

7 Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi

21 - 25 Mart 2018
Sueno Otel, Belek
Antalya

KONGRE KİTABI

TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ KURULLARI

YÖNETİM KURULU

Başkan

Mahmut Gümüş

Başkan Yardımcısı

Serdar Turhal

Bir Önceki Dönem Başkanı

Ahmet Özet
Gökhan Demir

Genel Sekreter

Ahmet Bilici

Sayman

Yeşim Eralp

Üyeler

İrfan Çiçin
Mutlu Doğan
Özlem Er
İlhan Öztop

YETERLİLİK KURULU

Başkan

Serdar Turhal

Üyeler

Murat Dinçer
Türkkhan Evrensel
Burçak Karaca
Bülent Karagöz
Sadettin Kılıçkap
Berna Öksüzoğlu

ONUR KURULU

Faruk Aykan
Cavit Çehreli
Osman Manavoğlu
Yavuz Özışık
Semra Paydaş

DENETLEME KURULU

Özgür Özyılkan
Necdet Üskent
Mustafa Yaylacı

EĞİTİM PLANLAMA VE KOORDİNASYON KURULU (EPOK)

EPOK Başkanı

İlhan Öztop

EPOK Üyeleri

Bölge Temsilcileri

Necati Alkış (Orta Bölge)
Mehmet Bilici (Kuzey ve Kuzeydoğu Bölgesi)
Hakan Harputluoğlu (Güney ve Güneydoğu Bölgesi)
Tarkan Yetişiğiğit (Marmara ve Kuzeybatı Bölgesi)
Umut Varol (Batı Bölgesi)

Uzman Temsilcisi

Atakan Demir

Genç Onkolog Temsilcisi

Ece Esin

Yan Dal Asistan Temsilcisi

Orçun Can

7. TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL KURULU

Başkan

Mahmut Gümüş

Kongre Sekreteri

Ahmet Bilici

Üyeler

Necati Alkış
Mehmet Bilici
Orçun Can
İrfan Çiçin

Atakan Demir
Gökhan Demir
Mutlu Doğan
Özlem Er

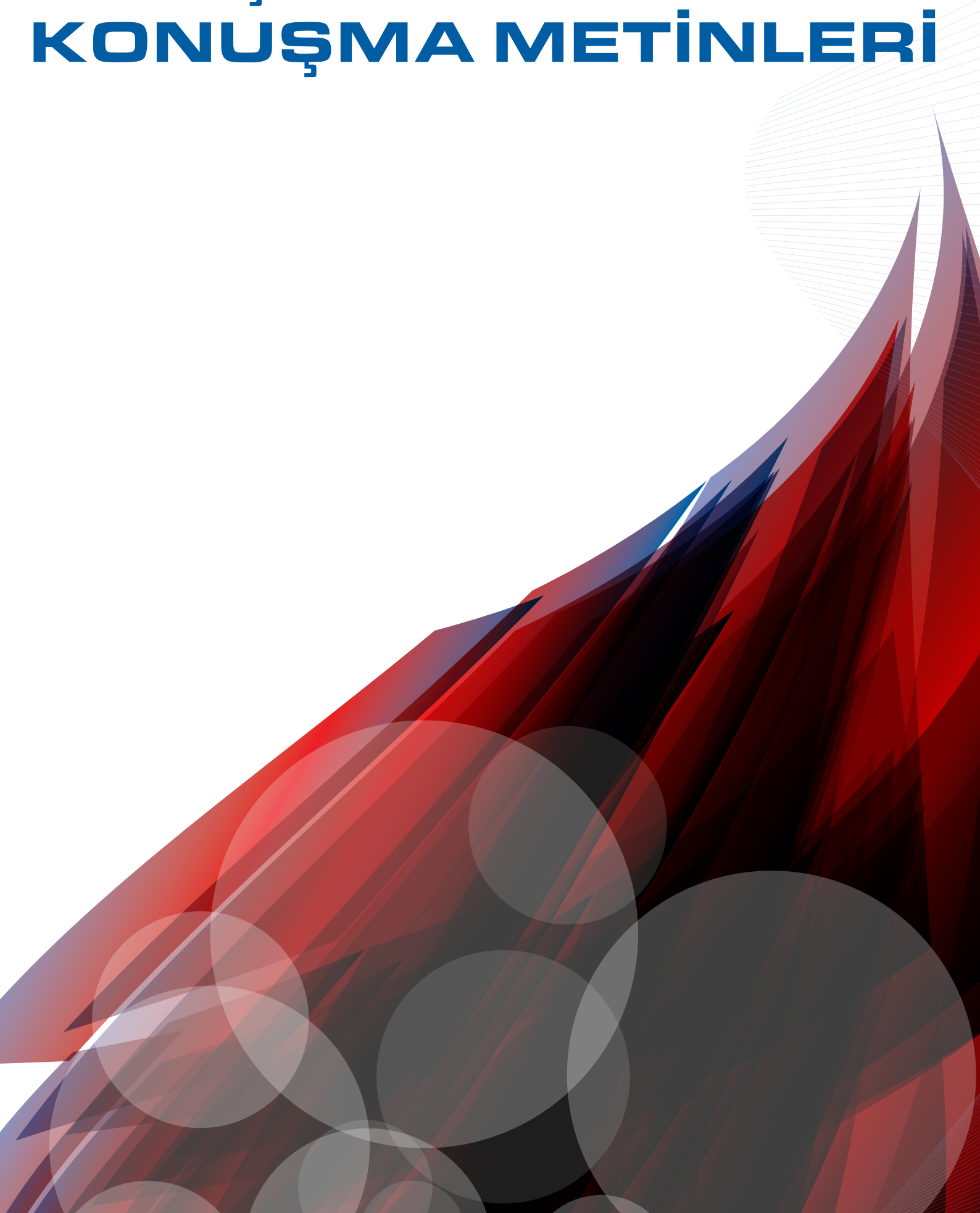
Yeşim Eralp
Ece Esin
Hakan Harputluoğlu
Ahmet Özet

İlhan Öztop
Serdar Turhal
Tarkan Yetişiğiğit
Umut Varol

KANSER HASTASI İLE İLETİŞİM KURSU KONUŞMA METİNLERİ	5
TEMEL İLETİŞİM BECERİLERİ.....	6
KÖTÜ HABER VERME	7
SON DÖNEM HASTASINDA ZORLUKLAR VE İLETİŞİM	11
TÜKENMİŞLİK NEDİR? NASIL TANIYALIM?.....	15
TÜKENMİŞLİKLE BAŞA ÇIKMA.....	16
İMMÜNO-ONKOLOJİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ	17
İMMÜN SİSTEMİN HÜCRESEL VE HÜMORAL BİLEŞENLERİ.....	18
CHECKPOINT İNHİBİSYONU (CTLA4, PD-1/PDL-1 VE DİĞER YOLAKLAR)	22
7. TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ KONUŞMA METİNLERİ	25
TIBBİ ONKOLOJİ - OLGULAR	26
GEBELİK VE KANSER	27
ALK POZİTİF HASTALARDA YAKLAŞIM	29
MANTLE HÜCRELİ LENFOMA	30
DLBCL.....	33
İMMÜN-CHECK POINT İNHİBİSYONU	35
YÜKSEK GRADLI GLİAL TÜMÖRLERDE HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER	39
KANSER HASTALARINDA AŞILAR.....	40
ONKOLOJİK İLAÇLARA ERİŞİM.....	41
ÖZLÜK HAKLARI	42
KANSER VE KÖK HÜCRE.....	43
MEDİKAL ONKOLOGLARDA TÜKENMİŞLİK.....	45
HASTA İLETİŞİMİNDE PÜF NOKTALAR.....	46
MESANE KANSERİNDE NEOADJUVAN VE ADJUVAN SİSTEMİK TEDAVİ	48
BÖBREK HÜCRELİ KANSERDE ADJUVAN TEDAVİ.....	51
SARKOMDA İMMUNOTERAPİ	55
KOLON KANSERİNDE ADJUVAN KEMOTERAPİ SÜRESİ	56
YAŞLI HASTALARDA TEDAVİ İLKELERİ	58
YERLİ İLAÇ KONSEPTİNİN İÇİ NASIL DOLABİLİR VE KENDİ MOLEKÜLLERİMİZİ NASIL GELİŞTİREBİLİRİZ?.....	62
ONKOLOJİ HASTALARINDA TEDAVİ VE İZLEM SIRASINDA BESLENME	63
LOKAL İLERİ REKTUM KANSERİNDE TEDAVİ SEÇENEKLERİ: TAM YANIT SONRASI CERRAHİ GEREKLİDİR	65
İMMUNOTERAPİDE BİYOBELİRTEÇLER	66
SARKOM TEDAVİSİNDE SON BİRKAÇ YILDA ONKOLOJİ UYGULAMALARIMIZI DEĞİŞTİREN GELİŞMELER.....	67
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE GELİŞMELER	70
ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	73
HEMŞİRELİK BAKIMININ KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN YERİ	76
YOGA VE NEFES TERAPİSİ UYGULAMALARINDA KANITLAR.....	79
YOGA VE NEFES TERAPİSİ- KLİNİK UYGULAMA MODELLERİ	82
KANSER HASTA VE YAKINLARI İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRESLE BAŞ ETMESİNDE YOGA	84
MEDİKAL TEDAVİSİ SINIRLI OLAN BAŞ EDEMEDİĞİMİZ SEMPTOMLAR, YÖNETMEKTE ZORLANDIKLARIMIZ: YORGUNLUK.....	86
DİSPNE	89

BEKLENTİ BULANTI KUSMASI.....	93
KANSER TEDAVİSİNDE YENİLİKLER: İMMÜNÖTERAPİ	96
TÜRKİYE'DE ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ VE ARAŞTIRMA: NE YAPILDI? NELER YAPALIM?	99
ARAŞTIRMA YAPMA VE SONUÇLARININ KLİNİĞE YANSIMASINDAKİ ENGELLER VE ÖNERİLER.....	101
KANSER STİGMASI	104
GENİTAL ORGAN KANSERLERİNDE CİNSELLİK	107
KANSER HASTA VE AİLESİYLE ÖLÜMÜ KONUŞMAK.....	110
MEME KANSERİ TEDAVİSİNE BAĞLI LENFÖDEMİN ÖNLENMESİ VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	113
LENFÖDEM TEDAVİSİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR.....	117
ULUSLARARASI PALYATİF BAKIM MODELLERİ VE ÜLKEMİZE YANSIMASI.....	119
HASTA YAKINLARINI TEDAVİ SÜRECİNE DAHİL ETME YÖNTEMLERİ	123
KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN KULLANIM İLKELERİ VE HEMOVİJİLANS	125
KANSER AĞRISININ FARMAKOLOJİK YÖNETİMİNDEKİ ENGELLER	129
HEMŞİRE GÖZÜ İLE KANSER AĞRISININ TANIMLANMASI VE YÖNETİMİ	131
EN İYİ ÇALIŞMALAR	133
SÖZEL BİLDİRİLER	138
POSTER BİLDİRİLER	203
DİZİN	561

KANSER HASTASI İLE İLETİŞİM KURSU KONUŞMA METİNLERİ



TEMEL İLETİŞİM BECERİLERİ

GÜLER BAHADIR

İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İletişimle eş anlamlı olarak dilimize Fransızca söylenişi ile yerleşen iletişim Latince'deki "communicare" sözcüğünün karşılığıdır. Kökenindeki "communis" kavramı birçok kişiye ya da nesneye ait olan ve ortaklaşa yapılan anlamlarını taşımaktadır. İletişim TDK sözlüğünde şöyle tanımlanmıştır: Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, iletişim.

Kişilerarası iletişim sözlü (verbal) ve sözsüz (non verbal) iletişim başlıklarında incelenir.

Sözlü iletişim, insanların düşünce ve duygularının sözlü olarak ifade etmesi ve konuşma dilini kullanması sözlü iletişimdir. Sözlü iletişim konuşma dilinin kullanılmasıyla birçok şekilde gerçekleşir. Sözlü iletişimde söz, konuşarak aktarılır. Bu nedenle konuşurken kullanılan dil kadar, vurgulamalar, duraksamalar, ses tonu, sesteki iniş çıkışlar da çok önemlidir.

Sözsüz iletişim; Sözsüz iletişim, mimikler, jestler, tek heceli seslendirmeler, göz teması, dokunma vb. öğelerden oluşur. Sözsüz iletişim, iletişim sürecinin çok önemli bir yönüdür. Yüz ifadelerini, göz hareketlerini, duruşu, görünüşü, mesafeyi, davranışları, dokunuşu, yeri ve zamanı kullanımını içeren bu iletişime "beden dili" de denir.

Ayrıca hem sözlü hem sözsüz öğeleri içeren iki önemli iletişim becerisi etkin dinleme ve empatidir. İnsanlar dinlenilmek ve anlaşılmak isterler. Etkin dinleme ve empati ile insanların bu ihtiyaçları kolaylıkla karşılanabilir.

Hekim hasta iletişimi konusu çok önemlidir. "Hastalık değil, hasta vardır" söylemi biyopsikososyal bütünlük içine hastayla kurulan olumlu iletişim pek çok açıdan yararlıdır. Hasta hekimi-ne güvenir. Hastayla etkili iletişim kurmayı başaran hekimlerin hastaları tedaviye uyum sağlar, hekimiyle işbirliği yapar. Hasta memnuniyeti yüksek olur. Yapılan araştırmalar, tüm hastaların yaklaşık % 70-80'inde tanının sadece görüşme ile konabildiğini göstermektedir. Etkili iletişim kuran doktorların hastaları tarafından daha az dava edildiği ve daha az şiddete maruz kaldığı; doktora tüm kaygılarını anlatmayı başaran hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğu ve keza hekimin mesleki doyumunun da arttığı görülmüştür. İletişim becerileri öğrenilebilir ve geliştirilebilir becerilerdir. Hekimliğin biyomedikal bileşeni kadar psikososyal bileşenine ve iletişim becerilerini geliştirmeye önem veren hekimler tıp sanatının hakkını verirler. Hem hastaları hem kendileri için kaliteli bir yaşam geliştirebilirler.

KÖTÜ HABER VERME

DİLŞEN ÇOLAK

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Kötü Haber

Kanser tanısı zordur. Kanser tanı ihtimali de zordur. Sadece hasta için değil, hasta yakınları için de. Kanser tanısı hastave yakınları için tam bir kötü haberdur. Kişinin geleceğine bakışını ciddi ve olumsuz şekilde etkileyen her bilgi» kötü haberdur (Buckman, 1992).

“Ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan her mesaj” kötü haberdur (Ptacek ve Eberhardt)

Kanser tanısının ve prognozunun paylaşılması zordur. Üstelik hekim için de. Tanıyı paylaşmak gerekir. En azından günümüzdeki tıp anlayışı bunu gerektirir. Hastanın kendi yaşamı, bedeni, yapılacak tedaviler konusunda seçme özgürlüğü vardır. Öte yandan hekimlik etiği de bunu gerektirir. Her insan özeldir. İnançları, beklentileri, öncelikleri,...sosyal konumu, ..., kültürel özellikleri,..., farklıdır. Buna bağlı olarak her hastanın tedaviye yaklaşımı, hangi kazanım için hangi riski göze alabileceği, tedaviden / hekimden beklentisi birbirinden farklıdır. Tıp etiği gereği de hastanın tedavi öncesi bilgilendirilmesi, tedavi onamının alınması gerekir.

Kanser tanısının ve prognozunun paylaşılması zordur. Hasta için de hekim için de. Hastanın umudunu korumak gerekir. Ama kanser söz konusu olduğunda özellikle metastatik hastalık sürecinde umudu korumak da zordur. Yalan söylemeden gerçeği paylaşmak ustalık gerektirir.

Hastanın bilmek kadar bilmemek de hakkıdır. Hastaya bilmek istemediği şeyleri, özellikle de metastatik hastalık sürecinde hele de hassasiyetlerine dikkat etmeden söylemek şiddet kapsamında değerlendirilebilir.

Olgu 1: kadın hasta, 56 yaşında. 15 yıl önce meme ca nedeniyle mastektomi uygulanmış, takiben kemoterapi ve radyoterapi almış. Bir dizi inceleme sonrası Evre 4 malin melanom tanısı

ile polikliniğe başvurdu. Daha kapıdan girerken “ben hiçbir şey bilmek istemiyorum, sakın ha bana birşey söylemeyin...ne hastalık ne tedavisi hakkında birşey bilmek istemiyorum... skain ha birşey söylemeyin,... gereğine siz karar verin” diyerek girdi. Üstelik sadece tanı ve prognoz değil, tedaviler ve yan etkiler konusunu da konuşmak istemiyordu.

Tanı ve tedaviyi konuşmamızın, muhtemel tedaviler arasında seçim yaparken sürece hastanın katılımının çok önemli olacağı bilinciyle, hasta sakinleştikten sonra Bununla birlikte hastanın bilmemek kararına da saygı duyuyordu. Karar vermek zordu. Hastaya bu durumda yakınlarından birini belirlemesini ve süreci onunla birlikte yönetmemizin doğru olacağını belirttim. Hastamız eşini işaret etti. Ancak eşi de benzer bir tutum sergiledi. Ve ısrarla tedavi karar sürecinin bir parçası olmak istemedi.

Olgu 2: Pankreas kanseri, evre 4. Hasta pankreas adenokanser nedeniyle Whipple ameliyatı sonrası tarafımıza yönlendirildi. Adjuvan tedavi sırasında progresyon gelişti ve palyatif kemoterapiye başlandı. Palyatif kemoterapi sırasında tedaviye karşı kayıtsızlığı, durumu anlamamış olduğu izlenimini doğurdu. Kemoterapiye sanki sadece biz istediğimiz için, doktorları kırmamak adına devam ediyordu. Mevcut durumu ayrıntılı olarak görüşüldü. Yine de anlamadığı izlenimim olunca, bir başka arkadaşımızdan hastayla bir kez de kendisinin görüşmesi rica edildi. Hastanın tutumunda değişiklik olmayınca inkar? ön tanısıyla psikiyatriden konsültasyon istendi. Konsültasyon “hastanın tanı ve tedavi hakkında bilgilendirilmediği, bilgilendirilmesi” önerisiyle geri döndü. O zamana kadar pankreas kanseri nedeniyle opere edilen, adjuvan tedavi alan, progresyon sonrası palyatif tedavi başlanan ve her aşamada onam alınan hasta hastalığını, ne için tedavi aldığını bilmiyordu. Hastayla oğlunun da olduğu bir oturumda tekrar görüşüldü. Oğlu ve tüm aile bireyleri hastanın durumu ve ciddiyeti hakkında haberdardı. Ne yazık ki psikiyatriden dediği doğrudu! Hasta hiçbirşeyden haberdar değildi. O ana kadar ki konuşmalarda ‘hızlı büyüyen kontrolsüz hücreler’ denmiş, ‘tümör’ denmiş ve benzer ifadeler kullanılmış,

ancak kanser kelimesi kullanılmamıştı. Hastaya bu yaşananlara rağmen nasıl hiç bir şey anlamadığını sorduğumuzda (elbet uygun bir dille) “ne biliyim, ben çok iyi niyetli bir insanım, hiç aklıma gelmedi” diye yanıtladı.

İletişimde ne anlattığınız değil, karşınızdakinin ne anladığı esastır. Hasta Whiple gibi bir ameliyat geçirmesi, adjuvan ve palyatif kemoterapiler alması, her aşamada onam alınması, onkolojiye gidip gelmesi, çevresindeki tüm o onkoloji hastalarına rağmen durumdan bihaberdi. Bizler umudu korumak adına gerçeği, salt gerçeği, kanser kelimesini kullanmadan, yaşam sürelerinden bahsetmeden,...paylaşmıştık. Belki böylesi bizim için de kolay olardı. Elbette hastanın bilmemek de hakkıydı. Ancak buradaki hastanın bilmemek özgür iradesi değil, bizim anlatamamızdan kaynaklı bir sonuçtu.

Hastayla aynı dili paylaşabilmek önemlidir. Hastanın ne anlamak istediğinin, ne anladığının sorgulanması esastır. Kanser kelimesini doğrudan kullanmış olsanız bile hasta anlayamayabilir.

Olgu 3: metastatik mide kanseri, 33 y kadın. Bir doktor arkadaşımızın yakını olan hasta yaygın vücut ağrılarının aydınlatılabilmesi amacıyla uzak bir ilimizden çıkıp gelmişti. Doktor arkadaşımızın yakını ve il dışından gelmesi nedeniyle tetkiklerinin yatırılarak yapıldı. Kemik sintigrafisi yaygın metastazla uyumlu idi. Yapılan ileri tetkiklerde yaygın metastatik mide kanseri saptandı. Hepimiz için tam bir kötü haberdirdi. Epeyce kalabalık olan hasta yakınları hastanın durumu bilmemesi için ısrarcı oldular. Elbette amaçları iyiydi; hastayı korumaya çalışıyorlardı ve belki durumla yüzleşmekten korkuyorlardı. Kendilerine hastanın bilmesinin hakkı olduğu, ayrıca uygulanacak tedaviler, yan etkilerin yönetimi ve tedavi uyumu açısından bilmesinin gerektiği belirtilmesine rağmen ‘aman hocam sakın ha bilmesin’ ısrarları devam etti. Hasta tedavisine memleketinde devam edecekti. Hasta yakınlarını da anlıyor, saygı duyuyordum. Hastanın yalnız olduğu bir anda ziyaret ettim. Genel bir giriş ve sohbetin ardından kendisine ‘benden bir isteği olup olmadığını, kendisi için yapabileceğim bir şey olup olmadığını’ sordum. Hastamız büyük bir metanetle -ki ben aynı durumda metanetimi koruyabileceğim konusunda şüpheliyim- ‘hocam ben durumumu anlıyorum. Yakınlarım benden saklıyor, ama ben farkındayım. Benim 3 küçük çocuğum var, onları emanet etmek, ... istiyorum. Ama kimse benimle konuşmuyor, konuyu kapıyorlar. Kendimi çok yalnız hissediyorum’ dedi. Kendisine bu konuştuklarımızı yakınlarıyla paylaşmamın sakıncası olup olmadığını sordum, olmadığını menun olacağını söyledi. Hasta yakınlarına konuşmamızı aktardım. Hasta yakınları ile konuşma da ağırdı. Onların şu ana kadarki süreçte suçlu hissetmelerine yol açmaktan kaçınarak, kelimeleri özenle seçerek, hassasiyetlerine özen göstererek durumu aktardım.

Hasta yakınları açısından saklamak daha mı kolay olurdu bilmiyorum. Bu konuda en azından benim bilgim dahilinde ‘p değerleri ile konuşabileceğim’ bir çalışma yok. Ama ölüm doğal olan ve varolu-

şumuzun doğal bir uzantısı ise, onu olduğu gibi kabullenebilmek ve sevdiğimiz veda edebilmek önemli olsa gerek. İnsanlar ‘iyi ölüm’ ü tanımlarken sevdikleriyle birlikte oldukları, veda edebildikleri, kendilerine bağımlı kişilerin geleceklerini planlayabildikleri,...bir ölümü tarif ediyorlar. Veda önemli bir kavram, hasta yakınlarının yas sürecinde onlara katkı sağlıyor. Ama elbet, unutmamak gerekir ki, her insan kendine özgüdür ve her insanın beklentisi birbirinden farklı olabilir. Esas olan karşımızdakine, değerlerine, tercihlerine, beklentilerine,... saygı göstermek ve onun için doğru olanın ne olduğunu anlamaktır.

Olgu 4: opere glioblastoma multiforme. Adjuvan tedavi açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta ile babası ve oğlu varlığında görüşüldü. Ne bilip bilmediği sorgulandı. Kanser tanısını bilip bilmediği konusunda şüpheye düşüldü. Ameliyat olup gelmiş, adjuvan tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirilmişti, tanıyı biliyor olması gerekirdi. Ancak bilmediği kanantim daha fazlaydı. Oğlu ve babası yanında olduğu için biliyor ama onları korumak istiyor ya da yanlarında konuşmak istemiyor olabileceği de bir alternatifti. Hastaya bütün bu dengeler korunmaya çalışılarak, prognoz ve tedavinin ayrıntılı konuşulması sürece bırakıldı. Adjuvan kemoterapi+ radyoterapi gereği ifade edildi. O aşamada hasta sadece ışın alınacağını ifade edildiğini, kemoterapi alması gerektiğinin söylenmediği.....

Pek çok defalar karşılaştığımız bir durumdur. Hasta bize gelene kadar diğer hekimlerce bilgilendirilmemiş, dahası yanlış bilgilendirilmiştir. Sonrasında durumu toparlamak da bize düşen zor bir görevdir. Bir yandan hastaya doğruyu anlatmak ve güvenini temin etmek, öte yandan diğer meslektaşlarımızı zora sokacak ifadelerden kaçınmak,...Elbet herkes kendi işine baksın o ne bilir bu benim uzmanlık alanım da denilebilir. Ama kanımca bize de hastaya da katkısı olmaz. Ayrıca meslektaşlarımızla doğru iletişim de hem bizlerin hem de hastamızın iyiliği açısından önemlidir. Hasta ile karşılıklı saygı ve güvene dayanan bir iletişimin sağlanması esastır. Her şeyin temeli karşımızdaki bireyin bir değer olduğunu, kendine has duygu, düşünce ve beklentilerinin olduğunu bilmekten ve ona saygı duymaktan geçer. Bundan sonrası hassasiyetle yaklaşmak ve odağa hastayı alıp, ona ‘onun istediğince’ yardımcı olmak çabasıdır.

Bunula birlikte izlenebilecek, bazı yöntemler de mevcuttur. Bu yöntemlerden biri olan SPIKES kılavuzluğunda kötü haber paylaşımında özellikle de onkoloji alanında sık kullanılan bir yol haritasısı.

Kötü Haber Paylaşımında SPIKES

Setting

Perception

Invitation

Knowledge

Empathy and exploration

Strategy and summary

- S – Setting up the interview • Görüşmenin ayarlanması
- P – assessing the patients Perception • Hastanın algısının değerlendirilmesi
- I – obtaining the patients Invitation • Hastanın davet sağlanması
- K – giving Knowledge • Bilginin verilmesi
- E – addressing Emotions • Duyguların değerlendirilmesi
- S – Strategy and Summary • Strateji ve Özet

Görüşmenin ayarlanması:

Görüşme için uygun zamanlama önemlidir.

Görüşmenin planlanmasında;

- Konuşma için uygun zaman?
- Konuşma için ihtiyaç var mı?
- Hasta /aile ile daha önce konuşulmuş mu?
- Hastanın ağrısı / semptomları var mı?

vb konular gözönünde bulundurulmalıdır. Şiddetli ağrı ve/ veya yoğun semptomu olan hastada öncelikle semptom yönetimi sağlanmalıdır. Aksi halde hastanın ve hasta yakınlarının dikkati semptomda olacaktır ve etkin iletişim sağlanamayabilir. Üstelik hasta ağrı içindeyken vermeye çalıştığımız bilgi hasta ve hasta yakınlarında öfkeye, hekimin etkinliğini sorgulamaya, değer verilmedikleri duygusuna, vb yol açabilir.

Hasta yakınları (bakım veren) bitkin / tükenmiş olabilir. Hasta yakınları için de süreç çok zordur. Sevdikleri insan için elden geleni yapmaya çabalarırken, bir yandan da kendi psikolojik-manevi stresleriyle başa çıkmak, sosyal hayatın getirdiği iş, aile vb pek çok konuyu organize etmek durumundadırlar. Hasta yakınlarına durumlarını anlattığımız, çabalarını takdir ettiğimiz ifade edilmesi iyi bir iletişim önemlidir. Hasta yakınları da ekibin bir bileşenidir ve süreçten ayrı düşünülemezler.

Görüşme için uygun bir ortam seçilmelidir. Mahramiyetin sağlanması ve görüşmenin bölünmemesi gerekir. Mümkünse telefonlar kapatılmalı, dış uyaranların konuşmayı bölmemesi sağlanmalıdır.

Konuşmaya kendimizi tanıtarak ve karşımızdakileri tanıyarak başlanmalıdır.

İletişimde sözlü iletişim kadar hatta daha fazla sözsüz iletişim rol oynar. Bu nedenle oturduğumuz yer, hastaya yakınlığı, vücut dilimiz önem taşır. Hastayla karşılıklı, göz seviyeleri aynı hizada olacak şekilde oturulmalıdır. Hekimin masa arkasında değil hastaya yakın bir sandalyede oturması önerilir. Hastaya dönük oturulmalıdır. Fiziksel uzaklık iletişim engeli olabilir, Ancak her kişinin kendine ait bir özel mahremiyet alanı vardır. Bu alanın içi de hasta için rahatsız edici olabilir. Hastanın kişisel tercihleri, geldiği kültür, yaşı, cinsiyeti,... göz önünde bulundurulmalıdır.

Görüşme boyunca göz teması kurulmalı, hasta ve yakınlarının vücut diline dikkat edilmelidir.

Sessizlik önemli bir iletişim aracı olabilir. Sessizliğe izin veril-

meli, hatta bir iletişim aracı olarak kullanılmalıdır.

Kötü haber bizim için, hasta ve hasta yakınları için çok duygulu-düşünce-kaygı yüklü bir süreçtir. Bu süreçte her tür tepkiye hazır olmak gerekir. Hastaların duyguların aizin verilmelidir. Gözlerin dolması, ağlamamak için çaba sarfetme, ağlama sıklıkla karşılaşılan tepkilerdir. Ağlayacağı hissedilen hasta ve hasta yakınına kağıt mendil uzatılabilir. Bu hasta ve yakınlarında önemsenme, desteklenme ve güven / sırtını dayayabilme duyguları uyandırır. Hekime karşı insani anlamda da saygı gelişmesine yol açar.

Hastanın ne bildiğini ve algıladığını öğrenin

Açık uçlu sorular sorulmalı, yanıtı evet ya da hayır olacak sorulardan kaçınılmalıdır.

örn. “bana ne anladığınızı söyler misiniz”

Hastanın dile hakimiyeti, kelime dağarcığı (sözcüklere yüklenen anlam) ve algısı kontrol edilmelidir. Hasta ve yakınlarının bilgi boşlukları ve yanlış bilgileri konusunda dikkatli davranmak gerekir.

‘Reddetme’ davranışı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Bilgiyi paylaşmak için hastanın onayını / davetini bekleyin

Bilgi paylaşmadan önce hastanın daveti/onamı beklenmelidir. Bilmek kadar bilmemek de haklıdır. Hastanın “bilmeme hakkı”na saygı göstermek gerekir. İstemeyen hastaya gerçeğin, özellikle de rakamlar kullanarak sert bir dille aktarımı hastada travmaya, umutsuzluğa, öfkeye yol açabilir.

Süreç içinde hastanın tercihlerinde / bilgilenme ihtiyacında değişiklik olabilir. Hastaya süreç içinde ek bir sorusu olamsı durumunda konuşmaya hazır olduğumuz ifade edilmelidir. Hastaların çoğu hekim karşısına geldiğinde aklındakileri unuttur. Bu nedenle hasta ve yakınlarına soruları olması durumunda not almaları ve görüşme sırasında sormaları önerilebilir.

Hasta ve yakınlarının bilgilenme derinliğine ilişkin beklentileri de farklı olabilir. Bazı hastalar tanı, prognoz ve tedaviyi en ince ayrıntılarıyla bilmek isteyen, diğerleri ayrıntıyı boğucu ve altından kalkılamaz olarak değerlendirebilir. Hastalara neyi ne kadar bilmek istedikleri sorulup / değerlendirilip ona göre bir yöntem belirlenmelidir.

“Tüm test sonuçlarını ayrıntılı olarak bilmek ister misiniz, yoksa sadece özetlememi mi? ” vb sorular hasta ve yakınlarının beklentisini anlamada önemlidir.

Tıbbi tabloyu “bilgiyi” sunun

Bilgi bir yığın olarak değil, kademeli olarak paylaşılmalı, her defasında küçük parçalar halinde verilmelidir. Konuşmada hastanın seviyesine uygun başlanmalı ve tıbbi terim kullanımından kaçınılmalıdır.

Hastanın ne algıladığı düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

Emin olmadığınızda, hastanın duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik ek sorular sorulabilir. Hastanın anlatmak istediğini anladığından, dahası yanlış anlamadığından emin olun.

Konuşma sırasında farklı tepkilere hazırlıklı olmak gerekir: öfke, reddetme, sessizlik, ağlama,...

Hastanın duygularına empatik yaklaşmak, anlamaya çalışmak ve değer vermek ve bunu da hastaya ifade etmek gerekir. Aşırı koruyucu olmamak ancak duygusuz- tepkisiz de davranmamak gerekir.

Hastanın duygusal kaygılarını anlamaya çalışın ve anladığınızı kendisine de ifade edin.

“bunun sizi ne kadar üzdüğünü görebiliyorum”

“bunun sizin için iyi bir haber olmadığını görüyorum”

“bunu söylemek zorunda kaldığım için üzgünüm”

“benim için de çok zor” gibi cümleler kullanılabilir. Tabii uygun durumda, uygun zamanda ve uygun dozda olmak kaydıyla.

Yapay yapmacık yaklaşımlar hasta ve yakınlarınca anlaşılır ve tam tersi bir tepkiye yol açabilir. Yapay yapmacık yaklaşımlardan kaçınınız.

ASLA “ sizin için yapacağım / yapılabilecek bir şey yok” demeyin. Her zaman yapılabilecek bir şeyler vardır. Ölüm kaçınılmaz olabilir. Ama ölüme giden yolda hasta ve yakının yanında olmak, semptom kontrolünün sağlandığı, manevi ve sosyal desteğin verildiği ‘iyi bir ölüm’ çok şey yapmaktır.

Strateji belirlenmesi ve konuşmanın özetlenmesi

Kötü haber paylaşımının son evresi konuşulanların özetini yapmak ve beraberce bir tedavi / bakım stratejisi geliştirmektir. Tedavi planını (bakım) hazırlanıp, nedenleri açıklanarak önerilerde bulunulmalıdır. Hasta ve yakınlarının tercihleri göz önünde bulundurularak ortak bir strateji belirlenmelidir.

Görüşme, sonraki görüşmenin planı yapılarak ve randevusu netleştirilerek sonlandırılmalıdır.

Paylaşılan kararlar paylaşılan sorumluluk demektir. Bu hem hasta ve yakınları hem de bizim için rahatlatıcıdır. Olumsuz

durumlarda ortak karar (sorumluluk) bizi vicdani olarak rahatlatır. Aynı zamanda hasta ve yakınlarının ‘elden geleni hep beraber yaptık’ düşüncelerine ve bize yönelebilecek kuşkuya / öfkeye engel olur. Kuşkusuz her hekim hastası için en iyiyi ister, elinden geleni yapar. Ama ‘elden gelen’ her zaman yeterli olmayabilir, süreç pek çok bilinmezlikleri taşımakta olup, hasta ve yakınlarının da bunun bilincinde olması gereklidir.

Sonuç olarak

Süreçte istenmeyen durumlar da olacaktır. Bunlar hekim kötü olduğu, gereğini yapmadığı/ yapmak istemediği için değil, elden gelen daha fazla bir şey olmadığıdır. Her kötü şeyin sorumlusu hekim değildir. Bir süre sonra hastanız tanıdığınız biri haline gelir, ve kayıp bizim de kaybımızdır. Bizlerin de duyguları, hayal kırıklıkları, tükenmişlikleri vardır. Hastamız için kötü haber bizim için de kötü haberdir. Bu nedenle elbette dozunda olmak kaydıyla, kendi üzüntümüz de dile getirilebilir.

Her ne yöntem kullanılırsa kullanılsın, işin özü karşıdaki bireyin bir değer olduğunu, kendine has duygu, düşünce ve beklentilerinin olduğunu bilmekten ve ona saygı duymaktan geçer. Bundan sonrası hassasiyetle yaklaşmak ve odağa hastayı alıp, ona ‘onun istediğince’ yardımcı olmak çabasıdır.

KAYNAKLAR:

1. R Buckman. *Br Med J (Clin Res Ed) Breaking bad news: why is it still so difficult?* 1984 May 26; 288(6430): 1597-1599.
2. Jenkins V, Fallowfield L. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004 Jan 24; 363(9405):312-9. *Lancet*. 2004 Jan 24; 363(9405):312-9.
3. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. *Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis Journal of Clinical Oncology* 2015; 33(22): 2437-2443.
4. Eggle S, Penner L, Albrecht TL, et al: *Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: Rethinking current communication guidelines. J Clin Oncol* 24:716-719, 2006.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist* 2000; 5: 302-11.

SON DÖNEM HASTASINDA ZORLUKLAR VE İLETİŞİM

FİLİZ ÇAY ŞENLER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

“Ölüm psikolojisini açık yüreklilikle ele almanın, işlerin gerçek durumunu daha iyi değerlendirebilme ve yaşamı daha katlanabilir kılma gibi bir ödülü vardır.”

Freud

Kanser, ölümü çağrıştıran ve toplumda ölümle eş değer kabul edilen bir durumdur. Şifa olasılığı çok yüksek olan kanserli hastalarda bile, tanı ve tedavi aşamalarında, hatta remisyon döneminde bile ölüme ilişkin kaygılar yoğun olarak yaşanmaktadır. Son dönem hasta tanımı üzerinde kesin görüş birliği yoktur. Beklenen yaşam süresi 6 ay ya da bir yıl olan kişiler, terminal dönem hastası kabul edilmektedir. Ölüme yakın hasta ise, yaşamının son birkaç günü ya da saatleri kalmış birey olarak tanımlanmaktadır. Son döneme özgü zorluklar, hasta kadar hastanın ailesi ve tıbbi ekibi de etkileyen sorun kümeleridir.

Hasta ve yakınlarının gereksinmelerini anlamak, doğru tıbbi uygulamayı sağlar ve ancak etkili iletişimle mümkün olabilir. Yaşamın son döneminde iletişimi engelleyen durumların başında sağlık profesyonellerinin ve bazen ölümü inkârı gelmektedir. Temel iletişim becerilerinin kullanılması ve sağlık çalışanlarının ölümle yüzleşebilir olması, uygun yaşam sonu bakım planı, onurlu bir ölüm ve ailenin doğal yası yaşaması için önemlidir.

Son döneme özgü zorluklar

Kanserli hastalar, kanser ilerleyici ve ölüm yakın olduğunda çok sayıda fiziksel, ruhsal, manevi ve sosyal sorun yaşamaktadır. Bunların önemli bir kısmı maliyitenin kendisi, metastazı ya da paraneoplastik sendromlara bağlı gelişen belirtilerdir. Semptomlar çok sayıdadır ve genellikle ciddi derecededir. Yaşamın sonuna doğru yenileri eklenebilir. Bunların yanında bilinmezlik ve ölüm korkusu, varoluşsal kaygılar yoğundur. Varoluşsal kaygılar yoğundur. Hastaların ailesi de ciddi derecede destek gereksinmesi içindedir.

Terminal dönemde hasta ve ailesinin gereksinmelerini karşılamayan, agresif olarak tanımlanan tıbbi yaklaşımlar da bu döneme özgü zorluklar arasında yer alır. Ölüme yakın hasta-

ya yaklaşımda temel hedef, kalan yaşanacak sürenin nitelikli olması ve ölümün onurlu gerçekleşmesinin sağlanmasıdır. Bakımın temelinde hastalık değil, hasta ve ailesi bir bütün olarak yer alır. Ölüm sonrasında da dini görevi de içermek üzere aile desteklenir. Oysa kansere bağlı ölümlerin önemli bir kısmı hastanede onkoloji kliniklerinde, acil servis ya da yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir. Hastane ölümleri uygulanan kemoterapi, yoğun bakım gibi agresif yaklaşımlar nedeniyle önerilmemektedir. Hastane ölümleri hastaların ve ailelerinin yaşam sonu bakımında yer alan ağrı kontrolü, ruhsal, manevi ve sosyal destek gibi temel gereksinimleri karşılamaktan uzaktır. Rehberlerde önerilen hospis-evde bakım programı desteği ile evde ölüm, yeterli opioid kullanımınıdır. Ülkemizde hastane ölümleri kadar, hospis bulunmadığı ve evde bakım programı kurulma aşamasında olduğu için evde gerçekleşen ölümlerde de destek yetersiz olmaktadır, nitelik sorunu ön plandadır.

Hastalar ve yakınları ölüme yaklaşırken ciddi bir sorun yükü içindeyken, tıbbi destek yaklaşımının gereksinmelere uygun olmamasının nedenleri araştırılmıştır. Sağlık çalışanları, özellikle hekimlerin bu alandaki eğitiminde yetersizlik, hekimlerin hastaların yaşam süreleri hakkında genellikle iyimser yöndeki hatalı tahminleri, ölümün inkârı gibi nedenler tanımlanmıştır. Palyatif bakımın organizasyonu ve onkolojiye entegrasyonundaki eksiklikler, sağlık politikası ve ödeme sistemindeki yetersizlikler, bizde DNR (yeniden canlandırılmama) konusu gibi ülkelere özgü yasal sorunlar da yönetsel boyutu oluşturmaktadır. Sorunu en can alıcı yönü de tıbbi uygulamalara yol gösterecek rehberlerin yetersizliğidir. Ölüme yakın hastalarda kaşeksi, anksiyete, depresyon ve intihar gibi sorunların yönetimi konularında yeterli klinik araştırma bulunmamaktadır. Terminal dönem sorunları ve bakıma ilişkin randomize çalışmaların yapılamaması, yeterli kanıt ve araştırmanın bulunmaması nedeniyle az sayıda rehber bulunmaktadır. Bu alandaki öneriler, ulusal kanser örgütleri ve sağlık bakanlıkları tarafından oluşturulmuş, kanıt

dereceleri C ve D olan uzman görüşü, non-randomize çalışmalar ve klinik gözlemlere dayanmaktadır.

Son dönem hasta ve hasta yakını ile iletişimin önemi

Son dönemdeki hastalara yaklaşım hakkında standart ve iyi tanımlanmış ölçütler bulunmadığı için, yaşamın sonundaki hastanın ve ailesinin gereksinmelerini doğru saptamak çok önemlidir. Bu uygulama, bireyselleştirilmiş ve en uygun bakım planının temelini oluşturur. Hasta ve yakınlarının gereksinmelerini belirlemenin temel yöntemi etkili iletişimidir.

İleri evre ve şifa şansı olmayan hastalarda yapılan bir prospektif çalışmada, son 30 günden önce yapılan yaşam sonu görüşmesi ile kemoterapi uygulaması, yoğun bakım ve acil servis gibi agresif yaklaşımlarda azalma ve hospis programına girişte artış ve daha erken başvuruda artış anlamlı bulunmuş. Erken ve etkili yaşam sonu bilgilendirmesi, bakımın kalitesini arttırmaktadır.

İletişimin önündeki engel: Sağlık çalışanlarının ölümü inkârı

Kanserli hasta ve ailesi ile iletişim konusunda başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarının yaşadığı zorlukların temelinde, kanserde yaşanan ciddi kayıplar, ölüm tehdidi ve ölüme ilişkin korkular, yoğun kaygı ve yas durumu yer almaktadır. Hasta ve ailesi ile etkileşim içindeki profesyoneller, bu sıkıntılara karşı değişik savunma yöntemleri geliştirmektedir. Bunlar çoğu kez uygun tepkiler olmamakta, iletişimde engel ve zorluk yaratmaktadır.

