinik özelliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Tüm akciğer kanseri olguları retrospektif olarak incelendi. Kadın akciğer kanserli hastaların özellikleri hastane kayıtlarından elde edildi.

Bulgular:

Akcığer kanserli toplam 94 hastanın verileri incelenebilir bulundu. Hastaların ortalama yaşı 60 (26-105) idi. Yüzde 50 ile en sık histoloji adenokanser, %20 ile yassı hücreli ve %17 ile küçük hücreli akciğer kanseri idi. Sigara öyküsü %15, pasif içicilik oranı %12 idi. Onbeş olguda (%16) aile öyküsü, yine aynı oranda kilo kaybı vardı. Hastaların %38'inde komorbidite mevcuttu. %39 olguda ECOG PS "1" idi. Oniki hastaya lobektomi, 3 hastaya pnömonektomi yapıldı. En sık gözlenen evre %55 ile evre 4 (yaygın evre SCLC dahil) idi. Yüzde 28 olgu radyoterapi, %92'si kemoterapi almıştı. En sık sisplatin-dosetaksel uygulanmış idi (%23). Ortanca verilen kür sayısı 4 (2-6) idi. Ortanca izlem süresi 11 ay idi (1-66). En sık görülen uzak metastaz yeri kemikler (%22) idi. 1-yıllık sağkalım %61, 2-yıllık sağkalım %32 idi. Evre (p=0,001), anemi (p=0,006) ve Performans status (p<0,001) sağkalımı belirleyen prognostik faktörlerdi.

Sonuç:

Akcığer kanserli kadın hastalarda sigara kullanma oranları erkeklerle göre daha düşüktür. Evre, anemi ve performans durumu sağkalımı belirleyen faktörlerdir.

EP-5

ERKEN EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA HASTALIKSIZ SAĞKALIMI VE GENEL SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

ARİFE ULAŞ¹, SAADET TOKLUOĞLU², ERKAN ARPACI², AYŞE GÖK DURNALI², FATMA PAKSOY TÜRKÖZ², TARKAN YETİŞİĞİT², GÖKHAN ÇELENKOĞLU², YILDIZ GÜNEY³, NECATİ ALKIŞ²,

¹BURSA ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ

²DR. A.Y ANKARA ONKOLOJİ EAH, I.TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³DR. A.Y ANKARA ONKOLOJİ EAH, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Amaç:

Çalışmamızda, erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarda klinik ve histolojik özelliklerinin, hematolojik ve biyokimyasal bazal parametrelerin, uygulanan tedavi yöntemlerinin hastaliksız sağkalım (HS) ve genel sağkalım(GS) üzerindeki etkilerini analiz etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi

Onkoloji Kliniğinde son 10 yıllık dönemde takip edilen rezeke edilmiş KHDAK tanılı 80 hasta geriye dönük analiz edildi. Veriler, Kaplan Meier sağkalım analizi ile değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların %88.8'i erkek ve %11.3'ü kadın olup ortalama yaş 55 (39-71 yıl) ve takip süresi 34.2 ay(3-132 ay) idi. Hastaların % 90'nın yaşı 65 yaş altında, % 66'sı ECOG 1, %46.3'ü yassı hücreli karsinom ve %35'i adenokarsinomaydı. Sigara öyküsü % 84.3'ünde vardı. Hastaların 61'i lobektomi, 16'sı pneumenektomi ve 3'ü segmentektomi geçirmişti. %46'sı adjuvan RT ve %50.7'si adjuvan KT almıştı. Ortanca HS 36 ay(20.1- 51.9) olup 1, 2 ve 5 yıllık HS oranları sırasıyla %74.1, %57 ve % 32.8 idi. Ortanca GS 53 ay(15.8-90.2) olup 1,2 ve 5 yıllık GS oranları sırasıyla %86.8, %74.3 ve %45.5 bulundu. HS üzerinde etkisi araştırılan faktörlerin tek değişkenli analizlerinde yaş, cinsiyet, histopatoloji, sigara içimi, kilo kaybı, beyaz küre yüksekliği, anemi, trombosit, LDH, albümin, ALP, kalsiyum düzeyi, T evresi, N evresi, adjuvan RT, adjuvan KT ve cerrahi yönteminin HS üzerinde anlamlı etkisi gözlenmedi. ECOG 0,1 olması, yassı hücreli karsinom alt tipi olması HS'ı uzatırken, albümin düzeyinin 3 gr/dl ve altında olması, aneminin varlığının HS'ı kısalttığı bulundu. Erken evre alt gruplarında adjuvan RT ve adjuvan KT'nin evre IB, IIB, IIIA de istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen HS süresini olumlu etkilediği gözlemlendi. Aynı değişkenlerle yapılan GS analizlerinde ise 65 yaş ve altındaki hastaların, kadın cinsiyetin, ECOG PS 0 ve 1, albümin düzeyi 3gr/dl ve altında olmasının GS üzerinde etkili olduğu gözlemlendi. Olguların T evresi, N evresi, adjuvan RT, adjuvan KT ve cerrahi yönteminin GS üzerinde etkisi gözlenmedi. Erken evre alt gruplarında ise cerrahi uygulanmasının evre IA(p=0,025) ve IB(p=0,01) de adjuvan KT'nin Evre IIB (p=0,002) de GS'yi anlamlı etkilediği görüldü.

Sonuç:

Cerrahi uygulanan erken evre KHDAK'li hastalarda performans durumunun ve albümin düzeyinin hem HS hem de GS üzerinde etkili olduğu gözlenirken, histopatolojinin, aneminin HS'ı yaş ve cinsiyetin ise GS'ı etkilediği bulundu.

EP-6

İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ (KHDAK) HASTALARDA ADİPONEKTİN, LEPTİN, GHRELİN VE RESİSTİNİN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERLE İLİŞKİSİ

ATİKE GÖKÇEN DEMİRAY, ARZU YAREN , GAMZE GÖKÖZ DOĞU

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

KHDAK'li hastalarda serum adiponektin, leptin, ghrelin ve resistinin değerlerinin kanser kaşeksisi üzerine etkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada, bu değerlerin antropometrik ölçümlerle ilişkisi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 67 ileri evre KHDAK'li hasta ve 20 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların ve kontrol grubunun başvuru anında serum adiponektin, leptin, ghrelin, resistin değerleri ölçüldü. Yaş, cinsiyet ve antropometrik ölçümleri

(boy, kilo, bel çevresi, kalça çevresi, kol çevresi ve triceps kalınlığı) kaydedildi. İstatistiksel analiz SPSS 17.0 ile yapıldı.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 62.9 + 8.7, kontrol grubunun 63.1 + 6.2 yıl idi. Hastaların 15'i (%22.4) adenokarsinom, 44'ü (%65.7) skuamöz hücreli karsinom idi. Hastaların tanı anındaki kilo, bel/kalça oranı, kol çevresi, triceps kalınlığı, kontrol grubuna göre daha düşüktü. Serum leptin düzeyi hasta grubunda daha düşük, resistin düzeyi ise daha yüksekti. Leptin düzeyi düşük olan hastalarda kilo, bel/kalça oranı, triceps kalınlığı ve kol çevresi daha düşük, ghrelin düzeyi düşük olan hastalarda kilo, bel/kalça oranı, triceps kalınlığı ve kol çevresi daha yüksek bulundu. Serum adiponektin ve resistin düzeyleri ile antropometrik ölçümler arasında herhangi bir ilişki bulunmadı.

Sonuç:

Çalışmamızda hasta grubunda, kontrol grubuna göre antropometrik ölçümler, serum leptin düzeyi daha düşük, ghrelin düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ghrelin ve leptin düzeylerinin antropometrik ölçümlerle ilişkisi olması kanserli hastalarda kilo kaybını öngörmeye yararlı olacağını düşündürmektedir. Bu konuda yapılacak hasta sayısı yüksek ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

EP-7

ERLOTİNİB TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN TOKSİK HEPATİT

BÜLENT KARAGÖZ, OĞUZ BİLGİ , ALPASLAN ÖZGÜN , TOLGA TUNÇEL , LEVENT EMİRZEOĞLU , EMİN GÖKHAN KANDEMİR

GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Erlotinib Epitelyal Büyüme Faktör Reseptörüne (EGFR) spesifik bir tirozin kinaz inhibitörüdür ve yaygın olarak Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Burada akciğer adenokarsinomlu bir hastada Erlotinib kullanımı sonrası gelişen toksik hepatit olgusu sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

77 yaşında hiç sigara içmemiş bayan hasta Metastatik Akciğer Adenokarsinomu tanısıyla kliniğimizde tedaviye alındı. Birinci basamak kemoterapi olarak verilen tek ajan karboplatin sonrası hastalık progresyonu saptandı.

Bulgular:

Hastaya ikinci basamak tedavi olarak erlotinib 150 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin 6. gününde hasta halsizlik, çabuk yorulma, bulantı, kusma ve ikter ile başvurdu. Hastanın biyokimyasal tetkiklerinde ALT, AST, Total ve direkt bilirubin düzeylerinde 10 katın üzerinde artış saptandı. Erlotinib tedavisi kesildi ve IV sıvı replasmanı yapıldı. Ultrasonografi ve laboratuvar incelemesinde metastaz ya da viral hepatit bulgusu yoktu. Erlotinib tedavisi kesildikten 2 gün sonra son geliş yakınmaları kayboldu, ikter geriledi, transaminaz ve bilirubin düzeylerinde

azalma saptandı. 1 hafta tüm laboratuvar parametreleri normale inen hasta tedavisi değiştirildi. Halen tedavi altındadır.

Sonuç:

Erlotinib tedavisi altında en sık rastlanan yan etkiler halsizlik, iştahsızlık, diyare ve cilt döküntüsü olsa da daha az sıklıkta Karaciğer fonksiyon testlerinde (KFT) artış, toksik hepatit, hepatik yetmezlik ve hepatorenal sendrom görülebilmektedir. Erlotinib tedavisinde KFT de yakından izlenmelidir.

EP-8

KÜÇÜK HÜCRE DİŞİ AKCİĞER KANSERİNDE GEMSTABİN-SİSPLATİN KOMBİNASYONUNUN BİRİNCİ VE TAKSAN SONRASI İKİNCİ BASAMAKTA KULLANIMININ KIYASLANMASI

MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹, SEVİL GÖKTAŞ¹, EVRİM DUMAN², UTKU DÖNEM DİLLİ¹, EDA PARLAK³

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

³ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde ilk basamak tedavide kullanılan kemoterapi kombinasyonlarının etkili olmalarına rağmen hastaların çoğunluğunda progresse olur. Bu retrospektif çalışmada; KHDAK'de ilk basamak tedavide gemsitabin-sisplatin, ikinci basamak tedavide dosetaksel kullanımı ile ilk basamak tedavide dosetaksel-sisplatin, ikinci basamak tedavide gemsitabin kullanımının etkinliği karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Histopatolojik olarak KHDAK tanısı almış ve görüntüleme yöntemleri ile evrelendirme çalışmaları yapılmış lokal ileri ve metastatik KHDAK'li hastalar çalışmaya alınmıştır.

Bulgular:

Her iki kol birlikte değerlendirildiğinde hastaların medyan yaşam süresi 13,1 ay olarak tespit edildi. Grup A'da medyan yaşam süresi 14,8 ay saptanırken Grup B'de medyan yaşam süresi 12,9 ay olarak saptandı. Yaşam süreleri arasındaki fark long rank testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi.

Sonuç:

Çalışmamızda gemsitabin-sisplatin kombinasyonu sonrası taksan kullanımı ile taksan-sisplatin kombinasyonu sonrası gemsitabin kullanımı kolları arasında fark araştırıldı ve genel sağkalım farkı gösterilemedi. KHDAK'nin ikinci basamak tedavisinde hastanın performans durumu, tümöre ait moleküler özellikler yanında almış olduğu ilk basamak tedavisinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

EP-9

LOKAL İLERİ VE METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER KANSERİNDE GEMSTABİN SİSPLATİN KOMBİNASYONU: TEK MERKEZ DENEYİMİ

MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹, EVRİM DUMAN², UTKU DÖNEM DİLLİ¹, DURİYE ÖZTÜRK², SEVİL GÖKTAŞ¹

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Amaç:

KHDAK ilk basamak tedavide hangi tedavi kombinasyonunun seçilmesi gerektiği tartışmalıdır. Bu konu ile ilgili çalışmalarda kombinasyonların birbirine üstünlüğü gösterilememiştir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip edilen lokal ileri ve metastatik KHDAK'li olguların gemsitabin-sisplatin kombinasyonuna yanıt ve toksisitelerini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem:

2008-2010 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde KHDAK tanısı almış ve görüntüleme yöntemleri ile evrelendirme çalışmaları yapılmış lokal ileri ve metastatik KHDAK'li hastalar değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya 10'u (%19,6) kadın, 41'i (%80,4) erkek toplam 51 hasta alınmıştır. Hastaların 24 (%47) parsiyel yanıt, 5 (%9,8)'i stabil hastalık olmak üzere toplam 29 (%56,8) hastada yanıt elde edildi. Hastaların ortalama yaşam süreleri 14,4 ay, medyan yaşam süresi 10,7 ay (%95 güven aralığı 6,4- 14,9) iken kadınlarda medyan sağkalım 25,7 ay olarak tespit edildi.

Sonuç:

Sonuç olarak gemstabin-sisplatin kombinasyonu etkin ve toksisitesi tolere edilebilir tedavi seçeneğidir. bu yanıtta etki edebilecek faktörlerin belirlenmesi bazı hastaları tedavi komplikasyonundan koruyacaktır ve bazı hastaların tedaviye bağlı nedenlerden kaybedilmesini engelleyecektir.

EP-10

OLGU SUNUMU: MULTİFOKAL CİLT METASTAZI OLAN YASSI EPİTEL HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ

NALAN AKGÜL BABACAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP¹, SONER ŞENEL², TURGUT KAÇAN¹, BİRSEN YÜCEL³, YILLAR OKUR³, MEHMET FUAT EREN³, EBRU ATASEVER AKKAŞ³, İLKNUR PARLAK⁴

¹CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

²CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ROMATOLOJİ BD

³CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

⁴CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD

Amaç:

Akcığer kanserinde sıkça görülen metastaz yerleri kemik, beyin, karaciğer ve adrenal bezlerdir. Cilt ise yaygın bir metastaz yeri

değildir. Biz de multipl cilt metastazları ile başvuran yassı epitel hücreli akciğer kanserli hastamızın klinik özelliklerini sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

Hastanın dosya bilgileri incelendi.

Bulgular:



Ellibeş yaşında erkek hasta, 6 aydır süren öksürük ve hemoptizi şikayetleriyle bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve yapılan Torax Tomografisi incelemesinde sol hiler 5.5X3.5X6 cm boyutlarında kitle saptanarak bronkoskopik biyopsi yapılmış. Henüz biyopsi raporu çıkmadan hasta 1 aydır belirginleşen ciltte çok sayıda nodüler lezyonları fark ederek hastanemiz romatoloji kliniğine başvurmuş ve vaskülit ön tanısıyla tetkik edilmiş. Fizik muayenesinde yüzde, dudakta, boyunda kafa cildinde, el parmak distalinde, bacak ve ayaklarda çapları 1-3 cmarasında değişen, ağrısız, frajil, 5. falanks distalineki otonekroza ilerleyen mor-siyah renkli nodüler cilt lezyonları saptanmış. Bu aşamada onkolojik yönden değerlendirilerek biyopsi önerilen hastanın. bronkoskopik biyopsisi ve cilt biyopsisi 'squamöz hücreli karsinom' olarak raporlandı. Evreleme tetkiklerinde kemik ve karaciğer metastazları da saptanan hastaya Dosetaxel-Sisplatin kemoterapisi başlandı. 3 kür sonrası yapılan değerlendirmede tüm cilt lezyonları nedbe bırakarak iyileştiği gözlemlendi. Hastanın halen takip ve tedavisi sürmektedir.

Sonuç:

Cilt metastazları akciğer kanseri tanısı ile eş zamanlı olabildiği gibi hastalığın ilk belirtisi de olabilir. Şüpheli olgularda biyopsiden kaçınılmamalıdır.

EP-11

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ KANSER KAYIT MERKEZİNDE KAYITLI AKCİĞER KANSERLİ 135 KADIN HASTANIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

PINAR KUM¹, BERKSOY ŞAHİN¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR²

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT MERKEZİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Çalışmamızda 2000-2011 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Kayıt Merkezi tarafından kaydedilen 135 akciğer kanserli kadın hastanın özelliklerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Kayıt Merkezi'nin 2000-2011 yılları arasında veri tabanına dahil ettiği 135 kadın akciğer kanseri tanılı olgular alınmıştır. Tanı aşamasındaki hastaların yaş, yaşadığı il, sigara öyküsü, histolojik tanıları değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 15.0 istatistik programı, 'p' değerleri ile yapılmıştır.

Bulgular:

Olguların yaş ortalaması 59 idi. Bunların 93 (% 68.9) 'ü Adana, 16 (%11.9)'sı Mersin, 10 (% 7.4)'u Hatay, 16 (%11.9)'sı diğer illerde yaşamaktaydı. Olguların 25 (%18.5)'inin sigara öyküsü olduğu, 58 (% 43) 'sinin öyküsünün bulunmadığı ve 52 (% 38.5)'sinin öyküsünün bilinmediği saptanmıştır. 128 (%94.8) olgunun histolojik tanısı küçük hücreli dışı karsinom, 7 (% 5.2)'si küçük hücreli karsinomdu. Bu olgulardan 74 (% 54.8) 'ü adenokarsinom, 23 (%17.0) 'ü epidermoid karsinom, 12 (% 9)'si diğerleri idi. Olguların histolojik tanıları yaşadıkları il ile değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamamış (p:0,349), yaş ve sigara öyküsü ile kıyaslandığında ise anlamlı farklar görülmüştür(sırasıyla p:0.05, p:0,029).

Sonuç:

Sonuç olarak diğer çalışmalarda olduğu gibi adenokarsinom kadın olgularda en sık rastlanan histolojik tip olarak saptanmış, yaş ve sigara öyküsünün de bu tipleri belirlemede etkin iken, hastaların yaşamakta bulundukları illerin histolojik tipleri etkilemediği görülmüştür.

EP-12

KANSER KAYIT MERKEZİMİZDE KAYITLI AKCİĞER KANSERLİ 135 KADIN HASTANIN TEDAVİ VE SAĞKALIM SONUÇLARI

PINAR KUM¹, BERKSOY ŞAHİN¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR²

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT MERKEZİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Çalışmamızda 2000-2011 yıllarında Kanser Kayıt Merkezimizde kayıtlı 135 akciğer kanserli kadın hastanın tedavileri ve sağ kalımları incelendi.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2000-2011 yılları arasında veri tabanında bulunan 135 kadın akciğer kanseri tanılı olgular alınmıştır. Olguların histolojik tanıları, evreleri, tedavileri, sağ kalım durumları incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 15.0 istatistik programı, survival analiz-life tables ile yapılmıştır.

Bulgular:

Olgulardan 128 (%94.8)'inin histolojik tanısı küçük hücreli dışı karsinom, 7 (% 5.2)'si küçük hücreli karsinomdu. Bunlardan 74 (% 54.8) 'ü adenokarsinom, 23 (%17.0) 'ü epidermoid karsinom olarak saptandı. Bulunan kayıtlara göre 49 (%36.3)

olgu kemoterapi almış, 54(%40)'ünün ise radyoterapi bilgisine ulaşılmıştır. Hastalardan 81 (% 60)'i ölmüş, 28 (%20.7)'i sağ idi. Evre III; 12 (%8.9), evre IV;54 (%40) olgu görülebildi. Median sağkalım 16.047 ay, küçük hücreli dışı karsinom için, 5 yıllık sağ kalım % 14 olarak saptandı. Epidermoid karsinom için 4 yıllık sağ kalım % 11, adenokarsinom için 5 yıllık sağkalım ise % 5 olarak değerlendirildi. Kemoterapi alan olguların median sağkalımı 12.33 ay, almayanların 2.5 ay, radyoterapi alan olguların median sağ kalımları 14.5 ay, almayanların 2.75 ay idi. Evre III olguların 5 yıllık sağkalımı %25, evre IV olguların % 3 olarak görülmüştür.

Sonuç:

Sonuç olarak histolojik tanı, evre ve alınan tedavilerin sağ kalımda etkin olduğu görülebilmektedir.

EP-13

METASTATİK AKCİĞER NODÜLLERİNİ TAKLİT EDEN LİPOİD PNÖMONİ OLGUSU

HASAN GÜVEN ¹, HAKAN ŞIVGIN ¹, RUKEN YÜKSEKKAYA ⁴, SİBEL DORUK ², HARUN AYSAL ¹, MUSTAFA SAĞCAN ¹, YELİZ BİLİR ¹, BANU ÖZTÜRK ³

¹TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD

²TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI AD

³TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

⁴TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD

Amaç:

Metastatik pulmoner nodüller genellikle primer bir tümörün hematojen yayılımı sonucu gelişirler. Tipik olarak pulmoner arteriyel kan akımı dağılımına uygun biçimde orta ve alt akciğer alanlarının periferine yerleşen çok sayıda, düzgün yüzeyli, sınırları belirgin nodüller içerir. Ayırıcı tanıda multipl akciğer hamartomları, tüberküloz ve sarkoidoz gibi granülamatoz hastalıklar, pulmoner infarktüs, intrapulmoner nodüller ve Pneumocystitis carinii'ye bağlı atipik pnömoni gibi nedenleri düşünmek gerekir. Burada primeri belli olmayan metastatik akciğer nodülleri ön tanısı ile sevk edilmiş bir hastada gazyağı aspirasyonundan sonrası gelişen nadir görülen lipoid pnömoni olgusu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

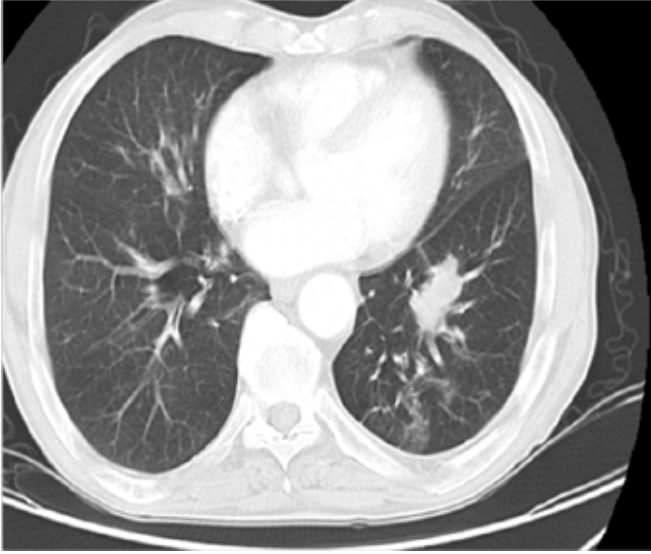
OLGU: Gaz yağı aspirasyonu sonrası nefes darlığı ve öksürük yakınmalarıyla ile başvuran 80 yaşında erkek hasta çekilen toraks tomografisinde metastatik görünümlü multipl pulmoner nodüller saptanması üzerine hastanemize sevk edildi. Fizik muayenesinde orofarenks ve solunum sesleri doğal olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon:19 mm/saat, Lökosit:8970/mm³, Nötrofil:8020/mm³, Hg:13,5 gr/dl, Plt:171000/mm³, ALT:17 U/L, AST:19 U/L, LDH:178 U/L, kreatinin:0.7 mg/dl, BUN:17 mg/dl, Na:137 mmol/L, K:4.8 mmol/L, Ca: 9.3 mg/dl idi.

Bulgular:

Akcığer grafisinde kitle veya nodül izlenmedi. Kontrastlı toraks

tomografisinde ise sağ akciğer orta lob ve sol akciğer lingulada boyutu yaklaşık 33x 22 mm olan bazıları spiküler konturlu içerisinde yağ dansiteleri bulunan nodüller ve konsolide alanların izlendiği lipoid pnömoni ile uyumlu lezyonlar olarak rapor edildi (resim 1,2). Bronkoskopik incelemede sağ ve sol bronş sistemleri subsegmentlerine kadar açık olarak izlendi. Her iki alt lobdan bronkoalveoler lavaj, bronş fırçalama yapıldı. Bakteriyolojik incelemede mikroorganizma üremedi, bronş lavaj yaymalarında kronik inflamasyon bulguları, bronş fırçalama yaymalarında normal sitolojik bulgular saptandı. Hastanın iki ay sonra çekilen kontrol tomografisinde sol akciğerdeki nodüllün ve konsolide alanların kaybolduğu gözlemlendi. Mevcut bulgularla gazyağı aspirasyonuna bağlı lipoid pnömoni tanısı konuldu. (resim3,4)





Sonuç:

Düşük viskoziteli uçucu hidrokarbonların aspirasyonu ağız içinde hemen buharlaşarak mortal seyredebilen akut pnömonitis tablolarına yol açabilmektedir. Literatürde nadir rastlanan, fire-eater's (ateş yeme gösterisi) pnömoni olarak adlandırılan bu tabloda öksürük, dispne, ateş, göğüs ağrısı semptomları ile birlikte ciddi pleuropulmoner komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu olgu, primeri bilinmeyen multipl akciğer metastazı ön tanısı ile sevk edilmiş ancak anamnez ve tetkikler derinleştirildiğinde gaz yağı aspirasyonu sonrası lipoid pnömoni olduğu anlaşılmış, primeri bilinmeyen tümör tanısından uzaklaşmıştır. Tanısal inceleme olanaklarımız ne kadar gelişmiş olsa da anamnez ve fizik muayenenin önemi bir kez daha kanıtlanmıştır.

EP-14

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİ SIRASINDA GÖRÜLEN GUILLAIN BARRE SENDROMU

BÜLENT ERDOĞAN, ESMA TÜRKMEN, SERNAZ UZUNOĞLU, İRFAN ÇİÇİN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Küçük hücreli akciğer kanseri paraneoplastik hastalıkların en sık görüldüğü solid tümördür. Guillain Barre Sendromu (GBS) nadirde olsa küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ile birlikte görülen paraneoplastik sendromlardandır.

Gereç ve Yöntem:



Vaka:

59 yaşında erkek hasta metastatik KHAK tanısıyla cisplatin 75 mg/m²-etoposid 25 mg/m² (1-3gün) tedavisi başlandı. 1. kür kemoterapiden bir hafta sonra hasta nötropenik ateş nedeni ile yatırıldı. Hastanın yapılan muayenesinde 38,3 derece ateşi, hipotansiyonu, boyunda palpabl ağrılı lenf nodu mevcuttu. Sepsis tablosu olan hastaya MRSA'yı da kapsayacak şekilde ampirik antibiyoterapi (Teikoplanin 1x400 mg, imipenem silastatin 4x500) başlandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Nötropenik ateş kliniği düzelen hasta taburcu edildi. Taburcu olduktan 5 gün sonra hasta bacaklarda progresif olarak artan güç kaybı şikayetiyle tekrar kliniğimize başvurdu;



Yapılan muayenede alt ve üst ekstremitelerde simetrik güç kaybı, hipoestezi ve derin tendon reflekslerinde hipoaktivite tespit edildi. Akciğer grafisinde primer kitlede regresyon mevcuttu. Yapılan kraniospinal görüntülemeye metastaz saptanmadı. EMG de patolojik değişim yoktu. BOS incelemesinde albuminositolojikdisiasyon tespit edildi. Bu bulgularla hastaya GBS tanısı konuldu. 5 gün intravenözimmunglobulin tedavisi uygulandı. IVIG sonrası tam nörolojik iyileşme sağlandı.

Tartışma:

GBS patogenezinde otoimmunitenin rol aldığı akut, simetrik demyelinizan nöropatidir. GBS ile kanser birlikteliği çok nadirdir. Literatürde azda olsa KHAK ile birlikte paraneoplastik nörolojik sendrom olarak bildirilmiş vakalar vardır. Bizim vakamızda ise tanıdan sonra gelişmesi ve %50 den daha fazla yanıt varken gelişmiş olması bu durumun bir paraneoplastik nörolojik sendrom olmadığını düşündürmüştür. Kemoterapi sonrası artan TNF alfa gibi inflamatuvar sitokinlerve enfeksiyonbirlikteliği GBS gelişmesinin patogenezinde rol oynamış olabilir.

Sonuç:

Kanser hastalarında akut gelişen nöropatilerde GBS akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıda yar almalıdır.

EP-15

AKCİĞER ADENOSKUAMÖZ KARSİNOMUNDA KLİNİK ÖZELLİKLER

ARİFE ULAŞ¹, FATMA PAKSOY², ERKAN ARPACI², AYŞE DURNALI², SAADET TOKLUOĞLU², TARKAN YETİŞYİĞİT², GÖKHAN ÇELENKOĞLU², NECATİ ALKIŞ²

¹BURSA ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ

²DR. A.Y ANKARA ONKOLOJİ EAH, I.TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Adenoskuamöz akciğer kanseri nadir görülen bir tümör tipi olup, tüm akciğer kanserlerinin %0.4-4'ünü oluşturur. Biyolojik davranışı ve klinikopatolojik özellikleri henüz yeterince tanımlanamamıştır. Metastazları da farklı histolojiye sahip olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda, Dr.A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde 1999-2009 yılları arasında takip edilen 738 KHDAK tanılı hastalardan adenoskuamöz tanılı 5 hasta(%0.7) geriye dönük analiz edildi. Adenoskuamöz (ADS) kanserli olguların klinik, radyolojik, tanısal ve patolojik özellikleri ile tedavi sonuçları değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların tümü erkek hasta olup ortalama yaş 55(50-70yıl) idi. Tümünde sigara kullanımı mevcut olup median 47 paket/yıl (40-50) olarak bulundu. Hastaların 2'si ECOG 1 iken 3 hasta ECOG 2 idi.Öksürük %80 oranında başlangıç yakınmasıydı. İki hastaya fiberoptik bronkoskopi, 2'sine transtorasik iğne biyopsisi ve 1'ine mediastinoskopik biopsi ile tanı konulmuştu. Bir hastada lezyon sol akciğerde iken 4 hastada sağ akciğerde ve de 2 olguda sağ üst lobta idi. Evre IIIA 1 hasta, IIIB 2 hasta ve evre IV 2 hasta idi. Evre IV hastalarda tanıda kemik ve karaciğer metastazı vardı. Evre 3 hastalara lobektomi ve segmentektomi yapılmıştı. Hastaların birine adjuvan radyoterapi (RT) ve 2 hastayada küratif RT verilmişti. Takiplerde beyin metastazı gelişen 2 olguyada palyatif kranial RT uygulanmıştı. Lobektomili hastaya adjuvan (sisplatin+vinorelbin) kemoterapisi (KT) 4 kür verildi. Dört olguya palyatif KT (sisplatin+gemsitabin) verildi (ortalama 3 kür). Cerrahi rezeksiyon yapılan, adjuvan RT ve adjuvan KT verilen 1 olgu toplam 36 ay takip edilmiş olup halen nüks saptanmadı. Lokal ileri ve metastatik 4 olguda ortalama genel sağkalım 11 ay(4-18) ve ortalama PFS 8 ay (2-13) idi.

Sonuç:

Çalışmamız, merkezimizde tanı konulan adenoskuamöz karsinomlu olguları değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çok nadir görülen ve son derece agresif seyirli bir akciğer tümörüdür. Adenoskuamöz akciğer kanserinin klinik-radyolojik özelliklerini ve biyolojik davranışlarını değerlendiren çalışmaların sayısı sınırlıdır. Daha büyük sayıda olgu içeren ve uzun süreli sağkalım sürelerinin değerlendirildiği çalışmalar, bu tümörlerin klinik, patolojik ve prognostik özelliklerinin değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır.

EP-16

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA CTLA-4 49A>G GEN POLİMORFİZMİNİN PROGRESYON VE SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

MURAT YİĞİT¹, ARZU YAREN¹, A.GÖKÇEN DEMİRAY¹, GAMZE GÖKÖZ DOĞU¹, AYDIN DEMİRAY², HAKAN AKÇA²

¹PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

²PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI, DENİZLİ

Amaç:

Akcığer kanserinin etyolojisinde inflamasyonun ve tümör immünitesinin rolü olduğu bilinmektedir. CTLA-4, T-hücresinin immün yanıtında inhibitör rolü olan önemli bir moleküldür. Çalışmamızda, CTLA-4 gen polimorfizminin KHDAK'li hastalarda progresyon ve sağkalım üzerine etkisini değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

KHDAK'li 80 hasta ve 40 sağlıklı kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Her iki grupta CTLA-4 gen polimorfizmi çalışıldı ve allel dağılımı belirlendi. Hastaların demografik özellikleri dosyalarından kaydedildi. İstatistiksel analiz SPSS 17.0 ile yapıldı.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 64.1 ± 8.9, kontrol grubunun 59.5 ± yıl idi. Hastaların 54'ü (%67.5) skuamöz hücreli, 16'ı(%20) adenokarsinom alt tipiydi. Hastaların % 48.7'sinde A alleli, %51.3'ünde G alleli; kontrol grubunun %52.5'inde A alleli, %47.5'inde G alleli saptandı (p=0.6). Hasta grubunda A alleli taşıyanlarda PFS ve OS sırasıyla 22 hafta ve 36 hafta, G alleli taşıyanlarda 25 hafta ve 62 hafta idi (0=0.16 ve p=0.07).

Sonuç:

Çalışmamızda, CTLA-4 gen polimorfizmi allel dağılımının hasta ve kontrol grubunda benzer olduğu, ancak A alleleline sahip hastalarda sağkalım sürelerinin kısa olduğu görüldü. İnflamasyonda rol alan CTLA-4 gen polimorfizminin akciğer kanserinde prognoz üzerine etkisini belirleyebilmek için hasta sayısı fazla olan çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

EP-17

EVRE IV KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN SAĞKALIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NALAN AKGÜL BABACAN¹, BİRSEN YÜCEL², SAADETTİN KILIÇKAP¹, TURGUT KAÇAN¹, YILLAR OKUR², MEHMET FUAT EREN¹, EBRU ATASEVER AKKAŞ², SELİN GENÇ³

¹CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

²CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

³CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD

Amaç:

İleri evre KHDAK'inde performans durumu, kilo kaybı, cinsiyet ve LDH yüksekliği bilinen prognostik faktörlerdir. Biz bu çalışmayla, ileri evre KHDAK hastalarımızdaki sağkalımı etkileyen faktörleri araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

2006-2011 tarihleri arasında merkezimizde tedavi edilen evre IV KHDAK tanılı 113 hastanın dosya bilgileri ve sağkalım verileri incelendi.

Bulgular:

Hastaların 100'ü (%88) erkek, 13'ü (%12) kadın ve ortalama yaşları 62 (37-82) idi. Ortanca takip 8 ay (1-47), ortalama sağkalım 8 ay idi. Bir yıllık genel sağkalım %35 olarak tespit edildi. ECOG performans durumu ($p<0,001$), kemoterapi uygulaması ($p<0,001$), tedavide cisplatin ($p<0,001$) ve docetaxel ($p:0,043$) kullanımı, Laktik dehidrogenaz (LDH) yüksekliği ($p:0,007$) sağkalımı etkileyen prognostik faktörlerdi. Bağımsız prognostik faktörler ise kemoterapi ($p<0,001$) ve LDH yüksekliği ($p:0,004$).

Sonuç:

Evre IV küçük hücre dışı akciğer kanserinde sağkalımı etkileyen en önemli prognostik faktörler hastaya kemoterapi uygulanması ve LDH yüksekliği olarak tespit edildi.

EP-18

AKCİĞER KARSİNOMLU HASTADA α -2 GLOBULİN PİKİ

MERAL GÜNALDI¹, MELEK ERKİŞİ¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹,
BERNA BOZKURT DUMAN², VEHBİ ERÇOLAK¹

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ
BİLİM DALI

² ADANA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ONKOLOJİ
BÖLÜMÜ

Amaç:

Akut faz proteinleri pozitif ve negatif proteinler olarak iki gruba ayrılırlar. α -2 globulini pozitif akut faz proteini olup seruloplazmin, α -2 makroglobulinin ve haptoglobulinin oluşur. α -2 globulinlerin enfeksiyon, bağ doku hastalıkları, nefritler ve nadiren malign hastalıklarda arttığı bilinmektedir.

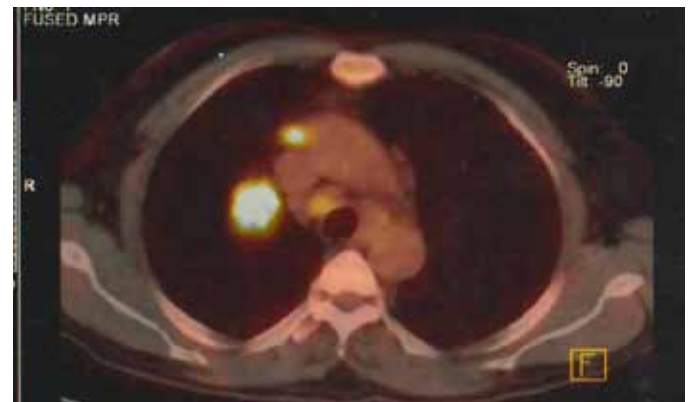
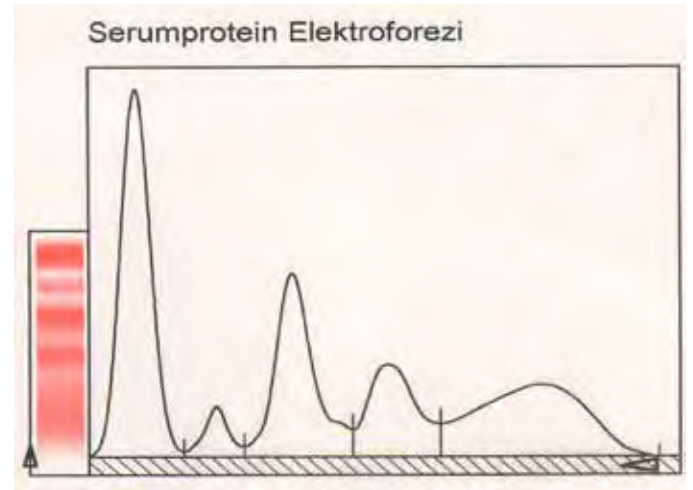
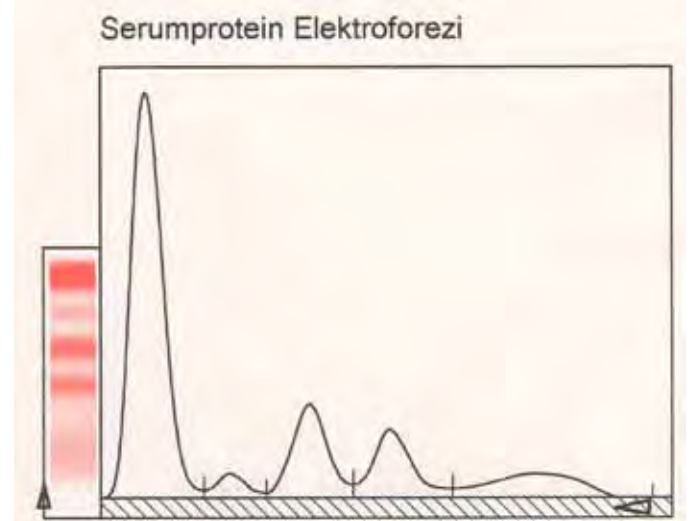
Gereç ve Yöntem:

Biz protein elektroforezinde α -2 globulin piki yapmış akciğer karsinomlu bir vakayı inceledik.

Bulgular:

55y, erkek, gece terlemesi, kilo kaybı, öksürük şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Tetkiklerinde Total Protein: 6.8, Albumin: 3.3, bence jones proteini (-), protein elektroforezinde α -2 piki saptandı ve kemik iliği aspirasyon-biyopsisi yapıldı ve %8-10 plazma hücresi izlendi. Toraks BT'de (Ekim 2010); Sağ AC üst lobda soliter nodül ve mediastende multipl lenfadenomegali saptandı. Hasta tedaviyi kabul etmedi. Mart 2011'deki protein elektroforezinde α -2 pikinin devam ettiği (Fig. 1), KİA-Bx tekrarında; Plazma hücre oranı %8 izlendi. PET-BT'de sağ akciğerde kitle, LAP'ler ve surrenalde metastaz saptandı (Resim 1). LN eksizyonel biyopsi sonucu; malign epitelyal tümör olarak rapor edildi. Dosetaksel 75 mg/m², Sisplatin 75 mg/m² 1/3hft olarak başlandı. 3. ve 6. kür PET-BT karşılaştırmasında belirgin regresyonla birlikte, Albumin/Globulin oranının normale döndüğü, protein elektroforezinde ise α -2 globulin pikinin azaldığı gözlemlendi (Fig. 2 ve Resim 2).

Sonuç:



Akciğer karsinomları en yaygın malignitelerden biridir. Küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarının klinik seyri ile bazı serum akut faz proteinlerinin arasında korelasyon olduğu bilinmektedir. Biz burada akciğer epitelyal karsinomlu bir hastayı α -2 globulin pikinin bulunması ve tedaviye yanıt ile korelasyon göstermesi nedeni ile sunduk. Ayrıca epitelyal karsinomlu olgularda α -2 globulinler vd. akut faz proteinlerinin prognostik öneminin araştırmaya açık bir konu olabileceğini vurgulamak istedik.

EP-19

METASTATİK NONSKUAMÖZ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İKİNCİ SIRA TEDAVİDE PEMETREXED SONUÇLARIMIZ

OLÇUN ÜMİT ÜNAL, İLHAN ÖZTOP, DOĞAN KOCA, TARIK SALMAN, TULAY AKMAN, UĞUR YILMAZ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Akciğer kanserinde son 30 yılda cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi alanındaki gelişmelere rağmen mortal bir hastalık olma özelliği devam etmektedir. Son yıllarda metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'nde sistemik kemoterapinin yanı sıra hedefli yönelik ilaçlar da kullanıma girmiş olup tüm bu yaklaşımlarla az da olsa sağkalım avantajı elde edilmiştir. Ayrıca bu tedavilerle birlikte histolojik alt tipin önemi daha da artmıştır. Yapılan çalışmalarda pemetrexed'in nonskuamöz histolojili alt tipte skuamöz hücreli alt tipe göre daha belirgin survi avantajı sağladığı gösterilmiştir. Bu çalışmada amacımız nonskuamöz KHDAK'de ikinci sıra tedavide pemetrexed'in etkinliğini ve tolerabilitesini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıbbi Onkoloji bölümünde Ocak 2010 ile Haziran 2011 arasında metastatik nonskuamöz KHDAK kanseri tanısı ile ikinci sıra tedavi olarak pemetrexed uygulanan hastalar çalışmaya alındı ve hasta dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara pemetrexed 500 mg/m²den 3 haftada bir uygulanmıştı.

Bulgular:

Toplam 29 hastaya (5 kadın, 24 erkek) pemetrexed uygulanmıştı. Ortanca yaş 62 (range, 46-83) idi. Hastaların tümü nonskuamöz histolojideydi. Hastalara pemetrexed ortalanca 3 siklus (range 2-9) uygulanmıştı ve toplam 112 kemoterapi siklusu almışlardı. Sekiz (%27.5) hastada parsiyel yanıt, 6 (%20.6) hastada stabil yanıt elde edildi. Ortanca progresyonsuz sağkalım 3.7 ay (95% CI, 2.89-4.63) ve ortalama sağkalım 24.6 ay (95% CI, 16.60-32.19) tespit edildi. 1 ve 2 yıllık sağkalım oranları sırasıyla % 72.3 ve %34.3 saptandı. Grade 3 toksisite olarak 2 hastada (%6.8) nötropeni ve 2 hastada (%6.8) anemi gözlemlendi.

Sonuç:

Metastatik nonskuamöz KHDAK'de ikinci sıra tedavide pemetrexed etkin ve tolerabl bir ajandır. Az hasta sayılı bu çalışmada pemetrexed uygulanabilir bulunmuştur.

EP-20

EKTOPIK ACTH SENDROMU İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ: OLGU SUNUMU

NİLÜFER AVCI¹, NİHAN ALKİŞ², ENDER KURT¹, ERDEM ÇUBUKÇU¹, FATİH ÖLMEZ¹, MEHMET BALCI², TÜRKKAN EVRENSEL¹, ÖZKAN KANAT¹, OSMAN MANAVOĞLU¹

¹ 1-ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² 2-ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Ektopik ACTH sendromu sıklıkla çeşitli solid tümörler ile ilişkili paraneoplastik bir sendromdur. Bu yazıda ektopik ACTH salınımı ile birliktelik gösteren küçük hücreli akciğer kanserli bir olgu sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Uludağ Üniversitesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı'nda takipli olgu sunulmuştur.

Bulgular:

48 yaşında erkek hasta akciğer kanseri ön tanısıyla kliniğimize gönderiliyor. Hastanın göğüs bölgesinde ağrı, son 2 haftadır ağız kuruluğu, çok su içme, sık idrara gitme, kas güçsüzlüğü ve aşırı terleme şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde 25 adet/gün/ 30 yıl sigara içme mevcuttu. Fizik muayenesinde; kan basıncı:130/70mmHg, Ateş: 37°C, hafif buffalo hump görünümü, bilateral avuç içlerindeki kıvrım yerlerinde, ayaklarda ve yüzde hiperpigmentasyon mevcuttu. Akciğer filminde ve toraks BT'de sol suprahiler bölgede 3x2 cm kitle saptandı. Laboratuarda glikoz:248 mg/dl, K:1,7 mmol/L, AST:74 IU/L, ALT:188 IU/L idi. Tetkiklerde hiler kitle, ciddi hipopotasemi ve kan glukoz düzeylerindeki yükseklik diğer bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde küçük hücreli akciğer kanseri ve paraneoplastik sendrom düşünülerek hasta servise yatırıldı. Hastanın yatışında deliryum tablosu mevcuttu. Acil potasyum replasmanı yapıldı. Yatışında gönderilen ACTH: 590,6 pg/ml, Kortizol:> 63,44 µg/dl ve 24 saatlik idrar kortizolü:24200 µg/gün olarak sonuçlandı. Kranial MR'da kitle gözlenmedi. Ektopik ACTH sendromu düşünüldü. Ancak AST/ALT yüksekliği nedeniyle ketakonazol verilemedi. Yapılan biyopsi akciğerin küçük hücreli karsinomu ile uyumluydu. Hastaya 07/06/2011 tarihinde 1. kür cisplatin ve etoposid başlandı. Kür sonrası profilaktik olarak verilen G-CSF rağmen 3.günde nötropeni (600) gelişti ve 38°C yi bulan ateş yüksekliği oldu. Çekilen PAAC grafisinde infiltrasyon gözlenmedi. Febril nötropeni düşünülerek Piperasillin- tazobaktam 4x4.5 gr/gün ve P. Carini profilaksisi için trimethoprim-sulfometoksazol 3x1 tablet/gün başlandı. 20/06/2011 tarihinde hastada takipne gelişmesi üzerine tekrarlanan PA AC grafisinde yaygın pnömonik infiltrasyon saptandı. Mevcut antibiyotik tedavisi imipenem 4x500 mg/ gün, vankomisin 2x1 gr/gün, amikasin 1x1000 mg/gün olarak değiştirildi. Trimethoprim- sulfometoksazol, P.carinii tedavi dozunda (3x2 tablete) yeniden düzenlendi. Ancak genel durumu bozulan hasta solunum desteği sağlanmak üzere entübe edilmesine rağmen yatışının 22. gününde exitus oldu.

Sonuç:

Ektopik ACTH sendromu nadir görülen bir klinik olup sıklıkla akciğerin küçük hücreli kanserleri ile (SCLC;%45) ilişkilidir. Bu nedenle akciğerde hiler kitleye eşlik eden hipertansiyon, hiperglisemi ve şiddetli hipokalemi metabolik alkalozis varsa ektopik ACTH sendromu düşünülmelidir. Bu hastalarda tanındaki yetersizlik ve hayatı tehdit eden şiddetli enfeksiyonlar morbidite artışına neden olmaktadır.

EP-21

SERVİKAL LEPTOMENİNGİAL VE İNTRAMEDÜLLER TUTULUM İLE KOMPLİKE OLAN AKCİĞER ADENOKARSİNOM OLGUSU

MUSTAFA SAĞCAN¹, NİLGÜN SAVAŞ¹, MEHMET KILIÇ², ERKAN GÖKÇE³, HAKAN ŞIVGIN¹, BANU ÖZTÜRK⁴

¹ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD

² TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROŞİRURJİ AD

³ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYODİAGNOSTİK AD

⁴ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Leptomeningeal metastazlar, kanserin geç döneminde gelişen, mortal seyreden komplikasyonlardır. Genellikle vertebral ve paravertebral metastazların uzanımı sonrası leptomeningeal metastaz gelişir. Sistemik kanserin intramedüller yayılımı nadir görülür. Burada akciğer adenokarsinom seyrinde gelişen servikal bölgede hem dura hem intramedüller tutulum saptanan olguyu sunduk.

Gereç ve Yöntem:



Hastanemize başvurudan 6 ay önce akciğer adenokarsini ve beyin metastazi saptanan 51 yaşındaki kadın hasta dış merkezde kranial radyoterapi ve 6 kür sistemik kemoterapi (cisplatin-gemcitabine) almış, kontrol beyin MR'da

lezyonlarında belirgin gerileme saptanmıştı. Hasta son 15 gündür artan alt ve üst ekstremitelerinde kas güçsüzlüğü ve duyu kusuru ile hastanemize başvurdu. Hasta servise alındığında parapleji idi. MR'da medulla spinaliste C6 vertebra korpusu inferior düzeyinden başlayarak T1 inferior end plate yüzeyi düzeyine kadar yaklaşık 40x13x10 mm boyutlarında T2A serilerine heterojen hipointens sinyal kayıtları bulunan T1A serilerde heterojen korda yakın sinyal özelliğinde düzgün konturlu kitle saptandı (Resim1,2).

Bulgular:

Nöroşirurji tarafından servikal intradural ekstrapedüller tümör eksizyonu, laminektomi yapıldı. Eksplozasyonda duranın kitle ile servikal ve torakalde invaze olduğu ve sağ tarafta ağırlıklı olmak üzere spinal kanalı invaze ettiği ve sıkıştırdığı görüldü. Postoperatif dönemde hastanın parapleji kliniğinde gerileme gözlemlendi.

Sonuç:

Olgumuz tanı anında beyin metastazi olan bir akciğer adenokarsinomu olup tedavi ile beyin metastazları kontrol altına alınmasına rağmen ilerleyici nörolojik defisiti olması bizi spinal kord basısına yönlendirmiştir. Vertebra tutulumu olmadan hem leptomeningeal hem intramedüller metastaz gelişmiş acil cerrahi girişimden fayda görmüştür, erken tanı ve tedavinin önemi bir kez daha vurgulanmıştır.

EP-22

AKCİĞER KANSERİNDE KOAGÜLASYON TESTLERİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

LEYLA KILIÇ¹, İBRAHİM YILDIZ¹, FATMA ŞEN¹, MELTEM EKENEL¹, SERKAN KESKİN¹, ELİF BİLGİN², DERYA DURANYILDIZ², FARUK TAŞ¹

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TEMEL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kanser hastalarında koagülasyon ve fibrinolitik sistem aktivasyonunun invazyon ve metastaz riskinde artışa neden olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı akciğer kanserinde koagülasyon testlerinin prognoza etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

110 akciğer kanseri hastası (93 küçük hücreli dışı ve 17 küçük hücreli kanser) dahil edildi. Protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (apTT), INR ve fibrinojen düzeylerine bakıldı. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet uyumlu 50 sağlıklı bireyden oluşmaktaydı.

Bulgular:

Tüm koagülasyon testleri için hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı (PT için p=0.045 ve diğerleri için p<0.001). Skuamöz hücreli kanserde D-dimer düzeyleri diğer histolojik altgruplara göre daha yüksekti (p=0.03). SCLC'de ileri evredeki hastalarda D-Dimer ve INR belirgin yüksekti (p=0.03, p=0.04).

Medyan sağkalım süresi 57 haftaydı (% 95 CI 45.6- 68.3). PT uzaması ve INR artışı sağkalımı olumsuz etkilemekteydi (6 aylık sağkalım oranı PT için % 80.7'ye %58.8, p=0.03; INR için % 81.7'ye %57.5, p=0.01). Çok değişkenli analizde sadece INR'nin sağkalıma etkisi olduğu görüldü (p=0.05, HR:0.23, % 95 CI: 0.052-1.0).

Sonuç:

Çalışmamızda PT uzaması ve INR artışının akciğer kanserinde genel sağkalımı olumsuz etkilediği görülmüştür. Tedavi öncesi koagülasyon testleri prognoza dair fikir verebilir.

EP-23

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE 2. BASAMAK TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN ÇOK MERKEZLİ VE RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

TANER KORKMAZ¹, SELÇUK ŞEBER², DİNÇER AYDIN¹, BAŞAK USTAALİOĞLU¹, MUSTAFA CANHOROZ¹, AHMET BİLİCİ¹, RAMAZAN YILDIZ¹, NURGÜL YAŞAR¹, ÖZLEM ERCELEP¹, NUR ŞENER¹, ASLIHAN GÜVEN¹, SİNEMİS YÜKSEL¹, PERRAN FULDEN YUMUK², ÖZKAN KANAT³, MAHMET GÜMÜŞ¹, NAZIM SERDAR TURHAL²

¹ KARTAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

² MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

³ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, BURSA

Amaç:

Yinelemiş küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) hastalarında genellikle prognoz kötüdür. 2. sıra ve sonrası tedavileri değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada KHAK hastalarında 2. sıra kemoterapi(KT) verilen hasta grubunda uygulanan tedavilerin etkinliği retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda tümü 2. Seri tedavi alan 3 merkezden 120 hasta değerlendirildi

Bulgular:

Ortanca yaş 58 (33-78)'di. Hastaların %80'i 65 yaş altı ve %84'ü erkek idi. Hastaların performans durumu %82 hastada 0-1 olup, %24'ünde başvuru sırasında kilo kaybı vardı. Hastaların %61'i yaygın evre idi. 1.seri KT rejimi olarak %87 cisplatin-etoposid ve %13 carboplatin-etoposid kullanılmıştı. 1. Basamak tedavide genel cevap oranı %84'tü. 77 (%64) hasta platin duyarlı idi. 2. sıra tedavi olarak hastaların % 44'ü platin kombinasyonu, %23'ü topotecan, %37'si irinotekan ve %5'i ise CAV kombinasyon tedavisi ve bir hasta oral etoposid almışlardı. Ortanca 2.seri kemoaterapi kür sayısı 4 (2-8)'di. 2.seri tedavi ile hastaların %5'inde CR, %36'sında PR, %9'unda SD ve %50'sinde PD elde edilmişti. Ortanca 15 aylık takip süresinde ortanca genel sağkalım (OS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) süreleri sırasıyla 15 ve 7 aydı. Sırasıyla 1 ve 2 yıllık sağ kalımlar %71 ve %22 idi. 2.seri tedaviden itibaren medyan PFS ve OS ise sırasıyla 4 ve 7 ay idi. Sınırlı evre hastalıkta 2.seri PFS ve OS yaygın evre hastalığa göre daha uzundu (sırasıyla 6 ay- 3 ay p<0.0001, 10 ay-6 ay p=0.011). Platin duyarlı hastalar platin dirençli gruba

göre 2.seri tedavide belirgin PFS ve OS avantajına sahipti (sırasıyla 5 ay-3 ay p=0.004, 9 ay- 6ay p=0.016)

Sonuç:

KHAK'de birinci basamak sonrası tedavinin etkinliği ve OS katkısı sınırlı olmakla birlikte iyi seçilmiş hasta grubunda özellikle platin duyarlı hastalık ve başlangıçta sınırlı evre hastalığa sahip grupta daha etkin olduğu gösterilmiştir.

EP-24

LOKAL İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

VEDAT KILIÇ⁶, SELİM YALÇIN¹, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, SAMED RAHATLI¹, ÖMER DİZDAR¹, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹

¹ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

³ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ

⁴ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

⁵ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

⁶ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI BÖLÜMÜ

Amaç:

Akcığer kanserleri mortalitesi en yüksek olan kanserlerdir. Akcığer kanserlerinin büyük bölümünü küçük hücreli dışı kanserler(KHDAK)(%80) oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı merkezimizde tedavi edilen lokal ileri evre (E IIIA ve E IIIB) akciğer kanserli hastaların klinik özelliklerinin , nüks bulgularının ve yaşam süresi sonuçlarının ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda 2001-2010 yılları arasında merkezimizde opere olmuş ve takipleri yapılmış Evre IIIA ve IIIB KHDAK hastalarının hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu hastalarda demografik özellikler, tümör özellikleri, tedavi rejimleri ve hastalıksız sağkalım, genel sağkalım verileri analiz edilmiştir. Çalışmaya 62 lokal ileri evre KHDAK olan hasta dahil edilmiştir.

Bulgular:

Median yaş 60(43-76), takip süresi 14(1 ay-70 ay)aydı. Histolojik olarak hastaların 34'ü (%54.8) skuamöz hücreli karsinom, 17'si(%27.4) adenokarsinom, 2 'si(%3.2) büyük hücreli karsinom, 9'u(%14.5) tanımlanmamış tip KHDAK'ydı. Opere olmuş 26 hastanın 14'üne (%53.8) lobektomi, 11'ine (%42.3) pnömonektomi, 1'ine(%3.8) wedge rezeksiyonu uygulanmıştı. Hastaların 27'si(%48.15) Evre IIIA, 35'i (%42.8) evre IIIB'ydı. 20 hastaya(%32.3)kemoterapi ve 16 hastaya (%25.8) kemoradyoterapi verilmişti. Takip süresinde hastaların 34'ünde nüks saptanmış, 13 hasta ise ölmüştü.Tüm hastaların 3 yıllık genel sağkalım oranı % %66.6'ydı. Neoadjuvan kemoterapi alan hastaların 3 yıllık genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım oranları sırasıyla %63.4 ve %32.1'di. Neoadjuvan kemoterapi almayan hastalarda 3 yıllık genel sağkalım oranı %29,6'ydı.

Sonuç:

Lokal ileri evre KHDAK'de cerrahi rezeksiyon önemli yer tutsa da kür oranlarının istenildiği düzeyde olmaması ek tedavi yöntemlerini gündeme getirmiştir. Neoadjuvan kemoterapi alan hastalarda sonuçların daha iyi olması, daha geniş prospektif çalışmalarla bu sonucun desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

EP-25

ÜÇ BASAMAK VE ÜZERİ KEMOTERAPİ ALAN İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIMIZIN RETROSPEKTİF ANALİZ SONUÇLARI

DENİZ ARSLAN, MUKREMİN UYSAL, SEMA SEZGİN GÖKSU, ALİ MURAT TATLI, ŞEYDA GÜNDÜZ, SELİN TESTEMEL, ŞERİFE BİLAL, HASAN ŞENOL COŞKUN, MUSTAFA ÖZDOĞAN, BURHAN SAVAŞ, HAKAN BOZCUK

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ABD, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANTALYA

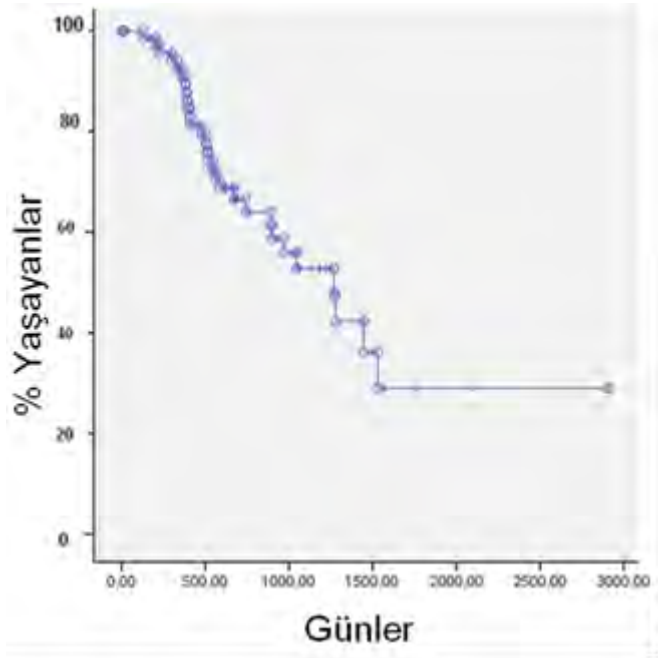
Amaç:

İleri evre küçük hücreli dışı akciğer (KHDAK) kanserli hastalarda, 1. ve 2. basamak kemoterapilerin etkinliği randomize klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Üçüncü basamak ve üzeri kemoterapi uygulanabilen, ileri evre KHDAK kanserli hastalarda ise kemoterapinin etkinliğini gösterir kesin kanıtlar yoktur.

Gereç ve Yöntem:

Ünitemizde, 3. basamak ve üzeri sistemik kemoterapi almış ileri evre KHDAK kanserli hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:



Üçüncü basamak ve üzeri kemoterapi alan toplam 71 hasta tarandı. Kadın hasta sayısı 13 (%18,3) ve erkek hasta sayısı 58 (%81,7)'di. Median yaş 59 (41-76)'du. Komorbidite, hastaların

25'inde (%35,2) vardı; 46'sında (%54,8) yoktu. Toplam 3 basamak kemoterapi alan hasta sayısı 39 (%54,9); 4 basamak 20 (%28,2); 5 basamak 8 (%11,3); 6 basamak 3 (%4,2); 7 basamak 1 (%1,4) kişiydi. Median genel sağkalım 1267 gün (%95 CI=898-1636), 42,2 aydı. (Şekil 1).

Sonuç:

İleri evre KHDAK kanserli uygun hastalarda, üçüncü basamak ve üzeri sistemik kemoterapi uygulamak yararlı olabilir. Kesin kanıtlar için randomize klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-26

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İSKELET KASI METASTAZI; OLGU SUNUMU

DİLŞEN ÇOLAK, UĞUR ERSOY, İLHAN HACİBEKİROĞLU, İNANÇ İMAMOĞLU, MUSTAFA ALTINBAŞ, SEMİHA URVAY, NAZİYET KÖSE

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

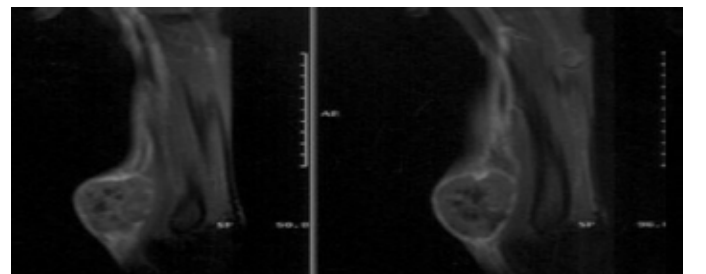
Solid tümörlerde hematogen yolla iskelet kasına metastaz nadirdir. KHDAK hematogen yolla sıklıkla kemiğe, plevraya, beyne ve karaciğere metastaz yaparken, iskelet kasına metastaz genelde komşuluk yoluyla olur. İskelet kasları vücudun büyük bölümünü oluşturup vasküler açıdan zengin iken, solid tümör metastazlarının nadir görülmesi, kas dokusundaki laktik asid konsantrasyonunun yüksekliği ile açıklanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

İskelet kası metastazı tespit edilen, evre 4 KHDAK vakası sunulmuştur.

Bulgular:

59 yaşındaki erkek hasta son 3 aydır kilo kaybı olması üzerine Kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 80 pk/yıl sigara öyküsü ve yoğun alkol tüketimi mevcuttu. Fizik Muayenede toraks ve batin duvarında cilt altı nodüller, sol kol ön yüzde kas içinde yaklaşık 5x6 cm kasa fikse kitle tespit edildi. Akciğer tomografisinde, sol hiler bölgede üst loba uzanım gösteren 4x7 cm'lik kitle ve metastatik nodüller tespit edildi. Bronkoskopide sol üst lob ve lingula ayrım karinasına oturmuş, üst lob girişini tıkayan endobronşiyal lezyon tespit edilerek biyopsiler alındı. Patolojisi küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olarak raporlandı. Sol kol MRI'ında, sol kol distalinde flexör yüzde, biceps brachii kısa başında 8x6x5 cm boyutta merkezinde düşük yoğunluklu alanlar bulunan kitle lezyonu tespit edildi. Hastanın batin duvarındaki subkutan nodülden ve biceps brachii kasındaki metastazların biyopsisi, küçük hücreli dışı akciğer karsinomu ile uyumlu tespit edildi. Sisplatin vinorelbin tedavisi başlanan hasta 3. Kür tedavisi sonrası kaybedildi.



Sonuç:

KHDAK'inde hematojen yolla kas metastazı nadirdir ve kötü prognoz işaretidir. Tanı anında kas metastazı ve cild metastazları olan, sağkalımı kısa olan hasta sunulmuştur.

EP-27

LOKAL İLERİ VE METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA SISPLATİN-GEMSİTABİN KEMOTERAPİSİNİN ETKİNLİK VE TOLERABİLİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ

ARİFE ULAŞ¹, TARKAN YETİŞİYİĞİT², ERKAN ARPACI², FATMA PAKSOY², SAADET TOKLUOĞLU², AYŞE DURNALI², GÖKHAN ÇELENKOĞLU², NECATİ ALKIŞ²

¹BURSA ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ

²DR A Y ANKARA ONKOLOJİ EAH, I.TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) yaşam süresi düşük olmasına rağmen, kombine kemoterapi ile ortalama yaşam süresinde, yaşam kalitesinde ve performans üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir. Çalışmamızda, lokal ileri ve metastatik KHDAK'li hastalarda birinci basamakta Sisplatin-Gemsitabin(PG) kemoterapisinin(KT) etkinlik ve tolerabilitesinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2005 ile Haziran 2010 tarihleri arasında lokal ileri ve metastatik KHDAK'li, birinci basamakta PG kemoterapi rejimi alan 154 hasta (137 erkek, 17 kadın) analiz edildi. Sisplatin 75 mg/m²/gün 1.gün, Gemsitabin 1000 mg/m²/gün 1.ve 8.gün 21 günde bir uygulanmıştı. PG kemoterapisinin toksisite, progresyonsuz sağkalım(PFS), genel sağkalım(GS) ve de histopatolojik alt gruplara göre PFS ve GS üzerine etkileri değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların median yaşı 56 yıl(31-76) ve ECOG Performans statüsü (ECOG1 %52.2, ECOG2 %38.9 ve ECOG3 %4.5) idi. %77.1'inde sigara öyküsü ve %24.8'inde ailede kanser öyküsü vardı. Histopatolojik olarak %43.3'ü adenokarsinom, %35'i skuamöz, %2.5'i adenoskuamöz, %3.8'i büyük hücreli ve %14.6'sı KHDAK olup histolojik alt tip belirsizdi. Hastaların %38.6'sı evre IIIB ve %61.4'ü evre IV idi. Tanıdaki metastaz bölgeleri sıklık sırasına göre kemik %26.9, karaciğer %14.1, beyin %13.4, plevral efüzyon %8.3 ve sürrenal %7.7 idi. 46 hasta primer radyoterapi (RT), 9 hasta eş zamanlı kemoradyoterapi ve 78 hasta palyatif amaçlı RT (29'u kranial, 26'sı kemik, 16'sı akciğere ve 6 hastada vena cava superior nedeniyle) aldı. Median 4 kür KT verildi. Parsiyel regresyon %46.8, stabil yanıt oranı %12.4 ve progresyon %28.8 oranında saptandı. %12 hastada yanıt değerlendirilmesi yapılamadı. KT'ye bağlı en sık toksisite %38.6 oranında grade 2 bulantı, %37.1'inde grade 2 kusma saptandı. Hematolojik olarak grade 3 ve 4 nötropeni 26 hastada, febril nötropeni 20 hastada, grade 3 anemi 16 hastada ve grade 3 trombositopeni 15 hastada saptandı. Dört hastada reversibl kreatin yükseliği ve 1 hastada hepatotoksisite gelişti. Yirmi hastada %15 doz redüksiyonu yapılırken 2 hastada toksisite

nedeniyle tedavi stoplandı. Median PFS 6 ay, median GS 12 ay saptandı. Sırasıyla 1,2 ve 5 yıllık GS oranları %48, %24.9 ve %10.3 idi. Histopatolojik olarak skuamöz ve adenokarsinom gruplarında sırasıyla median PFS(6 aya karşı 6 ay) ve median GS(11.5 aya karşı 12 ay) bulundu. İstatistiksel fark saptanmadı.

Sonuç:

Sisplatin-gemsitabin(PG) KT'si lokal ileri ve metastatik KHDAK'de birinci basamakta iyi tolere edilebilen, yaşam süresini uzatan etkin bir kombinasyon kemoterapisidir. Çalışmamızda, histopatolojik alt gruplara göre GS ve PFS açısından fark saptanmamıştır.

EP-28

YENİ TANI ALMIŞ GERİATRİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA PRİMER TÜMÖR ALANI 2-[18F]-FLUORO-2-DEOXY-D-GLUCOSE TUTULUMU

HASAN MUTLU, ESER KAYA, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK, ZEKİ AKÇA, ABDÜLSAMET ERDEN, TUNCAY ASLAN, HEDİYE UĞUR

ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ

Amaç:

Akcığer kanseri en sık görülen kanser tiplerindendir. Positron emission tomography/computed tomography (PET CT) akciğer kanseri evrelemesinde yerini almıştır. Bazı çalışmalar primer tümör alanının maximum standardised uptake values'nün (SUVmax) prognostik ve prediktiv özelliğini araştırmıştır. Çalışmamızda geriatrik yaş grubundaki küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarla, geriatrik olmayan KHDAK hastaları primer tümör SUV max değeri açısından karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Acibadem Kayseri Hastanesi Nükleer Tıp bölümünden evreleme amaçlı PET-CT çekilmiş ve yeni tanı almış 187 KHDAK'li hasta çalışmaya alındı. Primer tümör SUVmax açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:

Geriatrik grup daha yüksek SUVmax'a sahip olsa da anlamlı fark yok idi (p=0,121). Histoloji (p=0,159), evre (p=0,602), metastatik bölge (p=0,530), komorbidite (p=0,465) ve sigara içme (p=0,256) açısından fark yok iken, primer tümör çapı geriatrik hastalarda daha yüksek idi (p=0,014).

Sonuç:

Prognozunun daha kötü olduğu düşünülen ileri yaş KHDAK'li hastalarla daha genç hastalar arasında, prognostik önemi olan SUVmax açısından fark yoktur. Primer tümör çapı arttıkça SUVmax'ın arttığı bilindiğinden dolayı daha ileri çalışmalar SUVmax'ın geriatrik hastalardaki kötü prognozunun belirleyici faktörlerinden birisi olabileceğini gösterebilir.

EP-29**65 YAŞ ÜSTÜ AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ**

DOĞAN KOCA¹, NALAN BABACAN², ERKAN DOĞAN¹, GAMZE GÖKOZ DOĞU³, TUNÇ GÜLER⁴, ORHAN ÖNDER EREN⁵, TURGUT KAÇAN², ARZU YAREN³, DİDEM TAŞTEKİN⁴, SAADETTİN KILIÇKAP²

¹ VAN EAH

² CÜTF

³ PAMUKKALE ÜTF

⁴ SELÇUK ÜMTF

⁵ SAMSUN EAH

Amaç:

Çalışmada geriatrik yaş grubundaki akciğer kanserli hastaların klinik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

65 yaş ve üstü akciğer kanserli hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Verileri değerlendirilebilir toplam 360 akciğer kanserli hastanın 108'i (%30) 65 yaş ve üstü hasta idi. Yaş ortalaması 70±5 (65-105) idi. Olguların 91'i erkek (%84) ve 17'si (%16) kadındı. En sık görülen histoloji %70 ile yassı hücreli akciğer kanseriydi. En sık görülen evre %41 ile evre 4 idi. Evre 1A sadece 2 olguda izlendi. Yüzde 90 olguda sigara öyküsü vardı. Erkeklerin %95'i, kadınların %33'ü sigara içmekteydi(p<0,001). Ortanca sigara kullanımı 50 paket/yıldı. Yüzde 40 olguda komorbid hastalık, %49 olguda kilo kaybı, %12 olguda ise hemoptizi vardı. Onyedisi (%15) kişiye cerrahi tedavi uygulanmış idi (en sık n=8 lobektomi). Yüzde 37 olguda tanı anında ECOG PS "1" idi. Olguların %55'ine kemoterapi, %39'una küratif/palyatif radyoterapi verilmiş idi. Ortanca kür sayısı 4 (1-6) idi. En sık verilen kemoterapi protokolleri Sisplatin-dosetaksel ve sisplatin-gemsitabin idi. Yüzde 40 olguda G-CSF desteği gerekti. Ortanca izlem süresi 10 ay, Ortanca sağkalım 17 ay idi. Evre sağkalımı etkileyen faktördü (p=0,006).

Sonuç:

Geriatrik yaş grubundaki akciğer kanserli olgularda evre sağkalımı etkileyen bir faktördür.

EP-30**PARANEOPLASTİK BEYİN SAPI ENSEFALİTİNE BAĞLI GELİŞEN SOLUNUM DEPRESYONU VE TEDAVİSİ : KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMUNDA NADİR BİR OLGU SUNUMU**

ÇAĞLAYAN GEREDELİ¹, TUNÇ GÜLER¹, CEM BÖRÜBAN¹, OSMAN SERHAT TOKGÖZ², MEHMET ARTAÇ¹, LOKMAN KORAL¹, DİDEM TAŞTEKİN¹, MUSTAFA KARAAĞAÇ¹

¹ KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:

Üç aydır nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetiyle başvuran hastanın toraks BT sinde sağ akciğer kitle lezyonu tespit edildi. Bronkoskopide görülen sağ orta lobda endobronşial lezyondan yapılan biopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu olarak rapor edildi. Abdomen BT sinde karaciğerde 2 adet metastatik kitle lezyonu tespit edildi. Metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu olarak kabul edilen hastaya sisplatin-etoposid kemoterapisi verilmesi planlandı. Kemoterapi başladıktan 3 gün sonra hastada ani solunum depresyonu gelişti ve hasta entübe edildi. Hastanın şuuru açık ve koopere idi. Hastanın ekstremitelerinde herhangi bir sensoriyel veya motor kayıp yoktu. Beyin ve servikal MRI sonuçlarında kanama, iskemi veya metastaz bulgusuna rastlanmadı. Serumda bakılan paraneoplastik sendrom panelinin tümü negatif olarak bulundu. Elektroensefalografide (EEG) beyin sapını tutan ensefalit ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastada jeneralize bir ensefalit tablosunun olmaması ve şuurunun yerinde olması nedeniyle paraneoplastik beyin sapı ensefaliti düşünüldü. Plazmaferez yapıldı. Üç gün üst üste yapılan plazmaferez sonrasında hastanın spontan solunumu döndü ve hasta ekstübe edildi. Daha sonra kemoterapisine devam edilen hastanın 3. kür kemoterapi sonrası parsiyel yanıtı olup 4. kür sonrasında progresse olan hasta tedavinin altıncı ayında eksitus oldu. Küçük hücreli akciğer kanserli hastalarda paraneoplastik sendromların sık görülmesi nedeniyle paraneoplastik testler negatif olsa bile plazmaferezin bu tip hastalarda faydalı olabileceği unutulmamalıdır.

EP-31**70 YAŞ ÜSTÜ EVRE 3B VE EVRE 4 KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN VE TOLERANSININ RETROSPEKTİF ARAŞTIRILMASI**

SİNEM ÇUBUKÇU², ÖZKAN KANAT¹, ERDEM ÇUBUKÇU¹, ÖMER FATİH ÖLMEZ¹, MUSTAFA CANHOROZ¹, NİLÜFER AVCI¹, ENDER KURT¹, TÜRKKAN EVRENSEL¹, OSMAN MANAVOĞLU¹

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Bu çalışmada, ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle tedavi almış hastalar tedavinin etkinliği ve tolerabilitesi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada Uludağ üniversitesi tıp fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalında ocak 2002 ile ağustos 2010 tarihleri arasında kemoterapi gören hastaların dosyaları incelenmiştir. Yanıtın değerlendirilmesinde ve kemoterapiye bağlı toksisitelerin belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kriterleri kullanılmıştır.

Bulgular:

Toplam 84 hasta dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların 76(%90.5)'sı erkek, 6(%9.5)'sı bayan idi. Ortalama yaş 73 (70-84) yıl olarak bulundu. 29 (%34.5) hastada stabil

hastalık, 31 (%37) hastada progresyon, 23(%27.4) hastada kısmi yanıt, 1hastada tam yanıt elde edildi. Medyan sağ kalım 12(95% CL,9.9-16) ay olarak saptandı.

Sonuç:

İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseli yaşlı hastalarda kemoterapi tedavisi uygulanmasının etkinliği gösterilmiştir. Tedavi bireyselleştirilebilir. Performans skoru iyi olan hastalarda kombinasyon tedavileri kullanılabilir. İleri yaş tek başına kemoterapi verilmesine engel olmamalıdır. Hastalar kemoterapi planlanırken mutlaka kronolojik yaşı ile beraber mutlaka biyolojik yaşda değerlendirilmelidir.

EP-32

BÖBREK METASTAZI İLE SEYREDEN AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

HAVVA YEŞİL ÇINKİR, NECATİ ALKIŞ, AYŞE DURNALI, AYŞE DEMİRCİ, SELAY GÜNDOĞDU, ÖMER KAMİL YAZICI, NURTEN KANDEMİR, FATMA PAKSOY TÜRKÖZ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

SB AY. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Akcığer kanseri böbrek metastazı yapan solid tümörler arasında birinci sırayı almaktadır. Akcığer kanserinin seyri sırasında böbrek metastazına çok nadir rastlanır, ancak otopsi serilerinde %19.4 hastada metastazlar rapor edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Altmışbeş yaşında erkek hasta yoğun sigara içimi(60-120 paket/yıl) nedeni ile kontrol amacıyla yapılan tetkiklerinde sağ akciğerde 46 mm kitle saptanmış

Bulgular:

Transtoraksik iğne biopsisi Squamöz hücreli karsinom olarak raporlanmış. Evrelemede metastaz saptanmamış, sağ alt lobektomi operasyonu yapılmış(T2aN0MO-Evre 1B). Postoperatif dönemde myokard infarktüsü geçirmesi nedeni ile kemoterapi verilememiş, takip önerilmiş. 1 yıl sonraki kontrolde sol üst lobda yeni gelişimli nodül, böbrekte kitle ve çevresel LAP'lar saptanmış. Böbrekten alınan biopsisi skuamöz hücreli karsinoma metastazı olarak raporlanması üzerine merkezimize yönlendirilmiş. Böbrekteki lezyonun soliter olmaması nedeni ile cerrahi yapılamadı. Metastatik Küçük Hücreli dışı AC CA tanısı ile Sisplatin-Vinorelbine başlandı. Sol böbrekteki kitle 3 kür sonrası 3,5 cm, 5 kür sonrası 2 cm'e geriledi. Kemoterapi sonrası 5. ayda yapılan kontrolde böbrekteki kitlede büyüme oldu(7 cm). Kardiyak komorbiditesi nedeni ile 2. basamak tek ajan docetaxel başlandı.

Sonuç:

Akcığer kanserinin böbrek metastazı klinik olarak sessizdir. Akcığer kanseri böbrek metastazı olan hastaların prognozu genellikle kötüdür, ortalama yaşam süresi akciğer kitle rezeksiyonu yapılan hastalarda yaklaşık 3-44 aydır.

EP-33

AKCİĞER KANSERİNİN NADİR METASTAZ YERİ: PANKREAS

DİLEK ERDEM¹, İDRİS YÜCEL¹, BAHİDDİN YILMAZ¹, GÜZİN DEMİRAĞ¹, YASEMİN KEMAL¹, FATİH TEKER¹, ENGİN KUT², FATİH ÇİLİNGİR²

¹ *ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ*

² *ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*

Amaç:

Ekstrapankreatik primer kanserlerden pankreasa metastaz nadirdir. Bu çalışmanın amacı; akciğer kanserinin nadir metastaz yeri olan pankreasa metastaz yapan olgularımızın özelliklerini tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem:

313 akciğer kanseri hastası incelendi. 3 hastada pankreasa metastaz saptandı. Hastaların yaş, sigara öyküsü, klinik prezentasyonu, akciğer kanseri histolojik tipi, akciğer kanseri-pankreas metastazı intervali, hangi tedavilerin verildiği, ailede kanser öyküsü olup olmadığı sorgulandı.

Bulgular:

Akcığer kanseri olup pankreasa metastaz yapan her üç kişi de erkekti ve yaş ortalamaları 49.6 yıl idi. İki hastada sigara öyküsü vardı. Hastalarda primer tümör iki hastada sağ, bir hastada sol akciğer yerleşimli idi; iki hastada adenokarsinom, bir hastada küçük hücreli akciğer kanseri saptandı. Akcığer kanseri tanıda her üç hastada da evre IV idi. Her üç hasta da sistemik kemoterapi ile tedavi edildi; her üç hastada ikişer basamak kemoterapi aldı ve progrese oldu. 1 hastada tanı esnasında pankreas metastazı saptanırken, iki hastada ise takiplerde tıkanma ikteri olması pankreasa metastazın saptanmasına yol açmıştı. Akcığer kanseri-pankreas metastazı intervali; 0, 3 ve 8 ay idi. Pankreas lezyonu iki hastada pankreas baş kısmında birinde ise kuyruk bölgesinde saptandı. Tanıda pankreas metastazı olan hastada eş zamanlı karaciğer, plevra ve kemik tutulumu da vardı. Diğer iki hastanın birinde tanıda karaciğer metastazı diğerinde ise sürrenal metastazı vardı, takiplerde pankreas metastazı saptandı. Hastaların PFS değerleri sırasıyla 3, 6 ve 8 ay iken OS değerleri sırasıyla 5, 10 ve 13 ay idi. Hastaların üçü de progresyon nedeniyle öldü.

Sonuç:

Akcığer kanserinin pankreasa metastazı nadir rastlanan bir durumdur. Literatürde vaka serileri şeklinde bulunmaktadır. Pankreasa en sık renal hücreli karsinom metastazı yapar. Tanı anında pankreas metastazı izole ise ve başka bir odakta metastaz yoksa pankreas metastazının cerrahisi gündeme gelebilir ve sağkalıma katkısı olabilir ancak genelde diğer organ metastazları pankreas metastazına eşlik eder. Literatürdeki gibi bizde de hastaların 2/3'ünde ikter pankreas metastazının ilk bulgusuydu. Yine benzer şekilde pankreas metastazı öncesinde de hastalık ileri evre idi ve iki hastada metakron metastaz mevcuttu. Hastaların 2/3'ünde sigara öyküsü olması da benzer bir özellikti. Literatürden farklı olarak küçük hücreli tip yalnızca bir hastada vardı. İleri evre akciğer kanseri hastalarında sağkalım kısa olup pankreasa metastaz yapanlarda daha da

kısalmıştır ve tedavi yanıtı oldukça az olarak bilinir. Benzer şekilde bizim hastalarımızın da OS değerleri en uzun 13 ay idi.

Yorum: Her ne kadar nadir rastlansa da akciğer kanseri pankreasa metastaz yapar. Pankreas metastazı esnasında hastalığın başka odaklarda da olma ihtimali yüksektir. Akciğer kanserli hastalarda pankreastaki kitleler açısından dikkatli olunmalıdır. Bu hastalarda sağkalım oldukça kısadır.

EP-34

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İZOLE BEYİN METASTAZLI ÜÇ HASTANIN UZUN SÜRELİ TAKİBİ: OLGU SUNUMU

İBRAHİM PETEKKAYA, İBRAHİM GÜLLÜ, ALEV TÜRKER, AYŞE KARS

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

Beyin metastazı küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Gereç ve Yöntem:

Bu olgu sunumunda uzun süre progresyonsuz olarak takip edilen üç vakamız yer almaktadır.

Bulgular:

OLGU-BİR: Elli altı yaşında erkek sağ üst lob anterior segmentte bronşu oblitere eden 3,5 cm'lik kitleden Ağustos 2008'de bronkoskopik biyopsi yapılıyor. Pataloji epidermoid karsinom ile uyumlugeliyor. Gemsitabin+sisplatin sonrası primer kitle lojuna ve aynı taraf mediastene radyoterapi uygulanıyor. Kemoterapi bitiminden 7 ay sonra sol kolda parestezi gelişmesi üzerine çekilen beyin MRG'de sağ frontoparietal lobda 24x24 mm kitle izleniyor. Sağ serebral tümör rezeksiyonunda akciğer kanseri metastazı ile uyumlu karsinom metastazı görülüyor. Ameliyattan sonra tüm beyne radyoterapi uygulanan hasta nüks bulgusu olmaksızın 25 aydır ilaçsız takip edilmektedir.

OLGU-İKİ: Altmışbir yaşında erkek hastaya epidermoid akciğer kanseri tanısıyla Nisan 2006'da sol lobektomi yapılıyor. Ardından gemsitabin+sisplatin kemoterapisi veriliyor. 1 yıl sonra sağ hemipleji ortaya çıkması üzerine istenen beyin MRG'de santral sulkus önünde metastaz ile uyumlu 4x3 cm kitle izleniyor. Patolojisi metastatik karsinom gelmesi üzerine beyne radyoterapi veriliyor. Haftalık karboplatin+paklitaksel alıyor. Rezidü hastalık izlenmeyen hasta oral etoposid ve siklofosfamid ile takip ediliyor. Temmuz 2011'de nöbet geçirmesi üzerine çekilen beyin MRG'de sağ menenjiyal paraseptal metastaz ve leptomenengial metastaz tespit ediliyor. Hastaya iki defa stereotaktik radyocerrahi uygulanıyor. Ardından 4 kür İMET verildikten sonra toksisite nedeniyle tedavi kesiliyor ve temozolamid ile devam ediliyor. Hasta halen stabil olarak takiplerine 5 yıldır devam etmektedir.

OLGU-ÜÇ: Altmışbir yaşında erkek hasta küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile Mayıs 2001'di sağ üst bilobektomi yapılıyor. 1,5 yıl sonra yürürken sola kayma şikayeti olması üzerine çekilen beyin MRG'de sağ frontal ve parietookspital bölgede metastatik lezyon görülüyor. Ocak 2003'te kitle

eksizyonu yapılıyor. Sonrasında docetaksel+sisplatin kemoterapisi ve beyne radyoterapi veriliyor. Hasta 9 yıldır stabil olarak takip edilmektedir.

Sonuç:

Beyin metastazı gelişen hastalarda sağkalımı etkileyen en önemli etken performans durumudur. Bunun yanında izole beyin metastazı olan, başka metastaz odağı olmayanlarda sağkalım daha uzun olmaktadır.

EP-35

NONMETASTATİK İLERİ EVRE NASOPHARYNGEAL KANSERİNDE NEOADJUVANT VEYA ADJUVANT DOCETAXEL –CİSPLATİN KEMOTERAPİSİ

AHMET DİRİCAN, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, AYHAN AYDIN, LUTFİYE DEMİR, ALPER CAN, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, SAMİM YURTSEVER, IŞIL SOMALI, ÇİĞDEM ERTEN, MURAT AKYOL, MUSTAFA OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ

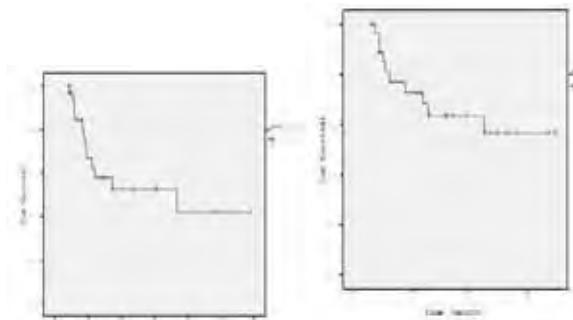
Amaç:

Nazofarinks kanseri diğer baş boyun tümörlerinden etyolojik, geografik ve tedavi açısından farklılık göstermektedir. Günümüzde lokal ileri nazofarinks kanseride temel tedavi yöntemi eş zamanlı kemoradyoterapidir. Adjuvant kemoterapinin etkinliği kesin olarak kanıtlanmamıştır. Bu çalışmada adjuvant ve neoadjuvant docetaxel –cisplatin rejiminin etkinliği ve toksite profili retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada 29 uzak metastaz olmayan ileri evre nasofarinks kanser tanılı hastada adjuvant veya neoadjuvant docetaxel –cisplatin rejiminin etkinliği ve toksite profili retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:



Tüm yanıt oranları (ORR) 75,9% saptandı (14 Parsiyel Yanıt, 8 Tam yanıt). Stabil hastalık 7 (24,1%) hastada saptanırken progresif hastalık saptanmadı. 29 hastanın toplam 2 yıllık genel sağkalım (OS) oranları 72.4%, progresyonsuz sağkalım oranı ise % 79 saptandı (Şekil 1-2). 2 yıllık progresyonsuz sağkalım oranları adjuvant kemoterapi alan hastalarda 70% neoadjuvant kemoterapi alan hastaların ise hepsinde progresif hastalık saptandı. 24 aylık OS oranları adjuvant kemoterapi alan hastalarda 75%, neoadjuvant kemoterapi alan hastalarda ise 60% saptandı. Grade 3-4 hematolojik ve nonhematolojik yan etki sırasıyla 10.3% ve 3.4% saptandı.

Sonuç:

Eş zamanlı kemoradyoterapiye adjuvant kemoterapinin ilave edilmesinin gerekliliği kesin kanıtlanmış değildir. Adjuvant kemoterapi olarak docetaxel-cisplatin-5-fu (TPF) veya docetaxel –cisplatin (TP) kemoterapi rejimi çalışılmamıştır. Bu konuda daha fazla birebir karşılatırmalı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-36

TİROİD KANSERİNİN NADİR GÖRÜLEN ALT TİPİ: İNSULAR KARSİNOM

SEVİL GÖKTAŞ, MUSTAFA YILDIRIM, UTKU DÖNEM DİLLİ, MUSTAFA YILDIZ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Tiroid kanserleri endokrin sistemin en yaygın maligniteleridir. Papiller kanser ve foliküler kanser iyi differansiye grupta yer alır ve tüm tiroid kanserlerinin %90-95'ini oluşturur. Nadiren görülen insular karsinom ise folliküler karsinomların bir alt tipidir. Diğer tiplerden prognozu daha kötüdür.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazımızda insular karsinom tespit ettiğimiz hasta nadir görülen bu tiroid kanseri alt tipinin ayrıntı tanıda gözönünde bulundurulmasını vurgulamak amacıyla güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

Boyunda son üç ayda olan şişlik yakınması ile başvuran 67 yaşındaki bayan hastada tiroitde nodül tespit edildi. Aspirasyonu malignite şüpheli olan hastaya bilateral tiroidektomi yapıldı. Histopatolojik bulgularla tiroit insular karsinom tanısı kondu.

Sonuç:

İnsular karsinom folliküler karsinomların nadir görülen bir alt tipi olup tiroid maliniteleri içinde insidansı %1.8 ile %3.8 arasında değişmekte ve sıklıkla kadınlarda ve ileri yaşta görülmektedir. Differansiye karsinomlar ile indifferansiye karsinomlar arasında bir klinik gidişe ve prognoza sahip olup lokal invazyon ve uzak metastaz (%84) sıklıkla gözlenmektedir. Klinik makroskopik boyun damar invazyonu olan olgularda da bilateral tiroidektomiye ek cerrahi olarak tümör rezeksiyonu önerilmektedir. İnsular karsinomanın bu klinik özellikleri nedeni ile daha agresif tedavi edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

EP-37

LOKAL İLERİ EVRE NAZAL SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMDA MODİFİYE TCF KEMOTERAPİSİ İLE DRAMATİK YANIT

MENİCE GÜLER ŞEN¹, FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU¹, MEDİHA TÜLİN BOZKURT², GÖNÜL DEMİR PİŞKİN², İLKAY TUĞBA ÜNEK³, ÇAĞATAY ARSLAN³

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Bölümümüzde takip edilen ileri evre nasal karsinomlu hastada uygulanan modifiye docetaxel, 5-fluourasil ve sisplatin kombinasyon rejimi ile hızlı ve dramatik yanıtı sunmak.

Gereç ve Yöntem:

63 yaşında erkek hasta bir yıl önce burun sırtında kitle nedeniyle KBB kliniğine başvurmuştu. Biyopsi sonucu iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom (SCC) olarak raporlandı. Nazal tümör eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu iyi diferansiye SCC olarak raporlandı.

Bulgular:

5 ay sonra operasyon bölgesinde nüks gelişti. 4 ay takipsiz kalan hastanın son başvurusunda yüzün ön merkezi kısmını tama yakın kaplayan, burunu tamamen erode eden gözleri kapatan ülserovejetan tümöral kitle geliştiği görüldü. Unrezektabl olarak değerlendirildi ve alan çok geniş olduğundan radyoterapi uygulanamadı. 3 kür modifiye-TCF (14 günde bir; docetaxel 60 mg/m2 d1, sisplatin 50 mg/m2 d1, 5-fluorasil 400 mg/m2 d1 iv puşe, 2400 mg/m2 d1-2 iv infüzyon, folinik asit 400 mg/m2 d1 iv) rejimi ile lezyonda tama yakın parsiyel yanıt elde edildi. Grad 3-4 toksisite gelişmedi. Hastanın kemoterapisine halen devam edilmektedir. 6 kür sonunda lokal tedavi planlanacaktır.

Sonuç:

Baş boyun kanserlerinde lokal ileri evrede indüksiyon kemoterapisinin etkinliği gösterilmiştir. Bölümümüzde uygulanan modifiye-TCF protokolü ile oldukça iyi yanıtlar alınmaktadır ve toksisite oranları düşüktür. Bu olguda tedavi ile çok hızlı ve dramatik yanıt elde edilmiştir.

EP-38

BAŞ-BOYUN KANSERLERİNDE DNA ANALİZİ SONUÇLARININ YAŞAM SÜRESİNE ETKİSİ

HASAN ÜSTÜN¹, NONGNIT LAYTRAGOON-LEWIN², SIGNE FRIESLAND³

¹ESKİŞEHİR OSMAN GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²UPPSALA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, UPPSALA - İSVEÇ

³RADIUM HASTANESİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, STOKHOLM- İSVEÇ

Amaç:

Baş-boyun kanserli hastalarda “flowcytometry” yöntemi ile

bulunan DNA analiz sonuçları ile hastaların yaşam süreleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır

Gereç ve Yöntem:

Radium Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde izlemi olan başboyun kanserli hastaların klinikopatolojik özellikleri retrospektif olarak incelendi ve kaydedildi. Bu hastalara ait tümör dokularının DNA analizleri "flowcytometry" yöntemi ile çalışıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 14'ü kadın 42'si erkek olmak üzere 56 hasta alındı. Hastaların 38'inde anöplidi saptandı. Anöplidisi olan ve olmayan hastaların medyan yaşam süreleri karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç:

Baş-boyun kanserli hastalar için yeni prognostik faktörlerin bulunması ihtiyacı devam etmektedir.

EP-39

LARENKS EPİDERMOİD KARSİNOM VE MALİGN FİBRÖZ HİSTİOSİTOM BİRLİKTELİĞİ: LARENKSTE BİR SARKOMATOİD KARSİNOM

ÇİĞDEM USUL AFŞAR ¹, MELEK ERKİŞİ ¹, AYSUN UĞUZ ²,
BERNA TOTAN ATEŞ ², ARBİL AVCI AÇIKALIN ², MERAL
GÜNALDI ¹, VEHBİ ERÇOLAK ¹

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ
BD

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

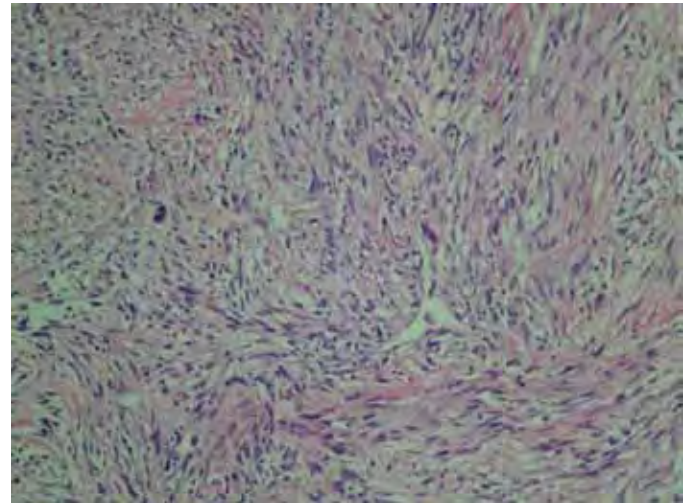
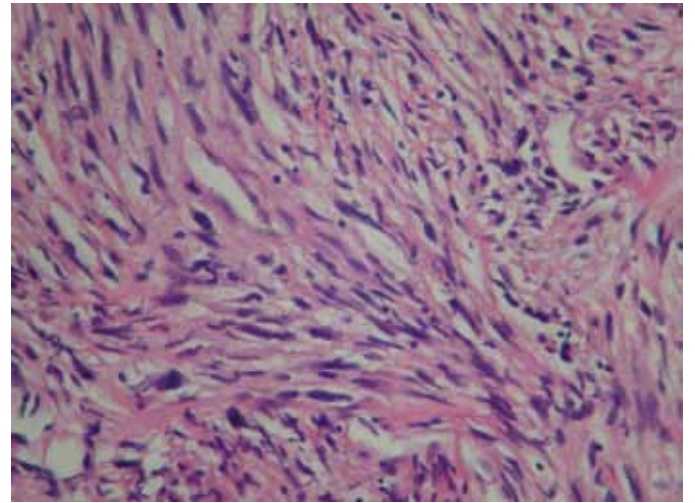
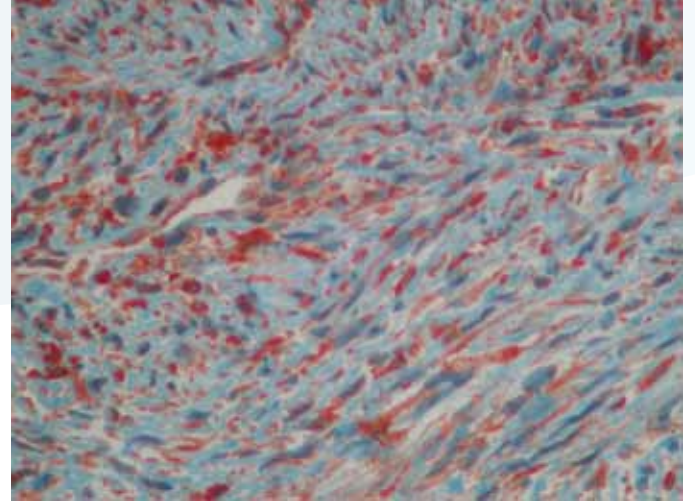
Amaç:

Malign fibröz histiositoma (MFH), erişkinlerde en sık görülen yumuşak doku sarkomu alt grubudur ve sırasıyla en sık akciğer, kemik ve karaciğere metastaz yapar. Bu yüksek evreli malign tümör çoğu çok çekirdekli histiyositik hücrelerle beraber iç içe şekilli fibroblastlardan oluşan bir hücre karışımı içerir. Larenkste en sık epidermoid karsinom görülür. MFH ile epidermoid karsinom birlikteliği ise nadirdir.

Gereç ve Yöntem:

64 yaşında erkek hasta, 13 yıl önce dış merkezde larinx epidermoid karsinomu nedeniyle subtotal larenjektomi ve radikal boyun diseksiyonu olmuş ve sonrasında da 7 hafta kemoradyoterapi almıştı. Haziran 2010'da ses kısıklığı gelişmesi üzerine yapılan biyopsisinde larenks epidermoid karsinomu saptanmış ve hastanemizde total larenjektomi önerilmişti ancak hasta kabul etmemişti. Bunun üzerine trakeostomi uygulanmıştı. Çekilen PET/BT'sinde akciğerde şüpheli metastatik nodülleri olan hastaya 2 kez akciğer bronkoskopik biyopsisi yapıldı ancak nonspesifik enfeksiyonla uyumlu olarak geldi. Fizik muayenesinde kaba solunum sesleri dışında özellik yoktu. Hastanın takibinde PET/BT'sindeki akciğer nodüllerinde progresyon gelişti ve bunun üzerine hastaya DCF (dosetaksel, cisplatin, 5 FU) kemoterapisi uygulandı. Sonrasında larenksteki kitlede progresyon saptanan hastaya tekrar biyopsi uygulandı, malign fibröz histiositom, SMA (-), CD 68 (+) olarak saptandı. Hastaya operasyon önerildi ancak kabul etmedi.

Bulgular:



Sonuç:

Larenkste sarkomatoid karsinomlar sık değildir. Tedavi yaklaşımları değişebilmekle birlikte hastanın gördüğü radyoterapi MFH gelişimi için bir sebep olabilir. Literatürde larenkste MFH ve epidermoid karsinom birlikteliği olan tek Türk vakalar mevcut olduğu için bu vakayı paylaşmak istedik.

EP-40

DERMATOMYOZİT SONRASİ GELİŞEN NAZOFARENKS KANSERİ SONRASINDA CMV ENTEROKOLİTİNE BAĞLI GİS PERFORASYONU

İBRAHİM PETEKKAYA ¹, BERFU KORUCU ¹, KADİR ALTUNDAĞ ¹, İBRAHİM GÜLLÜ ¹, GAMZE GEZGEN ², EMİR CHARLES ROACH ²

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Primer CMV enfeksiyonu hayatın erken evrelerinde görüldükten sonra beyaz kan hücrelerinde latent duruma geçer. Endotel hücreleri içerisinde de latent konuma geçebilir. Bağışıklık sistemi zayıflayınca, enfeksiyon yeniden aktif hale gelebilmekte ve çeşitli bulgu ve belirtiler ile kendisini gösterebilmektedir. Bu çalışmada, nazofarenjiyal karsinom ve dermatomyozit tanısı olan ve steroid tedavisi bir hastada, CMV enterokoliti ve sonucunda gelişen, bağırsak perforasyonu ile seyreden süreci ele almaktayız.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi servisinde takip edilen hasta takip ve tedavisi devam etmekte iken, gelişen klinik bulgularla olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Bulgular:

Haziran 2010'da dermatomyozit tanısı konulan 48 yaşında bayan hasta, burun tıkanıklığı şikayeti gelişmesi üzerine yapılan nazofarenks biyopsi epidermoid kanser olarak gelmiş. DCF kemoterapisini üç kür almış. Romatoloji tarafından prednizolon ve hidroksiklorokin ile takipte olan hasta karın ağrısı ve melanası olması üzerine yapılan endoskopide duodenum 3. kısmında iki adet eksudalı ülserler (metastaz?). Kolonoskopide sigmoid ve rektum proksimalinde multiple çapı 5 cm ulaşan eksudalı lezyonlar gözleniyor. Biyopsi CMV inklüzyonları içeren aktif kronik iltihabi değişiklikler olarak geliyor. Karın ağrılarının artması üzerine çekilen batın BT'de perforasyon saptanan hasta takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

CMV enfeksiyonu özellikle bağışıklık sistemi zayıflamış olan hastalarda düşünülmesi gereken, çok ciddi klinik sonuçlar ortaya çıkarabilecek bir antitedir.

EP-41

NÜKS GLİOBLASTOME MULTİFORMELİ BİR HASTADA İRİNOTEKAN-BEVACİZUMAB-FENİTOİN İLAÇ ETKİLEŞİMİ OLARAK HEPATOTOKSİSİTE

ÇİĞDEM USUL AFŞAR ¹, BERKSOY ŞAHİN ¹, İSMAİL OĞUZ KARA ¹, MELEK ERKİŞİ ¹, BERNA BOZKURT DUMAN ², MERAL GÜNALDI ¹, VEHBİ ERÇOLAK ¹, PINAR KUM ³, BURÇAK EVREN TAŞDOĞAN ⁴

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

² ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

³ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT BİRİMİ

⁴ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BD

Amaç:

İrinotekan ve metabolitlerinin hepatik metabolizması ve bilyer sekresyonu kompleks olup, sitokrom p450 izoenzim sistemi, karboksilesteraz, glukuronoziltransferaz ve ATP bağımlı atılım pompa sistemleri (MRP2 ve MXR) ile olmaktadır. Fenitoin gibi mikrozomal enzim indüksiyonu yapan ilaçlar, irinotekan eliminasyonunda rol alan pek çok yolağı indükler. Fenitoin, irinotekanın hem farmakokinetik hem de farmakodinamiğini etkiler. İrinotekanın kan seviyelerini düşürür. İrinotekan steatohepatit ve hepatik yetmezlik yapabilir. Bevacizumab gibi hedefe yönelik tedavilerin ise karaciğer toksisitesini arttırmadığına, hatta önlediğine dair yayınlar da mevcuttur. Ancak sekonder sklerozan kolanjite de sebep olabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

17 yaşında nüks glioblastoma multiformeli bir hastayı ilaç toksisitesi nedeniyle olgu sunumu yapmayı hedefledik.

Bulgular:

17 yaşında erkek hasta, 2010 yılında intrakranial kitle nedeniyle opere olmuştu. Adjuvant tedavi olarak temozolamid ve radyoterapi almıştı. Şubat 2011'de nüks talamik kitle gelişti. Patolojisi glioblastoma multiforme, grade IV, sol lateral ventrikül çevresi, GFAP fokal pozitif, p53 yaygın nükleer 3 pozitif, EGFR negatif olarak saptandı. Hastanın ek hastalığı mevcut değildi ve laboratuvar parametreleri normal, hepatit markerları başlangıç döneminde negatifti. Hastaya bevacizumab 10 mg/kg ve irinotekan 340 mg/m² kemoterapisi başlandı. 2 kür sonrasında karın ağrısı, halsizlik, yorgunluğu gelişen hastada bakılan AST: 100 mg/dl, ALT: 223 mg/dl, ALP: 450 mg/dl, GGT: 1202 mg/dl, LDH: 355 mg/dl olarak saptandı. Hastanın tüm abdomen USG'si iki kez tekrarlandı, normal olarak saptandı. Hepatit markerları negatif saptandı. CMV, toksoplazma, EBV, VZV, herpes, mycoplasma ve rubella Ig M antikorları negatif olarak saptandı. ANA (-), AMA (-), anti ds-DNA (-), SMA (-), anti Sm (-) saptandı. Hastanın bu dönemde sağda ana femoral venden başlayıp popliteal vene uzanan, solda ana iliak venden başlayıp popliteal vene uzanan kronik minimal kanalize trombüsü gelişti. Düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Hastanın irinotekanı kesilerek bevacizumab 5 mg/kg'a inildi ve tedaviye temozolamid 150 mg/m² (1-5 gün, 28 günde 1) eklendi. Hastanın karaciğer enzimleri ve kolestaz

enzimleri normale döndü. Hastanın kliniğimizden takibi devam etmektedir.

Sonuç:

Onkoloji multi-disipliner bir bölüm olup, ilaç etkileşimleri iyi bilinmelidir. En az toksik gözükten ilaçlar bile kanser hastalarında çeşitli sebeplerle toksisiteye neden olabilmektedir. Glioblastome multiforme hastalarda kanser kemoterapisine ek olarak kullanılan antiepileptik ilaçlar kolaylıkla ilaç etkileşimine neden olabilmekte, keza gene tedavisinde kullanılan bevacizumab en çok bilinen trombotik yan etkisine ek olarak sklerozan kolanjite de sebep olabilmektedir. Dolayısıyla hem irinotekan, hem de bevacizumabı beraber kullanan hastalarda, her ne kadar mikrozomal enzim indüksiyonu yapan fenitoin gibi ilaçlar irinotekanın kan seviyelerini düşürse de fatal hepatotoksisite olabilmektedir.

EP-42

NÖROFİBROMATOZİS TİP 1 ZEMİNİNDE GELİŞEN GLİOBLASTOMA MULTİFORME: OLGU SUNUMU

DURİYE ÖZTÜRK ², MUSTAFA YILDIRIM ¹, EDA PARLAK ³,
MUSTAFA YILDIZ ¹, DİNÇ SÜREN ⁴

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ

³ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

⁴ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Nörofibromatozis Tip 1 klinik bulguları çocukluk çağında ortaya çıkmaya başlayan ve klinik karakterlerle tanı konabilen bir nörokütan hastalıktır. Astrositomlar %15-20 benign natürde görülmesine rağmen NF-1'de yüksek grade astrositoma (WHO grade IV) normal popülasyona göre 5 kat daha fazla görülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

intrakranyal kitle nedeniyle opere edilen 28 yaşındaki erkek hastamızda tespit ettiğimiz glioblastome multiforme nörofibromatozisli hastalarda artan sıklığının vurgulanması amacıyla tartışılacaktır.

Bulgular:

Vücudunda ilk nörofibromlar 18 yaşında ortaya çıkan 28 yaşında erkek hastamızın gövdesinde daha çok olmak üzere multiple nörofibrom mevcuttu. Yaklaşık 2 ay önce klinik semptom olarak bulantı, kusma, görme azalması üzerine çekilen Beyin MRG'de sol frontal lobda belirgin çevresel ödem temporal ve parietal loba uzanan lateral ventriküle basılayan orta hatta şift yapan 42x38 mm kontrast tutan kitle tespit edilip hastanemizde grosstotal eksize edildi. Operasyon sonrası hastanın patolojisi glioblastome multiforme olarak değerlendirildi. Hastaya radyoterapi eş zamanlı temozolamid başlandı, tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

Fizik inceleme ile saptanabilen tanısal kriterlerin sıklığı ve günümüzde görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler. Nörofibromatozis Tip 1 (NF-1) nöroradyolojik bulguların tanımlanmıştır. Maling ve benign tümörlerin yatkınlığı olan ve NF-1 ilgili komplikasyonların sıklığının yüksek olması nedeniyle bu hastaların yakın izlemi maling hastalıklarda erken tanı şansını sağlayacaktır.

EP-43

NÜKS GLİOBLASTOME MULTİFORME(GBM) VAKALARINDA İRİNOTEKAN-BEVASİZUMAB KOMBİNASYON KEMOTERAPİSİ SONUÇLARIMIZ

DİDEM TUNALI , BURCU ÇAKAR , UĞUR MUSLU , UMUT
VAROL , PINAR GÜRSOY ÖNER , ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ,
BURÇAK KARACA , CANFEZA SEZGİN , BÜLENT KARABULUT ,
RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ
HASTANESİ

Amaç:

Adjuvan tedavi prensiplerindeki gelişmelere rağmen glioblastome multiforme(GBM) hastalık rekürrensi sık ve prognoz kötüdür. Tümörün anjiyogenetik faktörler açısından zenginliği sitotoksik kemoterapilerle anti-VEGF ajanların kullanımını gündeme getirmiştir. Irinotekan ve bevasizumab kombinasyonunun daha iyi yanıt oranları ile ilişkisi bilinmekle birlikte sağkalım üzerindeki etkisi net değildir. Biz çalışmamızda, GBM hastalarımızda irinotekan-bevasizumab kemoterapi kombinasyonunun etkinliği ve toksisitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Onkoloji ünitemizdeki GBM hastalarının klinikopatolojik verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Nüks GBM nedeniyle irinotekan-bevasizumab başlanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların ilk hat tedavileri, operasyon öyküsü, kemoterapi esnasında gelişen toksisiteler kaydedildi. Kombinasyon tedavisi ile hastalarda elde edilen yanıt stabil, regresyon veya progresyon olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 23 hasta çalışmaya alındı (kadın n:11, %47.8; erkek n:22, %52.1). Ortalama yaş 52.26 idi. Hastaların tamamında kitle rezeksiyonu, 2 hastada nüks nedeniyle reoperasyon öyküsü mevcuttu. Hastaların tamamına postoperatif radyoterapi (RT) ile eş zamanlı temozolamid başlandı.. Hastaların 21(%91.3)'inde RT sonrası adjuvan temozolamid ile idame tedavisi aldı, 2 hastada (%8.7) ise RT ve temozolamid sonrası nüks gelişti, birinde 1. hat tedavi olarak fotemustin, diğerinde irinotekan-bevasizumab kombinasyonu uygulandı. Tüm hastalarda bevasizumab 10 mg/kg/gün D1, irinotekan enzim indükleyici antiepileptik kullanım durumuna göre 125 veya 340 mg/m²/gün D1, 14 günde bir şekilde uygulandı. 23 hastanın 5 (%21.7)'i tedavi altında progresse olmuştur, 10 hasta (%43.4) halen stabil yanıt ile aynı tedavi altında izlenmektedir, 6 hasta (%26.0) ortalama 6.5 kür sonrası genel durum bozukluğu nedeniyle takipten çıkmıştır, 2 hastada (%8.6) radyolojik regresyon elde edilmiş,

iki hastanın birinde performans düşüklüğü nedeniyle tedaviye devam edilememiştir. Hastaların hiçbirinde ilaç dozunun kesilmesini gerektiren HT, proteinüri, hemorajik veya trombotik komplikasyonlar gelişmemiştir.

Sonuç:

Tedavi seçenekleri sınırlı olan nüks GBM'de mevcut verilerle irinotekan-bevasizumab kombinasyonu yan etki profili açısından güvenilir görünmekte ve hastaların %52.1'de stabil-regresyon yanıtı sağlamaktadır. Randomize kontrollü çalışmalarla daha standart sonuçların elde edilmesi nüks GBM'de bu kombinasyonun rolünü daha iyi tanımlayacaktır.

EP-44

OLGU BİLDİRİMİ: TEKRARLAYAN DÜŞÜK GRADLI GLİAL TÜMÖRDE BEVASİZUMAB VE İRİNOTEKANLA TAM YANIT

LEYLA KILIÇ, MELTEM EKENEL, İBRAHİM YILDIZ, FATMA ŞEN, SERKAN KESKİN, FATMA AYDOĞAN, MERT BAŞARAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

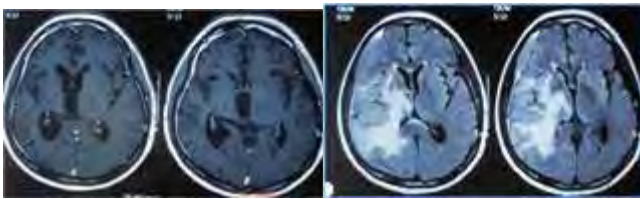
Amaç:

Yüksek gradlı glial tümörlerde bevasizumab ve irinotekanın etkinliği bildirilmiştir ancak tekrarlayan oligodendrogliyal tümörlerde bu ajanların etkisi konusunda yeterli veri yoktur.

Gereç ve Yöntem:

25 yaşında kadın hasta 2007'de nöbet nedeniyle tetkik edilirken sağ frontal lobda kitle saptanmış ve opere edilmiş. Düşük gradlı glial tümör tanısıyla takibe alınmış. 2008'de nüks kitle nedeniyle yeniden opere edilen hastada tümör patolojisi grad 2 oligodendrogliyal tümör olarak gelmiş. Postop 60 Gy radyoterapi uygulanmış. 2009-2010 yıllarında nüks nedeniyle toplam 5 kez opere edilen hastada her defasında grad 2 diffüz glial tümör saptanmış.

Bulgular:



Şubat 2010'da sol fröst hemiparezi ve kranyal sinir tutulumu ile Medikal Onkoloji'ye yönlendirilen hastaya bir kür prokarbazin, vinkristin ve karmustin verilmiş, Stevens-Johnson benzeri ilaç reaksiyonu gelişince kesilmiş. Temozolamid tedavisi ile de lezyonlar progrese olunca Ağustos 2010'da bevasizumab (5 mg/kg/2haftada bir) ve irinotekan (120 mg/m²/2 haftada bir) başlanmıştı. 1,5 yıl süreyle bu tedaviyi alan hastanın kranyal MRG'sinde tama yakın yanıt elde edildi, tedavi iyi tolere edildi ve nörolojik semptomlarda gerileme kaydedildi.

Sonuç:

Tekrarlayan düşük gradlı glial tümörlerde cerrahi ve radyoterapi gibi lokal seçenekler tükendiğinde bevasizumab-irinotekan kombinasyonu iyi bir alternatif olabilir. Bevasizumab'ın önerilenden daha düşük dozlarda kullanıldığı bu olguda iyi

yanıt elde edilmiş olması ve tolerans sorununun olmayışı farklı klinik uygulamaları desteklemektedir.

EP-45

GLİOBLASTOMA MULTIFORME VARYANT ÖZELLİKLERİ VE SAĞKALIMA ETKİLERİ

ALİ ALKAN¹, GÜLİZ ZENGİN¹, ZAFER ARIK², MELİKE MUT³, MUTLU HAYRAN⁴, İSMAİL ÇELİK²

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ ÜNİTESİ

³HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

⁴HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Glioblastoma multiforme (GBM) morfolojik olarak oldukça heterojen bir neoplazmdır. Tek bir tümör içerisinde bile hücresel içerik çok farklı histolojik özellik gösterir. Son yıllarda GBM varyantlarının klinik önemi giderek artmaktadır. Çalışmamızda GBM varyantlarının klinik özellikleri ve sağkalım üzerine etkileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen GBM vakalarının patolojik incelemesinde tanımlanan GBM varyantları incelenmiştir. Dev hücreli GBM (D-GBM), gliosarkom, oligodendrogliyal özellik gösteren GBM (GBM-oligo) ve küçük hücreli GBM (K-GBM) tanıları alan vakalar analiz edilmiştir

Bulgular:

GBM alt grupları tanımlanan 99 hasta incelenmiştir. Bunların 48'i (%48.5) GBM-oligo, 10'u (%10.1) K-GBM, 27'si (%27.3) D-GBM, 14 'ü (%14.1) gliosarkom olarak saptandı. Vaka sıklıkları ve tanı yaşları literatürle benzerdir. Oligodendrogliyal özelliklerin varlığı sağkalım avantajı sağlamıştır (OS:14.8 ay- 12.9 ay, P=0.902). Dev hücreli GBM çok değişkenli analiz neticesinde kötü prognostik faktör olarak karşımıza çıkmıştır (OS:8.5- 13.8 ay, P=0.04). K-GBM ve gliosarkom varyantlarında benzer sağkalım sonuçları bulunmuştur.

Sonuç:

Glioblastoma multiformenin histopatogenezi ve tanı anındaki histopatolojik özellikleri son yıllarda giderek önem kazanmaktadır. İlerleyen yıllardaki çalışmalarla tümörün patolojik özelliklerinin iyi analizi; gerek prognostik gerekse etkin tedavi planı hakkında bize yol gösterici olacaktır.

EP-46**CYBERKNİFE® FRAKSİYONE STEREOTAKTİK RADYOTERAPİ UYGULANAN OPTİK SİNİR MENENGEİOMU: OLGU SUNUMU**

ELA DELİKGÖZ SOYKUT, NURİ USLU, YILDIZ GÜNEY, DİNÇER YEĞEN, BERAT ARAL, KAAH AHMET GÜNDÜZ

ANKARA ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ HASTANESİ,
RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Giriş:

Primer intrakranial neoplazilerin % 15-20' sini oluşturan menengiömlar sıklıkla serebral konveksiteler, falks serebri, tentoryum serebelli, serebellopontin köşe ve sfenoid üstü lokalizasyonda yerleşirler. Optik sinir menengiömu ise tüm menengiömu olgularının % 1-2' sini oluşturur. Yavaş büyüyen benign tümör olup optik sinir baskısına bağlı olarak görme kaybı ile semptom verir. Tedavi kararı belirti ve tümör boyutuna bağlı olarak verilir, gözlem, cerrahi, radyoterapi tedavi yaklaşımlarını oluşturur.

Amaç:

Optik sinir menengiömu tanılı hastamızda CyberKnife® Fraksiyone Stereotaktik Radyoterapi uygulamamızı sunmayı amaçladık.

Metod:

Yaklaşık 2 yıldır sol gözde devam eden görme kaybı ve ağrı şikayeti olan 51 yaşında bayan hasta Ocak 2011 tarihinde dış merkezde göz hastalıkları kliniğine başvurmuş. Yapılan orbital manyetik rezonans görüntümede (MRG) sol optik sinir kılıfı boyunca orbital alandan başlayıp intrakanaliküler ve prekiyazmatik segmentlerde optik siniri çepeçevre sarıp sıkıştıran kontrast tutan kitle lezyonu tespit edilmiş. Sonrasında operasyon düşünülen hasta optik sinir intakt olduğundan sadece biyopsi alınabilmiş ve patolojik olarak optik sinir menengiömu ile uyumlu gelmiş. Hasta cerrahi açısından uygun olmadığından merkezimize radyoterapi için refere edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol gözde belirgin görme kaybı mevcuttu. Sol gözde direk ışık refleksi, sağ gözde indirek ışık refleksi alınamadı. Oftalmolog tarafından yapılan muayenede sol gözde görme el hareketleri düzeyinde ve optik atrofi mevcuttu. Cerrahi prosedür için uygun olmayan hastaya CyberKnife ile fraksiyone stereotaktik radyoterapi (FSRT) endikasyonu konularak simülasyon tomografisi ve füzyon için kullanılmak üzere beyin MRG çekildi. Risk altındaki organlar (göz, retina, lens, optik sinir, lakrimal gland, optik kiazma, beyin sapı) ve gros tümör volüm konturlandı. 5-13 Mayıs 2011 tarihleri arasında %88' lik izodoz eğrisine 2500 cGy doz 5 fraksiyonda olmak üzere tedavi uygulandı. Akut yan etki görülmedi.

Sonuç:

Hasta 3 ay aralıklar ile 2 kez kontrol muayenesi için geldi. Takip değerlendirmesi oftalmolojik muayene ve orbital MRG ile yapıldı. Hastanın sol gözde ağrı şikayeti geçti. Görme ise FSRT öncesine göre iyileşti, hasta kaba hareketleri daha iyi gördüğünü söylüyordu. Oftalmolojik muayene ile teyit edildi. Orbital MRG' de tümör boyutunda farklılık yoktu, stabil olarak değerlendirildi.

Karar:

Menengiömlar yavaş büyüyen tümörler olduğundan radyoterapiye tümör yanıtı da uzun dönemde ortaya çıkar. Olgumuzda FSRT üzerinden henüz 6 ay geçmiş olup radyolojik olarak stabil tümör yanıtına rağmen klinik olarak vizyonda iyileşme sağlandı. Optik sinir menengiömlarında CyberKnife ile FSRT umut vermektedir.

EP-47**NADİR BİR BİRLİKTELİK: AKUT TRANSVERS MİYELİT VE KANSER**

GALİP BÜYÜKTURAN¹, BİROL YILDIZ¹, GÖKHAN ERDEM², NURİ KARADURMUŞ², SELMİN ATAERİN², ŞÜKRÜ ÖZAYDIN², TAYFUN KAŞIKÇI³, MUSTAFA ÖZTÜRK², TÜRKER ÇETİN⁴, FİKRET ARPACI²

¹ İÇ HASTALIKLARI BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

² TIBBİ ONKOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

³ NÖROLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

⁴ HEMATOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

Amaç:

Akut transvers miyelit (ATM), hızla gelişen kas güçsüzlüğü, duyu kaybı ve sfinkter kusuru ile karakterizedir. Enfeksiyon, aşılar, otoimmünite, paraneoplastik durumların seyrinde görülebilir. Olguların %15-30'u idiopattiktir. Burada kliniğimizde son 15 yıl içerisinde kanser tedavisi gören iki ATM olgusunu sunduk.

Gereç ve Yöntem:**OLGU -1:**

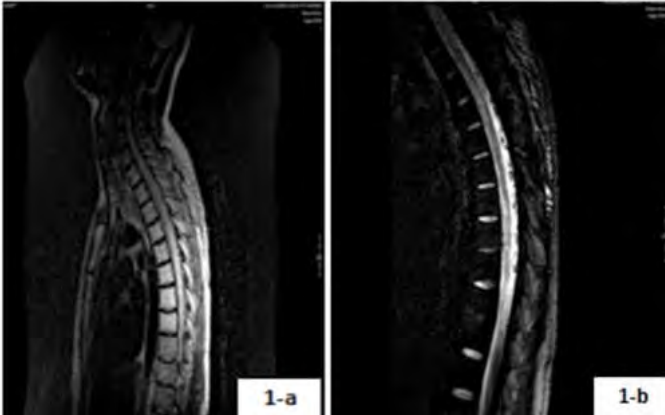
15 yıl önce, 53 yaşında erkek hastaya, IgG tipi Multipl Myelom tanısı konulan hastaya 4 kür VAD tedavisi verildi. Konsolidasyon tedavisi olarak yüksek doz kemoterapi ve OKİT uygulandı. Nakilden bir yıl sonra hastada yavaş gelişen, alt ekstremitelerde motor ve duyu kaybı, idrar yapamama, gaita inkontinansı başladı. Muayenede alt ekstremitelerde 0/5 kas gücü, yüzeysel duyu kaybı vardı. Derin tendon refleksleri abolikti. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normal olarak saptandı. Servikal ve torakal-lomber MRG, C2-T1, T5-6, T7-8 vertebra arasında servikal spinal kordda kalınlaşma ve diffüz sinyal artışı transvers miyelit ile uyumlu bulundu. Hastaya 5 gün boyunca 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi verildi. Yakınmaları belirgin gerileyen hasta 6 yıllık hastaliksız takibinde, ATM tanısından 6 yıl sonra hastalığının seyri sırasında fırsatçı enfeksiyon nedeniyle kaybedildi.

OLGU-2:

1 yıl önce, 24 yaşında erkek hasta kronik öksürük şikayetiyle hastaneye müracaatında akciğer grafisi ve toraks tomografisinde mediastinal bölgede kitle saptandı. Biyopside ekstrapnömal germ hücreli tümör tanısı konularak 4 kür BEP kemoterapisi uygulandı. Kontrol PET'de tam remisyon saptandı ve takibe alındı. 3 ay sonra hasta her iki alt ekstremitelerde güçsüzlük, duyu kaybı, idrar yapamama yakınmaları ile başvurdu. Muayenesinde üst ekstremiteler normal, alt ekstremitelerde 1/5 kas gücü

(solda daha belirgin), T6 seviyesine uzanan duyu kaybı mevcuttu. DTR alt ekstremiteelerde azalmış bulundu. Babinski refleksi bilateral pozitif. Beyin MRG normal olarak saptandı. Servikal ve torakal MRG'da servikal bölgede spinal korda hafif ekspansiyon oluşturan, sinyal değişiklikleri izlendi (Şekil 1-a, 1-b). ATM tanısı sonrası hastaya 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi 7 gün ve 5 seans plazmaferez uygulandı. 1 hafta sonrasında hastanın muayenesinde alt ekstremitelerde kas gücü 3/5 olarak saptandı, halen rehabilitasyon tedavisi altında yakınmaları azalarak devam etmektedir.

Bulgular:



ATM'nin prognozu değişkendir ve ani başlangıçlılarda ve gençlerde seyir daha kötüdür. Olgulardaki klinik düzelme en sık ilk 1 ay içindedir.

Sonuç:

ATM, kanserli olgularda paraneoplastik veya idiyopatik olarak karşımıza çıkabilmektedir ve tedavide vakit kaybetmeksizin pulse steroid ve plazmaferez tedavilerine başlanılmalıdır.

EP-48

FOLİKÜLER LENFOMA VE NADİR BİR DURUM: KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİ KOMBİNASYONU İLE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLMİŞ SEREBELLAR METASTAZ

NURİ KARADURMUŞ¹, SELMİN ATAERĞİN¹, GÖKHAN ERDEM¹, MUSTAFA ÇAKAR², ÖZDEŞ EMER³, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, MUSTAFA ÖZTÜRK¹, MÜKERREM SAFALI⁴, FİKRET ARPACI¹

¹ TIBBİ ONKOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

² İÇ HASTALIKLARI BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

³ NÜKLEER TIP BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

⁴ PATOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

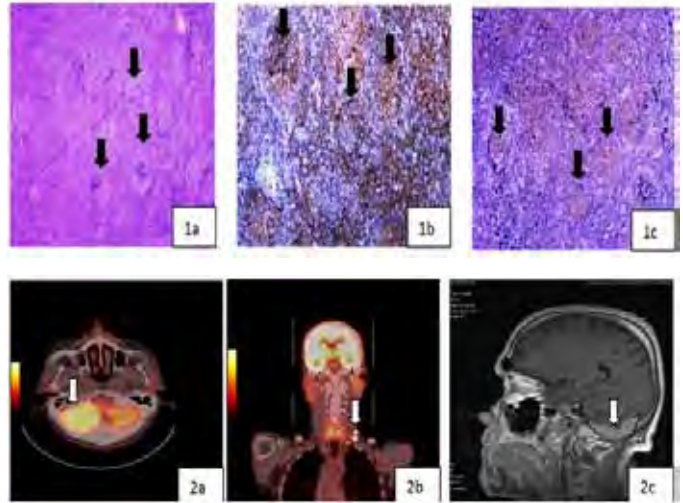
Amaç:

Santral sinir sistemi (SSS) tutulumu yüksek gradlı ve agresif primer ve sekonder lenfomalar için önemli bir tutulum alanıdır. Foliküler lenfoma düşük gradlı bir lenfoma olmasına rağmen, nadir de olsa SSS tutulumu gösterebilir. Bu vakada serebellar tutulum yapan foliküler lenfomalı bir hastamızı sunduk.

