



GERİATRİK
ONKOLOJİ
DERNEĞİ

www.geriatrikonkoloji2023.com

5. GERİATRİK ONKOLOJİ *sempozyumu*

BİLDİRİ KİTABI



**16 Eylül
2023**

ONLINE

İçindekiler

DAVET YAZISI	3
KURULLAR.....	4
BİLİMSEL PROGRAM	5
SÖZLÜ BİLDİRİLER.....	8
SB-1 GERİATRİK YAŞ GRUBU AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PROGNOZU ÖNGÖRMEDE İNFLAMATUAR İNDEKSLERİN YERİ.....	10
SB-2 OPERE KOLON KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI	11
SB-3 METASTATİK KASTRASYON DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ TEDAVİSİNDE 2.SERİ ENZALUTAMİDİN ETKİNLİĞİ	12
SB-4 KOMORBİD HASTALIKLARIN (HİPERTANSİYON, DİABETES MELLİTUS, KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARI) KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE PROGNOSTİK ETKİLERİ	13
SB-5 HER2(+) MEME KANSERİ NEOADJUVAN TEDAVİSİNDE ANTRASİKLİNLER? ISRAR ETMELİ MİYİZ?	18
SB-6 İLERİ YAŞTAKİ MEME KANSERİ HASTALARINDA GENOMİK DEĞİŞİKLİKLER.....	21
SB-7 COVID-19 PANDEMİSİNİN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ SAĞLIK KURULU BAŞVURUSUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	23
SB-8 YAŞLI GLİOBLASTOME MULTİFORME HASTALARINDAKİ GENETİK FARKLILIKLAR	25
SB-9 RADYOTERAPİNİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA KIRILGANLIĞA ETKİSİ	27
SB-10 KÜRATİF TEDAVİ UYGULANAN ÖZEĞAGUS KANSERİ TANILI GERİATRİK HASTALARDA RADYOTERAPİ SONUÇLARIMIZ	28
SB-11 REN ARCUATUSLU EVRE 3C2 SERVİKS KANSERLİ HASTADA SBRT BOOST UYGULAMASI VE LİTERATÜR TARAMASI	29

DAVET YAZISI

Değerli meslektaşlarım,

Günümüzde kanser, yaşlılık döneminin en önemli hastalıklarından birini oluşturmaktadır. Yaşlılığın ve yaşlı kanser hastalarının kendine özgü sorunları vardır. Bunları bilmek, farkında olmak, değerlendirebilmek bir çok açıdan önem taşımaktadır. Yaşlı kanser olgularının doğru bir şekilde yönlendirilmesi, yaşamı uzatmakta, tedavi başarı şansını arttırmakta ve kaynakların israfını engellemektedir.

Bu alandaki gelişmeleri yakından izlemeyi ve paylaşmayı hedefleyen GERİATRİK ONKOLOJİ DERNEĞİ'mizin kongre ve sempozyumları, sizlerin destekleriyle, her yıl artan bir coşku ve ilgiyle gerçekleştirilmektedir. Bu yıl 5. GERİATRİK ONKOLOJİ SEMPOZYUMU; 16 EYLÜL 2023 tarihinde ONLINE olarak gerçekleştirilecek olup, sizleri bu sempozyuma davet etmekten büyük bir onur duymaktayız.

Sempozyumun ana teması "Geriatrik onkolojide dayanıklılık kavramı ve erken evre kanserlerinde geriatric onkolojik yaklaşım" olarak belirlenmiştir.

Günümüzde yaşlılarda kanser tedavisi maalesef suboptimal düzeyde yapılabilmektedir. Çeşitli nedenlerle tedaviye bağlı toksisite, morbidite ve mortalite, değişim gösterebilmektedir. Halbuki yaşlı kanser hastaları optimal düzeyde uygulanacak tedavilerden, daha genç yaştaakilere benzer şekilde yararlanmaktadır. Bu nedenle tedavi öncesi tümör biyolojisi yanında hastanın işlevsel kapasitesinin belirlenmesi ve buna göre yapılacak tedavilerle, sonuçlar olumlu bir şekilde etkilenmektedir.

Dayanıklılık kavramı; günümüzde artık daha fazla konuşulan ve dikkate alınması önerilen yeni bir kavramdır. Bunun yanı sıra "erken evredeki kanserlerde, geriatric onkoloji yaklaşımı" her gün gelişen yeni tedavi alternatifleriyle farklı boyutlar kazanmaktadır.

Tüm bu konularda sorunların tanımlanması, değerlendirilmesi ve gelişmelerle ilgili son görüşleri tartışmak üzere sizlerle bu sempozyumda buluşmak istiyoruz.

Geriatrik Onkolojinin bu ilginç konularıyla ilgilenen meslektaşlarımızın bilgi, deneyim ve katkılarıyla gerçekleştirilecek bu sempozyumda, hepimizi aramızda görmekten büyük mutluluk duyacağız.

Katılımınızı bekler, çalışmalarınızda başarılar dilerken, sizlere GERİATRİK ONKOLOJİ DERNEĞİ yönetim kurulumuz adına saygılar sunarım.

Prof. Dr. Mehmet Niyazi Alakavuklar
Sempozyum Başkanı

KURULLAR

SEMPOZYUM BAŞKANI

Mehmet Niyazi Alakavuklar

SEMPOZYUM SEKRETERİ

Baran Akagündüz

Elif Atağ

DÜZENLEME KURULU

Baran Akagündüz

Mehmet Niyazi Alakavuklar

Elif Atağ

Rüksan Çehrelî

Aziz Karaoğlu

Evrîm Metcalfe

Tarık Salman

Hüseyin Salîh Semîz

İlkay Tuğba Ünek

(Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır)

BİLİMSEL PROGRAM

5.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu
16 Eylül 2023 | Çevrimiçi

16 EYLÜL 2023 CUMARTESİ	
09:00 - 09:05	SAYGI DURUŞU VE AÇILIŞ KONUŞMASI <i>Mehmet Niyazi Alakavuklar</i> Sempozyum Başkanı
09:05 - 09:50	GERİATRİK ONKOLOJİDE YENİ UFUKLAR: DAYANIKLILIK Oturum Başkanları: <i>Murat Dinçer, Mustafa Cankurtaran</i>
09:05 - 09:25	Geriatrist Bakış Açısıyla "Dayanıklılık" <i>Pınar Soysal</i>
09:25 - 09:45	Medikal Onkolog Bakış Açısıyla "Dayanıklılık" <i>Ravindran Kanesvaran</i>
09:45 - 09:50	Tartışma
09:50 - 10:35	KÜRATİF TEDAVİLER ÖNCESİ GERİATRİK DEĞERLENDİRME Oturum Başkanları: <i>Gülistan Bahat, Şeref Kömürcü</i>
09:50 - 10:10	Geriatrik Onkolojide Tarama Testleri <i>Baran Akagündüz</i>
10:10 - 10:30	Yaşlı Kanser Hastasında Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme <i>Sevnaz Şahin</i>
10:30 - 10:35	Tartışma
10:35 - 10:50	ARA
10:50 - 11:20	METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOM Oturum Başkanı: <i>Mehmet Niyazi Alakavuklar</i>
	Metastatik Renal Hücreli Karsinom <i>İsmail Beypınar</i>
11:20 - 12:25	YAŞLILARDA ERKEN EVRE AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİ Oturum Başkanları: <i>Sadettin Kılıçkap, Erdem Göker, Rıza Çetingöz</i>
11:20 - 11:40	Erken Evrede SBRT'nin Yeri ve Yaşlı Hastalarda Kazanımları <i>Nergiz Dağoğlu</i>
11:40 - 12:00	Erken Evrede İmmunoterapinin Yeri ve Yaşlılarda Kazanımlar <i>Ahmet Taner Sünbül</i>
12:00 - 12:20	Erken Evrede Hedefe Yönelik Tedavilerin Yeri ve Yaşlılarda Kazanımlar <i>Fulden Yumuk</i>
12:20 - 12:25	Tartışma
12:25 - 13:30	ÖĞLE ARASI
13:30 - 14:55	YAŞLILARDA ERKEN EVRE GİS KANSERLERİNİN TEDAVİSİ Oturum Başkanları: <i>Selman Sökmen, Sezer Sağlam, Sabri Barutca, Muhammet Ali Kaplan</i>
13:30 - 13:50	GİS Kanseri Cerrahisinde Yaşlılara Özel Yaklaşımlar <i>Metin Tilki</i>
13:50 - 14:10	Kolorektal Kanserlerde Adjuvan / Neoadjuvan Tedaviler <i>Utku Oflazoğlu</i>
14:10 - 14:30	Üst GİS Kanserlerinde Adjuvan / Neoadjuvan Tedaviler <i>Osman Köstek</i>
14:30 - 14:50	Hepatobilier Kanserlerde Adjuvan / Neoadjuvan Tedaviler <i>İlkay Tuğba Ünek</i>
14:50 - 14:55	Tartışma

5.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu
16 Eylül 2023 | Çevrimiçi

14:55 - 15:25	UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanı: Aziz Karaoğlu Kanser Hastalarında Kemik Metastazları Yönetiminde Denosumab Halil Taşkınatan	AMGEN
15:25 - 15:35	ARA	
15:35 - 17:00	YAŞILARDA ERKEN EVRE MEME KANSERİNİN TEDAVİSİ Oturum Başkanları: Atilla Soran, Ömür Berna Öksüzoğlu, Olçun Ümit Ünal, Evrim Metcalfe Cerrahi Prensipler ve Yaklaşım Ali İbrahim Sevinç Adjuvan Tedavilerde Deeskalasyon Eda Tanrıku Şimşek Neoadjuvan Tedavilerde Yaşlılara Özel Yaklaşım Melek Karakurt Eryılmaz Radyoterapide Değişen Paradigmalar İlknur Alsan Çetin Tartışma	
17:00 - 18:25	YAŞILARDA ERKEN EVRE GENİTOÜRİNER KANSERLERİN TEDAVİSİ Oturum Başkanları: Mustafa Erman, Bülent Orhan, Tülay Akman, Didem Karaçetin Erken Evre Mesane Kanserinde Mesane Koruyucu Yaklaşımlar Murat Sarı Erken Evre Prostat Kanserinde Adjuvan RT mi? Salvage RT mi? Emine Elif Özkan Erken Evre Prostat Kanserinde Sistemik Tedaviler Hüseyin Salih Semiz Böbrek Kanserinde Adjuvan Tedaviler Deniz Can Güven Tartışma	
18:25 - 19:20	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: Yakup Ergün, Cafer Balcı, Alaettin Arslan	
19:20	KAPANIŞ	

SÖZLÜ BİLDİRİLER

5.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu
16 Eylül 2023 | Çevrimiçi

BİLDİRİ SUNUM LİSTESİ 16 EYLÜL 2023 CUMARTESİ				
SÖZLÜ BİLDİRİLER				
No	Sunum Saati	Yazarlar	Sunan Yazar	Başlık
SB - 1	18:25 - 18:30	Mehmet UZUN, Savaş GÖKÇEK	Savaş GÖKÇEK	GERİATRİK YAŞ GRUBU AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PROGNOZU ÖNGÖRMEDE İNFLAMATUAR İNDEKSLERİN YERİ
SB - 2	18:30 - 18:35	Hasan Alpay, Arif Yüksel, Olçun Ümit Ünal	Olçun Ümit Ünal	OPERE KOLON KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI
SB - 3	18:35 - 18:40	Elif Şahin	Elif Şahin	METASTATİK KASTRASYON DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ TEDAVİSİNDE 2.SERİ ENZALUTAMİDİN ETKİNLİĞİ
SB - 4	18:40 - 18:45	Akın Öztürk	Akın Öztürk	KOMORBİD HASTALIKLARIN (HİPERTANSİYON, DİABETES MELLİTUS, KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARI) KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE PROGNOSTİK ETKİLERİ
SB - 5	18:45 - 18:50	Cengiz YILMAZ	Cengiz YILMAZ	HER2(+) MEME KANSERİ NEOADJUVAN TEDAVİSİNDE ANTRASİKLİNLER? ISRAR ETMELİ MİYİZ?
SB - 6	18:50 - 18:55	Hatime Arzu Yaşar	Hatime Arzu Yaşar	İLERİ YAŞTAKİ MEME KANSERİ HASTALARINDA GENOMİK DEĞİŞİKLİKLER
SB - 7	18:55 - 19:00	Duygu BAYIR GARBİOĞLU	Duygu BAYIR GARBİOĞLU	COVID-19 PANDEMİSİNİN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ SAĞLIK KURULU BAŞVURUSUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
SB - 8	19:15 - 19:20	Pınar Kubilay Tolunay, Bediz Kurt İnci	Pınar Kubilay Tolunay	YAŞLI GLİOBLASTOME MULTIFORME HASTALARINDAKİ GENETİK FARKLILIKLAR
SB - 9	19:00 - 19:05	Zeliha Güzelöz, Umut Gök Balcı	Zeliha Güzelöz	RADYOTERAPİNİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA KIRILGANLIĞA ETKİSİ
SB - 10	19:05 - 19:10	Nesrin Aktürk, Zeliha Güzelöz	Nesrin Aktürk	KÜRATİF TEDAVİ UYGULANAN ÖZEFAGUS KANSERİ TANILI GERİATRİK HASTALARDA RADYOTERAPİ SONUÇLARIMIZ
SB - 11	19:10 - 19:15	Hatice Başaran Gökşen, Alaettin Arslan	Hatice Başaran Gökşen	REN ARCUTUSLU EVRE 3C2 SERVİKS KANSERLİ HASTADA SBRT BOOST UYGULAMASI VE LİTERATÜR TARAMASI