Ölümcül hastalarla özellikle, terminal dönemdeki kanserli hasta ile karşılaşan sağlık çalışanı yeni ve zor bir rol üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu alışlagelmiş ve benimsenmiş tedavi edici rol yerine, hastasının ölümüne eşlik etmektir. Hasta ölümlerini sık yaşamak, ölüm sürecine eşlik etmek ve hasta izlemimin hemen tümünde de ölüm düşüncesi ile birlikte olmak ciddi bir sorundur. Hastasının ölümü sağlık çalışanını çok etkiler. Özellikle genç hekim ve hemşirelerde ölümle ilk karşılaşma yıkıcı bir deneyim olabilir. Bazen terminal dönemdeki hastaya aşırı bağlılık, özdeşim yapma ve ölümü ile derinden sarsılma durumları bu grupta sık yaşanmaktadır. Klinik deneyim arttığında da zorlanma sürmektedir. Sık hasta ölümleri, hastanın ve yakınlarının prognoza ilişkin iyimser ve gerçek dışı beklentileri zorlayıcı olmaktadır. Kanserli hastalarla ilgilenen tedavi ekibi ve bunun bir parçası olan hekimde de kaygı ve ruhsal sorunlar sık görülmektedir. Ölümle böylesi karşılaşma, sağlık çalışanında kişisel yaralanmazlık duygusunun erken kaybına ve kendi ölümlülüğünü ile yüzleşmeye yol açar. Hastalarının ölümleri, sağlık çalışanlarına kendileri ve yaşamdaki sevdiklerinin ölümünü düşündürmektedir. Ölümle bu denli yakından ve yoğun yaşam, iş stresindeki temel etkidir.

Kanserli hastaya yaklaşımda sorunlarının kaynağında, profesyonellerin ölüme ilişkin kaygıları da bulunmaktadır. Ölüm korkusu, yasını durdurmuş, yaşamamış ve ölümle asla yüzleşme-

miş doktor için sürekli bir alt konudur. Hasta ve ailesi ile ölümü konuşabilmesine engel olur.

Sağlık profesyonellerinin stresle başa çıkmada kullandıkları iki patolojik savunma tanımlanmıştır:

Terminal dönemdeki ya da 'kötü haber' verilmesi gereken hastalardan sakınma ve kaçma davranışı: Profesyonelin kendi benliğini korumasına yönelik bu savunma yaklaşımı, çalışmanın uzaklaşmasıdır. Uzaklaşma davranışı hastayı görmemek şeklinde değil, onunla yüzeysel konuşma, gözlerini kaçırma, hastayı dinlememe ya da ona dokunmama olarak yaşanabilir. Hasta uzaklaşmayı, kendisini terk etmesini kolayca fark eder ve olumsuz etkilenir.

Çalışanların geliştirdiği bir başka savunma yaklaşımı da aşırı koruyucu, kollayıcı tavidir. "Kendisini hastasına adayarak hekim, hemşire" : Burada hekim her şeyi biliyordur, duruma her zaman egemendir ve hasta adına en doğru kararları almaktadır. Paternalistik hekim tutumu, kanser gerçeğini yaşamaya gereken hastada gerçek dışı beklentiler ile sonunda düş kırıklığı ve güven sorunu oluşturması nedeniyle önerilen bir davranış değildir.

Ölüm üzerine, ölümle yüzleşebilir olmak

Ölümcül hastalıkların tedavisi ve bakımı ile uğraşanların bu başarıya kendi ölümlerinin gerçekliğini kabul etmeleri ile ulaşabilecekleri söylenmektedir. Çağlar boyunca çok sayıda düşünür, psikolog, psikiyatrist, filozof, din ve bilim insanı bu konuya kafa yormuş ve yazılar yazmıştır. Tüm bu sözler ölümlülük yarasının biraz olsun sarılmasına yönelik çabalardır. Bunlardan bazıları aşağıda sıraladım:

"Kimse doğrudan güneşe ve ölüme bakamaz."

Rochefoucauld

"Kendimizin öleceğini bilsek bile bunun ne zaman olacağını asla bilemeyiz; oysa yaşamın anlamı söz konusu olduğunda tüm farkı yaratan ölümün zamanıdır."

Sartre

"Yaşam sürekli yol ayrımları ile dolu. Her zaman için tercih edilecek bir yol var... Önemli olan her yolda ileri gidebilmek, o yolda iz bırakabilmek ve bitiminde yolun kazandırdığı deneyimi kullanabilmek."

Dr. Ahmet Erözenci

"Öz-farkındalık büyük bir armağan, hayat kadar değerli hazinedir. Ama bedeli de çok ağırdır: ölümlülük yarası."

Irvin Yalom

"Ölümün dayanılamayacak denli acı verdiği düşüncesiyle inkarın bir bedeli vardır. İçsel hayatımızı daraltır, görüşümüzü bulanıklaştırır, mantığımızı köreltir.....Oysa ölümle yüzleşmek bizi zenginleştirir....Bu yüzleşmede her zaman anksiyete var olacaktır."

Irvin Yalom

Günümüzde gelişen tıp teknoloji ile evrensel ölüm korkusu kaybolmamıştır. Sadece ölmekte olan hastalarla uğraşma tarzı değişmiştir. Bilimdeki ilerlemeyle paralel olarak ölümün gerçekliğinin reddi daha çok ortaya çıkmıştır.

İletişimin önündeki engel: "Aman hasta bilmesin"

Kanser tanısı ve tedavisi, hasta kadar hastanın ailesini de etkilemektedir. Hasta yakınları tanıdan itibaren ruhsal, sosyal ve ekonomik zorluklar yaşamaktadır. Bu sıkıntılarla değişik başa çıkma yolları kullanılmaktadır. Ülkemizde bazı doğu toplumlarında olduğu gibi, bazı hasta yakınları tarafından hastadan kanser tanısı, kimi kez hastalığın metastaz yerleri, tedavini başarısızlığı gibi konular yanında ölümün yakın olduğu bilgi de saklanmaktadır. Hastanın kolayca farkına varabileceği ya da merak edeceği bu durumların gizlenmesi için çaba harcanmaktadır. Bu gizleme çabası kimi kez hastaları, hasta yakınları ve sağlık profesyonellerini olumsuz etkileyebilmektedir. Etkili iletişimin önünde engel oluşturmaktadır. Ülkemizde kanserli hasta yakınları hakkındaki bir çalışmada, hastanın kanser tanısını bilmemesi ile aile bireylerindeki depresyon oranlarında artış birlikteliği saptanmıştır. Türkiye için kötü haber verme ve ölümü konuşmak gibi zorlayıcı iletişim uygulamaları için rehberler oluşturacak bilimsel araştırmalara gereksinme vardır.

Ölümü konuşmak

Ölüm hakkında konuşmak, hastayı ve yakınlarını ölüme hazırlamak sağlık çalışanları için çok zorlayıcı bir durum olagelmıştır. Genellikle hastalık, prognoz, tedavi seçenekleri, tedavi sonuçları gibi konular konuşulur. Hasta ve yakınları yaşam süresi, son günlerde karşılaşılabilecek tıbbi sorunlar ve çözümü gibi konularda sorular sormaktadır. Ölümün dehşeti, hasta ve ailenin psikososyal ve manevi yön kolayca paylaşamaz. Gelişmiş batılı toplumlarda yaşam sonu görüşmesi yapan hekimlerin öne aldığı konu DNR kararı ya da hastanın ileri bakım talimatları olmaktadır.

Literatüre göre hasta ve yakınlarının yaşam sonu görüşmeleri ile ilgili temel beklentileri, sağlık profesyonellerinin bu konuda konuşmaya açık, süreç hakkında bilgi verici ve aralarında tutarlı olmalarıdır.

Görüşme için öneriler:

1. Hasta ve yakınlarının hastalık süreci ve şimdiki durum hakkındaki bilgilerini öğrenin (etkin dinleme, açık uçlu sorular, mümkünse hastayı daha önce izleyen hekimlerin görüşlerini alabilirsiniz).
2. Hasta ve ailesinin o sırada yaşadığı endişe ve kaygıları paylaşın (etkin dinleme, bildirici ben dili).
3. Hasta ve ailesinin ölümü konuşmaya hazır olup olmadıklarını ya da neyi ne kadar öğrenmek istediklerini anlayın (bana sormak istediğiniz, merak ettiğiniz konular var mı?)
4. Hasta ve ailesi hastalığın ilerlemesi ve ölümü konuşmak is-

tiyorlarsa iyi ölümden ne anladıklarını öğrenin (nerede ve hangi koşullarda ölümü karşılamak istiyor? Ağrı ve belirti kontrolü, ölümü geciktirecek girişimler, karalara katılımı, menavi destek gereksinmesi öğrenilmelidir)

5. Hasta yakınlarının sorunları nelerdir? Hastanın ölümünden sonra geride kalanlar için ne tür sorunlar olabilir? Eş ve küçük çocuklara yönelik destek gereksinmesi, ekonomik yük, ailede patolojik yas riski olan bireylerin erken saptanması yapılmalıdır.

Hastanın ölümünden sonra geride kalanlar ciddi sorunlar yaşayabileceği için, hasta ailesinin desteklenmesi son derece önemlidir.

Gerçekleşmesi yakın olan ve beklenen ölümün kabulü, hastaya ve ailesine bazı yararlar sağlar. Yas, hasta ve ailesi için ölümden önce başlayan bir süreçtir ve bir anlamda ölüme, kayıp olayına hazırlanma olanağı verir. Bu aşamada hekimin işlevi, hasta ve hasta yakınlarının yası yaşamasına izin vermek ve eşlik etmek, paylaşmak olmaktadır. Hasta ve ailesinin hazır olduğu kadar, sağlık profesyoneli ölüm ve yaşam hakkında konuşmalıdır. Bu paylaşım hastanın ve ailesinin kabullenme dönemine geçişini kolaylaştırabilir. Kabullenme evresi, ölümcül hastanın diğer evreleri atlamak için zamanı ve yardım alma olanağı varlığında yaşanan son dönemdir. Hasta sevdiği ile vedalaşma isteğindedir. Hastanın yaşamını tanıdığı, istediği ve sevdiği insanların bulunduğu bir ortamda sonlandırmasını sağlamak çok önemlidir. Asıl sıkıntıyı yaşayanlar ve daha sonra da zorlukları devam edebilecek olanlar aile bireyleridir. Bu nedenle, terminal dönemde hasta yakınlarına da yoğun destek verilmelidir. Hasta ve ailesinin yasını yaşayabileceği ortamı sağlamak, onlardaki ölüm korkusunu biraz da olsa azaltabilecek ve yaşamları üzerinde her zaman denetime sahip olduklarını düşündürecek olumlu bir yaklaşımdır.

Ölüme yakın anlarda etkili iletişim ve paylaşım, hasta ve ailesinin gereksinmelerini saptamayı sağlar. Yaşam sonun dönemde bakımın bu gereksinmelere uygun düzenlenmesi sürecin en az acı ile atlatılmasını sağlar. Ölüm sürecinin iyi yönetilmesi, hastanın ölümünden sonra aile yakınlarının tepkilerini olumlu etkiler. Sevdiklerini yanında, bilindik bir ortamda acısız gerçekleşen ölüm yakınların kabulünü kolaylaştırır.

Ölümden sonra ailenin sağlık çalışanı tarafından telefonla aranması önerilmektedir. Ölen hasta ile ilgili özel anıların konuşulması ve çoğunlukla hasta yakınlarının etkin dinlenmesi doğal yas için yararlı olmaktadır. Bazen hasta yakınları ölüme ilgili yasin içinde yer alabilen suçluluk duygusu taşıyan sorular sorabilir, bunlara yapıcı şekilde yanıt verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lacey J, Sanderson C. The Oncologist's Role in Care of the Dying Cancer Patient. Cancer Journal September/October 2010; 16(5):532-541.

- Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, et al. Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol* 2012 Dec12;30: 4387-4395.
- Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. 2. baskı. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997.
- Ahmet Erözenci. Bir Türk Filmi Olarak Kanser. Ayrıntı Yayınları; 2013.
- Irvin Yalom. Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek. Kabalıcı Yayınevi;2008.
- Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA,et al. Communication About Cancer Near the End of Life. *Cancer* 2008 Sep 17; ;113(7 suppl):1897-910.
- Tanrıverdi O, Yavuzsen T, Turhal S, Kılıç D, et al. Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *European Journal of Cancer Care*, 2015. DOI: 10.1111/ecc.12315.

TÜKENMİŞLİK NEDİR? NASIL TANIYALIM?

TUĞBA YAVUZŞEN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BD.

Tükenmişlik ilk olarak 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından "başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu" şeklinde tanımlanmıştır (1). Daha sonra 1981 yılında Maslach ise; işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlar ile yüz yüze çalışmak zorunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli çaresizlik, umutsuzluk ve yorgunluk duygularının işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlar ile yansıması" olarak tanımlamaktadır (2).

Maslach'ın tükenmişlik modeli üç bileşene ayrılmaktadır: Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve Kişisel Başarı/Beceri. Tanı konması için duygusal tükenmede ve duyarsızlaşmada artış, kişisel başarıda azalma şeklinde üç bileşenin beraber görüldüğü bir psikolojik sendrom olarak belirtilmektedir. Tükenmişlik sendromu hiç de nadir görülmemesi nedeniyle toplumda önemli bir sosyo-ekonomik kayıp sebebidir.

Tükenmişlik sendromuna tanı koyarken iş stresi, bitkinlik, yabancılaşma ve depresyon gibi bazı hastalıklarla ayırıcı tanısı önemlidir. Toplumda insanlar ile çalışan kişilerin örneğin; öğretmen, sağlık çalışanları, sosyal hizmet görevlileri gibi mesleklerde daha çok tükenmişlik sendromuna rastlanmıştır. Sağlık çalışanları arasında özellikle doktor ve hemşirelerde yaygındır (3,4). Uzmanlık alanına göre değişebildiği gibi başka çevresel ve kişisel faktörler de önemlidir. Bireysel faktörler olarak A tipi kişilik yapısı, cinsiyet, yaş, mesleki kıdem, çalışma süresi ve medeni durum önemli faktörlerdir (3). Yine çalıştığı ortamda iletişim ve mobbing önemli olmaktadır. Kurumsal faktörler denilince kurumsal iletişimsizlik, çalışma saatleri, olum-

suz fiziksel çalışma koşulları, sosyal destek, iş güvenliği, kariyer fırsatlar, rol belirsizliği veya çatışması önemli olmaktadır.

Onkoloji alanında çalışan sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda genç yaş, kadın cinsiyet, bekar olma, çocuğu olmama, meslekte geçen sürenin ve çalışma saatlerinin uzunluğu tükenmişliği artıran faktörlerdendir. Bu sendromun tanınmaması ve tedavi edilmemesi durumunda aile içi sorunlar, sosyal yaşamdan kopma, iş kayıpları, depresyon, anksiyete, suicidal girişimler, alkol, sigara ve madde bağımlılığı gibi ciddi sonuçlarla karşılaşılabilir. Bu sendromu önleme ve tedavi etme yöntemleri olarak birçok örgütsel (kurumsal) veya bireysel başa çıkma yolları bulunmaktadır. Bunlar konusunda bilgilendirilmemiş olmamız ve çevremizdeki kişileri bu konuda bilinçlendirmemiz önemlidir. Özetle bu sendromun erken tanınması ve önlenmesi hem toplum hem de birey ve ailesi için önemli bir sosyoekonomik bir sağlık sorunudur.

KAYNAKLAR

1. Freudenberger H. Staff Burn-out. J of Social Issues 1974; Winter (1):159-165
2. Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
3. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department Psychooncology, 2009 May;8-543:(5)18.
4. Tanriverdi O. A medical oncologist's perspective on communication skills and burnout syndrome with psycho-oncological approach (To die with each patient one more time: the fate of the oncologists). Med Oncol (2013) 30:530

TÜKENMİŞLİKLE BAŞA ÇIKMA

DENİZ YAMAÇ

ANKARA GÜVEN HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

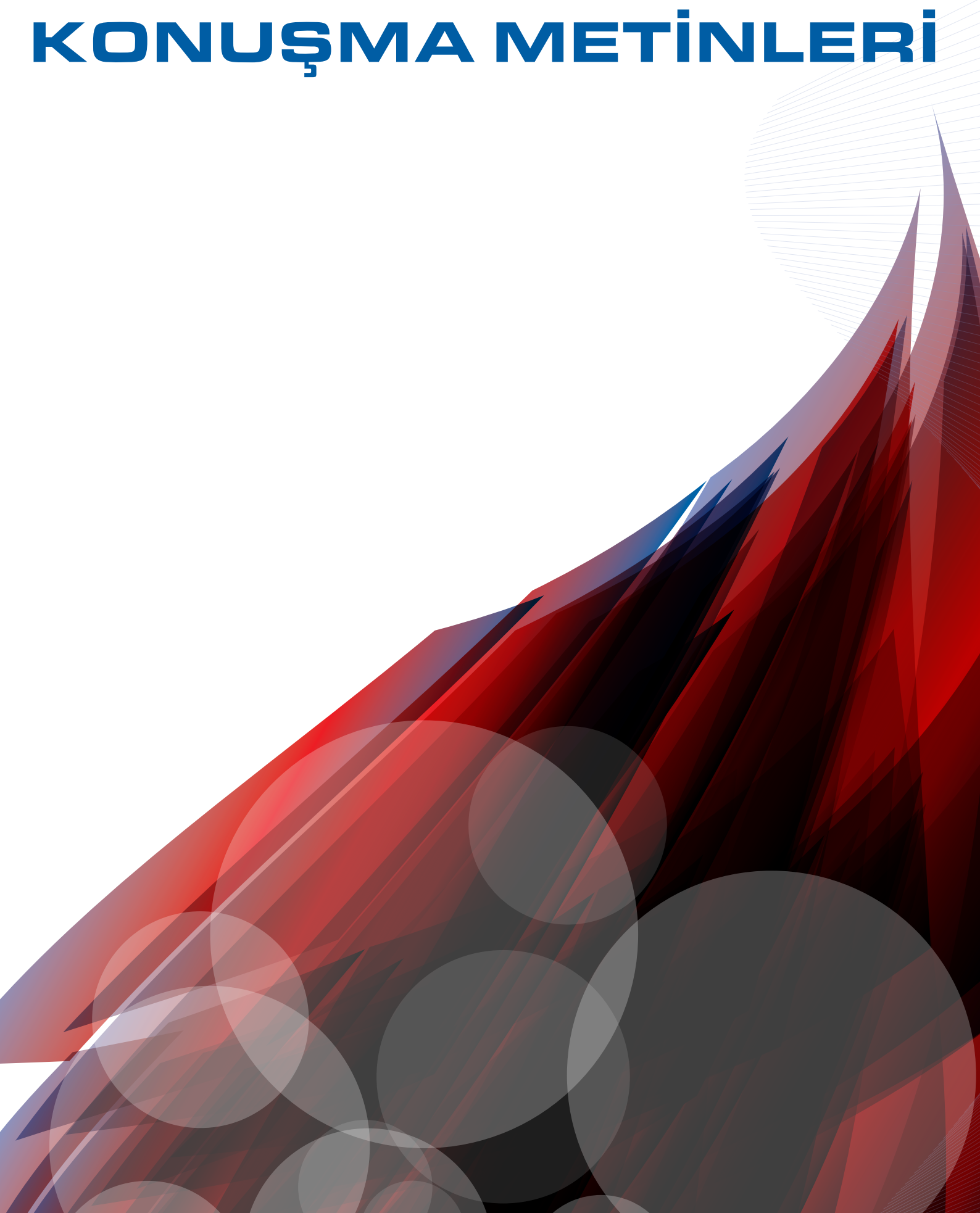
Bireysel direnci güçlendirmek, tükenmişliğin gelişmesine ve yönetimine karşı önemli bir koruyucu faktördür. Klinisyenleri hem bireysel hem de örgütsel olarak güçlendirmek gerekir. Klinisyenlerin dayanıklılıklarını artırmak için

- Tükenmişlik eğitimi verilmeli. Tedavisi için en önemli noktanın tanınması olduğu bilinmelidir. Yardım için başvurulacak yollar gösterilmelidir.
- Özel yaşam ve iş dengesinin kurulması sağlanmalıdır. Mesai saatlerinin aşılmasına izin verilmemeli, aile yaşamının devamı desteklenmelidir. İş dışında zaman geçirilmesi iş verimliliği için de önemlidir. İş dışı zamanlarda grup aktivitelerine katılım, spor yapılması, sanatla uğraşılması öz benlik saygısının yitirilmemesine yardımcı olur.
- Kişisel olarak mesleki yeterliliğini geliştirmek için fırsatlar yaratılmalı. Karşılaşılan zorluklarda yetersizlik duygusu tükenmişliğin nedenlerinden biridir. Mesleki eğitimin sürdürülebilir olması öz yeterlilik duygusunu artırır. En çok zorlanılan kötü haber verme (Tanı sırasında , tedavi sonlandırılmada, yaşam sonunda) konusunda iletişim eğitimi verilmesi özellikle tükenmişliğin en çok yaşandığı genç onkoloji uzmanları için zorunludur.
- Hastalarla olan ilişkilerde sempati değil özellikle empati noktasında kalınması gereklidir. Kendini korumak için apatik yaklaşım mesleki olarak uygun olmaz. Bu nedenle empatik yaklaşım öğretilmelidir.
- Farkındalık (mindfulness) uygulamaları eğitimi verilmelidir.

Son yıllarda birçok çalışma tükenmişliği önlemek için öz farkındalık geliştirmeyi araştırmıştır. Öz-farkındalık, bireyin öznel deneyimini, hastanın ihtiyaçlarını ve dış çevreyi bilmenin yanı sıra, kendi kendini bilme anlamına da gelir. Hem farkındalık hem de yansıtıcı yazın, öz farkındalığı geliştirmeye yönelik tekniklerdir ve tükenmişliğin azaltılmasına ve önlenmesine yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. Meditasyon bir farkındalık çalışmasıdır.

- Çalışanların sağlığına dikkat etmesi ve belli aralarla dinlenmeleri gereklidir. Yeterli uyku uyumaları, nöbet sonraları yeterli dinlenme süresi gereklidir. Yoğun çalışmalardan sonra örneğin 2 saatte bir kısa aralar verilmesi ve ufak bir yürüyüş yapılması veya bir kahve içilmesi kişinin kendisini yenilemesi için uygun olur. Bazen yoğun duygu yaşanan anlarda hareketlerimizi yavaşlatarak elimizi yıkamak, bu arada suyu ve sabunun kokusunu fark etmek bile insanın kendisini fark etmesi ve kendine gelmesi için yeterli olabilir.
- Çalışma ortamının düzenlenmesi ve çalışanlar arasında iş bölümü yapılması klinisyenlerin yardımcı personel-lerden yaralanması iş yükünü azaltarak hastalara daha fazla zaman ayırmalarını sağlayacak ve mesleki tatmin elde etmelerini sağlayacaktır. Klinik çalışma ortamının huzurlu olması sağlanmalıdır. İletişim becerileri eğitiminin meslektaşlar arası iletişim için yararlı olacağı bilinmelidir.
- Deneyimlerin meslektaşlarla paylaşılması desteklenmelidir. Bunun için grup çalışmaları yapılabilir.

İMMÜNO-ONKOLOJİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ



İMMÜN SİSTEMİN HÜCRESEL VE HÜMORAL BİLEŞENLERİ

UĞUR GEZER

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

İmmün sistemin fizyolojik işlevi, enfeksiyonları engellemek ve yerleşmiş enfeksiyonları yok etmektir; ancak tümör hücrelerinin de immün sisteme yabancı antijenler eksprese etmeleri nedeniyle tümörlere karşı da immün yanıt oluşur. Bu konu Tümör İmmünolojisi bölümünde anlatılacaktır. Enfeksiyonlara karşı ilk koruyucu engeli oluşturan 'doğal bağışıklık' ve sonrasında daha yavaş olarak devreye giren ancak daha etkili bir savunma sağlayan 'uyarlanır bağışıklık' (adaptif, edinsel, veya kazanılmış bağışıklık olarak da adlandırılır) konak savunma mekanizmasını oluştururlar.

İMMÜN YANITIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Özgüllük: Henüz antijen ile karşılaşmamış bir konakçıda her türlü antijeni tanıyıp reaksiyon verebilecek, antijene spesifik lenfosit klonları bulunur. Yabancı antijen organizmaya girdiğinde veya tümör antijeni ortaya çıktığında, söz konusu antijene spesifik yüzey reseptörünü taşıyan lenfosit klonu seçici olarak aktifleşerek çoğalır. Yani immün yanıt antijene özgüdür.

Çeşitlilik (Diversity): İmmün sistemin milyarlarca farklı antijeni tanıma kapasitesi vardır. Bu özellik "Lenfosit Repertuarı" olarak adlandırılır. Bir antijeni tanıyan lenfosit klonundaki tüm hücreler aynı reseptörü taşırlar. .

Bellek Oluşumu: İmmün sistem bir antijenle tekrar karşılaştığında daha kuvvetli ve daha hızlı bir immün yanıt oluşur. Bu özellik immünolojik bellek olarak adlandırılır. Antijenle her karşılaşma o antijen için spesifik olan lenfosit klonunun tekrar çoğalmasına yol açar.

İmmün Tolerans: İmmün sistemin konakçının kendi antijenlerine karşı immün yanıt oluşturmaması, 'self tolerans' olarak ifade edilir. Bu özellik iki şekilde gelişir: 1. Merkezi tolerans: T lenfositlerin timusta olgunlaşma sürecinde kendi antijenleriyle reaksiyona giren olgunlaşmamış lenfositler klonal olarak delesyona uğratılır. Kemik iliğinde ise olgunlaşmamış B lenfositlerin

delesyonu ve reseptör editing işlemleri ile merkezi B hücre toleransı sağlanır. 2. Periferik tolerans: timusta delesyondan kaçan self-reaktif T hücreleri, periferik lenfoid organlarda klonal anergi, regülatör T hücreleri veya baskılayıcı sitokinler aracılığı kontrol altında tutulurlar. Periferik B hücre toleransı ise, anergi, delesyon ve folliküler dışlama gibi mekanizmalarla periferik lenfoid organlarda sağlanır.

İMMÜN SİSTEMİN DOKU/ORGANLARI

İmmün sistem dokuları, T ve B lenfositlerin olgunlaşım ve antijene yanıt verebilecek hale ulaştığı merkezi lenfoid organlar ile mikroplara karşı kazanılmış immün yanıtın başlatıldığı periferik lenfoid organlardan oluşur. Tüm lenfositler kemik iliğinde pluripotent kök hücrelerden gelişirler. B lenfositleri kemik iliğinde, T hücreleri timusta olgunlaşırlar; olgun lenfositlerin üretildiği bu bölgelere 'merkezi lenfoid organlar' adı verilir. Olgun lenfositler, yüzeylerinde taşıdıkları reseptöre özgül antijen ile karşılaştıklarında merkezi lenfoid organları terk ederek, dolaşıma geçer ve periferik lenfoid organlara göç ederler. Lenf düğümleri, dalak, mukozal ve kütanoz immün sistemden oluşan periferik lenfoid organlar, antijeni organize edip, antijen sunucu hücreler ve lenfositler arasındaki iletişimi uygun şekilde düzenleyerek uyarlanır immünitenin gelişimini sağlar.

UYARLANIR BAĞIŞIKLIK

Hücre içi ile hücre dışı mikroplara karşı savunma sağlayan iki tip uyarlanır bağışıklık vardır: hümorale ve hücresele bağışıklık. Hümorale bağışıklık, B lenfositler tarafından üretilen antikorlar tarafından oluşturulur. Antikorlar dolaşıma ve mukozaya sıvılarına salgılanarak kanda, gastrointestinal ve solunum yolları gibi mukozal organların lümenlerinde bulunan antijenleri etkisiz hale getirirler. Hücre içi mikroplarla veya tümör hücreleri ile immün sistemin hücresele kolu savaşır ve T lenfositleri tarafından oluşturulur. B lenfositler tarafından üretilen antikorlar

özellikle hücre dışı mikrobik antijenlerle savaşırken, T lenfositler hücre içindeki mikropların ve tümör hücrelerinin ürettiği antijenleri tanırlar.

UYARLANIR İMMÜN SİSTEMİN HÜCRELERİ

Dendritik Hücreler

Kemik iliğinden köken alan, yüzeyinde yüksek düzeyde HLA sınıf II ve adezyon moleküllerine sahip olan ve antijen sunumu yapan bir hücre grubudur. Epitelde bulunan olgunlaşmamış dendritik hücreler tarafından alınan antijen afferent lenf yolu ile periferik lenfoid organlara taşınır. Lenfoid organlara göç sırasında olgunlaşan dendritik hücreler, antijeni naif T hücrelerine sunarlar ve aktiveleştirirler. Dendritik hücreler kanda çok az miktardadır. Ciltte ve mukoza yüzeylerin altında bulunanlar Langerhans hücresi adını alır. Bazı sitokinlerin varlığında (IL-1,IL-4,TNF- α , GM-CSF) kültürlerde çoğalabilirler.

Lenfositler

Morfolojik olarak tüm lenfositler birbirine benzerdir ancak fonksiyonları ve fenotipik karakteristikleri ile birbirlerinden ayrılan üç büyük lenfosit çeşidi vardır: doğal öldürücü hücre (NK), T lenfosit (hücresele immünite), B lenfosit (humoral immünite).

NK hücreleri

NK hücrelerinin lenfoid kök hücresinden geliştiği kabul edilir. Periferik kandaki lenfositlerin %10-15 kadarını oluşturur ve lenfositlere benzerdir. T ve B hücrelerde bulunan antijen spesifik reseptörler, NK hücrelerinde bulunmaz. NK hücrelerinin çoğu, CD16, CD56 ve CD57 yüzey molekülleri taşırlar. Yüzey molekülleri ile hedef hücreyi (virüs ile enfekte hücre/ tümör hücresi gibi) tanırlar ve öldürücü aktivite göstererek onları yok ederler. Granüllerde içerdikleri granzim ve perforin proteinleri ile sitotoksikite oluşturulur. Bu hücrelerin ayrıca antikor ile kaplanmış hücreleri de öldürme özelliği vardır. Hücre yüzeyindeki Fc reseptör, antikorun Fc bölgesine bağlanarak "antikor bağımlı hücre aracılı sitotoksikite"de (ADCC) önemli rol oynar.

T Lenfositler

Kemik iliğinden timusa geçen timositler gelişme sürecinde; antijen reseptörünü (T hücre reseptörü), kazanır. Pozitif ve negatif seleksiyon (self antijenleri yabancı olandan ayırt etme yeteneği) safhalarını geçirdikten sonra olgun T hücreler (CD4+T lenfosit ve CD8+T lenfosit) olarak periferik dolaşıma geçerler. Periferik kanda total kan lenfositlerinin yaklaşık %70 kadarı CD4+T yardımcı (Th, T helper), %25 kadarı ise CD8+T sitotoksik (Tc) bulunmaktadır. Tüm T lenfositler yüzeylerinde CD3 molekülü taşırlar. T lenfositler hücresele immün yanıtın oluşumunda anahtar rol oynarlar. T hücrelerin immün yanıt verebilmeleri için uygun şekilde sunulan antijeni tanıması gereklidir. T lenfositler antijeni T hücre reseptörü (TCR) ile tanırlar. Bu reseptörler belli bir antijene özgü yanıt gelişmesini sağlar.

T hücreler yalnızca protein yapısındaki antijenleri (T lenfosit

bağımlı antijen) tanıyabilir. T lenfositlerin aktivasyonu, lenf düğümlerinde gerçekleşir. T hücre aktivasyonu için ilk sinyal MHC molekülü antijen bağlanma bölgesi ile TCR'nün, bir anahtar kilit modeli oluşturarak "MHC sınıf I veya II molekülü+antijen kompleksi" ile TCR'nin etkileşmesidir. Bu etkileşim için HLA molekülünü oluşturan polipeptid zincirlerinin çeşitlilik gösteren antijen bağlama bölgelerinin kritik noktalarındaki amino asitlerin özelliklerinin uygun olması gerekir. MHC sınıf II molekülleri ile birlikte sunulan antijenleri, CD4+ T hücreler tanırlar. MHC sınıf I molekülü ile birlikte sunulan antijenler ise CD8+T lenfositlerince tanırlar.

İkinci sinyal T hücre yüzeylerinde bulunan co-stimülatör moleküllerin (CD28), ASH görevi yapan makrofaj, dendritik hücre ve B lenfosit yüzeyindeki ligandları ile (B7-1 veya B7-2) etkileşmeleridir. Böylece iki hücre arasında temas güçlenir ve hücre zarından sinyal iletimi sağlanır. Bu işlem gerçekleşmeden sadece TCR aracılı sinyal (ilk sinyal) ile T hücre aktive olamaz ve immün yanıt gerçekleşmez. Diğer yardımcı uyarıcı molekül ile etkileşim CD40 ligandının CD40 reseptörü ile bağlanmasıdır.

Aktifleşmiş CD4+ T hücreler başlıca IL-2 olmak üzere çeşitli sitokinleri üretir ve ürettikleri sitokinlerle bir taraftan ASH'leri aktive ederek fagositozu kuvvetlendirir ve hücre içi mikroorganizmaların yok edilmesine katkı sağlar, diğer taraftan IL-2; Th hücrelerin, T sitotoksik hücrelerin aktivasyonunu ve çoğalmalarını sağlayarak sitotoksik T hücrelerinin öldürme kapasitelerini artırır. CD8+ T hücre virüs ile enfekte hücreleri ve tümör hücrelerini öldürür. T sitotoksik hücreler hedeflerini; doğrudan perforinlerin hücre zarında hasar yapması veya apoptoz yolu ile öldürürler.

CD4+ hücrelerin salgıladıkları sitokinlere ve bununla ilişkili fonksiyonlarına göre iki alt tipi (Th1 ve Th2) bulunmaktadır. Doğal immün yanıt sürecinde üretilen sitokinler naif Th hücrelerinin efektor T hücrelerine farklılaşma sürecini etkiler: interferon gamma (IFN- γ), IL-12, naif T hücrelerinin Th1 hücrelerine farklılaşmasını başlatır. Son yıllarda IL-17 üreten ve fonksiyonu Th1 ve Th2 hücresinden farklı olan üçüncü bir efektor Th hücresi (Th17) keşfedildi. Bu hücrenin başlıca fonksiyonu Th1 ve Th2 tarafından tam olarak kontrol altına alınamamış patojenlerin yok edilmesini sağlamaktır. Ancak Th17 hücrelerinin enflamasyon ve otoimmün hastalıkların patogeneğinde rolü olduğu saptanmıştır.

İmmün sistem, organizmanın kendisine karşı reaksiyon oluşturmaması için bazı kontrol mekanizmaları geliştirmiştir. Supresör T hücreleri olarak bilinen hücrelerin günümüzde T regülatör hücreler (Treg) olduğu anlaşılmıştır. Periferik kan CD4+ T lenfositlerin %5-10'u IL-2R (CD25) zinciri taşımaktadır ve Treg hücre olarak isimlendirilen bu hücreler kendi antijenlerine karşı toleransın devamlılığını sağlamaktadır. Regülatör T hücreler

hem farelerde hem de insanlarda Th ve B lenfositleri baskılar. İmmünesupresif bir sitokin olan TGF- β 'a maruz kalan naif T hücreleri foxp3 eksprese ederek regülatör T hücrelerinin indüksiyonunu sağlamaktadır.

B Lenfositler

B lenfositlerin gelişmeleri antijenik bir uyarı olmadan kemik iliğinde başlar. Erken öncül hücrelerden olgunlaşmamış B lenfositleri gelişinceye kadar çeşitli farklılaşma (pre-B, immatur B, matur B) dönemleri vardır. Olgunlaşmamış B lenfositleri kemik iliğinde iken fonksiyonel yüzey immünglobulin M molekülünü kazanırlar ve olgun hücreler olarak periferik kana geçerler. Bu hücreler henüz antijenle karşılaşmamış 'naif' hücrelerdir. Periferik dolaşımdan periferik lenfoid dokulara göç ederler ve onlar için özel ayrılmış bölgelere yerleşirler (ör. lenfoid foliküllerde) B lenfositler periferde self antijenle reaktivite açısından anergi, delesyon ve foliküler dıslama ile kontrol altında tutulurlar.

Her bir B hücresi yüzeyinde antijene spesifik reseptör (B hücre reseptörü, BCR) taşır. BCR, antijen bağlayan zar immünglobulinidir ve antijen için temel reseptör olup, B hücre aktivasyonunda anahtar protein olarak rol oynar. Naif B lenfositler yüzeylerinde IgM ve IgD taşır. BCR sinyal iletimini, birlikte bulunduğu Ig-alfa (CD79a) ve Ig-beta (CD79b) adı verilen aksesuar moleküllerin sitoplazma içindeki parçaları olan immun reseptör tirozin bazlı aktivasyon motifler (ITAM) aracılığı ile gerçekleştirir. B hücreleri yüzeylerinde MHC sınıf I ve sınıf II moleküllerini sunarlar.

B lenfosit aktivasyonu için ilk sinyal, antijeni doğal haliyle tanınmasıdır. B hücresi T lenfositten bağımsız antijenleri (polisakkarid, lipid, glikolipid, nukleik asit ve küçük kimyasal moleküller) tanır. B hücresi daha sonra salgılayacakları immünglobulinin zara bağlı şekli olan yüzey BCR ile antijeni bağlar. Oluşan antijen-reseptör kompleksi endositoz ile hücre içine alınır ve B hücre aktivasyonu başlar. Antijen tanıma ile birlikte, tirozin fosforilasyonu, çeşitli enzimlerin aktivasyonu ve transkripsiyon faktörleri gibi hücre içi sinyaller tetiklenir.

T lenfosit bağımlı antijenler protein yapısındadır. B hücrelerin bu antijenleri tanıyıp yanıt oluşturması için Th hücrenin yardımına gereksinim vardır. B hücre yüzeyindeki B7 molekülleri ile (B7-1 ve B7-2), Th hücre yüzeyindeki CD28 bağlanarak uyarılır. Aktive T hücre üzerinde bulunan CD40L, B hücre yüzeyindeki CD40 molekülüne bağlanır. B hücre çoğalması, olgunlaşması, ağır zincir izotip dönüşümü, antikör üreten hücre ve bellek hücre oluşumu gerçekleşir. Antikör üretimi için aktive Th hücrelerin ürettiği B hücre büyüme faktörleri (IL-2, IL-4, IL-5) ile aktive olurlar ve B lenfosit farklılaşma faktörleri (IL-4,IL-5,IL-6 IFN-gamma) ile plazma hücrelerine farklılaşırlar.

Naif B hücreleri antijeni lenfoid foliküllerde tanır. T hücreleri antijeni foliküllerin dışında T hücrenin zengin olduğu bölgeler-

de tanır. B hücresi T hücre ile karşılaşabilmesi için foliküllerin kenarına göç ederler ve etkileşirler. B hücresinin antikör salgılayan hücreye farklılaşması folikül dışında olur. Aktive lenfositlerin bazıları lenfoid foliküllere geçerek germinal merkezleri oluşturur ve hızla çoğalırlar. Antijeni yüksek affinite ile tanıyan B hücreleri yaşama devam eder. B lenfositleri spesifik antijeni ile karşılaşmazsa germinal merkezde apoptoz ile yok edilirler. Bellek hücreleri germinal merkezlerde gelişir ve dolaşıma geçer. Antijen ile karşılaşmadığı surece dolaşımda aylarca ve yıllarca yaşamına devam eder. Aynı antijenle tekrar karşılaşmada hızla ve fazla miktarlarda antikör salgılanmasını sağlayan plazma hücrelerine dönüşür.

B lenfositler antijenle uyarıldıklarında çoğalırlar, efektör fonksiyonlarını yapabilmek için plazma hücrelerine dönüşerek antikör üretirler ve humoral immünette etkin görev yaparlar:

Üretilen antikörler yabancı antijenleri kaplayarak bunların nötrofil ve mononükleer hücreler tarafından fagosite edilmelerini sağlar; kompleman sistemini aktive ederek mikroorganizmaların fagositozuna ve lizisine katkıda bulunur; virüsleri bağlar, sağlam konak hücrelerini enfekte olmaktan korur. NK hücreleri ve makrofajlardaki Fc reseptörlerine bağlanır ve hedef hücrenin yok edilmesini sağlar (antikora bağlı hücresel sitotoksite, ADCC).

KAYNAKLAR

1. Abbas AK, Lichtman AH. Basic Immunology, Functions and Disorders of the Immun System. W.B. Saunders Company, 2001.
2. Arthur M. Silverstein. Cellular versus humoral immunology: a century-long dispute. Nature Immunology 2003;4:425-428.
3. Danilova N. The evolution of adaptive immunity. Adv Exp Med Biol. 2012;738:218-35
4. Delamarre L, Mellman I. Harnessing dendritic cells for immunotherapy. Semin Immunol. 2011;23:2-11.
5. Hoebe K, Janssen E, Beutler B. The interface between innate and adaptive immunity. Nat Immunol. 2004;5:971-974
6. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik MJ. Immunobiology, The Immune System in Health and Disease, 5th edition. New York: Garland Science, 2001.
7. Langrish CL, McKenzie BS, Wilson NJ, de Waal Malefyt R, Kastelein RA, Cua DJ. IL-12 and IL-23: master regulators of innate and adaptive immunity. Immunol Rev. 2004;202:96-105.
8. Lakshmi Narendra B, Eshvendar Reddy K, Shantikumar S, Ramakrishna S. Immune system: a double-edged sword in cancer. Inflamm Res. 2013;62:823-384
9. Liongue C, John LB, Ward A. Origins of adaptive immunity. Crit Rev Immunol. 2011;31:61-71

10. Merle NS, Noe R, Halbwachs-Mecarelli L, Fremeaux-Bacchi V, Roumenina LT. Complement System Part II: Role in Immunity. *Front Immunol.* 2015;6:257.
11. Mesquita Júnior D, Araújo JA, Catelan TT, Souza AW, Crivinel Wde M, Andrade LE, Silva NP. Immune system - part II: basis of the immunological response mediated by T and B lymphocytes. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50:552-580
12. Nonaka M. Evolution of the complement system. *Subcell Biochem.* 2014;80:31-43.
13. Özbal Y. Temel İmmünoloji. 2. Baskı. Nobel Top Yayınları, 2000.
14. Schmaljohn AL. Protective antiviral antibodies that lack neutralizing activity: precedents and evolution of concepts. *Curr HIV Res.* 2013;11:345-353
15. Zubler RH. Naive and memory B cells in T-cell-dependent and T-independent responses.
16. Springer Semin Immunopathol. 2001;23:405-419.