Gereç ve Yöntem:

57 yaşında erkek hasta halsizlik, dispne ve günlük aktivitelerinde solunum sıkıntısı yakınmaları ile doktora başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral, masif plevral efüzyon saptandı, torasentez sonucunda efüzyon şilotoraks ile uyumlu bulundu. Toraks-abdomen BT'de ön ve arka servikal, supraklavikuler, mediastinel bölgelerde bilateral, büyük, konglomere lenf nodları saptandı ve supraklavikuler nodun eksizyonel biyopsisinde Grade-2 Foliküler Lenfoma tanısı konuldu (Şekil-1a,1b,1c). Kemik iliği biyopsisinde paratrabekeüler B hücreli lenfoma infiltrasyonu saptandı ve vaka Evre IV-B kabul edildi. Bu nedenle 6 kür R-CHOP kemoterapisi verildi. Bir yıl sonra sol servikal ağrısız şişlik, baş dönmesi ve denge kaybı tarifleyen hastanın PET/BT'de sağ serebellar diffüz ve sol supraklavikuler lenf nodlarında artmış FDG tutulumu saptandı (SUV max sırasıyla 11.3 ve 12.3). Sol supraklavikuler lenf nodundan yapılan eksizyonel biyopsi sonucu Grade-2 Foliküler Lenfoma ile uyumlu geldi (Şekil 2a,2b). Beyin MRG'de sağ serebellumun inferolateralini tutan, duramatere uzanım gösteren, 1.5 cm çapında homojen kontrastlanan bir lezyon saptandı (Şekil 2c). Lokalizasyonu nedeni ile Nöroşirurjik operasyon için uygun görülmeyen hastaya ikinci hat kemoterapi olarak Rituximab 375 mg/m² 1.gün, Fludarabin 20 mg/m² ve Siklofosfamid 240 mg/m² 1-3 gün verildi, tüm kranyum radyoterapi 30 cGy/gün 10 gün uygulandı. Kemo-radyoterapi sonrası takip eden süreçte hastanın semptom ve bulguları geriledi.

Bulgular:



Son yıllarda foliküler lenfomanın histopatolojik özelliği ne olursa olsun agresif seyrederek, SSS tutulumu yapabileceği gösterilmiştir.

Sonuç:

Günümüzde Rituximab ve CHOP bazlı kemoterapilerle SSS tutulumu gibi sekonder ektranodal yayılım gösteren lenfoma olgularında uzun ve semptomsuz yaşam süreleri sağlanabilmektedir. Bu nedenle SSS tutulumu şikayetleriyle gelen hastalarda Onkolog, İç Hastalıkları Uzmanı, Nöro-radyolog ve patoloğları kapsayan lenfoma konusunda uzman doktorların doğru tanı ve tedavi planı yapma konusunda işbirliği yapmaları gerekmektedir.

EP-49

**GÖRME BOZUKLUĞU İLE PREZENTE OLAN
HİPERPROLAKTİNEMİNİN EŞLİK ETTİĞİ HİPOFİZ KARSİNOM
OLGUSU**

MUSTAFA SAĞCAN¹, FARUK KUTLUTÜRK², HASAN GÜVEN¹,
MEHMET KILINÇ³, FAİK ALEV DERESÖY⁴, BANU ÖZTÜRK⁵

¹ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ
HASTALIKLARI AD

² TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA BD

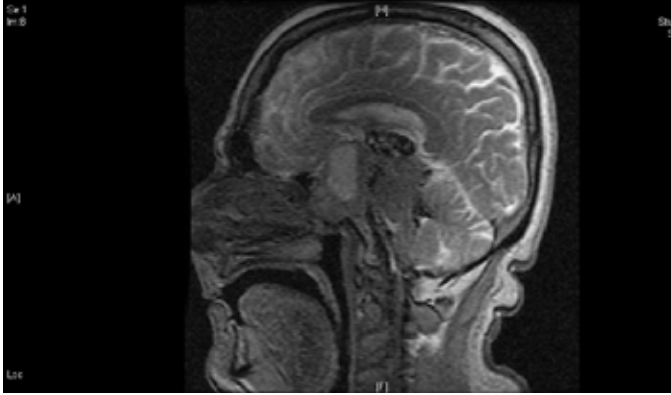
³ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
NÖROŞİRURJİ AD

⁴ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PATOLOJİ AD

⁵ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ
ONKOLOJİ BD

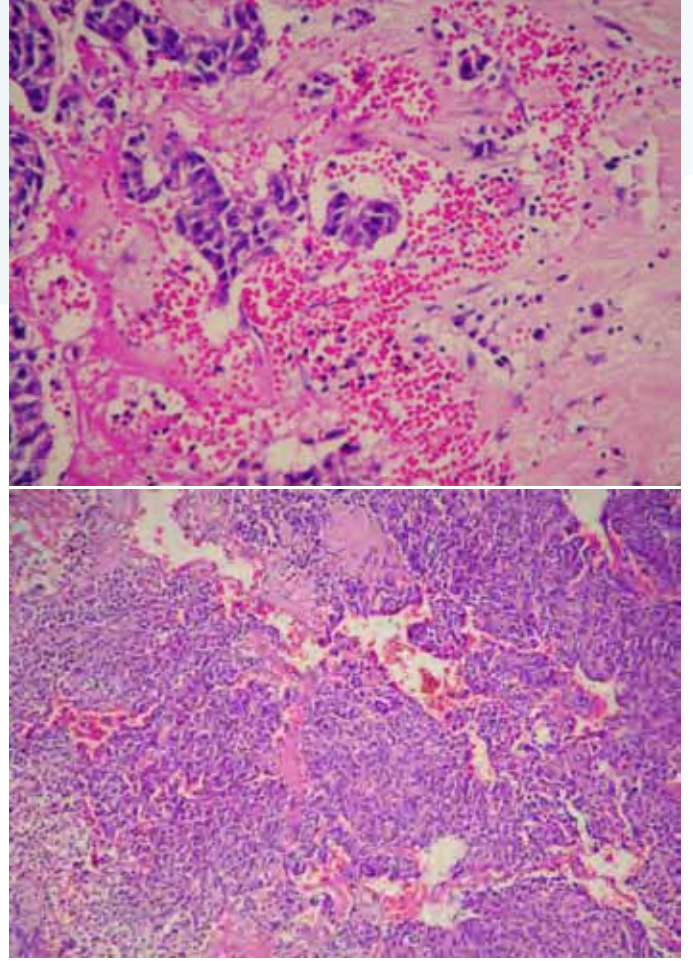
Amaç:

Pitüiter karsinomlar nadir görülen neoplazmlar olup tüm pitüiter tümörlerin %0.2'sini oluşturur. Progresyon olduğunda malign karakter kazanan tipik pitüiter adenom şeklinde prezente olabilecekleri gibi başlangıçtan itibaren agresif karakter gösterebilirler. Burada ilk bulgu olarak görme bozukluğu ile başvuran hiperprolaktineminin eşlik ettiği nadir görülen bir pitüiter karsinom olgusunu sunduk.

Gereç ve Yöntem:

Bir yıldır devam eden görme bozukluğu ile başvuran 56 yaşındaki erkek hastanın çekilen hipofiz MR'ında sella kavitesini doldurarak kavitede genişlemeye yol açan yaklaşık 49x33x32 mm boyutlarında içerisinde geniş kistik dejeneratif alanlar bulunan, optik kiazmaya bası etkisi yapan, öncelikle dejenere makroadenomu telkin eden kitle saptandı.

Labaratuvar tetkiklerinde; Hb:12.1 mg/dL Htc: % 36 WBC: 5820 PLT:226.000 kreatinin: 0.6 mg/dl sodyum :139 mmol/L, potasyum : 4.5 mmol/L , Klor : 101 mmol/L , AST: 15 U/L, ALT : 17 U/L , Total kortizol: 7.64 mikrgr/dl, Prolaktin:470 ng/mL, LH:0.8 Miu /L , FSH: 2.02 Miu/L , TSH:1.72 Uiu/mL , Growth Hormon:0.002 ng/ml olarak ölçüldü.

Bulgular:

Hasta Nöroşirurji kliniği tarafından operasyona alındı. Kitlenin sella tabanını erode etmiş ve sfenoid sinüse taşmış yaklaşık 8 cm çaplı olduğu görüldü. Transsfenoidal hipofizektomi yapıldı. Postop çekilen MR'da sella kavitesinde rezidü kitle saptandı. Transsfenoidal yaklaşımla kitle tekrar eksize edildi. Hipofiz operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde; yüksek sellüleriteye sahip büyük ,pleomorfik hiperkromatik nükleusa sahip ,belirgin nükleollu atipik endokrin karakterde hücrelerin meydana getirdiği trabeküler, solid tabakalar ,yuvalanmalar tarzında gelişim paterni gösteren vasküler invazyon gözlenen tümöral lezyon saptandı ve bu görünüm hipofizer karsinom ile uyumlu bulundu.

Sonuç:

Pitüiter karsinomlar nadir görülen pitüiter lezyonlar olup, infiltratif ve agresif gelişme nedeni ile primer küratif cerrahisi zordur. Radyoterapi lokal kontrol sağlamada etkindir, kemoterapi konusunda veri azdır. Görme bozukluğu ile kliniğe başvuran ve agresif seyirli büyük kitlelerde nadir de olsa sekretuar hipofiz karsinomun saptanabileceği akılda tutulmalıdır.

EP-50

ERİŞKİN MEDULLOBLASTOMU; 2 OLGU SUNUMU

ALİ AYBERK BEŞEN¹, FATİH KÖSE², AHMET TANER SÜMBÜL¹,
HÜSEYİN MERTSOYLU¹, FAZİLET KAYASELÇUK¹, ÖZGÜR
ÖZYILKAN¹

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ ADANA
UYGULAMA MERKEZİ

²ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Medulloblastom santral sinir sisteminin küçük, yuvarlak hücreli malign tümör grubundan olup, çocukluk çağıının en sık görülen malign beyin tümörüdür.

Gereç ve Yöntem:

Erişkinde medulloblastom nadir görülen beyin tümörlerinden olup merkezimizde takipli 2 olgu sunmak istedik.

Bulgular:

Olgu-1: 23 yaşında bayan hasta 1 aydır olan baş ağrısı nedeniyle çekilen beyin MRG'de sol serebellar hemisferde 35*52 mm boyutlarında 4. Ventriküle bası oluşturan kitle lezyonu saptandı. Kitle total eksize edildi. Patoloji medulloblastoma ile uyumlu idi. Tüm spinal MRG'de tutulum saptanmadı. Hastaya kranyospinal ve posterior fossaya toplam 54 Gy konformal radyoterapi uygulandı.

Olgu-2: 22 yaşında bayan hasta 1 aydır olan dengesizlik ve baş ağrısı için çekilen beyin MRG'de sol serebellar hemisferde 43*35 mm çapında lobüle konturlu kitle lezyonu saptandı. Totale yakın eksize edilen kitlenin patolojisi medulloblastom olarak rapor edildi. Spinal MRG'de metastaz saptanmadı. Hastaya kranyospinal ve posterior fossaya radyoterapi ardından altı kür (cisplatin 25 mg/m²(1-4), etoposid 40 mg/m²(1-4), siklofosfamid 1000mg/m²(4. gün)) adjuvan kemoterapi verildi.

Sonuç:

Sonuç olarak, erişkinlerde medulloblastom nadir görülen beyin tümörlerinden olup sıklıkla serebellar hemisferde yerleşme eğilimindedir. Cerrahide amaç tam rezeksiyondur. Erişkinlerde klinik deneyim sınırlı olmakla birlikte eğer klinik çalışmaya dahil olma imkanı yoksa cerrahi sonrası adjuvant radyoterapi ve ardından kemoterapi önerilmektedir.

EP-51

KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİYİ BİLME VE KULLANMA DURUMUNUN SOSYODEMOGRAFİK PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

GAMZE GÖKÖZ DOĞU¹, AYSEGÜL KARGI², ÖZGÜR
TANRIVERDİ³, ARZU YAREN¹, A.GÖKÇEN DEMİRAY¹, BURCU
YAPAR TAŞKÖYLÜ¹, AHMET ERGİN¹

¹PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

²DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

³MUĞLA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastalar arasında TAT'ı (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp) bilme ve

kullanma özelliklerini değerlendirmek amacıyla anket çalışması planladık.

Gereç ve Yöntem:

Toplam 3 merkez bu çalışmaya dahil edildi. Haziran 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında kemoterapi verilen 494 hastanın verileri SPSS 17 paket programıyla değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların %47.8'i kadın, %52.2'si erkek olup, median yaş 58 yıl (24-90 yıl) idi. Hastaların %23.5'i TAT kullanmıştı ve en sık bitkisel tedavi tercih edilmişti (%67). TAT terimini bilip bilmemelerine göre değerlendirildiğinde dul olma, şehir merkezinde yaşama, yüksek gelir düzeyine sahip olma, hastalığını bilme, ailede kronik hastalığın varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. TAT kullanıp kullanmama durumuna göre yapılan analizde, bekar olma, ek hastalığın mevcudiyeti, ailede kronik hastalık ve kanser öyküsünün olması, istatistiksel olarak anlamlıydı. Lojistik regresyon analizinde ise; merkezde yaşamak 1.5 kat (p=0.027), gelir düzeyinin yüksek olması 4.7 kat (p=0.006), hastalığını bilmek 3.5 kat (p=0.002), ailede kronik hastalık varlığı 1.7 kat(p=0.007) oranında TAT'ı bilme durumunu artırmaktaydı. Bekar olma 8.06 kat (p<0.001), komorbidite varlığı 1.6 kat (p=0.04) oranında TAT kullanımını artırmaktaydı.

Sonuç:

Bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkileri detaylı olarak araştırılmalı, hastalar ve sağlık personeli bu konuda bilgilendirilmelidir.

EP-52

KANSER HASTALARINDA BAKTERİYEL ENFEKSİYON ETKENLERİ

UTKU DÖNEM DİLLİ¹, MUSTAFA YILDIRIM¹, NİLGÜN GÜR²,
YEŞİM ÇEKİN², SEVİL GÖKTAŞ¹, YASİN ŞAHİNTÜRK³, MUSTAFA
YILDIZ¹

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ
KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MİKROBİYOLOJİ
KLİNİĞİ

³ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ
HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç:

Bu çalışmada Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi'ndeki yatan hastalardan bir yıl süresince alınan materyallerin kültür üremelerini değerlendirerek, bakteriyel etkenlerin dağılımı ve antibiyotik dirençlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda Mart 2010- Kasım 2011 tarihleri arasında hastalardan ateş varlığında ve/veya enfeksiyon şüphesiyle alınan kan, idrar, yara sürüntüsü, balgam, gaita sonuçları ve üreyen bakterilerin antibiyotik direnç durumu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Toplam 77 örnekte üreme tespit edildi. Örneklerin kan kültürleri 38'ini (%9,4), idrar kültürleri 21'ini (%27,3), abse kültürleri 9'unu (%11,7), balgam kültürleri 7'sinini (%9,1), gayta kültürleri 2'sinini (%2,6) oluşturmaktadı. Kan kültürleri içinde en sık %34,2 ile koagülaz negatif stafilocoklar ikinci sıklıkta %31,6 ile E.Coli oluşturmaktadı. İdrar kültürlerinde en sık %76,2 ile E.Coli izole edildi. Abse kültürlerinde ise S. Aureus, E. Coli, Koagülaz negatif stafilocoklar eşit oranda tespit edildi. Balgam kültürlerinde de en sık E. Coli ve E. Faecalis tespit edildi.

Sonuç:

Bağıışıklığı baskılanmış hastalarda bakteriyel enfeksiyonlar sık görülmekte olup, ampirik tedavinin başarısı açısından kliniğin bakteri popülasyonu ve antibiyotik duyarlılıklarının bilinmesi önem taşıdığını düşünürüz.

EP-53**İNCE BARSAK ADENOKARSİNOMUNDA TÜMÖR LİZİS SENDROMU**

UTKU DÖNEM DİLİ ¹, MUSTAFA YILDIRIM ¹, SEVİL GÖKTAŞ ¹, MUSTAFA YILDIZ ¹, AYHAN HİLMİ ÇEKİN ²

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Literatürde solid tümör ile tümör lizis sendromu birlikteliği çok nadir bildirilmiştir. Literatürde ince barsak adenokarsinomu ile tümör lizis sendromu birlikteliği bildirilmemiştir. Olgu nadir görülmesi nedeniyle ve solid tümörlede tümör yükü fazlaysa tümör lizis sendromu gelişimi açısından dikkatli olunması gerekliliği vurgulanması amacıyla tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Kronik karın ağrısı ve karın şişkinliği nedeniyle hastanemize başvuran 60 yaşındaki bayan hastada tespit ettiğimiz ince barsak adenokarsinomu tedavisinde gelişen tümör lizis tartışılacaktır.

Bulgular:

Kronik karın ağrısı ve karın şişkinliği nedeniyle 60 yaşında bayan hasta hastanemize başvurdu. Endoskopisinde duodenum 1 kısmında kitle tespit edildi. Biyopsi sonucu adenokarsinom ile uyumlu geldi. ECOG performans skoru 1 olan hastaya folinik asit 20mg/m² 5-fu 425mg/m² 5 günlük tedavi planlandı. Tedavinin 3. gününde cr:2mg/dl ca:7.4mg/dl ürik asit:16.2mg/dl, K:6.1 edildi. Hiperpotasemisine yönelik medikal tedavi uygulandı. İdrar çıkışı 100ml/saat üzerinde olacak şekilde hidrasyon uygulandı. 600mg/gün allopürinol başlandı. Kemoterapisi kesildi. Günlük 2x1 biyokimyasal parametreleri takip edilen hasta idrar çıkışının azalması nedeniyle hemodiyaliz planlanırken hasta exitus oldu.

Sonuç:

Sonuç olarak solid tümörler esnasında gelişen tümör lizis sendromunun mortal seyretmesi nedeniyle tedavi esnasında

yüksek volümlü tümörü olan hastalarda tümör lizis sendromu açısından da takip edilmelidir.

EP-54**KANSERLİ HASTALARDA DEPRESYON VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

EBRU GAZEZOĞLU ¹, ALPTEKİN ACAR ¹, MERVEGÜL DOLMUŞ ¹, SAADETTİN KILIÇKAP ²

¹CÜTF DÖNEM 4

²CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Kanser hastalarında depresyon önemli bir sağlık sorunudur. Semptomlar sorgulanmadığında tanı atlanabilir. Depresyon tanısı konan hastalarda antidepresif tedavi yararlı olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Kanserli hasta ve benzer özellikteki sağlıklı bireylere Beck Depresyon Ölçeği ve demografik özellikleri içeren bir anket formu iki gruba uygulandı. Depresyon, tedavi gereksinimine göre iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Çalışmada 125'i kanserli ve 86'sı sağlıklı olmak üzere toplam 211 birey değerlendirildi. En sık kanserler sırasıyla GIS %24, akciğer %22 ve meme kanseri %17 idi. Kanserli hastaların yaş ortalaması sağlıklı bireylerinkine benzerdi (48,0±14,9 vs 45,6±14,5; p=0.247). Cinsiyet ve medeni durum gruplarda benzerdi. Kanserli hastalarda eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların oranı daha fazlaydı (p<0,001). Kanserli hastalarda depresyon skoru ortalaması sağlıklı bireylere göre yüksek bulundu (12,5±8,1 vs 21,7±11,1; p<0,001). Kanserli hastalarda orta ve şiddetli depresif olarak tanımlanan hasta yüzdesi sağlıklı bireylerinkine oranla daha fazla idi. Kanserli hastaların %67'sine tedavi gerektiren depresyon izlenmekte iken, bu oran sağlıklı bireylerde %30 idi (p<0,001). Tedavi gerektiren depresyonlu hastalarda, düşük gelir ve eğitim düzeyli bireylerin oranı daha yüksek iken, diğer değişkenler gruplar arasında fark yoktu. Hastalar ve sağlıklı bireyler olarak iki farklı grupta incelendiğinde gelir ve eğitim düzeyinin depresyon için belirleyici bir faktör olmadığı görüldü.

Sonuç:

Depresyon kanserli hastalarda daha sık görülmektedir. Hastaların kontrollerinde depresyon açısından irdelenmesi yararlı olabilir.

EP-55

KANSERLE İLİŞKİLİ AĞRI TEDAVİSİNDE NARKOTİKLERİN ETKİNLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

SEMA SEZGİN GÖKSU¹, HAKAN BOZCUK¹, MÜKREİM UYSAL¹, ECE ULUKAL², GAYE KARASU², TÜRKER SOYDAŞ², HASAN ŞENOL COŞKUN¹, BURHAN SAVAŞ¹

¹ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ

Amaç:

Kanserle ilişkili ağrı hastaların yaşam kalitesini en çok etkileyen semptomlardan biridir. Kanser hastalarının % 50 den fazlası ağrıyla karşılaşır. Bunların % 75 i narkotik kullanımını gerektiren ağrılardır. Ağrının tamamen giderilmesi çoğu zaman güç olsa da narkotiklerin doğru kullanımı ile bu sağlanabilir.

Bu çalışmada amacımız kanserle ilişkili ağrısı olan hastalarda narkotik tedavisinin etkinliğini belirleyen faktörleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Ağustos 2009- Ocak 2010 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören ve kanserle ilişkili ağrısı olan 100 hasta alınmıştır. Hastaların demografik verileri, beden kitle indeksi, performans durumu, kanser tipi, evresi, daha önce aldığı tedaviler, hastaneye yatış nedeni, ağrının lokalizasyonu, ağrı tedavisi ve narkotik dozu kaydedilmiştir. Hastaların ağrı yoğunluğu VAS skorlaması ile değerlendirilmiştir. VAS- zaman eğrisi altındaki alan hesaplanmıştır (AUC). VAS skorunda 2 veya daha fazla düşme olması ' persistan ağrısız sağkalım' olarak tanımlanmış ve persistan ağrısız sağkalım üzerine etki eden faktörler araştırılmıştır. Narkotik etkinliğini değerlendiren ikinci bir ölçüm olarak standart doz narkotik başına VAS değerindeki değişim ve buna etki eden faktörler çalışılmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya katılan 100 hastanın 63 'ü erkek, 37'si kadındı, yaş ortalaması 56.1 di. Hastaların %89'u metastatiktir. Hastaneye en sık yatış nedenleri; ağrı palyasyonu(%28), tedaviye bağlı komplikasyonlar(%18), kemoterapi(%17) idi. Hastaneye yatış anında ortalama VAS 4.05, hastanede maksimum VAS ortalaması 5.83, taburculuk sırasında ortalama VAS 1.94 dü.

Persistan ağrısız sağkalım VAS max(p=0.011), AUC(p<0.01) ve toplam narkotik dozu(p=0.01) ile ilişkili bulundu. Standart doz narkotik başına VAS değerindeki değişim üzerine etki eden faktörler ise hastanın almakta olduğu tedavi (kemoterapi vs diğer)(p=0.05) ve hastaneye yatış anındaki VAS değeri(p=0.003) idi.

Sonuç:

Kanserle ilişkili ağrı yaşayan hastalarda narkotik etkinliğini belirleyen faktörler ağrı yoğunluğu, agresif narkotik tedavi verilmesi ve kemoterapi almasıdır. Kanser hastalarında maksimum ağrı palyasyonunu sağlanması için hastanın detaylı değerlendirilmesi ve narkotiklerin etkin dozlarda kullanılması gerekmektedir.

EP-56

FEBRİL NÖTROPENİK HASTALARDA GENEL ÖZELLİKLERİN VE TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ :TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖZNUR BAL¹, ÖZLEM UYSAL SÖNMEZ², ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK³, ONUR EŞBAH¹, KAAN HELVACI¹, AHMET ŞİYAR EKİNCİ¹, TAHSİN ÖZATLI¹, BURÇİN BUDAKOĞLU¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

¹ DR.ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Febril nötropeni (FN) hayatı tehdit edebilecek ciddi enfeksiyonlara neden olabilen önemli bir komplikasyondur. Kliniğimizde febril nötropeni nedeni ile interne edilen hastaların genel özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2009 - Aralık 2011 tarihleri arasında kemoterapi (KT) tedavisi alan ve FN nedeni ile hospitalize edilen hastaların klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi .

Bulgular:

159 hasta değerlendirildi. Ortalama yaş 57 (19-81) idi. En sık görülen malignite meme karsinomu (%25 ,40 hasta) idi. %39 hastada FN atağı 1.kürde gözlemlendi. Ortalama ateşli gün sayısı 2, nötropeniden çıkış süresi 3 gün, hastanede kalış süresi 6 gündü. %84 hastada etken izole edilemedi. %5 hastada e coli, %1.3 fungal enfeksiyon saptandı. Bakteriyel ve fungal etken izole edilen hastalarda hastanede kalış süresi anlamlı olarak yüksekti (p:0,03). Ancak ateşli gün sayısı ile arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Profilaktik GCSF kullanımı ile hospitalizasyon süresi ve ateşli gün sayısı arasında anlamlı fark bulundu (p: 0.008). Uygulanan GCSF tipleri ve dozları ile hospitalizasyon süresi arasında ilişki saptanmazken, ateşli gün sayısı ve nötropeniden çıkış süreleri açısından anlamlı farklılık saptandı, filgrastim 30 mü ile en az ateşli gün sayısı tespit edildi (p: 0.033). Nötropeniden çıkış süreleri filgrastim gruplarında lenograstime göre daha iyiydi (p:0.034). % 65 hastada komorbid hastalık gözlemlendi. Komorbiditesi olan hastaların hastanede kalış süresi ve ateşli gün sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p:0.3 ve 0.6). FN 'ye bağlı mortalite oranı ise %0.6 olarak görüldü (n:1)

Sonuç:

FN multidisipliner yaklaşımla hızla tedavi edilmeli ve riskli hastalarda KT öncesinde doz reduksiyonu veya GCSF profilaksisi düşünülmelidir.

EP-57

SOLID TUMÖRLÜ HASTALARDA ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI

ÇAĞATAY ARSLAN¹, MENİCE GÜLER², FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU², İLKAY TUĞBA ÜNEK¹, MEDİHA TULİN BOZKURT³, GÖNÜL DEMİR PIŞKİN³

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Hastanemiz Medikal Onkoloji Bölümü'nde halen takip edilmekte olan ve kemoterapi alan hastalarda alternatif tedavi kullanımını ve bu konudaki bilgi düzeyini araştırmak.

Gereç ve Yöntem:

İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde Eylül 2011 – Aralık 2011 arasında aktif olarak takip edilen ve kemoterapi alan hastalara alternatif tedavi konusunda hazırlanan anket yüzüze olarak dolduruldu. Kaydedilen verilerin istatistiksel olarak tanımlayıcı analizi yapıldı.

Bulgular:

Toplam 110 hastaya anket yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 56.6 (21-86) idi. 30 (%27.3)'ü alternatif tedavi kullanmıştı. Hastaların 85 (%77)'i alternatif tedavilerin faydalı olduğunu, 29 (%26)'u zararlı olmadığını düşünüyordu. Hastaların tümü tedavi ajanını oral yoldan almıştı. Alternatif tedavi kullanan 14 (%47) hasta doğal ürünlerin vücutlarını güçlendirdiği için, 7 (%23) hasta ailesi ısrar ettiğinden, 5 (%17) hasta asıl tedaviden fayda görmediğini düşündüğünden ve 4 (%13) hasta aldığı tedaviye destek olsun diye alternatif tedavi kullanmıştı. 14 (%46.6) hasta kemoterapi ile eşzamanlı kullanmıştı. 19 (%63.3) hasta tedaviyi kullanırken doktorunu bilgilendirmemişti. 21 (%70) hasta bitkisel hap diye belirttikleri tedaviyi ve 4 (%13.3) hasta adını bilmedikleri bir ot karışımını kullanmıştı.

Sonuç:

Alternatif tedavilerin en sık tanındık çevresinden ve bazen doktorlar tarafından verildiği saptandı. Hastaların önemli oranı bu tedavileri kullanırken doktorunu bilgilendirmemişti. İçeriği tam olarak bilinmeyen ve kemoterapi ile eş zamanlı sistemik olarak uygulanan maddeler ilaç madde etkileşimine neden olabilmektedir. Bu konu ile ilgili ülkemizde hastaların bilinç düzeyi oldukça düşüktür. Ülkemizde alternatif tedavi uygulamalarına yönelik bir denetleme ve standart bulunmamaktadır. Ülkemizde bu konuda yapılacak geniş hasta sayılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

EP-58

5- FLUOROURASİL KULLANIMI SONRASI GELİŞEN BENİGN PAROKSİSMAL POZİSYONEL VERTİGO

MUSTAFA YILDIRIM¹, EDA PARLAK², ÖMER TARIK SELÇUK¹, MUSTAFA YILDIZ¹, UTKU DÖNEM DİLLİ¹

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) en sık rastlanan periferik vestibüler sistem hastalığıdır. Genellikle 50-70 yaş grubunda spontan olarak ortaya çıkar. Vertigo semptomları daha çok ani baş hareketleri ile oluşur. Tanı konulmaz ise bir çok tetkik yapılması gerekebilir. Bu nedenle de tanı koyup sebebini bulmak önemlidir.

Gereç ve Yöntem:

Safra kesesi adenokanseri nedeniyle kemoradyoterapi alan hastada tedaviden hemen sonra gelişen BPPV tartışılacaktır.

Bulgular:

Lokal ileri safra kesesi adenokanseri nedeniyle 46 yaşındaki bayan hastaya kemoradyoterapi başlandı. Hastaya 5 fluorouracil (5 FU) ve leucovorinden oluşan kemoterapi başlandı. Ancak daha birinci kürden , itibaren hastada aniden baş dönmesi, bulantı, kusma gibi şikayetler başladı. Önce bu şikayetlerin kemoterapinin etkisi ile olduğu zannedildi bazı medikal tedaviler ile azalmayınca BPPV şüphesi ile kulak burun boğaz kliniği tarafından değerlendirildi ve bening pozisyonel vertigo tanısı konularak tedavi başlandı. Hasta hala tedavi ile birlikte adjuvan kemoterapiye devam etmektedir.

Sonuç:

Kemoterapiye bağlı bulantı- kusma vertigo hissi ile hastanın ifadesinde karışıklığa neden olabilecek bir durumdur. Hastaların takibinde kemoterapi ve radyoterapi BPPV oluşturabilecek durumlar olduğundan hastaların takibinde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-59

DOSETAKSELE BAĞLI HİPERSENSİTİVİTE: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖZGE KESKİN¹, AFEY ARPACI², DİLEK YALÇIN², ZARİFE TEKBAKAN², ÇAĞATAY ARSLAN³, FATMA ALEV TÜRKER¹

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ GÜNDÜZ TEDAVİ ÜNİTESİ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Dosetaksel, birçok endikasyonda artan sıklıkta kullanılan ve sıklıkla hipersensitivite reaksiyonları (HSR) ile ilişkili olan bir kemoterapötiktir. HSR oluşturmada mekanizma henüz net

değildir. Çalışmamızda, dosetaksel alan hastalarda HSR gelişimi ile ilgili olabilecek faktörleri inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Kasım-Aralık 2011 tarihleri arası ayaktan dosetaksel tedavisi alan hastalarda demografik veriler, dosetaksel alma endikasyonu, kaçınıcı sıra aldığı kaydedildi. Allerjik reaksiyon geliştiği takdirde bunun NCI kriterlerine göre derecesinin, sürenin, vital bulguların kaydı tutuldu.

Bulgular:

Dosetaksel alan 153 hastada bayan/erkek oranı yaklaşık 2, ortalama yaş 53,7±3,8 olarak bulundu. Hastaların dosetaksel tedavisi alma endikasyonu sırasıyla; lokal ileri evre meme, metastatik meme, gastrointestinal sistem, lokal ileri evre baş-boyun, metastatik akciğer, sınırlı evre akciğer, metastatik baş-boyun kanserleri ve son olarak da metastatik sarkomlar ile metastatik prostat kanseridir. Hastalara kortikosteroid ve antihistaminik premedikasyonu sonrası ortalama 4,3±0,55 mL/dk hızında ve 109±51,81 mg dozda dosetaksel uygulandı. Hastaların %12,4'ünde allerjik reaksiyon gelişti. Bu durum en sık olarak 1. Kür sırasında gözlemlendi. Hastalarda ortalama 5,7±2,8. dakikada allerjik reaksiyon gelişti, eş zamanlı olarak müdahale edildi. Allerjik reaksiyon tanımında grad 1 HSR (%7,4), grad 2 HRS (%1,3) ve grad 1 bronkospazm (%6,2) yer almaktadır. Allerjik reaksiyon gelişimi ile yaş, dosetaksel infüzyon hızı ve dozu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,75 ve 0,25), fakat kadınlarda daha sık gözlemlendi ve aradaki ilişkili istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,012).

Sonuç:

Daha önceki çalışmalarda dosetaksele bağlı HSR gelişimi ile ilgili belirlenmiş bir risk faktörü yoktur. Bizim çalışmamızda sadece kadın popülasyonda daha sıklıkla görüldü. Dosetaksele bağlı HSR, ilacın kesilmesi ve uygun destek tedavinin verilmesi ile büyük oranda gerilemektedir. Desensitizasyon protokolu geliştirebilmek için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-60

KANSER HASTALARININ KRONİK HASTALIKLARI VE KEMOTERAPİ DIŞI İLAÇ KULLANIMININ ARAŞTIRILMASI

BURCU ÇELİK, HURİ YEŞİM ŞEVİK, SEMA SEZGİN GÖKSU, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Türkiye'de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmaktadır. Türkiye'deki ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi gören hastaların kronik hastalıklarını saptamak ve buna bağlı ilaç kullanımını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

1-31 Ocak 2012 tarihleri arasında kemoterapi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 113 hastanın kronik

hastalıkları ve kemoterapi dışı ilaç kullanımını incelenmiştir.

Bulgular:

Araştırmaya katılanlar 21-81 yaşları arasında olup, median yaş 57'dir. Katılımcıların %54.9 kadın, %45.1'erkektir. Kemoterapi uygulanan hastaların %23'ü akciğer, %22.1'i kolorektal, %16.8'i meme ve %13.3'ü jinekolojik kanser tanısı ile kemoterapi almakta olup, uygulanan kemoterapinin %40.7'si platin bazlı, %16.82'i taxan grubu içeren tedavilerdir. Hastaların %45.1'i Evre IV, %33.6'sı Evre III de yer almaktadır. Hastaların %43.4'ünün kronik bir hastalığı bulunmamakta olup, %15.9'u hipertansiyon, %8.8'i diyabet ve %7.1'inin ise KOAH tanısına sahiptir. Düzenli olarak kullanılan ilaçlara bakıldığında ise hastaların %14.2'sinin kullandığı ilaçları bilmemesi dikkati çekmektedir. Hastaların %11.5'inin antihipertansif, % 7.1'inin diyabetik ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların kemoterapi öncesi son on günde kullandığı ilaçlar incelendiğinde ise % 46'sının ilaç kullanmadığı, %22.1'inin antiemetik ve %10.6'sının ise analjezik kullandığı belirlenmiştir.

Sonuç:

Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Komorbidite nedeniyle kemoterapi dışı ilaç tedavisi önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın kemoterapi dışı ilaçları konusunda yüksek bilgi eksikliğini gidermeye yönelik eğitim hemşireliği uygulamaları gerekmektedir.

EP-61

GRUP B STREPTOKOK BAKTERİYEMİSİ TESPİT EDİLEN BİR MEME KANSERİ VAKASI

FATMA MUTLU SARIGÜZEL ¹, ARZU AKŞAHİN ², İLHAMİ ÇELİK ³, A.NEDRET KOÇ ⁴

¹ KAYSERİ EAH MİKROBİYOLOJİ KLİNİĞİ

² KAYSERİ EAH TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ KAYSERİ EAH ENFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİĞİ

⁴ EÜTF MİKROBİYOLOJİ ABD

Amaç:

Grup B streptokoklar (GBS) karaciğer yetmezliği, dekübit ülseri, nörojenik mesane, meme kanseri, diabetes mellitus gibi tanıları olan erişkinlerde invaziv enfeksiyon oluşturabilen önemli etkenlerden biridir.

Gereç ve Yöntem:

Burada meme kanseri tanısı ile neoadjuvan kemoterapi almakta olan ve nötropenik ateş nedeni ile hospitalize edilen bir vaka sunulmaktadır.

Bulgular:

42 yaşında kadın hasta nötropenik ateş nedeni ile hospitalize edildi. Hastanın özgeçmişinde DM ve 2 yıl önce sol meme kanseri nedeni tedavi öyküsü mevcut. Hormonoterapi alırken karşı memede tespit edilen lokal ileri evre meme kanseri dolayısı ile neoadjuvan tedavi planı yapılmıştı. Ateşi 39,3 derece ölçülen hastanın fizik muayenesinde sol mastektomize, sağ meme alt kadranslarda cilt-ciltaltı sert ödemi dışında ek patoloji tespit edilmedi. Kültürleri alınan hastaya Enfeksiyon hastalıkları

önerisi ile piperasillin/tazobaktam 3x4,5 gr iv ve Klaritromisin 2x500mg başlandı. Takiplerinde ateşi tekrarlamayan hastanın kan kültüründe B grubu streptococcus üremesi saptandı ve tedavisine penisilin (4x6000000 MÜ) ve klindamisin (3x900mg) ile devam edildi. Hastanın ateşinin düşmesi ve tekrar alınan kan kültüründe üreme olmaması üzerine yeni başlanan antibiyotik tedavisinin 10 günü tamamlandıktan sonra taburcu edildi.

Sonuç:

Kanser tanısı olan hastalarda bakteriyemi etkeni araştırılırken GBS ler akılda tutulmalı, ampirik ve devam tedavi stratejileri buna göre belirlenmelidir.

EP-62

KANSER HASTALARININ HASTALIK ALGISI VE KANSER TEDAVİSİNE İLİŞKİN İNANISLARI İLE İLİŞKİSİ

MUTLU AKKURT, NİLÜFER ERKİN , GÖKÇEN ATILBOZ ALAGÖZ , FATMA ÖZTÜRK , ŞEREF KÖMÜRCÜ

BAYINDIR HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Hastanın semptomları, hasta tarafından algılanan olası kanser nedenleri, hastalığın yaşam ve duygular üzerindeki etkileri, hastanın hastalık üzerindeki kişisel kontrolü ve tedaviler hakkındaki inanışları hastalık algısını oluşturmaktadır. Kanser hastalarının algıladığı sosyal destek hastalığın seyrini etkileyen önemli bir faktördür. Bu araştırmanın amacı kanser hastalarının hastalık algısını değerlendirmek ve kanser algısı ile kanser tedavilerine ilişkin inanışlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Veriler bir tıbbi onkoloji kliniğinde ayaktan tedavi alan kanserli 40 hastadan (25 kadın ve 15 erkek, yaş ortalaması = 59.3) toplanmıştır. En sık görülen üç tanı meme kanseri (n=11), akciğer kanseri (n=10) ve kolon kanseridir (n=6). Hastalara Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verilmiştir. Veri toplama işlemi halen devam etmektedir.

Bulgular:

Yapılan ara analizden elde edilen sonuçlarda HAÖ'nin faktörleri arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Hastanın hastalık üzerindeki kişisel kontrolü ile tedaviler hakkındaki inanışları arasında (r=.546, p

Sonuç:

Sonuç olarak hastaların kanser algısı, tıbbi ekip tarafından planlanan tedavinin faydası ile ilgili algısını etkileyebilmektedir.

EP-63

KLİNİKTE ÖLEN TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTALARDA SON İKİ HAFTA İÇİNDE YAPILAN TETKİK VE TEDAVİLER

ŞEREF KÖMÜRCÜ¹, FİLİZ ÇAY ŞENLER², ÖZGÜR ÖZYILKAN³, ŞENOL COŞKUN⁴, DİLŞEN ÇOLAK⁵, EMEL ÜÇGÜL⁶, MUTLU AKKURT¹, FİKRET ARPACI⁷

¹ BAYINDIR HASTANESİ

² ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

³ BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

⁴ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

⁵ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

⁶ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

⁷ GÜLHANE ASKERİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Terminal dönem kanser hastalarına genellikle gereğinden fazla tetkik ve tedavi yapılmaktadır. Bu konuda tıbbi onkoloji kliniklerin tutumunu belirlemek üzere klinikte ölen terminal dönem kanser hastalarına son 2 hafta içinde yapılan tetkik ve tedaviler ile invaziv girişimlerin retrospektif değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Altı tıbbi onkoloji kliniğinde yatarken ölen 422 terminal dönem kanser hastasının ölmeden önceki iki hafta içinde yapılan tetkik-tedavi işlemleri hasta dosyalarından taranmıştır.

Bulgular:

Yaşam beklenti süreleri 6 ay olarak öngörülen 422 kanser hastası metastatik olup, en sık görülen metastaz yerleri karaciğer (%34.8), kemik (%27.3), akciğer (%21.6) ve/veya beyin (%19.2) idi. Ölüm nedenleri sıklık sırasına göre; solunum yetmezliği (%48.1), enfeksiyon (%23.5) ve/veya karaciğer yetmezliği (%18.9) idi. Son iki haftada yapılan tetkikler gözden geçirildiğinde, %22.7' sine bilgisayarlı tomografi, %23.2' sine ultrasonografi, %13.7' sine magnetik rezonans görüntüleme ve %4.9' una kemik sintigrafisi yapıldığı tespit edildi. Hastaların %76.9' una intravenöz serum tedavisi, %43.6' sına eritrosit transfüzyonu, % 36.5' ine total parenteral beslenme ve %6.9' una albumin transfüzyonu uygulandığı; %25.7 sine invaziv ağrı tedavisi, %12.4' üne morfin veya midazolam ile terminal sedasyon, %9.1' ine kemoterapi yapıldığı gözlemlendi. Ayrıca tüm hastalara damar yolu açıldığı, %37.9'una santral kateter ve/veya idrar sondası takıldığı; %10'una parasentez, %7.3'üne torasentez ve %2.9'una endoskopi yapıldığı tespit edildi.

Sonuç:

Tıbbi onkoloji kliniklerinde, terminal dönem kanser hastalarında bakım girişimlerini artırıcı ancak yaşam kalitesine katkısı olmayan tetkik ve tedavileri azaltıcı yönde farkındalık eğitimlerine gereksinim vardır.

EP-64

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-65

FANTOM TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

EDA PARLAK ¹, MUSTAFA YILDIRIM ², UTKU DÖNEM DİLLİ ², SEVİL GÖKTAŞ ², MERT KÖROĞLU ¹

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Fantom tümörü veya vanishing (buharlaşan) tümörler genellikle konjestif kalp yetmezliğine bağlı olarak interlobar fissürde geçici plevral efüzyon toplanmasına verilen addır (1). Radyolojik görüntüsü malignitelere benzediğinden tanıda karışıklığa neden olabilirler.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimize aşırı kilo kaybı, halsizlik ve nefes darlığı şikayetleri ile başvuran 81 yaşında erkek hastada tespit edilen fantom tümörü güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır

Bulgular:

Bilinen sistemik hastalığı olmayan 81 yaşında erkek hasta halsizlik ve kilo kaybı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri azalmış ve eforla dispnesi saptanan hastaya çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda minör fissür trasesinde, oldukça düzgün sınırlı sferik kitle saptanması üzerine radyolojik olarak malignite düşünülen olguya bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirilmek üzere tomografi çekildi. BT’ de sağda daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde plevral efüzyon ve sağda minör fissür içerisindeki efüzyonun ankiste formda olduğu saptandı. Hastaya pseudo tümör-fantom tümörü tanısı konuldu.

Sonuç:

Özellikle bizim olgumuzdaki gibi kliniği tipik kalp yetmezliği kliniğine uymayan ve tesadüfen saptanan olgularda invaziv girişimsel yöntemlere gerek kalmadan fantom tümöründen şüphelenilerek uygun tedaviye hızlı bir şekilde başlanabilir.

EP-66

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-67

TÜRKİYE’DE ONKOLOJİ UZMANLARI KEMOTERAPİ MALİYETLERİNİ ÖNEMSIYOR MU?

ALİ ARICAN ¹, ALPER ATA ³, ERDİNÇ NAYIR ¹, HÜSEYİN ABALI ²

¹ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Kansere bağlı ölüm hızlarının azalmasında en önemli nedenlerden biri sürekli gelişen anti-kanser tedavilerdir. Ancak yeni tedaviler beraberinde yüksek tedavi maliyetlerini de getirmektedir. Kanser tedavisini uygulayan ve bu tedaviyi alan kişilerin tedavi maliyetleri hakkındaki farkındalıkları tedavi maliyetlerinin optimizasyonu için gereklidir. Bu çalışma ile ülkemizdeki hekim ve hastaların bu farkındalıklarını sorguladık.

Gereç ve Yöntem:

Tıbbi Onkoloji hekimlerine 12 sorudan oluşan bir anket formu eposta yoluyla ulaştırıldı, yanıtlar sanal ortamda depolandı. Toplam 119 hekimden yanıt alındı.

Bulgular:

Hekimlerin %21’i tedavi önerirken ilaç maliyetlerine daima dikkat ettiğini, %69’u bazen dikkat ettiğini bildirmiştir. Hekimlerimizin %90.5’i tedaviye başlarken hastanın ekonomik koşullarını merak etmektedirler ve ekonomik koşulların tedavi başarısını etkilediğini düşünmektedirler. Tedavi kararı alırken hastanın ekonomik koşullarını gözeten hekimlerin oranı %81.3’ tür. Tedavi maliyetleri hakkında hastaya bilgi veren hekimlerin oranı %9.4’ tür. Hekimlerimize göre bilgi verilen hastaların % 49’ u şaşırdıklarını bildirmişlerdir. Hekimlerimize göre tedavi maliyeti hakkında bilgi sahibi olan hastaların yaklaşık yarısında tedavi uyumları olumlu etkilenmektedir. Hekimlerimizin % 83.6’sı ara sıra da olsa hastaların kendilerinin karşılayacağı ilaçları reçete ettiklerini, bu durumda olumlu hasta tepkileri ile olumsuz hasta tepkilerinin eşit olduğunu (%40,9 ve %39.1) bildirmişlerdir. Maliyeti yüksek ilaçların seçiminde hekimlerimizin en önemsedığı kriter yaşam kalitesi (% 8.6), hastalıksız sağkalım (%7.7) ya da genel yanıt oranı değil (%4.4), genel sağkalım (% 79.3) olarak bildirilmiştir. Hekimlerimizin %68.7’ si maliyet-etkinlik analizinin ne olduğunu bildiklerini ama sadece %6.9’u bu konuda bir çalışmada yer aldığını bildirmişlerdir.

Sonuç:

Tıbbi onkoloji hekimlerinde çeşitli yöntemlerle oluşturulacak tedavi maliyetleri hakkındaki farkındalık, bu tedavilerin efektif kullanımı konusunda fayda sağlayacaktır. Kanser tedavisi ile uğraşan her hekimin kanser ilaçları ile ilgili maliyet çalışmalarına katılmaları teşvik edilmelidir. Ülkemiz gibi sağlık harcamaları büyük hızla artan ülkelerin özellikle kendine özgü maliyet-etkinlik kriterlerine sahip olması ve bu kriterlerin günlük pratiğe sokulması kaynaklarımızın doğru kullanımı açısından önemlidir.

EP-68

TROMBOZ GELİŞEN KANSER HASTALARINDA TROMBOSİT SAYISI, ORTALAMA PLATELET VOLÜMÜ VE PLATİKİRİT DEĞERLERİNDEKİ DEĞİŞİM

HASAN MUTLU ¹, TUNCAY ASLAN ², ABDÜLSAMET ERDEN ², HEDİYE UĞUR ², ZEKİ AKÇA ³

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ

² KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Ortalama platelet volüme trombosit hacminin bir göstergesidir ve ortalama platelet volümü yüksekliğinde tromboza eğilimden bahsedilebilmektedir. Önemli trombotik hastalık gruplarından birisi kanserlerdir. Çalışmamızda tromboz gelişen kanserli hastalarda ortalama platelet volümü değerleri irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilmekte olan kanser hastalarından, tromboemboli gelişen toplam 43 hasta prospektif olarak çalışmaya alındı. Kanser tanı ve tromboz gelişme anındaki ve trombosit, ortalama platelet volümü ve platikrit değerleri kaydedildi. Frekans analizi, crosstabs, paired samples t test uygulandı.

Bulgular:

Yapılan değerlendirmede tromboz anındaki ortalama platelet volümü değerlerinde tanı anındaki değerlere göre anlamlı düşüklük mevcuttu ($p=0.041$). Trombosit sayısı ve platikrit değerlerinde de düşüklük vardı ama bu sonuçlar anlamlı değildi.

Sonuç:

Çalışmamızın sonucuna göre kanser hastalarında, trombozun başlatılmasında trombositlerin rolünün daha az olduğu söylenebilir.

EP-69**MULTİPL PRİMER MALİGN NEOPLAZİLER: CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ VERİLERİ**

NALAN AKGÜL BABACAN¹, SADETTİN KILIÇKAP¹, ŞAFAK ŞAHİN², BİRSEN YÜCEL³, YILLAR OKUR³, EBRU ATASEVER AKKAŞ³, MEHMET FUAT EREN³, TURGUT KAÇAN¹

¹ SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD

³ SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

Amaç:

Aynı kişide, patolojik olarak tanılanmış birden fazla malign tümörün varlığı multipl primer malign neoplazi (MPMN) olarak tanımlanmaktadır. Biz de merkezimizde MPMN tanısı almış hastalarımızın verilerini retrospektif olarak değerlendirmeyi planladık.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007 ile Ocak 2012 tarihleri arasında merkezimize başvuran 3108 hastaya dosyası taranarak MPMN tanılı 38 hastanın demografik verileri, klinik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular:

Beş yıllık hasta verilere göre 3108 kanser tanılı hastanın 38'inde (%1.2) MPMN saptandı. Bunların 21'i (%55.3) kadın, 17'si (%44.7) erkekti. Otuz yedi hastada çift primer 1 hastada 3 primer neoplazi mevcuttu. Hastaların 6'sı (%15.8) senkron, 31'i (%83.8) metakron olarak MPMN tanısı almıştı. İki tanı arası geçen ortalama süre 22.3 aydı (0-372 ay). Tüm hastalar

değerlendirildiğinde en sık 1. kanser jinekolojik tümörler (10 hasta, % 26.3), en sık 2. kanser ise meme ca (7 hasta, % 18.4) idi.

Sonuç:

Amerikan SEER (Surveillance, Epidemiology, and Results) verilerine göre (1973-2003); MPMN hastalarında en sık 1. tümörler meme, prostat ve solunum sistemi-akciğer kanserleridir. Bizde ise ilk sırayı jinekolojik tümörler, meme ve solunum sistemi-akciğer kanserleri almaktadır. Kanser tanısı almış hastalar, olası ikinci kanserler, koruyucu önlemler ve tarama hakkında bilgilendirilmeli ve şüpheli lezyonlarda biyopsiden kaçınılmamalıdır.

EP-70**SOLİD TÜMÖRLÜ FEBRİL NÖTROPENİ OLGULARINDA PROKALSİTONİN VE C-REAKTİF PROTEİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

MURAT ARAZ,

SELÇUK ÜNİV. SELÇUKLU TIP FAK. TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Bu çalışmada, solid tümörü nedeni ile kemoterapi alan ve febril nütropeni gelişen hastalarda prokalsitonin ve C-reaktif protein (CRP) nin diagnostik ve prognostik belirteç olarak karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 32 solid tümörü olan febril nütropenik hasta dahil edilmiştir. Hastalar 3 gruba ayrıldı; klinik olarak tanımlanmış enfeksiyonu olanlar, mikrobiyolojik olarak tanımlanmış enfeksiyonu olanlar ve dökümente edilmiş enfeksiyon bulgusu saptanmayanlar (nedeni bilinmeyen ateş). Tüm hastalarda, febril nütropenik epizodun başlangıcında (bazal) ve ampirik antibiyoterapi başladıktan 48 saat sonra prokalsitonin ve CRP değerleri ölçülerek karşılaştırıldı.

Bulgular:

19(%59) hastada klinik olarak tanımlanmış enfeksiyon ve 6 hastada (%18) mikrobiyolojik olarak tanımlanmış enfeksiyon saptandı. Klinik ya da mikrobiyolojik dökümente edilmiş enfeksiyonu olmayan hasta sayısı 9(%28) idi. Klinik veya mikrobiyolojik olarak dökümente edilmiş enfeksiyonu olan ve olmayan hastaların bazal serum prokalsitonin ($p=0.78$) ve CRP ($p=0.194$) değerlerinde anlamlı fark bulunmadı. Tüm hastaların bazal ve 48. saat prokalsitonin ve CRP değerleri karşılaştırıldığında tedavi ile prokalsitonin değerlerinde anlamlı ($p=0.004$) azalma görüldü. Dökümente edilmiş enfeksiyonu olan hastalarda da yine prokalsitonin değerlerinde tedavi ile anlamlı ($p=0.012$) azalma saptandı. Tersine dökümente edilmiş enfeksiyonu olmayan hastalarda tedavi ile prokalsitonin değerlerinde anlamlı düşüş olmazken ($p=0.078$), CRP değerlerinde ($p=0.025$) anlamlı düşüş tespit edildi.

Sonuç:

Febril nütropeni ile başvuran hastalarda serum CRP ve prokalsitonin değerleri enfeksiyonu olan ve olmayan hastaları ayırt etmek için önemli parametreler olarak bulunmamıştır. Ancak dökümente enfeksiyonu olan hastalarda prokalsitonin

tedaviye yanıtı değerlendirmede önemli bir parametre olarak bulunmuştur.

EP-71

TRANSARTERİYEL KEMOEMBOLİZASYON DENEYİMLERİMİZ

MUZAFFER SEZER, YEŞİM YILDIRIM, İ. NECDET ÜSKENT, HALUK ONAT

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ TIBBİ ONKOLOJİ DEPARTMANI

Amaç:

Transarteriyel kemoembolizasyon (TACE) intraarteriyel kemoterapi ve arteriyel embolizasyonun aynı anda uygulanmasıdır. Bu çalışmada 2006-2011 tarihleri arasında merkezimizde yapılan TACE olguları retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

36 hastaya toplam 54 kez TACE yapılmış olup bunların 14 üne birden fazla TACE yapılmıştır. Ondokuz hasta kadın (%53), 17 hasta erkek (%47) olup ortalama yaş 58 dir. Hastaların 12 si (%33) primer karaciğer kanseri, 9 u (%25) metastatik kolorektal karsinom, 4 ü (%11) kolanjiokarsinom ve geri kalanı metastatik servikal, meme, bronş ve testiküler karsinomdu. Bütün işlemler girişimsel radyologlar tarafından biplane anjiyografi eşliğinde yapıldı. Lokal anestezi ile 5F kılıf common femoral artere yerleştirildikten sonra aortografi, çölyak ve süperior mezenterik arteriografiyi takip ederek 5F cobra veya Sim1 kateter sol veya sağ hepatic artere kılavuz kateter olarak yerleştirildi. Mikrokater kullanarak ilaç yüklü partiküllerle lobar, segmental veya süper selektif kemoembolizasyon gerçekleştirildi. Tümör çapına bağlı olarak 50 mg/2ml doksorubisin (maksimum 150 mg) ve 100 mg/2ml irinotekan (en sık kolorektal metastazlarda ve maksimum 200mg) yüklü 100-300, 300-500, 500-700 micron partiküller kullanıldı. Bütün hastalarda işlem öncesi ve sonrası antibiyotik profilaksisi antiemetik ve ağrı palyasyonu sağlandı.

Bulgular:

TACE uygulanan olgularımızda irinotekan 14 kez (%26), doksorubisin 40 kez (%74) kemoterapötik ajan olarak kullanıldı. Olgularımızın hiçbirinde kontrol edilebilir ateş ve ağrı dışında ciddi komplikasyon görülmedi.

Sonuç:

Günümüzde TACE karaciğerin primer ve sekonder kanserlerinin tedavisinde cerrahi rezeksiyona alternatif bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.

EP-72

OTOİMMUN HASTALIKLARDA LENFOMA: 9 OLGU

SEMRA PAYDAŞ

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Otoimmün hastalığı olan kişilerde lenfoproliferatif hastalık olasılığının arttığı bilinmektedir. Burada, otoimmün hastalık öyküsü olan ve daha sonra lenfoma gelişen 9 olgu sunulmuş ve t mevcut bilgiler gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Lenfoma tanısı ile başvuran olgulardan otoimmün hastalık öyküsü olan olgular geriye dönük olarak gözden geçirilerek sunulmuştur.

Bulgular:

Olguların 3'ü erkek 6'sı kadın idi. Otoimmün hastalık başlama yaşı 18-49 arasında değişmekte iken lenfoma tanısı yaşı 28 ile 62 arasında değişmekte idi. Olguların 3'ünde romatoid artrit, 2'sinde Behçet hastalığı, 2'sinde Sjogren sendromu varken 1'er olguda anti-foslipid sendromu ve romatoid artrit-polimiyozit overlap sendromu mevcuttu. En fazla kullanılan ilaç prednizon ve metotreksat iken Behçet olgularında yalnızca lokal tedavi öyküsü vardı. Olgulardan anti-fosfolipid sendromu olan olguda Anjiyoimmunoblastik T hücreli lenfoma gelişti, geri kalan 8 olguda gelişen lenfoma B hücre kökenliydi. Bu olgulardan 5'inde diffüz büyük B hücreli lenfoma, 2 olguda marjinal zon lenfoma ve 1 olguda foliküler lenfoma vardı. Lenfoma tipi ve evresine uygun tedavi verilen olgularda tam remisyona sağlandı. Bir olgu relaps ile kaybedildi, 1 olgu lokal relaps ile, 7 olgu remisyonda izlenmektedir.

Sonuç:

Otoimmün hastalık nedeniyle izlenen hastalarda ortaya çıkan lenfomalar ağırlıklı olarak B hücre kökenli olup en fazla romatoid artrit öyküsü olanlarda ve metotreksat tedavisi uygulanan hastalarda saptanmıştır. B hücre kökenli lenfomalarda tedavide kullanılan rituximab'ın otoimmün hastalık tedavisinde de etkili olduğu dikkate alınacak olursa 2 hastalık için de avantaj sağlanabileceği düşünülse de bu olgularda PML riski de dikkate alınmalıdır.

EP-73

ONKOLOJİ KLİNİĞİNİNE BAŞVURAN HASTALARDA STRES DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET TANER SÜMBÜL, HÜSEYİN ABALI, UMUT DİŞEL, AYBERK BEŞEN, AHMET SEZER, FATİH KÖSE, HÜSEYİN MERTSOYLU, SADIK MUALLAOĞLU, ÖZGÜR ÖZYILKAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

21 yy en önemli problemlerinde birisi olan stres kanserle hem etyolojik olarak hemde sonlanım yönünden ilişkilidir. Bizde çalışmamızda onkoloji polikliniğimize başvuran hastalarda stres seviyesini ölçerek hastalık durumu ve sosyal faktörlerle ilişkisine baktık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza kliniğimizde takip edilen 653 hasta dahil edildi.

Bulgular:

Hastaların 209'u (%32) adjuvan, 321'i (%49.2) palyatif KT almaktaydı. 123 hastada (%18.8) tedavisini tamamlamış kontrollere gelen hastaydı. Hastaların 48' de (%7.4) sosyal destek zayıf, 272'sinde (%41.7) orta ve 237'sinde (%36.3) iyiydi. 134 hasta (%20.5) hiç okula gitmemiş, 285'i (%43.6) ilkokul,

174'ü (%26.6) orta-lise ve 58'i (%8.9) üniversite mezunuydu. Stres skalasını kullanarak (0: stres yok, 10: yüksek stres) tüm hastaların stres durumları ölçüldü. Stres puanının ortancası 4 olarak saptandı. Adjuvan, palyatif ve kontrol grubunda olan hastaların stres ortancaları sırasıyla 5 (4,4-4,9 95% GA), 5 (4,3-4,9 95% GA) and 3(2,6-3,4 95% GA) olarak bulundu. Eğitim durumu ve sosyal destekle, adjuvan ile palyatif kemoterapi alan kollar arasında stres seviyesi yönünden ilişki saptamazken aktif kemoterapi almayan kontrollere gelen grupta stres seviyesi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptandı (p:0.0001).

Sonuç:

Bulgularımızla onkoloji kliniğine başvuran tüm hastalarda stres olduğunu ancak bu durumun eğitim ve sosyal destek durumuyla ilişkili olmadığını ancak stres seviyesinin aktif kemoterapi alan hastalarda daha yüksek olduğunu gösterdik.

EP-74

KAPESİTABİN İLİŞKİLİ CİDDİ HİPERTRİGLİSERİDEMİ; İKİ OLGU SUNUMU

BERNA BOZKURT DUMAN¹, SEMRA PAYDAŞ², MERAL GÜNALDI², ÇİĞDEM USUL AFŞAR², VEHBİ ERÇOLAK², TAMER TETİKER³, MERVE ŞİMŞEK DİLLİ⁴, VEYSEL HAKSÖYLER⁴

¹ ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ B.D.

³ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ENDOKRİNOLOJİ B.D.

⁴ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.B.D

Amaç:

GİRİŞ: Kapesitabin meme kanseri ve kolon kanserinde sıklıkla kullanılan bir oral flupirimidindir. Kapesitabinle ilişkili olarak sıklıkla gözlenen yan etkiler gastrointestinal hematolojik yan etkiler ve palmoplantar dizestezi'dir. Burada kapesitabini yan etkisi olarak ciddi hipertrigliseridemi 2 olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

OLGU-1: 47 yaşında metastatik meme karsinomu tanılı hasta;kapesitabin 2500mg/m² iki dozda 2 hafta sürekli, 3 haftada bir uygulandı. Bazal lipid profili ve trigliserid düzeyi normal sınırlarda idi. Takiplerinde 5 siklus kapesitabin tedavisi sonrası; trigliserid düzeyi 9050 olarak ve kontrolünde 9063 olarak saptandı. Kapesitabin kesildi; hastaneye yatırılan olguya lipid aferezi uygulandı. Lipid aferezini takiben lipid düşürücü tedavi ve diyet uygulandı. Tedavinin 14. gününde trigliserid düzeyi normale döndü. Normal lipid düzeyleri ile hastanın takibi sürmektedir.

OLG-2: 48 yaşında metastatik meme karsinomu tanılı hasta; kapesitabin 2500mg/m² iki dozda 2 hafta sürekli, 3 haftada bir uygulandı. .Bazal trigliserid düzeyi 200-220mg/dl idi. Takiplerinde 8 siklus kapesitabin tedavisi sonrası; trigliserid düzeyi 657 oldu. Kapesitabin kesildi; Hastaya lipid düşürücü tedavi ve diyet başlandı. Kontrolü planlanan hastanın takibi sürmektedir.

Tartışma:

Hipertrigliseridemi, burada sunulan 2 olguda olduğu gibi kapesitabinin önemli ancak sık saptanmasa da ciddi yan etkilerinden biridir. Kapesitabin ilişkili hipertrigliserideminin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hipertrigliserideminin, olgularımızda olduğu gibi geç başlaması; kapesitabinin trigliserid metabolizması ile ilgili enzimleri (lipoprotein lipaz, hepatik lipoprotein lipaz apoprotein CII gibi apoproteinler) etkilemesi ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir.

Sonuç:

Lipid profili kanser hastalarında rutin pratikte çok kullanılmamaktadır. Bu iki olgu dolayısıyla anormal lipid profilinin bilinen kardiyovasküler yan etkileri yanı sıra ciddi akut pankreatit gibi durumlara yol açabilmesi nedeniyle özelliklede trigliserid düzeylerinin kapesitabin kullanan hastalarda takibinin yapılması gereklidir.

EP-75

KANSERLİ HASTALARDA GİZLİ HEPATİT B ENFEKSİYONUNUN ÖNEMİ VAR MI?

VOLKAN ERDOĞAN¹, ATIFET YASEMİN ÖZTOP¹, SAADETİN KILIÇKAP², TUNÇ GÜLER³

¹ C.Ü. TIBBİ MİKROBİYOLOJİ ABD

² C.Ü. TIBBİ ONKOLOJİ ABD

³ SÜ MERAM TF TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

HBsAg'nin negatif olduğu durumlarda, HBV DNA varlığı gizli hepatit B olarak bilinmektedir. Immünsüpresif hastalarda HBV reaktivasyonuna neden olması gizli HBV enfeksiyonunun önemini artırmaktadır

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada akciğer, meme ve gastrointestinal sistem kanserli hastalarda tedavi öncesi alınan kan örneklerinde Hepatit markırları, KCFT bakıldı ve gizli HBV varlığı real-time PCR ile araştırıldı.

Bulgular:

Çalışmaya HBsAg negatif 180 kanserli hasta (60 GIS, 60 akciğer ve 60 meme kanseri) ve 60 sağlıklı birey alındı. Toplam 240 bireyden alınan serumda gizli HBV sağlıklı bireylere oranla kanserli hastalarda daha yüksek oranda izlendi (p<0,001). Kanserli hastalarda HBV DNA pozitifliği %18, sağlıklı bireylerde %2 idi. En yüksek gizli HBV GIS kanserlilerde görüldü (%22). Akciğer ve meme kanserlerinde bu oran sırasıyla %18 ve %13 idi. Kanser türüne göre gruplar arasında bir fark bulunamadı (p=0,09). Gizli HBV enfeksiyonu her iki cinsiyette de benzer oranlardaydı (p=0,809). Bazal KCFT'leri, serum antiHBs ve antiHBc gizli HBV enfeksiyonu olan ve olmayan gruplarda benzerdi (p>0.05). Gizli Hepatit B enfeksiyonlu hastaların %47'si 10¹ IU/ml'den az, %28'i 10¹ IU/ml ile 10² IU/ml arasında, %9'u 10² IU/ml ile 10³ IU/ml arasında, %12'si 10³ IU/ml ile 10⁴ IU/ml arasında ve %3'ü 10⁴ IU/ml'den yüksek HBV DNA bulundu.

Sonuç:

Kanserli hastalarda gizli HBV enfeksiyonu sağlıklı bireylere göre daha yüksek orandadır. Kemoterapi verilen hastalarda gizli

HBV enfeksiyonu varlığının bilinmesi reaktivasyonu önlemede yararlı olabilir.

EP-76

MALİGNİTEYE BAĞLI ASİTLİ HASTALARDA MELD-NA SKORUNUN GENEL SAĞKALIMA ETKİSİ

HÜSEYİN ENGİN¹, CEMİL BİLİR¹, YÜCEL ÜSTÜNDAĞ²

¹ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ B.D

²ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.D

Amaç:

Asit birçok kanser hastasında son dönem bulgusu olarak ortaya çıkmaktadır ancak malign asitli hastalarda sürviye ilişkin faktörler yeterince çalışılmamıştır. Bizde çalışmamızda KCS li hastalarda kullanılan MELD-Na skorlamasını maligniteye bağlı asitli hastalarda araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

2004-2011 yılları arasında üniversitemiz Onkoloji kliniğinde takip ve tedavi edilen toplam 82 pankreatik ve mide kanserli hasta çalışmaya alındı.

Bulgular:

Çalışma grubunda ortalama yaş 59(±12) du. 59 mide kanseri, 23 hastada ise pankreas kanseri mevcuttu. Genel sağkalım (OS) mide kanserinde 16.8 (IR 1-98) ay, pankreas kanserinde 16.3 (0.5-81) aydı ve 2 grup arasında fark yoktu. Progresyonsuz sağkalım ise mide kanserinde anlamlı olarak uzundu (16.5 aya karşın 6.5 ayd, P:0.04). MELD-Na skoru mide kanserli hastalarda 22, pankreas kanserlilerde ise 19.5'du. Multiple regresyon analizinde OS ile 2 bağımsız risk faktörü anlamlı olarak bulundu. Bunlar PFS ve MELD-Na skoruydu, R² %82, regresyon eşitliği Overall Survival =17,4 - 0,522 MELD-Na + 0,902 PFS olarak bulundu.

Sonuç:

MELD-Na skoru serum kreatinin, INR ve bilirubin düzeylerine sodyum düzeyi de ilave edilerek bulunmuş bir skorlamadır. Son dönem kanser hastalarında gerek akut böbrek yetmezliği gerekse çeşitli sebeplere dayalı olarak azalan karaciğer rezervi ve INR veya bilirubin artışı, elektrolit bozukluklarından özellikle hiponatremi KCS li hastalara benzer olarak bizim hasta grubumuzda da terminal dönemde görülmektedir. Bu nedenle sonuçlarımız MELD-Na skorlaması asit gelişmiş kanser hastalarında da sağkalımı tahmin etmede kullanılabilecek bir skorlama olarak araştırılmalıdır.

EP-77

ETKİLEŞİMLİ PORTABLE DOCUMENT FILE (PDF) DOSYALARININ ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE HASTA VE TEDAVİ KAYITLARINDA KULLANIMI

CÜNEYT EBRULİ¹, FERHAT EYİLER²

¹KOCAELİ DEVLET HASTANESİ

²AYDIN ATATÜRK DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Onkoloji kliniklerinde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda kayıt, dökümantasyon ve arşiv amaçlı harcanan zamanın azaltılması.

Gereç ve Yöntem:



Masaüstü ve/veya dizüstübilgisayarlara kurulan adobe acrobat professional v.9 yazılımı ile klinik dosya girişi ve takibi formu, reçete formu, laboratuvar istek formu, radyoloji istek formu, radyoterapi takip formu, kemoterapi order formu, konsültasyon formu, epikriz formu ile yatan hasta formları; etkileşimli pdf formları halinde hazırlandı. hazırlanan formlar hastanın kliniğe başvurusundan başlayarak, tüm tedavi ve tedavi sonrası süreci kaydetmek amacıyla kullanıldı. ayrıca kodak i40 döküman tarayıcısı ile diğer klinik ve hastanelerden refere edilen hastaların patoloji raporu, radyoloji raporları vb. belgeler taranarak,bilgisayar ortamında hasta adına açılan dosyalara (e-dosya) kaydedildi.

Bulgular:



Hasta ve tedaviye ait bilgilerin etkileşimli pdf formatında hazırlanıp, kullanıma sunulması ile klasik hasta dosyası formatından vazgeçilerek; hasta ve tedaviye ait tüm süreç bilgilerinin dijital ortamda saklandığı, elektronik hasta dosyasına (e-dosya) geçilmiş oldu. dijital dosyalama sayesinde, klasik dosyalamanın getirdiği dosyadaki bilgilerin eksik olması, bilgilerin okunamaması ve arşivde dosyanın bulunamaması gibi, takibi zorlaştıran sorunların ortadan kaybolduğu gözlemlendi. klinik araştırmalar için kliniklerde yapılan "dosya dökümü" adı verilen ve klinisyenlerin günlerini, hatta aylarını alan arşiv taramalarının; klinisyen tarafından dijital ortamda birkaç saat içinde tamamlanabildiği görüldü. etkileşimli pdf dosyalarına "e-imza" uygulaması da dahil edilerek, kayıtların hukuksal açıdan da geçerli bir duruma gelmesi sağlandı. kodak i40 döküman tarayıcısının 25 sayfa/dakika hızında çalışmasıyla da, hasta dosyası hazırlama işinin dakikalara indiği gözlemlendi.

Sonuç:



Adobe professional programı aracılığıyla pdf dosyalarında görüntüleme, arama ve yazdırma yapılabilmesi; herhangi bir belgeden pdf belgeleri oluşturabilmesi; optik karakter tanıma (ocr) özelliği sayesinde kağıt belgeleri pdf'ye tarama ve metni otomatik olarak tanınması; dosyalara erişimi sınırlamak veya yazdırmayı, kopyalamayı ya da içeriği değiştirmeyi sınırlamak için pdf belgelerine şifre ve izinler uygulaması gibi nedenlerle, etkileşimli pdf dosyalarının tıbbi kayıtlarda kullanımı, klinisyenlerin zaman kaybını, kliniklerin işgücü kaybını azaltmaktadır.

EP-78

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-79

KOLOREKTAL KANSERLERDE SEKONDER MALİGNİTELER

DİLEK ERDEM, İDRİS YÜCEL, BAHİDDİN YILMAZ, GÜZİN DEMİRAĞ, YASEMİN KEMAL, FATİH TEKER

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Kanserde sağkalım uzadıkça ikincil maligniteler sık görülmektedir. Bu çalışmanın amacı; en sık tanı konan kanserlerden biri olan kolorektal kanserde ikincil kanserlerin özelliklerini anlamak ve etkin takip programı geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem:

06/2000 -09/2011 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 412 kolorektal kanser hastası retrospektif olarak ikincil kanserler açısından incelendi. Bu hastalarda; yaş, aile öyküsü, sekonder malignite varlığı, malignitelerin öncelik sırası, başka bir kanser varlığı, kolon kanseri yerleşim yeri, evresi ve tedavi şekli, diğer kanserin yeri ve tedavi şekli ile iki kanser arası interval, her iki kanserde metastaz durumu ve overall survival incelendi. Veriler SPSS-16 ile değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 26'sında sekonder malignite görüldü (% 7.4). Toplam 12 çeşit sekonder malignite vardı. Kadın/Erkek oranı; n= 12/14 ve yaş ortalaması; 62±12 idi. Hastaların % 23.1'inde aile öyküsü vardı. Hastaların yalnızca 7'sinde (% 26.9) kitle rektumda idi. Kolorektal kanser, en sık mide kanseri ile birlikte görüldü (n=5, % 19.2), en az beraber olduğu kanserler ise GBM, HCC, akciğer, endometrium ve rektumdu (1'er hasta; % 3.8 her biri için). 12 kadında en sık mide (n=3) ve meme (n=3) kanseri görüldü. 14 erkek hastada ise; en sık prostat (n=4) kanseri görüldü. 3 hastada senkron, 23 hastada metakron kanser vardı. Yalnızca 7 hastada (% 26.9) kolorektal kanser önce görüldü. Bu hastalarda kolorektal kanser-ikincil kanser intervali 1-49 ay; ortalama 23.8 ay idi. Bu hastalarda ortalama takip süresi 57 ay ve yaş ortalaması 55.5 yıl idi. Kolorektal kanserin sonradan görüldüğü

hastalarda ise 1-300 ay, ortalama 58 ay interval vardı. Bu hastalarda en uzun intervali olan 4 hastanın (sırasıyla; 264 ay, 120 ay, 120 ay ve 300 ay) 2'sinde meme kanseri sonrası kolorektal kanser görülmüştü. Tanıda kolorektal kanser en sık evre II (% 46.2) ve en az evre I'de (%11.5) görülürken, ikinci kanser tanıda % 57.7 (n=15) oranında evre I idi. Kolorektal kanserde takiplerde 18 vakada (% 69.2) hasta tümörsüzken, ikinci kanserde hastaların % 84.6'sı tümörsüzdü. Hastaların takip süresi ortalama 80 aydı. Hiçbir hastada başka bir kanser görülmüdü. 14 hasta (% 53.8) metastatikti ve bunların % 71.4'ü (n=10) kolorektal kansere sekonder gelişmişti. 5 hasta (% 19.2) öldü. Ölen hastaların 2'sinde hastalık progresse olurken, 3'ü kanser dışı nedenlerden kaybedildi.

Sonuç:

Kolorektal kanser olan bir hastada; paylaşılmış risk faktörleri nedeniyle ikincil kanser geliştirme riski yüksektir. Beslenme, genetik yatkınlık, ilk kanserin tedavisi, yakın takip ve immün yetersizlik ikincil kanser görülmesini etkileyen faktörlerdir. Özellikle kolorektal kanser sonrası ikincil kanser görülen hastalarda kolon kanseri tanısı esnasındaki yaş ve takip süresi önem kazanır. Hastalarda birinci kanser sonrası düzenli aralıklarla takip bu hastalarda yeni kanser teşhislerini artırabilir.

Yorum: Klinisyenler, kolorektal kanser hastalarının takibinde dikkatli olmalı ve hastaları da sekonder kanser açısından yüksek risk konusunda bilgilendirmelidir. Hastalar, ilk 0-3 yılda, özellikle de ilk 24 ay içinde kolorektal dışı kanserler için taranmalıdır.

EP-80

KEMOTERAPİ VEREN HEKİMLER HEPATİT B REAKTİVASYONUNUN FARKINDA MI?

KAMURAN TÜRKER ¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU ², ELÇİN BALCI ³, ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK ², MEDİNE HAŞÇUHADAR ⁴

¹ İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI BÖLÜMÜ, İSTANBUL

² ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

³ KAYSERİ ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI, KAYSERİ

⁴ ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç:

Kemoterapi ya da immunosupresyon altında Hepatit B enfeksiyonunun reaktivasyonu %20-80 arasındadır. Bu reaktivasyonun mortalitesi %60'lara kadar yükselebilir. Bununla beraber bir çok onkolog ve kemoterapi uygulayan hekim bu komplikasyonu tecrübe etmemiştir. Amacımız günlük pratikte kemoterapi uygulayan hekimler arasında bu reaktivasyon riskinin farkındalığı ve ne oranda Hepatit B enfeksiyonuna güncel öneriler doğrultusunda yaklaşıldığını saptamak.

Gereç ve Yöntem:

Ankara'da kemoterapi veren hekimler arasında –onkolog, hematolog, genel cerrahi vb bir anket çalışması yapmak.

Bulgular:

83 katılımcıya 18 soru soruldu. Katılımcıların %41'i Medikal Onkolog, %41'i Genel Cerrah, %4,8'i Hematolog, %13,2'si

diğer branşlardan hekimlerdi. Katılımcıların %90'dan fazlası Hepatit B enfeksiyonunun önemli olduğunu düşünmesine rağmen ancak %59'u her zaman, %18,1'i de bazı durumlarda kemoterapi vermeden önce Hepatit B enfeksiyonu yönünden araştırıyordu. Neredeyse %80 katılımcı reaktivasyondan haberdardı ancak %41'i vaka ile tecrübe etmişti. Katılımcıların %60,2'si profilaksi verilmesi gerektiğini düşünüyordu ancak %44,6'sı profilaksi vermişti. Yaklaşık % 60'ı tüm hastaları tararken, %19,3'ü ancak bazı risk faktörleri varlığında tarıyordu, %71'i asemptomatik taşıyıcılıkta profilaksinin uygun olduğunu düşünüyordu. Profilakside kullanılan ajan yaklaşık %90 tek başına lamivudin iken %10 ek diğer antivirallerde lamivudinle beraber kullanılmıştı. Katılımcıların çoğu Hepatit B enfeksiyonu takibini bir Gastroenterolog ya da Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı ile birlikte yapmak istiyorlardı.

Sonuç:

Tüm dünyada yaklaşık 2 milyar insan Hepatit B virüsü ile enfekte olmuş ve bunun yaklaşık 350 milyonu kronik hepatit B taşıyıcısı olduğu tahmin ediliyor. Her yıl yaklaşık bir milyon ölüm Hepatit B enfeksiyonuna bağlı siroz ve karaciğer kanseri nedeniyle meydana gelmekte. Türkiye'de hepatit B taşıyıcılığı %4, hepatit B ile enfekte olma oranı %32'dir. Ve dünyada her yıl artan oranları ile her üç kişiden birinin yaşam boyu bir kansere yakalanma olasılığı tahmin ediliyor. Bizim gibi hepatit B ile enfekte olan ülkelerde kemoterapi alan hastalarda hepatit B reaktivasyonu sık karşılaşılabilecek bir problem olabileceği için tüm kemoterapi veren hekimlerin bu konuda uyanık ve konu ile ilgili branştan hekimlerle işbirliği içinde olması gerektiğine inanıyoruz.

EP-81

PET-BT'DE SUVMAX DEĞERİ SERUM CEA İLE İLİŞKİLİ Mİ?

SAADETİN KILIÇKAP¹, AHMET KERİM TÜRESİN², TUNÇ GÜLER³, DİDEM TAŞTEKİN³, TURGUT KAÇAN¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² DAHİLİYE

³ SELÇUK ÜMTF

Amaç:

Kanserli hastalarda PET-BT SUVmax değerinin CEA ve hastalık yaygınlığı ile olan ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

PET-BT çekilen hastalarda en yüksek ve total SUVmax değeri ile aynı dönemde bakılan serum CEA düzeyi ve metastaz sayısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi için hasta raporları incelendi.

Bulgular:

Çalışmada 22'si (43) kadın, 29'u (%57) erkek toplam 51 hastaya ait veriler analiz edildi. Ortanca yaş 57 (24-77 yaş) ve ortalanca metastatik odak sayısı 3 (1-9) idi. En sık izlenen primer tümörler sırasıyla akciğer (%29), Kolorektal (%22) ve meme kanseri (%14) idi. En sık görülen metastaz yeri akciğer (%53) ve karaciğer (%28) idi. Ortanca CEA düzeyi 3 (0,6 – 706), ortalanca SUVmax 8,9 (1-27,9) ve ortalanca total SUVmax 20 (1-100) idi. Korelasyon analizinde serum CEA ile metastaz sayısı, en yüksek ve total SUVmax değerleri arasında bir korelasyon olmadığı

görüldü. Metastaz sayısı ile total SUVmax değeri pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0.71$ ve $p<0.001$).

Sonuç:

Metastatik kanser olgularında yüksek CEA değeri izlenmekle birlikte bu değer SUVmax değeri ile korelasyon göstermemektedir. Ancak metastaz sayısı total SUVmax değeri ile ilişkilidir. Çalışmanın daha geniş ve homojen hasta grubu ile yenilenmesi yararlı olabilir.

EP-82

KANSER HASTALARINDA TANI ANINDAKİ YAŞAM KALİTESİ GENEL SAĞKALIMI ETKİLİYOR MU?

SAADETİN KILIÇKAP¹, MUTLU HAYRAN², DENİZ YÜCE², MUSTAFA ERMAN², İSMAİL ÇELİK²

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ PREVANTİF ONKOLOJİ

Amaç:

Kanser hastalarında yaşam kalitesi (YK) tanı anından son döneme kadar değişebilmektedir. Bu çalışmada tanı anındaki düşük yaşam kalitesi skorunun (DYKS) sağkalım üzerine olan etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Yeni tanı almış hastalarda YK, tanı sonrası ilk 2 ay içerisinde EORTC YK ölçeği ile değerlendirildi. Sağkalım analizi, resmi nüfus kayıtları incelenerek belirlendi.

Bulgular:

457 hastanın verileri analiz edildi. Yaş ortalaması 53,6±15,6 olan hastaların %59'u erkek idi. En sık izlenen tanımlar sırasıyla akciğer (%19), hematolojik (%14) ve kolorektal (%10,5) kanserdi. Yüzde 51 evre 4 idi. Hastaların %60'ı ECOG PS "0" idi. Yüzde 68 olgu aktif tedavi almaktaydı. Hastaların %87'si kemoterapi almakta ve %29'u yatarak tedavi edilmekteydi. Yüzde 26 olguda komorbid hastalık bulunmaktaydı.

İleri evre, düşük hemoglobin ve albumin düzeyi, ECOG PS≥1 olması, yatarak tedavi edilme, komorbid hastalık ve uzak metastaz DYKS ile ilişkiliydi.

Ortanca izlem süresinin 25 ay (1-60) idi. Tanı anında DYKS skoru olan hastalarda genel sağkalım anlamlı derecede daha düşük bulundu (ortalanca 10 vs 40 ay; $p<0,001$). 3-yıllık sağkalım oranları DYKS olan bireylerde daha düşüktü (%27 vs %52). Çok değişkenli analizde evre ($p<0,001$), hipoalbuminemi ($p<0,001$), ECOG performans skoru ($p<0,001$) ve DYKS ($p=0,022$) sağkalımı etkileyen bağımsız değişkenlerdi.

Sonuç:

Tanı anında DYKS, sağkalımı etkileyen bağımsız bir değişkendir. Yeni tanı almış her hastada YK ölçeğinin uygulaması yararlı olabilir.

EP-83**SOMATOSTATİN ANALOĞU VE STEROİD TEDAVİSİYLE
SEMPTOMU DÜZELEN BİR METASTATİK İNSÜLİNOMA VAKASI**

MURAT AKYOL , AHMET DİRİCAN , LÜTFİYE DEMİR , ALPER
CAN , VEDAT BAYOĞLU , YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK , ÇİĞDEM
ERTEN , MUSTAFA OKTAY TARHAN

*İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ
ONKOLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:

Pankreas nöroendokrin karsinomları tüm pankreas tümörlerinin %10'unu oluşturmaktadır. Fonksiyonel pankreas nöroendokrin tümörlerinin %70'i ise insülinomalardır. İnsülinomaların ise yalnızca %10'u maligndir. Bu olgu sunumunda karaciğerde multipl metastatik lezyonu olan, semptomatik hipoglisemilerle seyreden bir insülinoma vakası sunuldu.

Bulgular:

Karın ağrısı şikayetiyle başvuran 57 yaşında kadın hastanın üst abdomen tomografisinde pankreas kuyrukta 23 mm hipodens solid kitle, karaciğerde multipl metastaz saptandı. Açlıkta ortaya çıkan, yemekle düzelen halsizlik ve ellerde titreme yakınması da olan hastanın Glukoz:33mg/dl İnsülin:29.2uIU/ml, C-peptit:4.5ng/ml saptandı. Uzun süreli açlık testinde 16. saatte hipoglisemi ve eş zamanlı insülin düzeyi > 50uIU/ml saptandı. Glukagon uyarısı ile normoglisemi sağlanan hastada insülinoma tanısı kondu. Oktreotid sintigrafisinde pankreas kuyruğunda ve karaciğerde metastazla uyumlu tutulum izlendi. Endoskopik ultrasonografi ile alınan pankreas iğne biopsisi sinaptofizin+, kromogranin+, CD56+, Ki67 proliferasyon indeksi %1 olan nöroendokrin karsinoma, karaciğer biyopsisi nöroendokrin karsinom metastazı olarak saptanan hastaya Cisplatin+Etoposide kombinasyon kemoterapisi verildi. Bu arada hipoglisemi semptomları için steroid ve kalsiyum kanal blokleri tedavisi düzenlendi. İkinci ayda yapılan görüntülemelerinde stabil hastalık saptanan hastanın 6. kürden sonra hipoglisemi semptomlarının devam etmesi üzerine somatostatin analogu (3x0.1 mg, 14 gün süreyle, SC) tedaviye eklendi. Ancak kombinasyon tedavisi altında grade IV nötropeni olması nedeniyle tedaviye tek ajan uzun etkili somatostatin analogu (20 mg, 28 günde bir SC) olarak devam edildi. Sandostatin+steroid tedavisi altında hipoglisemi semptomları düzelen hasta bu tedavinin 2. ayında sorunsuz takip edilmektedir.

Sonuç:

Metastatik insülinomalarda hipoglisemi ve hiperinsülinemi yönetimi zordur. Hipoglisemi yönetimi ve tümörün boyutlarını küçültmeye yönelik olarak çeşitli tedaviler kullanılmaktadır. Bu vakada bu amaçla sistemik kemoterapi, steroid ve somatostatin analogları birlikte kullanılmıştır.

EP-84**HBSAG (+) OLAN MALİGNİTELİ HASTALARDA KEMOTERAPİ
BOYUNCA PROFİLAKTİK LAMUVİDİN KULLANIMININ
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATİH İNCİ

SELÇUK ÜNİV. SELÇUKLU TIP FAK. TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Maligniteli hastalarda kemoterapiye bağlı hepatit B reaktivasyonu morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Bu çalışmada, retrospektif olarak, kemoterapi başlanan hastalarda Hbs Ag seropozitif insidansını ve bu hastalarda profilaktik lamuvidin kullanımının etkinliğini değerlendirmeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2010-Kasım 2011 tarihleri arasında başvurmış 950 hastanın kayıtları incelendi ve kemoterapi planlanmış 536 hastanın viral markırları dökümente edildi. Hbs Ag (+) saptananlara kemoterapi verilmeden 7-10 gün önce profilaktik lamuvidin 100 mg başlandı ve kemoterapinin bitiminden sonra 3 ay devam edildi. Herhangi bir nedenle akut ve/veya kronik hepatite bağlı karaciğer fonksiyon testleri yüksek olan ve hepatoselüler karsinomu olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:

Kemoterapi başlanan 536 hastanın 26' sında (%4.85) Hbs Ag (+) tespit edildi. Hbs Ag (+) hastaların 23'ünde (%94.2) solid tümör, 3'ünde (% 5.78) hematolojik malignite mevcuttu. Lamuvidin profilaksisi başlanan 26 hastanın hiçbirinde kemoterapi süresince akut alevlenme saptanmadı. Sadece hematolojik malignitesi olan bir hastada kemoterapi tamamlandıktan yaklaşık 5 ay sonra akut alevlenme tespit edildi.

Sonuç:

Çalışmamızda Hbs Ag seropozitiflik oranı %5 civarında olup Türkiye'deki seroprevalans ile benzerdir. Hbs Ag (+) olup kemoterapi planlanan hastalarda tedavi süresince lamuvidin profilaksisi, tedaviye bağlı oluşabilecek akut hepatit B reaktivasyonunu büyük oranda önleyebilir.

EP-85**SERUM D-DİMER DÜZEYİ KEMOTERAPİ İLE İLİŞKİLİ KEMİK
İLİĞİ TOKSİSİTESİNİ PREDİKTE EDER Mİ?**

ÖZGÜR TANRIVERDİ

*S.B. MUĞLA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, MUĞLA*

Amaç:

Kanserli hastalarda hemostatik aktivasyon bilinen bir durumdur ve serum D-dimer düzeyi bu durumu gösteren iyi bir belirteçtir. Serum D-dimer düzeyinin kanserli hastalarda kemoterapi yanıtı ve prognoz üzerine olan prediktif değeriyle ilgili yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada serum D-dimer düzeyinin kemoterapi ile ilişkili kemik iliği toksisitesinin prediksyonundaki yeri ve değeri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma, 2006-2012 yılları arasında kolon kanseri tanısı ile opere edilen ve herhangi bir nedenle ilk kemoterapi seansı öncesi serum D-dimer düzeyi bilgilerine ulaşılan Evre III toplam 38 hastanın verileri retrospektif incelenerek yapılmıştır. Neoadjuvan kemo/radyoterapi uygulanan, senkron akciğer, karaciğer ve peritoneal metastazı olanlar, kronik böbrek yetersizliği,

inflamatuvar barsak hastalığı, hematolojik malignensi, kronik ITP veya dissemine intravasküler koagülasyon, kronik enfeksiyon hastalığı ve romatizmal hastalığı olanlar ile metokron/senkron multipl primer kanserli hastalar çalışma dışı bırakıldı. İlk kemoterapi seansı öncesi bakılan serum D-dimer düzeyinin sonraki kürlerde kemik iliği toksisitesini göstermedeki prediktif değerine ilişkin duyarlılık, özgüllük ve doğruluk oranları belirlenmiştir.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 48 ± 19 (yıl), erkek/kadın oranı 24/14 idi. Kemoterapi öncesi serum D-dimer düzeyinin cut-off değeri 428 mcg/ml olarak belirlendi. Hastaların adjuvant tedavileri sırasıyla FUFA- MAYO rejimi (n=2), FUFA-De Gramount rejimi (n=3), FOLFOX4 (n=22), mFOLFOX6 (n=11) idi. Tüm adjuvant tedavi boyunca toplam 16 hastada en az bir hücreyi ilgilendiren kemik iliği toksisitesi (WHO sınıflamasına göre) geliştiği saptandı. Grade 1 anemi (n=7), grade 2 anemi (n=3), grade 3 anemi (n=1); grade 1 nötropeni (n=3), grade 2 nötropeni (n=3), grade 3 nötropeni (n=2) ve grade 1 trombositopeni (n=8), grade 2 trombositopeni (n=2), grade 3 trombositopeni (n=1) idi. Kemoterapi öncesi serum D-dimer düzeyi 428 mcg/ml üzerinde olan hastalarda grade 2 ve grade 3 trombositopeni görülme oranı anlamlı olarak yüksekti ($p=0.0034$). Buna karşın anemi ve nötropeni derecesi ile serum D-dimer yüksekliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla; $p=0.148$, $p=0.205$). Kemoterapi öncesi bakılan serum D-dimer düzeyinin 428 mcg/ml üzerindeki değerlerde olmasının grade 2 ve grade 3 trombositopeniyi göstermedeki doğruluk, duyarlılık ve özgüllük oranları sırasıyla %84, %88 ve %86 iken; bu oranlar grade 2 ve grade 3 anemi için sırasıyla %51, %58 ve %62; grade 2 ve 3 nötropeni için ise sırasıyla %67, %64 ve %66 olarak saptandı. Serum D-dimer düzeyindeki yükseklik ile vücut yüzey alanı, kilo, nod sayısı, tümör büyüklüğü, lenfovasküler invazyon arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlendi (her biri için $p<0.05$). Grade 2 ve 3 trombositopeni ile serum D-dimer düzeyi arasındaki ilişkinin diğer çalışma değişkenlerinden bağımsız olduğu saptandı.

Sonuç:

Kemoterapi öncesi bakılan serum D-dimer düzeyinin özellikle kemoterapi ile ilişkili trombositopeniyi predikte edebileceği kanısına varıldı. Bu çalışmanın daha geniş hasta serilerinde, diğer kanser tipleri ve kemoterapi rejimlerini de kapsayacak şekilde geliştirilmesi önerilebilir.

EP-86

BEVACİZUMAB ÇENE OSTEONEKROZU İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜDÜR?

MERAL GÜNALDI, BERKSOY ŞAHİN, BERNA BOZKURT DUMAN, VEHBİ ERÇOLAK, ÇİĞDEM USUL AFŞAR

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kemik metastazı olan hastalarda uzun süre bir Bifosfanat türevi olan Zoledronik Asit (ZA) kullanılmaktadır. Kemik

metastazı nedeniyle kullanılan Bifosfanata bağlı çene osteonekrozu (ÇON) %1-18 oranla görülmektedir. "Bevacizumab ve ZA 'ın birlikte kullanımı ÇON gelişim riskini artırıyor mu?" sorusunu getirmeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem:

Bevacizumab ve ZA kullanımı sonrasında ÇON gelişen bir olgunun klinik özellikleri anlatıldı.

Bulgular:

61 y kadın hasta, Mart 2006'da sigmoid kolon karsinomu tanısıyla opere edilmiş ve E2B-yüksek riskli olması nedeniyle kemoterapisi verildi. 2 yıl sonra retroperitonda metastatik lenf nodları ve kemik metastazı saptandı. Capesitabine (1250 mg/m²)+Bevacizumab (7.5 mg/kg)+ ZA başlandı. 12 kür KT ve 15 ay ZA verildi. ZA almaya devam ederken diş çekimine sekonder sağ maksillada sekestrasyon (osteonekroz), bilateral maksillada pürülan akıntılı fistül izlendi. Hastaya plastik cerrahisi biyopsi yapmış; Osteomyelit, mantar hifaları, aktinomikoz olarak raporlandı. Enfeksiyon hastalıkları 3 hf IV 6x4 MÜ kristalize penisilin ve sonrasında 6 ay Doksisiklin 2x100 mg ile tedavi planladı. ZA tedavisi kesilerek, metastatik kolon karsinomu için Cetuksimab+Irinotekan tedavisi ile takip edilmektedir.

Sonuç:

Bevacizumab, metastatik kolon kanserlerinde hastalıksız sağ kalımı arttırdığı bilinen bir anjiogenez inhibitörüdür. Olgumuzda Bevacizumabla birlikte ZA kullanımına bağlı ÇON gelişmiştir. Bevacizumab ile ilgili RIBBON1, AVADO, ATHENA çalışmalarında; tek başına Bevacizumab verilenlerle Bevacizumab+ZA verilmiş olgularda %0.3-0.4 oranda ÇON geliştiği, retrospektif bir analizde ise Bevacizumaba bağlı %2 oranla ÇON geliştiği saptanmıştır. ÇON, metastatik hastaların yaşam kalitesini etkilemesi ve tedaviye idameyi etkileyecek bir klinik olması nedeniyle önemlidir. Bevacizumab, diğer metastatik kanserlerde de kullanılmakta olup, gelecekte angiogenez inhibitörleri ile ZA kullanımının gittikçe artması nedeniyle, ÇON gelişimine dikkat edilmesini öneririz.

EP-87

ÇOMAK PARMAK İLE PRAZENTE OLAN MALİYİN PLEVRAL MEZOTELYOMA OLGUSU

HASAN MUTLU¹, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK²

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KAYSERİ, TÜRKİYE,

² ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D., İSTANBUL, TÜRKİYE.

Amaç:

Maliyın plevral mezotelyomalı hastalarda, çomak parmak sık karşılaşılan bir bulgu değildir. Bu bildiride, çomak parmak ile prazente olan bir maliyın mezotelyoma olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

62 yaşında erkek hasta, sağ göğüs ağrısı, dispne ve son 7 ay içinde kilo kaybı ile kliniğe başvurdu. Fizik muayenede, sağ hemitoraksın solunuma katılımlarının azaldığı, bu tarafta solunum seslerinin azaldığı, sağ kosto-frenik sinüslerin

açılmadığı, perküsyonda matitenin olduğu ve aşikar çomak parmak saptandı. Öyküde kronik erionit maruziyetinin olduğu belirlendi. Kırk iki yıl Karain köyünde yaşadığı öğrenildi. PA Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta plevral kalınlaşmanın olduğu görüldü. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde, aşikar sağ plevral kalınlaşma saptandı. Plevral biyopsi ile epitelioid tip maliyn plevral mezotelyoma tanısı konuldu.

Bulgular:

Hastalık rezektabil olmadığı için, palyatif sisplatin ve pemetrexed tedavisi başlandı. Dört kür uygulandıktan sonra hastalık progresyonu nedeniyle, ikinci basamak olarak sisplatin ve gemesitabin tedavisine geçildi. İkinci basamak tedaviye yanıt alınmadı. Kemoterapi kesilerek sağ hemitoraksa palyatif amaçlı radyoterapi uygulandı. Hasta destek tedavisi ile takip edilmektedir.

Sonuç:

Çomak parmak, kalp-damar hastalıkları, pulmoner fibrozis, akciğer kanseri, akciğer tüberkülozu ve inflamatuvar barsak hastalıkları gibi birçok hastalıkta görülebilir. Çomak parmak, maliyn plevral mezotelyomada nadir ancak önemlidir. Asbest ve asbest benzeri minerallere maruziyet gibi kronik plevral irritasyona işaret edebilir.

EP-88

OLGU BİLDİRİMİ: DESMOPLASTİK KÜÇÜK YUVARLAK HÜCRELİ TÜMÖR; UZUN SÜRELİ SAĞKALIM MÜMKÜN MÜ?

LEYLA KILIÇ, MELTEM EKENEL, FATMA ŞEN, İBRAHİM YILDIZ, SERKAN KESKİN, FATMA AYDOĞAN, MERT BASARAN, SEVİL BAVBEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör genellikle periton gibi mezotel yüzeylerden kaynaklanan, spesifik olarak EWS-WT1 gen füzyonu, tipik resiprok translokasyonu sonucu oluşan bir tümördür. Dünyada birkaç yüz olgu bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

20 yaşında erkek hasta 2008'de karın ağrısı ve sarılıkla başvurdu. Bu sırada total bilirubin: 14 mg/dl, direkt bilirubin :10 mg/dl, safra yolları dilate saptanmıştı. Batın MRG'sinde karaciğerde metastatik lezyonlar, asit, porta hepatitis düzeyinde 7x8 cm kitle saptandı. Karaciğer biyopsisi desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümörle uyumlu geldi. PTK yapılarak sisplatin tedavisi başlanan hastanın bilirubin değerleri normale döndü. Daha sonra aralıklı olarak sisplatin+etoposid, ifosfamid+etoposid, oral siklofosfamid ve VAC (vinkristin, adriamisin, siklofosfamid) tedavileri alan hastanın halen KT yanıtı devam etmektedir ve debulking cerrahiyle HIPEC planlanmaktadır.

Bulgular:

Komplet rezeksiyonun nadiren yapılabildiği bu tümörlerde kombinasyon kemoterapileriyle sınırlı fayda bildirilmiştir. Cerrahi eksizyonla median sağkalım 34 ayken multimodaliter tedavi alanlarda 3 yıllık sağkalım % 55 olarak bildirilmiştir.

Sonuç:

Genç, performans statüsü uygun olan hastalarda desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümörün tüm tedavi seçenekleri zorlanmalıdır. Kemoterapiyle sağkalımın artabileceği dikkate alınmalıdır.

EP-89

TİMOMA VE TİMİK KARSİNOMALI OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

NİLÜFER AVCİ¹, MEHMET ALİ BALCI², FATİH ÖLMEZ¹, ERDEM ÇUBUKÇU¹, SAMİ BAYRAM³, ELİF ÜLKER AKYILDIZ⁴, ENDER KURT¹, ÖZKAN KANAT¹, OSMAN MANAVOĞLU¹, TÜRKKAN EVRENSEL¹

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

³ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS CERAHİSİ BİLİM DALI

⁴ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Bu makalede timoma ve timik karsinom tanıları ile takip ve tedavi edilen hastaların klinik, patolojik özellikleri ve tedavi sonuçları rapor edilmiştir. Ayrıca laboratuvar değerlerinin sağ kalım ile ilişkisine bakılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

1995-2010 tarihleri arasında tedavi gören 46 timoma ve 14 timik karsinoma olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

60 olgunun 23 erkek, 33 kadın ve ortalama yaş 50 (19-74) idi. Olguların çoğu %48.7'si öksürük, dispne ve göğüs ağrısı ile tanı alırken %23 rastlantısal, %25 Miyasteni Gravis, %3.3 vena cava superior sendromu ile tanı aldı. Hastanemizde takip edilen olgularda histolojik değerlendirmede, farklı zamanlarda üç farklı sınıflamanın da (Levine-Rosai, Müller-Hermelink, WHO) kullanıldığı gözlemlendi. Bunlardan WHO histopatolojik sınıflama, olgularımızda sırasıyla: %31.7 tip B2, %21.7 B1, %11.7 B3, %6.7 AB, %5A ve %3.3 B2/B3 idi. Masaoka evreleme sistemine göre olguların çoğu evre 1 (%30) iken ikinci sırada (%26.7) evre 2 oldukları gözlemlendi. Hastaların 52'sine total eksizyon yapılırken, 1'ne parsiyel rezeksiyon yapıldı. Yedi hasta ise anrezektabl kabul edildi. Cerrahi yapılan olguların 38'ne radyoterapi uygulandı. Hastaların %26.7'sine kemoterapi verildi. En çok kullanılan kombinasyon CAP (sisplatin, doksorubisin ve siklofosfamid) ve ADOC (siplatin, doksorubisin, siklofosfamid ve vinkristin) idi. Hastaların tanı anında bakılan laboratuvar değerlerinden lökosit, hemoglobin, hemotokrit, trombosit ve LDH düzeyleri ile sağ kalım süresi arasında prognostik faktör olarak ilişki gösterilemedi. Masaoka sınıflama da evre 3 ve 4 arasında ortalama yaşam süresinde anlamlı farklılık gözlenmedi (p=0.145). Evre 1 ve 2 de ölüm gözlenmezken, evre 3'de iki, evre 4'de dört ölüm gözlemlendi. Hastaların progresyonsuz sağ kalım süresi 31 ay, genel sağ kalım süresi ise 36 (1-168ay) ay'dı.

Sonuç:

Timik neoplazmların histolojik tanısı güçtür. Timoma ve timik karsinom senkron olarak gelişebileceği gibi timomali bir olguda yıllar sonra timik karsinomda gelişebilir. Timik neoplazlardaki

histolojik heterojenite ve farklı sınıflamalar nedeniyle patoloğun deneyimi önem kazanmaktadır. Masaoka klasifikasyon en yaygın kullanılan sınıflama ve prognozun güçlü bir prediktörü olmakla birlikte yeniden düzenlenmesi gerektiğini bildiren literatür de bulunmaktadır. İleri timomalarda (evre3-4) prognoz kötü olup, yaşam süresini ve komplet cerrahi rezeksiyonu iyileştirmek için konvansiyel kemoterapilere alternatif tedaviler araştırılmaktadır.

EP-90

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-91

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SİGARA KULLANIMI

OZAN YILMAZ¹, SEMA SEZGİN GÖKSU², HASAN ŞENOL COŞKUN²

¹GÖLHİSAR DEVLET HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI, BURDUR

²AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA

Amaç:

Sigara günümüzde dünyadaki en önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir ve ciddi derecede bağımlılık yapmaktadır. Bu çalışmada hemodiyaliz (HD) hastalarında sigara kullanım oranları ve sigara bağımlılık seviyeleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Burdur ilinde bulunan 4 merkezden 166 hasta çalışmaya alındı. Sigara kullanan hastalara bağımlılık seviyelerini belirlemek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 54 yıl, HD süresi 58 ay, 73'ü (%44) kadındı. Hastaların 19 tanesi (%11,4) sigara kullanıyordu. Sigara kullanan hastaların 2 tanesi (%10,5) kadındı. Halen sigara kullanan hastaların ortalama sigara tüketim süreleri 18 paket-yıldı. Sigara kullanan hastalara FNBT uygulandı. Teste göre 2 hastada (%10,5) çok düşük, 6 hastada (%31,5) düşük, 5 hastada (%26,3) orta, 4 hastada (%21) yüksek, 1 hastada (%5) çok yüksek bağımlılık saptandı. Çalışmaya alınan hastaların 52 tanesi (%31,3) daha önce sigara içmekteyken bırakmış olan hastalardı. Bu hastaların 48 tanesinin (%92,3) böbrek yetmezliği tanısı konulduktan sonra, 4 tanesinin de (%7,7) tanı konulmadan önce sigarayı bıraktığı saptandı. Sigarayı bırakan hastaların ortalama sigara tüketim süreleri 11 paket-yıldı. Halen sigara kullanan ve sigarayı bırakmış olan hastaların toplamı 71'di. Bu 71 hastanın 48 tanesinin (%67,6) böbrek yetmezliği tanısı konulduktan sonra sigarayı bıraktığı, 4 tanesinin (%5,6) tanı konulmadan önce bıraktığı, 19 tanesinin (%26,7) tanı konulduktan sonra sigara içmeye devam ettiği saptandı.

Sonuç:

Hemodiyaliz hastalarında sigarayı bırakma oranı yüksektir. Hastaların çoğu sigarayı böbrek yetmezliği tanısı konulduktan sonra bırakmaktadır. Bağımlılarda hastalık endişesi sigara bırakma merkezlerinde üzerinde yoğunlaşılabilir bir durumdur.

EP-92

METASTAZ GÖSTEREN PELVİK YERLEŞİMLİ DESMOPLASTİK KÜÇÜK YUVARLAK HÜCRELİ TÜMÖR: OLGU SUNUMU

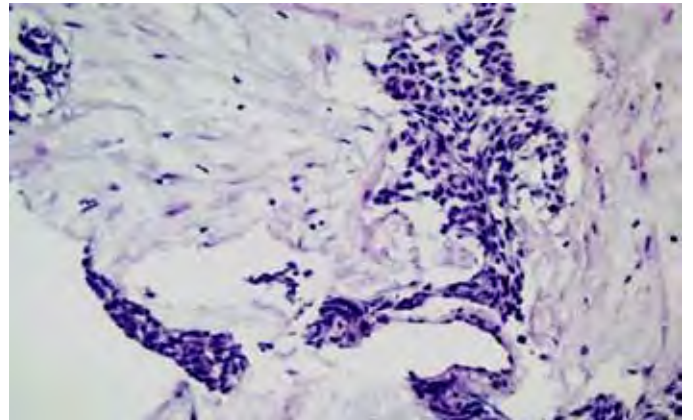
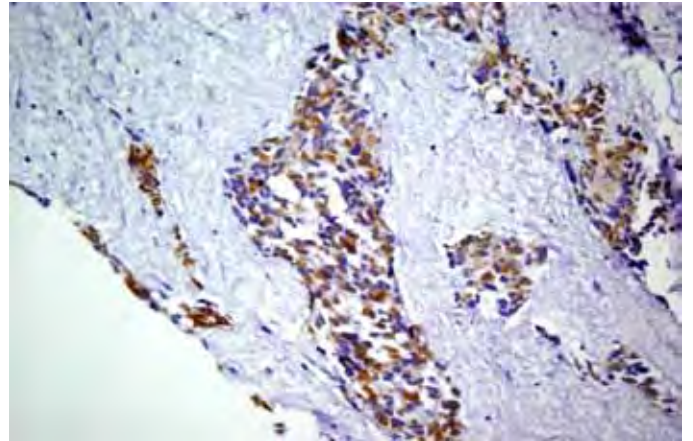
RUKİYE ARIKAN, OLÇUN ÜMİT ÜNAL, TÜLAY AKMAN, NECLA DEMİR, BURÇİN TUNA, İLHAN ÖZTOP, UĞUR YILMAZ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör, nadir görülen, daha çok adolesan ve genç erkeklerde ortaya çıkan agresif bir tümördür. Daha çok abdominal yerleşimlidir ve genellikle tanı aldıklarında metastatik evrededir.

Bulgular:



22 yaşında erkek hasta 7 aydır sık idrara çıkma ve bel ağrısı ile üroloji kliniğinde tetkik edilmiş. Yapılan batın ultrasonografisinde pelvis orta hatta solid lezyon ve böbreklerde bilateral hidronefroz tespit edilmiş. Hasta bu bulgularla kliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenesinde tüm sistem muayeneleri olağandı. Evrelendirme tetkikinde (torakoabdominal bilgisayarlı tomografi) pelviste 11*15*15 cm boyutlarında heterojen iç yapıda kitlesel lezyon, karaciğerde metastatik lezyonlar, periportal lenfadenopatiler, iliak zincirde bilateral lenfadenopatiler, bilateral böbreklerde pelvikalsiyel dilatasyon saptandı ve diğer evreleme tetkiklerinde (kemik sintigrafisi ve kranial MRI) metastatik tutulum tesbit edilmedi. Karaciğer ve pelvisteki lezyonlardan tru cut biyopsi yapıldı. Mikroskobide desmoplastik bir stroma içerisinde, düzensiz adalar şeklinde yerleşim gösteren, küçük yuvarlak hücreli neoplastik infiltrasyon dikkati çekmekteydi(şekil1). Neoplastik hücreler desmin, keratin, EMA ve vimentin ile

pozitif boyanma göstermekteydi. Sonuç olarak tümörün desmoplastik yuvarlak hücreli tümör ile uyumlu olduğu raporlandı. Karaciğer lezyonlarından alınan tru cut biyopsi örneğinin patolojik incelemesinde de bu bulgularla benzer bulgular görüldü (şekil2). Hastaya kliniğimizde antrasiklin bazlı kemoterapi(EVAIA) başlandı ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

Hastamızın yaşı cinsiyeti intraabdominal kitlesi ve karaciğer metastazları göz önüne alındığında klasik bir klinik prezentasyon göstermektedir Tümörün küratif tedavi yöntemi cerrahidir fakat bizim vakamıza metastatik olması nedeniyle cerrahi uygulanamamıştır Kemoterapi rejimleri antrasiklin bazlıdır Biz bu vakayı nadir olması ve klinik prezentasyonu nedeni ile sunmaya karar verdik.

EP-93

METASTATİK MİKROKİSTİK ADNEKSİYAL KARSİNOM OLGU SUNUMU

ALİ MURAT TATLI¹, HASAN ŞENOL COŞKUN¹, İREM HİCRAN ÖZBUDAK², CUMHUR İBRAHİM BAŞSÖRGÜN², METİN ERKİLİÇ³, MÜKREMİN UYSAL¹, SEMA SEZGİN GÖKSU¹, DENİZ ARSLAN¹, ŞEYDA GÜNDÜZ¹, HAKAN BOZCUK¹, BURHAN SAVAŞ¹

¹ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ABD

³ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÜKLEER TIP

Amaç:

Mikrokistik Adneksiyal Karsinom oldukça nadir gözlenen, kıl kökü ve ter bezleri orjinli düşük gradeli cilt tümörleridir. Baş-boyun ve güneşe maruz kalan cilt bölgelerinde daha sık görülmektedir. Lokalize bir hastalık seyri izler ve hastalığın bölgesel lenf nodlarına yayılımı, metastaz yapma olasılığı çok düşüktür. Bu çalışmada kliniğimizde metastatik mikrokistik adneksiyal karsinom tanısıyla takip edilen nadir bir olguyu sunduk

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada kliniğimizde metastatik mikrokistik adneksiyal karsinom tanısıyla takip edilen nadir bir olguyu sunduk.

Bulgular:

Altmış iki yaşında erkek hasta son 3 aydır sol omuzda büyüyen ağrılı ve kızamık cilt lezyonu ile müracaat etti. Omuzdaki kitleden alınan biyopsi sonucu adenokarsinom metastazı olarak raporlandı. Primer tümör odağı taramasına yönelik yapılan PET-BT sonucu sağ akciğer hiler bölge primer kitle ile uyumlu görünüm (SUVmax:7.2) ve özellikle her iki omuzda olmak üzere vucutta multipl yumuşak doku metastatik lezyonlar saptandı. Akciğer kanserine bağlı yaygın cilt metastazları olduğu düşünülen hastaya Sisplatin 75mg/m² 1. gün, Gemsitabin 1000mg/m² 1.ve 8.gün 21 günde bir verildi. Üç kür tedavi sonrası yapılan PET-BT görüntüleme sonucu progresyon saptandı. İkinci sıra tedavi olarak hastaya Docetaksel 75 mg/m² 1gün 21 günde bir başlandı. Hastanın yapılan görüntülemelerde

daha çok kas ve kemikte destrüksiyona yol açan lezyonlarla progrese olduğu saptandı. Hastanın ikinci bir pimer hastalığı olabileceği düşünülerek cilt lezyonundan ve eş zamanlı akciğerdeki lezyondan bronkoskopoik biyopsi alındı. Patoloji preparatları değerlendirmesi sonucu hastanın cilt kaynaklı Mikrokistik Adneksiyal Karsinom ve akciğerdeki lezyonun ise bu cilt tümörünün metastazı olduğu saptandı. Hasta takibinin 6. ay sonu genel durum bozukluğu ile kaybedilmiştir.

Sonuç:

Mikrokistik adneksiyal karsinom nadir görülen ve çoğunlukla lokal seyreden bir cilt tümörüdür. Bu nedenle hastalığın sadece lokal tedavileriyle ilgili bilgiler mevcuttur. Bizim olgumuzda öncelikle akciğer kanseri tanısı alması nedeniyle verilen tedavilere yanıtızlığı ile kemosenitif bir tümör olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca hastalığın klinik seyrinde uyumsuzluk ve tedaviye yanıt alınamayan olgularda patolojik tanıyı tekrar gözden geçirmenin gerekliliğine dikkat çekilmelidir.

EP-94

ÜNİTEMİZDE KEMOTERAPİ İLAÇLARINA KARŞI GELİŞEN İNFÜZYON REAKSİYONLARININ DÖKÜMÜ

SADIK MUALLAOĞLU, HÜSEYİN MERTSOYLU, AYBERK BEŞEN, AHMET TANER SÜMBÜL, CEMİLE KARADENİZ, HÜSEYİN ABALI, ÖZGÜR ÖZILKAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kemoerapi ilaçları ile gelişen infüzyon reaksiyonları bu ilaçların bilinen toksisitelerinden farklı olarak gelişen beklenmeyen ani reaksiyonlar olarak tanımlanır. Kemoterapitiklerin artan kullanımı ile bu reaksiyonlarla sık karşılaşılır olmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2011 ve Ekim 2011 tarihleri arasında kemoterapi ünitemizde tedavi gören hastalar arasında infüzyon reaksiyonu gelişenler çalışmaya alındı. Bu hastalarda hangi ilaca bağlı alerji geliştiği, kaçınıcı kür tedaviyi aldığı, reaksiyon başlama zamanı, reaksiyon süresi, reaksiyon sırasındaki tansiyon, nabız ve oksijen satürasyon düzeyi ve semptomlar kaydedildi. Oluşan reaksiyonlar NCI sınıflamasına göre grade 1-2 ve grade 2-3 olarak sınıflandırıldılar.

Bulgular:

Nisan 2011 ve Ekim 2011 arasında kemoterapi ünitemizde toplam 68 hastada akut alerjik reaksiyon kaydedildi. Bu reaksiyonların % 61,7'si taksanlar (dosetaksel ve paklitaksel) % 20,5 'i platin grubu (karboplatin, oksaliplatin, cisplatin) ve % 17,6 ' sı monoklonal antikalara (herseptin, ritüksimab)

karşı gelişti. Altı aylık sürede toplam 129 kişiye dosetaksel uygulanmış reaksiyon oranı % 27,9 (36 kişi) paklitaksel 77 kişiye uygulanmış reaksiyon oranı % 7,7 (6 kişi), karboplatin 90 kişiye uygulanmış reaksiyon oranı % 10 (9 kişi), oksaliplatin 37 kişi reaksiyon oranı % 5,4 (2 kişi), cisplatin uygulanan kişi sayısı 102 reaksiyon oranı %2,9 (2 kişi), herceptin uygulanan kişi sayısı 131 reaksiyon oranı % 4,5 (6 kişi) ve Ritüksimab 132 kişiye uygulanmış reaksiyon oranı % 18,7 (6 kişi) olarak bulunmuştur.

Sonuç:

Kanser tedavisinde kullanılan tüm sistemik ajanlara (Sitostatikler ve Monoklonal antikorlar) karşı hipersensitivite reaksiyonu gelişebilmektedir. Dünyada kanser insidansında artma ile beraber bu ilaçların kullanım oranlarında da belirgin artış vardır. Taxanlar, platin grubu ve monoklonal antikor gibi sık kullanılan ilaçlarla şiddetli reaksiyon oranı nadir olsada hafif-orta reaksiyonlar sıktır.

EP-95

GENÇ BİR ERKEK HASTADA YUMUŞAK DOKU MALİGN MYOEPI TELYOMASI

ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, SEMRA PAYDAŞ¹, GÜLFİLİZ GÖNLÜŞEN², MERAL GÜNALDI¹, VEHBİ ERÇOLAK¹, BERNA BOZKURT DUMAN³

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

³ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Malign Myoepitelyomalar (MM) nadir görülen, düşük dereceli tümörlerdir. MM genellikle parotis ve minör tükürük bezlerinin bulunduğu bölgelerde görülebilir. Cilt ve yumuşak dokuda da görülürler. Sitolojik heterojenite gösterirler. Yumuşak doku malign myoepitelyoması genellikle çocukluk yaş grubunda görülür ve agresif seyrederler. Erkeklerde biraz daha sık görülürler. 2/3'ü ekstremitelerde görülmekle beraber, çoğunluğu alt ekstremiteden köken alır. Keratin, S100, kalponin, EMA, GFAP, SMA, p63 ve demsin pozitiflikleri görülebilir. Benign veya düşük gradlı sitolojisi olan vakalarda bile %20 lokal rekürrens görülebilmektedir. Hiçbir klinik veya histolojik özellik rekürrens ile ilişkili bulunmamıştır. Malign myoepitelyomalarda ise lokal rekürrens ve metastaz riski %30-40 civarındadır. Burada genç bir hastada görülen MM sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Sağ ayal malleol dış kısmında 1 yıldır ele gelen kitle olan hastaya çekilen sağ ayak bileği MR'ında 12 mm çaplı kistik kitle ve effüzyon saptanmış.

Bulgular:

Kitle eksizyonu yapılan hastanın patolojisi malign myoepitelyoma, grade 2, keratin, S100 ve vimentin diffüz pozitif, INI-1 pozitif, GFAP fokal zayıf pozitif, CD 31, CD 34, HMB 45, demsin, SMA, faktör 8, EMA negatif sonuç vermiş olup tümör genelde miksoid bir stroma içerisinde atipik spindle görünümüne hücrelerden oluşmaktadır, hücre sitoplazmalarında

yer yer vakuolizasyon dikkati çekmiştir, tümörde 10 büyük büyütmeye 8-9 mitoz görülmüştür olarak raporlandı. Hastanın toraks, üst abdomen, pelvik BT'si normal olarak saptanmıştır. Hastanın hemogram ve biyokimyasal parametreleri normal olarak saptanmıştır. Patolojik piyeslerde cerrahi sınır hakkında net bilgi verilemediği için hastaya lokal kontrol amaçlı radyoterapi planlanmıştır.

Sonuç:

MM nadir görülen tümörler olup tedavisi tartışmalıdır. Cerrahi eksizyon standart tedavidir. Radyoterapi ve kemoterapinin etkinliği tartışmalıdır. Metastazlarını hem bölgesel lenf bezlerine, hem de hematogen yolla sıklıkla akciğer ve kemiğe yapmaktadır. Bu nedenle hastalar görüntüleme yöntemleri ile takip edilmelidir.

EP-96

İLERİ YAŞ (≥ 70 YAŞ) MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

HAVVA YEŞİL ÇINKIR, AYŞE DURNALI, ÖMER KAMİL YAZICI, SELAY GÜNDOĞDU, AYŞE DEMİRCİ, TARKAN YETİŞİĞİT, FATMA PAKSOY TÜRKÖZ, NURTEN KANDEMİR, ÖZLEM UYSAL SÖNMEZ, BERNA ÖKSÜZOĞLU, NECATİ ALKIŞ

SB DR.AY ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanseri insidansı ilerleyen yaşla artmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Ankara Onkoloji Eğ ve Arş Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde Ocak 2008 ile Aralık 2011 tarihleri arasında takip edilen 70 yaş ve üzerinde 39 hasta retrospektif olarak dosya kayıtlarından incelendi.

Bulgular:

Hastaların 37'si kadın, 2'si erkek, yaş ortancası 73 yıl (70-90); %71'inde yandaş hastalık mevcuttu. Yandaş hastalıklardan en sık hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Hastaların tanı anında ECOG performansı incelendiğinde ECOG 0:%5, ECOG 1:%70, ECOG 2:%20 ECOG 3: %5 idi. Ondokuz hastada tümör sağ meme (%48), 20 hastada sol meme (%52) yerleşimliydi. Hastaların %76'sına modifiye radikal mastektomi, %12'sine meme koruyucu cerrahi operasyonu yapılırken 4 hastaya sadece biopsi yapıldı. Hastaların %13'ü Evre 1; %46'sı Evre 2; %23'ü Evre 3 ; %16'sı Evre 4 idi. Tanı anında metastatik olan 6 hastada metastazlar kemik, karaciğer ve akciğer yerleşimliydi. Histolojik alt tiplemesinde 31 hastada invazif duktal karsinom, 5'nde infiltratif lobüler karsinom ve 3'nde müsinöz karsinom tanısı mevcuttu. Hastaların %62,5'inde grad 3; %25'inde grad 2 ve %12,5 grad 1 tümör mevcuttu. Yirmialtı hastada ER/PR pozitif, 3 hastada ER/PR negatifti. HER2 7 hastada pozitif, 16 hastada negatif iken 7'sinde bilinmiyordu. Neoadjuvan tedavi alan hasta yoktu. 20 hasta sadece hormonal tedavi, 5 hasta kemoterapi+hormonoterapi, 6 hasta sadece kemoterapi, 6 hasta ise kemoterapi+hormonal tedavi+radyoterapi aldı.

Sonuç:

Yaşlılarda meme kanseri genellikle daha ileri evrelerde tanı alır. Ancak yüksek hormon reseptör pozitifliği ve düşük HER2 ekspresyonu gibi daha olumlu tümör biyolojisine sahiptir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak HER2 ekspresyonu düşük, hormon reseptör oranı yüksek saptandı.

EP-97

KEMOTERAPİ İLAÇLARININ HAZIRLANMASINDA YENİ TEKNİKLERİN KULLANIMLARININ EKONOMİK FAYDALARI

AHMET SAMİ BOŞNAK, ALPER SEVİNÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Bir yıllık çalışma ile Merkezi Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitimizde kemoterapi ilaçlarının modern tekniklerle hazırlanması ve stabilizasyon takipleri ile ilaçların geri kazanım miktarları belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

15/01/2011 ile 15/01/2012 tarihleri arasındaki bir yıl süresince, gün boyunca hastanemizde uygulanan kemoterapi protokollerinin Güvenli oda, Laminar akımlı kabin ve kapalı sistem hazırlama aparatları ile hazırlanması ile, kapalı sistemler kullanılsa idi açılıp kalan miktarın mutlak atılacağı miktar ilaçlar kayıt altına alındı.

Bulgular:

Güncel ilaç fiyatları (01/02/2012) esas alınarak, bu yöntemlerle artırılmış ve güvenli şekilde saklanabilmiş ilaçların maliyetleri hesaplandı. Bir yıllık süre sonunda günlük ortalama 70 hastaya hizmet veren Merkezi Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitimizdeki çöpe atılmaktan kurtarılmış ilaçların toplam maliyetinin 790.825,62TL olduğu görüldü. Bu hesaplamada yıl içerisindeki %45'e varan fiyat düşüşleri olmasına rağmen ortalama alınmayarak en güncel fiyatlar esas alındı.

Sonuç:

Yıllık olarak ülke genelinde günlük kemoterapi uygulamalarında kullanılan kemoterapötik ilaçların maliyetlerinin çok yüksek olduğu düşünüldüğünde, uygun şartlarda, konusunda uzmanlaşmış bir ekiple, merkezi hazırlamalar yapıldığında kayıpların, kazanımlara dönüşeceği görülmektedir.

EP-98

YAYGIN LENFADENOPATİ VE MASİF ASİTLE BAŞVURAN HASTADA DESMOPLASTİK KÜÇÜK YUVARLAK HÜCRELİ TÜMÖR

MUHAMMET ÖZBİLEN¹, DEVRİM ÇABUK², ÖZLEM ÖZKUL¹, SÜLEYMAN TEMİZ², ÖZGÜR AÇIKGÖZ², SİBEL TEMİZ¹, SERAP KAYA², KAZIM UYGUN², BAHAR MÜEZZİNOĞLU³

¹ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ABD

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PATOLOJİ ABD

Amaç:

Desmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör (DSRCT) çocukları, adolesanları ve genç erişkinleri etkileyen, nadir görülen agresif bir malignitedir. Genellikle peritoneal yüzeylerden başlar ve tüm peritona yayılır. Agresif cerrahi eksizyon, kemoterapi ve radyoterapiyi içeren multimodalite tedavilerine rağmen %60-70 hasta 3 sene içinde hastalığa yenik düşmektedir. Hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) ve KC metastazları için radyoaktif yttrium mikrosfer tedavisi son güncel tedaviler arasındadır. Literatürde dünyada 200 civarında vaka bildirilmekte ve birçok tedavi yaklaşımlarına dirençli olan bu tümör için henüz etkinliği gösterilmiş bir tedavi şeması bulunmamaktadır. Olgumuz yaygın lenfadenopati (LAP)'lar ve periton tutulumu ile başvurmuş, omentum biyopsisi sonucu nadir görülen DSRCT tanısı konmuştur.

Olgu:

34 yaşında erkek hasta iki aydır bulunan karın ağrısı ve bulantı yakınmasıyla başvurdu. Yapılan radyolojik incelemelerde supraklaviküler, mediastinal ve peritoneal multipl konglomere LAP'lar tespit edildi. Supraklaviküler LAP'tan yapılan iğne biyopsisi hodgkin lenfoma açısından şüpheli bulundu. Genel cerrahi tarafından eksploratris laparotomi planlandı. Batın içi yaygın LAP'lar ve omental kitlelerden eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu DSRCT olarak rapor edildi. DSRCT'lerin ayırıcı tanısında lenfoma da bulunduğu ve klinik olarak lenfomayı destekleyen bulgular olduğundan hastaya CEOP (siklofosamid, epirubisin, vinkristin ve metil prednizolon) rejimi başlandı. Takiplerinde kontrol görüntülemelerinde hastalık stabil seyrettiğinden tedavi 8 küre tamamlandı. Ancak 8 kür kemoterapi sonrasında asit miktarında belirgin artış oldu, peritoneal kateter yerleştirilerek yaklaşık 20 litre sıvı boşaltıldı ve ardından hastaya intraperitoneal (İP) sisplatin verildi. İP sisplatin tedavisine de yanıt vermeyen hastanın karında şişlik yakınmasının artması üzerine ICE (İfosfamid, karboplatin ve etoposid) protokolü başlandı. Hastanın halen kliniğimizde tedavi süreci devam etmektedir.

Sonuç:

Seyrek görülen bu hastalığa yönelik tedavi yaklaşımı konusunda yeterli çalışma olmaması ve tümörün agresifliği nedeniyle kür şansı az olmaktadır. HIPEC, yttrium mikrosfer tedavisi ve hedefe yönelik ajanlar gündemde olmasına rağmen vaka sayısının az olması ve klinik çalışmaların yapılamaması nedeniyle genel olarak kabul görmüş bir tedavi modalitesi bulunmamaktadır. DSRCT yeni klinik deneyim ve tedavi yaklaşımlarını gerektirmektedir.

EP-99

GERİATRİK KANSER HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

SELİN TESTEMEL, SELDA UÇAR, HASAN ŞENOL COŞKUN, YASEMİN ÇELEBİOĞLU, AYSEL TEKELİ, HAKAN BOZCUK, BURHAN SAVAŞ, DENİZ ARSLAN, SEMA SEZGİN GÖKSU, ALİ MURAT TATLI, ŞEYDA GÜNDÜZ, MÜKREMİN UYSAL, ŞERİFE BİLAL

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA 07070, TÜRKİYE

Amaç:

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde genel nüfus içindeki yaşlı insan sayısı hızla artmaktadır. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalarda görülen kanser türlerinin belirlenmesi

amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne son bir yılda başvuran tüm kanser hastalarının kanser kayıt sistemindeki verileri değerlendirildi. 65 yaş ve üzeri kanser tanısı almış tüm hastalar cinsiyete ve tanıya göre kaydedildi. Hastalar 5 yıllık 4 gruba ayrılarak cinsiyet, yaş ve tanı dağılımları incelendi.

Bulgular:

Polikliniğimize başvuran 4100 hasta tarandı. Toplam 870 (%21,2) hasta 65 yaş ve üzeriydi. Hastaların 393 (%45,1)'ü kadın, 477 (%54,8)' si erkekti. En sık görülen tanımlar erkeklerde sırayla akciğer (%19), kolon, prostat olarak saptanırken kadınlarda sırayla meme (%44,7), over ve kolon kanseriydi. Yaş ve cinsiyette göre gruplara bakıldığında; 75 yaş ve üzerindeki gruplarda erkeklerde akciğer ve prostat kanseri dağılımı 1/1 oranındayken, 65-74 yaş arası gruplarda yer alan erkeklerde akciğer kanseri daha fazla olduğu saptanmıştır; tüm yaş gruplarındaki kadınlarda meme kanseri ilk sırada yer almaktaydı.

Sonuç:

Ünitemize son bir yılda başvuran kanser hastalarının 1/5 gibi önemli bir oranını geriatri grubu hastalar oluşturmaktadır. Bölgemiz ileri yaş hastalarda ilk sırada yer alan kanserler değişmezken ikinci sırada yer alan kanserler içinde kadınlarda over erkeklerde kolon kanseri olduğu dikkati çekmiştir.