SB-1 GERİATRİK YAŞ GRUBU AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PROGNOZU ÖNGÖRMEDE İNFLAMATUAR İNDEKSLERİN YERİ

Mehmet UZUN¹, Savaş GÖKÇEK¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Akciğer kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen ve en ölümcül kanserdir. Kanser tanısı konulan hastalarda geriatric yaş grubunun oranı her geçen gün artmaktadır. Yeni tanı alan küçük hücreli dışı akciğer kanserli(KHDAK) hastaların yaklaşık %30-40'ı 70 yaş üzerindedir.Kliniğimizde takip edilen KHDAK geriatric hastalarda inflamatuvar parametrelerin prognozla olan ilişkisini inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 2010-2021 yılları arasında toplam 238 hasta dahil edildi. Veriler retrospektif incelendi. CRP/Albumin, NLR, SIRI, PIV, PNI ölçümlerinin kesme değerlerinin ve sağ kalımı tahmin olasılıklarının belirlenmesi için ROC analizi kullanılmıştır. Kaplan Meier; sağ kalım üzerinde etkili faktörün gruplarının yaşam eğrilerinin farkının belirlendiği test tekniğidir.

Bulgular: Hastaların %79,4'ü erkek,% 20,6'sı kadın,% 52,1'i 65 yaş altı,%47.9'u 65 yaş üzeriydi. %76,5'i sigara kullanmaktaydı. Hastaların %57,1'inin kanser tipi adenokarsinom idi. Hastaların %75,6'sında EX gözlenmiştir. Hastalarda cinsiyet, sigara kullanımı, evre, Albumin düzeyi, CRP/Albumin, NLR, PNI, PIV pozitifliği grupları arasında OS ölçümü bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınlarda (39,9), sigara kullanmayanlarda (39,4), evre 1-2 olanlarda (47,38), Albumin düzeyi 3,5 ve üstü olanlarda (32,96), NLR (36,55), PNI (37,95), PIV (35,45) negatif olanlarda OS daha yüksektir. Diğer değişkenlerde fark anlamlı değildir ($p>0,05$). 65 yaş altında olanlarda (8,88), sigara kullanmayanlarda (10,15) PFS daha yüksektir. Epidermoid kanser tipinde erkek oranı (%87,2), 65 yaş üstü görülme oranı (%57,4) daha yüksektir. Adenokarsinom kanser tipinde nüks görülme oranı daha yüksektir (%31,4). Tek faktörlü modelde sağkalım üzerinde cinsiyet, yaş, sigara kullanımı, evre, Albumin düzeyi, CRP/Albumin, NLR, PNI, SIRI, PIV pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı etkilidir ($p<0,05$). Erkeklerde 1,505 kat, 65 yaş ve üstünde olanlarda 1,521 kat, sigara kullananlarda 1,599 kat, evresi 4 olanlarda 3,502 kat 3 olanlarda 1,970 kat, Albumin düzeyi düşük olanlarda 1,509 kat, CRP/Albumin pozitif olanlarda 1,811, NLR pozitif olanlarda 1,539, PNI pozitif olanlarda 2,190 kat, SIRI pozitif olanlarda 1,523 kat, PIV pozitif olanlarda 1,558 kat daha fazla EX gözlenmiştir.

Sonuç: Özetle, SIRI ,PIV,CRP/ALBUMİN vb inflamatuvar indexler akciğer kanseri hastalarında prognozu tahmin etmek için uygun, uygun maliyetli ve güvenilir bir immün inflamasyon belirteçler olabilir ve tedavi ayarlamasına, hasta sınıflandırmasına yardımcı olabilir. Tedavi öncesi mutlaka kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı ve tedavi kararı bireye özel düzenlenmelidir. 65 yaş üstü hastalarda daha iyi sonuçlar için yalnızca bu yaş grubuna yönelik faz III randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Geriatri, CRP, İnflamatuvar İndex

SB-2 OPERE KOLON KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Hasan ALPAY¹, Prof. Dr. Arif YÜKSEL², Doç. Dr. Olçun Ümit ÜNAL³

¹ Çan Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Çanakkale

² Mediana Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

³ SBU Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, İzmir

Giriş:

Çalışmamızda; opere olmuş olan evre I-II-III kolon kanser hastalarında küratif cerrahi sonrası hastalıksız ve genel sağkalımda katkısı olan prognostik faktörleri araştırmayı ve hastalarda adjuvan kemoterapi alıp almamanın sağ kalıma etkisini incelemeyi amaçladık.

Material ve Metotlar:

Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Kliniğinin takibindeki opere edilmiş evre I-II-III kolon kanserli hastaların klinikopatolojik verileri retrospektif olarak incelendi. Sağkalıma etki eden prognostik faktörler tek değişkenli ünivariant analizle incelenip anlamlı çıkan prognostik faktörler çok değişkenli multivariant analizle incelenerek sağ kalıma etkileri belirlendi. Çalışmamızda ayrıca; evre I-II-III opere edilmiş kolon kanserli hastalarda adjuvan kemoterapi alıp almamanın sağ kalım üzerindeki etkisi incelendi.

Bulgular:

Hastalıksız sağkalım üzerine etkili faktörler değerlendirildiğinde tek değişkenli analizde hastanın performans durumu (PD) ($p<0,001$), nodal invazyon düzeyi (N evre) ($p<0,001$), histolojik derecesi ($p<0,001$), lenfatik invazyon varlığı ($p=0,021$), perforasyon varlığı ($p=0,002$), adjuvan kemoterapi kullanımı ($p=0,001$) ve adjuvan kemoterapi rejimi çeşidi ($p=0,005$) prognozu etkilerken, çok değişkenli analizde lenfatik invazyon varlığı ($p=0,001$), perforasyon varlığı ($p=0,001$), histolojik derecesi ($p<0,001$) ve adjuvan kemoterapi kullanımı ($p<0,001$) çalışmamızda bağımsız prognostik faktörler olarak kabul edildi. Performans durumu (PD) ($p<0,001$), nodal invazyon düzeyi (N evre) ($p<0,001$), histolojik derecesi ($p<0,001$), lenfatik invazyon varlığı ($p=0,019$), perforasyon varlığı ($p=0,001$), adjuvan kemoterapi kullanımı ($p=0,001$) ve adjuvan kemoterapi rejimi çeşidi ($p=0,006$) genel sağkalım ile ilişkili bulundu.

Evre I-II-III opere edilmiş kolon kanserli hastalarda adjuvan kemoterapi tedavisinin sağ kalıma olumlu etkisinin olduğu istatistiksel olarak hem tek değişkenli univariant ($p=0,001$) hem de çok değişkenli multivariant cox regresyon analizlerinde ($p<0,001$) saptandı. Çapraz tablolamalar yapılarak adjuvan kemoterapi tedavisi kullanımının; genetik mutasyonu olanlarda olumlu olduğu ($p=0,049$), nodal invazyon derecesi arttıkça olumlu olduğu ($p<0,001$), tümöral invazyon derecesi arttıkça olumlu olduğu ($p<0,001$), performans durumu kötüleştikçe olumlu olduğu ($p=0,003$), hastalık evresi arttıkça olumlu olduğu ($p<0,001$) ve lenfatik invazyonu olanlarda olumlu olduğu ($p=0,008$) istatistiksel olarak da anlamlı saptandı.

Sonuç:

Evre I-II-III opere edilmiş kolon kanserli hastalarda adjuvan kemoterapi tedavisinin sağ kalıma olumlu etkisinin olduğu gösterilmekle birlikte; lenfatik invazyon varlığı, perforasyon varlığı, histolojik derece ve adjuvan kemoterapi kullanımı çalışmamızdaki bağımsız prognostik faktörler olarak değerlendirilmiş olup cerrahi sonrası tedavi ve takip planlanan bu hastalarda bu prognostik faktörlerin akılda tutulup göz önünde bulundurulmasının hastaların sağkalımı üzerindeki başarı şansını arttıracığına inanıyoruz.

SB-3 METASTATİK KASTRASYON DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ TEDAVİSİNDE 2.SERİ ENZALUTAMİDİN ETKİNLİĞİ

Elif ŞAHİN¹

¹Kocaeli Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Kocaeli

Giriş: Prostat kanseri (PK), erkeklerde en sık görülen 2. kanserdir. Androjen bağımlı bir hastalık olan PK’de metastatik evrede androjen deprivasyon tedavisine rağmen progresyon gelişmesi, metastatik kastrasyon dirençli prostat kanseri (mKDPK) olarak adlandırılır. Enzalutamid, androjen reseptör antagonisti bir ilaçtır. Çalışmamızda metastatik KDPK hastalarında, kemoterapi sonrası progresyonda kullanılan enzalutamid tedavisinin etkinliği incelendi.

Gereç-Yöntem: 01.01.2016-20.08.2023 tarihleri arasında tanı almış ve Kocaeli Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği’nde takip dosyası bulunan, 1. basamakta kemoterapi tedavisi almış, ikinci seri enzalutamid kullanan mKDPK hastalarının verileri retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 paket programı ile yapıldı. Sağkalım, Kaplan Meier metodu ile analiz edildi.

Bulgular: Dosetaksel tedavisi sonrası ikinci seri tedavi olarak enzalutamid alan 42 hastanın tedavi öncesi yaş ortalaması 70,26 ± 6,15 idi. Sekiz (19%) hastada diyabetes mellitus, 27 (%64) hastada hipertansiyon, 16 (38%) hastada koroner arter hastalığı, 8 (19%) hastada kronik akciğer hastalığı, 4 (%10) hastada aritmi öyküsü vardı. Hastaların çoğunluğu (74%) denovo metastatik ve %81’inde gleason skoru 8 ve üzerinde idi. 3 (%7) hastada prostatektomi, 6 (%14) hastada prostata radyoterapi yapılmıştı. En çok (%93) metastaz olan bölge kemik idi. Visseral metastaz 8 (%19) hastada vardı. Tedavi öncesi medyan prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi 19,6 (2,5-82,4) ng/ml iken, tedavi sonrası medyan PSA 3,2 (0,1-31,5) idi. Ortalama %62 oranında PSA düşüşü gözlemlendi. Yirmi bir (%50) hastada tedavi altında progresyon gözlenirken, 9 (%21) hasta takiplerde exitus oldu. Median progresyonsuz sağkalım (PSK) 19 (14-24) ay olarak hesaplandı. Median genel sağkalıma ise ulaşamadı. Tedavinin 1.yılında sağkalım oranı %88, 3. yılda ise %60 idi. En çok görülen yanetki yorgunluk (%50) olarak bulundu. Yalnızca 1(%3) hastada grade 3-4 yanetki (halsizlik ve ateş basması) oldu. Toksikiteye bağlı tedavisi kesilen hasta olmadı.