CHECKPOINT İNHİBİSYONU (CTLA4, PD-1/PDL-1 VE DİĞER YOLAKLAR)

BERNA BOZKURT DUMAN

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Kanser tedavisi yıllarca tümör hücrelerini öldürmeye yönelik nonspesifik sitotoksik tedaviler ve radyoterapiden ibaretti. Bu yaklaşımın çok ciddi sınırlılıkları vardı. Bunların başında normal hücrelerin etkilenmesiyle ciddi toksisiteler, ilaç dirençli tümör hücrelerinin ortaya çıkması gibi problemler gelmekteydi. Kanser gelişiminde ve ilerlemesinde immun sistemin etkinliğinin net anlaşılması ile immunoterapi gündeme gelmiştir. Karsinogenezis ilk olarak karsinogenler veya kronik inflamasyon gibi bir durumla tetiklenmek suretiyle başlar. Malign transformasyon süreci devam ederken; immun sistem DNA hasarı olan hücreleri tanı ve yok eder. Adoptif immun yanıtta temel efektör hücreler; yardımcı ve sitotoksik T lenfositlerdir. Yardımcı T hücreler immun yanıtı başlatma da etkin olup sitotoksik T hücreler tümör hücrelerini direk öldürme kapasitesine sahiptir. (1,2)

T hücrelerinin aktivasyonunda 2 sinyal hipotezi vardır. Antijen sunan hücreler (APC) antijeni, majör histocompatibility complex (MHC) klas I ve II aracılığıyla T hücre reseptörüne (TCR) sunar. T hücre aktivasyonu için ikinci bir sinyal iletimine daha ihtiyaç olduğu ilk olarak 1970 yılında Schwartz ve ark. tarafından tanımlanmıştır. T hücre reseptörü antijeni ile birleştikten sonra T hücre kostimülator reseptör onun APC üzerindeki ligandı ile bağlanır. İlk kostimülator reseptör CD28 immunglobulin süper ailesinin bir üyesidir. CD28'in iki ligandı tanımlanmıştır. Bunlar CD80 (B7-1) ve CD86 (B7-2)'dir. (Şekil 1) Her ikisi de APC'ler tarafından eksprese edilir. TCR/CD28 etkileşimi sonrası T hücre aktivasyonunu arttıran çok sayıda sinyal yolağını aktive ederek IL2 gibi sitokinlerin salınımını sağlar. Bu durum da T hücre proliferasyon ve aktivasyonuna neden olur. (1,2)

Tümör hücrelerinin düşük immunojenik potansiyeli ve bunun yanında çeşitli mekanizmalarla immun sistemden kaçış yollarını bulması proliferasyon ve kanser oluşumuna neden olur. Tümör immun sistemden kaçmak için çeşitli mekanizmalar kullanır. Tümör hücrelerinden çeşitli sitokinler salınır, immun

checkpoint adı verilen koinhibitörlerin sayısı arttırılır.(3-7)

T hücre aktivasyonu esnasında Cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4 (CTLA-4), Programmed cell death protein 1 (PD-1), Lenfosit aktivasyon geni (LAG-3), T hücre immunglobulini ve müsin 3 (Tim3), T hücre aktivasyonunun immunglobulin süpresör V domaini (VISTA) gibi inhibitör reseptörler aktivasyonu bloke ederek T hücrelerini dinlenme fazına geri döndürür. İnhibitör reseptörler yanında aktive edici kostimülator moleküller de mevcuttur. (OX40, GITR, CD137, ICOS, CD27-CD70, CD 40 gibi)

CTLA-4; CD152 olarakta bilinir T hücreler üzerinde bir reseptör proteindir. Immunglobulin süper ailesinin bir üyesidir. APC'in yüzeyindeki CD80(B7-1) ve CD86(B7-2)' ya bağlanır T hücrelerini inaktive eder. CTLA4 inhibisyonu T hücre üzerindeki reseptörlerin APC'nin CD80/CD86 ile etkileşmesini önler. CTLA-4 lokusu CD28'e çok yakındır. Çok benzer protein sekanslarına sahiptir. CTLA-4 T hücre proliferasyonunu ve IL2 salınımını önler.(8)

İmmun checkpoint inhibitörleri ilk olarak 2011 yılında onaylanmıştır. Ipilimumab, koinhibitör reseptör CTLA-4'ü hedefler. CTLA-4 birçok kanserde yüksek oranda eksprese edilir.(5)

PD-1 ,CD279 olarakta bilinir. T hücreleri ve pro-B hücrelerinden salınan hücre yüzey reseptör immunglobulin süper ailesindedir. Kendi ligandlarından Programmed cell death protein ligand 1 (PDL-1) veya PDL-2'ye bağlanır. T hücre aktivasyonunu inhibe eder. Tümör mikroçevresinde PDL-1 ve PDL-2'nin fazla ekspresyonu intratumoral immun yanıtın inhibisyonuna neden olur.(8)

PD-L1 tümör hücreleri ve immun hücrelerde eksprese edilirken; PD-L2 ise sadece normal dokuda dendritik hücrelerde eksprese edilir. PD-1 aktive CTLA4'den daha geniş oranda eksprese edilir Aktive T hücreler, B hücreler, Natural Killer (NK) hücreler üzerinde saptanabilir daha uzun süre eksprese halde kalır.(CTLA-4 1 saat iken; PD-1 6-12 saatdir) (9)

Pembrolizumab ve Nivolumab T hücreler üzerinde eksprese olan PD-1 reseptörlerini hedefler. Avelumab, Durvalumab, Atezolizumab PDL-1'i hedefler.(8,10) (Şekil 1)

CTLA-4 eksikliği olan farelerde erken başlangıçlı agresif lenfoproliferatif hastalıklar multiorgan yetmezliği gözlenirken; PD-1 eksikliğinde daha çok indolent otoimmun hastalıklar, romatoid artrit, glomerulonefrit, ve dilate kardiyomiyopati gibi klinik durumlar gözlenmiştir. Dolayısıyla benzer şekilde anti CTLA-4 ile görülen yan etkiler Anti-PD-1 ile görülen yan etkilere göre daha yüksek gradlı ve ciddidir.(11,12,)

CTLA4, PD-1, PDL-1 dışında yeni inhibitörler ve kostimülatörler tanımlanmıştır.(13)

Tim-3 aktive T hücreleri, NK hücreleri ve monositler tarafından eksprese edilir. Tümör infiltrate lenfositler PD-1 ve Tim-3'ü birlikte eksprese eder. Bu koekspresyon fonksiyonlarını bloke eder. Tim3, Galectin-9, CEACAM1(Karsinoembryonik antigen related cell adhesion molecule), HMBG1 (high mobility group box 1) ve fosfatidil serine bağlanır. Yardımcı T hücre fonksiyonlarını suprese eder. (14,15)

LAG3 aktive T hücreler, NK hücreler, B hücreler ve plazmositoid dendritik hücrelerden eksprese olan hücre yüzey molekülüdür. LAG3 major ligandı MHC klas II ile etkileşir. Dendritik hücre fonksiyonunu modüle etmekte rol oynar. LAG3-MHC klas II etkileşiminin T hücre yanıtını düzenlemede rolü net olmamakla birlikte; antiLAG3 antikorları Thücre proliferasyonu ve efektör hücre fonksiyonlarını artırır. (16)

VISTA; PD-1 homologudur. CD28 ailesini üyesidir. Antijen sunan hücrelerin koinhibitör ligandıdır. VISTA predominant olarak myeloid seride eksprese edilir.T hücre yanıtını bloke eder ve Foxp3 ekspresyonunu indükler. Anti-VISTA tedaviler otoimmün ensefalomyeliti olan fareler üzerinde denenmektedir. Çeşitli klinik çalışmalar sürmektedir.(17)

Bu üç koinhibitör reseptörler (Tim3, Lag-3 ve Vista) üzerine potansiyel teropatik hedefler olarak tek başına veya anti-PD-1 antikorlarla kombine bir şekilde çalışmaları sürdürülmektedir. (anti-Tim-3: NCT02817633; anti-Lag-3: NCT02488759, NCT02060188, NCT02061761, -2677. NCT01968109, NCT02658981, NCT02966548, NCT03005782; anti-Vista: NCT02812875, NCT02671955).(2,12)

Indoleamin 2,3-dioksijenaz (IDO), triptofanın oksitadif atılımını katalizleyen bir enzimdir. IDO immun sistemi antijen bağımlı hücre proliferasyonu için triptofan gerektiren T hücrelerinin antijen bağımlı aktivasyonunu baskılar. IDO tümör hücrelerinde ve tümörü drene eden lenf nodlarında bol miktarda eksprese edilir. IDO inhibitörleri IDO birikimini ve triptofan birikimini inhibe ederek tümöre karşı immun sistemin güçlenmesini sağlar. . Indoximod ve epacadostat çeşitli tümör tiplerinde halen etkinliği araştırılan IDO inhibitörleridir. (18,19) (Şekil-1)

TIGIT tip 1 transmembran proteindir. PD-1, TIM3 ve LAG3 gibi TIGIT'de kronik viral enfeksiyonlar ve kanserde upregülasyona uğrar. Fare modellerinde PDL-1 ile TIGIT'in kombine blokajı dramatik bir şekilde CD8 aracılı komplet rejeksiyona kadar tümör büyümesini bloke eder.(20)

BTLA B- and T-lymphocyte attenuator (BTLA) tanımlanmış bir diğer negatif checkpoint regülatörüdür. BTLA ekspresyonu lenfoit dokulara sınırlıdır. B Hücrelerde yüksek ekspresyonuna sahiptir. $\alpha\beta$ ve $\gamma\delta$ T hücreler, matür dendritik hücreler ve makrofajlarda da eksprese edilir. BTLA tümör nekrozis faktör reseptör süper ailesinden Herpes virus entry mediator (HVEM)'e bağlanır. BTLA blokajı T hücre reseptör aktivasyonunun artmasını sağlar.(21)

KIRs genellikle NK hücrelerinde ve tümör spesifik sitotoksik T hücreleri üzerinde eksprese edilir. NK hücre fonksiyonlarını regüle ederek; hücreleri NK aracılı lizisten korur.(22) Lirilumab KIR/HLA interaksyonunu inhibe ederek hem invivo hem invitro aktive immüneffektör hücrelerin sayısını artırır.(23)

Kostimülatörler olarak bilinen moleküllerde Thücre fonksiyonlarını aktive eder (OX40, GITR, CD137, ICOS, CD27-CD70, CD 40 vb.) (2,12)

ICOS CTLA4/PD1/CD28 ailesinden bir T hücre kostimülatör molekülüdür. İnsanlarda ICOS pDC/T-hücre interaksyonunda rol oynar. ICOS ve ligandı ICOS-L etkileşimi tümör ilişkili CD4+T hücrelerde immunsupresyonda temel rol oynar.(24) (Şekil-1) ICOS agonistik antikör JTX-2011 faz 1 ICONIC çalışmasında nivolumab (NCT02904226), ile kombinasyonu araştırılmaktadır. MEDI-570, ICOS ile ilişkili Periferel T hücreli lenfomanın folliküler varyantı, anjoimmunoblastik T hücreli lenfomalarda Faz1 çalışmalar sürmektedir. (ClinicalTrials.gov identifier: NCT02520791).(2)

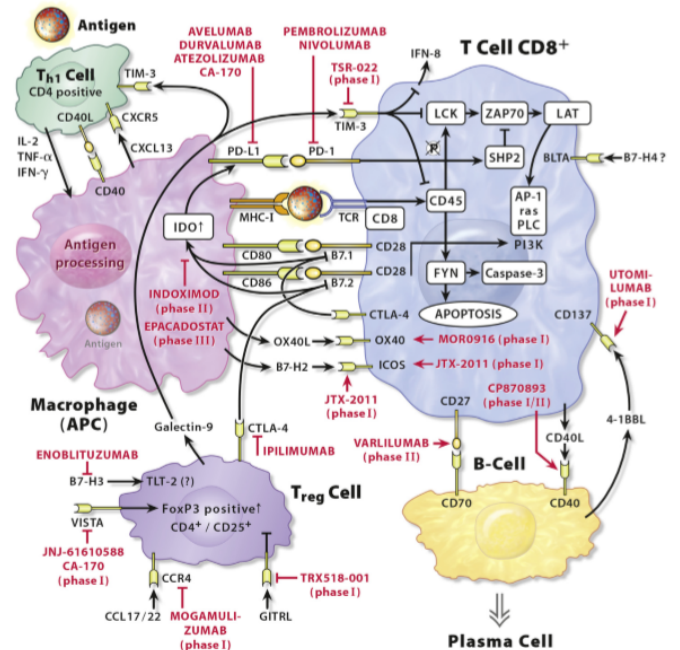
OX40(CD134) ve ligandı OX40L (CD134L) dendritik hücreler ve APC 'lerde eksprese olur. CD8+ T hücrelerinin aktivasyonunu güçlendirip kostimülatör olarak görev alır.(2)

CD40, TNF süper ailesinin bir üyesi olup; APC'ler, B hücrelerde monositlerde ve tümör hücrelerinde bol miktarda eksprese edilir. Kostimülatör olarak görev alır.(2)

SONUÇ OLARAK; İpilumab ile başlayan Pembrolizumab ve Nivolumab ile devam eden immunoteropatik ajanların tedavide kullanılmaya başlanması beraberinde Onkolojide yeni bir devri başlatmıştır. Diğer checkpoint inhibitörleri ve kostimülatör moleküllerle ilişkili çalışmalar halen sürmektedir. İlerde çok daha çeşitli ve yeni tedavi seçenekleri farklı kombinasyonlarla gündeme gelecektir.

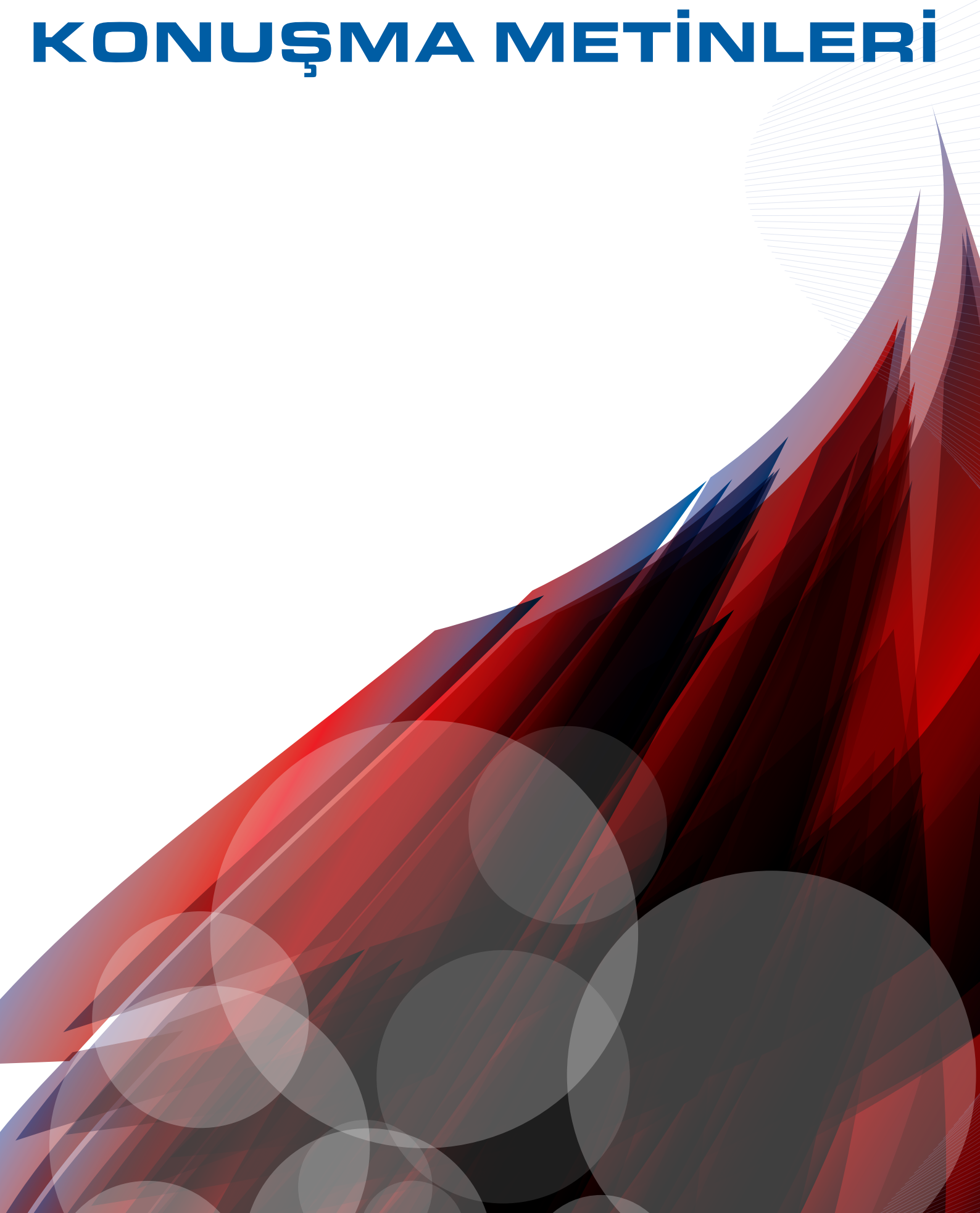
REFERANSLAR

- Harding FA, McArthur JG, Gross JA, et al. CD28-mediated signalling co-stimulates murine T cells and prevents induction of anergy in T-cell clones. *Nature* 1992;356:607-9.
- Dempke WCM, Fenchel K, Uciechowski P, Dale SP. Second- and third-generation drugs for immuno-oncology treatment-The more the better? *Eur J Cancer*. 2017 Mar;74:55-72.
- Drake CG, Jaffee E, Pardoll DM. Mechanisms of immune evasion by tumors. *Adv Immunol* 2006;90:51-81.
- Mantovani A, Allavena P, Sica A, Balkwill F. Cancer-related inflammation. *Nature* 2008;7203:436-44.
- Schreiber RD, Old LJ, Smyth MJ. Cancer immunoediting: integrating immunity's roles in cancer suppression and promotion. *Science* 2011;6024:1565-70.
- DeVita VT Jr, Chu E. A history of cancer chemotherapy. *Cancer Res* 2008;21:8643-53.
- Mellman I, Coukos G, Dranoff G. Cancer immunotherapy comes of age. *Nature* 2011;7378:480-9.
- Colli M, Immune checkpoint inhibitors: a patent review (2010-2015) *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 2016 vol 26, no 5, 555-564
- Topalian SL, Drake CG, Pardoll DM. Immune checkpoint blockade: a common denominator approach to Cancer therapy. *Cancer Cell* 2015;27:450-61.
- Topalian SL, Hodi FS, Brahmer JR, et al. Safety, activity, and immune correlates of anti-PD-1 antibody in cancer. *N Engl J Med* 2012;26:2443-54.
- Lesokhin AM, Callahan MK, Postow MA, et al. On being less tolerant: enhanced cancer immunosurveillance enabled by targeting checkpoints and agonists of T cell activation. *Sci Transl Med* 2015;7:280sr1.
- Granier C, Guillebon ED, Blanc C, Roussel H, Badoual C, Colin E, Saldmann A, Gey A, Oudard S, Tartour E. Mechanisms of action and rationale for the use of checkpoint inhibitors in cancer. *ESMO Open* 2017;2:e000213.
- Sharma P, Allison JP. The future of immune checkpoint therapy. *Science*. 2015;348:56-6
- Fourcade J, Sun Z, Pagliano O, et al. PD-1 and Tim-3 regulate the expansion of tumor antigen-specific CD8 T cells induced by melanoma vaccines. *Cancer Res* 2014;74:1045-55.
- Granier C, Dariane C, Combe P, et al. Tim-3 expression on tumorInfiltrating PD-1(+)/CD8(+) T cells correlates with poor clinical outcome in renal cell carcinoma. *Cancer Res* 2017;77:1075-82.
- Workman CJ, Vignali DA. The CD4-related molecule, LAG-3 (CD223), regulates the expansion of activated T cells. *Eur J Immunol* 2003;33:970-9.
- Wang L, Rubinstein R, Lines JL, et al. VISTA, a novel mouse ig superfamily ligand that negatively regulates T cell responses. *J Exp Med* 2011;208:577-92.
- Opitz CA, Litztenburger UM, Opitz U, et al. The indoleamine-2,3-dioxygenase (IDO) inhibitor 1-methyl-D-tryptophan upregulates IDO1 in human cancer cells. *PLoS One*. 2011;6:e19823.
- Muller AJ, Prendergast GC. Marrying immunotherapy with chemotherapy: why say IDO? *Cancer Res*. 2005;65:8065-8068.
- Johnston RJ, Comps-Agrar L, Hackney J, et al. The immunoreceptor TIGIT regulates antitumor and antiviral CD8+ T cell effector function. *Cancer Cell*. 2014;26:923-937.
- Watanabe N, Gavrieli M, Sedy JR, et al. BTLA is a lymphocyte inhibitory receptor with similarities to CTLA-4 and PD-1. *Nat Immunol*. 2003;4:670-679.
- Speiser DE, Pittet MJ, Valmori D, et al. In vivo expression of natural killer cell inhibitory receptors by human melanoma-specific cytolytic T lymphocytes. *J Exp Med*. 1999;190:775-782.
- Romagné F, André P, Spee P, et al. Preclinical characterization of 1-7F9, a novel human anti-KIR receptor therapeutic antibody that augments natural killer-mediated killing of tumor cells. *Blood*. 2009;114:2667
- Faget J, Bendriss-Vermare N, Gobert M, et al. ICOS-ligand expression on plasmacytoid dendritic cells supports breast cancer progression by promoting the accumulation of immunosuppressive CD4+ T cells. *Cancer Res*. 2012;72:6130-6141.



Şekil 1: İmmüno checkpoint inhibitörleri, kostimülatörler ve bunları hedefleyen immunoterapötik ajanlar.

7. TÜRKB TIBBİ ONKOLOJİ KONGRESİ KONUŞMA METİNLERİ



TIBBİ ONKOLOJİ - OLGULAR

BANU ÖZTÜRK

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Olgu 1: U.K. 35 y E: Tanı anında kemik ve kemik iliği metastazları ile başvuran erkek hasta. Sigarayı bırakmış. Sol supraklavikular lenf nodu İİAB hücre bloğu adenokanser ile uyumlu gelmiş, kemik iliği biopsisinde de adenokanser metastazı saptanmış. Hastaya 6 kür platin-pemetrexet verilmiş. KT yanıtı iyi, Likit biopsi ile EGFR exon 19 del saptanması üzerine erlotinibe geçilmiş. tedavinin 8. Aynında progres gelişmesi üzerine tekrar platin-pmx başlanmış, likit bx ile T790m mutasyonu saptanmıştır.

Olgu 2: M.Z. 57 Y E. Aktif sigara içicisi. KOAH mevcut. Akciğer skuamöz hücreli karsinom. PET-BT mediastinal lenf nodlarında tutulum olması üzerine yapılan mediastinoskopide antraktik lenf nodları sağtanmış, lobektomi yapılmış, 7 nolu istasyon pozitif gelmiş. Adj KT başlanmış.

Olgu 3: F.T. 70 y. E: sigarayı bırakmış. 2013 yılında akciğer adenokarsinom tanı anında T4N2M0, indüksiyon KT ardından definitive KRT almış, ancak aynı yıl metastaz gelişmiş 2 yıl erlotinib, 4 kür pemetrexet almış. 2016 da nivolumab erken erişim programına alınmış ve 2 yıldır nivolumab altında takiptedir.

GEBELİK VE KANSER

MEHMET KÜÇÜKÖNER

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

Gebelikte kanser tanısı konulması hem gebenin hem de fetüsün yaşamını doğrudan etkilediğinden hekim ve aile açısından tedavi yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. Bu zorluğun önemli bir nedeni tanı ve tedavi yöntemlerinin fetüse olası zararı ile eksik ya da ertelenmiş tedavinin anne sağkalımını olumsuz etkilemesidir. Gebelik esnasında kanser insidansı % 0,02 ile % 0,1 gibi nispeten düşük oranda görülmektedir(1). Aynı şekilde jinekolojik kanserlerin % 3'ü gebelikte gözlenmektedir. Buna karşın Amerika Birleşik Devletlerinde üreme döneminde kadınlar arasında ikinci en sık ölüm nedenidir(2). Gebelik döneminde görülen kanserler arasında meme kanseri, serviks kanseri, hematolojik kanserler özellikle yüksek bir insidansa sahiptir. Bir çok kanser ilerleyen yaşla birlikte daha sık görüldüğü için, maternal yaşın artmasına bağlı olarak kanserle komplike olan gebeliklerin gelişmiş ülkelerde daha artacağı da öngörülmektedir(3).

Gebeliğin herhangi bir kansere neden olduğu veya hastalığın prognozunu etkilediğine dair de ortak bir bilgi yoktur(4,5).

TANI, GÖRÜNTÜLEME VE EVRELEME

Gebelik ve kanserde tanısal yöntemlerde radyasyon ve girişimsel işlemlerin fetüs sağlığına yönelik olası riskleri tanıda zorluk yaratmaktadır. Buna ilaveten gebelikteki fizyolojik değişiklikler kanserin geç tanısına yol açabilir. Gebelikte fizyolojik olarak büyüyen meme dokusu yeni gelişen kitlenin fark edilmesini geciktirmekte ve bu nedenle de gebe olmayana oranla gebe bir kadında ileri evre meme kanseri riski artmaktadır(6). Ayrıca gebelikteki pigmentasyon artışı sonucu lezyonların yanlış değerlendirilmesiyle malign melanom tanısı da gecikebilmektedir(6). Tanıda kullanılan histopatolojik değerlendirmelerde gebeliği dikkate almak gerekir. Özellikle serviks kanserinde ve meme kanserinde fizyolojik değişiklikler yalancı pozitif sonuçlara yol açabilir. Servikal sitolojide görülen skuamöz metaplazi veya trofoblast hücreler, displazi olarak yorumlanabilmektedir(6,7).

Gebelikte görülen meme kanserinin prognostik özellikleri köttür(8).

Gebelikte ultrasonografi kullanımı güvenilirliği kanıtlanmış görüntüleme yöntemidir. Manyetik Rezonans Görüntülemenin (MRG) güvenilirliği kesin olarak kanıtlanmamakla birlikte gebelikte yaygın olarak kullanılır. MRG'da asıl sorun kullanılan kontrast maddelerin plasentayı geçip fetal toksisite yaratmasıdır. PAAC filmi ve mamografi çekimi kurşun yeleğinin koruyuculuğu ilavesi ile daha da güvenilir kılınmaktadır. Fetal radyasyon maruziyeti en fazla bilgisayarlı tomografi çekimlerindedir. PET-CT'de kullanılan radyoaktif FDG plasentayı geçtiği için gebelikte kullanılmamalıdır(8). Meme kanserinde teknisyum kullanılarak yapılan sentinel lenf nodu örnekleme maruz kalınan dozun eşik değerinin altında olmasından gebelikte uygulanabilir(4) Metilen mavisi ise teratojen olduğundan dolayı gebelikte sentinel nod belirlenmesinde kullanılmaz(9,10).

GEBELİKTE RADYOTERAPİ

Gebelikte radyoterapinin fetüse toksik etkisi, gebelik haftasına, ışının dozuna, uygulama alanına, uygulanan korumaya, cihazın özelliğine bağlı değişmektedir. Kanser tedavisinde kullanılan dozlar genelde 4000-7000 cGy aralığında olup tanısal radyolojide kullanılan dozlardan bin kattan daha fazladır(11). Gebelikte beyin tümörleri, baş boyun kanserleri, meme kanseri, Hodgkin lenfomada radyoterapi uygulanabilmektedir(12). Fetal radyasyon maruziyeti 100 mGy üzerinde hesaplandığında gebelik terminasyonu önerilmektedir. Gebelikte serviks kanserinde, birinci ve ikinci trimesterde ise fetüse rağmen eksternal radyoterapi uygulanır ve spontan abortus gerçekleşir. Serviks kanseri ikinci trimester sonu ve erken üçüncü trimesterde saptanmış ve tümör yavaş seyirliyse tedavi 35. haftaya kadar ertelenebilir.

GEBELİKTE KEMOTERAPİ

Gebelikte kemoterapinin fetüse vereceği zarar riski gebeliğin

dönemiyle ilişkili olup ilk trimesterde risk en yüksektir. Genel olarak sitotoksik ajanlarla, %3 olan bazal fetal malformasyon oranı %6'ya çıkmaktadır. Folat antagonisti antimetabolitlerle bu oran %17'ye yükselir(13). İlk 9 hafta organogenez için çok önemli olduğundan katiyetle kemoterapi kullanılmamalıdır. İkinci ve üçüncü trimesterde kemoterapi uygulaması görece olarak daha güvenilirdir(13). Metotreksat gebelik süresince önerilmemektedir. Siklofosamid, doksorubisin, epirubisin ve taksanların kullanımları ile ilgili veriler güvenilirdir. Karboplatinin fetal yan etkileri daha az olduğundan sisplatin tercih edilmelidir(14). Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarında standart tedavi olan CHOP ve ABVD protokolleri ilk trimester sonrası kullanılabilir(15). B hücreli lenfomalarda tedaviye eklenen rituksimabın da fetal malformasyon insidansını arttırmadığı bildirilmiştir. Gebelikte germ hücreli tümörlerde BEP protokolü yerine bleomisin/vinblastin/sisplatin veya paklitaksel/karboplatin kombinasyonları kullanılmalıdır. Trastuzumab ve tamoksifenin fetüse etkisine ait yeterli veri olmadığından gebelikte kullanılması önerilmez. Kanserli gebede GCSF ve eritropoetin kullanımı maternal ve fetal yönden güvenlidir(6).

Kanser tedavisi sonrası gebelik veya gebelikte kanser tanısı konulması hem hasta hem de hekim için çözülmesi gereken birçok sorun içermektedir. Gebelik, şüpheli semptomlar varlığında ileri tetkik ve tedavi için engel teşkil etmemelidir. Kanser teşhis ve tedavisindeki gelişmeler nedeni ile günümüzde daha fazla kadın kanser tedavisi sonrası gebe kalmakta ve sorunsuz olarak gebeliklerini tamamlamaktadır. Kanser tanısı almış gebelerin multidisipliner yaklaşımla uygun merkezlerde takibi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer* 2006;42:126-40.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009 JuleAug;59(4):225e49.
3. Amant F, Brepoels L, Halaska MJ, Gziri MM, Calsteren KV. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(1):6179.
4. Amant F, Van Calsteren K, Vergote I, Ottevanger N. Gynecologic oncology in pregnancy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008;67(3):18795
5. Smith LH, Dalrymple JL, Leiserowitz GS, Danielsen B, Gilbert WM. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1504-1512.
6. Pereg D, Koren G, Lishner M. Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev*. 2008;34(4):30212.
7. Uyar DS, Eltabbakh GH, Mount SL. Positive predictive value of liquidbased and conventional cervical Papanicolaou smears reported as malignant. *Gynecol Oncol*. 2003;89(2):22732.
8. Middleton LP, Amin M, Gwyn K, Theriault R, Sahin A. Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. *Cancer*. 2003;98(5):105560.
9. Khera SY, Kiluk JV, Hasson DM, Meade TL, Meyers MP, Dupont EL, Berman CG, Cox CE. Pregnancyassociated breast cancer patients can safely undergo lymphatic mapping. *Breast J*. 2008;14(3):2504.
10. Cragan JD. Teratogen update: methylene blue. *Teratology*. 1999;60(1):428.
11. Fenig E, Mishaeli M, Kalish Y, Lishner M. Pregnancy and radiation. *Cancer Treat Rev*. 2001;27(1):17.
12. Kal HB, Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *Lancet Oncol*. 2005;6(5):32833.
13. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol*. 2004;5(5):28391.
14. Azim HA Jr, Peccatori FA, Pavlidis N. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part I: Solid tumors. *Cancer Treat Rev*. 2010;36(2):1019.
15. Azim HA Jr, Pavlidis N, Peccatori FA. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part II: Hematological tumors. *Cancer Treat Rev*. 2010;36(2):11021.

ALK POZİTİF HASTALARDA YAKLAŞIM

UMUT KEFELİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D

Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) proteini 2.kromozomda yer alan ALK geni tarafından kodlanan transmembran yerleşimli bir tirozin kinaz reseptörüdür. Küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların yaklaşık %5'inde ALK translokasyonu bulunmaktadır (1). İkinci kromozomda yerleşik ALK'nin bir parçası, inversiyonla aynı gende yerleşik bir başka genin parçasıyla birleşmektedir. ALK geninin tirozin kinaz-kodlayan domain'i EML-4 geninin dimerizasyon domain kodu taşıyan parçasıyla birleşerek yeni bir novel füzyon onkogeni oluşturmaktadır (2). Bu hastaların kendilerine has klinik ve patolojik özellikleri bulunmaktadır (2,3,4).

Günümüzde birçok rehberde metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserinde ALK gen testi bakılması önerilmektedir. Tümör spesimenlerinde immünohistokimya (İHK), floresan in situ hibridizasyon (FISH) yöntemleri ile bakılması önerilmektedir (5,6).

ALK füzyon onkogen ilişkili ileri KHDAK'li hastalar ALK tirozin kinaz inhibitörlerine (TKİ) çok hassastırlar. Bu hastaların ilk tedaviye ALK TKİ'ler ile başlamaları önerilmektedir. Tedavinin progresyona ya da hastada tolere edilemeyen toksisiteye kadar kullanılması önerilmektedir (7).

ALK inhibitörleri ile tedavi genellikle iyi tolere edilmektedir. Buna rağmen, nadir de olsa görülen yan etkiler doz azaltılması ya da tedavinin kesilmesi ihtiyacını doğurabilir. Pnömonit, kardiyak toksisite, hepatotoksite gibi yan etkiler beklenebilir. Krizotinib adlı ALK TKİ ile görme rahatsızlıkları % 50'den fazla görülebilmektedir (7).

ALK genindeki onkojenik değişikliklerin saptanması ileri KHDAK'li hastalarda paradigma değişiminin ve bireyselleştirilmiş

tedavinin önünü açmıştır. Yeni ALK TKİ'leri gün geçtikçe yeni çalışmalarla test edilmektedir ve yeni formları klinik uygulamaya girmektedir. Hastanın klinik özelliklerine, mevcut durumuna göre ALK TKİ seçimi yapılmalıdır

REFERANSLAR

1. Pikor LA, Ramnarine VR, Lam S, Lam WL. Genetic alterations defining NSCLC subtypes and their therapeutic implications. *Lung Cancer* 2013; 82:179.
2. Shaw AT, Solomon B. Targeting anaplastic lymphoma kinase in lung cancer. *Clin Cancer Res* 2011; 17:2081.
3. Boland JM, Erdogan S, Vasmatzis G, et al. Anaplastic lymphoma kinase immunoreactivity correlates with ALK gene rearrangement and transcriptional up-regulation in non-small cell lung carcinomas. *Hum Pathol* 2009; 40:1152.
4. Inamura K, Takeuchi K, Togashi Y, et al. EML4-ALK fusion is linked to histological characteristics in a subset of lung cancers. *J Thorac Oncol* 2008; 3:13.
5. Weickhardt AJ, Aisner DL, Franklin WA, et al. Diagnostic assays for identification of anaplastic lymphoma kinase-positive non-small cell lung cancer. *Cancer* 2013; 119:1467.
6. Leighl NB, Rekhtman N, Biermann WA, et al. Molecular testing for selection of patients with lung cancer for epidermal growth factor receptor and anaplastic lymphoma kinase tyrosine kinase inhibitors: American Society of Clinical Oncology endorsement of the College of American Pathologists/International Association for the study of lung cancer/association for molecular pathology guideline. *J Clin Oncol* 2014; 32:3673.
7. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf

MANTLE HÜCRELİ LENFOMA

TEOMAN YANMAZ

KOLAN HASTANESİ

50 yaşında kadın hasta halsizlik yakınması ile başvurmuş. B semptomları yok. FM'de yaygın LAP ve splenomegali saptanıyor. Lenf nodu bx sonucunda Mantle hücreli lenfoma tanısı konuyor. Ki-67:%90 + ve kemik iliği infiltrasyonu + olarak saptanıyor.

1. Seçenek tedavi ?

Klasik Mantle hücreli lenfoma (MCL) hastasının en tipik bulgusu yaygın LAP saptanmasıdır.

Hastaların yaklaşık %70'i bu olguda olduğu gibi 4. evrede saptanır. Yine bu olguda olduğu gibi %59'unda kemik iliği tutulumu saptanmaktadır. (1). Ki-67 yüksekliği (>%30) önemli bir prognostik faktördür. (2). Ancak henüz prediktif bir faktör olarak kullanılmamaktadır.

Tedaviye karar verirken hastaların 65 yaş üstünde ya da altında olması ve agresif/yoğun birtedaviyi tolere edip edemeyecekleri gözönünde bulundurulmalıdır. 65 yaş altındaki genel durumu iyi hastalarda en iyi tedavi modalitesi agresif bir indüksiyon tedavisi (hedeflenen tam ya da kısmi yanıtı ulaşılmaya çalışmak) ve ardından yüksek doz tedavi (HDT)/otolog kök hücre naklidir (OKHN). (3,4,5,6,7,8).

Romaguera ve arkadaşlarının çalışmasında Hyper-CVAD + R (Rituximab) tedavisiyle yüksek doz (HD) Mtx-Sitarabin + R tedavisi dönüşümlü olarak 6-8 kür verilmiştir. Bu çalışmada 65 yaş ve altındaki hastalarda tam yanıt (CR) oranı %89, 3 yıllık FFS (failure free survival, tedavi başarısızlığı olmaksızın sağkalım) oranı %73 bulunmuştur. (3). Merli ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı tedavi rejimi kullanılmıştır. Burada hastaların %73'ünde CR tespit edilmiştir. Ancak bu çalışmada tedaviyi tamamlayabilme oranları çok düşük kalmıştır. Hastaların %75'i 3 siklusu ve %37'si tedavi protokolü olan 4 siklusu tamamlayabilmişlerdir. Protokol gereği 4 siklus sonunda sadece PR (kısmi yanıt) görülen hastalara OKHN planlanmıştır. CR görülen has-

talara OKHN planlanmamasına karşın, 2. siklustan sonra 3 ve 3. siklustan sonra 2 CR saptanan hasta protokol dışına çıkılarak OKHN'ye yönlendirilmiştir. 5 yıllık FFS %46 (tedaviye yanıt açısından değerlendirilebilen hastalarda %55) ve 5 yıllık OS (toplam sağkalım) %73 bulunmuştur. (4).

Geisler ve arkadaşlarının Nordic rejimi (R-maxi CHOP ile R-HD sitarabin dönüşümlü toplam 6 kür) ile CR oranı %54 bulunmuştur. Bu çalışmada 10 yıllık EFS (olaysız sağkalım) %43, 10 yıllık OS %58, ortanca EFS 7.4 yıl bulunmuştur. Bu çalışmada hastalara standart olarak HDT/OKHN tedavisi ile konsolidasyon yapılmıştır. (5).

Damon ve arkadaşları çalışmalarında CALGB rejimini kullanmışlardır. Bu rejimde R-Mtx ile arttırılmış doz (augmented) CHOP 2 ya da 3 kür (2 kür sonunda kemik iliğinde >%15'ten fazla MCL tutulumu olan 10 hastaya tedavi 3 kür yapılmıştır), sonrasında 1 kür R-Etoposid-HD sitarabin, ardından HDT/OKHN ve OKHN sonrası idame R (OKHN'den 6 hafta sonra 2 hafta üstüste) yapılmıştır. Bu rejim ile %69 hastada CR saptanmıştır. Bu çalışmada 5 yıllık PFS %56 ve 5 yıllık OS %64 saptanmıştır. (6).

Delarue ve arkadaşları çalışmalarında 3 kür CHOP (son küründe R ile) sonrasında 3 kür DHAP rejimi kullanmışlar ve ardından HDT/OKHN yapmışlardır. Bu hastalarda RCHOP sonrası CR oranı son derece düşük (%12) saptanmış, R-DHAP sonrası CR %57'ye çıkmıştır. OKHN dahil tüm tedavi alanlarında CR %96, ITT (intent to treat, çalışmaya katılan tüm hastalar) analizinde CR %78 saptanmıştır. 5 yıllık EFS %64, 5 yıllık OS %75 saptanmıştır. Bu çalışmada R-CHOP/R-DHAP'a yanıt ile OS ilişkisi gösterilememiştir. (7).

Schaffel ve arkadaşları çalışmalarında CHOP-14 +/- R 4 siklus, sonrasında 2-3 kür ICE +/-R ve ardından HDT/OKHN yapmışlar. Bu çalışmada 5 yıllık OS %76 saptanmış, Ki-67 + oranı yüksekliğinin (>%30) prognozu kötüleştirdiği ortaya çıkmıştır. (8).

Bu rejimler içinde R-Hyper-CVAD ile dönüşümlü R- HD Mtx/ AraC rejimi, OKHN olmadan da yüksek CR oranı ve yüksek OS oranı nedeniyle genç, performans durumu iyi hastalarda tercih edilmektedir.

2. Hastaya Hyper-CVAD ile dönüşümlü HD MTX/AraC uygulandı ve 4 kür sonunda tam metabolik yanıt saptandı. Şimdi ne yaparsınız?

Vandenbergh ve arkadaşlarının 2003'te yaptığı analizde MCL hastalarının ilk tam yanıt sonrası konsolidasyon OKHN sonuçları 2 yıllık PFS %65 ve 5 yıllık PFS %52 , 2 yıllık OS %88 ve 5 yıllık OS % 65 bulunmuştur. (9).

Lefrere ve arkadaşları tarafından CHOP 4 kür sonrası CR saptanan 2 hastaya OKHN, CR saptanmayan hastalara DHAP ile salvage terapisi yapılmıştır. DHAP tedavisi sonrası CR (%84) veya PR (%8) saptanan hastalara OKHN yapılmıştır. Serilerinde mOS (ortanca sağkalım süresi) 81 ay olarak bulunmuştur. (10)

Vakamız olan 50 yaşındaki genç hastada Rituximab tedavisi başlangıçta verilmediği de gözönüne alınarak literatürde belirtildiği gibi ilk CR saptandığında sonraki tedavi stratejisi olarak HDT/ASCT konsolidasyonu ideal yöntem olacaktır.

3. Transplant ekibi hastanın performansı nedeniyle OKHN yapmadı. Şimdi ne yaparsınız?

Etkin bir tedavi sonrası CR saptanan hastalarda OKHN düşünülüyor ya da yapılamıyor ise konsolidasyon amaçlı ilave tedavinin yapılması rasyonel bir seçimdir. Romaguera ve ark , R ile kombine olarak yaptıkları Hyper-CVAD ile dönüşümlü HDMtx/ Ara-C tedavisinde CR saptanan hastalarda OKHN kullanmamışlar, bunun yerine 2. kürde CR saptanan hastalara ilave 4 kür , 6. kürde CR saptanan hastalara ilave 2 kür tedavi vermişlerdir. (3). Ancak bu durumda hastanın performansının da gözönünde bulundurulması gerekmektedir. OKHN için uygun performansı olmayan hasta bu tedaviyi de tolere edemeyebilir. Nitekim bu rejimin toksisite problemleri nedeniyle Merli ve arkadaşları hastaların sadece %37'sine 4 kür tedavi verebilmişlerdir. (4) Aynı şekilde bu tedavi protokolüyle bir başka çalışmada grade 3-4 trombositopeni %71, anemi %59 , nötropeni %65 ve febril nötropeni %29 oranında saptanmıştır. (11).

4. KT sonrası idame Rituximab verir misiniz?

Kluin-Nelemans ve arkadaşlarının çalışmasında R-CHOP sonrası 2 ayda bir verilen R idame tedavisi inreferon alfa idamesine göre belirgin bir PFS ve OS avantajı oluşturmuştur. (12). Her ne kadar bu hastada olduğu gibi indüksiyon tedavisinde R almamış ve sonrasında OKHN yapılmamış hastalarla ilgili randomize veri olmasa da özellikle toksisite nedeniyle planlanan tedaviyi alamamış hastada R idame tedavisi verilmesi düşünülmelidir.

5. Rituximab idame sırasında ayakta sınırlı biopsi ile konfirme relaps gelişti. Ne yaparsınız?

Haque W ve arkadaşları daha önce KT almış (%95'i Hyper-CVAD

ile dönüşümlü HD Mtx/Ara-C) hastalarda lokal nüks sırasında verilen RT'ye yanıt oranını %94 (CR %69) olarak bildirmişlerdir. (13) . Bu hastada ilk olarak yapılacak tedavi lokal RT'dir.

RT sonrası nüks hastalık nedeniyle ikinci seçenek tedavi düşünülmelidir. R idame tedavisi altındayken hastalık nüks ettiğinden R refrakter olarak kabul edilip R içermeyen bir tedavi düşünülmelidir. Ayrıca lokal bir relaps olduğu gözönüne alınarak etkin ama toksisitesi düşük bir tedavi denemesi tercih edilmelidir.

Bu durumda elimizde 3 seçenek var; İbrutinib , Bortezomib ve Temsirolimus. (14,15,16).

Bortezomib ile CR %8 , PR %33 , TTP 6.2 ay saptanmıştır. Temsirolimus ile CR %3 , PR %35, TTP 6.5 ay saptanmıştır. İbrutinib bu ajanlar içinde yanıt oranı en yüksek (CR %21 , PR %47, PFS 13.9 ay) ve ciddi toksisitesi en az (grade 3-4 nötropeni %16, toplam 111 hastada pnömoniye bağlı 2 , sepsise bağlı 1 ölüm vakası) olduğundan tercih edilmelidir.