EP-100

METAPLASTİK MEME KARSİNOMU VAKA SERİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

AYŞE DEMİRCİ, ONUR EŞBAH, AYŞE GÖK DURNALI, HAVVA YEŞİL ÇINKIR, SELAY GÜNDOĞDU, FATMA PAKSOY, TARKAN YETİŞYİĞİT, ÖMER KAMİL YAZICI, NECATİ ALKIŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

SB DRAY ANKARA ONKOLOJİ EĞT VE ARŞ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Memenin metaplastik karsinomu, tüm malign meme lezyonlarının %1'inden azını oluşturan, yüksek dereceli nadir bir tümördür. Bu çalışmada, merkezimizde tedavi ve takipleri yapılan metaplastik meme karsinomlu hastaların demografik özellikleri, sistemik tedavileri ve klinik sonuçlarını inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Ankara Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde 2005-2012 yılları arasında takip edilen metaplastik meme karsinomlu 10 kadın hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi

Bulgular:

Hastaların 6'sı postmenopozal, 4'ü premenopozal olup yaşları 23 ile 80 arasındaydı (ortanca yaş:49.5). Hepsinde ER negatif, 2 hasta HER2 pozitif ve 4 hasta triple negatifti. Ortanca tümör boyutu 5.5 cm (aralık: 2-7). Üç hastada aksiller lenf nodu negatifti (%30). İki hastada tanı sırasında akciğer metastazı vardı (%20). Adjuvan kemoterapi olarak hastalara siklofosfamid, antrasiklin, 5FU, taksan, cisplatin, trastuzumab içeren kombinasyonlar uygulandı (Tablo 1)

Sonuç:

Metaplastik meme karsinomu diğer meme kanseri histolojik

alttiplerine göre daha kötü prognozlu ve agresif seyirlidir. En sık uzak metastaz alanları akciğer ve kemiklerdir. Hormon reseptörü ve HER2 ekspresyonunun düşük olduğu görülmektedir. Adjuvan tedavi konusunda henüz tam bir fikir birliği olmasa da antrasiklin içeren kemoterapi rejimlerinin daha etkin olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1

Hasta	Evre	Tedavi	Son durumu	Takip süresi (ay)
1	4	7xTEC, 3 ay hormonoterapi-progres-3xSisplatin+Etoposit-progres-1xVinorelbin-ex	ex-akciğer metas-taz progresyonu	11
2	2B	4xCAP-takipsiz		
3	3A	4xCAF+4xT-RT	yaşıyor	51
4	3A	Basit mastektomi+RT sonrası adjuvan kemoterapiyi kabul et-medi. 9 ay sonra diğer memede İDK gelişti ve MRM yapıp 6xSiklofosamid+Epirubisin-ex	ex-ileri yaş	16
5	3C	4xCAP+4xT+ RT+Hormonoterapi	yaşıyor	25
6	3C	4xneoadjuvan Sisplatin+Dosetaksel-tam remisyon-MRM+RT+2xSisplatin+Dosetaksel	yaşıyor	9
7	4	Tanıda akciğer metastazlı-6xCAP-Minimal yanıt-beyin metastazı-Dosetaksel+Kapesitabin başlandı	yaşıyor	8
8	2B	6xCAF+RT	yaşıyor	62
9	3C	4xCEF+4xT+RT+Trastuzumab	yaşıyor	26
10	2A	4xCAF+4xT	yaşıyor	24

EP-101
GEMCİTABİNE İLİŞKİLİ DRESS SENDROMU: BİR OLGU NEDENİYLE

ERTUĞRUL BAYRAM, SEMRA PAYDAŞ, SUZAN ZORLUDEMİR, ABDURRAHMAN DOĞMUŞ, ARBİL ACİKALIN, ÇİĞDEM AFŞAR, MERAL GÜNALDI, VEHBİ ERÇOLAK

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Gemcitabine onkolojide sıklıkla kullanılan bir ilaç olup, diğer yan etkilerinin yanı sıra deri döküntülerine yol açabilir. Burada gemcitabine tedavisi verilmekte olan bir pankreas Ca olgusunda ortaya çıkan DRESS sendromu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

60 yaşında erkek hasta 3 yıl önce tip-II diyabet ve hipertansiyon tanıları ile izlenmekte iken pankreasta kitle nedeniyle başvurdu. Biyopsi sonucu pankreas Ca gelen karaciğer metastazı saptanan hastaya 5.08.2011 tarihinde gemcitabine verildi. Tedavinin 3. günü ateş, kaşıntı, ellerde ve kollarda kızarıklık şikayetleri başlamış. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine 18.8 2011 tarihinde başvurdu. Yaygın makulo-papuler döküntü olması üzerine yatırıldı.

Bulgular:

Fizik muayenede 38 Cateş, hepatomegali, yaygın makulapapuler döküntüler saptandı. Tam kan sayımı ve periferik yaymada eosinofil artışı saptandı ve günler içinde eosinofil oranı arttı: (%8-%9,8- %11,2- %13,8- %14,3). Karaciğer enzim düzeyleri normal bulundu. Böbrek fonksiyon bozukluğu olmayan olguda lenfadenopati de saptanmadı. Eozinofili nedeniyle yapılan incelemelerde parazit saptanmadı. Allerjik astıma uyan klinik ve laboratuvar bulgusu saptanmadı. Deri biyopsisinde epidermiste hiperkeratoz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, papiller dermiste ödem, perivasküler lenfosit ve eosinofil infiltrasyonu saptandı. Hastada gemcitabine ilişkili DRESS sendromu düşünülerek antihistamik ve lokal streoid başlandı. Tedavi sonrası 5. günde cilt lezyonları ve eosinofili geriledi.

Sonuç:

Yaygın cilt erupsiyonu, ateş, eosinofili, sistemik semptomlarla giden bir hastalık olan DRESS sendromu'nun en sık sebebi ilaçlardır. Bazen HHV-6, EBV, CMV gibi enfeksiyonlar da etken olabilir. Gemcitabine ilişkili DRESS olgusuna literatür taramasında rastlanmadığı ve onkolojide günlük pratikte sık kullanılan ilaçlardan biri olan gemcitabine ilişkili DRESS olması nedeniyle olgu sunuldu.

EP-102
KANSER HASTALARINDA UYKU SORUNLARININ PİTTSBURGH UYKU KALİTE ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜLAY AKMAN¹, TUĞBA YAVUZŞEN¹, ZEYNEP SEVGİN², HÜLYA ELLİDOKUZ³, AHMET UĞUR YILMAZ¹

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

³ - DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Kanser popülasyonunda uykusuzluk prevalansı %23-61 arasında değişmektedir. Kanserli hastalarda uykusuzluk, kötü uyku kalitesi, kısa uyku süresi sıklıkla görülen problemlerdendir. Türkiye’de kanser hastalarının uyku problemlerinin sıklığı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır ve yeni çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışmamızda kanser hastalarında uyku bozukluklarının sıklığının araştırılması ve bunların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Polikliniğine başvuran kanser tanısı almış kemoterapi planlanan veya alan 314 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara sözlü onam alındıktan sonra yüzyüze görüşme yöntemiyle Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) uygulanmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya alınan toplam 314 hastanın 167'si (%53,2) kadın, 147'si (%46,8) erkekti. Yaş ortalamaları sırasıyla kadınlarda 54,8, erkeklerde 61,8'di. Hastaların %33,8 GİS, %22,6 meme, %21,7 akciğer, %8,3 jinekolojik ve %13,7 diğer kanser grupları oluşturdu. PUKÖ'ne göre 314 hastanın 127'sinde (%40,4) uyku kalitesi kötü (global skor>5) saptandı. Cinsiyet, medeni hal, evre ve kemoterapi uygulanması ile uyku kalitesi skorları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p >0,05). Metastaz yerleşim bölgelerine göre kemik ve visseral metastazları olanlarda uyku kalitesi skorlaması daha düşüktü (p:0,006). Hastaların genel performans durumuna göre ECOG skoru 3 olanlarda anlamlı olarak uyku kalite skorlaması düşük saptandı (p:0,02). Uyku kalitesi zerine bağımsız bir etmen olan cinsiyete göre gruplandırıldığında kadın cinsiyette uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu skoru istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p:0,04, p:0,01).

Sonuç:

PUKO ölçeği kanser hastalarında uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde kolay ve uygulanabilir bir ölçektir. Kanser hastalarında uyku problemlerinin erken dönemde saptanması ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi önemlidir.

EP-103

PRİMERİ BİLİNMEYEN TÜMÖRLERİN KLİNİK, PATOLOJİK, DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

ALİ SARI, SERNAZ UZUNOĞLU, ESMA TÜRKMEN, BÜLENT ERDOĞAN, İRFAN ÇİÇİN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Primeri bilinmeyen kanser (PBK), tüm kanserlerin % 2-7'sini oluşturur. Klinik çalışmalara alınan PBK'li hastalarda sağkalım 6-10 ay, alınmayanlarda 2-3 aydır. Çalışmamızda, PBK hastalarımızın klinik, patolojik, demografik özelliklerini, tedavi sonuçlarını, sonuçlara etkili olan prognostik faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

1999-2010 yılları arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine kanser tanısıyla başvuran 11742 hastadan PBK tanısıyla sistemik tedavi alan 97 (34 kadın, 63 erkek) hasta çalışmaya alındı.

Bulgular:

Sigara içme oranı %59 idi. Olası primer akciğer ile sigara arasında ilişki vardı (p=0,002). En sık metastaz yeri karaciğer idi. Ortanca KC metastaz sayısı 4 idi. Ortanca metastaz bölge sayısı 2 idi. KC metastazı olan hastaların metastazı olmayanlara göre GSK'ı kötüydü (p=0,001). En sık histoloji adenokarsinomdu (%63). Öngörülen en sık olası primer akciğerdi (%36). Ortanca GSK 6 ay idi. Sağkalım sonuçları açısından olası primer öngörülenlerle öngörülemlenler karşılaştırıldığında ortanca sağkalım 6 aya karşı 4 ay idi (p=0,08). Diğer yandan olası over, testis ve

primer periton tümörleri gibi kemosensitif tümörler diğer tümörlerle karşılaştırıldığında ortanca sağ kalım 11 aya karşı 6 ay (p=0,036) bulundu. Bu kemosensitif tümörler olası primer öngörülen tümörlerden çıkarıldığında sağ kalım farkı ortanca sağ kalım olası primer öngörülenlerde 6 ay, olası primer öngörülmemenlerde 4 ay (p=0,12) bulundu. ALP, hemoglobin, albümin, LDH, kemoterapi yanıtı ve karaciğer metastazı tek değişkenli analizde sağkalımla ilişkiliyken, çok değişkenli analizde sadece karaciğer metastazı varlığı ve kemoterapi yanıtı sağkalımla ilişkili bulundu.

Sonuç:

İyi prognostik ve kemosensitif grubun tanımlanması sağkalım sonuçlarını iyileştirmektedir. Kötü prognostik gruptaki hastaların primerinin öngörülerek tedavi edilmesi sonuçları primeri öngörülemlen gruba göre değiştirmemektedir. Kemoterapiye yanıt ve karaciğere metastaz varlığı en önemli prognostik faktörlerdir.

EP-104

REKÜRREN METASTATİK TİMOMA TEDAVİSİNDE CYBERKNİFE UYGULAMASI

NURİ USLU, HASAN CEM MISIRLIOĞLU, VAHİDE İŞİL UĞUR, GÜLHAN GÜLER, YILDIZ GÜNEY

ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Amaç:

Temel tedavisi cerrahi ve radyoterapi olan timomalarda metastaz odaklarında radyoterapinin gelişmiş teknikler ile etkin kullanımını göstermek istedik.

Gereç ve Yöntem:

Olgu: Hastamız 46 yaşında bayan olup, 2004 yılında torokostomi sonucu tanı almış tip 1 timomadır. Başka bir merkezde 3 ayrı kemoterapi (KT) protokolü uygulanmıştır. Takiplerinde 2007 ve 2009'da lokoregional nüks nedeniyle palyatif mediastinal cerrahi girişimler, yine 12-2009'da torokal 11-1umbal 2 seviyesindeki paravertebral kitleye maksimal cerrahi sonrası postoperatif konformal 35 GY radyoterapi (RT) uygulanmıştır. 25-10-2011 Pet Bt ; akciğer dışında patolojik tutulum saptanmadı. Akciğerde SUV maks 3.2 ile 5.1 arasında fdg tutulumu gösteren 7 adet nodül için radyoloji bölümü yardımıyla takip akciğer tomografilerinin karşılaştırılması sonucu, sol akciğer bazalinde 5 adet nodülde progresyon saptandı.

Bulgular:

Klinik semptomu olmayan hastaya, lejyonların takipte kalabileceği veya Cyberknife ile RT verilebileceği anlatıldı. Hastanın tedavi isteği üzerine nodüllerin en büyüğü olan anteriordaki (3 cm) ve lateral komşuluğundaki iki kitleye, toplamda 4 adet fludicial yerleştirildikten sonra, Cyberknife ile 3 fraksiyonda 5200 cGY RT uygulandı. 3. ay kontrol torax Bt radyoloji yorumunda RT uyguladığımız nodüllerde ileri derece regresyon görüldü.

Sonuç:

Üç kez primer tümör cerrahisi, adjuvan kemoterapi sonrasında

5. yılında paravertebral metastaza ve 7. yıl takibinde progrese akciğer nodüllerinden ikisine radyoterapi uyguladığımız hastanın, her iki lokalizasyondaki kitlede belirgin regresyon görüldü. Selim seyirli olarak tanımlanan timomaların metastatik odaklarında ileri teknikler ile radyoterapi etkinliğini gördük.

EP-105

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. VE 3. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KANSER VE SAĞLIKLI YAŞAM İLİŞKİLERİ ARASINDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI

GÖKHAN ÇELENKOĞLU¹, BEKİR KAPLAN², BURCU KÜÇÜK BİÇER², MELTEM ŞENGELİN², BANU ÇAKIR², SABAHAT TEZCAN²

¹ KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D.
² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.B.D.

Amaç:

Bu çalışmanın amacı Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 3. sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi ve alışkanlıkları hakkında bazı bilgilerinin ve farkındalıklarının belirlenmesi ve kanser hastalığının oluşumunda olası etkiler konusundaki bilgi, görüş ve davranışlarının saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmada veri toplamak amacıyla toplam 45 soru bulunan bir anket gözlem altında uygulanmıştır. Toplam 192 kişiden 153'e (%79,6) ulaşılmıştır. Veri girişi yapılandırılmış ve analizleri için "SPSS for Windows 15.0" paket programı kullanılmıştır.

Bulgular:

Araştırmaya katılanların yaşları 17-24 arasındadır. Öğrencilerin %44,4 ü 17-19 yaş grubunda, %55,6 sı 20-24 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %46,4 ü erkek, %53,6 sı kadındır. Katılımcıların 87'si (%56,9) 1. sınıfta, 66'sı (%43,1) 3. sınıfta olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin 17-19 yaş grubunda olanlar ile 20-24 yaş grubunda olanlar kanser bilgi puanı ile karşılaştırıldığında, yaş grubu büyük olanlarda kanser bilgi puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,0001$).

Öğrencilerin okuduğu 1. ve 3. sınıflar ile kanser bilgi puanı karşılaştırıldığında, 3. sınıfta okuyanlarda kanser bilgi puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

Öğrencilerin çekirdek aile tipi olanları ile kanser bilgi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,036$).

Öğrencilerin kanserde taramanın önemi ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($P < 0,027$).

Sonuç:

Sonuç olarak Kırıkkale Tıp Fakültesinde yapılan bu çalışmada, 3. sınıf öğrencileri ile yaş grubu büyük olanların (20-24) ; 1. sınıf öğrencileri ve yaş grubu küçük olanlara (17-19) göre kanser konusunda daha bilgili oldukları belirlenmiştir.

Kanser konusunda duyarlılığı artırmak adına 1. sınıflara ek ders konularak öğrencilerin sağlıklı yaşam ve dengeli beslenme açısından bilgilenmesi sağlanmalıdır.

EP-106

OLGU SUNUMU: 15 YIL SONRA METASTAZ GELİŞEN UTERUS LEİOMYOSARKOMU

FEYZA ÇİÇEKLİ¹, NALAN AKGÜL BABACAN², SAADETTİN KILIÇKAP², BİRSEN YÜCEL³, TURGUT KAÇAN², MEHMET FUAT EREN³, YILLAR OKUR³, EBRU ATASEVER AKKAŞ³

¹ SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD
² SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD
³ SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

Amaç:

Uterus leiomyosarkomları metastaz eğilimi zayıf olan nadir tümörlerdendir. En sık, akciğerler, karaciğer ve beyine metastaz yapmakla birlikte geç metastaz oldukça nadirdir. Biz bu vaka ile operasyondan 15 yıl sonra akciğer metastazı gelişen uterus leiomyosarkomu tanılı hastamızı sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

Hasta dosya bilgileri incelendi.

Bulgular:

58 yaşında bayan hasta bir ay önce başlayan nefes darlığı şikayetiyle bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Hastaya çekilen akciğer grafisinde plevral efüzyon tesbit edilmiş. Yapılan plevral biopsi patolojisi 'malign mezenkimal tümör metastazı' şeklinde raporlanması üzerine değerlendirilen hastanın, özgeçmişinde 15 yıl önce uterus leiomyosarkomu nedeniyle opere olduğu ve postoperatif 3 kür antrasiklinli rejim aldığı öğrenildi. Yapılan toraks tomografisinde, sağ akciğer üst lob anterior segmentte 2.5x8cm, posterior segmentte 5.5x8cm olmak üzere iki kitle tesbit edildi. Hastaya metastatik m. mezenkimal tümör tanısıyla uygulanan 6 kür sisplatin-etoposid kemoterapisi sonrası radyolojik progresyon tesbit edilmesi üzerine, ikinci basamak tedavi olarak 4 kür ifosfamid-mesna adriamisin, 2 kür ifosfamid-mesna-etoposid tedavisi uygulandı ve yapılan değerlendirmede kitlede tama yakın bir regresyon izlendi. Hasta halen asemptomatik olarak izlenmektedir.

Sonuç:

Uterus leiomyosarkomunun geç metastazı oldukça nadir olmakla birlikte hastalarda gelişen yeni akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir.

EP-107

BU POSTER GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-108

SENKRON/METAKRON METASTATİK NON SMALL CELL LUNG KARSİNOM VE METASTATİK RENAL CELL KARSİNOM

MURAT ARAZ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ

Olgu:

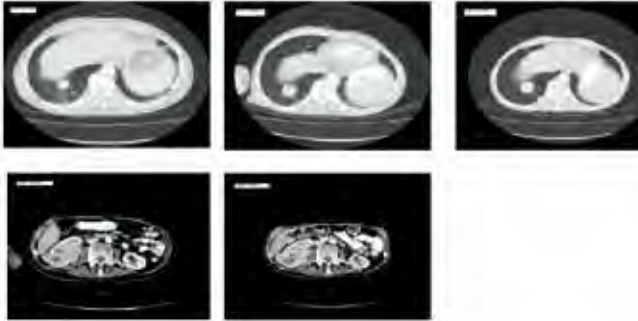
61 yaşında erkek hasta, Mart 2011 tarihinde başlayan öksürük

ve hemoptizi nedeni yapılan bronkoskopisinde saptanan sağ akciğer orta lob lateral duvarındaki nodüler görünümünden biyopsi yapılmış. Squamöz hücreli karsinom olarak rapor edilmiş. Evreleme için çekilen PET-BT sinde; sağ akciğer hiler bölgede nodüler dansite artışı(suvmax:5,48), sağ akciğer alt lob postero-bazal segmentte nodüler lezyon(suvmax:3.23), mediastende sağ alt paratrakeal, aortopulmoner, prekarinal ve bilateral bronkopulmoner lenf nodlarında FDG tutulumu(suvmax:5.74) ve her iki iliak kanatta ve sağ asetabulumda fokal FDG tutulumu(suvmax:3,26) saptanmış. Pelvik MR ında kemik yapılarıdaki lezyonlar metastaz lehine değerlendirilmiş. Kranial MR da multiple metastatik lezyonlar saptanan hastaya 09.05.2011-23.05.2011 tarihleri arasında palyatif radyoterapi uygulanmış.

ECOG:0-1 olan hastaya palyatif dosetaksel+sisplatin kemoterapisi ve zoledronik asit başlandı. 3 kür kemoterapi sonunda çekilen kontrol BT lerinde; sağ akciğer alt lob posterobazal segmentteki kitlede ve mediastinal hiler lenf nodu boyutlarında artış , sağ böbrek orta alt polde yeni gelişimli 8x6 cm lik malign görünüme sahip kitle ve sağ renal ven içerisinde inferior vena kavaya uzanan trombus tespit edildi (RCC?).

BT sonuçları beklenirken , sağ omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle çekilen grafisinde proksimal humerusta fraktür saptandı. 09.2011 tarihinde opere edilen hastanın kemik patolojisi renal cell karsinom metastazı olarak rapor edildi.

Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeni ile sağ kalım düşük olduğundan 2. primer olarak kabul edilen metastatik renal kitleye operasyon veya targeted tedavi planlanmadı. First line kemoterapi sonrası progresse olan akciğere yönelik gemitabin+carboplatin başlandı. 2 kür sonunda çekilen kontrol BT lerinde stabil hastalık yanıtı saptandı.



EP-109

PANKREAS KANSERİNDE KAN GRUBUNUN SAĞKALIMLA İLİŞKİSİ VAR MI?

F. TUĞBA KÖŞ¹, BURAK CİVELEK¹, M. METİN ŞEKER¹, ZAFER ARIK², SERCAN AKSOY², DOĞAN UNCU¹, NURİYE ÖZDEMİR¹, NURULLAH ZENGİN¹

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Yapılan çalışmalarda ABO kan gruplarının pankreatik kanser

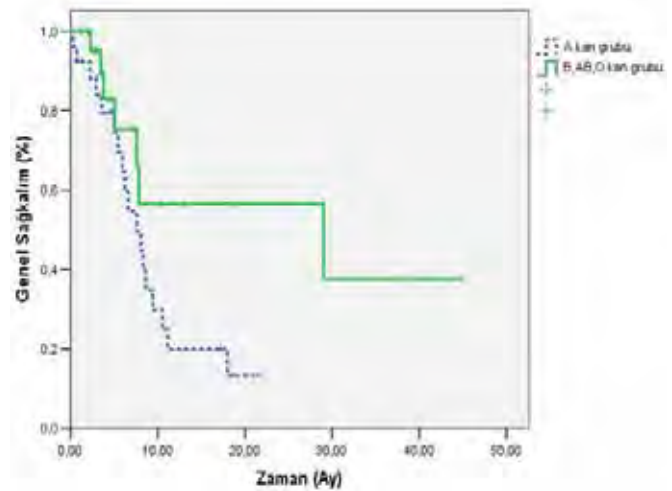
riskinde artış ile ilişkisi olabileceği gösterilmiştir. A kan grubuna sahip kişilerde pankreas kanseri daha yüksek oranda saptanmıştır. Biz de çalışmamızda pankreas kanserli hastalarda farklı kan gruplarının genel sağkalımla ilişkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

2005-2010 yılları arasında Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde takip edilen pankreas kanserli hastalar genel özellikleri ve kan grubu bilgileri için arşiv verilerinden yararlanılarak retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:

Kan grubu bilgisine ulaşılan 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Yirmi altı hasta (%52) A kan grubunda, 9 hasta (%18) B, 3 hasta AB (%6) ve 12 hasta O (%24) kan grubundaydı. A kan grubuna sahip hastaların median yaşı 61,5 (aralık 39-80) yıl iken diğer kan grubuna sahip (B, AB, O) toplam 24 hastanın median yaşı 55,5 (aralık 32-74) yıl idi. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0.14). Tanı sırasında A kan grubundaki hastaların %18'i metastatik iken diğer kan grubundaki hastaların %11'i metastatiktir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0.17). A kan grubundaki hastalarda median genel sağkalım 7.6 ay (%95 CI: 5,0-10,2) iken diğer kan grubunda 29.0 (%95 CI: 0,0- 68,8) olarak hesaplandı. İki grup arasında genel sağkalım açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı (p=0.05).



Şekil. Kan Gruplarına Göre Genel Sağkalım Eğrisi

Sonuç:

A kan grubundaki pankreas kanserli hastalar diğer kan grubuna sahip hastalara göre daha kötü prognoza sahip olabilir. Kan gruplarının prognostik etkisi araştırmak için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-110**PANKREAS KANSERLİ BİR HASTADA NADİR BİR
PARANEOPLASTİK SENDROM; STİFF-PERSON SENDROMU**

SÜLEYMAN ERDOĞDU¹, ALİ ARICAN¹, ERDİNÇ NAYİR¹, ALPER ATA², BURCU BOZTEPE³, İBRAHİM ARDA YILMAZ⁴

¹ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² MERSİN DEVLET HASTANESİ

³ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ABD

⁴ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ BD

Amaç:

Pankreas kanseri %3 (10.sırada) sıklıkta izlenen, kansere bağlı tüm ölüm oranları arasında sıklığı %6-7 (4.sırada) olan prognozu oldukça kötü kanserlerdendir. Pankreas kanserine bağlı pek çok paraneoplastik sendrom (PNS) izlenebilir. Stiff-Person Sendromu (SPS) oldukça seyrek rastlanan, progresif rijidite, omurga ve ekstremitelerde kaslarında refleks spazmlar, sonuçta ciddi bozulmuş hareket kaybı ile karakterize bir tablodur. Sıklıkla (%80) non-paraneoplastiktir, paraneoplastik formu meme kanseri ve KHAK ile ilişkilidir. Bu sunumda SPS gözlenen pankreas kanserli bir olguyu tartışmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Pankreas baş kısmında 3,5x2,5 boyutunda kitle nedeniyle Whipple operasyonu yapılan ve patoloji sonucu adenokarsinom olarak raporlanan 67 yaşındaki erkek hastaya adjuvan olarak 5-Fluorourasil içeren kemoradyoterapi uygulandı.

Bulgular:

Takiplerde problemi olmayan hasta bir yıl sonra pankreas lojunda nüks kitle ve alt ekstremitelerde güçsüzlük, dengesizlik ve yürüyememe şikayetleri ile başvurdu. EMG'de duysal ve motor lifleri etkileyen alt ekstremitelerde baskın periferik polinöropati sendromu tespit edildi. Zamanla her iki alt ve üst ekstremitelerde ve boyun-yüz kaslarında rijidite ve düzensiz aralıklarla gelen kasılmalar gelişti. Hastanın nörolojik bulgularına göre SPS tanısı kondu.

SPS genellikle şiddetli spazmlar ve torakolomber bölgede kas sertliğinin olduğu glutamik asid dekarboksilaz antikörlerinin hastaların yaklaşık %60'ında yükseldiği nadir bir PNS tipidir. Hastamızda bakılan ilişkili antikörler negatifti. EMG kısıtlı fayda sağlar ama tanıda en önemli kriter hastanın kliniğidir. Tedavisinde fikir birliği olmamakla beraber benzodiazepinler, kortikosteroidler, intravenöz immünglobulin ve plazmaferezin faydalı olduğu iddia edilmektedir. Hastamıza benzodiazepin, steroid ve plazmaferez uygulandı ancak minimal klinik yanıt alındı. Palyatif olarak gemesitabin ve sisplatin başlandı ve bir kür aldı.

Sonuç:

Bu vaka pankreas kanserine bağlı gelişen Stiff-Person Sendromu olarak ülkemizde ve olası olarak dünyada bildirilen ilk vakadır.

EP-111**HEPATİK EPİTELOİD HEMANJİOTELİYOMA**

DİNÇ SÜREN¹, EDA PARLAK², MUSTAFA YILDIRIM³, AYHAN HİLMİ ÇEKİN⁴, CEM SEZER¹, MUSTAFA YILDIZ³, MERT KÖROĞLU²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

³ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

⁴ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Hepatik epitelioid hemanjioendoteliyoma (HEH) vasküler orijinli, genellikle yumuşak dokuları ve visseral organları tutan, düşük gradeli bir malignitedir ve oldukça nadir görülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazımızda sağ üst kadranda ağrısı ile kliniğimize başvuran hastamızda tespit ettiğimiz HEH karaciğerin vasküler orijinli lezyonların ayırıcı tanısında gözönünde bulundurulması gerekliliğini vurgulamak için güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bulgular:

Hipertansiyon ve diyabet nedeniyle 10 yıldır takip edilen 55 yaşındaki kadın hasta karın sağ üst kadranda ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde hepatomegali saptandı. Ultrasonografide karaciğer sağ lob parankiminde multiple hipoekoik kitle lezyonlarına rastlandı. Manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) ise daha çok karaciğer sağ lobda yerleşimli T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda belirgin hiperintens özellik gösteren ve kontrast madde enjeksiyonu sonrası arterial fazdan itibaren periferik tarzda kontrastlanan çok sayıda düzensiz kontürlü kitle lezyonu saptandı. Daha sonra hastaya US eşliğinde tru-cut biyopsi yapıldı.

Sonuç:

HEH oldukça az rastlanan asemptomatik olması ve spesifik laboratuvar bulgularının olmaması ile tanı konulması bir tümördür. Ancak radyolojik olarak tanıda en spesifik özelliğinin multiple ve difüz lezyonlar, karaciğer kontürlerinde retraksiyon, arterial fazda periferik tarzda kontrastlanma ve kalsifikasyon varlığı karaciğerin vasküler lezyonlarında ayırıcı tanıda HEH ı akla getirmelidir.

EP-112**KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ VE ÖZAFAGUS KANSERİ**

ERDAL KURTOĞLU¹, UTKU DÖNEM DİLLİ², MUSTAFA YILDIRIM², BURAK DEVECİ¹, MUSTAFA YILDIZ²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Kronik lenfositik lösemi batı ülkelerinde en sık görülen lösemi tipidir. Tüm lösemilerin %20-30'unu oluşturur. Özefagus kanseri tüm kanserler arasında 6. sıradadır. KLL seyri sırasında solid tümörler gelişebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

İmmün supresif tedavi altında KLL ile takipte olan, özefagus skuamöz hücreli karsinom gelişen olgumuz güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

KLL nedeniyle takip edilen 70 yaşında erkek hasta hastanemize yutma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Yapılan üst endoskopisinde servikal özeafagus bölgesinde kitle tespit edildi. Biyopsi alındı. Patolojisinde skuamöz hücreli karsinomtespit edildi. Evreleme çalışmaları sonrası hastaya definitif KRT planlandı. KLL için aldığı leuceran tedavisi durduruldu.

Sonuç:

KLL takibinde solid maligniteler gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini düşünüyörüz.

EP-113

OLGU SUNUMU: LAPAROSKOPİK CERRAHİYE BAĞLI KARIN DUVARINDA NÜKS GELİŞEN SAFRA KESESİ CA

NALAN AKGÜL BABACAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP¹, TURGUT KAÇAN¹, BİRSEN YÜCEL¹, YILLAR OKUR¹, MEHMET FUAT EREN², EBRU ATASEVER AKKAŞ¹, İLKNUR KOÇ OLÇAŞ³

¹CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

²CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

³CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD

Amaç:

Laparoskopik kolesistektomi sonrası insidental safra kesesi karsinomu sıklığı % 0.34-0.39 arasında değişmekte ve tümörün evresine bağlı olarak ek radikal bir cerrahi gerekebilmektedir Biz de taşlı kese ön tanısıyla laparoskopik kolesistektomi sonrası insidental olarak safra kesesi ca tanısı alan ve karın duvarında nüksle başvuran bir hastamızın klinik özelliklerini sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

Hasta dosya bilgileri incelendi.

Bulgular:



62 yaşında kadın hasta, 2 aydır devam eden sağ üst kadranda ağrısı nedeniyle dış merkezde genel cerrahi uzmanına başvurmuş. Yapılan Batın US'unda safra kesesinde taş saptanmış ve laparoskopik kolesistektomi yapılmış. Postop patolojisi indiferansiye adenokarsinom, tümör serozaya kadar infiltre ve 2x2 cm boyutlarında (T2, Nx) olarak raporlanmış. Ek bir tedavi almayan hastanın postop 2. ayında sağ üst kadranda, laparoskopik girişim yerinde cilt altında ağrılı kırmızı renkli şişlik gelişmiş. Fizik muayenesinde batın sağ üst kadranda operasyon yerinde ağrılı, cilt altı yerleşimli 8x10 cmlik kitle palpe edilen hastanın abdomen BT'sinde karın ön duvarı sağ üst kadranda 4x15 cm boyutlarında heterojen lezyon saptanarak nüks ön tanısıyla merkezimize refere edildi. Hastaya Gemsitabin-Sisplatin kemoterapisi başlandı. 3 kür sonrası ağrısı azalan ve fizik muayenesinde kitle boyutu 8x8 cm'e gerileyen hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

Laparoskopik kolesistektomi sonrası insidental olarak saptanan safra kesesi ca hastaları dikkatle değerlendirilmelidir. Gerekli olan hasta grubunda (patolojik evre ile ilişkili olarak) radikal bir cerrahiden kaçınılmamalıdır.

EP-114

SORAFENİBE BAĞLI CİLT TÜMÖRÜ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

SEMA SEZGİN GÖKSU¹, HASAN ŞENOL COŞKUN¹, İBRAHİM BAŞSORGUN², HAKAN BOZCUK¹, BURHAN SAVAŞ¹

¹1-AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

²2- AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ

Amaç:

Sorafenib, renal hücreli kanser ve hepatoselüler kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir çoklu kinaz inhibitörüdür. Sorafenibe bağlı cilt yan etkileri sık olmakla beraber cilt tümörlerinin gelişimi nadirdir.

Gereç ve Yöntem:

Burada sorafenib tedavisi altında cilt skuamoz hücreli kanseri gelişen hepatoselüler kanserli bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

74 yaşında erkek hasta, Nisan 2010'da hepatoselüler kanser tanısı alması üzerine Tıbbi Onkoloji kliniğine başvurdu. Hastanın yapılan testlerinde viral hepatit markerları negatifti. Fizik muayenede karaciğer 8 cm ele geliyordu. Hasta Child-Pugh skorlamasına göre child A olarak değerlendirildi. Hastaya sorafenib 2x400 mg başlandı. Daha sonra nötropeni nedeniyle doz azaltılarak 2x200 mg ile devam edildi. Takiplerinde hasta klinik ve radyolojik olarak stabil seyretti. Tedavinin 19. ayında hastanın yüzünde, sol molar bölgede1,5 cm çapında ciltten kabarık, belirgin renk değişikliği olmayan kitle lezyonu oluştu. Total eksize edilen lezyonun patolojisi skuamoz hücreli kanser ile uyumlu idi, cerrahi sınırlar negatif izlendi. Hasta halen sorafenib tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç:

Sorafenib tedavisine bağlı cilt yan etkileri oldukça sık görülmesine rağmen , literatürde 30 kadar hastada skuamoz hücreli kanser bildirilmiştir. Sorafenibe bağlı cilt tümörleri

uzun süreli tedaviler sonrası ortaya çıkabileceği gibi, tedavinin başlangıcındaki ilk birkaç ayda da görülebilir. Literatürdeki vakaların çoğu agresif olmayan tümörler olup, genel kanı sorafenib tedavisine devam edilmesidir. Sorafenib başlanan hastalar cilt toksisitesi hakkında bilgilendirilmeli ve periodik olarak dermatolojik muayeneleri yapılmalıdır.

EP-115

GEMSTABİN SİSPLATİN REJİMİNE BAĞLI GELİŞEN AKUT PANKREATİT; OLGU SUNUMU

CEMİL BİLİR, HÜSEYİN ENGİN, YASEMİN BAKKAL TEMİ

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ONKOLOJİ B.D

Amaç:

Birçok ilaç akut pankreatite yol açabilmektedir. Aynı zamanda birçok antineoplastik ajan tek başına veya kombinasyon rejimlerinde bu riski taşımaktadır. Bazı kemoterapi rejimleri ile akut pankreatit vaka sunumu olarak bildirilmekle birlikte henüz Gemitabin-Sisplatin (GS) rejimine bağlı olgu bildirilmemiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kemoterapi sonrası gelişen akut pankreatit olgusu sunduk

Bulgular:

Olgu: 68 yaşında kadın hastaya metastatik (kemik) küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile GS rejimi başlandı. Pankreatit için herhangi bir risk faktörü olmayan hasta tedavinin bitiminden 1 gün sonra şiddetli bulantı, karın ağrısı ve kusma şikayetleri nedeniyle acile başvurdu. Amilaz ve lipaz düzeylerinde 5 kattan daha fazla yükseklik, EUS ta obstrüksiyon bulgusu olmayan hastada GS rejimi kesilerek hasta takibe alındı. Takiplerinde 3 günden sonra amilaz ve lipaz düzeyleri normale dönen hasta taburcu edildi.

Sonuç:

Kemoterapiden sonraki günlerde şiddetli bulantı ve kusma kemoterapi rejimlerine bağlı olabileceği gibi bu ilaçlara ait komplikasyonlarında bir göstergesi olabilir. Bizde GS rejmi sonrası akut pankreatit gelişen bir olgu sunduk. Kemoterapi alan hastalarımızda şiddetli bulantı, kusma ve karın ağrısı durumlarında akut pankreatitte aklımıza gelmeli ve gerekli tetkiklerin istenmesi ile ayrıca tanıda dikkate alınmalıdır.

EP-116

ABO KAN GRUBU VE PANKREAS KANSERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

HÜSEYİN ENGİN¹, CEMİL BİLİR¹, AYLA GÖKMEN²

¹ ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ONKOLOJİ B.D

² ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HEMATOLOJİ B.D

Amaç:

Pankreas kanseri gerek sıklığı gerekse yüksek mortalitesi nedeniyle sık araştırma konusu olan kanserlerdendir. Pankreas kanseri için birçok risk faktörü araştırılmıştır; sigara, obezite,

diyabet, kronik pankreatit, aiesel yatkınlık şimdiye kadar araştırılmış risk faktörleridir. Bizde çalışmamızda kan grup antijenleri ile pankreas kanseri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Pankreas kanseri tanısı olan 132 hasta ve 350 kontrol çalışmaya alındı.

Bulgular:

Pankreas kanserli grupta A kan grubu anlamlı olarak daha yüksekti (OR 1.8, 95%CI, p 0.005), AB kan grubu ise anlamlı olarak daha düşüktü (OR 0.37, 95% CI, p 0.04). B ve O kan grubu açısından ise sağlıklı kontroller ile fark yoktu. Yaşam sürelerine bakıldığında median survi (IR) A,B,AB ve O kan grubu için sırasıyla 7.0 (1-28), 7.0 (2-38), 10 (2-36) ve 9.0 (2-48) aydı. Genel sağkalım O kan grubunda nonO hastalara göre anlamlı olarak daha uzundu

Sonuç:

Çalışmamızda A kan grubu pankreas kanserli hastalarda daha fazla saptandı. Bu bulgu literatürde yer alan diğer toplumlarda yapılan çalışmalar ile uyumluydu. AB kan grubu ise pankreas kanseri için koruyucu bir risk faktörü olabilir. Çalışmamız gösterdi ki O kan grubu taşıyan pankreas kanseri hastaları kemoterapi ve/veya radyoterapiden bağımsız olarak daha uzun OS'e sahipti. Bu da O kan grubunun tedaviye henüz bilemediğimiz faktörlerden dolayı daha iyi cevap verebileceğini düşündürmektedir.

EP-117

KANSER KAYIT MERKEZİMİZDEKİ KAYITLI PANKREAS KANSERLİ 73 HASTANIN ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

PINAR KUM¹, BERKSOY ŞAHİN¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR²

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT
MERKEZİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ
BİLİM DALI

Amaç:

Pankreas kanseri prognozu en kötü olan tümörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda 2008-2011 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Kayıt Merkezinde kaydedilen 73 pankreas kanserli olgunun özelliklerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Kayıt Merkezi'nin 2008-2011 yılları arasında veri tabanına dahil ettiği 73 pankreas kanseri tanısı almış olgular alınmıştır. Tanı aşamasındaki olguların yaş, cinsiyet, pankreas lokalizasyonu, yaşadığı il, histolojik tanıları, sağkalımları veri tabanındaki bilgiler ve ulaşılabilen hastane dosyaları incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 15.0 istatistik programı ve life tables sağkalım analizi ile yapılmıştır

Bulgular:

Olguların yaş ortalaması 60±12.68829 idi. 31 (%42,5) olgu kadın, 42 (% 57.5) olgu erkek olarak saptandı. Olguların 51 (%69.9)'si Adana, 7 (%9.6)'si Hatay, 15(%20,4)'u diğer illerde yaşamaktaydı. 56 (%76.7)'si adenokarsinom, 8 (% 11)'i

nöroendokrin karsinom, 9 (% 12.3) olgu ise malign epitelyal tümör histolojik tanısını almaktaydı. Tümör yerleşimleri 33 (%45.2) pankreas başı, 8 (%11.0) pankreas gövdesi, 8 (% 11) pankreas kuyruğu, 2 (%2.7) pankreas boynu, 1 (% 1.4) pankreas kanalına idi. 21 (%28.8) olgunun ise yerleşimi belirtilmemiştir. 23 (%31.5) olgunun sağkalım bilgisine ulaşılabilmıştır. Bu bulgulara göre; median sağkalım kadınlarda 9.9 ay, erkeklerde 7.7 ay her iki cins için ise 9.655 ay olarak görülmüştür. Adenokarsinom tanısı alanlar için sağkalım 10.125 ay, nöroendokrin karsinom için 20 ay, epitelyal tümör için 1.5 aydır. Sağkalım 1 yıllık % 41, 2 yıllık % 20 olarak bulunmuştur.

Sonuç:

Sonuç olarak elde edebildiğimiz veriler için histolojik tanımlar, tümör lokalizasyonu, cinsiyet ve sağkalımlar literatürlerle uyumlu olarak görülmüştür.

EP-118

HEPATOSELLÜLER KARSİNOM OLGUSUNDA TRANSARTERİYEL KEMOEMBOİZASYON SONRASI CİDDİ NÖTROPENİ

TURGUT KAÇAN¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP¹, BİRSEN YÜCEL², YILLAR OKUR², MEHMET FUAT EREN², EBRU ATASEVER AKKAŞ², ÖZGÜR DOĞAN³

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² CÜTF RADYASYON ONKOLOJİSİ

³ CÜTF İÇ HASTALIKLARI

Amaç:

Trans-arteriyel kemoembolizasyon (TAKE) HCC'nin lokal tedavisinde kullanılan bir yöntem olup, myelotoksikite sık beklenen bir yan etki değildir.

Gereç ve Yöntem:

Biz bu olguda HCC'li bir hastaya TAKE uygulaması sonrası gelişen ciddi nötropeni olgusu rapor ediyoruz

Bulgular:

53 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır olan ve progresif artış gösteren; epigastrik yanma, karın ağrısı, çabuk doyma, halsizlik, yorgunluk şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede hepatosplenomegali tespit edildi. Üst endoskopide pangastrit izlenen hastanın batın USG ve üst batın MR'ında Karaciğer sol lobu kaplayan diffüz kitle, sol portal ven invazyonu, hepatogastrik lenfadenopati izlendi. PET BT'de KC sol lobda heterojen tarzda kitle lezyonları (SUVmax:14.2) ve segment 5 ve 7'de irregüler tarzda odaklar (SUVmax:5.3) saptandı. Hemogramda Hemoglobin 11.6 gr/dL ve serum biyokimyasında ALP, GGT, ALT ve AST yüksekliği, AFP 1000 IU/mL ve INR: 1.1 tespit edildi. Biyopsi sonucu HCC ile uyumlu bulundu. Child-Pugh skoru Child A ve inoperabl olan hastaya hepatik kemoembolizasyon (3 haftada bir Doksorubisin 50mg, Sisplatin 75mg, Mitomisin 15mg ve Lipiodol 15mg) planlandı. Hastaya 3 kür kemoembolizasyon yapıldıktan sonra KC'deki kitlelerde belirgin regresyon izlendi. AFP 19.18 IU/mL'ye geriledi. Üçüncü uygulamadan 7 gün sonra hasta pansitopeni (grad 4 nötropeni, grad 2 trombositopeni, grad 1 anemi) ve nötropenik ateş tablosuyla başvurdu. Tedaviye ara verilerek G-CSF ve antibiyotik başlandı. Bir hafta sonra bulgulara düzelme izlendi.

Sonuç:

TAKE sonrası karaciğer yetmezliği ve pankreatit gibi ciddi komplikasyonlar nadir olarak görülmektedir. Ciddi nötropeni

ve nötropenik ateş TAKE uygulanan hastalarda dikkat edilmesi gereken ciddi bir toksisitedir.

EP-119

UTERUS MALİGN MİKST MÜLLERİAN TÜMÖR VE PANKREAS ADENOKARSİNOM BİRLİKTELİĞİ

ARSENAL SEZGİN ALIKANOĞLU¹, MUSTAFA YILDIRIM², OSMAN ZEKAİ ÖNER³, SEVİL GÖKTAŞ², CEM SEZER¹, MUSTAFA YILDIZ²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 2. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç:

Multipl primer maligniteler son yıllarda daha sık karşımıza çıkmaktadır. Olgumuzda görülen uterin malign mikst müllerian tümör uterusun nadir görülen ve agresif seyirli bir tümördür. Uterus ve pankreas primer malignitelerinin birlikteliğinde diyetle yağ tüketiminin fazlalığı ve hormonal faktörlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Postmenopozal kanama şikayeti hastanemize başvuran 60 yaşında kadın hastada saptadığımız eşzamanlı uterus malign mikst müllerian tümörü ve pankreas adenokarsinomu tartışılacaktır.

Bulgular:

Postmenopozal kanama şikayeti hastanemize başvuran 60 yaşında kadın hastanın probe küretaj materyalinin histopatolojik incelemesi sonucu adenokarsinom morfolojisindeki tümörün endometrium orijinli olduğu düşünüldü. USG'de incelemesinde safra kesesi ile yakın komşuluk gösteren diffüz, asimetrik barsak kalınlaşması izlendi. Kitleden alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde yaygın nekroz ve az diferansiye karsinom ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta opere edildi. Rezeksiyon materyallerinin incelemeleri sonucu endometrium lokalizasyonlu tümör malign mikst müllerian tümör (karsinosarkom), pankreastan köken alan kolon, safra kesesi ve karaciğere invaze adenokarsinom olarak değerlendirildi.

Sonuç:

Multipl primer maligniteler ortak etyopatogenezele açıklanmaya çalışılmaktadır. Olgumuzda pankreasda izlenen tümörde immunohistokimyasal yöntemle CDX2, CEA ve CK19 pozitifliği ve vimentin, östrojen ve progesteron negatifliği ile endometrium tümör metastaz olasılığı ekarte edilmiştir.

EP-120**LOKAL İLERİ- METASTATİK PANKREAS KANSERLİ HASTALARDA İKİNCİ HAT TEDAVİDE XELOX KEMOTERAPİSİNİN ETKİNLİK VE TOKSİSİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UĞUR MUSLU, BURCU ÇAKAR, UMUT VAROL, DİDEM TUNALI, PINAR GÜRSOY ÖNER, ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ, BURÇAK KARACA, CANFEZA SEZGİN, BÜLENT KARABULUT, RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Pankreas kanseri mevcut radyolojik tetkiklere rağmen %80 oranında lokal ileri ve metastatik evrede yakalanabilen bir hastalıktır. İlk hat tedavide mevcut verilerle halen gemesitabin bazlı kemoterapi ajanları ağırlıklı olarak kullanılmakla birlikte 2. hat tedavi için standart bir yaklaşım mevcut değildir. Biz çalışmamızda kurumumuzda lokal ileri-metastatik pankreas kanseri nedeniyle 2. hat tedavide oksaliplatin ve kapesitabin kombinasyon rejimi(XELOX) kullanan hastalarımızda XELOX kemoterapisinin etkinlik ve tolerabilitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kurumumuzda 2008 ve 2012 yılları arasında pankreas kanseri nedeniyle tedavi gören hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Lokal ileri ve metastatik evrede başvuran tüm pankreas kanser hastalarının demografik verileri, ilk hat tedavileri, 2. hat tedavide XELOX kür sayıları, kemoterapi toleransları, performans bozukluğu nedeniyle doz erteleme ve yan etki nedeniyle doz redüksiyon oranları gözden geçirildi.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 21 hasta dahil edildi (10 erkek %47.6, 11 kadın %52.3). Hastaların 18'i metastatik (%85.7), 3 hasta(%14.2) ise lokal ileri evredeydi. Hastaların 4'ünde Whipple operasyon ve radyoterapi öyküsü mevcuttu. İlk hat tedavide 17 hasta (%80.9) gemesitabin ve platin kombinasyonu, 3 hasta tek ajan gemesitabin (%19.0) almıştı. Progresyonda hastaların tamamına oksaliplatin 130 mg/m² D1 ve kapesitabin 1250 mg/m² /gün D1-14 21 günde bir şeklinde başlanmıştı. XELOX KT esnasında hastaların performans ve yan etki durumlarına göre 9 hastada(%42.8) doz erteleme, 7 hastada(%33.3) doz redüksiyonu uygulandı. Ortalama verilen kür sayısı 3.4 idi. Grade 3-4 yan etki durumu değerlendirildiğinde 1 hastada grade 3 nötropeni, 1 hastada grade 3 trombositopeni mevcuttu. Hastaların hiçbirinde febril nötropeni gelişmedi. 3 hastada parsiyel yanıt elde edildi, diğer hastalar progrese oldu. Parsiyel yanıt elde edilen hastaların tamamında tedavi başlangıcında ECOG 0-1 idi. Ortalama sağkalım süresi tüm grupta 1.8 ay saptandı.

Sonuç:

XELOX kemoterapisi daha önce gemesitabin bazlı kemoterapi alan ve iyi performans skoruna sahip hasta grubunda tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Doz redüksiyonu gerektiren hastalar bulunmakla birlikte genel olarak iyi tolere edilmektedir.

EP-121**PANKREATİK ADENOKARSİNOMDA KEMOTERAPİ SONRASI GELİŞEN TÜMÖR LİZİS SENDROMU**

BETÜL ÜNAL ¹, MUSTAFA YILDIRIM ², UTKU DÖNEM DİLLİ ², CEM SEZER ¹, MUSTAFA YILDIZ ²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Pankreatik karsinomlar yıllık (7,5-10/100.000 kişi) insidanslı ölümcül malignitelerdendir. Malignitelerin hızlı büyüme fazında uygulanan kemoterapi sonrasında tümör lizis sendromu gelişebileceği bildirilmektedir(3). Tümör lizisi daha çok kötü diferansiye lenfomalar, lösemiler, daha az sıklıkta ise solid tümörlerde tanımlanmışlardır

Gereç ve Yöntem:

Bu yazımızda pankreas adenokarsinomu nedeniyle kemoterapi uyguladığımız hastamızda tespit ettiğimiz tümör lizis sendromu, solid tümörlerde tümör lizis sendromuna dikkat çekmek amacıyla güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

Epigastrik bölgede belirgin olmak üzere ara ara sırta vuran ağrı şikayeti ile hastanemize başvuran 71 yaşında erkek hastanın öyküsünde diyabeti mevcuttu. Fizik muayenesinde batında hassasiyet dışında patoloji tespit edilmedi. Batın USG ve BT'sinde baş ve gövde kısmında kitle saptanan hastaya tanısal amaçlı operasyon planlandı. Olgu Evre IV olarak değerlendirilerek inoperabl kabul edildi. Kesin patoloji raporunda histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgularla olgu skuamöz farklılaşma gösteren adenokarsinom olarak raporlandı. Hastaya başlanan kemoterapinin (Gemesitabine) 3. gününde hastada tümör lizis sendromu tablosu gelişti.

Sonuç:

Sık olmamasına rağmen solid malignitelerde de kemoterapi sonrasında gelişen akut böbrek yetmezliği, hiperürisemi, hiperkalemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi durumlarında tümör lizis sendromu olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP-122**PANKREAS SOLİD PSÖDOPAPİLLER NEOPLAZİ VE POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI BİRLİKTELİĞİ**

ZAFER ARIK ¹, SERCAN AKSOY ², M.ALİ NAHİT ŞENDUR ², ŞEBNEM YAMAN ², BURAK CİVELEK ², TUĞBA KÖŞ ², NURİYE ÖZDEMİR ², DOĞAN UNCÜ ², NURULLAH ZENGİN ²

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Polikistik böbrek hastalığına eşlik eden tümörlerin olabildiği bildirilmektedir. Polikistik böbrek hastalığı bilinen

hastada çekilen BT'de pankreasta lezyon saptanıp; lezyon karakterizasyonu için MR istenen ve pankreasın solid psödopapiller neoplazisi saptanan vakayı sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

32 yaşında hasta idrarda yanma şikayeti nedeniyle dış merkezde çekilen abdomen BT'sinde böbreklerde kortikal kistler ve pankreas gövde-kuyrukda zayıf kontrastlanan hipodens lezyon saptanmış. Aile öyküsünde polikistik böbrek hastalığı olmasına rağmen pankreastaki lezyonun karakterizasyonu için çekilen üst abdomen MR'ında polikistik böbrek hastalığı ve pankreas gövde-kuyruk bileşkesinde, kalın ve nodüler cidarı bulunan, postkontrast dinamik incelemede cidarda, solid nodüler kesimlerde ve septalarda kontrast tutan kitlesel lezyon saptanmış. Subtotal pankreotektomi ve splenektomi uygulandı. Patolojisinde solid psödopapiller neoplazi, cerrahi sınırlarda tümör olmadığı saptanmıştır. Taramalarında metastaz saptanmayan hasta ilaçsız izlenmektedir. Takiplerinde relaps bulgusu saptanmamıştır.

Sonuç:

Polikistik böbrek hastalığı nedeniyle takip edilmekte olan hastalarda yapılan rutin görüntüleme tetkiklerinde karaciğer, pankreas gibi organlarda da kistik lezyonlar saptanmaktadır. Bunların bir kısmında tümör gelişebileceği bildirilmektedir. Şüpheli görülenlerin ileri görüntüleme tetkikleriyle incelenmesi gerekmektedir. Hastamızda lezyonun karakterizasyonu için dinamik MR tanıda yol gösterici olmuştur. Pankreasın solid psödopapiller neoplazisi nadir görülen kistik tümörlerden bir tanesi olup yavaş seyirli olmaktadır. Literatürde polikistik böbrek hastalığına eşlik eden pankreasın solid psödopapiller neoplazisi bildirilmemiştir.

EP-123

İNTRAKRANİAL METASTATİK HEPATOSELÜLER KARSİNOM; OLGU SUNUMU

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, SERCAN AKSOY, MUHAMMED BÜLENT AKINCI, ŞEBNEM YAMAN, OZAN YAZICI, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, DOĞAN UNCU

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Hepatoselüler karsinoma (HCC) karaciğerin en sık görülen primer tümörüdür. HCC, genellikle bölgesel lenf nodlarına ve akciğere metastaz yapmaktadır. Ekstrahepatik metastazlar HCC hastalarında çok sık görülmesine rağmen intrakranial metastaz çok nadir olarak görülmektedir. Intrakranial metastazlar, prognozu olumsuz etkilemektedir.

Bulgular:

Kronik hepatit B tanısı ile takip edilen 75 yaşında erkek hasta, son dönemde artan halsizlik, iştahsızlık ve şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın çekilen Kranial MR'da en büyüğü sağ serebral hemisferde oksipital bölgede 15x18 mm boyutlarında olmak üzere, bilateral oksipital bölgede subkortikal alnda ve sentrum semiovale düzeyinde hafif hiperintens görünümde

metastatik kitle lezyonları izlendi. Hastaya primerini araştırmak üzere çekilen toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde her 2 akciğerde yaygın, en büyüğü 23x21 mm nodüller ve karaciğerde sağ lob anterior ve posterior kesimlerinde HCC ile uyumlu en büyüğü 62x53 mm kitle lezyonları ve aortokaval, paraaortik 41x27 mm lenfadenopatiler izlendi. Gönderilen AFP değeri 1210 U/L (0-5 U/L), saptanırken diğer tümör belirteçleri normal olarak saptandı. Hastanın radyolojik bulguları HCC ile uyumlu olduğundan biyopsi yapılmadı. Kranial metatazları olan hastaya palyatif 300 cGy / 10 fraksiyonda toplam 3000 cGy palyatif radyoterapi (RT) uygulandı. RT tedavisi verildikten sonra tek ajan adriamisin kemoterapisi başlandı. Hasta 3. Kür tedavisini halen almaktadır.

Sonuç:

HCC en sık akciğer (34-70%), ve lokal lenf nodlarına (16-45%) metastaz yapmaktadır. İntrakranial metastazlar ise çok nadir görülmekle beraber HCC'li hastalarda kötü prognoz önemli göstergelerinden biridir. Sonuç olarak, seçilmiş vakalarda cerrahi, ablasyon ve embolizasyonu içeren lokorejional tedavi, konformal veya stereotaktik radyoterapi, kemoterapi ve hedefe yönelik sistemik tedaviler kullanılabilir.

EP-124

ÖZEFAGUS KANSERLİ OLGUDA PANKREAS METASTAZI

MESUT GÖÇER³, ALİ MURAT TATLI¹, TEKİNALP GELEN², HASAN ŞENOL COŞKUN¹, MÜKREMİN UYSAL¹, SEMA SEZGİN GÖKSU¹, DENİZ ARSLAN¹, ŞEYDA GÜNDÜZ¹, SULTAN EDEBALI³, HAKAN BOZCUK¹, BURHAN SAVAŞ¹

¹AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ

²AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ABD

³AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI

Amaç:

Özefagus kanserli olguların %95'inden fazlasını yassı epitel hücreli karsinomlar ve adenokarsinomlar oluşturmaktadır. Adenokarsinom olguları sıklıkla intraabdominal (karaciğer, periton) metastaz yaparken, yassı epitel hücreli karsinom olguları sıklıkla intratorasik organlara metastaz yapmaktadır. Özefagus yassı epitel hücreli kanserinin pankreas metastazı şimdiye kadar tek vakayla bildirilmiştir. Bu yazıda pankreas metastazı yapmış özefagus yassı hücreli kanser olgumuz sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazıda pankreas metastazı yapmış özefagus yassı hücreli kanser olgumuz sunulmaktadır.

Bulgular:

Dört senedir remisyonda yassı epitel hücreli özefagus karsinomu tanısıyla izlenen 39 yaşında kadın hasta sarılık şikayeti ile başvurdu. Ultrasonografisinde pankreas başında kitle ile koledok ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon saptandı. FDG PET-BT görüntülemesinde pankreas lokalizasyonunda 7X5 cm hipermetabolik kitle (SUV:32) ve batin içi lenfadenopati (SUV:31) görüldü. Ca19-9 tümör belirteci değeri 1669 U/ml bulundu. Doku tanısı için pankreas başındaki kitleden biyopsi alındı. Patoloji sonucu yassı epitel hücreli karsinom metastazı olarak raporlanmış ve 4 sene önceki

primer kitle ile karşılaştırılarak benzer yapıda olduğu belirtildi. Hiperbilirubinemi için ERCP ile koledoka stent yerleştirildi. Bilirubin değerleri normale gelince palyatif kemoterapisi 21 günde bir sisplatin (75 mg/m²) 1. gün ve 5fluorourasil (750 mg/m² 5 gün) şeklinde başlandı. İki kür kemoterapi sonrası yapılan PET-BT'de progresyon saptanan hastaya ikinci sıra kemoterapi olarak 28 günde bir gemsitabin (1000 mg/m² 1., 8., 15. gün) başlandı. Halen bu tedavi devam etmektedir.

Sonuç:

Pankreas kanserlerinde öncelikle primer pankreas kanserleri düşünülmelidir, çünkü başka organ kanserlerinin pankreas metastazları oldukça nadir olup tüm pankreas kanserlerinin %2'sinde daha azını oluştururlar. Pankrassa metastaz en çok böbrek hücreli kanserde görülür. Özefagusun pankreasa metastazı ise tek vaka bildirimi ile bilinmektedir. Esfehani ve arkadaşları tarafından yayınlanan bu vakada da bizim vakamıza benzer şekilde özefagus kanserinin histolojik tipi yassı hücreli kanser olarak belirtilmiştir ve pankreas dışında başka bir organ metastazı gözlenmemiştir. Sonuç olarak öyküsünde tedavi edilmiş kanser bulunan hastalarda gelişen pankreatik kitlelerde metastaz olasılığının göz önünde bulundurulması hastanın tedavi ve seyrini olumlu etkileyebilir.

EP-125

GASTROİNTESTİNAL KANSERLERDE KRANİAL METASTAZ

DİLEK ERDEM¹, İDRİS YÜCEL¹, BAHİDDİN YILMAZ¹, GÜZİN DEMİRAĞ¹, ENGİN KUT², FATİH ÇİLİNGİR², YASEMİN KEMAL¹, FATİH TEKER¹

¹ ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Beyin metastazlarının yalnızca % 4'ünden azı gastrointestinal sistem kanserlerinden kaynaklanır. Bu çalışmanın amacı; GIS kökenli tümörlerin beyin metastazlarının özelliklerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmaya 1863 GIS kökenli tümöre sahip hasta alındı. Hastalarda, 51 özofagus kanseri, 516 mide kanseri, 5 ince barsak tümörü, 878 kolorektal kanser, 11 safra kesesi kanseri, 190 pankreas kanseri, 119 HCC, 63 kolanjiyosellüler kanser ve 30 GIST tanısı vardı. Hastalar arasında beyin metastazlı 20 hasta bulundu (% 1.07). Bu hastalarda, tümörün GIS yerleşim yeri, tanıdaki evreleri, ekstrakranial metastazları, kranial metastaz yerleşim yeri, tanı-kranial metastaz intervali, kranial metastaza ait semptomları, tedavi modaliteleri ve OS incelendi. SPSS 16 kullanıldı.

Bulgular:

20 kranial metastazlı gastrointestinal sistem kaynaklı kanser hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 54.6 ± 1.1 yıl idi ve hastaların % 70'i (n=14) erkekti. Bu hastaların 4'ü mide kanseri (% 20), 15'i kolorektal kanseri (% 75) ve 1 hasta da pankreas kanseri (% 5) idi. Ekstrakranial metastazı olmayan 3 hasta vardı (% 15) ve üç hastada da kolorektal kanser vardı. Bu hastaların 2'si erkekti ve bunların tümörleri rektumda idi; 1 hasta ise kadındı ve tümör yerleşimi sigmoid bölge idi. Hastaların 7'sinde birden fazla ekstrakranial odak varken;

genel anlamda en sık metastatik odaklar, 10 hastada akciğer metastazı ve 9 hastada karaciğer metastazı idi. Tanı-nüks veya metastaz intervali ortalama 20.6 ay (0-89 ay) iken tanı-kranial metastaz intervali ortalama 30.1 ay saptandı (0-138 ay). En sık semptom % 38.9 oranında görülen baş ağrısı idi, 2 hastada semptom yoktu.

Kranial metastaz tedavisinde ise 4 hastaya yalnız steroid tedavisi verilirken, 7 hastaya radyoterapi (% 35), 6 hastaya hem cerrahi hem de RT verildi (% 30). 17 hasta (% 85) öldü; bu hastalardan yalnız 4'ü kanser dışı nedenlerden öldü, 13 hastada ise hastalık progrese idi. OS ortalama 35.0 ± 3.6 ay (1-141 ay) idi. Ekstrakranial metastazı olmayan 3 hastanın OS 36.6 ay iken, ekstrakranial metastazlı hastaların OS 31.6 ay saptandı.

Sonuç:

Beyin tümörlerinin % 20-40'ı metastatiktir. Beyine en sık metastaz meme ve akciğer kanserlerinden gelir, GIS kaynaklı olması nadirdir. Literatüre göre mide kanseri kranial metastazı % 0.6 iken, bizde bu oran 0.7 idi. Kolorektal kanserde ise literatüre göre % 1-4 oranında kranial metastaz görülür ve hastaların büyük bir kısmında (% 55) metastaz serebellumda saptanır; çalışmamızın sonuçları da literatürle benzerdi (kolorektal kanserde kranial metastaz oranı % 1.7 ve en sık serebellar yerleşim). Kranial metastazı saptandığında sıklıkla karaciğer ve akciğer metastazının da eşlik ettiği gösterilmiştir; bizim çalışmamızda tanıda metastatik 10 hastanın 5'inde tek başına karaciğer metastazı, 1'inde akciğer metastazı görüldü ve bu sonuçlar literatürden farklı idi çünkü literatürde en sık akciğer metastazı saptanmıştı. Çalışmamızda literatürle benzer şekilde sigmoid ve rektum, beyin metastazlı kolorektal kanser hastalarında en sık tümör lokalizasyonu idi. Baş ağrısı benzer şekilde en sık semptomdu.

Yorum: GIS kanserlerinde beyin metastazı nadir ve geç bulgudur. Kanserle teşhis ve tedavi modaliteleri sonucu sağkalım uzadığından beyin metastazı görülme ihtimali artar. Bu hastaların prognozu kötü olarak bilinir ancak ekstrakranial metastazı olmayan ve tedavisiz bırakılmayan hastalarda sağkalım daha iyi olarak bilinir. Semptomatik hastalarda tanıda ve asemptomatik akciğer, karaciğer gibi organlara metastaz yapmış hastalarda kranial görüntüleme önerilebilir.

EP-126

PANKREAS KİSTADENOKARSİNOM METASTAZI İLE KARIŞAN DEV OVER KİSTLERİ OLAN OLGU SUNUMU

ZAHER ARIK¹, SERCAN AKSOY², M. ALİ NAHİT ŞENDUR², ŞEBNEM YAMAN², NURİYE ÖZDEMİR², ŞUAYİB YALÇIN¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

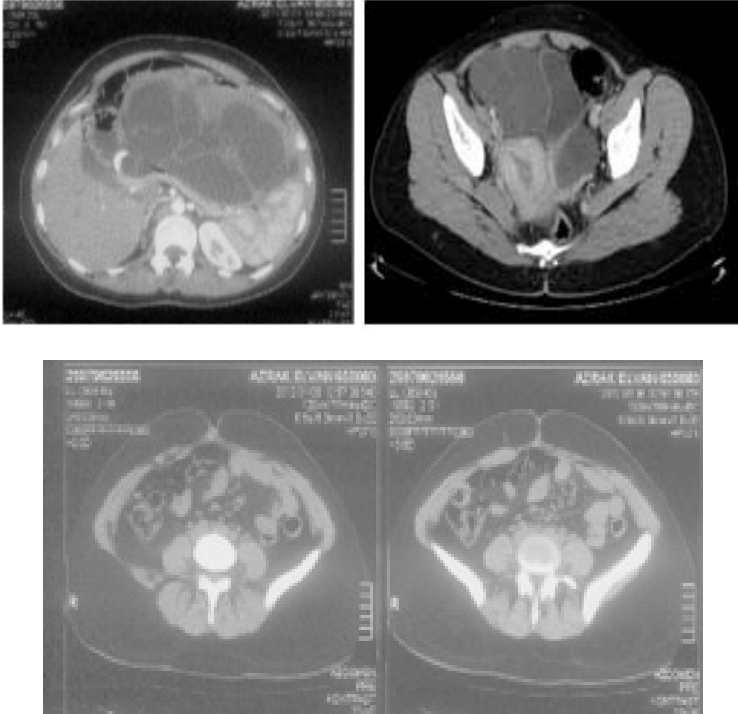
Pankreasın müsinöz kistik neoplazileri nadir görülen, malignite potansiyeli taşıyan tümörleridir. Müsinöz kistadenokarsinom (MCAC) nedeniyle takip edilmekte olan genç kadın hastanın kontrolünde pelviste multipl metastatik kitle olarak rapor edilen lezyonların dev over kistleri olduğu saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

21 yaşında kadın hasta kliniğimize karın ağrısı ve karında kitle nedeniyle refere edildi. Yapılan görüntülemesinde abdomende pankreas ile ilişkili 30 cm çapında kistik kitle (şekil 1) saptandı. Su

btotalkanrektektomi+transvers kolon rezeksiyonu uygulanan hastanın patolojisinde pankreasın müsinöz kistadenokarsinomu olduğu ve kolona invazyon saptandı. Postop hastaya adjuvan gemsitabin-sisplatin kemoterapisi başlandı. 4 kür sonunda abdomen BT; pelviste mesane komşuluğunda en büyüğü 10 cm olan multipl kistik metastatik lezyonlar(şekil 2) olarak rapor edildi.Hastanın metastatik olarak rapor edilen lezyonların USG ve yeni çekilen BT'de(şekil 3) iki hafta içinde kaybolduğu ve benign over kistleri olduğu belirlendi.

Bulgular:



Sonuç:

Pankreasın MCAC'unun gelişiminde hormon replasman tedavisi, gebelik, seks hormonlarının rolü olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. Pankreas MCAC'ların immünohistokimyasal analizinde normalde over dokusunda saptanan östrojen, progesteron,alfa-inhibin gibi proteinler de eksprese edilmektedir. Over kistlerinin gelişimi ile pankreas MCAC gelişiminde benzer yollar olması nedeniyle pankreas MCAC nedeniyle takip edilen olgularda over kistleri akılda tutulmalıdır.

EP-127

SUBKLİNİK VON WILLEBRAND HASTALIĞINDA İMATİNİB VE SUNİTİNİB İLE OLUŞAN CİDDİ HEMARTROZ

NECDET ÜSKENT, ZAFER GÜLBAŞ, MUZAFFER SEZER

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ,TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

62 yaşında daha önce hemorajik diskrezi anemnezi olmayan bir kadın hastada metastatik GİST tümörü nedeniyle önce imatinib ve daha sonra sunitinib kullanımı ile multiple eklemlerde ciddi hemartroz oluştu. Koagülasyon faktörleri tarandığında Von Willebrand Faktör eksikliği saptandı. Tirozinkinaz

inhibitörlerinin hücre sinyal yolu modülasyonu yaparak koagülasyon faktörlerini azaltabileceği ve subklinik hastalığı manifest hale getirebileceği düşünüldü.

Bu olgu sunumunun amacı, Tirozinkinaz inhibitörlerinin koagülasyon faktörleri üzerindeki etkisine dikkat çekmektir.

Gereç ve Yöntem:

PET CT, MR, Koagülasyon Tarama Testleri (aPTT, PT, KZ, PZ), Koagülasyon Faktörleri

Olgu Sunumu:

62 yaşında kadın hasta, bir yıl önce incebarsak GİST tümörü nedeniyle opere edilmiş ve izlenmiştir. Bir yıl sonra mandibula sağ ramusunda ağrılı şişlik nedeniyle başvurdu. Biyopside GİST tümörü metastazı saptandı. Bu bölgeye cyberkinife uygulandı. 6 ay sonra PET CT' de aynı bölgede ve servikal lenf metastazlarında progresyon saptanması üzerine imatinib (Glivec) tablet 400mg PO tedavisi başlandı. Tedavinin 10. gününde sağ omuz, her iki diz ve ayak bileklerinde ağrılı şişme ortaya çıktı. MR görüntüleri hemartroz tanısını destekledi. İmatinib tedavisi kesilerek gerekli ortopedik girişimsel müdahaleler yapıldı. Trombosit sayısı ve diğer hematolojik parametreler ile koagülasyon tarama testleri (aPTT, PT, KZ, PZ) normal değerlerde bulundu. Hasta stabilize olduktan 8 hafta sonra tümör progresyonunun devam etmesi üzerine sunitinib (Sutent) 50mg PO tedavisi başlandı. Tedavinin 7. gününde öncelikle diz eklemlerinde olmak üzere hemartroz tekrarladı. Sunitinib tedavisi kesildi ve gerekli müdahaleler yapıldı. Spesifik koagülasyon faktörlerine bakıldığında Von Willebrand Faktörü düşük bulundu.

Sonuç:

İmatinib ve sunitinib gibi tirozinkinaz inhibitörleri, hücre sinyal yolunu değiştirerek koagülasyon faktörlerini azaltabilirler. Olgumuzda olduğu gibi, subklinik bir faktör eksikliğinde bu ilaçlar ile ciddi hemofilik komplikasyonların gelişebileceği göz önünde tutulmalıdır.

EP-128

METASTATİK VE LOKAL İLERİ PANKREAS KANSERLİ HASTALARIMIZIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

NİLÜFER AVCI, ÖZKAN KANAT, ERDEM ÇUBUKÇU, FATİH ÖLMEZ, ENDER KURT, TÜRKKAN EVRENSEL, OSMAN MANAVOĞLU

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bölümü'nde, 1995-2010 tarihleri arasında metastatik veya lokal ileri pankreas kanseri nedeniyle sistemik kemoterapi almış 166 olgunun klinik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Olguların 114 erkek, 52 kadın olup ortalama yaş 60 (33-84) idi. Tanı anında 89 olgu metastatik ve en sık metastaz yeri karaciğerdi. ECOG performans skoru çoğu olguda (n=103) 2 olup, olguların 133'de %10'dan fazla kilo kaybı mevcuttu.

Laboratuvar parametrelerinde ortalama hemoglobin düzeyi 11.9 gr/dl, CEA 127 IU/L, CA19-9 16000 IU/L ve LDH 300 mg/gl idi. Toplam 128 olgu kemoterapi aldı (Tablo1). Uygulanan kemoterapi rejimleri gemsitabin + 5-FU (n=74), Gemsitabin (n=41), Gemsitabin+sisplatin (n=4) ve UFT +sisplatin (n=3) şeklindeydi. Kemoterapide uygulanan ortalama kür sayısı 5 idi. Lokal ileri pankreas kanserli olguların yalnızca 19'na kemoterapi ile eş zamanlı radyoterapi uygulanmıştı. Kemoterapi ile olguların %6.6'sında tam yanıt, %5.4'ünde kısmi yanıt ve %10.8'inde stabil hastalık elde edildi. Tedavi ile olguların ancak 33'ünde kilo artışı gözlemlendi ve kilo artışı ile sağ kalım arasında pozitif bir ilişki (p=0.000) tespit edildi. Ortalama sağ kalım süresi 10 aydı (4-7 ay). Farklı yıllar için belirlenen sağ kalım sürelerinde anlamlı bir farklılık (p=0.849) gözlemlenmedi (Tablo 2).

TARİH ARALIĞI	N	OS	P
1995-2000	19	8ay	
2000-2005	38	8ay	0.819
2005-2010	44	7ay	

Tablo2:Farklı yıllar için belirlenen ortalama sağkalım süresi (OS)

Sonuç:

Lokal ileri veya metastatik pankreas kanserinin tedavisi halen onkologlar için önemli bir problemdir. Çalışmamızda belirlenen kemoterapiye yanıt oranları ve sağkalım sonuçları yüz güldürücü değildir. Ancak son dönemde ümit vaat eden üçlü kemoterapi kombinasyonları (FOLFIRINOX) veya oxaliplatin-bazlı kombinasyonların çalışmamızda değerlendirilmediği göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-129

ANAL KANAL KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARI: TEK MERKEZ TECRÜBESİ

UĞUR ŞAHİN¹, FERAH YILDIZ², ŞUAYİB YALÇIN¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

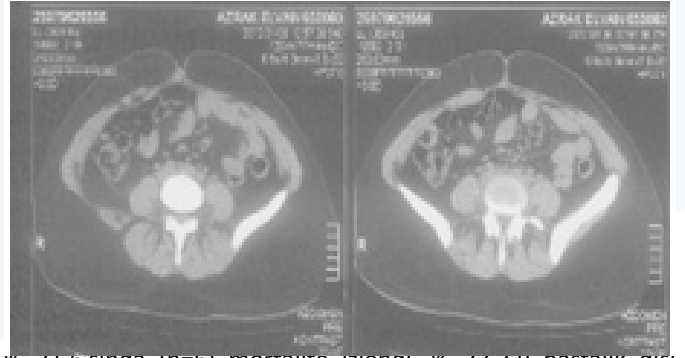
Anal kanal epidermoid karsinomu nadir bir gastrointestinal kanserdir. Burada bir üçüncü basamak hastanesinin tedavi sonuçları özetlenmektedir.

Gereç ve Yöntem:

2000 ve 2011 yılları arasında anal kanal epidermoid karsinomu nedeniyle takip edilen hastaların tıbbi kayıtları demografik, klinik ve tedavi ilişkili veriler açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

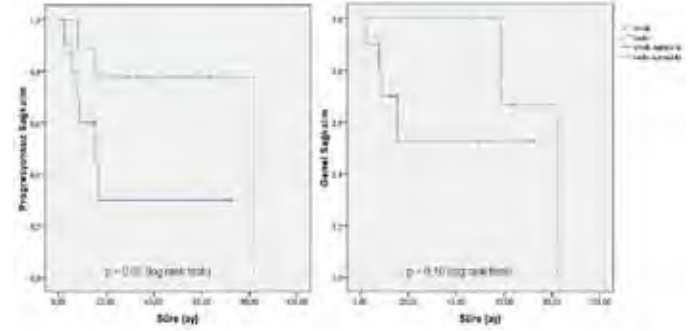
19 hastanın 10'u (% 52,6) erkekti. Ortanca tanı yaşı 62 (39-82), ortanca takip süresi 29,2 aydı (2,6–82,0). % 47,4'ünde sigara, % 10,5'inde kondiloma aküminata hikayesi mevcuttu. Hiçbiri HIV pozitif veya immünsüprese değildi. % 42,1'inde anoskopik



% 31,6'sında (n=6) mortalite izlendi. % 33,3 u hastalık dışı nedenlere bağlıydı. İki yıllık genel sağkalım % 73,7; iki yıllık progresyonsuz sağkalım % 57,9'du. Kadınlarda progresyonsuz sağkalım erkeklere göre anlamlı olarak daha iyiydi (p=0,05). Genel sağkalım da anlamlı olmamakla birlikte erkeklere göre daha iyiydi (p=0,10).

Sonuç:

Kohortumuzda immünsüpresif hasta bulunmaması ülkemizde immünsüpresif durumların göreceli olarak daha nadir olmasıyla açıklanabilir. Hastalığın prognozu erkeklere daha kötüdür.



EP-130

GASTROİNTESTİNAL KANAL KANSERLERİN TANISINDA ULTRASONOGRAFİNİN ROLÜ

EDA PARLAK¹, MUSTAFA YILDIRIM², AYHAN HİLMİ ÇEKİN³, MUSTAFA YILDIZ¹, AKİF NURİ DOĞAN³, UTKU DÖNEM DİLLİ²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Bu çalışmada her ne kadar tanıda gold standartın üst gastrointestinal sistem endoskopisi veya kolonoskopi olduğu bilinsede ultrasonografinin gastrointestinal kanal kanserlerinde rolü araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmaya anamnez ve fizik muayene bulgularıyla gastrointestinal kanal malignitesi ön tanısıyla ultrasonografi ve endoskopik tetkiklerin planlanan 40 hasta alınmıştır. Tüm hastalara ultrasonografi ve endoskopi uygulandı ve histopatolojik tanımlarla sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya 25'i erkek, 15'i kadın toplam 40 hasta alınmıştır. Hastalardan 15'inde (%37,5) histopatolojik olarak malignite tespit edildi. Ultrasonun GI kanal kanserleri saptamada sensitivitesi %71,4, spesivitesi %75,7 pozitif prediktif değeri %65,2, negatif prediktif değeri %19,3 olarak saptandı. Endoskopik girişimlerin sensitivitesi %100, spesifitesi %96, pozitif prediktif değeri %93,7 olarak saptandı. US' de malignite tanısı ile en sık saptanan US bulgusu kirli yağlı planlar (%33) idi. US bulgularının histopatolojik olarak kanıtlanan malignite varlığı ile ilişkisi araştırıldığında sadece US'de hipoekoik solid lezyon tespiti anlamlı olarak saptandı (p:0,02).

Sonuç:

Abdominal ultrasonografi gastrik-kolonik kanserlerin saptanmasında oldukça spesifik ve sensitif bir yöntemdir. Özellikle bazı ultrasonografi bulguları bizi malignitelere daha fazla yönlendirebilir. Bu nedenle noninvaziv, kolay ulaşılabilir, radyasyon içermeyen, ucuz, risksiz olan bu yöntemin diğer tanı koydurucu yöntemlerden önce uygulanmasının faydalı olduğuna inanmaktayız .

EP-131

ABO KAN GRUPLARI VE AKCİĞER KANSERİ RİSKİ: ÇOK MERKEZLİ, VAKA-KONTROL, GÖZLEM ÇALIŞMASI

YÜKSEL ÜRÜN¹, GÜNGÖR UTKAN¹, AYTEN KAYI CANGIR², BERNİ ÖKSÜZOĞLU³, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR⁴, DERYA GÖKMEN ÖZTUNA⁵, GÖKHAN KOCAMAN², AHMET DEMİRKAZIK¹, İLKER ÖKTEN², FİKRİ İÇLİ¹

¹ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ ANA BİLİM DALI

³DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

⁴ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

⁵ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOSTATİSTİK ANA BİLİM DALI

Amaç:

Genetik faktörlerin kanser gelişimindeki rolü bilinmektedir. Daha önceki çalışmalarda başta mide ve pankreas kanseri olmak üzere ABO kan gruplarının kanser ile ilişkisi bildirilmiştir. Ancak akciğer kanseri (AK) ile ABO kan grupları ilişkisine dair veriler kısıtlıdır.

Gereç ve Yöntem:

İlgili merkezlerde 2000-2011 yılları arasında AK tanısı ile izlenen ve ABO/Rh kan grubu verisi bulunan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Türk Kızılayı 2004-2011 yılları arasında sağlıklı kan grubu vericileri kontrol grubu olarak değerlendirildi. ABO/Rh ile yaş, histolojik alt tip ve cinsiyet ilişkisi değerlendirildi. Ayrıca 1954 AK hasta grubu ve 3.022.883 kişi içeren kontrol grubu ABO/Rh kan gruplarının dağılımları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 62 (Aralık: 17-90) ve hastaların %84'ü

erkekti. ABO/Rh gruplarının dağılımı açısından hastalar (%43,6 A, %8,3 AB, %17,3 B, %30,8% O ve %86,3% Rh+) ve kontrol grubu (%42,2 A, %7,6 AB, %16,3 B, %33,9 O ve %87,7 Rh+) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0,03). Ayrıca hastalar ve kontrol grubu O ve O olmayanlar olarak karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,004). A ve A olmayanlar (p=0,065), B ve B olmayanlar (p=0,076) ve Rh+ ve Rh- (p=0,057) için istatistiksel anlamlılığa yaklaşan fark mevcuttu. Tanı yaşı ve cinsiyet kan grupları için benzer iken, histolojik alt tip ve kan grubu dağılımı arasında anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Histolojik alt tipe göre A ve O dağılımı benzerdi ancak yassı hücreli karsinom olanlarda B antijen sıklığı diğer histolojik tiplere göre belirgin olarak daha fazla saptandı (p=0,009).

Sonuç:

Hasta grubumuzda ABO kan grupları ve AK arasında anlamlı ilişki gözlenirken, O dışı kan grubuna sahip olmak AK riskinde artış ile ilişkili bulundu. Ancak ABO kan grupları ve AK riski ile ilişkili olası mekanizmaları tanımlamak için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

EP-132

ABO KAN GRUPLARI VE MEME KANSERİ RİSKİ: ÇOK MERKEZLİ, VAKA-KONTROL, GÖZLEM ÇALIŞMASI

YÜKSEL ÜRÜN¹, TÜLAY KORU-ŞENGÜL², KADRİ ALTUNDAĞ³, GÜNGÖR UTKAN¹, HANDAN ONUR¹, HAKAN AKBULUT¹, AHMET DEMİRKAZIK¹, FİKRİ İÇLİ¹

¹ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²MİAMİ MİLLER TIP FAKÜLTESİ, SYLVESTER KANSER MERKEZİ VE HALK SAĞLIĞI VE EPİDEMİYOLOJİ BÖLÜMÜ

³HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Genetik faktörlerin kanser gelişimindeki rolü bilinmektedir. Daha önceki çalışmalarda başta mide ve pankreas kanseri olmak üzere ABO kan gruplarının kanser ile ilişkisi bildirilmiştir. Ancak meme kanseri (MK) ile ABO kan grupları ilişkisine dair veriler çelişkilidir.

Gereç ve Yöntem:

İlgili merkezlerde 2000-2011 yılları arasında MK tanısı ile izlenen ve ABO/Rh kan grubu verisi bulunan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Türk Kızılayı 2004-2011 yılları arasında sağlıklı, kadın kan grubu vericileri kontrol grubu olarak değerlendirildi. Hasta grubunda ABO/Rh ile yaş, ER, PR, HER2, menapoz durumu ve ailevi meme kanseri öyküsü ilişkisi değerlendirildi. Ayrıca 1740 MK hasta grubu ve 204.553 kişi içeren kontrol grubu ABO/Rh kan gruplarının dağılımları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:

Genel olarak hasta (%44 A, %8 AB, %16 B, %32 O ve %88 Rh+) ve kontrol grubu (%41 A, %8 AB, %16 B, %35 O ve %87 Rh+) ABO/Rh dağılımları benzerdi. Ancak hasta ve kontrol grubunda, A ve A olmama açısından anlamlı fark (p=0,019) ve O ve O olmama açısından anlamlılığa yaklaşan fark (p=0,051) mevcuttu. Hasta grubunda HER2 (p=0,0421) ve metastaz olma

(p=0,0447) durumlarına göre A ve A olmama açısından anlamlı fark mevcuttu.

Sonuç:

Hasta grubumuzda ABO kan grupları ve MK arasında anlamlı ilişki gözlenirken, A kan grubuna sahip olmak MK riskinde artış ile ilişkili bulundu. Ancak ABO kan grupları ve MK riski ile ilişkili olası mekanizmaları tanımlamak için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

EP-133

SAĞLIKLI BİREYLERİN KANSER KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

ALPTEKİN ACAR ¹, BEGÜM ÇALIM ², HÜLYA ŞAHİN ³, HAZAL DURSUN ⁴, AHMET ÇINKI ¹, ALMİLA KANAT ⁵, SAADETTİN KILIÇKAP ⁶

¹ CÜTF DÖNEM4

² CERRAHPAŞA DÖNEM3

³ HACETTEPE DÖNEM4

⁴ DOKUZ EYLÜL DÖNEM3

⁵ GAZİ DÖNEM2

⁶ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Amaç sağlıklı bireylerin kanser hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek ve kanser hakkında bilgilendirme, tanı ve tarama konusunda yapılacak çalışmalara zemin hazırlamaktır.

Gereç ve Yöntem:

TURKMSIC öğrencileri tarafından farklı illerdeki sağlıklı bireylere hazırlanan anket formu dolduruldu.

Bulgular:

4 farklı ilde yaş ortalaması 34±14 olan %54'ü erkek 936 sağlıklı birey değerlendirildi. Katılımcıların %93'ü sigaranın, %78'i alkolün, %82'si cep telefonlarının, %89'u baz istasyonlarının, %83'ü beslenme alışkanlıklarının, %75'i bakteri-virüslerin ve %64'ü obezitenin kanser nedeni olduğunu düşünmekteydi. Katılımcıların %44'ü hekim ve bitkisel yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiği düşüncesindeydi. Bireylerin %88'i tanı alırsa hekimin herşeyi açıkça anlatmasını istemekteydi. Çoğunluk kanser olursa sevdiklerinin üzülmelerinden endişe duymaktaydı (%48). Tarama yaptırılanların oranı %12 iken, yaptırmayanların %26'sı taramayı nerede yaptıracağını bilmemekteydi. %16'sı tanı almaktan korktuğu için tarama yaptırmayacağını ifade etti. Yüzde 70 olgu kanser hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmekteydi. En sık televizyon (%63), gazete (%36) ve internet (%30) yoluyla bilgilendirilmekteydi. %86 birey kanser hakkında hekim tarafından bilgilendirilmek istemekteydi. Bireylerin %74'ü kanser taraması yaptırmak istediğini ifade ederken, %86'sı KETEM hakkında bilgiye sahip değildi.

Sonuç:

Sağlıklı bireylerin kanser konusundaki bilgi düzeyleri düşük olup, sağlıklı bireylerin bilgilendirme ve tarama programlarına yönlendirilmesi için çalışma yapılmalıdır.

EP-134

BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARIN TAKİBİNDE KANSER TARAMA FARKINDALIĞI:ANKET ÇALIŞMASI

ÖZLEM SÖNMEZ ¹, ÜMMÜĞÜL ÜYETÜRK ², İŞİL İREM BUDAKOĞLU ³, RÜMEYZA KAZANCIOĞLU ⁴, BURÇİN BUDAKOĞLU ⁵, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN ⁵, BERNA ÖKSÜZOĞLU ⁵

¹ SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ.İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

² ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,İÇ HASTALIKLARI ABD,BOLU

³ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP. FAK.TIP EĞİTİMİ A.B.D

⁴ BEZMİALEM VAKIF Ü.İÇ HASTALIKLARI ABD.NEPROLOJİ BD

⁵ DR.A.Y.ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Son zamanlarda gelişen tanı ve tedavi yöntemleriyle böbrek yetmezlikli hastaların yaşam sürelerinin uzamasıyla bu hastalarda kanser daha sık görülmeye başlamıştır. Sürekli hastane ile iç içe olan bu hastalarda tarama programlarıyla kanserlerin erken evrede yakalanarak kür sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma kompanse böbrek yetmezlikli (KBY),hemodiyaliz (HD) ve böbrek transplantlı(BT) hastaların tedavileri ile ilgilenen hekimlerin, bu hastalara serviks, prostat, meme ve kolon kanseri için tarama yöntemlerini önerip önermediklerini belirlemek amacıyla, 27. ulusal nefroloji kongresinde yüz yüze anket yapmak suretiyle yapıldı.

Bulgular:

Anket çalışmasına 144 hekim katıldı. Katılımcıların 101'i(%70.1) erkek, 43'ü(%29.9) kadındı. Yaş gruplarına göre; 30 yaş altı 9(%6.3), 30-39 yaş arası 43(%29.9), 40-49 yaş arası 80(%55.6), 50-59 yaş arası 10(%6.9), 60-69 yaş arası 2(%1.4)katılımcı olduğu görüldü. Hekimlerin 41'i(%28.5) nefroloji uzmanı, 27'si(%18) HD sertifikalı iç hastalıkları uzmanı, 69'u(%47.9) HD sertifikalı pratisyen hekim olup,7 hekimde (%4.9) diğer uzmanlık alanlarında görev yapmaktaydı. Hekimlerin 118'i (%81.9)ilde, 26'sı(%18.1) ilçede çalışmakta olup 58'i(%40.3)özel diyaliz merkezinde, 86'sı(%59.7) resmi kurumda çalışmaktaydı.

Hastalar KBY, HD ve BT hastaları olarak gruplandırıldı. Yüzüirmüç (%85.4) hekimin hastalara erken teşhis amaçlı meme kanseri taramasını önerdiği, bunlardan 56'sının (%45.5) tüm hastalara meme kanseri taraması önerdiği, en fazla meme kanseri taraması önerilen alt gurubun %15.5 ile HD hastaları olduğu görüldü. En fazla önerilen tarama yöntemi mamografi, kendi kendine ve hekim tarafından yapılan muayene yöntemiydi.

Serviks taramasını 109 (%75.7) hekimin önerdiği, 56'sının (%45.5) tüm hasta gurubuna tarama önerdiği görüldü. En çok tercih edilen tarama yöntemi pap smeardı.

Kolon taramasını 105(%73) hekimin önerdiği, 50'sinin (%47.6) tüm hasta gurubuna önerdiği görüldü. En fazla tercih edilen tarama yöntemi GGK testiydi.

Prostat taramasını 114(%79) hekimin önerdiği, 61'inin (%53.5) tüm hasta gurubuna önerdiği, en fazla tercih edilen yöntemlerin

PSA ve rektal digital muayene olduğu görüldü.

Sonuç:

Böbrek yetmezlikli hastalarda kanser tarama yöntem ve zamanının genel toplumdan farklı olup olmadığı henüz net değildir. Nefroloji ve onkoloji uzmanlarının birlikte yapacakları çalışmalarda bu sorulara cevap aranmalıdır.

EP-135

KANSERLİ HASTA YAKINLARINDA SİGARA İÇME ALIŞKANLIKLARI

MUTLU HAYRAN ¹, SAADETTİN KILIÇKAP ², TAMER ELKIRAN ³, HAKAN AKBULUT ⁴, HÜSEYİN ABALI ⁵, DENİZ YÜCE ¹, DİCLEHAN KILIÇ ⁶, SERDAR TURHAL ⁷

¹ HACETTEPE ÜTF

² CUMHURİYET ÜTF

³ İNÖNÜ ÜTF

⁴ ANKARA ÜTF

⁵ ADANA BAŞKENT ÜTF

⁶ GAZİ ÜTF

⁷ MARMARA ÜTF

Amaç:

Kanserli hastaların yakınlarında (KHY) sigara alışkanlıkları ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma TOG Epidemiyoloji ve Prevansiyon alt grubu tarafından planlandı. KHY'na demografik özellikleri ve sigara alışkanlıkları ile ilgili anket formu ve Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi uygulandı.

Bulgular:

Çalışmaya 562 KHY katıldı. Yaş ortalaması 48'di. Katılımcıların %57'si erkek idi. KHY'nda sigara kullanma oranı %43'tü. Ortanca sigara kullanma süresi 25 yıldır. Sigara kullanımı erkeklerde daha fazlaydı (%73 vs %27; p

Sonuç:

KHY'larında sigara bırakma oranı daha yüksektir. Sigara bırakma kampanyaları yapılırken FS düşük olan bireylerin hedeflenmesi başarı oranını arttırabilir.

EP-136

ANKARA SİGARA BIRAKMA MERKEZLERİ PLATFORMU ELEKTRONİK KAYIT PROJESİ

DENİZ YÜCE ¹, FİLİZ TEMEL ², CANAN HASANOĞLU ³, ŞULE AKÇAY ⁴, TİJEN ŞENGİZER ⁵, DERYA AKBIYIK ⁶, PINAR KOÇYİĞİT GENCER ⁷, MEHMET AYBAŞ ⁸, ELİF ŞEN ⁹, GÜLİN YILDIRIM ¹⁰, SÜREYYA POLAT ¹¹, İSKENDER KÖG ¹², CAN ÖZTÜRK ¹³, SEYFETTİN GÜMÜŞ ¹⁴, EYLEM AKPINAR ¹⁵, İSMAİL ÇELİK ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

² AHMET ANDİÇEN HASTANESİ

³ ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

⁴ ANKARA BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

⁵ ANKARA NUMUNE HASTANESİ AMATEM

⁶ ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ

⁷ ANKARA SINCAN DEVLET HASTANESİ KLİNİĞİ

⁸ ANKARA ULUS RUH SAĞLIĞI DİSPANSERİ

⁹ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

¹⁰ ANKARA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ

¹¹ DR. ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KETEM

¹² ETLİK ZÜBEYDE HANIM KETEM

¹³ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

¹⁴ GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

¹⁵ UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı koordinatörlüğünde toplumun en önemli sağlık sorunu olan sigara kullanımının önüne geçebilmek amacıyla "Ankara Sigara Bırakma Merkezleri Platformu" adıyla geniş katımlı bir platform oluşturulmuştur. Bu platforma TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından da destek verilmiştir. İlaç firmaları ile yapılan görüşmeler neticesinde uygun katılımcılara ücretsiz ilaç desteği de programa entegre edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Müdahalesiz kayıt projesi olarak tasarlanmış olan program Ankara'daki 16 Sigara Bırakma Merkezine başvuran kişilerin kayıt, takip ve rutin destek tedavisi verilerinin dinamik bir web tabanlı kayıt sistemine kaydedilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Proje prospektif olarak yürütülmüştür. Proje kapsamında uygulanan tedavi seçenekleri arasında Vareniklin veya Bupropion içeren farmakoterapiler yada farklı preparatlar halinde nikotin içeren Nikotin Replasman Tedavisi yer almıştır.

Bulgular:

Ağustos-Aralık 2010 tarihleri arasında yürütülen projeye %56'sı erkek 1097 kişi alındı. Yaş ortalaması 42.0 ± 12.8 yıldır. Katılımcılar %4 eğitimi yok, %16 ilköğretim, %19 ortaokul, %31 lise ve %30 yükseköğretim mezunu idi. %17 bekar, %71 evli, %8 dul/boşanmış, %40 eşlik eden diğer bir hastalığı olan, %32 diğer hastalıkları nedeniyle tedavi alanlardı. Sigaraya başlama yaşı 17.2±4.6 yıl idi. Fagerström bağımlılık puanı ortalaması 5.9±2.4, günlük içilen sigara ortalaması 22.2±10.1 idi. Katılımcıların en önemli sigaraya başlama nedeni özentisi idi.

Sonuç:

Proje katılımcılarının 1. ay sonunda sigara bırakma oranları %72, 3ncü ve 6ncı aylarda ise bu oranlar sırasıyla %66 ve %60 idi. Sigara bırakma oranları incelendiğinde, proje katılımcılarında ilk 6 ayda ulaşılan %60'lık bırakma oranı ile dünyanın birçok ülkesinde ulaşılan başarı oranlarının üzerine çıkmıştır.

EP-137

TESTİS GERM HÜCRELİ TÜMÖR OLGULARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ.

TARKAN YETİŞYİĞİT, AYŞE GÖK DURNALI, KAAN HELVACI, ARİFE ULAŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU, GÖKHAN ÇELENKOĞLU, NECATİ ALKIŞ

Amaç:

Germ hücreli tümörler (GHT), 15-35 yaş arası erkeklerde görülen en sık neoplazidir ve testis kanserlerinin %95'ini oluşturur. GHT'lerin başlıca tipleri seminomalar ve nonseminomatöz germ hücreli tümörlerdir (NSGHT).

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada, merkezimizdeki testis GHT tanılı hastaların demografik, klinik, patolojik özelliklerini ve sağkalım oranlarını değerlendirmeyi amaçladık. Merkezimize Nisan 1995 ile Kasım 2010 tarihleri arasında testis GHT tanısıyla başvuran ve yeterli verisi olan 95 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Otuziki (%33.7) hasta seminoma, 63 (%66.3) hasta ise NSGHT idi. Ortanca yaş seminoma grubunda 40 (min-maks 21-77), NSGHT grubunda 30 idi (min-maks; 17-57). Tümör lokalizasyonu, 92 (%96.9) hastada gonadal iken, 3 (%3.1) hastada ekstragonadal idi. Ortanca takip süresi seminoma grubunda 19 ay (2-121), NSGHT grubunda 21 aydı (0-196). Takip süresinde seminoma grubundan 4 (%12.5), NSGHT grubundan 35 (%29.9) hastada relaps veya progresif hastalık saptandı. Beş yıllık progresyonsuz sağkalım (PFS) oranı seminoma grubunda %82, NSGHT grubunda %79'u (p=0.52). Seminoma grubunda postoperatif laktat dehidrogenaz (LDH) serum düzeylerinin relaps oranı üzerine etkisi yoktu ancak β -HCG düzeyinin yüksekliği ile nüks arasında istatistiksel bir ilişki saptanmıştı (p=0.047). Beş yıllık genel sağkalım seminoma grubunda %92 iken NSGHT grubunda %84 olarak saptandı. NSGHT grubunda ECOG, klinik evre ve birinci basamak kemoterapiye yanıt oranları sağkalımı etkilerken (p<0.001), tümör lokalizasyonu genel sağkalım oranını etkileyen önemli bir faktördü (p=0.003).

Sonuç:

Testis germ hücreli tümörü büyük oranda kür elde edilebilir bir hastalıktır. Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak seminoma grubunun prognozu NSGHT grubundan daha iyiydi. Ekstragonadal germ hücreli tümörler de gonadal olanlarla kıyaslandıklarında daha kötü prognoza sahipti.

EP-138**OLGU BİLDİRİMİ: 17 YIL SONRA NÜKS EDEN BİR TESTİS TUMÖRÜ OLGUSU; MALİGN GERM HÜCRELİ TUMÖRLERDE GEÇ NÜKSLERİN ÖNEMİ**

LEYLA KILIÇ, FATMA ŞEN, İBRAHİM YILDIZ, SERKAN KESKİN, MELTEM EKENEL, MERT BAŞARAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Germ hücreli tümörlerin >%90'ında nüksler ilk iki yıl içinde gerçekleşir. Tüm testis kanserlerinin % 1-6'sında iki yıldan daha geç dönemde nüks görülebilir. En sık nüks yeri retroperitoneal bölge ve akciğerlerdir.

Gereç ve Yöntem:

Literatürde en geç testis tümörü nüksü 43 yıl sonra bildirilmekle

birlikte on yıllar sonra olabileceğine dair yayınlar bildirilmiştir. Bizim olgumuzda 14 yıl sonra nüks eden germ hücreli tümör mevcuttu.

Bulgular:

1994 yılında karın ağrısı şikayetiyle başvuran 29 yaşındaki erkek hastanın tetkiklerinde testis tümörü saptanarak opere edilmiş; mikst germ hücreli tümör (teratom ve endodermal sinüs tümörü) saptanmış. Batında konglomere LAP'lar ve pelvik düzeyde 130x145 mm kitle tespit edilerek kemoterapi başlanmış. 4 kür VeiP (etoposid, ifosfamid ve sisplatin) sonrası parsiyel yanıt elde edilen hasta rest kitle için opere edilmiş. Postop 3 kür BEP ve lokal RT uygulanmış. Nisan 2011'e kadar sorunsuzken retroperitoneal 41x80 mm kitle saptanmış. Bu sırada tümör belirteçleri normalmiş. RPLND yapılan hastanın patolojisi endodermal sinüs tümörü gelmişti. Hastaya yeniden VIP (vinblastin, ifosfamid ve etoposid) tedavisi başlandı.

Sonuç:

Geç nükslerde konvansiyonel kemoterapiler ve rezidüel lezyonların eksizyonu ile uzun dönem sağkalım oranları % 50'lerdedir. Daha önce kemoterapi almamış olanlarda ve komplet rezeksiyonda sağkalımın arttığı bildirilmektedir.

EP-139**İLERİ YAŞTA NADİR GÖRÜLEN EKSTRAGONADAL YERLEŞİMLİ GERM HÜCRELİ TUMÖR OLGUSU**

MEHMET TÜRKELİ, KERİM CAYIR, MEHMET BİLİCİ, NİLGÜN YILDIRIM, SALİM BAŞOL TEKİN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Testis ya da over kaynaklı primer tümör olmaksızın ortaya çıkan germ hücreli tümörler, ekstragonadal germ hücreli tümörler olarak adlandırılırlar ve görülme sıklığı tam bilinmemekle birlikte tüm germ hücreli tümörlerin %2-5'ini oluşturduğu düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz 73 yaşında erkek hasta; karın ağrısı, iştahsızlık, şişkinlik, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın dış merkezde yapılan üst GİS endoskopide Mide CA (Germ hücreli tümör?)tanısı konmuş. Bakılan AFP>10000 IU/ml idi. Çekilen PET de mide korpusunda hipermetabolik asimetric kitlesel duvar kalınlaşması ve lokal lenf bezi metastazları tespit edildi, uzak metastaz tespit edilmedi. Temmuz 2010 tarihinde total gastrektomi+Roux NY tipi özefagojejunostomi+omentektomi yapıldı. Postop. patolojisi; malignite pozitif doku örneği, tümör çapı:8,5x7x3 cm, serozaya invaze, 21 adet lenf nodu pozitif bulunmuş olup bulgular Yolk Salk Tümörü (Hepatoid Patern) lehine yorumlanmıştır. Hastaya Adjuvan 4 kür BEP kemoterapisi verildi.

Bulgular:

KT sonrası takibe alınan hasta ilk kontrolüne öksürük, dispne, hemoptizi şikayetleri ile PS:3-4 olarak geldi. Bakılan AFP>20000 IU/ml idi. Çekilen Akciğer BT de her iki akciğer bazallerde buzlu cam görünümü mevcuttu.Yapılan bronkoskopide şüpheli görülen sağ alt lop posterobazal içersinden BAL yapıldı.

Sitolojisi malign kuşku sitoloji şeklinde yorumlandı. Akciğer metastazı ile geldiği düşünülen hastanın takibi ve destek tedavisi sürerken solunum yetmezliği, sepsis nedeniyle Aralık 2010'da kaybedildi.

Sonuç:

Nadir görülen Ekstranodal mide yerleşimli germ hücreli tümörün; tanı, tedavi ve takiplerinin planlanmasında literatüre katkı amacıyla bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

EP-140

ATİPİK EKSTRANODAL TUTULUMLAR İLE SEYREDEN DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

ALPASLAN ÖZGÜN, TOLGA TUNCEL, LEVENT EMİRZEOĞLU, BÜLENT KARAGÖZ, OĞUZ BİLGİ, EMİN GÖKHAN KANDEMİR

GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ SERVİSİ

Amaç:

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, en sık görülen B hücreli lenfoma tip olup, vakaların yaklaşık % 30'u ektranodal yerleşimlidir. Bizim olgumuz, ektranodal yerleşimli olarak ortaya çıkan, farklı zamanlarda üç defa nüks eden ve nüks yerlerinin hepsi atipik ektranodal yerleşimli olan bir Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olgusudur.

Gereç ve Yöntem:

60 yaşında erkek hasta, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan kolonoskopide sigmoid kolondan çekuma kadar uzanan bölgede yaygın polipoid lezyonlar görüldü. Polipoid lezyonlardan alınan biyopsi sonucu hastaya Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma tanısı kondu. Bunun üzerine hastaya 6 kür R-CHOP tedavisi verildi. Tedavi sonrası tam yanıt elde edildi. Tedavi bittikten 8 ay sonra sol ön kolda kitle lezyonu ortaya çıktı. Buradan alınan biyopsi sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak rapor edildi. Hastaya 4 kür R-DHAP tedavisi verildi. Sol ön kola lokal radyoterapi uygulandı.

Bulgular:

Tedavi sonrası tekrar tam yanıt elde edildi. 9 ay sonra hastalık tekrar nüks etti. Hastada mide korpusunda polipoid bir lezyon şeklinde ve sağ inguinal bölgede kitle lezyonu şeklinde nüks gelişti. Nüks, biyopsiler ile doğrulandı. Bunun üzerine hastaya 3 kür R-ICE tedavisi verildi. Tedavi sonrası yine tam yanıt alındı. Bunun üzerine hastaya Ototolog Kemik İliği Transplantasyonu (Ototolog KİT) planlandı. Ototolog KİT hazırlıkları sırasında hastada sağ uylukta kitle lezyonu şeklinde nüks ortaya çıktı. Ototolog KİT ertelendi. Hastaya 3 kür Gemcitabin + Oxaliplatin tedavisi verildi. Tedaviye rağmen progrese olan hastaya önce 2 kür ICE tedavisi, ardından Ototolog KİT planlandı. 2. Kür ICE tedavisi tamamlanan hasta, Ototolog KİT için hazırlanmaktadır.

Sonuç:

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma ektranodal tutulum gösterebilmektedir. En sık görülen ektranodal tutulum yerleri gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi ve kemiklerdir. Bizim olgumuzun nüks yerleri ön kol, inguinal bölge ve uyluk bölgesi gibi atipik yerler olmuştur. Olgumuz, atipik tutulumlar ile seyreden bir ektranodal Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

olması nedeniyle burada sunulmuştur.

EP-141

MULTİPL MYELOM NEDENİYLE YÜKSEK DOZ KEMOTERAPİ VE OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİNDEN SONRA GELİŞEN SEKONDER AKUT LENFOLASTİK LÖSEMİ OLGUSU

ŞÜKRÜ ÖZAYDIN, SELMİN ATAERĞİN, NURİ KARADURMUŞ, GÖKHAN ERDEM, BİROL YILDIZ, MUSTAFA ÖZTÜRK, FİKRET ARPACI

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

Amaç:

Kemoterapi, yüksek doz kemoterapi ve kök hücre nakli, radyoterapi uygulamaları sonrasında gelişen aml, mds gibi sekonder maligniteler önemli bir tedavi komplikasyonunu oluşturmaktadır. Bu tür tedaviler sonrasında gelişen akut lenfoblastik lösemi oldukça nadir bir durumdur.

Gereç ve Yöntem:

58 yaşında erkek hastaya 10 yıl önce sırt ve boyun ağrıları nedeniyle yapılan tetkiklerde T6 vertebrada plazmositom tanısı konuldu.

Bulgular:

Yapılan diğer tetkikler sonrasında ise tanının IgG tipi evre 3 A multipl myelom olduğu belirlendi. Hastaya 30 Cgy x 10 seans radyoterapi ve 4 kür VAD protokolü (vincristine 0,4 mg (1-4), doksorubicin 9 mg/m²(1-4) ve deksametazon 40 mg/gün (1-4,9-12,17-20) günler) ve ayda bir 4 mg zoledronik asit tedavisi uygulandı. Akabinde hastamıza melfalan 140 mg/m² hazırlama rejiminden sonra tandem otolog kök hücre nakli yapıldı. Kök hücre nakli sonrasında ayda bir zoledronik asit tedavisi devam eden hastaya IgG düzeylerinde tedrici artış nedeniyle 5 yıl önce 3,5 yıl süreyle talidomid 50 mg 2x1 tedavisi başlandı. Tedavi sonrası şikâyetleri gerileyen ve fizik muayene laboratuvar bulguları normal düzeylerde olan hasta kendi isteğiyle tedavisine ara verildi. Son altı aydır tedavisiz takip edilen hastada bayılma baş önmesi şikâyetleri üzerine yapılan tetkikler sonucu WBC: 235.000, hemoglobin 5,4 gr/dl ve Plt sayısı 13.000 olarak saptandı.. Periferik yaymasında silme blast tespit edildi. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi ile akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanıları konularak flow sitometri ile de CD10, CD19, CD34, HLA-DR ve CD79a moleküllerinin ekspresyonu Bhücreli all fenotipi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hastaya ALL indüksiyon tedavisi başlandı. Takiben konsolidasyon tedavilerine geçildi. Hasta halen hematolojik kısmı yanıt içinde olup, konsolidasyon tedavilerinin tamamlanmasının ardından allojenik kemik iliği nakli planlanmaktadır.

Sonuç:

Multipl myeloma nedeniyle kemoterapi, radyoterapi, yüksek doz tedaviler almış bir hastadır. Güncel literatür verilerine göre sekonder ALL gelişmiş olan 2. olgudur. Bu tür nadir olguların daha geniş verilerinin toplanması etyoloji, prognoz vs. konularında daha geniş platformda bilgi kaynağı sağlayabilir.

EP-142

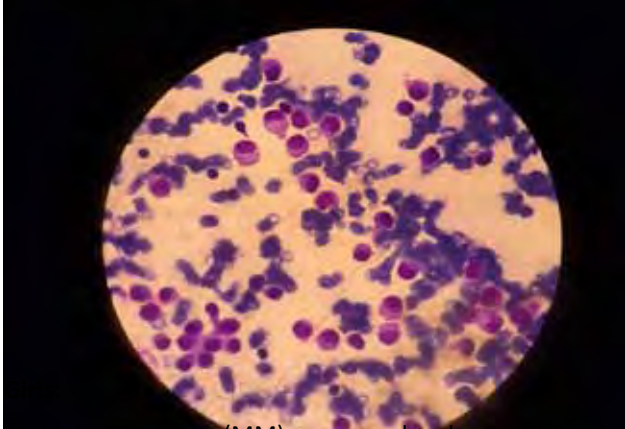
**UNİLATERAL PLEVRAL EFÜZYONLA PROGRESE OLAN
MULTİPLE MYELOMA OLGUSU**

BERNA BOZKURT DUMAN ¹, MELEK ERKİŞİ ², BERKSOY SAHİN ²,
OĞUZ KARA ², MERAL GÜNALDI ², ÇİĞDEM USUL AFŞAR ²,
VEHBİ ERÇOLAK ²

¹ ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ
B.D.

Amaç:



Multipl Myelom (MM), anormal plazma hücrelerinin; monoklonal immunoglobulin veya hafif zincir fazla üretimi ile birlikte malign proliferasyondur. Plevral efüzyon myeloma %6 oranında eşlik edebilir. Burada unilateral plevral efüzyonla progrese olan MM olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu:

63 yaşında erkek hasta , yaklaşık 4 aydır bel ağrısı olması üzerine doktora başvuran hastaya çekilen torakal MR incelemede: T3-6 düzeylerinde sağ paravertebral, T4 vertebra sağ pedikülünü destrükte eden kitle saptanmış. Kitleye total eksizyon ve posterior dekompresyon uygulanmış. Patoloji sonucu plazma hücreli neoplazi (CD38+, Lambda+ keratin(-), kappa (-) olarak değerlendirildi. Kemik iliği aspirasyon, biyopsi sonucu; plazma hücre neoplazisi, plazma hücreli myeloma olarak (CD38+, Lambda+, Kappa-) saptandı. Durie Salmon evreleme sistemine göre Evre IIA, International Staging System(ISS)' e göre Evre II olarak değerlendirildi. FISH analizinde; p53(17p 13.1) delesyonu için (+), 13q14 delesyonu için (-),t(11,14) translokasyonu için(-) saptandı. Hastaya Vincristine, Adriamisin, Deksametazon,Zoledronik asit kombinasyon rejimi 3 kür uygulandı.Kontrol kemik iliği incelemesinde rezidüel hastalık saptandı. Hastada ciddi nefes darlığı gelişti. Başlangıçta akciğer grafisi normal olan hastanın; nefes darlığı olması üzerine çektilen direk akciğer grafisinde sol hemitoraksta plevral efüzyon ve yapılan bilgisayarlı tomografide solda basınçlı plevral efüzyon ve sol alt lobda total üst lobda subtotal atelektazi saptandı. Plevral mayi boşaltıldı.Plevral mayiden alınan sıvı santrifüj edilerek giemsa ile boyandı. Yapılan mikroskopik incelemede plazma hücre infiltrasyonu saptandı (şekil 1).Patoloji sonucuda plazma hücre infiltrasyonu olarak değerlendirildi.Hastaya Bortezomib deksametazon kombinasyon tedavisi başlandı.

Tartışma:

Myelamatoz plevral efüzyonun patogenezi net değildir. İskelet lezyonlarından veya göğüs duvarı plazmositomlarından plevraya direk yayılım ortaya konulan sebeplerden birisidir. Plörodezis ve agresif kemoterapi rejimleri ile gerileyebilir fakat buna rağmen sağkalım süresi 4 ay gibi kısa bir süredir. MM'da çok çeşitli sebeplere bağlı plevral efüzyon olabilir. Plevral mayi eksuda vafındaysa bir sonraki basamak myelomatoz plevral efüzyonu ekarte etmektir.

Sonuç:

SONUÇ: MM tanılı hastalarda plevral efüzyonun birçok sebebi olabileceği gibi burda sunulan olguda olduğu gibi MM tutulumunda akla getirilmelidir.

EP-143

**HEMATOLOJİK MALİGNİTELERDE ENDOMETRİUM, OVER VE
SERVİKS TUTULUMU**

ÇİĞDEM USUL AFŞAR ¹, İSMAİL OĞUZ KARA ¹, MERAL
GÜNALDI ¹, BERNİ BOZKURT DUMAN ², VEHBİ ERÇOLAK ¹

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

² ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

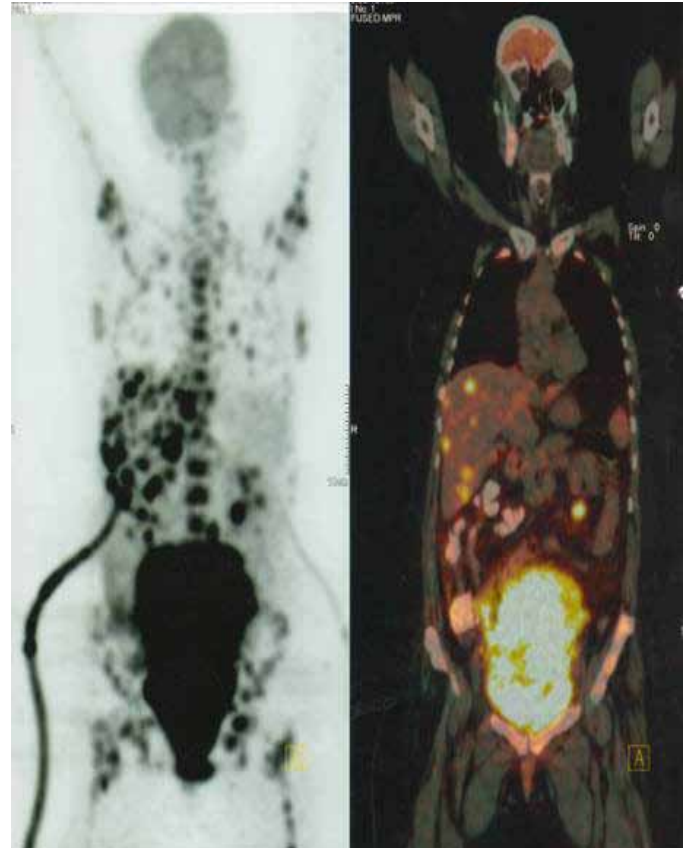
Amaç:

Kronik lenfoproliferatif hastalık (KLL) ve diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) sık görülen hematolojik maligniteler olup, kadın hastalarda genital organlarda tutulum ve buna bağlı komplikasyonlar yapabilmektedirler.

Gereç ve Yöntem:

KLL ve DBBHL olan 2 vakada genital organ tutulumlarını vurgulamak istedik.

Bulgular:



VAKA-1: 49 yaşında kadın hasta, 14 aydır evre 1 KLL nedeniyle tedavisiz izlemde iken, sistosel ve sol over torsiyonu nedeniyle 2 kez opere oldu. Patolojisinde 7.5x6x5 cm boyutlarında hemorajik rüptüre over kisti, duvarında hematoma, intravasküler CD 20 (+), CD 5 (+) lenfoid hücreler görülmüş olup bu hücreler kronik lenfositik lösemi hücreleri olarak düşünüldü. Daha sonra menometrorajisi gelişen hastaya uygulanan endometriyum biyopsisi kronik lenfositik lösemi, endometriyal polip, menstrüel evrede endometriyum, özellikle kanama alanlarında ve kan damarları içerisinde CD 20 (+), CD 5 (+), CD 23 (+) lenfoid hücreler ile uyumlu olarak geldi. Hastanın WBC: 70.000/mm³ (%58 lenfosit), Hb: 10.6 g/dl, Htc: %32, PLT: 214.000/mm³ idi. Biyokimyasal testleri normaldi. Hastanın BT'lerinde bilateral servikal, supraklavikuler, aksiler LAP saptandı. Hastaya bunun üzerine kemoterapi (rituksimab içeren) başlandı.

VAKA-2: 51 yaşında kadın hasta adet düzensizliği, sırt ve bel ağrısı şikayeti ile kadın doğum kliniğine başvurdu. Uterusta ve servikte kitle saptanarak endoserviks biyopsisi yapıldı. Patolojisi non-Hodgkin lenfoma, diffüz büyük B hücreli, CD 20 (+), bcl-6 (+), keratin (-), CD 10 (-), MUM 1 (-) olarak saptandı. Bilateral hidroureteronefroz nedeniyle nefrostomi uygulandı. PET/BT'de tüm iskelet sisteminde, her iki akciğer parankiminde ve karaciğerde metastazla uyumlu multipl odaklar, parasternal, sol hiler, batında paraaortik ve inguinal bölgelerde çok sayıda hipermetabolik lenf nodları, pelvisin tamamamını dolduran alt abdominal bölgeye uzanım gösteren dev kitle (şekil 1) saptandı. Kemik iliği biyopsisinde de tutulum olması üzerine hastaya R-CHOP kemoterapisi başlandı. 3 kür sonra bilateral nefrostomileri kapatıldı ve 4 kür sonraki PET/BT'sinde regresyon (şekil 1) saptandı.

Sonuç:

Hematolojik maligniteler pek çok organda tutulum yapabilir ve özellikle kadın hastalarda jinekolojik acil tablolar ile hastaları doktora getirebilir.

EP-144

OTOLOG PERİFERİK KAN KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONU SONRASINDA RELAPS GELİŞEN HODGKIN LENFOMA OLGULARINDA BRENTUXİMAB VEDOTİN (SGN-35) KULLANIMI

GÖKHAN ERDEM¹, NURİ KARADURMUŞ¹, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, ALPER ÖZGÜR KARACALIOĞLU², CENK YEĞİNER³, MUSTAFA ÖZTÜRK¹, SELMİN ATAERĞİN¹, OKAN KUZHAN¹, ERKAN ARPACI¹, TÜRKER ÇETİN⁴, ORAL NEVRUZ⁴, FİKRET ARPACI¹

¹ KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON MERKEZİ, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

² NÜKLEER TIP BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

³ HALK SAĞLIĞI BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

⁴ HEMATOLOJİ BD. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA

Amaç:

Hodgkin lenfoma (HL) hastalarının %15-30'da konvansiyonel tedavilerle uzun süreli remisyon sağlanamamaktadır.

Başlangıçtaki kombine kemoterapiye yanıt vermeyen nüks ya da progresyon gösteren bazı vakalar için, Ototog periferik kan kök hücre transplantasyonu (OPKKHT) küratif bir tedavi olabilmektedir. Ancak OPKKHT bu tür vakaların yaklaşık %50'de etkili olabilmektedir. Brentuximab vedotin seçici olarak, CD30 pozitif hücrelerin apoptotik ölümünü uyarmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

OPKKHT sonrası relaps olan HL hastalarında Brentuximab vedotin'in etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirdik. Hastalara 1.8 mg/kg Brentuximab vedotin 30 dakikalık infüzyonla her 3 haftada bir 10 siklusa kadar verildi. Çalışmanın primer sonlanım noktası objektif yanıt ve toksisiteyi saptamaktır.

Bulgular:

Çalışmaya median yaşı 25 olan (18-25 yaş) 4'ü erkek 5 hasta katıldı. Hastalar daha önceden OPKKHT hariç median 4 farklı hat (3-5) kemoterapi kullanmışlardı. Hastaların %80'i primer refrakter hastalığa sahipken, %80'i en son tedavilerine yanıt vermeyen olgular. %80 hastada tümörde regresyon saptanırken, total objektif yanıt oranı % 40 (n=2), parsiyel remisyon (PR) 2 hastada görüldü. Tedaviyle ilişkili en sık yan etki olarak alopesi, karın ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk ve ishal gözlemlendi. Grad 3 ve üzeri düzeyinde görülen yan etkiler olarak, ≥ % 60 hastada görülen yorgunluk, uykusuzluk, artralji ve ishal saptandı.

Sonuç:

Tolere edilebilir yan etki profiliyle Brentuximab vedotin, OPKKHT sonrası relaps gelişen HL olgularında tek ajan olarak kullanıldığında hastaların %40'da objektif tedavi yanıtını sağlamıştır. Daha önceden yoğun tedavi almış bu çalışma grubunda, 5 hastanın 2'sinde (%40) PR ve tümör regresyonu ayrıca hastaların %80'de klinik düzelleme sağlandı.

EP-145

RICHTER SENDROMU

MERAL GÜNALDI¹, MELEK ERKİŞİ¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, BERNA BOZKURT DUMAN², VEHBİ ERÇOLAK¹

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ADANA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Kronik lenfositik lösemi/küçük hücreli lenfoma (KLL/SLL), düşük gradeli malign lenfomalardır. Zamanla yüksek gradeli lenfomalara dönüşebilirler. En yaygın dönüşüm diffüz büyük B hücreli lenfomaya olabilmektedir. Bazen %0.1-0.5'inde multipl myelom veya Hodgkin lenfomaya (HL) dönüşüm olabilir ve Richter Sendromu (RS) olarak adlandırılır. Biz Richter Sendromu olan bir olguyu ve yönetimini paylaşmak istedik. Kronik lenfositik lösemi/küçük hücreli lenfoma (KLL/SLL), düşük gradeli malign lenfomalardır. Zamanla yüksek gradeli lenfomalara dönüşebilirler. En yaygın dönüşüm diffüz büyük B hücreli lenfomaya olabilmektedir. Bazen %0.1-0.5'inde multipl myelom veya Hodgkin lenfomaya (HL) dönüşüm olabilir ve Richter Sendromu (RS) olarak adlandırılır.

Gereç ve Yöntem:

Biz Richter Sendromu olan bir olguyu ve yönetimini paylaşmak istedik.

Bulgular:

61 yaşında erkek hasta, halsizlik, kemik ağrıları, terleme şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde dev splenomegali saptandı. Hastanın WBC: 36.5, Lym: 30.1 -%82, Neu: 4.4, Hb:5.9 gr/dl, Hct:21, Plt: 157. Kemik iliği biyopsisinde; Kronik Lenfoproliferatif hastalık, KLL ile uyumlu, CD20, CD5 ve CD23 (+) saptandı. Flow sitometrisi yapıldı (Tablo 1). 3 kür CVP (Siklofosamid 400 mg/m², Vinkristin 1.4 mg/m², Prednisolone 100 mg/m²) uygulandı. Yanıt olmaması üzerine Fludarabin 830mg/m²+Ritüksimab 375mg/m² 6 kür tedavi uygulanarak remisyon sağlandı. Takipteki hasta, 6. yılda boyunda kitleyle başvurdu. Tetkiklerinde: WBC: 5.1, Neu:3.83, Lym:0.82, Hb:11.4, Hct:33.8, Plt:249 bin. PET-BT sinde; Sol servikalde konglomere LAP'ler (Suv-Max: 20), dalakta multipl lezyonlar (Suv: 5-13), Kemiklerde fokal hiperaktif alanlar saptandı. LN biyopsisi; HL, klasik, mikst sellüler tip, CD20: (-), CD5(-), CD23: (-), LCA: (-), CD30: (+), CD15(-), CD21: (-), PAX-5: (+) saptandı. Flow sitometri yapıldı (Tablo 2). HL için ABVD başlandı. 4 kür tedavi sonrasında BT'lerinde; Boyundaki LAP lerde ve dalaktaki hipodens lezyonlarda regresyon izlendi. Tedavinin 6 küre tamamlanması planlandı.

Tablo 1:

Yüzey markerları	2005 (%)	2011 (%)
CD20	80	0
CD4	8.2	0.4
CD7	42	0
CD5	91	0.05
CD10	1.0	0.02
CD33	0.07	0.07

Sonuç:

KLL'den HL'ya dönüşüm sık olmaması nedeniyle, bu hastaların laboratuvar, patoloji, klinik ve tedavisinde standart bir yaklaşım yoktur. Normal HL'lı olgulara göre RS'nda prognoz daha kötü olduğu bilinmektedir. Bu olgularda kemoterapiye yanıt oranı %34-%47'dir. MD Anderson Kanseri merkezinin retrospektif verilerinde bu hastalarda; median sağkalımın 8 ay, hastalısız sağ kalımın 7 ay olduğu hesaplanmıştır.

Bir çalışmada, öncesinde Fludarabinle tedavi edilen olgularda transformasyon riski yüksek görülmezken, başka bir çalışmada Fludarabinin transformasyonu arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca RS'lu vakalardaki EBV (+)'liğinin tedaviye yön verip vermeyeceği (Antiviral tedavi?)araştırmaya açık diğer bir konudur.

EP-146

BİLATERAL PRİMER ADRENAL NON-HODGKİN LENFOMA

VEHBİ ERÇOLAK ¹, İ. OĞUZ KARA ¹, MERAL GÜNALDI ¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR ¹, ŞEYDA ERDOĞAN ², MELEK ERGİN ², ARBİL AVCI AÇIKALIN ²

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

BİLİM DALI

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:

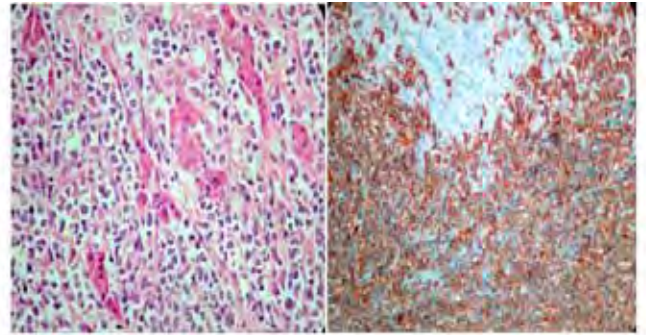
Non-Hodgkin Lenfomanın (NHL) adrenal bezi hastalık seyri esnasında sekonder olarak yaklaşık %25 tuttuğu bilinmektedir. Adrenal bezi tutan primer lenfoma ise nonsekretuar adrenal tümörlerin oldukça nadir bir nedenidir. Sekonder adrenal bez tutulumları genelde unilateral iken, primer adrenal lenfomalar sıklıkla bilateralidir. Primer adrenal bez lenfomaları arasında en sık diffüz büyük B hücreli lenfomadır.

Gereç ve Yöntem:

Nadir görünmesi nedeniyle Primer Adrenal Lenfomalı bir olguyu paylaştık.

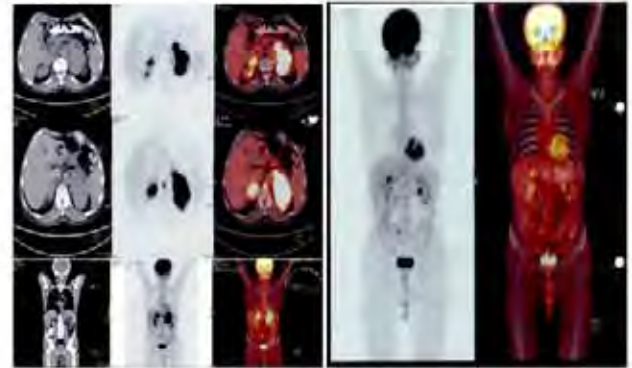
Bulgular:

62 yaşında erkek hastaya karın ağrısı nedeniyle araştırılırken yapılan batın USG'de sağ sürrenal 54 mm, sol sürrenal 66 mmhipoekojen kitleler saptanmış. Hastaya bu USG sonucuna göre batın CT yapılmış, sol sürrenal glandda 93x60 mm, sağ sürrenal glandda 58 mmçapa ulaşan düzensiz sınırlı hipodens kitle lezyonu saptanmış. Hormon tetkiklerinde nonfonksiyone olduğu anlaşılan sürrenal kitleler için sol sürrenalektomi yapıldı. Hastanın patoloji sonucu NHL, Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak raporlandı (LCA(+),CD20(+) CD3(-))(Şekil1-2). PET-CT'de sol taraftaki dev boyutlu olmak üzere her iki sürrenalde bezde ileri derecede hipermetabolik kitle lezyonu, sol mezenterik bölgede ve retrocrural alanda metastazlarla uyumlu hipermetabolik LAP'lar saptandı (Şekil-3). Hastaya R-CHOP kemoterapisi 6 kür verildi. 4 kür sonrasında yapılan PET-CT'de malignite lehine bulgu saptanmadı (Şekil-4).