Sonuç: Bu çalışmada, 2. seri tedavide enzalutamid alan mKDPK hastalarında 19 aylık median PSK saptanmıştır. Komorbidite ve ileri yaşa rağmen, tedavinin hastalar tarafından iyi tolere edildiği görülmüştür. Daha büyük hasta gruplarında yapılan çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik kastrasyon dirençli prostat kanseri; enzalutamid; sağkalım; prognoz

SB-4 KOMORBİD HASTALIKLARIN (HİPERTANSİYON, DİABETES MELLİTUS, KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARI) KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE PROGNOSTİK ETKİLERİ

Dr. Akın ÖZTÜRK¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç : Komorbid hastalıkların En önemli bileşenleri hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olup, küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) hastalarında sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Amacımız majör komorbid hastalıkların KHAK hastalarının prognozları üzerindeki olası etkilerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem : 2013-2022 yılları arasında Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tıbbi onkoloji polikliniğinde tedavi ve takipleri yapılan KHAK tanılı 378 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi.

KHAK'leri hastalık yayılımını tanımlayabilmek amacı ile Veterans' Administration Lung Study Group (VALSG) evreleme sistemi kullanılarak sınırlı hastalık (LD-SCLC) ve yaygın hastalık (ED-SCLC) olmak üzere iki ana gruba ayrıldı. Hastalarımızın tedavileri VALSG evreleme sistemine göre NCCN ve ESMO Kılavuzları gibi standart kılavuzlar eşliğinde planlandı.

Çalışmamıza başlıca komorbid hastalıklar olan hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) önemli komorbid hastalıklar olarak belirlendi.

İstatistiksel analizler, Klinik parametrelerin komorbidite varlığı ve türleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için ki-kare testleri kullanıldı. Hastaların hayatta kalmasının tahmin edilmesi için Kaplan-Meier analizi kullanıldı ve hayatta kalmadaki farklılıklar log-rank istatistikleriyle değerlendirildi. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler Cox orantılı risk modelleri kullanılarak yapıldı. Genel sağkalım (OS), patolojik tanı tarihinden herhangi bir nedenden kaynaklanan ölüme kadar belirlendi.

Bulgular : Hastaların ortalama yaşı 63 olup grup, 40-90 aralığında değişmekteydi. Hastaların 317 (%83,9) erkek, 61 (%16,2) kadın cinsiyetindeydi. Hastalarımızın çoğunluğu yaygın evre hastalığı grubundaydı (n=247, %65,3). Hastaların %59'unda en az bir tür komorbid hastalığın olduğu gözlemlendi. En sık görülen Komorbid hastalığın % 42,1 ile HT olduğu; bunu %24,1 ile KOA'nın, %19,3 ile DM'un takip ettiği gözlemlendi. Yaş arttıkça komorbid hastalık görülme sıklığının arttığı gözlemlendi (p=0,0001). Erkekler de kadınlara göre komorbid hastalıklar daha fazla oranda gözlemlendi (p=0,004). Erkek hastalar da ağırlıklı olarak HT (p=0,0001) ve DM (p=0,011) sık gözlenmekteydi.

Diğer demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Klinik parametrelerin eşlik eden hastalık varlığı ve türleri, demografik özelliklerine göre dağılımı.								
Parametre	Komorbidite n (%)	P	DM n (%)	P	HT n (%)	P	KOA n (%)	P
Yaş, yıl								
<60	68 (30.5)	0.0001	23 (31.5)	0.1	41 (25.8)	0.0001	26 (28.6)	0.02
≥60	155 (69.5)		50 (68.5)		118 (74.2)		65 (71.4)	
Cinsiyet								
Kadın	46 (20.6)	0.004	19 (26.0)	0.011	38 (23.9)	0.0001	18 (19.8)	0.2
Erkek	177 (79.4)		54 (74.0)		121 (76.1)		73 (80.2)	
BMI								
<24.9	81 (36.3)	0.07	22 (30.1)	0.05	54 (34.0)	0.03	34 (37.4)	0.5
≥25	142 (63.7)		51 (69.9)		105 (66.0)		57 (62.6)	
Sigara								
Non-smoker	9 (4.0)	0.04	5 (6.8)	0.01	8 (5.0)	0.01	4 (4.4)	0.2
Smoker	214 (96.0)		68 (93.2)		151 (95.0)		87 (95.6)	

Ailesel Kanser geçmişi Yok Var	112 (50.5) 110 (49.5)	0.03	35 (47.9) 38 (52.1)	0.1	75 (47.2) 84 (52.8)	0.01	45 (50.0) 45 (50.0)	0.2
Hastalık Evresi Sınırlı Evre Yaygın Evre	71 (31.8) 152 (68.2)	0.1	25 (34.2) 48 (65.8)	0.9	51 (32.1) 108 (67.9)	0.3	26 (28.6) 65 (71.4)	0.1
Son Durumu Ex Hayatta	186 (83.4) 37 (16.6)	0.2	62 (84.9) 11 (15.1)	0.9	133 (83.6) 26 (16.4)	0.4	79 (86.8) 12 (13.2)	0.6

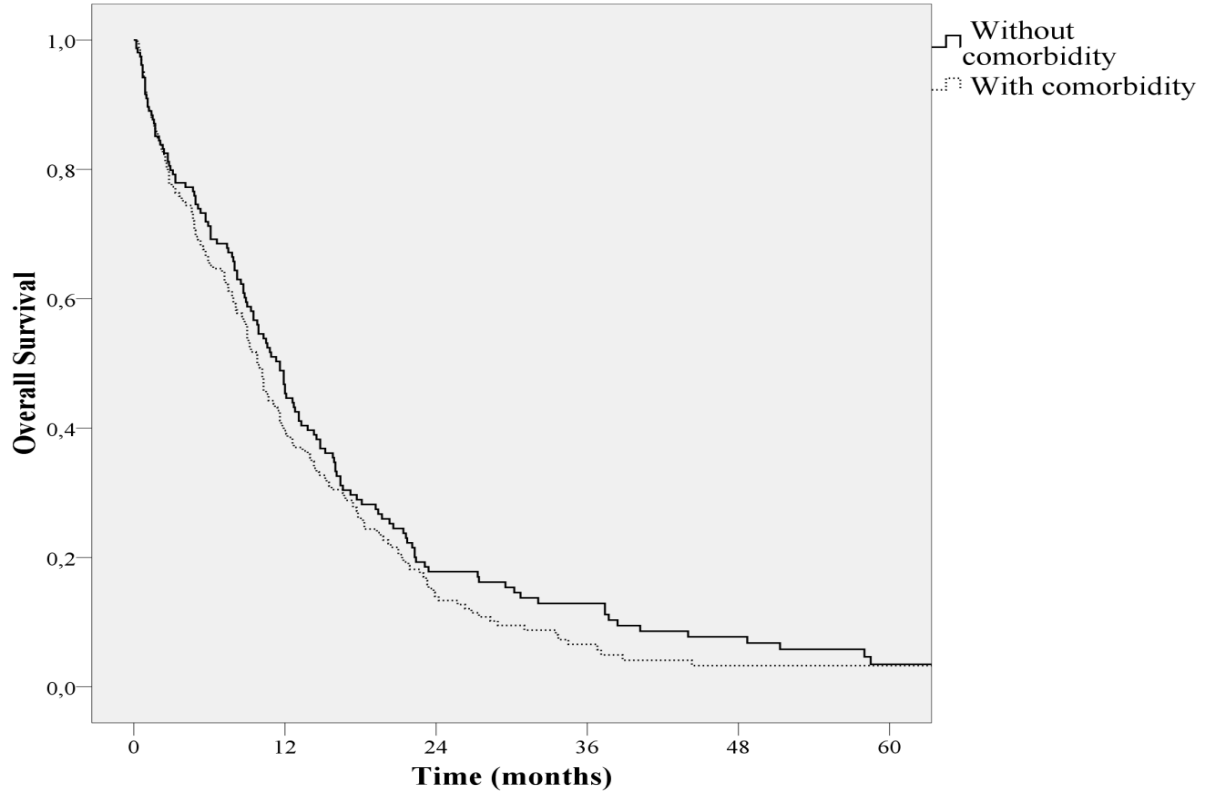
KHAK'ne eşlik eden komorbiditenin hastaların genel sağkalım (OS) oranları, komorbiditesi olmayan hastalarla benzerdi ($p=0,1$). HT ($p=0,1$) ve KOAH ($p=0,5$). KHAK'ne eşlik eden DM hastalarında DM olmayan hastalara göre daha kötü sağkalım oranı gözlemlendi (1 yıllık OS oranları sırasıyla %38,8'e karşı %47 ($p=0,054$) olarak hesaplandı. Ancak çok değişkenli analizde bu veri istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Yaşın artmasıyla birlikte eşlik eden hastalıkların prevalansı özellikle de HT ve KOAH'ın arttı, 60 yaşın altındaki hastaların %50,3'ünde herhangi bir tür komorbid hastalık vardı. 60 yaş üstü hastalarda bu oran %69,5'ti ($p=0,0001$) (Tablo 1). Komorbiditesi olan ve olmayan hastaların OS oranları benzerdi: 1 yıllık OS oranları sırasıyla %38,7 ve %48,7 idi ($p=0,1$) (Şekil 1).

Tablo 2. OS için tek değişkenli analiz

Parameter	HR (95%CI)	p
Age	1.434 (1.141-1.802)	0.002
Sex	1.444 (1.061-1.965)	0.01
Body mass index	0.903 (0.723-1.128)	0.3
Performance status	6.054 (4.684-7.825)	0.0001
Smoking	1.426 (0.734-2.772)	0.2
Smoking use	1.169 (0.934-1.463)	0.1
Stage of disease	3.256 (2.507-4.230)	0.0001
Response to chemotherapy	0.323 (0.238-0.438)	0.0001
Relapse	0.848 (0.554-1.297)	0.4
Comorbidity	1.167 (0.933-1.459)	0.1
DM	1.317 (0.995-1.742)	0.054
HT	1.163 (0.931-1.453)	0.1
COPD	1.087 (0.842-1.403)	0.5

KHAK hastalarının komorbidite varlığına ve yokluğuna göre OS eğrileri ($p=0,1$)

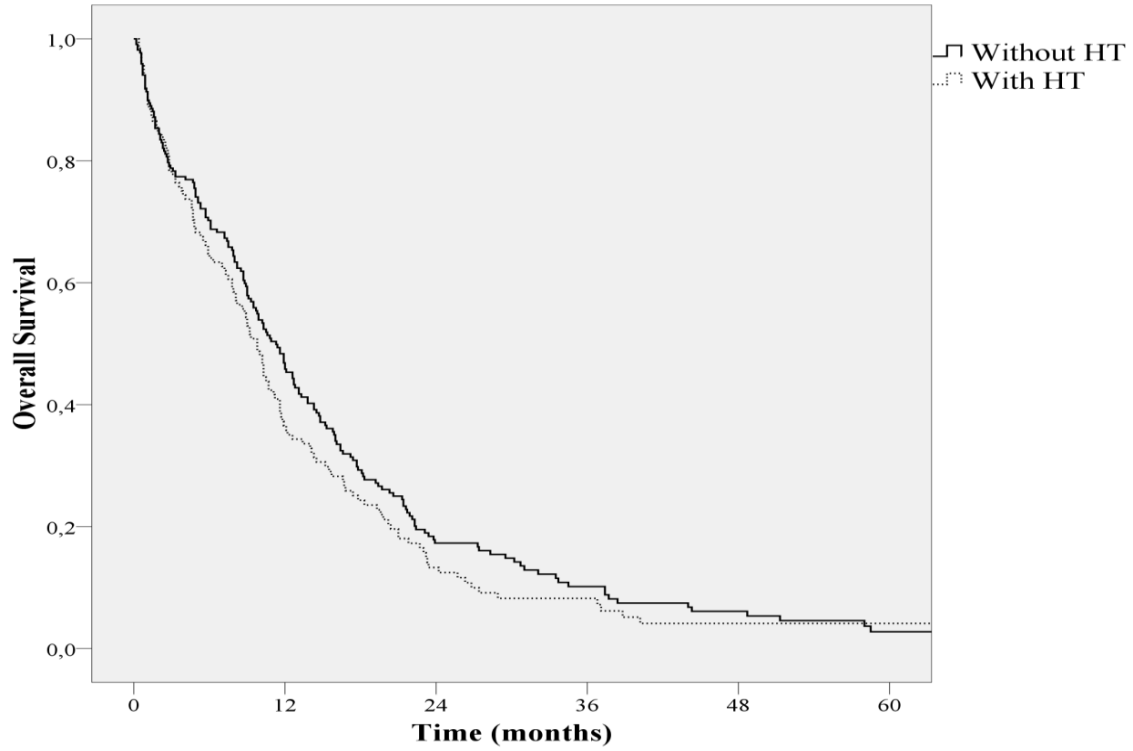
1 ve 5 yıllık OS oranları sırasıyla; Komorbiditesi olmayan hastalarda %48,7 ve %2,6; Komorbiditesi olan hastalarda %38,7 ve %2,6 olarak gözlemlendi. (Şekil 1.)