6. İbrutinib 18 ay verildikten sonra tibia posteriunda 13 cm kitle saptandı. Sistemik evrelemede mediastende paraaortik bölgede küçük lenf nodları ile bacakta kitle saptandı. Kİ infiltrasyonu saptandı. Şimdi ne yaparsınız?

Hastalık sistemik olarak nüks etmiş durumda. Bu durumda etkin bir sistemik tedavi rejimiyle allojeneik KHN hedeflenmelidir.

Nüks MCL'da OS < 2 yıldır. Bortezomib, lenalidomid, ibrutinib gibi ajanlar remisyon oranlarını arttırıp hastaliksız sağkalım dönemini uzatsa da OKHN'de de olduğu gibi küratif bir tedavi imkanı sağlamazlar. Allojeneik KHN bir kısım hastada kür sağlayabilir. Ancak yapılacak KT rejiminin yoğunluğu, OKHN sonrası hastaliksız dönemin uzunluğu, remisyonun süresi ve Allojeneik tedavi sırasındaki remisyonun derinliği bu durumu etkileyen faktörlerdir.(17). Bu nedenle etkinliği yüksek olan ve bu hastada da daha önce etkinliği gösterilmiş olan Hyper-CVAD tedavisi sonrası Allojeneik KHN en uygun seçim olarak görülmektedir.

REFERANSLAR

1. Argatoff, L.H., Connors, J.M., Klasa, R.J., Horsman, D.E., and Gascoyne, R.D. Mantle cell lymphoma: a clinicopathologic study of 80 cases. Blood 1997, 89, 2067–2078.
2. Determann O, Hoster E, Ott G, et al: Ki-67 predicts outcome in advanced-stage mantle cell lymphoma patients treated with anti-CD20 immunochemotherapy: Results from randomized trials of the European MCL Network and the German Low Grade Lymphoma Study Group. Blood 111:2385-2387, 2008.
3. JE Romaguera, L Fayad, MA Rodriguez , etal: High rate of durable remissions after treatment of newly diagnosed aggressive mantle cell lymphoma with rituximab plus hy-

- per-CVAD alternating with rituximab plus high-dose methotrexate and cytarabine *J Clin Oncol* 23: 7013– 7023,2005.
4. Merli F, Luminari S, Ilariucci F, et al. Rituximab plus HyperCVAD alternating with high dose cytarabine and methotrexate for the initial treatment of patients with mantle cell lymphoma, a multicentre trial from Gruppo Italiano Studio Linfomi, *Br J Haematol*, 2012, vol. 156 (pg. 346-353).
 5. Geisler CH, Kolstad A, Laurell A, et al. Nordic Lymphoma Group Nordic MCL2 trial update: six-year follow-up after intensive immunochemotherapy for untreated mantle cell lymphoma followed by BEAM or BEAC + autologous stem-cell support: still very long survival but late relapses do occur, *Br J Haematol* , 2012, vol. 158 (pg. 355-362).
 6. Damon LE, Johnson JL, Niedzwiecki D, et al. Immunochemotherapy and autologous stem-cell transplantation for untreated patients with mantle-cell lymphoma: CALGB 59909. *J Clin Oncol* 2009;27(36):6101-6108.
 7. Delarue R, Haioun C, Ribrag V, et al; Groupe d'Étude des Lymphomes de l'Adulte GELA). CHOP and DHAP plus rituximab followed by autologous stem cell transplantation in mantle cell lymphoma: a phase 2 study from the Groupe d'Étude des Lymphomes de l'Adulte. *Blood* 2013;121(1):48-53.
 8. Schaffel R, Hedvat CV, Teruya-Feldstein J, Persky D, Margulia J, Linet D et al. Prognostic impact of proliferative index determined by quantitative image analysis and the International Prognostic Index in patients with mantle cell lymphoma. *Ann Oncol* 2010; 21: 133–139.
 9. Vandenberghe E, Ruiz de Elvira C, Loberiza FR, Conde E, López-Guillermo A, Gisselbrecht C et al. Outcome of autologous transplantation for mantle cell lymphoma: a study by the European Blood and Bone Marrow Transplant and Autologous Blood and Marrow Transplant Registries. *Br J Haematol* 2003; 120: 793–800.
 10. Lefrere F, Delmer A, Levy V, Delarue R, Varet B, Hermine O. Sequential chemotherapy regimens followed by high-dose therapy with stem cell transplantation in mantle cell lymphoma: an update of a prospective study. *Haematologica* 2004; 89: 1275–1276.
 11. R.W. Chen, H. Li, S.H. Bernstein, et al. RB but not R-HCVAD is a feasible induction regimen prior to auto-HCT in front-line MCL: results of SWOG Study S1106. *Br J Haematol*, 176 (2017), pp. 759-769.
 12. Kluin-Nelemans HC, Hoster E, Hermine O, et al. Treatment of older patients with mantlecell lymphoma. *N Engl J Med* 2012;367(6):520-531.
 13. Haque W, Voong KR, Shihadeh F, Arzu I, Pinnix C, Mazloom A, Medeiros LJ, Romaguera J, Rodriguez A, Wang M, Allen P, Dabaja B. Radiation therapy is an effective modality in the treatment of mantle cell lymphoma, even in heavily pretreated patients. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2014;14:474–479.
 14. Wang ML, Rule S, Martin P, et al. Targeting BTK with ibrutinib in relapsed or refractory mantle-cell lymphoma. *N Engl J Med* 2013;369(6):507-516.
 15. Fisher RI, Bernstein SH, Kahl BS, et al. Multicenter phase II study of bortezomib in patients with relapsed or refractory mantle cell lymphoma. *J Clin Oncol* 2006;24(30):4867-4874.
 16. TE Witzig, SM Geyer, I Ghobrial , etal: Phase II trial of single-agent temsirolimus (CCI-779) for relapsed mantle cell lymphoma *J Clin Oncol* 23: 2005. 5347– 5356.
 17. Cohen JB, Burns LJ, Bachanova V. Role of allogeneic stem cell transplantation in mantle cell lymphoma. *European Journal of Haematology*, 94, 2014. pp 290–297

DLBCL

TEOMAN YANMAZ

KOLAN HASTANESİ

60 yaşında erkek hasta sol bacakta şişlik ve ağrı öyküsü ile başvurdu. B semptomu yoktu.

FM'de 3-5 cm çaplarda servikal, aksiller lenf nodları ile sol inguinalde sınırları netleştirilemeyen dev kitle ve sol bacakta lenfödem saptandı.

Lenf nodu biyopsisi DLBCL olarak yorumlandı. c-Myc , Bcl-2 ve Bcl-6 pozitif bulundu. Ki-67: % 90 idi. Kİ infiltrasyonu yoktu. PET-CT'de servikal, aksiller , inguinal bulky lenf nodları saptandı.

1. Tedavi seçeneğiniz ?

Myc, Bcl-2, Bcl-6 FISH veya standart sitogenetik yöntemlerle pozitif bulunan hastalar WHO 2018 sınıflamasına göre HGBL (high grade B lenfomalar) grubuna alınmıştır. NCCN guideline version 2/2018 (26 Şubat 2018)'de de bu gruba dahil edilmiştir. (1). Myc ile birlikte Bcl-2 (bazen daha az görülmekle birlikte Myc ve Bcl-6 birlikte pozitifliği de olabilir) pozitif olduğu durumlara Double Hit Lenfoma (DHL) , her üçünün (Myc , Bcl-2, Bcl-6) pozitif olduğu durumlara da Triple Hit Lenfoma (THL) adı verilmektedir. Sitogenetik pozitiflik ile immünohistokimyasal (İHK) pozitif olmasının farklı olduğu savunularak İHK ile Myc ve Bcl-2 pozitif hastalar Double Ekspresör olarak da adlandırılmıştır. DHL ve THL genellikle germinal merkez B-hücre benzeri lenfomalardır.

Myc ve Bcl-2 pozitifliğinin DLBCL'da kötü prognozu gösterdiği ve RCHOP tedavisine yanıtın bu hastalarda düşük olduğu gösterilmiştir. (2). MD Anderson grubunun retrospektif analizinde R-EPOCH tedavisi ile CR %68 iken R-CHOP ile %40 bulunmuştur. Ayrıca EFS ve OS da R-EPOCH tedavisi lehine anlamlı olarak artmıştır. Ancak yazarlar bu sonuçları yorumlarken hem retrospektif analiz olması hem de R-EPOCH grubunda HDT/OKHN'ne anlamlı olarak hastaların daha fazla dahil edilmesinin sonucu etkilemiş olabileceğini gözönünde tutarak dikkatli

olunması gerektiğini bildirmişlerdir. Gerçekten de bu analizde primer tedavi sonrası OKHN yapılan hastaların sonuçları anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur. (3)

DA-EPOCH-R tedavisi bir başka umut vaadeden tedavidir. Dunleavy ve arkadaşlarının çalışmalarının ilk 14 aylık takip sonrası sonuçlarında FISH pozitif DH hastalarda PFS %87 İHK ile Bcl-2 pozitif hastalarda PFS %64 bulunmuştur. (4)

Sonuç olarak RCHOP tedavisinin bu hastalarda yeterince etkin olmadığı bilinmekte ancak daha etkin olabilecek bir tedavi modalitesi için de yeterli prospektif veri henüz bulunmamaktadır.

2. KT sonrasında PET-CT ile metabolik tam yanıt elde edildi-KT'ye devam edildi. 6 siklus KT sonrasında ne yaparsınız? CNS profilaksisi-RT?

6 siklus KT sonrasında CR saptanan hastada bulky hastalık bölgesi olan inguinal bölgeye RT yapılmalıdır. Held'in bu konudaki çalışmasında inisyel bulky hastalığı olan agresif lenfomalı yaşlı hastalar (yaş 61-80 arasında olanlar) kemoimmünoterapi sonrası herhangi bir yanıt gelişince (CR, Cru, PR) 2 gruba ayrılmış, bulky hastalığa RT alan kolda, almayana göre EFS, PFS ve OS açısından daha iyi performans saptanmıştır. Bu da bulky hastalığa RT yapılmasının hastalığın progresyonunu ve nüksünü azalttığını göstermektedir.(5).

DHL ve THL'da merkezi sinir sistemi profilaksisi açısından agresif lenfomalarda MSS hastalığı riskini ölçen prognostik modelden yararlanılabilir. Bu modellemeye göre 4-6 risk faktörü (yaş > 60 , evre 3-4, LDH >normal, ECOG PS>1, ektranodal tutulum yeri >1, böbrek veya sürrenal bez tutulumu) olan hastalar MSS profilaksisi açısından değerlendirilmelidir. (6)

DHL ve THL gibi yüksek riskli DLBCL hastalarında primer tedavi sonrası HDT/OKHN'nin yeri net değildir. Petrich ve ark 311 olgunun 83'ünün KHN ile konsolide edildiği retrospektif çalışmada KHN yapılan olgularda ilk basamak tedavi sonrası tam yanıt

elde etmenin toplam sağkalıma etkisi olmadığı görülmüştür. (7). Chen ve ark 15 olguluk serilerinde OKHN'nin faydalı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada 2 yıllık EFS ve OS %91 bulunmuştur. Bu konuda yeni ve yoğun prospektif veriler olmadan OKHN tedavisi standart olarak önerilmemektedir.

REFERANSLAR

1. NCCN Guidelines. B-Cell Lymphomas. Version 2.2018. February 26, 2018. P HGBL-1.
2. Johnson NA, Slack GW, Savage KJ, Connors JM, Ben-Neriah S, Rogic S, Scott DW, Tan KL, Steidl C, Sehn LH, Chan WC, Iqbal J, Meyer PN, Lenz G, Wright G, Rimsza LM, Valentino C, Brunhoeber P, Grogan TM, Brazier RM, Cook JR, Tubbs RR, Weisenburger DD, Campo E, Rosenwald A, Ott G, Delabie J, Holcroft C, Jaffe ES, Staudt LM, Gascoyne RD. Concurrent Expression of MYC and BCL2 in Diffuse Large B-Cell Lymphoma Treated With Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone. *J Clin Oncol* Vol 30, No 28, (October 1) 2012: pp 3452-3459.
3. Oki Y, Noorani M, Lin P, Davis RE, Neelapu SS, Ma L, Ahmed M, Rodriguez MA, Hagemeister FB, Fowler N, Wang M, Fanale MA, Nastoupil L, Samaniego F, Lee HJ, Dabaja BS, Pinnix CC, Medeiros LJ, Nieto Y, Khouri I, Kwak LW, Turturro F, Romaguera JE, Fayad LE, Westin JR. Double hit lymphoma: the MD Anderson Cancer Center clinical experience. *British Journal of Haematology*, 2014, 166, pp 891-901.
4. Dunleavy, K., Fanale, M., LaCasce, A., Noy, A., Caimi, P.F., Parekh, S., Hayslip, J.W., Jagadeesh, D., Lord, R.S., Lechowicz, M.J., Gaur, R., Lucas, A., Staudt, L.M., Steinberg, S.M., Kahl, B.S., Friedberg, J.W., Little, R.F., Bartlett, N.L. & Wilson, W.H. (2014) Preliminary Report of a Multicenter Prospective Phase II Study of DA-EPOCH-R in MYC-Rearranged Aggressive B-Cell Lymphoma In: *ASH Annual Meeting Abstracts*.
5. Gerhard Held, Niels Murawski, Marita Ziepert, Jochen Fleckenstein, Viola Pöschel, Carsten Zwick, Jörg Bittenbring, Mathias Hänel, Sibylla Wilhelm, Jörg Schubert, Norbert Schmitz, Markus Löffler, Christian Rube, and Michael Pfreundschuh. Role of Radiotherapy to Bulky Disease in Elderly Patients With Aggressive B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol* Vol 32, No 11, (April 10) 2014: pp 1112-1118.
6. Kerry J. Savage, Samira Zeynalova, Roopesh R. Kansara, Maike Nickelsen, Diego Villa, Laurie H. Sehn, Marita Ziepert, David W. Scott, Michael Pfreundschuh, Randy D. Gascoyne, Joseph M. Connors, Bertram Glass, Markus Loeffler and Norbert Schmitz. Validation of a Prognostic Model to Assess the Risk of CNS Disease in Patients with Aggressive B-Cell Lymphoma. *Blood* (ASH Annual Meeting Abstracts. 2014 124 (21):394;
7. Petrich AM, Gandhi M, Jovanovic B, Castillo JJ, Rajguru S, Yang DT, Shah KA, Whyman JD, Lansigan F, Hernandez-Izualiturri FJ, Lee LX, Barta SK, Melinamani S, Karmali R, Adeimy C, Smith S, Dalal N, Nabhan C, Peace D, Vose J, Evens AM, Shah N, Fenske TS, Zelenetz AD, Landsburg DJ, Howlett C, Mato A, Jaglal M, Chavez JC, Tsai JP, Reddy N, Li S, Handler C, Flowers CR, Cohen JB, Blum KA, Song K, Sun HL, Press O, Cassaday R, Jaso J, Medeiros LJ, Sohani AR, Abramson JS. Impact of induction regimen and stem cell transplantation on outcomes in double-hit lymphoma: a multicenter retrospective analysis. *Blood*, (9 October 2014), Vol 124, No 15. pp 2354-2361.

İMMÜN-CHECK POINT İNHİBİSYONU

NURİ KARADURMUŞ

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Tüm dünya üzerinde son yıllarda Hodgkin lenfoma ve Non Hodgkin lenfomanın görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre her 100 bin kişinin 10'da lenfoma mevcut iken Amerika Birleşik Devletlerinde en sık karşılaşılan kanserler arasında lenfomalar 4. Sıklıkta yer almaktadır.

Non Hodgkin lenfomalar (NHL) kansere bağlı ölümlerin %4'lük grubunu oluşturmaktadır ve B lenfosit, T lenfosit, Doğal Öldürücü Hücrelerden kaynaklanan NHL oldukça heterojen bir hastalık grubudur ve yaklaşık 30 histopatolojik alt gruptan oluşmaktadır. Hodgkin lenfomanın erken evrelerinde %85, refrakter vakalarında ise %50'e varan uzun süreli tam cevap oranlarına nazaran NHL olgularında kür oranı histopatolojik alt gruba göre değişkenlik göstermekle birlikte bu oran en başarılı olgularda bile %50'yi aşmamaktadır. Kemosensitif özellikleri nedeni ile konvansiyonel ajanlarla uygulanan tedavilerde başarı oranı yüksek olsa da kür oranının artırılması ve kalıcı remisyon süresinin uzatılabilmesi için yeni tedavi ajanlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Tıp dünyasında allojeneik kök hücre nakli ihtiyacını ortadan kaldıran İmatinib Mesilat tedavisi Kronik Myelositer Lösemi (KML) hastalarındaki başarısının yanında diğer hematolojik malignitelere de yön gösterici olmuştur. Özellikle dirençli Kronik Lenfositler Lösemi (KLL) ve indolent seyirli Non Hodgkin lenfoma türlerinde bruton kinaz inhibitörlerinin kullanılması tedavi cevap oranlarını artırmaktadır. Tümör immunolojisi T ve B lenfositler, makrofajlar, doğal öldürücü hücreler ve sitokinlerin rol aldığı ve kansere karşı yanıtın temelini oluşturan kompleks bir sistemdir. Kanser hücrelerine karşı ilk yanıtta öncelikle tümör hücrenin yabancı olarak algılanması ve takiben regülatuar T lenfositlerinin sayıca artıp tümör için yok edici mikroçevreyi oluşturması gerekmektedir (1).

ADOPTİF İMMÜN YANIT TRANSFERİ VE CHİMERİK ANTİGEN RECEPTOR (CAR) T CELL:

Özellikle B hücreli NHL ve KLL'nin tedavisinde en etkin yollardan birisi CD19'a spesifik olarak programlanmış ve genetik mühendislikle oluşturulmuş potansiyel sitotoksik T hücrelerinin kullanılmasıdır. Lökoferez eşliğinde periferik kandan elde edilen mononükleer hücreler toplanılarak CD 19 spesifik T hücre izolasyonu yapılmaktadır (2). Difüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL) ve foliküler lenfomada (FL) CAR T hücre tedavisi ile ilgili çalışmalar mevcuttur. National Cancer Institute (NCI) araştırmacılarının foliküler lenfomalı direnç gelişmiş hastalarda 32 haftaya varan kısmi cevap süreleri elde edilmiştir. Bir diğer çalışmada ise DBBHL'lı 7 hastanın 4'de tam cevap elde edilmiş, 2'de kısmi cevap, 1'de ise stabil hastalık bulguları saptanmıştır(2,3).

CAR T hücre tedavisi ile ilgili yan etkiler incelendiğinde yan etki profili ile infüze edilen T hücre oranı arasında bir ilişki saptanamamıştır. Ancak ensefalopati ve B hücre aplazisi karşılaşılan en önemli sorunlardır. B hücre recovery durumu T hücre infüzyonundan 6 ay sonra tekrar gerçekleşebilmektedir. İntravenöz immunguloulin desteği özellikle B hücre aplazisi gelişen vakalarda enfeksiyon gelişmesi durumunda koruyucu olabilmektedir.

İMMUNOTOLERANSIN KALDIRILMASINI HEDEFLEYEN İMMUNOTERAPİ

İmmunoterapinin lenfomadaki ilk kullanımı yıllar önce allojeneik kök hücre naklinde donörden alınan T hücrelerinin graft versus tümör etkisine başlaması tezi ile başlamıştır. Takiben özellikle non Hodgkin lenfomada CD 20 pozitif B hücrelerine spesifik olarak etki eden Rituksimabın immun sistem üzerine hedefe yönelik etkinliğinin gösterilmesi ile de lenfoma tedavisinde konvansiyonel kemoterapilerden başka immun ajanların da kullanılabileceği fikrini beraberinde getirmiştir.

İmmunoterapi ajanlarının çeşitliliği monoklonal antikor bazlı ajanlardan sitotoksik T lenfositlerin adoptif immun yanıt transferine

ve T hücre aktivasyonunu engelleyen PD-1 (programmed cell death) reseptörlerinin inhibisyonuna kadar değişkenlik göstermektedir (4). İmmun checkpoint sistemi self toleransa ve otoimmuniteden korunmaya yol açmaktadır. Normal şartlarda immün sistemin aktive olabilmesi için Antijen sunan hücreler ile T hücre reseptörünün etkileşmesi gereklidir. Kanserli hastalarda mikroçevre içerisindeki tümöral ve tümöral olmayan hücrelerden T hücrelerinin fonksiyonelliğini baskılayan cytotoxic T Lymphocyte associated protein 4 (CTLA 4) ve programmed cell death protein 1 (PD-1) gibi proteinlerin üretimi artmaktadır.

İMMUN CHECKPOINT İNHİBİTÖRLERİ VE LENFOMA

CTLA 4 ve PD-1'nin her ikisi de tümör immunitesi üzerinde inhibitör etkisine sahip olmakla birlikte farklı etki mekanizmaları ile bu etkiyi oluşturmaktadırlar. CTLA 4 özellikle lenf nodlarındaki T hücrelerinde eksprese olmaktadır. T hücre reseptörünün sinyalizasyonu aracılığı ile ve CD28 stimülasyonu ile hücre yüzeyinde CTLA 4 mobilizasyonu artmaktadır. CTLA 4 CD80 ve CD86 ligandlarına bağlanınca CD28 ve T hücre arası iletişimi keser ve böylece T hücre aktivasyonu engellenir (5).

PD-1 ise özellikle lenf nodu harici yani periferik yerleşimli T hücreleri ve onların tümör hücresi üzerindeki ligandlarında aktive olur. PD-1 aktivasyonu ve takiben PD-L1 ve PD-L2 reseptörlerine bağlanması ile PI3K yolağı antagonize edilir ve T hücre aktivasyonu bloke edilir. Lenfoid malignitelerde PD-1 etkinliğini inhibe edip, self toleransı kaldırmak ve dolayısı ile T hücre aktivasyonu ile tümöre karşı yanıt elde etmek fikri lenfoid malignitelerde PD-L1 ve PD-L2 ekspresyon düzeyinin de tedaviye cevap oranında etkili olabileceğini akla getirmektedir. T hücreleri, B hücreleri, makrofajlar, dendritik hücreler ve doğal öldürücü hücreler gibi hematopoetik olan ve olmayan hücrelerde PD-L1 ekspresyonu mevcuttur. Hodgkin lenfomada özellikle EBV ilişkili mekanzima, gen amplifikasyonu ve kromozomal translokasyon aracılığı ile PD-L1 ekspresyonu Hodgkin Reed-Stenberg Hücresinde artmış oranda eksprese edilmektedir. Non Hodgkin lenfoma alt gruplarında ise DBBHL, Primer mediastinel B hücreli lenfoma ve anaplastik büyük hücreli lenfomada PD-L1 ekspresyonu saptanmıştır. Hodgkin lenfomalı hastalarda özellikle 9p23-24 kromozomal amplifikasyonlar sık olmaktadır ve bu PD1- inhibitörü tedavisine iyi yanıt ile ilişkili bulunmuştur(6).

Günümüzde özellikle relaps Hodgkin lenfoma olgularında PD-1 inhibitörlerinin kullanım sıklığı artmaktadır. Nivolumab pembrolizumaba göre daha sık kullanılmakta olup, her iki ajanda da tedavi ile ilişkili yan etkiler grad 1-2 düzeyinde seyretmektedir. Özellikle relaps/refrakter Hodgkin lenfoma olgularında hastalık otolog kök hücre nakli sonrası da devam ediyorsa PD1-inhibitörleri, allojeneik kök hücre nakli gibi zor ve uzun süreli sıkı kontrol gerektiren ve uygun donör bulma zorluğuna sahip tedavi yöntemlerinin yerini alacak gibi durmaktadır.

Pidilizumab ilk PD-1 inhibitörüdür ve özellikle DBBHL'lı hastalarda faz 1 ve faz 2 çalışmalarda kullanılmıştır. Rituximab ile kombine edildiğinde refrakter olgularda ümit verici olmakla birlikte Pidilizumab PD-1 reseptörleri için düşük spesifikliğe sahip olduğundan istenilen başarı sağlanamamıştır. Nivolumab ve pembrolizumab ile Non Hodgkin lenfomalı hastalarda yapılan faz 1 çalışmalarda ise DBBHL'lı hastalarda %36, foliküler lenfomalı hastalarda ise %40 objektif cevap oranı elde edilmiştir(7). PD-1 inhibitörleri ile yapılan tedavilerde en sık gözlenen yan etkiler; immün sistemle ilişkili olup pnömoni, kolit, hipofizit, tiroiditis, hepatitdir. İmmün checkpoint inhibitörleri ile ilgili en ciddi yani grad 3-4 yan etkiler en sık ipilimumab tedavisinde görülmektedir (olguların yaklaşık %20'i). Bu ajanların yan etkilerinde immün modülatör ajanlar; kortikosteroid, infliximab kullanılabilir(7).

BLINATUMOMAB

Blinatumomab, 55 kDA ağırlığında olup hem CD3 hem de CD 19'a spesifik bir portein derivativesidir. Böylece hem T hem de B hücresine yönelik immün etkileri mevcuttur. FDA onayı alan Blinatumomabın yarılanma süresi 2 saat olup, bu nedenle non Hodgkin lenfoma ve KLL tedavisinde haftada 3 kez uygulanması önerilmektedir. 2-4 saat infüzyon süresi ile 15-0.75 mikrogram/m² dozunda uygulanan Blinatumomab intravenöz olarak kullanılmaktadır. Relaps/refrakter Non Hodgkin lenfomalı 76 hastada (%37 foliküler lenfoma, %32 mantle hücreli lenfoma, % 18 DBBHL ve % 12 diğerleri) Blinatumomab tedavisi 15 mikrogram/m² dozunda kullanıldığında objektif cevap oranı % 69, tam cevap oranı %37 olarak bulundu. En iyi yanıt oranı %80'lik cevap oranı ile foliküler lenfomada saptanırken, DBBHL'lı hastalarda ise objektif cevap oranı %55 oranında saptanmıştır(8). Blinatumomab Aralık 2014 tarihinde FDA tarafından refrakter Non Hodgkin lenfoma tedavisinde kullanılabilir onayı almıştır.

KÜÇÜK MOLEKÜL İNHİBİTÖRLERİ; BRUTON KİNAZ İNHİBİTÖRLERİ (BTKİ)

Normal ve malign B hücrelerinin proliferasyonu için B hücre reseptör sinyalizasyonu önemlidir. DBBHL, FL, Mantle hücreli lenfoma ve KLL'de B hücre reseptör ekspresyonu artmaktadır. Bruton Kinaz Tec kinaz ailesinin bir üyesidir ve B hücre reseptör sinyal kaskadında Syk ve Fosfotidilinositol 3 kinaz (PI3K) ile birlikte rol alır.

İBRUTİNİB

Relaps/refrakter KLL ve small lenfositik lenfomalı (SLL) 391 hastayı içeren randomize, açık göz faz III çalışmada (9) 195 hasta 420 mg/gün oral İbrutinib koluna, 196 hasta ise tek ajan intravenöz Ofatumumab koluna randomize edildi. Medyan yaş 67 olup (aralık 30-86) her iki kolda daha önceden ortalama 3 hat tedavi görmüş vakalardan oluşmaktaydı. Medyan takip süresi 9,4 ay, ve 6. ay sonunda medyan hastalısız sağkalım süresi-

ne ulaşamamış olup 12 aylık toplam sağkalım oranı İbrutinib için 90%, Ofatumumab için 81% ($p<.001$). Objektif cevap oranı İbrutinib için %42.6, Ofatumumab için 4.1% ($p<.001$) olarak saptandı. Tedaviye bağlı yan etkilerin incelenmesinde; İbrutinib kolunda ishal, yorgunluk, ateş ve bulantı, Ofatumumab kolunda ise öksürük ve yorgunluk gözlemlendi. İlginç olarak İbrutinib kullananların %3'ünde ve Ofatumumab kullananların ise %1'de tedaviye bağlı katarakt geliştiği gözlemlendi.

Faz II, çok merkezli bir diğer çalışmada ise 111 adet relaps/refrakter Mantle hücreli lenfoma hastasında 560 mg oral İbrutinib tedavisinin etkinliği amaçlandı (10). Çalışmada önceden 2 kürün üzerinde Bortezomib tedavisi alan ve <2 kür ya da hiç Bortezomib almayan iki hasta grubu mevcuttu. Medyan yaş 68 (40-84) olup önceden alınan tedavi hattı medyan 3 (1-5)'dür. Objektif cevap oranı %68 olup bunların %21'i tam cevap, %47'i kısmi cevaptı. Önceki hatlarda alınmış olan Bortezomib tedavisinin objektif cevap oranına bir etkisi bulunamadı ve medyan cevap oranının sürekliliği 17.5 ay olarak bulundu, medyan hastalıksız sağkalım 13.9 ay ve 18 ay için toplam sağkalım oranı % 58 olarak bulundu. Grad 3 ve 4 yan etki sıklığı az olup %16 olguda nötropeni, %11 olguda trombositopeni saptandı. Sonuç olarak İbrutinib çoklu hat tedavi görmüş relaps/refrakter Mantle Hücreli lenfoma ve KLL hastaları için ise gerek dirençli vakalarda gerekse ilk hat tedavilerde etkinliğini ortaya koyan etkili bir ajandır.

İMMUNMODÜLATÖRLER; LENALİDOMİD

NHL'in %6'luk kısmını oluşturan Mantle hücreli lenfomalar heterojen bir klinik seyire sahiptirler, indolent seyirli formlarında bekle ve gör tedavi yaklaşımları uygulanabilirken, agresif seyirli formlarında baştan indüksiyon tedavisi sonrası hemen yüksek doz kemoterapi ve allojeneik kök hücre nakli yapmak günümüzde ideal yaklaşım olarak durmaktadır. Dirençli ve agresif seyreden Mantle hücreli lenfoma olgularında yeni tedavi ajanları ümit verici durmaktadır. Lenalidomid immunomodülatör bir ajandır ve MM ile Miyelodisplastik sendrom hastalarında kullanılıp başarılı cevap oranları elde edilmiştir. Bunun üzerine yapılan pre-klinik çalışmalarda Lenalidomidin lenfoma üzerindeki etkinliği de gösterilmiştir. NHL'li hastalarda faz II çalışmalarda Mantle hücreli lenfoma hastalarında diğer subgruplara göre daha iyi cevap (53% vs 35%) ve daha uzun süreli yanıt oranları (16.3-13.7 ay) sağlanmıştır (13).

MCL-001 (EMERGE) faz II çalışmasında (14), ilk hatta immunokemoterapi ve bortezomib tedavisine yanıt vermeyen 134 Mantle hücreli lenfoma hastasında 28 günlük sikluslarla 21 gün boyunca oral 25 mg/gün Lenalidomid tedavisinin etkinliği incelenmiştir. Çalışmada medyan yaş 67 (43-83), medyan tedavi hattı 4 (2-10) olup, objektif cevap oranı %28 (% tam cevap, %20 kısmi cevap), kalıcı cevap süresi 16.6 ay, medyan hastalıksız sağkalım 4 ay, medyan toplam sağkalım ise 19 ay olarak bulunmuştur. En sık karşılaşılan yan etki % 43 oranında trombo-

sitopeni, %11 anemi, %8 pnömonidir. Bu veriler eşliğinde FDA tarafından Haziran 2013 tarihinde iki hat tedavi sonrası nüks eden Mantle Hücreli lenfoma hastalarında Lenalidomid tedavisi kullanımı onaylanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2014; 64: 9-29.
2. Kochenderfer J N. Et al. Eradication of B lineage cells and regression of lymphoma in a patient treated with autologous T cells genetically engineered to recognize CD19. Blood. 2010; 116: 4099-4102.
3. Kochenderfer JN. Et al. B-cell depletion and remissions of malignancy along with cytokine associated toxicity in a clinical trial of anti CD19 chimeric antigen receptor transduced T cells. 6. Nargosen D et al. Blinatumomab: a historical perspective. Pharmacol Ther. 2012; 136:334-342.
4. Connie Lee Batlevi, Eri Matsuki, Renier J. Brentjens, Anas Younes. Novel Immunotherapies in lymphoid malignancies. Nature Reviews Clinical Oncology Nov 2015 advanced publication doi:10.1038/nrclinonc.2015.187
5. Pardoll DM. The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy. Nat. Rev. Cancer. 2012; 12: 252-264..
6. Dong H. Et al. Tumor associated B7-H1 promotes T-cell apoptosis: a potential mechanism of immune evasion. Nat Med. 2002; 8: 793-800.
7. Curiel TJ. Et al. Blockade of B7-H1 improves myeloid dendritic cell mediated antitumor immunity. Nat Med. 2003; 9: 562-567.
8. Nargosen D et al. Blinatumomab: a historical perspective. Pharmacol Ther. 2012; 136: 334-342.
9. Byrd JC, Brown JR, O'Brien S, et al. Ibrutinib versus ofatumumab in previously treated chronic lymphoid leukemia. N Engl J Med. 2014;371:213-23.
10. Wang ML, Rule S, Martin P, et al. Targeting BTK with ibrutinib in relapsed or refractory mantle-cell lymphoma. N Engl J Med. 2013; 369:507-16.
11. Flin IW, Kahl BS, Leonard JP, et al. Ibrutinib, a selective inhibitor of phosphatidylinositol 3-kinase-delta, as therapy for previously treated indolent non-Hodgkin lymphoma. Blood. 2014; 123: 3406-13.
12. Furman RR, Sharman JP, Coutre SE, et al. Ibrutinib and rituximab in relapsed chronic lymphocytic leukemia. N Engl J Med. 2014; 370: 997-1007.
13. Zhou Y, Wang H, Fang W, et al. Incidence trends of mantle cell lymphoma in the United States between 1992 and 2004. Cancer. 2008; 113:791-8.
14. Goy A, Sinha R, Williams ME, et al. Single-agent lenalidomide in patients with mantle-cell lymphoma who relapsed or progressed after or were refractory to bortezomib: phase II MCL-

001 (EMERGE= Study. J Clin Oncol. 2013; 31:3688-95.

15. Castelli R, Gualtierotti R, Orofino N, et al. Current and emerging treatment options for patients with relapsed myeloma. Clin Med Insights Oncol. 2013; 7: 209-219.

YÜKSEK GRADLI GLIAL TÜMÖRLERDE HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER

ÖZCAN YILDIZ

ÖZEL İSTANBUL MEDİPOL HASTANESİ

Yüksek gradlı glial tümörlerde kemoradyoterapiyi takiben ya da temozolamid alırken ya da bittikten sonra yineleme sonrası ilaç seçenekleri bevacizumab, nitrozüreler ve tekrar temozolamid olarak sıralanabilir. Yeniden cerrahi ve radyoterapi de ilaç dışı seçenekler arasındadır. Bu tedaviler en iyi destek tedavilere karşı denenmemiş olduğundan hastalar performans, nüks paternleri ve eşlik eden hastalıklara göre tedavi alıp almama konusunda değerlendirilmelidir. Özellikle tümöre bağlı semptomları olan ve bu nedenle performansı düşük olan hastalarda bevacizumab tedavisi anti-ödem ve steroid kullanımını azaltma etkisinden dolayı önemlidir.

Bevacizumab dolaşan VEGF'e bağlanan bir monoklonal antikor olup yinelemiş yüksek gradlı glial tümörlerde FDA onayı almıştır. Türkiye'deki endikasyonu irinotekan ile birlikte 2 haftada bir 10mg/kg uygulama şeklindedir ve Avrupa'da bevacizumabın onayı yoktur. Tek başına ya da irinotekan ya da lomustin ile radyolojik yanıt oranı %30-40 civarındadır (1,2). Yeni tanı konmuş ya da yinelemiş tümörlerde genel sağkalım avantajı gösterilememiştir. Lomustin ile yanıt oranı tek başına lomustine göre %41,5'e %13,9'dur. PFS ise 4,2 aya 1,5 aydır. Yan etki profili kombinasyon kolunda daha fazladır. Bevacizumabın onay almasını sağlayan çalışma 162 hastalık faz 2 bir çalışma olmuştur (3). Bu çalışmada yinelemiş glioblastomda 2 haftada bir bevacizumab 10 mg/kg tek başına, ya da 125 mg/m² ya da enzim indükleyen antiepileptik ilaç alıyorsa 340 mg/m² irinotekan ile beraber kullanılmıştır. Objektif yanıt oranları kombinasyon kolunda %38 iken tek başına bevacizumab kolunda %28'dir. Her iki grupta da steroid dozlarını azaltma imkanı olmuştur. 12 ve 24 aylık sağkalım oranları %38 ve %17'dir ki bu sayılar tarihsel kontrollere göre daha iyidir (4).

Doz-yanıt çalışmaları yapılmadığından 2-3 haftada bir 5-15 mg/kg bevacizumab uygulaması yaygındır. İki haftada bir yerine 3 haftada bir daha düşük dozlarda örneğin 5 ve 10 mg/kg'dan bevacizumab uygulaması en az 2 retrospektif çalışmada etkinliğinin kaybetmediğini hatta arttığını telkin etmiştir (5,6). FDA onayı 2 haftada bir 10 mg/kg'dır.

Bevacizumab'ın en sık yan etkileri kardiyovasküler etkiler, hipertansiyon, tromboemboli, sol ventrikül disfonksiyonu, proteinüri, yara iyileşmesinde gecikme ve kanamadır. Ayrıca %2-3 kafa içi kanama riski de vardır.

REFERANSLAR:

1. Kreisl TN, Kim L, Moore K, et al. Phase II trial of single-agent bevacizumab followed by bevacizumab plus irinotecan at tumor progression in recurrent glioblastoma. *J Clin Oncol* 2009; 27:740.
2. Brandes AA, Finocchiaro G, Zagonel V, et al. AVAREG: a phase II, randomized, noncomparative study of fotemustine or bevacizumab for patients with recurrent glioblastoma. *Neuro Oncol* 2016; 18:1304.
3. Friedman HS, Prados MD, Wen PY, et al. Bevacizumab alone and in combination with irinotecan in recurrent glioblastoma. *J Clin Oncol* 2009; 27:4733.
4. Cloughesy T, Vredenburgh JJ, Day B, et al. Updated safety and survival of patients with relapsed glioblastoma treated with bevacizumab in the BRAIN study (abstract #2008). *J Clin Oncol* 2010; 28:181s.
5. Levin VA, Mendelssohn ND, Chan J, et al. Impact of bevacizumab administered dose on overall survival of patients with progressive glioblastoma. *J Neurooncol* 2015; 122:145.
6. Ajlan A, Thomas P, Albakr A, et al. Optimizing bevacizumab dosing in glioblastoma: less is more. *J Neurooncol* 2017; 135:99.

KANSER HASTALARINDA AŞILAR

YEŞİM YILDIRIM

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Genel populasyon ile karşılaştırıldığında kanser hastaları aşı ile önlenemez hastalıklara karşı daha hassastırlar. Malignitenin kendisine bağlı olarak ya da immunsuprese ilaçlar nedeniyle artan enfeksiyon riskinin önlenmesinde aşılama önemlidir.

Genel olarak yetişkin kanser hastalarında standart aşılama şemalarına uyulması tavsiye edilmektedir. Ancak özellikle immunsupresif tedavi sırasında canlı aşılardan kaçınılmalıdır.

Canlı atenue aşılardan immunsupresif tedaviden en az 4 hafta önce yapılmalıdır. Kemoterapi sonrası ise aşılama için beklenen sürenin en az 3 ay olması, eğer anti-B-hücre antikor tedavisi uygulanmışsa bu sürenin 6 aya kadar uzatılması önerilmektedir. Kızamık-Kızamıkçık ve kabakulak, suçiçeği, intranasal influenza aşısı, sarı humma, oral polio ve oral tifo aşılardan canlı aşılardır.

İnaktive aşılardan ise kemoterapi yada diğer immunsupresif tedaviye başlamadan en azından 2 hafta önce yapılması tavsiye edilmektedir. Çünkü kemoterapi yada radyoterapi sırasında yapılan aşılamada antikor yanıtı suboptimal olmaktadır. Bu dönemde aşı yapılması zararlı değildir ancak yetersiz aşı yanıtı olabilir. İnaktive aşılar olarak influenza, hemofilus infulenza, pnömokok, meningokok, tetanoz, difteri, boğmaca, polyomyelit, hepatit B aşısı sayılabilir.

İnfluenzaya bağlı morbidite, sekonder bakteriyel pnömoni, solunum yetmezliği ve mortalite oranları %9-33 arasındadır. Bu nedenle kas içine yapılan inaktive influenza aşısı yoğun kemoterapi alan akut lösemi hastaları ve anti-B-hücre antikor tedavisi alan hastalar hariç tüm yetişkin onkoloji hastalarına tavsiye edilmektedir. İnfluenza mevsimsel bir hastalık olduğu için aşı ve kemoterapi başlangıcı her zaman uygun olmayabilir. Uygun hastalarda influenza aşısı kemoterapiye başlamadan 2 hafta önce yada başladıktan 2 hafta sonra eğer nötrofil sayısı normal sınırlarda ise uygulanabilir. Eş zamanlı granulosit-makrofaj stimule edici faktörler uygulanmamalıdır. 2 doz aşı uygulamasının tek doz uygulamaya göre daha iyi aşı yanıtı oluşturduğu bildirilmiştir.

Pnömokok aşısının invazif pnömokokal hastalık yükünü hem sağlıklı bireylerde hem HIV pozitif hastalarda azalttığı belirtilmektedir. Kanser hastalarında da invazif pnömokok enfeksiyon riski yüksek olduğu için yapılması tavsiye edilmektedir. Hiç aşılanmamış hastalarda tek doz pnömokok 13-valent konjuge aşısı yapıldıktan 8 hafta sonra pnömokokal polisakkarid 23-valent aşı tek doz yapılmalıdır.

Splenektomili hastalarda kapsüllü bakterilerin neden olduğu artmış fulminat bakteremi ve septisemi riski nedeniyle aşılama yapılmalıdır. Splenektomiden hemen önce yada sonra özellikle Neisseria meningitis (meningokok) ve Hemafilus infulenza tip B'ye karşı aşılama önerilmektedir.

Aşılamada diğer dikkat edilmesi gereken bir durum da enfeksiyon riski yüksek bölgelere seyahattir. Aktif kemoterapi alan hastaların sarı humma gibi endemik enfeksiyon riski yüksek bölgelere seyahati uygun değildir.

Kanser tedavisi alan hastaların yakınlarının aşılanması konusu dikkatli ele alınmalıdır. Genel olarak bu kişilere inaktive aşılar, kabakulak-bogmaca-kızamık aşısı, sarı humma, su çiçeği aşısı güvenli olarak yapılabilir. Ancak immunsuprese hastaların yakınlarında aşı sonrası cilt lezyonu gelişmişse hastaların yakınlarından izole edilmesi gerekir.

Sonuç olarak aşılamada kanser hastalarında önlenemez enfeksiyonlar için koruyuculuk sağlanması nedeniyle uygun şartlarda tavsiye edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rubin LG, Levin J et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. Clin Infect Dis. 2014;58:309-18.
2. Ljungman P. Vaccination of immunocompromised patients. Clin Microbiol Infect. 2012;18 (suppl 5):93-9.
3. Ariza-Heredia EJ, Chemaly RF. Practical review of immunizations in adult patients with cancer. Human vaccines & immunotherapeutics 2015;11:2606-14.

ONKOLOJİK İLAÇLARA ERİŞİM

ALİ ALKAN

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU

02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" kapsamında Türkiye'de ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak üzere yetkili makam "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu"dur.