Şekil-1: Sürrenal dokusunu diffüz infiltrasyon eden, arada sürrenal dokuya ait birkaç adet küçük hücrenin sızması olarak izlendiği; nükleusları belirgin, oval-yuvarlak, vasküler nükleoluslu, orta-büyük papil atipik lenfoid hücreler

Şekil-2: Lenfoid hücrelerde diffüz CD20 pozitifliği ve arada boyanmamış görülen sızması seyrek normal sürrenal kortikal hücreler.



Şekil-3: Tedavi Öncesi

Şekil-4: 4. kür KT sonrası

Sonuç:

Primer Adrenal NHL'lar nadir, daha çok ileri yaşta (ortalama yaş:68) ve erkeklerde biraz daha baskın görülmektedir. Prognoz genelde kötüdür. Kötü prognostik faktörler ileri yaş, tümöral kitlenin büyüklüğü, bilateral adrenal tutulum, LDH düzeyi, diğer organların tutulumu ve başvuru esnasında adrenal yetmezliktir. Tedavisinde cerrahi, kombinasyon kemoterapisi ve radyoterapi modaliteleri olsada bilateral adrenalectomi, adjuvan radyoterapi yeri tartışmalı ve net değildir. Diğer malignansilerin yokluğunda ve nodal tutulum olmaksızın sürrenal kitlelerde primer adrenal lenfoma akılda tutulması gereken bir tanı olmalıdır.

EP-147

BURKİTT VE LENFBLASTİK LENFOMALI HASTALARDA 1.NCİ REMİSYONDA KONVANSİYONEL KEMOTERAPİ İLE KONSOLİDASYON AMAÇLI YÜKSEK DOZ KEMOTERAPİ VE OTOLOG PERİFERİK KÖK HÜCRE NAKİL SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: LENFOMA MYELOMA ÇALIŞMA GRUBU RETROSPEKTİF ÇALIŞMA SONUÇLARI

ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, MUSTAFA ÖZTÜRK¹, BAŞAK OYAN², MURAT ÖZBALAK³, FİKRET ARPACI¹, SEMRA PAYDAŞ⁴, SELMİN ATAERGİN¹, BURHAN FERHANOĞLU³, NECMETTİN KOÇAK⁵, EMEL GÜRKAN⁴, AHMET ÖZET⁶, İBRAHİM BARIŞTA²

¹ GATA TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

³ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁴ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

⁵ GATA HALK SAĞLIĞI ABD.

⁶ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Erişkin hastalarda Burkitt lenfoma ve lenfoblastik lenfomanın optimal tedavisi hala bilinmemektedir. Uzun süreli ve yoğun kemoterapi protokollerine rağmen kemoterapi sonrası relapslar sık olmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada Burkitt ve lenfoblastik lenfomalı santral sinir sistemi ve kemik iliği tutulumu olmayan olgularda indüksiyon ve konsolidasyon kemoterapisi sonrası yüksek doz tedavi(YDT) ve otolog periferik kök hücre transplantasyonu(OPKHT)(n=21) ile uzun süreli konvansiyonel kemoterapi(n=39) sonuçları karşılaştırıldı. Yüksek doz kolunda hastalar indüksiyon kemoterapisi olarak siklofosfamid, vinkristin, prednisolon, adriamisin, ve/veya L-asparajnazdan oluşan rejim ardından 2 kür DHAP protokolü ve hazırlama rejimi siklofosfamid+ total vücut ışınlama uygulamasıyla YDT protokolü izledi. Konvansiyonel kemoterapi olarak heterojen 1-2 yıl süren protokoller uygulandı.

Bulgular:

Her iki grupta da hastaların %60'dan fazlası Uluslararası prognostik indekse göre indermediate ve yüksek riskli grupta yer alıyordu. Her iki grupta yaş, cinsiyet, bulki hastalık, evre, Burkitt ve lenfoblastik lenfoma oranları arasında anlamlı fark yoktu. Median takip süresi 32,3 aydı (min-maks: 0-229 ay). YDT

ve uzun süreli yoğun kemoterapi alan grup karşılaştırıldığında; Tedavi sonrası tam remisyon oranları %76,3 ve %82,1; median hastalıksız sağkalım 10,4 ay(min-maks:6,1-20,3) ve 10,1 ay(min-maks:6,3-69,0); bir yıllık genel sağkalım oranı %64,7 ve %74,4 ve 5 yıllık genel sağkalım oranı %50,1 ve %56,7 farklı bulunmadı.

Sonuç:

Yetişkinlerde agresif lenfomalarda 3 aylık sürede uygulanan yüksek doz kemoterapi seçeneğinin diğer konvansiyonel yöntemler kadar etkili olduğu ve tedavi süresinin kısalması açısından daha avantajlı olduğu dikkati çekmektedir.

EP-148

KEMOTERAPİ ALAN LENFOMALI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

SAADETİN KILIÇKAP¹, DENİZ YÜCE², MUSTAFA ERMAN², İSMAİL ÇELİK², MUTLU HAYRAN²

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ PREVANTİF ONKOLOJİ

Amaç:

Kemoterapi yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Çalışmada kemoterapi ile tedavi edilen lenfomalı hastalarda tedavinin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Tüm lenfomalı hastalara EORTC yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Aktif olarak kemoterapi ile tedavi edilen hastalar, tedavisi tamamlanmış lenfomalı hastalar ile karşılaştırıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 70'i (%32) aktif kemoterapi alan toplam 218 hasta alındı. Kemoterapi alan grupta yaş ortalaması 50±16, almayan grupta ise 50±17 idi. Cinsiyet, komorbid hastalık, serum albumin düzeyleri gruplar arasında benzer bulundu (p>0.05). Kemoterapi alan hastalarda performans status (p=0,005) ve hemogloblin düzeyi (p=0,017) daha düşük idi. Yatarak tedavi edilen hastaların oranı kemoterapi alan hastalarda daha fazla idi (%63 vs %32; p<0,001). Yaşam kalitesi skorları incelendiğinde kognitif, finansal, diyet ve bulantı gibi yaşam kalitesi skorları kemoterapi ile aktif tedavi edilen ve edilmeyen grupta benzer bulundu. Genel yaşam kalitesi skoru tedavi alan grupta anlamlı derecede daha düşük idi (p=0,021). Aynı şekilde fiziksel (p=0,043), rol, emosyonel, ve sosyal yaşam kalitesi skoru tedavi verilen hastalarda daha düşük bulundu (p=0,001). Yorgunluk, dispne ve konstipasyon gibi semptomatik yaşam kalitesi skorları tedavi almayan grupta daha iyi idi.

Sonuç:

Kemoterapi lenfomalı hastalarda global yaşam kalitesi skoru yanı sıra hemen hemen tüm yaşam kalitesi skorlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

EP-149**UTERUS ADENOSARKOMU : OLGU SUNUMU**

SEVİL GÖKTAŞ¹, MUSTAFA YILDIRIM¹, UTKU DÖNEM DİLLİ¹,
DİNÇ SÜREN², BİRSEL TUTUŞ², MUSTAFA YILDIZ¹

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Uterus adenosarkomları uterusun nadir görülen maligniteleridir. Tüm uterus maligniteleri içerisinde oranı %2-3 olarak bildirilmektedir. Histolojik olarak benign karakterde fakat atipik glandular epitel ve sarkomatöz stromal komponent içerirler.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazımızda postmenopozal dönemde vajinal kanama nedeni ile başvuran ve adenosarkom tespit ettiğimiz hasta nadir görülen bir olgu olması nedeni ile güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

Post menopozal dönemde bir yıldır zaman zaman lekelenme şeklinde kanaması ve son zamanlarda olan pelvik ağrı ile kliniğimize başvuran 67 yaşındaki hastanın jinekolojik muayenesinde uterus normalden büyük saptandı. Hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Patolojik değerlendirmede uterin korpusta sınırlı tümör izlendi. Mitotik aktivitesi büyük büyüme alanında 14/10 olarak saptandı. Tümörde %5-10 oranında nekroz, myometriuma fokal invazyon izlendi. İmmunhistokimyasal incelemede desmin ve SMA (+) saptandı. Bu bulgularla histopatolojik olarak uterus adenosarkomu tanısı kondu. Hastanın evreleme amaçlı yapılan toraks ve abdomen tomografilerinde patoloji tespit edilmedi. Hasta tedavisiz takip edilmektedir.

Sonuç:

Uterus adenosarkomlarının nadir görülmesine rağmen farklı klinik seyirleri nedeniyle uterus malignitelerinin ayrıntılı tanısında göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

EP-150**PRİMER OVER TRANSİZYONEL HÜCRELİ TÜMÖRÜ**

UTKU DÖNEM DİLLİ¹, MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹,
SEVİL GÖKTAŞ¹, MÜJGAN YAZ², MEHMET KARACA¹

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Overin transizyonel hücreli tümörü oldukça nadir olarak saptanmaktadır ve tüm over tümörlerinin %2-3'ünü oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Pelvik kitle nedeniyle opere edilen hastamızda tespit ettiğimiz primer over transizyonel hücreli tümör nadir görülen bu tümör dikkat çekmek için güncel literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

Kasıklarına yansıyan karın ağrısı nedeniyle hastanemize başvuran 60 yaşında bayan hastaya yapılan pelvik ultrasonografisinde pelvik bölgede 7,5*9 cm boyutunda heterojen solid kitle lezyonu saptandı. Rutin laboratuvar değerleri normal sınırlarda olan hastaya hastanemizde TAH+BSO+regional LND+ omentektomi+ parsiyel barsak rezeksiyonu operasyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede aynı taraf tubayı invaze ederek içine alan uterin korpus serozasında ve seroza altı yüzeyel miyometriyumda invazyon göstern maling karakterde lezyon tespit edildi. İmmunhistokimyasal incelemede CK7, EMA, Cyclin D1, CA125 WT-1, pozitif olarak saptandı. P-53 %50-70 (+/+/+/+) olup retikulum ile adalar halinde yerleşim izlendi. Paraaortik 1 adet lenf nodunda metastaz tespit edildi. İmmunhistokimyasal boyanma paterni ve histopatolojik bulgular ile primer over transizyonel hücreli tümörü olarak değerlendirildi. Hastaya paklitaksel karboplatin kombinasyon kemoterapisi başlandı. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

Primer over transizyonel hücreli tümörü nadiren görülmekle birlikte over malignitelerinin ayrıntılı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-151**OVER KANSERİNİN CİLT METASTAZI: NADİR BİR PREZENTASYON**

İDRİS YÜCEL¹, DİLEK ERDEM¹, BAHİDDİN YILMAZ¹, GÜZİN DEMİRAĞ¹, MEHMET KEFELİ², YASEMİN KEMAL¹, FATİH TEKER¹

¹ ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Cilt, metastaz açısından nadir yerlerden biridir. Bu vakanın amacı; over kanserinin cilde metastazının olduğu bir olguyu sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Vaka: 63 yaşında postmenapozal kadın hasta; 07/2006'da yaygın asit ve tomografide omental kek hali ile tetkik edildi. Laparotomi yapılan ve yaygın peritoneal karsinomatozis nedeniyle yalnızca peritoneal biopsi alınan hastanın patolojik tanısı overden kaynaklandığı düşünülen seröz adenokarsinom infiltrasyonu olarak geldi, tümör kötü diferansiye idi. Over kanseri tanısı ile 6 kür cisplatin+cyclophosphamide kemoterapisi sonrası optimal sitoreduksiyon yapılan hastanın patolojisinde yalnızca sağ overde seröz adenokarsinom infiltrasyonu saptandı; omentum bulguları tümör regresyonu ile uyumluydu. İntraperitoneal kemoterapinin ardından takibe alınan hasta, 05/2009'da progrese oldu. 12 hafta haftalık topotekan tedavisi sonrası görüntülemelerinde tümör saptanmadı ancak 10/2009'da CA-

125 yükselmesi ve batin CT'de nüks saptanması üzerine 12 hafta haftalık paklitaksel verildi. 3 ay takip edildi. 03/2010'da progrese olan hastaya, lipozomal doxorubicine verildi ancak hasta 3 kür sonra progrese oldu ve 6 kür cisplatin+gemcitabine verildi. Kontrol görüntülemeleri tümörsüz olan hasta 04/2011'de nüks sonrası haftalık carboplatin aldı; 12 haftanın sonunda stabil hastalık olması üzerine toplam 24 haftaya tamamlandı. Tanıdan itibaren 62 ay sonra sol inguinal bölgede, ciltten kabarık papüller mor renkli herpetiform şeklinde her biri 3-5 mm multipl lezyonlar belirdi. Alınan biopsi, overin seröz adenokarsinomu metastazı ile uyumlu geldi. Hastada son tedavi sonrası progresyon devam etmesi üzerine ve tüm tedavileri alıp, performansı uygun olmadığından tedavi kesilerek palyatif izlem önerildi. Hasta, cilt metastazları sonrası 5 aydır hayatta ve destek tedavisi altındadır.

Bulgular:

Over kanseri; kadınlarda 5. en sık görülen ve jinekolojik kanserler içinde en sık ölüme neden olan kanserdir. Lokalizasyonu nedeniyle sıklıkla geç tanı alır. Over kanserinin cilt metastazı yapması olağandışı bir durum olup, literatürde % 1.9-5 arası gösterilmektedir ancak çoğu veri vaka bazındadır. Over kanseri; direkt invazyon, lenfatikler ya da cerrahi işlem sonucu implantasyon yolu ile cilde ulaşabilir. Çeşitli lokal tedaviler denenebilse de hastalık cilde ulaştığında büyük oranda batin içinde yaygın olduğundan genelde başarılı olmaz. Cilt metastazı, over kanserinin geç bir bulgusu olduğundan bu hastalar sıklıkla çok basamaklı tedaviler almıştır ve yeni sitotoksik ajanlara genelde dirençlidir ve bu da prognozunu kötü olacağını düşündürür.

Sonuç:

Yorum: Cilt metastazı over kanserinde geç görülen ancak görüldüğünde prognozunu kötü olacağını gösteren bir bulgudur. Over kanseri teşhisi-cilt metastazı intervali sağkalımdaki en önemli faktördür.

EP-152

KOLOREKTAL KANSERDE OVER METASTAZI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

DİLEK ERDEM, İDRİS YÜCEL, BAHİDDİN YILMAZ, GÜZİN DEMİRAĞ, YASEMİN KEMAL, FATİH TEKER

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Over tümörlerinin % 5-30'u metastatiktir. Bunların da % 3-14'ü gastrointestinal sistem kökenlidir. Bu çalışmanın amacı; over metastazı olan kolorektal kanser hastalarımızın gerçek oranını saptamak ve bu hastaların yönetimini geliştirecek özellikleri tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem:

2001-2011 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran kolorektal kanser hastaları arasında toplam 9 over metastazlı hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastalarda; yaş, menapoz durumu, başvuru semptomu, operasyon öyküsü, kolorektal tümör yerleşim yeri, tanıda evre, tümör grade, histopatolojik tipi,

kolorektal tümör-over metastazı intervali, over metastazının senkron veya metakron oluşu, over metastazının yeri, eşlik eden metastatik alan varlığı sorgulandı. SPSS-16 kullanıldı.

Bulgular:

Çalışmaya alınan 9 hastanın yaş ortalaması 45.1 yıl (21-72 yıl) idi. % 66.7'si premenapozaldi. 7 hastada over metastazı esnasında ilk başvuru semptomu karın ağrısı idi. Kolorektal tümör % 55.6 sıklıkla sağ kolonda yerleşiyordu ve tüm hastaların over metastazı tanısı histopatolojik olarak doğrulanmıştı. Tanıda hastaların 5'i evre IV hastalık ile başvurdu; yalnızca 1 hasta (%11.1) evre II idi. Hastalarda sıklıkla (n=4) tümör grade'i grade 2 idi. 5 hastada senkron tümör vardı yani kolorektal kanser tanısı esnasında over metastazı saptanmıştı (% 55.6). Kolorektal kanser-over metastazı intervali metakron hastalığı olan 4 hastada, 6-49 ay arasındaydı. 5 hastada sağ overe, 1 hastada sol overe ve 3 hastada ise her iki overe de metastaz vardı. Sol kolon yerleşimli 2 tümörün 2'si karşı overe(sağ) metastaz yaparken, sağ yerleşimli 3 tümörün 2'si aynı taraf overe (sağ), 1'i karşı overe (sol) metastaz yapmıştı, bilateral over metastazlarının ise 2'si sağ kolon tümörlerinden 1'i rektumdaki tümörden kaynaklanmaktaydı. Rektum kaynaklı diğer tümör de karşı overe (sağ) metastaz yapmıştı. Hastaların 7'sinde vücudun başka odaklarında da metastaz vardı ve en sık olarak 7 hastanın 6'sında (% 85.7) peritoneal tutulum saptandı. Hastalısız sağkalım 6-33 ay arası iken, progresyonsuz sağkalım 2-27 ay idi ve hastalar 2-54 ay takip edildi. Tanıda CA 125 5 hastada, CEA 6 hastada yüksek bulundu. Over metastazı esnasında ise CA 125 7 hastada, CEA 3 hastada yüksekti. Tanıda CEA yüksek olup over metastazı sonrası da yüksek 4 hasta vardı, 2 hastada over metastazına rağmen CEA yükselmedi. Tanıda CEA normal olup da over metastazı sonrası yükselen 2 hasta vardı. Tanıda CA 125 yüksek olan tüm hastaların over metastazı sonrası CA 125 yüksekliği devam etmişti, tanıda normal olan 4 hastanın 2'sinde ise over metastazı sonrası CA 125 yüksek saptandı. 9 hastanın yalnızca 1'i takiplerde hastalısız idi. % 77.8'inde progrese hastalık mevcuttu. 3 hasta öldü; ölümlerin 2'si hastalık progresyonundan, 1'i kanser dışı nedenlerden kaynaklandı.

Sonuç:

Metastatik over kanserini primer over kanserinden ayırt etmek, tedavi şeklini belirlemek açısından önemlidir. Kolorektal kanser overe; hematojenik, lenfatik yayılım ve primer tümörün uzaklaştırılması esnasında kök hücre yayılımı ile gerçekleşebilir. Hastaların tanı esnasında çoğunlukla premenapozal olması da, kolorektal kanserin overe metastazının bu grup hastada daha sık olabileceğini düşündürür. Senkron over metastazı olan 5 hastanın 4'ünde, metakron 4 hastanın 1'inde tanıda CA 125 yüksekti ve bu da literatürle uyumlu idi. Operasyon öncesi özellikle şüpheli jinekolojik muayenesi olan kolorektal kanser hastalarında CA 125 bakılması senkron over metastazlarının atlanmamasını sağlayabilir. Overe metastaz yapan kolorektal kanserde yalnızca 2 hastada başka odakta metastaz olmaması bize bu hastaların yaygın hastalığı olduğunu ve prognozunu kötü olabileceğini gösterebilir.

Yorum: Kolorektal tümörlerin overe metastazı nadirdir. Over metastazı, hastanın sıklıkla başka odaklarda da metastazı olabileceğini düşündürmelidir. Her ne kadar evre IV olarak değerlendirilse de over metastazı izole olanlarda prognoz daha iyidir. Preoperatif overler incelenmeli ve CA 125'in tanıda değerli bir marker olabileceği unutulmamalıdır.

EP-153**TEK MERKEZ DENEYİMİ: UTERİN KARSİNOSARKOM**

NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, SAMED RAHATLI¹, SELİM YALÇIN¹,
ÇAĞLA TARHAN⁴, ÖZLEM ÖZEN², POLAT DURSUN³, NİHAN
HABERAL², ÖMER DİZDAR¹, FERAH YILDIZ⁵, ÖZDEN
ALTUNDAĞ¹, ALİ AYHAN³

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ
BÖLÜMÜ

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

³BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI
VE DOĞUM BÖLÜMÜ

⁴BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

⁵HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON
ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Karsinosarkom malign epitelyal ve mezenkimal komponentlerin bir araya gelmesiyle oluşan bifazik bir neoplazmdir. Uterin karsinosarkomlar tüm uterin malignansilerin %3'ünü oluşturmakta, ancak çok agresif seyirli olmaları nedeniyle diğer uterin kanserlere kıyasla daha yüksek oranlarda mortaliteye neden olmaktadır. Bununla birlikte karsinosarkom tedavisi henüz standardize edilememiştir. Bu çalışmanın amacı merkezimizde tedavi edilen uterin karsinosarkom hastalarının klinik özelliklerinin, nüks ve yaşam süresi sonuçlarının ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2007-2011 yılları arasında uterin karsinosarkom tanısı almış hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Bütün hastalar aynı cerrah tarafından tedavi edilmiş ve hastalara TAH,BSO,BPPLND,OMN yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, tümör karakteristikleri, tedavi rejimleri, hastalısız ve genel sağ kalım verileri analiz edilmiştir.

Bulgular:

26 hasta çalışmaya dahil edildi. Median yaş 61(43-78)'di. 10 hastada(%38) evre I, 3 hastada(%12) evre II, 4 hastada evre III, 9 hastada(%35) evre IV hastalık mevcuttu. 16 hasta(%62) kemoterapi, 2 hasta radyoterapi almıştı. Median takip süresi 17 aydı. 16 hasta nüks etmişti ve 13 hasta da takip sırasında ölmüştü.16 nüksün yalnız bir tanesi akciğer metastazı ile olurken diğerleri intraabdominal nüks olarak saptandı.3 yıllık hastalısız sağkalım %37, 3 yıllık genel sağkalım ise %30'du.

Sonuç:

Verilerimiz karsinosarkomların daha tanı anında ileri evre olmaya eğilimli olduklarını ve hastaların kemoradyoterapi almalarına rağmen prognozlarının kötü olduğunu göstermiştir. Cerrahi halen tedavide başrol oynamakta ancak nüks ve ölüm oranlarını azaltmak için daha etkili adjuvan stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

EP-154**SWEET SENDROMU İLE PREZENTE OLAN NÜKS OVER KANSERİ; OLGU SUNUMU**

TÜRKAN ÖZTÜRK, HALİL KAVGACI, FEYYAZ ÖZDEMİR, EVREN FİDAN, FAZİL AYDIN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ
ONKOLOJİ

Amaç:

Sweet sendromu(SS), akut febril nötrofilik dermatozdur. Genelde ateş, halsizlik, lökositoz ile ortaya çıkar ve sıklıkla saçlı deri, boyun, bilateral ellerin dorsalinde olan eritematöz ve ödematöz çok sayıda papül ve plaklarla karakterizedir. Cilt biyopsisinde damarlarda fibrinoid nekroz, damar duvarında hücrel infiltrasyon ve ekstrasvazyon gibi vaskülit bulguları olmadan orta ve üst dermisin matür nötrofiller ile yoğun infiltrasyonu vardır. Etiyolojik olarak en sık idiyopatik olarak ortaya çıkar. Hastaların % 20'si malignansilerle birlikte dir. Burada komplet yanıtta yaklaşık 18 ay sonra sweet sendromu ile relaps olan olguyu tartışmak istedik

Gereç ve Yöntem:

58 yaşında kadın hasta 2009'da yaygın asiti, peritoneal karsinomatozisi ve sağ adneksial kitlesi ile over kanseri tanısı aldı. Hasta yaklaşık 15 kür paklitaksel ve karboplatin tedavisi aldı.Tedavi sonrasında hastanın görüntülemelerinde asit ve kitleleri kayboldu, tümör markerları normale geldi. Takibinde hastanın yaklaşık 18 ay sonra tek taraflı sağ kulak arkasında, sağ kol ve el üstünde kızarıklık , şişme, ağrı ateş şikayetleri ile başvurdu.

Bulgular:

Yapılan incelemelerde batında yaygın asit, peritoneal karsinomatozis ve CA 125 yükselme saptanan hasta nüks over kanseri kabul edildi. Hastanın kulak arkasında olan saçlı derisinde eritemli, ödemli ağrılı nodülleri mevcuttu, cilt lezyonlarından biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu akut nötrofilik dermatozla uyumlu olarak geldi. SS tanısı koyulan hastaya 60 mg/gün metilprednizolon başlandı. Takibinde lezyonları steroid tedavisi ile hızla geriledi. Takibinde genel durumu düzelen ve cilt lezyonları tamamen gerileyen hastaya kemoterapi başlandı.

Sonuç:

SS'da patogenezi henüz bilinmemekle beraber yabancı antijenlere karşı vücutta T hücrelerine bağımlı hücrel yanıtla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu immün cevap farklı sitokinlerin salınımına karşın nötrofil ve histiyositlerin kemotaksisinde artma şeklinde olmaktadır. SS'u nun %10 nedeni daha çok lenfomalar olmak üzere malinitelerdir. Bizim olgumuz bildirilen nadir nüks over kanserli bir hasta olmasından dolayı önemlidir.



EP-155

EVRE IIIC UTERİN KARSİNOM HASTALARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ.

SAMED RAHATLI¹, SELİM YALÇIN¹, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, ÖZLEM ÖZEN¹, NIHAN HABERAL³, ÇAĞLA TARHAN⁴, POLAT DURSUN², FERAİ YILDIZ⁵, ÖMER DİZDAR¹, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ALİ AYHAN²

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ

³BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

⁴BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

⁵HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Bütün endometrial kanserlerin %8'ini Evre IIIC oluşturmaktadır. Bu evrede hem lokal hem de sistemik nüks riski yüksektir. Standart tedavi yaklaşımı adjuvan kemoterapi olsa da retrospektif seriler radyoterapinin tedaviye eklenmesinin sonuçları olumlu etkilediğini göstermektedir. Ancak prospektif veriler henüz yoktur. Çalışmamızda cerrahi tedavinin ardından adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi almış evre IIIC endometrial kanser hastalarının sonuçları rapor edilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

2006-2011 yılları arasında merkezimizde evre IIIC endometrial kanser tanısı almış 29 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik özellikler, tümör özellikleri, tedavi rejimleri ve hastalıksız sağkalım, genel sağkalım verileri analiz edilmiştir

Bulgular:

Median yaş 64(41-82)'tü. Hastaların tamamına komplet cerrahi evreleme yapılmıştı. 13 hasta(%45) endometrioid karsinom, 11 hasta (%38) papiller seroz karsinom, 2 hasta(%7) berrak hücreli karsinom, 2 hasta(%7) mix karsinom ve 1 hasta(%3) andiferansiye karsinom histolojisine sahipti. 18 hastada(%62) sadece lenf nodu tutulumu, 6 hastada ek olarak over tutulumu, 9 hastada uterin serozada tutulum mevcuttu. 9 hastada(%31) sadece pelvik, 6 hastada(%21) sadece paraaortik, 14 hastada(%48) pelvik ve paraaortik bölgelerin herikisinde

lenf nodu tutulumu mevcuttu. 24 hastaya (%83) paclitaksel-karboplatin kemoterapisi verilmişti. 13 hasta(%45) external radyoterapi, 4 hasta(%14)brakiterapi ve 3 hasta(%10)haftalık sisplatin veya karboplatin ile eş zamanlı kemoradyoterapi almıştı. Median takip süresi 19 aydı. Takip süresinde 10 hasta nüks olmuştu ve 6 hasta ölmüştü. Nükslerin 1 tanesi hariç hepsi intraabdominal nükslerdi. 3 yıllık hastalıksız sağkalım %64, genel sağkalım %71.6'ydı.

Sonuç:

Evre IIIC endometrial kanserli hastalarda kemoterapi rejimleri ve radyoterapinin kullanılması ile ≈%70 oranında 3 yıllık genel sağkalıma ulaşmış olduk. Bu hastaların %45 i aynı zamanda yüksek riskli histolojilere(seröz ve berrak hücreli) sahiptiler. İleri evre hastalarda adjuvan kemoterapi ve radyoterapinin beraber kullanımı ile yaşam süresinin uzadığını düşünmekteyiz ve bu kullanımı önermekteyiz. GOG258 ve PORTEC 3 çalışmalarının sonuçları daha kesin öneriler için beklenmelidir.

EP-156

OVER KANSERİNİN PANKREAS METASTAZI: BİR OLGU SUNUMU

KEZBAN NUR PİLANCI, MUSTAFA BOZKURT, ESAT NAMAL, AKIN ÖZTÜRK, KÜBRA AYDIN, OSMAN GÖKHAN DEMİR

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Pankreasa metastaz oldukça nadir görülen bir durumdur. Tüm pankreas tümörlerinin %2-4 ü metastazdır. Bunlardan da en sık görülenler; renal hücreli karsinom, kolon kanseri, melanom, sarkom, meme ve akciğer kanseridir. Biz; pankreasa metastazın çok sık görülmediği tümörlerden biri olan over kanserli bir olgu sunacağız.

Gereç ve Yöntem:

Vaka; 40 yaşında kadın hastanın ocak 2010' da karında şişkinlik yakınması başlaması üzerine yapılan abdominopelvik BT' sinde, batın ön duvarı komşuluğunda omental cake ile uyumlu nodüler kalınlaşma ve douglasta ve batın ön duvarında peritoneal implant ile uyumlu nodüler yumuşak doku lezyonları görüldü. Hemen sonrasında total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi+omentektomi+apendektomi+paraaortik ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uyuglanmış. Patoloji sonucu; overin seröz papiller adenokarsinomu ile uyumlu geldi. Hastaya adjuvan paklitaksel+karboplatin tedavisine başlandı. 6 siklus tedavi sonrası batın sıvısı regrese ve omental cake görünümü regrese idi. Mart 2011' de yapılan kontrol görüntülerinde pankreas gövdesinde 22x22 mm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Temmuz 2011' de yapılan PET/BT' de patolojik aktivite tutulumu yoktu. Ekim 2011' de ki batın MR görüntülerinde; pankreatik gland anteriorundaki kistik lezyonun boyutlarında progresyon saptandı.

Bulgular:

EUS işlemi ile biyopsi yapılan hastanın patoloji sonucu; atipik proliferatif epitel hücreleri ile uyumlu geldi. Aralık 2011'de pankreasın parsiyel rezeksiyonu (distal pankreatektomi) yapılan hastanın patoloji sonucu overin seröz papiller karsinom metastazı ile uyumlu geldi(sinaptofizin+, kromogranin +, CK 20

4, CEA -, CK7 +, P53 ile diffüz nükleer + lik, CA 125 +, WT-1 +) . Hastaya 2. seri paklitaksel+karboplatin tedavisi başlandı.

Sonuç:

Pankreas metastazın oldukça nadir görüldüğü bir organdır. Overin pankreasa metastazı çok sık rastlanan bir durum değilse de, otopsi serilerinde pankreasa metastatik primer maligniteler arasında over karsinomu nadir değildir. Bu hastalarda yaklaşım rezeke edilebilecek düzeyde ise metastezektomi olmalıdır. Metastezektomi işlemi renal hücreli karsinoma sekonder tümörde uzun dönem sağkalımı arttırırsa da, diğer tümörlerin metastazında prognoz kötüdür.

EP-157

EVRE IC UTERİN KANSER HASTALARININ RETROPEKTİF ANALİZİ:TEK MERKEZ DENEYİMİ.

NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, SELİM YALÇIN¹, SAMED RAHATLI¹, ÖZLEM ÖZEN², NİHAN HABERAL², ÇAĞLA TARHAN⁴, POLAT DURSUN³, ÖMER DİZDAR¹, FERAH YILDIZ⁵, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ALİ AYHAN³

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

³BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ

⁴BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

⁵HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Evre IC uterin kanser hastalarının evre IA ve evre IB'ye göre rekürens riskleri daha fazladır ve prognozları daha kötü olmaktadır. Bu hastalarda adjuvan kemoterapiye spesifik patolojik faktörlere bakılarak karar verilmektedir. Bu çalışmanın amacı merkezimizde tedavi görmüş 1988 FIGO evrelemesine göre evre IC endometrial karsinomlu hastaların tedavi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

FIGO evrelemesine göre evre IB(eski sınıflamada IC)endometrial karsinom tanısı alan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Bütün hastalar başlangıçta cerrahi olarak tedavi edilmiş ve detaylı lenf nodu diseksiyonu ile birlikte evrelendirilmiştir.

Bulgular:

85 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve tümör özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Median yaş 60(27-95)'dir.Bütün hastalarda pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonunu da içeren tam bir cerrahi evreleme yapılmıştı. On altı hasta(%19) adjuvan kemoterapi almıştı. Bu hastaların 6 tanesi seröz kanser ve bir tanesi küçük hücreli kanserdi. Kemoterapi olarak paklitaksel-karboplatin rejimi kullanılmıştı. Median takip süresi 30 aydı (10-61ay). Takip süresi içinde 7 hastada(%8) nüks gelişmişti ve 4 hasta(%5) ölmüştü. Beş yıllık hastalıksız sağkalım %89 ve genel sağkalım %95 olarak bulundu. Kemoterapi alan 16 hastanın bir tanesinde (%6.2) ve kemoterapi almayan 69 hastanın 6'sında (%8.7) takip sırasında nüks veya ölüm gerçekleşti. Her iki gruptaki olay sayısının az olması nedeniyle

sağkalım analizi yapılmadı.

	N (%)
Yaş, median (aralık)	60 (27-95)
Histoloji	
Endometrioid	71 (83%)
Seröz	8 (9%)
Diğer	6 (7%)
Grade	
1	26 (30%)
2	42 (50%)
3	8 (9%)
Lenfovasküler invazyon	
Yes	28 (33%)
No	55 (65%)
Tümör boyutu (cm)	3.5 (0,1-14)
Kemoterapi	
Evet	16 (19%)
Hayır	69 (81%)
Radyoterapi	
External RT	4 (5%)
Brakiterapi	19 (22%)
Yok	62 (73%)

Sonuç:

Çalışmamızda bulduğumuz rekürens ve ölüm sonuçları, Evre IC endometrial kanserli hastalarda daha önce yapılan çalışmalarda sonuçlarla benzerdi. Kemoterapi alan hastalarda daha düşük oranda nüks görülmesi , erken evre endometrial adenokarsinomlu hastalarda adjuvan sistemik tedavinin araştırıldığı prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

EP-158

GEMİTABİNE BAĞLI GELİŞEN İLAÇ ERÜPSİYONU;OLGU SUNUMU

İ.VEDAT BAYOĞLU, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, LÜTFİYE DEMİR, AHMET DİRİCAN, ALPER CAN, MURAT AKYOL, ÇİĞDEM ERTEN, M.OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK E.A.H TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Gemcitabin ön planda akciğer, pankreas, mesane, meme ve over malignitelerinde kullanılan bir antimetabolit ilaçtır.

Gereç ve Yöntem:

Genel anlamda iyi tolere edilen gemesitabine bağlı, en sık kemik iliği süpresyonu, bulantı-kusma,alerjik reaksiyonlar, periferik ödem ile dermatolojik yan etkiler ile karşılaşmaktayız. En sık görülen dermatolojik yan etki alopesidir.

Bulgular:

Bunu sıklık sırasına göre hafif-orta derecede raş ve makülopapüller erüpsiyonlar izler .

Sonuç:

Bu olgu sunumunda over karsinomu tanısı ile gemesitabin tedavisi başlanan, gemesitabine bağlı bilateral el, ayak ile pretibial bölgede ve yüzde sadece dudaklara lokalize makullopapüller lezyonları gelişen ve histopatolojik olarak fiks ilaç erüpsiyonu tanısı konan olgu sunulmuştur.

EP-159

EVRE I UTERİN BERRAK HÜCRELİ VE SERÖZ PAPİLLER KARSİNOM: TEK MERKEZ DENEYİMİ.

SELİM YALÇIN¹, NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ¹, SAMED RAHATLI¹, POLAT DURSUN³, ÖZLEM ÖZEN², NİHAN HABERAL², ÇAĞLA TARHAN⁴, FERAH YILDIZ⁵, ÖMER DİZDAR¹, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ALİ AYHAN¹

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

³BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ

⁴BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

⁵HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Uterin berrak hücreli ve papiller seröz karsinomlar nadir görülen ancak agresif seyirli kanserlerdir. Erken evrelerde bile yüksek nüks oranları ve kötü prognozları mevcuttur. 5 yıllık genel sağkalım oranları %50 ile %80 arasında değişmektedir. Bu çalışmanın amacı platin bazlı kemoterapiler ile tedavi edilmiş, cerrahi evre I berrak hücreli ve seroz papiller karsinomların nüks oranları ve sağkalım sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

FIGO evre I berrak hücreli veya seröz papiller kanser hastalarının hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve sonuçlar analiz edilmiştir. Bütün hastalara aynı cerrah tarafından total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve omentektomi ameliyatı yapılmış lenf nodu diseksiyonu ile birlikte detaylı evreleme gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:

16 hastanın verileri analiz edildi. Median yaş 62'ydi ve hastaların %94'ü post menopozaldi. Hastaların 13'ü 6 kür paklitaksel-karboplatin kemoterapi rejimi almıştı. Bir hasta postoperatif dönemde henüz adjuvan kemoterapi almadan ölmüştü. Bir hasta external radyoterapi ,3 hasta brakiterapi almıştı. Median takip süresi 15 aydı. Takip süresinde sadece bir hasta kardiyak patoloji nedeniyle ölmüştü ve geri kalan hastaların hepsi takip sonunda hastaliksız olarak sağlandı.

Yaş,Median Evre	N (%)
IA	9 (56%)
IB	7 (44%)
Histoloji	
Seröz	13 (81%)
Berrak Hücreli	3 (19%)
Tümör boyutu	2.8 (1-5)
Lenfovasküler invazyon	
Var	5 (31%)
Yok	11 (69%)
Kemoterapi	
Var	13 (81%)
Yok	3 (19%)
Radyoterapi	
Eksternal RT	1 (6%)
Brakiterapi	3 (19%)
Yok	12 (75%)

Sonuç:

Tam cerrahi evreleme ve adjuvan kemoterapi sonrasında hastalarımızda mükemmel bir prognoza ulaşıldı, ancak takip süresi nispeten kısaydı.

EP-160

OVERİN TRANSİZYONEL HÜCRELİ KARSİNOMU:OLGU SUNUMU

NECLA DEMİR¹, OLÇUN ÜMİT ÜNAL¹, TULAY AKMAN¹, TUĞBA YAVUZŞEN¹, IŞIL SOMALI¹, MERAL KOYUNCUOĞLU², A. UĞUR YILMAZ¹

¹DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:

49 yaşında kadın hasta, kasık ağrıları nedeniyle yapılan batin ultrasonografisinde bilateral overlerde kitle saptanmış. Pelvik MR'da her iki adneksial bölgeden başlayarak orta hatta birleşen 183x110x95 mm boyutlarında tümöral kitle, belirgin assit, multipl implant metastazla uyumlu görünüm saptandı. Hastaya TAHBSO+PPALND ve omentektomi yapılmış. Patolojik incelemede 16x11x8 cm boyutunda, kistik ve solid alanlar içeren, kapsül rüptürü bulunan tümöral kitle izlendi. Çıkarılan 25 adet lenf nodunun 1'inde, barsak serozasından alınan implantlarda ve batin yıkama sıvısında tümör hücreleri izlendi.

İmmünohistokimya boyamasında ER, PR, c-erbB2 ve Wilm's tümör (WT-1) negatif, p53 pozitif saptandı ve hasta overin primer transizyonel hücreli karsinomu olarak kabul edildi.

Tartışma:

Overin transizyonel hücreli tümörleri (THT) nadirdir ve over neoplazmalarının %2-3'ünü oluştururlar. Bunlar; Brenner, borderline, malign Brenner ve transizyonel hücreli karsinomlar (THK)'dır. Overin THK'larının insidansı tam olarak bilinmemektedir. Bu tümörler ürotelyal özellikleri olan ama benign, prolifer ve veya malign brenner tümör alanları olmayan primer over karsinomları için geçerlidir ve tanı için stromal invazyon mutlaka bulunmalıdır. İmmünohistokimyasal değerlendirmeler ayırıcı tanıda yardımcıdır. Brenner tümörlerinde genellikle pozitif olan CEA, THK'da negatiftir. Yine overin THK'larında CK 20, trombomodülin (TM) ve üroplakin III negatifken mesane kaynaklı THK'larında genellikle pozitifdir. Ayrıca over kaynaklı THK'lar vimentin, CA-125 ve WT1 pozitif boyanır. Bu tümörler çoğunlukla ER pozitif boyanırlar. p53 pozitifliği kötü prognozla ilişkilidir. İleri evre over THK'larının platin temelli kemoterapilere yanıtları iyidir.

EP-161

PARANEOPLASTİK SENDROM'LA GELEN BİR OPERE OVER CA NÜKS OLGUSU

MEHMET TÜRKELİ, KERİM ÇAYIR, MEHMET BİLİCİ, SALİM BAŞOL TEKİN, NİLGÜN YILDIRIM

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

Olgu:

İskelet kasının nedeni bilinmeyen nekrozlu iltihabına **POLİMYOZİT(PM)**, polimyozitinin bir takım özellikler gösteren deri döküntüsü ile seyretmesine ise **DERMATOMİYOZİT(DM)** denir.

Olgumuz 47 yaşında, bayan hasta, kasım 2010'da yüzde ve her iki göz etrafında ödem, renk değişikliği, kollarda kızarıklık, şişlik ve döküntü, her iki kolunu kaldırmada ve yürümede güçlük, halsizlik, yaygın ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, yutma güçlüğü şikayetleriyle başvurdu. Hasta şubat 2010'da kadın doğum kliniğinde over ca (seroz papiller kist adenokarsinom) tanısıyla opere edilip, adjuvan 4 kür paclitaxel+karboplatin tedavisi verilmiş. Takipteki hasta yaklaşık 3 haftadır giderek artan mevcut şikayetlerle başvurdu. Bakılan tetkiklerinde AST:123U/L, LDH:751U/L, CK:2083, CA-125:2275U/ml olarak bulundu, diğer rutin tetkiklerinde özellik yoktu. Cilt biyopsisini kabul etmeyen hastaya yapılan EMG'de hafif sensori polinoropati ile uyumlu bulundu. Bakılan kas otoantikorları negatifti. Hastada over ca nüksüne bağlı DM+PM? düşünüldü. Hastaya streoit+KT(gemstabin+paclitaxel) başlandı. Hastanın kliniği düzeldi ve takibe alındı.

DM ve PM ile gelen hastalarında malignensi riski artmıştır. Over CA nükslerinde DM ve PM nadiren görülmektedir. Cilt ve kas bulgularıyla gelen hastalarda nüksler ve paraneoplastik sendromlar akılda tutulmalıdır.

EP-162

NÜKS METASTATİK OVER KANSERLİ HASTALARDA ORAL ETOPOSİD ETKİNLİĞİ

MEHMET KÜÇÜKÖNER, ALİ İNAL, MUHAMMED ALİ KAPLAN, ZUHAT URAKCI, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ B.D.

Amaç:

Oral kemaoterapötik ajan olarak etoposid; ileri evreli ve kötü performanslı kanserli hastalar için alternatif bir seçenektir. Çalışmamızda İleri Evre Over kanserli hastalarda oral etoposidin etkinliğinin retrospektif değerlendirmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza Mayıs 2007- Mayıs 2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji bilim dalımıza başvuran metastatik-nüks over kanserli oral etoposid kullanmış 24 hasta alınmıştır. Oral etoposid 50-100 mg, 14-21 gün süre, 3-4 haftada bir kullanılmıştır.

Bulgular:

Çalışmamızdaki 24 hastanın ortalama yaşı 53 (33-85) olup, 14 (%58.3) hasta evre-4, 10 (%41.7) hasta evre-3'dü. Histopatolojik değerlendirmede, hastaların %91.7(n=22)'si seröz papiller histolojideydi. Hastaların hepsine 3 basamak tedaviden sonra oral etoposid kullanılmıştı. Tedavi yanıt oranları; hastaların %40'ında (n=10) stabil yanıt, %25'inde (n=6) parsiyel yanıt, %35'inde (n=8) progresyon şeklindeydi. Hastaların %12.5'inde (n=3) grade3-4 %20.8'inde (n=5) grade 1-2 hematolojik toksisite, %25'inde (n=6) grade 1-4 gastrointestinal toksisite gelişmişti. Oral etoposid tedavisi almış hastalarda progresyona kadar geçen sürenin medyan değeri 5.3 (3-7.5) aydı.

Sonuç:

Oral etoposidin ileri evreli ve kötü performans durumu olan kanserli hastalarda ekonomik oluşu, kullanım kolaylığına sahip oluşu yanında sağladığı ılımlı tedaviye yanıt oranı ile alternatif tedavi seçeneğidir.

EP-163

ADİPONEKTİN EKSPRESYONUNUN KOLON KANSERİ HASTALARINDA KLİNİK ÖNEMİ

MUSTAFA CANHOROZ, ÖZKAN KANAT, ERDEM ÇUBUKÇU, NİLÜFER AVCI, ÖMER FATİH ÖLMEZ, OSMAN MANAVOĞLU

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

Amaç:

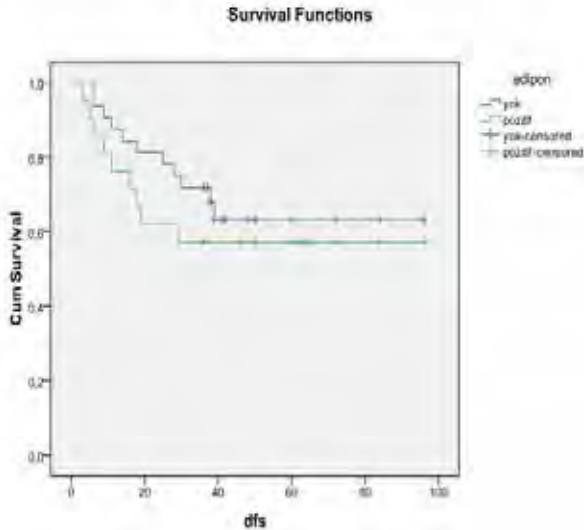
Erken evre kolon kanserinin küratif tedavisi cerrahidir, adjuvan tedavilerin amacı mikro metastazları eradike ederek kür oranlarını arttırmaktır. Adjuvan tedavinin faydalı olacağı hastaları belirlemenin önemi artmaktadır. Son zamanlarda adiponektinin, obezite ile ilişkili malignitelerin oluşumunda etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sitokinin erken evre kolon kanseri vakalarındaki prognostik değeri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

1997-2007 yılları arasında kolon kanseri tanısı ile takip ve

tedavi edilen hastaların dosyaları tarandı. Primer tümörü opere edilmiş, TNM evreleme sistemine göre II veya III. evre tümörü olan ve en az 3 yıl süre ile takip edilmiş hastalardan; primer tümöre ait kesitleri immünohistokimyasal değerlendirme için yeterli dokuya sahip olan 53 hasta çalışmaya alındı. Primer antikor olarak Novus Biologicals (100-65810) adiponektin antikorunu 1/100 oranında dilue edilerek kullanıldı.

Bulgular:



Olguların ortalama yaşı 58.3 ± 10.1 (35-78); ortalama takip süresi 41 ay (10 - 96 ay); 28'inin (%52.8) evre II ve 25'inin (%47.2) evre III olduğu belirlendi. 42 olgu (%77.4) histolojik grade 1 veya 2, 12 olguda (%22.6) grade 3 idi. İmmünohistokimyasal olarak 21 vakada (%39.6) tümör dokusunda adiponektin, sitoplazmik olarak gösterildi. Adiponektin ekspresyonunun olduğu 21 vakadan 9'unda (%42.9) nüks gelişirken, ekspresyonu olmayan 32 vakadan 11'inde (%34.4) nüks gözlemlendi. Ortalama hastaliksız sağkalım adiponektin ekspresyonu varlığında 60.3 ± 9.03 ay iken yokluğunda 68.7 ± 6.67 ay olarak hesaplandı ($p=0.414$). Ortalama genel sağkalım adiponektin ekspresyonu varlığında 65 ay iken yokluğunda 67 ay olarak hesaplandı ($p=0.786$).

Sonuç:

Yağ dokusundan salgılanan adiponektinin, pro-apoptotik ve/veya anti-proliferatif etkisi ile kanser oluşumu ve progresyonunda rol aldığı düşünülmektedir. Tümör dokusunda adiponektin ekspresyonunun saptanması evre II/III kolon kanseri vakalarında hastaliksız sağkalım üzerinde istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan olumsuz bir etki yapmaktadır.

EP-164

TÜRK TOPLUMUNDA MEME KANSERLİ HASTALARDA BRCA MUTASYONLARININ DAĞILIMI VE SAĞKALIMLA İLİŞKİSİ

LEYLA KILIÇ¹, SEDA KILIÇ², ÖZGE ŞÜKRÜOĞLU², BUĞRA TUNCER², MELTEM EKENEL¹, HÜLYA YAZICI², PINAR SAİP¹

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

²ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TEMEL ONKOLOJİ ABD, KANSER GENETİĞİ BİLİM DALI

Amaç:

BRCA mutasyonlarıyla ilişkili meme kanseri sistemik tedaviye farklı yanıt olması ve gelecekteki kanser riski açısından sporadik meme kanserinden farklıdır. Bu çalışmanın amacı toplumumuzdaki meme kanserli hastalar arasında BRCA mutasyonlarının çeşitli klinik, patolojik faktörlerle ilişkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Enstitümüze BRCA gen analizi için başvuran 174 meme kanseri hastasının (166 kadın, 8 erkek) klinik/demografik özellikleri incelendi ve BRCA gen mutasyonu saptanan hastalarla mutasyon saptanmayanların klinik ve patolojik özellikleri karşılaştırıldı, sağkalım analizleri yapıldı.

Bulgular:

BRCA 1 gen mutasyonu saptanan 13 hasta (% 7.5) ve BRCA 2 gen mutasyonu saptanan 9 hasta (% 5.2) mevcuttu. Erkek hastaların hiçbirinde gen mutasyonu saptanmamıştı. Tüm grup için 5 yıllık genel sağkalım (OS) oranı % 94.3, 5 yıllık progresyonsuz sağkalım (PFS) oranı % 73.8 idi. İki grup arasında PFS, OS farkı saptanmadı ($p=0.88$ ve $p=0.35$). BRCA mutasyonu olanlarda ailede meme kanser öyküsünün daha sık olduğu gözlemlendi ($p=0.02$). Diğer klinik ve patolojik parametreler açısından iki grup arasında fark tespit edilmedi. Tek değişkenli sağkalım analizinde ileri evre (evre 3&4 vs 1&2), ER negatifliği, PR negatifliği ve lenf nodu tutulumu genel sağkalımı olumsuz etkilerken, bilateral meme kanseri varlığı, ileri evre, progesteron reseptör negatifliği, lenf nodu tutulumu azalmış PFS'yle ilişkili bulundu. Cox regresyon testi ile yapılan multivariate analizdeyse sadece ileri patolojik evre PFS ve OS ile ilişkili saptandı (RFS için $p=0.001$, HR: 0.13, % 95 CI:0.043-0.44, OS için HR: 0.084, % 95 CI: 0.013-0.529).

Sonuç:

Türk toplumunda meme kanserli hastalarda BRCA gen mutasyonu görülme sıklığı diğer popülasyonlara benzerdir. BRCA gen mutasyon varlığı genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalımla ilişkili bulunmamıştır.

EP-165

KLİNİĞİMİZDE MEME KANSERİ TANISI OLAN İNFİLTRATİF DUKTAL KARSİNOM VAKALARINDA ÖSTROJEN VE PROGESTERON RESEPTÖR SIKLIĞI

G. İNANÇ İMAMOĞLU, MUSTAFA ALTINBAŞ, DİLŞEN ÇOLAK, UĞUR ERSOY, SEMİHA URVAY, NAZİYET KÖSE, İL HACİBEKİROĞLU

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanseri tüm dünyada kadınlardaki en sık kanser türüdür.İnfiltratif duktal karsinom(IDK) ensik meme kanseri tipidir(%70-80). Kliniğimizde takip ettiğimiz IDK vakalarında östrojen ve progesteron reseptör sıklığı sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2008-2011 yılları arasında takip edilen IDK olgularının verileri retrospektif olarak incelendi.Östrojen

reseptör(ER) ve progesteron reseptör(PR) sıklığı belirlendi.

Bulgular:

Bu dönem içinde toplam 279 meme kanserli hastanın 248 'ü(%89) IDK olarak belirlendi. Bu hastaların 165'si (%67)ER pozitif,76'sı (%31)ER negatif idi ve 5'inin(%2) ER statüsü belirsizdi. 120 hasta(%48) PR pozitif,92 hasta(%29) PR negatif olarak belirlendi ve 36(%14.5) hastanın PR statüsü belirsizdi.

Sonuç:

Tek merkez deneyimimizde meme kanseri hastalarında ER ve PR sıklığı literatür ile uyumlu **bulunmuştur**.

EP-166

YÜKSEK RİSKLİ EVRE II KOLON KANSERLİ HASTALARDA UYGULANAN ADJUVAN KEMOTERAPİNİN ETKİNLİK ANALİZİ

UMUT VAROL , BURCU ÇAKAR , BERMET JUNUSHOVA , UĞUR MUSLU , PINAR GÜRSOY ÖNER , ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ , BURÇAK KARACA , CANFEZA SEZGİN , BÜLENT KARABULUT , RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Kolon kanseri kadında ve erkekte üçüncü en sık görülen kanserdir. Son yıllarda tarama testleri sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları kolon kanserinden mortaliteyi azaltmıştır. Buna rağmen tanı anında hastaların yaklaşık üçte biri küratif rezeksiyon şansını kaybetmiş durumdadır. Kalanların yarısı ise potansiyel küratif cerrahi tedaviye rağmen nüksetmektedir. Bu durum, adjuvan efektif kemoterapi uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Evre III hastalıkta altı ay oxaliptin/5-FU/LV kombinasyonu standart adjuvan tedavi olarak önerilirken, evre II hastalıkta, yüksek riskli hastalar hariç rutin adjuvan kemoterapi önerilmemektedir.

Gereç ve Yöntem:

Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi tarafından 2006-2011 yılları arasında, yüksek riskli olup adjuvan kemoterapi alan (n:42) ve risk faktörleri olmayıp kemoterapi almayan (n:21) toplam 63 evre II kolon kanserli hasta tedavi etkinliği açısından karşılaştırılmıştır. Yüksek riskli kabul edilip adjuvan tedavi verilmesinin nedeni 6 hastada acil operasyon (perforasyon, ileus vb.), 4 hastada T4 hastalık, 8 hastada müsinöz adenokarsinom, 10 hastada yetersiz lenf nodu diseksiyonu, 4 hastada lenfovasküler veya perinöral invazyon, 4 hastada preoperatif CEA yüksekliği ve 6 hastada yüksek grade olmasıdır.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması tedavi alan ve almayan olarak sırasıyla 53.8±13,04, 64.9±10,89 yaştır. Adjuvan tedavi alan grupta kemoterapi olarak %42.9 püze 5-FU, %52.4 infüzyonel 5-FU uygulanmıştır. Bir hasta oral kapesitabin alırken, bir hasta da Folfox4 tedavisi almıştır. Tedavi alan grup ortalama 33.9±13.7 ay, tedavi almayan grup ise ortalama 29.2±13.7 ay takip edilmiştir. Adjuvan kemoterapi alan gruptan üç hastada, kemoterapi almayan gruptan ise bir hastada nüks/metastaz izlenmiştir.

İstatistiksel olarak (ki-kare testi) değerlendirildiğinde adjuvan tedavi alan ve almayan gruplar arasında nüks açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç:

Yüksek riskli evre II kolon kanserli hastalarda kemoterapinin etkinliği bizim çalışmamızda da izlendiği üzere henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Bu belirsizliği ortadan kaldırmak için çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EP-167

OPERE KOLON KANSERİ HASTASINDA METASTAZ AYIRICI TANISINDA SALMONELLA ETKENLİ PSOAS ABSESİ: OLGU SUNUMU

İLHAN HACİBEKİROĞLU , SEMİHA URVAY , BERKANT SÖNMEZ, DİLŞEN ÇOLAK , G. İNANÇ İMAMOĞLU , NAZİYET KÖSE , MÜÇTEBA CAN

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Psoas absesi, ender rastlanan, tanınması zor ve geç farkedilen bir antitedir. Etkeni Salmonella türleri olan psoas abseleri çok enderdir. Burada opere kolon kanseri tanısı ile izlediğimiz ve adjuvan tedavisini alamamış hastamızda saptanan Salmonella etkenli psoas absesi vakamızı sunuyoruz

Bulgular:

68 Yaşında bayan hasta. Mayıs 2008'de kolon kanseri tanısı ile sağ hemikolektomi yapıldı.(T3N0M0- EvreIIA) Yara yeri iyileşmesinde gecikme, plevral efüzyon gibi nedenlerle adjuvan kemoterapisini alamadı. 2 yıllık izleminde nüks saptanmadı. Ekim 2010'da karın ağrısı, halsizlik, tekrarlayan subfebril ateş şikayetleri ile başvurdu. Tetkiklerinde CRP: 59 mg/dl , sedimentasyon: 35/h ve tümör belirteçleri normal saptandı. Abdomen BT'de sağ psoas lojunda 69x49mm boyutta, kistik metastaz ekarte edilemeyen düzensiz konturlu lezyon saptandı. Lezyonla transversus abdominis kası arasındaki yağ planları silinmişti. (inflamasyona sekonder? invazyon?) Batın içi abse tanısı ile girişimsel radyoloji ünitesince perkutan drenaj kateteri takıldı. Drenaj mayiinden alınan kültürde Salmonella spp üredi. Antibiyotik tedavisi ve perkutan drenaj sonrası kliniği tamamen düzelen hastanın onkolojik takipleri sürmektedir

Sonuç:

Adjuvan tedavisini çeşitli nedenlerle alamamış hastalar, hastalık rekürrensi açısından yüksek riske sahiptir. Bu hastaların izleminde saptanan her türlü bulgu, nüks açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Psoas absesi primer olarak oluşabileceği gibi, inflamatuvar barsak hastalıkları ve kolon kanseri gibi durumlarda sekonder olarak da oluşabilmektedir. Psoas abselerinde etken olarak genellikle stafilokok türleri izole edilmektedir. Salmonella türlerinin etken olduğu psoas abseleri nadirdir. Bu vaka adjuvan tedavisini alamamış hastaları , rekürrens açısından değerlendirirken, psoas absesi gibi tedavisi kolay ve tanıda gecikmenin mortalitede artışa yol açtığı durumların da göz ardı edilmemesi açısından dikkate değer bulunmuştur.

EP-168

METASTATİK KOLON KANSERLİ HASTALARDA BEVACİZUMABLI TEDAVİ REJİMİ ORTALAMA PLATELET VOLÜMÜNÜ DÜŞÜRMEKTEDİR

HASAN MUTLU¹, VELİ BERK², HALİT KARACA², ZEKİ AKÇA³, HEDİYE UĞUR⁴, TUNCAY ASLAN⁴, ABDÜLSAMET ERDEN⁴

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ

² ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ

⁴ KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kanserli hastalarda tromboemboli riski artmıştır ve bu durum tedavide kullanılan kemoterapötik ajanlarla da presipite edilmektedir. Bevacizumab vasküler endotelial büyüme faktörü karşıtı monoklonal antikordur ve metastatik kolon kanseri tedavisinde önemli bir yer teşkil etmektedir. Tromboemboli riskinde artış yaptığı gösterilen bevacizumab ve trombosit fonksiyonu için bir markır olan ortalama platelet volümü arasındaki ilişki bu çalışmada incelenmiştir

Gereç ve Yöntem:

Toplam 74 metastatik kolon kanserli hasta çalışmaya dahil edilerek, bevacizumabli tedavi rejiminin başlangıç anındaki ve tedavinin >3. ayındaki platelet, ortalama plateletet volümü ve platikrit değerleri SPSS16.0 programına kaydedildi

Bulgular:

Platelet, ortalama plateletet volümü ve platikrit değerlerinde bevacizumabli tedavi sürecinde anlamlı düşme mevcuttu (p=0,009, p=0,001, p=0,000)

Sonuç:

Trombozlu vakaların aksine ,tromboz riski artmış bevacizumabli kombinasyon tedavilerinde ortalama platelet volümünde anlamlı düşme olmaktadır.

EP-169

SPİNAL KORD BASISI İLE PREZENTE OLAN REKTUM KANSERİ OLGUSU

MUSTAFA BARUT¹, MUSTAFA SAĞCAN¹, MEHMET KILIÇ², YELİZ BİLİR¹, HAKAN ŞIVGIN¹, BANU ÖZTÜRK³

¹ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD

² TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROŞİRÜRJİ AD

³ TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Primeri bilinmeyen kemik metastazlarında, kolon diğer solid tümörlere göre daha az sıklıkta rastlanılan bir bölgedir. Kolon kanseri hematojenik yol ile kemiklere metastaz yapabilir, rektum tümörlerinde sakrum bölgesine direkt invazyon görülebilir.

Biz burada, ilk prezentasyonu spinal kord basısı olan bir metastatik rektum kanseri olgusunu sunduk.

Gereç ve Yöntem:



Olgu Sunumu:

Bel ağrısı ve alt ekstremitelerde güçsüzlük yakınması ile hastaneye başvuran 66 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde hepatomegali, nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde hemipleji, derin tendon reflekslerinde kayıp saptandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon:61 mm/saat, Lökosit:8970/mm³, Nötrofil:7380/mm³, Hg:9.38 gr/dl, PLT:299000/mm³, ALT:37 U/L, AST:60 U/L, LDH:2011 U/L, ALP:1108 U/L, GGT:995 U/L, kreatinin:0.6 mg/dl, BUN:24 mg/dl, Na:137 mmol/L, K:4.8 mmol/L, Ca: 7.9 mg/dl saptandı. Direkt grafilerde vertebrada kompresyon, torakal vertebra MR'ında Torakal 9-10 vertebra düzeyinde anterior subaraknoid mesafeyi oblitere eden ve nöral foramenlere uzanım gösteren korpustan epidural mesafeye uzanan heterojen kontrastlanan yumuşak doku komponentleri, spinal korda bası saptandı. (resim 1, 2)

Bulgular:



Hastaya nöroşirürji bölümü tarafından torakal 9-10 laminektomi,

T10 vertebroplasti ve posterior segmental enstrumantasyon uygulandı. Hastanın primer tümör lokalizasyonunu belirlemek amaçlı yapılan tetkiklerde akciğer ve karaciğerde metastazlar tespit edildi. Hastanın bir ay önce 10 gün süren aralıklı rektal kanama öyküsü olduğu öğrenildi. CEA:66 ng/mL ve CA 19-9:999U/mL idi. Kolonoskopide lümeni çevreleyen nekrotik sert sigmoidin distaline uzanan kitle izlendi.(resim 3) ve çoklu biyopsi alındı, rektum adenokarsinom tanısı konuldu. Dorsal vertebra metastazına yönelik cerrahi dekompresyon sonrası hastanın sağ alt ekstremitesinde motor güçte artış saptandı. Hastaya radyoterapi ve ardından palyatif kemoterapi planlandı.

Sonuç:

Metastatik spinal kord basıları kanser hastalarında yaşam kalitesini bozan, erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde kalıcı nörolojik sekel bırakan önemli bir yapısal onkolojik acil durumdur. Primeri bilinmeyen kemik metastazı olgularında tanıya yönelik öykü ve fizik muayenenin yanısıra radyolojik tetkiklerin tamamlanması önemlidir. Olgumuz acil cerrahi girişim gerektiren spinal kord basısı ile prezente olmuş, ancak takibinde gerek öykü gerek laboratuvar ve radyolojik bulgular ışığında kolorektal kanser tanısı konulmuştur.

EP-170

SENKRON DİL METASTAZI İLE PREZENTE OLAN BİR METASTATİK KOLON ADENOKARSİNOMU VAKASI

LÜTFİYE DEMİR¹, VEDAT BAYOĞLU¹, ALPER CAN¹, AHMET DİRİCAN¹, MURAT AKYOL¹, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK¹, ÇİĞDEM ERTEN¹, MUSTAFA OKTAY TARHAN¹

¹ İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

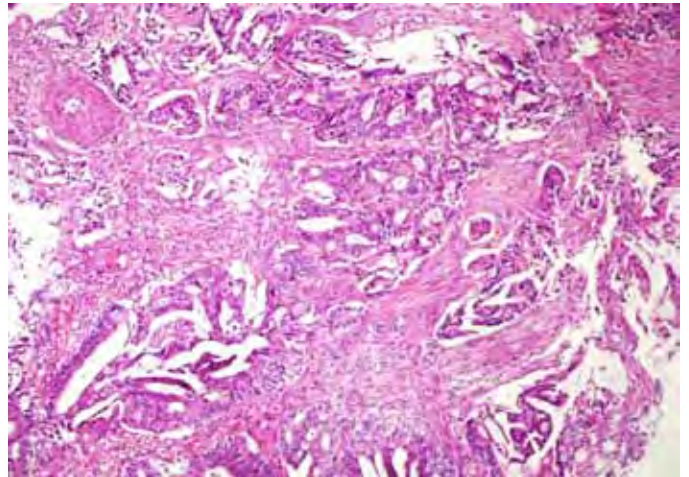
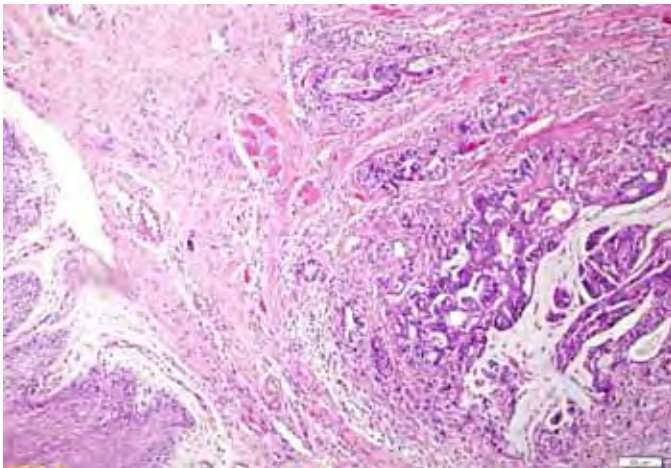
Amaç:

Kolorektal tümörlerde oral kavite ve dil metastazı oldukça nadir görülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu olgu sunumunda senkron dil metastazlı bir rektosigmoid adenokarsinom vakası sunulmuştur.

Bulgular:



VAKA TAKDİMİ: 73 yaş erkek hasta son 15 gündür dilde çıkan yara, makattan kanama ve kabızlık şikayetiyle başvurdu. Kolonoskopide rektosigmoid bölgede lümeni daraltan, frajil ülserovejetan kitle, Bilgisayarlı tomografi (BT)'de rektosigmoidde tümöral duvar kalınlaşması ve perirektal bölgede ve batında paraaortokaval bölgede metastatik lenf nodları, bilateral akciğerlerde metastatik nodüller saptandı. Serum CEA ve CA19-9 düzeyleri de yüksek saptanan hastanın rektosigmoid bölgeden alınan biopsisi kötü diferansiye adenokarsinom ile uyumlu geldi (Resim 1). Son 15 gündür olan dil sağ yanda ortası ülser görünümlü yarası olan hastanın (Resim 2) boyun MRG'de dil sağ yan posterior kesimde dil köküne doğru uzanan kontrast tutan malign görünümlü lezyon ve eşlik eden submandibüler nekrotik lenfadenopati saptandı. Primer dil tümörü şüphesi nedeniyle bu bölgeden alınan biopside ise adenokarsinom morfolojisinde immunohistokimyasal olarak CK20 pozitif olan kolon karsinomu metastazı morfolojisinde tümöral doku izlendi (Resim 3). Metastatik rektosigmoid adenokarsinom (dil+akciğer+lenf nodu metastazı) tanısıyla XELİRİ (Kapesitabin, İrinotekan -21 günde bir) kombinasyonu başlanan hastanın ilk kürü verilmiş olup takibi devam etmektedir.

Sonuç:

Kolorektal kanserlerin dile ve oral kaviteye metastazı oldukça seyrektr. Literatürde kayıtlı az sayıda vaka olup genellikle ileri evre hastalarda görüldüğü ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

EP-171

KEMİK METASTAZLI KOLOREKTAL KARSİNOM OLGULARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

AHMET ŞİYAR EKİNCİ, ONUR EŞBAH, ÖZNUR BAL, TAHSİN ÖZATLI, KAAAN HELVACI, BURÇİN BUDAKOĞLU, BERNA ÖKSÜZOĞLU

DR.ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kolorektal karsinom (KRK), dünyada en sık ölüme sebep olan 2.kanserdir. Karaciğer, akciğer ve periton sık metastaz bölgeleridir. KRK'da kemik metastazına sık rastlanılmamaktadır.

Gereç ve Yöntem:

2009 ile 2011 tarihleri arasında KRK tanısı almış 704 hastanın hastane kayıt sisteminden verilerinin retrospektif incelenmesi sonucu kemik metastazı bulunan 14 hasta çalışmaya alındı.

Bulgular:

Ondört hastanın ortalama yaşı 63 dür (46-81) . Hastalardan 8'i rektum 7'si kolon karsinomuydu. Hastalardan yedisi adjuvan kemoterapi almıştı ve ortanca adjuvan kemoterapi sonrası kemik metastazına kadar geçen süre 16 (min: 9 – maks: 48) aydı. Dokuz hastada pozitron emisyon tomografisi(PET-BT) , manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve tüm vücut kemik sintigrafisi (TVKS) gibi görüntüleme yöntemlerinden en az ikisi ile metastaz teyit edilmişti. Bir hastada sadece TVKS ile 4 hastaya ise sadece PET-BT ile tanı konulmuştu. Kemik metastazı sonrası ortanca izlem süresi 4 aydı (min: 0- maks: 25). Yedi hastada kemik metastazı tanı anında, yedisinde izlem sırasında görülmüştür. İki hastada izole kemik metastazı mevcuttu. İzole kemik metastazlı hastalardan birinde yaygın kemik tutulumu dışında soliter femur metastazı görülmüştür. Hastaların dokuzunda vertebra , üçünde femur, üçünde pelvik bölge, birinde kosta, birinde skapula, birinde de asetabulum metastazı vardı. Hastaların hepsi bifosfanat tedavisi almış ve 10 hastaya palyatif radyoterapi endikasyonu konmuştu. Kemik metastazı nedeniyle opere olan hasta yoktu.

Sonuç:

KRK'da kemik metastazı nadirdir . İlk metastaz bölgesi olarak kemik metastazı verileri sınırlıdır.Kliniğimizde izole kemik metastazlı KRK oranımız %1'in altındadır. Kemik metastazlı KRK'larda sıklıkla diğer metastazların da birlikteliği görülür. İzole kemik metastazı bizim çalışmamızdaki gibi çok seyrektr ve tedaviyi değiştireceğinden tanıda dikkatli olunmalı, biyopsi ve çoklu görüntüleme yöntemleri ile desteklenmelidir.

EP-172

KOLON KANSERİ ENDOBRONŞİYAL METASTAZI

SEMİHA URVAY, G.İNANÇ İMAMOĞLU, DİLŞEN ÇOLAK, NAZİYET KÖSE, UĞUR ERSOY, İLHAN HACİBEKİROĞLU, MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Ekstrapulmoner solid malign tümörlerde pulmoner ve plevral metastazlar sık görülmekte iken endobronşiyal metastazlar (EBM) nadir olarak görülürler. EBM ile ilişkili en sık solid ekstratorasik maligniteler meme, renal ve kolorektal kanserlerdir. Burada adjuvan tedavi sonrası endobronşiyal kitle gelişen ve kolon metastazı tanısı alan olgu tartışılmıştır.

Bulgular:

61 yaş, erkek hasta. Mart 2011'de ileus nedeniyle acil operasyona alınan hastada çıkan kolonda kitle tespit edilerek sağ hemikolektomi yapıldı. Patoloji sonucu adenokarsinom, tümör T3N2MO olarak evrelendi. Tanıda çekilen Toraks BT'si normaldi. Adjuvan 6 kür FOLFOX-4 tedavisi Ekim 2011'de tamamlandı. Aralık 2012'de kontrol amaçlı başvuran ve şikayeti olmayan hastanın PA AC Grafisinde sağ akciğer hiler bölgede heterojen dansite artımı saptandı. Toraks BT'sinde mediastinal multiple LAP'lar, sağ hilusta bronşu oblitere eden 35x30 mm düzensiz kitle, sağ akciğer orta ve alt lobda lenfanjitik yayılım ile uyumlu görüntü saptandı. Bronkoskopide sağ sistem orta-alt lob girişinden itibaren mukozal infiltrasyon görülerek biopsi alındı. Biopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlandı, immunhistokimyasal inceleme tümörün kolon orjinli olduğunu gösterdi. Hasta bu bulgularla metastatik kolon kanseri tanısı aldı.

Sonuç:

Solid tümörler akciğer ve plevraya sık metastaz yapmakta iken endobronşiyal metastazlar nadirdir. Kolorektal kanserler EBM'ların %12-26'sından sorumludurlar. EBM semptomları primer bronşiyal neoplazmlardan ayırdedilemez, radyolojik olarak nodüller, atelettazi ve lenf nodu büyümesi görülebilir. Hekimler hastanın bilinen akciğer metastazı olsa bile pulmoner semptomlar konusunda uyanık olmalıdırlar. Bronkoskopi yeni semptomları gelişen hastalarda önerilebilir .Çünkü endobronşiyal lezyonlar için palyatif endobronşiyal tedaviler uygulanarak hastanın semptom kontrolü sağlanabilir.

EP-173

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-174**METASTATİK KOLOREKTAL KANSERİNDE KEMOTERAPİ ÖNCESİ TİMİDİN KİNAZ AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ**

SELÇUK ŞEBER¹, TANER KORKMAZ², KEREM OKUTUR³,
METİN KANİTEZ¹, BİLGE AKTAŞ¹, FERHAT TELLİ¹, MUHAMMED KOÇAR¹,
MEHMET BEŞİROĞLU¹, FAYSAL DANE¹, PERRAN FULDEN YUMUK¹,
NAZIM SERDAR TURHAL¹

¹ MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² KARTAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

³ BİLİM ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Amaç:

Serum timidin kinaz 1 (TK1) tümör hücre proliferasyonunun duyarlı bir belirteçidir. TK1 aktivite düzeyini metastatik solid organ tümörlerinde prognostik bir risk faktörü olarak inceleyen fazla sayıda çalışma yoktur. Bu çalışmada metastatik kolorektal kanserli (MKRK) hastalarda serum TK aktivite düzeylerinin prognostik önemini araştırılması amaçlandı

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda hastanemize başvuran ardışık 47 MKRK' lı hastanın tedavi öncesi serum TK1 aktivite düzeyleri yüksek duyarlılığa sahip DiviTum kitleri kullanılarak ölçüldü. Serum TK1 aktivite düzeyinin, hastaların klinik ve patolojik risk faktörlerinin, biyokimyasal ve hematolojik parametrelerin ve serum tümör markerlerinin sağkalım süresi ile ilişkileri incelendi

Bulgular:

Multivariate analizde serum TK1 düzeyleri ve kemoterapi öncesi kilo kaybı; bilinen klinik ve patolojik risk faktörleri ile birlik değerlendirildiklerinde bağımsız prognostik risk faktörleri olarak saptandılar (sırası ile p=0.001 ; 0.018). ROC eğrisi analizi ile TK1 aktivite düzeyinin kestirim değeri PSK için sırası 65 Du/L olarak saptandı. TK1 aktivite düzeyi 65 Du/L'nin altında olan hasta grubunun progresyonsuz sağ kalımı anlamlı olarak uzun saptandı (p=0.001)

Sonuç:

Bu çalışmada yüksek TK1 aktivite düzeyinin MKRK'de sağ kalımla anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir.

EP-175**BİLATERAL OVER METASTAZI İLE TANI KONAN PRİMER APPENDİKS ADENOKARSİNOMU**

ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, İSMAİL OĞUZ KARA¹, GÜRHAN SAKMAN³, CEM KAAN PARSAK³, DERYA GÜMÜRDÜLÜ²,
BERNA BOZKURT DUMAN⁴, VEHBİ ERÇOLAK¹, MERAL GÜNALDI¹, PINAR KUM⁵

¹ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

³ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ BD

⁴ ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

⁵ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT BİRİMİ

Amaç:

Appendiks kanserleri oldukça nadir olup sık görülenler karsinoid, adenom ve lenfomadır. Appendiks primer adenokarsinomu tanısı genellikle apandisit nedeniyle opere edilen hastalarda konulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Burada overde kitle nedeniyle kadın doğum kliniği tarafından total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılan bir hastada overde adenokarsinom metastazı çıkan ve CK 7 (-), CK 20 (+), CDX 2 (+) gelen bir hastada gastroskopi ve kolonoskopi ikiye kez yapılmasına rağmen primer odak bulunamayıp, sağ hemikolektomi sonucu tanısı konulan bir primer appendiks adenokarsinomlu vakayı paylaşmak istedik.

Bulgular:

Elli iki yaşında kadın hasta adet düzensizliği nedeniyle kadın doğum kliniğine başvurmuş ve her iki overde 8x8,5 cm çaplı kitle nedeniyle opere edilmişti. Patolojisi adenokarsinom metastazı, CK 7 (-), CK 20 (+), CDX 2 (+), GCDP 15 (-) olarak saptanmıştı. Batın BT'sinde mide duvarında kalınlaşma mevcuttu. Bilateral mamografisi normaldi. Bunun üzerine hastaya yapılan gastroskopi ve kolonoskopisi iki kez normal olarak saptandı. Hastanın çekilen PET-BT'si normal olarak saptandı. Bunun üzerine primer araştırılmak üzere hastaya operasyon planlandı, sağ hemikolektomi uygulanan hastanın patolojisi çekum divertikülozis, 22 adet reaksiyoner lenf nodu, appendiks az diferansiye adenokarsinom, vajen kafından alınan biyopsi ise kronik iltihap ve fibrozis saptandı. Hastaya FOLFOX-bevacizumab kemoterapisi planlandı.

Sonuç:

Appendiks adenokarsinomu kadın hastalarda jinekolojik problemlerle presente olan oldukça nadir görülen bir tümördür. CK 20 ve CDX 2 pozitifliği nedeniyle hastamızda gastrointestinal tümör düşünülmüş, PET-BT'de tutulum olmamasına rağmen hasta opere ettirilerek tanısı konulmuştur. Tanı zorluğu ve tedavide standart olmayışı nedeniyle bu vakamızı paylaşmayı uygun gördük.

EP-176**CİLT VE MAKSİLLER SİNÜS METASTAZI İLE SEYREDEN BİR KOLON KANSERİ VAKASI**

MURAT AKYOL, AHMET DİRİCAN, LÜTFİYE DEMİR, ALPER CAN, VEDAT BAYOĞLU, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, ÇİĞDEM ERTEN, MUSTAFA OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Kolon kanserinde cilt metastazı nadir görülmekte olup (%4-6), kötü prognoza sahiptir

Bulgular:

Altmış iki yaşında erkek hastaya 2006 da sağ kolon adenokarsinomu tanısı ile sağ hemikolektomi yapılmış. Evresi pT3N1M0 (evre III) ile uyumlu olan hastaya ardından adjuvan kemoterapi verilmiş. Takipsiz olan hasta, 2011 de ileus nedeni ile opere olmuş. Operasyon sonucu lokal nüks saptanan

hastanın görüntülemelerinde ayrıca akciğer metastazı saptanması üzerine hastaya XELOX protokolü başlanmıştır. 3 kür kemoterapi tedavisi sonrası hastanın alt dudak, ense ve inguinal bölgede nodüler tarzda cilt lezyonu saptandı. Bu dönemde bakılan CEA değeri 4,4 ng/ml bulundu. Alt dudak, ensedeki nodüler lezyondan ve sol maksiler sinüsten yapılan biyopsi sonucu histopatolojik olarak kolon adenokarsinom metastazı ile uyumlu bulundu.

Sonuç:

Kolorektal kanserlerde cilt metastazı nadirdir, genellikle uzak metastaz olarak kabul edilir ve kötü prognoza sahiptir. Metastaz genellikle ilk 3 yılda ortaya çıkar ve kutanöz metastazların ortaya çıkmasından sonra medyan sağkalım 18 ile 20 ay arasında bildirilmiştir. Olgumuzda cilt metastazı tanı anından 5 yıl sonra ortaya çıkmıştır ve nodüler özelliktedir.

EP-177

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA BİRİNCİ BASAMAKTA BEVACİZUMAB İÇEREN KEMOTERAPİNİN KESİLMESİ REBOUND PROGRESYONA YOL AÇAR MI?

ALİ AYBERK BEŞEN¹, HÜSEYİN ABALI¹, NURİYE YILDIRIM², SERCAN AKSOY², FATİH KÖSE³, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹, NURULLAH ZENGİN²

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ ADANA UYGULAMA MERKEZİ

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Bevacizumab VEGF'ye karşı geliştirilen bir monoklonal antikor olup özellikle kemoterapi ile kombine edildiğinde metastatik kolorektal kanserde klinik etkinliği gösterilmiştir. Bazı preklinik ve klinik çalışmalar antianjiojenik tedavilerin kesilmesi sonrası tümör hücrelerinde, radyolojik ve klinik kötüleşmeye yol açan, hem lokal invazyon hem de uzak metastazda artış ile sonuçlanan rebound progresyon geliştiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada amacımız kolorektal kanserli hastaların tedavisinde bevacizumabın progresyondan önce kesilmesinin hızlı tümör büyümesi ve azalmış sağ kalım ile ilgili olup olmadığını göstermektir.

Gereç ve Yöntem:

İki merkezde takipli en az bir basamak kemoterapi alan 181 metastatik kolorektal kanserli hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 55'ti (28-81). Hastaların %39.2 si kadın, %60.8 i erkekti. Hastalar birinci basamak tedavide tek başına kemoterapi veya kemoterapi ile birlikte bevacizumab alıp almadıklarına göre iki gruba ayrılmıştır. Progresyonsuz sağ kalım (PSK) son bevacizumab veya son kemoterapiden ilk progresyon bulgusu veya ölüme kadar geçen süre olarak tanımlanmıştır.

Bulgular:

Medyan genel sağ kalım 23,9 aydı (%95CI, 19,6-23,3). Birinci basamak tedavide bevacizumab ve kemoterapi uygulanan grupta PSK 3,3 ay (%95CI, 2,2-4,3), sadece kemoterapi alan grupta ise 1.9 ay olarak bulundu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ek olarak PSK'nın histolojik grade, primer tümör lokalizasyonu (kolon veya rektum), tedavi stratejisi veya ECOG

performansından anlamlı olarak etkilenmediği görüldü.

Sonuç:

Metastatik kolorektal kanserli hastalarda yapılan bu retrospektif çalışma sonucunda bevacizumabın progresyondan önce kesilmesinin akselere tümör büyümesi ile ilişkili olmadığı düşünülmüştür.

EP-178

İKİNCİ BASAMAK TEDAVİSİ OLARAK HAFTALIK CAMPTO FUFA ALAN İLERİ EVRE MİDE KANSERİ HASTALARININ GENEL ÖZELLİKLERİ

İBRAHİM PETEKKAYA¹, MURAT TURGUTALP¹, EMİR CHARLES ROACH¹, GAMZE GEZGEN¹, DENİZ YÜCE², ŞUAYİB YALÇIN¹

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

²HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Mide kanseri dünyada en sık görülen dördüncü kanser türüdür. İleri evre mide kanseri veya rekürren mide kanseri olan hastalarda, ilk basamak kemoterapiye yanıt oranı %33-55 arasındadır. Daha düşük evre sağ kalım avantajı ve tolerabilitesi olmasına rağmen, ilk basamak kemoterapilerine yanıt vermeyen hastaların yüzde 20'si, ikinci basamak tedavisi almaktadır. Asya ülkelerinde progresyon olmadan sağ kalım (POS) 5.2-8.8 ay arasında rapor edilmektedir. Bu çalışmada, ikinci basamak tedavisi olarak haftalık Campto FUFA (Irinotecan 80 mg/m², Folinik asit 500 mg/m², Fluorourasil 2000 mg/m², 3 hafta ardından 1 hafta ara sonra tekrar 3 hafta şeklinde) alan hastaların demografik ve klinik özellikleri ele alınmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Hastanın bilgileri Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Bilgi Yöntem sisteminden edinilmiştir.

Bulgular:

Hastaların %68.8'i (n=22) erkek, %31.3'ü (n=10) kadındı. Hastaların tanı anındaki kan değerleri ve demografik bilgileri çalışmada verilmektedir. Hastaların %51.7'sinde sigara, %13.8'inde alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Hastalarda primer bölge çoğunlukla mide distalinde idi (%53.6). Tanı anındaki evre %88 evre 1, %12 evre 2 idi. Hastaların %25'inde tümör boyutu 3cm idi. Neo-adjuvan tedavi sonrasında hastalarda %41.9 total gastrektomi, %19.4 distal subtotal gastrektomi, %6.5'da gastroenterostomi ve kolokolostomi yapılırken, %32.3'ü ise inoperabl kabul edildi. Hastaların %82.8'inde progresif hastalık (PD) mevcut iken, %3.4'ünde stabil hastalık vardı. Bir hasta dışında kemoterapi protokolü tolere edildi. Hastalarda ilk tedavi sonrası ortalama sağ kalım 66 ay iken, ilk haftalık Campto FUFA sonrasında 8 ay idi.

Sonuç:

Haftalık Campto FUFA, birinci basamak kemoterapi sonrası uygun olan hastalarda ikinci basamak olarak, tolere edilebilir ve literatürde rapor edilen değerlere yakın sağ kalım sağlayan bir tedavi modalitesidir.

EP-179

**KEMOTERAPİ İLİŞKİLİ PERİYODİK PARALİZİ:
SEREBROVASKÜLER BİR OLAYI TAKLİT EDEN HİPOKALEMİ**İBRAHİM PETEKKAYA, GAMZE GEZGEN, EMİR CHARLES
ROACH, ŞUAYİB YALÇIN*HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL
ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE***Amaç:**

Kemoterapide kullanılan ilaçların vücudun elektrolit dengesi üzerindeki yan etkileri iyi bilinmektedir. Oksaliplatin verilen hastaların % 3'ünde hipokalemi geliştiği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazıda oksaliplatin ve kapesitabin alan bir hastada gelişen ve serebrovasküler bir olayı taklit eden hipokalemiye bağlı kemoterapi ilişkili paralizi sunuyoruz.

Bulgular:

81 yaşında erkek hasta oksaliplatin infüzyonu sonrası hipoestezi, konuşmada bozulma ve motor işlevlerde kayıp ile başvuruyor. Hastaya metastatik kolanjiyoselüler karsinom tanısıyla oksaliplatin, kapesitabin verilmesinin planlandığı öğreniliyor. İlk oksaliplatin dozunu aldıktan sonra hastada bilinç kaybı ile birlikte sol kolda kuvvet kaybı geliyor. Olay sonrası hastanın klinik bulguları iskemik serebrovasküler bir olay varlığını düşündürüyor. Kan biyokimyasında şiddetli hipokalemi varlığı göze çarpıyor. Hastanın nörolojik semptomlar nedeniyle hastaneye ilk başvurusunda destek tedavisi verilerek hasta evine gönderiliyor. Verilen ikinci doz oksaliplatinin ardından benzer nörolojik semptomlar tekrar ortaya çıkıyor. Hastada bu defa konuşmada bozulma, önce sağ, sonra sol kol ve bacaklarda hipoestezi ve motor kayıp geliyor. Kan biyokimyasında hipokalemi varlığı göze çarpıyor. Yapılan diğer testlerde başka bir patolojik durum izlenmiyor. Nöroloji konsültasyonu sonucunda hastaya hipokalemiye bağlı kemoterapi ilişkili periyodik paralizi tanısı konuyor.

Sonuç:

Hastanemizin acil servisine başvuran bu olguda öncelikle serebrovasküler bir olaydan şüphe ediliyor. Fakat hastanın hikayesinden oksaliplatin aldığı öğrenilmesi hipokalemi ilişkili paralizi akla getiriyor ve diğer bulgular da bunu destekliyor. Nörolojik semptomlarla başvuran kanser hastalarında ayırıcı tanıda kemoterapi ilişkili nöropatik durumlar da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-180

KOLON KANSERİNDE PATOLOJİK PROGNOSTİK FAKTÖRLERDİNÇ SÜREN¹, MUSTAFA YILDIRIM², MUSTAFA YILDIZ², CEM
SEZER¹, RUKSAN ÇOPUROĞLU¹, NURULLAH BÜLBÜLLER³,
RAMAZAN ERYILMAZ⁴¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ
KLİNİĞİ² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ
KLİNİĞİ³ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 2. GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ⁴ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 1. GENEL
CERRAHİ KLİNİĞİ**Amaç:**

Kolorektal kanserler farklı büyüme ve metastaz paterni gösterebilen heterojen kanser hücrelerinden oluşmaktadır.

Bu çalışmamızda kolon kanserinde bağımsız en önemli prognostik faktör olduğu bilinen lenf nodu metastazı ile diğer patolojik prognostik faktörlerin ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2008-2011 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde histopatolojik olarak tanı konulan kolorektal kanserli alınmıştır.

Hastalara ait parafin bloklardan elde edilen kesitlerden hazırlanan örnekler rutin hematoksil-eozin ile boyanarak aynı patolojik tarafından tekrar değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Nodal tutulum lenfovasküler invazyon istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. (P<0,005) Lenfovasküler invazyonu olan hastaların %80'inde lenf nodu tutulumu tespit edilirken lenfovasküler invazyonu olmayan hastaların %14'ünde lenf nodu tutulumu tespit edildi.

Perinöral invazyon ile lenf nodu tutulumu arasında anlamlı ilişki saptandı. (p:0,015) perinöral invazyon olan hastaların %75'inde lenf nodu tutulumu varken perinöral invazyon olmayanların %48,12'inde lenf nodu tutulumu tespit edildi.

Sonuç:

Kolon kanserli hastalarda lenfovasküler invazyonun ve perinöral invazyonun değerlendirilmesinin hastalığın prognozu belirleme yanında lenf nodu tutulum riskinde gösterebileceğini düşünüyoruz.

EP-181

**KOLOREKTAL KANSERDE TEDAVİ ÖNCESİ LENFOPENİ ÖNEMLİ
BİR PROGNOSTİK GÖSTERGE OLABİLİR**DİLEK ERDEM, İDRİS YÜCEL, BAHİDDİN YILMAZ, GÜZİN
DEMİRAG, YASEMİN KEMAL, FATİH TEKER*ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ
BÖLÜMÜ***Amaç:**

Metastatik solid neoplazmlarda lenfositopeninin kötü prognoz, kemoterapi ilişkili toksisite ve artmış febril nötropeni, trombositopeni ve aneminin bir göstergesi olduğu kanıtlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, tedavi öncesi lenfosit değerlerinin ilk defa sistemik kemoterapi alacak kolorektal karsinomlu hastalarda prognoz ve hematolojik toksisite ile ilişkili olup olmadığını incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

02/1996-10/2011 tarihleri arasında Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran; kolorektal karsinom tanısı almış, daha önce kemoterapi, radyoterapi veya kemoradyoterapi almamış, primer profilaksi için G-CSF tedavisi verilmemiş, HIV ya da kemik iliği tutulumu olmayan, ikincil bir malignensi olmayan, birinci basamak kemoterapi verilen 386 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif olarak hasta dosyaları

taranarak tüm hastaların tam kan sayımı parametreleri içinde lenfosit sayımı incelendi. Lenfopeni değeri laboratuvarımızda 1300/μl'nin alt değerleri olarak tanımlandı. Tüm hastalar, hematolojik ve non-hematolojik toksisite açısından değerlendirildi ve toksisite derecelendirilmesi uluslararası rehberlere göre yapıldı. DFS, PFS ve OS değerleri hesaplandı. İstatistiksel değerlendirmeler Kaplan-Meier, Ki-kare, Student t testleri kullanılarak yapıldı.

Bulgular:

Hastanemiz veri tabanından seçilen uygun özellikteki 386 kolorektal hastanın 160'ı (%41,5) kadın, 226'si (%58,5) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 57,4 ± 12,5 yıl (21-81 yıl) idi. Tümör yerleşimine baktığımızda; hastaların 101'inde (%26,2) rektumda, 97'sinde (%25,1) sigmoid kolonda, 97'sinde (%25,1) sağ kolonda, 52'sinde (%13,5) sol kolonda, 21'inde (%5,4) rektosigmoid bölgede, 18'inde (%4,7) ise transvers kolonda tümör vardı. Hastalarımız içinde tanıda evre I olan hasta yoktu. Evre II olan 93 (%24,1) hasta, evre III olan 158 (%40,9) hasta, evre 4 olan 135 (%35) hasta vardı.

Hastalarımızda 1 yıllık survival %94, 3 yıllık survival %77, 5 yıllık survival %66, 10 yıllık survival %53 idi. Lenfosit sayısı tanıda 1300 /μl'nin altında ve üstünde olan hastalarımızın survivali tablo 1 de gösterilmiştir. Tanıda lenfosit sayısı 1300 /μl'nin altında olan hastalarımızın OS daha kısa idi (p:0.033) (tablo1). DFS bakıldığında lenfosit >1300 olan hastalarda DFS daha iyi olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşan fark yoktu (p:0.058) PFS bakıldığında lenfopenisi olan ve olmayan hastalar arasında fark yoktu (p:0,55).

Cinsiyet, yaş ortalaması, performans, tanıdaki metastaz durumu veya kemoterapinin adjuvant ya da palyatif olması, hematolojik toksite gelişip gelişmeme durumu ile baseline lenfopeni sayısı arasında ilişki yoktu (p>0.05) (tablo 2). Grade 3 veya 4 hematolojik toksisite 40 (%10,4) hastamızda gelişmişti.

Grade 3-4 toksite gelişen ve gelişmeyen hastalarımız arasında bazal lenfopeni olması, yaş ortalaması, performans durumu, bazal lökosit sayısı bakımından fark yoktu (p>0.05) (tablo 3). Palyatif kemoterapi alan hastalarımızda adjuvant KT alanlara göre (p:0.001) ve bi veya tri terapi alanlarda monoterapi alanlara göre (p:0.017) daha sık grade 3-4 toksisite gelişmişti (tablo3).

Sonuç:

Kolorektal kanser, tanı konan en sık dördüncü kanserdir . Tedavi öncesi lenfopeninin prognostik önemi; akciğer ve meme kanseri ile lenfoma, sarkom ve renal hücreli karsinom, melanom gibi malignitelerde gösterilmiştir. Kolorektal kanserde de benzer çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalarda tedavi öncesi lenfosit sayımı basit ama önemsenmesi gereken bir marker olarak düşünülmüştür . Çalışmamızda; 386 hastanın 87'sinde tanıda lenfopeni görülmesi, lenfopeninin aslında özellikle yaygın hastalığı olan kanser hastalarında sık bir bulgu olmasından kaynaklanmaktadır. Lenfopenik hastalarda sağkalımın daha az olduğunun saptanması gibi pozitif bir bulgu; çalışmamızın değerini ortaya koymaktadır. Bu çalışma; kolon kanseri-lenfopeni alanında yapılmış en geniş hasta popülasyonuna sahip çalışma olarak da önemlidir.

Yorum:

Kolon kanseri gibi sık görülen bir kanserde, basit bir kan sayımı

sonucu görülen lenfosit düzeyindeki düşüş, belki de hastanın prognozunun ve toksisitenin öngörülmesinde önemli bir gösterge ve aynı zamanda da tedavisini şekillendirmekte basit ama değerli bir unsur olarak görev yapabilecektir.

EP-182

KARACİĞER METASTAZLI REKTUM KANSERİ OLGUSUNDA MULTİMODAL TEDAVİ İLE UZUN DÖNEMLİ HASTALIKSIZ SAĞKALIM SAĞLANABİLİR Mİ?

A. SELMİN ATAERGIN, NURİ ARSLAN

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

Amaç:

Karaciğer metastazlı kolorektal kanserli hastalarda sağkalım oranı düşüktür. Multimodal tedavilerle hastaliksiz sağkalım uzatılmakla birlikte, literatürde fazla sayıda olgu yoktur.

Gereç ve Yöntem:

55 yaşında bayan hastada yapılan rektoskopik biyopsi ile adeno karsinom tanısı konuldu.

Bulgular:

Lokal ileri hastalık olarak değerlendirilen hastaya neoadjuvan kemoradyoterapi sonrasında cerrahi uygulandı. Adjuvan kemoterapiden bir süre sonra karaciğerde multipl metastazlar saptanarak 6 kür irinotecan, 5-FU, leucoverin (IFL) + bevacizumab tedavisi verildi. Kısmi yanıt gözlenen hasta IFL tedavisi intoleransı nedeniyle parenteral tedaviyi kabul etmedi. Böylece, capecitabine başlanarak tedavi 8 ay sürdürüldü. Sonrasında, karaciğerdeki metastatik lezyonlarda kısmi progresyon gözlenerek 5-FU, lecoverin, oxaliplatin (FOLFOX-6) + bevacizumab kombinasyonu 6 kür olarak verildi. İyi kısmi yanıt olarak değerlendirilen hastada grad 2 nöropati ve subileus atakları gelişti, ancak pregabalin ile bu şikayetleri büyük oranda geriledi. Ardından capecitabine idame tedavisine geçildi.. 1 yıl sonraki incelemesinde çok iyi parsiyel yanıt olarak değerlendirilen hastaya metastazektomi uygulandı. Ancak, 2 ay sonra karaciğerde yeniden multipl metastazlar ortaya çıktı. Bunun üzerine, capecitabine, irinotecan ve bevacizumab tedavisine başlandı. 3.kür kemoterapinin ardından akut pulmoner emboli ve ileus gelişmesi üzerine kemoterapiye ara verilerek, hasta yoğun bakımda tedaviye alındı. Çekilen kontrol akciğer perfüzyon sintigrafisinde emboli ile uyumlu perfüzyon defektlerinin saptanmaması üzerine düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi ile beraber IFL + bevacizumab tedavisine yeniden başlandı. 2 kür tedaviden sonra çekilen PET/BT'de karaciğerde 4 odakta küçük çaplı metastatik lezyonlar izlendi. Bu dönemde irinotecan tedavisine intolerans gelişmesi üzerine capecitabine + bevacizumab tedavilerine yeniden devam edildi. 2 ay sonra çekilen PET/BT'de karaciğerde sadece 2 küçük odakta metastatik lezyonlar izlendi. Bu lezyonlara yönelik olarak Yttrium-90 mikroküreler ile radyoembolizasyon işlemi uygulandı. İşlem sonrası kitle lezyonlarının bulunduğu bölgelerde nekroz geliştiği gözlemlendi. Hasta halen 30. ayında capecitabine ve bevacizumab idame tedavileri altında hastaliksiz ve iyi performansta izlenmektedir.

Sonuç:

Sınırlı sayıda karaciğer metastazlı rektum kanserlerinde

multimodal tedavi yaklaşımları ve capecitabine + bevacizumab idame tedavisi uzun süreli hastalık kontrolünü sağlamada etkin bir tedavi yaklaşımıdır.

EP-183

OLGU SUNUMU: KLOREKTAL KANSERE EŞLİK EDEN BENİGN FEOKROMOSİTOMA

TURGUT KAÇAN¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP¹, BİRSEN YÜCEL², YILLAR OKUR², MEHMET FUAT EREN², EBRU ATASEVER AKKAŞ², ÖZGÜR DOĞAN³

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² CÜTF RADYASYON ONKOLOJİSİ

³ CÜTF İÇ HASTALIKLARI

Amaç:

Kolorektal kanserler (KRK) gastrointestinal sistem içinde en sık görülen kanserlerden olup uzak metastaz yerleri özellikle karaciğer ve akciğerdir. Adrenal kitle özellikle AC, meme, renal hücreli kanserlerde rastlanırken, KRK'de oldukça nadirdir. İzole adrenal metastazı olan hastaların opere edilmesi seçili hastalarda yaşam süresine katkı sağlamaktadır. Biz de rektum adenokarsinomu ve sol surrenalde kitle nedeniyle başvuran hastayı sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

Rektum ca, benign feokromositoma tanılı hastanın dosya bilgileri incelendi.

Bulgular:

Ellibeş yaşında bayan hasta, yaklaşık bir yıldır ara ara olan karın ağrısı, son bir aydır da dışkılama ile tam boşalamama şikayetleri nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve yapılan kolonoskopisinde anüsten itibaren 15. cm'de lümeni tama yakın tkayan ülserovegetan kitle saptanmış. Alınan biyopsinin adenokarsinom olarak raporlanması üzerine hastaya evreleme amaçlı yapılan abdominal USG ve üst abdominal MR incelemesinde sol surrenalde düzgün konturlu 35X30 mm kitle saptanmış. Takiben yapılan PET CT'de rektosigmoid bileşkede barsak duvarında sirküler tarzda olan malignite düzeyinde FDG uptake'i (SUV max:23.7) olan, sol sürrenal glandda metastaz ile uyumlu FDG uptake'i (SUV max:12.0) olan kitle lezyonu saptanmış. Mevcut bulgularla hastanemize başvuran hastanın operasyon öncesi sol sürrenal kitleye yönelik yapılan hormon panelinde aktif olmadığı saptandı. Cerrahi operasyon sonrası sol sürrenal patoloji sonucu 'benign feokromasitoma', rektumda 'adenokarsinoma' olarak raporlandı. Hastaya T3N2M0 opere rektum ca tanısıyla adjuvan 2kür FOLFOX4 tedavisi verildikten sonra kemoradyoterapi (KRT) programına alındı. KRT programında olan hastanın halen takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:

Kanserli hastalarda izole sürrenal kitle her zaman metastaz olmayabilir. Bu hastalarda adrenal kitle eksizyonu hastalık evresi ve tedavi yaklaşımını değiştirebileceği için önemlidir.

EP-184

KEMİK METASTAZININ AZ RASTLANAN ORJİNİ: KLOREKTAL KANSER

GÜZİN DEMİRAĞ¹, DİLEK ERDEM¹, İDRİS YÜCEL¹, BAHİDDİN YILMAZ¹, ENGİN KUT², FATİH ÇİLİNGİR², YASEMİN KEMAL¹, FATİH TEKER¹

¹ ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Kemik, kadın ve erkeklerde en sık görülen 3. kanser olan kolorektal kanserin sık metastaz yaptığı bölge değildir. Bu çalışmanın amacı; kemik metastazı olan kolorektal kanser vakalarında metastaz paterni ve diğer özellikleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmaya polikliniğimizde değerlendirilen 13 kemik metastazlı kolorektal kanser hastası dahil edildi. Hastaların kolorektal tümör özellikleri, kemik metastazı varlığı ve yerleşim yeri, diğer metastatik odaklar, tedavi modaliteleri, kemoterapi rejimleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

13 hastanın alındığı çalışmada; hastaların 3'ü kadındı (%23.1). Yaş ortalaması 61.1±10.8 yaş idi. Kolorektal tümörlerin 9'u solda yerleşiyordu ve en sık tümörler 5 hastada sigmoid ve 4 hastada rektum tümörü idi. Hastaların % 69.2'sinde tanı evre IV hastalık görüldü. Kolorektal kanser-kemik metastazı intervali 2-83 ay (ortalama 22.8 ay) idi. 13 hastanın toplam 15 kemik metastazı olayı incelendiğinde; en sık 3 kemik metastaz odağı sırasıyla lomber, pelvik ve torakal bölgelerdi. 2 hastada kemik metastazı yaygındı. Kemik metastazlarının 6'sı sklerotikti ve yalnızca 1 tanesi mikst tipte idi. Hastaların % 84.6'sında (n=11) diğer odaklarda da metastaz vardı: 8 hastada karaciğer metastazı, 4 hastada akciğer metastazı. 4 hastada birden fazla metastatik odak görülürken (kemik metastazı hariç) 1 hastada kemik iliği metastazı saptandı. Tanı ensık sintigrafi+MR (n=4) ile doğrulandı. Hastaların büyük bir kısmı (% 61.5) için cerrahi+kemoterapi+radyoterapi uygulandı. Tüm hastalar kemoterapi aldı. 1 hasta 4 basamak kemoterapi alırken 5 hasta 1 basamak kemoterapi aldı. 8 hastada karaciğer metastazı vardı; karaciğer-kemik metastazı intervali 1-53 ay idi. Akciğer metastazı olan 2 hastada ise akciğer metastazı-kemik metastazı intervali 4-75 ay idi. 13 hastanın 12'sinde hastalık progresse oldu ve 10 hasta öldü.

Sonuç:

Kolorektal kanserde kemiğe metastaz % 10'dan daha az gerçekleşir. İzole metastaz % 1.1 iken, büyük oranda multiple metastatik hastalık görülür. Literatüre göre kolorektal kanser en sık karaciğer ve akciğere metastaz yapar, bu da 2 şekilde açıklanır; bu organlardaki dens kapiller yatakların tümör hücrelerini hapsederek diğer organlara göndermesi ve bu organların yol açtığı tümör hücre adezyonu. Kemik metastazı ise venler yoluyla olur, özellikle de vertebral venöz pleksus aracılığıyla gerçekleşir. Bizim çalışmamızda ise, 9 hasta izole metastaz ile geldi, yaygın metastaz yalnızca 2 hastada görüldü.

Yapılan çalışmalarda kolorektal kanserin kemik metastazı potansiyelini, akciğer metastazının karaciğer metastazına göre daha iyi gösterdiği kanıtlanmıştır, çalışmamızda ise literatürün aksine kemik metastazlı hastalarda en sık karaciğer ardından akciğer metastazı ile birliktelik görüldü. Birbiriyle çelişen bazı çalışmalara rağmen genelde kolorektal kanser tanısı sırasında izole kemik metastazı olmayacağı düşünülmüştür, çünkü kemik metastazının kolorektal kanserin geç bir bulgusu olduğu ve diğer organ metastazları sonrası geliştiği gösterilmiştir. Çalışmamızda ise 2 hastada tek başına kemik metastazı vardı. Kolorektal kanserlerin kemik metastazlarının sıklıkla osteolitik olduğu gösterilmiştir; çalışmamızda ise litik ve sklerotik lezyonlar aynı orandadır. Literatürle benzer şekilde en sık sigmoid ve rektum tümörü görüldü, hastalar sıklıkla tanıda IV. evrede idi ve en sık kemik metastazı odakları pelvis ve lomber bölge idi.

Yorum: Kemik, kolorektal kanser için olağandışı bir metastaz bölgesidir. Diğer bölgelerde metastazı olmayıp şüpheli kemik tutulumu olan kolorektal kanserde hastayı değerlendirirken daha az agresif yöntemlerle kemik incelenmelidir. Kemik metastazı varlığı hastalığın geç bir bulgusu olup kötü prognozu gösterir.

EP-185

MEME METASTAZI İLE SEYREDEN KOLON KANSERİ OLGUSU

KEZBAN NUR PİLANCI, MUSTAFA BOZKURT, ESAT NAMAL, AKIN ÖZTÜRK, KÜBRA AYDIN, OSMAN GÖKHAN DEMİR

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Meme dışı primer organdan memeye metastaz oldukça nadir bir durumdur. Memeye metastazda en çok sorumlu tutulan primer maligniteler; lenfoma, melanom ve bronşial karsinomdur. Primer kolorektal karsinomun memeye metastazı sık bir durum değildir ve prognozu oldukça kötüdür. Biz; memeye metastaz yapmış kolorektal kanser olgusu sunacağız.

Vaka:

59 yaşındaki kadın hastanın şubat 2011'de sağ kasık ve karın ağrısı şikayeti başlamış. Mart 2011'de yapılan kolonoskopisinde çıkan kolon distalinde lümeni daraltan ülseroskieröz lezyon saptandı. Patoloji sonucu kolon adenokarsinomu gelen hastaya mart 2011'de subtotal kolektomi yapıldı. Operasyon materyalinin patolojisi; taşlı yüzük hücreli karsinom ile uyumlu idi. Lenf nodu tutulumu 25/70 +, lenfatik invazyon +, venöz invazyon +, perinöral invazyon +, cerrahi sınır negatif idi. Hastaya nisan 2011'de FOLFOX (5-florourasil, folinik asit, oksaliptatin), tedavisine başlandı. 12 siklus verildi. Takiplerinde aralık 2011'de markır progresyonu (CA19-9: 257.64, CEA: 58.70) saptanan hastanın abdominopelvik MR da tutulum yoktu. Toraks tomografisinde akciğer tutulum ihtimali olan hastaya bronkoskopik biyopsi yapıldı ve karsinom hücreleri saptandı. (CK 20 fokal +, CDX2 +). Fizik muayenede; sol memede kızarıklık, ödem ve ısı artışı olması üzerine yapılan meme USG' de saat 2 hizasında 13 mm'lik hipoeoik lezyon saptandı.

Bulgular:

Biyopsi sonucu; taşlı yüzük hücreli karsinom metastazı ile uyumlu geldi(CDW2 +, CD 20 +, CK 7 -, ER -, PR -, HER2 -, Ki

67 %70). Hasta; kolon kanserinin meme metastazı olarak kabul edildi ve ocak 2012 de FOLFİRİ (5 fluorourasil, folinik asit, irinotekan) ve altuzan tedavisine başlandı.

Sonuç:

Kolorektal kanserin memeye metastazı oldukça nadirdir ve kötü prognozudur. Genellikle sol memeye metastaz olarak görülür ve kemoradyoterapiye yanıtı kötüdür. Primer meme kanserinde CK 7 +, CK 20 - iken, kolorektal kanser metastazında CK 7-, CK 20 + dir. Kolorektal kanserle beraber görülen memede kitlesel lezyonun mutlaka histolojik, klinik ve radyolojik olarak ayırımının yapılması gerekir.

EP-186

MUIR TORRE SENDROMU

ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, İSMAİL OĞUZ KARA¹, MERAL GÜNALDI¹, BERNA BOZKURT DUMAN⁴, VEHBİ ERÇOLAK¹, CEM KAN PARSAK², GÜRHAN SAKMAN², DERYA GÜMÜRDÜLÜ³, PINAR KUM⁵

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ BD

³ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

⁴ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

⁵ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT BİRİMİ

Amaç:

Muir Torre sendromu otozomal dominanttır. Lynch II sendromuna benzer. Kolon kanseri erken yaşta gelir. Sağ taraf kolon kanseri daha sıktır ve sporadik kolon kanserinden daha iyi prognozu vardır. Bu hastalarda birden fazla deri lezyonu ve iç organ kanserleri gelir.

Gereç ve Yöntem:

Sebasöz adenomları, kolonda multipl polipozisi ve rektum adenokarsinomu, akciğer adenokarsinomu olan Muir Torre sendromlu vakamızı sunmayı hedefledik.

Bulgular:

Elli dört yaşında sebasöz adenomları olan erkek hastaya 1995 yılında kolonda multipl polipler nedeniyle hemikolektomi uygulanmış. Öyküsünde kardeşinde akciğer karsinomu, babasında lenfoma ve halasında mide karsinomu anamnezi mevcuttu. Hastanın Nisan 2011'de öksürük ve hemoptizi nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ akciğerde kitle saptanarak hastaya sağ pnömonektomi uygulandı. Patolojisi akciğer adenokarsinomu, 4x4,5x4 cm, 1 adet perihiler metastatik lenf nodu, p63 (-), müsin pozitif, CK 7 (+), CK 20 (-) olarak saptandı. 3 kür kemoterapi uygulandı ve bu dönemde yapılan PET-BT'de rektumda duvar kalınlaşması görüldü. Pelvik MR'da ise ekstraserozal yayılım, rektumda asimetrik duvar kalınlaşması, mezorektal yağ dokuda lenfadenopati saptandı. Rektum biyopsisi adenokarsinom olarak geldi. Hastaya neoadjuvant kemoradyoterapi (5 fluorourasil) uygulandı. Hastaya Temmuz 2011'de total kolektomi, ileoanal J poş ve koruyucu ileostomi uygulandı. Postop adjuvant kemoterapisi devam etmektedir.

Sonuç:

Muir Torre sendromu ilk kez 1967'de tanımlanmıştır. Sebasöz

gland tümörlerine en az bir viseral organ malignitesi eşlik eder. Cilt lezyonları tümör tanısından önce, aynı anda ya da sonrasında saptanabilmektedir. Kolorektal kanser ilk başlangıç kanseri olabilir ve daha agresif seyretme eğilimindedir. Genitoüriner, endometrium, over, meme, parotis, larenks, hematolojik kanserler eşlik edebilmektedir. %25 hastada kolonda multipl polipler vardır. İsoetretinoin bu hastalarda sebace gland tümörlerinden koruyucu olabilmektedir. Primer veya metastatik tümörlerin cerrahi eksizyonunun prognozu iyileştirdiğine dair kanıtlar mevcuttur. Bizim vakamızda da cerrahi eksizyonlar sonrası hasta takiplidir.

EP-187

OSTEOMYELIT ZEMİNİNDE GELİŞEN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM

SEVİL GÖKTAŞ ¹, MUSTAFA YILDIRIM ¹, MUSTAFA YILDIZ ¹,
UTKU DÖNEM DİLLİ ¹, BETÜL ÇELİK ²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Osteomyelit mikroorganizmaların etkisi ile kemik dokuda kayıp yeni kemik oluşumu ile karakterize ve ilerleyici bir hastalıktır. Hematojen yayılım ve travma, cerrahi, komşu bölgede enfeksiyon odağından direk bulaşı ile mikroorganizmalar kemiği infekte ederler. Osteomyelit gelişimini mikroorganizmanın virulansı, hastanın immun sistemi, kemiğin lokalizasyonu, tipi ve vasküler yetmezlik gibi durumlar etkiler. Uygun tedavi edilmediği zaman kronikleşme ve sekonder komplikasyonlara yol açabilir.

Bu yazımızda üst extremitelerde kronik osteomyelit sonucu oluşan cilt fistülü zemininde gelişen skuamöz hücreli karsinom literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Gereç ve Yöntem:

Kolda akıntılı yara nedeni ile başvuran 63 yaşındaki erkek hastada saptanan kronik osteomyelit sonucu oluşan cilt fistülü zemininde gelişen skuamöz hücreli karsinom literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Bulgular:

Kolda akıntılı yara nedeni ile başvuran 63 yaşındaki erkek hastanın öyküsünden 10 yaşında düşme sonucu sağ kolda kırık olduğu ve zaman zaman kolunda ağrılar olduğu öğrenildi. Bir yıl önce kırık oluşan bölgede kızarıklık şişlik ve ağrısı artan oral antibiyotik ve antiinflamatur tedavi verilmiş. Tedavi sonrası şikayetleri tekrar etmiş ve ciltten akıntılı lezyon gelişmiş. Farklı merkezlerde çeşitli antibiyotik tedavileri verilen hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemize başvuran hastanın akıntılı fistül çevresinde ciltten kabarık lezyon tespit edildi ve biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede skuamöz hücreli karsinom tanısı kondu. Osteomyelit ve skuamöz hücreli karsinom için cerrahi rezeksiyon ve antibiyoterapi planlanan hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç:

Sonuç olarak osteomyelitin nadir görülen bu komplikasyonunu engellemek esas amaç olmalı ve osteomyelit tedavisi etkin bir şekilde yapılmalıdır.

EP-188

MALİGN MELANOMLU OLGUDA METASTAZI TAKLİT EDEN NADİR BİR DERİ EKİ TÜMÖRÜ; PİLOMATRİKOMA

FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU ¹, MENİCE GÜLER ŞEN ¹, GÖNÜL DEMİR PİŞKİN ², İLKAY TUĞBA ÜNEK ¹, MEDİHA TÜLİN BOZKURT ², ÇAĞATAY ARSLAN ³

¹ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

² İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

³ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Malign melanom metastazını taklit eden pilomatritikoma olgusunu sunmak.

Gereç ve Yöntem:

51 yaşında kadın hasta Ağustos 2008'de sağ göz altında koyu renkli kitle şikayeti ile başvurdu. Kitle eksize edildi. Patoloji sonucu noduler malign melanom (MM) geldi. 1 yıl adjuvan interferon alfa tedavisi aldı. Mart 2010'da çekilen 18-FDG-PET-BT 'de sağ parotiste hipermetabolik lenfadenopati ve sürrenalde non-metabolik nodül saptandı. Sağ parotisteki kitleden iğne biyopsisi sonucu malign sitoloji olarak geldi ve sağ parotidektomi, sağ modifiye radikal boyun disseksiyonu uygulandı. Patoloji sonucu MM metastazı olarak geldi. Sağ boyun bölgesine adjuvan RT ve nüks hastalığın izleminde 11 kür temozolomide tedavisi verildi.

Bulgular:

Haziran 2011 de sağ kulak önünde şişlik şikayeti ile başvurdu. İnce iğne biyopsi sonucu malign sitoloji geldi. 18-FDG-PET-BT'de sağ preaurikuler bölge, sol servikal zincir, skalpta sağ frontal kesimde cilt altı komponenti de olan artmış metabolik aktivite saptandı. Haftalık paklitaksel tedavisi başlandı. Toplam 11 hafta aldı. Kontrol PET BT de skalpteki lezyon dışı bölgelerde tam yanıt; skalpte progresyon izlendi. Kemoterapiye yanıtı olmayan bu lezyonun MM metastazı dışında ikinci bir primer patoloji olabileceği düşünüldü. Frontoparietal bölgeden tümör eksize edildi. Patoloji sonucu "pilomatritikoma" olarak raporlandı. Hastanın takip ve tedavisi tam yanıtı olarak devam etmektedir.

Sonuç:

Atipik seyirli malign melanom olgularında, PET BT'de karışık yanıt söz konusu olduğunda 2. primer olasılığı akılda tutulmalıdır. İkinci primerin bu olgudaki gibi benign süreç olduğu durumlarda hastanın tedavi kararını önemli şekilde etkileyecektir.

EP-189

MELANOSİTİK TÜMÖRLERDE DNA KOPYA SAYISI VE KROMOZOMAL DEĞİŞİKLİKLERİN FLORESAN İN SİTU HİBRİDİZASYON YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ, AYIRICI TANI VE PROGNOSTİK ÖNEMİNİN ARAŞTIRILMASI

DENİZ SOLGUN ANLAR¹, MELEK ERGİN¹, İLHAN TUNCER¹, SUZAN ZORLUDEMİR¹, ÖZGE DİNİGÜZEL¹, AYDIN YÜCEL², SEMRA PAYDAŞ³

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ABD

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ ABD

³ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ABD

Amaç:

Melanositik tümörlerin erken tanısı ve tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesi amacıyla etiopatogeneze yönelik moleküler çalışmalar ivme kazanmaktadır. Çalışmamızda tanısal güçlüğü neden olan melanositik lezyonların tanısında 6p25, 6q23, 11q13 ve sentromer 6'yı hedefleyen FISH yönteminin tanısal değerini ve farklı melanositik lezyonlardaki kromozomal anomalileri morfolojik prognostik kriterlerle karşılaştırarak, melanomun biyolojik davranışındaki yerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

ÇÜTF Patoloji AB'da tanı almış 74 melanositik lezyon incelendi. Olguların 17'si benign, 28'i *borderline*, 29'u malign özellikteydi. Olgulara ait kesitlere FISH yöntemi uygulandı.

Bulgular:

FISH sonuçlarının değerlendirilmesinde histopatolojik tanı; Borderline grup lezyonların değerlendirilmesinde ise klinik davranışa göre belirlenen lezyon karakteri esas alındı. Testin sensitivitesi %98,5; spesivitesi %100 olarak belirlendi. 6q23 kaybı dışındaki tüm parametrelerde benzer şekilde, benign- borderline gruplar ve borderline-nonmetastatik gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenirken; nonmetastatik-metastatik melanom arasındaki fark anlamsız idi. 6p25 ve 6q23 kaybı ile prognoz arasında kuvvetli; 11q13 ve 6q23 amplifikasyonu ile prognoz arasında zayıf ilişki saptandı. 6p25 anormalliği ve 11q13 amplifikasyonu ile tümör çapı arasında ve 6q23 amplifikasyonu ile mitoz arasında anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç:

6p25 anormalliği ve amplifikasyonu ile 11q13 ve 6q23 amplifikasyonunun karsinogenezin erken aşamasında rol aldıklarını ve metastatik potansiyeli yansıtmadıklarını gözledik. 6p25 anormalliğinin tümör çapı ile ilişkili; 6q23 kaybının ise bağımsız bir prognostik parametre olduğu sonucuna vardık. 11q13 amplifikasyonunun tümör çapı ile ilişkili, 11q23 amplifikasyonunun ise mitozla ilişkili ve zayıf prognostik parametreler olduğunu saptadık. Sonuçta FISH testinin, tanısal güçlük oluşturan melanositik lezyonların tanısında sensitif ve spesifik bir yöntem olmasının yanında prognostik yönden hastaların takibinde ve tedavi seçiminde yardımcı olduğunu düşünmekteyiz.

EP-190

METASTATİK MERKEL HÜCRELİ KARSİNOM, OLGU SUNUMU

FATİH KÖSE², ALİ AYBERK BEŞEN¹, AHMET TANER SÜMBÜL¹, HÜSEYİN MERTSOYLU¹, FAZİLET KAYASELÇUK¹, ÖZGÜR ÖZYILKAN¹

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ ADANA UYGULAMA MERKEZİ

²ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Merkel hücreli karsinom cildin nadir agresif bir tümörü olup local rekürrens ve bölgesel lenf nodu metastazı yapma eğilimindedir. Cildin primer küçük hücreli ya da nöroendokrin karsinomu olarak da adlandırılır. Metastatik hastalıkta, kemosenitif olmasına rağmen, belirlenmiş bir tedavi şeması yoktur ve sıklıkla küçük hücreli akciğer kanserinde kullanılan sisplatin bazlı kombine kemoterapi rejimleri kullanılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazıda karaciğer tutulumu ile prezente olan metastatik merkel hücreli karsinom olgusunu sunmak istedik.

Bulgular:

Altmış yaşındaki erkek hasta sağ üst kadranda ağrısı ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik (AST:275 İU/L,ALT:340İU/L, alkalen fosfataz:200İU/L, GGT:500 İU/L, total/direkt bilirubin:1,9/0,8mg/dl) ile başvurdu. Çekilen abdominal BT'de karaciğerde çok sayıda en büyüğü 3 cm çapında hipodens lezyonlar saptandı. Alınan karaciğer biyopsisi merkel hücreli karsinom metastazı ile uyumlu olarak bulundu. Sistemik tutulum açısından çekilen PET-BT'de karaciğerde diffüz yoğun FDG tutulumunun yanında yaygın lenf nodu ve kemik metastazı saptandı. Dermatolojik muayenede primer odak saptanmadı. Hastaya karboplatin ve etoposid kemoterapisi başlandı, 4 kür sonrası PET-BT'de kısmi metabolik yanıt saptandı. Kemoterapi 6 küre tamamlandı. Hasta tanıdan yaklaşık 5 ay sonra beyin metastazı nedeniyle kaybedildi.

Sonuç:

Sonuç olarak, metastatik merkel hücreli karsinom kemosenitif nadir görülen cilt tümörü olup ilk sıra kemoterapiye yanıt oranı yaklaşık yüzde altmış olmasına rağmen remisyonlar genellikle kısa sürelidir.

EP-191

MALİGN MELANOM TANILI HASTALARDA TEDAVİ SEÇİMLERİ VE SAĞKALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

ONUR EŞBAH¹, ÖZLEM UYSAL SÖNMEZ³, KAAH HELVACI¹, ÖZNUR BAL¹, ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK², AHMET ŞİYAR EKİNCİ¹, TAHSİN ÖZATLI¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, BURÇİN BUDAKOĞLU¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

¹SB.DR.ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

²ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

³SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Malign melanom (MM) kötü prognozlu hızlı ve atipik klinik davranış sergileyen bir kanserdir. Evre 1 düşük riskli melanomda 5 yıllık sağkalım %90 iken nüks ya da metastatik hastalıkta bu oran %5'in altında olup median sağkalım 6-9 aydır. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan MM hastalarının genel özelliklerinin ve tedavi prensiplerinin paylaşılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Seksenaltı malign melanom olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

48 hasta erkek, 38 hasta kadındı. Ortanca yaş 56.5 yıl (22-83) idi. Primer yerleşimi bölgeleri; 36 hastada ekstremiteler, 36 hastada baş boyun, 8 hastada gövde, 3 hastada anorektal bölge, 1 hastada oral mukoza, 1 hastada göz, 1 hastada intraabdominal bölge idi. En sık görülen melanom alt tipi % 27.9 (n=24) ile nodüler mm du. Tanı anında %19.8 hasta (n=17) metastatikti. Hastaların 9'u (%10.5) adjuvan, 18'i palyatif radyoterapi aldı. Lezyonun yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre en çok uygulanan cerrahi müdahaleler; 37 (%43) hastada geniş eksizyon, 20 (%23,3) hastada geniş eksizyon ve lenf nodu diseksiyonuydu. Ortanca LDH 227U/L (min104-max825) idi. Adjuvan interferon (IFN) uygulanan hastaların sayısı 37 idi (%43). Metastatik evrede 1. basamak tedavide hastaların 22 si (%25,6) temozolamid, 9'u (%10,5) IFN, 3'ü (%3,5) hasta sisplatin /dakarbazin kemoterapisi aldı. Birinci progresyonda hastaların 12 'si (%14) Temozolamid, 8'i (%9,3) karboplatin-paklitaksel, 4'ü (%4,7) sisplatin/dakarbazin kemoterapisi verildi. 2. ve 3 progresyonda 5 (%5,9) hasta karboplatin/paklitaksel kemoterapisi, 5 (%5,9) hasta insani erişim programı ile ipilimumab tedavisi, 2 (%2,3) hastada tek ajan dakarbazin tedavisi aldı. En sık nüks lokal olarak görüldü. En sık metastazın olduğu solid organlarsa akciğer ve beyindi. Median hastalıksız sağkalım (HSK) 102ay ve median genel sağkalım (GSK) 112 ay idi. Primer başlangıcı yüz olan hastalarda GSK anlamlı olarak daha iyi (p=0,041) ancak HSK açısından gruplar arası anlamlı fark izlenmedi (p=0,119). Cinsiyetler arasında GSK ve HSK açısından fark izlenmedi (P=0,140 ve P=0,116).

Sonuç:

MM'da lezyonun mümkün olduğunca erken evrede yakalanması tedavinin başarısı ve sağkalım süresinin uzatılması açısından en önemli faktördür.

EP-192**BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.****EP-193****BEŞ YIL SONRASINDA BİLATERAL MEME METASTAZI İLE PREZENTE OLAN OKÜLER MALİGN MELANOMLU OLGU**

NİLÜFER AVCI¹, MEHMET ALİ BALCI², ERDEM ÇUBUKÇU¹, FATİH ÖLMEZ¹, TANER AYDIN², FATMA NADİDE YORULMAZ², TÜRKKAN EVRENSEL¹

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**Amaç:**

Oküler malign melanom %95 uveadan gelişmekle birlikte çok az bir kısmı konjuktivadan gelişir. uveal melanomun moleküler patogenezi tam olarak anlaşılamamışına rağmen, kutanöz ve mukozal melanomdan farklılıklar gösterir. Hematojen metastaz sıklıktır. Hematojen metastaz sıklıkla karaciğerdedir. Literatürde memeye metastaz nadirdir. 2320 primer koroidal melanomlu vakanın incelendiği bir çalışmada, hastaların %25'de 5 yıl, %34'de 10 yıl sonrasında uzak metastaz görülmüştür. Burada 5 yıl sonrasında bilateral meme metastazı ile prezente olan oküler malign melanomlu olgu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Uludağ üniversitesi medikal onkoloji bilim dalında takipli olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Her iki memede şişlik nedeni ile dış merkezde genel cerrahiye giden 48 yaşındaki kadın olguda yapılan trucat biyopsi ile her iki memede malign melanom saptanmış. Hastaya bilateral MRM ve aksiler diseksiyon uygulanarak üniversitemiz medikal onkoloji polikliniğine gönderilmiş. Hastanın tümör çapı sol memede 12x10x6 cm; sağ memede ise 9x7x3cm idi. Sol aksillada 3 adet, sağ aksillada 2 adet metastatik LAP mevcuttu. Evreleme için çekilen PET filminde karaciğerde anrezektabel metastaz saptandı. Hastanın öz geçmişi incelendiğinde 5 yıl öncesinde sol konjuktival malign melanom nedeni ile opere olduğu ve bir yıl süreyle adjuvan interferon kullandığı gözlemlendi. Hastaya metastatik malign melanom tanısı ile sisplatin ve temozolamid kombinasyon kemoterapisi başlandı. Ancak 4 . kürde yapılan değerlendirmede karaciğerdeki metastazlarında progresyon saptandı. İkinci tedavide Paklitaksel ve karboplatin kombinasyonu verildi. Hasta tedavinin ikinci siklusundan sonra nötropenik sepsis ile eksitus oldu.

Sonuç:

Primer meme tümörleri, en sık karşılaşılan tümörler grubuna dahil olmasına rağmen, meme parankimine metastaz oldukça nadir görülür. Memeye metastazı sıklığı, literatürde %1 ile %5 arasında bildirilmektedir. Özellikle memedeki lezyonun hastalığın ilk bulgusu olduğu durumlarda; klinisyen ve patolog, primer ve metastatik tümör ayırıcı tanısını yapmakta çok dikkatli olmalıdır.