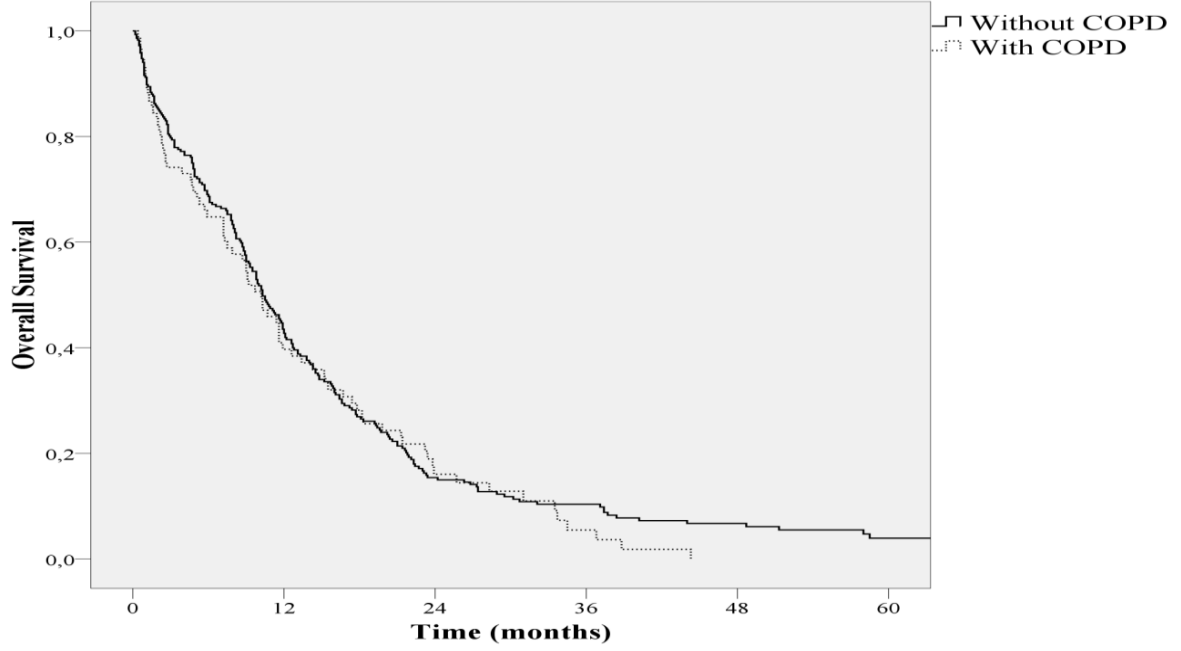
HT (%40 vs %49,6, $p=0,1$) ve KOAH (%45,7 vs %45,7, $p=0,5$) hastalarında benzer OS oranları gözlemlendi.

KHAK hastalarının HT varlığına ve yokluğuna göre OS eğrileri ($p=0,1$)

1 ve 5 yıllık OS oranları; HT olmayan hastalarda %49,6 ve %2,6; HT olan hastalarda %40,0 ve %4,3 olarak gözlemlendi. (**Sekil 3**)

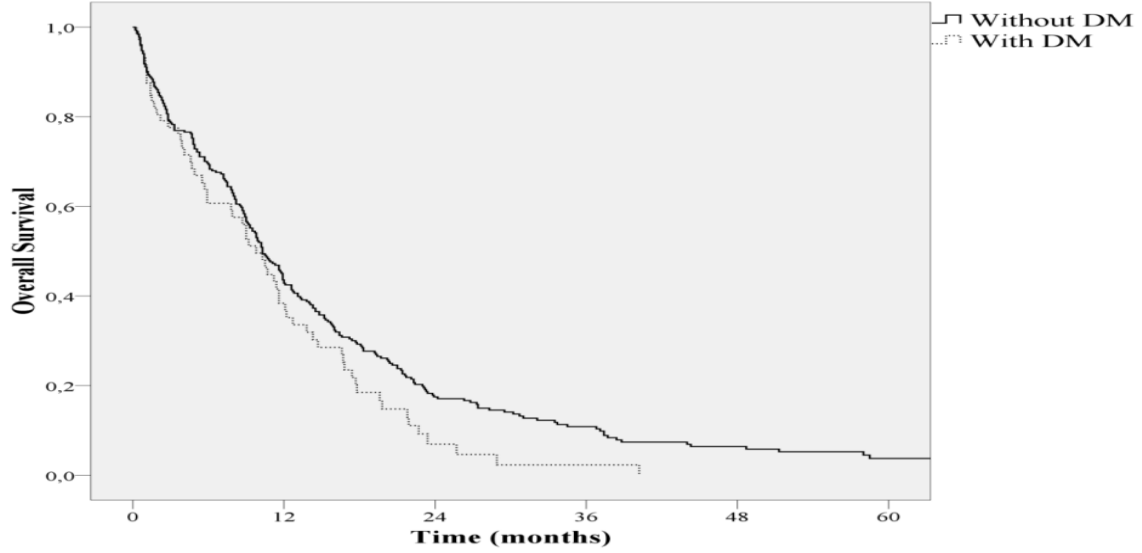


KHAK hastalarının KOAH varlığına ve yokluğuna göre OS eğrileri ($p=0,5$); 1 ve 5 yıllık OS oranları; KOAH olmayanlarda %45,7 ve %3,5; KOAH olanlarda %45,7 ve %0,0 olarak Gözlendi. (Şekil 4)



İlginç olarak KHAK-DM birlikteliği olan hastaları KHAK-DM birlikteliği olmayanlara göre sağkalım oranları daha kötü olarak gözlemlendi. (sırasıyla %38,8'e karşı %47, $p=0,054$) (Şekil 2-4).

KHAK hastalarının DM varlığına ve yokluğuna göre OS eğrileri ($p=0,054$); 1 ve 5 yıllık OS oranları; DM olmayanlarda %47,0 ve %4,0; DM olan hastalarda %38,3 ve %0,0 (Şekil 2)



Çok değişkenli analizler de ise DM anlamlılığını kaybetmiş, eşlik eden hastalıkların hiçbirinin OS ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. OS için çok değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı parametreler

Parameter	HR (95%CI)	p
HGB	0.622 (0.404-0.957)	0.03
Performance status	2.212 (1.347-3.633)	0.002
Sex	2.674 (1.542-4.638)	0.0001
Response to chemotherapy	0.511 (0.355-0.737)	0.0001

Sonuç : Genel olarak KHAK hastalarında komorbiditenin sağkalım üzerine etkisini tespit edemedik. Ancak DM'ye eşlik eden SCLC'li hastalarda sağkalım oranlarının daha düşük olduğu görüldü. Çalışmamızın retrospektif tasarımı en önemli kısıtlılığıdır. Çalışmamızın diğer bir kısıtlayıcı sebep ise; Veriler yalnızca Onkoloji Merkezi'ndeki hasta kayıtlarının doğruluğuna bağlı olup, klinik özelliklere ilişkin bazı veri eksiklikleri, komorbid hastalığın süresi, şiddeti, tedavi detayları, tedaviye yanıt, komplikasyon gelişip gelişmediği gibi detaylı bilgilerin eksik olması ve bu nedenle değerlendirmeye alınmamasıdır. Bu nedenle tüm bu detayları içeren ve değerlendiren daha fazla hasta sayısı ile yapılacak prospektif çalışmalar bu konuda daha doğru sonuçlar verecektir.

Anahtar Sözcük :Küçük hücreli akciğer kanseri, komorbidite, sağkalım

SB-5 HER2(+) MEME KANSERİ NEOADJUVAN TEDAVİSİNDE ANTRASİKLİNLER? ISRAR ETMELİ MİYİZ?

Cengiz YILMAZ¹

¹İzmir SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Meme kanserinde, özellikle HER2(+) ve triple negatif moleküler alt tiplerde, kozmetik sonuçları iyileştirmek, post-op komplikasyonları azaltmak ve tedaviye yanıtı değerlendirmek amacıyla neoadjuvan kemoterapi (NAKT) yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavi sonrası patolojik tam yanıt elde edilen hastalarda genel sağkalımın daha iyi olduğu gösterilmiştir. HER2(+) hastalığın neoadjuvan tedavisinde sıklıkla antrasiklin (A) ve taksan (T) bazlı ardışık kemoterapiler kullanılmakta ve taksanlara HER2 hedefleyici ajanlar (trastuzumab ve pertuzumab) eklenmektedir. Ancak antrasiklinlerin geriye dönüşümsüz kardiotoksisite ve sekonder hematolojik malignite gibi riskleri mevcuttur. Antrasiklinlere alternatif olarak, taksan bazlı kemoterapiler, anti-HER2 tedavilerle (Dosetaksel ± Karboplatin + Anti-HER2) kombine olarak daha uzun süre uygulanabilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019 – Haziran 2023 tarihleri arasında İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma hastanesinde HER2(+) meme kanseri nedeni NAKT uygulanmış kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar, NAKT rejimleri antrasiklin içeren (A) ve içermeyenler (non-A) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki grup (A vs non-A); i) yan etkiler ve güvenilirlik, ii) ara radyolojik değerlendirmede klinik yanıt dereceleri ve iii) cerrahi sonrası patolojik tam yanıt (pCR) oranları bakımından karşılaştırıldı.

Bulgular: HER2(+) meme kanseri nedeni ile NAKT başlanmış toplam 74 kadın hastanın verileri değerlendirildi. Hastaların 58'i A içeren ardışık NAKT (A; genellikle A → T + anti-HER2) ve 16'sı A içermeyen NAKT (non-A; T bazlı + anti-HER2) almıştı. Her iki grubun ortalama yaşları, FISH pozitif hasta sayısı, moleküler alt tiplere göre hasta dağılımı (LB-HER2 pozitif ve HER2 zengin), histolojik alt tipleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ve benzer dağılım göstermekteydi. İleri evre hastalık ve dual HER2 tedavi alan hasta sayısı non-A grupta daha fazlaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 1).

Yan etki ve güvenilirlik: A grubunda 11 defa (%19) grade ≥3 yan etki gözlenirken, non-A grubunda grade ≥3 yan etki gözlenmedi (p = 0.107 f). A grubunda 2 hastada (%3,4) grade 4 kalp yetmezliği gelişti ve bir hasta opere olamadan exitus oldu (Tablo 1).

Klinik etkinlik açısından NAKT süresince ara radyolojik görüntülemesi mevcut olan 57 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan 40'ına önce antrasiklin (ÖA grubu) verilmişti, diğer 17 hastaya ise tek başına taksan verilmiş veya ardışık NAKT'ye önce taksanlar ile (T + Anti-HER2 → A) (T veya ÖT grubu) başlanmıştı. ÖA grubunda; A tedavisi bitiminde 3 hastada (%7,5) radyolojik progresyon saptanmış, 13 hastada (%32,5) ise yanıtızlık gözlenmişti. "T veya ÖT grubunda" ise; radyolojik progresyon gelişen hasta olmadı. Sadece 2 hastada (%12) radyolojik yanıtızlık vardı. Her iki grup karşılaştırıldığında "sadece T veya ÖT" grubunda antrasiklinlerle kemoterapiye başlanan gruba kıyasla "yanıtız veya progresse" olan hasta oranı anlamlı olarak daha azdı (%12 vs. %40, p = 0.036^{x2}) (Tablo 2).

Patolojik Etkinlik: Non-A grubunun genel patolojik tam yanıt oranları A grubuna göre daha yüksekti (%62,5 vs. %51, p=0,410^{x2}) ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 1). Spesifik olarak NAKT süresince dört kür dual anti-HER2 tedavi (trastuzumab ve pertuzumab) almış hastalar antrasiklin alıp almamalarına göre de karşılaştırıldı. A içermeyen NAKT almış hastaların (TCHx2 → DHPx4, n=11), A içeren ardışık NAKT almış hastalara (A + T + Dual HER2, n=33) göre patolojik tam yanıt oranları daha yüksekti, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (%82 vs. %64, p = 0.456f) (Tablo 3).