Kurumumuzca ilaçların ruhsatlandırma işlemleri, 19.01.2005 tarihinde yürürlüğe giren "Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği" hükümlerine göre yapılmaktadır. Bu yönetmeliğin, bazı maddelerinde yapılan değişiklikler "Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" 22.04.2009 tarih, 27208 sayılı ve 14.11.2013 tarih 28821 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak güncellenmiştir. Yönetmelikte, ruhsat başvurusunda bulunabilecek ilgililer, başvurularda sunulması gereken dokümanlar, ruhsat başvurularının değerlendirilme, kabul ve ret kriterleri, ruhsatın geçerlilik süresi, ruhsat sahibinin sorumlulukları, ruhsatın iptali, ruhsat sahibi değişikliği gibi başlıklar yer almaktadır. Kurumumuz tarafından ruhsatlandırılmayan hiçbir beşeri tıbbi ürün pazara sunulamaz

Kurumumuz bünyesinde "Öncelik Değerlendirme Kurulu" oluşturulmuş olup çalışma usul ve esaslarına ilişkin kılavuz 2016 yılında yayımlanmıştır. Kılavuzun yayımlanmasından sonra ilgili kılavuz doğrultusunda gelen başvurular değerlendirilmektedir.

Kurumumuz tarafından ruhsatlandırılan beşeri tıbbi ürünlerin fiyatları gene Kurumumuz tarafından Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ doğrultusunda belirlenmektedir.

Ülkemizde onaylı endikasyon dâhilinde ilaçla tedavisi mümkün olan hastalıklar için endikasyon dışı ilaç kullanımına izin verilmemekle birlikte bilimsel veriler doğrultusunda belirgin avantaj sağlayan tedavi seçenekleri olması durumunda, endikasyon dışı ilaç kullanım talebi Kurum tarafından değerlendirilir. Bunun için Kurumumuza ilgili kılavuz doğrultusunda başvuru yapılması gerekmektedir.

Bunun yanı sıra ülkemizde ruhsatlandırılmamış ve/veya ruhsatlandırıldığı hâlde çeşitli sebeplerle piyasada bulunmayan beşeri tıbbi ürünlerin, hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılmak üzere yurt dışından reçete bazında veya acil durumlarda toplu temini ile getirilmesine imkân sağlanmış olup söz konusu işlemler ilgili kılavuz doğrultusunda yürütülmektedir.

ÖZLÜK HAKLARI

BÜLENT YALÇIN

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

Doğada en değerli yaratık olan insanın, çevresine ve kendisine olan sorumluluklarını yerine getirmesinin yanında temel hak ve özgürlüklerini de savunması insanlık onuru için zorunluluktur. İnsan hakları, hasta hakları, kadın hakları, şunun hakkı bunun hakkının yanında hekimlerin ve konumuz gereği onkolog hekimlerin özlük haklarını yok saymak çok büyük haksızlıktır.

Günümüzde, tıbbi onkologların giderek artan iş yükünün (bürokratik, hasta, hukuki...) altında yorulduğu ve tükenmişlik sendromu yaşadığı herkesin malumudur. Bu sunumda, hekim hakları hakkında genel bilgilerin yanında konuyla ilgili onkolog hekim arkadaşlarımıza uygulanan anket sonuçları tartışılacaktır.

KANSER VE KÖK HÜCRE

FİKRET ARPACI

LİV HOSPİTAL TIBBİ ONKOLOJİ VE KÖK HÜCRE NAKİL ÜNİTESİ, ANKARA

Durum

Son 30 yılda kanser tanı ve tedavisinde önemli buluş ve gelişmelere karşın A.B.D'de 5 yıllık sağ kalım oranları anlamlı bir değişiklik göstermemiştir. Gelişmiş bir ülke olan Avustralya'da da 30 yıllık (1982-2011) kanser mortalitesinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Bu durum klasik kanser gelişim teorisinin, hedeflerin ve tedavilerinin sorgulanmasını gerektirmektedir.

Kanser Oluşma Modelleri

Klonal Model: Peter Nowell'in 1976'da öne sürdüğü modeldir. Stochastic model de denir. Bu modelde genetik, epigenetik ve çevresel değişiklikler (en az 5 kez) farklı kanser klonları oluşturur. Her hücre kanserleşip klon oluşturabilir. Heterojenlik farklı klonlardan dolayıdır. Klondaki her hücre yeniden kanser oluşturabilir. Hiyerarşik bir organizasyon yoktur. Bazı kanserlerde bu teori gerçek olabilir. Ancak birçok solid tümörde kanıtlar bu modeli desteklemez. Mutasyon sayısı göz önünde tutulduğunda, özellikle hayatın ilk yıllarında sık görülen kanserler ve ömrü kısa olan diferansiye olgun somatik hücrelerden çıkan kanserler için bu model yetersizdir.

Kök Hücre Modeli: 1994'de Dick ve arkadaşlarının ilk defa AML'de lösemiye başlatan kök hücreyi göstermesiyle ortaya atılmıştır. Daha sonraki 10 yılda birçok solid tümörde de kanser kök hücrelerinin gösterilmesiyle bu model geniş taraftar bulmuştur. 2001'de beyin tümörlerinde, birkaç yıl sonra meme kanserlerinde ve melanomda kanser kök hücreler kanıtlanmıştır. Normal kök hücreler kendi-kendisini yenileyebilen ve çoğalabilen, olgun hücreye kadar farklılaşabilen hücrelerdir. Bu hücreler dokularda bulunan "Adult somatik kök hücreler" dir. Multipotent hücrelerdir. Normal kök hücreler kontrollü bir şekilde bu işlevlerini yerine getirirler. Kanser kök hücre modelinde, kök hücreler kanseri yapan-başlatan hücrelerdir. Bu hücreler gelişimsel hiyerarşinin en tepesindeki hücrelerdir. Kanser kök hücre kavramında aslında var olan bir hücre

tipinden ziyade, bir durum ifade edilir: Kök hücre olma durumu. Bu hücreler kanser kitlesinde bulunan az sayıdaki hücre/durumdur. Tüm hücrelerin %1-2'sinden daha azdır. Sadece bu hücreler asimetrik çoğalır ve hiyerarşik (diferansiyasyon sırası) heterojen nontümörijenik diğer hücreleri oluşturur. Bu hücreler kendisi gibi bir hücre de oluşturabilirler. Bu teorisinin önemli özelliği; sadece bu hücrelerin yeni bir kanser kitlesini oluşturabilmelerinden gelir. Kanser kök hücreleri, aynı normal kök hücreler gibi ancak kontrolsüz ve bozuk bir şekilde kendi-kendilerini oluştururlar ve diferansiye olabilirler. Kanser kök hücrelerin çoğu siklüse girmez, uykudadır (dormant). Bu hücrelerin %1-2'si siklüse girerler. Yaşamaları için kendilerine ait niche (mikroçevre)'e ve adezyon modellerine ihtiyaç duyarlar. Bu hücrelerin "drug efflux" sistemleri çok aktiftir. DNA tamir kapasiteleri yüksektir. Apoptozise zor uğrarlar. Serbest oksijen radikallerine karşı savunmaları yüksektir. Bu nedenlerle radyoterapiye ve kemoterapiye dirençlidirler. Tümör nüksünden ve metastazlarından sorumludurlar.

Kanser Kök Hücre Kaynağı (Plastisite)

Kanser kök hücrelerin kaynağı dolularda bulunabilen adult somatik kök hücreler olabileceği gibi (transdiferansiyasyon), kök hücreden sonraki progenitör hücreler, hatta diferansiye olmuş olgun hücreler de (dediferansiyasyon) olabileceği gösterilmiştir. Yamanaka bu buluşuyla 2012'de Nobel ödülünü kazanmıştır. Sonuç olarak plastisite 2 yönlü de olabilmektedir.

Kanser Kök Hücre Nasıl Oluşur

Genetik, epigenetik ve çevresel değişiklikler etkilediği hücrenin kendi-kendisini oluşturan yolaklarını "Wnt, Sonic hedgehog, Bmi-1, PTEN ve Notch" ile proliferasyon-diferansiyasyon genlerini (Oct4, Sox2, Nanog) bozar. 1 yada 2 değişiklik-mutasyon buna sebep olabilir. Böylece kanser kök hücre durumuna geçen bu hücreler kontrolsüz şekilde siklusa girerler. Kontrolsüz bir şekilde çoğalır ve diferansiye olurlar. Yeni bir değişiklik oldu-

ğunda; kanser kök hücreleri hareket (migration) ve yayılma (propagation) özelliği de kazanarak nişten (mikroçevre)'den ayrılarak metastazlara yol açarlar.

Kanser Kök Hücre Mikroçevresi (Niche)

Kanser kök hücresi bir çevrede yaşar. Fibroblastlar, endotal hücreleri (vasküler niche), immun sistem hücreleri, ekstra selüler matriks ve adezyon molekülleri bu mikroçevreyi oluşturur. Niche; hedgehog, Wnt, BMP, FGF, Notch, TGF- β üzerinden kök hücrenin kendi-kendini yenileme ve proliferasyon-diferansiasyon kapasitesini düzenler, denetler. Genetik ve epigenetik değişiklik bizzat kanser kök hücrelerine ait olabileceği gibi, mikroçevreden de gelebilir (Donör kaynaklı lösemiler). Niche'nin kaybı kanser kök hücrelerin de kaybına yol açar. Vasküler Niche ve matriks metastazda rol üstlenir.

Kanser Kök Hücre Belirteçleri

Dokuya özgü hücre yüzey belirteçleriyle kansere özgü kanser kök hücrelerini belirlemek mümkündür. İlk bulunan belirteç AML'de CD34+CD38- hücrelerdir. Solid tümörlerde bulunan ilk belirteç CD133 (prominin-1)'dir. Bu belirteç beyin tümörlerinde, hepatosellüler, prostat, melanom, over, kolon ve pankreas kanserlerinde de gösterilmiştir. Meme kanser belirteci CD44+CD24- lowESA+ 'dir. Bu belirteçler hem kanser kök hücrelerini tanımlamada hem de hedefleyici tedavilerde yararlı rol oynarlar.

Kanser Kök Hücre Ölçümü

Kanser kök hücreler tümörlü dokuda nadirdir. Bu sayı tümörden tümöre değişir. Bu hücreleri ortaya koyan altın standart metod "In vivo LDA=Limiting Dilution Assay" dir. Bu metodda izole edilen insan kanser kök hücreleri seri sulandırma pasajları ile immun yetersizlikli farelere seri transplantasyonlar yapılarak ölçülür. Zaman alıcı (> 6 ay) ve pahalı bir yöntemdir. Altın standart olmakla beraber suboptimal bir modeldir. Çünkü xenotransplant modelidir. İnsanda bu modelle ölçmek etik değildir. Son yıllarda hayvan modelleri yerine, kanser kök hücreleri ortotopik olarak hedef organa enjekte edilir ve mikroçevre human stromal hücrelerle oluşturulur. Böylece bekleme-ölçüm zamanı kısaltılır. Bir diğer ölçüm "In vitro Assay=Neurosphere-Tumorsphere Forming Assay" dir. Burda ölçüm birkaç hafta sürer. Hücre yüzey belirteçlerinin ve transkripsiyon belirteçlerinin kullanıldığı "Flow Cytometry" bir diğer kanser kök hücre ölçüm yöntemidir.

Kanser Tedavisi

Konvansiyonel Tedavi: Primer tümörde ve metastazlarda tümör kitlesini hedef alır. Cevap oranı ölçmek tedavi takibinde kullanılır. Seçici değildir. Tümörün küçülmesini hedefler. Kök hücreleri etkin bir şekilde yok edemez.

Gerçekçi Hedefler: Tümör kitlesindeki bütün hücreleri, yeni kanserli doku ve metastazları oluşturan kanser kök hücresi esas hedef olmalıdır. Bunun yanında kanser kök hücre durumuna sokan sinyal ileti sistemleri, mikroçevre (Adezyon molekülleri ve ekstrasellüler matriks), vasküler mikroçevre (endotal hücreleri), hostun immun sistemi diğer hedeflerdir. Kanser kitlesindeki diğer hücreleri yok etmek ikinci plandadır. Cevap oranını ölçmek tedaviyi yönlendirmede yararlı olmaz.

Tedavide Zorluklar: Kanser kök hücre antijenleri-fenotipleri normal kök hücrelere benzerdir. Örnek olarak AML kök hücresi CD34+CD38- 'dir. Normal hematopoietik kök hücreler de CD34+CD38- 'dir. Diğer zorluk kanser kök hücrelerin %1-2'sinin siklüse girmesidir. Bu hücrelerin DNA tamir kapasiteleri yüksektir, apoptize direnirler. Serbest oksijen radikallerine karşı savunmaları yüksektir. "Drug efflux" sistemleri çok aktiftir. Bu zorluklar nedeniyle radyoterapiye, kemoterapiye dirençlidirler.

Kolaylık: Zorluklara karşın kanser kök hücresi ile normal kök hücre arasındaki kendi-kendini yenilemenin kinetik farklılığı normal kök hücrelere daha az zarar vererek tedaviye izin verir.

KAYNAKLAR

1. Vlashi E, Pajonk F. Cancer Stem Cells, Cancer Cell Plasticity and Radiation, Therapy. Semin Cancer Biol. 2015 April 0: 28-35. doi: 10.1016/ J. Semcancer. 2014.07.001
2. Lapidot T, Sirard C, Vormoor J, Murdoch B et al. A Cell Initiating Human Acute Myeloid Leukemia after transplantation into SCID mice. Nature. 1994;367 (6464): 645-648
3. Huang EH, Heidt DG, Li CH, Simeone DM. Cancer Stem Cells: A New Paradigm for Understanding Tumor Progression and Therapeutic Resistance. Surgery. April 2007. Vol 141 (4): 415-419
4. Donnenberg AD, Hicks JB, Wigler M, Donnenberg VS. The Cancer Stem Cell: Cell Type or Cell State? Cytometry A. 2013 Jan; 83 (1):5-7
5. Takahashi K, Yamanaka S. Induction of Pluripotent Stem Cells from Mouse Embryonic and Adult Fibroblast Cultures by Defined Factors Cell. 2006; 126(4):663-676
6. Li L, Neaves WB. Normal Stem Cells and Cancer Stem Cells: The Niche Matters. Cancer Res 2006; 66:(9) May (1): 4553-4556
7. Wang T Shigdar S, Gantier MP, Hou Y et al. Cancer Stem Cell Targeted Therapy: Progress Amid Controversies Oncotarget, 2015. Vol.6, No: 42: 44191-44200
8. Clarke MF, Dick JE, Dirks PB, Eaves CJ et al. Cancer Stem Cells. Perspectives on Current Status and Future Directions: AACR Workshop on Cancer Stem Cells AACR. October 2006. Doi: 10.1158/0008-5472. Can-06-3126

MEDİKAL ONKOLOGLARDA TÜKENMİŞLİK

DOĞAN KOCA

VM MEDICALPARK HASTANESİ, KOCAELİ

İş ile ilişkili stresin tetiklediği bir durumdur. Duygusal bitkinlik, duyarsızlaşma, amaçsızlaşma, anlamsızlaşma sözkonusudur (1-5). Duygusal çöküş, duyarsızlaşma ve azalmış başarıya motivasyonu gelişmektedir. Hem duygusal hem de hem de fiziksel kayıp sözkonusudur.

Tüm Hekimlerde Görülebilir, onkologlar ciddi risk altında olup genelde ihmal edilen bir konudur (3-6).

Genel olarak görülme oranları onkologlar arasında %70'in üzerindedir (7-9).

Şefkat yorgunluğu (Şefkatsizlik) ve madde bağımlılığı (Alkol, Hipnotik İlaç, Marihuana v.b.) bu kişilerde gözlenebilecek durumlardır (10,11).

Tükenmişlik durumlarında farkındalık çok önemlidir. Farkındalık olmalı, gerektiğinde yardım istenebilmeli ve danışmanlık alınabilmeli.

KAYNAKLAR

1. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE et al. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130(4): 696-702-5.
2. Golin M. Physician burnout: when the healer is wounded. *Am Med News* 1981; 24(29): suppl1-suppl2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10252614>. Accessed December 13, 2016.
3. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991; 9(10): 1916-1920.

4. S. Banerjee, R. Califano J. Corral et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals of Oncology*, Volume 28, Issue 7, 1 July 2017, 1590-1596.
5. Shanafelt TD, Boone S, Tan L et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012; 172(18): 1377-1385.
6. Eelen S, Bauwens S, Baillon C, et al. The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology*. 2014 Dec;23(12):1415-22.
7. Granek L, Ariad S, Nakash O, et al. Mixed-Methods Study of the Impact of Chronic Patient Death on Oncologists' Personal and Professional Lives. *J Oncol Pract*. 2017 Jan;13(1):e1-e10.
8. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L. et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer*. 2010 Oct;46(15):2708-15.
9. P. Blanchard: Burnout among young European oncologists: a call for action. *Annals of Oncology*, Volume 28, Issue 7, 1 July 2017, Pages 1414-1415.
10. Kleiner S, Wallace JE: Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Serv Res*. 2017 Sep 11;17(1):639.
11. Medisaukaite A, Kamau C. Prevalence of oncologists in distress: Systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017 Nov;26(11):1732-1740.

HASTA İLETİŞİMİNDE PÜF NOKTALAR

FİLİZ ÇAY ŞENLER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Hipokrat'tan bir aforizma

Hekim nadiren şifa eder,

Ekseriyetle teskin eder,

Fakat daima teselli eder.

Çeviri: Dr. Mazhar Osman Uzman

"İnsanlar ne kadar bildiğinize önem vermez, ta ki onlara ne kadar önem verdiğinizi bilene dek."

Jim Dorna n- iletişim eğitici

"Hekimlik, bilimsel bilgiye, teknik becerilere ve bunları hasta ve çevresinin oluşturduğu bir ortamda uygulama sanatına dayalı bir uğraştır. Bu sacayağın hangisi eksik kalırsa, yapı o yöne devrilecek çöker. Ne var ki bilimsel bilgi ve teknik becerilerin yetersizliği sonucu meydana gelen yıkılma somut sonuçlar verdiği için hemen fark edilip önlem alınırken, hekimliğin sanat yönüne aynı özen gösterilmez. Somut sonuçlarıyla sıkça karşılaşmasak da hekimliğin sanat yönünün aksadığını hastalarımızın ve yakınlarının memnuniyetsizliğinden, kendimizi anlaşılmamış, takdir edilmemiş hissetmemizden, gerginliğimizin ve giderek öfkemizin birikmesinden anlayabiliriz."

Dr. Yasemin Yalın (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AB)

Tükenmişlik, onkoloji alanında çalışanlarında sık görülen bir meslek hastalığıdır. Ancak, kesinlikle bilinmesi gereken durum, tükenmişliğin önlenemez olduğudur. Bu konudaki önlemlerin sonunda büyük bir ödül kazanılmaktadır: hastaya verilen tıbbi hizmeti geliştirmek ve çalışan tıbbi ekibin iş doyumunu ve verimini artırmak.

Onkoloji alanında çalışan personelde tükenmişliğin önlenmesi çok boyutlu bir konudur. Önlemler arasında iletişim becerilerinin yer alması bazı değerlendirmelerin sonucudur. Onkologlarda tükenmişlikle ilgili bazı çalışmalarda düşük iletişim becerisine sahip olan çalışanlar arasında oran daha yüksek bulunmuştur. Tıbbi onkoloji eğitimine destek tedavi ve bunun için

de yer alan iletişim becerileri eğitiminin entegrasyonu, uzmanlık dernekleri tarafından şiddetle önerilmektedir. Tıbbi onkoloji uzmanının görev alanları arasında iletişim de yer almaktadır. Burada tanımlanan iletişim sadece hasta ile değil, hasta yakını ve tıbbi ekibi de içermektedir. Psiko-onkolojide tanımlanan üçgenin köşelerinde hasta, hasta yakını ve tıbbi ekip üyeleri yer alan alır.

Günümüzde tıp uygulamaları, son yıllarda hızla artan bilgi ve teknoloji alanındaki gelişmelerin etkisiyle önemli değişiklik göstermektedir. Ancak, değişim bununla sınırlı değildir. Tıp uygulaması temelde insan ilişkilerine dayanır, bu da değişmektedir. Artan toplumsal bilincin etkisiyle hasta-hekim ilişkileri, toplumda hekime bakış ve hekimlerin algısı da değişmektedir. Artık hasta merkezli tıbbi yaklaşım gündemdedir. Bu yaklaşımda hastalık değil, hasta merkezdedir ve hastanın gereksinmelerine göre tıbbi değerlendirme ve planlama yapılmaktadır. Hastanın gereksinmelerinin anlaşılması için hasta-hekim iletişimi esastır. Bu yaklaşımda en uygun şekilde bilgilendirilmesi ve tedavi kararlarına katılımı yaşamsal önemdedir. Böylece hastanın gereksindiği tıbbi bakımın verilmesi ve tedavi sorumluluğunu alması sağlanır. Hasta-hekim ilişkisi paylaşımcıdır. Hasta ailesi ve ekip işbirliği içinde çalışır. Ekibin üyeleri bilgilerini ve deneyimlerini paylaşır, kararları birlikte verir ve iş bölümü yapar. Hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırır ve klinik sonuçlarını olumlu etkiler. Bunlar size ütopya gibi gelebilir, ülkemizde günlük uygulamada mümkün olmayacağını düşünebilirsiniz. Uygulanabildiğini biliyorum, sonuçları ise denemeye geçecek kadar olumlu. Bu uygulama hasta hoşnutluğunu gerçekten sağlarken, hekimin mesleki doyumunu da artırır. Şu sırada yapılan uygulamada hasta hakları ve hekim hakları karşıt iki konu gibi algılanıyor. Biri sağlanırken diğeri bozuluyor. Birlikte çalışması gereken iki organ, birbirine karşı güç kullanarak savaşırsa buradan sadece boşa harcanmış zaman, enerji ve emek çıkar. Or-

tada bir iş değil, sadece sakatlık görülür. Hasta ile etkili işbirliği için bilgilendirme gereklidir. Hastaların bilgilendirilmesi temel hasta haklarından biridir. Bir hasta kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin içeriğini, yararlarını, risklerini varsa seçenekleri bilmelidir. Etik bir sorumluluk olması yanı sıra aynı zamanda, yasal bir boyut da taşımaktadır.

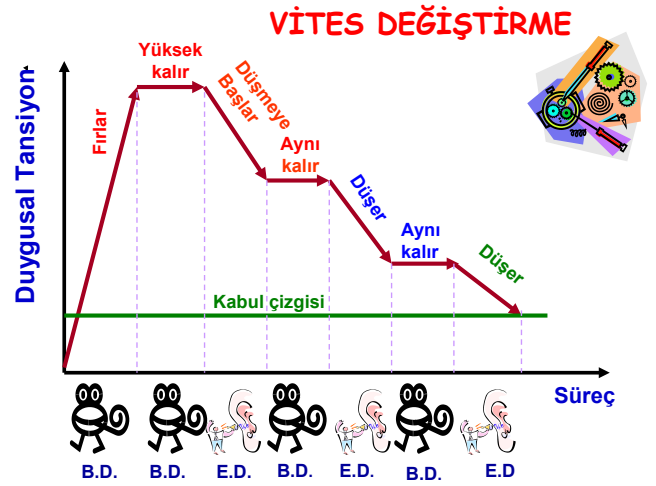
İletişim eğitimi ayrıntılı bilgi ve uygulama içeren, beceri ve en sonunda tutuma yönelik değişimleri hedefleyen, geri bildirimlerle beslenen profesyonel yaşam boyu süren bir süreçtir.

Bu konuşmada "püf noktaları" adı altında sadece başlıklar sıralanabilir:

1. İletişim iki yönlüdür.
2. İlişki çok boyutludur (iyi iletişim, duygusal bağ kurulması)
3. Hasta hekimi davranışlarına göre değerlendirir.
4. Hekimle görüşme sonrasında hastada kalıcı olan büyük ölçüde o görüşme sırasındaki duygularıdır.
5. Sözel olmaya iletişim yüksek oranda etkilidir. Hekimin mimikleri, bakışları, vurgulamaları, ses tonu, sözcükleri tonlaması, duygusal ifadeleri, el-yüz-beden hareketleri ve hekimin giyimi önemlidir.
6. Hekimin karşısındaki hasta ya da hasta yakını ile ilişkisinde aşağıdaki sorun penceresi yaklaşımları özetlemektedir.



9. Etkin dinlemenin yararları: Hasta kabul edildiğini hisseder, doğru anlamayı sağlar, empatiyi gösterir, hastanın açılmasını ve kendisini ifade etmesini yüreklendirir. Sonuçta kişinin duygusal tansiyonu düşer, rahatlar ve sizi dinleyecek, anlayacak duruma gelir.
10. Sorun sizdeyse sen dilini kullanmayın. Sen dilinin riskleri: Kişi kendisini aşağılanmış hissedebilir, suçlu hissedebilir. Değişime direnci artırabilir. Aynı şekilde karşılık vermeye itebilir (savunma davranışı).
11. Sorun sizdeyse ben dilini kullanın. Bu dil karşı tarafı suçlamaz ve kendini iyi ifade eder.
12. Ben dilinin türleri: Tepkisel, bildirici, önleyici, yüzleştirici ben dilleridir.
13. Hekimin ben dili ile kendini açmasının yararları vardır: Hekim de insandır, bazı gereksinimleri bulunur. Hastanın da açılması kolaylaşır, yakınlığı artırır. Hekimin kendisi ile ilgili farkındalığı artar.
14. Ben iletilerine sözlü ya da sözsüz direnç olabilir, bu algılanmalıdır. Bu durumda vites değiştirilmelidir.
15. Vites değiştirme etkin dinlemeye geçme, ardından ben iletileri- etki dinleme geçişleri ile duygusal tansiyonu düşürme ve sorunu çözme hedeflidir. Şu mesajı verir: "Benim düşüncem, değerim bu; ama seni de dinlemeye hazırım, çünkü sana değer veriyorum ve duygularına saygım var".



7. İletişim engellerinden kaçınmak gereklidir. Çok yaygın kullanılan bu tür yanıtlamalar hastada sorunun ve elbette kendisinin önemsiz olduğu, sorunu çözemeyeceği ve anlaşılmadığı izlenimini yaratır. Bunlar temel olarak şöyle sıralanabilir: Yargılama tarzında yanıtlanma; yardım, destek tarzında yanıtlanma; araştırma-soruşturma tarzı; yorum tarzında yanıtlanma; çözüm-karar tarzında yanıtlanma; nesnel bilgi tarzı ve kaçma-uzaklaşma tutumu.
8. Etkin dinleme yöntemi: Dinleme, sonrasında içerik ve duygu yansıtma parçalarından oluşur.

KAYNAKLAR

1. Br J Cancer 1995; 71:1263-1269.
2. Cancer J 2010;16: 411-22.
3. Ahmet Erözenci. Bir Türk Filmi Olarak Kanser. Ayrıntı Yayınları; 2013.
4. Thomas Gordon, WS Edwards. Doktor- Hasta İşbirliği. Profil Yayıncılık; 2014.
5. Deniz Şahin. Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi: Sağlık Psikolojisi, 1999.

MESANE KANSERİNDE NEOADJUVAN VE ADJUVAN SİTEMİK TEDAVİ

ÇAĞATAY ARSLAN

MEDİKAL PARK HASTANESİ, İZMİR

Mesane kanseri üriner sistemin en sık tümörüdür. Tüm dünyada yıllık yeni olgu sayısı 450.000, mesane kanserinden ölüm sayısı ise 150.000'dir. Özellikle Batı'da ürotelyal karsinom en sık görülen patolojik alt gruptur ve mesane kanserlerinin %90'ını teşkil eder. Neoadjuvan ve adjuvan tedavide aktif kemoterapi (KT) rejimleri metastatik hastalıkta aktif rejimlerin gösterilmesinden sonra uygulamaya girmiştir. Lokal ileri mesane kanserinde neoadjuvan kemoterapinin sağkalım katkısı gösterilmiştir ancak halen radikal sistektomi öncesinde neoadjuvan kemoterapi uygulanma oranı %20'den düşüktür. Buradaki en büyük çekişme bazı hastaların gereğinden fazla tedavi edilme olasılığıdır. Bu nedenle birçok hasta ve klinisyen halen doğrudan cerrahiye yönelmektedir. Doğrudan cerrahi olan ve patolojik evrelemeye göre rekürrens riski yüksek hastalara adjuvan kemoterapi önerilebilir.

Kasa invaziv mesane kanserinin tek başına kür oranı %50-65 arasındadır. pT2 hastalıkta %80'e kadar çıkabilir. Ancak lokal ileri hastalıkta sonuçlar kötüdür. Kas tabakasını aşmış tümörlü hastalarda 5 yıllık sağkalım %40, lenf nodu tutulumu olanlarda %35'tir. Kasa invaziv mesane kanseri hastalarında standart tedavi neoadjuvan kemoterapi ve radikal sistektomidir. Adjuvan kemoterapi, neoadjuvan kemoterapinin sağkalım katkısı bilindiğinden ve yüksek riskli hastalarda cerrahi sonrasında prognozun kötü olması nedeniyle kullanılmaktadır. Ancak yaklaşık %30 kadar bir hasta grubu sistektomi sonrasında ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle adjuvan kemoterapi alamamaktadır.

Mesanesini kaybetmek istemeyen ya da radikal sistektomiye uygun olmayan hastalar için maksimal transüretral rezeksiyon (TUR) sonrasında eşzamanlı kemoradyoterapi bir seçenek olabilir.

NEOADJUVAN KEMOTERAPİ

Neoadjuvan kemoterapi alacak hastalara sisplatin bazlı KT önerilmelidir. Randomize çalışmalarda neoadjuvan kemoterapi

rejimlerinin karşılaştırmalı sonuçları yoktur. 2003 yılında yapılan 11 randomize çalışmanın metaanalizinde sisplatin bazlı neoadjuvan kemoterapi ile sadece lokal tedavi kıyaslandığında 5 yıllık genel sağkalımda %50'ye karşı %45 [HR] 0.87, 95% CI 0.78-0.98) ve rekürrens riskinde %7'lik (HR; 0.81, 95% CI 0.74-0.90) azalma gösterilmiştir.

Neoadjuvan kemoterapi için 70 yaşından genç, komorbiditesi olmayan hastalarda M-VAC (metotreksat, vinblastin, doxorubicin ve cisplatin), daha yaşlı ve komorbiditesi olan hastalarda gemsitabin + sisplatin (GC) planlanabilir. Bu tedaviler arasında retrospektif çalışmalarda fark gösterilememiştir. Neoadjuvan tedavileri karşılaştıran retrospektif, 935 hastalık Kuzey Amerika ve Avrupa çalışmasında 19 merkezden, kas invazyonu olan (T2-T4a) ve klinik olarak nod negatif hastalar dahil edilmiş %64 hasta GC, %20 hasta M-VAC ve %15 hasta diğer rejimleri almıştır. Patolojik tam yanıt oranı (pCR) %23.9 ve %24.5 olarak rapor edilmiştir. Doz yoğun M-VAC ve CMV (cisplatin, vinblastin ve metotreksat) diğer uygulanabilecek neoadjuvan rejimlerdir.

MVAC; neoadjuvan kemoterapide en çok **çalışmada** kullanılan rejimdir. Klasik M-VAC INT-800 çalışmasında 307 hastada (T2-T4a) neoadjuvan tedavide araştırılmıştır. Sadece cerrahi ile karşılaştırmada pCR oranı %38'e karşı %15, genel sağkalım 77 aya karşı 46 ay, 5 yıllık sağkalım oranı ise %57'e karşı %43 olarak rapor edilmiştir. Grad 3-4 hematolojik (%57 nötropeni) ve gastrointestinal toksisiteler (stomatit %10, bulantı-kusma /6) neoadjuvan tedavi ile artmıştır.

Doz yoğun M-VAC; M-VAC'ın 14 günde bir uygulanması ile etkinliği arttırmak amaçlı metastatik ve ileri evre ürotelyal karsinomda geniş hasta gruplarında çalışılmıştır. EORTC 30924 çalışmasında ileri evre ve metastatik ürotelyal karsinomlu hastalarda doz yoğun M-VAC ile progresyonsuz sağkalımda artış saptanırken genel sağkalımda fark saptanmamış, toksisite oranları ise daha düşük rapor edilmiştir (profilaktik GCSF; standart uygulama).

Güncellenmiş takip sonuçlarında 5 yıllık OS doz yoğun M-VAC ile %21.8 iken klasik M-VAC ile %13.5 olarak rapor edilmiştir. Doz youn MVAC tedavisini araştıran randomize çalışma yoktur. Tek kollu faz 2 çalışmalarda pCR oranı %22 ve %38 olarak rapor edilmiştir.

GC; metastatik ürotelal karisnomlu hastalarda MVAC ile karşılaştırıldığında etkinliği benzer iken toksisite oranları daha düşük rapor edilmiştir.

CMV; neoadjuvan tedavide 976 hastalık bir faz 3 çalışmada araştırılmış, T2-T4aNo-xM0 hastalarda 3 ya da 4 kür kemoterapi ile sadece lokal tedavi ile karşılaştırılmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrasında hastalar merkeze göre radikal sistektomi veya radyoterapi ile tedavi edilmiştir. CMV rejimi ile pCR oranı %33 olarak rapor edilmiştir. 8 yıllık takipte sadece lokal tedavi ile karşılaştırıldığında ölüm riskinde %16'lık azalma bildirilmiştir. 10 yıllık sağkalımda %6'lık artışa denk gelmektedir (%36ve %30).

Mesane kanserli hastalar böbrek yetmezliği işe başvurduklarında mutlaka obstrüksiyon değerlendirilmeli ve stent ya da nefrostomi seçenekleri zorlanmalıdır. Normal böbrek fonksiyonlarına dönülür ise standart dozda sisplatin bazlı tedavi uygulanabilir. Obtruksiyona bağlı olmayan geri dönüşsüz böbrek yetmezliği olan hastalarda randomize klinik araştırma verisi olmamasına karşın sisplatin yerine carboplatin uygulanabilir.

ADJUVAN KEMOTERAPİ

Adjuvan kemoterapi yararını araştıran çalışmalar mevcuttur ancak bu çalışmalar az hasta sayısı ile yapılmış düşük kalitede çalışmalardır. Bu nedenle lokal ileri mesane kasneri ile başvuran hastalara sağkalım katkısının net olmasından dolayı neoadjuvan tedavi önerilmelidir. Neoadjuvan tedavi almadan cerrahiye gitmiş hastalarda yüksek risk faktörleri varsa ve kemoterapi için uygunsalar adjuvan kemoterapi önerilebilir.

Adjuvan tedavi çalışmalarında yüksek riskli hastaları tanımlamak için kullanılan risk faktörleri aslında klinik pratikte de kullanılan faktörlerdir. Bu hasta grupları tümörün kas tabakasını aştığı yani; T3 ve T4 tümürlü hasta ve/veya lenf nodu tutulumu olan hastalardır. Bu hastalarda 5 yıllık sağkalım %10 ile %40 arasında değişmektedir.

Adjuvan tedavi ile ilgili en kapsamlı metaanaliz 9 randomize çalışma ile toplam 940 hastada yapılmıştır. Ancak bu metaanalizde en güncel ve en büyük çalışma yer almamaktadır (EORTC 30994). Bu metaanalizde radikal sistektomi sonrasında adjuvan sisplatin bazlı tedavi ile sağkalımda %23'lük [HR] 0.77, 95% CI 0.59-0.99) artış, lenf nodu pozitif hastaarda daha belirgin olmak üzere hastaliksız sağkalımda %34'lük (HR 0.66, 95% CI 0.45-0.91) azalma bildirilmiştir. Ancak adjuvan tedavinin net olarak önerilememesinin altında; metaanalizin yapıldığı zaman diliminde hastaların bireysel verilerine ulaşılabilmesi, tüm yayın-

lanan çalışmaların 100'den hasta sayısı ile olması ve hepsinin tamamlanmadan kapanmış olmasıdır. Ayrıca bu metaanalize daha büyük ancak yayınlanmamış çalışmalar da dahil edilmiştir. İspanyol çalışmasında (SOGUG 99/01) 142 hasta ve İtalyan çalışmasında 180 hasta vardır ve İtalyan çalışmasının sonuçları çelişkilidir

EORTC 30994 çalışmasının yayınlandığı makalede bu metaanaliz güncellenmiştir ve adjuvan kemoetrapisi ile sadece sistektomi karşılaştırıldığında %23'lük sağkalım katkısı saptanmıştır.

Amerikan ulusal kanser veritabanından yapılan bir gözlemsel çalışmada 5653 hasta verisi incelenmiştir. Bütün hastalar neoadjuvan kemoterapi ya da radyoterapi almamıştır. 1293 tanesi adjuvan kemoterapi almış, 4360 tanesi ise gözlenmiştir. Ortanca 7 yıllık takipte 5 yıllık genel sağkalım %37'e karşı %29 (HR 0.72; 95% CI 0.67-0.78) adjuvan tedavi lehine rapor edilmiştir. Bu gözlemsel çalışmada adjuvan tedavi verilen grup ile gözlem grubu arasında farklılıklar mevcuttur ve selection bias beklenene bir dduurmdur. Çok uluslu başka bir veritabanından 3947 hasta verisi incelenmiş ve yüksek riskli hastalarda adjuvan kemoterapi ile artmış sağkalım için bağımsız bir faktör olarak bildirilmiştir.

Klinik çalışma dışında önerilen adjuvan tedavi protokolü sisplatin bazlı olmalıdır. Genellikle metastatik hastalığıdaki etkinlik verisinden ekstrapolasyon ile 3 ya da 4 kür M-VAC veya GC önerilmektedir. Seçilmiş hastalarda üçlü gemcitabin, sisplatin ve paclitaxel değerlendirilebilir. Sisplatin bazlı tedavi alamayacak diğer tedavilerin etkinlik verisinin olmaması nedeniyle gözlem önerilmektedir. Ürotelyal karsinomun adjuvan tedavisi ile ilgili immün check-point inhibitörleri ile devam etmekte olan çalışmalar bulunmaktadır.

Özet olarak; patolojik olarak T2 ve daha ileri evre tümörü olan hastalara neoadjuvan kemoterapi önerilmelidir. Çünkü bu yaklaşımın sağkalım katkısı mevcuttur. Doğrudan cerrahiye gitmiş, yüksek riskli mesane kanseri hastalarına sisplatin bazlı tedavi alabilecek iseler 3 ya da 4 kür adjuvan sisplatin bazlı kemoterapi önerilmelidir. Sisplatin alamayacak hastalar için gözlem ya da klinik araştırma bir seçenek olabilir.

REFERANSLAR

1. Miles BJ, Fairey AS, Eliasziw M, et al. Referral and treatment rates of neoadjuvant chemotherapy in muscle-invasive bladder cancer before and after publication of a clinical practice guideline. *Can Urol Assoc J* 2010; 4:263.
2. Raj GV, Karavadia S, Schlomer B, et al. Contemporary use of perioperative cisplatin-based chemotherapy in patients with muscle-invasive bladder cancer. *Cancer* 2011; 117:276.
3. Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361:1927.

- Meeks JJ, Bellmunt J, Bochner BH, et al. A systematic review of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2012; 62:523.
- Zargar H, Espiritu PN, Fairey AS, et al. Multicenter assessment of neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2015; 67:241.
- Galsky MD, Pal SK, Chowdhury S, et al. Comparative effectiveness of gemcitabine plus cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, plus cisplatin as neoadjuvant therapy for muscle-invasive bladder cancer. *Cancer* 2015; 121:2586.
- Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med* 2003; 349:859.
- von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, et al. Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomized, multinational, multicenter, phase III study. *J Clin Oncol* 2000; 18:3068.
- Neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: a randomised controlled trial. International collaboration of trialists. *Lancet* 1999; 354:533.
- Sternberg CN, de Mulder PH, Schornagel JH, et al. Randomized phase III trial of high-dose-intensity methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin (MVAC) chemotherapy and recombinant human granulocyte colony-stimulating factor versus classic MVAC in advanced urothelial tract tumors: European Organization for Research and Treatment of Cancer Protocol no. 30924. *J Clin Oncol* 2001; 19:2638.
- Sternberg CN, de Mulder P, Schornagel JH, et al. Seven year update of an EORTC phase III trial of high-dose intensity M-VAC chemotherapy and G-CSF versus classic M-VAC in advanced urothelial tract tumours. *Eur J Cancer* 2006; 42:50.
- Choueiri TK, Jacobus S, Bellmunt J, et al. Neoadjuvant dose-dense methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin with pegfilgrastim support in muscle-invasive urothelial cancer: pathologic, radiologic, and biomarker correlates. *J Clin Oncol* 2014; 32:1889.
- International Collaboration of Trialists, Medical Research Council Advanced Bladder Cancer Working Party (now the National Cancer Research Institute Bladder Cancer Clinical Studies Group), European Organisation for Research and Treatment of Cancer Genito-Urinary Tract Cancer Group, et al. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: long-term results of the BA06 30894 trial. *J Clin Oncol* 2011; 29:2171.
- Mertens LS, Meijer RP, Kerst JM, et al. Carboplatin based induction chemotherapy for nonorgan confined bladder cancer--a reasonable alternative for cisplatin unfit patients? *J Urol* 2012; 188:1108.
- Sternberg CN, Donat SM, Bellmunt J, et al. Chemotherapy for bladder cancer: treatment guidelines for neoadjuvant chemotherapy, bladder preservation, adjuvant chemotherapy, and metastatic cancer. *Urology* 2007; 69:62.
- Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol* 2001; 19:666.
- Sternberg CN, Bellmunt J, Sonpavde G, et al. ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: Chemotherapy for urothelial carcinoma-neoadjuvant and adjuvant settings. *Eur Urol* 2013; 63:58.
- Cancer of the Urinary Bladder- SEER Stat Facts <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/urinb.html> (Accessed on April 20, 2012).
- Sternberg CN, Skoneczna I, Kerst JM, et al. Immediate versus deferred chemotherapy after radical cystectomy in patients with pT3-pT4 or N+ M0 urothelial carcinoma of the bladder (EORTC 30994): an intergroup, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015; 16:76.
- Leow JJ, Martin-Doyle W, Rajagopal PS, et al. Adjuvant chemotherapy for invasive bladder cancer: a 2013 updated systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur Urol* 2014; 66:42.
- Paz-Ares LG, Solsona E, Esteban E, et al. Randomized phase III trial comparing adjuvant paclitaxel/gemcitabine/cisplatin (PGC) to observation in patients with resected invasive bladder cancer: Results of the Spanish Oncology Genitourinary Group (SOGUG) 99/01 study (abstract #LBA4518). *J Clin Oncol* 2010; 28:18s.
- Galsky MD, Stensland KD, Moshier E, et al. Effectiveness of Adjuvant Chemotherapy for Locally Advanced Bladder Cancer. *J Clin Oncol* 2016; 34:825.
- Studer UE, Bacchi M, Biedermann C, et al. Adjuvant cisplatin chemotherapy following cystectomy for bladder cancer: results of a prospective randomized trial. *J Urol* 1994; 152:81.
- Gallagher DJ, Milowsky MI, Iasonos A, et al. Sequential adjuvant chemotherapy after surgical resection of high-risk urothelial carcinoma. *Cancer* 2009; 115:5193.
- Lehmann J, Kuehn M, Fischer C, et al. Randomized phase III study of adjuvant versus progression-triggered treatment with gemcitabine (G) after radical cystectomy (RC) for locally advanced bladder cancer (LABC) in patients not suitable for cisplatin-based chemotherapy (CBC) (AUO-trial AB22/00). *J Clin Oncol* 21, 2013 (suppl 6; abstr 250).