EP-194**METASTATİK MALİGN MELANOMLU 2 OLGUDA TEMOZOLAMİD TEDAVİSİ ALTINDA YANIT VE VİTİLİGO BİRLİKTELİĞİ**

ALİ MURAT TATLI¹, HASAN ŞENOL COŞKUN¹, HAKAN BOZCUK¹, METİN ERKİLİÇ², MÜKREMİN UYSAL¹, SEMA SEZGİN GÖKSU¹, DENİZ ARSLAN¹, ŞEYDA GÜNDÜZ¹, BURHAN SAVAŞ¹

¹ AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÜKLEER TIP

Amaç:

Metastatik malign melanomlu hastaların tedavisinde, kemoterapiyle birlikte yada tek ajan immunoterapi ile vitiligo gözlenmesi genellikle iyi bir prognostik bulgu olarak görülmekte ve iyi yanıt ile birlikteliği dikkati çekmektedir. Burada tek ilaç temozolomid tedavisi sonrası vitiligo benzeri cilt lezyonlarıyla birlikte iyi klinik yanıt elde edilen 2 metastatik malign melanomlu hasta sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Temozolomid tedavisi sonrası vitiligo benzeri cilt lezyonlarıyla birlikte iyi klinik yanıt elde edilen 2 metastatik malign melanomlu hasta sunulmuştur.

Bulgular:

Olgu-1: Remisyonda erken evre meme kanseri tanısı olan 78 yaşında kadın hasta, adjuvan tamoksifen tedavisi altındayken ikinci yılda rektumda ikinci primer malign melanom ve karaciğer metastazı ile Temozolamid tedavisine alındı. Temozolamid 200 mg/m²/gün, 5 gün, 28 günde bir alan hastanın ikinci ayında ellerde vitiligo benzeri lezyonlar olduğu gözlemlendi. Altıncı kür sonunda yapılan değerlendirmede tama yakın kısmi yanıt olduğu gözlemlendi.

Olgu-2: Oksipital bölgede 3 aydır giderek büyüyen sert kitle nedeniyle tetkik edilen 42 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde oksipital bölgede 5cm çaplı fikse sert kitle ve sol servikal bölgede multipl lenf nodları vardı ve lenf nodu biyopsisi sonucunda malign melanom metastazı saptandı. PET-BT de sol oksipital kitle, boyunda multipl lenfadenopati ve akciğerde multipl metastatik odaklar gözlenerek hastanın evresi 4 olarak değerlendirildi. Temozolamid 200 mg/m²/gün, 5 gün, 28 günde bir başlandı. Tedavinin 2. ayında sol oksipital kitlede kısmi yanıt olduğu görüldü ve eş zamanlı olarak boyun bölgesinde vitiligo benzeri lezyonlar gelişti. Tedavinin 9. ayında yapılan PET-BT görüntülemeye metabolik tam yanıt olduğu görüldü ve vitiligo lezyonları devam etmekteydi.

Sonuç:

Literatürde adjuvan interferon tedavisi almakta iken vitiligo gelişen hastalarda hastalısız sağkalım ve genel sağkalımın daha iyi olduğu dikkati çekmektedir. Ancak bizim hastamızda olduğu gibi temozolomid alan metastatik malign melanomlu hastalarda vitiligo gelişimi ile tedavi yanıtı arasındaki ilişkiyi gösteren literatür bilgisi yoktur. Malign melanomlu hastaların tedavisi ve takibinde gözlenen vitiligonun prognostik ve prediktif bir önemi olabilir.

EP-195

TUBEROSKLERÖZ VE MALİGN MELANOM BİRLİKTELİĞİ

MERAL GÜNALDI, SEMRA PAYDAŞ, ÇİĞDEM USUL AFŞAR, VEHBİ ERÇOLAK, BERNA BOZKURT DUMAN, FİGEN DORAN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

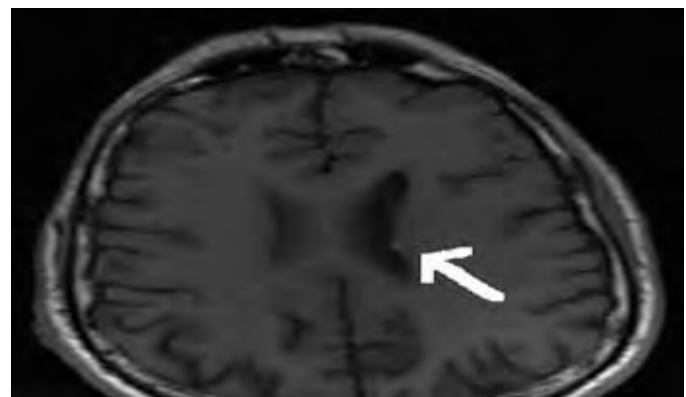
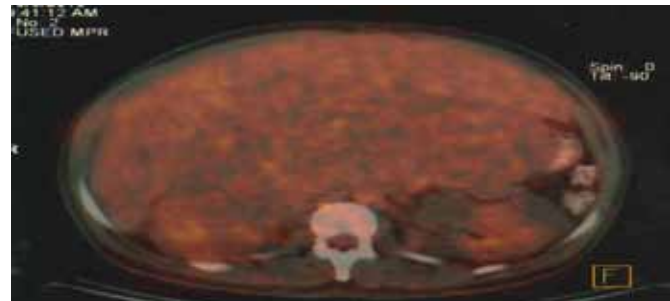
Tuberoskleroz kompleksi multipl hamartomlarla karakterize otozomal dominant geçişli bir nörokutanöz sendromdur. Asemptomatik veya tanı konulmamış olgular nedeniyle tahmini prevalansı 1/6000-1/9000'dir. Tuberosklerozda multipl

hamartomlar özellikle beyin, deri, böbrek, retina, kalp ve akciğerde görülür. Klasik triadı; Mental retardasyon, nöbet ve fasiyal anjiofibromlardır. Biz bu olgu sunumu ile Tuberoskleroz ve Malign Melanom birlikteliğini tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Malign Melanom ve Tuberoskleroz birlikteliğinin araştırılması.

Bulgular:



31 yaşında erkek hasta ereksiyon problemi için tetkik edilirken karaciğerinde multipl lezyonlar nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın 4 yaşında başlayan epilepsi, soygeçmişinde annede meme kanseri vardı. FM de yüzünde (Resim 1) ve gövdesinde depigmente nodüler lezyonlar, ensede depigmente nevüs (konjenital),

tırnak etrafında ve sırtta tuberom, karaciğeri 15-16cm palpabldı. Trifazik karaciğer BT'sinde: Karaciğerde 25cm hipervasküler malign kitle, bilateral böbrekte multipl kistler, sol surrenal kitle, dalakta malign kitle izlendi. Karaciğerdeki kitleye biyopsi yapıldı: Malign melanom metastazı, HMB 45 (+), Melan A: (+), S100: (+), Heppar: (-), Keratin: (-) saptandı. Göz Konsultasyonunda; Makulada pigmentasyon artışı, papilla doğal saptandı. Lisch nodülü görülmedi. Serebral MR da: Sol ventrikülde subependimal nodül izlendi (Resim 2). PET-BT'de: Karaciğerde düşük F-18 FDG aktiviteli dev solid kitle (Resim3). Hastaya kemoterapisi verildi. Progresyonu olması üzerine ipilimumab için erken erişim programına alındı.

Sonuç:

Tuberosklerozda; %10 subependimal astrositomlar, %2-3 renal karsinomlar olmaktadır. Malign melanom ve Tuberoskleroz birlikteliği literatürde oldukça az sayıda rapor edilmiştir. Tuberoskleroz, melanom için bir risk faktörü olarak tanımlanmamış olsa da Tuberosklerozun oluşum mekanizması ile tümör gelişim mekanizmaları arasında kesişen yollar olduğu bilinmektedir. Ayrıca konjenital nevüslerin melanoma transformasyonu bir başka nedeni olabilir. Bu nedenle Tuberosklerozlu hastalardaki deri ve internal organ lezyonlarının sadece Tuberoskleroz bulgusu olduğu düşünülmemelidir, kanser gelişme riski nedeniyle, bu hastalarda farklı malignite kliniklerinin oluşabileceğini, malign melanoma kliniği ile vurgulamak istedik. Ayrıca tuberosklerozdaki lezyonların yakından takip edilerek erken dönemde melanoma teşhisi konulmasının prognozda etkili olacağı kanaatindeyiz.

EP-196

MEDİASTİNAL RADYOTERAPİ İLE EŞ ZAMANLI TRASTUZUMAB KULLANIMININ WİSTAR ALBİNO TÜRÜ SIÇANLARDA VASKÜLER HASARA ETKİSİ

GÜLER YAVAŞ, FERAH YILDIZ, SEBİLE GÜLER, MUSTAFA FEVZİ SARGON, DEMET YILDIZ, TALİP YOLCU, MERAL TUNCER, FADIL AKYOL

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Bu çalışmanın temel amacı mediastinal RT ile eş zamanlı trastuzumab kullanımının torasik aortadaki hasara olan etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada 250–300 gr ağırlığında 72 adet Wistar türü dişi albino sıçanlar kullanılmıştır. Sıçanlar 6 gruba ayrılmıştır: Grup 1 (G1) kontrol grubudur ve bu gruptaki sıçanlara genel anestezi altında yalancı RT uygulanmıştır. G2 trastuzumab (T) kontrol grubudur. G3'teki sıçanlara 8 Gy, G5'teki sıçanlara ise 15 Gy RT uygulanmıştır. G4 ve G6 ise sırasıyla; 8 Gy RT+T ve 15 Gy RT+T gruplarıdır. T, RT'den 2 saat önce 6 mg/kg dozda her sıçanın ağırlığına göre hesaplandıktan sonra intraperitoneal olarak enjekte edilmiştir. RT tek fraksiyonda sadece ön alandan 2 cm derinliğe normalize edilerek 6 MV foton enerjisi ile uygulanmıştır.

Her gruptan 4'er adet sıçan RT ardından 6. saat, 21. gün ve 70. günde kurban edilmiştir. Sıçanların torasik aortalarından

alınan halkalar yapısal ve/veya fonksiyonel olarak incelenmiştir. Altıncı saatte ve 70. günde her grup için sadece elektron mikroskopu ile ultrastrüktürel inceleme yapılırken; 21. günde hem ultrastrüktürel inceleme hem de fonksiyonel inceleme yapılmıştır. Fonksiyonel incelemede sıçan aorta halkalarının fenilefrin aracılı kasılma ve asetilkolin aracılı gevşeme yanıtları değerlendirilmiştir. Fonksiyonel verilerin istatistiksel analizi iki yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Elektron mikroskopu ile inceleme sonuçları ise her bir gruptaki ultrastrüktürel farklılıklara göre değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Yapılan fonksiyonel incelemelerde G5 ve G6 diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kasıldı ($p<0,05$). T eklenen grupların (G4 ve G6) torasik aortalarından alınan örneklerde gevşeme yanıtları daha az gözlemlendi ($p: 0,0502$). Elektron mikroskopu ile ultrastrüktürel inceleme sonucunda RT sonrası 21. günde G5 ve G6'da endotel hücrelerde incelmeye, bazal membrandan ayrılma, subendotelial ödem ve tunika intimada dev vakuoler tespit edildi. G5 ve G6 arasında anlamlı bir fark izlenmedi. RT sonrası 70. günde G5 ve G6'da ciddi endotelial hasar tespit edildi. Endotel hücreleri ileri derecede incelmeye, nükleus ve organelleri tamamen kaybolmuştu. Endotel hücreler yer yer bazal membrandan ayrılmaktaydı. G6'daki ultrastrüktürel değişiklikler G5'ten daha ciddi idi.

Sonuç:

Yüksek doz RT torasik aortadaki kasılma yanıtlarını arttırırken; trastuzumabın ise gevşeme yanıtlarını azalttığı gözlemlenmiştir. Elektron mikroskopu ile ultrastrüktürel inceleme sonucunda trastuzumabın RT ile eş zamanlı kullanıldığında ciddi morfolojik değişikliklere neden olduğu gözlemlenmiştir. RT ile T'nin torasik aortadaki etkileşimi en az aditifdir.

EP-197

TAMOKSİFEN VE AROMATAZ İNHİBİTÖRLERİNİN RADYASYONA BAĞLI GELİŞEN AKCİĞER FİBROZİSİNE OLAN ETKİLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

GÜLER YAVAŞ¹, ÇAĞDAŞ YAVAŞ², HİLAL ACAR¹, HATİCE TOY¹, DENİZ YÜCE³, ÖZLEM ATA¹

¹ SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

² KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Radyasyona bağlı gelişen akciğer toksisitesi meme kanseri nedeni ile radyoterapi (RT) uygulanan hastalarda önemli bir doz kısıtlayıcı faktördür. Tamoksifen RT ile eş zamanlı kullanıldığında pulmoner fibrozisi arttırmaktadır; ancak aromataz inhibitörlerinin pulmoner fibrozisi etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, RT ile eş zamanlı kullanıldığında, tamoksifen ve aromataz inhibitörlerinin radyasyona bağlı gelişen akciğer toksisitesi üzerine olan etkilerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

80 adet dişi Wistar-Albino türü sıçan 8 gruba ayrıldı. Grup (G)1 kontrol grubu, G2 RT kontrol grubu, G3,G4 ve G5 sırası ile

tamoksifen, anastrozol ve letrozol kontrol gruplarıdır. G6, G7 ve G8 ise sırası ile RT+tamoksifen, RT+anastrozol ve RT+letrozol gruplarıdır. RT, tek fraksiyonda bilateral akciğere 12 Gy olarak uygulanmıştır. Tamoksifen, anastrozol ve letrozol ise sırası ile 20 mg/kg, 1mg/kg ve 2,5 mg/kg insan dozunda her bir sıçanın ağırlığına göre hesaplanarak, RT'den 1 hafta önce başlanmış ve RT sonu 16. haftada sıçanlar sakrifiye edilene kadar devam edilmiştir. 16 hafta sonunda sıçanların akciğerlerinden alınan örnekler pulmoner Konjesyon, inflamasyon ve fibrozis açısından skorlanarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır

Bulgular:

Tüm gruplar karşılaştırıldığında konjesyon, inflamasyon ve pulmoner fibrozis skorları açısından gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı idi (p değeri her bir parametre için <0.001). Sadece RT grubu ile karşılaştırıldığında, RT+tamoksifen grubunda pulmoner fibrozis skoru anlamlı olarak daha fazla idi (p: 0.005). RT+anastrozol ve RT+letrozol grubundaki pulmoner fibrozis skorları sadece RT grubu ile istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildi (p skorları sırası ile 0.768 ve 0.752). RT+letrozol grubunda iki sıçanda pulmoner abse gelişti; ancak sadece RT grubu ile RT+letrozol grubunun inflamasyon ve konjesyon skorları arasındaki fark anlamlı değildi (p değerleri sırası ile: 0.189, >0.99)

Sonuç:

Tamoksifen RT ile eş zamanlı kullanıldığında radyasyona bağlı olarak gelişen akciğer toksisitesini olumsuz olarak etkilemektedir; ancak anastrozol ve letrozolün böyle bir etkisi gözlemlenmemiştir. Üç ilaç karşılaştırıldığında anastrozol pulmoner toksite açısından en güvenilir gibi görünmektedir. Ancak klinik çalışmalar ile sonuçlar kontrol edilmelidir.

EP-198

UZUN SÜRELİ SAĞKALIMA SAHİP ATİPİK SEYİRLİ BİR MEME KANSERİ OLGUSU

KEREM OKUTUR¹, ORHAN ÖNDER EREN¹, ÖZDEN KARAOĞLANOĞLU²

¹ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

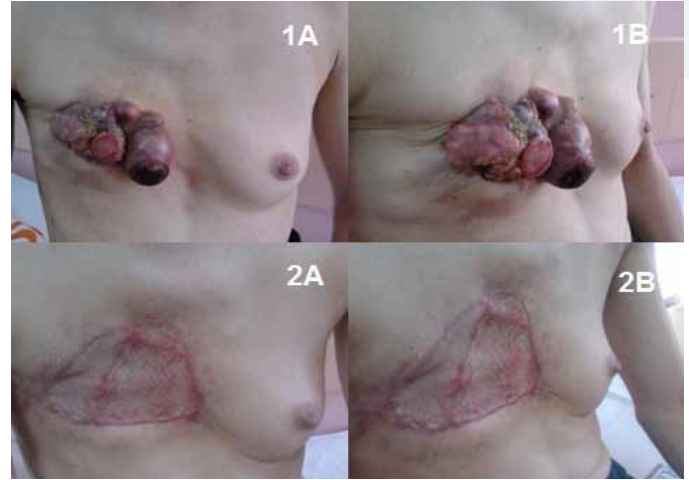
Meme kanserinde tümörün biyolojik davranışı ve tedavi, hastalığın seyrinde önemli rol oynamaktadır.

Gereç ve Yöntem:

43 yaşında premenopozal kadın hasta sağ memede kitle ve akıntı nedeniyle başvurdu. 1995 yılında sağ memede 1.5 cm çapında kitle saptanan hastanın kitleden alınan tru-cut biyopsi sonucu invaziv duktal karsinom olarak raporlanmış. Cerrahi rezeksiyonu kabul etmeyen ve takibe gelmeyen hasta 2004' de tümörün göğüs duvarı dışına çıkması üzerine tekrar doktora başvurmuş. Cerrahiye kabul etmeyen hastaya 6 siklus FEC kemoterapisi uygulanmış. Parsiyel cevap alınan hasta takiben 2 yıl goserelin asetat ve 5 yıl süreyle tamoksifen kullanmış. 2009' da kitlenin büyümesi üzerine 6 siklus dosetaksel ve kapesitabin

uygulanmış. Parsiyel yanıt alınan hasta sonrasında takiplerine gitmemiş.

Bulgular:



Hastanın fizik muayenesinde sağ memenin tamamını dolduran, kanama odakları içeren vejetan kitle ve sağ aksiler 1 adet 1 cm çapında LAM mevcuttu (Resim 1A ve 1B). Meme MR' ında sağ memedokusunu tama yakın dolduran ve göğüs duvarıyla sınırları ayırt edilemeyen multilobuler kitle mevcuttu. PET-CT' de sağ memede primer tümöral kitle (SUV 8.1) ve sağ aksillada 1 cm çapında hipermetabolik LAM (SUV 4.3) saptandı, uzak metastazı yoktu. Cerrahi bölümüyle konsülte edilen hastaya rezeksiyon planlandı ve sağ modifiye radikal mastektomi ile beraber sağ uyluktan cilt otogrefti uygulandı (Resim 2A ve 2B). Patoloji sonucunda invaziv duktal karsinom, grad 3, tümör çapı: 9 cm, tümör ciltte çok katlı yassı epitele ve fasyaya infiltre, lenfovasküler invazyon pozitif, tüm cerrahi sınırlar negatif, aksilladan disseke edilen 3 adet lenf nodunda tümör saptandı; ER %90+, PR%90+ ve HER2 (-) bulundu. T4N1M0 olarak değerlendirilen hastaya adjuvan 4 siklus dosetaksel ve siklofosamid kemoterapisi ve adjuvan RT uygulandı, goserelin asetat ve tamoksifen başlandı. Hasta postop 7. ayında nüksüz olarak takip edilmektedir.

Sonuç:

Metastatik meme kanserinde tedavi ile uzun sağkalımlar bildirilmesine karşın, lokal ileri meme kanserinde cerrahi olmaksızın, uzak metastazsız uzun süreli sağkalım nadirdir. Vakamızda yüksek oranda hormon reseptörü ekspresyonu bulunması ve uygulanan tedaviler, yüksek grad velenf nodu metastazına rağmen tümörün 17 yıllık seyri boyunca lokal invazyonla sınırlı kalmasına ve uzak metastaz geliştirmemesine etki eden faktörler olarak görünmektedir.

EP-199

TÜRK MEME KANSERİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER, MOLEKÜLER FENOTİPLER VE MENOPOZAL DURUM İLE FARKLILIKLARI

HASAN MUTLU¹, TANER ÇOLAK², MUSTAFA ÖZDOĞAN², ZEKİ AKÇA³

¹ KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

³ MERSİN DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Türk meme kanserli hastaların menopoza duruma göre prognostik faktörler açısından farklılığı incelenmiştir. Ayrıca moleküler subgruplar belirlendi ve moleküler sungrupların menopoza durum ile farklılığı araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Akdeniz Üniversitesi (n:986) ve Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'den (n:463) toplam 1449 hasta çalışmaya alınmıştır. Moleküler gruplarda Basal Like ve Unclassified grup aynı grup içine alındı. ER (+) ve veya PR (+) , CerbB2 (-) ve grade 1-2 vakalar Luminal A, ER (+) ve veya PR (+) , CerbB2 (-) ve grade 3 vakalar ile ER (+) ve veya PR (+) , CerbB2 (+) vakalar Luminal B, ER(-),PR(-) ve CerbB2(+) vakalar HER2 like tip olarak sınıflandırıldı. ER(-),PR(-) ve CerbB2(-) vakalar Basal like+Unclassified tip olarak sınıflandırıldı.

Bulgular:

Premenopozal ve postmenopozal gruplar arasında östrojen reseptörü ve CerbB2 pozitifliği için anlamlı fark mevcuttu (p değeri 0.003 ve 0.032). Postmenopozal grupta östrojen reseptörü, premenopozal grupta Cerb B2 oranı daha yüksek idi. Luminal B moleküler alt tip baskın olan subgruptu. Diğer iki gruba oranla premenopozal grupta HER 2 Like ve Basal Like veya unclassified moleküler tiplerin oranı daha fazla idi.

Sonuç:

Türk meme kanserli hastalarda Luminal B baskın olan subgruptu. Moleküler tiplerin oranlarının menopoza status ile farklılık gösterdiği belirlendi.Bu farklılık premenopozal meme kanserli hastaların kötü prognozu ile uyumluluk göstermekte idi.

EP-200**MEME KANSERLİ HASTALARIN TAKİBİNDE BEDEN KİTLE İNDEKSİ ARTIŞI VE KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSKİNE ETKİSİ**

EVREN FİDAN¹, CÜNEYT BİLGİNER², HALİL KAVGACI¹, FEYYAZ ÖZDEMİR¹, MURAT TOPBAŞ³, FAZİL AYDIN¹

¹ KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

³ KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Amaç:

Meme kanserli hastalarda yaygın görülen BKİ'deki artışlar, bu hastaların ileriki yaşamlarında obezite ile ilgili sağlık sorunlarını artırmaktadır. Çalışmamızda bu konu değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya "Erken evre meme kanseri" tanısı almış 142 hasta dahil edildi. Takibe gelen hastaların BKİ ölçümleri tanı sırasında ölçülen BKİ ölçümleriyle karşılaştırılarak değişiklikler kaydedildi. Hastaların tanıda ve takipleri sırasında gelişen obezite ile ilişkili sağlık sorunları (Diabetes mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), Koroner Arter Hastalığı (KAH),

Osteoartrit (OA), Hiperlipidemi) kaydedildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 52,7 ± 1,1 olarak tespit edildi. Tanı anında hastaların % 56,3 premenopozal, % 43,7 postmenopozal idi. Hastaların meme kanseri tanısı aldıklarında BKİ ortalaması 27,9 ± 5,3 iken 2. değerlendirilmede BKİ ortalaması 30,7 ± 5,7 olarak hesaplandı (p<0,0001). Hastaların %90,8'inde (n=129) BKİ'nde artış tespit edildi.Yalnızca BKİ'de artış olan hastalar hastalık yıllarına göre incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi. Bu farkın; hastalığın ilk yılındaki hastalar ve hastalığın 5. yılı ve üzerinde olan hastalardan kaynaklandığı saptandı (p<0,017). Tanı anında premenopozal hastalarda BKİ'de ortalama 3,6 ± SD 3,2 kg/m² artış tespit edilmişken; postmenopozal hastalarda BKİ'de ortalama 1,6 ± SD 2,2 kg/m² artış olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,0001). BKİ'nde artış tespit edilen grup incelendiğinde, tanı anında DM'si olmayan 120 hastanın 20'sinde DM, HT'u olmayan 100 hastanın 31 tanesinde HT, hiperlipidemisi olmayan 121 meme kanserli hastanın 44'ünde hiperlipidemi, OA olmayan 108 hastanın 31'inde yeni OA vakaları geliştiği tespit edildi (p<0,0001). BKİ'ndeki değişim ile kardiyovasküler mortalite riski arasındaki ilişki incelendiğinde, hastalığının 1.yılındaki hastalarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişebilecek ölüm riskindeki rölatif artış % 8,6 iken, 2 yılda % 24, 3.yılda % 16, 4.yılda % 17,3, 5.yılda % 20,8 olarak hesaplandı.

Sonuç:

Meme kanserli hastalarda yaygın görülen BKİ artışı, obeziteye bağlı gelişen kronik hastalıklarda anlamlı artışlara neden olmaktadır. Meme kanseri hastaları takip ederken medikal tedavinin yanı sıra, hastanın diet ve kilo alımı açısından da bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

EP-201**OTUZBEŞ YAŞ ALTI MEME KANSERLİ VAKALARIMIZ**

YALÇIN KAYA², NALAN AKGÜL BABACAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP¹, TURGUT KAÇAN¹, BİRSEN YÜCEL³, YILLAR OKUR³, MEHMET FUAT EREN³, EBRU ATASEVER AKKAŞ³

¹ SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİYE ABD

³ CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

Amaç:

Tüm dünyada meme kanserli hastaların %2'sini ≤ 35 yaş grubu genç hastalar oluşturmakta ve bu grup hastaların daha agresif davranış gösterme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Biz de bu çalışmayla merkezimizde takipleri yapılan genç meme kanserli hastalarımızın özelliklerini ve sağkalım verilerini değerlendirmeyi planladık.

Gereç ve Yöntem:

2006-2011 tarihleri arasında merkezimizde takip edilen ≤ 35 yaşında meme kanseri tanısı almış 18 hastanın dosya bilgileri ve sağkalım verileri incelendi.

Bulgular:

Onsekiz hastanın ortanca tanı yaşı 34 (24-35) idi. Histolojik olarak hastaların 13'ünde (%72.2) invaziv duktal karsinom saptandı, ER durumu 13'ünde (%72.2) pozitif, 5'inde (%22.2) negatif, PR durumu 14'ünde (%77.8) pozitif, 4'ünde negatif ve HER-2 durumu 5'inde (%27.8) pozitif, 13'ünde (% 72.2) negatifti. Hastaların 14'ü (%77.8) Luminal A/B grubundayken, 2'si (%11.1) HER-2 pozitif grupta, 2'si de (%11.1) triple negatif gruptaydı. Histolojik gradi; 4 hastada (%22.2) I, 11 hastada (% 61.1) II ve 1 hastada III olarak belirlendi. Onüç (%72.2) hastanın tanı anında lenf nodu pozitifliği mevcut iken 5 (%27.8) hastanın negatifti. Evrelerine bakıldığında 2 hastanın (%21.1) I, 5 hastanın (%27.8) II, 10 hastanın (%55.6) III ve 1 hastanın (%5.6) evre IV olarak tanı aldığı görüldü. Beş hastaya (%27.8) meme koruyucu cerrahi yapılırken, 12 hastaya (%66.7) modifiye radikal mastektomi uygulanmıştı. Onbeş (%83.3) hastaya adjuvan tedavi uygulandı. Ortanca 42 aylık takip süresinde 6 (%33.4) hastada nüks/metastaz gelişti. Bu hastalarda 5-yıllık sağkalım oranı %90 idi.

Sonuç:

Genç yaş meme kanseri hasta grubu genellikle triple negatif oranı yüksek ve agresif seyretme eğilimindedir. Bizim hasta grubumuzda ise ilginç olarak triple negatif oranı düşük, hormon reseptör pozitifliği de beklenenden yüksek bulunmuştur.

EP-202

MİXT GERM HÜCRELİ TESTİS KANSERİ NEDENİ İLE TAKİP EDİLEN BİR HASTADA ERKEK MEME KANSERİ GELİŞİMİ

ÖZNUR BAL, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN, GÜLAY BİLİR DİLEK, TUĞBA ÖZÇEREZCİ, ONUR EŞBAH, BERNA ÖKSÜZOĞLU, AYŞEGÜL ÖZTÜRK

DR.ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

erkek meme kanseri(emk) ve testis kanseri(tk) farklı sıklıklarda ve farklı yaş gruplarında görülen tümörlerdir. Ortak hazırlayıcı neden olarak genetik ve endokrin faktörler sayılabilir.Tk sonrası sağkalan hastalarda başta özofagus, akciğer ve kolon olmak üzere 2. Bir primer malignite görülme olasılığı normal popülasyondan yüksektir.

Bulgular:

2000 yılında sol orşiektomi yapılarak mikst germ hücreli tümör tanısı alan hasta 2005 ve 2010 yıllarında da paraaortik nüks nedeni ile operasyon geçirmişti. Daha önce BEP ve ifosfamid ile karboplatin rejimleri uygulanan hasta kurtarma tedavisi olarak gemesitabin ile oksaliplatin almıştı. AFP değerleri azalan ancak normal sınırlara inmeyen hastanın ağustos 2011 de AFP değerinde tedrici yükselme başladı.Klinik ve radyolojik olarak nüks yada metastazı düşündürülen kitle tespit edilmedi. İzlem esnasında yapılan fizik muayenede sol memede kitle palpe edildi. Ultrasonografide 16*8 mm'lik kitle saptanan hastanın eksizyonel biyopsi sonucu; invaziv duktal karsinom olarak raporlandı. Hormon reseptör pozitif ve her2 negatifti. Sol modifiye radikal mastektomi ve aksiler lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada rezidü tümör ve ln metastazı saptanmadı.

T1N0M0 olarak evrelenen hastaya tamoksifen 20 mg / gün başlandı.

Sonuç:

TK sonrasında izlenen hastalarda sık görülmeyenlerde dahil olmak üzere 2. Bir primer kanser gelişme olasılığı akılda tutulmalıdır.

EP-203

19 YIL SONRA NÜKS OLAN MEME KANSERİ OLGUSU

FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU¹, MENİCE GÜLER ŞEN¹, İLKAY TUĞBA ÜNEK², MEDİHA TULİN BOZKURT³, GÖNÜL DEMİR PİŞKİN³, ÇAĞATAY ARSLAN²

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Ondokuz yıl sonra nüks olan meme kanseri olgusunu sunmak.

Gereç ve Yöntem:

59 yaşında kadın hasta, ağustos 1992 yılında sağ memede kitle nedeniyle başvurmuş ve sağ memeye modifiye radikal mastektomi uygulanmış. Patoloji sonucunda hormon reseptör pozitif invaziv duktal karsinom tanısı konmuş (T3N2M0). Adjuvan 8 kür FEC kemoterapisi ve RT almış. 7 yıl adjuvan tamoksifen verilmiş.

Bulgular:

Aralık 2011 de sağ meme operasyon yerinde ele gelen kitle ile başvurdu. USG'de insizyon hattı ortasında 2 cm medialde 14X6 mm mikrobüle kenarlı, solid lezyon saptandı. Yeniden evrelemede metastaz saptanmadı. Memedeki kitle eksize edildi. Patoloji raporu "infiltratif duktal karsinom, T: 1.2 cm, ER:+, PR:+, cerbB2:-" olarak rapor edildi. Primer meme tümörü ile aynı histopatolojik özellikte olduğu için lokal nüks olarak kabul edildi. Adjuvan letrozol başlandı. Tedavinin 3. ayında remisyonda izlenmektedir.

Sonuç:

Meme kanserinde geç relapslar özellikle hormon reseptörü pozitif grupta görülmektedir. Bu durum kısmen dormant hücre kavramına atfedilmektedir. Sunduğumuz vakada 19 yıl sonra lokal nüks gelişmiştir. Remisyondaki hastaların takiplerinin yıllar boyu devam etmesi bu tür geç relapsların erken saptanmasını sağlayabilir.

EP-204

MEMENİN PRİMER YASSI EPİTEL HÜCRELİ TÜMÖRÜ

ÇETİN ORDU, SİNAN ERZİMİK, VEDAT SAĞIR, RACİ GÜNEY

BALIKESİR DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Yassı hücreli karsinom epitelyal hücreli kanserlerin bir türüdür ve vücudun çeşitli bölgelerinde rastlanabilir. Aynı zamanda derinin en çok rastlanılan kanseridir. Yassı hücreli karsinom nadiren memede görülebilir ve duktal yapıdan menşei alan klasik meme kanserinden farklıdır. Meme kanserlerinin % 0.1'inden azını oluşturur. (% 0.04 - % 0.075 arası) Balıkesir Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümüne tedavi amacı ile başvuran bir hastada memenin bu nadir görülen primer yassı epitel hücreli kanseri tespit edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Literatürde tanımlanmış primer meme yassı epitel hücreli karsinomları; genellikle hormon reseptör negatif, tümör boyutu %50'sinde 5cm'den büyük, bölgesel lenf nodu tutulumu olmayan ve prognozu tam olarak bilinmemekle beraber daha agresif seyirde olduğu gözlenmiş tümörlerdir. Histogenezinin benign meme dokusunun yassı hücreli metaplazisi ya da infiltratif duktal karsinomun belirgin yassı hücreli metaplazisi sonucunda geliştiği düşünülmektedir. Primer yassı hücreli meme kanseri tanısı için 1- Malign hücrelerin % 90'ından fazlasını yassı hücreli karsinom hücrelerinden oluşması, 2- Tümörün deri ve meme başından bağımsız olması, 3- Vücudun başka bölgesinden kaynaklanabilecek primer odaklar olmaması gerekmektedir.

Bulgular:

49 y, sağ meme alt iç kadranda 4 cm çaplı kitle ile segmental mastektomi ve aksiler lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastanın patolojisinde tümör boyutu 4x2x1.8 cm bulundu. Lezyon poliglona, mitotik indexi yüksek atipik epitelyal hücrelerin oluşturduğu, belirgin olarak keratinize malign tümöral hücre infiltrasyonundan oluşmaktadır. Lezyon çevresinde mikropapiller, clinging karsinom tipinde duktal karsinoma in situ varlığı saptanmıştır. Çıkarılan 12 lenf nodunda metastaz saptanmamıştır. İmmunohistokimyasal inceleme sonucunda ; yassı hücreli epitelyal karsinom, sitokeratin 5/6 (+), sitokeratin 14 kuvvetli (+), Cerb B2 onkoproteini (-), progesteron reseptörü (-), östrojen reseptörü (-), Ki 67 indexi % 20 (+) bulunmuştur. Yapılan cilt, ağız, baş-boyun ve genital bölge muayenesi sonucunda başka primer hücreli epitel hücreli karsinom odağı saptanmamıştır. Hastanın evreleme amacı ile yapılan görüntüleme ve laboratuvar incelemelerinde metastatik odak saptanmamış olup T2N0M0, evre IIA primer memenin primer yassı hücreli karsinomu tanısı ile kemoterapi ve radyoterapi alması planlanmıştır.

Sonuç:

Vakamız memede oldukça nadir görülen primer yassı hücreli epitelyal karsinom olup patolojisinde duktal karsinoma in situ ile birlikte gözlenen ikinci vaka olması ile de dikkati çekmektedir. Adjuvan tedavide cisplatin 5-fluorourasil bazlı kemoterapiler ya da memenin diğer adenokarsinomları ile benzer kemoterapiler önerilmektedir. Radyoterapiye sensitif olması ve segmental mastektomi yapılması nedeni ile hastaya siklofosamid, adriamisin 5-fluorourasil kombine rejimi ve memeye radyoterapi tedavileri planlanarak takibe alındı.

EP-205

MEME KANSERLİ DOKULARDA İNHİBİN- α SEVİYELERİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

BURÇAK YILMAZ¹, TARIK SALMAN², BAŞAK ÖVEN
USTAALİOĞLU³, AHMET BİLİCİ⁴, MESUT ŞEKER⁵, MELİN
GEÇER⁶

¹ İSTANBUL HAYDARPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ ONKOLOJİ

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

³ EŞKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ
ÜNİTESİ

⁴ İSTANBUL ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

⁵ TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ ÜNİTESİ

⁶ DR LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanseri pre-postmenopoz kadın popülasyonda, hasta yaşı, aksilla tutulumu, boyut, histolojik grade, hormon reseptör durumu, HER2 ve menopoz durumu gibi prognostik faktörlerle tümörlü dokudaki inhibin seviyeleri arasında ilgi olup olmadığına baktık.

Gereç ve Yöntem:

2004-2009 yılları arasında Dr Lütfi Kırdar EAH Tıbbi Onkoloji Kliniğinde takip edilmiş 50 pre-postmenopoz hasta çalışmaya dahil edildi. Patoloji parafin bloklarında inhibin boyandı, prognostik faktörleri yönünden hastalar değerlendirildi. İstatistiksel analiz SPSS versiyon 13 ile yapıldı

Bulgular:

40 yaş altı hastalar ve evre 2A - 3C hastalıkta inhibin pozitifliği daha belirgin olmak üzere evreyle inhibin pozitifliği arasında korelasyon vardı, istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.028). Histolojik grade arttıkça inhibin pozitifliği artmış gözükmekteydi, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. ER pozitifliği ile inhibin boyanması arasında da negatif korelasyon saptadık. Hastalısız sağkalımın inhibin- α ile pozitif boyananlarda daha kötü olduğunu gördük.

Sonuç:

Çalışmamızda meme kanseri ile ilişkili olduğu bilinen kötü prognostik faktörlerle istatistiksel anlamlı olmasa da ilişkinin olması inhibin- α 'nın meme kanserini başlatmada değil ama ilerlemesi metastaz yapması üzerinde etkisi olabileceği düşünülebilir. Aktivin ve inhibin- α 'nın meme dokusu üzerine endokrin ve parakrin etkileri olup olmadığı açıklık kazanmamış olmakla birlikte; farklı evrelerde, daha çok hasta sayılı çalışmalar yardımı ile bunu anlamak mümkün olabilir.

EP-206

NEOADJUVAN TEDAVİ ALAN HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ VE HORMON RESEPTÖRLERİNİN PATOLOJİK YANITA ETKİSİ

ÖZGE KESKİN¹, MUSTAFA SOLAK¹, DENİZ YÜCE², MUSTAFA
KADRİ ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ MEDİKAL
ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACCETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Neoadjuvan tedavi özellikle lokal ileri evre olmak üzere meme kanseri vakalarında artan sıklıkta kullanılmaktadır. Amaç, primer tümör yükünü azaltmakla beraber aksiller lenf nodu tutulumunu da azaltarak hastalık evresini düşürmektir. Biz çalışmamızda, neoadjuvan tedaviden sağlanan faydanın hormon reseptör (HR) ve HER2 durumu ile ilişkisini inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Onkoloji polikliniğinde 2002-2011 yılları arası takip edilen 2262 meme kanseri vakasının demografik verileri, tanı anı evreleri, tümör histolojisi, östrojen (ER)-progesteron (PR) ve c-erbB2 (HER2) reseptör durumları, neoadjuvan tedavi rejimleri, cerrahi sonrası patolojik yanıtları kaydedildi.

Bulgular:

Neoadjuvan tedavi uygulanan 173 kadın hastanın ortalama yaşı 52,41±11,72 saptandı. Vakaların %54,3'ü premenapozal, %38,7'si postmenapozal ve kalan %6,9'u perimenapozal dönemde idi. ER durumu saptanabilen 164 hastanın, 86 tanesinde ER negatif (-), 78 vakada pozitif (+) idi. PR ve HER2 durumu 162 hastada; sırasıyla 94 ve 123 tanesinde PR- ve HER2-, 68 ve 39 tanesinde PR+ ve HER2+ idi. Tanı anı en sık görülen evre 3a (%24,9) idi. Hastaların çoğu antrasiklin bazlı veya antrasiklin ve taksan kombinasyonu içeren tedaviler aldı. Hastalarda %83,2 infiltratif duktal karsinom, %9,2 mik infiltratif karsinom görüldü. Cerrahi sonrası patolojisi elde edilen 90 hastadan 20 tanesinde pCR gözlendi. Bu hastalar arasında ER- olan grupta diğer gruplara göre daha fazla sayıda hastada istatistiksel olarak anlamlı pCR görüldü (p=0,028). PR ve HER2 durumu ile pCR arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç:

Bazı çalışmalarda tümör yanıtı ile HR ve HER2 ekspresyonu arasında bir ilişki bulunamazken, bazılarında HR- olan hastaların daha iyi yanıt vererek daha yüksek oranda pCR, sonuç olarak daha iyi hastalıksız sağ kalım ve genel sağ kalım elde edildiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda PR ve HER2 durumunun yanıtı herhangi bir etkisi görülmezken, ER- olan hastalarda daha fazla sayıda pCR görülmüştür.

EP-207

TRİPLE NEGATİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI YANIT: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖZGE KESKİN¹, H. İBRAHİM PETEKKAYA¹, DENİZ YÜCE², MUSTAFA KADRİ ALTUNDAĞ¹

¹ HACCETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACCETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Neoadjuvan tedavi özellikle lokal ileri evre meme kanserinde olmak üzere artan sıklıkta kullanılmaktadır.

Bu tedavinin amacı, primer tümör yükünü azaltarak meme koruyucu cerrahi oranını arttırmakla beraber, mikrometastaz tedavisi sağlamak ve erken dönemde kemoterapi yanıtını belirlemektir. Biz çalışmamızda, triple negatif meme kanseri (TNMK) vakalarında neoadjuvan tedavi sonuçlarını inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji polikliniğinde 2002-2011 yılları arası takip edilen 2262 meme kanserinden 173 tanesine neoadjuvan tedavi uygulandı. Bu hastaların demografik verileri, tanı anı evreleri, tümör histolojisi, primer tümörde östrojen (ER)-progesteron (PR) ve c-erbB2 (HER2) reseptör durumları, neoadjuvan tedavi rejimleri, cerrahi sonrası patolojik yanıtları kaydedildi.

Bulgular:

Neoadjuvan tedavi uygulanan 173 hastanın 46 tanesi (%26,6) TNMK idi. Bu hastaların ortalama yaşı 51,1±11,65. Vakalar en sık eşit oranda evre 2a ve 3a'da izlendi. En sık gözlenen histolojiler infiltratif duktal karsinom (%93,5), mik infiltratif karsinom (%4,3) ve infiltratif lobuler karsinom (%2,2) idi. Hastalar antrasiklin bazlı veya antrasiklin ve taksan kombinasyonu içeren tedaviler aldı. 8 hastada patolojik tam yanıt (pCR) elde edildi. TNMK olan ve olmayan grup arasında pCR elde etme açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,33). TNMK olan vakalarda pCR gözlenip-gözlenmemesinin genel sağ kalıma istatistiksel anlamlı katkısı gözlenmedi.

Sonuç:

Neoadjuvan tedavi ile pCR sağlamada 3 bağımsız risk faktörü tanımlanmıştır: hormon reseptör ve HER2 durumu, lenf nodu tutulumu. TNMK vakalarında neoadjuvan tedavi etkinliğini inceleyen çalışmalarda bu grupta daha yüksek oranda pCR gözlenmiştir. pCR gözlenen hasta grubunda, rezidü tümör olanlara göre hastalıksız sağ kalım ve genel sağ kalım sonuçları daha iyi saptanmıştır.

EP-208

MEME KANSERLİ HASTALARDA OPERASYON SONRASI DÖNEMDE YEŞİL ÇAY KATEŞİNLERİNİN CİLT ÖDEMİ VE ENFEKSİYONU ÜZERİNE ETKİLERİ

ÇİĞDEM PAPİLA¹, BERRİN PAPİLA², HURİYE BALCI³, HAFİZE UZUN⁴

¹ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

² GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL

³ MERKEZ ARAŞTIRMA LABORATUARI, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

⁴ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Antioksidan etkiye sahip olan kateşin polifenollerini içeren yeşil çay, çeşitli in vivo ve invitro çalışmalarda anti-enflematuar, antiviral ve anti-tümör ilaçlar gibi etki gösterdiği bildirilmiştir.

Kliniğimize başvuran opere meme kanserli hastaların bazılarında antibiyotiklere rağmen ödem ve enfeksiyonun gerilemediğini tespit ettik. Bu nedenle çalışmada meme kanserli hastalarda operasyon sonrası dönemde yeşil çay kateşinlerinin cilt ödemi ve enfeksiyonu üzerine etkileri olup olmadığının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2011 yılı içinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji polikliniğine operasyondan yaklaşık 10 gün sonra başvuruda bulunan 30 meme kanserli hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $45,56 \pm 5,48$ olup diyabet ve kalp-damar dolaşım bozukluğu bulunmamaktadır. 1. gruba (n=15) sadece antibiyotik ve antienflamatuvar ilaç verilirken 2. gruba (n=15) antibiyotik ve antienflamatuvar ilaçlara ek olarak günde sabah - akşam 2 fincan yeşil çay enfeksiyon ve ödem çözülünceye (yaklaşık 2 hafta) kadar verildi.

Bulgular:

Yeşil çay önerdiğimiz grupta ödem ve enfeksiyonun vermediğimiz gruba göre daha erken gerilediği tespit edildi.

Sonuç:

Bu preliminer çalışmanın sonuçlarıyla yeşil çayda bulunan polifenol grubundan kateşin maddesinin antienflamatuvar ve antioksidan olarak etki gösterdiği kanaatine varılmıştır. Yeşil çay, ödem ve enfeksiyonun erken giderilmesine katkıda bulunduğu için kemoterapiye zamanında başlanır. Yeşil çay kateşinlerinin kemopreventif etkisi için ileriye yönelik çalışmalar gereklidir.

EP-209

65 YAŞ ÜSTÜ MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NALAN AKGÜL BABACAN¹, SADETTİN KILIÇKAP¹, BİRSEN YÜCEL², YALÇIN KAYA¹, TURGUT KAÇAN¹, MEHMET FUAT EREN², YILLAR OKUR², EBRU ATAŞEVİR AKKAŞ²

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² CÜTF RADYASYON ONKOLOJİSİ

Amaç:

Çalışmada geriatrik yaş grubundaki meme kanserli hastaların klinik özelliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2007 yılından beri takip edilen 65 yaş üstü meme kanserli hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 328 meme kanserli hastanın 62'si (%19) 65 yaş ve üstü hasta idi. Yaş ortalaması 71 ± 5 (65-83) idi. Histoloji %81 ile en sık invaziv duktal karsinom idi. Tanı anında olguların %63'ü T2, %34'ü nod negatif, %40'ı grad 2, %16'sı metastatik idi. Histolojik olarak %71 ER(+), %64 PR(+), %30 Her2(+) idi. Yüzde 76 olgu Luminal A veya B, %13'ü triple negatif ve %8'i HR(-) Her2(+) idi. Sırasıyla Evre I %15, Evre 2 %36, Evre 3 %33 ve Evre 4 %16 idi. %11 ile en sık metastaz yeri kemik idi. MRM %70 ile en sık tercih edilen cerrahi idi. >70 yaş olan hastalarda sadece hormonoterapi kullanım oranı diğer gruba göre anlamlı derecede daha fazla idi (%13 vs %35; p=0,038). Radyoterapi >70 yaş üstü hastaların 18'ine, <70 yaş için ise 13'üne uygulandı. Ortanca yaşam süresi 65 aydı.

Sonuç:

Geriatrik yaş grubundaki meme kanserli olgular sıklıkla HR (+) hastalar olup, özellikle 70 yaş üzeri hastalarda daha sık tek başına hormonoterapi ve daha az radyoterapi uygulanmaktadır. Sistemik kemoterapi ve genç hastalara göre daha az sıklıkla kullanılmaktadır.

EP-210

AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ KULLANAN ERKEN EVRE MEME KANSERLİ HASTALARDA OSTEOPOROZ GELİŞME RİSKİ

GÖKHAN ERBAĞ¹, DEVİRİM ÇABUK², SÜLEYMAN TEMİZ², SERAP KAYA², ÖZGÜR AÇIKGÖZ², EDA YİRMİBEŞOĞLU³, DOĞU CANOĞLU³, KAZIM UYGUN², HAKAN DEMİR⁴

¹ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ABD

² KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

⁴ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÜKLEER TIP ABD

Amaç:

Meme kanseri (MK) kadınlarda en sık görülen kanserdir. Son 10 yılda görüntüleme, tanı ve tedavideki ilerlemelere bağlı olarak yaşam süresinde artış olmuştur. Bunun en önemli sebeplerinden biri de aromataz inhibitörlerinin (AI) kullanıma girmesidir. AI'lerinin östrojen seviyesinde düşmeye bağlı olarak kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalmaya neden oldukları öngörülmektedir. Bu çalışmanın amacı AI'lerinin KMY üzerine olan etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma Aralık 2009-Aralık 2010 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yapıldı. Evre I-III MK tanısı olan ve adjuvan tedavi olarak anastrozol ya da letrozol başlanması planlanan menopoza girmiş meme kanseri hastaları değerlendirildi. Başlangıç KMY ölçümü yapıldıktan sonra osteoporozu olmayan hastalar çalışmaya alındı. AI tedavisine başlandıktan 6 ay sonra tekrar KMY ölçümü yapıldı.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 50 hasta alındı, ancak 6 aylık takip sürecinde 4 hastada metastaz gelişmesi, 1 hastada artralji nedeniyle tedavi kesildiğinden 5 hasta çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya alınan 45 hastanın tedavi öncesi ve tedavinin 6. ayında ölçülen KMY'leri karşılaştırıldı. Tedavi öncesi yapılan ilk ölçümlerde 19 hastada (%42) KMY normal saptanırken 26 hastada (%58) osteopeni saptandı. Takiplerinde 6. ayda yapılan ölçümlerde Femur Z skoru dışındaki tüm değerlerde istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı (p<0,01). İlk yapılan değerlendirmede KMY normal saptanan 19 hastanın dokuzunda osteopeni ve osteoporoz geliştiği gözlemlendi (p<0,05). Başlangıç ölçümlerinde osteopenik olan 7 hastada osteoporoz saptandı. Bu analize göre AI tedavisine başlandığı ilk 6 ayda bile belirgin derecede kemik mineral kaybı olduğu görülmektedir.

Sonuç:

Meme kanserli kadın hastalar aynı yaş grubundaki sağlıklı kadınlara göre daha çok kemik kaybı ve kırık riski altındadırlar. Kemik kaybının ana sebeplerinden biri de AI tedavisidir. Biz bu çalışmada meme kanserli kadınlarda osteoporoza katkıda bulunan ana nedenlerden olan AI

tedavisinin KMY üzerine olan olumsuz etkilerini gösterdik. Yaptığımız çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak Aİ tedavisinin KMY üzerindeki olumsuz etkisinin tedavinin ilk 6 ayında bile belirgin derecede olması dikkat çekmektedir. Bu nedenle Aİ planlanan hastalarda tedavi başlangıcından itibaren kalsiyum, D vitamini gibi replasman tedavilerine özen gösterilmeli, KMY düzenli olarak takip edilmelidir.

EP-211

MEMENİN PRİMER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

NECLA DEMİR, İŞİL SOMALI, TARIK SALMAN, UTKU OFLAZOĞLU, TUĞBA YAVUZŞEN, A. UĞUR YILMAZ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Olgu:

Sağ memede şişlik ve ağrı şikayetiyle başvuran 63 yaşındaki kadın hastanın, özgeçmişinde 10 yıl önce sol memede invaziv lobuler karsinom öyküsü mevcuttu. Mammografide sağ meme üst dış kandranda 5 cm çapında heterojen yapıda bir kitlesi saptanan hastanın, meme MR'ında sağ memede 5,5 cm çapında malign karakterli kitle ve ipsilateral aksillada lenf nodları saptanması üzerine hastaya modifiye radikal mastektomi ve aksiler diseksiyon uygulanmış. Patolojik incelemede, 7x5.5x4 cm boyutunda, keratinize ve geniş nekroz alanları bulunan, kalsifikasyon izlenmeyen Skuamöz hücreli kanser (SHK) izlendi. Östrojen, progesteron reseptörü ve c-erbB2 negatif saptanan hastada ipsilateral 5 adet lenf nodunda skuamöz hücreli karsinom (SHK) metastazı saptandı. Hastaya memenin metastatik SHK'unu dışlamak amacıyla çekilen PET/CT' de patolojik tutulum saptanmadı. Bu bulgularla hastaya primer SHK tanısı koyuldu ve 5-florourasil-sisplatin-epirubisin içeren kemoterapi ve ardından radyoterapi planlandı.

Tartışma:

Memenin, SHK'ları metaplastik karsinomların bir formu olup nadir görülen tümörlerdir ve sıklığı %0.04 ile %0.1 arasında değişmektedir. Genel olarak lokal ve uzak nükslerle seyreden agresif seyirli tümörlerdir. Tümör boyutları 1-10 cm arasında değişmekle birlikte literatürde olguların yarısından fazlasında 5 cm'den büyük tümörler olarak bildirilmiştir. Primer tedavileri cerrahi olan bu tümörlerde adjuvan ve neoadjuvan tedavilerin etkinliği sınırlıdır. Literatürde lenf nodu tutulumunun nadir olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda 5 adet lenf nodu metastazı mevcuttur. 5 yıllık ortalama sağkalımı % 64 olan bu tümörlerin prognozu etkileyen en önemli faktörler tümör boyutu ve evresidir. Adjuvan ve neoadjuvan tedavilerde 5-florourasil kombinasyonlar ve radyoterapi kullanılmaktadır.

EP-212

ERKEN EVRE MEME KANSERİ OLAN HASTALARDA LENFOVASKÜLER İNVAZYONUN REKÜRRENS ÜZERİNE ETKİSİNİN RETROSPEKTİF OLARAK ARAŞTIRILMASI

İBRAHİM PETEKKAYA, OZAN ÜNLÜ, SEVDA AYĞÜN, UĞUR ŞAHİN, DENİZ YÜCE, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Lenfovasküler invazyonun (LVI), organ parankimi içerisindeki invaziv karsinom alanını çevreleyen ve endotelial sınırları olan bir bölgeye giden tümör embolisi olarak tanımlanır.

Gereç ve Yöntem:

Hastane tabanlı bu retrospektif çalışmaya 2004-2012 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'ne T1N0M0 erken dönem meme kanseri tanısıyla başvuran toplam 386 kadın hasta alındı. Tümörlerin histolojik tipleri, hastaların tanı anındaki yaş ve menopoz durumları, Östrojen reseptör(ER), Progesteron reseptör (PR), HER2 pozitiflik durumları ve LVI olup olmadığını içeren veriler bir veritabanına kaydedildi.

Bulgular:

386 hastanın yer aldığı grubun yaş ortalaması 52,1 ± 10,9 yılı. LVI (+) hastaların yaş ortalaması 51,4 ± 12,6 LVI (-) hastaların yaş ortalaması 55,7 ± 9,8'du (p=0,07). Yalnızca 85 hastanın LVI durumları bilinmekteydi. LVI (+) %52,9, LVI (-) %47,1 idi. Olay sayısının az olması nedeniyle genel sağkalım (OS) hesaplanamamıştır. Hastalısız sağkalım tüm grupta 172,6 (%95 GA: 96,2-249) ay. LVI (+) olanlarda 64,7 (%95 GA: 25,1-104,3) aydır. LVI pozitif hastalarda tanıda postmenopozal olanlar %46,7 idi (p=0,60). LVI(+) hastalarda ER(+) ve PR (+) olma durumu %82,2 ve %73,3 idi (ER için p=0,47, PR için p = 0.46). HER2 (-)'liği LVI(-) ve LVI(+) hastalarda sırasıyla %88,9 ve %84,1 idi (p=0,54).

Sonuç:

T1N0M0 meme kanserli hastalarda ER,PR ve HER2 pozitifliği, LVI durumu, p53 ekspresyonu gibi faktörlerin hastalığın rekürrensi üzerine etkisi üzerinde durulmadığı görülür. Literatürde LVI değerlendirmesi açısından çok çalışma olmasına rağmen, bu patolojik özelliğin tedavi protokollerine henüz girmemesinin nedeni tümör örneklerini inceleyen patoloğların kullandığı immünohistokimyasal yöntemlerin ve protokollerin standardize olmamasıdır.

EP-213

SİGARA KULLANIMININ MEME KANSERİNİN KLİNİK VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

UĞUR ŞAHİN, İBRAHİM PETEKKAYA, ÖZGE KESKİN, MUSTAFA SOLAK, YAVUZ ÖZİŞİK, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

Tanı anında uzak metastazı olmayanlarda sigaranın meme kanserinin klinik ve patolojik özelliklerine etkisinin araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

2004-2012 arasında bölümümüzde takip edilen ve tanı anında uzak metastazı olmayan kadın hastalar retrospektif olarak çalışmaya alındı. Sigara içme durumları, maruziyet düzeyleri, tümörün tanı tarihi, histolojik tipi, hormon reseptörü ve HER2 durumları, hastaların tanı anındaki yaş ve menopoz durumları,

son kontrol tarihleri ve son durumları kaydedildi.

Bulgular:

1586 hastanın % 81,2'si hiç sigara içmemişti. İçenler arasında ortalama maruziyet 10,0 paket-yıldı (0,2 – 105,0). Ortanca tanı yaşı 46 (28–84)'ydi. İçenlerde ortalama tanı yaşı (46) içmeyenlere göre (48) anlamlı olarak daha küçüktü ($p=0,001$). İçenler daha sık premenopozaldi ($p < 0,001$). Histolojik alt tiplerin dağılımı her iki grupta benzerdi ($p=0,88$). Evre III hastalık içenlerde daha seyrekti ($p=0,001$). Lenf nodu pozitifliği içmeyenlerde daha sıktı ($p=0,03$). Tripl negatif hastalık dağılımı, hormon reseptör ve HER2 pozitifliği her iki grupta benzerdi (sırasıyla $p=0,50$, $p=0,53$ ve $p=0,44$). Sigara içen premenopozallerde içmeyenlere göre genel sağkalım daha iyiydi ($p=0,05$). Her iki grupta progresyonsuz sağkalım açısından fark bulunmamaktaydı ($p = 0,61$).

Sonuç:

Sigara içenler daha genç ve erken evrede meme kanseri tanısı almaktadır. Sigara içme durumunun histopatoloji ve immünohistokimyasal özellikler üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Sosyoekonomik özellikler ve sigaranın meme üzerindeki karsinojen etkisi bu sonuçlardan sorumlu olabilir.

EP-214

AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ ALAN POSTMENOPAZAL ERKEN MEME KANSERLİ HASTALARDA OBEZİTENİN SAĞKALIMA ETKİSİ

UĞUR ŞAHİN, İBRAHİM PETEKKAYA, MUSTAFA SOLAK, ÖZGE KESKİN, YAVUZ ÖZİŞİK, KADİRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

Aromataz inhibitörleri (Aİ) olan anastrozol (ANA) ve letrozolün (LET) postmenopozal hormon pozitif meme kanserinin adjuvan tedavisinde tamoksifenden daha etkili olduğu bilinmektedir. Obezlerde, farklı Aİ ile tedavi sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

2006-2011 arasında meme cerrahisi sonrası ANA veya LET alan evre I-IIIC hormon reseptörü pozitif postmenopozal kadın hastalar çalışmaya alındı. Tanı anındaki VKİ, hormon reseptörü ve HER-2 durumları kaydedildi. Hastalar VKİ ≤ 30 ve > 30 olanlar olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 335 hasta alındı. ANA ve LET alanların oranı sırasıyla % 47,2 ve 57,8'di. Ortanca tanı yaşı 58'di (42-84) ve ANA grubunda daha düşüktü ($p=0,04$). % 76,8'inde evre II ve üzeri hastalık mevcuttu ve hastalık evresinin dağılımı ANA ve LET grubunda benzerdi ($p=0,84$). Ortanca takip süresi 29 ay (6-124), medyan hormonoterapi kullanım süresi 29 aydı (3-68) ve iki grup arasında benzerdi (sırasıyla $p=0,52$ ve $p=0,55$). % 41,2'sinin VKİ > 30 idi. ANA ve LET arasında genel (GS) ve progresyonsuz sağkalım (PS) açısından fark yoktu (sırasıyla $p=0,08$ ve $p=0,94$). Fakat VKİ > 30 olanlarda LET ile istatistiksel olarak anlamlı olmayan PS faydası gözlemlendi ($p=0,1$).

ER, PR ve HER2 durumunun GS ve PS üzerinde belirgin etkisi bulunmamaktaydı.

Sonuç:

Ortanca 29 aylık takip süresinde LET ve ANA benzer GS ve PS ile ilişkilidir. VKİ > 30 olanlarda LET ile PS daha iyi olabilir. Bu nedenle seçilmiş obez hastalarda LET daha uygun bir seçenek olabilir.

EP-215

MEME KANSERLİ HASTALARDA MEME DIŞI SOLİD MALİGNİTE SIKLIĞI

UĞUR ŞAHİN, İBRAHİM PETEKKAYA, MUSTAFA SOLAK, ÖZGE KESKİN, YAVUZ ÖZİŞİK, KADİRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

Meme kanserli hastaların izleminde meme dışı solid kanserlerin görülme sıklığının retrospektif olarak araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

2006 – 2012 arasında evre I-IV meme kanseri tanısıyla bölümümüzde takip edilen toplam 1914 kadın hastanın hastane dosyaları retrospektif olarak meme dışı solid kanser (MDSK) hikayesi için tarandı. Meme kanseri tanısı ile zamansal ilişkiye göre MDSK sıklığı belirlendi.

Bulgular:

Meme dışında başka bir solid tümörü olan 75 hastada (% 3,9) toplam 79 MDSK belirlendi. Hastaların dördünde birden fazla MDSK mevcuttu. Bu hastalar için ortalama tanı yaşı 55 (28 – 93), meme kanseri için ortalama takip süresi 32 aydı (1 – 132). Hastaların % 60,8'i postmenopozaldi. En sık görülen meme kanseri histolojisi infiltratif duktal karsinomdu (% 70,9). 79 MDSK arasından 34'üne (% 43,0) meme kanserinden sonra; 30'una önce (% 38,0); ve 15'ine (% 19,0) eşzamanlı olarak tanı konmuştu. Meme kanseri tanısından MDSK tanısına kadar geçen ortalama süre 21 aydı (7 – 296). En sık gözlenen kanserler sırasıyla over, tiroid ve uterusu (sırasıyla % 17,7, 15,2 ve 11,4).

Sonuç:

Meme kanseri hastalarının izleminde jinekolojik kanserler ve tiroid kanserlerinin sıklığı yüksektir. Bu durum ortak çevresel ve genetik etkenlerin varlığı ile açıklanabilir. Meme kanserli hastalar özellikle bu kanserlerin gelişimi açısından yakın takip edilmelidir.

EP-216

TAMOKSİFEN KULLANIMININ DERİN VEN TROMBOZU VE PULMONER TROMBOEMBOLİ GÖRÜLME SIKLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

İBRAHİM PETEKKAYA¹, ÖMER VURAL¹, ALPER ALNAK¹, ÖZGE KESKİN¹, NEYRAN KERTMEN¹, VEYSEL AYYILDIZ², DENİZ YÜCE³, KADİRİ ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL

ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Tamoksifen, günümüzde hormon reseptör pozitif meme kanserli olgularda en sık tercih edilen selektif östrojen modülatörüdür. Yan etkileri arasında mortalite ve morbidite ile en sık ilişkili olanlardan birisi tromboza yatkınlığı artırmasıdır. Tamoksifen alan meme kanserli olgularda görülen derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner tromboemboli (PTE) sıklıklarını inceleyeceğiz.

Gereç ve Yöntem:

2004-2012 yılları arasında onkoloji kliniğimize başvurmuş olan 2219 meme kanseri vakası içerisinde DVT ve PTE gözlenen olgular incelendi. Bu olguların tamoksifen ile olan ilişkisi araştırıldı.

Bulgular:

Takip süresi boyunca DVT ve/veya PTE tanısı alan toplam hasta sayısı 24 (%1.08)'tü. Ortanca takip süresi 34 aydı. 11 (%0.49) hastada PTE izlenirken 3 hastada altta yatan DVT gösterildi. İzole DVT izlenen hasta sayısı 13'tü (%0.58). 16 hastada hormon reseptörü pozitif. 24 hastanın 10'unda tamoksifen kullanımı mevcuttu. Tamoksifen kullananlarda DVT ve/veya PTE tanısı alanların 7'si postmenopozaldi. Tamoksifen kullanan 1012 hasta içerisinde DVT ve/veya PTE görülme sıklığı % 0,98 olarak hesaplandı. Herhangi bir hormonoterapi almayanlarda bu oran %0,83'tü.

Sonuç:

Tamoksifen, hormon reseptör pozitif meme kanseri olgularında en sık kullanılan selektif östrojen modülatörü olmasına rağmen venöz tromboemboli riski ile ilişkisi tam olarak anlaşılamamıştır. Bun konuyla ilgili yapılan çeşitli araştırmalarda risk artışı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları eldeki bu verileri desteklemektedir.

EP-217

MEME KANSERLİ HASTALARDA YETERSİZ LENF NODU ÖRNEKLEMESİNİN HASTALIKSIZ SAĞKALIM İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ZAFER ARIK¹, DENİZ YÜCE¹, SERCAN AKSOY¹, M. ALİ NAHİT ŞENDÜR², ŞEBNEM YAMAN², UĞUR ŞAHİN¹, KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanserinde aksiller lenf nodu tutulumu önemli prognostik faktörlerdendir. Lenf nodu tutulumu evrelendirmede de kullanılan önemli bir parametredir. Kılavuzlarda yeterli bir diseksiyon için en az 10 aksiller lenf nodunun çıkarılması önerilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, aksiller lenf nodu

diseksiyonunun sağkalım üzerine anlamlı etkisinin olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada yetersiz lenf nodu diseksiyonu (<10 lenf nodu) yapılan meme kanseri hastaları ile ≥ 10 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların sağkalımları karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2004-2012 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde takip edilen meme kanseri hastalarının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı anında metastatik olmayan 1841 meme kanseri hastası yapılan aksiller lenf nodu diseksiyonunda çıkarılan lenf nodu sayısına göre <10 lenf nodu veya ≥10 lenf nodu olarak iki gruba ayrılmıştır.

Bulgular:

1841 hastanın 1480'inde ≥10 lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Yetersiz lenf nodu diseksiyonu ise 361 hastada uygulanmıştır. Yetersiz lenf nodu diseksiyonu uygulananlarda ortalama yaş 50.6 yıl iken diğer grupta 52.02 (p=0,046) saptandı. Yetersiz lenf nodu diseksiyonu uygulananlarda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla hormon reseptör reseptör pozitifliği ve HER-2 negatifliği saptanmıştır. Takip süresi boyunca ortanca sağkalıma henüz ulaşılammıştır. Hastalısız sağkalım (DFS) incelendiğinde ise yeterli lenf nodu diseksiyonu yapılanların daha yüksek evreli olmalarına (p<0,001) rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte DFS'de artış saptandı (Tablo 1). Lenf nodu tutulumu olmayan hastalarda yapılan analizde yeterli sayıda lenf nodu diseksiyonu uygulananlarda istatistiksel olarak ortanca DFS daha iyi saptandı. Yetersiz lenf nodu diseksiyonu yapılanlarda ortanca DFS 96.5 ay (%95 CI, 64.5-128.4 ay) iken ≥10 lenf nodu diseksiyonu yapılanlarda ise 168.1 ay (%95 CI, 85.2-250 ay) olarak saptandı (p<0.001) (Şekil 1).

Sonuç:

Meme kanserinde aksiller diseksiyonun gerekliliği, çıkarılması gereken lenf nodu sayısı ile ilgili fikir ayrılıkları devam etmektedir. Bazı çalışmalarda aksiller diseksiyonun sağkalımı artırmadığı belirtilirken bazı çalışmalarda ise lenf nodu tutulumu olmayan hastalıkta bile yeterli lenf nodu diseksiyonun sağkalımı arttırdığı belirtilmektedir. Bu artışta yeterli lokal kontrolün sağlanması ve 'stage migration' gibi parametrelerin olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda tüm hastalarımızın olduğu analizde ≥10 lenf nodu diseksiyonu yapılanlarda DFS'de iyileşme olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık elde edilememiştir. N0 hastalıkta ise ≥10 lenf nodu diseksiyonu uygulananlarda belirgin DFS artışı saptanmıştır (p<0.001).

EP-218

N3 MEME KANSERLİ HASTALARDA METASTATİK LENF NODU SAYISINA GÖRE HASTALIKSIZ SAĞKALIM FARKININ İNCELENMESİ

ZAFER ARIK¹, DENİZ YÜCE¹, SERCAN AKSOY², M. ALİ NAHİT ŞENDÜR², ŞEBNEM YAMAN², UĞUR ŞAHİN¹, KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanserinde aksiller lenf nodu tutulumu en önemli prognostik faktörlerdendir. Evrelendirmede 1-3 lenf nodu tutulumu N1, 4-9 lenf nodu tutulumu N2, ≥10 lenf nodu tutulumu N3 hastalık olarak belirlenmiştir. Tutulan lenf nodu sayısı arttıkça prognoz kötüleşmektedir. Bu çalışmamızda N3 hastalıkta metastatik lenf nodu sayısına göre hastalıklı sağkalım incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2004-2012 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde takip edilen 2218 meme kanseri hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Metastatik olmayan meme kanseri hastalarının 208'inde N3 hastalık saptandı. N3 hastalar metastatik lenf nodu sayısına göre 10-20, 21-30, >30 olacak şekilde 3 grupta incelendi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 208 hastanın 152'sinde 10-20 lenf nodu, 39'unda 20-30 lenf nodu, 17'sinde ise >30 lenf nodu metastazı saptandı. Üç grup arasında ER, PR, HER-2(+)liği, yaş farkı saptanmadı (Tablo 1). Genel sağkalım (OS) incelendiğinde metastatik lenf nodu sayısı arttıkça OS'nin azaldığı fakat bu azalmanın anlamlı olmadığı saptandı (Tablo2). Hastalıklı sağkalım (DFS) gruplar arasında karşılaştırıldığında ise, anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 3).

Sonuç:

Meme kanserinde aksiller lenf nodu tutulumu en önemli prognostik faktörlerden bir tanesidir. Metastatik lenf nodlarının sayısı arttıkça, evresi de artmakta, genel sağkalım ve hastalıklı sağkalım azalmaktadır. Çalışmamızda N3 hastalık kendi içinde gruplara ayrıldığında genel sağkalım ve hastalıklı sağkalımda fark saptanmamıştır.

EP-219**POSTMENOPOZAL MEME KANSERLİ HASTALARDA GERİATRİK VE GERİATRİK OLMAYAN HASTA GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

HASAN MUTLU ¹, ABDULLAH BÜYÜKÇELİK ¹, ZEKİ AKÇA ², TUNCAY ASLAN ³, HEDİYE UĞUR ³, ABDÜLSAMET ERDEN ³

¹ ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ

² MERSİN DEVLET HASTANESİ

³ KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Yeni tanı almış meme kanserli hastaların yarısından fazlası 65 yaş ve üstüdür. 65 yaş ve üstü hastalar Geriatrik Hasta Grubuna girmektedir ve prognozları daha genç hastalara göre daha iyidir. Çalışmamızda postmenopozal meme kanserli hastalarda geriatrik ve geriatrik olmayan hastalar prognostik faktörler ve yaşam süresi açısından değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden toplam 291 postmenopozal meme kanseri hasta çalışmaya alınmıştır. Geriatrik grupta 108 hasta, geriatrik olmayan grupta 183 hasta vardı. Gruplar yaş, evre, histoloji, reseptör durumu, grad,

lenfovasküler invazyon, hastalıklı süre ve tüm yaşam süresi açısından analiz edildi. Ki kare ve KaplaMeier sağkalım analizi yapıldı.

Bulgular:

Lenfovasküler invazyon oranı geriatrik olmayan hastalarda anlamlı olarak fazla iken (p=0,008), diğer faktörler açısından anlamlı fark yoktu. Hastalıklı süre ve tüm yaşam süresi benzerdi.

Sonuç:

Postmenopozal geriatrik meme kanserli hastalarda, postmenopozal geriatrik olmayan hastalara göre lenfovasküler invazyon oranı daha düşüktür.

EP-220**AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ VE TAMOKSİFEN KULLANAN MEME KANSERLİ HASTALARDA KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI**

MEHMET ARTAÇ ², UMUTTAN DOĞAN ¹, LOKMAN KORAL ², İLKER POLAT ², ÇAĞLAYAN GEREDİLİ ², TUNÇ GÜLER ², CEM BÖRÜBAN ², KURTULUŞ ÖZDEMİR ¹

¹ KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ ANABİLİMDALI

² KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Aromataz inhibitörleri (Aİ) ve tamoksifen dislipidemiye neden olarak ateroskleroz oluşumunu hızlandırabilirler. Karotis intima media kalınlığı (KİMK) aterosklerozun erken bir belirtisi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada amacımız uzun süreli aromataz inhibitörü ve tamoksifen kullanan hastalarda karotis intima media kalınlığı ölçümü ile bu ilaçların ateroskleroz üzerine olan etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Meme kanserli hastalardan bir yıldan daha uzun süreli adjuvan Aİ ve tamoksifen kullanan 40 hasta çalışmaya alındı. Önceden bilinen diyabet, dislipidemi, ve hipertansiyon gibi ateroskleroz ile ilgili risk faktörü olan hastalar çalışmaya alınmadı. KİMK ölçümü 'Mannheim İntima Media Kalınlığı Uzlaş Kriterleri'ne göre yapıldı.

Bulgular:

Aİ kullanan 20 hastanın ve tamoksifen kullanan 20 hastanın ortalama yaşları sırasıyla; 55 ve 46 (p=0.004) bulundu. Aİ (ortalama: 40.5 ay) ve tamoksifen (ortalama: 37.4 ay) kullanan hastaların tedavi süreleri arasında fark yoktu (p>0.05). Aİ ve tamoksifen kullanan hastaların kilo, VKİ, LDL, trigliserid değerleri arasında fark yoktu. Her iki grupta sağ ve sol KİMK ölçümleri arasında fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuç:

Bu çalışma meme kanserli hastalarda uzun süreli Aİ ve tamoksifen kullanımının risk faktörü olmayan hastalarda KİMK açısından fark oluşturmadığını göstermektedir. Aİ'ne bağlı kardiyak yan etkilerin nedenlerini araştırarak daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-221

NEOADJUVAN TAKSAN İÇEREN KEMOTERAPİ UYGULANAN LOKAL İLERİ EVRE MEME KANSERİ HASTALARINDA PATOLOJİK TAM YANIT ORANLARI

FURKAN SARICI , TANER BABACAN , KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ ÜNİTESİ

Amaç:

Lokal ileri evre meme kanserinde ilk tedavi seçeneği kemoterapidir. Neoadjuvan sistemik tedavi uygulanan meme kanseri hastalarında patolojik tam yanıt elde edilmesi durumunda rezidü tümörü olan hastalara oranla sağkalım avantajı elde edilmektedir. Bu çalışmada neoadjuvan taksan içeren sistemik kemoterapi alan meme kanseri hastalarında patolojik tam yanıt oranlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimize Nisan 2009-Ocak 2012 tarihleri arasında başvuran neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi uygulanan lokal ileri evre meme kanserli hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalarda patolojik tam yanıt tanımı cerrahi sonrası rezidü tümör ve metastatik lenf nodu olmaması şeklinde yapılmıştır. Demografik veriler, tümör boyutu, grad, evre, estrogen, progesterone, HER2 durumu, kemoterapi/endokrin tedavi hikayeleri ve tedavi yanıt durumları hastalardan ve hastane kayıtlarından öğrenilmiştir.

Bulgular:

Ortanca yaşı 52.4 (aralık 24-72) olan 117 hasta analiz edildi. 95 hasta taksan içeren tedaviler alırken, 22 hasta taksan içermeyen tedaviler alıyordu. Taksan içeren tedavi alan 24 hastada patolojik tam yanıt elde edilirken, taksan içermeyen tedavi alan 1 hastada patolojik tam yanıt elde edildi (%25.3 vs. %4.0, p<0.05).

Sonuç:

Neoadjuvan sistemik tedavi uygulanan lokal ileri evre meme kanserli hastaların %81.1'i taksan içeren kemoterapiler alıyordu. Neoadjuvan taksan içeren rejimler ile patolojik tam yanıt oranlarında anlamlı artış saptandı. Bu bulgularla neoadjuvan sistemik kemoterapi uygulanan hastalara taksan içeren tedavilerin patolojik tam yanıt oranlarında ve dolayısıyla sağkalımda artışa katkı sağladığı anlaşılmaktadır.

EP-222

NEOADJUVAN ANTRASİKLİN İÇEREN KEMOTERAPİ UYGULANAN LOKAL İLERİ EVRE MEME KANSERİ HASTALARINDA PATOLOJİK TAM YANIT ORANLARI

FURKAN SARICI , MUSTAFA SOLAK , TANER BABACAN , ZAFER ARIK , KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Lokal ileri evre meme kanserinde ilk tedavi seçeneği kemoterapidir. Neoadjuvan sistemik tedavi uygulanan

meme kanseri hastalarında patolojik tam yanıt elde edilmesi durumunda rezidü tümörü olan hastalara oranla sağkalım avantajı elde edilmektedir. Bu çalışmada neoadjuvan antrasiklin içeren sistemik kemoterapi alan meme kanseri hastalarında patolojik tam yanıt oranlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimize Nisan 2009-Ocak 2012 tarihleri arasında başvuran neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi uygulanan lokal ileri evre meme kanserli hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalarda patolojik tam yanıt tanımı cerrahi sonrası rezidü tümör ve metastatik lenf nodu olmaması şeklinde yapılmıştır. Demografik veriler, tümör boyutu, grad, evre, estrogen, progesterone, HER2 durumu, kemoterapi/endokrin tedavi hikayeleri ve tedavi yanıt durumları hastalardan ve hastane kayıtlarından öğrenilmiştir.

Bulgular:

Ortanca yaşı 52.4 (aralık 24-72) olan 117 hasta analiz edildi. 89 hasta antrasiklin içeren tedaviler alırken, 28 hasta antrasiklin içermeyen tedaviler alıyordu. Antrasiklin içeren tedavi alan 24 hastada patolojik tam yanıt elde edilirken, antrasiklin içermeyen tedavi alan 1 hastada patolojik tam yanıt elde edildi (%27.0 vs. %3.6, p<0.005).

Sonuç:

Neoadjuvan sistemik tedavi uygulanan lokal ileri evre meme kanserli hastaların %76.0' ı antrasiklin içeren kemoterapiler alıyordu. Neoadjuvan antrasiklin içeren rejimler ile patolojik tam yanıt oranlarında anlamlı artış saptandı. Bu bulgularla neoadjuvan sistemik kemoterapi uygulanan hastalara antrasiklin içeren tedavilerin patolojik tam yanıt oranlarında ve dolayısıyla sağkalımda artışa katkı sağladığı anlaşılmaktadır.

EP-223

MEME KANSERİNDE HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE MOLEKÜLER SINIFLAMA İLE İLİŞKİSİ

NUR ŞENER , NURGÜL YAŞAR , DİNÇER AYDIN , RAMAZAN YILDIZ , TANER KORKMAZ , ÖZLEM ERCELEP , SİNEMİS YÜKSEL , ASLIHAN GÜVEN MERT , UMUT KEFELİ , EMRE YILDIRIM , MEHMET ALIUSTAOĞLU , ALPASLAN MAYADAĞLI , MAHMUT GÜMÜŞ

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EAH

Amaç:

Meme kanseri farklı morfolojik ve moleküler özellikler gösteren heterojen bir hastalıktır. Bu çalışmamızda meme kanserinin histopatolojik özellikleri ile moleküler sınıflama arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde takipte olan 1503 meme kanseri hastasının verileri histopatolojik ve moleküler özellikler açısından değerlendirildi. Histopatolojik özellikler ile moleküler özellikler arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular:

Hastaların % 65'i endokrin duyarlı, % 22'si her2 pozitif % 13'ü ise üçlü negatif hastalardan oluşmakta idi. İnvaziv lobüler kanser tanılı hastalar, düşük gradlı hastalar ve lenfatik invazyon

saptanmayanlar daha çok endokrin duyarlı grupta idi ($p=0.001$, 0.000 , 0.027 sırasıyla). Diğer histopatolojik özellikler ile endokrin duyarlılık arasında istatistiksel ilişki saptanmadı. Her2 pozitifliği ile yüksek grad, lenfatik ve vasküler invazyon varlığı ve nodal tutulum arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0.000$, 0.003 , 0.021 , 0.002 sırasıyla). Diğer histopatolojik özellikler ile her2 durumu arasında ilişki saptanmadı. Üçlü negatiflik ile patolojik tanı, yüksek grad ve perinöral invazyon yokluğu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p=0.050$, 0.000 , 0.001 sırasıyla). Üçlü negatiflik ile vasküler invazyon varlığı, lenfatik invazyon varlığı, t evresi ve nodal durum arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı.

Sonuç:

Klinikopatolojik özelliklerin yanısıra moleküler alt tiplerin bilinmesi, meme kanserini daha iyi anlamamıza yol açmakta ve meme kanserine bakışımızı ve tedavi seçeneklerini belirlememize katkıda bulunmaktadır.

EP-224

MEME KANSERLİ HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE, BENLİK VE CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AYŞEGÜL KARGI¹, ARZU DİDEM YALÇIN², AHMET BÜLENT KARGI³, MELİKE CEYLAN BALCI¹, HASAN HÜSEYİN POLAT²

¹ MEDICAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, DENİZLİ DEVLET HASTANESİ, DENİZLİ

² ALERJİ VE KLİNİK İMMUNOLOJİ KLİNİĞİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANTALYA

³ GÖĞÜS CERRAHİSİ KLİNİĞİ, MEDICALPARK HASTANESİ, ANTALYA

⁴ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ, DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

⁵ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI, CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ, SİVAS

Amaç:

Meme kanseri tedavisi alan hastalarda eşlik eden psikolojik ve cinsel fonksiyon bozukluklarının prevalansını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma, Denizli Devlet Hastanesi Onkoloji Kliniğinde meme kanseri teşhisi alan, çeşitli evredeki evli 50 kadın üzerinde yapıldı. Tüm olguların demografik bilgileri kaydedildikten sonra aydınlatılmış onamları alındı. Beck depresyon ve Anksiyete ölçümü, Rosenberg benlik saygı ölçeği, Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği testleri uygulandı. Sonuçlar istatistik testlerle değerlendirildi.

Bulgular:

Yaş ortalamaları $44,30 \pm 7,26$ yılı. Olguların %58'i 40-49 yaş grubunda; %64'ü ev hanımı olup %64'ü ilköğretim ve altı eğitimli idi. Yine araştırma grubundakilerin %28'i psikiyatrik tedavi görmektedir. Hastaların % 40'ı tedavi gerektirecek düzeyde depresyon, %26 hastada ise ileri derecede anksiyete tespit edildi. Yalnızca % 2 hastada Rosenberg testi ile benlik saygısının azaldığı gösterildi. Cinsel işlevi gösteren Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğine göre hastaların % 10'unda ileri derecede cinsel doyum bozukluğu görüldü. SCL 90-R testine göre de hastaların % 32'sinde hastayı huzursuz ve tedirgin eden

psikolojik bozukluk tespit edildi. Hastaların yaş, eğitim düzeyi, menapoz durumu ile karşılaştırmalı testler uygulandı.

Sonuç:

Kadının cinsel kimliğinin önemli bir parçası olan memenin kaybı, psikososyal morbiditeye neden olmaktadır. Kanser kendisi kadar tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri –sözgelimi saç dökülmesi gibi- hastaların beden ve ruh sağlıklarını olduğu kadar cinsel fonksiyonlarını da ciddi ölçüde etkilemektedir. İnsanların pek çoğu kanser tedavisinin ardından cinsel yaşamlarının sona erdiğini düşünmektedir. Hekimler de kanser tedavisinde yalnızca hastalığa odaklanmaktadır. Uygulanan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavilerin yan etkileri, hastalık seyrinde görülen depresyon ve anksiyete, cinsel hayatı psikolojik yönden olumsuz etkiler, yaşam kalitesini düşürür. Kanser tedavisinde amaç, sağkalımı artırmak kadar yaşam kalitesini de düzeltmektir.

EP-225

TANI ANINDA METASTATİK MEME KANSERLİ HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK¹, BURÇIN BUDAKOĞLU², İBRAHİM TÜRKER³, KAAN HELVACI², ÖZLEM SÖNMEZ², ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN², BERNA ÖKSÜZOĞLU²

¹ ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, BOLU

² ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

³ TRABZON NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, TRABZON

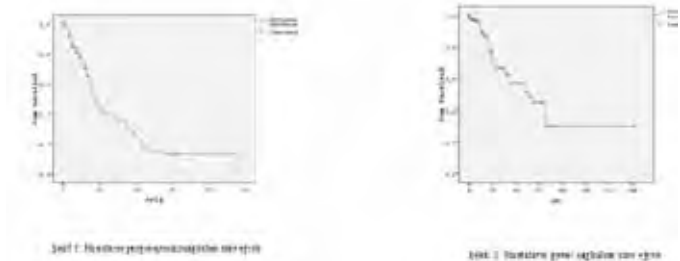
Amaç:

Meme kanseri klinik ortaya çıkış, radyografik karakteristik, patolojik özellikler ve biyolojik davranışlar bakımından farklı grupları içeren heterojen bir hastalıktır. Metastatik meme kanserinde de, klinik seyir ve prognoz, tümörün özelliklerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Primer tümörünün intrinsek genetik heterojenitesi bu farklılıklardan sorumludur. Bu yüzden tümörün genel karakteristik özellikleri prognoz ve sağkalım üzerinde önemlidir.

Gereç ve Yöntem:

01.09.2007-31.05.2011 tarihleri arasındaki hasta verileri retrospektif olarak analiz edilerek tanı anında metastatik meme kanserli hastaların demografik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular:



Toplam 2478 meme kanseri vakasından tanı anında metastatik

olan 102'si(%4.1) çalışmaya alındı. Ortanca yaş 50 (26-90) yılı. Hastaların %58.8'i postmenapozaldı. En sık histolojik alt grup %89.2 ile invaziv duktal karsinomdu. % 57,8 ile hastaların çoğunun histolojik grade'i 3 idi. %76.5 (78 hasta) hormon reseptörü pozitif iken %42.2 (43 hasta) HER2 pozitifiti.

Metastaz bölgelerine göre hastalar değerlendirildiğinde; %20 visseral, %42 izole kemik ve yumuşak doku, %37 hastada ise kombine metastaz mevcuttu. Reseptör negatif ve HER2 pozitif hasta grubu en fazla visseral metastazlı hasta grubunu oluştuyordu.

Ortanca progresyonsuz sağkalım (PSK) 30 aydı (Şekil 1). PSK üzerine hormon reseptör, HER2 durumunun ve metastaz bölgesinin anlamlı etkisi mevcuttu. Ortanca genel sağkalım(GSK) 66 ay olarak hesaplandı(Şekil 2). GSK üzerine hormon reseptör negatifliği, HER2 reseptör pozitifliği ve visseral organ metastazı olmasının olumsuz etkisi olduğu izlendi. Uygulanan tedavilerin GSK süresi üzerine etkili olduğu ($p=0.01$), 76 ayla kemoterapi alanların en uzun, 23 ayla kemoterapi-hedefe yönelik tedavi alanların en kısa GSK süresine sahip olduğu bulundu. PSK ve GSK üzerine yaşın, menapoz durumunun, ECOG, tümör histolojisi ve gradının etkisi olmadığı görüldü (Tablo 1).

Sonuç:

Çalışmamızdaki tanı anında metastatik meme kanserli hastalarda tümörün reseptör özelliklerinin, metastaz yerinin, uygulanan tedavilerin hem progresyonsuz hem de genel sağkalım üzerine etkili olduğu bulundu.

Değişken	PSK(p değeri)	GSK(p değeri)
Yaş	0.2	0.2
Menapoz Durumu	0.09	0.9
ECOG Performans Durumu	0.07	0.4
Tümör Histolojisi	0.6	0.6
Tümör Grad	0.2	0.7
Hormon Reseptör Durumu	0.006*	0.04*
HER2 Reseptör Durumu	0.04*	0.04*
Kombine Reseptör Durumu	0.01*	0.21
Visseral Organ Metastazı	0.02*	0.01*
Kemik-Yumuşak Doku Metastazı	0.004*	0.03*
Uygulanan Tedavi	0.03*	0.01*

Tablo 1: Progresyonsuz ve Genel Sağkalım Üzerine Etki Eden Faktörler (*İstatistik olarak anlamlı)

EP-226

BEYİN METASTAZI GELİŞİMİ SONRASINDA ANTİ-HER2 TEDAVİ SEÇİMİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, İBRAHİM TÜRKER², KAAN HELVACI¹, ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK³, BURÇİN BUDAKOĞLU¹, ONUR EŞBAH¹, AHMET ŞİYAR EKİNCİ¹, ÖZNUR BAL¹, ÖZLEM UYSAL SÖNMEZ¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

¹ DR.ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

² TRABZON NUMUNE HASTANESİ

³ ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

HER2(+) meme kanserinde beyin metastazı (BM) yüksek oranda gözlenir. Bu çalışmada anti-HER2 tedavi ajanlarının BM sonrası sağkalıma etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 2005-2011 yılları arasında izlenmiş 82 HER2(+) BM'li meme kanserli kadın hastanın kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi. BM sonrası lapatinib ile kapazitabin (LK) ve/veya trastuzumab ile kemoterapi (TK) almış olan 31 hastada BM ile sağ kalıma etki eden faktörler değerlendirildi.

Bulgular:

Ortanca yaş 44 (27-65) idi. BM sonrası ortanca izlem 15 (1-51) aydı. İzlem süresinde 19 hasta ölmüştü. BM sonrası 13 hasta ilk sıra olarak TK (ortanca 6 kür; 2-14), 18 hasta LK (ortanca 9 kür;1-26) tedavisi almıştı. BM sonrası anti-HER2 tedavi almamış hastalar ile kıyaslandığında anti-HER2 tedavi almış olmak sağ kalımı anlamlı olarak iyileştirmişti: ortanca 6 (2.5-9.4) aya karşın 16 (12.2-19.8) ay ($p<0.0001$). İlk sıra LK ile progresyonsuz sağkalım TK kolundan daha uzun saptandı (ortanca 7 aya [aralık: 4-10] karşın 3 ay [1.3-4.7], $p=0.005$). Ancak iki kemoterapi grubu arasında BM sonrası toplam sağkalım açısından anlamlı fark yoktu (ortanca 21 aya karşın 16 ay, $p=0.709$). Yedi hasta BM sonrası 2 ayrı anti-HER2 tedavi almıştı ve bu grup bir sıra tedavi alan hastalarla kıyaslandığında sağ kalım sonuçları daha iyiydi ($p=0.055$).

Sonuç:

anti-HER2 tedavi ajanları BM sonrası sağkalım sonuçlarını iyileştirmiştir. Trastuzumab ve lapatinib içeren tedavilerin ardışık kullanımı ile bu süre daha da uzatılabilir.

EP-227

KOLON KANSERİNDE SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT

SEVİL GÖKTAŞ¹, MUSTAFA YILDIRIM¹, MUSTAFA YILDIZ¹, ARSENAL SEZGİN ALİKANOĞLU², DİNÇ SÜREN²

¹ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Nötrofil Lenfosit Oranı (NLO) sistemik inflamatuvar yanıtın göstergelerinden birisidir. NLO'nun bir çok kanserde pronostik faktör olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda NLO'nun kolorektal kanserli hastalarda diğer prognostik faktörlerle ilişkisi incelenecektir.

Gereç ve Yöntem:

2008-2010 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde histopatolojik olarak doğrulanmış kolon kanserli hastalar çalışmaya alınmıştır.NLO absolute nötrofil sayısının absolut lenfosit sayısına bölünmesi ile elde edildi. NLO ≥ 5 durumunda sistemik inflamatuvar yanıt olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya 26'sı (%36,6) kadın, 45'i erkek toplam 71 hasta

alındı. Sistemik inflamatuvar yanıt 45 hastada (%63,4) negatif olarak değerlendirilirken 26 hastada (%36,6) pozitif olarak değerlendirildi. Hastalarda lenfovasküler invazyon 49 hastada (%69), perinöral invazyon 26 hastada (%36,6), lenfositik yanıt 19 hastada (%26,4) saptandı. Sistemik inflamatuvar yanıt ile lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon arasında ilişki saptanmadı.(p:0,179, p:0,243) lenfositik yanıt ile sistemik inflamatuvar yanıt arasında sınırda anlamlı ilişki saptandı. (p:0,052)

Sonuç:

Sistemik inflamatuvar yanıt ile kolon kanserinde prognostik faktörler arasında anlamlı ilişki göstermemize karşın sistemik inflamatuvar yanıtın bu konudaki rolünü belirlemek için diğer sistemik inflamatuvar yanıt göstergeleri ile çalışmaların yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

EP-228

İLERİ YAŞ MEME KANSERİNDE TÜMÖR BİYOLOJİSİ VE KLİNİK

ŞEYDA GÜNDÜZ, HASAN ŞENOL COŞKUN, MÜKREMİN UYSAL, SEMA SEZGİN GÖKSU, MURAT TATLI, DENİZ ARSLAN, HAKAN BOZCUK, MUSTAFA ÖZDOĞAN, BURHAN SAVAŞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanseri yaşla birlikte artan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. İleri yaş grubunda meme kanserinin tümör biyolojisini saptamak bu yaş grubundaki kliniği belirlemede önemlidir. Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde takip edilen 70 yaş üstü tanı alan hastaların tümör özellikleri ve tedavi yaklaşımları incelendi.

Gereç ve Yöntem:

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde 70 yaş üstü meme kanseri tanısı konulan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:

Taranan 150 hasta dosyasının yetmiş yaş üstü meme kanseri olan toplam 33 hastanın verileri değerlendirildi. Ortalama yaş 74,7 (70-84) bulundu. Hastaların %69.7'sine evre I ve II'de, %21.2'si evre III'de, %9.1'ine evre IV'de tanı konulduğu görüldü. Otuzüç hastamızın 25'inde(%75. 8) hormon reseptörleri pozitifken, hormon reseptörü ve cerbB2 negatif olan (üçlü negatif) grup 6 kişi (%27.3) olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1: 70 yaş üste meme kanserli hastaların hormon reseptör ve cerbB2w ekspresyonu		
Negatif(%)	cerbB2	
	Pozitif(%)	Total

Hormon	Negatif(%)	27.3	18.2	24.2
reseptörü	Pozitif (%)	64	36	75.8
Total		66.7	33.3	

Sonuç:

Dünyada tanı konulan meme kanserli vakaların üçte bir oranını ileri yaş kadın hastalar oluştururken, bu oran gelişmiş ülkelerde %40'ı bulabilmektedir. Genellikle meme kanseri yaşlı kadın hastalarda daha yavaş seyirlidir. Hormon reseptör (ER ve/veya PR) pozitifliği genç hastalara göre daha sıkken, Her 2 reseptör aşırı ekspresyonu daha nadirdir. Yaşlı meme kanserli hastalarda üçlü negatif grup %12.4 oranında görülürken bizim hastalarımızda %27.3 oranında görüldü.

Yaşlı hastalarda meme kanseri tanısı daha ileri evrede belirlenirken, bizim hasta popülasyonumuzda büyük çoğunluğu erken evrede tanı alan hastalardır.

Yaşlı hastalarda tedavi stratejileri net olarak belirlenmemiştir. Tedavi yaklaşımları bu yaş grubunda öncelikli olarak hastanın performans durumuna ek hastalıklarına ve tümör biyolojisine göre karar vermek gerekmektedir.

EP-229

BEYİN METASTAZI OLAN MEME KANSERLİ VAKALARDA SİSPLATİN-GEMSİTABİN KOMBİNASYONUNUN ETKİNLİĞİ

LÜTFİYE DEMİR ¹, İŞİL SOMALI ², AHMET ALACACIOĞLU ¹, ÇİĞDEM ERTEN ¹, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK ¹, ALPER CAN ¹, AHMET DİRİCAN ¹, VEDAT BAYOĞLU ¹, MURAT AKYOL ¹, MUSTAFA OKTAY TARHAN ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

Amaç:

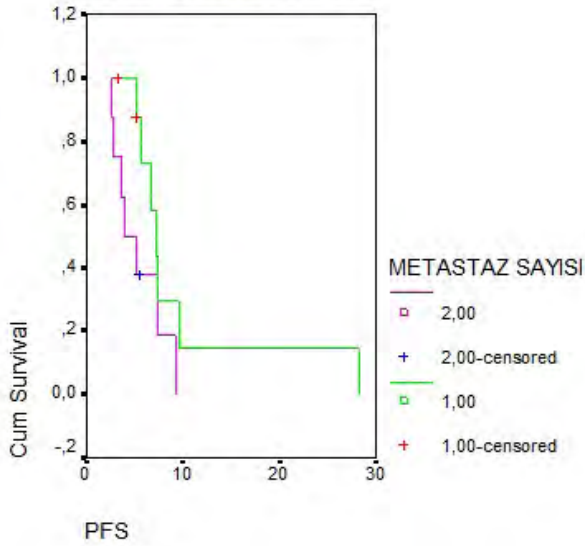
Beyin metastazı olan meme kanseri hastalarında Cisplatin-Gemsitabin kombinasyonunun etkinlik ve tolerabilitesinin değerlendirilmesi

Gereç ve Yöntem:

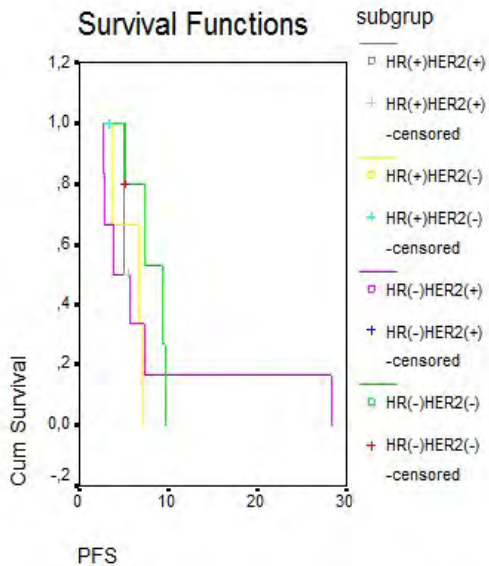
2003-2011 yıllarında beyin metastazlı meme kanseri tanısıyla Cisplatin 30 mg/m² d1-8 ve Gemsitabin 1000 mg/m² d1-8 (21 günde bir) rejimi uygulanmış olan 18 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Survival Functions



Survival Functions



Medyan tanı alma yaşı 46 (33-64yaş) , beyin metastazı saptanma yaşı 49(37-66) saptandı. Tüm hastaların ECOG performans skoru <2 idi. 7 hastada soliter, 11 hastada multipl parankimal metastaz vardı. Metastazektomi yapılabilen hasta sayısı 7 (% 38.9) idi. Hastaların % 83.3'ü (n=15) beyin metastazından sonra 1. basamakta bu rejimi aldılar. Medyan 6 kür (2-20kür) kemoterapi aldılar. Doz redüksiyonu %56'sında yapıldı. En önemli neden uzamış nötropeni ve lökopeniydi. Grade III/IV nötropeni oranı %33.3, trombositopeni sadece grade II düzeyinde ve % 16.7, ciddi emezis (grade III) bir hastada görüldü (%5.6), nöropati en fazla grade I/II düzeyinde (%33.3) ve 3 kürden fazla kemoterapi alanlarda görüldü. İki hastada (%11.1) grade I nefropati gelişmesi nedeniyle Cisplatin kesilmek zorunda kalındı. İki hastada ise 4. Kürden sonra gelişen ototoksikite nedeniyle verilemedi. Hasta başına medyan Cisplatin dozu 355 mg (alması gereken dozun %63.8), medyan Gemsitabin dozu 16600 mg (alması gereken dozun % 82.1) saptandı. Hastaların beyin metastazından sonra medyan genel sağkalım süresi 18.8 ay (8.8-28.7) saptandı. Medyan PFS 6.6 ay (4.2-9 ay, %95 CI) saptandı. Subtiplere göre etkinlik analizi yapıldığında HR(-)HER2(-) (triple negatif) grupta medyan PFS 9.2 ay, HR(-)HER2(+)grupta 3.8 ay, HR(+)HER2(-) grupta 6.6 ay,

HR(+)HER2(+) grupta ise 5.2 ay saptandı. Multipl parankimal metastazı olanlarda medyan PFS 3.2 ay saptanırken ≤ 2 parankimal metastazı olanlarda medyan PFS 7.2 ay saptandı.

Sonuç:

Cisplatin-Gemsitabin kombinasyonu, beyin metastazı olan meme kanseri hastalarında GCSF desteği altında tolerabl bir kombinasyondur. Triple(-) gruptaki daha uzun PFS süreleri nedeniyle bu grupta tercih edilmeli ve prospektif çalışmalarda etkinliği ve tolerabilitesi karşılaştırılmalıdır.

EP-230

MEME KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ TEDAVİ YAPILMIŞ HASTALARDA TEDAVİNİN YAŞAM KALİTESİ, PSİKOLOJİK, SOSYAL VE CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

MUSTAFA AKÇA¹, ALİ ARICAN², MEHMET ALİ SUNGUR³, ALPER ATA⁴

¹ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ABD.

² MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD.

³ MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOSTATİSTİK ABD.

⁴ MERSİN DEVLET HASTANESİ

Amaç:

Bu çalışmada meme kanseri nedeni ile cerrahi tedavi yapılmış kadın hastalarda, cerrahi tedavi sonrası psikososyal, cinsel yaşam ve genel yaşam kalitesinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 28-55 (47.4±6.4) yaş arası 250 kadın hasta dahil edildi. Hastaların anket sorularına verdiği yanıtlar esas alınarak yaşam kalitesi ile cerrahi tedavi tipleri, hastalığın evresi ve yaş grupları arasındaki ilişkiler araştırıldı.

Bulgular:

Cerrahi tedavi tipine göre; her iki ankette de meme koruyucu cerrahi yapılanların, modifiye radikal mastektomi ve basit mastektomi yapılanlara göre daha olumlu etkilendiği görüldü. Ayrıca MKC yapılan hastaların aynı parametreler dikkate alındığında mastektomi yapılan hastalara göre daha olumlu etkilendikleri gözlemlendi. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da cinsel fonksiyon ve cinsel doyum dikkate alındığında MKC yapılan hastalarda diğer cerrahi tedavi yöntemlerine göre sonuçların daha iyi olduğu, yaşa göre değerlendirme yapıldığında ise genç yaş grubundaki hastaların cinsel yaşam ve cinsel haz açısından diğer yaş gruplarına göre daha olumsuz etkilendikleri gözlemlendi.

Sonuç:

Bulgularımız mastektomi yapılan hastaların yaşam kalitelerinin MKC yapılanlara göre daha olumsuz etkilendiklerini, tedavi yöntemlerine hekim, hasta ve aile bireylerinin birlikte karar vermesinin uygun olacağını göstermektedir. Hastanın tedavisi planlanırken tedavi şeklinin yaşam kalitesi üzerine olan etkileri de düşünülmelidir.

EP-231**OVER METASTAZLARI İLE SEYREDEN İKİ MEME KANSERİ OLGUSU**

ESAT NAMAL¹, NURİ BARIŞ HASBAL², MUSTAFA BOZKURT¹,
AKIN ÖZTÜRK¹, KEZBAN NUR PİLANCI¹, GÖKHAN DEMİR¹

¹ İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD TIBBİ
ONKOLOJİ BD

² İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD

Amaç:

Meme kanserinde en sık uzak organ metastaz bölgelerini karaciğer, akciğer, kemik ve beyin oluşturur. Ancak meme kanserinde atipik metastazlar nadir değildir. Biz burada oldukça nadir görülen, over metastazları ile seyreden iki meme kanseri olgusunu sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Vaka 1: 31 yaşında sol memede eline kitle gelmesi üzerine başvurduğu dış merkezde yapılan USG’de sol meme alt dış kadranda solid lezyon saptanmış. Hastaya dış merkezde MKC ve SNLB yapılmış. Patolojide invaziv duktal karsinom saptanırken SNLB’de metastaz lehine bulgu saptanmamış. Tarafımıza yönlendirilen hastaya Siklofosfamid ve Adriablastina tedavisi başlandı. Premenapoz, ER ve PR pozitif olan hastaya kemoterapi tamamlandıktan sonra Tamoksifen ve Goserelin tedavisi başlandı. Kontrol PET-BT de nüks şüphesi bulunan hastaya çekilen MRG’de nüksün doğrulanması üzerine re-eksizyon yapıldı. İkinci adjuvan kemoterapi amacıyla Dosetaksel ve Siklofosfamid verilmesi planlandı. Kemoterapi sonrası radyoterapi verildi Tamoksifen ile Löprolid tedavisi başlandı. Kontrol BT’lerde karaciğerde ve vertebralarda yaygın metastatik odaklar saptandı. Gemsitabin, Cisplatin ve Zolendronat 4 mg (D1) başlandı. Tedavi sonrası marker regresyonu görüldü. PET/BT’de karaciğer ve kemik lezyonlarında tam yanıt sağlandığı gözlemlendi. Letrazol ve Löprolid ile tedaviye devam edildi. Kontrol BT’sinde sol adneksiyal lojda 7.6x6.3 cm kitlesel lezyon saptanması üzerine TAH-BSO, appendektomi, omentektomi, lenfadenektomi yapıldı. Patolojide sol overde nöroendokrin diferansiyasyon gösteren adenokarsinom saptanırken bulguların meme karsinomu metastazı ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Hastaya Paklitaksel ve Karboplatin başlandı.

Bulgular:

Vaka 2: 250 yaşında kadın hastaya mamografisinde sol meme üst iç kadranda yer alan mikrokalsifikasyonlar nedeniyle yapılan biyopsi sonucunda invaziv duktal karsinom saptanmış. Sol MRM ve SNLB yapılmış. Patolojide invaziv duktal karsinom saptanan hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya Siklofosfamid, Dosetaksel ve Doksorubisin başlandı. KT sonrası RT de alan hastaya Löprolid ve Tamoksifen tedavisi başlandı. Kontrol BT’lerde herhangi bir progresyon ya da metastatik lezyon saptanmadı. Löprolid ve Tamoksifen tedavisine devam edilen hasta bir yıl süreyle takiplerine gelmedi. Bu dönemde dış merkezde over tümörü tanısıyla TAH-BSO, appendektomi ve omentektomi olan hastanın patoloji materyalinin revizyonunda meme karsinomu metastazı ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Hastaya Paklitaksel ve Karboplatin başlandı.

Sonuç:

Meme kanserinin tipik metastaz yerleri dışına metastazı nadir

değildir. Otopsileri, profilaktik ve terapötik ooferektomileri ayrıca rutin cerrahi sırasında insidental olarak karşılaşılan vakaları da içeren farklı serilerde meme kanserinin overlere metastaz prevalansı %3-30 arasında değişmektedir. Bu bilgiler ışığında çeşitli gastrointestinal ve jinekolojik semptomlar barındıran meme kanseri hastalarında atipik metastazların da akılda bulundurulması gerekmektedir.

EP-232**GEBELİK SIRASINDA GELİŞEN KARACİĞER METASTAZLI MEME KANSERİ TANILI HASTADA KEMOTERAPİ İLE KLİNİK TAM YANIT**

A. SELMİN ATAERGİN, ORHAN EREN, BÜLENT KURT

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

Amaç:

Gebelik esnasında meme kanseri gelişimi nadirdir, ancak insidansı çocuk doğurma yaşının ileri yaşlara kaymasıyla birlikte artmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

35 yaşında bayan hasta 2 yıl önce hamileliği esnasında her iki memesinde kitleler saptamış ancak doğum sonrasına kadar tetkik yaptırmamış.

Bulgular:

Doğumundan sonra, 1 yıl önce başka bir merkeze müracaatında sağ meme cildini infitre eden 26 X 16 mm, sol memede 65 X 33 X 63 mm boyutunda kitle, ayrıca her iki aksillada en büyüğü 23 X 10 mm boyutlarında multipl lenf nodları saptanmıştır. Yapılan true-cut biyopsi ile infiltratif duktal karsinom, grad 3, ER/PR negatif, c-ErbB2 (+++) olarak değerlendirilmiştir. CA-15-3 değeri 2231 U/ml olan hastada, karaciğerde 4 odakta metastatik kitleler tespit edilmiştir. Merkezimizde patolojik tanısı teyit edilen hastaya dosetaksel, adriamisin ve siklofosfamidden oluşan kemoterapi rejimi 4 kür olarak verildikten sonra yapılan kontrol incelemesinde sağ memede 35 X 10 mm boyutunda kitle haricinde diğer tüm lezyonların gerilediği saptandı. Yapılan görüşmeler sonrasında tedavinin 8 küre tamamlanması ve yeniden kontrol inceleme yapılma kararı alındı. Bu aşamada sağ memedeki kitlenin tamamen gerilediği izlendi. Bu durumda ilave cerrahi operasyon planlanmayarak, trastuzumab + capecitabine idame tedavisine geçildi. 6 ay tedavi döneminden sonra dış merkezde yapılan ekokardiyografisinde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon (LVEF) değerinin %53 saptanması üzerine tedavisine devam etmemesi önerilmiş. Merkezimize yeniden müracaatında ekokardiyografi ile LVEF % 63 olarak saptandı ve hastaya idame tedavisine 3 ayda bir yapılacak ekokardiyografi, kan ve görüntüleme tetkikleri eşliğinde devam etmesi önerildi. Başlangıçta karaciğere metastazlı ve kötü risk faktörleri taşıyan bir meme kanseri olması nedeniyle cerrahi işlem ile sistemik tedavisinin kesintiye uğramaması açısından kemoterapi tedavisine ara verilmeden devamı, sonrasında gelişebilecek nüks durumunda ise cerrahinin devreye girebileceği bildirildi.

Sonuç:

Radyoterapinin gebelik esnasında kullanımı sıkıntılı olabilmekle birlikte, kemoterapi 2. trimestrden sonra başlanabilir. Gebelik esnasında meme kanseri saptanan hastaların tedavileri

multidisipliner yaklaşımla planlanarak, mümkün olduğunca geciktirilmemeli, tedavi başladıktan sonra özellikle metastatik olgularda gerekli olmadıkça tedavilerine ara verilmemelidir.

EP-233

BEYİN METASTAZLI MEME KANSERİ HASTALARININ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ, SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ÇİĞDEM ERTEN ¹, LÜTFİYE DEMİR ¹, İŞİL SOMALI ², AHMET ALACACIOĞLU ¹, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK ¹, ALPER CAN ¹, AHMET DİRİCAN ¹, VEDAT BAYOĞLU ¹, MURAT AKYOL ¹, MUSTAFA OKTAY TARHAN ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

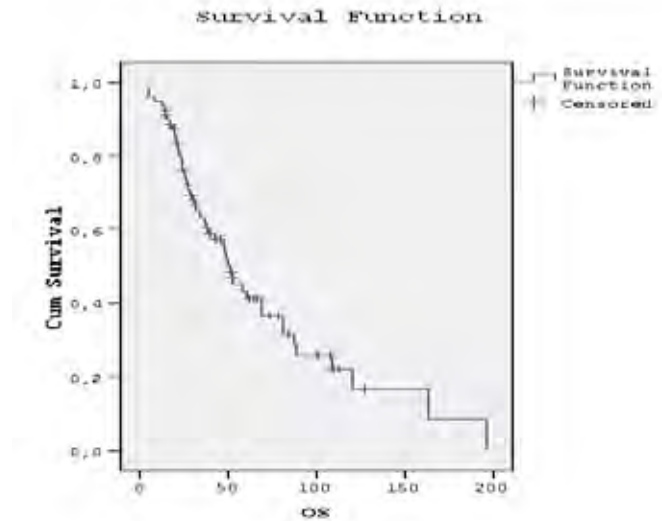
Amaç:

Beyin metastazlı meme kanseri hastalarında genel klinikopatolojik özelliklerin ve sağkalım üzerine etkilerinin araştırılması planlandı.

Gereç ve Yöntem:

2003-2010 yıllarında tanı alan 79 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, menopoz durumu, evre, histolojik tip-derece, hormon reseptörü-HER2 durumu, p53 mutasyonu ve Ki67 proliferasyon indexi oranları incelenerek sağkalım süresi ve beyin metastazına kadar geçen süre üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular:



Medyan meme kanseri tanısı alma yaşı 46 ± 8.4 yaş, tanı sırasında % 65.8'i premenopozal ve medyan takip süresi 37.7 aydı. Tanıda 16 hasta evre II, 37 hasta evre III, 26 hasta ise evre IV'dü. Hastaların %30.4'de (n=24) beyin, ilk uzak metastaz yeri idi. Hastaların %81 'inde sadece parankimal, %10.1'nde dural/leptomeningeal, %8.9'nda dural/leptomeningeal ve parankimal tutulum saptandı. Beyin metastazı sırasında 17 hastada ECOG 3-4, 40 hastada 0-1 arasındaydı. Medyan OS 51.1 ay (45.3-56.9 ay, %95 CI) saptandı (Resim 1). Tanıda erken evre ve düşük Ki67 proliferasyon indexi olanlarda OS anlamlı olarak daha uzun, beyin metastazı dışında cilt metastazı da olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak kısa bulundu (25.2 ay /58.1 ay, $p=0.04$). HR(-)HER2(-) grupta medyan OS 48.2 ay, HR(-)HER2(+) grupta 51.1 ay, HR(+)HER2(-) grupta 88.2 ay, HR(+)HER2(+) grupta 52 ay ($p=0.33$) saptandı. Beyin metastazına kadar geçen süre medyan 27.7 ay (16.3-39 ay, %95 CI) saptandı. Bu süre en uzun HR(+)HER2(-) alt grupta (34.5ay), en kısa HR(+)HER2(+) subgrupta görüldü (23.2 ay) (Resim 2). Cox regresyon analizinde, tanı sırasındaki yüksek Ki67 proliferasyon indexi ve beyin metastazı sırasındaki ECOG düşüklüğünün (HR:1.6, %95 CI; $p=0.03$) sağkalımı anlamlı olarak azalttığı, HR(+)HER2(-) (ya da luminal A) subtip olmanın ve metastazektomi yapılabilmesinin sağkalımı uzattığı, bağımsız parametreler olarak saptandı.

Sonuç:

Hastalık subtipi, metastaz sırasındaki ECOG performans düzeyi, ve metastazektomi olup olmadığı sağkalımı önemli ölçüde etkilemektedir.

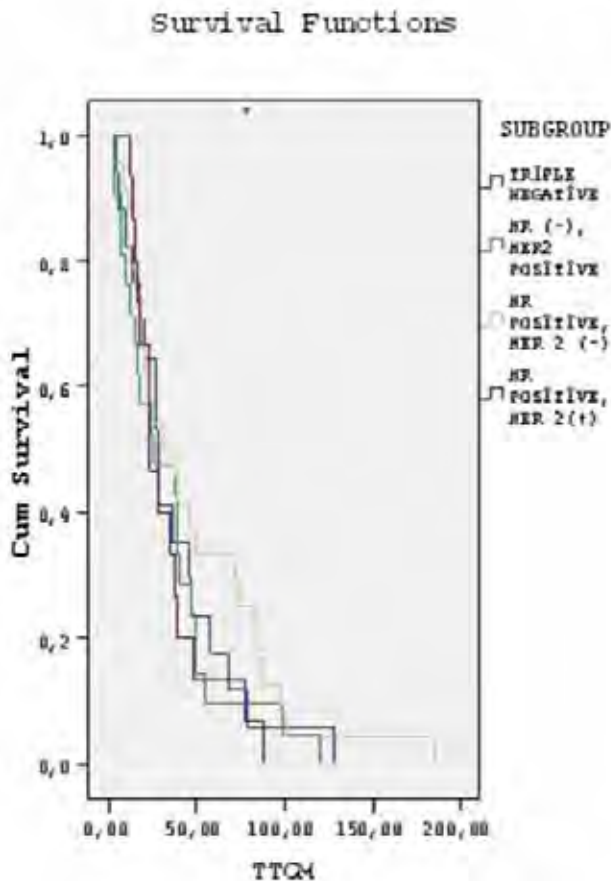
EP-234

KEMİK İLİĞİ METASTAZLI MEME KANSERİ HASTALARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

MUSTAFA OKTAY TARHAN ¹, LÜTFİYE DEMİR ¹, MURAT AKYOL ¹, ÇİĞDEM ERTEN ¹, İŞİL SOMALI ², YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK ¹, ALPER CAN ¹, AHMET DİRİCAN ¹, VEDAT BAYOĞLU ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ



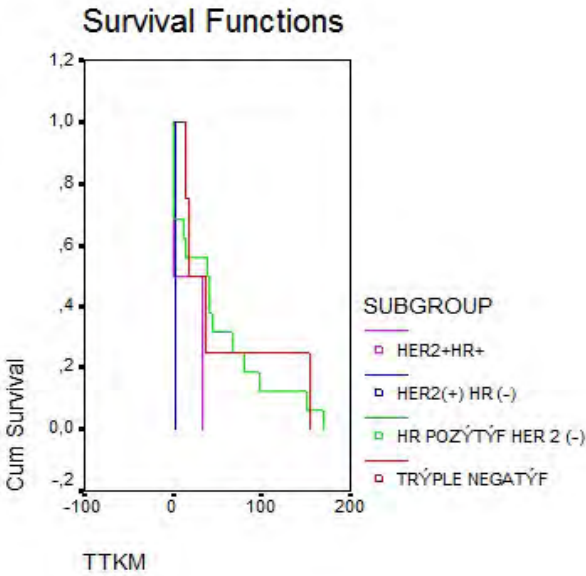
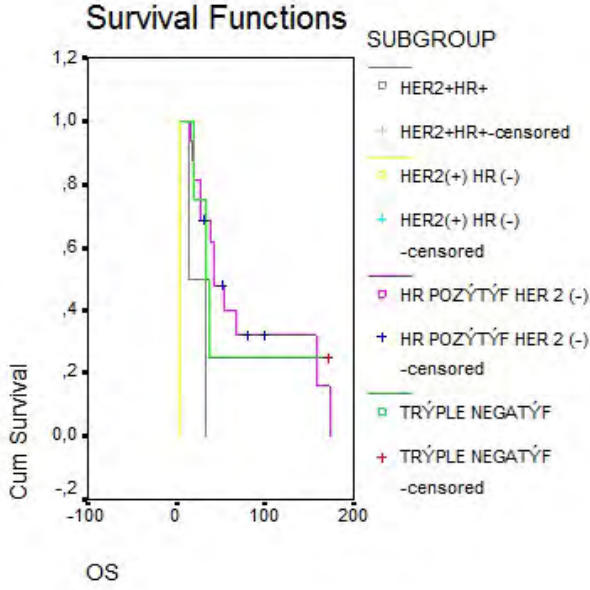
Amaç:

Kemik iliği metastazı olan meme kanseri hastalarının genel klinikopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem:

2003-2011 yılları arasında kemik iliği metastazlı meme kanseri tanısı almış olan 25 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:



Kemik iliği metastazı olan hastaların medyan meme kanseri tanı alma yaşı 46 (29-64 yaş) saptandı. Hastaların meme kanseri tanısı sırasında %64'ü (n= 16) premenopozal, % 36'sı (n=9) postmenopozaldı. Kemik iliği metastazı hastaların %36'sında (n=9) tanı sırasında saptanırken % 64'ünde (n=16) klinik seyir sırasında saptandı. Hastaların ilk meme kanseri tanısı sırasında % 20'si evre I-II, %28'i (n=7) evre III, %52'si (n=13) ise evre IV dü. Subtip olarak değerlendirildiğinde hastaların %17.4'ü HR(-) HER2(-) [triple negatif], %4.3'ü HR(-)HER2(+), %69.6'sı HR(+) HER2(-), %8.7'si HR(+)HER2(+) saptandı. Hastaların % 44'ünde

(n=11) ilk metastaz yeri kemikti. Tanıdan itibaren kemik iliği metastazına kadar geçen medyan süre triple negatif grupta medyan 17.9 ay, HR(-) HER2(+) hastalarda 3.2 ay, HR(+)HER2(-) grupta 38.3 ay, HR(+)HER2(+) hastalarda ise 16 ay saptandı (Resim 1).Hastaların yaklaşık % 50' sinde(n=12) birlikte beyin metastazı da mevcuttu. Beyin metastazı da olan HR pozitif hastalara bakıldığında bunların tanı esnasında evre III ve evre IV oldukları görüldü. Kemik iliği metastazı olan hastaların kemik iliği metastazından itibaren tahmini medyan genel sağkalım süresi 5.3 ay saptandı. Bu süre HR(+)HER2(-) hastalarda medyan 17.3 ay olarak saptandı (Resim 2).

Sonuç:

Kemik iliği metastazı luminal A fenotipli (HR(+)HER2(-)) meme kanseri hastalarında daha sık görülmekle birlikte genellikle ileri dönem metastatik hastalığa özgüdür. Kemik iliği metastazı olan hastaların %50'sinde beyin metastazının da görülmesi nedeniyle agresif seyir ile ilişkilidir.

EP-235

AKCİĞER KANSERİ NÜKSÜNDE HİSTOPATOLOJİK DİSKORDANS, OLGU SUNUMU

SEMİHA URVAY, DİLŞEN ÇOLAK, MUSTAFA ALTINBAŞ, G. İNANÇ İMAMOĞLU, İLHAN HACİBEKİROĞLU, UĞUR ERSOY, NAZİYET KÖSE

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Akciğer kanserini, küratif tedavi sonrası geç rekürrenste ikinci primer akciğer kanserinden ayırmak zor olabilir. Tedavi sonrası kür olan ve uzun yaşayan hastalarda 2. veya 3.primer akciğer kanserleri görülebilmektedir. İkincil tümörlerde farklı histolojik alt tipler gelişmiş olabileceğinden prognoz ve tedavi seçiminde bu ayrım önemlidir. Bu olgu sunumunda skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı ile tedavi sonrası 5. yılında nüks gelişen hastaya ait veriler sunulmuştur.

Bulgular:

Erkek hasta, 59 yaşında. Ağustos 2006'da akciğer skuamöz hücreli karsinom(SHK) tanısı almış, T3N1MO olarak evrelenerek küratif kemoradyoterapi uygulanmıştı. Tedavi sonrası yapılan PET-BT'de patolojik tutulum izlenmeyen hasta remisyonda kabul edildi. Ekim 2011 Toraks BT'sinde nüks kitle ile uyumlu görüntü saptandı. PET-BT'de lokal nüks ve intraabdominal metastazlar görüldü. Bulantı, kusma nedeniyle yapılan kraniyal MRG'de sağ serebellar metastaz ile uyumlu lezyonlar saptandı. Hidrosefali bulguları nedeniyle Beyin Cerrahisi tarafınca palyatif opere edildi. Eksize edilen tümör patolojisi "küçük hücreli akciğer karsinomu" (KHAK) ile uyumlu geldi. Primer ve nüks patoloji sonuçları aynı patolog tarafından tekrar incelenerek primer tümörün SHK ve beyin metastazının ise KHAK olduğu teyit edildi.

Sonuç:

Akciğer kanserinde küratif tedaviden 2-3 yıl sonra yeni bir pulmoner nodül geliştiğinde nüks, metastaz veya ikinci primer akciğer kanseri olabilir. Metakron primer akciğer kanseri sıklığı %0.8 ila %14.5 arasındadır. Karşı akciğerde senkron yerleşmiş

olan, farklı histolojik özellikler taşıyan, küratif tedavi sonrası uzun yaşayan, sigara içimine devam eden hastalarda gelişmiş olan nökslerde her zaman ikinci primer akciğer kanseri olasılığı akla gelmelidir.

EP-236

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE PLATİN VE/VEYA GEMŞİTABİN BAZLI KEMOTERAPİ YANITINI VE PROGNOZU BELİRLEMEDE ERCC1 VE RRM1 EKSPRESYONUNUN ÖNEMİ

BERNA BOZKURT DUMAN¹, MEHMET ÜLKER², BERKSOY ŞAHİN³, DERYA GÜMÜRDÜLÜ⁴

¹ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.B.D

³ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ B.D.

⁴ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ A.B.D.

Amaç:

ERCC1 ve RRM1'in tümör hücre davranışında ve ilaç direncindeki rolü pek çok kanserde yoğun olarak araştırılmaktadır. Biz de ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarda RRM1 ve ERCC1 ekspresyonu ile sisplatin ve/veya gemşitabin kemoterapi yanıtını ve prognozu belirlemedeki etkisini araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:

Kırkbeş KHDAK çalışmaya alındı. Tanı evresi inoperable evre III ve IV olan platin+gemşitabin Tümör hücrelerinin immunohistokimyasal olarak ERCC1 ve RRM1 ekspresyonu 0 ile 3 arasında derecelendirildi. Tümör hücrelerinde hiç boyanma olmaması 0, tümör hücrelerinde % 1-10 boyanma +1, tümör hücrelerinde % 10-50 boyanma +2, tümör hücrelerinde >50 boyanma +3 olarak kabul edildi. RRM1 ve ERCC1 ekspresyonları hasta klinik verileri ve tedavi sonuçları ile ilişkilendirildi

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması (ortalama yaş±SD) 58,82±9,02 idi. Hastaların %84 (n=38) erkek, %16 (n=7) kadındı. Adenokarsinom %45(n=21) oranında iken skuamoz hücreli karsinom %55(n=24) idi. Hastaların %33'ü (n=15) EvreIII, %67'si(n=30) Evre IV dü. Yirmi hasta(%44) platin bazlı tedavi, 25(%56) hasta platin+gemşitabin almıştı. Median sağkalım 13 aydı. ERCC1 ve RRM1 0,+1,+2 olanlar düşük, +3 olanlar ise yüksek ekspresyon olarak kabul edildi. ERCC1 ekspresyonu düşük olan grupta tedavi yanıt oranı % 62 olarak saptandı ve istatistiksel olarak fark anlamlıydı (p=0,028). RRM1 ile tedavi yanıtına bakıldığında ise RRM1 ekspresyon düşüklüğü olan hastalarda tedavi yanıt oranı % 60 ve istatistiksel olarak fark anlamlı idi (p=0,020). ERCC1 ve RRM1 ekspresyonunun birlikte yüksek olduğu grupta tedavi yanıtı %81 oranında ve gruplar arası fark anlamlıydı (p=0,011). KHDAK'de ERCC1 ekspresyonu düşük olan hastalarda sağkalım yüksek olan hastalara göre daha uzundu (sırası ile 18 ve 9 ay; p=0,001). RRM1 ekspresyonu düşük olan hastalarda median sağkalım yüksek olan hastalara göre daha uzundu (sırası ile 15 ve 9 ay; p=0,029).

Sonuç:

Platin gibi etkili ama toksisitesi yüksek bu ajanı KHDAK gibi ileri evrede sağkalım süresi çok kısa hastalıkta, tümör dokusunda ERCC1 düzeyi düşük olan hastalara önerilebilir. Ayrıca gemşitabin alacak hastalarda RRM1 düzeyinin düşük olduğunun belirlenmesi de önemli olacaktır.

EP-237

TRASTUZUMAB İLİŞKİLİ KARDİYOTOKSİTEYE EPIRUBİSİN VE DOXORUBİSİN KATKISININ KARŞILAŞTIRMASI

MERAL GÜNALDI¹, BERNA BOZKURT DUMAN², VEHBİ ERÇOLAK¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹, SEMRA PAYDAŞ¹, İSMAİL OĞUZ KARA¹, MELEK ERKİSİ¹, BERKSOY ŞAHİN¹

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

²ADANA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Trastuzumab, meme kanseri hücreleri büyüme ve proliferasyonunu sağlayan epidermal büyüme faktörü reseptörünün monoklonal bir antikordur. Adjuvan çalışmalarda, meme kanserinin relapsını %50, ölüm riskini %33 oranda azalttığı gösterilmiştir. Ancak trastuzumab ilişkili kardiyak disfonksiyon (TİK) önemli bir yan etki olarak görülmektedir ve %5-10 hastada asemptomatik kardiyak disfonksiyon bildirilmiştir.

Bu çalışmada, merkezimizde Trastuzumab kullanan hastaların genel kardiyak disfonksiyon (KDF) oranlarını, bu yan etkide kemoterapötiklerin etkisini-Doksorubisin ve Epirubisin farkını ve TİK ile kardiyak risk faktörleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamız 2009-2012 yılları arasında erken, lokal ileri ve metastatik HER2 (+) meme karsinomu tanısı ile Trastuzumab kullanılan 111 hastayı içermektedir. Kemoterapi olarak Epirubisin (n:56) ve Doksorubisin (n:55) uygulanmıştır. Hastaların başlangıçta EKO'ları yapıp, 3 ayda bir EKO ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonları (LVEF) ölçülmüştür. İlk EKO'ya göre >%10 düşüşü veya EF'u

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı: 49.59 (33-72), %4.5'u Evre I (n:5), %36'sı Evre 2 (n:41), %23'ü Evre 3 (n:26), %27'si Evre 4 (n:30) olarak saptandı. %13.5'inde (n:15) LVEF'unda azalma görüldü. Doxorubisin ve Epirubisin gruplarının KDF ları karşılaştırıldığında total EKO'ları ile değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Ancak 6. 9. ve 12. ay LVEF'larında Doxorubisin grubunda %6, Epirubisin grubunda ise %2.6 oranla LVEF

Diğer faktörler açısından; KDF gelişenlerin %76'sı ise RT almış, %23'ü RT almamış hastalardı. Menapoz durumuna göre; KDF gelişen hastaların %69'u postmenapozal, % 30'u premenapozaldı. BMI >=35 olanların %75'i nde KDF geliştiği gözlemlendi. TİK gelişmesinde, bilinen diğer kardiyak risk faktörlerinden diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara kullanımı, aile öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç:

Çalışmamızda TİK gelişiminde Doxorubisin ve Epirubisin grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. 6. aydan sonra Doksorubisin grubunda Epirubisin göre KDF görülmesi doksorubisinin kronik kardiyotoksikite döneminde (ilk bir yıl), Trastuzumabın, Doksorubisinin kardiyotoksik etkisini potansiyelize ettiğini düşündürmektedir. TİK de bazı kardiyak risk faktörlerinin anlamlı olmadığı, radyoterapi, obezite ve menapozun TİK'yi arttırdığı gözlenmiştir.