Sonuç: HER2(+) meme kanserinin neoadjuvan tedavisinde antrasiklin içermeyen taksan bazlı kemoterapiler (T + Anti-HER2) yan etki anlamında antrasiklinlerden daha güvenli kabul edilebilir. Klinik yanıt bakımından daha üstün ve patolojik yanıt anlamında da benzer etkinlik göstermektedir. Anti-HER2 tedavi etkinliğinin yüksek öngörüldüğü hasta gruplarında (HER2 Skor 3 ve pozitif hücre yüzdesi yüksek hastalar) veya erken evre HER2(+) meme kanseri neoadjuvan tedavisinde antrasiklinler gereksiz toksisiteye neden olabilir.

Tablo 1. Antrasiklin alan ve almayan hastaların demografik, klinik karakteristiklerinin ve patolojik yanıt düzeylerinin karşılaştırılması.

	Total		ANTRASİKLİN		p
	n	%	ALDI (n=58)	ALMADI (n=16)	
Yaş, yıl (min – max)	53 ± 10	(27 – 72)	53 ± 9	52 ± 12	0.972^f
Moleküler alt tip					
LB-HER2(+)	50	%68	39 (%67)	11 (%69)	0.909^{az2}
HER2 Zengin	24	%32	19 (%33)	5 (%31)	
HER2 status					
Skor 3	59	%80	45 (%78)	14 (%87,5)	0.499^f
Skor 2 FISH (+)	15	%20	13 (%22)	2 (%12,5)	
Klinik Evre					
Erken	23	%31	21 (%36)	2 (%12,5)	0.125^f
Lokal ileri	51	%69	37 (%64)	14 (%87,5)	
Histoloji					
İnvaziv Duktal	70	%94,6	55 (%95)	15 (%94)	0.471^{az2}
İnvaziv Lobuler	2	%2,7	1 (%2)	1 (%6)	
Diğer	2	%2,7	2 (%3)	0 (%0)	
Kemoterapi					
Ardışık A + T	57	%77,0	57 (%98)	0	
Sadece Antrasiklin	1	%1,4	1 (%2)	0	
Taxan bazlı	16	%21,6	0	16 (%100)	
Kemoterapiye başlangıcı					
Antrasiklin	54	%73	54 (%93)	0	
Taxane	20	%27	4 (%7)	16 (%100)	
Kemoterapi Rejimi					
EC-wPtx	10	%13,5	%17	-	
DD AC - wPtx	19	%25,7	%33	-	
DD AC – Dtx	28	%37,8	%48	-	
Sadece Antarsiklin	1	%1,4	%2	-	
Sadece taxane	3	%4,1	-	%19	
TCH (x6)	2	%2,7	-	%12	
TCH (x2) + DHP (x4)	11	%14,9	-	%69	
ANTI-HER2 tedavi					
Trastuzumab (T)	28	%37,8	23 (%40)	5 (%31)	0.697^{az2}
Dual HER2 (T+P)	45	%60,8	34 (%59)	11 (%69)	
Almadı (Progrese, GC sevk)	1	%1,4	1 (%2)	0	
Yan Etki (Grade ≥ 3)	11	%15	11 (%19)	0 (%0)	0.107^{az2}
Nötropenik ateş	2	%2,7	2 (%3,4)	-	
Kalp yetmezliği	2	%2,7	2 (%3,4)	-	
Anemi, AGE, EAS	7	%9,4	7 (%12,1)	-	
Genel Patolojik Yanıt (n=73)					
pCR	39	%53	29 (%51)	10 (%62,5)	0.410^{az2}
non-pCR	34	%47	28 (%49)	6 (%37,5)	
Meme Patolojik Yanıt (n=73)					
pCR	42	%57,5	32 (%56)	10 (%62,5)	0.649^{az2}
non-pCR	31	%42,5	25 (%44)	6 (%37,5)	
Axilla Patolojik Yanıt (n= 73)					
pCR	51	%70	39 (%68)	12 (%75)	0.612^{az2}
non-pCR	22	%30	18 (%32)	4 (%25)	

Tablo 2. Kemoterapi rejimlerine ara radyolojik yanıt değerlendirmesi; antrasiklin sonrası ara radyolojik yanıt vs. taksan sonrası ara radyolojik yanıtların karşılaştırılması.

Ara Radyolojik Görüntüleme Yanıtı (n = 57)	NAKT Rejimi ve Kemoterapiye Ne ile Başladı?		p
	(Önce Antrasiklin) A → T + Dual-Her2 (n = 40)	Sadece T veya Önce Taxan T + Dual-Her2 → A or TCH ± DHP (n = 17)	
Yanıtlı	24 (%60)	15 (%88)	0.036^{x2}
Yanıtız veya progrese	16 (%40)	2 (%12)	
<i>Yanıtız</i>	13 (%32,5)	2 (%12)	
<i>Progrese</i>	3 (%7,5)	0 (%0)	

Tablo 3. Dual HER2 tedavi almış hastaların antrasiklin alıp almamalarına göre patolojik yanıt oranları.

Tümör ve Axilla LN Yanıt Durumu	Ardışık (A + T) vs. Taksan (T) bazlı NAKT		p
	A → DHP (x4) (n = 33)	TCH (x2) → DHP(x4) (n = 11)	
pCR	21 (%64)	9 (%82)	0.456^f
non-pCR	12 (%36)	2 (%18)	
<i>Minimal rezidüel hastalık</i>	5 (%15)	1 (%9)	
<i>Parsiyel yanıt</i>	7 (%21)	1 (%9)	

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, HER2, Neoadjuvan kemoterapi, Antrasiklin, Taksan

SB-6 İLERİ YAŞTAKİ MEME KANSERİ HASTALARINDA GENOMİK DEĞİŞİKLİKLER

Hatime Arzu Yaşar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve ölüme neden olan kanserler arasında beşinci sırada gelir. Meme kanserlerinin %30-35'i 70 yaş üzerinde görülebilmektedir. Erken yaşta görülen meme kanserleri ile ileri yaşta görülen meme kanserleri arasında bazı klinik ve genomik bazı farklılıklar görülmektedir. Bu çalışmadaki amacımız ileri yaştaki meme kanseri hastalarındaki genomik değişiklikleri tanımlamak.

Gereç ve Yöntem:

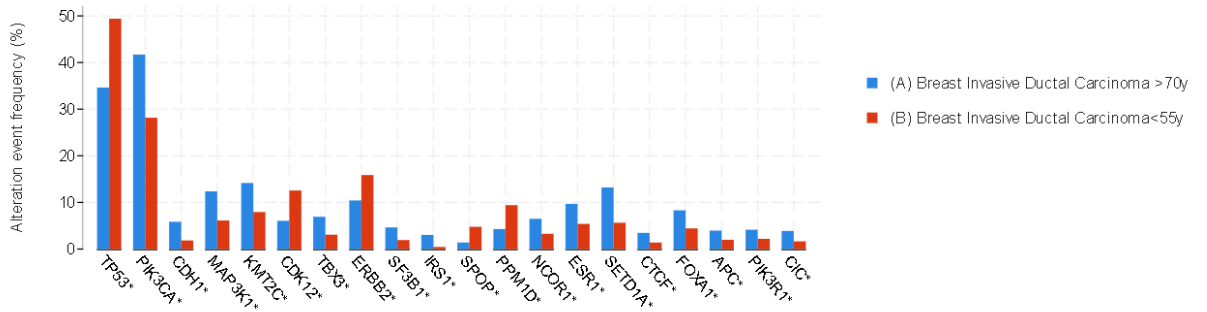
Araştırmaya; Amerikan Kanser Araştırması Birliği (AACR) projesi olan "GENIE Cohort v13.1" veri tabanından meme kanseri hastalarının verileri dahil edildi [1-3]. Hastaların demografik (yaş, cinsiyet, ırk) ve klinikopatolojik verileri anonimleştirilmiş olarak veri tabanından çıkarıldı.

Bulgular:

8866 adet meme kanseri tanısı olan hastanın verisi incelendi. Bu hastaların 8737'si (%98,5) kadın, 82'si (%0,9) erkek hasta idi. Hastaların %57,4'ünü (N:5092) beyaz ırk oluşturuyordu. Hastaların 6254'ünde (%66,7) örneklem primer tümör dokusundan yapılmıştı. Hastalar ≥ 70 yaş ve ≤ 55 yaş olmak üzere iki gruba ayrıldı. ≥ 70 yaş grubunda 1201 hasta, ≤ 55 yaş grubunda 4445 hasta mevcut idi. ≥ 70 yaş grubunda erkek cinsiyet vakaların %1,46'sında (N:18) görülürken, ≤ 55 yaş grubunda vakaların %0,59'unda (N:28) erkek cinsiyet görülmektedir. Cinsiyet dağılımı gruplar arasında farklılık gösteriyordu ($p < 0,01$). İrk dağılımı gruplar arasında farklılık gösteriyordu ($p < 0,01$).

≥ 70 yaş grubunda median yaş (minimum-maximum):75 (71-87); ≤ 55 yaş grubunda median yaş (minimum-maximum): 46 (23,5-55) idi. ≥ 70 yaş grubunda mutasyon sayısı median (q1-q3):5 (3-7), ≤ 55 yaş grubunda mutasyon sayısı median (q1-q3): 4 (2-6). ≥ 70 yaş grubunda fraksiyone genom alterasyonu median (q1-q3):0,23, (0,1-0,42), ≤ 55 yaş grubunda fraksiyone genom alterasyonu median (q1-q3): 0,23 (0,09-0,4).

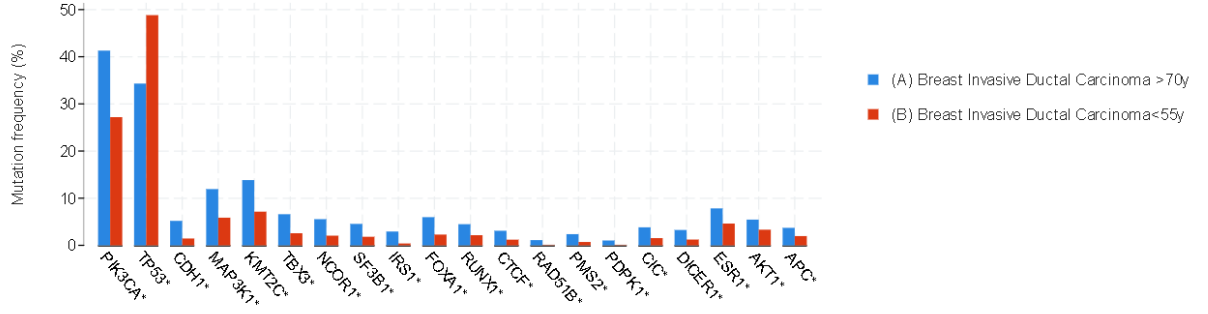
≥ 70 yaş grubunda PIK3CA, CDH1, MAP3K ve ESR1 gen alterasyonları (mutasyon, yapısal varyant/füzyon, kopya numarası alterasyonları) ≤ 55 yaş grubu ile karşılaştırıldığında daha sık görülmektedir ($q < 0,01$)(Şekil 1).



Şekil 1: Meme kanserinde >70 yaş grubu ve <55 yaş grubundaki gen alterasyonları

*Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($q < 0,01$)

≥70 yaş grubunda PIK3CA, CDH1, MAP3K ve ESR1 gen mutasyonları ≤55 yaş grubu ile karşılaştırıldığında daha sık görülmektedir (q<0.01)(Şekil 2).



Şekil 2: Meme kanserinde >70yaş grubu ve <55 yaş grubundaki gen mutasyonları

**Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (q<0.01)

Sonuç:

İleri yaştaki meme kanseri hastalarında genç yaş ile karşılaştırıldığında genomik alterasyonlar farklılık göstermektedir. Özellikle PI3KCA ve ESR1 mutasyonları ve alterasyonları genç yaştaki meme kanseri hastalarına göre daha sık gözlenmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak tedavi planlaması ileri yaştaki meme kanseri hastalarında hastalık kontrolünü daha iyi sağlamaya olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, mutasyon, alterasyon, amplifikasyon

Teşekkür:

"The authors would like to acknowledge the American Association for Cancer Research and its financial and material support in the development of the AACR Project GENIE registry, as well as members of the consortium for their commitment to data sharing. Interpretations are the responsibility of study authors."