BÖBREK HÜCRELİ KANSERDE ADJUVAN TEDAVİ

YÜKSEL ÜRÜN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Özet

Dünya genelinde dağılımı farklılıklar göstermekle beraber böbrek hücreli kanser (BHK) en sık görülen kanserler arasında özellikle erkeklerde 9. sırada yer almaktadır. Her yıl 200 binden fazla hasta BHK tanısı almaktadır. Son yıllarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografinin yaygın kullanımı nedeniyle, görülme sıklığında artış izlemektedir. Ülkemizde erkeklerde en sık 7. kanser, ABD’de ise erkeklerde 6. ve kadınlarda 10. kanser olarak görülmektedir 1,2”abstract” : “Each year, the American Cancer Society estimates the numbers of new cancer cases and deaths that will occur in the United States and compiles the most recent data on cancer incidence, mortality, and survival. Incidence data, available through 2014, were collected by the Surveillance, Epidemiology, and End Results Pro-gram; the National Program of Cancer Registries; and the North American Association of Central Cancer Registries. Mortality data, available through 2015, were collected by the National Center for Health Statistics. In 2018, 1,735,350 new cancer cases and 609,640 cancer deaths are projected to occur in the United States. Over the past decade of data, the cancer incidence rate (2005-2014. Kesitsel radyolojinin yaygın kullanımı nedeniyle BHK genellikle erken evrede saptanmaktadır. Ancak parsiyel veya radikal nefrektomi ile kür sağlanırken lokalize hastalığa sahip hastaların %30-40’ında nüks gelişmektedir. Dolayısıyla nüks gelişimini önleyici yaklaşımlara gereksinim olduğu açıktır. Hastalığın biyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla beraber metastatik hastalarda tedavi seçenekleri dramatik olarak artmıştır. Metastatik hastalıkta sağlanan başarı ile birlikte başta vasküler büyüme faktörü reseptörü (VEGF) yoluyla neoanjiyogenezi hedefleyen tirozin kinaz inhibitörleri (TKi) ve immün temelli tedaviler olmak üzere birçok ajan ile adjuvan tedavi çalışmaları yapılmaktadır. Ancak metastatik hastalığıdaki genel sağkalım (GSK) veya progresyonsuz sağkalım (PSK) etkilerinin aksine, maalesef bu ajanların hiçbirisiyle henüz adjuvan kullanımda GSK

yararı gösterilememiştir 3-6and proliferates primarily through dysregulation of the vascular endothelial growth factor (VEGF.

Anahtar Sözcükler: böbrek hücreli kanser, adjuvan tedaviler, nüks riski

Lokalize BHK, özellikle yüksek riskli hastalarda, tek başına nefrektomi ile kür sağlanamamaktadır. Bu nedenle çok sayıda adjuvan tedavi çalışması yapılmaktadır. Ancak çalışmaların arasında hasta alım kriterleri ile ilgili farklılıklar mevcuttur. Genellikle, çalışmalara nüks riski yüksek hastalar alınmakta ve bu amaçla çeşitli nomogramlar kullanılmaktadır. Birçok nomogram, tümör büyüklüğü (T evresi), lenf nodu tutulumu, grad ve/veya performans durumu gibi parametreleri içermektedir 7. SSIGN ve UISS en sık kullanılan nomogramlardır.

BHK böbrek tübülleri epitelinden köken alan heterojen bir hastalıktır. Büyük bir çoğunluğu berrak (şeffaf) hücreli (bh) alt tip ten oluşmaktadır. bhBHK’da en sık görülen mutasyon, tümör baskılayıcı gen olan VHL ilişkili mutasyonlardır. VHL mutasyonu varlığında ortaya çıkan HIF2a deregülasyonu bhBHK oluşumunda önemli etkenlerden biridir. BHK’lar HIF ile uyarılan başta VEGF olmak üzere çok sayıda büyüme faktörü nedeniyle oldukça anjiyojenik tümörlerdir. Dolayısıyla, özellikle son dek karda metastatik BHK tedavisinde ana hedeflerden birisi VEGF olmuştur 8. Metastatik hastalığıdaki başarılı sonuçlar, çok sayıda adjuvan çalışma için de zemin oluşturmuştur. Öte yandan BHK; melanom, akciğer kanseri ve mesane kanseri ile beraber yüksek düzeyde immünojenik tümörler arasında yer almaktadır 9the list of putatively significant genes produced by current analytical methods burgeons into the hundreds. The list includes many implausible genes (such as those encoding olfactory receptors and the muscle protein titin ve immün tedavilerin kullanıldığı ilk tümörler arasında yer almaktadır. BHK, adjuvan çalışmaları da temelde bu iki yaklaşıma dayanmaktadır. İnterferon (İFN) ve interlökin 2 (IL-2) ile monoterapi veya

kombinasyon, çeşitli otolog aşı çalışmalarında klinik pratiğe yansıyan sonuçlar elde edilememiştir. Metastatik hastalığı başarılı sonuçlar sonrasında immün kontrol noktası inhibitörleri ile sonuçları merakla beklenen çok sayıda adjuvan çalışma başlamıştır (Tablo 1).

VEGF veya mTOR yolağını hedefleyen ajanların (aksitinib, pazopanib, sorafenib, sunitinib ve everolimus) adjuvan tedavideki rolü de çok sayıda çalışmada değerlendirilmiştir. Tamamlanan 3 çalışmada (ASSURE, S-TRAC ve PROTECT), GSK yararı görülmezken, S-TRAC çalışmasında bir yıllık sunitinib kullanımı ile bir yıllık HSK yararı sağlanmış ve sonrasında FDA tarafından yüksek riskli hastalarda adjuvan kullanımı onaylanmıştır. ATLAS, SORCE ve EVEREST çalışmaları ise devam etmektedir (Tablo 2) ^{3,4,6}538 patients with resected pT2 (high grade. ASSURE ve PROTECT çalışmalarının aksine S-TRAC çalışmasında gözlenen HSK yararı çeşitli soru işaretlerine yol açmıştır. Bu çalışmaları karşılaştığımızda; örneğin ASSURE çalışmasına dahil edilen hastaların üçte birinin görece düşük evrede (pT1b-pT2), %20'sinin ise bhBHK olmadığı görülmektedir. Ancak ASSURE çalışmasının alt grup analizlerine bakıldığında, pT3-4 ve bhBHK olan hastalarda da sunitinib veya sorafenibin plaseboya üstünlüğü gösterilmemiştir. Bir diğer önemli olabilecek fark ise kullanılan dozlardır. ASSURE çalışmasında sunitinib başlangıç dozu daha düşük olmasına rağmen, toksisite nedeniyle her iki çalışmada da tedaviyi bırakma oranları yüksektir ^{3,4}a vascular endothelial growth factor pathway inhibitor, is an effective treatment for metastatic renal-cell carcinoma. We sought to determine the efficacy and safety of sunitinib in patients with locoregional renal-cell carcinoma at high risk for tumor recurrence after nephrectomy. Methods In this randomized, double-blind, phase 3 trial, we assigned 615 patients with locoregional, high-risk clear-cell renal-cell carcinoma to receive either sunitinib (50 mg per day. ASSURE çalışmasında sunitinib ve sorafenib ile GSK yararı görülmezken, S-TRAC çalışması henüz GSK değerlendirmesi için verilerin olgunlaşması beklenmektedir. PROTECT çalışmasında ise >pT2 veya N+ hastalarda 1 yıllık pazopanib tedavisi ve plasebo karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 800 mg/gün pazopanib ile başlanmasına rağmen toksisite nedeniyle 600 mg/gün olarak devam edilmiştir. Ancak 8-12 haftalık sürede tedavi toleransı iyi olan hastalarda 80 mg/gün olarak devam edilmesine izin verilmiştir. Primer sonlanım noktasının HSK olduğu çalışmaya 1538 hasta alınmıştır. Tedavi dozu 800 mg/gün olan grupta 403 hasta (pazopanib 198, plasebo 205 hasta), 600 mg/gün grubunda ise 1135 (pazopanib 571, plasebo 564 hasta) bulunmaktadır. Çalışmada 600mg/gün

grupta HSK yararı gözlenmezken (HR, 0,86; %95 GA, 0,70 – 1,06; P = 0,16), 800 mg/gün grubunda HSK yararı gösterilmiştir (HR, 0,69; %95 GA, 0,51- 0,94; P =0,02). Ancak GSK yararı iki grupta da sağlanamamıştır ⁶. Daha önceki çalışmalara benzer şekilde, PROTECT çalışmasında da pazopanib kolunda 12 aylık tedaviyi ancak hastaların %49'u tamamlayabilmiştir.

Adjuvan çalışmalarda çok belirgin bir yarar gösterilememesinin başlıca nedenlerden biri hasta seçimi ile ilişkili olabilir. Tüm bu çalışmalarda SSIGN ve UISS gibi nomogramlar kullanılmıştır. Ancak tümörün temel özelliklerine dayanan bu modellerin dışında son yıllarda nüks riski ile ilişkili moleküller özelliklerde tanımlanmıştır. Schutz ve ark. yaptığı çalışmada, MET geni tek gen polimorfizmi (*single nucleotide polymorphism*, SNP: rs11762213) nüks riski ile ilişkili bulunmuştur ¹⁰. Daha sonra Hakimi ve ark. yaptığı çalışmada da bu sonuç doğrulanmıştır. Genotipik özellikleri mevcut 272 hastanın dahil edildiği çalışmada, MET onkogeninde bulunan rs11762213 varyantın nüks riskini arttırdığı doğrulanmıştır. SSIGN skorunun da dahil edildiği çok değişkenli analizde ekzonik MET varyantı rs11762213 olan hastalarda nüks riski 3 kata yakın daha yüksek bulunmuştur ¹¹and the biologic implications were explored. METHODS: The genotype status for rs11762213 was available for 272 patients. Paired tumor-normal data, genomic data, and clinical information were acquired from ccRCC TCGA data sets. Cancer-specific survival (CSS. Rini ve ark. çalışmasında ise, nefrektomi yapılmış evre I-III, 942 hastada, çok sayıda gen arasından öne çıkan 16 gene dayalı risk skoru nüks riski ile ilişkili saptanmıştır ¹². Ancak bu belirteçler henüz rutin klinikte kullanılmamaktadır. Bir diğer önemli olabilecek neden ise, bu çalışmaların hiçbirinde hedeflenen terapötik doza ulaşamaması, tedaviyi bırakma oranlarının yüksek olması sayılabilir. Nitekim pazopanib konsantrasyonu yüksek olan grupta HSK yararı elde edilmiş olması doz-yarar ilişkisini desteklemektedir.

Sonuç olarak, lokalize BHK için standart tedavi nefrektomi olmaya devam etmektedir. Ancak tümör özelliklerine bağlı olarak hastaların %30-40'ında nüks gelişmektedir. Bu nedenle etkili adjuvan tedavilere gereksinim vardır. S-TRAC çalışmasında HSK yararı gösterilmiş olmasına rağmen bunun diğer çalışmalarda desteklenmemiş olması, adjuvan tedavinin her hasta için uygun bir seçenek olmadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla nüks açısından yüksek riskli hastaların belirlenebilmesi için etkinliği doğrulanmış biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. Yine de karar vermeden önce devam eden çalışmalar beklenmeli ve hastalar mevcut klinik çalışmalar hakkında bilgilendirilmelidir.

Tablo 1. Devam Eden Adjuvan İmmün Kontrol Noktası İnhibitör Çalışmaları

Çalışma	Hasta sayısı	Evre	Tedavi	Tedavi süresi
IMMOTION-010 (NCT03024996)	664	≥pT2/N+	Atezolizumab vs plasebo	1 yıl
KEYNOTE-564 (NCT03142334)	950	≥pT2/N+	Pembrolizumab vs plasebo	1 yıl
PROSPER RCC (NCT03055013)	766	≥pT2/N+	Nivolumab vs izlem	10 ay ^a
CHECKMATE 914 (NCT03138512)	800	≥pT2/N+	Nivolumab + ipilimumab vs plasebo	24 hafta
NCT02762006	45	T3-4/N0-1	Durvalumab ± tremelimumab	Neoadjuvant + Adjuvant

^aNivolumab kolunda nefrektomi öncesi 2 haftada bir 2 kür, nefrektomi sonrası 2 haftada bir 6 kür ve sonrasında 4 haftada bir 6 kür uygulama

Tablo 2. VEGF veya mTOR yolağını hedefleyen adjuvan tedavi çalışmaları

Çalışma	Hasta özellikleri	Hasta sayısı	Tedavi	Süre	Primer sonlanım noktası	HSK
ASSURE ³ and proliferates primarily through dysregulation of the vascular endothelial growth factor (VEGF	pT1b G3-4 N0M0 veya TxN+M0	1943	Sunitinib Sorafenib Plasebo	1 yıl	HSK	5,8 yıl (Sun) 6,1 yıl (Sor) 6,6 yıl (pla) Fark yok
S-TRAC ⁴ a vascular endothelial growth factor pathway inhibitor, is an effective treatment for metastatic renal-cell carcinoma. We sought to determine the efficacy and safety of sunitinib in patients with locoregional renal-cell carcinoma at high risk for tumor recurrence after nephrectomy. Methods In this randomized, double-blind, phase 3 trial, we assigned 615 patients with locoregional, high-risk clear-cell renal-cell carcinoma to receive either sunitinib (50 mg per day	≥pT3 veya N+	615	Sunitinib Plasebo	1 yıl	HSK	6,8 yıla karşı 5,6 yıl Sunitinib lehine (HR, 0,76; %95 GA, 0,59-0,98; P = 0,03)
PROTECT ⁶	>pT2 veya N+	1538	Pazopanib Plasebo	1 yıl	HSK	HR, 0,86; %95 GA, 0,70 - 1,06; P = 0,16
ATLAS (NCT01599754)	≥pT2 veya N+	700	Aksitinib Plasebo	3 yıl	HSK	Devam ediyor
SORCE (NCT00492258)	SSIGN'ye göre Orta veya yüksek riskli	1656	Sorafenib Plasebo	1 ve 3 yıl	HSK	Devam ediyor
EVEREST (NCT01120249)	Orta-yüksek risk	1545	Everolimus Plasebo	1 yıl	HSK	Devam ediyor

KAYNAKÇA

1. Siegel, R. L., Miller, K. D. & Jemal, A. Cancer Statistics, 2018. doi:10.3322/caac.21442
2. Torre, L. A. et al. Global Cancer Statistics, 2012. doi:10.3322/caac.21262

3. Haas, N. B. et al. Adjuvant sunitinib or sorafenib for high-risk, non-metastatic renal-cell carcinoma (ECOG-ACRIN E2805): a double-blind, placebo-controlled, randomised, phase 3 trial. Lancet 387, 2008-2016 (2016).
4. Ravaud, A. et al. Adjuvant Sunitinib in High-Risk Renal-Cell

- Carcinoma after Nephrectomy. *N. Engl. J. Med.* (2016). doi:10.1056/NEJMoa1611406
5. Chamie, K. et al. Adjuvant Weekly Girentuximab Following Nephrectomy for High-Risk Renal Cell Carcinoma. *JAMA Oncol.* 3, 913 (2017).
 6. Motzer, R. J. et al. Randomized phase III trial of adjuvant pazopanib versus placebo after nephrectomy in patients with localized or locally advanced renal cell carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 35, 3916–3923 (2017).
 7. Nandagopal, L., Naik, G. & Sonpavde, G. Overview of Current and Future Adjuvant Therapy for High-Risk Localized Renal Cell Carcinoma. *Curr. Treat. Options Oncol.* 19, (2018).
 8. Shen, C. & Kaelin, W. G. The VHL/HIF axis in clear cell renal carcinoma. *Semin. Cancer Biol.* 23, 18–25 (2013).
 9. Lawrence, M. S. et al. Mutational heterogeneity in cancer and the search for new cancer-associated genes. *Nature* 499, 214–218 (2013).
 10. Schutz, F. A. B. B. et al. Single nucleotide polymorphisms and risk of recurrence of renal-cell carcinoma: A cohort study. *Lancet Oncol.* 14, 81–87 (2013).
 11. Hakimi, A. A. et al. Validation and genomic interrogation of the MET variant rs11762213 as a predictor of adverse outcomes in clear cell renal cell carcinoma. *Cancer* 122, 402–410 (2016).
 12. Rini, B. et al. A 16-gene assay to predict recurrence after surgery in localised renal cell carcinoma: Development and validation studies. *Lancet Oncol.* 16, 676–685 (2015).

SARKOMDA İMMUNOTERAPİ

AHMET SEZER

BAŞKENT TIP FAKÜLTESİ ADANA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sarkomlar, tüm yetişkin kanserlerin %1'ini oluşturur ve mezenkimal orijinli nadir bir malign tümör grubudur. 50'den fazla histolojik alt tipi vardır. Çoğu hastaya adjuvan radyasyon ve kemoterapi ile ya da olmadan küratif cerrahi rezeksiyon en uygun seçenektir. Adjuvan kemoterapi genellikle spesifik histolojik alt tipler için ayrılmıştır. En iyi cerrahiye rağmen, hastaların yaklaşık % 25' inde uzak metastatik hastalık gelişir. Metastatik sarkom için kemoterapiye tam cevaplar nadirdir ve medyan sağkalım bu hasta grubunda ortalama 12-15 ay civarındadır. Uzun süredir sitotoksik kemoterapi tedavinin köşe taşı olmuştur. Ancak bu tedavilerin hem yüksek toksisitesi hem de sınırlı etkileri vardır. Metastatik sarkomun tedavisi için daha etkili, daha az toksik tedavilerin geliştirilmesi için ciddi bir ihtiyaç vardır. Bağışıklık sisteminin kanser kontrolünde ve ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı yakın zamanlarda yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur.

Tarihsel olarak Coley isimli bir hekim 1891 tarihinde unrezektabl bir sarkom vakasında eş zamanlı ortaya çıkan erizipelin iyileşirken kanserde de regresyona yol açtığını gözlemledi. İlk defa Coley bağışıklık sisteminin maligniteyi tanıma ve bunlara saldırma kabiliyetini tanımlamış oldu.

Bununla birlikte, son zamanlara kadar, antitümör bağışıklık tepkilerinin altında yatan biyoloji gizemli ve tanımlanmamıştı. Sarkomlu hastalarda modern kanser immunoterapisi 1980'li yıllarda sitokin terapisi ile başladı. Sitokin tedavileri başlangıçta bir immunoterapi formu olarak kabul edildi ancak toksisitelelerinden dolayı etkileri sınırlı kaldı. Sadece IFN alfa2 idame tedavisi olarak kullanılmaya devam etmektedir. Mifamurtid makrofaj aktivasyonu yoluyla antitümör etkiyi uyarmasına rağmen sınırlı etkinliliktен dolayı FDA tarafından onaylanmadı, sadece Avrupa'da kullanımı onay almıştır.

Diğer kanserlerde iyi neticeler elde edilen kontrol noktası inhibitörleri ile yapılan çalışmalar ilk ipilimumab ile başlamış ancak 6 hastada hiç yanıt elde edilememesi hayal kırıklığı yaratmıştır.

PDL-1 ve PD-1 inhibitörleri ile ilgili güne kadar yayınlanmış 2 faz 2 çalışma vardır. SARC028 çalışmasında belli sarkom gruplarında umut vadeden yanıtlar elde edilmiştir. Nivolumabın tek başına veya ipilimumab ile kombine kullanıldığı faz 2 ALLIANCE çalışmasında kombinasyon kolunda kayda değer yanıt oranları rapor edilmiştir.

Halen devam eden çalışmaların sonucu heyecanla beklenmektedir. Özellikle bazı sarkom alt gruplarında immunoterapinin ileri dönemde tedavide yer bulacağını düşünüyorum.

KAYNAKLAR

1. D'Angelo P.S. Manipulating the immune system with checkpoint inhibitors for patients with metastatic sarcoma. 2016 ASCO educational book. E 558.
2. Marwan G, et al. Immunotherapies in sarcoma: updates and future perspectives. WJCO 2017;vol 8(2):145-150.
3. Tawbi A. H. Pembrolizumab in advanced soft-tissue sarcoma and bone sarcoma (SARC028): a multicentre, two-cohort, single-arm, open-label, phase 2 trial.Lancet 2017;vol 18:1493-1501.
4. D'Angelo SP. A multicenter phase II study of nivolumab +/- ipilimumab for patients with metastatic sarcoma (Alliance A091401). Lancet 2018;vol 19:416-26.
5. Meyers P, et al. Osteosarcoma: a randomized, prospective trial of the addition of ifosfamide and/or muramyl tripeptide to cisplatin, doxorubicin and high dose methotrexate. JOCO 2005;vol:23:2004-2011.

KOLON KANSERİNDE ADJUVAN KEMOTERAPİ SÜRESİ

N. FARUK AYKAN

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ LIV HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Evre III kolon kanserinde adjuvan kemoterapi (KT) olarak FOLFOX rejimi (FOLFOX4 ya da mFOLFOX6), 2004 yılında MOSAIC çalışmasında altı ay FOLFOX4 rejiminin yine altı ay LV5FU2 rejimine göre anlamlı hastalısız sağkalım (HSK) avantajı göstermesinden itibaren günümüze kadar standart tedavi olarak gelmiştir (1). Evre III kolon kanserinde sadece cerrahi ile hastaların yaklaşık olarak % 50-60'ında kür sağlanabilirken adjuvan 5FU/FA'in % 12'lik, buna okzaliplatin eklenmesinin de % 6 civarında bir katkısı eklendiğinde kür olasılığı yaklaşık olarak % 75'lere yükselmiştir. Benzer şekilde adjuvan XELOX (ya da CAPOX) rejimi 2011 yılında bolus 5FU/FA'e göre anlamlı HSK avantajı göstermiş ve alternatif bir rejim olarak o da standart tedaviye girmiştir (2). Adjuvan FOLFOX'un genel sağkalım (GSK) yararı 2009 yılında, adjuvan CAPOX'un da 2015 yılında gösterildi ve yayımlandı (3,4). Bu tarihlerden sonra günümüze dek yapılan çalışmalarda adjuvan KT'ye biyolojik ajanların (bevasizumab ve setuksimab) eklenmesinin herhangi bir ek katkısı gösterilemedi (5,6).

Okzaliplatinli rejimlerin hastayı rahatsız eden en önemli yan etkisi, bazan günlük fonksiyonlarını da etkileyen periferik nöropatidir; grad 3 nöropati yaklaşık olarak % 12.5 oranında görülmektedir ve bu nedenle ya doz azaltımı gerekmekte ya da hastaların bir kısmı altı ay KT'yi tamamlayamamaktadır (1-3). Evre III kolon kanserinin adjuvan KT'sinde son yıllardaki en önemli gelişme adjuvan KT süresini 3 aya indirmenin araştırıldığı ve

önce 2017 ASCO'da sunulan, daha sonra da 2017 ESMO ve 2018 ASCO Gastrointestinal Kanser Sempozyumu'nda güncellenen IDEA çalışmasıdır (7-10).

IDEA çalışması, adjuvan KT süresi olarak 3 ve 6 ayın karşılaştırıldığı, 12 ülkede yapılan 6 prospektif randomize grup çalışmasının havuz analizidir. Bu gruplar, katılan ülkeler, kullanılan adjuvan KT rejimi ve alınan hasta sayıları Tablo 1'de görülmektedir. Toplam 12834 hastanın değerlendirildiği bu çalışma bir non-inferiorite çalışmasıdır. İstatistiksel olarak 3 yıllık HSK'da non-inferiorite risk oranı güvenlik aralığının (GA) üst sınırı 1.12 olarak kabul edilmiştir. Çalışmada ABD'de sadece mFOLFOX6 kullanılırken diğer ülkelerde adjuvan CAPOX da kullanılmıştır. CAPOX kullanım oranı en çok SCOT ve ACHIEVE çalışmalarındadır; sırasıyla % 67 ve % 75.

Çalışma sonucunda tüm grupta 3 yıllık HSK 3 ay KT kolunda % 74.6, 6 ay KT kolunda % 75.5, Risk Oranı (RO)=1.07 (GA: 1.00-1.15) olarak bulunmuştur. GA'nın üst sınırı > 1.12 olduğu için aslında tüm grupta non-inferiorite gösterilememiştir. Fakat, önceden planlanmış olan risk grupları ve KT kombinasyonları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, evre III düşük risk grubunda (T1-3N1) 3 ay CAPOX non-inferior, yüksek risk grubunda (T4 veya N2) ise 3 ay FOLFOX 6 ay FOLFOX'dan inferior bulunmuştur. Düşük ve yüksek risk grupları arasında HSK farkı % 20 olup bu fark klinik olarak anlamlıdır. Altı ay FOLFOX ve CAPOX alan hastaların sırasıyla % 29 ve % 35'i son KT siklusunu tamamlayamamışlardır.

Tablo 1. IDEA çalışması

Çalışma	KT rejimleri	Hasta sayısı	Katılan ülkeler
TOSCA	CAPOX ya da FOLFOX4	2402	İtalya
SCOT	CAPOX ya da mFOLFOX6	3983	İngiltere, Danimarka, İspanya, Avustralya, İsveç, Yeni Zelanda
IDEA Fransa	CAPOX ya da mFOLFOX6	2010	Fransa
C80702	mFOLFOX6	2440	ABD, Kanada
HORG	CAPOX ya da FOLFOX4	708	Yunanistan
ACHIEVE	CAPOX ya da mFOLFOX6	1291	Japonya

Üç aylık KT ile periferik nöropatide anlamlı azalma saptanmıştır; grad 3 nöropati oranı hem FOLFOX, hem de CAPOX'da % 3'e düşmüştür. Sonuç olarak IDEA çalışması, düşük riskli (T1-3N1) evre III hastalarda adjuvan KT olarak 3 ay CAPOX kullanılabilirliğini, bunun inferior bir tedavi olmadığını göstermiştir. Yüksek riskli (T4 ya da N2) hastalarda ise 6 ay FOLFOX, 3 aya göre üstünlüğünü korumaktadır. ASCO 2017 sonrası ABD, Avrupa, İngiltere, Japonya, Yeni Zelanda ve Avustralya'da hekimler arasında yapılan ve 454 yanıtın değerlendirildiği bir ankette tüm evre III kolon kanserlerine aynı kategoride bakılmadığı, evre III kolon kanserlerinin "düşük riskli" ve "yüksek riskli" olarak ayrılmasının kullanışlı ve klinik olarak uygun olduğu, bazı kolon kanserlerine (düşük riskli) 3 ay adjuvan KT'nin yeterli olabileceği çoğunluk tarafından kabul edilmiştir. Bu yeni gelişme NCCN 2018 v1'e de yansımış ve 3 ay CAPOX rejimi düşük riskli grupta tercih edilecek rejimler arasında yerini almıştır.

Sonuç olarak günümüzde evre III bile olsa tüm kolon kanserlerinin aynı olmadığı, adjuvan tedavide de, tıpkı metastatik hastalarda olduğu gibi bireysel tedavi dönemine girildiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. André T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2343-51.
2. Haller DG, Tabernero J, Maroun J, et al. Capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil and folinic acid as adjuvant therapy for stage III colon cancer. *J Clin Oncol* 2011;29:1465-71.
3. André T, Boni C, Navarro M, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *J Clin Oncol* 2009;27:3109-16.
4. Schmoll HJ, Tabernero J, Maroun J, et al. Capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil/ folinic acid as adjuvant therapy for stage III colon cancer: final results of the N016968 randomized controlled phase III trial. *J Clin Oncol* 2015;33:3733-40.
5. Allegra CJ, Yothers G, O'Connell MJ, et al. Phase III trial assessing bevacizumab in stages II and III carcinoma of the colon: results of NSABP protocol C-08. *J Clin Oncol* 2011;29:11-6.
6. Alberts SR, Sargent DJ, Smyrck TC, et al. Adjuvant mFOLFOX6 with or without cetuximab in KRAS wild-type patients with resected stage III colon cancer: results from NCCTG intergroup phase III trial N0147. *J Clin Oncol* 2010; 28(suppl 18S):959s.
7. Shi Q, Sobrero AF, Shields AF, et al. Prospective pooled analysis of six phase III trials investigating duration of adjuvant oxaliplatin-based therapy (3 vs 6 months) for patients with stage III colon cancer: The IDEA (International Duration Evaluation of Adjuvant Chemotherapy). ASCO 2017. Abstract LBA1.
8. Grothey A, Sobrero A, Meyerhardt JA, et al. Prospective pooled analysis of six phase III trials investigating duration of adjuvant oxaliplatin-based therapy (3 vs 6 Months) for patients with stage III colon cancer: updated results of IDEA (International Duration Evaluation of Adjuvant Chemotherapy). ESMO 2017. *Annals of Oncology* (2017) 28 (suppl_5): v605-v649.
9. Meyerhardt JA. Duration of adjuvant therapy for colon cancer: is three months enough? The US Perspective. 2018 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium, General Session 8: Controversies in Adjuvant Therapy for Colorectal Cancer.
10. Iveson T. Duration of adjuvant therapy for colon cancer: is three months enough? The European Perspective. 2018 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium, General Session 8: Controversies in Adjuvant Therapy for Colorectal Cancer.

YAŞLI HASTALARDA TEDAVİ İLKELERİ

MELTEM BAYKARA

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Türkiyede 65 yaş ve üstü nüfus oranı giderek artmaktadır. Yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının 2018 yılında %8.7, 2023'te %10.2, 2040'da %16.3, 2060'ta %22.6 ve 2080'de %25.6 olacağı öngörülmektedir (1).

Yaşlılarda İlaç Kullanımı İle İlgili Başlıca Sorunlar: Polifarmasi, ilaç metabolizmasındaki yaşa bağlı değişiklikler, tedavisi gereken tıbbi problemin tedavi edilmemesi, yaşlıya yanlış ilaç verilmesi, düşük dozda ilaç kullanımı, yüksek dozda ilaç kullanımı, yetersiz ilaç kullanımı, ilaç yan etkisi, endikasyon olmaksızın ilaç kullanımı, ilaç-ilaç, ilaç-hastalık, ilaç-gıda, ilaç-bitkisel ilaç etkileşimlerinin olması, hasta uyumunun bozulması, yaşlının yalnız yaşıyor olması, birlikte yaşadığı yakınlarının yeterli özeni göstermemesidir (2).

İlaç Metabolizmasındaki Yaşa Bağlı Değişiklikler (3):

Emilim:Yaşla birlikte tükrük salgısında azalma, gastrointestinal motilitede ve emilimde azalma olmaktadır.

Dağılım: Yağsız vücut kitlesinde azalma, total vücut suyunda azalma, proteine bağlanmada değişiklik. İlaçların pek çoğu proteinlere ,özellikle albümine bağlanırlar. Akut ve kronik hastalıklar albümin düzeylerini düşürebilir.Bu durumda ilaçların serbest formları plazmada normalde olması gerekenin 2- 3 katına çıkabildiği için, yan etki ve toksik etkilerin sık görülmesine yol açarlar.

Metabolizma: Karaciğer kitlesinde azalma, karaciğer kan akımının da %12-40 azalma ve sonuç olarak toksik maddelerin uzaklaştırılmasında azalma görülmektedir ve buna bağlı olarak ilaçların metabolizma ve eliminasyonunda yavaşlama, yan etki görülme sıklığında artış olmaktadır.

Atılım: Yaşlandıkça böbrek fonksiyonları azalır. Glomerüller sayısı azaldıkça ve daha az fonksiyonel hale geldikçe glomerüler filtrasyon hızı azalır. Azalmış renal fonksiyon bu ilaçların atılımını etkileyebilir. Yaşlılarda ilaçlara bağlı yan etki genç erişkin-

lerden **üç kat** daha fazladır (4-6).

Yaşlılarda Onkolojik Tedavide Önemli Noktalar: 60-79 yaş arası kadın ve erkeklerdeki birinci ölüm nedeni kanserdir. 2030 yılına kadar ≥ 65 yaş hastaların %70 ine kanser tanısı konulacağı tahmin edilmektedir (7, 8). İleri yaş kemoterapiye intolerans ve artmış toksisite ile ilişkilidir. Ancak bir çok klinik çalışmada yaşlı hastalar çalışma dışında tutulmaktadır (9,10). Yaşa bağlı fiziksel değişiklikler bireysel olarak çeşitli farklılıklar gösterir. Kronolojik yaş hastanın fonksiyonel durumunu belirlemek için yetersiz bir belirteçtir. Fonksiyonel durum değerlendirmesi için kullanabileceğimiz bir çok metot vardır.

Performans status (ECOG, Karnofsky PS): Hem ECOG hem de KPS hastaların kemoterapi tolerabilitesini ve kısa dönem prognozlarını değerlendirmede oldukça faydalıdır. Yaştan bağımsız olarak kötü PS (ECOG PS>2, KPS<60) olan hastalar genellikle kemoterapiyi tolere edemezler ve genel sağkalımları oldukça kısadır (11). Yaşlı hastaların fonksiyonel kapasitesini daha geniş kapsamlı değerlendiren **Activities of Daily Living (ADL)** ve **Instrumental of Activities of Daily Living (IADL)** skalaları da kullanılabilir. ADL beslenme, kişisel bakım, tuvalet ihtiyaçları gibi temel yaşamsal aktiviteleri değerlendirir. IALD ise toplum içinde bağımsız davranabilme (alışveriş, mali yönetim, ev temizliği, yemek hazırlama, ilaçlarını alabilme) gibi faaliyetleri değerlendirir.

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment):ADL ve IADL, CGA skalasının birer parçasıdır. CGA skalası geriatristler tarafınca düşme, hospitalizasyonu, ölüm riski yüksek frail hastaları tanımlamak için kullanılır. CGA skalası yaşlı kanser hastaları için karar vermek için de kullanılabilir (12,13).

CARG (Cancer and Aging Research Group) Modeli: Geriyarik değerlendirmeyi temel alan modeller kemoterapi toksisitesini predikte etmek için geliştirilmiştir. CARG modeli kemoterapiye

bağlı ciddi ya da fatal toksisiteyi predikte etmekte kullanılabilir. CARG modelinde parametreler; yaş, kanser tipi, kemoterapi rejimi, renal ve hematolojik fonksiyon, işitme, aktivite durumu (CGA skorundan; ilaç alabilme yeteneği, fizik aktivite, sosyal aktivite). Bu model kemoterapi toksisitesini klinik değerlendirme olarak yapılan KPS dan daha iyi predikte etmektedir (14).

CGA yaşlı kanser hastalarının fonksiyonel değerlendirmesinde ek bilgiler sağlamaktadır (15). Clough ve ark.nın 65 yaş ve üstü Evre I-III primer meme kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada 5 ve 10.yıldaki tüm ölüm ve meme kanserine spesifik ölüm oranları CGA 3 ve daha fazla olan kadınlarda 2 kat fazla bulunmuştur (16). Caillet ve ark.nın 375 yaşlı kanserli hasta ile yaptıkları prospektif çalışmada -ELCAPA çalışması- Düşük ADL skoru ve malnütrisyon kanser tedavi değişikliği ile ilişkili bulunmuştur (17).

Komorbidite:Hastaların sahip olduğu komorbid faktörler kanser tedavisinin seçiminde ve tedavi sonuçları açısından oldukça önemlidir. Komorbidite risk skorlamasında çeşitli sistemler kullanılabilir. ACE-27 İNDEX (adult comorbidity index-27), Charlson Comorbidity Index (CCI), Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

Nanda ve ark.nın lokalize ya da lokal ileri prostat kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada KAH, KKY ya da MI öyküsü olan hastalarda neoadjuvan hormonoterapi tüm ölüm riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur (18). Meyerhardt ve ark.nın adjuvan kemoterapi verilen yüksek riskli evre II ve III kolon kanserli hastalarla yaptığı çalışmada diabetli hastalarda kanser rekürrensi ve tüm mortalite oranları daha yüksektir. Diabetli hastalarda 5.yıllık DFS, OS, RFS beirgin olarak daha kötüdür (19). Yine Srokowski ve ark.nın 66 yaş ve üstü evre I-III meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada diabetli hastalarda artmış hospitalizasyon ve yüksek mortalite oranları bildirilmiştir (20). Sanabria ve ark.nın yaptığı çalışmada baş-boyun kanserli 70 yaş üstü 370 hastanın komorbiditeleri ACE-27 indeksine göre saptanmış ve OS için bir indikatör olduğu gösterilmiştir (21). Lokal ileri NSCLC'lu Vinorelbine vs +/-gemcitabine ile tedavi edilen hastalarda CCI indeksi ≥ 2 olanlarda tedavi erteleme ya da kesme oranı daha yüksek saptanmıştır (22). Bir çalışmada Evre IIIA-IIIB NSCLC'lu kemoradyoterapi ile tedavi edilen hastalarda CIRS indeksi yüksek olanların sağkalımları daha düşük saptanmıştır (23).

Frailty (Zayıflık, kırılğanlık):Strese direncin azalması, rezerv azalması, olumsuz sonuçlara karşı savunmasızlık, düşme, sakatlık, hospitalizasyon ve ölüm riskinde artış olarak tanımlanabilir.

NCCNönerileri (24)

Mesane Kanseri: Yüzeysel kanserlerde BCG, 80 yaş sonrası etkisini kaybetmektedir.Yaş, sistektomi, radyoterapi ve kemoterapi kararı için bir parametre değildir. Neoadjuvant kemoterapi

her yaşta etkindir. **Meme Kanseri:**Nod pozitif meme kanserli hastalarla yapılan CALGB çalışmalarında hastaların %8'i 65 yaş ve üstüdür. Kooperatif çalışma gruplarının yaptığı adjuvant çalışmalarda 65 yaş ve üstü kadınlar gençlere göre aynı yararı görmüşlerdir ancak toksisite ve mortalite oranları artmıştır. Tek ajan kapesitabin, CMF ve AC'ye göre inferiordur. Randomize kontrollü Faz III çalışma ELDA'da 65-79 yaş arası erken evre meme kanserli hastalarda adjuvan tedavi olarak haftalık dosetaksel verilmesi adjuvan CMF'ye göre DFS de iyileşme sağlamamıştır. Haftalık dosetaksel ciddi non-hematolojik toksisite ve yaşam kalitesinde kötüleşmeye neden olmuştur. Metastatik HER2 pozitif meme kanserli hastalarda 1.basamak tedavide pertuzumab, trastuzumab ve dosetakselin etkinlik ve güvenilirliği plasebo ile karşılaştırılınca yaşlı hastalarda PFS de artış sağlamıştır ancak 65 daha fazla halsizlik bitkinlik, iştahsızlık, asteni, bulantı kusma, diyare ve disguzi görülmüştür. Ancak gençlerin aksine daha az nötropeni ve febril nötropeni görülmüştür. Bunun nedeni yaşlılarda doz redüksiyonu daha fazla yapılmıştır ve daha az sayıda kemoterapi siklusu almışlardır. HER2 negatif hormon reseptör pozitif metastatik meme kanserli hastalarda everolimus ve eksemestan ile yaştan bağımsız olarak PFS de artış saptanmıştır. Ancak yaşlı hastalarda stomatit, pnömonitis, enfeksiyonlar, rash ve hiperglisemi daha fazla oranda görülmüştür. Yaşlı hastalarda tedaviye bağlı ölümler daha fazla olmuştur. Chavez-MacGregor ve ark.nın retrospektif bir çalışmasında 66 yaş üstü evre I-III meme trastuzumab ile tedavi edilen hastalarda KKY oranı %30 bildirilmiştir. KKY oranları trastuzumab'ın haftalık uygulanması, ileri yaş, hipertansiyon, antrasiklin kullanılmış olması, komorbiditenin artmış olması (Charlson Komorbidite skalasına göre), karoner arter hastalığı ile ilişkili bulunmuştur. 75 yaş üstü hastalarda yetersiz tedavi nedeniyle mortalite(age-adjusted) artmıştır.

SSS tümörleri, GBM:Gros total cerrahi eksizyon yapılan 70 yaş üstü hastalar inkomplet cerrahiye göre cerrahiden daha fazla sağkalım yararı görür. 70 yaş üstü hastalarda da cerrahi sonrası RT yararlıdır. 70 yaş üstü hastalarda tek başına hipofraksiyone RT veya tek başına temozolamid, standart fraksiyone RT'den daha fazla OS yararı sağlamaktadır. 64 yaş üstü anaplastik astrositom ve GBM de tek başına temozolomid tek başına RT'den inferior değildir. MGMT pozitif hastalarda tek başına temozolomid tek başına RT'ye göre olaysız sağkalımı arttırmaktadır. 60-70 yaş arası hastalarda adjuvan eşzamanlı RT+temozolomid sonrası 6 kür adjuvan temozolomid verilmesi sağkalım yararı sağlamaktadır. 55 yaş üstü yineleyen hastalıkta data bevacizumabın yaşam kalitesini (hatta sağkalımı)arttırdığını göstermektedir.

SSS tümörleri, Lenfoma: 60 yaş üstü hastalar birincil olarak kemoterapi ile tedavi edilmeli. RT palyatif kurtarma tedavisi olarak kullanılabilir.

Kolon Kanseri: 70 yaş üstü hastalarda 5-FU bazlı adjuvan tedaviden aynı yararı göstermekle beraber oksaliplatin eklenmesinin yararı gösterilememiştir. Hematolojik toksisite artmıştır. OPTIMOX1 çalışmasının alt grup analizine göre metastatik yaşlı hastalarda stop-and-go stratejisi uygulanabilir. Metastatik hastalarda dozu azaltılmış oksaliplatin sadece 5FU/kapesitabine'e göre PFS'yi arttırmamıştır. Yaşlı metastatik hastalarda cetuximab aynı yararı göstermiştir. Yaşlı metastatik hastalarda bevacizumab aynı yararı göstermiştir ancak daha fazla arteriyel tromboemboli görülmüştür. Büyük klinik çalışmaların metaanalizlerinde metastatik yaşlı hastalar da FOLFOX ya da FOLFIRI ile tedavi genç hastalarla benzer etkinlik ve toksisite profiliyle kullanılabilir.

Rektum Kanseri: Lokal ileri rektum kanserli yaşlı hastalarda 5FU bazlı neoadjuvan kemoterapi ile eşzamanlı RT ile ilgili retrospektif çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Tıbbi olarak sağlıklı yaşlı rektum kanserli hastalarda doz azaltılmamış neoadjuvant ve adjuvant kemoradyoterapi standarttır. Ancak yaşlı hastalarla ilgili klinik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Evre III rektum kanserli fit yaşlılarda postoperatif kemoterapi ve radyoterapi sağkalımı arttırmaktadır.

Baş boyun Kanseri: 70 yaş üzeri bilgi az olduğundan kemoterapinin ve cetuximabın yararı tam olarak bilinmemektedir.

Hepatosellüler Kanseri: Bir retrospektif analizde sorafenib ile tedavi edilen 70 yaş üstü ve altı hastalarda grade 3-4 toksisite ve genel sağkalım sonuçları aynı bulunmuştur.

Böbrek Kanseri: Sorafenib, sunitinib ve everolimus yararı aynıdır. Ancak halsizlik bitkinlik, stomatit, anemi ve enfeksiyon daha fazla görülür. 65 yaş üzeri interferon önerilmez.

Melanom: İpilimumab 65 yaş üstü hastalarda OS'yi arttırmaktadır. 65 yaş üstü hastalarda temozolomid ve dakarbazinin sağkalım katkıları benzerdir. BRAF mutasyonu pozitif hastalarda vemurafenib dakarbazine göre PFS ve OS arttırmaktadır (65 yaş altı ve üstü). Dabrafenib 21-93 yaş arası hastalarda dakarbazine göre PFS 'yi arttırmaktadır. 21-85 yaş arası hastalarla yapılan çalışmada trametinib kemoterapi ile karşılaştırılınca (dakarbazin ya da paklitaksel) PFS ve OS yi arttırmaktadır. 18-85 yaş hastalarda dabrafenib ve trametinib kombinasyonu tek başına dabrafenib'e göre PFS'yi arttırmaktadır.

KHDAK: Adjuvant kemoterapi yararı aynıdır. Eşzamanlı kemoradyoterapi toksisitesi daha fazladır. İleri evrede kemoterapi yaşam kalitesini genç hastalarda olduğu gibi artırır. Doublet kemoterapi monoterapiye göre sağkalımı artırır. ECOG 4599 çalışmasının alt analizleri ve metaanalizlerde karboplatin ve paklitaksel kombinasyonuna bevacizumab eklenmesinin yararı yoktur.

KHAK: Yaşlılarda artmış myelotoksisite riskine rağmen kemote-

rapinin (CE) standart dozları kullanılmalıdır. Azaltılmış dozlar inferior sonuçlara neden olduğundan kaçınılmalıdır. Toksikite profili farklı olmasına rağmen genel sağkalım eşittir.