EP-238**METASTATİK MEME KANSERİNDE ORAL TEDAVİ KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

ÖZGE KESKİN¹, MUSTAFA SOLAK¹, H. İBRAHİM PETEKKAYA¹, DENİZ YÜCE², MUSTAFA KADRİ ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Metastatik meme kanseri, nadir olgular hariç kür sağlanabilen bir durum değildir. Bu nedenle, yaygın hastalıkta tedavinin amacı hastalıklabağlantılı semptomların palyasyonudur. Hormon reseptör pozitif hastalıkta tek ajan hormonoterapi kullanılırken, metastatik hastalıkta kullanılan kemoterapötiklerle ilgili standart bir yaklaşım yoktur. Biz çalışmamızda, metastatik evrede oral CMF (siklofosamid, metotreksat, 5-FU) kullanan hastaları inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji polikliniğinde 2002-2011 yılları arası takip edilen 2262 meme kanserinden 15 tanesine oral CMF tedavisi uygulandı. Bu hastaların demografik verileri, tümör histolojisi, östrojen (ER)-progesteron (PR) ve c-erbB2 (HER2) reseptör durumları, oral CMF kullanma süreleri kaydedildi.

Bulgular:

Bu hastaların ortalama yaşı 48,73±3,73 olarak bulundu. En sık gözlenen histolojiler sırasıyla %73,3 oranında infiltratif duktal karsinom, %13,3 oranında mikso infiltratif karsinom idi. Hastalarda ER ve PR durumu sırasıyla %76,9 ve %61,5 pozitif; %23,1 ve %38,5 negatif saptandı. Hastalar sıklıkla (%92,3) HER2 negatif idi. Oral CMF tedavisi en sık olarak 5.,4.,6. ve 7. sıra tedavi olarak kullanıldı. Kullanılan kür sayısı medyan 3 idi. CMF tedavisi sonrası gözlenen yanıtlar %73,3 oranında progressif hastalık, %6,7 stabil hastalık idi. Hastaların %20'sinde parsiyel yanıt gözlemlendi. Bu tedavi altında progresyon görülme süresi ortalama 13 hafta olarak bulundu.

Sonuç:

Oral CMF tedavisi; kombinasyon rejimi olmasına rağmen, toksik etkileri düşük olduğundan tercih edilmektedir. Bazı çalışmalarda, hastalıkla bağlantılı komplikasyonların palyasyonunda %35,9-59,7 arasında etkinlik gösterdiği ve bu etkinin en az 24 ay süre ile devam ettiği saptanmıştır. Biz çalışmamızda, daha düşük oranda ve daha kısa süreli cevap oranı elde ettik. Daha

fazla hasta ile yapılacak çalışmalarda, etkinlik ile ilgili daha net yanıtlar elde edilebilir.

EP-239**MEME KANSERLİ HASTALARDA PLAZMA D-DİMER DÜZEYLERİNİN TÜMÖR YÜKÜ VE METASTAZI İLE İLİŞKİSİ**

LEYLA KILIÇ¹, FATMA ŞEN¹, İBRAHİM YILDIZ¹, SERKAN KESKİN¹, MELTEM EKENEL¹, MURAT SERİLMEZ², DERYA DURANYILDIZ², FARUK TAŞ¹

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TEMEL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kanser hastalarının büyük çoğunluğunda aktive olan koagülasyon ve fibrinolitik sistem tümör stroması ve metastaz potansiyeli ile ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı basit koagülasyon testlerinin meme kanserli hastalarda klinik ve patolojik faktörlerle ve tümörün invazif davranışı ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya daha önce kemoterapi/hormon tedavisi almamış olan 123 kadın meme kanseri dahil edildi. Tedavi öncesi alınan plazma örneklerinde koagülasyon testlerinden protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), INR, D-Dimer ve fibrinojen düzeyleriyle trombosit sayısı incelendi.

Bulgular:

Şubat 2010 ve Haziran 2011 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 123 meme kanseri hastası çalışmaya dahil edildi. % 22'si metastatik meme kanseri hastalarından oluşturmaktaydı. Hasta ve kontrol grubunun koagülasyon testleri karşılaştırıldığında PT dışındaki testler için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (PT için p=0.08 diğerleri için p<0.001). Metastatik hastalarda D-dimer düzeyleri erken evreye göre göre belirgin yüksekti (p=0.04). İleri tümör evresi yüksek INR düzeyleri ve düşük protrombin aktivitesiyle ilişkili bulundu (p=0.05 ve p=0.02).

Sonuç:

Plazma D-Dimer düzeyleri metastatik evredeki hastalarda daha yüksek saptanmıştır. Günlük uygulamalarda D-dimer yüksekliği ileri evre/metastatik hastalık varlığına işaret ederek ayrıntılı evreleme incelemelerinin yapılması konusunda yönlendirici olabilir.

EP-240**MEME KANSERİNDE ENDOMETRİAL METASTAZ VARLIĞI; VAKA TAKDİMİ**

ARZU AKŞAHİN¹, DİLŞEN ÇOLAK², HASAN MUTLU⁵, MUSTAFA GÜRELİ³, FATMA AYKAŞ⁴

¹ KAYSERİ EAH TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

³ KAYSERİ EAH PATOLOJİ KLİNİĞİ

⁴ KAYSERİ EAH DAHİLİYE KLİNİĞİ

⁵ ACIBADEM HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanseri en sık karaciğer, kemik ve akciğere metastaz yaparken, uterus ve overlere metastaz oldukça nadir görülmektedir. Kadın genital organlarına en sık metastaz yapan ekstrasjenital tümörler sıralamasında ise meme kanseri birinci sıradadır. Tamoksifen, hormon reseptör pozitif olan meme kanseri tedavisinde, çalışmalarla anlamlı katkısı ortaya konmuş bir ajandır. Tamoksifenin endometrium üzerindeki östrojen agonistik etkisi dolayısı ile sekonder endometrial kanser gelişimi açısından hastalar düzenli takiplere alınmalıdır. Bu vakalarda ayrıca nadir olmakla birlikte endometrial metastaz ihtimali de göz önünde tutulmalıdır.

Gereç ve Yöntem:

Burada tamoksifen tedavisi altında endometrial ve over metastazı tespit edilmiş bir meme kanseri vakası sunulmaktadır.

Bulgular:

Vaka: 45 yaşında premenapozal hasta sol memede 3 cm'lik kitle şikayeti ile başvurdu. Soygeçmişinde annede meme kanseri öyküsü mevcuttu. Sol modifiye radikal mastektomi uygulanan hasta, patolojisi ve yapılan tetkikler sonrası pT2N2M0 meme kanseri olarak evrelendirildi. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapisini tamamlayan hastaya tamoksifen tedavisine geçildi. Tedavinin 9. ayında endometriumda kalınlaşma dolayısı ile küretaj uygulandı ve polip olarak raporlandı. Üç ay sonrasında vajinal kanama ile başvuran hastaya, kendisi ile de görüşülerek, TAH+BSO uygulandı. Patolojik incelemesinde, myometriumla overlerde taşlı yüzük hücrelerinden oluşan bir karsinom tespit edildi. PR, CK7 ve GCDP-15 ile pozitif, CK20, östrojen, cerbB2 ile negatif boyanma paterni gözlemlendi. Operasyondan sonra PET-CT ve endoskopi ile ek primer yada krukensberg olasılığı ekarte edildi. Hasta meme kanserinin uterin ve over metastazı olarak değerlendirildi ve letrozol tedavisine geçildi. Hasta tedavinin 11. ayında hastaliksız takip edilmektedir.

Sonuç:

Literatürde meme kanserinin uterin ve over metastazına ait bildirilmiş vaka ve küçük vaka serileri bulunmaktadır. Dolayısı ile bu hastaların prognozu konusunda net yorum yapmak henüz mümkün gözükmemektedir. Özellikle tamoksifen tedavisi altında olan hastalarda bu ihtimal de göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-241

PANKREAS ADENOKARSİNOMUNDA ENDOSKOPİK ULTRASONOGRAFİNİN YERİ

HASAN ÜSTÜN¹, PINAR ULUBAŞOĞLU², CEMİL BİLİR², HÜSEYİN ENGİN², YÜCEL ÜSTÜNDAĞ³

¹ ESKİŞEHİR OSMAN GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BL

² ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BL

³ ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BL

Amaç:

Pankreas adenokarsinomunda tanı aşamasında yapılan tetkiklerle endoskopik ultrasonografinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde izlemi olan pankreas adenokarsinomlu hastaların dosyaları tarandı ve endoskopik ultrasonografi yapılan hastaların klinikopatolojik bilgileri kaydedildi.

Bulgular:

Olgularımızın 26'sına tanısal amaçlı endosonografi uygulandığı, bu 26 hastanın 11'inin Evre 2, 2'sinin Evre 3, 14'ünün Evre 4 olduğu izlendi. EUS yanısıra BT anjiyografi tetkiki yapılmış olan 5 hasta vardı. Bu olgulardan 20'sinin pankreas ve çevre dokuya ait patoloji sonuçları mevcuttu. Olgularımızın EUS ile BT anjiyografi ve/veya BT sonuçlarının tanı ve evrelerinin benzer olduğu ve patoloji sonuçlarının bunlarla uyumlu olduğu izlendi.

Sonuç:

Pankreas adenokarsinomunda endoskopik ultrasonografi hastayı daha hızlı evrelemek için uygun bir girişimdir.

EP-242

TANI ANINDA KEMİK İLİĞİ TUTULUMU İLE GELEN METASTATİK HER2 POZİTİF MEME KANSERİ

MEHMET ARTAÇ¹, LOKMAN KORAL¹, ÇAĞLAYAN GEREDELİ¹, DİDEM TAŞTEKİN¹, MUSTAFA KARAAĞAÇ¹, TUNÇ GÜLER¹, HATİCE TOY², CEM BÖRÜBAN¹, KADRI ALTUNDAĞ³

¹ KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

² KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ABD

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Tanı anında kemik iliği tutulumu ile gelen meme kanserli hastaların tedavi alternatiflerinin iyi değerlendirilmesi gereklidir.

Gereç ve Yöntem:

Burada tedaviye tam yanıt veren ve halen idame tedavisi devam eden metastatik meme kanserli bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Mayıs 2007'de 49 yaşında kadın hasta myom nedeniyle tetkik edilirken trombositopeni ve sağ aksiler kuyrukta yaklaşık 2 cm çapında lenfadenopati nedeniyle merkezimize başvurdu. Kemik iliği biopsi sonucunda küçük solid adalar oluşturan tümöral hücreler görüldü. İmmünohistokimyasal analizde GCDP-15, ER, PR ve CerbB2 pozitif boyanınca primer meme kanseri metastazı olarak değerlendirildi. Tam kan sayımında trombosit:25.000 idi. Tümör belirteçlerinden CEA:6.1 ng/ml, CA-125:48 U/ml, Ca-15.3: 680 U/ml olarak saptandı. Hastamıza paklitaksel-carboplatin-herceptin haftalık protokolü ve zoledronik asit başlandı. 8 hafta sonra yapılan değerlendirmede subjektif ve objektif belirgin yanıt olmaması üzerine cisplatin-etoposide-herceptin protokolüne geçildi. Toplam 9 kür cisplatin-etoposide-herceptin protokolü uygulandıktan sonra trombositopeni düzelmiş ve CA-15.3 düzeyi normale gelmiş idi. Haziran 2008'de

hastalığın halen remisyonda olduğu görüldü ve kemoterapi kesilerek letrozol-herceptin ile devam edilmesine karar verildi. Şubat 2012 yapılan kontrollerinde aktif şikayeti ve hastalık bulgusu olmayan hastamız halen tedavisine devam etmektedir.

Sonuç:

Metastatik meme kanserli hastalarda tedaviye tam yanıt alınması durumunda idame trastuzumabın ne kadar süreyle uygulanacağı belirsizdir. Olgumuzda letrozole-trastuzumab ile 4 yılı aşan bir hastalıksız sağ kalım söz konusu olmuştur.

EP-243

KLİNİĞİMİZDE MEME KANSERİ TANISI OLAN İNfiltrATİF LOBÜLER KARSİNOM VAKALARINDA ÖSTROJEN VE PROGESTERON RESEPTÖR SIKLIĞI

MUSTAFA ALTINBAŞ, G. İNANÇ İMAMOĞLU, DİLŞEN ÇOLAK, UĞUR ERSOY, SEMİHA URVAY, İLHAN HACİBEKİROĞLU, NAZİYET KÖSE

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Meme kanseri tüm dünyada kadınlardaki en sık kanser türüdür. İnfiltratif lobüler karsinoma (ILK) ensik rastlanan ikinci meme kanseri tipidir ve meme kanseri vakalarının %10-15'ini kapsar. ILK 'nın yüksek oranda hatta %100 hormon reseptör pozitif olabileceği literatürde yer almaktadır. Kliniğimizde takip ettiğimiz ILK vakalarında östrojen ve progesteron reseptör sıklığı sunulmuştur

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2008-2011 yılları arasında takip edilen ILK olgularının verileri retrospektif olarak incelendi. Östrojen ve progesteron reseptör sıklığı belirlendi.

Bulgular:

Bu dönem içinde toplam 279 meme karsinomu tanısı almış hastanın 28 'i (%10)ILK olarak belirlendi. Bu hastaların 19'u(%67) ER pozitif ,5'i (%18)ER negatif idi ve 4'ünün (%14) ER statüsü belirsizdi. Dokuz hasta(%32) PR pozitif ,11 hasta(%39) PR negatif olarak belirlendi ve 8 hastanın(%28) PR statüsü belirsizdi.

Sonuç:

Göreceli daha iyi prognoza sahip olan ve yüksek oranda hormon reseptör pozitifliği gösteren ILK olgularımızdaki hormon reseptör pozitifliği literatürün aksine infiltratif duktal karsinomlarla benzer sıklıkta tespit edilmiştir.

EP-244

ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKER KULLANIMININ MEME KANSERİNİN KLİNİK VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ ÜSTÜNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, SERCAN AKSOY¹, ŞEBNEM YAMAN¹, ZAFER ARIK², NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, NURULLAH ZENGİN¹, KADİRİ ALTUNDAĞ²

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ

ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Renin-anjiotensin sistemi tümör progresyonu ve metastaz biyolojisinin önemli bir düzenleyicisidir. Yakın zamanda yayımlanan meta-analizde ARB'lerin kullanımı ile kanser riskinin arttığı rapor edilmiştir. Ancak ARB kullanımının meme kanserinin klinik ve patolojik özellikleri üstüne etkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada, ARB kullanımının meme kanserinin klinik ve patolojik özellikler üstüne etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimize 2004-2011 yılları arasında başvuran 2078 meme kanserli hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Oniki ay ve daha uzun süre ARB kullanım öyküsü olan 112 hasta ile aynı yaş grubunda ARB kullanım öyküsü olmayan 402 hasta eşleştirildi. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular:

Her iki gruptaki hastaların ortanca tanı yaşı 56 (27-89) idi. Ortalama ARB kullanım süresi 26±13.2 idi. Aynı şekilde ARB grubunda triple negatif ve HER2 pozitifliği daha düşük saptanırken, östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği ise daha yüksek olarak saptandı. Ortalama takip süresi 23 ay idi. Anjiotensin reseptör bloker kullanım öyküsü olan hastaların 3 yıllık hastalıksız sağkalım 81.8% iken kullanmayanların 83.0% olarak saptandı (P = 0.092). Üç yıllık genel sağkalım ise, ARB kullanım öyküsü olan hastalarda 95.8% iken kullanmayanlarda 91.6% idi (P = 0.13).

Sonuç:

Bu çalışmada da ARB kullanımı olan hastalarda istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha iyi klinik ve patolojik özellikler izlendi. Bu nedenle, ARB'lerin klinik ve patolojik özellikler üzerine etkisini incelemek için randomize kohort çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-245

HER2 POZİTİF MEME KANSERİNDE PTEN, AKT, MAPK, P53 EKSPRESYONUNUN NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI PATOLOJİK TAM YANITA VE SAĞKALIMA ETKİSİ

BERNA BOZKURT DUMAN¹, BERKSOY ŞAHİN², MELEK ERGİN³, MERAL GÜNALDI², ÇİĞDEM USUL AFŞAR², VEHBİ ERÇOLAK², SUZAN ZORLUDEMİR³, ARBİL AÇIKALIN³

¹ ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ B.D.

³ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ A.B.D.

Amaç:

Epidermal growth faktör reseptör ailesinin aktive ettiği en önemli sinyal yolları fosfotidilinositol-3kinaz(PI3K), mitogen-activated protein kinaz(MAPK) yollarıdır. HER2 reseptör aktivasyonu bu yollar aracılığıyla hücre proliferasyonu, anjiyogenez, invazyon, ve metastaza neden olur. HER2, PTEN ve p53, PI3K-Akt yolunun regulasyonu hücre sağkalım,

proliferasyon ve apoptozisini düzenler. Bizde çalışmamızda HER2 pozitif lokal ileri, metastatik meme kanserinde PTEN, Akt, MAPK, p53 ekspresyonunun sağkalım üzerine ve neoadjuvan tedavi alan grupta tam yanıt üzerine etkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Meme kanseri tanısı almış 2004-2010 yılları arasında takip edilmiş 90 hasta çalışma için değerlendirildi. Dışlama kriterleri ışığında 25 hasta çalışmaya alındı. HER2 pozitif hastalar çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan tüm hastalar trastuzumab tedavisi almıştı. Antrasiklin ve taksan içeren rejimleri tüm hastalar kullanmıştı. Parafin bloklar immunohistokimyasal olarak PTEN, Akt, MAPK, p53 ekspresyonu açısından değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 54±12 idi. Ondört hasta Evre III(%56), 11 hasta (%44) Evre IV idi. Ondört hasta(%56)'da neoadjuvan tedavi uygulanmıştı. Oniki hasta(%48) premenapozal, 13 hasta(%52) postmenapozaldi. PTEN, Akt, MAPK, p53 ekspresyonu ile genel sağkalım oranlarına bakıldı (Tablo -1'de) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Neoadjuvan kemoterapi alan grupta subgrup analizi yapıldı. Üç (%21,4) hastada patolojik tam yanıt elde edilmişti. Tam yanıt oranları ile PTEN, Akt, MAPK, p53 ekspresyonları arasında ilişki araştırıldı. p53 ekspresyon durumu ile patolojik tam yanıt arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,02).

Tablo-1: Genel Sağkalım Oranları

		GS ay(%95 CI)	p
PTEN	Negatif	39(26-51)	0,55
	Pozitif	27(16-37)	
AKT	Negatif	39(7-70)	0,65
	Pozitif	31(24-37)	
MAPK	Negatif	39(19-58)	0,209
	Pozitif	27(14-39)	
P53	Negatif	39(19-58)	0,209
	Pozitif	27(14-39)	

Sonuç:

Biz çalışmamızda sağkalım ile PTEN, Akt, MAPK, p53 ekspresyonu arasında ilişki saptamadık. Neoadjuvan tedavi almış hastalarda p53 ekspresyon durumu patolojik tam yanıtı öngörmede kullanılabilecek bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

EP-246

KLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN MEME KANSERLİ HASTALARDA CERBB2 SIKLIĞI VE AKSİLLER LENF NODU TUTULUMU İLİŞKİSİ

UĞUR ERSOY¹, G. İNANÇ İMAMOĞLU¹, DİLŞEN ÇOLAK¹, MUSTAFA ALTINBAŞ¹, SEMİHA URVAY¹, İLHAN HACİBEKİROĞLU¹, MÜÇTEBA CAN²

¹ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH, DAHİLİYE KLİNİĞİ

Amaç:

C-erbB2 meme kanserlerinde sık eksprese edilen bir gendir. Aşırı ekspresyonu, invaziv meme kanserlerinin %10-30'unda saptanmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle aksiller lenf nodu (ALN) tutulumu olan hastalarda bağımsız negatif prognostik bir faktör olduğu kabul edilmektedir. Burada kliniğimizde takip ettiğimiz meme kanserli hastalarda c-erbB2 sıklığını ve ALN ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

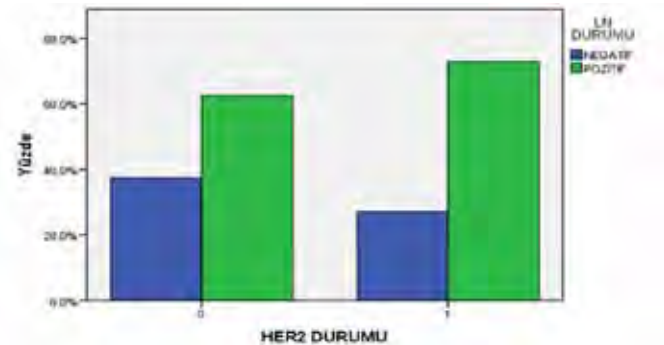
Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde 2008-2011 yılları arasında takip edilen meme kanseri tanısı alan 280 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. C-erbB2 sıklığı ve ALN durumu belirlendi.

Bulgular:

Merkezimizde 2008-2011 yılları arasında takip edilen meme kanseri tanısı alan 280 hastanın, 238'i (%85) erken ve lokal ileri evre, 42'si (%15) metastatik idi. 280 hastanın 78'inde (%27.5) c-erbB2 pozitif, 189'unda (%67.5) negatifti. Hastaların 14'ünde(%5) c-erbB2 statüsü bilinmiyordu. 238 hastanın 155'inde (%65) aksiller lenf nodu tutulumu mevcuttu. 83 (%35) hastada aksiller lenf nodu tutulumu negatifti. Aksiller lenf nodu tutulumu mevcut olan hastaların 43'ünde (%27.7) cerbB2 pozitif, 112'sinde (%72.3) cerbB2 negatifti. Aksiller lenf nod tutulumu negatif olan 83 hastanın 16'sında (%19.2) cerbB2 pozitif, 67'sinde (%80.8) cerbB2 negatif olarak tespit edildi.

Sonuç:



Kliniğimizde takip edilen hastaların %15'i metastatik evrede tanı almıştı. Metastaz olmayan hastalarda, aksiller lenf nodu tutulumu pozitif grupta, cerbB2 pozitifliği, aksiller lenf nodu negatif olan grupla karşılaştırıldığında daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. (%27.7'ye karşılık %19.2) (p:0.099)

EP-247

SKALP METASTATİK ÖZOFAGUS SQUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, SERCAN AKSOY, ŞEBNEM YAMAN, MUHAMMED BÜLENT AKINCI, TUĞBA KÖŞ, BURAK CİVELEK, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, DOĞAN UNCÜ, NURULLAH ZENGİN

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Akciğer, meme ve kolorektal kanserler en sık kutanöz metastazlar yapan malignansilerdir. Özofagus kanserlerine bağlı cilt metastazları ise çok nadir görülmekle beraber, sıklıkla squamöz alt tipinde görülmektedir. Skalp metastazları ise daha sık adenokanser alt tipinde görülmektedir. Literatürde, özofagus squamöz hücreli karsinom (SCC) tanısı olup da skalp metastazı olan vaka bildirilmemiştir.

Bulgular:

56 yaşında kadın hasta, son 3-4 aydır olan ve giderek artan reflü şikayeti ile gastroenteroloji kliniğine başvurmuş. Hastanın yapılan üst endoskopisinde özofagus 26-30 cm'de polipoid ülserle kitle saptanmış. Yapılan endoskopik biyopsi patoloji sonucu az diferansiye özofagus SCC olarak rapor edildi. Kliniğimize başvuran hastanın aynı zamanda son 3-4 aydır giderek artan kraniumda verteks düzeyinde 1 cm'lik bir şişlik şikayeti vardı. Hastanın çekilen toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) üst mediastende özofagus sağ lateralde 17x16 mm boyutlarında lenfadenopati ve özofagus orta kesiminde karina düzeyinin yaklaşık 1,5 cm distalinden itibaren 5 cm'lik segmentte duvar kalınlaşması, paraçölyak en büyüğü 24x14 mm lenfadenopatiler saptandı. Metastaz ayırımı için yapılan 18-F FDG pozitron emisyon BT'de kraniumda verteks düzeyinde 10 mm'lik cilt lezyonunda artmış tutulum (SUVm; 10,7), özofagusta subkarinal düzeyden itibaren 5 cm'lik segment boyunca artmış tutulum (SUVm; 13,5) ve kardiya ile paraçölyak lenf nodlarına artmış tutulum (SUVm; 5,9) olarak rapor edildi. Hastaya skalp metastatik özofagus tanısıyla dosetaksel-cisplatin-fluorourasil (DCF) kemoterapisi başlandı. Hastanın halen DCF kemoterapisine devam edilmektedir.

Sonuç:

Özofagus kanserleri genellikle kötü prognostik özelliklere sahiptir ve çok nadir olarak cilt metastazları ile karşımıza çıkarlar. Cilt metastazları özofagus kanser metastazlarının 1%'den azında görülmektedir. Kutanoöz metastazı gelişen özofagus kanserli hastaların ortalama yaşam süresi 4.7 ay olarak bildirilmiştir.

EP-248**ÜÇLÜ-NEGATİF MEME KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ**

NURTEN KANDEMİR¹, SERCAN AKSOY², NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR², DOĞAN UNCU², BERNA ÖKSÜZOĞLU¹, TUĞBA KÖŞ², NURULLAH ZENGİN²

¹ ANKARA ONKOLOJİ EAH

² ANKARA NUMUNE EAH

Amaç:

Çalışmamızda merkezimizde takip edilen ÜNMK olgularının klinikopatolojik değerlendirilmesini hedefledik.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2000 ile Ocak 2010 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne müracaat eden ÜNMK'li 70 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 70 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 50 (31-68) idi. Olguların %51.4'ü premenopozal ve %80'i invazif duktal karsinomdu. Hastaların %45.7'sinde histolojik grad III iken, aksiller lenf bezi pozitifliği %45.8, lenfovasküler invazyon %32.9 olguda saptandı. Olguların AJCC 2003 evrelemesine göre dağılımları; evre I %11.4, IIa %32.9, IIb %28.6, IIIa %18.6, IIIc %2.9 ve IV %5.7 idi. Olguların %84.3'üne mastektomi, %56'sına radyoterapi ve %94.3'üne adjuvan amaçlı kemoterapi uygulanmıştı.

Ortanca takip süresi 40 ay (5-126) idi. Takip süresi boyunca hastaların 10'unda (%15.15) nüks görüldükten 8'inde (%11.4) ölüm görüldü. Ortalama hastalıksız sağkalım (HSK) 106 ay (%95CI 92.3-115.9) iken ortalama genel sağkalım (GSK) 109.9 ay (%95CI 99.5-120.2) idi. Üç yıllık HSK %84.7 ve GSK %94.7 idi. HSK ve GSK üzerine etkisi araştırılan faktörlere bakıldığında; artmış lenf nodu sayısı, yüksek histolojik grade, ileri evre, adjuvan kemoterapi ve radyoterapi, premenopozal durum, genç yaş ve artmış tümör çapı varlığında HSK ve GSK'ın klinik olarak kısaltmakla birlikte bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadığı tespit edildi. Bununla birlikte tutulmuş aksiller lenf nodu durumunda istatistiksel anlamlılığa ulaşan HSK'da kısalma gözlenmişti.

Sonuç:

Progresyon için yüksek riskli olan bu gruptaki tümörlerde, immünohistokimyasal olarak yeni prognostik değişkenlerin tespiti yüksek riskli hastaların belirlenmesinde yardımcı olacaktır. ER, PR ve HER2'yi hedefleyen tedavilerden yararlanamayan bu grup hastaların tedavisinde yeni ve agresif yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

EP-249**MEMENİN PAGET HASTALIĞI: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, BURCU KIZILARSLANOĞLU, ALPER ALNAK, ÖMER VURAL, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Memenin paget hastalığı nadir görülmektedir. Karsinoma insitu veya invaziv karsinomla birlikte olabilir. Merkezimizde takip edilen paget hastalığı olan hastaların klinikopatolojik özellikleriyle paget hastalığına yaklaşım incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takipli 2218 meme kanserinin verileri retrospektif incelendi. Paget hastalığı tanısı olanların klinik ve patolojik özellikleri, takip süreleriyle tedavi seçenekleri analiz edildi.

Bulgular:

Toplam 14 hasta olduğu görüldü. Merkezimizdeki tüm meme kanserleri içerisinde prevalansı %0,6 idi. Hastaların yaş ortalamaları 54 ± 14 yıldı. Hastaların %50'si premenopozal, %42,9'u postmenopozal, %7,1'i perimenopozal dönemdeydi. Eşlik eden patolojiler incelendiğinde %57,1'inde invaziv duktal

karsinom (IDC) ve paget, %28,6'sında duktal karsinoma in situ (DCIS) ve paget, %7,1'inde IDC, DCIS ve paget, %7,1'inde sadece paget hastalığı olduğu görüldü. ER pozitifliği %28,6, PR pozitifliği %7,1, Her-2 pozitifliği %71,4 olarak bulundu. TNM sınıflamasında hastaların çoğu T1-2 (%71,5), N0 (%78,6), M0 (%92,9) idi. Kemoterapi hastaların %35,7'sinde, hormonoterapi %35,7'sinde, radyoterapi %28,6'sında uygulandı. Tüm hastalar opere edildi, 11'ine modifiye radikal mastektomi, 2'sine meme koruyucu cerrahi yapıldı. İzole paget hastalığı olan bir hastaya yalnızca nipple eksizyonu yapıldı. Bir hastada ölüm (%7,1), 1 hastada (%7,1) nüks gözlemlendi. Ortanca takip süresi 6,4 ay (0,9-43,7 ay) idi.

Sonuç:

Çalışmamızda paget hastalığı görülme yaş ortalaması literatürle benzer bulunmuştur. DCIS veya IDC ile birliktelik oranı yüksek saptanmıştır (%92,9). Hastaların takip süreleri kısa olması sebebiyle survi oranları bildirilememiştir.

EP-250

MEME KANSERİNDE PERİTONEAL METASTAZ SONRASI PROGNOZ

İBRAHİM PETEKKAYA¹, VEYSEL AYYILDIZ², MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU¹, GAMZE GEZGEN¹, EMİR CHARLES ROACH¹, MUŞTURAY KARÇAALTINCABA², KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Meme kanserinde (MK) metastaz genellikle kemik, akciğer, karaciğer, santral sinir sistemine olmaktadır. Peritoneal metastaz (PM) çok nadir görülmektedir. Çalışmanın amacı PM olan meme kanserli hastaların prognozunu incelemek

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takipli toplam 2218 MK hastasının bulunduğu veritabanı incelenerek 21 (toplam hastaların 0.9%'u) PM olan hasta tespit edildi. Hastaların klinik özellikleri, takip süreleri, sağkalım oranları analiz edildi.

Bulgular:

PM anındaki ortalama tanı yaşları 56'ydı (38-71). Oniki (%57,1) hasta postmenopozal, 6 (%28,6) hasta premenopozaldı. Ölen hasta sayısı 7'ydı (%33,3). Yedi hasta (%33,3) invaziv duktal karsinom (IDC), 5 hasta (%23,8) invaziv lobular karsinom (ILC), 3 hasta (%14,3) miks tipti (IDC ve ILC). Luminal A hasta 8 (%38,1), Luminal B 5 (%23,8), tripl negatif 2'ydı (%9,5). Her-2 overexpressing hasta yoktu. Moleküler alt tipi bilinmeyen 6 hasta (%28,6) vardı. PM sonrası ortalanca takip süreleri ölen hastalarda 9,3 ay (0,4-23,3 ay), yaşayan hastalarda 15,6 aydı (0,3-40,4 ay). ER pozitif hastaların PM sonrası ortalanca takip süreleri 13,7 ay, ER negatiflerin 4,4 aydı. Altı aylık sağkalım oranı %83,3, bir yıllık sağkalım oranı %73,3'tü. Ortanca sağkalım, hastalıksız sağkalım, progresyonsuz sağkalım süreleri olayların az olması sebebiyle hesaplanamadı

Sonuç:

Meme kanserinde PM nadir görülmektedir. Ortanca

sağkalım süreleri kısa görülmekle beraber çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Çalışmamızda az hasta olmakla beraber takip süreleri benzer çalışmalara göre uzundu. Özellikle ER pozitif hastalarda sağkalımın daha uzun görünüyorsa hormonoterapinin önemini vurgulamaktadır.

EP-251

"T4NXMO" MEME KANSERİNİN PROGNOZU: 3 OLGU ÜZERİNDEN ÇIKARILACAK DERSLER

İBRAHİM PETEKKAYA¹, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU¹, EMİNE PETEKKAYA², KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANATOMİ BİLİM DALI

Amaç:

Lokal ileri evre meme kanserlerine yaklaşımla ilgili çalışmalar olmakla beraber T₄N_xM₀ için yeterli veri bulunmamaktadır

Gereç ve Yöntem:

Takip ettiğimiz T₄N_xM₀ olan üç olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Olgu-1: Kırkbir yaşında bayan, sol memede kitleye yapılan trucut biyopsiyle invaziv duktal karsinom (IDC) (tripel negatif) tanısı aldı. Evrelendirilmesi c T₄N_xM₀ idi. Neoadjuvan kemoterapiler sonrası kraniyal metastazı gelişti. Radyoterapi, sonrasında modifiye radikal mastektomi (MRM) yapıldı. pT₄N₃M₁ olarak geldi. Kraniyal metastazlarında progresyon nedeniyle tanıdan 9,5 ay sonra kaybedildi.

Olgu-2: Elliüç yaşında bayan, sağ memedeki kitleden insizyonel biyopsiyle IDC tanısı (ER pozitif, PR pozitif, Her-2 pozitif) aldı. MRM sonrası T₄N_xM₀ olduğu görüldü. Adjuvan kemoterapi ve tamoksifen uygulandı. Tam remisyona sağlandı, 58,1 ay sonra sol memede kitle bulundu. IDC olarak geldi. Meme koruyucu cerrahiyle adjuvan kemoterapi uygulandı. Kraniyal metastazı gelişti, kemoterapi almakta.

Olgu-3: Ellidokuz yaşında bayan, sağ memede görülen kitleden trucut biyopsiyle miks IDC, invaziv lobular karsinom tanısı aldı. ER negatif, PR negatif, her-2 pozitif olan tümörün evrelendirilmesi c T₄N_xM₀ idi. Neoadjuvan kemoterapi alıp tam remisyona sağlandı. MRM sonrası T₀N₀M₀ olarak geldi. Lokal radyoterapi alıp 13,9 aylık tam remisyondan ardından kraniyal metastaz gelişti. Kapesitabin, lapatinib ve kraniyal lezyonlara radyoterapi uygulandı. Metastazlarında regresyon mevcut. İlk tanıdan itibaren 25,6 aydır takip edilmekte, lapatinib almaktadır.

Sonuç:

T₄N_xM₀ vakalarının literatürdeki 5 yıllık sağkalım oranları %50 olarak bulunmuştur. Nodal tutulumun bilinmemesi nedeniyle sağkalım oranı farklılık gösterebilmektedir.

EP-252

TANI ANINDA DİYABETES MELLİTUSU OLAN VE OLMAYAN MEME KANSERLERİNDE KLİNİK SEYRİN KARŞILAŞTIRILMASI

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, BURCU KIZILARSLANOĞLU, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Diyabetes mellitusun (DM) kanser riskini artırdığına dair veriler bulunmaktadır. Meme kanseri (MK) riski de artmaktadır. MK hastalarında diyabet sıklığı %16 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Tanı anında DM olan ve olmayan hastalar arasında klinik, patolojik, survi açısından fark olup olmadığı incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen toplam 2218 hastanın verisi incelendi. Tanı anında diyabeti olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Gruplar arasındaki fark analiz edildi.

Bulgular:

Tanı anında diyabeti olan hasta sayısı 230 (%10,3), diyabeti olmayan hasta sayısı 1988'di. Diyabeti olanlar ileri yaşta MK tanısı almaktaydı (56 ± 10 vs 48 ± 11 yıl, $p < 0.001$). Diyabetik olanlarda vücut kitle indeksi daha yüksekti ($30,5 \pm 5,1$ vs $27,2 \pm 5,0$ kg/m², $p < 0.001$). İki grup arasında tümör lokalizasyonu, tümör boyutu, nodal tutulum, metastaz durumu, kanserin evresi, hormon reseptör durumu, tümör patolojisi, ölen hasta sayısı, nüks hasta sayısı, yaşayan hasta sayısı açısından fark saptanmadı. Diyabeti olanlarda ve olmayanlarda 5 yıllık sağkalım oranları (%84,6 vs %84,6 $p=0,99$), 10 yıllık sağ kalım oranları (%60 vs %62,8 $p=0,78$) benzerdi. Ortanca PFS süreleri diyabeti olanlarda (32,2 ay min-max: 4,0-238,2 ay) ve olmayanlarda (33,1 ay min-max: 0,1-369,5 ay) benzer bulundu ($p=0,102$). Yeterli olay gerçekleşmediği için ortalanca OS süreleri sunulmamıştır.

Sonuç:

Bu çalışmada tanı anında diyabeti olanlarda olmayan gruba göre, tanı yaşı, vücut kitlesi dışında MK seyrinde fark saptanmamıştır. Ancak prospektif randomize çalışmalar daha doğru sonuç verecektir.

EP-253

MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN CMF VE RADYOTERAPİNİN ETKİSİ: OLGU SUNUMU

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU¹, İBRAHİM
PETEKKAYA¹, EMİNE PETEKKAYA², KADRİ ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL
ONKOLOJİ BİLİM DALI

² ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANATOMİ BİLİM
DALI

Amaç:

Neoadjuvan kemoterapi lokal ileri evre meme kanserlerinde uygulanan tedavi şeklidir. Kullanılan farklı kemoterapi seçenekleri bulunmaktadır. Siklofosfamid, metotreksat, fluorourasil (CMF) rejimi uygulanan hastalarda yanıt oranları iyi görünmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Takip ettiğimiz neoadjuvan CMF ve radyoterapi uygulanan iki vakayı sunuyoruz.

Bulgular:

Olgu-1: 68 yaşında bayan, sol memede kitleyle polikliniğimize başvurdu. Kitleden alınan biyopsi sonucu invaziv ductal karsinom, grad III, ER negatif, PR pozitif ve Her-2 negatif olarak tespit edildi. cT2N0M0 olarak gelen hastaya neoadjuvan siklofosfamid, metotreksat, fluorourasil (CMF) başlandı. 5 kür CMF sonrasında tümör boyutu stabildi. Opere edildi. T4N1M0 olduğu görüldü. Radyoterapi tedavisi uygulandı. Hasta anastrozol tedavisiyle izleniyor. 17,1 aydır takip edilen hasta hastalısız izleniyor.

Olgu-2: Sağ memede kitle nedeniyle başvuran 69 yaşında kadın hastada sağ meme üst iç kadranda kitle tespit edildi. Kitleden alınan insizyonel biyopsi sonucu IDC ve ILC, grad III, ER pozitif, PR pozitif, Her-2 negatif olduğu görüldü. c T2N0M0 olan hastaya neoadjuvan CMF başlandı. 3 kür CMF sonrası parsiyel remisyon tespit edildi. Toplam 6 kür CMF tedavisi sonrası tümör boyutu 4,4 cm'den 3 cm'ye geriledi. Opere edildi. T3N1M0 olarak geldi. Radyoterapi uygulandı. Hasta 28,6 aydır takip ediliyor, letrozol tedavisi almakta ve nüks izlenmedi.

Sonuç:

Takip ettiğimiz hastalarda tam yanıt olmakla beraber neoadjuvan CMF ve radyoterapi etkisini net olarak belirleyebilmek için geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EP-254

9 HAFTALIK ADJUVAN TRASTUZUMAB TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN SONUÇLARI

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, İBRAHİM
PETEKKAYA, KADRİ ALTUNDAĞ

*HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL
ONKOLOJİ BİLİM DALI*

Amaç:

Trastuzumab HER-2 pozitif hastalarda rutin olarak kullanılan, çalışmalarda etkinliği gösterilmiş ajandır. Dokuz haftalık trastuzumab uygulamasının sağkalımı nasıl etkilediğine dair az veri bulunmaktadır. Hastanemizde 9 haftalık trastuzumab tedavisi almış hastalar incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Takip edilen toplam 2218 meme kanseri vakası retrospektif olarak incelendi. 9 haftalık trastuzumab tedavisi alan 165 vaka olduğu tespit edildi. Vakaların analizi yapıldı.

Bulgular:

9 Haftalık trastuzumab tedavisi alan 165 hasta tespit edildi. Tanı anındaki yaş ortalamaları $47,3 \pm 10,0$ idi. 62 hasta (%37,6) postmenopozal, 82 hasta (%49,7) premenopozal, 20 hasta (%12,1) perimenopozaldı. Oral kontraseptif kullanımı hastaların %23'ünde tespit edildi. Histolojik olarak en sık görülen patolojik tanı 145 vaka (% 87,9) ile invaziv duktal karsinom (IDC) idi. Hastaların %49,1'inde ER pozitif, %54,5'inde ise PR pozitifliği mevcuttu. Tanı anında metastatik hasta sayısı 8 (%4,8)'di. Evrelere göre hasta yüzdeleri, evre 1 %10,9, evre 2a %21,2, evre 2b %17,6, evre 3a %21,2, evre 3b %0,6, evre 3c %18,8 ve evre 4 %4,8 idi. Hastaların 18'inde (% 10,9) nüks geliştiği ve takip süresince 8 hastanın (%4,8) öldüğü görüldü. Hastaların ortalama takip süreleri $30,9 \pm 13,4$ ay'dı. İki yıllık sağ kalım oranı % 98,3 olarak tespit edildi. Gereken olay sayılarının

az olması sebebiyle ortanca sağ kalım ve hastalıklı sağ kalım süreleri belirtilmedi.

Sonuç:

9 haftalık adjuvan trastuzumab tedavisiyle standart rejim olan 1 yıllık adjuvan trastuzumab tedavisini karşılaştıran çalışma sonuçları optimal trastuzumab kullanımının nasıl olması gerektiğini gösterebilir.

EP-255

PREMENOPAZAL MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA ADJUVAN AC İLE ADJUVAN CMF KULLANIMININ SURVİ ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, İBRAHİM PETEKKAYA, BURCU KIZILARSLANOĞLU, KADİR ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanserinde premenopozal kadınlarda adjuvan doksorubisin ve siklofosfamid (AC) kombinasyonu ile siklofosfamid, metotreksat, fluorourasil (CMF) kombinasyonu arasında survi açısından farkı incelemek.

Gereç ve Yöntem:

Takip edilen 2218 meme kanseri vakasının bulunduğu veri tabanı retrospektif incelendi. Premenopozal dönemde tanı almış toplam 372 olgunun adjuvan AC yada CMF aldığı tespit edildi. İki grup arasında survi açısından fark incelendi.

Bulgular:

AC grubunda 314, CMF grubunda ise 58 hasta vardı. Ortanca takip süresi 28,9 ay (0,1-299,3 ay) idi. AC grubunda tam remisyon oranı %76,4 iken CMF grubunda %84,5 bulundu (p=0,17). Ölen hasta oranları AC grubunda %5,4, CMF grubunda ise %1,7 idi (p=0,46). Nüks oranları AC grubunda %17,5 iken CMF grubunda %13,8 idi (p=0,46). İki yıllık sağ kalım oranları AC alanlarda %98,4 iken CMF alanlarda %100 bulundu (p=0,50). Beş yıllık sağ kalım oranları AC grubunda %88,1 iken CMF grubunda %91,7 idi (p=0,71). Beş yıllık progresyonsuz sağ kalım oranları AC grubunda %58,6 iken CMF grubunda %66,7 idi (p=0,54).

Sonuç:

Çalışmamızda premenopozal kadınlarda adjuvan AC ile CMF kullanımının survi üzerine etkileri karşılaştırılmıştır. Her iki kombinasyon tedavisinde de survi oranları istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur. CMF kullananlarda oranlar daha iyi görünmekle beraber fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Hangi kombinasyonun daha etkili olduğunu göstermek için randomize, prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EP-256

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALANLARDA MEME KANSERİ ÖZELLİKLERİ: RETROSPEKTİF BİR ANALİZ

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, İBRAHİM PETEKKAYA, BURCU KIZILARSLANOĞLU, KADİR ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

İnfertilite tedavisi alanlarda artmış meme kanseri (MK) riski bildirilmektedir. Özellikle akrabalarında MK olanlarda infertilite tedavisi kullanımıyla MK riskinde artış olduğu vurgulanmaktadır. Burada infertilite tedavisi almış MK olan hastalarının özellikleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizin MK veri tabanından daha önce infertilite tedavisi alan hastalar retrospektif olarak tespit edildi. Hastaların klinik ve patolojik özellikleri analiz edildi.

Bulgular:

Toplam 28 hasta olduğu görüldü. Tanı anındaki yaş ortalamaları 48 ± 7 yıl idi. Premenopozal hasta sayısı 16, postmenopozal 10 ve perimenopozal 2 idi. On altı hastanın (%57,1) akrabasında kanser öyküsü vardı. Sekiz hastanın (%28,6) akrabasında MK öyküsü vardı. En sık tespit edilen MK tipi invazif duktal karsinomdu (%85,7). ER pozitifliği %71,4 hastada, PR pozitifliği %64,3 hastada ve Her-2 pozitifliği %32,1 hastada saptandı. Tanı anındaki evreleri; %85,8'i T1-2, %71,4'ü N0-1 ve %89,3'ü M0 idi. Kemoterapi %71,4'üne uygulandı. Radyoterapi kullanımı %67,9'du. İki hastada (%7,1) nüks ve 3 hastada (%10,7) metastaz geliştiği görüldü. Ortanca takip süresi 12,8 ay (0,3-55,7 ay) idi.

Sonuç:

Aile öyküsünde MK olması meme kanseri riskini artırmaktadır. MK olanların %15'ten daha az bir kısmında aile öyküsünde MK olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda ise hastaların %28,6'sında aile öyküsünde MK vardı. Bu sonuç özellikle aile öyküsü olan hastalarda infertilite tedavisinin MK riskini artıracak bilgisi desteklemektedir.

EP-257

25 YAŞ ALTI MEME KANSERİ OLGULARININ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KOMORBİDİTE: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İBRAHİM PETEKKAYA, ÖMER VURAL, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, ALPER ALNAK, KADİR ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanserinin (MK) görülme insidansı artmaktadır. Genelde postmenopozal kadınların hastalığıdır. Otuz yaş altı meme kanseri görülme sıklığı %0,8'dir. Genç yaşta görülen meme kanserli olguların klinikopatolojik özellikleri ve prognozları tam olarak aydınlatılamamıştır.

Gereç ve Yöntem:

H.Ü.T.F. Medikal Onkoloji Bilim Dalında takip edilen 2219 MK hastaların içerisinde 25 yaş ve altı MK vakalarının hastalık patolojisi, gradı, hormon statusu, operasyon şekli, verilen medikal tedavi şekli, birinci derece akrabalarında MK öyküsü araştırıldı.

Bulgular:

25 yaş ve altı hasta sayısı 19'du (% 0,8). Bir hasta erkekti.

Ortanca yaş 23'tü (min. 20 maks. 25). Tümörün cerrahi olarak rezeke edilmesinde en sık kullanılan yöntem Modifiye Radikal Mastektomiydi (MRM). Hastaların klinik ve tümör patolojisine ait diğer özellikler Tablo 1'de gösterildi. İki hastada birinci derece akrabalarda MK öyküsü tespit edildi. Tanı anında ortalama tümör boyutu 4.42 cm'di. En sık görülen patolojik alt tip IDC'di. 9 hastada LN pozitif. Tanı anında uzak organ metastazı yoktu. yedi hastada nüks görüldü. Bu nükslerin en sık kemik, akciğer, lokal dokulara olduğu izlendi. Takip süresince 1 (% 5.2) hasta progresyon sebebiyle kaybedildi

Sonuç:

MK olgularının küçük bir kısmı 25 yaş ve altı popülasyonda görülür. Genellikle tanı anında uzak organ metastazlarının olmaması, az oranda lenf nodu pozitifliği olmasına rağmen rölatif olarak kötü prognoza sahip olması, optimal adjuvan terapi seçiminin önemini yansıtmaktadır. Çalışmalarda yeterli büyüklükte hasta popülasyonları olmaması hastalığın prognostik faktörleri hakkında kesin bilgilere ulaşılmasını etkilemektedir.

EP-258

MEME KANSERİ HASTALARINDA TİROİD PATOLOJİLERİNİN SIKLIĞI

İBRAHİM PETEKKAYA, ALPER ALNAK, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, ÖMER VURAL, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanserli hastalarda eş zamanlı tiroid patolojilerinin sıklığının arttığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada meme kanserli hastalarda tiroid patolojileri ve sıklığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimize 2004-2012 yılları arasında başvuran 2219 meme kanseri öyküsüne sahip hastanın verileri retrospektif olarak tiroid hastalıkları yönünden değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların 446 (%20.1)'sında tiroid patolojisi tespit edilmiştir. Sıklık sırasına göre; 177 (%7,9) hastada multinodüler guatr, 153 (%6,9) hastada diffüz guatr, 59 (%2,7) hastada tanısı bilinmeyen guatr patolojisi görülmüş. 124 (%5,6) hastanın benign nedenlerden dolayı tiroidektomi öyküsü vardı. 20 (%0,9) hastada hashimoto tiroiditi, 9 (%0,4) hastada iyi diferansiye tiroid kanseri öyküsü, 6 (%0,3) hastada diğer tiroidit türleri, 6 (%0,3) hastada ise toksik guatr öyküsü vardı.

Sonuç:

Meme kanseri ve tiroid hastalıkları arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinen ve mekanizması halen araştırılmakta olan bir konudur. Bu ilişkinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, birçok çalışmada radyoaktif iyot terapisinin bu ilişkiye sebep olabileceğinden bahsedilmiştir. Bu çalışmalarda meme kanserli hastalarda, tiroid hastalıklarının her türünün sağlıklı

popülasyona göre daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular mevcut literatür ile de uyum göstermektedir. Bu bilgiler ışığında tiroid patolojisi olan kişilerin meme kanseri taramasına diğer kişilerden daha fazla önem göstermesi tavsiye edilmektedir. Sağlık görevlilerinin de tiroid tedavisi alan hastaları bu konuda bilgilendirmeleri ve ortaya çıkabilecek meme kanserlerine engel olmak veya erken teşhis edebilmek için bu hastaların takiplerinde daha dikkatli olmaları uygun olacaktır.

EP-259

UZUN YAŞAM SÜRELİ SEMPTOMATİK BEYİN METASTAZLI MEME KANSERİ

AKIN ÖZTÜRK, MUSTAFA BOZKURT, ESAT NAMAL, KEZBAN NUR PİLANCI, KÜBRA AYDIN, OSMAN GÖKHAN DEMİR

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Beyin, kemik, akciğer metastazlı meme kanserli olgu, uzun süreli sağ kalımı sebebi ile sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

54 yaşında, 1994 yılında sol meme IDC, ER(-), PR(-) tanısı ile MKC, adjuvan KT, RT uygulanmış.

Bulgular:

1997'da lokal nüks, MRM uygulanmış. 1999'da akciğer metastazı, 2005 parietal kemik metastazı. 2006'da parietal kemikte nüks. 2008'de bu bölgede tekrar nüks, parietal kemik eksizyonu uygulanmıştır. 2009'da cilt, beyin parankiminde yeni metastaz izlenmiştir. 2010'da beyin metastazı. 2011'de progresyon. Parietal bölgedeki metastazın progresyon ve marker progresyonu. Ocak 2012'de Multiorgan yetmezliği sebebi ile ex oldu.

Sonuç:

Hastamızda 1999'da akciğer metastazı çıkmasından sonra 13 yıl, 2005'de kemik metastazı çıkmasından sonra 7 yıl, 2009'da beyin parankim metastazı çıkmasından sonra 3 yıl sağ kalım sağlanmıştır. Ocak 2012'de multiorgan yetmezliği sebebi ile ex olmuştur. Literatürde solid organ metastazı sonrası 2 yıl, kemik metastazı sonrası 3 yıllık bildirilen ortanca sağ kalımlar ile karşılaştırıldığında ve hormon reseptör negatif ve c-erb B2 pozitifliği de değerlendirildiğinde oldukça uzun süreli sağ kalım elde edilmiştir.

EP-260

ZOLEDRONİK ASİT'İN SERİN/TREONİN PROTEİN FOSFATAZ İNHİBİTÖRLERİYLE KOMBİNASYONUNUN İNSAN MEME KANSERİ HÜCRELERİNDE AKT PROTEİN DÜZEYİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

BURÇAK KARACA¹, BURCU ÇAKAR¹, ZEKİ SÜRMELİ¹, PINAR GÜRSOY¹, UĞUR MUSLU¹, EMİR BOZKURT², HARİKA ATMACA², ASLI KISIM², SELİM UZUNOĞLU², CANFEZA SEZGİN¹, BÜLENT KARABULUT¹, RÜÇHAN USLU¹

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TULAY AKTAŞ, ONKOLOJİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD,

BORNOVA/İZMİR/TÜRKİYE

² CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, FEN EDEBİYAT FAKÜLTESİ,
BİYOLOJİ BÖLÜMÜ, MURADIYE/MANİSA/TÜRKİYE

Amaç:

PI3K/Akt, hücresel yaşamın sürdürülmesinde ve hücre proliferasyonunda rol oynayan sinyal yollarından biridir. Akt bu yolaktaki temel proteinlerden biri olup, aktivasyon/deaktivasyonunda fosfatazlar önemli rol oynar. Zoledronik asit (ZA), bifosfanat ailesinin bilinen en potent üyesi olup, birçok kanser hücre hattında antitümoral etkileri tespit edilmiş bir ajandır. Calyculin A (CA) ve Okadaik asit (OA) ise serin/treonin fosfataz ailesinden olan Protein fosfataz 1 ve 2A'nın inhibitörüdür. Bu çalışmanın amacı, ZA'nın fosfataz inhibitörleri ile kombinasyonunun insan meme kanseri hücre hatlarındaki (MCF-7 ve MDA-MB-231) sitotoksik ve apoptotik etkilerinin belirlenmesi ve bu kombinasyonların Akt proteini üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

İnsan meme kanseri hücreleri ZA ve serin/treonin fosfataz inhibitörleri ile artan dozlarda ayrı ayrı ve kombine halde 24, 48 ve 72. saat süresince muamele edildi. Sitotoksikite XTT Cell Proliferation Kit (Roche, Mannheim, Germany) kullanılarak ölçüldü. İlaçlar arasındaki sinerjistik kombinasyon dozları CalcuSyn 2.0 (Biosoft) yazılımı ile belirlendi. Apoptotik etkilerin gösterilmesi için Cell Detection Kit (ELISA) kullanıldı ve sonuçlar kaspaz 3/7 enzim aktivitesi ölçülerek doğrulandı. Elde edilen sinerjistik dozlarla muamele edilen meme kanseri hücrelerindeki Akt proteinin miktarları ise Western blot yöntemi kullanılarak belirlendi.

Bulgular:

Meme kanseri hücre hatlarında ZA'nın her iki inhibitörle kombinasyonunun da sinerjistik sitotoksik etkili olduğu tespit edildi. Bu sinerjistik kombinasyonların 72. saatte DNA fragmentasyonunda ve kaspaz 3/7 enzim aktivitesinde artışa neden olduğu gösterildi. Ayrıca ZA'nın CA ve OA ile sinerjistik sitotoksik kombinasyonlarının meme kanseri hücrelerinde Akt proteininde inhibisyona neden olduğu belirlendi.

Sonuç:

İnsan meme kanseri hücre hatlarında ZA'nın serine/treonin fosfataz inhibitörleriyle kombinasyonlarının Akt proteininde inhibisyona neden olduğunu gösteren bu veriler, bu kombinasyonların meme kanseri için yeni bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

EP-261

TRASTUZUMAB TEDAVİSİ ALAN HER-2 POZİTİF METASTATİK MEME KANSERLİ HASTALARDA SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, İBRAHİM PETEKKAYA, BURCU KIZILARSLANOĞLU, FURKAN SARICI, ESAT ÇINAR, BİLGİN SAİT, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Her2 pozitif trastuzumab tedavisi alan metastatik meme kanserlerinde (MK) santral sinir sistemi (SSS) tutulumunun sıklığını belirleyip yaşam sürelerini incelemek.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2218 MK hastası verilerinden Her-2 pozitif trastuzumab tedavisi alan metastatik MK hastaları tespit edildi. Gelişen SSS metastaz sıklığı ve survi incelendi

Bulgular:

Toplam 34 hasta vardı. Tanı anındaki yaş ortalamaları 47±10 yıldı. Hastaların %58,8'i premenopozal, %58,8'i ER pozitif, %44,1'i PR negatif, %53'ü nodal tutulum pozitif. On beş hastada tanı anında tek bölgede metastaz, 19'unda multiple bölgede metastaz vardı. Tanı anında SSS metastazı olan bir hasta (%2,9) vardı. En sık metastaz bölgeleri karaciğer (%50), kemik (%50) ve akciğerdi (%32,4). Metastatik MK tanısından sonra gelişen SSS metastaz sıklığı %23,5'ti. Ortanca takip süreleri 17,3 (min-max: 0,2-70,6) aydı. SSS tutulumu sonrası ortanca takip süresi 10,9 (min-max: 0,8-18,6) aydı. Ölen hasta sayısı 5'ti (%14,7). SSS metastazı olanların ortanca sağkalım süreleri (33 ay; min-max: 8,1-33,2 vs 59,9±6,2 ay) olmayanlara göre daha düşüktü (p=0,003). SSS metastazı olan ve olmayanlarda ortanca PFS süreleri (10,6 ; min-max: 5,9-23,1 vs 17,8 ; min-max: 6,9-35,3) benzerdi (p=0,069).

Sonuç:

Metastatik, Her-2 pozitif, trastuzumab kemoterapisi alan MK hastalarda izlem süresince SSS metastazı sık görülmekte, erken dönemde gelişmekte ve agresif seyretmektedir.

EP-262

TRASTUZUMAB'IN İNDÜKLEDİĞİ SİĞREN'S SENDROMU

AKIN ÖZTÜRK ¹, MUSTAFA BOZKURT ¹, ESAT NAMAL ¹, KEZBAN NUR PİLANCI ¹, OSMAN GÖKHAN DEMİR ¹, AYŞE HURİ ÖZDOĞAN ²

¹ İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

² İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Trastuzumab'a bağlı gelişen Sjögren's sendromlu olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Meme karsinomlu, sistemik metastazı bulunmayan, fizik muayenesi normal olan hastamıza trastuzumab tedavisi planlandı. Öz geçmişinde sadece Hashimoto tiroiditi tanısı ile takipli ve ötiroid olduğu öğrenildi.

Bulgular:

Trastuzumab uygulamasının 2. gününde başlayan ve şiddeti artarak devam eden bilateral diz eklem şişliği oluştu. Öncesinde benzer şikayetleri olmayan hastanın fizik muayenesinde bilateral diz ekleminde sıvı, ısı artışı, hareketle artan ağrı saptandı. Diğer eklemlerinde patoloji yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde ESR 50mm/s, CRP 2mg/dl, RF(-), anti ccp(-) ,

anti-SSA (-) idi. ANA 1/320 pozitif bulundu. Diğer laboratuvar bulguları normaldi. Göz muayenesi Sjögren's sendromu ile uyumluydu. Diz MRI'de bilateral eklem içi efüzyon ve sinoviyal proliferasyon, enflemasyon izlendi. Sinoviyal sıvı analizinde hafif inflamasyon saptandı.

İki ay trastuzumab tedavisi almayan hastanın tüm bulguları geriledi. Daha düşük dozda tekrar trastuzumab başlandığında semptomlar tekrarlandı. Yaklaşık 4 aydır trastuzumab almayan hasta şu anda yakınmasız.

Sonuç:

Hashimoto tiroiditi anamnezi olan bu olgumuzda trastuzumab'ın indüklediği otoimmün bir sendrom olan Sjögren sendromu düşünüldü. Literatür taramasında trastuzumab tedavisi ile tetiklenen, özellikle büyük eklem artriti ile seyreden Sjögren sendromu ilişkisi saptanmadı. Otoimmün hastalık hikayesi olan bir hastada Trastuzumab'ın benzer bir otoimmün reaksiyonu tetikleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

EP-263

MEME KANSERİNDE TANI İLE TEDAVİ BAŞLAMA ARASINDA GEÇEN SÜRENİN YAŞAM SÜRESİ ÜZERİNE ETKİSİ

BURCU KIZILARSLANOĞLU¹, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU¹, İBRAHİM PETEKKAYA¹, ELSHAD HASANOV¹, VEYSEL AYYILDIZ², KADRİ ALTUNDAĞ¹,

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Meme kanseri tanısından sonra kemoterapi ve/veya hormonoterapi başlanmasına kadar geçen sürenin sağkalım üzerine etkisini incelemek

Gereç ve Yöntem:

Takip ettiğimiz, tanı tarihi ile kemo ve/veya hormonoterapi başlangıç süreleri bilinen 1999 hastanın verisi retrospektif incelendi. Gecikme süresi, grup 1; 0-20 gün, grup 2; 21-40 gün, grup 3; 41-60 gün, grup 4; 61 gün ve üzeri olarak tanımlandı. Gecikmenin DFS ve PFS üzerine etkisi analiz edildi.

Bulgular:

Ortalama tanı yaşı 49±11 yıldır. Ortanca gecikme süresi 24 (min-max: 0-205 gün) gündü. Hastaların %38,9'u grup 1, %46,3'ü grup 2, %10,1'i grup 3, %4,8'i grup 4'teydi. Ortanca takip süreleri 54,7 (min-max: 0,3-368,4) ay, ortanca DFS 31,9 (min-max: 0,2-364,3) ay, ortanca PFS 32,3 (min-max: 0,2-369,5) aydı. Beş ve on yıllık sağkalım oranları %81,1 ve %55,5'ti. Gecikme ile PFS, DFS arasında zayıf negatif bir korelasyon tespit edildi (sırasıyla, $r=-0,123$, $p=0,02$ ve $r=-0,111$, $p=0,03$). Gecikme süresi arttıkça ortanca PFS azalmaktaydı (grup 1: 33,1 ay, grup 4: 14,1 ay, $p=0,003$). Gruplar arasında ortanca DFS süreleri benzer bulundu ($p=0,24$). Bir aydan daha az ve bir aydan daha çok şeklinde 2 gruba ayrıldığında bir aydan fazla gecikmenin DFS'yi azalttığı görüldü (sırasıyla, 43,6 ay; %95 CI 38,5-48,6 vs 37,5 ay; %95 CI 32,8-42,1, $p=0,05$)

Sonuç:

Çalışmamızda tedavide gecikmenin DFS ve PFS sürelerini olumsuz etkileyeceği gösterilmiştir. DFS ve PFS ile gecikme süreleri arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

EP-264

İZOLE KARACİĞER METASTAZI OLAN MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK, PATOLOJİK VE SURVİ ÖZELLİKLERİ

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL

KIZILARSLANOĞLU, ELSHAD HASANOV, MUSTAFA SOLAK, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanseri seyrinde karaciğer metastazlarından (KM) sonra prognoz kötüdür. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen ve izole KM saptanan hastaların klinikopatolojik özellikleri ve yaşam süreleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2218 meme kanseri hastası verisi incelendi. İzole KM olan 47 (%2,1) hasta olduğu tespit edildi. Hastaların klinik, patolojik özellikleri, aldıkları tedaviler ve survi özellikleri incelendi.

Bulgular:

Tanı anında yaş ortalamaları 46±11 yıldır. Hastaların %51,1'i premenopozaldır. Oral kontraseptif kullanımı %21,3, HRT kullanımı %17'yd. ER pozitif hasta %53,2, PR pozitif %46,8, Her-2 pozitif %40,4'tü. Nodal tutulumu olan %38,2, tanı anında evre 1 %6,4, evre 2 %27,7, evre 3 %27,6, evre 4 %29,8'di. Ortanca KM boyutu 25 mm (min-max: 2-85 mm) idi. KM sonrası uygulanan tedaviler %83 hastada sistemik kemoterapi, %6,4'ünde sistemik kemoterapi ve RF ablasyon, %10,6'sına sistemik kemoterapi ve metastazektomiydi. KM sonrası 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları %84,6 ve %26,7'yd. Hastaların %4,3'ünde tam yanıt, %72,3'ünde progresyon, %23,4'ünde stabil hastalık vardı. 12 hasta (%25,5) progresyon sonrası kaybedildi. Ortanca sağkalım süresi 100,9 aydı (%95 CI 71,0-130,7 ay). Karaciğer metastazı sonrası ortanca sağkalım süresi 65,5 aydı (%95 CI 32,5-98,5 ay). karaciğer metastazı sonrası ortanca PFS 31,7 aydı (%95 CI 6,2-57,1 ay). KM çapı 25 mm altında ve üstünde olanlarda ortanca PFS benzerdi (31,7 vs 15,4 ay, $p=0,08$)

Sonuç:

Bu çalışmada KM sonrası yaşam süresi literatürdeki verilere göre yüksek bulunmuştur. Uygun sistemik kemoterapi ile yanıtların iyi olabileceği gösterilmiştir.

EP-265

MEME KANSERİNDE KEMOTERAPİ İLE MENOPOZ ÖNCESİ DÖNEMDEN MENOPOZ SONRASI DÖNEME GEÇİŞ SIKLIĞI

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL

KIZILARSLANOĞLU, ELSHAD HASANOV, MUSTAFA SOLAK, TANER BABACAN, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kemoterapi sonrası erken menopoz gelişiminin riskini belirlemek güçtür. Çünkü kemoterapi tipi ve yaş gibi menopoz durumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen hastalarda premenopozal dönemde olup kemoterapi sonrası postmenopozal döneme giren hasta sıklığını tespit etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2218 meme kanseri hastasının verisi retrospektif olarak incelendi. Kemoterapi sonrası menopozal durumu değişen hastaların sıklığı incelendi

Bulgular:

Tanı anında menopozal durumu bilinen 2201 hasta vardı. Tedavi öncesinde premenopozal dönemde olan hasta sayısı 1071 (%48,7), postmenopozal 994 (%45,2) ve perimenopozal 136 (%6,2) idi. Tedavi öncesi premenopozal dönemde olan hastalardan 42'sinde (%3,9) tedavi sonrası menopoz geliştiği görüldü. Perimenopozal dönemde olan hastaların ise %1,5'inde tedavi sonrası menopoza girdiği görüldü. Menopoz öncesi (premenopozal ve perimenopozal) dönemde tedaviye başlanan hastaların %3,6'sının tedavi sonrası postmenopozal döneme girdiği görüldü. Tedavi öncesi premenopozal dönemdeki hastalar incelendiğinde, tedavi sonrası postmenopozal olanların tedavi sonrası menopozal durumu değişmeyenlere göre daha yaşlı oldukları tespit edildi (43±5 yıl vs 41±6, p=0,007).

Sonuç:

Bu çalışmada menopoz öncesi dönemde olup kemoterapi ile postmenopozal döneme giren hastaların sıklığı %3,6 olarak tespit edilmiştir. İleri yaşın bu duruma katkı sağlamış olabileceği gösterilmiştir.

EP-266

BÖBREK HÜCRELİ TÜMÖRDE MİDE METASTAZI: OLGU SUNUMU

BİLGE AKTAŞ, FAYSAL DANE, ERDOĞAN SELÇUK ŞEBER, FERHAT TELLİ, MUHARREM KOÇAR, METİN KANİTEZ, MEHMET BEŞİROĞLU, PERRAN FULDEN YUMUK, NAZIM SERDAR TURHAL

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Böbrek hücreli kanserler yaklaşık %25 oranında metastaz yaparlar. Bunların %50'den fazlasını akciğer oluşturur. Karaciğer dışı gastrointestinal sistem metastazları oldukça nadir rapor edilmiştir (% 0.2-0.7). Bizim bilgilerimize göre böbrek hücreli kanserlerin mide metastazları ise literatürde çok ender olarak bildirilmiştir. Diğer metastaz bölgeleri olan hastalara göre prognozları daha kötü olarak bilinmektedir. Bu bildiride mide metastazı tespit edilen bir böbrek hücreli kanser vakasını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

O.O, 66 yaşında erkek hasta. Haziran 2006 tarihinde bel ağrıları nedeniyle yapılan tetkiklerde böbrek hücreli kanser tanısı konulmuş. Böbreğe küratif rezeksiyon yapılan hastaya adjuvan tedavi verilmemiş. Nefrektomiden 6 yıl sonra takibi esnasında bel ağrısı ve midede kazınma şikayeti gelişen hastaya yapılan batin ultrasonunda karaciğerde metastaz şüphesi olunca hasta bize başvurdu.

Bulgular:

Ocak 2012 'de evreleme amaçlı çekilen PET/CT'de; mide antrumu, akciğer hilusu, abdominal lenf düğümleri, karaciğer ve L5 vertebrada metastazla uyumlu görünüm bulunmaktaydı. Bel ağrıları nedeniyle L5 vertebraya radyoterapi uygulanan hastanın devam eden dispeptik şikayetleri olması ve PET/CT'de midede gözlenen tutulumun metastaz veya 2. primer kanser olabileceği şüphesinin bulunması nedeniyle hastaya gastroskopi yapıldı. Mide antrumundan alınan biyopside vimentin immunreaktivitesi pozitif; CK 7, CK 20, TTF-1, kromogranin ise negatif olarak saptanmış olup böbrek hücreli kanserin mide metastazı olarak rapor edildi. Hastanın daha önce sistemik tedavi almamış ve yeni saptanan metastazları olması nedeniyle şubat 2012 tarihinde interferon-alfa tedavisi başlandı.

Sonuç:

Sonuç olarak, böbrek hücreli kanserlerin klinik seyri değişkenlik göstermektedir ve küratif rezeksiyon uygulansa bile bu hastalarda geç metastazlar gelişebilmektedir. Nadir olsa da mide metastazlarının da olabileceği unutulmamalı ve evreleri ne olursa olsun uzun dönem metastaz açısından düzenli olarak takibine devam edilmelidir.

EP-267

İZOLE KEMİK METASTAZI OLAN MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK VE SURVİ ÖZELLİKLERİ

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, BURCU KIZILARSLANOĞLU, ELSHAD HASANOV, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kemik, meme kanserinde en sık görülen metastaz bölgesidir. Beş yıllık yaşam süresi literatürde %20'nin üzerinde bildirilmektedir. Merkezimizde takip ettiğimiz izole kemik metastazı (KM) olan hastaların klinik seyrini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2218 meme kanseri hastası verisi incelendi. İzole KM olan 129 (%5,8) hasta olduğu tespit edildi. Hastaların klinik, patolojik özellikleri ve survi özellikleri incelendi

Bulgular:

Ortalama tanı yaşı 47±12 yıldır. Hastaların %56,6'sı premenopozal, %76'sı ER pozitif, %37,2'si PR pozitif, %14'ü Her-2 pozitif, %69,8'i nodal tutulum pozitif. Tanı anında

metastatik olan hasta sayısı 44 (%34,1) idi. Kemik metastazı sonrası progresyon gösteren hasta sayısı 81 (%62,8) idi. Progresyona bağlı ölen hasta sayısı 19 (%14,7) idi. Kemik metastazı sonrası en sık görülen progresyon bölgeleri; kemik (44 hasta), karaciğer (13 hasta) ve akciğerdi (13 hasta). KM sonrası 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları %90,2 ve %57,5 idi. KM sonrası ortalama PFS 15,4 aydı (%95 CI 11,5-19,3 ay). Ortanca OS süresi olay azlığı nedeniyle hesaplanamadı. Ölen hastalarda ortalama PFS süresi yaşayan hastalara göre daha kısaydı (11,4 ay vs 18,3 ay, p=0,007). Ortanca PFS süreleri ile hormonal durum, grad, tanı anındaki evre, menopozal durum karşılaştırıldığında fark saptanmadığı görüldü.

Sonuç:

Bu çalışmada KM sonrası yaşam süresi literatürdeki verilere benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Ölen hastaların erken sürede progresyon geliştirdikleri gösterilmiştir.

EP-268

MEME KANSERİNDE İZOLE KARACİĞER VE İZOLE KEMİK METASTAZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İBRAHİM PETEKKAYA, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, BURCU KIZILARSLANOĞLU, MUSTAFA SOLAK, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Metastatik meme kanserinde survi azalmaktadır. Bu çalışmada karaciğer ve kemik metastazlarının klinik seyrini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2218 meme kanseri hastası verisi incelendi. İzole karaciğer metastazı (KAM) olan 47 (%2,1) hasta, izole kemik metastazı (KEM) olan 129 (%5,8) hasta olduğu tespit edildi. Hastaların klinik, patolojik özellikleri ve yaşam süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular:

Grupların tanı yaşı ortalamaları benzerdi. İzole KEM olanlarda premenopozal hasta sıklığı daha fazlaydı (%56,6 vs %51,1, p=0,01). İzole KAM olan hastalarda grad III hastalık (%55,3 vs %22,5, p=0,001), hormon reseptör negatifliği (%46,8 vs %17,1, p<0,001) ve Her-2/neu pozitifliği sıklığı daha fazlaydı (%40,4 vs %14,4, p<0,001). Tanı anındaki meme kanseri evresi, progresyon gelişen hasta sayısı, ölen hasta sayısı, metastaz sonrası iki yıllık sağ kalım oranları açısından iki grup benzerdi. İzole KEM olan hastalarda metastaz sonrası 5 yıllık sağ kalım oranı daha fazlaydı (%57,5 vs %26,7, p=0,04). OS süresi izole KEM olanlarda daha uzundu (202±14 ay vs 100 ay %95 CI 71-130 ay, p=0,004). Metastaz sonrası OS süresi izole KEM olanlarda daha uzundu (106±8 ay vs 65 ay %95 CI 32-98 ay, p=0,01). Ortanca PFS süreleri iki grubun benzerdi.

Sonuç:

Bu çalışmada izole KEM olan hastalarda prognoz izole KAM olanlara göre daha iyi olduğu gösterilmiştir.

EP-269

DOCETAKSEL/OCTREOTİD SİNERJİSTİK KOMBİNASYONU İNSAN MEME KANSERİ HÜCRE HATLARINDA SOMATOSTATİN RESEPTÖRLERİ 2 VE 5'İ İNDÜKLEYEREK APOTOZİSE NEDEN OLMAKTADIR

HAKAN ÇAMYAR¹, BURCU ÇAKAR², UĞUR MUSLU², EMİR BOZKURT³, SELİM UZUNOĞLU³, BÜLENT KARABULUT², CANFEZA SEZGİN², RÜÇHAN USLU², BURÇAK KARACA¹

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, BORNOVA/İZMİR/TÜRKİYE

² EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TULAY AKTAŞ, ONKOLOJİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, BORNOVA/İZMİR/TÜRKİYE

³ CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, FEN EDEBİYAT FAKÜLTESİ, BİYOLOJİ BÖLÜMÜ, MURADIYE/MANİSA/TÜRKİYE

Amaç:

Docetaxel (DOC), meme kanseri tedavisinde standart olarak kabul edilen ve mikrotübül stabilizasyon aktivitesine sahip bir antineoplastiktir. Octreotide (OCT) ise, somatostatin'in sentetik bir analogu olup, özellikle somatostatin reseptörleri (SSTR) 2 ve 5 üzerinden pek çok insan kanser hücre hattında antiproliferatif ve apoptotik etkiye sahip olduğu gösterilmiş yeni ve umut vadeden bir ajandır. Bu çalışmada, daha önce insan meme kanseri hücrelerinde sinerjistik sitotoksik etkili olduğunu gösterdiğimiz DOC/OCT kombinasyonunun, kanser hücrelerinde hedefi olan somatostatin reseptörleri 2 ve 5 üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Sitotoksitenin gösterilmesi için XTT yöntemi, apoptozis için Cell Death Detection Elisa Plus Kit ve Caspase-Glo 3/7 Assay yöntemleri kullanıldı. Somatostatin 2 ve 5 reseptör protein düzeyleri western blot yöntemiyle belirlendi.

Bulgular:

Her iki meme kanseri hücre hattında da (MCF-7 ve MDA-MB-231) DOC/OCT kombinasyonunun sinerjistik sitotoksik ve apoptotik etkiye sahip olduğu ve bu etkinin zaman bağımlı olduğu saptandı. Ayrıca bu kombinasyonun, her iki somatostatin reseptöründe de (SSTR2 ve SSTR5) kontrol grubuna ve tek ajan uygulamaya göre artış gösterdiği belirlendi.

Sonuç:

Octreotide, kanser hücrelerinde somatostatin reseptörlerinden 2 ve 5'e bağlanarak çalışmaktadır. Bu nedenle, bu reseptörlerin DOC/OCT kombinasyonu ile hücre yüzeyinde ekspresyonlarının artması, bu kombinasyonunun sinerjistik sitotoksik/apoptotik etkisi için bir moleküler zemin oluşturmaktadır. Bu yeni kombinasyonunun hem yan etki profilinin standart kemoterapötiklerle kıyaslandığında az olması, hem de potent etkinliği nedeniyle meme kanseri için önemli bir seçenek oluşturabileceği düşünülmektedir.

EP-270

İNTRAPLEVRAL PLÖREKTOMİ SONRASI ISITILMIŞ SİSPLATİN-MİTOMİSİN KEMOTERAPİSİ VERİLEN MALİGN PLEVRAL EFÜZYONLU MEME KARSİNOMU OLGUSU

TÜLAY AKMAN¹, SEMİHA HAVAY², OLÇUN ÜMİT ÜNAL¹, NECLA DEMİR¹, TARIK SALMAN¹, UTKU OFLAZOĞLU¹, TUĞBA YAVUZŞEN¹, IŞIL SOMALI¹, AHMET UĞUR YILMAZ¹

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:

Malign plevral efüzyon (MPE) kanser hücreleri tarafından direkt plevra infiltrasyonuna bağlı, indirekt olarak ise mediastinal lenf nodu obstrüksiyonu, bronşiyal obstrüksiyon, pulmoner tromboemboli, superior vena cava sendromu ve onkotik basınç azalmasına bağlı olabilir. Malign plevral efüzyonların %75 den fazlasından akciğer, meme, over karsinomları ve lenfomalar sorumludur. Meme karsinomu, MPE'lerin yaklaşık üçte birinden sorumludur. Meme karsinomunda göğüs duvarı yoluyla direkt yayılım veya plevranın metastatik tutulumuna bağlı olabilir

Gereç ve Yöntem:

OLGU: 10 yıl önce sağ memede invaziv mikropapiller karsinom (ER:+, PR:+, CerB2:+) tanısı konmuş, sağ mastektomi sonrası kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi verilmiş olan 60 yaşında kadın hasta, tanıdan 8 yıl sonra nefes darlığı ile başvurdu. Yapılan tetkiklerde sağda masif plevral efüzyon saptandı. Hastadan gönderilen plevral sıvı örneklemesi patolojisi malign sitoloji ile uyumlu saptandı. Hastaya tüp torakostomi ile kapalı sualtı drenaj sonrasında da kimyasal talk plörodez yapıldı. Ancak izlemde plevral efüzyonun tekrarlaması üzerine Göğüs Cerrahisi Bölümüyle konsülte edilen hastaya torakotomi ile parsiyel plevra biyopsisi ve dekortikasyon operasyonu uygulandı. İntraoperatif sıcak kemoterapi (sisplatin 200 mg ve mitomisin 20 mg) verildi. Plevra biyopsisi patolojisinde ER pozitif boyanan tümör hücreleri, meme karsinomu ile uyumlu metastatik karsinom (cerbb2:+) olarak saptandı. Ardından hormonoterapi başlanan hasta, operasyondan sonra geçen 25 aylık dönemde halen satabil olarak izlenmektedir.

Bulgular:

MPE sistemik kemoterapiye yanıt vermez ve tedavi genellikle palyatiftir. Geleneksel sklerozan ajanların tersine intraplevral kemoterapi plevral efüzyon yanısıra altta yatan maligniteyi de tedavi etme potansiyeline sahiptir. Günümüzde ise sisplatin, sitarabin, etoposid, florourasil, mitomisin intraplevral kemoterapide kullanılmaktadır. Sisplatin intrakaviter kemoterapide yaygın olarak kullanılmıştır, etkili ve güvenli olduğu gösterilmiştir.

Sonuç:

Sonuç olarak intraplevral cisplatin ve mitomisin, dirençli tekrarlayan MPE palyatif tedavisinde bir seçenek olabilir. Sistemik kemoterapiye göre plevral kaviteye direkt geçişine bağlı sistemik kemoterapiye göre daha etkin olabilir. Ancak bu konuda halen literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır ve bu yüzden yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-271

METASTATİK MEME KANSERLİ HASTALARDA MEME CERRAHİSİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ

UĞUR ŞAHİN¹, İBRAHİM PETEKKAYA¹, DENİZ YÜCE², SAİM FURKAN SARICI¹, KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Tanı anında uzak metastaz varlığında mastektominin sağkalıma katkısının araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

2004 ve 2012 arasında bölümümüzde takip edilen ve tanı anında uzak metastazı olan kadın hastalar retrospektif olarak çalışmaya alındı.

Bulgular:

115 hastanın % 50,4'ü post-menopozaldi. Ortanca tanı yaşı 51 (27-76)'di. % 96,8'inde orta veya kötü diferansiye histoloji mevcuttu. % 80,9'unda hormon reseptörü, % 27,0'sinde HER2 pozitifliği. % 56,5'inde tanı anında tek bir anatomik bölgede metastaz mevcuttu. % 31,3'üne cerrahi uygulanmazken % 12,2'sine takiplerinde meme koruyucu cerrahi, % 56,5'ine modifiye radikal mastektomi uygulandı. Ortanca takip süresi 22,9 aydı (6,0-74,4). Hastaların % 47,8'inde nüks izlendi. Nükse kadar geçen ortalama süre 18,5 aydı (4,0-55,9). Hiç mortalite izlenmedi. İkinci yılın sonundaki PS % 51,3'tü. Meme cerrahisi yapılan post-menopozal hastalarda PS, yapılmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (P=0,04). Histolojisi İDK olanlarda meme cerrahisi daha uzun ortalama PS ile ilişkiliydi (P=0,04). Histolojisi İDK olan post-menopozal hastalarda bu ilişki daha belirgindi (P=0,001). Tanı anında tek bir veya birden fazla anatomik bölgede tutulumu olmasının PS üzerinde etkisi yoktu (sırasıyla P=0,43 ve P=0,17). Hormon reseptör durumu meme cerrahisinin PS üzerindeki etkisini değiştirmemekteydi. HER2 negatif post-menopozal hastalarda sağkalım üzerinde olumlu etki izlendi (P=0,03).

Sonuç:

Primer kitleye cerrahi uygulanması post-menopozal hastalarda ortalama 22,9 aylık takip süresi içinde, tutulan anatomik bölge sayısından bağımsız olarak PS avantajı ile ilişkilidir. Histolojisi İDK ve HER2 negatif post-menopozal hastalarda daha faydalı olabilir.

EP-272

65 YAŞ ÜSTÜ MEME KANSERLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

FATMA P. TÜRKÖZ, MUSTAFA SOLAK, ÖZGE KESKİN, ÇAĞATAY ARSLAN, YAVUZ ÖZİŞİK, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanseri (MK) tedavisinde anlamlı bir ilerleme

kaydedilmesine karşın, 65 yaş ve üzeri hastalarla ilgili klinik çalışmalar oldukça kısıtlı olup, bu tedavilerin MK olan yaşlı hastalarda sağkalım üzerine etkisi açık değildir. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastaların demografik, klinik özellikleri ve sağkalım oranları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde takip ve tedavi edilmekte olan 2220 MK tanılı hastadan, 65 yaş ve üzerinde tanı alan 243 (%10.9) olgunun yaşları, eşlik eden komorbid hastalıkları, tümör histolojisi ve evresi, hormon reseptör durumları, nüks ve mortalite oranları analiz edildi.

Bulgular:

Hastaların medyan yaşı 72 (65-90) yılı. 4'ü erkek (%1.5), 239'u kadındı. En sık histoloji invaziv duktal karsinomdu (%67.8). 62 hastada T1, 115 hastada T2 ve 46 hastada ise T3-T4 tümör saptandı. %15.4'ünde grad 1, %40.4'ünde grad 2 ve %28.5'inde grad 3 tümör gözlemlendi. Başvuruda %41.2'sinde nod-negatif, %10.8'inde metastatik hastalık vardı. %67.7' sinde luminal A, %13.1'inde tripl negatif, %7.3'ünde luminal B ve %6.9'unda HER-2 pozitif MK vardı. Hastaların %75'ine adjuvan ve %23'üne neoadjuvan tedaviler uygulandı, %77.3'üne hormonoterapi, %43.8'ine kemoterapi verildi. Hastaların %92.3'ü opere edildi. En sık eşlik eden komorbid hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%61.9), diabetes mellitus (%22.3), hipotiroidi (%19.6), osteoporoz (%16.2) ve iskemik kalp hastalığıydı (%11.5). bunları KOAH, konjestif kalp yetmezliği ve depresyon izlemekteydi. 13 hastada MK ikinci primer olarak geliştiği görüldü. 19 aylık medyan takip süresinde 81 (%31.2) hastada nüks ve 31 (%11.9) hastada exitus görüldü. 65 yaş ve üzeri hastalarda 5-yıllık genel sağkalım % 74, hastalıksız sağkalım ise % 42 olarak bulundu.

Sonuç:

Günümüzde genel nüfus içindeki yaşlı insan sayısı hızla artmakta, buna paralel olarak da 65 yaş ve üzerindeki nüfusta kanser sıklığı ve mortalitesinin de artması beklenmektedir. Çalışmamızda hastaların %86.5'inin eşlik eden komorbid hastalığı vardı ve kemoterapi ancak yarıdan azına uygulanabildi. Yaşlı nüfusta tedavi yaklaşımlarını ve fayda/toksisite oranlarını belirlemek için daha fazla klinik araştırmalara gerek vardır.

EP-273

ADJUVAN TAC KEMOTERAPİSİ ALAN HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRMESİ

MUSTAFA SOLAK, FATMA P. TÜRKÖZ, ÖZGE KESKİN, FURKAN SARICI, YAVUZ ÖZİŞİK, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Nod-pozitif meme kanseri hastalarında adjuvan TAC (dosetaksel/doksorubisin/siklofosfamid) kemoterapi protokolü sıklıkla tercih edilen bir rejimdir. Bu çalışmada adjuvan TAC kemoterapisi verilen hastalarımızın klinik ve histopatolojik özellikleri ile genel ve hastalıksız sağkalım oranları araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

2001-2011 yılları arasında meme kanseri tanısı alan, kliniğimizce takip ve tedavi edilen 2128 hastadan, adjuvan TAC kemoterapisi

verilen 277 (%15.7) hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. TAC kemoterapisi 75/50/500 mg/m² dozunda, 3 haftada bir, 6 kür şeklinde uygulandı.

Bulgular:

Hastaların %98.6'sı kadın, %1.4'ü erkek olup, ortalama yaşları 45.5±9.4 yılı (20-69). %48.3'ü premenopozal ve %45.4'ü postmenopozaldı. En sık histopatoloji infiltratif duktal karsinomdu (%87.1). Hastaların %74.1'ine modifiye radikal mastektomi, %24.9'una meme koruyucu cerrahi operasyon uygulanmıştı. 7 (%2.5) hastada bilateral meme kanseri mevcuttu. Hastaların büyük çoğunluğu (% 56.4) evre 3 hastalık ile başvurmuştu ve %95.3'ünde grad 2-3 hastalık mevcuttu. 54 (%19.7) hastada T1, 150 (%54.7) hastada T2, 57 (%20.8) hastada T3 ve 12 (% 4.4) hastada T4 tümör saptandı. 124 (% 44.8) hastanın N1, 74 (%26.7) hastanın N2 ve 68 (%24.5) hastanın N3 tümörü vardı. Tümörlerin % 50.5'inde lenfovasküler invazyon, %5.1'inde ise perinöral invazyon saptadı. Hastaların %70.8'inde östrojen reseptörü, %71.5'inde progesteron reseptörü ve %12.3'ünde de HER-2/neu pozitifliği görüldü. Luminal A %70.8, luminal B %9.1, HER-2 pozitif meme kanseri %3.3 ve tripl negatif meme kanseri ise %16.8 sıklığında gözlemlendi. Medyan izlem süresi 21.6 ay (17.9-25.2) olup, takipte hastaların %17.7'sinde (n=38) ölüm, %24.9'unda (n=69) nüks görüldü. 5-yıllık genel sağkalım oranı %60, hastalıksız sağkalım oranı ise %41 olarak bulundu. Kaplan-Meier yöntemi ile ortalama sağkalım süresi 104 ay (% 95 CI 81.2-127.1), hastalıksız sağkalım süresi ise 67 ay (% 95 CI 50.6-82.7) olarak hesaplandı.

Sonuç:

BCIRG-001 çalışmasının sonuçlarında TAC rejiminin nüks riskini %28, ölüm riskini ise %30 azalttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde, TAC kemoterapisinin nod-pozitif meme kanserli hastalarda etkin bir rejim olduğu görülmektedir.

EP-274

BU BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

EP-275

MEME KANSERLİ HASTALARIN İKİNCİ DERECE YAKINLARINDA, MEME/OVER KANSERİ VE DİĞER MALIGNANSİLER GÖRÜLME SIKLIĞI

MUSTAFA SOLAK, ÖZGE KESKİN, FATMA P. TÜRKÖZ, TANER BABACAN, ZAFA RARIK, İBRAHİM PETEK KAYA, KADRI ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Aile öyküsünün meme kanseri için risk oluşturduğu iyi bilinmesine karşın, literatürde aile öyküsü pozitif meme kanserli hastaların klinik ve patolojik özelliklerini değerlendiren çalışmalar az sayıdadır ve sonuçları birbirinden farklıdır. Bu çalışmada ikinci derece derece yakınlarında kanser olan hastaların demografik, klinik, patolojik ve sağkalım özelliklerini araştırmak amaçlandı

Gereç ve Yöntem:

1981-2011 tarihleri arasında tanı alan, Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde takip ve tedavi edilmekte olan,

2005 meme kanseri tanılı hastadan, aile hikayesi bilinen 1987 hasta ve bu hastaların toplam 2241 yakını analiz edildi. Hastaların kanser olan yakınlarının derecesi ve sayısı, kanser tipi, hasta ve yakınının yaşı, tümör özellikleri ve sağkalım süreleri araştırıldı. Ki kare, Kaplan-Meier ve Cox regresyon analizleri kullanıldı.

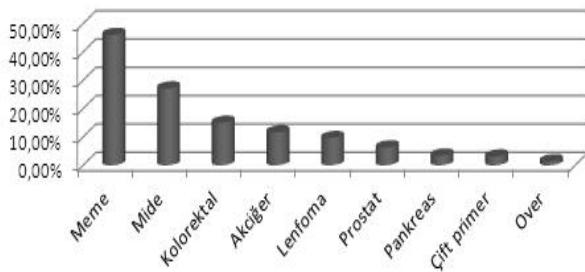
Bulgular:

13'ü erkek, 1974'ü kadın olmak üzere, 1987 hastanın 1140'ında (%57,4) ailede kanser öyküsü vardı. 669 (%58,7) hastanın 1.derece, 354 hastanın 2.derece (%31,1) ve 117 (%10,3) hastanın 3.derece yakınlarında kanser tanısı vardı. En sık rastlanan kanserler grafik 1'de gösterildi. Aile öyküsü pozitif olan hastaların daha genç yaşta tanı aldığı ($48,2 \pm 11,5$ vs. $49,6 \pm 12,1$ yıl; $p=0,007$) görüldü. 2.derece yakınlarında kanser öyküsü olan hastaların %71,1'i 50 yaşından, %37,3'ü ise 40 yaşından küçüktü (p

Sonuç:

2.derece yakınında kanser öyküsü olan hastalar daha çok nod-pozitif ve yüksek gradlı meme kanseri ile başvurmakta ve sağkalım süreleri hem aile öyküsü olayanlardan hem de 1.derece yakınında kanser öyküsü bulunan hastalardan daha kısa bulunmaktadır.

Meme kanserli hastaların 2.derece yakınlarında en sık gözlenen kanserler



EP-276

MEME KANSERİNDE AROMATAZ İNHİBİTÖRLERİYLE NEOADJUVAN TEDAVİ ETKİNLİĞİ

FATMA P. TÜRKÖZ, ÖZGE KESKİN, MUSTAFA SOLAK, ZAFER ARIK, KADRİ ALTUNDAĞ, YAVUZ ÖZİŞİK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Literatürde neoadjuvan endokrin tedavinin başarısı son zamanlarda giderek artan sıklıkta bildirilmektedir. Bu çalışmada neoadjuvan aromataz inhibitörü (anastrozol, letrozol ve eksemestan) alan hastaların demografik, patolojik ve klinik özellikleri ile birlikte, neoadjuvan endokrin tedavinin sağkalım üzerine etkileri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi medikal onkoloji bölümünde takip ve tedavi edilmekte olan 2218 meme kanseri tanılı hastadan, neoadjuvan aromataz inhibitörü tedavisi alan 68 (%3,1) hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Verileri değerlendirmek amacıyla ki-kare ve Kaplan-Meier sağkalım analizi yapıldı

Bulgular:

30 hasta neoadjuvan anastrozol (%44,2), 37 hasta letrozol (%54,4), 1 hasta ise eksemestan (%1,4) tedavileri aldı. Hastaların medyan tanı yaşı 53 (25-90) yılı. En sık rastlanan histopatoloji infiltratif duktal karsinomdu (%89,7). Hastaların %44,1'inde grad 2, %27,9'unda grad 3 tümör izlendi. 8 hastada T1, 26 hastada T2, 15 hastada T3 ve 6 hastada da T4 tümör saptandı. Hastaların %29,4'ünde nod negatif hastalık gözlenirken, 17 hasta N1, 18 hasta N2 ve 3 hasta ise N3 evredeydi. Östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği sırasıyla %77,6 ve %89,1 olarak bulunurken, hastaların %19,4'ünde HER2/neu pozitifliği saptandı. Tümörlerin %23,5'inde lenfovasküler invazyon, %7,4'ünde ise perinöral invazyon saptandı. Gruplar arasında tümör patolojisi ve evresi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Hastaların %86,8'ine kemoterapi ve %84'üne radyoterapi verildi. 2 hastaya meme koruyucu cerrahi (%3), 1 hastaya lumpektomi (%1,5), 56 hastaya da modifiye radikal mastektomi operasyonu (%84,9) uygulandı. Ortalama 45 (1-175) ay takip süresince, hastaların 3'ünde ölüm (%4,4), 11'inde ise nüks (%16,2) izlendi. Genel sağkalım anastrozol kullanan grupta 116 ay, letrozol kullanan grupta 133 ay ($p=0,94$) olarak bulunurken, hastalıksız sağkalımlar sırasıyla 81 ay ve 94 aydı ($p=0,77$).

Sonuç:

İnoperabil olgularda (Evre IIIA, IIIB, IIIC) ilk secenek tedavi, neoadjuvan sistemik kemoterapidir. Hormon duyarlı tümörlerde, hormonal tedavinin neoadjuvan kullanımı hasta bazında değerlendirilmelidir. İleri yaş, performans durumu düşük, agresif olmayan, hormon duyarlı tümörlerde neoadjuvan hormonal tedavi önerilebilir. Secilecek hormonal ajanlar öncelikle aromataz inhibitörleridir.

EP-277

NOD-NEGATİF MEME KANSERİNDE PROGESTERON RESEPTÖRÜNÜN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

FATMA P. TÜRKÖZ, ÖZGE KESKİN, MUSTAFA SOLAK, FURKAN SARICI, TANER BABACAN, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Bu çalışmada nodal tutulumu olmayan meme kanseri tanılı hastalarda östrojen ve progesteron reseptör (PR) durumuna göre hastaların tümör özellikleri ve sağkalım oranları incelendi.

Gereç ve Yöntem:

1995-2011 tarihleri arasında tanı alan, Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde takip ve tedavi edilen 2218 meme kanserli hastadan, nodal tutulumu olmayan ve hormon reseptör durumu bilinen 864 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar ER+/PR+, ER+/PR-, ER-/PR+ ve ER-/PR- olmak üzere dört gruba ayrıldı. İstatistiksel analiz için Pearson ki-kare ve Kaplan-Meier testleri kullanıldı.

Bulgular:

ER+PR+ grup 575 (%66,6), ER+PR- grup 64 (%7,4), ER-PR+ grup 43 (%5,0) ve ER-PR- grup 182 (%21,1) hastadan oluşmaktaydı. Hastaların medyan yaşı 48 yıl (20-83) olup, tüm gruplarda benzerdi ($p=0,18$). PR- tümörlü hastalar çoğunlukla postmenopozal evrede başvurmuşlardı ($p=0,021$). Medyan

takip süresi 29 aydı. Tümör özellikleri ve hastaların aldığı tedaviler tablo1'de, sağkalım süreleri ise grafik 1'de gösterildi.

Sonuç:

PR tümörü olan hastalarda ileri evre ve HER-2 pozitif meme kanseri daha sık gözlenirken, ER- gruplardaki hastalar daha yüksek gradlı tümörle başvurmaktadır. PR+ tümörü olan hastalar, ER+ tümörü olan hastalarla karşılaştırıldığında, daha uzun sağkalım süresine sahiptir. Çalışmamızda PR durumunun nod-negatif meme kanserinde önemli bir prognostik faktör olduğu gösterilmiştir.

Tablo 1: ER/PR gruplarına göre tümör özellikleri ve hastaların aldığı tedaviler

	ER+PR+	ER+PR-	ER-PR+	ER-PR-	p
T evresi					0.031
T1	%55,0	%49,2	%53,5	%44,4	
T2	%39,7	%44,4	%41,9	%47,2	
T3	%4,8	%3,2	%2,3	%8,3	
T4	%5	%3,2	%2,3	%0	
HER-2 pozitifliği	%12,2	%25,4	%17,9	%29,1	<0.0001
Lenfovasküler invazyon	%57,9	%58,8	%70,0	%57,4	0.898
Grad					<0.0001
G1	%22,6	%19,6	%5,4	%4,5	
G2	%52,0	%50,0	%27,0	%20,0	
G3	%25,4	%30,4	%67,6	%75,5	
Kemoterapi					<0.0001
Adjuvan	%92,3	%84,4	%81,4	%79,6	
Neoadjuvan	%3,7	%7,8	%16,3	%11,6	
Hormonoterapi	%97,7	%92,2	%95,2	%7,3	<0.0001
Cerrahi					
Meme koruyucu	%41,2	%36,5	%25,6	%36,8	
Mastektomi	%57,7	%63,5	%72,1	%62,6	0.345

EP-278

VİNORELİN VE TETRAPELİ: OLASI İLİŞKİ

ERTUĞRUL BAYRAM, SEMRA PAYDAŞ, FİLİZ KOÇ, KENAN BİÇAKÇI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Onkoloji pratiğinde sıklıkla kullanılan ilaçlardan biri olan vinorelbin, diğer yan etkilerinin yanısıra nörolojik toksisitelere de yol açabilir. Nöropati ve miyopati iyi bilinen yan etkiler olmakla birlikte parapleji, quadripaleji ve tetrapleji nadir de olsa görülebilir.

Gereç ve Yöntem:

66 yaşında kadın hasta 20 yıldır romatoid artrit ve 10 yıldır tip-II diyabet tanıları ile izlenmekteyken 1 yıl önce meme Ca tanısı almış. Lenf nodu negatif ve hormon sensitif hastalık nedeniyle aromataz inhibitör ile izlenmekte iken 1 yılın sonunda akciğer ve kemik metastazları saptandı. Metastatik hastalık nedeniyle vinorelbin başlandı. 4 kür kemoterapiden 10 gün sonra halsizlik, yorgunluk, yürümede zorluk yakınmaları ile acile başvurdu. Muayenesinde quadripalezi nedeniyle yatırılarak izleme alındı. Serebral ve spinal MR ve BOS incelemeleri ve EMG yapıldı.

Bulgular:

Takibinde üst ekstremitedeki parezi geriledi ancak alt ekstremitelerde düzelme olmadı. Serebral MR'da serebral atrofi saptanırken serebral ödem veya metastaz saptanmadı. Spinal MR'da torakal 11-12 vertebra korpus fraktürü, parsiyel medulla spinalis basısı, C3-7 de spinal kanal darlığı ve osteofit faset eklem hipertrofisi saptandı.. EMG'de duyuşsal egemen ve alt ekstremitelerde daha belirgin, aksonal dejenerasyon ve segmentel demiyelinizasyonla karakterize polinöropati saptandı. BOS örneğinde hücre ve atipik hücre saptanmadı.

Kültür negatif idi ve BOS biyokimyasal incelemede: glukoz: 111mg/dl, protein: 88 mg/dl, LDH: 13IU, Na: 131mEq/L idi. Nöroloji kliniğinde yapılan değerlendirmede mevcut klinik durum vinorelbin ile ilişkilendirildi.

Sonuç:

Vinorelbin metastatik meme Ca tedavisinde de kullanılan bir ilaçtır. Polinöropati ve miyopati beklenen yan etkileridir. Özellikle hastada mevcut diyabet ve romatoid artrit nedeniyle bu etki daha aşikar olmuş ve klinik tablonun kötüleşmesine katkıda bulunmuş olabilir. Çok nadir de olsa vinorelbin sonrası quadripalezi takibinde quadripaleji ve tetrapaleji yazılmıştır. Nadir görülmesi ve ciddi yan etkilere yol açması nedeniyle olgu sunulmuştur.

EP-279

LAPATİNİB TEDAVİSİ ALAN 20 HASTANIN DEĞERLENDİRMESİ

TANER BABACAN, FATMA PAKSOY TÜRKÖZ, MUSTAFA SOLAK, ZAFER ARIK, FURKAN SARICI, İBRAHİM PETEKKAYA, KADİRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Lapatinib, HER-2 ve EGFR inhibisyonu yaparak etki gösteren tirozin kinaz inhibitörüdür ve HER2 pozitif, ilerlemiş veya metastatik meme kanserli (MMK) hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada lapatinib tedavisi alan hastalarımızın klinik ve patolojik özellikleri, genel sağkalım (OS) ve hastalıksız sağkalım (DFS) oranları araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

2008-2011 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde kapesitabin ve lapatinib kombinasyon tedavisi uygulanan MMK tanılı 20 hastanın verileri analiz edildi.

Bulgular:

Medyan yaşları 47 yıl (26-79) olup, %55.5'i premenopozal, %45'i postmenopozaldı. 18 hastada invaziv duktal karsinom saptandı. %15'i T1, %60'ı T2, %15'i T3 ve %5'i T4 tümörle başvurdu (%60 evre 3 hastalık). %50'sinde grad 3 tümör gözlemlendi. Tüm hastalar nod-pozitif. %40'ında HER-2 pozitif, %60'ında luminal B tipi saptandı. ER, PR sırasıyla %30 ve %55 idi. En sık metastaz bölgeleri sırasıyla akciğer, karaciğer ve kemikti. 11 hastaya adjuvan, 6 hastaya neoadjuvan kemoterapi uygulandı. Medyan 72 aylık takipte 11 hasta kaybedildi. Medyan OS 70 ay (41-99), DFS 19 ay (1.5-36.5) bulundu. 7 hastada beyin, 5 hastada karaciğer, 4 hastada akciğer metastazı gelişti. 4. basamaktan itibaren lapatinib tercih edilmişti. Lapatinib sonrası medyan DFS 5 ay (3.2-6.7), OS 19 ay (15.4-22.6) bulundu.

Sonuç:

Yapılan çalışmalarda kapesitabin ve lapatinib kombinasyon tedavisi alan hastalarda cevap oranı %22 bulunmuş olup, bildirilen DFS 8.4 aydır. Hastalarımızda medyan DFS daha kısa saptanırken, OS literatüre benzer bulunmuştur ancak daha geniş ölçekli çalışmalara gereksinim vardır.

EP-280

MEME KANSERLİ BİR VAKADA TTF-1 POZİTİFLİĞİ

ÇİĞDEM USUL AFSAR¹, SEMRA PAYDAŞ¹, DERYA GÜMÜRDÜLÜ², MERAL GÜNALDI¹, VEHBİ ERÇOLAK¹, ARBİL AVCI AÇIKALIN²

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BD
²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BD

Amaç:

TTF-1, özellikle tiroid, akciğer ve (peri) diensefalik yapılardan köken alan tümörler tarafından eksprese edilir. Meme karsinomlarında da %2,4 gibi bir pozitiflik oranına sahiptir. Bu meme karsinomlarının çoğunluğu küçük hücreli orijine sahiptir. TTF-1 ölçümünde kullanılan alt klonun sonucu etkileyebildiği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

64 yaşında kadın hastaya, 2000 yılında, 53 yaşında iken invaziv duktal meme karsinomu tanısı ile sağ mastektomi ve aksiler lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı. Hasta sonrasında 5 yıl kadar tamoksifen kullanmıştı. 2009 yılında çekilen toraks BT'de akciğerde kitle saptanan hastanın, Ağustos 2010'da yapılan bronkoskopik biyopsisinde akciğer adenokarsinomu, TTF-1 pozitif, ER(-), PR(-), cerbb2 (+++) olarak saptandı. Hastaya sırasıyla 6 kür cisplatin, paklitaksel kemoterapisi, 4 kür erlotinib kemoterapisi, 6 kür cisplatin+vinorelbin kemoterapisi uygulandı. 02.12.2010 PET-BT'de sağ akciğer üst lobda, sağ akciğer alt lob bronşunu saran hipermetabolik kitleler, sağda plevral effüzyon, mediastende lenf nodları (metastatik) saptandı. 01.2011'de perikard effüzyonu gelişen hastanın 31.01.2011 tarihli patolojisinde, adenokarsinom metastazı, perikard biyopsisi olarak raporlandı. 04.03.2011 tarihli toraks BT'de sağ akciğer alt lob posterobazalde lenfanjitik yayılım, her iki akciğerde metastaza yol açan malign kitlesel lezyon, mediastinal lenfadenopatiler, perikardial ve plevral metastaz, progresif hastalık olarak raporlandı. Hasta şu anda gemesitabin 1 gr/m2 ve karboplatin 280 mg kemoterapisi almaktadır.

Bulgular:

Bu hastada 2009 yılında akciğerde kitle saptandığında öncelikle meme karsinomu metastazı olabileceği düşünüldü. Ancak hastanın meme operasyonu dış merkezde yapılmıştı. Bu sebeple de meme patoloji preparatlarına ulaşılamadığı için tümörün ER, PR ve cerbb2 ekspresyon durumu bilinmemekteydi. Akciğerdeki lezyonun patolojisinde de TTF-1 pozitif olmasına rağmen cerbb2(+++) olması üzerine meme kanseri metastazı olabileceği düşünüldü. İlk kemoterapilerinde hastaya patoloji raporu dikkate alınarak primer akciğer kanseri şeklinde kemoterapi uygulanmasına rağmen hastalık progresse oldu. Bunun üzerine hastada cerb2(+++) liği dikkate alınarak, akciğerdeki lezyonlarının meme kanserine bağlı olma olasılığı düşünülerek gemesitabin ve karboplatin kemoterapisine geçildi. Hasta şu anda kliniğimizden takipli olup hastalığı kontrol altındadır, progresyon izlenmemiştir.

Sonuç:

TTF-1 invaziv duktal meme karsinomlarında %2,4 oranında pozitif saptanabilmektedir. Akciğerde de kitlesi olan meme karsinomlu vakalarda dikkatli olunmalıdır. Şüpheli vakalarda ER, PR ve cerbb2 pozitifliği ayırıcı tanıda kullanılabilir.

EP-281

METASTATİK MEME KANSERİNDE TEK AJAN ORAL KAPESİTABİN KULLANIMI:TEK MERKEZ DENEYİMİ

İBRAHİM PETEKKAYA, UĞUR ŞAHİN, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, ELSHAD HASANOV, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Kapesitabin metastatik meme kanserinin tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada bölümümüzde metastatik meme kanseri için ilk basamakta oral kapesitabin alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi

Gereç ve Yöntem:

Hastane tabanlı bu retrospektif çalışmaya Ocak 2004 ve Ocak 2012 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'ne meme kanseri tanısıyla başvuran ve histolojisi bilinen toplam 2289 kadın hasta arasından birinci ve ikinci basamak sonrası tek ajan oral kapesitabin alan 66 (%2.8) hasta çalışmaya alındı. Histolojisi, yaş dağılımı, perinöral invazyon, ekstrakapsüler invazyon, perinöral invazyonlar tespit edildi. Menopoz durumu, yaş ortalaması, metastaz yerleri belirlendi. Tüm istatistiksel analizler SPSS® versiyon 17 yazılımı kullanılarak hesaplandı

Bulgular:

Kapesitabin alan hastaların ortalama sağkalım süreleri 172 aydı (%95 GA, 91-252 ay). Kapesitabin alan 66 hastanın %9,1'i (n=6) kapesitabini birinci basamak tedavide, %90,9'u (n=60) ikinci basamak ve sonrasında kullanmıştı. Birinci basamakta kapesitabin alan hastaların takipleri halen devam etmekte olduğu için sağkalımları karşılaştırılamamıştır. %4.5'i Evre I (n=3), %30.3'ü Evre II (n=20), %53'ü Evre III (n=35) idi. Ekstra kapsüler invazyon mevcuttu (n:14, %21.2). 25 hastada (%37.9) lenfo Vasküler İnvazyon mevcuttu. 5 hastada (%7,6) perinöral invazyon mevcuttu

Sonuç:

Metastatik meme kanseri tedavisinde birçok hasta evde kalma isteği ve oral kullanımın kolay ve ulaşılabilir olması nedeniyle oral kapesitabini tercih etmektedir. Metastatik meme kanserinin birinci basamak oral kapesitabin kullanan 1. ve ikinci basamaktaki hastaların ortalama sağkalım süresinin uzun olması bu fikri desteklemektedir.

EP-282

TRİPL NEGATİF MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

İBRAHİM PETEKKAYA¹, ALPER ALNAK¹, ÖMER VURAL¹, UĞUR ŞAHİN¹, DENİZ YÜCE², KADRİ ALTUNDAĞ¹

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVANTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Meme kanseri patolojik ve moleküler olarak heterojen bir kanserdir. Çeşitli yaşam tarzı özellikleri, ailesel ve genetik

özellikler ile ilişkisi bilinmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda meme kanserinin immünohistokimyasal olarak ayırt edilebilen alt tipleri belirlenmiştir

Gereç ve Yöntem:

Hastane tabanlı bu retrospektif tanımlayıcı çalışmaya 2004 ve 2012 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'ne meme kanseri tanısıyla başvuran ve histolojisi bilinen toplam 2218 kadın hasta alındı

Bulgular:

Hastaların 244'ünün (% 11,0) tripl negatif hastalığı olduğu görüldü. Ortanca tanı yaşı 47 (20-83) idi, % 32,4'ünde (n=79) oral kontraseptif ve/veya hormon tedavisi kullanımı mevcuttu. Hastaların % 48,4'ü (n=118) post-menapozaldi. Tripl negatif hastalarda sık görülen histoloji infiltratif duktal karsinomdu (n=202, % 82,8). Tripl negatif hastaların % 73,7'si (n=180) evre 2 veya 3 hastalığa sahipti. Lenf nodu pozitif hastalık % 51,6 (n=126), metastatik hastalık % 5,3 (n=13) oranında görülmekteydi. En sık metastaz yerleri sırasıyla akciğer (n=9, % 69,2), kemik (n=5, % 38,5) idi. Hastaların % 14,7'ünün (n=36) takiplerinde nüks gelişti. İzleminde mortalite % 10,7 (n=26) idi. Ex olan hastaların tanı anından itibaren ortanca yaşam süresi 25 ay olarak hesaplandı

Sonuç:

Triple negatif meme kanserli hastaların tanı anında düşük yaşta, yüksek dereceli tumor sahibi, ileri evre kanser hastaları olduğu söylenebilir. Bu hastalarda trastuzumab ve hormonal tedavilerden yeterince faydalanılamaması tümörün kötü prognozunda önemli role sahiptir.

EP-283

NULLIPAR, 30 YAŞ ALTINDA DOĞUM YAPAN VE 30 YAŞ ÜZERİNDE DOĞUM YAPAN MEME KANSERİ OLGULARININ PATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MURAT TURGUTALP ¹, İBRAHİM PETEKKAYA ¹, DENİZ YÜCE ², BERFU KORUCU ¹, FURKAN SARICI ¹, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU ¹, KADRİ ALTUNDAĞ ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVANTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

İlk çocuğunu doğurma yaşı meme kanserine yakalanma açısından önemlidir. Merkezimizde takip edilen nullipar meme kanserli hastaları incelemek amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takip edilen 2125 meme kanseri olgularının verileri retrospektif olarak değerlendirildi

Bulgular:

Histopatolojik tiplerine göre gruplandırıldıklarında %77,7'si IDC (Infiltratif Duktal Karsinom), %5,2'si ILC (Infiltratif Lobuler Karsinom), %8,40'ı IDC+ILC, %1'i tübüler idi. Hastalar yaş gruplarına göre ayrıldıklarında patolojik tiplerine göre dağılımlarının benzer olduğu görüldü. ER (+)'liği bakımından

gruplar arasında genel dağılım açısından fark olmadığı görüldü (p=0,126). ER (+)'liği açısından gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde nulliparların %71,30'unda, IDY<30 olanların %63,90'ında, IDY ≥30 olanların %65,70'inde ER (+)'liği saptandı. Nulliparlarda ER (+)'liğinin yüksekliği anlamlı olarak değerlendirildi (p=0,03). PR ve HER2 (+)'liği bakımından gruplar arasında genel dağılım açısından fark olmadığı görüldü (p=0,220 / p=0,126). Hastalar triple(-)'lik açısından değerlendirildiğinde nulliparların %9,6'sının, IDY< 30 olanların %10,8'sinin, IDY ≥30 olanların %7,4'ünün triple(-) olduğu saptandı.

Sonuç:

Nullipar hastalardaki ER (+)'liğinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu tespit edildi. Hiç doğum yapmamış olmak meme kanserine yakalanma açısından risk yaratan bir durumdur. Bununla birlikte bu grupta hormon reseptör (ER) pozitifliğinin yüksek olması, hastaların tedaviden daha fazla fayda göreceğinin bir göstergesi olabilir.

EP-284

KOLESISTEKTOMİ HİKAYESİ OLAN MEME KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK, PATOLOJİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

İBRAHİM PETEKKAYA, BURCU ŞAHİN, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç:

Kolesistektomi geçirmiş kişilerde kolorektal kanserler, meme kanseri ve üreme sistemi organlarında kanser riskinin artmış olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, kolesistektominin en fazla meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır. Kolesistektomi sonrası meme kanserinde artış olmadığına dair yayınlar da bulunmaktadır. Bu çalışmada, kolesistektomi öyküsü olan hastalarla olmayan hastaların klinik ve patolojik özellikleri retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2002-2012 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümüne başvuran 2238 meme kanseri tanısı almış hasta, retrospektif olarak, dosya tarama yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular:

2238 hastadan 93'ünün (%4.2) kolesistektomi hikayesi olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların tanı anındaki yaş ortalamasının, kolesistektomi hikayesi olmayan hastalardan anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır (Student T-testi, p<0.001). Kolesistektomi geçirmiş hastaların vücut kitle endeksi, kolesistektomi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak farklıdır. Yaş ortalaması kolesistektomi olan hastalar için 56.6, diğerleri için 48.9 olarak hesaplanmıştır. Vücut kitle indekslerinin ortancası kolesistektomi olanlarda 29,5 olmayanlarda 27,6 olarak hesaplanmıştır. Hastaların değerlendirilmeye alınan diğer özelliklerinde anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-1). Hastalısız ortanca sağkalım, kolesistektomi yapılmış hastalar için 150,833 ay, kolesistektomi yapılmamış hastalar için 111,433 aydır. Hastalısız ortanca sağkalımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç:

Anatomik ve fizyolojik olarak birbirinden farklı iki organın sık rastlanan patolojileri arasındaki ilişkiyi tespit etmek oldukça zordur. Araştırmamızın sonuçlarının klinik olarak yorumlanabilmesi için patofizyolojik mekanizmaları araştıran çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EP-285

TİROİD BEZİNİN PLEOMORFİK LEİOMYOSARKOMU: İYİ PROGNOZLU VE ENDER GÖRÜLEN BİR ANTİTE

İBRAHİM PETEKKAYA, GAMZE GEZGEN, EMİR CHARLES ROACH, KADRİ ALTUNDAĞ, İBRAHİM GÜLLÜ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Tiroid bezinin primer düz kas tümörleri çok enderdir. Leiomyosarkomların preoperative tanısının konması çok zordur. Bu çalışmamızda, cerrahi rezeksiyonun ardından üç sene boyunca rekürrens olmadan takip edilen tiroid bezinde pleomorfik leiomyosarkom vakası ele almaktayız

Gereç ve Yöntem:

Tiroid bezinde pleomorfik leiomyosarkom vakası ele almaktayız

Bulgular:

Boyun USG'sinde sol lob inferiorda 70X40 mm boyutlarında lobule kontorölü kistik alanlar içeren heterojen hipoekoik nodüler lezyon izlenmiştir. Servikal LAP saptanmamıştır. Boyun BT tiroid sol lobü normalden büyük üst mediastende trakeayı sol ve arkadan çevreleyerek toraks içine uzanan kitle görüldü. Uzak metastaz yoktu. Hastaya sol lob total lobektomi yapıldı. Tümör hücrelerinde vimentin desmin ve alfa 1 antitripsin ile diffüz kuvvetli pozitif boyama izlenmiş EMA ile fokal immune boyama gözlenmiştir. Tiroid dokusuna özgün belirteçler (tiroglobulin vs) negatiftir. Tanı malign mezenkimal neoplazm (pleomorfik leiomyosarkoma) olarak konulmuştur. Tedaviye geç gelen hastanın 5 ay sonraki PET sonucuna göre metastatic hastalığa dönüşmüş oldu. IMA başlandı. Kontrol BT'sinde sol akciğer alt lob mediobazal segmentteki nodülün 5.5X3 cm'e çıktığı tespit edildi. Sol akciğere wedge rezeksiyonu uygulandı. Patolojisi sarkom metastazı ile uyumlu geldi. Hastaya oral siklofosfamid ve etoposid başlandı. (siklofosfamid etposoid 21 gün). Hasta halen oral etoposid ve siklofosfamid tedavisi altında şikayeti olmaksızın takip edilmektedir.

Sonuç:

Tiroid bezinde leiomyosarkomlar hakkında literatürde bilgi çok azdır ve bundan dolayı daha büyük çalışmalar ile tanı ve tedavi modalitelerine yönelik araştırmaların yapılması gerekmektedir.

EP-286

RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN İLK BULGUSU OLARAK DİLDE METASTAZ

İBRAHİM PETEKKAYA, GAMZE GEZGEN, EMİR CHARLES ROACH, KADRİ ALTUNDAĞ, İBRAHİM GÜLLÜ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Renal malignansilerin arasında en sık tespit edilen renal hücreli karsinoma yüksek derecede metastatik oluşuyla öne çıkar. En sık görülen metastaz bölgeleri arasında akciğer (%76) bölgesel lenf nodları (%66) kemik (%42) ve karaciğer (%41) vardır. Renal hücreli kanserin dile metastazı ender olarak görülen bir olgudur. Bu çalışmamızda, ilk bulgu olarak dilde kitle olarak tespit edilen bir renal hücreli karsinoma vakası tarif edilmektedir

Gereç ve Yöntem:

ilk bulgu olarak dilde kitle olarak tespit edilen bir renal hücreli karsinoma vakası incelenmiştir.

Bulgular:

70 yaşında erkek hasta çekilen batin USG`sinde sağ böbrek alt polde 113x103 mm boyutlarında düzgün sınırlı heterojen solid kitle, toraks BT`sinde mediastende büyüğü prevasküler alanda 25x19 mm boyutlarında birkaç adet lenf nodu her iki akciğerde büyüğü sağda 32 mm çaplı multipl lobüler kontürlü yer yer sınırları net ayırt edilemeyen hiperdens nodüller görülmüş. Dilin sağ tarafında sağ yarısını komple kaplayan kabarık kızarıklık kanamalı ağrısız lezyondan alınan insizyonel biyopsi alınmış. İmmün histokimyasal bulgular öncelikle papiller tip renal hücreli kanser metastazı ile uyumlu olarak gelmiş. Hastaya IFN-α 2b tedavisi başlandı. 1 ay kullandı. Dile palyatif cerrahi ve akabinde Sunitinib 50 mg. gün başlanması kararlaştırıldı.

Sonuç:

Metastatik tümörler çok farklı bulgular ile karşımıza çıkabilmektedir. Dilde renal hücreli karsinoma görülmesi enderdir. Tarif edilemeyen ve sürekli progresyon gösteren kitlelerin ayırıcı tanısında malignansiler her zaman düşünülmelidir.

EP-287

MEMENİN İNTRAKİSTİK PAPİLLER KARSİNOMU, NADİR VE ÇELİŞKİLİ HİSTOLOJİK TİP: İKİ OLGU SUNUMU

BAŞAK ÖZGEN, İBRAHİM PETEKKAYA, ELSHAD HASANOV, İSSA MENGE KURİA, YUSUF TAHA, KADRİ ALTUNDAĞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Intrakistik Papiller Karsinom (ICPC) intraduktal papiller neoplazmların alt tipleri arasında gruplanıp prekursor lezyon olarak tanımlanmıştır. Çok nadiren (%0,66) rastlanan bir histolojik tiptir. Kliniğimize başvuran 2 ICPC tanılı hasta sunulmaktadır

Gereç ve Yöntem:

iki vaka sunulmuştur.

Bulgular:

Olgu-1: 46 yaşında premenapozal hastada sağ meme üst dış kadranda kitle saptandı. Yapılan eksizyonel biopsi sonucunda intrakistik papiller karsinom tanısı konulmuştur. Biopsiyi takiben sağ memeye modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulanmıştır. Patoloji sonucu intrakistik papiller karsinom, luminal A (ER+,PR-,HER2-), T1N0M0 olarak rapor edilmiştir. Operasyon sonrasında adjuvan hormonal tedavi olarak 1 yıl tamoksifen kullanımını takiben letrozol almaktadır. Hasta şu an takibinin 15. ayında olup letrozol kullanmaya devam etmektedir.

Olgu-2: 57 yaşında postmenapozal hastada sağ meme alt iç kadranda kitle saptanması üzerine yapılan trucut biopsi sonucu intrakistik papiller karsinom tanısı konulmuştur. Biopsiyi takiben sağ memeye meme koruyucu cerrahi (MKC) ve sentinel lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Patoloji sonucu intrakistik papiller karsinom+duktal karsinoma in situ, luminal A (ER+, PR+, HER2-), T1N0M0 olarak rapor edilmiştir. Operasyon sonrasında radyoterapi uygulanmıştır. Takiben 5 yıl tamoksifen kullanması planlanmıştır. Şu an takibinin 7. ayında ve nüksüz takip edilmektedir

Sonuç:

ICPC yavaş büyüyen ve çok iyi prognoz gösteren bir tümördür. 10 yıllık sağ kalma oranı %100 olarak raporlanmıştır. Agresif adjuvan tedavi kullanmaktan kaçınılması gerektiği hatırlatarak, eğer miyoeptilyal tabaka sağlamsa tedavi DCIS'te olduğu gibi uygun lokal tedavi ve hormonal tedavi ile yapılması önerilmektedir.

EP-288

TEK AJAN OLARAK KAPESİTABİN KULLANIMI İLE İLERİ EVRE KOLANJİOSELÜLER KARSİNOMADA UZUN SÜRELİ SAĞ KALIM

İBRAHİM PETEKKAYA, GAMZE GEZGEN, EMİR CHARLES ROACH, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, KADRI ALTUNDAĞ, İBRAHİM GÜLLÜ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Kolanjioselüler karsinoma, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarının epitelinden gelişen, ender bir malignensidir. Bu tümörlerin 5 yıllık sağ kalım oranı yüzde 5'ten azdır. Sadece kapesitabin ile, 22 aydır takip altında olan bir hastayı ele almaktayız.

Gereç ve Yöntem:

Bir vaka sunulmuştur

Bulgular:

63 yaşında bayan hasta halsizlik, iştahsızlık ile başvuruyor. Check up sırasında karaciğer enzimlerinde bozukluk ortaya çıkmış batin USG çekilmiş karaciğer(KC) sağ lob anteriorunda 53x44 mm boyutlarında hipoekoik heterojen nodüler kitle tespit edilmiş. Dinamik trifazik BT'de KC sağ lob anteriorda segment 8 ve 5 düzeyinde sol lob mediale doğru uzanım gösteren 59x57x64 mm boyutlarında hipodens nekrotik kitle izlenmiş. Operasyon esnasında unrezekektabl olduğuna karar verilmiş. Ameliyat sırasında karaciğerden alınan biyopsi kolanjioselüler ca ve lenf nodu metastazları olarak yorumlanmış. Hastaya gemesitabin 600 mg/m², sisplatin 30 mg/m² başlanmış. 2. Kürden sonra radyoterapiye gönderildi. Ara değerlendirmede abdominal USG karaciğer segment 4-5 arası yerleşimli 2,5 cmlik önceki ultrasona göre anlamlı derecede küçülmüş lezyon. Hastanın kemoterapisi 6 küre tamamlandı. Kontrol BT'sinde tümörde gerileme 4.7x4.4 cm kitle ortasında nekroz görüldü. Kapesitabin tabletlerle devam edilmesi kararlaştırıldı. Ca 19-9:112 Unite/ml ye geriledi. Kapesitabinin başlanmasından 22 ay sonra batin USG stabil ve Ca 19-9 gerilemiş. Kapesitabin ile tedaviye devam edilmesine karar verildi.

Sonuç:

Her malignensinin vakadan vakaya kemoterapiye gösterdiği yanıt heterojendir. Bu vakada hasta sadece kapesitabine yanıt göstermiştir

EP-289

ERKEK MEME KANSERLİ HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ BULGULARI

DENİZ YÜCE², İBRAHİM PETEKKAYA¹, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU¹, MUSTAFA SOLAK¹, KADRI ALTUNDAĞ¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Erkek meme kanseri tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'inden azını oluşturmaktadır. Merkezimizde meme kanseri tanısı ile takip edilmekte olan erkek hastaların genel özellikleri değerlendirilmiştir

Gereç ve Yöntem:

Bölümümüzde 2004 - 2012 yılları arasında meme kanseri tanısı alan 1475 meme kanserli hasta çalışmaya alınmıştır

Bulgular:

Hastaların 10' u (%0,67) erkekti. Meme kanserli erkek hastaların ortanca tanı yaşı 52 iken, kadın meme kanserli hastaların ortanca tanı yaşı 48,2 olarak tespit edildi. Erkek meme kanserli hastaların histopatolojik alt tipleri; 7 (%70,0) hastada invazif duktal kanser, 2 (%20) hastada invazif duktal kanser + invazif lobüler, 1 (%10) hastada invazif papiller kanserdi. Hastaların gradları 4'ünde (%50) grad II, 3'ünde (% 35) grad III, 1'inde (%12,5) grad I idi. Hastaların 9'u (%90) tanı anında erken evre, biri (%10) metastatikti. Hastaların 2'si (%20) evre I, 2'si (%20) evre IIA, 1'i (%10) evre IIB, 4'ü (%40) evre IIIC idi. Ortanca takip süresi 25 aydı. Genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım verileri yeterince olay gerçekleşmediğinden hesaplanamadı.

Sonuç:

Erkek meme kanseri hakkındaki bilgiler oldukça sınırlıdır. Tedavilerin şekillenmesi çoğu zaman kadın meme kanserlerinden elde edilen bilgilerin ışığında olmaktadır. Meme kanseri erkeklerde kadınlardan daha ileri yaşlarda tanı almaktadır. Erkek meme kanserleri tipik olarak düşük gradlı ve hormon reseptör pozitiflerdir. Bizim hasta grubunda tümörlerin histopatolojik gradları; %50 hastada orta (GII), % 35'inde yüksek grad'lı (GIII) idi.

EP-290

HER 2 POZİTİF METASTATİK MİDE ADENOKARSİNOMLU HASTADA TEK BAŞINA TRASTUZUMAB ETKİSİ: OLGU SUNUMU

KÜBRA AYDIN¹, İLKUNUR TÜRKMEN², S.KEREM OKUTUR¹, MUSTAFA BOZKURT¹, ESAT NAMAL¹, AKIN ÖZTURK¹, KEZBAN NUR PİLANCI¹, GÜLEN BÜLBÜL DOĞUSOY³, N.CEM BALCI⁴, O.GÖKHAN DEMİR¹

¹ İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

² İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, PATOLOJİ

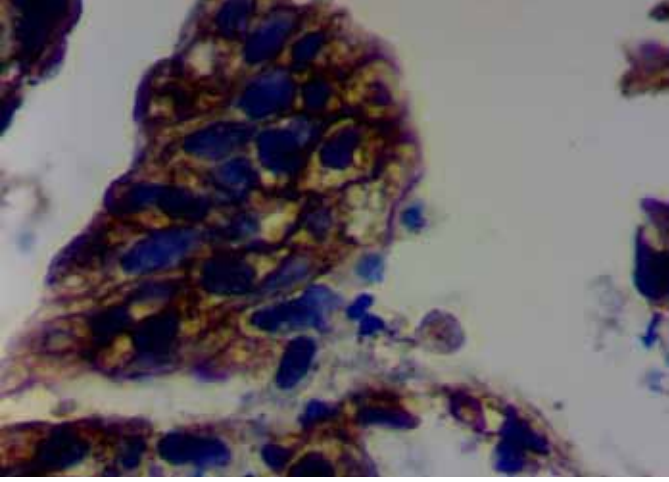
³ GAYRETTEPE FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ, PATOLOJİ

⁴ İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, RAYOLOJİ

Amaç:

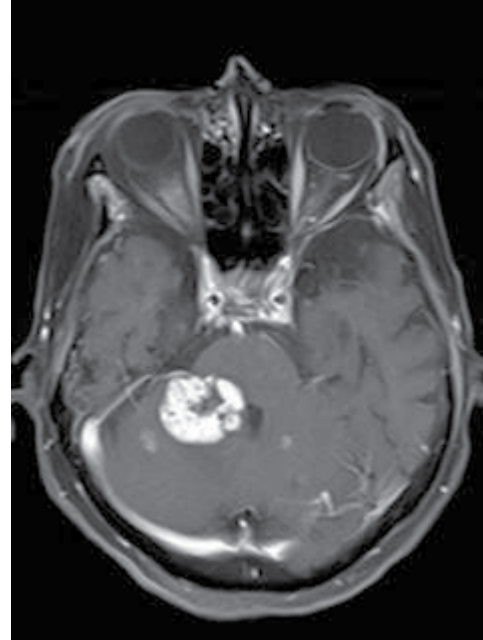
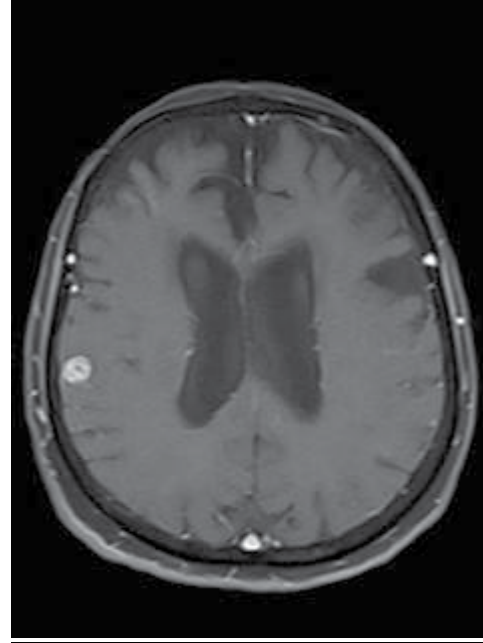
Her-2 pozitif metastatik mide kanserli hastada tek başına trastuzumab etkisini görmek.