Referanslar:

1. Cerami E, Gao J, Dogrusoz U, et al.: The cBio cancer genomics portal: an open platform for exploring multidimensional cancer genomics data. Cancer Discov. 2012, 2:401-404. 10.1158/2159-8290.CD-12-0095
2. Gao J, Aksoy BA, Dogrusoz U, et al.: Integrative analysis of complex cancer genomics and clinical profiles using the cBioPortal. Sci Signal. 2013, 6:pl1. 10.1126/scisignal.2004088
3. Consortium APG: AACR Project GENIE: Powering Precision Medicine through an International Consortium. Cancer Discov. 2017, 7:818-831. 10.1158/2159-8290.CD-17-0151

SB-7 COVID-19 PANDEMİSİNİN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ SAĞLIK KURULU BAŞVURUSUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu BAYIR GARBİOĞLU¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Zonguldak, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ülkemizde geriatric nüfus oranının görece düşük olmasına rağmen, sağlık kuruluna başvuran geriatric hasta oranının yüksek olması; geriatric hastalarda engelliliğin toplam nüfusa göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Sağlık kurulu başvurularında kanser hastalarının oranı dikkat çekici düzeydedir. Pandemi döneminde ülkemizde 65 yaş üstü kişilerin sokağa çıkma ve elzem olmayan hastane başvurularını azaltma önlemleri uygulanmıştır. Bu sürecin kanser hastaları üzerindeki etkisini gösterebilmek adına çalışmamızda pandemi öncesi ve sırasında geriatric onkoloji hastalarının sağlık kuruluna başvuru durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihi öncesi ve sonrası birer yıllık süreçte bir üniversite hastanesi sağlık kuruluna başvuran onkoloji hastalarının sosyodemografik, klinikopatolojik özellikleri, sağlık kurulu başvuru nedenleri, engel oranları ve bağımlılık düzeyleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya kanser tanılı 228 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 61,4±13,05 yıl olup, minimum yaş 23, maksimum yaş 90 idi. Hastaların %51,8'i kadın, %48,2'si erkekti. Başvuranların %41,2'si 65 yaş ve üzerinde idi. Pandemi öncesi ve pandemi döneminde komorbidite oranlarında, cinsiyette ve yaş gruplarında fark bulunmadı. En sık tanı sırasıyla meme, akciğer ve kolorektal kanserler idi. Pandemi döneminde sağlık kurulu başvurularında evre 4 hastalık (p:0.015), remisyonda olmama (p:0.048), kısmi bağımlılık oranı (p:0.043) daha fazlaydı. Pandemi döneminde, sosyal bakım haklarından yararlanmak ve özel tüketim vergisi (ÖTV) indiriminden faydalanmak daha sık sağlık kurulu başvuru nedeni olarak görüldü (p:0.00). Pandemi döneminde 65 yaş ve üzeri hasta grubunda ÖTV indiriminden faydalanmak için sıklıkla hasta yakını adına başvuru yapıldığı görüldü (p:0.017).

Sonuç: Toplumdaki geriatric popülasyonun sağlık kurulu başvuruları arasında geriatric onkoloji hastalarının oranı yüksek gözlenmektedir. Bu durum pandemi döneminde de değişiklik göstermemiştir. Tıbbi onkoloji alanındaki son derece hızlı gelişen tedavi seçenekleri neticesinde uzayan yaşam süresinin, sosyoekonomik ve psikolojik problemler ile çevre koşullarındaki bozukluklar gelecekte de geriatric popülasyonda engelli bireylerin sayısında artış olacağına işaret etmektedir. Bu bağlamda yapılacak çalışmalar ışığında geriatric popülasyondaki engelli bireylerin istekleri odak noktasına koyularak engelliliğin önlenmesi, rehabilitasyon, bakım ve sosyal haklarına dönük problemlerin çözümü için çalışılmalıdır.

Anahtar sözcükler: geriatric onkoloji, engellilik, pandemi

Tablo-1: Pandemi öncesinde ve pandemi döneminde hasta özelliklerinin kıyaslanması

	Pandemi öncesi		Pandemi dönemi		P
	n	%	n	%	
Komorbidite					
Yok	40	36.3	34	28.8	0.224*
Var	70	63.7	84	71.2	
Bağımlılık durumu					
Bağımsız	100	90.9	99	83.8	0.043*
Kısmi Bağımlı	4	3.6	14	11.8	
Tam bağımlı	6	5.5	5	4.4	
Yaş kategorik					
65 yaş altı	63	57.2	71	60.2	0.657*
65 yaş ve üzeri	47	42.8	47	39.8	
Cinsiyet					
Kadın	56	51.0	62	52.5	0.455*
Erkek	54	49.0	56	47.5	
Remisyon durumu					
Remisyonunda	61	55.5	50	42.4	0.048 *
Remisyonunda değil	49	44.5	68	57.6	
Başvuru evresi					
Evre 1	16	14.5	10	8.4	0.015 *
Evre 2	33	30.0	36	30.5	
Evre 3	30	27.2	18	15.2	
Evre 4	31	28.3	54	45.9	
Başvuru nedeni					
Engelli haklarından faydalanmak	32	29.0	6	0.7	0.000 *
ÖTV indiriminden faydalanmak	19	17.2	38	34.5	
Vergi indiriminden faydalanmak	15	13.6	19	17.2	
Sosyal bakım haklarından faydalanmak	44	40.2	55	46.6	

* Chi-Square Test/Fisher's Exact Test

SB-8 YAŞLI GLİOBLASTOME MULTİFORME HASTALARINDAKİ GENETİK FARKLILIKLAR

Pınar KUBİLAY TOLUNAY¹, Bediz KURT İNCİ¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç

Glioblastoma multiforme (GBM) agresif seyirli primer beyin tümörüdür ve insidansı yaşla birlikte artmaktadır, median tanı yaşı 65'tir (1). Tanı sırasında yaşı artması ile sağkalım oranının azaldığı bilinmektedir ancak bu etkinin sebebi tam olarak aydınlatılmış değildir (2). Yaşlı hastalardaki kötü prognozunu nedeni performans durumunun kötülüğü, hekimlerin yaşlı hastalara tedavi verme ile ilgili çekinceleri ya da tedavilere bağlı yan etkiler olabilir ancak GBM biyolojisinde yaşa bağlı değişikliklerin etkisi tam olarak ortaya konmuş değildir (3). Bu çalışmada yaşlı GBM hastalarındaki kötü prognozla ilişkili olabilecek genetik değişiklikleri tanımlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya; Amerikan Kanser Araştırması Birliği (AACR) projesi olan "DFCI-Profile Glioma Cohort 2013-2018" veri tabanından alınan hasta verileri kullanıldı(4). Entegre histomoleküler grup sınıflamasına göre IDH ½ mutasyonu ve 1p19q kodelesyonu bulunmayan glioblastoma tanılı hastalar seçildi. Hastalar yaş gruplarına göre üçe ayrıldı: 40 yaş ve altı, 40-70 yaş arası ve 70 yaş ve üzeri. Kategorik gruplar arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya 857 hasta dahil edildi. Hastaların %57,4'ü erkek, %42,6'sı kadındı. MGMT metilasyon durumu hastaların %22,3'ünde bilinmiyordu, %33'ünde metilasyonu pozitif, %44,7'sinde negatifti. MGMT durumu bilinen hastalar arasında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık yoktu. Yaş gruplarına göre ayrılmaksızın en yaygın görülen mutasyonlar PTEN, TP53 ve NF1 genlerindeydi. 70 yaş ve üzerindeki hasta grubunda PTEN mutasyonu (p<0.001); PDGFRA, KIT, EGFR ve KDR genlerinde amplifikasyon (p<0.001), CDKN2A ve CDKN2B genlerinde delesyon (p<0.001) daha sık görüldü. 40 yaş ve altındaki hastalarda H3F3A, ATRX, TP53, SDHC, SLC34A2, POT1, HIST1H3B, ALK, STAG1, MSH6, ASXL1, GNAQ, SDHS, ERBB2, MYCN, NRAS, PPM1D gen mutasyonları daha sık görüldü. TERT mutasyonu 70 yaş üzerinde daha sık görülse de anlamlı farklılık yoktu (p=0.045).

Sonuç

Kırılgnalık, cerrahi ve adjuvan tedavilere toleransta azalma, komorbiditelerin fazlalığı ileri yaştaki GBM hastalarında negatif prognoz üzerine etkilidir bununla birlikte yaş ile sıklığı artan genetik mutasyonların varlığı da bu grup hastada negatif prognositik faktör olabilir. Gelecekte bu genetik mutasyonların bireyselleşmiş tedavilerin gelişimine hedef olarak katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Glioblastom, mutasyon, yaş

Teşekkür: Yazarlar, Amerikan Kanser Araştırmaları Derneği'ne ve onun AACR Projesi GENIE kaydının geliştirilmesindeki mali ve maddi desteğinin yanı sıra konsorsiyum üyelerine veri paylaşımına olan bağlılıklarından dolayı teşekkür etmek ister. Yorumlar çalışma yazarlarının sorumluluğundadır.

Referanslar

1. Ostrom QT, Patil N, Cioffi G, Waite K, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2013-2017. Neuro Oncol. 2020;22(12 Suppl 2):iv1-iv96. Epub 2020/10/31. doi: 10.1093/neuonc/noaa200. PubMed PMID: 33123732; PMCID: PMC7596247.
2. Sasaki T, Fukai J, Kodama Y, Hirose T, Okita Y, Moriuchi S, Nonaka M, Tsuyuguchi N, Terakawa Y, Uda T, Tomogane Y, Kinoshita M, Nishida N, Izumoto S, Nakajima Y, Arita H, Ishibashi K, Shofuda T, Kanematsu D, Yoshioka E, Mano M, Fujita K, Uematsu Y, Nakao N, Mori K, Kanemura Y. Characteristics and outcomes of elderly patients with diffuse gliomas: a multi-institutional cohort study by Kansai Molecular Diagnosis Network for CNS Tumors. J Neurooncol. 2018;140(2):329-39. Epub 2018/08/05. doi: 10.1007/s11060-018-2957-7. PubMed PMID: 30076584; PMCID: PMC6244782.

5.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu
16 Eylül 2023 | Çevrimiçi

3. Yuen CA, Barbaro M, Haggiagi A. Newly Diagnosed Glioblastoma in Elderly Patients. Curr Oncol Rep. 2022;24(3):325-34. Epub 2022/02/06. doi: 10.1007/s11912-022-01201-7. PubMed PMID: 35122621; PMCID: PMC8817659.
4. The AACR Project GENIE Consortium. AACR Project GENIE: Powering Precision Medicine Through An International Consortium, Cancer Discov. 2017 Aug;7(8):818-831

SB-9 RADYOTERAPİNİN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA KIRILGANLIĞA ETKİSİ

Zeliha GÜZELÖZ¹, Umut GÖK BALCI²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği, İzmir

Giriş ve Amaç: Kırılgnlık yaşla değişen bedenin stresör etkenlere karşı savunmasız hale gelmesi ve dayanıklılığının azalması olarak tanımlanmaktadır. Onkolojik tedavilerin kırılgnlığı artırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlı kanser hastaları standart tedavileri alamamaktadırlar. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EKÖ) yaşlı hastalarda kırılgnlığı değerlendiren testlerden biridir. Hastayı toplamda 11 soru ile kognitif, nutrisyonel, sosyal, psikolojik ve medikal açıdan değerlendirir. Hasta bu ölçekten 0-17 arasında puan alır. Ölçek puanındaki artış kırılgnlığın artması ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda amacımız radyoterapinin yaşlı kanser hastalarında kırılgnlığa etkisini EKÖ kullanarak araştırmaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışma tek merkezli, prospektif tarzda tasarlandı. Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde radyoterapi (RT) endikasyonu alan ≥ 65 yaş hastalardan gönüllülük esasına dayalı olarak radyoterapi öncesi ve sonrasında EKÖ'ni doldurmaları istendi. RT öncesi ve sonrası toplam puanlar elde edildi. Eş zamanlı olarak hastaların medikal bilgileri kaydedildi. Her bir hasta için Pre-RT puanından Post-RT puanı çıkarılarak puan değişimi (PD) hesaplandı. Verilerin istatistik analizinde normal dağılım Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov test, PD paired samples t-test ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler t-tests ve ANOVA ile analiz edildi. Pearson korelasyon testi sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırmak için uygulandı. Data SPSS (v29.0) ile değerlendirildi ve $p < 0.05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Nisan 2021-Ağustos 2023 yılları arasında yapılan çalışmaya toplamda 121 hasta katıldı. RT öncesi ve sonrası her iki ölçeği de eksiksiz dolduran 81 hastanın verileri analiz edildi. Medyan izlem süresi 5 aydır (1-30). Hastaların %47'si erkek olup medyan yaş 73 (65-97)'dür. En sık görülen tanılar sırasıyla prostat kanseri %30, meme kanseri %13, jinekolojik tümörler %13 şeklindedir. Hastaların %41'i evre IV hastadır. Hastaların %37'sine palyatif RT, %26'sına adjuvan RT, %20'sine radikal RT uygulanmış olup medyan doz 45 Gy (8-78)'dir. Hastaların %60.5'ine (n=49) KT verilmemiştir.