Over Kanseri

AGO-OVAR çalışmasının retrospektif analizinde 70 yaş üstü hastalarda 3 haftada bir platin+paklitaksel ile toksisite oranları gençlerle benzerdir. Ancak 70 yaş üstünde kemoterapiyi tamamlama oranları daha düşüktür. **Prostat Kanseri:** Docetaxel ve cabazitaxel 65 yaş üstünde de etkilidir ancak G-CSF desteği ile uygulanmalıdır.

REFERANSLAR

1. <http://www.tuik.gov.tr>
2. Lees J, Chan A. Polypharmacy in elderly patients with cancer: clinical implications and management. *Lancet Oncol.* 2011;12:1249-57.
3. Wedding U, Honecker F, Bokemeyer C, Pientka L, Höfken K. Tolerance to chemotherapy in elderly patients with cancer. *Cancer Control.* 2007;14:44-56.
4. Begg CB, Carbone PP. Clinical trials and drug toxicity in the elderly. The experience of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Cancer.* 1983; 52:1986-1992.
5. Stein BN, Petrelli NJ, Douglass HO, et al. Age and sex are independent predictors of 5-fluorouracil toxicity. Analysis of a large scale phase III trial. *Cancer.* 1995;75:11-17.
6. Riechelmann RP, Saad ED. A systematic review on drug interactions in oncology. *Cancer Invest.* 2006;24:704-12.
7. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:106-130.
8. Edwards BK, Howe HL, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer.* 2002;94:2766-2792.
9. Lewis JH, Kilgore ML, Goldman DP, et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J Clin Oncol.* 2003;21:1383-1389.
10. Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: a 7-year experience by the US Food and Drug Administration. *J Clin Oncol.* 2004;22:4626-31.
11. Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol* 2007;25:1936.
12. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25:1824.
13. Repetto L, Comandini D, Mammoliti S. Life expectancy, comorbidity and quality of life: the treatment equation in the older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2001; 37:147.
14. Hurria A, Mohile S, Gajra A, et al. Validation of a Prediction Tool for Chemotherapy Toxicity in Older Adults With Cancer.

- J Clin Oncol 2016; 34:2366.
15. Repetto L, Fratino L, Audisio RA, et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. J Clin Oncol.2002 Jan 15;20(2):494-502
 16. Clough-Gorr KM, Thwin SS, Stuck AE, Silliman RA. Examining five- and ten-year survival in older women with breast cancer using cancer-specific geriatric assessment. Eur J Cancer.2012;48:805-12.
 17. Caillet P1, Canoui-Poitaine F, Vouriot J et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. J Clin Oncol.2011 Sep 20;29(27):3636-42
 18. Nanda A, Chen MH, Braccioforte MH, Moran BJ, D'Amico AV. Hormonal therapy use for prostate cancer and mortality in men with coronary artery disease-induced congestive heart failure or myocardial infarction. JAMA. 2009;26;302(8):866-73.
 19. Meyerhardt JA, Catalano PJ, Haller DG, Mayer RJ, Macdonald JS, Benson AB 3rd, Fuchs CS. Impact of diabetes mellitus on outcomes in patients with colon cancer. J Clin Oncol.2003;21:433-40.
 20. Srokowski TP, Fang S, Hortobagyi GN, Giordano SH. Impact of diabetes mellitus on complications and outcomes of adjuvant chemotherapy in older patients with breast cancer. J Clin Oncol. 2009;27:2170-6
 21. Sanabria A, Carvalho AL, Vartanian JG, Magrin J, Ikeda MK, Kowalski LP. Comorbidity is a prognostic factor in elderly patients with head and neck cancer. Ann Surg Oncol.2007;14:1449-57
 22. Frasci G, Lorusso V, Panza N, et al. Gemcitabine plus vinorelbine versus vinorelbine alone in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol.2000;18:2529-36
 23. Firat S, Byhardt RW, Gore E. The effects of comorbidity and age on RTOG study enrollment in Stage III non-small cell lungcancer patients who are eligible for RTOG studies. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010 Dec 1;78(5):1394-9
 24. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology v2.2017 Older Adult Oncology

YERLİ İLAÇ KONSEPTİNİN İÇİ NASIL DOLABİLİR VE KENDİ MOLEKÜLLERİMİZİ NASIL GELİŞTİREBİLİRİZ?

BİLGESU ONUR SUCU, ÖZGEÇAN ŞAVLUĞ, ŞÜKRAN ÖZDATLI, MUSTAFA GÜZEL

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, REJENERATİF VE RESTORATİF TIP ARAŞTIRMALARI MERKEZİ (REMER)

Dr. Güzel konuşmasında ilaç geliştirme sürecine somut bir örnek verecek ve kendi ilacımızı geliştirmemiz için ne gibi şartların oluşması gerektiğinin analizini yapacaktır. Ayrıca kendisinin ilaç keşif ve geliştirme labında yaptığı kanser ilaç geliştirme çalışmaları hakkında da kısa bilgi verecektir.

Otto Warburg, tümör hücrelerinin normal hücrelere göre çok daha hızlı bir şekilde glikolize uğradığını gözlemlemiştir.¹ Warburg Etkisi; kanser hücrelerinde artmış glukoz metabolizması olarak bilinmektedir. 1956'da Warburg tarafından tümöral hücrelerde anaerobik glikolizinin düzeyde arttığının gösterilmesi ile tanımlanmıştır. Warburg, tümör hücrelerinin oksijenli ortamda bile glikozu metabolize edip laktik aside dönüştürebildiğini gözlemlemiştir. Bu yüzden tümör hücrelerinin enerji depolaması ve kullanması mekanizması normal hücrelere göre çok farklı olmaktadır. Hekzokinaz-II enziminin tümör hücrelerinde aşırı ekspresyonundan dolayı bu tümörlerin sağkalımını arttırması ve agresif bir şekilde etrafındaki dokuya yayılmasını sağlamak için önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.²

HK-2 enzimi inhibe edilerek, kanserli hücrelerin enerji elde etmesinin önlenmesi bu şekilde hücrelerin beslenmesinin engellenmesi amaçlanmıştır. Metil jasmonat bilinen bir HK-2 in-

hibitörüdür. Normal hücrelere karşı etkisiz, kanser hücrelerine karşı yüksek seçicilikte olduğu keşfedilmiştir.³ Daha yüksek aktivite sağlayacağını düşündüğümüz fonksiyonel grupları yapıya ekleyerek tasarladığımız metil jasmonat analoglarının, ilaç adayı olma ihtimali oldukça yüksektir. Bu nedenle, çalışmamızda, özgün metil jasmonat analogları sentezlemeyi amaçladık. Sentezlediğimiz moleküllerin spektroskopik analizleri yapıp, yapıları aydınlatılıp, HK-2 aktivite çalışmaları yapılmaktadır.

Bu çalışma 215S890 numaralı proje olarak TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kaelin, W. G., Thompson, C. B. 2010. "Clues from Cell Metabolism", Nature, vol: 465, no: 3, p: 562-564.
2. Pastorino, J. G., Shulga, N., Hoek, J. B. 2002. "Mitochondrial Binding of Hexokinase-II Inhibits Bax-induced Cytochrome c Release and Apoptosis", The Journal of Biological Chemistry, vol:277, No:9, p:7610-7618.
3. Kniazhanski, T. et al. 2008. "Methyl jasmonate induces cell death with mixed characteristics of apoptosis and necrosis in cervical cancer cells", Cancer Letters, 271, 34-46.

ONKOLOJİ HASTALARINDA TEDAVİ VE İZLEM SIRASINDA BESLENME

CANFEZA SEZGİN

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Günümüzde kanserin görülme sıklığı yanı sıra erken tanı – tarama testleri ile küratif tedavi sonrası iyileşen hastaların artması uzun süre takip ve izlem gerektiren büyük bir topluluğun oluşmasına neden olmaktadır. Genelde hastaların iyileşmesi veya uzun süre yaşaması tıbbi tedavinin başarısı olarak görülmektedir. Fakat nükslerin görülmesi, tıbbi tedavilere bağlı komplikasyonların görülmesi, uzun süreli takipte ikincil kanserlerin ortaya çıkması çözülmesi gereken ciddi sorunları oluşturmaktadır. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, osteoporoz veya obesite gibi tedavi ile ilişkili komplikasyonlar sık görülen tedavi komplikasyonlarıdır [1, 2].

Beslenme programı ve egzersiz gibi yaklaşımlar kanser riskini azaltmakla kalmaz yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rol oynarlar.

Kanser tedavisi esnasında beslenme durumu, kanserin prognozunu ve progresyonunu etkilemektedir. Hastaların tedavi esnasında bireysel ihtiyaçları ve özellikleri göz önüne alınarak beslenmenin planlanması tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Sağkalan kanserlilerde beslenme tavsiyeleri ile ilgili kılavuzlar ilk olarak 2003 yılında American Cancer Society (ACS) oluşturulmuştur [3, 4]. 2007 yılında American Institute for Cancer Research (AICR) ve World Cancer Research Fund (WCRF) ortaklığında kanserden korunmada tavsiye edilen beslenme kılavuzu sağkalan kanser hastalarına yapılacak önerileri de içerecek şekilde genişletilmiştir [5].

KANSERDEN KORUNMADA BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE İLE İLİŞKİLİ ACS KILAVUZU

1. Hayat boyunca sağlıklı kilonun idamesi
 - Fiziksel aktivite ile kalori alımının dengelenmesi
 - Hayat boyu aşırı kilo almından sakınılması
 - Aşırı kilo varsa sağlıklı kiloya inilmesinin başarılması

2. Fiziksel olarak aktif yaşam tarzının benimsenmesi
 - Erişkinler: haftada en az 5 gün, günde yarım saat orta şiddette fiziksel aktivitede bulunulması. 45-60 dakikalık sürekli egzersiz tercih edilmektedir.
 - Çocuk ve gençler: haftada en az 5 gün, günde 60 dakika orta şiddette fiziksel aktivitede bulunulması
3. Ağırıklı olarak bitkisel kökenli besinlerin olduğu sağlıklı diyetle beslenmek
 - Sağlıklı kiloda kalmayı sağlayacak miktarda gıda ve içeceklerin tercih edilmesi
 - Her gün çeşitli sebze ve meyvelerden oluşan en az 5 porsiyon tüketilmesi
 - İşlenmiş ve kırmızı et tüketiminin kısıtlanması
4. Alkol tüketiliyorsa tüketimin kısıtlanması
 - Günde kadınların bir, erkeklerin ise iki standart kadehten fazla alkol tüketmemesi

KANSERDEN KORUNMA, GIDA, BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ AICR VE WCRF KILAVUZLARI

1. Vücut yağ oranı: vücut ağırlığı normal sınırlar içinde mümkün olduğunca yağsız olmalı
2. Fiziksel aktivite: günlük hayatın bir parçası olarak fiziksel olarak aktif olunmalı
3. Kilo alımına neden olan gıda ve içecekler: yoğun enerji içeren gıdalar kısıtlanmalı. Şekerli içeceklerden kaçınılmalı
4. Bitkisel gıdalar: daha çok bitkisel gıdalar tüketilmeli
5. Hayvansal gıdalar: kırmızı et tüketimi azaltılmalı, işlenmiş et ürünlerinden sakınılmalı
6. Alkollü içecekler: alkollü içecekler kısıtlanmalı
7. Koruyuculu, işlenmiş, hazır gıdalar: tuz kullanımı kısıtlanmalı
8. Besin takviyeleri: besinsel ihtiyaçlar gıdalarla karşılanmalı
9. Sağ kalan kanser hastaları: kanserden korunma için önerilen tavsiyeleri uyulmalı

BESLENME ÇEŞİTLERİ VE GIDA SEÇİMİ

Genel beslenme planı içinde gıdaların seçimi ve miktarları sağlıklı kanser hastaları için önemlidir. Bu kişilerde ikincil kanserler ve kalp-damar hastalığı riski artmıştır. Kılavuzlar sebze, meyve ve tam tahıllı besinler gibi işlenmemiş bitkisel gıdaların arttırılması yanı sıra tuz, yağ, kırmızı et ve işlenmiş kırmızı et ürünlerinin kısıtlanmasını önermektedir (3-5). Kalp damar hastalığı, diyabet ve hipertansiyon için önerilen beslenme tavsiyeleri kanserden korunma için yapılan önerilere benzer. Kolorektal kanser ile ilişkili yapılan gözlemsel çalışmalar batı tipi beslenme ile (et, işlenmiş tahıl, yağlı süt ürünleri ve tatlı içeren) karşılaştırıldığında Akdeniz tipi beslenmenin (sebze, tam tahıl, balık, kuruyemiş, meyve ve az yağlı süt ürünleri içeren) nüks ve ölüm riskini azaltırken iyileşme şansını arttırdığını göstermiştir (6).

Meme ve prostat kanserli sağlıklı kişilerde yaşam süresince beslenme kalitesi fiziksel kapasite ve yaşam kalitesi üzerine pozitif etki gösterdiği saptanmıştır (7, 8).

Yeterli miktarda protein alımı, gerek tedavi süresince gerekse tedavi sonrası dönemde önemlidir (4). Aşırı kalori alımını engellemek ve kardivasküler koruyuculuğu sağlamak için doymuş yağ tüketimi azaltılmalıdır. Yağsız et, kümes hayvanları, balık, yağı azaltılmış süt ürünleri, kuruyemiş ve bakliyat tüketimi önerilmektedir (3-5). Yağın azaltılması tavsiye edilmekle birlikte yağların enerji ihtiyacının karşılanması ve vücutta fonksiyonların idamesinde önemli rolleri olması nedeni ile bu konu tartışmalıdır. Bununla birlikte yağ içeriği yüksek gıdaların kalori yükünün fazla olması, bunun da kilo kontrolünü zorlaştırabileceği unutulmamalıdır. Kalori içeriği düşük olmamakla birlikte tercih edilmesi tavsiye edilen sağlıklı yağlar tekli veya çoklu doymuş yağlardır (bitkisel ve sıvı yağlar). Hayvansal ve katı yağlar doymuş yağlar olup kısıtlanmalıdır. Trans yağlar ise mümkün olduğunca tüketilmemelidir.

Kolorektal kanser ve sindirim sistemi kanserleri başta olmak üzere bazı kanserlerden korunmada kırmızı et, işlenmiş kırmızı et ve tuz tüketiminin kısıtlanması tavsiye edilmektedir (6). Bal, kahverengi veya beyaz şeker, früktoz bazlı şekerleri içeren basit şekerlerin tüketimi doğrudan kanser riskinin artması veya ilerlemesi ile ilişkilendirilememektedir (4). Fakat son yıllarda yapılan araştırmalar şeker tüketimi artışıyla kalori alımının fazlalaşması obeseite, tip 2 diyabet gibi kanser riskini arttıran sağlık sorunlarına neden olmaktadır. İn vivo hayvan çalışmalarında şeker tüketiminin kanserin metastaz sürecini hızlandırdığı gösterilmiştir. Safra kesesi ve karaciğer kanserinin basit şeker tüketimi ile ilişkisi gösterilmiştir (9). Ayrıca yüksek gli-

semik indekse veya total karbonhidrat tüketilmesi III. evre rezeke kolorektal kanserlerde nüks, progresyon ve ölüm riskini arttırmaktadır (10). Bu konuda tartışma olsa da basit şeker tüketiminin gereksiz kaloriye ve sağlık sorunlarına neden olacağı tartışmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(24):5814-5830.
2. Pinto BM, Trunzo JJ. Health behaviors during and after a cancer diagnosis. *Cancer* 2005;104(11 Suppl): 2614-2623.
3. Brown JK, Byers T, Doyle C, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin* 2003;53(5):268-291.
4. Doyle C, Kushi LH, Byers T, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin* 2006;56(6):323-353.
5. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Vol. 2. Washington, DC: AICR; 2007.
6. Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, et al. Association of dietary patterns with cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer. *JAMA* 2007;298(7):754-764.
7. Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Morey MC, et al. Physical function and associations with diet and exercise: Results of a cross-sectional survey among elders with breast or prostate cancer. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2004;1(1):16.
8. Wayne SJ, Baumgartner K, Baumgartner RN, Bernstein L, Bowen DJ, Ballard-Barbash R. Diet quality is directly associated with quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2006;96 (3):227-232.
9. Laguna JC, Alegret M, Roglans N. Simple Sugar Intake and Hepatocellular Carcinoma: Epidemiological and Mechanistic Insight. *Nutrients*. 2014 Dec; 6(12): 5933-5954.
10. Meyerhardt JA, Sato K, Niedzwiecki D, Ye C, Saltz LB, Mayer RJ, Mowat RB, Whittom R, Hantel A, Benson A, Wigler DS, Venook A, Fuchs CS. Dietary glycemic load and cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Nov 21;104(22):1702-11.

LOKAL İLERİ REKTUM KANSERİNDE TEDAVİ SEÇENEKLERİ: TAM YANIT SONRASI CERRAHİ GEREKLİDİR

MUSTAFA ÖNCEL

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHİ ABD

Orta ve alt rektum yerleşimli T3-4 ve/veya nod (+) kanserli hastalarda radyoterapi uygulanması lokal rekürrensi azaltır ve bu işlemin operasyon öncesi uygulanmasının üstün olduğu gösterilmiştir. Uzun kol kemoredyoterapi (KRT) verilmiş hastalarda %20'yi aşan oranlarda klinik tam yanıt gözlenmektedir.

Son yıllarda tam yanıt görülen hastalarda ameliyat etmeksizin takip edilebilirliği (Watch-and-wait policy veya non-operative management-NOM) tartışılmaktadır. Aslında cerrahi yöntemin vaad ettikleri göz önüne alındığında organ koruyucu bir yöntem olan NOM akılcı bir yaklaşım gibi görünmektedir. Cerrahi minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasına karşın %30'lara ulaşan bir morbidite ve küçük de olsa bir mortalite riskiyle uygulanabilmektedir. İki cm'den daha yakın distal sınırlarda dahi lokal rekürrensin artmadığının ortaya konulmasıyla çok aşağı yerleşimli tümörlerde bile sfinkter koruma mümkün olmaktadır. Buna karşın hastaların önemli bir kısmında sfinkter korumak mümkün olamamaktadır. Dahası sfinkter koruması başarılı olmuş olgularda anterior rezeksiyon sendromu %50'yi aşan oranlarda rapor edilmiştir ve bu hastalarda değişen dışkılama alışkanlıkları ile yaşam kalitesi düşmektedir.

Cerrahinin getirdiği tüm bu olumsuzluklarla yüzleşirken NOM yaklaşımının belirgin dezavantajları vardır. En başta NOM tam yanıt elde edilmiş hastalarda önerilmektedir ve bu hasta grubu tüm rektum kanserli olguların sadece küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Klinik tam yanıt sağlanan hastalarda radyoterapi sonrası uygulanan görüntüleme tetkiklerinin güvenilirliği göz önüne alınca ne kadarında patolojik tam yanıt oluştuğunu saptamak problemlidir. Radyoterapi dozunu yükseltmenin tam yanıt oranını arttıracak tartışmalıdır ve yüksek doz radyoterapinin yan etki profili belirsizdir. Tam yanıt görülenlerde takip yoğun bir süreç gerektirmektedir ve geç nüksler de seyrek değildir. Bu olgularda lokal nüksün cerrahi tedavisinde başarı konusunda tartışmalar vardır.

NOM'un tartışmalı tüm sonuçları aslında NOM yaklaşımının çok az hastaya ve varyasyonlarla uygulanmasından kaynaklanmaktadır. NOM'un güvenilirliği ve etkinliğini gösteren prospektif, randomize bir çalışma bulunmamaktadır. Bu veriler göz önüne alındığında kanıta dayalı tıp uygulaması açısından NOM'un rutin veya cerrahiye alternatif olarak önerilmesini destekleyecek bir veri bulunmamaktadır. Rektum kanserli hastalarda cerrahi halen rutin olarak önerilmesi gereken yöntemdir ve NOM ancak cerrahi kesin olarak kabul etmeyen olgularda düşünülebilir.

İMMUNOTERAPİDE BİYOBELİRTEÇLER

GÖZDE KIR

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

İmmunoterapide biyobelirteçler aşağıdaki gibi listelenebilir.

A. İmmünolojik biyobelirteçler

- İntratümöral lenfositik infiltrasyon
- İntratümöral PDL1 ekspresyonu

B. Genetik Biyobelirteçler

- Onkojenik mutasyonlar
- Mutasyon yükü
- DNA MMR-yoksun kanserler

C. C-Virus-ilişkili kanserler

İmmunhistokimya ile PD-L1 değerlendirmesi preanalitik, analitik ve postanalitik süreçleri kapsar. Preanalitik dönemde önemli parametrelerden biri doku örneğinin alındıktan sonra en çok yarım saat içerisinde fikse edilmesi ve 6-48 saat arasında değişen fiksasyon süresidir. Hazır kesitler en çok 3-2 ay içerisinde kullanılmalı, parafine gömülü dokular ise 3 yıl içerisinde çalışılmalıdır. Dekalsifikasyon için kullanılan asitler genellikle immunhistokimya da kötü sonuç verdiği için EDTA tercih edilmelidir. PD-L1 tümör hücrelerinin yanı sıra immün hücrelerce ve endotel hücrelerince ekspres edilebilir. Değerlendirilirken bunlara dikkat edilmelidir. Değerlendirme sürecinde en az 100 tümör hücresi gereklidir. Hem pozitif hem negatif kontroller kullanılmalıdır. Henüz sitolojik materyallerde PD-L1 değerlendirmesi valide olmamakla birlikte devam eden çalışmalar mevcuttur. PD-L1 değerlendirmesi sırasında ekspresyonun heterojen olabildiği bilinmeli tüm alanlar dikkate alınarak ortalama skor hesaplanmalıdır. Yapılan çalışmalarda PD-L1 skorlamasında patologlar arası uyum kabul edilebilir düzeyde iyidir. Aşağıda değişik firmalara ait ticari testler sıralanmıştır (Tablo 1). Dako 22C3 antikoru FDA tarafından nonsmall cell akciğer kanserinde immunoterapi için kullanılması zorunlu test olarak belirlenmiştir. Dako 28-8 ve Ventana SP142 ise yapılması zorunlu olmayan, tavsiye edilen testlerdir. Tablo 1 de mevcut olan testler ticari testler olup, validasyonu sağlanmış ancak pahalı testlerdir.

Ayrıca laboratuvar da geliştirilmiş testler mevcut olup, kıyasla çok daha ucuz maliyetlidir. Ancak yapılan çalışmalarda bunların ancak % 50 sinin teknik yeterliliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Bunlar arasında literatürde birçok validasyon çalışmasında onay almış olan antikör ise Cell Signaling E1L3N dir. Ticari antikörlerden Ventana SP142 ise tümör hücrelerinde diğerlerine göre zayıf ekspresyonu nedeniyle Harmonizasyon çalışmaları sonucunda teknik olarak sıkıntılı olduğu gösterilmiştir.

"Karar verdirici" test- "Yardımcı" test

Table 1. Five-Assay Comparison*

Assay Antibody PD-L1 Clone	Staining Platform	Immunotherapy Drug	Clinical Cut-off(s) for PD-L1 Expression	FDA Designation
28-8	Dako Link 48	Nivolumab (Bristol-Myers Squibb)	≥ 1%, ≥ 5%	Complementary device
22C3	Dako Link 48	Pembrolizumab (Merck)	≥ 1%, ≥ 50%	Companion device
SP142	Ventana Benchmark or Ultra	Atezolizumab (Genentech/Roche)	Tumor cells ≥ 1%, ≥ 5%, ≥ 50% Immune cells ≥ 1%, ≥ 5%, ≥ 10% by area	Complementary device
SP263	Ventana Benchmark or Ultra	Durvalumab (AstraZeneca/MedImmune)	≥ 25%	No designation
73-10	Dako Link 48	Avelumab (Pfizer/Merck Serono)	≥ 1%, ≥ 50%, ≥ 80%	In development



KAYNAKLAR:

1. Toapalian SL, Taube JM, Anders RA, Pardoll DM, Mechanism-driven biomarkers to guide immune checkpoint blockade in cancer therapy. Nat Rev Cancer 2016;16:275-287.
2. Stoy SP, Rosen L, Mueller J, Murgu S, Programmed death-ligand 1 testing of lung cancer cytology specimens obtained with bronchoscopy. Cancer 2017 Oct 20
3. Brundtrom H, Johansson A, Westborn-Fremer S et al, Pd-L1 immunohistochemistry in clinical diagnostics of lung cancer: interpathologist variability is higher than assay variability. Mod Pathol 2017 30:1411-1421.
4. Parra ER, Villalobos P, Mino B, Rodriguez-Canales J, Comparison of different clones for immunohistochemistry detection of programmed cell death ligand 1 (PD-L1) on non-small cell lung carcinoma. Appl Immunohistochem Mol Morphol 2017 Jul 17.

SARKOM TEDAVİSİNDE SON BİRKAÇ YILDA ONKOLOJİ UYGULAMALARIMIZI DEĞİŞTİREN GELİŞMELER

OKAN KUZHAN

ACIBADEM HASTANESİ, İSTANBUL

Sarkomlar mezenşimal kökenli kanserlerdir; kas, kemik, yağ dokusu, kıkırdak, bağ dokusu ve kemik gibi birçok dokudan kaynaklanabilirler. Yetmiş üzerinde alt tipi tanımlanmıştır. Bu türlerinin histolojik özellikleri, moleküler biyolojisi, klinik özellikleri ve tedavi yanıtları birbirinden çok farklıdır ve tedavileri çok güçtür. Bu yazıda metastazlı sarkomlarda son birkaç yılda günlük uygulamalarımızı değiştiren gelişmeler özetlenecektir.

Metastazlı sarkomlarda birinci hat tedavi:

30 yılı aşkın süredir, metastazlı sarkomlarda temel tedavi doksorubisindir. Günlük uygulamalarımızda genellikle ifosfamid ile birlikte kullanılsa da var olan verilere göre bu yaklaşım toplam sağ kalma kazanımı (avantajı) sağlamamaktadır¹. Neoadjuvan tedavi, semptomları ağır hastalar gibi hızlı yanıt gerektiren durumlar dışında kullanılması çok akılcı görünmemektedir.

Eldeki geriye dönük (retrospektif) veriler, leimiyosarkomlarda doksorubisin dakarbazinin ile birlikte birinci sıra tedavide yer alması gerektiğini göstermektedir².

Aldoksorubisin ve amrubisin çalışmaları devam etmektedir ancak ilk veriler, hala doksorubisinden daha üstün olduklarını göstermemiştir.

Gemsitabin ve dosataksel tertibinin (kombinasyonunun) birinci hattan sonra aktif olduğu gösterilmiştir, ancak toksisitesi nedeniyle birinci hatta kullanılması önerilmemektedir³.

Sarkomlarda birinci sıra tedavide en önemli haber, faz II bir çalışmaya dayanarak, bir monoklonal antikor olan olaratumaba verilen hızlı FDA onayıdır. Olaratumabın doksorubisine eklenmesi toplam sağ kalmada belirgin bir kazanım sağlamıştır⁴. Ancak bu çalışmada toplam sağ kalmada 11.8 ay, hastalısız sağ kalmada 2.5 ay olan kazanım, kafaları karıştırmıştır. Bu çalışmanın doğrulamasını yapmak için tasarlanan ANNOUNCE çalışması, hasta alımına başlamıştır. Ülkemizin ekonomik koşulları göz önüne alındığında, kesin bir karar vermeden önce,

bu çalışmanın sonuçlarını beklemek daha doğru olacaktır. Dermatofibrosarkoma protuberans ve soliter fibröz histiyositomda birinci sıra tedavide imatinibin etkin olduğu görülmektedir^{6 7}. Ülkemizde bu iki tanıda Sağlık Bakanlığına endikasyon dışı ilaç başvurusu yaparak hastalara imatinib vermek mümkündür.

Sarkomlarda ikinci sıra tedaviler

Gemsitabin özellikle leimiyosarkomda, anjiyosarkomda ve plomorfik sarkomda olmak üzere birinci hatta başarısız olunan yumuşak doku sarkomlarında etkindir⁸. Gemsitabinin, vinorelbin veya dakarbazinle birlikte kullanılmasını önermeden önce^{9 10}, ikili tedavilerin toksisiteleri nedeniyle, mevcut faz II verilerin faz III çalışmalarda doğrulanmasını beklemek uygun olacaktır. Propanolol, tek başına veya bir metronomik kemoterapi ile birlikte anjiyosarkomda etkili bir tedavi yöntemi olabilir^{11 12}.

İlerlemiş leimiyosarkom ve liposarkom olgularında erubulin, dakarbazin ile karşılaştırılmış ve liposarkom alt grubunda erubulin alanlarda (15.6 vs 8.4 ay, p=0.0169, hazard ratio, 0.51; 95% CI, 0.35 - 0.75; P < .001) toplam sağ kalma üstünlüğü gösterilmiştir^{13 14}. Bu çalışmaya dayanarak 2016 yılında FDA, ilerlemiş liposarkoma olgularında doksorubisin sonrasında erubulinin kullanımını onaylamıştır.

Başta leimiyosarkoma, liposarkoma ve sinoviyal sarkoma olmak üzere tüm sarkoma türleri trabektedine iyi cevap vermektedir¹⁵. Trabektedin; ABD, Japonya ve Avrupa'da antrasiklin kullanımından sonra ilerleyen tüm yumuşak doku sarkomlarında kullanım ruhsatı almıştır. Trabektedine, ülkemizde yalnızca leimiyosarkoma ve liposarkomanın ikinci sıra tedavisinde ruhsat verilmiştir.

PALETTE çalışması, lipamatöz sarkomlar dışında kalan sarkomlarda; özellikle leimiyosakomlarda, sinoviyalsarkomda ve vasküler sarkomlarda etkin olduğu görülmektedir^{16 17}. Ancak dikkat edilirse sarkomlarda tirozin kinaz inhibitörleri ile

yapılan çalışmalar faz II çalışmalardır. Bu çalışma sonuçlarına dayanarak, tirzin kinaz inhibitörlerini sarkomlarda ikinci sırada ve sonrasında standart olarak önermek mümkün değildir. Ülkemizde birçok seri tedavi almış ve ilerlemiş, performansı iyi hastalarda son çare olarak bu ilaçların kullanıldığı görülmektedir. Tablo 1'de tirozin kinaz inhibitörlerinin etkili olduğu sarkom türleri görülmektedir.

Tablo1: Sarkom tedavilerine genel bakış

Histoloji	Sitotoksik tedavi	Hedefli tedavi
Leimiyosarkom	Gemsitabin±dosataksel, trabektedin, dakarbazin	Pazopanib
Dedeiferansiye liposarkom	Yüksek doz İfosfamid, trabektedin, erubulin	
Miksoid liposarkom	Trabektedin, eribulin	
Sinaoviyal sarkom	İfosfamid, trabektedin	Pazopanib
Epiteloid sarkom	Gemsitabin	Pazopanib
Anjiyosarkom	Gemsitabin, paklitaksel	Pazopanib, sorafenib
Alveoler soft part sarkoma		Pazopanib, sunitinib, sediranib
Soliter fibröz tümör	Dakarbazin	Pazopanib, sunitinib
Berrak hücreli karsinom		Pazopanib, sunitinib
İskelet dışı miksoid kondrosarkom		Pazopanib, sunitinib
Perivasküler epiteloid hücreli tümör	Gemsitabin	M-TOR inhibitörleri
İnflamatuar miyofibroblastik tümör		Krizotinib
Andiferansiye pleomorfik sarkom	Yüksek doz ifosfamid, gemsitabin	
Dermatofibrosarkoma protuberans		İmatinib, sorafenib, sunitinib
Epiteloid hemanjiyoendotelyoma		Pazopanib, m-TOR inhibitörleri, interferon

Çalışma	Hasta örnekleme	Çalışma fazı ve durumu	Kullanılan ilaç ve dozu
Mackall ve ark ¹⁸	Sinoviyal sarkoma	I/II, sürüyor	NY-CSO-1c259 SPEAR T hücreler Siklofosfamid 4 değişik dozda
Italiano ve ark ¹⁹	Leimiyosarkom, andif. iposarkom, osteosarkom ve diğerleri	II, tamamlandı	Pemrolizumab 200mg/m ² Oral siklofosfamid
Burgess ve ark ²⁰	Tüm sarkom türleri	II, tamamlandı	Pemrolizumab 200mg/m ²
Pauluzi ve ark ²¹	Tüm sarkom türleri	Geriye dönük çalışma	Nivolumab 3mg/kg Nivolumab+ pazopanib
George ve ark	Leimiyosarkom	II	Nivolumab 3 mg/kg

SONUÇ

Metastatik yumuşak doku sarkomlarında standart tedavi hala doksorubisindir. Hızlı yanıt gereken durumlarda ifosfamid ile birlikte kullanılabilir. Olaratumab ve dososrubisin tertibini standart tedavi yöntemi olarak önermeden önce yürüyen faz III

Sarkomlarda İmmünoterapi

Tablo 2'de sarkomlarda yürütülen immünoterapi çalışmalarının özeti görülmektedir. Çalışmalarda tek tük tam yanıtlar bildirilse de, faz II çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir kazanım sağlanamamıştır.

çalışmaların sonuçlarını beklemek gereklidir.

Son yıllarda diğer birçok solid tümörde hedefli tedavilerin, immünoterapilerin elde ettiği başarının sarkomlarda ne yazık ki sağlanamadığını görüyoruz. Bu başarısızlığın bir nedeni diğer solid tümörlere göre sarkoma insidansının daha düşük olma-

si ve sarkomları alt gruplara ayırarak çalışmalar düzenlemek gerektiği için bu sayının daha da azalmasıdır. Hasta sayısının az olması, çalışmalarını tasarlanmasını güçleştirmekte ve süresini uzatmaktadır. Bu nedenle hekimler, faz III çalışma sonuçları gelmeden faz II çalışmalara ve olgu serilerine göre tedavilerini belirleyebilmektedir. Bu yaklaşım, bazen hastalarda çok uzun süreli remisyonlar sağlayabilmektedir. Miyofibroblastik tümörlerde krizotinib ile görülen uzun süreli tam cevaplar buna örnek olarak gösterilebilir. Ancak çoğu vaka bu kadar şanslı değildir.

Özetle, kanser tedavilerinin maliyeti ve gelir düzeyi ne olursa olsun tüm hastaların bu tedavilere ulaşabilmesi konusu, hastaların ve onları tedavi eden sağlıkçıların en önemli sorunlarından biridir. Ülkemizde az görülen sarkomlarda faz I ve II çalışma sonuçlarına göre planlanan tedavilerin klinik çalışmalara dahil edilememesi, en azından verilerin geriye dönük toparlanamaması başka bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Judson I et al. Doxorubicin alone versus intensified doxorubicin plus ifosfamide for first-line treatment of advanced or metastatic soft-tissue sarcoma: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014 Apr;15(4):415-23. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70063-4. Epub 2014 Mar 5.
2. Lorigan P et al. Phase III trial of two investigational schedules of ifosfamide compared with standard-dose doxorubicin in advanced or metastatic soft tissue sarcoma: a European Organisation for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group Study. *J Clin Oncol.* 2007 Jul 20;25(21):3144-50.
3. Seddon B, et al. Gemcitabine and docetaxel versus doxorubicin as first-line treatment in previously untreated advanced unresectable or metastatic soft-tissue sarcomas (GeDDiS): a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017 Oct;18(10):1397-1410. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30622-8. Epub 2017 Sep 4.
4. Tap et al. Olaratumab and doxorubicin versus doxorubicin alone for treatment of soft-tissue sarcoma: an open-label phase 1b and randomised phase 2 trial. *Lancet.* 2016 Jul 30;388(10043):488-97. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30587-6. Epub 2016 Jun 9.
5. Rutkowski et al. Imatinib mesylate in advanced dermatofibrosarcoma protuberans: pooled analysis of two phase II clinical trials. *J Clin Oncol.* 2010 Apr 1;28(10):1772-9.
6. Stacchiotti et al. Efficacy and Biological Activity of Imatinib in Metastatic Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP). *Clin Cancer Res.* 2016 Feb 15;22(4):837-46
7. Stacchiotti et al. Gemcitabine in advanced angiosarcoma: a retrospective case series analysis from the Italian Rare Cancer Network. *Ann Oncol.* 2012 Feb;23(2):501-8.
8. Dileo P et al. Gemcitabine and vinorelbine combination chemotherapy for patients with advanced soft tissue sarcomas: results of a phase II trial. *Cancer.* 2007 May 1;109(9):1863-9.
9. Garcia-del-Muro et al. Randomized phase II study comparing gemcitabine plus dacarbazine versus dacarbazine alone in patients with previously treated soft tissue sarcoma: a Spanish Group for Research on Sarcomas study. *Clin Oncol.* 2011 Jun 20;29(18):2528-33.
10. Banavalli et al. Effective Management of Advanced Angiosarcoma by the Synergistic Combination of Propranolol and Vinblastine-based Metronomic Chemotherapy: A Bench to Bedside Study. *EBioMedicine.* 2016 Apr;6:87-95.
11. Chow et al. Growth Attenuation of Cutaneous Angiosarcoma With Propranolol-Mediated β -Blockade. *JAMA Dermatol.* 2015 Nov;151(11):1226-9.
12. Schoffski et al. Eribulin versus dacarbazine in previously treated patients with advanced liposarcoma or leiomyosarcoma: a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet.* 2016 Apr 16;387(10028):1629-37.
13. Demetri GD et al. Activity of Eribulin in Patients With Advanced Liposarcoma Demonstrated in a Subgroup Analysis From a Randomized Phase III Study of Eribulin Versus Dacarbazine. *J Clin Oncol.* 2017 Oct 20;35(30):3433-3439.
14. Buonadonna A et al. A noninterventional, multicenter, prospective phase IV study of trabectedin in patients with advanced soft tissue sarcoma. *Anticancer Drugs.* 2017 Nov;28(10):1157-1165.
15. Nakano K et al. Differences in the responses to pazopanib and the prognoses of soft tissue sarcomas by their histological eligibility for the PALETTE study. *Jpn J Clin Oncol.* 2015 May;45(5):449-55.
16. Van der Graaf WT et al. Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALETTE): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2012 May 19;379(9829):1879-86.
17. Mackall et al. Open label non-randomized multi-cohort pilot study of genetically engineered NY-ESO specific NY-ESO-1c259 SPEAR T cellTM in HLA-A2+ patients with synovial sarcoma (NCT01343043). *Ann Oncol* 2016;27 (Suppl-6)1057P.
18. Toullmonde M et al. Use of PD-1 Targeting, Macrophage Infiltration, and IDO Pathway Activation in Sarcomas: A Phase 2 Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2018 Jan 1;4(1):93-97.
19. Tawbi HAH et al. Pembrolizumab in advanced soft-tissue sarcoma and bone sarcoma (SARC028): a multicentre, two-cohort, single-arm, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2017 Nov;18(11):1493-1501.
20. Paoluzzi L et al. Response to anti-PD1 therapy with nivolumab in metastatic sarcomas. *Clin Sarcoma Res.* 2016 Dec 30;6:24.

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE GELİŞMELER

HASAN ÜSTÜN

ACIBADEM HASTANESİ, ESKİŞEHİR

OVER KANSERİ:

1. Over kanserinin önlenmesi:

Over kanserinde risk faktörleri yaş, aile öyküsü, BRCA1 ve BRCA2 taşıyıcılığıdır. Bir kadında ovulasyon ne kadar fazla ise over kanseri gelişme riskinin artacağı kabul edilir. Çalışmalar bir kadında menstrüasyon düzensizliği ile over kanseri görülme riskinin arttığını göstermiştir. Fazla doğum yapan kadınlarda hiç doğum yapmamış kadınlara göre berrak ve seröz hücreli over kanserleri daha az görülür. Menopoz yaşı, endometriyozis ve tubaların bağlanması berrak ve endometrioid over kanserleri ile ilişkilidir. Postmenopozal hormon kullanımı seröz ve endometrioid over kanserlerinin riskini artırırken, musinöz ve berrak hücreli over kanserlerinin riskini artırmamaktadır.

Şimdiye kadar over kanserinin önlenmesine yönelik bir yol bulunamamıştır. BRCA1 ve BRCA2 taşıyıcılarında over kanseri gelişme riski yüksektir. Bu kişilerde overlerin alınması over kanserine bağlı ölümleri azaltırken osteoporozla bağlı komplikasyonların artmasına yol açar. BRCA1 taşıyıcılarında uterus seröz karsinomu gelişme riski fazladır ve overler alınırken histerektomi de düşünülebilir.

2. Kemoterapi:

Kemoterapi sonrası Platinsiz sürenin uzunluğu daha uzun yaşam süresi ile ilişkilidir. Bu bilgiye göre yapılan çalışmada tekrarlayan over kanserinde bir gruba platin olmayan ilaçlardan birisi (lipozomal doksorubisin, topotekan, gemitabin), diğer gruba da platin içeren (karboplatin/paklitaksel, karboplatin/gemitabin) ilaçlar verilmiştir. Medyan yaşam süresi platin içeren grupta daha uzun (24.5 ay/ 21.8 ay) bulunmuştur. Tekrarlayan over kanserinde platin içeren ilaç rejimleri kullanılmalıdır.

GOG262 çalışmasında Paklitaksel-Karboplatin haftada bir verilmesinin 3 haftada bir verilmesine göre hastalıksız yaşam süresi açısından üstünlüğü gösterilememiştir (14.7 ay/14 ay).

Medyan yaşam süresi Evre IIIc ve IV over kanserli hastalarda primer sitoreduktif cerrahi neoadjuvan kemoterapiye göre üstün bulunmuştur. Neoadjuvan gruptaki hastaların performanslarının düşük olması bu sonuca sebep olabileceği belirtilmiştir.

JGOG3017 çalışmasında over berrak hücreli kanserinde Irinotekan- Cisplatin ile Paklitaksel-Karboplatin 2 yıllık hastalıksız yaşam süreleri benzer bulunmuştur (%73.0/%77.6).

3. Over Kanserinde Hedef Tedavi:

Bevasizumab hastalıksız sağ kalımı birkaç ay uzatabilmektedir. Bevasizumab cerrahisi yeterli yapılmamış Evre III over kanserinde yaşam süresini uzatmazken, Evre IV over kanserinde 1. sırada Kemoterapiye Bevasizumab eklenmesi daha faydalı görünmektedir. Düşük derceli seröz over kanserinde Bevasizumab ile %55 yanıt alınırken, kemoterapiyle %5 yanıt alınmıştır.

Yeniden damarlanma, akut hipoksi ve kemik iliğinden yeni hücrelerin olaya katılması Bevasizumab etkinliğini azaltmaktadır. Tümör biyolojisi anlaşıldıkça tedaviye karşı gelişen mekanizmalara yönelik yeni tedavi yöntemleri de geliştirilebilecektir.

Olaparib (PARP inhibitörü) germline BRCA mutasyonu olan over kanserli hastalarda etkindir ve bu mutasyon hastaların %10-15'inde bulunmaktadır. Niraparib oldukça yüksek seçicilikli PARP1/2 inhibitörü olup platin duyarlı tekrarlayan over kanserinde germline BRCA mutasyonundan bağımsız hastalıksız sağkalım sürelerini uzatmıştır. Medyan hastalıksız sağkalım süreleri Niraparib plaseboyla karşılaştırıldığında Germline BRCA mutasyonlularda (21.0 ay/5.5 ay), Germline BRCA mutasyonu olmayanlarda (9.3 ay/3.9 ay) olarak bulunmuştur.

SERVİKS KANSERİ:

1. Human Papilloma Virus (HPV) aşılması 2007'den beri kullanılmaktadır. Yaşları 15-19 ve 19-24 olan kadınlarda HPV aşılmasıyla Servikal Intraepitelyal Neoplazi (CIN) riski azalmıştır. Yaşları 25 üzerinde olan kadınlarda HPV aşılma-

masıyla da CIN riskinin azaldığı görülmüştür.