Gereç ve Yöntem:

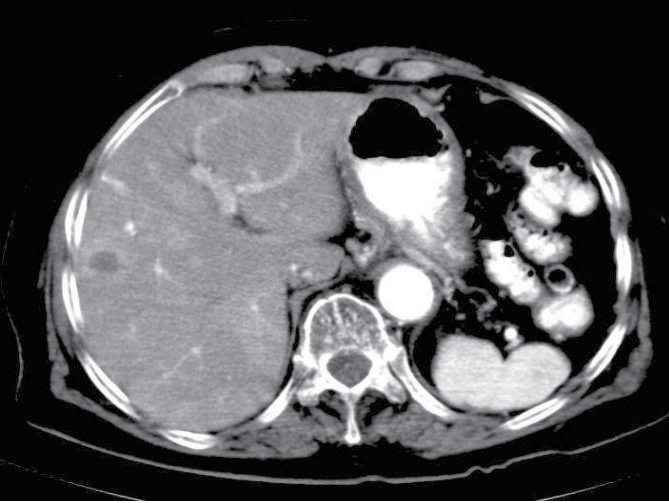
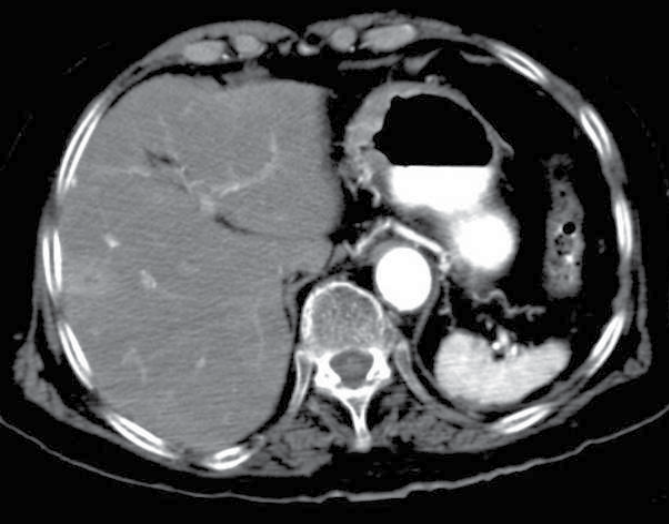


metastatik nodüllerin de kaybolduğu görüldü. Tedaviye devam edildi. Takiplerinde hasta 52 kiloya çıktı, performans durumu düzeldi. Tedavinin 6. ayında baş dönmesi gelişen hastanın yapılan kraniyal MRI görüntülemesinde serebellumda ve beyin parankiminde çok sayıda metastatik nodüller olduğu saptandı. O dönemdeki toraks ve batin BT görüntülemelerinde lezyonların daha da gerilediği görüldü. Tüm beyin ışınlaması uygulanan hastanın trastuzumab tedavisine devam edildi. Takibinin 10. ayında hasta eksitus oldu.

Sonuç:



Bulgular:



Olgu Sunumu:

81 yaşında kadın hasta mide adenokarsinomu tanısı almıştı. Evrelemesinde karaciğerde ve akciğerde çok sayıda metastatik nodüller olduğu görüldü. Performansı ECOG 2, ağırlığı 39 kg olan hastaya kemoterapi verilmedi. Her2-neu test sonucu immunhistokimya ile 3 pozitif ayrıca FISH pozitif saptanması üzerine trastuzumab tedavisi verildi. EF yakın takip edildi. Hasta tedaviyi iyi tolere etti. Yan etki görülmedi. 3 tedavi sonrası yapılan tümör cevap değerlendirmesinde hem primer kitlede hem de metastatik nodüllerde kısmi yanıt olduğu bazı

TOGA çalışmasına göre ilk defa hedefli bir tedavinin olguların yaklaşık %20 sinde bulunan her 2 pozitif ilerlemiş mide ve gastroözofageal bileşke adenokarsinomlu olgularda etkili olduğu gösterilmiştir. Ortanca sağkalım KT ve trastuzumab alan hastada 13.8 ay iken tek başına KT alan hastalarda ise 11.1 ay olduğu saptanmıştı. Alt gruplarda İHK 3 pozitif ve FISH pozitif hastalarda en iyi sonuçların alındığı görülmüştü. Bu nedenle bu hastalarda her-2 testi rutin olarak yapılmalı uygun hastalarda kemoterapi ile birlikte trastuzumab tedavisi uygulanması

gerekmektedir. Bizim olgumuzda da görüldüğü gibi özellikle yaşlı ve performansı düşük olan hastalarda kemoterapi vermeden trastuzumab uygulamak etkin olabilmektedir.

EP-291

SİSTER MARY JOSEPH NODÜLLÜ MİDE KARSİNOMLU OLGU SUNUMU

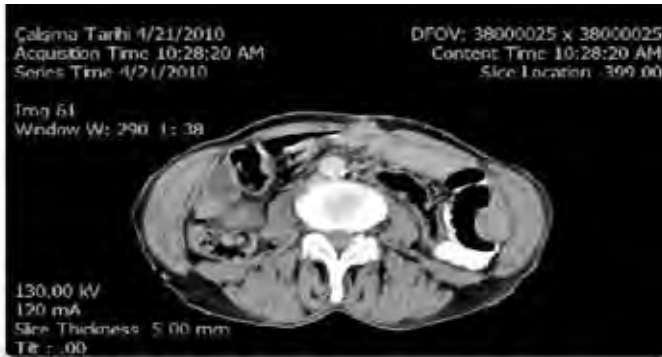
ABDULLAH YALÇIN, ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK, GÜLALİ AKTAŞ, HALUK ŞAVLI

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, BOLU

Amaç:

Sister Mary Joseph nodülü umbilikal/periumbilikal bölgedeki metastazları tanımlamak için kullanılmaktadır. İntra abdominal ve /veya pelvik malignitelerde %1-3 oranında nadiren görülen bir bulgudur. Erkeklerde gastrik karsinom, kadınlarda over karsinomu en sık sebebinin oluşturmaktadır. Bu nodüller altta yatan yaygın maligniteyi işaret etmekte, kötü prognoz ve 1 yıldan az yaşam beklentisi göstermektedir.

Gereç ve Yöntem:



Bulgular:

Mide ağrısı, yutma güçlüğü, bulantı, kusma şikayetlerine başvuran 54 yaşındaki kadın hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Özgeçmişinde 4 yıl önce total abdominal histerektomi/ bilateral salpingooferektomi, soygeçmişinde kız kardeşinde beyin tümörü öyküsü mevcuttu. Yapılan gastroskopisinde ösefagokardiak bileşkeden başlayan ve kardiya uzanan ülser kitle görüldü. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlanan hastanın uzak organ taramalarında metastaz saptanmayınca Ocak 2009'da total gastrektomi +ösefagojejunostomi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu müsinöz adenokarsinom olarak gelen ve T3N0M0 evre IIA olarak evrelenen hastanın kemoterapi istememesi üzerine takibine karar verildi. Takipte herhangi bir sıkıntısı olmayan hastanın Nisan 2010'da çekilen batin bilgisayarlı tomografisinde (BT) umbilikus superiorunda linea alba düzeyinde 8.5x19 mm boyutunda solid kitle dışında patoloji izlenmedi (Resim 1). İlk önce müdahaleyi kabul etmeyen hastanın Ağustos 2010'da bu kitlesi opere edildi. Patolojisi adenokarsinom infiltrasyonu olarak raporlanan hastaya opere metastatik mide karsinomu tanısıyla Eylül 2010'da dosetaksel (60mg/m2/gün)+ sisplatin (60mg/m2/gün)+ 5florourasil (600mg/m2/gün) kemoterapisi başlandı. Altıncı kürünü şubat 2011'de alan hastanın kemoterapiden 1 ay sonra çekilen

kontrol toraks ve batin BT'sinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Takibinde herhangi bir sıkıntı izlenmeyen hastanın Ocak 2012'de çekilen toraks ve batin BT'sinde de herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Şu anda poliklinik kontrolünde takipleri devam etmektedir.

Sonuç:

Tüm umbilikal nodüllerin özellikle daha önceden malignite öyküsü olanlarda dikkatle incelenmesi gereklidir. Bu nodüllerden biyopsi kolay ve güvenilir olduğu için önerilmektedir. Nodülün tamamen çıkarılması da hem tanı hem de tedavinin daha başarılı olması açısından önemlidir. Bu hastada olduğu gibi izole umbilikal metastazlı mide kanserli hastalarda cerrahi müdahale ve kemoterapi ile uzun hastalıklı sağ kalım süreleri elde edilebilir.

EP-292

MİDE ADENOKANSERLİ HASTALARIN DEMOGRAFİK, KLİNİKO-PATOLOJİK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELEMESİ

ERKAN ARPACI ¹, TARKAN YETİŞİYİĞİT ², NECATİ ALKIŞ ²

¹ GATA TIBBİ ONKOLOJİ BD, ANKARA

² ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç:

Mide kanseri, dünyada kansere bağlı ölümlerde ilk sıralarda yer almaktadır. Mide kanseri genellikle 60 yaş civarında görülmektedir. Klinikte genelde özgül olmayan semptomlar mevcuttur. Erken tanı ve tedavi prognostik öneme sahiptir ve sağkalımda çok önemlidir.

Gereç ve Yöntem:

1 Ocak 2001-31 Aralık 2010 tarihleri arasında Ankara Onkoloji Hastanesine başvuran mide kanserli 540 olgunun verileri retrospektif olarak incelenmiştir

Bulgular:

Değerlendirmeye alınan hastaların ortalama yaşı 56.24 yıl (yaş aralığı 21-86), 369'u erkek (%68.3), 171'i kadın (%31.7). Hastalık nedeniyle başvuru esnasında ECOG performans durumlarına (PS) göre PS:0-2 olan 511 hasta, PS:3 ve üzeri olan 29 hasta yer almaktaydı. Hastaneye başvuruda en sık semptom ve bulgular iştahsızlık (%92.2), kilo kaybı (%91.5), epigastrik ağrı (%82.6), anemi (%88.3), kusma ve yutma güçlüğü %19.3 olarak saptandı. En çok başvuru alan tanı yöntemi özofago-gastro-duodenoskopi (%94.6) idi. Distal yerleşimli mide kanserleri proksimal yerleşimli kanserlerden daha sık saptandı. Hastaların yaklaşık %70 kadarı lokal ileri evre/metastatik olup %87 civarında hasta opere edildiği halde küratif cerrahi yapılan hasta oranı %67 olarak hesaplanmıştır. Küratif opere olan hastaların %60'tan fazlasına adjuvan kemo-radyoterapi verilmiş. Adjuvan kemo-radyoterapide en sık uygulanan eş zamanlı kemoterapi rejimi FUFA olup ortalama eş zamanlı kemoterapi kür sayısı 1.94, ortalama uygulanan küratif radyoterapi dozu 45.43 Gy olmuştur. Opere hastalara adjuvan tedavide uygulanan en sık kemoterapi rejimi 148 hasta ile FUFA (%79.5), 32 hasta FAP/FEP (%17.2). Palyatif opere olan veya tanıda metastatik olan olgulardan 136 hastaya palyatif kemoterapi/radyoterapi uygulanmış.

Lokal ileri evre veya metastatik olup birinci basamakta palyatif kemoterapi alan hasta sayısı 123 olup, 95 hasta DCF (%77.2), 12 hasta FAP/FEP (%9.7), 11 hasta FUFA (%8.9) kemoterapisi almıştır.

Tüm hastalar bazında ortalama sağkalım süreleri değerlendirilmiştir. Ortalama hastalıksız sağkalım süresi 17.48 ay(2-72 ay), ortalama progresyonsuz sağkalım süresi birinci basamak palyatif tedavilerden sonra ortalama 6.12 ay (1-25 ay), ikinci basamak palyatif tedavilerden sonra ortalama 5.88 ay (1-25 ay) ve üçüncü basamak tedavilerden sonra ortalama 5.09 ay (1-9 ay), ortalama genel sağkalım 25.16 ay(1-123 ay) olarak hesaplanmıştır.

Genel sağkalım analizinin yapıldığı 2011 Haziran ayında 540 hastanın 335'i (%62) ölmüş, 166'sı hayatta (%30) (150 olguremisyonunda hayatta, 16 olgu hastalıklı hayatta), toplam 39 hasta (%8) takiplerine gelmemiş ve telefonla ulaşılamadığından son durumları bilinmemektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre tanı yaşı, performans skoru, tümör evresi, nodal evre, tümörde perinöral ve lenfovasküler invazyon varlığı, adjuvan veya palyatif kemoterapi alıp almaması ve aldığı kür sayısı ile ilişkili olarak hastalıksız sağkalım, progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım üzerinde istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç:

Mide kanseri mortalitesi yüksek bir kanser olduğundan gastrointestinal alarm semptomlarının önemsenmesi ve erken tanısı esastır. Ayrıca tedaviye uyum ve çoklu-modaliteli tedavi ve çoklu-disipliner yaklaşım mide kanseri yönetiminde çok önemlidir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre tanı yaşı, performans skoru, tümör evresi, nodal evre, tümörde perinöral ve lenfovasküler invazyon varlığı, adjuvan veya palyatif kemoterapi alıp almaması ve aldığı kür sayısı sağkalımı belirleyen önemli parametrelerdir.

EP-293

MİDE KANSERLİ HASTALARDA TROMBİNLE ACTIVE EDİLEBİLEN FİBRİNOİZ İNHİBİTÖRÜ (TAFİ) VE TROMBİN-ANTİTROMBİN-III KOMPLEKS (TAT) SEVİYELERİ

EVREN FİDAN ¹, HALİL KAVGACI ¹, ASİM ÖREM ², MUSTAFA YILMAZ ³, BÜLENT YILDIZ ⁵, SAMİ FİDAN ⁴, BUKET AKCAN ², FEYYAZ ÖZDEMİR ¹, FAZİL AYDIN ¹

¹KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

³KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HEMATOLOJİ BİLİM DALI

⁴KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

⁵ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kanser hücresi içinde trombus saptandığından ve tümör ile trombus arasındaki ilişki tespit edildiğinden beri kanser ve koagülasyon konusu araştırılmaktadır. Antitrombin III en önemli trombin inhibitörüdür ve artmış TAT seviyeleri koagülasyonu

aktive etmektedir. TAFİ ise plazminojenin plazmine dönüşümünü inhibe etmektedir. Ek olarak plazmini direk olarak inaktive eder ve fibrinolizi hasara uğratar. Bozulmuş fibrinoliz ise tromboz riskini artırmaktadır. Bu çalışma mide kanserli hastalarda TAFİ ve TAT düzeyleri ile hemostatik parametreleri değerlendirme amacı ile dizayn edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğine başvuran, patolojik tanıları mevcut olan, daha önce hiç kemoterapi almamış yeni tanı mide kanserli hastalar çalışmaya dahil edildi. 52 hasta ve 35 kontrol çalışmaya alındı ve kan örnekleri alınarak çalışma anına kadar saklandı. TAFİ düzeyi ve TAT kompleksi düzeyinin ölçümü için ELİSA yöntemi kullanıldı.

Bulgular:

TAFİ seviyeleri hasta grubunda daha yüksek olarak tespit edildi (p<0.05). TAT düzeyleri de hasta grubunda istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (p= 0.001). D-Dimer seviyeleri hasta ve kontrol grubu arasında farklılık göstermezken evre IV hastalarda evre II-III hastalara göre daha yüksek seviyede tespit edildi (p= 0.05). Lenf nodu sayısı ile TAFİ ve TAT düzeyleri arasında korelasyon incelendiğinde TAFİ ile lenf nodu sayısı arasında zayıf fakat pozitif bir korelasyon saptandı (R= 0.452, p= 0.027). TAT ile ise negatif fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir korelasyon tespit edildi (R= -0.154, p= 0.472). Bu parametrelerin hastalığı ayırt etmek için belirteç olarak kullanıp kullanılamayacağı ROC analizi ile irdelendiğinde TAT'ın hastalığı ayırt etmede daha spesifik olduğu saptandı (TAFİ AUC: 0.676, TAT AUC: 0.874).

Sonuç:

Mide kanserli hastalarda kanama bozuklukları ve trombotik olayların gelişebileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Bu tablolar koagülasyon ve fibrinoliz arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkabilir. TAFİ ve TAT düzeylerinin sağkalım ve prognoz üzerine etkilerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-294

MİDE KANSERLİ HASTALARIMIZDA HER2 EKSPRESYONU

ARSENAL SEZGİN ALİKANOĞLU ¹, MUSTAFA YILDIRIM ², DİNÇ SÜREN ¹, MUSTAFA YILDIZ ², CEM SEZER ¹, SEVİL GÖKTAŞ ², NURULLAH BÜLBÜLLER ¹

¹ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

²ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Metastatik mide kanserinin ilk basamak tedavisinde HER2'yi hedefleyen tedaviler günlük klinik uygulamalarda kullanılmaktadır. Bu nedenle mide kanserli hastalarda HER2 ekspresyon oranının bilinmesi önemlidir. Bu çalışmada mide kanserli hastalarımızda HER 2 ekspresyon oranı İmmünohistokimya yöntemi ile araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde histopatolojik olarak tanı konulan mide kanserli hastalar dahil edilmiştir. HER 2 ekspresyonu immünohistokimya ile araştırıldı.

Bulgular:

IHC ile 25 hastada (%50) negatif, 11 hastada (%22) 1 pozitif, 7 hastada (%14) 2 pozitif, 7 hastada (%14) 3 pozitif olarak değerlendirildi. Hastaların 7'si (%14) her2 pozitif, 43 hasta (%86) ise negatif olarak saptandı.

Sonuç:

Çalışmamızda mide kanserinde HER2 ekspresyon oranı IHC ile %14 olarak saptadık. Çalışmamızda sadece IHC yöntemi kullanılmış ve 2 pozitif olan hastalar HER2 ekspresyonu negatif olarak kabul edilmiştir. Meme kanserinden 2 pozitif hastaların bir kısmında FISH yöntemi ile HER2 ekspresyonun olduğu bilinmektedir. Bu nedenle Her2 ekspresyon oranı saptadığımız değerden farklı olabilir.

EP-295

5-FU İNFÜZYONU VE TAKO-TSUBO SENDROMU (BİR OLGU SUNUMU)

MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, OLCAY ÖZVEREN², MEHMET VEYSEL ÇINAR², BARAN ERDİK³, BAŞAK OYAN⁴

¹ YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

² YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KALP VE DAMAR HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

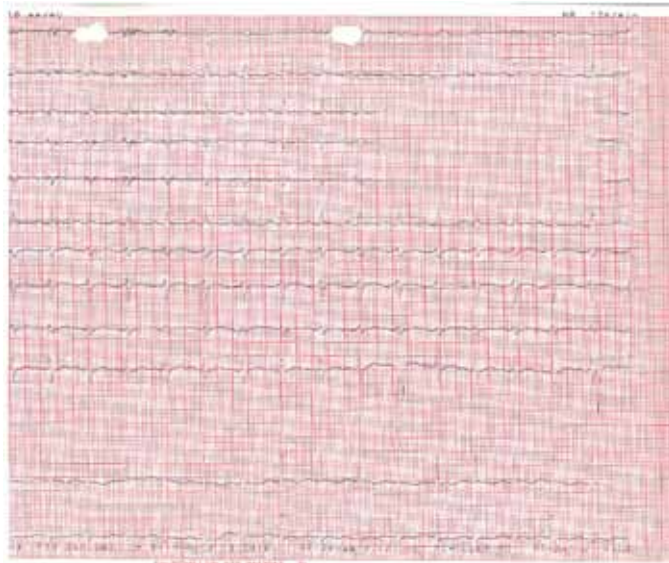
³ YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

⁴ YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Tako-tsubo sendromu (TTS) son yıllarda tanımlanan akut miyokardiyal infarktüse benzerlik gösteren geri dönüşümlü sol ventrikül disfonksiyonu ile seyreden bir sendromdur. EKG değişiklikleri, serum kardiyak enzimlerinde hafif yükselme ve sol ventrikül disfonksiyonu ve anjiyografide obstrüktif koroner patoloji saptanmaması ile karakterizedir.

Gereç ve Yöntem:



Figür 1: Sol ön oblikkaudal pozisyonda normal sol koroner arter



Bulgular:

Kırksekiz yaşında erkek hastada gastroduodenoskopide mide korpusunda saptanan vejetatif kitleden alınan biyopside, taşlı yüzük hücreli komponent içeren az diferansiye karsinom saptandı. Total gastrektomi + D2 lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patolojik incelemede seroza invazyonu, 39 lenf nodundan 26'sindeve omentumda tümör tutulumu saptandı. FISH ile Her-2 amplifikasyonu saptanmadı. Hasta Evre IV (T3N3M1) mide kanseri tanısıyla 6 kür DCF (docetaxel, cisplatin, infüzyonel fluorouracil) kemoterapisi aldı. Tedavinin tamamlanmasından 5 ay sonra hasta asit ile başvurdu. Asit sıvısının incelemesinde malign hücreler yanında, peritonit bulguları da saptandı. On günlük antibiyotik tedavisi sonrası enfeksiyonu düzelen hastaya, FOLFIRI (irinotekan, folinik asit, infüzyonel fluorouracil) rejimi başlandı. Fluorouracil infüzyonu devam ederken 34. saatte taşikardi gelişti. Ardından nefes darlığı, solunum sıkıntısı, genel durum bozukluğu gelişince, 39. saatte fluorouracil infüzyonu kesildi. EKG'de V4 - V5 de T negatifliği, ekokardiyografide ileri derecede sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (EF=%15-20) görüldü. İnfüzyonun kesilmesinden 15 saat sonra ventriküler taşikardi ve fibrilasyon gelişince, hasta defibrile ve entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta 36 saat sonra ekstübe edildi. Bu olaydan 27 gün sonra ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonun %50'ye çıktığı görüldü. Koroner anjiyografide koroner arterler normaldi. Hasta sonraki izlemlerinde bağırsak obstrüksiyonu, oral alım bozukluğu sebebiyle tekrar kemoterapi alamadı ve tanıdan 13.5 ay, relapstan 3.5 ay sonra progresyona bağlı kaybedildi.

Sonuç:

Kardiotoksisite, fluorouracilin bilinen bir yan etkisidir, fakat bugüne kadar fluorourasile bağlı TTS yalnız bir vakada bildirilmiştir. Ancak literatür tarandığında 9 vakada TTS benzeri kardiyomyopati bildirildiği saptanmıştır. Bu durum fluorourasile bağlı TTS'nin düşünüldüğünden daha yaygın olduğunu düşündürmektedir. TTS'nin geri dönüşümlü bir sendrom olması ve fluorourasilin kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılması sebebiyle, fluorourasile bağlı TTS'nin klinisyenler tarafından

bilinmesi ve tanınması önem kazanmaktadır.

EP-296

KRUKENBERG TÜMÖRÜ: SUBTOTAL GASTREKTOMİDEN 11 YIL SONRA

YASEMİN KEMAL, BAHİDDİN YILMAZ, DİLEK ERDEM, FATİH TEKER, GÜZİN DEMİRAĞ, İDRİS YÜCEL

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Krukenberg tümörü, tipik olarak gastrointestinal sistemden kaynaklanan overin metastatik adenokarsinomunu ifade eder. Büyük bölümü gastrik karsinoma sekonder gelişir(%70-94). %35'inde primer tümör daha önce tanı almıştır.

Olgu:

40 yaşında kadın hastaya 2001 yılında mide antrumunda kitle nedeni ile subtotal gastrektomi yapılmış. Patolojik değerlendirmede grade I diffüz infiltratif tip adenokarsinom saptanarak o dönemde T2N1M0 (muskularis mukoza infiltre ve 4 adet metastatik lenf nodu mevcut) olarak evrenlenmiş. Takip programına alınan hasta 11 yıl boyunca düzenli takip edilmiş; nüks ve metastaz saptanmamış. Hasta Ocak 2012'de vajinal kaşıntı şikayeti ile kadın doğum polikliniğinde değerlendirilmiş, pelvik ultrasonda bilateral adneksiyel kitle tesbit edilerek 'histerektomi ve bilateral salpingoofektomi' yapılmış. Patolojik değerlendirme sonucu 'bilateral overlerde adenokarsinom metastazi' saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş.

Bulgular:

Hastanın 11 yıl önceki gastrektomi preperatları, over preperatları ile karşılaştırdı ve aynı tümör olduğu ispatlandı. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri C-erb B2 negatif boyandı, hastaya DCF kemoterapisi başlandı.

Sonuç:

Mide kanserlerinde uzak metastazları dışlamak için güvenli zaman aralığı bulunmamaktadır; kadın hastalara erken evrede olsalar bile düzenli jinekolojik muayene gerekmektedir.

EP-297

AJCC-7 EVRELEME SİSTEMİ MİDE KANSERİNDE NE DEĞİŞTİRDİ?

ORHAN KIRBIYIK³, SAADETTİN KILIÇKAP¹, BİRSEN YÜCEL², NALAN AKGÜL BABACAN¹, YILLAR OKUR², TURGUT KAÇAN¹, MEHMET EREN², EBRU ATASEVER AKKAŞ²

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² RADYASYON ONKOLOJİSİ

³ DAHİLİYE

Amaç:

Çalışmada 7.nci versiyon AJCC mide kanseri evreleme sisteminin 6.ncı versiyona göre sağkalım üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bu amaçla merkezimizde takibi yapılan mide kanserli olguların patoloji raporları incelenerek eski ve yeni AJCC evreleme sistemi veritabanına işlendi. Sağkalım analizi her bir parametre için ayrı olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Yaş ortalaması 60±12 olan (min-max: 31-81) 178 hastaya ait veriler analiz edildi. Erkek/kadın oranı 4:1 idi. Distal yerleşimli tümörlerin oranı %75 idi. En sık yerleşim yeri %38 korpus idi.

Yüzde 2.4 olgu evre 1B'den 2'ye, %1.7 Evre2'den 3A'ya, %1.7 Evre3A'dan 2B'ye, %10.1 Evre3A'dan 3B'ye, %15.2 olgu 3Bden 3C'ye, %2.4 olgu Evre4'ten 3B'ye ve %10.7 Evre4'ten 3C'ye olmak üzere toplam %42 olguda evre değişimi izlendi. Uzak metastazi olan olgular çalışma dışı bırakıldıklarında değişim oranı %65 idi. Ortanca izlem süresi 13 ay, ortanca sağkalım 26 ay idi. AJCC6'ya göre T, N stage ve evre için sağkalım farklı idi (sırasıyla p=0,013; p<0.001 ve p<0.001). Aynı fark AJCC7'ye göre değerlendirildiğinde de izlendi (sırasıyla p=0,012; p<0.001 ve p<0.001).

Sonuç:

Eski ve yeni evreleme sistemi mide kanseri sağkalımını benzer şekilde arttırmaktadır. AJCC6, AJCC7'ye göre daha anlaşılır bir evreleme sistemidir.

EP-298

YENİ TANI GASTRİK KANSERLİ BİR HASTA DA LEPTOMENİNGEAL KARSİNOMATOSİS:OLGU SUNUMU

TAHSİN ÖZATLI, ÖZNUR BAL, BURÇİN BUDAKOĞLU, AHMET ŞİYAR EKİNCİ, ONUR EŞBAH, KAAAN HELVACI, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN, BERNA ÖKSÜZOĞLU

ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Malign hücreler ile meninkslerin diffüz infiltrasyonu olan leptomeningeal karsinomatosis (LMC) solid tümörler içinde en sık meme, akciğer ve malign melanom da görülür.LMC; mide kanseri metastazi için atipiktir (insidansı %0.06).

Bulgular:

43 yaşındaki erkek hastaya kasım 2011 de endoskopik biyopsi ile mide kanseri tanısı konuldu.Görüntüleme tetkikleri ile uzak metastaz gösterilemeyen hastaya 1 ocak 2012 de total gastrektomi uygulandı.Histopatolojik tanı taşlı yüzük hücreli adenokarsinoma olarak raporlanan hasta, evre IIIC olarak evrelendi.Gastrektominin 6.günü baş ağrısı ve çift görme şikayeti gelişti, kranial MRI'da bilateral serebellar hemisferde leptomeningeal kalınlaşma ve kontrast madde tutulumu gözlemlendi.Serebrospinal sıvı örneklemesinin birincisinde malign hücre görülmezken ,ikinci örneklem malignite şüphesi olarak raporlandı.BOS örneklem sonuçları şüpheli olmasına rağmen klinik ve radyolojik degerlendirmede LMC ile uyumlu olan hastaya intratekal (İT) Mtx /dexametazon uygulaması iki kere yapıldı.İzlemde anastomoz kaçağı nedeni ile akut batin gelişen hasta genel cerrahi servisine devredildiğinden kemoterapi tedavisi ertelendi.

Sonuç:

Mide kanserine bağlı LMC son derece nadir ve sıklıkla taşlı yüzük hücreli komponenti içeren adenokarsinom olgularında görülür. Nonmetastatik evrede bile olsa yeni başlangıçlı nörolojik bir semptom santral sinir sistemi tutulumu açısından hekimi uyarmalıdır.

EP-299**BATI KARADENİZ BÖLGESİNDEKİ MİDE KANSERLİ HASTALARIN SONUÇLARI**

DİLEK MALKOÇ, HÜSEYİN ENGİN, YÜCEL ÜSTÜNDAĞ, YASEMİN BAKKAL TEMİ, CEMİL BİLİR

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Mide kanseri dünya çapında azalan insidansına rağmen, halen kanser ölümlerine neden olan en önemli kanser türlerindendir. Türkiye’de tüm kanserler içinde erkeklerde ve kadınlarda 2. en sık görülen kanserdir. Türkiye’de mide kanseri insidansı erkeklerde 9,6/100.000 ve kadınlarda 5,7/100.000’dir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Şubat 2003 ile Ocak 2011 yılları arasında mide adenokarsinomu tanısı alan 334 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Olgularımızın %68,6’sı erkek, %31,4’ü kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması 61,7±13,0 idi. TNM evrelemesine göre olgularımızın %2,8’i Evre 0, %4’ü Evre 1A, %3,9’u Evre 1B, %6,4’ü Evre 2A, %3,4’ü Evre 2B, %9,2’si Evre 3A, %6,6’sı Evre 3B, %3,5’i Evre3C, %60,2’si Evre 4 olarak saptandı. %47 hasta kemoterapi, %29,6 hasta kemoterapi ile eş zamanlı radyoterapi aldı. En sık uygulanan adjuvan kemoterapi rejiminin FUFA (%53,7) olduğu görüldü. Hastaların klinik takibi sırasında %8,6’sında lokal nüks, %20,4’ünde metastaz geliştiği, %25,4’ünün remisyonda seyrettiği ve %16,2’sinin klinik takipleri sırasında ex olduğu belirlendi.Tümöre en sık antrumda rastlandı (%40,4). Tümör lokalizasyonunun, proksimal tip mide kanserlerinin, kemoterapi ile eş zamanlı radyoterapi almanın, tümör evresinin sağkalım sürelerini istatistiksel olarak etkilediği saptandı (Sırası ile p=0,003, p=0,03, p=0,03, p

Sonuç:

Hasta popülasyonumuzun %60’ını Evre 4 mide kanserleri oluşturmaktaydı ve muhtemelen bu nedenle hastalarımızın yaşam süreleri literatüre göre daha kısaydı (12 ay). Çoğu hastanın dördüncü evrede başvuruyor olması sağkalım oranlarını düşürdüğünden ülkemizde hastaların mide kanseri hakkında bilinçlendirilmesiyle erken tanı şansı artırılarak sağkalım oranı ve yaşam kalitesi yükseltilebilir.

EP-300**ERKEN EVRE MİDE KANSERLİ HASTA SONUÇLARIMIZ**

UTKU ERDEM SOYALTIN, HÜSEYİN ENGİN, YÜCEL ÜSTÜNDAĞ, YASEMİN BAKKAL TEMİ, CEMİL BİLİR

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Erken evre mide kanseri tüm mide kanserlerinin %4-16’sını oluşturur. Lenf nodu negatif hastaların 5 yıllık yaşam oranları %94,2 ve 10 yıllık yaşam oranları %92’dir. Erken evre mide kanserinde en önemli prognostik faktör lenf nodu tutulumudur. Hastaların 1-3 lenf nodu tutulumu pozitif ise 10 yıllık yaşam beklentisi %82, 4-6 lenf nodu tutulumu pozitif ise %73, 6’dan fazla lenf nodu tutulumu pozitif ise %27’dir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Ocak 2001 ile Haziran 2011 yılları arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji kliniğine başvuran mide adenokarsinomu tanısı alan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Çalışmamızda 19 erken evre hastamız vardı. Hastalarımızın 17’sinde lenf nodu tutulumu negatif iken, 2 hastamızın lenf nodu tutulumu pozitifdi. Hastalarımızdan 10’ununda tümör mukozal yerleşimli diğer 9’unda submukozal yerleşimliydi. Çalışma sonlandırıldığında 16 hastamız halen yaşıyordu ve ortalama takip süresi 58,7 aydı. Beş yıl ve üzeri takip edilen 8 hastamız vardı ve bu hastalarda progresyon ve nüks bulgusu yoktu.

Sonuç:

Erken evre mide kanserinde boyut ve invazyon derinliği arttıkça lenf nodu pozitiflik oranı artar. Bizde çalışmamızda lenf nodu pozitifliği ile invazyon derinliğini ilişkili bulduk. Hastaları erken evrede tespit etmek progresyonsuz sağ kalım ve nüksleri azaltmaktadır. Bu nedenle 45 yaş üstü hastalar dispeptik yakınmaların varlığında endoskopiyle tanıya gidilmeli ve mide kanseri için tarama programları başlatılmalıdır.

EP-301**METASTATİK MİDE KANSERLİ HASTALARDA İNFÜZYONEL VE BOLUS 5-FLUOROURASIL İÇEREN DCF KEMOTERAPİ ŞEMALARININ ETKİNLİK VE YAN ETKİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

PINAR GÜRİSOY ÖNER, BURCU ÇAKAR, UĞUR MUSLU, ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ, UMUT VAROL, DİDEM TUNALI, BURÇAK KARACA, CANFEZA SEZGİN, BÜLENT KARABULUT, RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Metastatik mide kanserinde mevcut kemoterapi protokolleri hastalarda düşük oranda sağkalım avantajı sağlamakla birlikte semptom palyasyonunda önemli rol oynamaktadır. Halen tedavide standart olarak belirlenmiş bir protokol olmamakla birlikte kemoterapi şemalarının büyük bir kısmı cisplatin ve 5-fluorourasil (5FU) bazlı tedavileri içerir. Biz çalışmamızda metastatik mide kanserli hastalarda bolus ve infüzyonel 5FU içeren DCF (dosetaksel,cisplatin ve 5FU) şemalarını toksisite ve progresyonsuz sağkalım (PFS) üzerine etkisi açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Onkoloji ünitemizdeki mide kanserli hastaların klinikopatolojik verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Tanı esnasında metastatik olan ve DCF kemoterapisi başlanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, metastaz yeri, aldığı toplam kür sayısı, tedaviyle ilişkili yan etkiler ve PFS süreleri kaydedildi.

Bulgular:

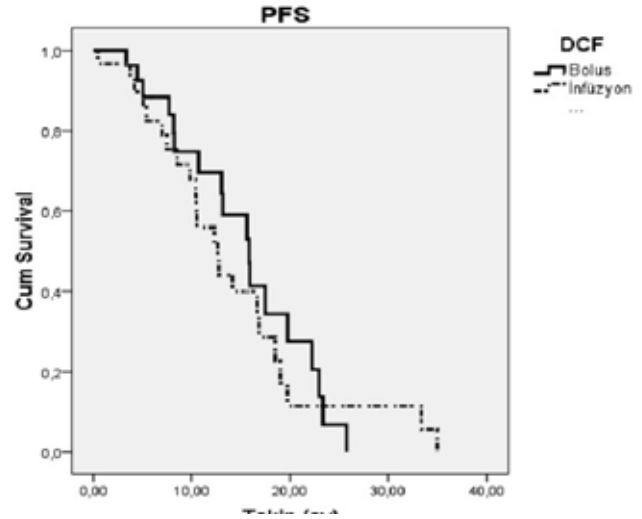
Toplam 74 hasta çalışmaya alındı (Tablo 1). Hastaların 39'u bolus DCF, 35'i infüzyonel DCF kemoterapi almaktaydı. Her 2 grupta cinsiyet ve metastaz yeri benzer olmakla birlikte; infüzyonel DCF kemoterapisi alan hastaların yaş ortalaması daha düşüktü ve aldığı kür sayısı daha fazla idi. Profilaktik G-CSF kullanımı infüzyonel DCF kolunda daha fazla olmakla birlikte her 2 kolda kemoterapi ile ilişkili yan etkiler açısından farklılık mevcut değildi. Infüzyonel DCF ve bolus DCF kolunda PFS açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p:0.5)

Sonuç:

Çalışmamızda infüzyonel ve bolus DCF rejimlerinin benzer yan etki profillerine sahip olduğu ve PFS açısından benzer etkinlikte olduğu görüldü. Infüzyonel DCF alan hasta grubu daha genç yaşta ve daha fazla oranda taşlı yüzük hücreli karsinom histolojisine sahipti. Bu durum infüzyonel DCF kolunun daha kötü prognostik özelliklere sahip olması nedeniyle bolus DCF koluna göre belirgin PFS avantajı göstermemesini açıklayabilir.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

	Bolus DCF N:39	İnfüzyonel DCF N:35	p değeri
Tanı yaşı	59.5±9.2	49.8±10.5	<.001
Cinsiyet			
kadın	11	12	>0.05
erkek	28	23	
Patoloji alt tip			
Epidermoid	3	1	NA
Adenokarsinom	30	24	
Taşlı yüzük hücreli	6	10	
takip süresi(ay)	10.3±6.9	11.0±7.9	>0.05
Kür sayısı	3.2±0.7	5.1±2.3	>0.05
G-CSF kullanımı	9(%34.6)	17(%65.4)	0.02
Yan etkiler			
nötropeni	3	2	>0.05
hepatotoksisite	0	1	
nefrotoksisite	4	1	
diyare	2	4	
nöropati	3	6	



Şekil 1: Progresyonsuz Sağkalım

EP-302

NON-METASTATİK MİDE KANSERLİ OLGULARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER

TURGUT KAÇAN¹, ORHAN KIRBIYIK², SADETTİN KILIÇKAP¹, BİRSEN YÜCEL³, NALAN AKGÜL BABACAN¹, YILLAR OKUR³, MEHMET FUAT EREN³, EBRU ATASEVER AKKAŞ³

¹CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

²DAHİLİYE

³RADYASYON ONKOLOJİSİ

Amaç:

Bu çalışmada non-metastatik mide kanserli olgularda prognostik faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde takibi yapılan non-metastatik mide kanserli olguların patoloji raporları incelendi. Prognostik faktörlerin belirlenmesi amacıyla tek ve çok değişkenli sağkalım analizi yapıldı.

Bulgular:

Çalışmada yaş ortalaması 60±11 olan 120 hastanın verileri analiz edildi. Olguların %77'si erkekti. Yüzde 78 olguda tümör distal yerleşimliydi. En sık görülen %37'si 3C olmak üzere %71 ile Evre 3 idi. Olguda %62 olguda lenfovasküler invazyon, %44 kötü diferansiye ve %80 nod pozitif idi. ECOG PS %64 ile en sık "0" olarak gözlemlendi. Ortanca çap 5cm (1-15), çıkarılan lenfnodu sayısı 20 (2-54), tutulmuş lenfnodu sayısı 5 (0-44) bulundu. Ortanca izlem süresi 22 ay idi. 3-yıllık sağkalım oranları Evre I için %83, Evre II için %78 ve Evre III için %41 idi. Tek değişkenli analizde CEA yüksekliği, evre, nod, PS, ekstralendenfatik yayılım ve anemi sağkalımı etkileyen faktörler idi. Çok değişkenli analizde ise CEA yüksekliği (p=0.006) ve evre (p=0.044) sağkalımı etkileyen bağımsız değişkenlerdi.

Sonuç:

Non-metastatik mide kanserinde evre ve CEA yüksekliği sağkalımı bağımsız olarak etkilemektedir.

EP-303**METASTATİK MİDE KANSERİNDE İKİNCİ HAT FOLFIRI KEMOTERAPİSİ SONUÇLARI**

ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ, BURCU ÇAKAR, UĞUR MUSLU, PINAR GÜRSOY, UMUT VAROL, BURÇAK KARACA, BÜLENT KARABULUT, CANFEZA SEZGİN, RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Amaç:

Metastatik mide kanserinde ikinci hat tedavide irinotekan içeren rejimler kullanılmaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde izlenen metastatik mide kanseri tanılı hastalarda ikinci hat FOLFIRI (fluorourasil/lökoverin/irinotekan) kemoterapisi sonuçları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Metastatik mide kanseri tanısıyla merkezimizde izlenen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiş, ilk hattan sonra FOLFIRI (lökoverin 400 mg/m², 5-FU 400 mg/m² bolus, 5-FU 2400 mg/m² 46 saatte infüzyon, irinotekan 180 mg/m² 14 günde bir) kemoterapisi almış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların klinikopatolojik özellikleri, tedavi yanıtları kaydedilmiş, progresyonsuz sağkalım ve yanıt oranları hesaplanmıştır.

Bulgular:

Ocak 2009 – Haziran 2011 tarihleri arasında metastatik mide kanseri tanısı alan, ilk hattan sonra FOLFIRI kemoterapisi uygulanan 17 hasta (14 erkek, 3 kadın) çalışmaya dahil edildi. Median tanı yaşı 53 (aralık 37 - 71) bulundu. Tüm hastalar ilk basamak tedavi olarak dosetaksel, sisplatin, fluorourasil tedavisi almıştı. Toplam 104 kür (median 6, aralık 2 - 13) tedavi uygulandı. Bir hastada (%5.9) parsiyel yanıt, 6 hastada (%35.3) stabil hastalık görüldü. Median progresyonsuz sağkalım 5.5 ay (%95 güven aralığı[GA], 4.2-6.9), progresyona kadar geçen ortalama süre 4.7 ay (%95 GA, 2.5-6.9) bulundu.

Sonuç:

Metastatik mide kanserinde ikinci basamak tedavinin sağkalım üzerine olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, tedavide standart bir yaklaşım yoktur.¹ FOLFIRI rejimi bu hasta grubunda orta düzeyde etkinlik göstermekte ve iyi tolere edilmektedir.² Metastatik mide kanserinde ilk hattan sonra FOLFIRI rejimi ile bildirilen progresyonsuz sağkalım 2.7 - 6.8 ay, yanıt oranları %10 – 21 arasında değişmektedir.^{2,3} Bulgularımız metastatik mide kanserinde ilk hattan sonra FOLFIRI kemoterapisinin etkin olduğunu desteklemektedir.

EP-304**METASTATİK MİDE KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK İRİNOTEKAN TEDAVİSİ**

YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, AHMET DİRİCAN, İŞİL SOMALI, ÇİĞDEM ERTEN, LÜTFİYE DEMİR, ALPER CAN, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, MURAT AKYOL, MUSTAFA OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Üst gastrointestinal sistem tümörleri oldukça öldürücü

seyreden kanserler arasında yer almaktadır. Sitotoksik kemoterapi metastatik gastrik kanser için en etkili tedavi modalitesidir. Birinci basamak tedavi ile yanıt alınamayan hastalarda ikinci basamak tedavilerinin yanıt oranlarının düşük ve toksite oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde metastatik mide kanseri tanısıyla izlenen hastalarda 2. basamak irinotekan tedavisinin etkinliği ve yan etki profili retrospektif olarak değerlendirildi

Gereç ve Yöntem:

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine Mayıs 2008 ile Temmuz 2011 yılları arasında başvurmış 31 metastatik gastric adenokanserli hastada ikinci basamakta irinotekanın etkinliği ve toksite profili retrospektif olarak değerlendirildi. Bütün hastalar ileri evre hastalık için birinci basamakta cisplatin, fluoropyrimidin (5-FU) ve docetaxel içeren kemoterapi rejimi aldı. İrinotekan tedavisi tek ajan olarak 210 mg/m²' den 21 günde bir veya 5-FU 500 mg/m² d1-2 ve kalsiyum folinat 60 mg/m² d1-2 ile birlikte 180 mg/m² d1 olarak 14 günde bir verildi.

Bulgular:

Median yaş 54 (range, 31-70) saptandı. Kombine olarak irinotekan median 6 kür (range, 3-12) tek ajan olarak ise median 3 kür (range, 1-10) verildi. Metastaz altı hastada (%19) bir alanda, 17 hastada (%55) iki farklı alanda, sekiz hastada (%26) ise üç ve daha fazla alanda saptandı. Tümör yanıt oranlarına bakıldığında dört hastada (%12.9) kısmi yanıt, altı hastada (%19.3) stabil hastalık elde edildi. Progresyonsuz sağkalım (PFS) 3.26 ay (95% CI, 2.3-4.2) saptandı. Median genel sağ kalım (OS) 8,76 ay (95% CI, 4.5-12.9) saptandı. En sık görülen grade 3-4 yan etki olarak nötrepeni izlendi. Bir hastada komplike olamayan nötrepenik ateş gelişti. Tedavinin genel olarak iyi tolere edildiği görüldü.

Sonuç:

Metastatik mide kanserinde ikinci basamak irinotekan tedavisinin tolere edilebilir ve etkin bir tedavi olduğu görüldü. Ancak bu konuyla ilgili daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

EP-305**MESANEYE METASTAZ YAPMIŞ OLAN MİDE TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU**

ORHAN ÖNDER EREN¹, HÜLYA ÖZEL², ÖMER ALICI², MUSTAFA SUAT BOLAT³, SADİ KEREM OKUTUR¹

¹ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PATOLOJİ BÖLÜMÜ

³ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

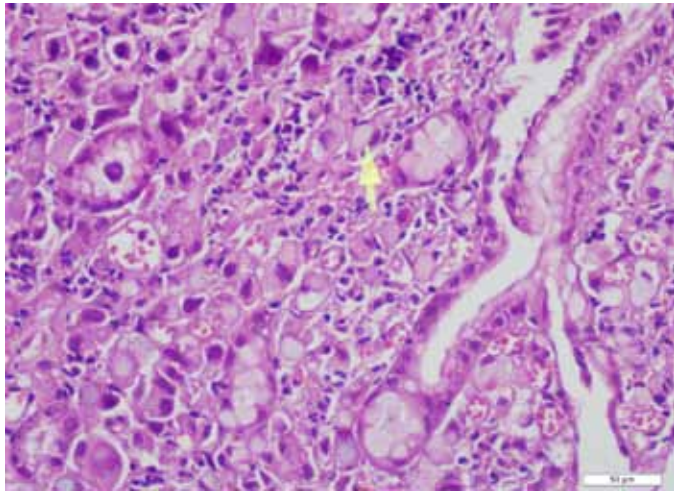
Mesaneye uzak organlardan metastaz olması klinikte nadir olarak rastlanılan bir tablodur. Mide adenokarsinomları meme ve malin melanomlardan sonra mesaneye en sık metastaz yapan üçüncü tümör grubunu oluşturmaktadır. Burada mide karsinomu ile eşzamanlı teşhis konulan bir mesane taşlı yüzük hücreli karsinom olgusunu sunacağız.

Gereç ve Yöntem:

Bu olgu sunumu hastaya ait dosya verileri incelenerek hazırlanmıştır.

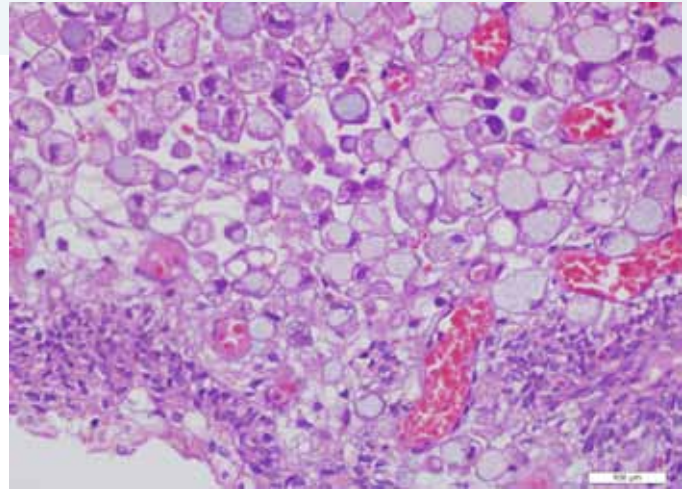
Bulgular:

48 yaşında erkek hasta, birkaç aydır olan karın ağrısı ve karın şişliği nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede belirgin solukluk ve asit tespit edildi. Yapılan tetkiklerde demir eksikliği anemisi saptandı. Batın USG'de asit, yaygın batın içi lenfadenopatiler ve sağda hidroüreteronefroz saptanmıştır. Batın BT'de mide duvarında kalınlaşma, yaygın batın içi metastatik lenfadenopatiler, mesane duvarında belirgin kalınlaşma, peritoneal karsinomatozis tespit edildi. Hastaya dispeptik yakınmalarının da olması nedeniyle üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Üst GİS endoskopisinde korpusta kitle saptandı. Yapılan biyopsi sonucu taşlı yüzük hücreli karsinom olarak rapor edildi (figür 1). Asit sitolojisinde de taşlı yüzük hücreli karsinom hücreleri tespit edildi. Asit sıvısından hazırlanan hücre bloklarında sitokeratin 7 ile boyanma saptanmış olup sitokeratin 20 ile boyanma tespit edilmedi. Bu bulgular da mide adenokarsinomu metastazı ile uyumlu bulundu. Hastaya hidronefroz, mesane duvarında kalınlaşma ve hematüri nedeniyle yapılan sistoskopiye bilateral üreter ofislerini tıkayan papilonodüler kitleler saptandı. Sağ üreter orisinden girilerek double j stent takıldı. Sol tarafa ise daha sonra perkütan nefrostomi yerleştirildi. Mesaneden alınan biyopsi sonucu taşlı yüzük hücreli karsinom olarak rapor edildi (figür 2). Mevcut klinik tablo ve immünohistokimya çalışmaları sonucunda mesaneye mideden metastaz olduğu kabul edildi. Hastaya bu bulgularla performans skoru da gözönüne alınarak hastaya haftalık ayarlanmış dozlarda dosetaksel, sisplatin ve infüzyonel 5 fu kemoterapisinin başlanması planlandı. Haftada 2-3 defa parasentez ihtiyacı olan hastada tedaviyle parasentez ihtiyacının azaldığı, asit miktarında azalma olduğu performans skorunda düzelme olduğu gözlemlendi. Hasta 4 aydır bu tedaviyle takip edilmektedir.



Figür 1

X20 Midede nükleusları bir kenara itilmiş görünümde taşlı yüzük hücreli karsinom hücreleri görülüyor.



Figür 2 X20 Mesanede taşlı yüzük hücreli karsinom hücreleri görülüyor

Sonuç:

Metastatik karsinomlar mesane kanserlerinin sadece % 1'ini oluşturmaktadır(1). Mesaneye en sık metastaz yapan tümörler ise sırasıyla meme, malin melanom ve mide kanserleridir(1). Taşlı yüzük hücreli mide karsinomlarının mesane metastazları ile ilgili literatürde bildirilmiş az sayıda olgu bulunmaktadır. Literatürde bildirilmiş olan az sayıda primer mesane taşlı yüzük hücreli karsinomu olguları da bulunmaktadır(3,4). Yaklaşımın farklı olması sebebiyle primer ve metastatik kanserlerin ayırıcı tanısı önem taşımaktadır. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar verileri ışığında mide kanseri metastazının daha muhtemel olduğu düşünüldü. Bu olguda metastatik hastalık nedeniyle palyatif kemoterapi ön planda düşünüldü. Hastanın performans skorunun düşük olması nedeniyle haftalık ve infüzyonel 5 fluorourasil içeren bir rejim uygun görüldü(5,6).

EP-306

METASTATİK KOLOREKTAL KANSER TEDAVİSİNDE XELOX PROTOKOLÜNÜN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ZUHAT URAKÇI, MUHAMMET ALİ KAPLAN, MEHMET KÜÇÜKÖNER, ALİ İNAL, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Kolorektal kanserler tüm dünyada mortalite nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmamızda XELOX (kapesitabin+oxaliplatin) kemoterapisi kullanan metastatik kolorektal kanser olgularımızı retrospektif olarak değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmamızda 2002 ve 2011 yılları arasında kliniğimizde XELOX kullanan metastatik kolorektal kanser vakalarımızın yaş, cinsiyet, performans statusu, histopatolojik alt tip, tümör lokalizasyonu, hastalık evresi, radyoterapi alıp almadığı, kemoterapinin kaçınıcı basamak verildiği, yan etkiler, en sık metastaz bölgeleri ve progresyonsuz sağ kalım gibi parametrelerine bakıldı.

Bulgular:

Değerlendirilen 65 hastanın 29'u (%44,6) kadın, 36'sı (%55,4) erkek hastalar olup ortalama yaşları 56,5 (21-74) olarak saptandı. Tümör 40 (% 61,5) vakada kolon yerleşimli iken 25 (%38,5) vakada rektumda lokalize idi. Histopatolojik olarak 45 (%69,3) hastada adenokanser saptanırken 20 (%30,7) hastada taşlı yüzük hücreli kanser saptandı. Vakaların 43 (%66,1) tanesi tanı anında metastatikti. Metastaz saptanan bölgeler 25 (%38,4) vakada karaciğer, 14 (%21,5) vakada akciğer, 7 (% 10,7) vakada kemik, 5 (%7,6) vakada periton ve 14 (%21,5) vakada diğer bölgeler olarak değerlendirildi. Radyoterapi alan 19 (%29,2) vakamız mevcuttu. Xelox kemoterapisi 39 (%60,1) vakada 1.basamak, 22 (%33,8) vakada 2.basamak, 4 (%6,1) vakada da 3 ve sonrası basamaklarda kullanıldı. Median kemoterapi uygulanma oranı 5 kür olarak saptandı. Verisine ulaşılan 44 vakanın 7'sinde (%15,9) nötropeni, 2 (%4,5) vakada febril nötropeni, 9 (%20,4) vakada anemi, 4 (%9,1) vakada trombositopeni, 9 (%20,5) vakada diare, 4 (%9,2) vakada nöropati, 12 (%27,2) vakada bulantı-kusma, 6(%13,6) vakada stomatit ve 4 (%9) vakada el-ayak sendromu geliştiği saptandı. Tüm hastalarda progresyonsuz sağkalım median 12 ay, 1. basamakta 12 ay ve 2.basamakta 8 ay olarak saptandı.

Sonuç:

Yapılan çalışmalarda metastatik kolorektal kanserde birinci basamakta xelox yanıtı ortalama %33-54 ve ortalama progresyonsuz sağkalım 6,5-9,5 ay bulunmuştur. Bu kombinasyon önemli toksisite artışına neden olmaz ve uzun süreli kullanımda bile hastalar tarafından iyi tolere edilir. Bizim olgularımızın progresyonsuz sağkalım değerleri literatürden daha yüksek saptandı.

EP-307**LOKAL İLERİ EVRE MİDE KANSERİNDE POSTOPERATİF KEMORADYOTERAPİ VE ADJUVAN ECF DENEYİMİ**

GÜLNİHAN EREN¹, ÖZGE KESKİN², PERVİN HÜRMÜZ¹, FARUK ZORLU¹, ŞUAYİB YALÇIN²

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:

Cerrahiye uygun mide kanseri vakalarında perioperatifkemoterapi ve postoperatif kemoradyoterapi ile sağ kalım sonuçları iyileştirilebilir. Biz çalışmamızda, lokal ileri evre mide kanseri olan 21 vakada postoperatif kemoradyoterapi ile, adjuvan ECF'nin retrospektif sonuçlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem:

Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi polikliniğine 2003-2010 yılları arası başvuran 21 lokal ileri evre mide kanseri vakası analize dahil edildi. Bu hastalara cerrahi sonrası adjuvan ECF kemoterapisi (KT) ve FU ile eş zamanlı radyoterapi (RT) uygulandı. Bu hastaların demografik verileri, tanı anı evreleri, cerrahi tipi, RT ve kemoterapi bilgileri kaydedildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 57±2,6; %76,2'si erkek, %23,8'i kadın idi. Tanı anı evreleri saptanabilen 13 vaka sırayla %47,6 evre 3C, %9,5 evre 2B ve %4,8 3B hastalığa sahipti. Vakalardan 11 tanesine subtotal gastrektomi, 10 tanesine total gastrektomi uygulandı. Hastaların tamamı postoperatif RT ve adjuvan ECF kemoterapisi aldı. Vakalardan 20 tanesine RT ile eş zamanlı KT uygulandı, sıklık sırasına göre uygulanan protokoller: sürekli infüzyonel 5-FU, ilk-son hafta FU ve lökoverin, eşit oranda haftalık FU ve ECF. Adjuvan ECF kür sayısı en sık 4 (%35,7) idi. Bunun dışında 3,5 ve 6 kür uygulanan hastalar da oldu, bunlar eşit oranda (%21,4) gözlemlendi. Hastaların %19'u tanıdan sonraki ilk 1 yıl içinde kaybedildi. Cerrahiden relapsa kadar geçen süre medyan 10 ay olarak bulundu. Bu süreye ECF kür sayısının, RT ile eş zamanlı uygulanan KT'nin ve cerrahi tipinin etkisi (p>0,05) bulunmadı.

Sonuç:

Meta-analizlerin sonuçlarına göre 5-FU+antrasiklin kombinasyonuna eklenen sisplatin genel sağ kalım açısından avantaj sağlar. Sisplatin+5-FU ile beraber uygulanan epirubisin de sağ kalım faydası göstermektedir. ECF kombinasyonu lokal ileri evre mide kanserinde %49-56 arası cevap oranına neden olur. Çalışmamızda, adjuvan ECF kür sayısının, RT ile eş zamanlı uygulanan KT'nin relapsa kadar geçen süreye etkisi olmadığını göstersek de, kür olabilecek lokal ileri evre mide tümörlerinde perioperatif KT veya postoperatif kemoradyoterapi mutlaka önerilmelidir.

EP-308**METASTATİK MİDE KANSERİNE EŞLİK EDEN NADİR BİR DURUM OLARAK POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU (PRES) : OLGU SUNUMU**

ZUHAT URAKCI¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, ALİ İNAL¹, CİHAD HAMİDİ², ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN¹

¹ DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

² DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:

Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) şuur bozukluğu, konvülsiyon, görme kaybı ve magnetik rezonans (MR) görüntülemeye parieto-okspital bölgede bilateral hiperintensite ile karakterize bir sendromdur. Biz burada metastatik mide kanserine eşlik eden nadir bir durum olan bir posterior reversible ensefalopati sendromu olgusu sunduk.

Olgu Sunumu:

Yeni tanı mide adenokanseri nedeni ile takip edilen, 41 yaşında erkek hasta performans skoru düşük olduğu için destek tedavisi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Evreleme amaçlı çekilen toraks ve batin bilgisayarlı tomografilerinde metastaz saptanmadı. Klinik takiplerinde konvülsiyonu olan hastada ani görme kaybı gelişti. Hipertansiyon öyküsü olmayan ve klinik takiplerinde de tansiyon yüksekliği olmayan hastanın konvülsiyon esnasında bakılan tansiyon değeri 150/100 mmHg olarak saptandı. Yapılan laboratuvar testlerinde anlamlı patolojiye

rastlanılmadı. Hastanın konvülsiyondan sonra çekilen kraniyal MR'ında bilateral oksipital bölgede ve sol temporalde T2A ve FLAIR sekanslarda hiperintens lineer uzanım gösteren alanlar izlendi. Her iki serebellar hemisferde T2A ve FLAIR sekanslarda kontrast madde tutan en büyüğü 5mm çapında çok sayıda kitle lezyonu mevcuttu. Hastada klinik ve görüntüleme bulguları ile mide kanserinin kraniyal metastazına eşlik eden posterior reversible ensefalopati sendromu olduğu düşünüldü. Hastaya anti-konvülzan ilaç ve kortikosteroid tedavisi başlandı. Daha sonraki takiplerinde konvülsiyonu olmayan hastanın görme kaybı şikayeti geçti. Hastanın kraniyal metastatik lezyonlarına radyoterapi başlandı. Hastanın halen kliniğimizde takibi devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

PRES oldukça nadir görülmekte olup literatürde malignitelere eşlik eden az sayıda vaka bildirilmiştir. Patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber serebral otonöregülasyonun bozulması sorumlu tutulmaktadır. Hipertansiyon, eklamsi/pre-eklamsi, kemoterapötik ilaçlar, yüksek doz kortikosteroid ve otoimmün hastalıklar PRES'e neden olabilir. PRES genellikle reversible olup destek tedavisi ile çoğu hasta düzelmekle birlikte ölümcül seyreden vakalar da bildirilmiştir.

Sonuç olarak beyin metastazı yaparak kalıcı nörolojik hasar yapabilen malignitelere ayrıca reversible nörolojik semptom oluşturan PRES de ayırıcı tanılar arasında düşünülebilir.

EP-309

PRİMER MİDE LENFOMASI: TEK MERKEZ SONUÇLARI

MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMED ALİ KAPLAN¹, ALİ İNAL¹, ZUHAT URAKCI¹, AYŞE NUR KELEŞ⁶, RECAİ AKDOĞAN⁷, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

¹ DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

² DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

³ DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

⁴ DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

⁵ DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

⁶ DİCLE ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ BİLİMDALİ

⁷ DİCLE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI

⁸ DİCLE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ BİLİMDALİ

Amaç:

Primer gastrik lenfoma mide tümörlerinin %2-5'ini, non- Hodgkin lenfomaların ise %10'unu oluşturmaktadır. Gastrointestinal lenfomalarının ise %60-75'ini oluşturmaktadır. Histolojik tipler arasında; mukoza ilişkili lenfoid doku (MALT) tipi lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma (DLBCL), mantle cell lenfomalar (MCL) yer almaktadır. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen mide lenfomalı hastalarımızın klinikopatolojik özellikleri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Dicle Ü.T.F. Onkoloji merkezimizde tedavi edilmiş primer mide lenfomalı 35 hastanın klinik ve patolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Evreleme de Lugano evreleme sistemi kullanılmıştır.

Bulgular:

Çalışmamızdaki 35 hastamızın medyan yaşı 55(20-66), %60'ı(n=21) erkek, %40'ı(n=14) kadındı. Hastaların başvuru şikayetleri sırasıyla karın ağrısı %51.4 (n=18), bulantı kusma

%22.8(n=8), mide kanaması %11.4(n=4), ishal %8.5(n=3), kilo kaybı %5.7(n=2) şeklindeydi. Histopatolojik değerlendirmesinde %51.4'ü(n=18) diffüz büyük B hücreli lenfoma, %14.2'i(n=5) mukoza ilişkili lenfoid doku (MALT), diğerleri %34.2(n=12) alt tipi belirtilmemiş lenfomaydı. Hastaların laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesinde ortalama serum LDH düzeyi 283 U/L(125-1239), ortalama sedimantasyon değeri 45mm/saat (5-99) idi. Hastaların %74.2'i(n=26) evre I-II, %25.8'i(n=9) evre IV dü. Helikobakter pylori bakılmış 14 hastanın %14.2'sinde (n=2) pozitif. Hastalarımızın %25.7'ine(n=9) cerrahi tedavi uygulanmıştı, tamamına ise kemoterapi tedavi uygulanmıştı. Kemoterapi uygulanan hastaların %71.4'ünde (n=25) tam yanıt elde edilmişti. Hastalarımızda medyan takip süresi 32.4 ay (2.2-104) idi.

Sonuç:

Mide non hodgkin lenfomalarının en sık histolojik tipi diffüz büyük b hücreli lenfomadır. Primer mide lenfoma kendine özgü klinik ve histopatolojik özelliklere sahiptir. Bu nedenle de standart bir evreleme ortaya konamamış ve tedavide de cerrahi mi yoksa organ koruyucu tedaviler mi uygulanacağı standart hale gelmemiştir.

EP-310

BİLATERAL ŞİLOTORAKSLA PREZENTE OLAN BİR GASTRİK KANSER VAKASI

MURAT AKYOL , AHMET DİRİCAN , LÜTFİYE DEMİR , ALPER CAN, VEDAT BAYOĞLU , YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK , ÇİĞDEM ERTEN , MUSTAFA OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Şilotoraks plevral efüzyonun nadir nedenlerinden olup genellikle ductus torasikus travması ve malignensilerle ilişkilidir. Gastrik kanserler şilotoraksın nadir nedeni olarak tanımlanmıştır.

Bulgular:

26 yaşında bayan hastanın karın ağrısı nedeniyle yapılan endoskopisinde korpus büyük kurvatur önünde tabanı nekrotik düzensiz kenarlı dev ülser saptandıktan sonra alınan biyopsi az diferansiye adenokarsinom ile uyumlu bulundu. Tüm vücut BT taramalarında boyun jugulodigastrik lokalizasyonda, posterior servikal ve supraklavikular fossada en büyüğü 2 cm çapa ulaşan bazıları nekroz alanları içeren multipl LAP, bilateral masif plevral efüzyon, sol aksiler, perigastrik ve çölyak, paraaortik alanda solid LAP kitleleri saptandı. Takibinde gelişen dispne nedeniyle yapılan torasentezde gelen süt görünümünde mayinin biyokimyasal analizinde trigliserid 912 mg/dl, kolesterol 100 mg/dl saptandı ve hastaya şilotoraks tanısı kondu. Şilotoraks ve multipl lenfadenomegali tablosu ile prezente olması ve yaşı nedeniyle olası lenfoma tanısını ekarte etmek açısından boyundaki lenfadenopatilerden birinden eksizyonel biyopsi yapıldı; patoloji sonucu yine mide adenokarsinom (taşlı yüzük hücreli alt tip) ile uyumlu bulundu. Takiplerinde solunum sıkıntısı artması üzerine bilateral tüp torakostomi yapıldı. Hastanın ayrıca orali kesildi ve total parenteral nütrisyon tedavisine geçildi. ECOG performans skoru 3 olan hastanın günlük plevral sıvı drenajı 400-500 cc olması, lökositozunun ve kcft bozukluğunun devam etmesi nedeniyle kemoterapi verilemedi. Şilotoraksın nedeni olarak duktus torasikusa LAP

basısı düşünüldü ve palyatif amaçlı radyoterapi (400 Gy /5 fraksiyon) uygulandı. Genel durumu buna rağmen hızla bozulan hasta tanıdan yaklaşık 1 ay sonra eksitus oldu

Sonuç:

Gastrik kansere bağlı şilotoraks literatürde çok nadirdir. Vakamızda olduğu gibi ileri evre ve agresif hastalıkla ilişkilidir.

EP-311

TANI ANINDAKİ D-DİMER DÜZEYİ MİDE KANSERİ İÇİN PROGNOSTİK BİR FAKTÖR OLABİLİR Mİ?

SAADETTİN KILIÇKAP ¹, ORHAN KIRBIYIK ², FEYZA ÇİÇEKLİ ², ÖZGÜR DOĞAN ², TURGUT KAÇAN ¹, AHMET KERİM TÜRESİN ², NALAN BABACAN ¹

¹ CÜTF TIBBİ ONKOLOJİ

² DAHİLİYE

Amaç:

Kolorektal kanserde prognostik önemi olduğu düşünülen d-dimer düzeyinin mide kanseri için prognostik olup olmadığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Mide kanserli hastalara ait veriler ve tanı anındaki CEA ve d-dimer düzeyleri kaydedildi.

Bulgular:

Çalışmaya 2009-2011 tarihleri arasında bölümümüze başvuran verileri yeterli 119 hasta alındı. Hastaların %79'u erkek idi. Ortalama yaş 58±11 idi. Olguların %75'i distal yerleşimli,%35'i grad 3 idi. En sık görülen evre Evre 3 (%44), Performans status "0" (%51) idi. Yüzde 45 olguda lenfovasküler invazyon mevcuttu. Cerrahi yapılanlarda ortalanca çıkarılan lenf nodu 20 (7-54) ve tutulmuş lenf nodu 5 (0-24) bulundu. Tanı anında ortalanca CEA 2,1 ng/dL (0,45-201) ve d-dimer 358 (130-7361) idi. Yüksek CEA düzeyi metastaz ve evre ile ilişkili iken, diğer tüm faktörlerle arasında ilişki bulunamadı. D-dimer ile cinsiyet, T, N, Evre, PS, LVI ve CEA arasında bir ilişki bulunamadı. CEA sağkalım için prognostik bir faktör olarak bulunamazken, D-dimer yüksekliği sağkalım için kötü prognostik bir faktördü (p=0,024).

Sonuç:

D-dimer yüksekliği mide kanserinde kötü prognostik bir faktör olabilir. Hasta sayısının az olması çalışmanın kısıtlayıcı yönüdür. Sonuçların fazla hasta sayısı olan çalışmalarla desteklenmesi gerekir.

EP-312

19 YAŞINDA WILMS TÜMÖRÜ OLGUSU

FATİH TEKER ¹, DİLEK ERDEM ¹, BAHİDDİN YILMAZ ¹, İDRİS YÜCEL ¹, GÜZİN DEMİRAĞ ¹, MEHMET KEFELİ ², YASEMİN TÜRKMEN ¹

¹ ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

² ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Wilms tümörü(WT) çocukların en sık görülen böbrek tümörü olmasına karşın erişkinlerde oldukça nadir görülmektedir. WT çocukluk çağı malignansilerinin %8 ini oluşturur. Erişkinlerle ilgili veriler literatürde vaka bazında olduğundan görülme sıklığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu yazıda sağ yan ağrısı şikayetiyle başvurup sağ radikal nefrektomi yapılan ve WT tanısı aldıktan sonra adjuvant kemoterapi başlanan 19 yaşında kadın hasta kaleme alınmıştır. WT'de erken tedavi seçeneklerinin uygulanması hastanın sağkalımı bakımından yaşamsal önem taşımaktadır. Bu nedenle az görülen bu hastalığın sunulması uygun görülmüştür.

Gereç ve Yöntem:

Vaka:19 yaşında kadın hasta kilo kaybı ve yan ağrısı şikayetleriyle başvurduğu merkezde yapılan Tüm batın ultrasonografisinde sağ böbrekte 10X5 cm boyutlarında kitle tespit edilmiş. Üroloji tarafından sağ radikal nefrektomi yapılmış. Patoloji sonucu Wilms tümörü olarak raporlanması üzerine hasta onkoloji bölümüne yönlendirilmiş. Polikliniğimize başvuran hasta National Wilms Tümör Study Group(NWTS) evreleme sistemine göre Evre-II wilms tümörü olarak kabul edildi ve AVE(actinomycin, vincristine, etoposid) kemoterapisi başlandı.

Bulgular:

WT'de klinik olarak en sık görülen belirtiler yan ağrısı ve hematüridir. Çocuk yaş grubuna kıyasla erişkinlerde hastalık daha ileri evrelerde karşımıza çıkar. WT blastemik, epitelyal ve mezenkimal tipte olabilir. Hastalığın klinik gidişini evresi ve histopatolojik tipi ve anaplazi olup olmaması belirler. Anaplazi odakları içeren, blastemal bileşeni baskın tümörler daha kötü seyretmektedir. Ayrıca yaşın büyük olması yüksek relaps riski ile doğru orantılıdır.Spesifik bir markırı olmayan bu hastalığın tedavisi evresine bağlıdır.

Sonuç:

Bu olgu literatürde az sayıdaki WT olgusuna bir katkı olarak sunulmuş ve erişkin renal kitlelerin preoperatif değerlendirilmesinde WT'nün de akılda tutulması gerektiğine bir vurgu yapılmaya çalışılmıştır.

EP-313

ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ'NDE TAKİP EDİLEN EWİNG SARKOM TÜMÖR AİLESİ HASTALARININ GENEL ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK ¹, KAAAN HELVACI ², ÖZLEM SÖNMEZ ², BURÇİN BUDAKOĞLU ², ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN ², BERNA ÖKSÜZOĞLU ²

¹ ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,İÇ HASTALIKLARI AD,BOLU

² ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ,ANKARA

Amaç:

Ewing sarkom (ES) özellikle çocuklar, adolesan ve genç erişkinlerde görülen kemiğin oldukça maligne bir tümörüdür. Ewing sarkom tümör ailesini (ESTA) ES, primitif nöroektodermal tümör (PNET), Askin Tümörü, kemiğin PNET'i ve ekstraosseöz ES oluşturmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen ESTA'nin genel özelliklerinin ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 2008-Eylül 2011 tarihleri arasında kliniğimizde ESTA tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Bu süre içinde 19 hastanın ESTA tanısı aldığı bulundu. Hastaların ortalama yaşı 25 yıl (min:16-maks:66), 17'si (%89.5) erkek, 2'si (%10.5) kadındı. Tümörün başlangıç yeri 7 hastada (%36.8) osseöz, 12 hastada (%63.2) ekstraosseöz'dü. Osseöz yerleşimli olan hastalardan 2'si (%28.5) ekstremitelerde, 5'i (%71.5) santral aksis, ekstraosseöz yerleşimli olanların 7'si (%58.4) yumuşak doku, 3'ü (% 25) torako-pulmoner bölge, 1'i (%8.3) uterus, 1'i (%8.3) beyin yerleşimliydi. Ondokuz hastanın 5'inde (%26.3) tanı anında metastaz mevcuttu. Hastaların 7'sine (%36.8) cerrahi ve kemoterapi, 6'sına (%31.6) radyoterapi ve kemoterapi, 3'üne (%15.8) cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi, 2'sine (%10.5) sadece kemoterapi, 1'ine (%5.3) sadece cerrahi tedavi uygulandığı görüldü. Birinci basamak kemoterapi olarak 16'sına (%84.2) siklofosfamid-adriyamisin-vinkristin ile ifosfamid-etoposid kemoterapilerinin alterne olarak uygulandığı tespit edildi. Hastaların ortalama 14.05 ay (min:1-maks:38) takip süresi olduğu, bu takip süresi içinde 2 hastada (%10.5) progresyon geliştiği, hastalık progresyonu ve febril nötropeniye bağlı da 2 hastanın (%10.5) eksitus olduğu görüldü.

Sonuç:

ESTA nadir görülen ve kompleks tedavi gerektiren bir grup tümördür. Tedavi indüksiyon kemoterapisi (3-6 kür), bunu izleyen lokal tedavi (cerrahi, radyoterapi veya ikisinin kombinasyonu) ve konsolidasyon tedavisi (8-10 kür) şeklinde uygulanmaktadır. En sık kullanılan kemoterapi ilaçları adriyamisin, vinkristin, ifosfamid, etoposide, daktinomisin ve siklofosfamiddir. Yeterli takip süresine ulaşamayan hasta grubumuzun kötü prognostik özellikler (yaşın daha ileri olması, ekstraosseöz yerleşim, osseöz yerleşimde santral aksis yerleşimi gibi) kemoterapi ve lokal tedavilerin uygulanmasına rağmen daha kısa hastalıklı ve genel sağlık durumlarına sahip olabilecekleri öngörüldü.

EP-314

MALİGN HEMANJİOPERİSİTOMALI İKİ OLGU SUNUMU

LÜTFİYE DEMİR¹, ALPER CAN¹, AHMET DİRİCAN¹, VEDAT BAYOĞLU¹, MURAT AKYOL¹, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK¹, ÇİĞDEM ERTEN¹, MUSTAFA OKTAY TARHAN¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

²İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Hemanjioperisitoma nadir olup tüm vasküler neoplazmların yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Çoğunlukla deri, yumuşak dokular, ekstremiteler kasları, retroperitoneum ve pelvik fossadan kaynaklanır.

Bulgular:

Vaka-I: 66 yaşında kadın hasta vajinal kanama ve 8-10 cm çapında uterus kitle bulgularıyla Nisan 2010 'da opere edilmiş; patolojik incelemede immunohistokimyasal olarak CD34

diffüz pozitif, desmin ve aktin fokal pozitif saptanan, Ki67 %40 düzeyinde olan uterus hemanjioperisitoma saptanmış; lenf nodu disseksiyonu reaktif saptanan hastaya adjuvan radyoterapi verilmiş. Tanıdan 6 ay sonra baş dönmesi şikayeti ile acile başvurduğunda MR da suboksipital hematoma ve multipl hemorajik kitle lezyonları ayrıca BT' lerinde akciğer, karaciğer, böbrek ve dalakta multipl hipodens kitleler saptandı. Hastaya Siklofosfamid, Vincristin, Dakarbazin, Doksorubisin den oluşan kombinasyon kemoterapisi (modifiye CYVADIC) başlandı. 7. Aydan sonra yeni oluşan sağ kol paralizisi ve kraniumdaki dahil tüm lezyonlarda progresyon gelişen hasta tanıdan 15 ay sonra eksitus oldu.

Vaka-II: 44 yaşında erkek hasta Mayıs 2010'da karında ağrı ve şişlik şikayetiyle hastaneye başvurduğunda batında böbrek alt uçtan mesane aşağısına kadar uzanan 22 cm lik kitle saptanarak total olarak ekstremitelerine çıkarılmış. Operasyon patolojisi malign hemanjioperisitoma ile uyumlu olan hastaya adjuvan kemoterapi önerilmesine rağmen takipsizlik nedeniyle verilemedi. Tanıdan 8 ay sonra multipl hipervasküler karaciğer ve akciğer metastazları saptanan hastaya İfosfamid-Doksorubisin kombinasyonu başlandı; 8. aydan sonra progresse olması nedeniyle hastaya 2. basamakta oral Etoposid 50 mg/ m2 14 gün- 21 günde bir başlandı. Hasta şu an tedavinin 6. ayında olup tanıdan yaklaşık olarak 22 ay sonra stabil yanıtla olarak takip edilmektedir.

Sonuç:

Hemanjioperisitoma nadir görüldüğünden standart rejimi yoktur, kemoterapiye yanıt oranları farklıdır.

EP-315

ANDİFERANSİYE PLEOMORFİK SARKOMLAR: TEK MERKEZ DENEYİMİ

KAAN HELVACI, ONUR ESBÄH, ÖZNUR BAL, AHMET ŞİYAR EKİNCİ, TAHSİN ÖZATLI, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN, BERNA ÖKSÜZOĞLU

S.B. DR A. YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Andiferansiye pleomorfik sarkomlar uluslararası yıllık insidansı 100.000 de 1.4-5'dir. Büyük çoğunluğu sporadik olarak gelişir. Az bir kısımda ise genetik faktörler, alınan radyoterapi tedavileri ve lenfödem sorumlu tutulmaktadır. Andiferansiye pleomorfik sarkomlar erişkin sarkomlarının %5'ini oluşturur ve radyoterapiye bağlı gelişen sarkomlardan en sık görülenleridir (%26). En sık alt ekstremitelerde ve derin yerleşimli olup 6.-7. dekadlarda görülürler. Çalışma, merkezimizdeki durumu araştırmak amaçlı planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 2011-2012 yıllarında takip ve tedavisi yapılmış olan 6 andiferansiye pleomorfik sarkom vakasının dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastalarda E/K oranı 1/1, ortalama yaş 58,5 idi. Tümör hastaların %66.7'sinde ekstremitelerde, %16.7'sinde baş boyun, %16.7'sinde intraabdominal yerleşimliydi. Hastaların %66.7 si grade 3 ve evre 3'dü. Tüm hastalara tam rezeksiyon uygulanmış, 4 hasta

adjuvan kemoterapi ve radyoterapi alırken 1 hasta postoperatif sadece kemoterapi almıştı. Kemoterapi olarak 3 hasta IMA (İfosamid-Mesna-Adriamisin), 1 hasta IMET (İfosamid-Mesna-Etopositi) ve 1 hasta da VAC (Vinkristin-Aktinomisin-Siklofosamid) tedavisi almıştı. Ortanca takip süresi 7 ay olan grupta halen nüks saptanmamıştır.

Sonuç:

Hastaların %5'i metastatik evrede (en sık akciğer) gelir. Beş yıllık hastalıksız sağ kalım oranı %50-60 civarındadır. Pleomorfik sarkomlar da dahil olmak üzere küratif tedavi seçeneği cerrahidir. Optimal tedavi kombinasyonu veya cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin sıralaması net değilse de tedavi seçimi büyük oranda alttıp ve diğer prognostik faktörlere bağlıdır.

EP-316

İMATİNİBE BAĞLI PLEVRAL EFÜZYON: OLGU SUNUMU

SELAY GÜNDOĞDU BÜYÜKBAŞ, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN,
BERNA ÖKSÜZOĞLU

*DR.ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Amaç:

İmatinib mesilat, metastatik GIST tedavisinin yanı sıra yüksek riskli hastalarda adjuvan anlamda da kullanılır. İmatinib kullanımına bağlı plevral efüzyon nadir görülen bir yan etkidir.

Bulgular:

Sekiz aydır yüksek riskli mide gastrointestinal stromal tümör tanısıyla adjuvan imatinib tedavisi alan 62 yaşında erkek hasta, 7 gün önce başlayan bacaklarda şişlik ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde; her iki akciğer bazalinde solunum sesleri azalmış ve perküsyonda bilateral kostofrenik sinüslerde matite alınıyordu. Bilateral ayak sırtı ve pretibial ödemi mevcuttu. Akciğer grafisinde sağda daha belirgin olmak üzere bilateral kostofrenik sinüslerde küntleşme izlendi. Toraks tomografisinde bilateral plevral efüzyon saptandı. Yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %57 bulundu. Transaminaz düzeyleri normaldi. Proteinüri ve hipotirodi yoktu.İlaça bağlı plevral sıvı olabileceği düşünüldü. İmatinib kesildi ve hastaya ek bir tedavi verilmedi. İmatinibin kesilmesinin ardından beş gün içerisinde semptomlarda düzelme oldu.

Sonuç:

Olgumuzda imatinibin kesilmesiyle efüzyonun kaybolması ilaca bağlı bir efüzyon olduğunu düşündürdü.Klinik tabloyu açıklayabilecek diğer nedenler dışlandıktan sonra imatinib tedavisi altında plevral/perikardiyal efüzyonun gelişebileceği dikkate alınmalıdır.

EP-317

İLERİ EVRE KLASİK KAPOŞİ SARKOMLU HASTALARIN BİRİNCİ SEÇİM TEDAVİSİNDE ORAL ETOPOŞİT

FATMA ŞEN, İBRAHİM YILDIZ, LEYLA KILIÇ, SERKAN KESKİN,
HASAN KARANLIK, ŞEREF BUĞRA TUNCER, FARUK TAŞ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

Amaç:

Klasik Kaposi sarkomu (KKS) yaşlı popülasyonu etkilemektedir; yüksek aktiviteye sahip ve rölatif olarak daha az toksik olan etkili tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi önemlidir. Bu çalışmada ileri evre KKS'lu hastalarda oral olarak uygulanan tek ajan etopositi aktivitesi ve güvenliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Histolojik olarak doğrulanmış KKS'lu ileri evre hastalığı olan kişiler çalışmaya alındı. Hepsinde HIV serolojisi negatif bulundu ve performans statüleri iyiydi. Tüm hastalar günde 2 kez 50 mg oral etopositi 10 gün boyunca aldı. Sikluslar 3 haftada bir tekrarlandı.

Bulgular:

Otuz hasta (medyan yaş 66 ve 22 erkek/ 8 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların çoğunluğu metastatik değildi, lokal ileri hastalığa sahipti. Tam veya parsiyel yanıt sırasıyla hastaların % 10 ve %77'inde (genel yanıt oranı %87) saptandı. Stabil yanıt hastaların %13'ünde izlenirken hiçbir hastada hastalık progresyonu izlenmedi. Tedavi iyi tolere edildi. Grad IV toksisite izlenmedi. Hematolojik toksisite başlıca doz kısıtlayıcı yan etkiydi. Ciddi lökopeni ve nötropeni sıklığı %7 ve %10 olarak saptandı. Hiçbir hastada ciddi anemi veya trombositopeni izlenmedi. Beş yıllık genel sağ kalım % 92 bulundu.

Sonuç:

Tek ajan oral etopositi etkili bir tedavi seçeneğidir, kabul edilir toksisiteye sahiptir ve kolay uygulanabilir. Bu nedenlerle ileri evre KKS'unun birinci seçim tedavisinde tek ajan olarak oral etopositi önerilebilir.

EP-318

BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI GELİŞEN KAPOŞİ SARKOMU: OLGU SUNUMU

NAZİYET KÖŞE, SEMİHA URVAY, DİLŞEN ÇOLAK, UĞUR ERSOY,
MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YBEAH TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Kaposi Sarkomu, vasküler ve lenfatik endotel hücrelerinden kaynaklanan, nadir görülen bir kanserdir.HIV pozitif olgularda sıklıkla deri ve ağız boşluğundaki bulgularla ortaya çıkar, daha az oranda organ veya lenf düğümü tutulumu olabilir. Görülme sıklığı yoğun immunsupresyon ve özellikle siklosporin alımı ile artmaktadır. Bu sunumda, postransplant 9.ayında Kaposi Sarkomu gelişen, hızlı progresyon gösteren ve yaygın akciğer metastazı ve solunum yetmezliği ile kaybedilen, HIV negatif bir olgu tartışılmıştır.

Bulgular:

30 yaşındaki erkek hasta, sol bacağındaki ve sağ kalçasındaki cilt lezyonları ile sağ kasıkta nodüller nedeniyle başvurdu. Abdomen BT'sinde, paraaortik, aortikokaval, parailiak ve bilateral inguinal lenfadenopatiler saptandı. Toraks BT'si normaldi. Sağ inguinal lenf düğümünden ve cilt lezyonundan alınan biyopsilerin incelemesinde Kaposi Sarkomu tanısı konuldu, HHV-8 pozitif saptandı.Siklosporin tedavisi kesildi. Kronik rejeksiyon nedeniyle hemodiyalize başlandı. 2 kür

bleomisin + vinkristin tedavisi sonrası akciğerlerde yamasal özellikte infiltrasyon gelişti. Bleomisin toksisite olasılığı nedeniyle bleomisin kesilerek doksorubisin + vinkristin tedavisine geçildi. Hasta 5. kür sonrası nefes darlığı, öksürük ve ateş ile başvurdu. PAAG'de yaygın infiltratif görünüm ve bilateral plevral effüzyon mevcuttu. Hastanın toraks BT'sinde, her iki akciğerde perihiler bölgede belirgin olmak üzere buzlu cam dansiteleri, retikülonodüler opasiteler, septal kalınlaşmalar ve bilateral plevral effüzyon saptandı. Bulgular Kaposi Sarkomu metastazını desteklemekteydi. Tanısal amaçlı bronkoskopik biyopsi ve plevral sıvı sitolojisi yapılamadan hasta hipoksik solunum yetmezliği ile kaybedildi.

Sonuç:



Sonuç olarak, cilt ve akciğer tutulumu olan ve posttransplant erken dönemde Kaposi Sarkomu gelişen bu olgu, immünsupresif tedavinin kesilmesine rağmen progresif ve fatal seyretmesi nedeni ile sunulmuştur.

EP-319

DURA MATER YERLEŞİMLİ EWİNG SARKOM/PERİFERAL PNET OLGUSU

HAVVA YEŞİL ÇINKİR

ANKARA YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Ewing sarkom ikinci en sık primer kemik tümörüdür. Hastaların %90'ında kemikten, %10'unda kemik dışı dokulardan kaynaklanır. Primer kranial tutulum nadirdir, insidansı %1'dir.

Gereç ve Yöntem:

Altmış beş yaşında erkek hasta 1,5 ay önce başlayan konuşma bozukluğu, vücudun sağ tarafında güç kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Hastanın çekilen serebral MRG'da solda vertex düzeyinde parafalcin yerleşimli dural tutulumları olan 42X40 mm boyutunda lobüle kontürlü kitle saptanmış, Eylül 2011'de opere edilmiş. Patolojisi yuvarlak hücreli malign tümör, duranın Ewing sarkomu-Periferik PNET ile uyumlu olarak saptanmış. Hasta tedavi amacı ile merkezimize başvurdu.

Bulgular:

Postoperatif dönemde çekilen serebral BT'de sol parafalsin

konumunda 24x17mm boyutunda kitle saptanmış. Hastanın patoloji preparatları hastanemizde tekrar değerlendirildi. Vasküler zeminde diffüz gelişim gösteren yuvarlak-oval, hiperkromatik nükleuslu tümör doku, tümör hücreleri CD99, Vimentin ve CD 56 ile boyanırken, VD31 ve GFAP ile boyanmamıştır; Yuvarlak hücreli malign tümör olarak raporlandı. Hastanın çekilen tüm vücut kemik sintigrafisi, toraks-abdomen BT'de lezyon saptanmadı. Hastaya serebral radyoterapi planlandı. Toplam 5600 cGY radyoterapi uygulandı, sonrasında VAC (Vincristine- Adriamicin-Siklofosfamid) başlanması planlandı.

Sonuç:

Ewing Sarkomun tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Literatür ile uyumlu olarak hastamıza cerrahi ve kemoradyoterapiden oluşan tedavi planladık.

EP-320

BEL AĞRISI İLE BAŞVURAN MAKSİLLER SİNÜS LEİOMİYOSARKOMU OLGUSU

KEREM OKUTUR¹, ORHAN ÖNDER EREN¹, EMİNE AKYAZICI², MEHMET KEFELİ³

¹SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

²SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

³ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

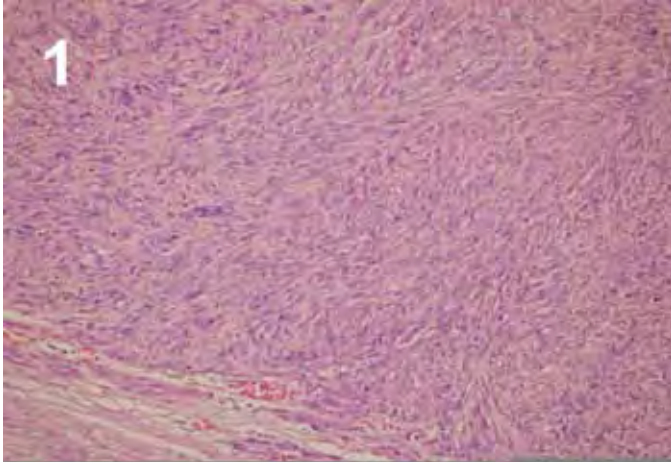
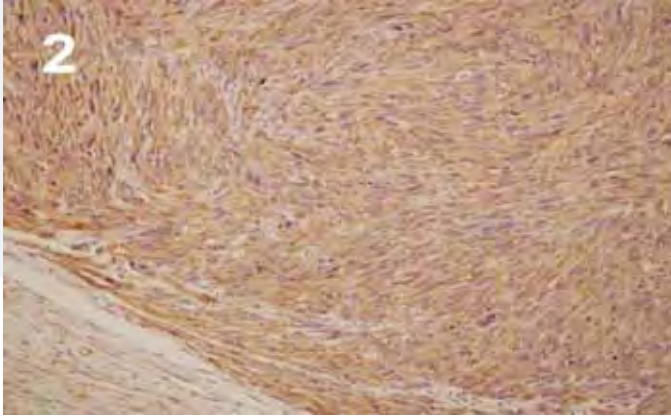
Amaç:

Leiomiyo Sarkom başlıca gastrointestinal sistem ve genitoüriner sistemde görülen, düz kas kaynaklı, agresif seyirli ve kötü prognozlu bir tümördür. Baş-boyun bölgesi kaynaklı primer leiomiyo Sarkom son derece nadirdir.

Gereç ve Yöntem:

68 yaşında kadın hasta 2 aydır giderek artan bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan MR'ında lomber ve sakral vertebralarda yaygın metastazla uyumlu kemik lezyonları saptandı. Tüm vücut sintigrafisinde aksiyel iskelet sistemi ve kalvariumda metastatik lezyonlar görüldü. Lomber 4. vertebradaki kemik lezyonundan alınan biyopsi malign mezenkimal tümör metastazıyla uyumlu bulundu. PET-CT'de sol etmoid ve maksiller sinüs içerisinde 2x2.5 cm boyutlarında yoğun FDG tutulumu gösteren (SUVmax 64.2) kitle ve torakal ve lomber vertebralara, sakrum, sağ skapula, her 2 humerus proksimali ve kostalarda yaygın kemik metastazlarıyla uyumlu FDG tutulumları saptandı.

Bulgular:



Kitleyi içerecek şekilde yapılan medial maksillektominin histopatolojik incelemesinde iri hiperkromatik nukleuslu, belirgin nukleollü, geniş sitoplazmalı, pleomorfizm gösteren iğsi şekilli hücrelerden oluşan, yüksek mitotik indeks ve ki67 skoruna sahip malign tümöral oluşum izleniyordu (Resim1). İmmunhistokimyasal boyamada tümör hücreleri desmin, vimentin ve SMA ile kuvvetli boyandı (Resim2); CD68 ve S100 ile boyanma izlenmedi. Mevcut bulgular leiomyosarkomla uyumluydu. Hastaya doksorubisin ve zolendronik asit içeren tedavi başlandı.

Sonuç:

Sinonazal leiomyosarkom genellikle nazal obstruksiyon, maksiller şişlik ve epistaksisle ortaya çıkmasına karşın, agresif seyri nedeniyle uzak metastazlarına bağlı yakınmalarla prezente olabilir. İmmunhistokimyasal inceleme leiomyosarkomun tanısında temel rol oynamaktadır.

EP-321

NADİR BİR SARKOM, KUTANÖZ LEYOMYOSARKOM; OLGU SUNUMU

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, SERCAN AKSOY¹, ZAFER ARIK², ŞEBNEM YAMAN¹, MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, OZAN YAZICI¹, TULAY EREN¹, BURAK CİVELEK¹, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, DOĞAN UNCU¹, NURULLAH ZENGİN¹

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Primer kutanöz leiomyosarkomları çok nadir görülmektedir ve tüm sarkomların <0.25%'de görülmektedir. Kutanoz leiomyosarkomlar 2 alt grupta incelenirler; yüzeysel veya dermal tip ve subkutanöz tip. Bu alt gruplar prognostik açıdan belirgin önem taşımaktadır çünkü, yüzeysel tip sadece lokal nüks ile seyrederken, subkutanöz tip ise hem lokal nüks hem de uzak metastaz yapma özelliğine sahiptir.

Bulgular:

47 yaşında bayan hasta son 3 aydır giderek artan sağ uyluk ön yüzünde şişlik şikayeti ile başvurduğu dış merkezde yapılan fizik muayenesinde sağ uylukta anteriorda 2x2 cm sert kıvamlı, sınırları düzgün kitle saptanmış. Hastanın yapılan yüzeysel ultrasonografisinde sert kıvamlı, hipoekojen 2x2 cm kitle palpe edilmiş. Hastanın kitlesi geniş ekizyonla çıkarılmış. Patoloji raporu intradermal/kutanöz leiomyosarkom, tümör çapı 1,2 cm, mitoz 2/10 BBA, tümör posterior cerrahi sınıra 0,6 cm anterior cerrahi sınıra ise 1,2 cm uzaklıkta olarak rapor edilmiş. Kliniğimize tedavi için başvuran hastaya çekilen toraks abdomen bilgisayarlı tomografisinde patoloji saptanmadı. Yapılan yüzeysel ultrasonografisinde postopertaif değişiklikler ile uyumlu değişiklikler saptandı. Hastaya nüksü olmadığı için ilaçsız takip önerildi.

Sonuç:

Kutanöz leiomyosarkomları her yaşta görülmekte ve her iki cinsi eşit olarak etkilemektedir. En önemli prognostik faktörler; tümör çapı, invazyon derinliği, distal lokalizasyon ve patolojik grade olarak bilinmektedir. En sık yerleşim yeri alt ekstremitede (60-70%) özellikle uylukta iken, sırasıyla üst ekstremitede (20%), gövdede (10-15%) ve yüzde (5%) görülür. Literatürde önerilen en iyi tedavi geniş ekizyonla kitlenin çıkarılmasıdır.

EP-322

ERİŞKİN YAŞTA ORTAYA ÇIKAN SARKOMA BOTROİDES; OLGU SUNUMU

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, SERCAN AKSOY¹, ZAFER ARIK², ŞEBNEM YAMAN¹, MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, OZAN YAZICI¹, TULAY EREN¹, TUĞBA KÖŞ¹, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, DOĞAN UNCU¹, NURULLAH ZENGİN¹

¹ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç:

Bu bildiride, doğurganlık çağında çok nadir görülen vajen yerleşimli botroid sarkom vakası tartışılacaktır. Sarkoma botroides en sık, nazofarinks, safra yolları, mesane ve vajende gibi mukoza ile örtülü yerlerde görülen embriyonel rabdomyosarkomun özel bir alt tipidir. Genellikle 6 yaşından küçük çocuklarda ve infantlarda görülür. Doğurganlık çağında daha sık servikte, postmenopozal dönemde ise korpus uteri lokalizasyonunda görülürler.

Bulgular:

26 yaşında kadın hasta düzensiz adet kanamaları ve vajende batma hissi nedeniyle kadın doğum polikliniğine başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde vajen alt 1/3 lokalizasyonda ekzofitik uzanımlı 3x2 cm kitle saptanmış. Yapılan ekizyonel

biyopsinin patolojisi, polipoid epitelyum altında ve mikroid bir matriks içerisinde yer yer yoğunlaşan, yer yer seyrek dağılım gösteren, hiperkromatik çekirdekli mezenkimal hücreler, demsin pozitif sarkoma botroides olarak rapor edildi. Yapılan toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde uzak organ metastazı saptanmadı. Hastaya sarkoma botroides tanısı konularak vincristin-ifosfamide-etoposide (VİE) protokolü başlandı. Altı uygulama sonrası geniş lokal ekizyon yapılan hastanın patolojisinde nüks saptanmadı. Hastaya external ve intrakaviter radyoterapi uygulandı. Hastanın VİE kemoterapi protokolü 26 hafta verildikten sonra 26 haftada vincristin-actinomisin D-etoposide (VAC) prtokolü verildi. Takiplerinde nüksü ve uzak organ metastazı olamyan hasta 5 yıldır ilaçsız olarak halen izlenmektedir.

Sonuç:

Sarkoma botroides ayırıcı tanısında karsinosarkom ve servikal stromal sarkomlar düşünülmelidir. Karsinosarkom ve servikal stromal sarkomlar genellikle postmenopozal çağda görülmeleri ile sarkoma botroides'den ayrılırlar. Önerilen tedavi modaliteleri çok nadir görülen bu tümörlerde sınırlıdır. Ancak, geniş ekizyon ve lokal radyoterapi ile VAC kemoterapi rejiminin yaşam süresini uzatmada etkili olduğu bildirilmiştir.

EP-323

AKCİĞERDE BİFAZİK SİNOVİYAL SARKOM OLGUSU

LEVENT EMİRZEOĞLU, ALPASLAN ÖZGÜN, TOLGA TUNCEL, BÜLENT KARAGÖZ, OĞUZ BİLGİ, EMİN GÖKHAN KANDEMİR

GATA HAYADARPAŞA TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Sarkomlar tüm akciğer malinitelerinin % 0.5'inden daha azını oluşturmaktadır. Histolojik olarak bifazik, monofazik fibröz, monofazik epitelyal ve kötü diferensiye alt tipleri mevcuttur. Monofazik alt tip histolojik çoğunluğu oluşturur. Tanıda immünhistokimya ve sitogenetik önemli rol oynar. Olgumuz akciğerin bifazik sinoviyal sarkom olgusudur.

Gereç ve Yöntem:

59 yaşında bayan hasta. 6 aydır eforla artan nefes darlığı ve son iki aydır sağ hemitoraksta göğüs ağrısı şikayeti mevcut. Akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon saptanması üzerine çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer oblik fissür inferior kesiminde 74x55x58 mm boyutlarında yumuşak dansiteli kitle lezyonu tespit edildi. PET-BT incelemede sağ akciğer orta lobda artmış FDG tutulumu izlenen (Suv max:7.9) 79x67 mm çaplı hipermetabolik kitle lezyonu ve sağ kostal, mediastinal ve diyafragmatik plevrada artmış FDG tutulumu (Suv max:6.5) izlenen nodüler kalınlaşmalar tespit edildi.

Bulgular:

Videotorakoskopi ve akciğer biopsisi sonrası sinoviyal sarkom tanısı kondu. Hastaya sağ torakotomi + kitle ekizyonu + parietal plörektomi + 7. kot rezeksiyonu + diyafragma rezeksiyonu operasyonu uygulandı. Tüm doku örneklerinin histopatolojik incelemesi bifazik sinoviyal sarkom ile uyumlu bulundu. İmmünhistokimya incelemede CD 99 yaygın (+), Mezotelin ve Pansitokeratin epitelioid alanlarda (+), Vimentin (+), CD 68(+), S 100 (-), Kalretinin (-), CD 34(-), bcl-2 (-), desmin (-) olarak

saptandı. Moleküler patolojik incelemede sinoviyal sarkom t(X:18) füzyon transkripti tespit edildi.

Sonuç:

Sarkomlar akciğerde nadir görülen tümörlerdir. Tedavide cerrahi ve kemoradyoterapi uygulanmaktadır. Hastamızın halen adjuvan kemoterapisi devam etmektedir. Olgumuz akciğerde nadir görülen bir sarkom olgusu olması nedeniyle vaka olarak sunulmuştur.

EP-324

DURA MATER YERLEŞİMLİ EWİNG SARKOM/PERİFERAL PNET OLGUSU

HAVVA YEŞİL ÇINKIR, AYŞE DURNALI, ÖMER KAMİL YAZICI, SELAY GÜNDOĞDU, AYŞE DEMİRCİ, TARKAN YETİŞİYİĞİT, NURTEN KANDEMİR, NECATİ ALKIŞ

SB DR.AY ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Ewing sarkom ikinci en sık primer kemik tümörüdür. Hastaların %90'ında kemikten, %10'unda kemik dışı dokulardan kaynaklanır.Primer kranial tutulum nadirdir,insidansı %1'dir.

Gereç ve Yöntem:

Altmış beş yaşında erkek hasta 1,5 ay önce başlayan konuşma bozukluğu, vücudun sağ tarafında güç kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Hastanın çekilen serebral MRG'da solda vertex düzeyinde parafalcin yerleşimli dural tutulumları olan 42X40 mm boyutunda lobüle kontürlü kitle saptanmış, Eylül 2011'de opere edilmiş. Patolojisi yuvarlak hücreli malign tümör, duranın Ewing sarkomu-Periferik PNET ile uyumlu olarak saptanmış.Hasta tedavi amacı ile merkezimize başvurdu.

Bulgular:

Postoperatif dönemde çekilen serebral BT'de sol parafalsin konumunda24x17mmboyutundakitlesaptanmış.Hastanınpatoloji preparatları hastanemizde tekrar değerlendirildi:Vasküler zeminde diffüz gelişim gösteren yuvarlak-oval, hiperkromatik nükleuslu tümöral doku, tümör hücreleri CD99,Vimentin ve CD 56 ile boyanırken, VD31 ve GFAP ile boyanmamıştır; Yuvarlak hücreli malign tümör olarak raporlandı. Hastanın çekilen tüm vücut kemik sintigrafisi, toraks-abdomen BT'de lezyon saptanmadı. Hastaya serebral radyoterapi planlandı.Toplam 5600 cGY radyoterapi uygulandı,sonrasında VAC(Vincristine-Adriamicin-Siklofosfamid) başlanması planlandı.

Sonuç:

Ewing Sarkomun tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Literatür ile uyumlu olarak hastamıza cerrahi ve kemoradyoterapiden oluşan tedavi planladık.

EP-325

PRİMER PULMONER SİNOVİYAL SARKOMLU BİR OLGU SUNUMU

AYŞE DEMİRCİ, AYŞE GÖK DURNALI, ÖMER KAMİL YAZICI, SELAY GÜNDOĞDU, HAVVA YEŞİL ÇINKIR, TARKAN YETİŞİYİĞİT, FATMA PAKSOY, NURTEN KANDEMİR, NECATİ ALKIŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

SB DRAY ANKARA ONKOLOJİ EĞT VE ARŞ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Sinovial sarkom yumuşak doku sarkomları arasında liposarkom ve malign fibröz histiositomdan sonra üçüncü sıklıkla görülmektedir. Primer pulmoner sinovial sarkom çok nadirdir ve tüm pulmoner malignitelerin %0,5'inden azını oluşturur.

Olgu:

Otuzbeş yaşında erkek hasta göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde vitiligosu olan hastanın muayenesi doğaldı. Tetkiklerinde sol akciğerde yaklaşık 12 cm boyutunda kitle tespit edildi. TTİB'si spindle hücreli tümör olan hastada mezenkimal bir tümör olabileceği gibi sarkomatoid karsinomun bir komponenti olabileceği belirtildi, vimentin ve CD56 pozitif, sinaptofizin, kromogranin ve TTF-1 negatifti. Evreleme görüntülemelerinde metastaz saptanmadı. Pulmoner malign mezenkimal tümör tanısıyla ifosfamid+mesna+adriamisin başlandı. Üç kür sonrasında stabil olan hastanın kitlesine primer RT uygulanıp sol torakotomi+sol pnömonektomi+LND yapıldı. Postoperatif patolojisi sinoviyal sarkom ile uyumluydu ve lenf nodları tümörsüzdü. Tümörün uzun çapı 13 cm'di. On büyük büyütme alanında on mitoz vardı ve cerrahi sınır negatifti. Postoperatif İMA 6 küre tamamlandı ve takibe alındı.

Sonuç: Sinovial sarkomda tedavinin temeli geniş cerrahi eksizyondur. Pulmoner sinovial sarkomda kemoterapi ile ilgili yeteri kadar literatür bilgisi olmasa da ekstremite sinovial sarkomlarında kemoterapiye olumlu yanıtların olmasından dolayı önerilebilir. Pulmoner sinovial sarkomun 5 yıllık sağkalım oranı %50 olup prognozu kötüdür. Kötü prognostik faktörler; yaş >20 olması, >5 cm tümör boyutu, pozitif CS, 10 büyük büyütme alanında >10 mitoz olması ve SYT-SSX1 varyantın olmasıdır. Adjuvan kemoterapi sağkalımı uzatması açısından ümit edici olabilir.

EP-326

MEMENİN PRİMER ANJİOSARKOMU: OLGU SUNUMU

ÖZLEM DERİNALP OR , GONCA ALTINIŞIK İNAN , YILDIZ GÜNEY , TAMER ÇALIKOĞLU , MUZAFFER BEDRİ ALTUNDAĞ

ANKARA ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ HASTANESİ
RADYASYON ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Meme sarkomu memenin mezenkimal dokusundan gelişen nadir bir kanser tipidir. Sıklığı tüm primer meme malignitelerinin % 1'inden ve tüm sarkomların da % 5'inden daha azdır. Primer meme anjiosarkomu insidansı ise %0.05'in altındadır. Bu çalışmada meme anjiosarkom tanısı alan ve cerrahi sonrası kliniğimize başvuran bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

Sağ memede ele gelen ağrısız kitle nedeniyle başvuran 29 yaşındaki kadın hastaya yapılan mammografi ve meme ultrasonografide sağ meme retroaerolar mesafe ile aerola üst komşuluğunda 25 mm boyutunda heterojen yapı ve bu alanın

lateralinde 6 mm boyutunda hipoekoik nodüler oluşum tespit edilmişti. İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonucu atipik hücre görülmesi üzerine hastaya sağ meme segmental mastektomi uygulanmıştı. Patoloji sonucu anjiosarkom olarak rapor edilen hastanın tümör çapı ise 3.5 cm idi. Bu bulgularla radyoterapi polikliniğimize başvuran hastaya, patolojisinin anjiosarkom olması nedeniyle yetersiz cerrahi uygulandığı düşünülmüş ve mastektomi önerilmişti. Ancak hasta total mastektomiyi kabul etmedi ve hastaya geniş cerrahi rezeksiyon uygulandı. İkinci operasyon sonucu hastanın rezeksiyon sınırı 0.1 cm yakınlıkta ve lenf nodu frozen örnekleme negatifi olarak rapor edildi. Hastaya öncesinde kemoterapi ve ardından radyoterapi kararı alındı ve 4 kür İMA (Ifosfamid-Mesna-Adriamisin) uygulamasının ardından tüm memeye 25 fraksiyonda toplam 50 Gy ve tümör yatağına 9 fraksiyonda 18 Gy ek doz radyoterapi uygulaması yapıldı. Bir yıldır taipte olan hastada metastaz ile uyumlu bulguya rastlanmadı.

Sonuç:

Meme sarkomu tanılı hastalar genellikle tek taraflı, iyi sınırlı, mobil, ağrısız kitle ile başvururlar. Epitelyal meme kansinomlarından daha hızlı bir büyüme öyküsü vardır. Tümörün prognozunu belirleyen en önemli faktörler tümör çapı ve tümör differansiyasyonudur. Ortalama tümör çapı 4.8 ile 5.6 cm arasındadır (0.8 -40 cm). Metastazları sıklıkla hematogen yol ile olur (akciğer, kemik ve karaciğere). Lenf nodu metastazı nadirdir. (<5%) Tümör çapı ve eksizyon sınırı sağkalım üzerine etkili faktörlerdir. Beş cm'den büyük tümörlerin prognozu kötüdür. Güvenli cerrahi sınır konusunda kesin bir konsensus olmamakla beraber küçük, lokalize sarkomlar için cerrahi sınırın 1 cm olması yeterli iken anjiosarkom, infiltratif sınırlara sahip bir tümör olduğu için 3 cm gibi daha geniş sınırlarla çıkarılmayı gerektirir. Cerrahi ilk tedavi basmağını oluşturur. Standart tedavi yaklaşımı mastektomi olmasına karşın bu vakada hastanın mastektomiyi kabul etmemesi nedeniyle meme koruyucu cerrahi sonrası tüm meme radyoterapi uygulanmıştır. Hasta bir yıldır hastalıksız olarak takip edilmektedir. Memede nadir görülen bir tümör olması nedeniyle tedavi yaklaşımları tartışmalı olup, tedavi kararının netleştirilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu vakada meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan hastada bir yıllık tedavi sonucumuzu paylaşmak istedik.

EP-327

DERİN VEN TROMBOZU OLAN KANSER HASTALARINDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ (MPV)

HÜSEYİN ENGİN¹, CEMİL BİLİR¹, M. GÜRKAN HAYTAOĞLU², ÇAĞATAY BÜYÜKUYSAL³, SEVİL İLİKHAN²

¹ ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ONKOLOJİ B.D

² ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ
HASTALIKLARI A.B.D

³ ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:

Tromboembolizm kanserin ilk semptomu olabileceği takipli hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite riski taşır. Tromboembolik olaylar kanser hastalarında %4-20 oranında

saptanmıştır

Gereç ve Yöntem:

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Onkoloji kliniğimizde 2004 ile 2011 yılları arasında tanı ve tedavisi yapılmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplam 77 hasta akut derin ven trombozu (DVT) tanısı almıştı. 31 erkek 46 kadın hasta olup ortalama yaş 60.7 ± 10.9 yılı. Kontrol grubunda ise yaş ve cinsiyet uyumlu 45 kontrol kanser hastası vardı.

Bulgular:

Her 2 grup arasında yaş, cinsiyet, laboratuvar parametreleri arasında MPV dışında anlamlı fark yoktu. MPV düzeyleri ise DVT'li grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($8.6'$ e 7.7 p=0.0002). Kanser türleri olarak en fazla kolorektal, jinekolojik, meme, akciğer ve pankreas kanseri bulunmaktaydı. DVT li grupta %87 hasta kemoterapi almışken kontrol grubunda %33 kemoterapi oranı mevcuttu (P:0.0001). MPV düzeyleri ile DVT tanısına kadar geçen süre ve trombosit sayısı arasında negatif bir korelasyon mevcuttu (R^2 0.18 p:0.037 ve 0.002).

Sonuç:

Çalışmamızda DVT' li kanser hastalarında DVT öyküsü olmayan kanser hastalarına göre MPV düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptandı. DVT gelişen hastaların metastatik olmaları ile metastatik olmamaları arasında da risk açısından fark yoktu. Kanser kemoterapisi ise DVT gelişen grupta anlamlı olarak daha fazlaydı ve kemoterapi alınması embolizm için bir risk faktörü olabiliyordu. Bizim çalışmamız MPV düzeylerinin kanser hastalarında DVT ve dolayısıyla tromboembolizm için bir risk faktörü olabileceğini ortaya koymuştur.

EP-328

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTASINDA ÇOKLU PRİMER KANSER : OLGU SUNUMU

İLHAN HACİBEKİROĞLU, MUSTAFA ALTINBAŞ, DİLŞEN ÇOLAK, UĞUR ERSOY, G. İNANÇ İMAMOĞLU, SEMİHA URVAY, NAZİYET KÖSE

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Senkron çoklu primer kanser gelişimi nadir bir durumdur. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında malignansi insidansında artış bildirilmektedir. KBY tanısı ile izlenen hastada saptanan çoklu primer kanseri olan vaka sunulmuştur.

Bulgular:

OLGU: Erkek hasta, 72 yaşında; yaklaşık 4 yıldır KBY tanısı ile takipte imiş. Hipokrom mikrositer anemi nedeniyle istenen kolonoskopisinde, sigmoid kolonda 2 cm çapında 3 adet polip saptanarak polipektomi yapılmış. Patoloji sonucu villöz adenom ve adenokarsinom olarak gelmiş. Hasta Kliniğimize refere edildi. Abdomen BT'de sol böbrek alt kesimde 34 mm ve 27 mm çaplı lezyonlar ve sol renal hilus düzeyinde 52x27 mm çaplı solid kitle lezyonu saptandı. Radyolojik görünüm renal hücreli karsinom (RCC) ile uyumlu idi. Ayrıca prostat parankimi heterojen ve boyutlarında belirgin artış mevcuttu. Prostat ince iğne biyopsisinin patolojisi adenokarsinom, grade III, Gleason

skoru 6 olarak geldi. Tümör Konseyimizde tartışılan hastaya prostat kanseri için total androjen blokajı, RCC için parsiyel nefrektomi, kolon kanseri için ise kolonoskopi tekrarı ile invaziv komponentlerin değerlendirilmesi önerildi.

Sonuç:

Eş zamanlı çoklu primer kanser birliktelik oranı ABD ve Avrupa kaynaklı serilerde %10-15'lere ulaşabilmektedir. Eş zamanlı çoklu primer kanser tespit edildiğinde tedavi seçimi, prognozu belirleyecek olan ve daha ileri evrede bulunan kanser tipi göz önünde tutularak planlanmalıdır. KBY hastalarında imün sistem fonksiyonlarında azalma, immün süprese ilaçların baskısı, antioksidan kapasitede azalma, DNA onarım bozukluğu gibi faktörlerin etkisiyle malignite insidansı artmaktadır. Bizim vakamız, KBY hastalarının malignite gelişimi açısından dikkatle izlenmesinin ve çoklu primer kanser hastalarında multidisipliner yaklaşımın öneminin vurgulanması açısından sunulmuştur.

EP-329

ANDROJEN RESEPTÖRÜ NEGATİF PROSTAT KANSERİNDE GLUTAMİN VE SELENYUMUN STANDART TEDAVİYE KATKILARI

FIRAT SOYARAT¹, PINAR KEMANLI¹, HİLAL KOÇDOR¹, HİLAL KOÇDOR², HALİL ATEŞ², RÜKSAN ÇEHRELİ², YASEMİN SAYGIDEĞER¹, HAYRİ ÖZSAN³, GÜVEN ARSLAN⁴, İLHAN ÖZTOP², MEHMET ALİ KOÇDOR⁵

¹DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MOLEKÜLER TIP ANABİLİM DALI

²DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

³DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ ANABİLİM DALI

⁴DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

⁵DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, CERRAHİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Dosetaksel androjen reseptörü negatif prostat kanserinin standart tedavisinde yer alan, oldukça toksik bir ajandır. Tedavi sırasında olgularda sıklıkla glutamin ve selenyum suplementasyonu gerekli olmaktadır. Ancak bu ilavelerin mevcut antikanser etkinliğe katkısı bilinmemektedir.

Çalışmanın amacı, Hormonal tedavinin etkisiz olduğu, dosetaksel rejimi uygulanan prostat kanseri hücre hatlarında selenyum ve glutamin suplementasyonunun anti-kanser etkinliğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada DU-145 (prostat kanseri beyin metastazı) ve PC-3 (kemik metastazı) hücre hatları kullanıldı. Dosetaksel, Selenyum (Se) ve Glutamine ait IC₅₀ dozları, farklı ilaç konsantrasyonların hücre-canlılık-testi ile belirlendi. Belirlenen etkin konsantrasyonlar, farklı ilaç kombinasyonlarında hücrelere uygulandı. Geç-erken apoptoz, nekroz ve hücre canlılığı flow-cytometry; Uygulanan ilaçların kanser hücrelerinin hücre döngüsünün hangi aşamasında tuttuğu cell-cycle analiz ile belirlendi.

Bulgular:

Selenyum-glutamin kombinasyonunun dosetaksel rejimine eklenmesi apoptotik ve nekrotik hücre ölümü oranlarını arttırmaktadır. Yalnız başına glutamin ve selenyum kombinasyonu kanser hücrelerinde proliferasyona etki etmemekte; dosetakselle birlikte apoptozu arttırmaktadır.

Sonuç:

Hormonoterapiye dirençli, metastatik prostat kanseri hücrelerinde, klasik dosetaksel tedavisinde glutamin ve selenyumun eklenmesi, anti-kanser etkinliği arttırmaktadır.

EP-330**ÇINKONUN PROSTAT KANSERİ HÜCRELERİNDE ANTİ-KANSER ETKİNLİĞİ**

HALİL ATEŞ¹, HİLAL KOÇDOR¹, HİLAL KOÇDOR², PINAR KEMANLI², FIRAT SOYARAT², RÜKSAN ÇEHRELİ¹, YASEMİN SAYGIDEĞER², HAYRİ ÖZSAN³, İLHAN ÖZTOP¹, MEHMET ALİ KOÇDOR⁴, GÜVEN ARSLAN⁵

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MOLEKÜLER TIP ANABİLİM DALI

³ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ ANABİLİM DALI

⁴ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, CERRAHİ ANABİLİM DALI

⁵ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Androjen reseptörü negatif prostat kanserinin mevcut tedavi etkinliği kısıtlı ve kullanılan ajanlar oldukça toksiktir. Çinkonun bu tümör üzerindeki etkinliği belirsizdir.

Çalışmanın amacı, Antikanser bileşik özelliği olan çinkonun, hormonal tedaviye dirençli prostat kanserinde etkinliğini sınamaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada androjen reseptörleri negatif, DU-145 (prostat kanseri beyin metastazı) ve PC-3 (kemik metastazı) hücre hatları kullanıldı. Çinkoya ait IC₅₀ dozu, farklı ilaç konsantrasyonların hücre-canlılık-testi ile belirlendi. Belirlenen etkin konsantrasyon, tedavi dozu olarak hücrelere uygulandı. Geç-erken apoptoz, nekroz ve hücre canlılığı flow-cytometry; Uygulanan ilaçların kanser hücrelerinin hücre döngüsünün hangi aşamasında tuttuğu cell-cycle analiz ile belirlendi.

Bulgular:

PC-3 ve DU-145 hücre hatlarında Çinkonun etkin doz konsantrasyonları apoptotik ve nekrotik hücre ölümü oranlarını arttırmaktadır. PC-3 hücre hattında Çinko uygulanan grupta kontrol grubuna göre S fazındaki hücre oranı azalmakta ve G0/G1 fazındaki hücre oranı artmaktadır. DU-145 hücre hattında Çinko uygulamasının hücreleri hücre döngüsünün herhangi bir fazında tuttuğu belirlenememiştir.

Sonuç:

Çinko, hormonal tedaviye dirençli prostat kanserinde tek başına Anti-kanser potansiyele sahiptir.

EP-331**TÜRK TOPLUMUNDA KESİNTİSİZ, GÜNDE TEK DOZ OLARAK VERİLEN SUNİTİNİBİN ETKİNLİĞİ**

İBRAHİM YILDIZ¹, FATMA SEN¹, MERT BAŞARAN¹, SEVİL BAVBEK¹

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Sunitinib metastatik böbrek kanseri tedavisinde kullanılan oral TKİ'dir. Bu çalışmada kesintisiz olarak her gün, tek seferde verilen 37.5 mg dozunda sunitinib tedavisinin etkinliği ve yanıt oranları araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2006 ile ağustos 2010 arasında İ.Ü. Onkoloji Enstitüsüne başvuran ardışık hastalardan, günlük sürekli doz rejimini alan 74 metastatik BHK hastası çalışmaya dahil edildi. Yanıt oranları, progresyonsuz sağkalım(PFS) ve genel sağkalım (OS) değerlendirildi.

Bulgular:

Takip süresi 18 ay, median siklus sayısı 10 olarak saptandı. Hastaların %91'inde nefrektomi,%23'ünde ise metastazektomi (akciğer ve retroperitoneal bölgeden) yapılmıştır. Hastaların %62'si sutedi ilk seçim tedavi olarak alırken, %38'i sutedi öncesi sitokin bazlı tedavi almıştır. Tedavisi kesilen hastaların %84'ünde progresyon, %16'sında major toksisite saptanmıştır. Objektif yanıt oranı ve hastalık kontrol oranı sırasıyla %30 ve %78 bulunmuştur. Median progresyonsuz sağkalım 13 ay iken, genel sağkalım 25 ay bulunmuştur. MSKCC risk skorlamasına göre iyi, orta ve kötü risk grupları arasındaki anlamlı PFS farkı bulunmuştur.

Sonuç:

Bu çalışmada sunitinib'in kesintisiz günlük 37.5 mg dozda kullanımı, intermittan olarak (50 mg 4/2) kullanıldığı faz 3 çalışmaların sonuçlarına göre sağkalım ve yanıt oranları benzerdir. Dolayısıyla bu rejim doz esnekliği ve hasta uyumu açısından intermittan kullanıma iyi bir alternatif olabilir. Ek olarak, Sunitinibin etkinliği ve toksisitesi etnik farklılıklar gösterebilmektedir, bu anlamda Türk toplumunda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-332**KÜÇÜK HÜCRELİ-DIŞI AKCİĞER VE OVER KANSERLİ HASTALARDA CARBOPLATİN-PAKLİTAKSEL KEMOTERAPİSİNİN HEMATOLOJİK TOKSİSİTESİNİN KIYASLANMASI**

İBRAHİM YILDIZ¹, FARUK TAŞ¹, FATMA ŞEN¹, LEYLA KILIÇ¹, SERKAN KESKİN¹, RUMEYSA ÇİFTÇİ¹, SEZAI VATANSEVER¹

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ

Amaç:

Paklitaxel-carboplatin ilerlemiş over kanserinin standart ilk seçim standart tedavisinde ve metastatik küçük hücreli-dışı akciğer (KHKDAK) kanserinde sıklıkla kullanılan bir

kombinasyondur. En önemli doz kısıtlayıcı yan etkisi hematolojik toksisitedir. Bu çalışmada paklitaxel-carboplatin tedavisi alan ilerlemiş over ve akciğer kanserli hastalarda tedaviyle ilişkili myelotoksosite karşılaştırmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 2009 ile Temmuz 2011 tarihleri arasında ileri evre over (n: 51) ve akciğer kanseri (n: 52) tanısıyla ilk seçim olarak siklus paklitaxel-carboplatin alan 103 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tedavi, hastalara aynı doz ve şema ile 3 haftada bir ve maksimum 6 kür olarak verildi. Tedavi öncesi, her siklus öncesi ve tedaviden 1 ay ve 6 ay sonra kan sayımları ölçüldü.

Bulgular:

Median yaş KHDAK kanserli hastalar için 59 (range, 35-77), over kanserli hastalar için 56 (range; 38-75) olarak bulundu. KHDAK kanserli hastalarda tedavi başında, 3.kürde ve 6.kürde anemi sırasıyla, %17, %39.2 ve %44.2; lökopeni sırasıyla, %3.4, %46.0, %41.9 trombositopeni sırasıyla %0, %12.5, %23.3 olarak bulunurken, Over kanserli hastalarda ise, anemi sırasıyla, %28.6, %68.0 ve %45.2; lökopeni sırasıyla %0, %41.2, %48.8, trombositopeni sırasıyla %0, %10.4, %25 bulundu. Hem over hemde KHDAK kanserli hastalarda başlangıç değerlerine göre 3.kürde hemoglobin, lökosit ve trombosit değerlerinde anlamlı azalma oldu. Buna ilaveten, 3.kür değerlerine göre 6.kürde KHDAK kanserli hastalarda hemoglobin düzeylerinde, over kanserli hastalarda ise trombosit düzeylerinde anlamlı azalma bulundu. KHDAK hastaların %13'ünde, over kanserli hastaların %28'ünde eritrosit transfüzyonu yapılmıştır.

Sonuç:

Aynı doz ve şema ile yapılan kemoterapi farklı kanserlerde farklı hematolojik toksisiteye neden olabilir. Hastaların destek tedavisi ve toksisite yönetiminde bu sonuç göz önüne alınmalıdır.

EP-333

RENAL HÜCRELİ KARSİNOM :TEK MERKEZ DENEYİMİ

ONUR EŞBAH¹, BURÇİN BUDAKOĞLU¹, ÖZLEM SÖNMEZ¹,
ÖZNUR BAL¹, AHMET ŞİYAR EKİNCİ¹, KAAAN HELVACI¹,
ÜMMÜĞÜL ÜYETÜRK², ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, BERNA
ÖKSÜZOĞLU¹

¹ DR.ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Renal hücreli karsinomlar (RCC), tüm malignansilerin %3'ünü oluşturmaktadır. İnterferon alfa veya interlökin 2 temelli sitokin tedavilerinin cevap oranları %10 ila 20 arasında kalmaktadır. Tirozin kinaz inhibitörleri (TKİ) metastatik RCC'de etkili ajanlardır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 1997 ila 2011 tarihleri arasında RCC tanısı konulan ve takibe alınan hastaların değerlendirilebilir verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Toplam 47 hasta analiz edilmiştir.

Tanıda evrelerine göre; 6 (%12,8) hasta evre I, 4 (%8,5) hasta evre II, 37 (%78,7) hasta evre IV olarak değerlendirildi. Metastaz bölgesi olarak en sık % 63.8 ile akciğer ve takiben %14.8 ile kemik metastazı görüldü. Tanıda 37 (%78) hastaya nefrektomi uygulanmıştır.

Tanı anında 37 hastanın Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) risk skorlaması yapıldı .MSKCC'ye göre; 7 (%14,9) hasta skor 0, 20 (%42,6) hasta skor 1-2 ve 10 (%21,3) hasta skor 3 olarak değerlendirildi.

Hastaların tedavi açısından değerlendirilmesinde; 10 (%21,3) hasta erken evre olduğu için tedavi planlanmadığı, 10 (%21,3) hastanın tedavi planlandığı halde takipsiz kaldığı, 4 (%8,5) hastanın performansı düşüklüğü nedeniyle tedavi planlanmadığı ve 23 (%48,9) hastaya tedavi planlandığı ve başlandığı tespit edilmiştir.

Tedavi başlanan tüm hastalara birinci sıra olarak interferon verilmiştir. İFN alan hastalardan sadece 1 (%4,5) hastada parsiyel yanıt ve 1 (%4,5) hastada stabil hastalık elde edilmişken 16 (%72,7) hastada progresyon görülmüştür. IFN tedavisi ile ortalama progresyonsuz sağkalım süresi 2,0 ay'dır. (min-maks: 0.5-11)

Dört (%18,2) hastada intolerasyon nedeniyle tedavi kesilmiştir.

İFN sonrası 16 (%72) hastaya TKİ başlanmıştır. Ondört hasta (%87,5) sunitinib ve 2 hasta (%12,5) sorafenib almıştır. TKİ alan hastaların 11'inde yanıt değerlendirilebildi. Altı (%37,5) hastada stabil yanıt ve 5 (%31,2) hastada progresyon görülmüştür. TKİ ile ortalama progresyonsuz sağkalım 7 aydır.

TKİ kullanan 1 hastada grade 3 diyare, 1 hastada grade 2 el-ayak sendromu, 1 hastada hipertansiyon, 1 hastada hipotiroidi ve 4 hastada halsizlik izlenmiştir.

Sonuç:

Klasik sitotoksik kemoterapiye dirençli metastatik RCC'li hastalarda TKİ'nin progresyonsuz sağkalım sürelerini arttırdığı görülmüştür.