RT sonrasında 31 hastanın puanında düşme, 21 hastanın puanında yükselme saptanırken, 29 hastanın puanı aynı kalmıştır. Pre- RTEKÖ mean değeri 5.75 ± 2.6 post-RTEFÖ mean değeri 5.51 ± 2.8 olarak bulundu ($p=0.3$). Sosyal desteği değerlendiren beş numaralı soruda RT öncesi mean değeri ile RT sonrası mean değerinin arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı (95% CI 0.16-0.23 $p=0.023$).

Pre-RTEKÖ ve post-RTEKÖ ile yaş, vücut kitle indeksi, RT dozu, RT fraksiyon sayısı ve izlem süresi arasındaki korelasyon incelendi. Post-RTEKÖ puanı RT dozu ve RT fraksiyon sayısı ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.33$, $p=0.03$; $r=-0.31$, $p=0.04$).

PD'nin yaş, cinsiyet, kovit geçirip geçirmeme, vücut kitle indeksi, komorbid hastalık varlığı, RT dozu ve izlem süresi ve sağ kalım durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. PD ile KT bilgileri değerlendirildiğinde neoadjuvan KT alan hastaların (mean -2.0 ± 2.7) (95%CI -6.3-2.3) hem adjuvan KT hem de eş zamanlı KT alanlara göre PD anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (sırasıyla $p=0.029$, 0.043).

Sonuç: EKÖ ile yaptığımız değerlendirmede hastaların çoğunluğunda RT sonrası puanın azaldığı veya aynı kaldığı görüldü. Düşünülenin aksine yaşlı hastalarda RT kırılgnlığını artırmadığını düşünmekteyiz. RT sonrası kısa dönem değerlendirmede punda anlamlı bir düşüş olmamakla beraber uzun vadede görülecek puan değişiminin ve bu değişimin sağ kalıma olan etkisini araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Radyoterapi, yaşlı hasta, kırılgnlık, Edmonton kırılgnlık ölçeği

SB-10 KÜRATİF TEDAVİ UYGULANAN ÖZEFAGUS KANSERİ TANILI GERİATRİK HASTALARDA RADYOTERAPİ SONUÇLARIMIZ

Nesrin AKTÜRK¹, Zeliha GÜZELÖZ²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Birimi, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Birimi, İzmir

AMAÇ: Lokal ileri evre özefagus kanserinde üst özefagus yerleşimli tümörlerde ana tedavi küratif kemoradyoterapi, orta ve alt yerleşimli tümörlerde neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası cerrahidir. Ancak radyoterapi (RT) sahalarının büyük olması, cerrahinin komorbiditeler nedeniyle riskli olması ve hastaların genel durumlarının daha genç yaş gruplarına göre daha düşük olması nedenleriyle geriatrik hasta grubunda özefagus kanserinde küratif tedavi şansı daha düşüktür. Ancak gelişen teknolojiyle birlikte küratif yaklaşımla (neoadjuvan ya da radikal) RT uygulama olasılığı artmaktadır. Çalışmamızda küratif tedavi amaçlanan yaşlı özefagus kanseri tanılı hastalardaki RT sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

HASTALAR VE YÖNTEM: Çalışmamızda tedavi protokolleri benzer iki merkezde, 2017-2023 yılları arasında özefagus kanseri tanısıyla RT uygulanan 218 hastanın dosyası tarandı. Bunlardan küratif amaçla, en az 3-Boyutlu Konformal (3-BK) RT tekniğiyle tedavi edilmiş 65 yaş ve üzeri 35 hasta çalışmaya dahil edildi. Palyatif RT uygulanan ve uzak metastazı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analizlerde; tanımlayıcı testler ve sağ kalım analizleri için kaplan-meier testleri kullanıldı. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 26.0 kullanıldı, p < 0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Medyan izlem 10 (1-48) ay, medyan yaş 72 (65-87) olup kadın/erkek oranı benzerdi (%51/%49). Hastaların %86'sında komorbidite mevcuttu. Klinik evreleme Evre II %37 (n=13), Evre III %40 (n=14), Evre IVa %23 (n=8) şeklinde idi. En sık tümör yerleşimi %83 distal yerleşimli olup en sık histoloji %83 oranında SCC olarak saptandı.

Hastaların %63'üne neoadjuvan, %37'sine küratif amaçla RT uygulanmıştı. Sadece bir hastaya adjuvan RT verilmişti. Medyan 45 Gy (37.5-66) RT, medyan 25 (15-33) fraksiyonda uygulanmıştı. Radyoterapi %63 VMAT, %23 IMRT, %14 3-BK teknik ile uygulanmıştı. Hastaların %74'ü çoğunluk karboplatin+taksan olacak şekilde eş zamanlı kemoterapi (KT) almıştı. Toplam 13 hastaya cerrahi uygulanmış olup, bu hastalar neoadjuvan RT planlananların %59'unu oluşturmaktaydı. Opere olanların %31'inde patolojik tam yanıt; opere edilmeyenlerin %36'sında klinik tam yanıt saptanmış olup iki hastada RT sonrası yapılan yanıt değerlendirmede lokal progresyon görülmüştür. İzlemede sadece bir hastada 12. ayda lokal nüks saptandı. Hastaların %29'unda (n=10) uzak metastaz görüldü. En sık görülen uzak metastaz yeri akciğer (%40) idi. İzlemede hastaların %63'ü ex olmuş, bunların %50'si hastalık nedeniyle hayatlarını kaybetmişlerdi. Çalışmamızda genel sağ kalım (GSK) medyan 13 (3-52) ay, hastalıksız sağ kalım (HSK) medyan 8 (3-52) ay olarak saptandı. Üç yıllık GSK %23, HSK %43 idi. Sağ kalıma etki edebilecek faktörlerden cinsiyet, komorbidite, evre, histoloji, RT amacı, eş zamanlı KT varlığı, cerrahi yapıp yapılmadığı, patolojik ve klinik yanıt durumu, uzak metastaz varlığı araştırıldı. Bunlardan sadece cerrahi uygulanan hastalarda istatistiksel anlamlılığa yakın sınırdaki (p:0.05) GSK artışı saptandı.

SONUÇ: Çalışmamızdaki hasta sayısı yüksek olmamakla birlikte ortalama sağ kalım süreleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca neoadjuvan RT uygulanmış hastalarda cerrahi yapılmasının istatistiksel anlamlılığa yakın sağ kalım katkısı gösterilmiş olup literatürde de cerrahinin sağ kalım avantajı sağladığı bulunmuştur. Özefagus kanserli yaşlı hastalarda küratif tedavi seçimi yaparken en önemli faktör hasta yaşı değildir. Performans durumu uygun olan yaşlı hastalara RT sonrası cerrahi planı içeren "küratif tedavi şansı" sunulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Özefagus kanseri, radyoterapi, küratif tedavi, sağ kalım.

SB-11 REN ARCUATUSLU EVRE 3C2 SERVİKS KANSERLİ HASTADA SBRT BOOST UYGULAMASI VE LİTERATÜR TARAMASI

Hatice BAŞARAN GÖKŞEN¹, Alaettin ARSLAN¹

¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

Giriş ve Amaç

Serviks kanseri az gelişmiş ülkelerde jinekolojik kanserlerin başını çekmektedir ve Human papilloma virüs (HPV)-Pap smear taramaları sayesinde gelişmiş ülkelerdeki insidansı azalmaktadır. Özellikle FIGO evre 1B3 itibarıyla radyoterapi (RT) ile eş zamanlı kemoterapi (KT) ve ardından vajinal brakiterapi (VBT) hem lokal kontrol hem sağkalım açısından altın standarttır. Fakat bazı hastaların ek komorbiditeleri ya da kendi tercihlerine bağlı olarak (özellikle KT ve/veya VBT konularında) bu yaklaşımı modifiye etmek gerekli olabilmektedir. Bu modifikasyonlar, hastanın renal komorbiditesi-ileri derecede nöropatisi nedeniyle KT ajanı değiştirmek (altın standart cisplatin yerine karboplatin), anestezi uygulama konusunda kesin kontrendikasyonlu yüksek riskli hastalarda da VBT yerine stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT) ek doz (boost) tedavisi uygulamak şeklinde olabilmektedir.

Bu vakamızda birden fazla nadir durumu (geriatrik serviks, atnalı böbrek ve paraaortik lenf nodu metastazı, VBT yerine SBRT boost uygulaması) ve bu durumlarla nasıl mücadele ettiğimizi SBRT boost ile ilgili literatür taraması eşliğinde sunarak tedavi sonucumuz ile tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Yetmiş beş yaş, kadın hasta, 10 gebelik ve 8 doğum geçirmiş. Yirmi beş yıldır menopozda, vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Yapılan muayenede endoservikal kitleden alınan biyopsi sonucu büyük hücreli non-keratinize skuamöz hücreli kanser olarak raporlandı. Ek komorbiditeleri; kronik obstruktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, hipertansiyon olan hasta kontrastlı pelvik MRG, PET-CT (Şekil-1), biyopsi sonuçları ile tarafımıza başvurdu. Evre 3C2 olan hastaya definitif KRT ve ardından VBT tedavi planlaması yapıldı. Hastanın simülasyon tomografisinde (sim-BT), idrara sıkışık ve rektum boş olarak, diz altı desteği-akciğer board ile kontrastsız ve kontrastlı görüntüleri elde olundu. Varian Eclipse planlama sisteminde konturlamalar ve tedavi planlaması yapıldı (Şekil-2). Böbrek dozlarını düşürmek amaçlı çift merkezli ark tedavisi planına göre eksternal beam radiotherapy (EBRT) günlük cone beam computed tomography (CBCT) çekimleriyle kontrollü olarak uygulandı. 28 günlük EBRT boyunca haftalık 40mg/m² cisplatin eş zamanlı uygulandı. EBRT sonrası cevap değerlendirme için üst abdomen ve pelvik kontrastlı MRG leri çekilen hastada tam cevap gözlemlendi, VBT için dış merkeze refere edildi. Anestezi açısından çok yüksek riskli bulunan hastaya, SBRT boost tedavisi için planlama yapıldı. İnce kesitli kontrastsız ve kontrastlı pelvik sim-BT ler, idrara sıkışık ve rektum boş olarak, çekildi. Hastanın EBRT sonrası riskli organların D2cc ye göre kalan doz limitleri (rektum-mesane-barsak) hesaplanarak planlama yapıldı (Şekil-3), gün aşırı tedavi uygulanarak modifiye protokolümüz tamamlandı.

Bulgular

Hastanın EBRT planlamasında, renal doz kısıtlamasına bağlı sağ renal hilus seviyesi paraaortik lenf noduna total 54Gy uygulandı. Sağ ve sol böbrek mean dozları sırasıyla 15Gy ve 16Gy idi. Rektum %40-%50-%65 ve D2cc dozları sırasıyla; 40Gy, 37Gy, 34Gy ve 50Gy idi. Mesane %35-%40-%50-%65 ve D2cc dozları sırasıyla; 48Gy, 47Gy, 44Gy, 40Gy ve 52Gy idi. Barsak 195cc si 48Gy alıyordu ve D2cc 55Gy idi (paraaortik lenf nodu boostuna bağlı). Sağ ve sol femur başları mean, maksimum ve %50 dozları sırasıyla; 26Gy, 27Gy; 45Gy, 45Gy; 24Gy, 26Gy idi. Toplam 28 günlük simültane integrated boost (SIB) tekniği ile uygulanan VMAT tedavisi süresince haftalık KT de verilen hastanın, tedavinin 4. haftası itibarıyla grade 1 enterite bağlı diare oluştu. Medikal destek tedavilerle regrese oldu, taburculuk tarihinde diare yoktu. Bunun dışında, grade 1 hematolojik yan etki gözlemlendi. Eritrosit süspansiyonu replasmanı birer haftalık arayla toplamda 2 kez uygulanan hastanın taburculukta hemogram değerleri normaldi. Cilde, mesaneye, rektuma ait yan etki gözlenmeyen hastanın tedavi süresince haftalık takip edilen böbrek fonksiyon testlerinde de patolojik bir durum gözlenmedi.