EP-334

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA PROGNOSTİK HEMATOLOJİK PARAMETRELER

AHMET DİRİCAN, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, İŞİL SOMALI,
ÇİĞDEM ERTEN, K. BAHRİYE PAYZIN, LÜTFİYE DEMİR, ALPER
CAN, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, MURAT AKYOL, MEHMET
KÖSEOĞLU, M.OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Lokal ileri ve metastatik renal hücreli karsinomda uzun süreli sağkalım elde edilememektedir. Renal hücreli karinom (RCC) lu hastalarda prognozu etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır (TNM stage, histopatoloji, klinik faktörler v.d). Son yıllarda bir çok kanserde kullanımı kolay daha ucuz prognostik faktörler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bunlardan biriside periferik kan değerleridir. Bir çok çalışmada hematolojik parametrelerin prognostik önemi olduğu gösterilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada 48 metastatik RCC tanılı hastanın metastataz tespit edildiğinde hematolojik parametreleri(nötrofil, lenfosit, trombosit, mean platelet volümü, nötrofil/lenfosit oranı; trombosit/lenfosit oranı) kaydedildi. Hastaların median overall survival ile hematolojik parametreler arasındaki ilişkisi araştırıldı. Ayrıca Memorial Sloan-Kettering Cancer Center göre belirlenen prognostik risk faktörleri ile hematolojik parametreler arasındaki ilişki olup olmadığı araştırıldı.

Bulgular:

Bütün hastalar için metastaz saptandıktan sonraki median overall survival (OS) 16.6 ay (95% CI; 9.6 to 35.5) saptandı. Nötrofil/lenfosit oranı $NLR < 5$ (40 hasta , 83 %) ile $NLR \geq 5$ (8 hasta, 17 %) olan hastaların median OS sırasıyla 30,1 ay vs 2,9 ay saptandı (long rank; $p < 0.001$) Lenfosit counts $< 1500/mm^3$ (14 hasta ,29%) vs lenfosit counts $\geq 1500/mm^3$ (34 hasta , 71%) olan gruplarda ise median OS sırasıyla 15.9 ay vs 31.4 ay saptandı .Bu iki grup arasındaki sağ kalım farkı istatistiksel olarak anlamlı saptandı (long rank; $p = 0.039$). MSKCC risk gruplarına göre hastalar üç guruba ayrıldı (favorable , intermediate and poor risk group) . Her bir grup için mean NLR ile lenfosit counts belirlendi.Gruplar arasında mean değerleri arasındaki fark one-way ANOVA test ile anlamlı saptandı. (sırasıyla $F = 7,923$ $p = 0.01$ and $F = 5,851$ $p = 0.006$). Diğer hemataolojik parametreler için istatistiksel olarak anlamlı sağ kalım farkı saptanmadı.

Sonuç:

NLR ve lenfosit sayısı metastatik RCC de prognostik faktör olarak kullanılabilir. Ancak rutin kullanılabilmesi için ilave çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-335

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI VE SPERMATİK KORD MALİGN FİBRÖZ HİSTİOSİTOMA BİRLİKTELİĞİ

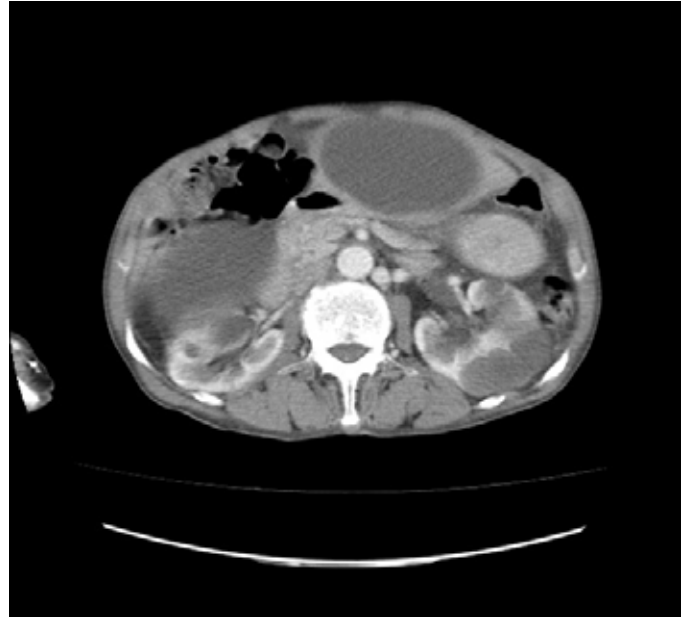
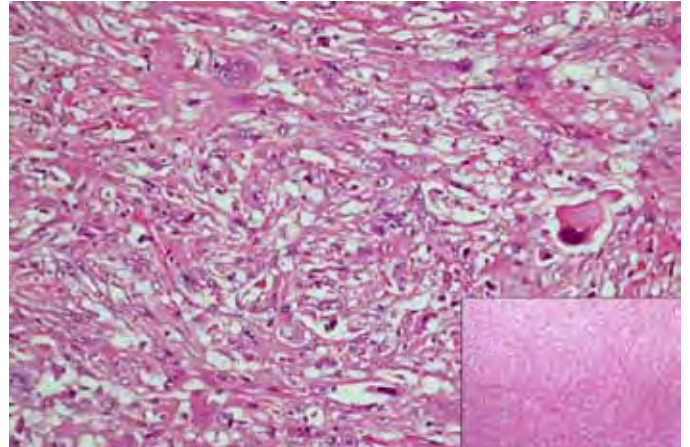
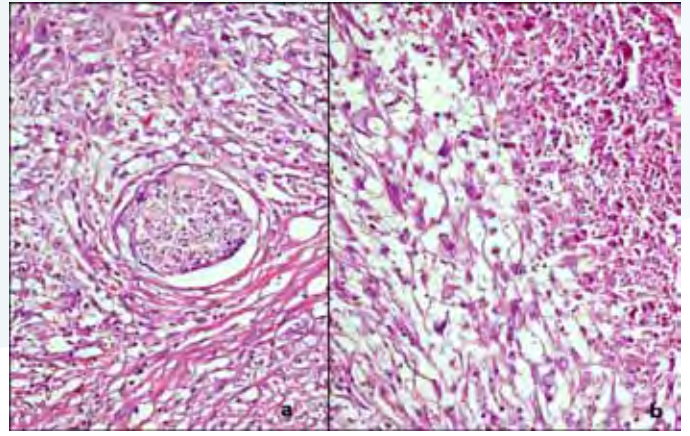
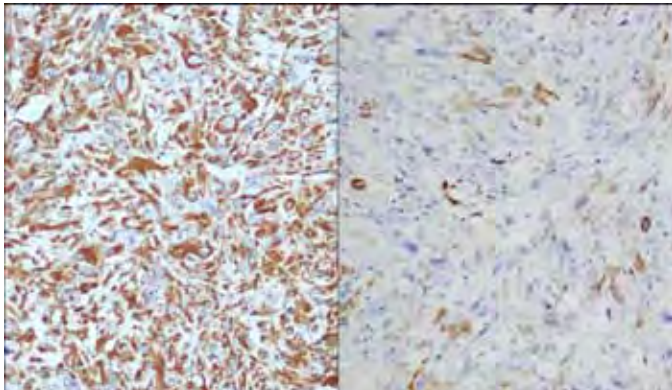
LÜTFİYE DEMİR, ALPER CAN, AHMET DİRİCAN, VEDAT BAYOĞLU, MURAT AKYOL, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, ÇİĞDEM ERTEN, MUSTAFA OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Spermatik korddan gelişen malign fibröz histiositoma (MFH) oldukça nadir görülmektedir.

Bulgular:



73 yaşında erkek hasta son 1 ay içerisinde gelişen ağrılı sol skrotal şişlikle Üroloji Polikliniği'ne başvurduğunda ultrasonografide sol inguinalde 5x6 cm boyutlarında sert kitle, skrotumda diffuz şişlik, bilateral böbrekler ve karaciğerde multipl kistik lezyonlar saptandı (Resim 1). Babasında renal kist olan hastanın ultrasonografi ve soygeçmiş hikayesiyle otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKD) olduğu saptandı. Operasyon gözleminde sol spermatik korddan kaynaklanan 4x4x3.5 cm boyutunda sert kitle basit tümorektomiyle çıkarıldı. Patolojisinde, kısa fasiküller halinde yerleşmiş işçi hücreler ve dağınık yerleşimli ksantomatöz hücreler içeren storiform yapıda, Hematoksilen-eozinle vimentin yaygın, düz

kas aktin (SMA)fokal pozitif boyanan, perinöral invazyon-nekroz gösteren tümör görüldü (Resim 2-3-4). Bu bulgularla spermatik kordun MFH tanısı kondu. BT'de karaciğerde kistik lezyonlar dışında multipl hipodens metastatik lezyon, mediastinal lenfadenopatiler saptandı. Hastaya İfosfamid-Doxorubicin kemoterapisi başlandı. Tedavinin 2. ayında karaciğer metastazlarında parsiyel yanıt saptanırken sol spermatik kordda yeni gelişen kitlesi oldu. Bu bölgeye radyoterapi verilmesine rağmen progresyon olması nedeniyle yeniden kitle eksizyonu yapılan hasta halen kemoterapi tedavisi altında stabil yanıtla olarak 8. ayında izlenmektedir.

Sonuç:

Paratestiküler bölge ve spermatik kord, MFH için çok nadir lokalizasyonlardır. Vaka serilerinde metastatik olmayan vakalarda bile adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapiye rağmen yüksek uzak ve lokal rekürrens oranları verilmektedir. ODPKD ile sarkomların birlikteliğine ilişkin literatürde yalnızca iki vaka görülmekle birlikte olgumuz spermatik kord MFH ve ODPKD birlikteliğine ilişkin ilk vakadır.

EP-336

RENAL SİNOVYAL SARKOM:VAKA TAKDİMİ

BERKANT SÖNMEZ, DİLŞEN ÇOLAK, İLHAN HACİBEKİROĞLU, MUSTAFA ALTINBAŞ

YILDIRIM BEYAZIT DIŞKAPI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Sinovyal sarkom bir yumşak doku sarkomu olup, en sık gençlerde görülmekte ve sıklıkla ekstremitelerde eklem çevresine yerleşmektedir. Tüm yumşak doku sarkomların %5-10'u oluşturmaktadır (1). Nadiren diğer lokalizasyonlarda da görülebilmektedir (2).

Gereç ve Yöntem:

Sık görülmeyen bir durum olması nedeniyle, renal sinovyal sarkom vakasının takdimi uygun görülmüştür.

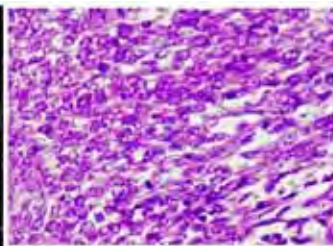
Bulgular:

Yirmi dört yaşındaki erkek hasta uzun süredir olan sağ yan ağrısı nedeniyle doktora başvurmuş. Ek şikayeti olmayan hastanın, özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsünde özellik tespit edilmemiş. Fizik muaynesinde anormallik olmayan hastanın, laboratuvar incelemesi de doğal saptanmış. Radyolojik incelemede tomografide (**şekil.1**) sağ renal kitle saptanan hastaya, renal karsinom ön tanısıyla sağ nefrektomi operasyonu uygulanmış.

Patolojik olarak: Malign mezenkimal tümör, sağ nefrektomi; Pan CK(+), EMA(+), Vimentin(+), CD 99(+), Ki67:%20, TM:10X12cm, Kapsül invazyonu(+), 0/1 LN(-), Sürenal Met(-) (**şekil.2**). Bulgular ön planda sinovyal sarkomu düşündürmüştür, kesin tanı için genetik çalışma önerilir şeklinde yorum yapılmış.



Şekil 1 Preoperatif CT



Şekil 2 Mikroskopik görüntü

Postoperatif olarak tarafımızca değerlendirilen hastada uzak organ metastazı tespit edilmedi ve hastanın yakın takibine karar verildi. Üçüncü ayındaki takipte problem saptanmadı.

Sonuç:

Primer renal sinovyal sarkom nadir bir durumdur. İlk defa Faria ve ark. tarafından raporlanmıştır (3). Literatürde bildirilmiş vaka sayısı 40'dan azdır (4). Literatürdeki hastalara bakıldığında yaş dağılımı 19-61 arasında saptanmış ve ilk 19 vakayı derleyen Chen S ve ark. çalışmasında erkek:kadın oranı 1.7/1 olarak tespit edilmiştir (5). Nadir görülmesi ve diğer böbrek tümörlerine benzer başvuru bulguları olması nedeniyle, ayırıcı tanısı önemlidir. Karakteristik t(x;18) (p11.2;q11.2) translokasyonu tanının zor olduğu vakalarda yardımcıdır (6). Nadir görülmesi nedeniyle tedavide standart bir algoritim olmaması yanında, cerrahi tedavinin ana kısmını oluşturup diğer tedavi modaliteleri tartışmalıdır (7). Önceden yayınlanmış verilere bakıldığında renal sinovyal sarkom agresif seyredebilen bir tümördür (8,9).

EP-337

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA SİTOREDÜKTİF NEFREKTOMİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

BERNA BOZKURT DUMAN¹, BERKSOY ŞAHİN², MELEK ERKİŞİ², SEMRA PAYDAŞ², OĞUZ KARA², ÇİĞDEM USUL AFŞAR², MERAL GÜNALDI², VEHBİ ERÇOLAK², PINAR KUM³

¹ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
²MEDİKAL ONKOLOJİ

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ
B.D.

³ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT
BİRİMİ

Amaç:

Renal hücreli karsinomda son zamanlarda mTOR, VEGF gibi hedeflerin belirlenmesi ile hedefe yönelik tedaviler gündeme gelmiştir. Metastatik hastalıkta primer tümörün ortadan kaldırılmasıyla sağkalım avantajı sağlandığı yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bizde merkezimizde takip ve tedavisi yapılan renal hücreli karsinom vakalarını retrospektif olarak inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Kanser kayıt merkezine 1994-2010 yılları arasında başvuran, 201 hasta çalışmaya alındı. Hastaların klinikopatolojik özellikleri, aldığı tedavi şekilleri değerlendirildi. Bu hastalardan Evre IV hastalığa sahip 35 hastada sitoredüktif nefrektominin sağkalım üzerine etkisini araştırmak amacıyla subgroup analizi yapıldı.

Bulgular:

İkiyüzbir hastanın 81'i kadın(%40.3), 120'si(%59.7) erkekti. Yaş ortalaması 56±12 idi. Otuzdört hasta Evre I, 11 hasta Evre II, 18 hasta Evre III, 83 hasta Evre IV idi. Hastaların 158'i (%78,6) clear cell, 5 (% 2,5) sarkomatoid 8'i (%4) diğer histolojik alt tiplere sahipti. Hastaların çoğunluğuna 106 hasta (%52,7 oranında) cerrahi uygulanmıştı. İnterferon tedavisi 52 hastaya (%52,7), Sunitinib 28 hastaya (%35), Sorafenib 6 hastaya(%22,4), mTOR inhibitörü 4 hastaya(%2) IL2 22 hastaya (%10,2) uygulanmıştı. 1.basamak tedavi olarak Interferonu

33 hasta (%73,3), interferon+IL2 kombinasyonunu 4 hasta (%8,5), Sunitinib 5 hasta (%11) kullanmıştı. 2. basamakta, Sunitinib 21 hasta (%70), sorafenib 3 (%10) hasta, Temsirolimus 2 hasta (%6,7) kullanmıştı. Tirozin kinaz inhibitörü (sunitinib, sorafenib) 34 hastada kullanılmıştı. Evre IV hastalığa sahip 83 hastadan düzenli takibi olan, sitokin tedavisi almış 35 hastada subgrup analizi yapıldı. Yaş ortalaması 55 ± 10 idi. Bu grupta sitoredüktif nefrektomi uygulanan 25 (%71,4) hasta, uygulanmayan 10 (%28,6) hasta mevcuttu. Hastaların tümü clear cell histolojik subtipi sahipti. Bu grupta sadece 2 hasta sunitinib almıştı. Hastaların 11 (%31,4)'i kadın, 24 (%68,6)'sı erkekti. En çok metastaz bölgesi %45,8 ile akciğerdi. Primer tümöre yönelik olarak cerrahi yapılan ve yapılmayan hastalar karşılaştırıldığında cerrahi yapılan grupta sağkalım 69 ay iken yapılmayan grupta 25 ay olarak saptandı gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p=0,04$)

Sonuç:

Bizim yaptığımız retrospektif analizde sunitinib, sorafenib ve temsirolimusun devreye girmesiyle yıllar içinde bu ajanlar sitokin tedavisinin yerini almıştır. Metastatik renal hücreli karsinomda uygulanan sitoredüktif nefrektomi sağkalım avantajı sağlamaktadır.

EP-338

SUNITİNİB İLİŞKİLİ MİKROANJİOPATİK HEMOLİTİK ANEMİ

SERDAL KORKMAZ¹, SAADETTİN KILIÇKAP², NALAN BABACAN², MEHMET ŞENCAN¹

¹ CÜTF HEMATOLOJİ

² TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç:

Mikroanjiopatik hemolitik anemi Sunitinibin nadir, ancak son derece ciddi bir yan etkisidir.

Gereç ve Yöntem:

Sunitinib ile tedavi edilen RHK'lu bir hastada gelişen mikroanjiopatik hemolitik anemi sunulmaktadır.

Bulgular:

Altmış yaşında bir kadın hematüri ve sağ lomber ağrı ile başvurdu. FM'de sağ lomber bölgede ele gelen kitle, ultrasonda sağ böbrekte $10 \times 13 \times 14$ cm boyutlarında kitle görüldü. Sağ radikal nefrektomi yapılan hastaya RHK tanısı kondu. Hastaya Interferon 10 mu/m^2 başlandı. Tedaviden 3 ay sonra hasta öksürük ve 8 kilo kaybı ile başvurdu. Toraks BT'de metastaz ile uyumlu 2.5 cm çaplı bilateral nodüller lezyonlar ve sağda plevral effüzyon izlendi. Metastatik RHK nedeniyle hastaya Sunitinib 50 mg/gün başlandı. 6.ncı haftada hasta solukluk, güçsüzlük ve ekimotik lezyonlar ile başvurdu. Laboratuvar incelemede hemoglobin 9.4 g/dL, trombosit $55 \times 10^3/\mu\text{L}$, LDH 530 IU/L, indirek bilirubin 1.9 mg/dL, ve retikülosit 8.2% olarak bulundu. Direk ve indirek Coombs testi negatif idi. Periferik yaymada trombositopeni ve fragmente eritrositler izlendi. Başka bir medikasyon öyküsü ve sistemik bir bulgusu olmayan hastaya mikroanjiopatik hemolitik anemi/ TTP tanısı kondu. Sunitinib kesilerek taze donmuş plazma ve plazma değişimi yapıldı. Beş gün sonra tüm laboratuvar bulguları normal bulundu.

Sonuç:

Sunitinib sonrası mikroanjiopatik hemolitik anemi bugüne kadar 3 hastada bildirilmiştir. Dolaşım ve koagülasyon sistemindeki bozukluk, subendotelial kollajen doku hasarı ve ADAMTS-13 aktivitesindeki azalma olası mekanizmalardır. Plazma değişimi en önemli tedavi seçeneğidir.

EP-339

SUNITİNİB İLE TEDAVİ EDİLEN METASTATİK KANSERLİ HASTALARDA KORONER AKIM REZERVİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA ŞEN¹, İBRAHİM YILDIZ¹, MERT BAŞARAN¹, MELTEM EKENEL¹, LEYLA KILIÇ¹, FAHRETTİN ÖZ², HUSEYİN OFLAZ², SEVİL BAVBEK¹

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:

Sunitinib bir anjiogenez inhibitörüdür ve metastatik renal hücreli kanserler (mRHK) ve gastrointestinal stromal tümörler (mGIST) başta olmak üzere çeşitli solid tümörlerin tedavisinde etkili bir hedefe yönelik ajandır. Hipertansiyon başlıca yan etkilerinden biridir. Endotel disfonksiyonu ateroskleroz patogeneğinde erken fakat reversibl bir olaydır ve anjiogenez inhibitörlerinin neden olduğu hipertansiyona neden olan olası mekanizmalardan biri olabileceği ileri sürülmektedir. Trans-toraksik Doppler ekokardiyografi (TTDE) ile koroner akım rezervinin değerlendirilmesi, koroner mikrovasküler ve endotel fonksiyonları yansıtır, kolay ve ucuz bir tarama testidir. Bu çalışmada mRHK ve mGIST nedeni ile sunitinib tedavisi almakta olan hastaların endotel fonksiyonlarının ve koroner mikrovasküler fonksiyonlarının TTDE ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Onsekiz metastatik kanserli (16 mRHK ve 2 mGIST) sunitinib tedavisi almakta olan hasta ve 27 sağlıklı birey bu kesitsel çalışmaya alındı. Hastaların TSH, lipid düzeyleri, kreatinin, hemoglobin, glukoz, C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), antropometrik ve fiziksel parametreleri kaydedildi. Koroner kan akım hızları Vivid 7 ekokardiyografi cihazı ile ölçüldü. Ortalama diastolik pik hız (ODPH) bazal ve hiperemik durumda olmak üzere 2 kez ölçüldü. Koroner akım rezervi hiperemik durumda ölçülen ODPH'nin bazal ODPH'a oranı olarak tanımlanır.

Bulgular:

Koroner akım rezervi, kontrollere (2.71 ± 0.8) göre hastalarda (1.82 ± 0.4) belirgin düşük bulundu ($P < 0.001$). Koroner akım rezervi 13 hastada (%72) düşük bulunurken kontrollerin hepsinde normal bulundu. Koroner akım rezervi sunitinib kullanma süresi ($r = -0.36$, $P = 0.01$), hsCRP ($r = -0.574$, $P = 0.01$) ve ESH ($r = -0.5$, $P = 0.02$) ile ters orantılı bulundu.

Sonuç:

Sunitinib tedavisi almakta olan kanser hastalarında koroner akım rezervi belirgin olarak bozuk bulunmuştur. Tedavi

süresinin uzaması ile koroner akım rezervinin azalması ilişkilidir. Sunitinib almakta olan hastalarda non-invazif bir yöntem olan TTDE ile koroner akım hızı ölçülmesi ile erken kardiyovasküler yan etkiler değerlendirilebilir.

EP-340

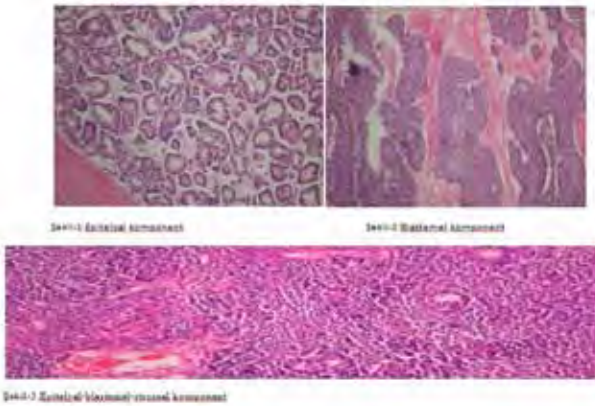
ERİŞKİN WILMS TÜMÖRÜ

VEHBİ ERÇOLAK¹, İ.OĞUZ KARA¹, ÇİĞDEM USUL AFŞAR¹,
MERAL GÜNALDI¹, ŞEYDA ERDOĞAN², BERNA TOTAN ATEŞ²

¹ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:



Hasta 31 yaşında kadın, yaklaşık son 3 yıldır sağ yan ağrısı tarif ediyor. Bu nedenle yapılan Batın USG'de sağ böbrekte solid kitle lezyonu izlenmiş ve ilk planda Renal Hücreli Karsinom düşünülmüş. Abdominopelvik MR'da sağ böbrek orta-alt pol düzeyinde böbrek parankimini destrüktüre eden en geniş yerinde 14x12x8 cm boyutlarında dev kitle ve retrokaval yumuşak doku kitlesi (metastatik LAP) saptandı. Toraks CT'de her iki akciğerde metastaz ile uyumlu lezyonlar mevcuttu. Hastaya Üroloji tarafından sağ radikal nefrektomi+sürrenalektomi yapıldı. Patolojisi Wilms Tümörü Trifazik Tip anaplazi içermeyen olarak raporlandı. İki adet perikaval bölge metastatik lenf nodülü, 8 adet perikaval reaksiyoner lenf nodülü vardı ve tümörde nekroz yoktu. Böbrek kapsülü, perinefritik yağ dokusu ve sinuslerin infiltrasyonu, sürrenal intakt ve lenfovasküler tümör invazyonu vardı. İmmünohistokimyasal yöntem ile uygulanan üreter cerrahi sınırlar intakttı. Cerrahi sonrasında bakılan Toraks CT'de her iki akciğerde subplevral yerleşimli nodüler yaygın yumuşak doku kitleleri, karaciğer sağ lobda yaklaşık 13 mm çaplı düzgün sınırlı hipodens alan saptandı. Hastaya SIOP-9 protokolü başlandı. Hastanın tedavisinin 5. haftasında EMG'de üst ve alt ekstremitelerde motor sinirlerin etkilendiği polinoropati bulguları saptanmasıyla Vincristine 7. haftaki dozunda kesildi. Hastanın 9. hafta tedavisinden sonra kontrol CT'de tedavi öncesi ile karşılaştırıldığında her iki akciğerde ve karaciğer sağ lobdaki lezyon boyutunda da belirgin regresyon izlenmişti, sağ nefrektomi, operasyon lojunda nüks saptandı. Hastaya üroloji tarafından cerrahi düşünülmeydi. Bunun üzerine tümör alanına ve lenfatiklere eksternal radyoterapi verildi. Tedaviye radyoterapi sonrası devam edildi. Hastaya

radyoterapi sonrası yapılan MR'da operasyon lojunda yumuşak doku lezyonunun yeni tetkikte mevcut olmadığı, fakat sağ alt kadranda 4x2 cm ve sağ over yan lojda 2cm boyutunda tariflenen kitlesel lezyonlar öncelikle nüks ile uyumlu düşünüldü. Toraks CT'de mediastende subkarinal, prevasküler karinal lenfadenopatiler, parankimal yerleşimli metastatik lezyonlar saptandı. Bu sonuç üzerine hastanın 24. haftada ki tedavisi sonlandırıldı. Hastaya yüksek doz KT ve kök hücre nakli düşünüldü. Hastaya Ifosfomide-Carboplatin-Etoposid'den oluşan protokol verildi.

Sonuç:

Primer tümörün histolojisi ve hastalığın yaygınlığı yani evresi adjuvan tedaviyi yönlendirir. Bu grup hastalar için Avrupa'da SIOP ve Kuzey Amerika için NWTs olmak üzere iki farklı tedavi modaliteleri mevcuttur. Vincristine, dactinomisin ve doksorubisin WT'ün tedavisi için birçok kombinasyonun omurgasını oluşturur. Renal kitle ve yan ağrısı ile gelen erişkin bir hastada Adult WT olasılığı düşünülmelidir. Tedavi protokollerinin pediatrik gruplara göre yapılması ve yüksek hasta sayılarına sahip randomize çalışmaların olmaması nedeniyle erişkin Onkologlar tarafından zorlanılan bir hastalık grubu olarak WT çocuklara göre daha kötü prognozlu olsa da sonuçlar sürekli iyileşmektedir.

EP-341

GENÇ ERKEK HASTADA SAĞ OMUZDA DEV KİTLE İLE PREZENTE OLAN, PRİMERİ BİLİNMEYEN KARSİNOM OLGUSU; PROSTAT ADENOKARSİNOMU

FATÖŞ DİLÂN KÖSEOĞLU¹, MENİCE GÜLER ŞEN¹, MEDİHA TULİN BOZKURT², GÖNÜL DEMİR PİŞKİN², İLKAY TUĞBA ÜNEK³, ÇAĞATAY ARSLAN³

¹İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç:

Genç erkek hastada omuzda dev kitle ile prezente olan primeri bilinmeyen metastaz araştırmasında saptanan prostat adenokarsinomunu sunmak.

Gereç ve Yöntem:

49 yaşında erkek hasta, nisan 2010 da sağ omuzda kitle, ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ omuzun hareketini kısıtlayan, sert kitle olduğu görüldü. Sağ omuz MRG'de omuz ekleminde, skapula kökenli, primer veya metastatik kemik tümörü olabileceği düşünüldü. Trucut biyopsi, sonucu metastatik adenokarsinom olarak geldi. 18-FDG PET-BT çekildi. Prostat bezi sol tarafında tümöral kitlede, omurgada yaygın litik kemik lezyonlarında artmış aktivite tutulumları izlendi. Hastanın PSA değeri 300 ng/ml olarak tespit edildi.

Bulgular:

Olgu metastatik prostat karsinomu tanısı aldı. Sağ omuzdaki kitleye ve T 7-8 vertebraya RT aldı. Zoledronik asit, goserelin ve bicalutamid tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında PSA değerleri saptanamayacak değerlere indi, sağ omuzdaki kitle

küçüldü ve hareket açıklığı arttı. Bicalutamide kesilerek sadece goserelin ile tedaviye devam edildi. 3. ay MRG kontrolünde parsiyel yanıt olduğu görüldü. Hasta halen tama yakın parsiyel yanıt ile hormonoterapiye devam etmektedir.

Sonuç:

Erkek primeri bilinmeyen karsinomlu olgularda yaş genç de olsa prostat kanseri akılda tutulmalıdır ve PSA rutin olarak istenmelidir. Bu olgunu prezentasyonu primer kemik tümörünü taklit etmiştir. Hormon duyarlı bir solid tümör olan prostat karsinomunun başlangıç tedavisinde endokrin tedavi ile yanıt oranları yüzgüldürücüdür.

EP-342

METASTATİK RENAL HÜCRE KARSİNOMLU HASTALARDA SUNİTİNİB ETKİNLİK VE TOKSİSİTESİNİN BELİRLENMESİ

BURCU ÇAKAR, UĞUR MUSLU, UMUT VAROL, DİDEM TUNALI, PINAR GÜRSOY ÖNER, ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ, BURÇAK KARACA, CANFEZA SEZGİN, BÜLENT KARABULUT, RÜÇHAN USLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TULAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç:

Metastatik renal hücre karsinomlu(RCC) hastalarda mevcut verilerle sitokin tedavisi ile vasküler endotelyal büyüme faktörü ve mTOR yolagını etkileyen hedef ajanlar tedavi seçeneklerinin başında yer almaktadır. Biz çalışmamızda metastatik RCC'li hastalarımızda sunitinibin etkinlik ve toksisitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Onkoloji ünitemizdeki RCC hastalarının klinikopatolojik verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Tanı esnasında metastatik olan ve herhangi bir hat seçeneğinde sunitinib kullanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların tamamında sunitinib başlangıç dozu 50 mg/gün, 4 hafta ve takibinde 2 hafta ara şeklinde planlanmıştır. Hastalardaki klinik yanıt, progresyonsuz sağkalım (PFS) ve yan etkiler kaydedildi.

Bulgular:

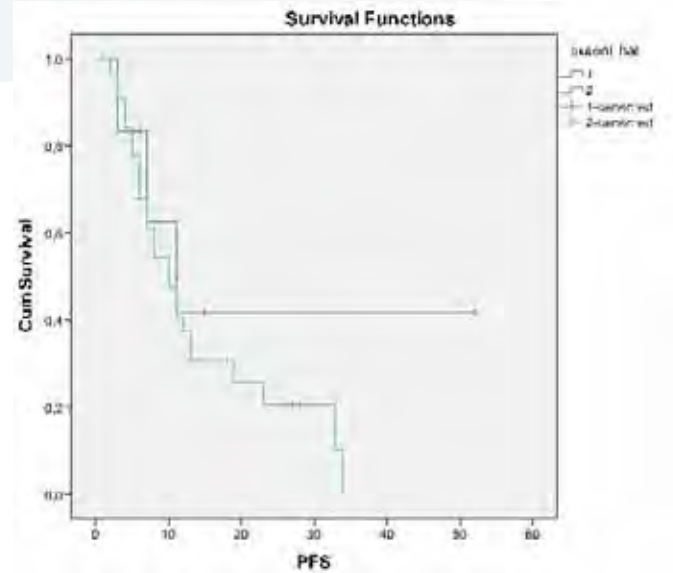
Toplam 40 hasta çalışmaya alındı (kadın n:10, %25; erkek n:30, %75). Ortalama yaş 58.55 idi. 7 hastaya (%17.5) ilk hatta, 33 hastaya(%82.5) 2.hatta sunitinib başlandı. 33 hastanın 31'i ilk hat tedavide interferon kullandı. Sunitinib toleransı genellikle iyi olmakla birlikte gözlenen grade 3-4 yan etkiler tablo 1 de gösterilmektedir. Hepatotoksiste, kardiyotoksiste ve ciddi hipertansiyon hiçbir hastada izlenmedi. Üç hastanın tedavisi yan etkilerle ilişkili olarak kesildi(%7.5). Doz redüksiyonu 24 hastaya uygulandı(%60). Bu hastaların 10(%25)'unda doz 37.5 mg'a, 14(%35)'ünde 25 mg'a düşürüldü. Ortalama PFS 1. ve 2. hatta sunitinib alanlarda sırasıyla 13.57 ve 11.36 ay idi (p>0.05) (Şekil 1)

Sonuç:

Sunitinib metastatik RCC li hastalarda yan etki profillerine göre doz modifikasyonu optimal şekilde uygulandığında hastaların büyük bir kısmında PFS avantajı sağlayabilmektedir. Diğer hedef tedavilerle karşılıklı değerlendirileceği çalışmalar sunitinibin rolünü daha net ortaya koyacaktır.

Tablo 1: Tedavi ile ilişkili grade 3- 4 yan etkiler

Tedaviyle ilişkili yanetki	Grade 3 n(%)	Grade 4 n(%)
Halsizlik	5 (12.5)	
Dermatit	2 (5.0)	
Trombositopeni	3 (7.5)	1 (2.5)



Şekil 1: 1. ve 2. hatta sunitinib alan hastaların PFS değerleri

EP-343

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA İNTERFERON ALFA TEDAVİSİ SONRASI SUNİTİNİB İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARDA HEMATOLOJİK PARAMETRELERİN PROGNOSTİK VE PREDİKTİF ÖNEMİ

AHMET DİRİCAN, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, İŞİL SOMALİ, ÇİĞDEM ERTEN, K.BAHRİYE PAYZIN, LÜTFİYE DEMİR, ALPER CAN, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, MURAT AKYOL, MEHMET KÖSEOĞLU, M.OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

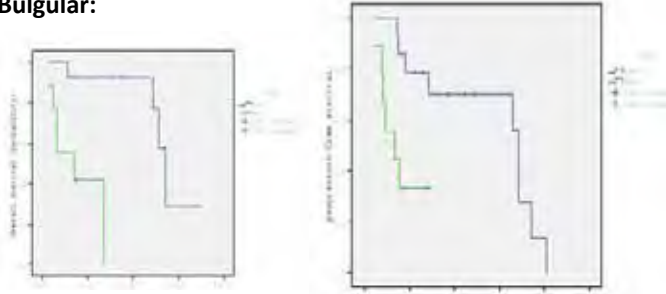
Lokal ileri ve metastatik renal hücreli karsinomda uzun süreli sağkalım elde edilememektedir. Renal hücreli karsinom (RCC) tedavisinde küçük moleküllu tyrosine kinase (TK) inhibitörü olan sunitinib tedavide kullanılmaktadır. Metastatik RCC tedavisinde sunitinib ikinci basamak tedavide kullanımı ile ilgili dotalar sınırlıdır. RCC lu hastalarda prognozu göstermek üzere MSKCC kriterleri sıklıkla kullanılmaktadır. Son yıllarda bir çok kanserde kullanımı kolay daha ucuz prognostik faktörler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Periferik hematolojik parametreler bir çok kanser çeşidinde prognostik ve prediktif önemi gösterilmiştir

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada birinci basamak interferon alfa (IFN-α) tedavisi ile progresyon gelişen ve sonrasında ikinci basamak sunitinib tedavisi alan 23 metastatik RCC tanılı hastanın dotaları retrospektif olarak tarandı ve sunitinib tedavisinin etkinlik ve

yan etki profili değerlendirildi. Metastaz tespit edildiğinde hematolojik parametreleri (nötrofil, lenfosit, trombosit, mean platelet volümü, nötrofil / lenfosit oranı, trombosit / lenfosit oranı) kaydedildi. Hematolojik parametrelerin prognostik ve prediktif faktör olup olmadığı değerlendirildi.

Bulgular:



Overall response rate (ORR) % 34,8 saptandı (7 Partial Response, 1 Complet Response). Median progression-free survival (PFS) 16,53 ay (95% CI, 0 to 34,5 ay) saptandı. Median overall survival (OS) 25,71 ay (95% CI, 10,82 to 40,01 ay) saptandı. En sık hematolojik yan etki nötrepeni (n:12 52,2%) ve non-hematolojik yan etki ise stomatit (n:6 26,1%) ve hand-foot sendrom (n:6 26,1%) saptandı. Nötrofil / lenfosit ratio (NLR) > 3 vs NLR ≤ 3 olan hastalarda PFS değerleri 3,13 ay vs 17,09 ay (p:0,012) saptandı (şekil 1). NLR > 3 vs NLR ≤ 3 göre median overall survival (OS) değerleri ise 6,96 ay vs 27,12 ay (p:0,001) saptandı (şekil 2). Sunutinib tedavisine yanıt (PR, SD, CR) alınan hastaların 75% 'de NLR ≤ 3 ve sunitinib yanıt alınamayan hastaların 72% 'de NLR > 3 saptandı (p:0.036). MSKCC kriterleri ile NLR oranı arasında ilişkiye bakıldığında kötü risk grubunda hastalarının hepsinde NLR > 3 saptanmıştır ve iyi risk grubundaki hastaların 77% 'de NLR ≤ 3, orta risk grubundaki hastaların ise 70% 'de NLR ≤ 3 saptanmıştır (p:0,022).

Sonuç:

Metastatik RCC tanılı hastalarda sitokin tedavisi sonrası ikinci basamak tedavide sunitinib kullanımının dataları sınırlıdır. Çalışmamıza göre IFN-α tedavisi sonrası sunitinib tedavisinin etkin ve yan etki profili açısından tolere edilebilir olduğu görüldü. NLR değerinin prognostik ve prediktif olduğu gösterilmiştir.

EP-344

İSKELET KASI METASTAZI İLE BAŞVURAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU VE LİTARATURUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

İ. VEDAT BAYOĞLU, YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK, AHMET DİRİCAN, LÜTFİYE DEMİR, ALPER CAN, MURAT AKYOL, İŞİL SOMALİ, M. OKTAY TARHAN

İZMİR ATATÜRK E.A.H TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Renal hücreli karsinom (RHK) genellikle erken dönemde belirgin semptom ve klinik bulgusu olmayan bir tümör olup, sitotoksik kemoterapi ve radyoterapiye dirençli olması en önemli özelliğidir.

Gereç ve Yöntem:

RHK' nin, bölge ve organ ayrımı gözetmeksizin her bölgeye metastaz yapma potansiyeli vardır. En sık gözlenen metastaz bölgeci akciğerler, lenf nodları, kemikler ve beyindir.

Bulgular:

Yapılmış otopsi serilerinde RHK' nin iskelet kasi metastazı %0,4 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç:

Bu olgu sunumunda 57 yaşında sağ alt extremitede yavaş büyüyen şişlik şikayeti ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda RHK metastazı tanısı konan olgu sunulmuştur.

EP-345

NADİR GÖRÜLEN BİR BÖBREK TÜMÖRÜ: RENAL EPİTELOİD ANJİOMYOLİPOM

MEHMET METİN ŞEKER¹, TUĞBA KÖŞ², BURAK CİVELEK², SERCAN AKSOY², NURİYE ÖZDEMİR², DOĞAN UNCÜ², NURULLAH ZENGİN²

¹CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Renal epiteloïd anjiomyolipom (REA) nadir bir böbrek tümörüdür. Hastalık "Tuberous Sclerosis Complex" in bir parçası olabilir veya sporadik olarak da görülebilir.

Semptomatik olanlarda veya 4cm'den büyük tümörlerde parsiyel/total nefrektomi veya anjiyografik embolizasyon önerilmektedir. Bazı vakalarda nüks/metastaz görülebilir. Kontrollü çalışma olmamasına rağmen doksorubisin, dakarbazin, ifosfamid, siklofosfamid ve sisplatinin etkin olabileceğini gösteren vaka takdimleri vardır.

Vaka :

Otuzaltı yaşında erkek hasta. Sol böbrekte 7x7cm kistik kitle saptandı ve sol nefrektomi uygulandı. Tümör perirenal yağ dokuya ve medüller damarlara invazydi. İmmünohistokimyasal incelemede HMB-45 ve melan-A (+), S-100, HMWCK, EMA, CK-7 ve sitokeratin (-) idi.

Ameliyat sonrası 4. ayda sol iliak boşlukta ve sol hipokondriumda solid kitle ve intraabdominal multipl lenfadenopati saptandı. Hastaya 3 kür doksorubisin uygulandı. Progresyon saptanan hastaya sisplatin/dakarbazin planlandı. Üçüncü kür sonunda stabil yanıt elde edildi. Altıncı kür sonunda progresyon saptandı.

Bulgular:

REA epitelyal membran antijenleri ve sitokeratin içermemesi, HMB-45, melan-A içermesiyle böbrek hücreli karsinomdan ayrılır. Klasik anjiomyolipomların aksine epiteloïd varyant agresif seyre sahiptir. L'Hostis ve ark. renal anjiomyolipomu olan 46 hastanın sadece birinde REA saptamışlardır. Takiplerde fatal seyreden tek vaka bu olmuştur. Varma ve ark. total nefrektomiden 9 yıl sonra multipl karaciğer metastazı ile prezenteolan bir vaka bildirmişlerdir. Cibas ve ark. nefrektomiden 3 yıl sonra nüks eden bir vakada doksorubisin ile %50 küçülme elde etmişlerdir. Higa ve ark. sirolimus uygulamış ancak yanıt elde edememişlerdir.

Sonuç:

REA'nın RCC'den ayrımı için mutlaka tüm vakalarda immünohistokimyasal inceleme yapılmalıdır. Tedavide ilk tercih cerrahi olmasına rağmen yüksek nüks/metastaz riski nedeniyle adjuvan tedavi düşünülmelidir. Ancak ideal rejim halen net değildir.

EP-346

BLEOMİSİN'E BAĞLI AGRESİF PULMONER TOKSİSİTE

AKIN ÖZTÜRK¹, MUSTAFA BOZKURT¹, ESAT NAMAL¹, KEZBAN NUR PİLANCI¹, KÜBRA AYDIN¹, OSMAN GÖKHAN DEMİR¹

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Bleomisin'in ileri yaş hastalarda, hızlı pulmoner toksisite ve agresif pulmoner fibrozis ile sonuçlandığını ve tedavi için hala güncel, etkin yaklaşımların yetersiz kaldığını vurgulamak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Evre IIIc mixt germ hücreli testis tm tanılı hastanın dördüncü siklus kemoterapi sonrası başlayan ve hızla ilerleyen nefes darlığı şikayeti oldu.

Bulgular:

PA AC grafisinde bilateral intersitisyel patern, PET BT'de alt, orta zonlarda pnömonitis gözlemlendi.

Sonuç:

Bleomisin renal ve akciğer fonksiyonları bozuk, yaşlı hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. AC toksisitesi geliştiğinde tedavide kullanılan ajanların etkinliği sınırlıdır. Bleomisin uygulanan hastaların böbrek ve AC fonksiyonlarının, yaşlarının mutlaka bazal olarak değerlendirilmesi ve takibi daha da önem kazanmaktadır.

EP-347

DOSETAKSEL'E DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ HÜCRE HATLARINDA DOSETAKSEL'İN SİTOTOKSİK VE APOPTOTİK ETKİSİNİN ZOLEDRONİK ASİT ÖN MUAMELESİYLE ARTTIRILMASI

UMUT VAROL¹, ZEKİ SÜRMELİ¹, PINAR GÜRSOY¹, BURCU ÇAKAR¹, UĞUR MUSLU¹, ASLI KISIM², EMİR BOZKURT², HARİKA ATMACA², CANFEZA SEZGİN¹, BÜLENT KARABULUT¹, RÜÇHAN USLU¹, BURÇAK KARACA¹

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TULAY AKTAŞ, ONKOLOJİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, BORNOVA/İZMİR/TÜRKİYE

² CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, FEN EDEBİYAT FAKÜLTESİ, BİYOLOJİ BÖLÜMÜ, MURADIYE/MANİSA/TÜRKİYE

Amaç:

Dosetaksel (DOC) içeren rejimlerin prostat kanserli hastalarda sağ kalımı uzattığı kanıtlanırsa da, direnç gelişen prostat kanseri hastalarında etkili bir ikincil kemoterapi rejimi yoktur. Bu nedenle DOC'un etkinliğini arttıracak yeni kemoterapotik ajanlar araştırılmaktadır. Zoledronik asit (ZA), çeşitli kanser hücrelerinde etkinliği kanıtlanmış güçlü bir bifosfonattır. Bu çalışmada DOC dirençli insan prostat kanseri hücre hatlarında (PC-3 ve DU-145), ZA ön muamelesiyle DOC'un sitotoksik ve apoptotik etkilerinin artırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Prostat kanseri hücreleri 36 saat süreyle ZA'nın değişen konsantrasyonlarıyla daha sonra, aynı hücreler 36 saat süresince değişen DOC konsantrasyonlarıyla muamele edildi. Canlılık ölçümü 72. saatin sonunda XTT Cell Proliferation Kit (Roche) kullanılarak gerçekleştirildi. Apoptozisin gösterilmesinde Cell

Death Detection Elisa Plus Kit (Roche) ve Caspase-Glo 3/7 (Invitrogen) testleri kullanıldı.

Bulgular:

Prostat kanseri hücre hatlarının her ikisinde 20 µM ZA ile ön muamele sonrası 10 µM DOC ilavesi DOC'un tekli kullanımına kıyasla sitotoksistide artışa yol açtı. Ayrıca DOC ile tetiklenen apoptozisin ZA ön muamelesiyle arttığı ve bu artışın kaspaz 3/7 enzim aktivitesi üzerinden olduğu gösterildi.

Sonuç:

Klinikte tedavisi hala tartışılmakta olan ilaç dirençli prostat kanseri için ZA/DOC ardışık kombinasyonunun önemli bir seçenek oluşturabileceği düşünülmektedir.

EP-348

TESTİKÜLER MATÜR TERATOM ZEMİNİNDE GELİŞEN KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOM OLGU SUNUMU

ESMA TÜRKMEN¹, BÜLENT ERDOĞAN¹, SERNAZ UZUNOĞLU¹, NİLÜFER KILIÇ², UFUK USTA³, ALAATTİN ÖZEN², OSMAN TEMİZÖZ⁴, İRFAN ÇİÇİN¹

¹ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI MEDİKAL ONKOLOJİ

² TRAKYA ÜNİVERSİTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİMDALI

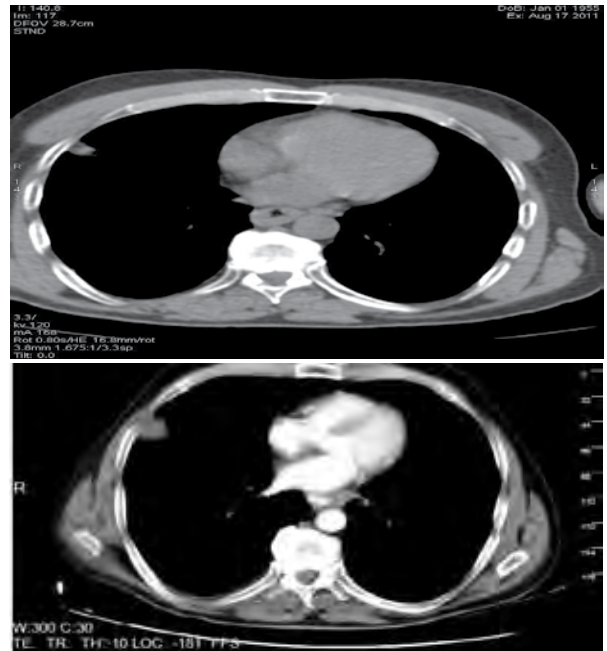
³ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ ANABİLİMDALI

⁴ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİMDALI

Amaç:

Testis nöroendokrin tümörler oldukça nadir görülür. Genelde low-grade (iyi diferansiyasyon) veya intermediate-grade (az diferansiyasyon) tümörlerdir. Hemen hepsi teratom komponenti ile ilişkilidir. Bizim bilgilerimize göre literatürde testiküler teratom orjinli küçük hücreli karsinom (KHK) olgusu yoktur. Bildirimizde testiküler teratomdan kaynaklanan metastatik KHK vakası deneyimini sunduk.

Bulgular:



54 yaşında erkek, sol testiste ağrısız kitle nedeniyle dış merkezde yapılan radikal orşiektomi sonrası mikst germ hücreli tümör

(matür teratom ve embriyonal karsinom) tanısıyla kliniğimize refere edilmiş. Hastanın tüm laboratuvar testleri normaldi (HCG 0.1ng/ml, AFP 4ng/ml, LDH 79IU/ml). Bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde akciğerde en büyüğü 6cm multiple nodüller, batında en büyüğü 1.5cm paraaortik lenfadenopati mevcuttu. Hastanın yaşının germ hücreli tümörler için nispeten ileri ve tümör belirteçlerinin normal olması nedeniyle patolojik değerlendirmesi hastanemizde tekrarlandı. Hastada teratom orjinli küçük hücreli karsinom saptandı. Tanı başka bir merkezde de doğrulandı. Hastaya germ hücre protokolüne uygun 4 kür BEP ve sonrası küçük hücreli protokolüne uygun 2 kür EP tedavisi verildi. Altı kür kemoterapi sonrası paraaortik lenfadenopati görüntülenmedi. Akciğerde en büyüğü 2cm olan üç lezyon görüntülendi. Üç ay sonraki PET/CT'de torakstaki lezyonlarda FDG tutulumu gözlenmedi. Germ hücreli tümör yaklaşımına uygun olarak teratom ve mikroskopik rezidüel hastalığa yönelik metastazektomi önerildi; ancak hasta cerrahiyi kabul etmedi. Takiplerinde 6. ayda halen progresyon yoktu.

Sonuç:

Abbosh ve arkadaşlarının teratom zemininde gelişmiş testiküler karsinoid tümörlü 4 hastada yaptığı çalışmada hastaların hepsinde karsinoid tümörde izokromozom 12p saptanmıştır. Böylece onlar teratom zemininde ortaya çıkan testiküler karsinoid tümörlerin germ hücre orjinli olduğunu göstermiştir. Literatürde benzer bir vakaya rastlamamıza rağmen bu veri bize vakamızın germ hücre orjinli extrapulmoner KHK olabileceğini düşündürdü. Extrapulmoner KHK'ın davranışlarının kaynaklandığı organa göre pulmoner KHK'lardan farklı olabileceğine dair veriler bizi klasik KHK tedavisinden ziyade germ hücreli tümör gibi tedavi etmeye yönlendirdi. Akciğer metastazlarına yönelik cerrahi yapamamış olmamıza rağmen tedavimizin etkinliğinin germ hücreli tümörlere benzer olması testis KHK'ların seyir ve tedavisinin germ hücreli tümörler gibi yapılabileceği fikrini oluşturdu.

EP-349

İNVAZİV MESANE KANSERİNDE EŞ ZAMANLI KEMORADYOTERAPİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

UMUT DEMİRCİ¹, ÖMER DİZDAR², F. AYSUN ERASLAN³, DİDEM ŞENER DEDE¹, NURGÜL KIZILIRMAK³, M. FAİK ÇETİNDAG³, BÜLENT YALÇIN¹

¹ ATATÜRK EAH, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ

² BAŞKENT ÜTF, MEDİKAL ONKOLOJİ BD

³ ATATÜRK EAH, RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ

Amaç:

Yaşlı, komorbid hastalığı olan veya rezeke edilemeyen invaziv mesane kanserli hastalarda tedavi tartışmalıdır.

Gereç ve Yöntem:

Atatürk EAH'de 2008-2011 yılları arasında tanı almış mesanenin yüksek gradlı transizyonel hücreli veya yassı hücreli karsinomlu 12 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Tamamı erkek 12 hastanın ortalama yaşları 60 idi. Dokuz hastada performans skoru (PS) bir, 2 hastada PS 2 iken 1 hastanın PS 3 idi. İki hastada evre 2, 6 hastada evre 3, 4 hastada evre 4

(lenf nodu +) hastalık mevcuttu. Beş hastaya TUR sonrası BCG uygulanırken, iki hastaya KRT öncesi sisplatin-gemcitabin kemoterapisi uygulandı. Altı hasta (%50) medikal inoperabl, 2 hasta (%16.7) unrezektabl iken 4 hasta (%33.3) operasyonu kabul etmedi. Altı hafta süre ile RT eş zamanlı olarak 9 hastaya gemcitabin (100mg/hafta), 3 hastaya sisplatin (35mg/m²/hafta) uygulandı. Ortanca RT dozu 63 Gy (aralık 63-65 Gy) idi. Tüm grupta ortalama PFS 22 ay (aralık 10.94-33.07) olup ortalama OS'ye ulaşılammıştır. Gemcitabin veya sisplatin eş zamanlı RT ile PFS'de anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.49). Üç hastaya salvage cerrahi uygulanırken, üç hastaya nüks-progresif hastalıkta kemoterapi uygulandı. Performans skoru, yaş, önceki BCG uygulaması, lenf nodu tutulumu, salvage cerrahi ve kemoterapi çoklu değişkenli analizde PFS'de anlamlı bulunmadı. En sık grad 1/2 toksisiteler; sistit (n= 7), emesis (n=4), tenezm (3), trombositopeni (n=2) iken sadece bir hastada grad 3 sistit izlendi.

Sonuç:

İnvaziv mesane kanserinde cerrahi için uygun olmayan veya cerrahiyi kabul etmeyen hasta grubunda gemcitabin eş zamanlı RT düşük toksisite profili ile sisplatin için uygun olmayan hasta grubunda sisplatin eş zamanlı RT kadar etkindir.

EP-350

METASTATİK BÖBREK HÜCRELİ KANSERDE SUNİTİNİB TEDAVİSİNİN ETKİNLİK VE YAN ETKİ PROFİLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MUHAMMED KOÇAR, FAYSAL DANE, FULDEN YUMUK, FERHAT TELLİ, SELÇUK SEBER, METİN KANİTEZ, SERDAR TURHAL

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç:

Metastatik böbrek hücreli karsinom birinci basamak tedavisinde sunitinibin etkinliği randomize klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada amacımız Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji tarafından metastatik böbrek hücreli karsinom tanısı ile sunitinib uygulanan ve verilerine ulaşılan hastalarda tedavinin etkinliği ve yan etkilerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Sunitinib tedavisi uygulanan metastatik böbrek hücreli hastalar tedavi yanıtı, toksisite ve genel sağkalım açısından incelendi. Hastalar sunitinib tedavisine hastalık progresyonu veya tedavi ile düzeltilemeyen toksisiteye kadar devam etti. Tedavi yanıtı RECIST'e göre belirlendi, toksisiteler ise CTC'ye göre derecelendirildi.

Bulgular:

Medyan yaşı 59 (44-77) olan 15'i erkek, 5'i kadın toplam 20 hasta değerlendirildi. Hastaların % 85'i berrak hücreli histolojiye sahipti ve % 80'ine daha önce nefrektomi uygulanmıştı. Sunitinib 5 hastaya 1.basamak, 13 hastaya 2.basamak ve 2 hastaya 3.basamak tedavide verilmişti. Yedi hastaya 50 mg/gün 4 hafta tedavi 2 hafta ara, 13 hastaya 37.5 mg/gün sürekli tedavi şeması uygulandı. Tedaviye yanıt değerlendirildiğinde 9 hastada (%45) stabil hastalık, 4 hastada (%20) kısmi yanıt saptandı. Medyan hastalıksız sağkalım 7.2 ay, genel sağkalım

ise 10.4 ay idi. Hastaların 3'ünde (%15) tedavi gerektiren hipotiroidi görüldü. Tedavi ile ilişkili yan etkiler tablo-1'de görülmektedir. Tedavi ilişkili yan etkiler nedeniyle % 30 hastada doz azaltımı yapıldı, % 10 hastada ise tedaviye ara verildi. Her iki tedavi şeması arasında etkinlik ve yan etki açısından fark saptanmadı.

Tablo-1. Sunitinib ilişkili yan etkiler

Yan etki	Grade 1-2 (%)	Grade 3-4 (%)
Bulantı	45	5
İshal	30	15
Mukozit	50	5
El ayak sendromu	5	-
Hipertansiyon	15	5
Halsizlik	55	25
Nötropeni	5	-
Anemi	15	-
Trombositopeni	10	-

Sonuç:

Hastalarımızda literatür ile uyumlu etkinlik profili saptanmakla beraber halsizlik ve tedavi gerektiren hipotiroidi sıklığı daha fazla idi. Daha önce çeşitli çalışmalarda da gösterildiği gibi sunitinib uygulama şemaları (50 mg/gün 4 hafta tedavi 2 hafta ara ve 37.5 mg/gün sürekli) arasında etkinlik ve yan etki açısından anlamlı fark bulunmadı. Biz çalışma sonuçlarımız ve klinik gözlemlerimiz neticesinde tedavi uyumunun daha iyi ve doz değişikliğinin kolay olması nedeniyle sıklıkla 37.5 mg/gün sürekli şeklindeki tedavi şemasını tercih etmekteyiz.

EP-351

HEREDİTER RENAL NEOPLAZİYİ DÜŞÜNDÜREN GASTRİK LEİOMYOM VE RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

LEVENT EMİRZEOĞLU, ALPASLAN ÖZGÜN, TOLGA TUNCEL, BÜLENT KARAGÖZ, OĞUZ BİLGİ, EMİN GÖKHAN KANDEMİR

GATA HAYADARPAŞA TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Hereditör leiomyomatozis renal hücreli karsinom (HLRHK), familyal renal neoplazilerden biridir. HLRHK da uterin leiomyom, deri leiomyomu, meme kanseri ve mesane kanseri görülebilmektedir. Olgumuz; gastrik leiomyomu, renal hücreli karsinomu, deri nodülü ve uterin leiomyomu olan bir olgudur.

Gereç ve Yöntem:

64 yaşında bayan hasta. Daha önce uterin leiomyom nedeniyle opere edilmiş ve sağ alt ekstremitede iki adet nodülü mevcut. Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle başvurdu. Endoskopik incelemede mide kardiasında ülser polipoid lezyon tespit edildi. Tüm batin tomografisinde sol böbrek alt polde 36x47 mm lobule kontürlü kitle ve mide kardiasında 33x45 mm polipoid lezyon izlendi.

Bulgular:

Sol parsiyel nefrektomi uygulandı. Patolojik incelemesinde renal hücreli karsinom berrak hücreli tip saptandı. Mideden

kitle eksizyonu yapıldı. Patolojik incelemesinde leiomyom saptandı. immünohistokimya incelemede desmin(+), SMA(+), CD34(-), S100(-) ve c-kit(-) bulundu. PDGFR ve C-kit gen mutasyonu saptanmadı. Fumarat hidrataz gen defekti için araştırma başlatıldı.

Sonuç:

HLRHK otozomal dominant bir hastalık olup, böbrek kanseri tip 2 papiller varyanttır. Fumarat hidrataz gen defekti tanı için önemlidir. Literatür taramasında renal hücreli kanser ve gastrik leiomyom birlikteliğine rastlamadık. Uterin leiomyom, cilt nodülleri, gastrik leiomyom ve renal hücreli kanser birlikteliği nedeniyle olgumuzda genetik bir özelliğin olabileceğini düşünerek incelemeye başladık ve vaka olarak sunduk.

EP-352

MESANE KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOMU

MUHAMMET ÖZBİLEN¹, DEVRİM ÇABUK², ÖZLEM ÖZKUL¹, SÜLEYMAN TEMİZ², ÖZGÜR AÇIKGÖZ², SİNAN KARABEY³, KAZIM UYGUN², KÜRŞAT YILDIZ⁴

¹KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ABD

²KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

³KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD

⁴KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PATOLOJİ ABD

Amaç:

Mesanenin küçük hücreli karsinomu (KHK) nadir görülen ve agresif seyreden az diferansiye bir nöroendokrin tümördür. Küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) ile benzer klinik özellikler göstermektedir. Ekstrapulmoner KHK'ler arasında 3. sırada olmasına rağmen mesane tümörlerinin ancak %1'ini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar mesanenin KHK'u ile ürotelyal kanserin aynı klonal popülasyondan kaynaklandığını göstermiştir. Mesane kaynaklı küçük hücreli tümörlerin tedavisine ve yaklaşımına yönelik randomize klinik çalışmalar bulunmamaktadır. Lokalize hastalık dahil düşük prognoza sahip olan bu tümör için günümüzde KHAK gibi kemoterapi (KT) ve lokal tedavilerin (sistektomi veya radyoterapi) uygulanması ile uzun dönem sağkalım sağlanabileceği bildirilmiştir. Olgumuz hematüri yakınmasıyla başvurmuş, KT ve radyoterapi (RT) ile uzak organ metastazı olmadan yaklaşık olarak 3 yıl izlenmiştir.

Olgu:

Altmışüç yaşında bayan hasta 3 yıl önce Ekim 2008'de kanlı idrar yakınmasıyla bir dış merkeze başvurmuş, yapılan görüntülemelerde mesane ön duvarında ekzofitik kitle ve iliak lenfadenopati (LAP) tespit edilmiş. Trans üretral rezeksiyon ve LAP eksizyonu ile mesanenin küçük hücreli karsinomu tanısı konmuş. Onkoloji kliniğine başvuran hastada uzak organ metastazı tespit edilmemiş, 4 kür etoposid ve sisplatin kemoterapisi verilmiş. KT'nin ardından mesane ile LAP lojuna yönelik radikal RT uygulanmış. Sistoskopi ve tomografi ile takip edilen hastada metastaz görülmemiş, yaklaşık 3 yıl hastalık kontrol altında takip edilmiştir. Ekim 2011'de sistoskopik

biyopsi ile lokal nüks tespit edilmiş, yeniden etoposid ve sisplatin rejimi başlanmıştır. Hasta uzak organ yayılımı olmadan lokalize hastalıkla kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç:

Olgumuzda agresif seyreden ve seyrek görülen bu hastalıkta KT ve RT ile tam remisyon sağlanmış, hastalık 3 yıla yakın kontrol altında tutulmuştur. Kötü prognoza sahip olsa da mesane KHK'de multimodalite tedaviler ile uzun dönem kontrol sağlanabilmekte olup multidisipliner yaklaşımlar önem taşımaktadır.

EP-353

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE BAŞVURAN OPERE TESTİS TÜMÖRLÜ HASTADA EŞZAMANLI HEMODİALİZ İLE VERİLEN BEP KEMOTERAPİSİ: OLGU SUNUMU

İLHAN HACİBEKİROĞLU, DİLŞEN ÇOLAK, BERKANT SÖNMEZ, SEMİHA URVAY, G. İNANÇ İMAMOĞLU, UĞUR ERSOY, NAZİYET KÖSE, MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ / TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Akut böbrek yetmezliği (ABY) kanserli hastalarda birçok nedene bağlı gelişen bir komplikasyon olup, artmış mortalite ve morbidite riski ile birliktedir. Burada ABY ile gelen, kemoterapisi (KT) eşzamanlı hemodializle verilen opere testis tümörlü hastamızı sunuyoruz.

Bulgular:

OLGU: 40 yaşında, Erkek hastanın, 1 yıldır süren sol testiküler şişlik şikayetleri nedeniyle istenen scrotal USG'de sol testisin tamamını kaplayan kitle saptandı. Üroloji ünitesinde sol orşiektomi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu miks germ hücreli tümör (%60 endodermal sinüs tümörü+%40 seminom) olarak geldi. Batın BT'de multipl paraaortik lenfadenopati (LAP), heriki böbrekte multipl solid lezyonlar ve sağ renal vende hipodens alan (trombus?) saptandı. Toraks BT'de heriki akciğerde multipl metastatik kitle, mediastinal multipl LAP saptandı. Hasta TNM sınıflamasına göre Evre IIIC miks germinal testis tümörü kabul edildi. GFR değeri 9,4ml/dk hesaplanan, oligoanürik seyreden hastaya BEP protokolü planlandı. Hasta Kemoterapi(KT) süresince dializ programına alındı. Dializabilitesi göz önüne alınarak etoposid ve bleomisin dozu %50 azaltıldı. Cis-Platin tam doz verildi. KT tamamlanması sonrasında dializ programından çıkarılarak izlenen hastada, renal fonksiyonlar tamamen düzeldi. Hasta 2. ve 3. kür BEP tedavilerini doz kısıtlamasız olarak aldı.

Sonuç:

Testis tümörleri ileri evrelerde bile kür şansı taşıyan özel bir solid tümör grubudur. Hastamızda muhtemel renal metastazlar ve testis tümörlerinin KT'ye iyi yanıtı gözetilerek potansiyel nefrotoksik KT eşzamanlı hemodializle verildi. Vakamız doğru tedavi basmakları ve uygun zamanlama ile, ileri evrelerde bile testis tümörlerinde yüz güldürücü sonuçlar elde etmenin mümkün olduğunu vurgulamak açısından dikkate değer bulunmuştur.

EP-354

PROSTAT KANSERLERİNİN PRİMER TEDAVİSİNDE ROBOTİK RADYOCERRAHİ: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DENEYİMİ

PERVİN HÜRMÜZ, FADIL AKYOL, GÖKHAN ÖZYİĞİT, MELİS GÜLTEKİN, TOLGA ŞANLI, MUSTAFA CENGİZ, FERAH YILDIZ, FARUK ZORLU, MURAT GÜRKAYNAK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ AD

Amaç:

Lokalize prostat kanseri tanısı ile robotik radyocerrahi uyguladığımız prostat adenokanserli olgulardaki tedavi sonuçları ve hayat kalitesi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2007 ve Eylül 2011 tarihleri arasında 44 hastaya robotik radyocerrahi CyberKnife (Accuray Inc, Sunnyvale, CA) cihazı ile uygulandı. Tedavi için başvuran olgular risk faktörlerine göre düşük ve orta-yüksek riskli olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalara günlük lokalizasyon amacıyla altın fidusiyel (ortanca 4 adet) belirteçler yerleştirildi. Hastalara 5 fraksiyonda toplam 36.5 Gy uygulandı.

Bulgular:

T evresi olguların 11'inde T1c, 29'unda T2a, 2'sinde T2b ve 2'sinde T2c idi. Gleason skoru ise olguların 2'sinde 3+2, 28'inde 3+3, 8'inde 3+4, 5'inde 4+3 ve 1'inde 4+5 idi. Yirmialtı hasta düşük riskli ve 18 hasta orta-yüksek riskli gruptaydı. Ortanca yaşı 71 (56-80 yaş) olan olguların tanı anındaki PSA düzeyi ortancası 7.9 ng/ml'dir (2.4-49 ng/ml). Yirmibir hastaya neoadjuvan total androjen blokajı uygulandı. Homojenite ve konformalite indekslerinin ortanca değerleri sırası ile 1.25 ve 1.62'dir. Medyan izlem süresi 12 aydır (0-38 ay). Birinci yıl kontrolünde bakılan PSA düzeyi medyan 0.46 ng/ml'dir (0-2.49 ng/ml) olup %97 olguda PSA düzeyi ≤3 ng/ml olarak bulundu. Hastalar tedaviyi iyi tolere ettiler. Sadece 2 olguda grad 3 emezis görüldü. Bir olguda tedavi sonrası 18. ayda PSA relapsı görüldü, 1 olgu hastalık dışı nedenle 8. ayda kaybedildi. Hastaların üriner, bağırsak, cinsel ve hormonal fonksiyonları "Genişletilmiş prostat kanseri kompozit endeksi"ne göre tedavi öncesi ve sonrası kontrollerde değerlendirildi. Ortanca tedavi öncesi değerler sırasıyla 90, 98, 31 ve 95, son kontroldeki değerler ise sırasıyla 90, 100, 11 ve 92 olarak saptanmıştır.

Sonuç:

Lokalize prostat kanseri tanılı olguların primer tedavisinde robotik radyocerrahi uygun bir tedavi yöntemi olup iyi tolere edilmiştir.

EP-355

ALLOJENEİK KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI UZAMIŞ NÖTROPENİ VE FUSARIUM İNFEKSİYONU

NURİ KARADURMUŞ¹, GÖKHAN ERDEM¹, SELMİN ATAERĞİN¹, RAMAZAN GÜMRAL², GÜRKAN MERT³, FİKRET ARPACI¹

¹ *TIBBİ ONKOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA*

² *TIBBİ MİKROBİYOLOJİ BD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA*

³ *İNFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ AD, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ETLİK, ANKARA*

Amaç:

Fusarium filamantöz bir fungal ajandır. Fusariosis, immün süpresif, hastalarda aşikar hale geçebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

22 yaşında erkek hastaya ateş ve halsizlik yakınmaları nedeniyle yapılan incelemeler sonucunda T hücreli ALL tanısı konularak metotrexat ve Ara-C ile indüksiyon tedavisi uygulandı. İdame tedavisi sırasında nüks eden vakaya hyper-CVAD tedavisi verildi. Takibinde 2 HLA antijeni uyumsuz olan erkek kardeşinden allojeneik kök hücre nakli (AKHN) yapıldı. HLA uyumsuzluğu nedeniyle, gelişebilecek graft yetersizliğine karşı, hastadan otolog back-up kök hücre ürünü çekildi (0.32×10^6 /kg). Donörden CD34+ seleksiyonu ve T hücre deplesyonu yapılarak 4.6×10^6 /kg miktarında kök hücre ile nakil yapıldı. Nakil esnasında immünsüpresif, antibiyotik tedavileri ve, filgrastim usulüne uygun olarak verildi. AKHN'den +12. gün sonra yükselmiş olan kan değerleri hızla gerileyerek graft rejeksiyonu oluştu. Dört hafta sonra engraftmanı hala gerçekleşmeyen hastaya aynı donöründen CD34+ seleksiyonla ikinci kez nakil yapıldı (5.02×10^6 /kg). İkinci nakilden sonraki +4. günden itibaren de grad 4 pansitopeni durumu devam etti. Hasta uzun nötropeni dönemleri sırasında çoklu antibiyotik (meropenem, teikoplanin, kaspofungin, asiklovir) ve ayrıca immünsüpresif olarak siklosporin tedavisi almaktayken +33. gününde ateşle birlikte beliren sağ el ayasında ortasında hedef lezyon görüntüsü olan etrafı hiperemik 2 cm çaplı lezyon saptandı (ağrılı, kaşıntısız) (Şekil-1a). Kan, idrar kültürleri alınarak, ampirik oral vorikanazol eklendi. Kan kültüründe Fusarium saptanan hastanın cilt örneği kültürü ve mikroskopik incelemesi ile Fusarium etmeni demonstre edildi (Şekil-2a, 2b). Cilt bulguları tüm vücudunda yaygın hale gelen (Şekil-1b,1c) hastaya lipozomal amfoterisin-B (5mg/kg) ve vorikanazol (400 mg/gün) tedavisi kombine edildi. Tedavinin başlanması ile birlikte hastanın ateşi ve cilt bulguları geriledi. Engraftman süreci henüz tamamlanmayan hastanın tedavisi halen sürmektedir.

Bulgular:

Fusariosisli hastalarda lipozomal amfoterisin-B ve vorikanazol ile G-CSF desteği seçkin tedavidir.

Sonuç:

Fusariosis, organ/doku nakli yapılmış veya immunsüpresif hastalarda cilt ve gözde silik bulgular ile başlayıp, progresyon

sonucu %60-70 mortaliteye sahip, erken tanı ve tedavi gerektiren invazif bir fungal infeksiyondur. Uzun süreli nötropeni hastalarda değişik vücut materyallerinin kültürü alınmalı ve etkin tedavi zaman geçirilmeden başlanmalıdır.

EP-356**ERKEK MEME KANSERLİ OLGUNUN SEMPTOM YÖNETİMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNEMİ**

REFİKA ÇOLAK COŞKUN

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ

Amaç:

54 yaşında erkek hasta. 2003 yılında sol göğsünde ağrı şikayetiyle başvurduğu sağlık kurumunda yapılan tetkikler sonrasında meme kanseri olduğu öğrenilerek, opere edildi, kemoterapi (KT) Epirubicin, Flourasil, Siklofosfamid 5 kür ve radyoterapi (RT) tedavisi gördü. 2005 yılında yapılan kontrollerinde akciğerlerinde metastaz saptanan hastaya KT(paklitaksel) başlandı, hastada gelişen hipersensitivite reaksiyonu nedeniyle tedavi Gemcitabine ve Vinorelbine olarak değiştirildi, hastanın kollarında vaskülitte bağlı lezyonların oluşmasıyla tedaviye oral kemoterapi ilacı Letrozole ile devam edildi. 2006 yılında progresse olan hastanın kemoterapisi Sisplatin ve Etoposid şeklinde 6 kür uygulandı. 2007 yılında akciğerde progresyon olunca Epirubicin, Flourasil, Siklofosfamid 6 kür uygulandı ve progresyon artınca hastaya alternatif olarak Capecitabine önerildi. 2010 yılına kadar stabil seyreden hastalıkta akciğerde progresyon olunca Siklofosfamid, Flourasil, Metotrexate kemoterapi protokolü başlandı, hastanın tedavisi halen aynı kemoterapi kürüyle devam etmektedir. Hasta bu dönemde yaşadığı en önemli sorunlar; yorgunluk, mukozit, nötropeni, beden imajında bozulma, bulantı-kusma, el-ayak sendromu'dur. Yorgunluğa yönelik hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda aktivitelerini yapması, hafif egzersizler tercih etmesi, proteinden zengin beslenmesi; mukozite yönelik; uygun ağız bakımı, hangi besinleri tüketmemesi gerektiği, bol sıvı alması, uygun diş fırçası kullanımı; nötropeniye yönelik; enfeksiyonla ilgili belirtileri bilerek bunlardan korunmak için uygun önlemler alması konusunda bilgilendirme yapıldı. Beden imajında bozulmaya yönelik, duygularını ifade etmesi, psikologla görüşmesi sağlandı, bere kullanımı konusunda yönlendirildi, bulantı-kusma ya neden olan durumlar belirlendi, bulantıya neden olabilecek gıdaları tüketmemesi gerektiği, antiemetik ilaçları düzenli kullanımı; el ayak sendromu ile ilgili; güneşe maruz kalmaması, bol giysiler giymesi, sıcak ortamdan kaçınması, cilde baskı yapacak işlemlerden kaçınması, el ve ayakları açıkta bırakması gerektiği konusunda bilgilendirme hasta ve yakınına yapıldı. Hemşire bu dönemde kemoterapötik ilaç nedeniyle damar yolu girişi bulunamayan hastayı hekimle işbirliği içerisinde girerek venözport katater takılması konusunda yönlendirmiş, hastanın yaşadığı semptomları en başarılı şekilde yöneterek hastaya ve yakınına destek veren en önemli birey olmuştur.

EP-357

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA DEPRESYON ANALİZİ:TEK MERKEZ DENEYİMİ

HACER SEN ER¹, ŞERİFE PEKER¹, SEVİLAY YILDIZ¹, ÖMÜR CANKURT², KENAN KOCATÜRK², BALA BAŞAK ÖVEN USTAALIOĞLU³

¹ YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ KEMOTERAPİ ÜNİTESİ

² YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

³ YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:

Tüm dünyada kanser, ölüme sebep olan hastalıkların başında yer almaktadır. Kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar sıklıkla görülmektedir. Depresyon en sık görülen psikiyatrik sorundur. Bu psikiyatrik sorunların erken tanı ve tedavisi, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracaktır. Biz burada, kemoterapi alan hastalarımızda depresyon varlığı ve psikiyatrik destek gereksinimini değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda, tıbbi onkoloji ünitesi kurulduktan sonra, 2011 kasım ile 2012 ocak tarihleri arasında kemoterapi ünitemizde ayaktan tedavi almak için gelen 69 hastayı değerlendirdik. Hastaların depresyon varlığını ve düzeyini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullandık. Hastaların kişisel ve klinik özellikleri hasta dosyalarından elde edildikten sonra bu özelliklerin psikiyatrik destek gereksinimi arasındaki ilişkilerini ki-kare testi ile değerlendirdik.

Bulgular:

Tablo 2: Psikiyatrik tedavi gereksinimi ile hasta özelliklerini

Özellikler	gerekli (%)	gerekli değil (%)	p
Yaş			
0-10	10 (32.2)	14 (42.1)	0.4
11-20	21 (47.8)	22 (57.9)	
Yaş			
0-10	3 (9.4)	2 (5.2)	0.4
11-20	25 (90.4)	34 (94.8)	
Yaş			
0-10	24 (83.8)	31 (79.4)	0.9
11-20	3 (9.4)	5 (12.8)	
21-30	1 (3.3)	1 (3.8)	
31-40	1 (3.3)	1 (3.8)	
Yaş			
0-10	10 (32.2)	14 (42.1)	0.3
11-20	14 (51.4)	19 (50)	
21-30	3 (9.4)	3 (7.9)	
31-40	2 (4.4)	0 (0)	
Ek hastalık			
Var	11 (35.4)	15 (39.4)	0.8
Yok	20 (44.4)	23 (60.4)	
Yaş			
0-10	11 (35.4)	14 (34.8)	0.9
11-20	20 (44.4)	24 (63.2)	
Yaş			
I	1 (3.3)	0 (0)	0.01
II	4 (20)	13 (34.2)	
III	4 (13.3)	14 (34.8)	
IV	19 (43.4)	11 (30)	
Metastaz			
Var	18 (58)	11 (28.9)	0.01
Yok	13 (42)	27 (71.1)	
Kemoterapi			
Var	11 (34.8)	27 (71.1)	0.01
Yok	14 (44.4)	10 (24.3)	
1. evre	5 (14.4)	1 (2.4)	
2. evre	1 (3.3)	1 (3.8)	
Yaş			
0-10	17 (54.4)	24 (63.2)	0.4
11-20	13 (43.4)	12 (31.4)	
Yaş			
0-10	11 (34.4)	14 (34.8)	0.9
11-20	19 (43.4)	24 (63.2)	

Tablo 1: Hasta özellikleri

Hasta özellikleri	Sayı	%
Yaş		
0-10	24	37.7
11-20	45	62.3
Yaş		
0-10	3	7.2
11-20	44	92.8
Yaş		
0-10	2	2.9
11-20	17	82.4
21-30	5	11.4
31-40	3	2.9
Yaş		
0-10	35	50.7
11-20	24	37.7
21-30	4	5.7
31-40	2	2.9
Ek hastalık		
Var	24	37.7
Yok	45	62.3
Yaş		
0-10	25	34.2
11-20	44	63.8
Yaş		
0-10	29	42
11-20	40	58
Yaş		
0-10	22	30.9
11-20	17	22.1
21-30	7	10.2
31-40	3	4.3
41-50	2	2.9
51-60	2	2.9
Ek hastalık		
Var	12	44.1
Yok	9	34.4
1. evre	2	7.4
2. evre	3	12.7

3 ay içinde kemoterapi ünitemizde tedavi alan 69 hastanın, yaş ortalaması 56.5±11.4 olup, hastaların 92.8%'i 40 yaşının üzerindeydi. Hastalarımızın 62.3%'ü erkek olup, çoğunluğu emekli veya ev hanımı idi. BDÖ'e göre ortalama depresyon puanı 11.2±8.3 olarak bulundu. Depresyon sınıflaması sırasıyla; 2.9%(n=2) ciddi, 4.3% (n=3) normal, 17.4 (n=12) orta, 30.4% (n=21) hafif ve 44.9% (n=31) minimal depresyondur. Hastalık evresi, metastaz varlığı ve aldığı kemoterapi şekli, psikiyatrik tedavi gereksinimi ile ilişkili olarak bulundu (p<0.05)

Sonuç:

Kanserli hastalarda depresyonun erken tanısı ve derecelendirmesi ile hastaya uygun psikiyatrik desteğin sağlanması kanser tedavisinin bir parçasıdır. Tanı ve tedavi süresince hastalara psikososyal destek sağlamak kemoterapi ünitesi ve onkoloji çalışanları için bir görev olmalıdır.

EP-358

SON DÖNEM HASTALARDA PALYATİF KEMOTERAPİ

BEREN KÜTÜK, ÖZLEM TOPKAYA, BESİRE VİRDİL, MUZAFFER SEZER

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ TIBBİ ONKOLOJİ DEPARTMANI

Amaç:

Bu çalışmanın amacı 2007-2011 yılları arasında merkezimizde takip edilip ölen kanser hastalarında kanser tipine, yaş ve cinsiyete bağlı olarak son 6 aylarında palyatif kemoterapi uygulama süresi ve sıklığını retrospektif olarak belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007 ile 2011 sonu arasında kemoterapi alan ve merkezimizde ölen metastatik veya ileri evre solid kanserli (bronş,kolorektal, meme, vb.) 262 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

262 hastanın % 28 i kolorektal kanser, % 10 u meme kanseri, % 33,5 u bronş kanseri, % 28,5 u diğer solid kanserlerdi. Ortalama

ölüm yaşı 47, erkek/kadın oranı 145/117 ve %96 hasta evli idi. İleri evre kanser nedeniyle 2007-2011 tarihleri arasında ölen hastaların % 38 i son aylarında %42 si ise son 3 ayında palyatif kemoterapi almıştı.

Sonuç:

Merkezimizde ileri evre kanser nedeniyle ölen hastalarda son 3 aylarında palyatif kemoterapi sıklıkla kullanılmıştır. Kanser tedavisiye cevapsızlığı ölmekte olan hastaların hayatlarının son döneminde palyatif kemoterapi almalarını etkilememekte gibi gözükmektedir.

EP-359

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN, HASTALIK VE TEDAVİLERİNE PSİKOSOSYAL UYUM VE ÖZ BİLDİRİMLERİ

SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN¹, FİGEN BAY², FİRDEVS GÜL²

¹GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

²GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ

Amaç:

Bu araştırma kemoterapi alan hastaların psikososyal uyum ve öz bildirimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın örneklemini, kemoterapi alan hastalar oluşturmaktadır. Hastalardan veriler, sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla anket formu ve psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik hesaplaması kullanılmıştır. Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği ile elde edilen 35'in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyum, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyum ve 51'in üstündeki puanlar ise kötü uyum olarak değerlendirilmektedir.

Bulgular:

Hastaların %66.7' si erkek, %60'ı 50 yaş altında, %66.7'i evli olup, %66.7'isi herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %46.7'isi kolon, %20'isi meme, %13.3'ü akciğer kanseri tanısına sahip, hastalık süreleri; %73.3'ü 1yıl ve daha az, %53.3'ü kemoterapi, %33.3'ü kemoterapi+ cerrahi, %13.3'ü kemoterapi+ radyoterapi almışlardır. Hastalarda en olumsuz etkilenmenin sağlık bakımına oryantasyon, sosyal çevre ve meslek/iş çevresi alanları olduğu saptanmıştır. Hastaların psikososyal uyumunun en yüksek olduğu alan "Geniş aile ilişkisi" olarak bulunmuştur.

Sonuç:

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeylerine bakıldığında, psikososyal uyumlarının orta düzeyde iyi olduğu (=37,27±20,22) belirlenmiştir.

4. TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ

21-25 Mart 2012 • Cornelia Diamond Hotel, Antalya



İNDEKS

İNDEKS

A

A. ATA ÖZÇİMEN 123
ABDULLAH BÜYÜKÇELİK 108, 109, 115, 116, 126, 153, 179, 240
ABDULLAH KARAKUŞ 141
ABDULLAH YALÇIN 272
ABDÜLMECİT CANBOLAT 121
ABDÜLSAMET ERDEN 109, 126, 153, 171, 217, 240
ABDURRAHMAN DOĞMUŞ 186
ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN 110, 141, 214, 279, 280, 281
ADNAN AYDINER 116
AFEY ARPACI 168
A.GÖKÇEN DEMİRAY 147, 165
A. HAKAN KURT 123
AHMET ALACACIOĞLU 244, 247
AHMET ALTUN 111
AHMET BİLİCİ 130, 151, 234
AHMET BÜLENT KARGI 242
AHMET ÇINKI 200
AHMET DEMİRKAZIK 136, 199
AHMET DİRİCAN 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 291, 292, 296, 297
AHMET ERGİN 165
AHMET HİLMİ ÖNEM 115
AHMET KERİM TÜRESİN 177, 282
AHMET KÜÇÜKARDA 117
AHMET MENTEŞE 113
AHMET ÖZET 207
AHMET SAMİ BOŞNAK 184
AHMET SEZER 130, 131, 173
AHMET ŞİYAR EKİNCİ 167, 219, 227, 243, 275, 291
AHMET TANER SÜMBÜL 130, 131, 165, 173, 182, 227
AHMET UĞUR YILMAZ 132, 186, 263
AKİF NURİ DOĞAN 198
AKIN ÖZTÜRK 128, 211, 225, 246, 258, 259, 270, 298
ALAATTİN ÖZEN 298
ALEV TÜRKER 129, 156
ALİ ALKAN 121, 161
ALİ ARICAN 114, 116, 122, 123, 171, 190, 245
ALİ AYBERK BEŞEN 129, 165, 221, 227
ALİ AYHAN 210, 211, 212, 213
ALİ İNAL 110, 141, 214, 279, 280, 281
ALİ MURAT TATLI 105, 152, 182, 184, 195, 228
ALİ SARI 187
ALMİLA KANAT 200
ALPASLAN MAYADAĞLI 241
ALPASLAN ÖZGÜN 142, 203, 287, 300
ALPER ALNAK 238, 254, 257, 258, 267
ALPER ATA 114, 116, 122, 123, 171, 190, 245
ALPER CAN 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 291, 292, 296, 297
ALPER ÖZDİLEK 120
ALPER ÖZGÜR KARACALIOĞLU 205
ALPER SEVİNÇ 104, 134, 184
ALPER TOKER 116
ALPTEKİN ACAR 166, 200
A.NEDRET KOÇ 169
ARBİL AVCI AÇIKALIN 158, 186, 206, 252, 267

ARİFE ULAŞ 141, 147, 153, 201
ARSENAL SEZGİN ALİKANOĞLU 112, 193, 243, 273
ARZU AKŞAHİN 106, 126, 169, 250
ARZU DİDEM YALÇIN 131, 242
ARZU ORTAHİSAR 138
ARZU YAREN 119, 122, 141, 142, 147, 154, 165
A. SELMİN ATAERGİN 223, 246
ASIM ÖREM 113, 273
ASLIHAN GÜVEN MERT 120, 151, 241
ASLI KISIM 258, 298
ATIFET YASEMİN ÖZTOP 174
ATİKE GÖKÇEN DEMİRAY 142
A. UĞUR YILMAZ 213, 237
AYBERK BEŞEN 130, 131, 173, 182
AYÇA İRİBAŞ 109
AYDIN DEMİRAY 147
AYDIN YÜCEL 227
AYHAN AYDIN 156
AYHAN BİLİR 117
AYHAN HİLMİ ÇEKİN 166, 190, 198
AYLA GÖKMEN 192
AYŞE DEMİRCİ 155, 183, 185, 287
AYŞE DURNALI 147, 153, 155, 183, 287
AYŞE GÖK DURNALI 141, 185, 201, 287
AYŞEGÜL İNCE 138
AYŞEGÜL KARGI 131, 165, 242
AYŞEGÜL KÜKÜKÇAKAL 138
AYŞEGÜL ÖZTÜRK 233
AYŞE HURİ ÖZDOĞAN 259
AYŞE KARS 129, 156
AYSEL PEKEL 126
AYSEL TEKELİ 184
AYŞE NUR KELEŞ 281
AYŞE POLAT 116
AYŞE SARI 133
AYSUN UĞUZ 158
AYTEN KAYI CANGİR 199
AYTÜL YÜNTEM 138

B

BAHAR MÜEZZİNOĞLU 184
BAHİDDİN YILMAZ 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275, 282
BALA BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU 130, 303
BANU ATALAR 122
BANU ÇAKIR 188
BANU ERKALMA ŞENATEŞ 109
BANU ÖZTÜRK 145, 150, 164, 217
BARAN ERDİK 274
BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU 234
BAŞAK OYAN 207, 274
BAŞAK ÖZGEN 269
BAŞAK USTAALİOĞLU 151
BEGÜM ÇALIM 200
BEKİR KAPLAN 188
BELKIS NİHAN COŞKUN 120
BERAT ARAL 162
BEREN KÜTÜK 303
BERFU KORUCU 159, 268
BERKANT SÖNMEZ 140, 216, 293, 301

BERKSOY ŞAHİN 144, 159, 179, 192, 204 ,249, 252, 293
BERMET JUNUSHOVA 216
BERNA BOZKURT DUMAN 148, 159, 174, 179, 183, 204, 205, 220, 225, 249, 252, 293
BERNA ÖKSÜZOĞLU 107, 155, 167, 176, 183, 185, 199, 200, 201, 219, 227, 233, 242, 243, 254, 275, 282, 283, 284, 287, 291
BERNA TOTAN ATEŞ 158, 295
BERRİN PAPİLA 235
BERRİN TUNCA 105
BESİRE VİRDİL 303
BESTE M. ATASOY 102
BETÜL ÇELİK 226
BETÜL ERİŞMİŞ 131
BETÜL ÜNAL 194
BİLGE AKTAŞ 220, 261
BİLGİN SAİT 259
BİNGÜR SÖNMEZ 117
BİROL YILDIZ 162, 203
BİRSEL TUTUŞ 208
BİRSEN YÜCEL 108, 143, 147, 172, 188, 191, 193, 224, 232, 236, 275, 277
BUĞRA TUNCER 215
BUKET AKCAN 273
BÜLENT ERDOĞAN 102, 117, 146, 187, 298
BÜLENT KARABULUT 103, 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
BÜLENT KARAGÖZ 142, 203, 287, 300
BÜLENT KURT 246
BÜLENT YALÇIN 113, 136, 299
BÜLENT YAPICI 122
BÜLENT YILDIZ 273
BÜNYAMİN KAPLAN 115
BURAK CİVELEK 189, 194, 253, 286, 297
BURAK DEVECİ 190
BURÇAK EVREN TAŞDOĞAN 159
BURÇAK KARACA 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
BURÇAK YILMAZ 234
BURÇİN BUDAKOĞLU 106, 107, 167, 200, 219, 227, 242, 243, 275, 282, 291
BURÇİN TUNA 181
BURCU BOZTEPE 190
BURCU ÇAKAR 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
BURCU ÇELİK 169
BURCU KIZILARSLANOĞLU 254, 255, 257, 259, 260, 261, 262
BURCU KÜÇÜK BİÇER 188
BURCU ŞAHİN 268
BURCU YAPAR TAŞKÖYLÜ 165
BURHAN FERHANOĞLU 207
BURHAN SAVAŞ 105, 131, 138, 152, 167, 182, 184, 191, 195, 228, 244

C-Ç

ÇAĞATAY ARSLAN 108, 113, 125, 129, 157, 168, 226, 233, 263, 295
ÇAĞATAY BÜYÜKUYSAL 288
ÇAĞDAŞ YAVAŞ 230
ÇAĞLA TARHAN 210, 211, 212, 213

ÇAĞLAYAN GEREDELİ 154, 240, 251
CANAN HASANOĞLU 201
CANFEZA SEZGİN 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
CAN ÖZTÜRK 201
CEMAL KIZILARSLANOĞLU 108
CEM BÖRÜBAN 154, 240, 251
CEMİL BİLİR 127, 175, 192, 251, 276, 288
CEMİLE KARADENİZ 131, 182
CEM KAAAN PARSAK 220, 225
CEM SEZER 111, 112, 190, 193, 194, 222, 273
CENK YEĞİNER 205
ÇETİN ORDU 233
ÇİÇEK FADİLOĞLU 118
ÇİĞDEM AFŞAR 186
ÇİĞDEM ERTEN 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 291, 292, 296
ÇİĞDEM PAPİLA 120, 235
ÇİĞDEM USUL AFŞAR 140, 144, 148, 158, 159, 174, 179, 183, 192, 204, 205, 206, 220, 225, 229, 249, 252, 267, 293, 295
CİHAD HAMİDİ 280
CUMHUR İBRAHİM BAŞSORGUN 182
CÜNEYT BİLGİNER 232
CÜNEYT EBRULİ 175

D

DEMET YILDIZ 230
DENİZ ARSLAN 105, 152, 182, 184, 195, 228, 244
DENİZ EZGİ ÇAKMAK 118
DENİZ SOLGUN ANLAR 227
DENİZ TURAL 103, 109, 112, 115
DENİZ YÜCE 177, 201, 207, 221, 230, 234, 235, 237, 238, 239, 250, 263, 267, 268, 270
DERYA AKBIYIK 201
DERYA ÇOLAK 127
DERYA DURANYILDIZ 250
DERYA GÖKMEN ÖZTUNA 199
DERYA GÜMÜRDÜLÜ 140, 220, 225, 249, 267
DEVİRİM ÇABUK 102, 103, 130, 184, 236, 300
DİCLEHAN KILIÇ 201
DİDEM ŞENER DEDE 125, 299
DİDEM TAŞTEKİN 119, 122, 141, 154, 177, 251
DİDEM TUNALI 160, 194, 276, 296
DİLEK ERDEM 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275, 282
DİLEK MALKOÇ 276
DİLEK YALÇIN 168
DİLŞEN ÇOLAK 105, 106, 140, 152, 170, 215, 216, 219, 248, 250, 252, 253, 284, 289, 293, 301
DİNÇER AYDIN 120, 151, 241
DİNÇER YEĞEN 162
DİNÇ SÜREN 111, 160, 190, 208, 222, 243, 273
DOĞAN KOCA 114, 132, 149, 154
DOĞAN UNCÜ 189, 194, 195, 253, 254, 286, 297
DOĞU CANOĞLU 236
DÖNDÜ TUNA 134
DURİYE ÖZTÜRK 143, 160
DUYGU SEZEN 121

E

EBRU ATASEVER AKKAŞ 143, 147, 172, 188, 191, 193, 224,

232, 236, 275, 277
EBRU GAZEZOĞLU 166
EBRU SERİNSÖZ 116
ECE ULUKAL 167
EDA PARLAK 143, 160, 168, 171, 190, 198
EDA YİRMİBEŞOĞLU 103, 236
EGELİ ÜNSAL 105
ELA DELİKGÖZ SOYKUT 162
ELÇİN BALCI 176
ELİF BİLGİN 150
ELİF ŞEN 201
ELİF ÜLKER AKYILDIZ 180
ELSHAD HASANOV 260, 261, 267, 269
EMEL GÜRKAN 207
EMEL ÜÇGÜL 170
EMİNE AKYAZICI 285
EMİNE PETEKKAYA 255, 256
EMİN GÖKHAN KANDEMİR 142, 203, 287, 300
EMİN KANSU 129
EMİN KARAMAN 120
EMİR BOZKURT 258, 262, 298
EMİR CHARLES ROACH 159, 221, 222, 255, 269, 270
EMRAH GÜLŞEN 102
EMRE YILDIRIM 120, 241
ENDER KURT 105, 120, 149, 154, 180, 197
ENGİN KUT 155, 196, 224
ENGİN ULUKAYA 120
ENİS ÖZYAR 122
ERCAN BIÇAKÇI 116
ERDAL KARAÖZ 103
ERDAL KURTOĞLU 190
ERDEM ÇUBUKÇU 105, 120, 149, 154, 180, 197, 214, 228
ERDİNÇ NAYIR 114, 171, 190
ERDOĞAN SELÇUK ŞEBER 261
ERHAN GÖKMEN 104
ERKAN ARPACI 141, 147, 153, 205, 272
ERKAN DOĞAN 114, 119, 122, 141, 154
ERKAN GÖKÇE 150
ERSİN TUNCER 108
ERTUĞRUL BAYRAM 186, 266
ERYA DURANYILDIZ 150
ESAT ÇINAR 259
ESAT NAMAL 128, 211, 225, 246, 258, 259, 270, 298
ESER KAYA 115, 153
ESMA TÜRKMEN 102, 117, 146, 187, 298
ESRA KÜÇÜKMORKOÇ 122
ESRA SAĞLAM 116
E. ÜMİT BAĞRIAÇIK 124
EVİN BÜYÜKÜNAL 103, 109, 115
EVREN FİDAN 113, 210, 232, 273
EVREN ÖZDEMİR 129
EVRİM DUMAN 118, 143
EYLEM AKPINAR 201
EYLEM YETİMOĞLU 103

F

FADIL AKYOL 121, 230, 301
FAHRETTİN ÖZ 294
FAİK ALEV DERESÖY 164
FARUK KUTLUTÜRK 164

FARUK TAŞ 150, 250, 284, 290
FARUK ZORLU 121, 280, 301
FATİH ÇİLİNGİR 155, 196, 224
FATİH İNCİ 178
FATİH KÖSE 129, 130, 131, 165, 173, 221, 227
FATİH ÖLMEZ 105, 149, 180, 197, 228
FATİH TEKER 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275, 282
FATMA ALEV TÜRKER 168
FATMA AYDOĞAN 161, 180
FATMA AYKAŞ 250
FATMA MUTLU SARIGÜZEL 169
FATMA NADİDE YORULMAZ 228
FATMA ÖZTÜRK 170
FATMA PAKSOY TÜRKÖZ 106, 141, 147, 153, 155, 183, 185, 263, 264, 265, 266, 287
FATMA ŞEN 110, 116, 123, 150, 161, 180, 202, 250, 284, 290, 294
FATMA UNGAN 133
FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU 113, 157, 168, 226, 233, 295
FAYSAL DANE 102, 112, 220, 261, 299
FAYSAL EKİCİ 110
F. AYSUN ERASLAN 299
FAZİL AYDIN 113, 210, 232, 273
FAZİLET KAYASELÇUK 129, 165, 227
FERAİ YILDIZ 121, 198, 210, 211, 212, 213, 230, 301
FERDAĞ BÖLÜKBAŞ 135
FERHAT EYİLER 175
FERHAT TELLİ 220, 261, 299
FEYYAZ ÖZDEMİR 113, 210, 232, 273
FEYZA ÇİÇEKLİ 188, 282
FİGEN BAY 135, 137, 304
FİGEN DORAN 229
FİKRET ARPACI 124, 126, 128, 162, 163, 170, 203, 205, 207, 301
FİKRİ İÇLİ 113, 136, 199
FİLİZ ÇAY ŞENLER 170
FİLİZ KOÇ 266
FİLİZ TEMEL 201
FIRAT SOYARAT 127, 289, 290
FİRDEVS GÜL 137, 304
F. TUĞBA KÖŞ 189
FUAT DEMİRELLİ 109, 115
FULDEN YUMUK 102, 299
FURKAN SARICI 106, 241, 259, 264, 265, 266, 268

G

GALİP BÜYÜKTURAN 162
GAMZE GEZGEN 159, 221, 222, 255, 269, 270
GAMZE GÖKOZ DOĞU 119, 122, 141, 154
GAMZE GÖKÖZ DOĞU 142, 147, 165
GAYE KARASU 167
G. İNANÇ İMAMOĞLU 105, 215, 216, 219, 248, 252, 253, 289, 301
GÖKÇEN ATILBOZ ALAGÖZ 170
GÖKHAN AYDIN 122
GÖKHAN ÇELENKOĞLU 141, 147, 153, 188, 201
GÖKHAN DEMİR 104, 128, 246
GÖKHAN ERBAĞ 236
GÖKHAN ERDEM 124, 126, 128, 162, 163, 203, 205, 301
GÖKHAN KOCAMAN 199

GÖKHAN ÖZYİĞİT 121, 301
GONCA ALTINIŞIK İNAN 288
GÖNÜL DEMİR PİŞKİN 113, 157, 168, 226, 233, 295
GÖRKEM AKSU 103, 130
GÖRKEM GÜNGÖR 122
GÖZDE YAZICI 121
GÜLALİ AKTAŞ 272
GÜLAY BİLİR DİLEK 233
GÜL BAŞARAN 102
GÜLCAN ÇELİK 138
GÜLÇİN TOPÇU 133
GÜLEN BÜLBÜL DOĞUSOY 270
GÜLER SİLOV YORULMAZ 109
GÜLER YAVAŞ 230
GÜLFİLİZ GÖNLÜŞEN 183
GÜLHAN GÜLER 187
GÜLİN YILDIRIM 201
GÜLİZ ZENGİN 121, 161
GÜLLÜ YURTSEVEN 136
GÜLNİHAN EREN 280
GÜLŞAH ÇEÇENER 105
GÜLŞAH YENİDÜNYA 115
GÜNGÖR UTKAN 113, 199
GÜRHAN SAKMAN 220, 225
GÜRKAN MERT 301
GÜVEN ARSLAN 289, 290
GÜZİN DEMİRAG 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275, 282

H

HACER SEN ER 303
HAFİZE UZUN 120, 235
HAKAN AKBULUT 104, 113, 136, 199, 201
HAKAN AKÇA 147
HAKAN BOZCUK 103, 105, 138, 152, 167, 182, 184, 191, 195, 228, 244
HAKAN ÇAMYAR 262
HAKAN DEMİR 236
HAKAN ŞİVGİN 145, 150, 217
HALE BAŞAK ÇAĞLAR 122
HALİL ATEŞ 127, 289, 290
HALİL KAVGACI 113, 210, 232, 273
HALİT KARACA 217
HALUK ONAT 173
HALUK ŞAVLI 272
HANDAN ONUR 199
HANDE TURNA 103, 104, 106, 109, 112, 115
HANİFE ABAKAY 108, 109
HANİFE DEĞER 133
HANİFE KARAPINAR 133
HARİKA ATMACA 258, 298
HARUN AYSAL 145
HASAN CEM MISIRLIOĞLU 187
HASAN GÜVEN 145, 164
HASAN HÜSEYİN POLAT 131, 242
HASAN KARANLIK 284
HASAN MUTLU 108, 109, 115, 116, 126, 153, 171, 179, 217, 231, 240, 250
HASAN ŞENOL COŞKUN 105, 133, 138, 152, 167, 169, 181, 182, 184, 191, 195, 228, 244
HASAN ÜSTÜN 157, 251

HASAN YARDIM 114
HATİCE TOY 230, 251
HAVVA YEŞİL ÇINKIR 155, 183, 185, 285, 287
HAYRİ ÖZSAN 127, 289, 290
HAZAL DURSUN 200
HEDİYE UĞUR 126, 153, 171, 217, 240
H. İBRAHİM PETEKKAYA 235, 250
HİLAL ACAR 230
HİLAL KOÇDOR 127, 289, 290
HİLMİ ATASEVEN 111
HMET ŞİYAR EKİNCİ 283
HÜLYA ELLİDOKUZ 132, 186
HÜLYA ÖZEL 278
HÜLYA ŞAHİN 200
HÜLYA YAZICI 215
HURİYE BALCI 120, 235
HURİ YEŞİM ŞEVİK 169
HÜSEYİN ABALI 130, 131, 171, 173, 182, 201, 221
HÜSEYİN ENGİN 127, 175, 192, 251, 276, 288
HÜSEYİN MERTSOYLU 129, 130, 165, 173, 182, 227
HUSEYİN OFLAZ 294

I-İ

İBRAHİM AKKURT 119
İBRAHİM ARDA YILMAZ 190
İBRAHİM BARIŞTA 129, 207
İBRAHİM BAŞSORGUN 191
İBRAHİM GÜLLÜ 108, 156, 159, 269, 270
İBRAHİM PETEKKAYA 106, 156, 159, 221, 222, 237, 238, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 267, 268, 269, 270
İBRAHİM TÜRKER 107, 242, 243
İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU 156, 278, 291, 296
İBRAHİM YILDIZ 110, 116, 123, 150, 161, 180, 202, 250, 284, 290, 294
İDRİS YÜCEL 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275, 282
İL HACİBEKİROĞLU 215
İLHAMİ ÇELİK 169
İLHAN HACİBEKİROĞLU 105, 140, 152, 216, 248, 252, 253, 289, 293, 301
İLHAN HACİBEKİROĞLU 219
İLHAN ÖZTOP 127, 132, 149, 181, 289, 290
İLHAN TUNCER 129, 227
İLKAY ARSLAN ÖZKAN 133
İLKAY TUĞBA ÜNEK 113, 132, 157, 168, 226, 233, 295
İLKER ÖKTEN 199
İLKER POLAT 240
İLKNUR KOÇ OLÇAŞ 191
İLKNUR PARLAK 143
İLKNUR TÜRKMEN 270
İNANÇ İMAMOĞLU 152
İ. NECDET ÜSKENT 173
İ. OĞUZ KARA 206, 295
İREM HİCRAN ÖZBUDAK 182
İRFAN ÇİÇİN 102, 117, 146, 187, 298
İRFAN PAPİLA 120
IŞIK ASLAY 109
IŞIL İREM BUDAKOĞLU 200
IŞIL SOMALİ 132, 156, 213, 237, 244, 247, 263, 278, 291, 296, 297

İSKENDER KÖG 201
İSMAİL ÇELİK 104, 121, 161, 177, 201, 207
İSMAİL OĞUZ KARA 159, 204, 220, 225, 249
İSSA MENGE KURİA 269
İ.VEDAT BAYOĞLU 212, 297

K

KAAN AHMET GÜNDÜZ 162
KAAN HELVACI 107, 167, 201, 219, 227, 242, 243, 275, 282, 283, 291
KADİR UÇAR 115
KADRİ ALTUNDAĞ 106, 108, 159, 199, 237, 238, 239, 241, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
KAMURAN TÜRKER 176
KANSU BÜYÜKAFŞAR 123
KAZIM UYGUN 103, 130, 184, 236, 300
K. BAHRİYE PAYZIN 291, 296
KENAN BIÇAKÇI 266
KENAN KOCATÜRK 303
KEREM OKUTUR 128, 220, 231, 285
KERİM ÇAYIR 202, 214
KEZBAN NUR PİLANCI 128, 211, 225, 246, 258, 259, 270, 298
KEZİBAN ÖZCAN 133, 138
KÜBRA AYDIN 128, 211, 225, 258, 270, 298
KÜRŞAT EPÖZTÜRK 119
KÜRŞAT ÖZDİLLİ 117
KÜRŞAT YILDIZ 300
KURTULUŞ ÖZDEMİR 240

L

LEVENT EMİRZEOĞLU 142, 203, 287, 300
LEYLA KILIÇ 116, 123, 150, 161, 180, 202, 215, 250, 284, 290, 294
LOKMAN KORAL 154, 240, 251
LÜTFİYE DEMİR 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 291, 292, 296, 297
LÜTFİYE PİRBUDAK ÇÖÇELLİ 134

M

MAHMUT GÜMÜŞ 120, 130, 140, 151, 241
MAKBULE TAMBAS 109
M. ALİ NAHİT ŞENDUR 194, 196, 239
MEDİHA TULİN BOZKURT 113, 157, 168, 226, 233, 295
MEDİNE HAŞÇUHADAR 176
MEHMET AKİF ÖZTÜRK 103, 109, 112, 115, 274
MEHMET ALİ BALCI 105, 180, 228
MEHMET ALİ KOÇDOR 127, 289, 290
MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR 195, 252, 253, 286
MEHMET ALİ SUNGUR 116, 245
MEHMET ALİUSTAOĞLU 241
MEHMET ARTAÇ 103, 154, 240, 251
MEHMET AYBAŞ 201
MEHMET BALCI 149
MEHMET BEŞİROĞLU 220, 261
MEHMET BİLİCİ 202, 214
MEHMET EREN 275
MEHMET FUAT EREN 143, 147, 172, 188, 191, 193, 224, 232, 236, 277

MEHMET GÜVEN 141
MEHMET KARACA 208
MEHMET KEFELİ 208, 282, 285
MEHMET KILINÇ 150, 164, 217
MEHMET KÖSEOĞLU 291, 296
MEHMET KÜÇÜKÖNER 110, 41, 214, 279, 280, 281
MEHMET METİN ŞEKER 297
MEHMET ŞENCAN 294
MEHMET TEOMETE 102
MEHMET TÜRKELİ 202, 214
MEHMET ÜLKER 249
MEHMET VEYSEL ÇINAR 274
MELEK ÇAKIROĞLU 137
MELEK ERGİN 206, 227, 252
MELEK ERKİŞİ 148, 158, 159, 204, 205, 249, 293
MELEK YAMAN 124
MELİKE CEYLAN BALCI 242
MELİKE MUT 121, 161
MELİN GEÇER 234
MELİS GÜLTEKİN 121, 301
MELTEM EKENEL 110, 123, 150, 161, 180, 202, 215, 250, 294
MELTEM ŞENGELEN 188
MENİCE GÜLER ŞEN 157, 168, 226, 233, 295
MERAL GÜNALDI 140, 148, 158, 159, 174, 179, 183, 186, 204, 205, 206, 220, 225, 229, 249, 252, 267, 293, 295
MERAL KOYUNCUOĞLU 213
MERAL TUNCER 230
MERİÇ A. ALTINÖZ 117
MERT BAŞARAN 110, 123, 161, 180, 202, 290, 294
MERT KÖROĞLU 171, 190
MERVEGÜL DOLMUŞ 166
MERVE ŞİMŞEK DİLLİ 174
MESUT GÖÇER 195
MESUT ŞEKER 130, 234
METİN ERKİLİÇ 182, 228
METİN KANİTEZ 220, 261, 299
M. FAİK ÇETİNDAG 299
M. GÜRKAN HAYTAOĞLU 288
MİNE DOYURAN 122
MİTHAT FAZLIOĞLU 115, 116
M. METİN ŞEKER 189
M. OKTAY TARHAN 212, 291, 296, 297
MÜÇTEBA CAN 216, 253
MÜGE AYGÜN 136
MUHAMMED ALİ KAPLAN 141, 214, 281
MUHAMMED BÜLENT AKINCI 195, 253, 286
MUHAMMET ALİ KAPLAN 110, 279, 280
MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 268, 270
MUHAMMET ÖZBİLEN 184, 300
MUHARREM KOÇAR 220, 261, 299
MÜJGAN YAZ 208
MÜKERREM SAFALI 163
MÜKREMİN UYSAL 105, 152, 167, 182, 184, 195, 228, 244
MURAT AKYOL 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 291, 292, 296, 297
MURAT ARAZ 172, 188
MURAT GÜRKAYNAK 121, 301
MURAT KOÇER 103
MURAT ÖZBALAK 207
MURAT SERİLMEZ 250

MURAT TATLI 244
MURAT TOPBAŞ 232
MURAT TURGUTALP 221, 268
MURAT YİĞİT 147
MÜR CANKURT 303
MÜRVET ARTUK UÇAR 133, 138
MUSTAFA AKÇA 245
MUSTAFA ALTINBAŞ 105, 140, 152, 215, 219, 248, 252, 253, 284, 289, 293, 301
MUSTAFA BARUT 217
MUSTAFA BENEKLİ 124
MUSTAFA BOZKURT 128, 211, 225, 246, 258, 259, 270, 298
MUSTAFA ÇAKAR 124, 128, 163
MUSTAFA CANHORUZ 120, 151, 154, 214
MUSTAFA CENGİZ 121, 301
MUSTAFA ERMAN 177, 207
MUSTAFA FEVZİ SARGON 230
MUSTAFA GÜRELİ 250
MUSTAFA KADRİ ALTUNDAĞ 125, 234, 235, 250
MUSTAFA KARAAĞAÇ 103, 154, 251
MUSTAFA OKTAY TARHAN 156, 178, 218, 220, 244, 247, 278, 281, 283, 292
MUSTAFA ÖZDOĞAN 104, 105, 152, 231, 244
MUSTAFA ÖZGÜROĞLU 103, 109, 115
MUSTAFA ÖZTÜRK 115, 124, 126, 128, 162, 163, 203, 205, 207
MUSTAFA SAĞCAN 145, 150, 164, 217
MUSTAFA SOLAK 106, 108, 234, 237, 238, 241, 250, 260, 262, 263, 264, 265, 266, 270
MUSTAFA SUAT BOLAT 278
MUSTAFA YILDIRIM 111, 112, 118, 143, 157, 160, 165, 166, 168, 171, 190, 193, 194, 198, 208, 222, 226, 243, 273
MUSTAFA YILDIZ 111, 112, 118, 143, 157, 160, 165, 166, 168, 190, 193, 194, 198, 208, 222, 226, 243, 273
MUSTAFA YILMAZ 273
MUŞTURAY KARÇAALTINCABA 255
MUTLU AKKURT 170
MUTLU HAYRAN 121, 161, 177, 201, 207
MUZAFFER BEDRİ ALTUNDAĞ 288
MUZAFFER SEZER 173, 197, 303

N

NADİRE KÜÇÜKÖZTAŞ 125, 131, 151, 210, 211, 212, 213
NALAN AKGÜL BABACAN 122, 133, 141, 143, 147, 172, 177, 188, 191, 193, 224, 232, 236, 275, 277
NALAN BABACAN 106, 111, 113, 119, 154, 282, 294
NALAN IŞIK 103
NAZİM SERDAR TURHAL 112, 151, 220, 261
NAZİYET KÖSE 105, 152, 215, 216, 219, 248, 252, 284, 289, 301
N. CEM BALCI 270
NECATİ ALKIŞ 141, 147, 153, 155, 183, 185, 201, 272, 287
NECDET ÜSKENT 197
NECİP NAS 141
NECLA DEMİR 132, 181, 213, 237, 263
NECMETTİN KOÇAK 207
N. EMRAH KOÇER 129
NERMİN GÜDÜLOĞLU 138
NESRİN TOPALOĞLU 136
NEVİN FAZLIOĞLU 115, 116

NEVİN KIRMIZIPAMUK 136
NEVİN YURT 136
NEYRAN KERTMEN 238
NİHAN ALKIŞ 149
NİHAN HABERAL 210, 211, 212, 213
NİLGÜN GÜR 165
NİLGÜN SAVAŞ 150
NİLGÜN YILDIRIM 202, 214
NİL MOLİNAS MENDEL 104
NİLÜFER AVCI 105, 120, 149, 154, 180, 197, 214, 228
NİLÜFER ERKİN 170
NİLÜFER KILIÇ 298
NİMET OVAYOLU 134
NONGNİT LAYTRAGOON-LEWİN 157
NURAN YERLİ 138
NURAY DURUKAN 133
NURAY ERİN 131
NURGÜL KIZILIRMAK 299
NURGÜL YAŞAR 120, 151, 241
NURİ ARSLAN 223
NURİ BARIŞ HASBAL 246
NURİ KARADURMUŞ 124, 126, 128, 162, 163, 203, 205, 301
NURİ USLU 162, 187
NURİYE ÖZDEMİR 189, 194, 196, 297
NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR 195, 199, 221, 252, 253, 254, 286
NUR ŞENER 120, 151, 241
NURTEN KANDEMİR 155, 183, 254, 287
NURULLAH BÜLBÜLLER 111, 112, 222, 273
NURULLAH ZENGİN 125, 189, 194, 221, 252, 253, 254, 286, 297
NURZEN SEZGİN 130

O-Ö

O. GÖKHAN DEMİR 270
OĞUZ BİLGİ 142, 203, 287, 300
OĞUZ KARA 204, 293
OKAN KUZHAN 124, 126, 205
OLCAY ÖZVEREN 274
OLÇUN ÜMİT ÜNAL 132, 149, 181, 213, 263
ÖMER ALICI 278
ÖMER DİZDAR 125, 131, 151, 210, 211, 212, 213, 299
ÖMER DÜZEN 114
ÖMER FATİH ÖLMEZ 120, 154, 214
ÖMER KAMİL YAZICI 155, 183, 185, 287
ÖMER TAMER DOĞAN 119
ÖMER TARIK SELÇUK 168
ÖMER VURAL 238, 254, 257, 258, 267
ONUR EŞBAH 167, 185, 219, 227, 233, 243, 275, 283, 291
ORAL NEVRUZ 205
ORHAN EREN 246
ORHAN KIRBIYIK 275, 277, 282
ORHAN ÖNDER EREN 119, 122, 141, 154, 231, 278, 285
OSMAN GÖKHAN DEMİR 211, 225, 258, 259, 298
OSMAN MANAVOĞLU 105, 120, 149, 154, 180, 197, 214
OSMAN SERHAT TOKGÖZ 154
OSMAN TEMİZÖZ 298
OSMAN ZEKAİ ÖNER 193
ÖVGÜ AYDIN 103
OZAN ÜNLÜ 237

OZAN YAZICI 113, 195, 286
OZAN YILMAZ 181
ÖZCAN YILDIZ 103, 109, 115
ÖZDEN ALTUNDAĞ 125, 131, 151, 210, 211, 212, 213
ÖZDEN KARAOĞLANOĞLU 231
ÖZDEŞ EMER 163
ÖZGE DİNİGÜZEL 227
ÖZGE KESKİN 106, 168, 234, 235, 237, 238, 250, 263, 264, 265, 280
ÖZGE ŞÜKRÜOĞLU 215
ÖZGÜR AÇIKGÖZ 103, 184, 236, 300
ÖZGÜR DOĞAN 193, 224, 282
ÖZGÜR EKİNCİ 124
ÖZGÜR ÖZİLKAN 182
ÖZGÜR ÖZYILKAN 106, 125, 129, 130, 131, 151, 165, 170, 173, 221, 227
ÖZGÜR TANRIVERDİ 165, 178
ÖZKAN KANAT 105, 120, 149, 151, 154, 180, 197, 214
ÖZLEM ATA 230
ÖZLEM DERİNALP OR 288
ÖZLEM ERCELEP 120, 151, 241
ÖZLEM GÜBÜR 122
ÖZLEM İYİMAYA 135
ÖZLEM OVAYOLU 134
ÖZLEM ÖZEN 210, 211, 212, 213
ÖZLEM ÖZKUL 184, 300
ÖZLEM SÖNMEZ 107, 200, 242, 282, 291
ÖZLEM TOPKAYA 303
ÖZLEM UYSAL SÖNMEZ 167, 183, 227, 243
ÖZNUR BAL 167, 219, 227, 233, 243, 275, 283, 291

P

PERRAN FULDEN YUMUK 151, 220, 261
PERVİN HÜRMÜZ 121, 280, 301
PINAR DAL 125
PINAR GÜRSOY 258, 278, 298
PINAR GÜRSOY ÖNER 160, 194, 216, 276, 296
PINAR KEMANLI 127, 289, 290
PINAR KOÇYİĞİT GENCER 201
PINAR KUM 144, 159, 192, 220, 225, 293
PINAR SAİP 109, 215
PINAR ULUBAŞOĞLU 251
POLAT DURSUN 210, 211, 212, 213

R

RABİA B. ARPACI 122
RACİ GÜNEY 233
RAMAZAN ERYILMAZ 111, 222
RAMAZAN GÜMRAL 301
RAMAZAN YILDIZ 120, 130, 151, 241
RECAİ AKDOĞAN 281
REFİKA ÇOLAK COŞKUN 138, 302
REGINALD M. GORCZYNSKI 131
REYHAN AKAY 126
R. NALAN TİFTİK 123
RÜÇHAN USLU 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
RUKEN YÜKSEKKAYA 145
RUKİYE ARIKAN 181
RÜKSAN ÇEHRELİ 127, 289, 290

RUKSAN ÇOPUROĞLU 222
RUMEYSA ÇİFTÇİ 290
RÜMEYZA KAZANCIOĞLU 200

S-Ş

SAADETTİN KILIÇKAP 108, 111, 119, 122, 133, 141, 143, 147, 154, 166, 172, 174, 177, 188, 191, 193, 200, 201, 207, 224, 232, 236, 275, 277, 282, 294
SAADET TOKLUOĞLU 141, 147, 153
SABAHAT TEZCAN 188
SADİ KEREM OKUTUR 278
SADIK MUALLAOĞLU 173, 182
ŞAFAK ŞAHİN 172
ŞAHANDE ELAGÖZ 108
SAİM FURKAN SARICI 263
SALİH KARACA 114
SALİM BAŞOL TEKİN 202, 214
SAMED RAHATLI 125, 131, 151, 210, 211, 212, 213
SAMİ BAYRAM 105, 180
SAMİ FİDAN 113, 273
SAMİM YURTSEVER 156
SEBİLE GÜLER 230
ŞEBNEM YAMAN 194, 195, 196, 239, 252, 253, 286
SEDA KILIÇ 215
SEDAT ÜSTÜNDAĞ 102
SEDEN KÜÇÜCÜK 109
SELAY GÜNDOĞDU 155, 183, 185, 284, 287
SELÇUK ŞEBER 151, 220 299
SELDA UÇAR 184
SELİM UZUNOĞLU 258, 262
SELİM YALÇIN 125, 131, 151, 210, 211, 212, 213
SELİN GENÇ 147
SELİN TESTEMEL 152, 184
SELMA KÖROĞLU 135, 137
SELMİN ATAERGİN 124, 126, 128, 162, 163, 203, 205, 207, 301
SEMA SEZGİN GÖKSU 105, 152, 167, 169, 181, 182, 184, 191, 195, 228, 244
SEMİHA HAVAY 263
SEMİHA URVAY 105, 152, 215, 216, 219, 248, 252, 253, 284, 289, 301
SEMRA PAYDAŞ 104, 140, 173, 174, 183, 186, 207, 227, 229, 249, 266, 267, 293
ŞENİZ KORKMAZ 120
ŞENNUR İLVAN 103
ŞENOL COŞKUN 170
SERAP KAYA 103, 130, 184, 236
SERAP TEKBAŞ 102
SERCAN AKSOY 125, 189, 194, 195, 196, 221, 239, 252, 253, 254, 286, 297
SERDAL KORKMAZ 294
SERDAR BERK 119
SERDAR TURHAL 102, 136, 201, 299
ŞEREF BUĞRA TUNCER 284
ŞEREF KÖMÜRCÜ 170
ŞERİFE BİLAL 152, 184
ŞERİFE PEKER 303
SERKAN KESKİN 150, 161, 180, 202, 250, 284, 290
SERNAZ UZUNOĞLU 102, 117, 146, 187, 298
SEVDA AYGÜN 237

SEVGİ AKTAŞ 138
SEVGİ ÖZDEMİR 138
SEVİLAY YILDIZ 303
SEVİL BAVBEK 110, 123, 180, 290, 294
SEVİL GÖKTAŞ 111, 112, 118, 143, 157, 165, 166, 171, 193, 208, 226, 243, 273
SEVİL İLİKHAN 288
SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN 135, 137, 304
ŞEYDA ERDOĞAN 206, 295
ŞEYDA GÜNDÜZ 103, 105, 152, 182, 184, 195, 228, 244
SEYFETTİN GÜMÜŞ 201
SEZAİ VATANSEVER 290
SİBEL DORUK 145
SİBEL ERDAMAR 112
SİBEL SERÇE 134
SİBEL TEMİZ 184
SIGNE FRIESLAND 157
SILA KARAGÖZ 112
SİNAN ERZİMİK 233
SİNAN KARABEY 300
SİNEM ÇUBUKÇU 154
SİNEMİS YÜKSEL 120, 151, 241
S. KEREM OKUTUR 270
SONER ŞENEL 143
SONNUR YEŞİLLİK 126
ŞUAYİB YALÇIN 103, 196, 198, 221, 222, 280
SÜHEYLA SERDENGEÇTİ 103, 109, 112, 115
ŞÜKRÜ DİLEGE 116
ŞÜKRÜ ÖZAYDIN 124, 126, 128, 162, 163, 203, 205, 207
ŞULE AKÇAY 201
SÜLEYMAN BÜYÜKBERBER 104, 124
SÜLEYMAN ERDOĞDU 114, 122, 190
SÜLEYMAN TEMİZ 103, 130, 184, 236, 300
SULTAN DOĞAN 136
SULTAN EDEBALI 195
SÜREYYA POLAT 201
SUZAN ÇELİK ÖMÜR 136
SUZAN ZORLUDEMİR 186, 227, 252

T

TAHSİN ÖZATLI 167, 219, 227, 275, 283
TALİP YOLCU 230
TAMER ÇALIKOĞLU 288
TAMER ELKIRAN 201
TAMER TETİKER 174
TANER AYDIN 228
TANER BABACAN 241, 260, 264, 265, 266
TANER ÇOLAK 231
TANER KORKMAZ 120, 151, 220, 241
TARIK SALMAN 132, 149, 234, 237, 263
TARKAN YETİŞYİĞİT 141, 147, 153, 183, 185, 201, 272, 287
TAYFUN KAŞIKÇI 162
TEKİNALP GELEN 195
TİJEN KAYA 111
TİJEN ŞENGİZER 201
TOLGA ŞANLI 301
TOLGA TUNCEL 203, 287, 300
TOLGA TUNÇEL 142
TUĞBA KARA 122
TUĞBA KÖŞ 194, 253, 286, 297

TUĞBA ÖZÇEREZCİ 233
TUĞBA YAVUZŞEN 106, 132, 186, 213, 237, 263
TÜLAY AKMAN 106, 132, 149, 181, 186, 213, 263
TÜLAY EREN 125, 286
TÜLAY KORU-ŞENGÜL 199
TUNCAY ALTUĞ 117
TUNCAY ASLAN 109, 126, 153, 171, 217, 240
TUNÇ GÜLER 119, 122, 141, 154, 174, 177, 240, 251
TURGUT KAÇAN 119, 122, 133, 141, 143, 147, 154, 172, 177, 188, 191, 193, 224, 232, 236, 275, 277, 282
TÜRKAN ÖZTÜRK 210
TÜRKER ÇETİN 162, 205
TÜRKER SOYDAŞ 167
TÜRKER TÜRKER 124, 128
TÜRKKAN EVRENSEL 105, 120, 149, 154, 180, 197, 228

U-Ü

UFUK ABACIOĞLU 102
UFUK USTA 298
UĞBA KÖŞ 254
UĞUR COSKUN 124
UĞUR ERSOY 105, 152, 215, 219, 248, 252, 253, 284, 289, 301
UĞUR FIRAT 110
UĞUR MUSLU 118, 160, 194, 216, 258, 262, 276, 278, 296, 298
UĞUR ŞAHİN 108, 198, 237, 238, 239, 263, 267
UĞUR YILMAZ 149, 181
ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN 106, 107, 167, 200, 227, 233, 242, 243, 275, 282, 283, 284, 291
ÜMİT ÖZTÜRK 137
ÜMMÜGÜL ÜYETÜRK 107, 167, 176, 200, 227, 242, 243, 272, 282, 291
UMUT DEMİRCİ 124, 299
UMUT DİŞEL 130, 131, 173
UMUT KEFELİ 120, 140, 241
UMUTTAN DOĞAN 240
UMUT VAROL 118, 160, 194, 216, 276, 278, 296, 298
UTKU DÖNEM DİLLİ 112, 143, 157, 165, 166, 168, 171, 190, 194, 198, 208, 226
UTKU ERDEM SOYALTIN 276
UTKU OFLAZOĞLU 237, 263

V

VAHİDE İŞİL UĞUR 187
VEDAT BAYOĞLU 178, 218, 220, 244, 247, 281, 283, 292
VEDAT KILIÇ 151
VEDAT SAĞIR 233
VEHBİ ERÇOLAK 140, 148, 158, 159, 174, 179, 183, 186, 204, 205, 206, 220, 225, 229, 249, 252, 267, 293, 295
VELİ BERK 217
VEYSEL AYYILDIZ 238, 255, 260
VEYSEL HAKSÖYLER 174
VİN BÜYÜKÜNAL 112
VOLKAN ERDOĞAN 174

Y

YALÇIN KAYA 108, 232, 236
YASEMİN BAKKAL TEMİ 127, 276
YASEMİN ÇELEBİOĞLU 184
YASEMİN KEMAL 155, 176, 196, 208, 209, 222, 224, 275

YASEMİN ÖZEN 138
YASEMİN SAYGIDEĞER 127, 289, 290
YASEMİN TOKEM 118
YASEMİN TÜRKMEN 282
YASİN ŞAHİNTÜRK 165
YAVUZ ÖZİŞİK 108, 237, 238, 263, 264, 265
YELİZ BİLİR 145, 217
YEŞİM ÇEKİN 165
YEŞİM YILDIRIM 173
YILDIZ GÜNEY 141, 162, 187, 288
YILDIZ GÜVEN 138
YILLAR OKUR 143, 147, 172, 188, 191, 193, 224, 232, 236,
275, 277
YÜCEL ÜSTÜNDAĞ 175, 251, 276
YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK 156, 178, 212, 218, 220, 244, 247,
278, 281, 283, 291, 292, 296, 297
YÜKSEL ÜRÜN 136, 199
YUSUF TAHA 269

Z

ZAFER ARIK 121, 161, 189, 194, 196, 239, 241, 252, 264, 265,
266, 286
ZAFER CANTÜRK 103
ZAFER GÜLBAŞ 197
ZARİFE TEKBALKAN 168
ZEHRİ SEYFİKLİ 119
ZEKİ AKÇA 109, 153, 171, 217, 231, 240
ZEKİ GÖKHAN SÜRMELİ 160, 194, 216, 276, 258, 278, 296,
298
ZELİHA KOCA 138
ZEYNEP SEVGİN 186
ZUHAT URAKÇI 110, 141, 214, 279 281, 280
ZÜLEYHA AKGÜN 102
ZÜLFİYE SAMUR 126

4. TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ'NE DESTEK VEREN FİRMALARA TEŞEKKÜR EDERİZ.

ALFA TEKNİK
ACTAVIS
ASTRAZENECA
BAYER
BMS
DEVA
ENDOTEK
GEN İLAÇ
GSK
JANSSEN
KOÇAK İLAÇ
LILLY
MED İLAÇ
MEDİTERA
MERCK
MSD
MUSTAFA NEVZAT
NOVARTIS
ONKO-KOÇSEL
ORNA İLAÇ
PFIZER
PIERRE FABRE
RADMED
RİVOSEM
ROCHE
ROCHE DİOGNOSTİK
SANOFİ AVENTIS
UNIVERSAL MEDICAL

ALFABETİK SIRALANMIŞTIR



TIBBİ
ONKOLOJİ
DERNEĞİ