EBRT den 3 hafta sonra SBRT boost tedavisine başlanan hastada, literatürde önerildiği üzere sınırlı alan tedavisi uygulandı (serviks, vajen üst 1/2). Rektum, mesane, barsak doz limitleri hesaplanarak fraksiyon sayısı ve total doza karar verildi. Total 20Gy, 4 fraksiyonda, SBRT boost gün aşırı uygulandı. SBRT boost tedavisinde oluşan rektum, mesane ve barsak D2cc leri

5.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu 16 Eylül 2023 | Çevrimiçi

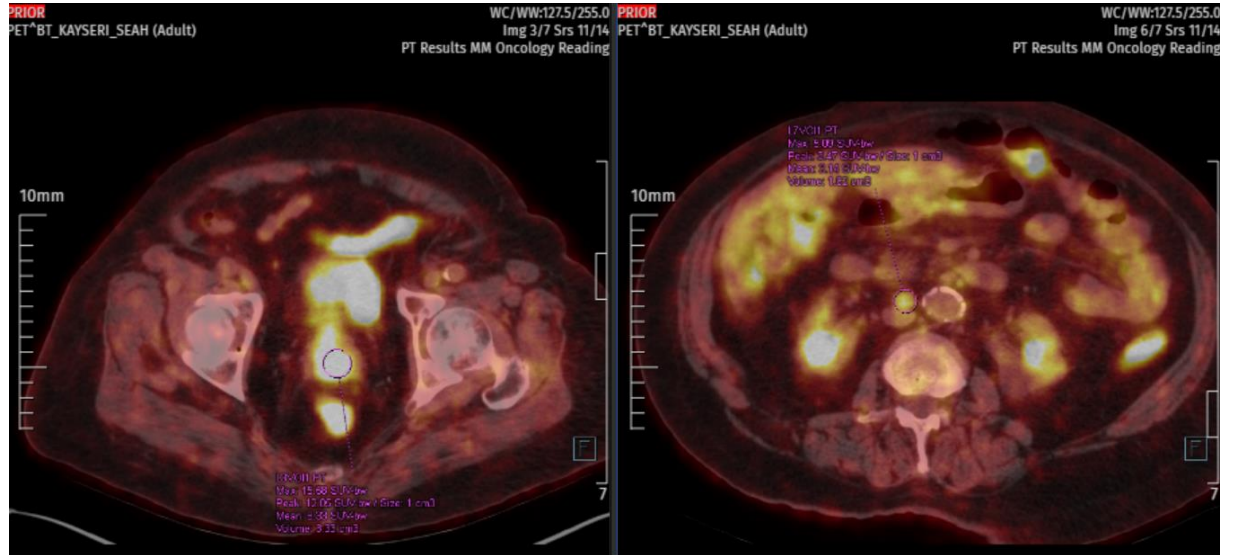
sırasıyla; 18Gy, 20Gy ve 11Gy idi. Tedavi süresince herhangi bir yan etki gözlenmedi. Tedaviden 1 ay sonra yapılan kontrolde üst abdomen ve pelvik MRG lerde tam cevap vardı, jinekolojik muayene de normaldi. Hastanın el-ayakta uyuşma-batma bildirmesi üzerine çekilen EMG de hafif düzeyde nöropati saptandı, tedavisi için hasta ilgili branşa refere edildi.

EBRT+KT ve SBRT boost tedavisi 10 hafta evvel tamamlanan hastanın, akut dönemde grade 3-4 yan etkisi gözlenmedi. Tedavi cevabı tam olarak gözlenen hastaya, 3 ayda bir rutin kontrol-takibi planlandı.

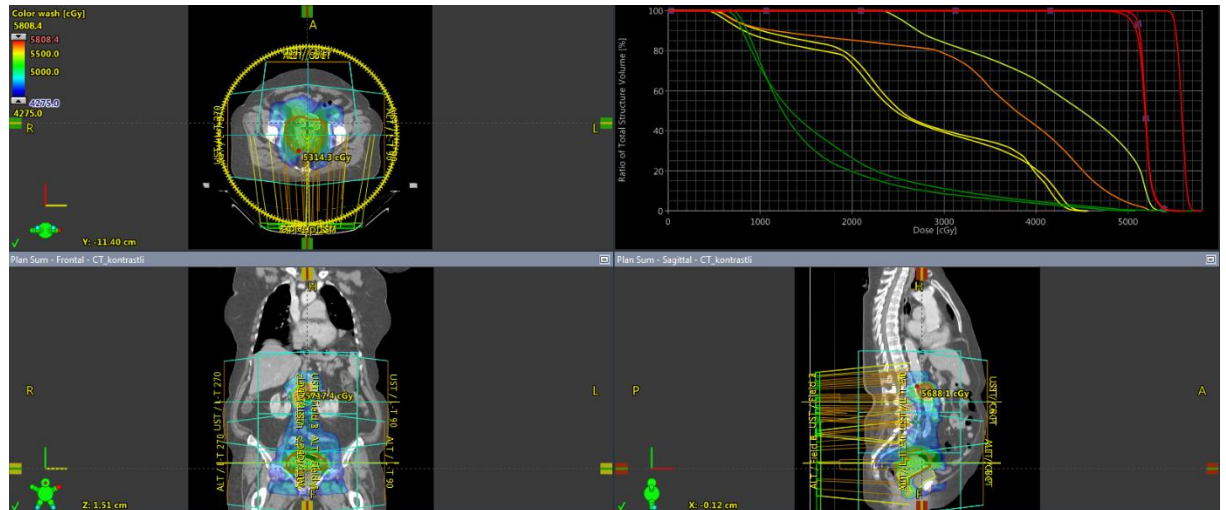
Sonuç

Geriatrik hastalarda onkolojik multimodalite içeren tedavilerin yönetimi çeşitli zorluklar içermektedir. Hastanın performansı, ek hastalıkları, hasta tercihi nedenli; KT uygulama kararı, VBT uygulanabilme durumu gibi zorluklar bu grup spesifik ve az görülen hasta gruplarında kişiye özel tedavi kombinasyonlarını yapmayı gerektirmektedir. Özellikle SBRT boost uygulama durumu, VBT kontrendike olan ve yapılamayan grupta elimizi güçlendiren bir seçenek olmaktadır. Bununla ilgili literatürde yapılan çalışmalarda, güncel bir yaklaşım olduğu için uzun takip süreleri olmamasına rağmen, tedavi cevabı-yan etkiler açısından kabul edilebilir sonuçları mevcuttur (Tablo-1). Bilindiği üzere serviks kanserinde VBT'nin amacı lokal kontrolü sağlamaktır. Altın standart olan VBT'nin uygulanmasının mümkün olmadığı durumlarda, SBRT boost tedavisi etkili ve kabul edilen bir yaklaşımdır.

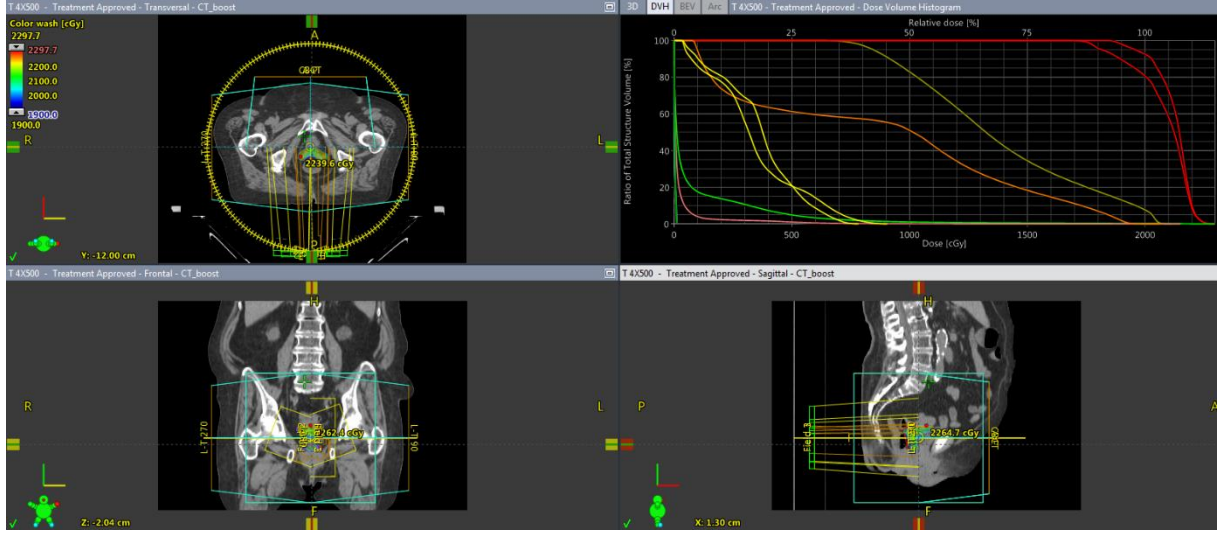
Anahtar Kelimeler: Geriatrik serviks kanseri, stereotaktik beden radyoterapi boost, ren arcuatus



Şekil-1. Tedavi öncesi Pet-CT de primer servikal kitlenin ve sağ renal hilus seviyesindeki paraaortik metastatik lenf nodunun patolojik FDG tutulumu



Şekil-2. Evre 3C2 Serviks Kanser EBRT Planlaması-Çift Merkezli VMAT Doz Dağılım ve Doz Volüm Histogramı



Şekil-3. SBRT Boost Planlama Doz Dağılım ve Doz Volüm Histogramı

Tablo 1. Jinekolojik kanserli hastalarda SBRT boost uygulamaları literatür taraması

SBRT BOOST ÇALIŞMALAR	CİHAZ-HASTA	DOZ ŞEMALARI	YAN ETKİ	SONUÇ
Haas JA, et al. 2012	Cyber Knife boost Evre 2B-4A 6 hasta (yeni tanı)	3*6,5Gy/ 19.5Gy 5*4Gy/ 20 Gy	Grade 3-4 rektal- üriner yan etki yok	14 ayda %100 lokal kontrol
Hadi, et al. 2022	MR-LINACSBRT boost(70dk tedavi) 10 hasta (8 nüks-2 yeni tanı)	2-4 fraksiyon/ 8-28Gy	Grade 3-4 rektal- üriner yan etki yok	9 ayda %90 lokal kontrol %60 tam cevap
Morgenthaler, et al. 2021	Cyber Knife boost Evre 1B-4B 31 hasta	5*6Gy 5*5Gy 3*5Gy	Grade 4 rektal-üriner yan etki yok 1 hastada grade 3 diare	3 ve 5 yıllık lokal kontrol %92 PFS 41 ay 1-3-5 yıllık OS %89- %60-%57
Dahbi , et al. 2023	20 HDR planı, SBRT ye dönüştürülerek doz kıyaslaması	3*7Gy	D90 CTV HR, D2cc mesane ve D2cc rektum HDR BT de belirgin iyi	Hedef volüm kapsama ve riskli organ koruma açısından VBT yerini SBRT alamaz
Facondo, et al. 2021	9 hasta Evre 2A-4A	3*5Gy 3*6Gy 3*7Gy 5*5Gy 4*5Gy	Grade 3-4 rektal- üriner yan etki yok 1 adet grade 3 vajinal toksikite	2 yıllık OS %70 M-DFS 11 ay
Jorcano, et al. 2013	ExacTract-BrainLab 26 hasta (17 endometrium-9 serviks) Evre 1B-3B	2*7Gy (fraksiyonlar arası 4-7gün)	Akut grade 3 rektal- üriner 2, Geç grade 3 rektal-seksüel 2	3 yıllık OS %95
Benkhaled, et al. 2023	Boost dozimetrik kıyaslama (SBRT, VBT, VBT+İBT) Evre 1B2-4A	4*7,1Gy 24 plan-17 hastanın(7 hasta hem IC hem IS tedavi)	D30 ve D50 CTV HR BT üstün	Hedef volüm sarımı ve riskli organ koruma açısından IC+IS BT en iyi modalite



5. GERİATRİK ONKOLOJİ *sempozyumu*