2. Lokal ileri serviks kanserinde (Evre IB2-IVB) standart tedavi kemoradyoterapi eksternal radyoterapi ile haftada bir Cisplatin ve sonrasında brakiterapidir. Brakiterapi özellikle cerrahi şansı olmayan hastalar için daha önemlidir. Brakiterapi alan hastalarda yaşam süresi daha uzun olarak bulunmuştur. Haftada bir Cisplatin kemoerapi özelliğinden çok radyoterapi duyarlılığını artırmak için kullanılmaktadır.

UTERUS KANSERİ

1. Uterus kanserinde cerrahi:

Uterus kanserinde laparoskopik cerrahi ile laparotomi arasında hastalığın tekrarlaması açısından fark görülmemiştir. Evre I-III uterus kanserli 65 yaş üzeri kadınlarda robotla yapılan cerrahilerde abdominal histerektomilere göre daha az komplikasyon olduğu görülmüştür. Ancak hastaların yaşam süreleri arasında fark görülmemiştir.

Endometriyum kanserinde tanıdan sonra 6 hafta içinde yapılması ile bu süreden daha uzun sürede yapılmasını karşılaştıran çalışmalar yapılmıştır. Sonuç olarak 6 haftadan daha uzun süre bekleyip opere edilen hastalarda yaşam süresini daha kısa olduğu rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada düşük riskli grupta tanıdan sonraki 8 hafta içerisinde opere edilmesi 5 yıllık sağkalmı artırırken, yüksek riskli grupta fark saptanmamıştır.

2. **Endometriyum kanserinde genetik risk:** Endometriyum kanseri için 5 gen bölgesi tespit edilmiştir. Bunlar 13q22.1, 6q22.31, 8q24.21, 15q15.1, 14q32.33'tür.
3. **Uterus kanserinde Radyoterapi:** Endometriyum kanserinde yüksek risk faktörleri: Evre I Grade 3 endometriyum kanserinde derin kas invazyonu veya lenfovasküler invazyon varsa, Evre II ve III over kanserleri, endometrioid kanser dışında bir histopatolojik tiptir. Yüksek risk faktörlü hastalarda uzak metastaz daha fazla görülür ve yaşam süreleri daha kısadır. Bu hasta gruplarında eksternal radyoterapi Cisplatin veya Paklitaksel-Karboplatin eşliğinde verilmektedir. Paklitaksel-Karboplatin tedavisi alan hastalarda nöropati daha fazla görülmektedir.
4. Görüntü kılavuzlu brakiterapi ile 3 yıllık hastalık kontrolü daha iyi bulunmuştur.

İMMUNOTERAPİ:

Over kanseri hücrelerindeki Folikül Stimüle edici Hormon Re-septörlerine yönlendirilmiş T-hücreleri tedavi seçeneği olarak seçilmiş ve çalışmalar devam etmektedir.

Axalimogene filolisbac (ADXS11-001) canlılığı zayıflatılmış *Listeria monositojen* olup HPV-transforme edilmiş serviks kanseri hücrelerine yönelik immunoterapi çalışmaları devam etmektedir.

Pembrolizumab immün kontrol noktası inhibitörü olup Programlanmış Hücre Ölümü-1 (PD-1) ve tümör üzerinde olan bağ-

ları (PDL-1) ile olan inhibitör etkileşimi bloke eder. Kemoterapi sonrası ilerlemiş endometriyum kanserinde Pembrolizumab etkili ve güvenli bulunmuştur. Serviks kanserinde de Pembrolizumab ile çalışmalar devam etmektedir.

GENETİK TESTLER:

Gen mutasyonları tetkik edilerek ilaçların tedavi edici sonuçları tahmin edilebilmekte ve buna göre hastalara daha uygun tedaviler verilebilmektedir. Günümüzde kişilere özel tedaviler seçilmeye çalışılırken, yakın gelecekte genetik mutasyonlar tespit edilerek bunlara yönelik tedavi verilebilecek ve tedavi sonuçları çok daha başarılı olacaktır.

REFERANSLAR:

1. Suh DH, Kim M, Kim K, Kim HJ, Lee KH, Kim JW. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2016: 10-year special edition. *J Gynecol Oncol.* 2017; 28(3):1-25.
2. Finch AP, Lubinski J, Møller P, Singer CF, Karlan B, Senter L, et al. Impact of oophorectomy on cancer incidence and mortality in women with a **BRCA1** or **BRCA2** mutation. *J Clin Oncol.* 2014;32:1547-1553.
3. Pignata S, Scambia G, Raspagliesi F, Murgia V, Pisano C, Salutati V, et al. The MITO8 phase III international multicenter randomized study testing the effect on survival of prolonging platinum-free interval (PFI) in patients with ovarian cancer (OC) recurring between 6 and 12 months after previous platinum-based chemotherapy: a collaboration of MITO, MANGO, AGO, BGOG, ENGOT, and GCIG. *J Clin Oncol.* 2016;34(suppl):abstr 5505.
4. Chan JK, Brady MF, Monk BJ. Weekly vs. every-3-week paclitaxel for ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2016;374:2603-2604.
5. Katsumata N, Yasuda M, Isonishi S, Takahashi F, Michimae H, Kimura E, et al. Long-term results of dose-dense paclitaxel and carboplatin versus conventional paclitaxel and carboplatin for treatment of advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer (JGOG 3016): a randomised, controlled, open-label trial. *Lancet Oncol.* 2013;14:1020-1026.
6. Durham DP, Ndeffo-Mbah ML, Skrip LA, Jones FK, Bauch CT, Galvani AP. National- and state-level impact and cost-effectiveness of nonavalent HPV vaccination in the United States. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2016;113:5107-5112.
7. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Recurrence and survival after random assignment to laparoscopy versus laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study. *J Clin Oncol.* 2012;30:695-700.
8. Strohl AE, Feinglass JM, Shahabi S, Simon MA. Surgical wait time: a new health indicator in women with endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2016;141:511-515.

9. de Boer SM, Powell ME, Mileskin L, Katsaros D, Bessette P, Haie-Meder C, et al. Toxicity and quality of life after adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): an open-label, multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016;17:1114–1126.
10. Nout RA, Smit VT, Putter H, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, Lutgens LC, et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. *Lancet.* 2010;375:816–823.
11. Han S, Latchoumanin O, Wu G, Zhou G, Hebbard L, George J, et al. Recent clinical trials utilizing chimeric antigen receptor T cells therapies against solid tumors. *Cancer Lett.* 2017;390:188–200.
12. Perales-Puchalt A, Svoronos N, Rutkowski MR, Allegrezza MJ, Tesone AJ, Payne KK, et al. Follicle-stimulating hormone receptor is expressed by most ovarian cancer subtypes and is a safe and effective immunotherapeutic target. *Clin Cancer Res.* 2017;23:441–453.
13. Ott PA, Bang YJ, Berton-Rigaud D, Elez E, Pishvaian MJ, Rugo HS, et al. Pembrolizumab in advanced endometrial cancer: preliminary results from the phase Ib KEYNOTE-028 study. *J Clin Oncol.* 2016;34(suppl):abstr 5581.
14. Howitt BE, Sun HH, Roemer MG, Kelley A, Chapuy B, Aviki E, et al. Genetic basis for PD-L1 expression in squamous cell carcinomas of the cervix and vulva. *JAMA Oncol.* 2016;2:518–522.
15. Tannock IF, Hickman JA. Limits to personalized cancer medicine. *N Engl J Med.* 2016;375:1289–1294.
16. Burger RA, Brady MF, Bookman MA, Fleming GF, Monk BJ, Huang H, et al. Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2011;365:2473–2483.
17. Perren TJ, Swart AM, Pfisterer J, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, et al. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2011;365:2484–2496.
18. Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, Judson PL, Teneriello MG, Husain A, et al. OCEANS: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30:2039–2045.
19. Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, Reuss A, Poveda A, Kristensen G, et al. Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: the AURELIA open-label randomized phase III trial. *J Clin Oncol.* 2014;32:1302–1308.
20. Murakami R, Matsumura N, Brown JB, Wang Z, Yamaguchi K, Abiko K, et al. Prediction of taxane and platinum sensitivity in ovarian cancer based on gene expression profiles. *Gynecol Oncol.* 2016;141:49–56.
21. Frimer M, Levano KS, Rodriguez-Gabin A, Wang Y, Goldberg GL, Horwitz SB, et al. Germline mutations of the DNA repair pathways in uterine serous carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2016;141:101–107.
22. Kyrgiou M, Pouliakis A, Panayiotides JG, Margari N, Bountaris P, Valasoulis G, et al. Personalised management of women with cervical abnormalities using a clinical decision support scoring system. *Gynecol Oncol.* 2016;141:29–35.
23. Patel JM, Knopf J, Reiner E, Bossuyt V, Epstein L, DiGiovanna M, et al. Mutation based treatment recommendations from next generation sequencing data: a comparison of web tools. *Oncotarget.* 2016;7:22064–22076.

ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

KADRIYE SANCI

Onkoloji hemşireleri Tedavileri uygulayan, yan etkilerini takip eden ve yan etkilerle baş etmesinde hasta ve ailesini bilgilendirerek ve destek olarak güçlü kılmaya çalışan hemşirelerin alanında uzman ve deneyimli olmaları, tedavilerin hata olmadan uygulanmasını, yan etkilerin daha iyi kontrol altına alınmasını ve hastaların yan etkiler ile baş etmesinde güçlü kılınmasında önemli bir faktördür.

Hemşirelerin uzmanlığı ve deneyimi aynı zamanda kanser tedavisinde kullanılan ilaçların uygulanması, yüksek risk taşıyan uygulamalar olduğundan, hasta ve çalışan güvenliği açısından önemlidir.

Ülkemizde, kemoterapi tedavilerinin uygulanacağı uygun ve yeterli sayıda onkoloji-hematolojik onkoloji servisi olmaması nedeniyle bu merkezlerde çok fazla hasta olmasına; yoğun bir bölüm olan bu kliniklerin iş yükünün çok fazla olması nedeniyle hemşirelerin hastalarına yeterli zaman ayıramamasına, etkili ve verimli çalışmamasına, çalışanlarda psikolojik travmaların yaşanmasına, ekonomik olarak ayrıcalık gözetilmemesi onkoloji kliniklerinin hemşireler tarafından tercih edilmeyen bir bölüm haline gelmesine sebep olmaktadır.

Onkoloji-hematolojik onkoloji klinikleri ve hemşireliğinin aynı diyaliz merkezleri ve hemşireliği gibi ayrı bir dal olarak ele alınması, bunun için gerekli alt yapısının oluşturulması, onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin sertifikasyon programları ile desteklenmesi, sertifika programlarının bu ünitelerde çalıştırılmak için aranılan özelliklerden olması, ekonomik farklılıklarının olması ve gerekli mevzuat çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Hasta güvenliğini sağlamak ve hastalara verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşlarının yerine getireceği sorumlulukların yanı sıra, bu kuruluşlarda çalışanlar alması gereken önlemler gözden geçirilmeli bu önlemlerin uygulanması

için kurum ve çalışanlar gereken hassasiyeti göstermelidir.

Bütün alanlarda olduğu gibi kanser hastalarına hizmet veren onkoloji hemşireleri de hasta ve çalışan güvenliğini sağlayarak, kanıta dayalı, hasta odaklı, zamanında ve kolay ulaşılabilir, etkili ve verimli, eşit şekilde sağlık hizmeti vermelidir.

Kanser tedavisi disiplinler arası yaklaşım ve işbirliğinde yetersizlik, hızlı teknolojik gelişmeye uyumda yetersizlik, teorik bilginin hızlı değişimine uyumda yetersizlik onkoloji alanında oluşabilecek hataların en önemli risk faktörleri olarak görülmektedir.

Onkoloji hemşirelerinin yaşadığı sorunlar:

Bilgisizlik ve deneyimsizlik, iletişim eksikliği, fiziki yorgunluk, motivasyon eksikliği, tıbbi cihaz ve çevresel faktörler, eğitim ile ilgili faktörler (Özdilek 2006).

Bilgisizlik ve Deneyimsizlik: Tıp ve teknolojinin gelişmesiyle beraber risk içeren yeni uygulamalar yapılmaya başlanmakta ve ilk kez uygulanan tedaviler ve işlemler sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. (İnal2004)

İletişim ve Dökümantasyon Eksikliği: İletişim ve dökümantasyon profesyonel uygulamanın temel taşlarıdır. Risk yönetimi aracı olarak iletişimin ve kayıtların değeri kelimelerle anlatılamaz. Hastaya yoğunluktan yeterince zaman ayrılması, hastaya tedavisi dışında zaman ayrılması, yanlış değerlendirmelere ve önemli konuların atlanmasına neden olmaktadır (Karadağ ve Taşçı 2005, http://www.erganidh.gov.tr/dosyalar/hasta_hemshire_iletisimi Erişim tarihi: 25.03.2008).

Fiziki Yorgunluk: Çalışma saatlerinin uzun olması, bir hemşirenin bakım vermekle yükümlü olduğu hasta sayısının fazla olması, onkoloji kliniklerinin yoğun tempolu klinikler olması, terminal dönemdeki hastaların yoğun bakım yerine onkoloji kliniklerinde takip edilmesi iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu

da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır (<http://www.ebto.org.tr> Erişim tarihi: 25.03.2008) .

Motivasyon Eksikliği: Görev tanımlarının yetersizliği, iş arkadaşları ve yönetici ilişkilerinde sorunlar, terfi olanaklarının olmaması, düşük ücret gibi bazı faktörler motivasyonu ve iş doyumunu olumsuz etkilemekte, böylece hata riski artmaktadır

Tıbbi Cihazlara Bağlı Faktörler: Klinikte kullanılan cihazlar, kullanım amaçlarına uygun olarak kullanıldığı, hemşirelerin ve hastaların klinik durumunu veya güvenliğini, kullanıcıların veya gerektiğinde diğer şahısların sağlığını veya güvenliğini tehlikeye düşürmeyecek şekilde tasarlanmalı ve üretilmelidir. Cihazların kullanımları ile ilgili riskler, hastaya olan faydaları ile kıyaslandığında kabul edilebilir olmalı ve sağlık ve güvenliğin yüksek düzeyde korunmasını sağlamalıdır (<http://www.saglikvemevzuat.com/tcihaz.html> Erişim tarihi: 25.03.2008) .

Eğitim ile İlgili Faktörler: Hemşirelerin yeterli altyapısı olmayan bazı okullardan, gerekli klinik deneyime sahip olmadan mezun olması ve çalışmaya başlaması, etik ve deontoloji derslerine gereken önemin verilmemesi hasta haklarının bilerek veya bilmeyerek ihlal edilmesine zemin hazırlamaktadır (Karlıkaya, Karlıkaya, Kılıçlı ve Hatipolu 2000).

Onkoloji alanında eğitim almamış hemşireler kliniklerde bilgi ve becerilerini geliştirmek zorunda bırakılmaktadır.

Etik ikilemde kalınması ; hasta bilgilendirme konusunda sistem ve kurum politikasına, hekim hemşire iletişimine ve hasta bakımına ilişkin ikilem yaşadıkları görülmektedir. Kurumun etik politikası ve kurumun fiziksel ve sosyal alt yapı koşulları hemşirelerin etik karar verme sürecini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda hemşireler malzeme ve personel eksikliği ve hastane masrafları, görev tanımlarındaki belirsizlik gibi kurumdaki ve sistemden kaynaklanan nedenlerle etik ikilem yaşadıklarını belirtmişlerdir

(Karaöz 2000, Kuuppelomaki and Sirkka 1998, Tang et al. 2007, Raines 2000).

Bunların yanı sıra hemşirelerin doktor istemi, hasta ve ailesine tanı, tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmemesi, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirsizliği, hastaya yanlış ilaç uygulanması, hastanın bağımsızlığına önem verilmemesi, hasta üzerinde izinsiz araştırma yürütülmesi gibi konularda da etik sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. Erdemir ve arkadaşları (2001) Hemşirelerin en çok karşılaştıkları etik ikilemler "Hastanede kullanılan malzemelerin teminine ilişkin etik ikilemler " olarak saptanmıştır.

Özellikli ve riskli birim kabul edilmesi; Performansa dayalı ek ödeme uygulamaları ve bu ek ödemelerin çalışanlar arasında adaletli bir şekilde paylaşılmaması, tüm sağlık çalışanlarında

olduğu gibi hemşirelerin iş motivasyonunu bozan en temel faktördür. Disiplinler arası ekip çalışması gerektiren kanser tedavisinde, hemşirenin donanım, birikim ve deneyimi tedavinin başarısı ve hasta güvenliği yönünden son derece önemlidir. Ancak bu alanda çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunlar hala aşılanmadığından bu kliniklerde çalışmak istemeyip, ücreti daha uygun olan ve kanser hastasına göre daha az sorun yaşanan kliniklerde çalışmayı tercih etmektedirler. Onkoloji hemşirelerin özel dal kapsamında kabul edilip, döner sermayelerinin artırılmasının bu alandan ayrılmaları önleyeceğine ya da azaltacağına ve hemşirelerin daha istekli çalışmalarını sağlayacaktır. Kanser hastası ile çalışan onkoloji hemşirelerinin yaşadıkları zorluklar, döner sermayelerinin yoğun bakım ve hemodiyaliz gibi ünitelerle aynı olmasının gerekçeleri bu alanda çalışan hemşirelerle görüşülerek ve kanıta dayalı çalışmalarda gösterilmiştir.

Planlama: Özellikle Ayaktan kemoterapi ünitelerinde hemşire ve hasta planlamasında belirsizlik yaşanması, Gelişmiş randevu sisteminin olmaması, Hemşirelerin hastalarına yeterli zaman ayıramaması, ilaç protokollerinin belli standartta olmaması alanda sorun olarak görülmektedir.

Hamile kalma ve emzirme: Hamile kalmak isteyen ,hamile olan hemşireler veya emziren hemşireler alanda çalıştırılmaya zorlanmaktadır. Bu konuda güvenli çalışma rehber önerileri uygulanmalıdır.

Mobbing: Amirleri ve iş arkadaşları tarafından hemşirelere mobbing uygulamaları giderek arttığı gözlemlenmektedir. İş yerinde mobbing uygulamaları ile ilgili tanımlamalar ve yasal düzenlemeler daha net hale getirilmeli ve özellikle sağlık hizmetleri ortamındaki mobbing vakaları ile etkili mücadele edilmelidir.

Dinlenme Alanları ve Süreleri: Onkoloji hemşirelerin dinlenme alanlarının çoğu yerde yetersiz olduğu, hatta bazen hiçbir dinlenme alanının olmadığı gözlenmektedir. Çalışma ortamlarında uygun şekilde istirahat alanlarına yer verilmelidir. Belirli periyotlarla işi aksatmayacak şekilde yarım saatlik molalar olmalıdır. Bu konuda resmi düzenlemeler yapılmalıdır.

İş Kazası - Meslek Hastalığı: Tehlikeli ilaçlara maruz kalma meslek iş kazalarını ve meslek hastalıklarına sebep olmaktadır. Özel sektördeki bir sağlık çalışanı, iş ortamında ve işinden dolayı bir hastalık veya kaza yaşadığı durumda, bu durum iş kazası veya meslek hastalığı olarak tanımlanmakta, kamuda çalışan bir sağlık çalışanı ise iş ortamında ve işinden dolayı bir hastalık veya kaza yaşadığında bu hakka sahip olamamaktadır. Kamu çalışanlarına ilişkin meslek hastalığı ve iş kazası uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

İş Sağlığı ve Güvenliği: İş sağlığı ve güvenliği yasası, uygulamada ve yürürlükte olduğu halde Toksik ilaç uygulamaları, psiko-sosyal riskler, tükenmişlik, fiziksel riskler ve şiddet gibi

birçok riskle karşı karşıya olan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına gereken önem verilmemektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ile sağlık çalışanlarının mesleki risklerine dair eğitimler verilmeli ve iş ortamları bu doğrultuda yeniden düzenlenmelidir.

Onkoloji alanları uygulanan ilaçların tehlikeli ilaç kapsamında olması dolayısıyla kurumlar personel risklerini göz önünde tutmalı ,güvenli ekipman sağlanarak sıkı denetim yapılmalıdır.

Etkin Ödüllendirme Sistemi: Sağlık kurumlarında etkin bir ödüllendirme sistemi bulunmamaktadır. Yapılan tüm düzenlemeler, ceza odaklı yapılmaktadır. Çalışanların motivasyonunu artıracak, etkin ve verimli ödüllendirme sistemleri kurgulanmalı ve uygulanmalıdır. Hemşirelerin verimli ve var gücüyle çalışması görmezden gelinmemelidir.

Hemşirelerin sorunlarına çözüm önerileri:(onkoloji hemşirelerinden alınmıştır)

- Kanser hastalarına bakım veren kliniklerin riskli birim sayılması
- Yasalar, yönetmelikler, genelgeler, rehberler ve standartlar uygulanmaya açık olmalıdır.
- Güvenli çalışma ortamının oluşturulması,
- Çalışma saatlerinin düzenlenmesini,
- 1Hemşirenin bakabileceği onkoloji hasta sayısının belirlenmesi
- Randevu sistemini geliştirilmesi
- Protokolların standart hale getirilmesi
- Hizmette ekonomik eşitlik sağlanmasını,
- Görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesini,
- Değer verilmesini,
- Bağımsız görevlerde karar verme yetkisinin olmasını,
- Yeterli istihdamın sağlanması
- Dinlenme alanlarının ve sürelerinin belirlenmesi
- Sürekli eğitimin sağlanmasını,
- Sağlık ekibinde hak ettiği yerde olmasını,
- Sosyal hakların verilmesini,

- Onkoloji hemşireliğinin sertifikasyon programları ile desteklenmesi ve bunun değişik sosyal ve maddi avantajlarla (meslek yıpranma payı, erken emeklilik, iş saatleri düzeni ve döner sermaye katkı paylarının artırılması vb...) özendirilmesi.
- Kemoterapi uygulamaları sonucunda oluşan riskli durumlara maruziyetinin göz ardı edilmemesi ve tüm onkoloji-hematolojik onkoloji ünitelerinin bu konudaki hasta ve çalışan güvenliği konusunda gerekli önlemleri alması için üst yönetim duyarlılık göstermesi ve gerekli tedbirler alınması sağlanmalıdır.
- Hemşireler çalışma alanları konusunda söz sahibi olmalıdır.
- Riskli alanların denetiminin yapılmalıdır.
- Onkoloji hemşireleri bu düzenlemelerle hak ettiği yerde olması alanda çalışan hemşirelerin görüş ve önerileriyle hazırlanmış ve yapılan çalışmalarla desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

1. (ABD, Almanya, Suudi Arabistan, Singapur, Kore) (Schulmeister,Oncology Nursing Forum, September 2004, Volüm 31, Number 5
2. Hizmet Kalite Standartları Ve İlaç Uygulamalarında Hasta Güvenliği Boyutu Songül YORGUN, Zeynep BAYSAL, Serpil ÖZDENER, Sema UMUR,
3. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi
4. http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM//1207/unite_10.pdf
5. Karadağ ve Taşçı 2005; Karadağ, Sertbaş ve Güner 2002; Fadiloğlu 2004
6. Temel Hemşirelik Kavramlar.ilkeler,uygulamalar.2008
7. İlaç hazırlama ve uygulama ilkeleri
8. <http://www.hastaguvenligimiz.com>
9. Kanser Kemoterapi Rehberi ve Uygulamaya Yönelik Öneriler Çev. Gülbeyaz Can
10. Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi (2009) OHD
11. www.onkohem.org.tr

HEMŞİRELİK BAKIMININ KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN YERİ

GÜLSEN KORALAY

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ

Sağlık bilimi ve teknoloji alanında yaşanan hızlı değişimler, artan tanı ve tedavi seçenekleri, sağlık bakım profesyonellerinin nitelik ve niceliği, sağlık bakım hizmeti alanların hizmetten beklentileri ve artan farkındalıkları, sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında rekabeti zorunlu hale getirmiştir. Rekabetin en somut göstergesi olarak da sağlık hizmetlerinde kalite kavramı önem kazanmıştır (Kayral, 2017, Ekici, 2013a).

Literatürde sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte bazı tanımların öne çıktığını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinde kalite üzerine çalışmalar yürüten Donabedian'a göre sağlıkta kalite; "hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması"dır (Donabedian, 1980).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Institute of Medicine (IOM) tıbbi bakımda kaliteyi, "bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak" olarak ifade etmektedir. Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belirli bir amaca yönelik, verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir (Akalin, 2004).

Tanımlardan anlaşıldığı üzere kalite değerlendirmelerinde bir ölçme faaliyetine ihtiyaç duyulmakla birlikte; sağlık hizmetlerinin doğası gereği, sunulan hizmetin kalitesini ölçmek çoğu zaman kolay olmamaktadır. Soyut yapıdaki sağlık hizmetleri için; hizmetin depolanması, son aşamada kalite kontrolünün yapılması, kalitesiz üretimin test edilmesi, sayılması ve ayıklanması mümkün değildir. O nedenle sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet sunum sürecinde gerçekleşir ya da gerçekleşmez. Diğer taraf-

tan hastaların, kendilerine sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini ölçme şansları da yoktur (Ekici, 2013b).

Sunulan hizmet kalitesinin belirlenmesi ve iyileştirilmesinde ölçme ve değerlendirme önemli bir etkinliktir. Ölçme; bireylerin, nesnelerin ya da sistemlerin belirli özelliklere sahip olup olmadığının, sahip ise sahip oluş derecesinin belirlenerek sonuçların sembollerle ve özellikle sayı sembolleriyle ifade edilmesidir. Bir tanımlama işlemi olan ölçme; olayları görünür kılmakla birlikte, paydaşların durumu değerlendirmesine, gerçek ve/veya olası kalite sorunlarının düzeltilmesine olanak tanır. Ölçme sonuçlarının bir ölçütle kıyaslanarak, ölçülen nitelik hakkında bir karara varma süreci olan değerlendirme ise, bir yargılama işlemidir ve ölçme sonucunun bir ölçütle karşılaştırılması esasına dayanır (Sağlık Bakanlığı, 2014, Ekici, 2013a).

Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesinde kullanılan göstergelerin; 1980 yılında Avedis Donabedian tarafından tanımlanan yapı, süreç ve sonuçlar olmak üzere üç önemli boyutu vardır. Yapı boyutu; sağlık hizmetinin sunum koşullarını, kapasitesini, kurumsal düzenlemeleri ve prosedürleri değerlendirmede kullanılır. CPR eğitimi alan çalışan sayısı, kalite yönetim biriminin varlığı, sağlık kuruluşunun büyüklüğü gibi göstergeler yapı boyutuna örnek verilebilir. Süreç boyutu; teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde hizmetin standartlara uygun sunumunu değerlendirmede kullanılır. Randevu için bekleme süresi, ortalama yatış süresi, yoğun bakım ünitelerinde yetişkin hastalarda APACHE II skorlama sistemi kullanılması gibi göstergeler süreç boyutuna örnek olarak verilebilir. Sonuç boyutu ise; alınan sonuçların klinik, ekonomik ve insani açıdan değerlendirilmesinde kullanılır. Mortalite oranı, hasta memnuniyet oranı, ameliyat sonrası revizyon oranı gibi göstergeler sonuç boyutuna örnek gösterilebilir (Xu, 2015, Ekici, 2013a, Akalin, 2004).

Sağlık bakım sistemi içindeki tüm sağlık profesyonellerinin, hizmetin kalitesine doğrudan katkıları vardır. Hasta bakım sü-

recinin vazgeçilmez unsurlarından olan hemşirelik geçmişten günümüze; sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini (Akça Ay, 2010). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu" olarak tanımlamaktadır (ICN, 2018).

Başlangıçta sadece ihtiyacı olan hastaların fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanan hemşirelik; zaman içinde gelişen tıp bilimi, teknoloji, değişen farkındalık düzeyinin neden olduğu insan gereksinimlerinin artışı beraberinde uygulama alanlarını ve sorumluluklarını genişletmiş, hekimlere tabi bir meslekten, özerk bir mesleğe, hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe doğru profesyonel kimlik kazanmıştır (Göriş, Kılıç, Ceyhan & Şentürk, 2014).

Hemşirelik uğraşı alanı insan olan ve hemşirelik bakımına temellenmiş bir meslektir. Bakım yalnızca hemşireliğe özgü olmamakla birlikte, hemşirelik için özgün olmasından dolayı kaliteli hizmet sunmaya yönelik organize edilmelidir. Kaliteli hemşirelik bakım organizasyonunun amacı; belirli bir gruptaki hastaların bakım gereksinimlerini saptamayı, saptanan gereksinimler doğrultusunda hemşirelik bakım planını oluşturmayı, hazırlanan planı uygulamayı ve verilen bakım doğrultusunda hastanın aldığı bakımın sonuçlarını değerlendirmeyi içerir (Ekiçi, 2013a, Ovayolu & Bahar, 2006).

Sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahip olan hemşireler açısından bakım kalitesine yönelik ölçme faaliyeti; hizmet süreçlerinde sisteme yapmış oldukları katkının ortaya konulmasında en temel yol olmakla birlikte, aynı zamanda bir yükümlülüktür. Hemşirelik bakım kalitesinin ölçülmesi; sunulan bakımın sorumluluğunun alınmasını, hesap verilebilirliği, hemşirelik bakımının güçlendirilmesini, güçlenmiş hemşirelik bakımının hasta sonuçlarını iyileştirmesini, meslek üyelerinin sundukları hizmetin niteliğini fark etmelerini, sağlar (Nedleman, Kurtzman, Kizer, 2007).

Diğer taraftan sağlık bütçesi içinde bir harcama kalemi olarak (kesinti yapılabilecek) görülen hemşirelik mesleğinin; mesleki bilgiyi kullanan, klinik yeterliliğe sahip ve karmaşık sağlık sistemi içinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kararlar alan bir yapı olduğunu kanıtlaması açısından önem taşır (Nedleman, Kurtzman, Kizer, 2007).

Literatürde hemşirelik alanında bakım kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi çalışmalarının, Florence Nightingale zamanında başladığı belirtilmektedir. Kırım Savaşının ardından Londra'ya dönen Nightingale hemen yüksek ölüm oranlarının nedenlerini araştırmaya başlamıştır. Nightingale'in ünlü renkli polar alan grafiğinde, İngiliz askerlerinin üç farklı ölüm nedeni aylara göre gösterilmiştir. Nightingale bu grafikte önlenebilir ölümleri

vurgulamış, diğer tüm hastalık ve yaralanmalar ile karşılaştırarak bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin boyutunu incelemiştir. Bu grafikler sadece Kırım Savaşı sırasında askerlerin önlenemez nedenlere bağlı ölüm oranlarını göstermekle kalmamış, aynı zamanda sivil ve askeri hastanelerde hijyen reformlarının uygulanması ile ölümlerin azaltılabileceği konusunda hükümeti ve sağlık profesyonellerini ikna etmek için yararlı olmuştur (Taşkıran & Temel, 2017, Montalvo, 2007).

Sağlık hizmetleri alanında artan kalite çalışmaları sonucu ve hemşirelik mesleğinde profesyonelleşme süreci beraberinde; hemşirelik alanında Donabedian modeli kullanılarak, neyi ölçmeliyiz sorusuna cevap arayan modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden bir tanesi olan, Irvine ve Sidani (1998) tarafından geliştirilen Hemşirelik Rol ve Etkililik Modeli, bakım sonuçlarının başarıya ulaşmasında hemşirelik rollerinin katkısını tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Modele göre yapı boyutu bileşenlerinden hemşireler, hastalar ve organizasyon yapısına ilişkin; deneyim, bilgi, eğitim düzeyi gibi hemşirelere ait; yaş, hastalığın türü ve ciddiyeti, eşlik eden hastalık varlığı gibi hastaya ait; çalışan sayısı, iş yükü ve çalışma ortamı gibi organizasyon yapısına ait değişkenler bakım süreci ve sonuçları üzerine etki etmektedir. Süreç boyutu bileşenlerinden hemşirelerin bağımsız, tıbbi bakım ilişkili ve birbirine bağımlı rolleri kapsamında; hasta sorunlarına cevap vermede hemşirenin otonomisini kullanması bağımsız role, medikal istemlere cevap verilmesi sürecindeki hemşirenin fonksiyonları ve aktiviteleri tıbbi bakım ilişkili role, sağlık bakım ekibi içindeki diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşımda bulunduğu alanlardaki aktiviteleri birbirine bağımlı role ilişkin değişkenler olup, hemşire duyarlı hasta sonuçları üzerine doğrudan katkı sağlamaktadır. Sonuçlar boyutunda ise altı kategoride sınıflandırılan; komplikasyonların önlenmesi, semptom kontrolü, hastalık-tedavisi ve yan etki yönetimi bilgisi, fonksiyonel durum, memnuniyet ve maliyet hemşire duyarlı hasta sonuçları olarak ortaya çıkmaktadır (Pringle & Doran, 2003).

Hemşire duyarlı hasta sonuçları kavramının gündeme gelmesiyle birlikte; hemşirelik bakımına ilişkin sonuçların değerlendirilmesi, kalite değerlendirmelerinin önemli bir unsuru haline gelmiştir. Farklı ülkelerde, farklı organizasyonlar tarafından hemşire duyarlı hasta çıktıları üzerine çalışmalar yürütülmekte birlikte; meslek üyelerinin bağımsız, yarı bağımlı ve

bağımlı fonksiyonlarının ayrımının yapılmamış olması, kanıt dayalı uygulamaların yetersizliği ve kanıtların sahaya aktarılmaması, hemşirelik sürecinin kayıt altına alınmasındaki başarısızlıklar, standart ortak bir terminolojinin gelişmemiş olması, elektronik kayıt sistemlerinde hemşirelik kayıtlarının sınırlı tutulması ve hemşire duyarlı hasta çıktıları ile ilgili modellere rağmen sağlık finansmanından yeterli kaynak aktarılmaması gibi nedenlerle hala net göstergeler belirlenememiştir (Xu, 2015).

Hemşirelik bakım kalitesini ölçmeye yönelik gösterge geliştirilmesi sürecinde, öncelikli olarak yapılması gereken şey; geliştirilmesi planlanan göstergenin hangi boyutla (yapı, süreç, sonuç) ilgili olacağına karar verilmesi ve göstergenin spesifik tanımı, güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçülebileceğine ve hasta sonuçları üzerine etkisine ilişkin kanıtlar açısından literatürün incelenmesidir. Literatür incelemesi aşamasında; güvenilirlik ve geçerliliği tehdit eden alanlarda araştırmacılardan bilgi toplanmalı, taslak gösterge tanımı, veri toplama formları ve yönergelerine yönelik uzman görüşü alınmalıdır. Uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda, ihtiyaç duyulan alanlarda düzenlemeler yapıldıktan sonra göstergeye ilişkin pilot çalışma yürütülmelidir. Pilot çalışma verilerinin analiz edilmesi neticesinde; gösterge tanımı, veri toplama yönergeleri ve formlara son şekli verilerek tamamlanmalı ve kullanıcılarına eğitimler verilmelidir (Montalvo, 2007).

Hemşirelik bakım kalitesinin izlenmesinde ve belirlenen amaçlara ulaşma durumunun değerlendirilmesinde neyi bilmek istediğimizin belirlenmesi önemlidir. Unutulmamalıdır ki; hemşirelik bakımının kalitesini gösteren, göstergelerin yorumlanabilir bilgi sağlayabilmesi için; ölçülebilir, doğru ve geçerli, güvenilir ve tekrarlanabilir, kanıta dayalı, faydalı ve yapılabilir olması gerekmektedir (Ekici, 2013a).

Sonuç olarak; tüm sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan hemşirelik bakımı özeldir. Hemşirelik bakımının tüm boyutlarını tıbbi bakım içinden ayırmak mümkün olmadığı gibi, tıbbi bakımı da hemşirelik bakımından ayrı organize etmek mümkün değildir. O nedenle sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir etkinlik olan ölçme faaliyetinin hemşire duyarlı hasta sonuçlarına odaklanacak şekilde tasarlanması ve yönetilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Kayral, H.İ. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: "Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli". dergipark.gov.tr/download/article-file/203042 / Erişim Tarihi: 11.02.2018.
2. Ekici, D. (2013a). Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. Ankara: Sim Matbaacılık.
3. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment, 1, Michigan: Ann Arbor, Health Administration Press.
4. Akalın, E. (2004). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları. İç Hastalıkları Dergisi, http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-01/html/2004-11-1-005-009.htm
5. Ekici, D. (2013b). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Sim Matbaacılık.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2014). Kalite İndikatörleri ve SİYÖS. Ankara: Pozitif Matbaa.
7. Xu, X. (2015). Identification of Nursing-Sensitive Indicators for Nursing Quality Monitoring and Reporting in an Australian Context. Doctor of Philosophy, Victoria University, College of Health and Biomedicine, Australia.
8. Akça Ay, F. (2010). S Mesleki Temel Kavramlar. Fatma Akça Ay (Ed.), Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler içinde (s. 47-52). İstanbul: Medikal Yayıncılık.
9. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> Erişim Tarihi: 11.02.2018.
10. Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 5 (3), 137-142. Doi: 10.5505/phd.2014.74046.
11. Ovacolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelik ve Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (1), 104-110.
12. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29304>
13. Needleman, J., Kurtzman, E. T., Kizer, K.W. (2007). Performance Measurement of Nursing Care. Medical Care Research and Review 64 (2), 10-43. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558707299260>
14. Taşkıran, G., Temel, B. A. (2017). Tutkulu Bir İstatistikçi: Florence Nightingale. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 10 (2), 113-120.
15. <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED>
16. Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 12 (3), Doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02.
17. Pringle, D., Doran, D.M. (2003). Patient Outcomes as an Accountability. Diane M. Doran (Ed.), Nursing Sensitive Outcomes içinde (s. 1-25). Canada: Jones and Bartlett Publishers.

YOGA VE NEFES TERAPİSİ UYGULAMALARINDA KANITLAR

ÖZLEM OVAYOLU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Giriş

Yoga, Sanskritçe'de birleşmek yada birleştirmek, bütünlük, bir olmak anlamına gelen "yuj" teriminden türetilen ve aynı zamanda bağlamak, katılmak ve boyunduruğu altına almayı da ifade eden bir kelimedir. Yoga erdemli davranışlarla özgürlüğü bedende yaşama, tat alma ve yaşamı anlamayı hedefler. Hindistan temellidir ve fiziksel, mental, emosyonel açılardan sağlıklı olma haline dayanan çok eski bir yöntemdir. MÖ. 400 yılına ait yazıtlarda; bireyin kendini tanıması ve zihnin yüksek bilince açılımını hedeflemeye yönelik sistematik yöntemler bütünü olarak ifade edilen yoga, bilim ve sanattan oluşan kişinin yaşam yolu olarak kabul edilmektedir. Yoga; bir din yada inanç değil, bir felsefe sistemi olup, içimizdeki görünmez olanı tüm gerçekliğiyle kabul etme ve görünür kılma çalışmasıdır, kısacası bir yaşam öğretisidir.

Yoga Uygulamaları ve Etkileri

Yoga fizyolojik ve nörofizyolojik etkisiyle β -endorfin salınımına ve beyin nörotransmitter düzeyinde değişikliğe sebep olur. Ayrıca parasempatik aktivite harekete geçerek, özellikle duygusal değişimleri etkileyen dopamin ve seratonin salınımı sağlar, gevşeme sağlanır ve böylece stres üzerinde olumlu etki oluşur. Farklı klinik uygulamalarda yoga, tedavi edici özelliklerinin yanı sıra rahatlatıcı, stres azaltıcı ve zindelik sağlayıcı etkilerinden dolayı kullanılmaktadır. Pek çok hastalığın oluşmasını engellemekte, var olan hastalıkların semptomlarını azaltmakta, tekrar ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Kas iskelet sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar, kardiyopulmoner sistem hastalıkları, psikosomatik rahatsızlıklar, gebelik, obezite ve stres üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, ağrı, konsantrasyon güçlüğü ve denge kaybı gibi semptomların yönetiminde de önemi büyüktür.

Nefes Terapisi

Gevşeme ve nefes tekniklerinin iyileştirici gücü, insanlık tarihinin

başından beri en önemli tedavi yöntemi olmuştur. İnsan sağlığıyla ilgilenen her bilim alanı nefes tekniklerini; beden, duyu ve düşünce arasında yaşamsal bir bağlantı olarak algılamıştır. Çünkü nefes teknikleri ile bilinci etkilemenin ve fiziksel iyileşme sağlamanın mümkün olduğu bilinmektedir. Bu nedenle nefes terapilerinde vücut üzerindeki stres yükünü boşaltmak ve kişiyi her yönden rahatlatmak, solunumun derinleşmesini ve diyafram üzerindeki gerilimin azalmasını sağlamak için nefes egzersizlerinden yararlanılır. Solunumun ritmi duygular ve eylemlere göre değişir. Fiziksel egzersiz yada duygusal üzüntülerde solunum hızlanırken, uyku ve gevşemede yavaşlar. Ancak normal zamanda bireyler dikkatini solunuma vermemektedir ve solunum rutin bir şekilde gerçekleştirmektedir. Farkındalık temelli stres azaltma egzersizlerine başlamanın en kolay ve etkili yolu bireyin dikkatini solunumuna vermesini sağlamaktır.

Yoganın Kullanımına İlişkin Kanıtlar

Son yıllarda çok farklı alanlarda ve farklı semptomların kontrolünde yoganın etkisi incelenmeye devam etmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların haftada bir kez yoga derslerine katılmaları sağlanmış ve evde üç ay boyunca bir çalışma programı doğrultusunda yoga uygulamalarına devam etmeleri istenmiştir. Her yoga sınıfı vücut egzersizleri (asana), nefes alma (pranayama), meditasyondan oluşturulmuştur. Çalışmanın sonucunda yoganın stresi ve subjektif tinnitus semptomlarını azaltabildiği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada lenfödemli 15 kadınla, sekiz hafta süre ile yürütülen yoganın; fiziksel refah düzeyini yükselttiği, bedensel farkındalığı geliştirdiği, fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevleri iyileştirdiği bildirilmiştir.

Kolorektal kanserli hastalarda yoga beceri eğitiminin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ise; yoganın yorgunluk, sirkadiyen ritm ve distrese etkisi incelenmiş ve konvansiyonel kanser tedavisi ile yoga entegrasyonu için bir protokol oluşturulmasının gelecekteki çalışma tasarımlarına ve klinik uygulamalara ışık tuta-

çağı sonucuna varılmıştır. 21 makalenin analiz edildiği başka bir çalışmanın sonucunda; yoganın sıkıntı, kaygı, depresyon, yorgunluk, genel yaşam kalitesi, duygusal ve sosyal fonksiyon, işlevsel refah düzeyini orta derecede etkilerken, fiziksel fonksiyon ve uyku bozuklukları üzerine etkisinin anlamlı olmadığı, ancak yaşam kalitesini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır. Ayrıca global yaşam kalitesi üzerindeki kısa vadeli etkisinin “orta düzeyde” bir kanıt oluşturduğu, bununla birlikte bu kısa vadeli etkilerin önyargıdan açıkça ayırt edilemediği belirlenmiştir. Bu incelemelerin sonucunda; kabul edilen standart bir çalışma tasarımının ve sonucun olmadığı ve yaşam kalitesi kötü olan hastalara tek bir müdahalenin önerilemeyeceği belirtilmiştir. Ek olarak multidisipliner, online ve eğitim müdahalelerine ilişkin kanıtların şüpheli olduğu vurgulanmıştır. Cramer ve arkadaşları, yoganın etkisinin karşılaştırdığı on yedi çalışmayı incelemiş ve yoganın kısa vadede sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırdığı, yorgunluğu ve uyku bozukluklarını azalttığına dair “orta düzeyde” kanıt sağladığını tespit etmiştir. Ancak kısa vadede, yoganın depresyon ve kaygı düzeyini azaltmadığı, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine orta vadeli etkisinin olmadığı ve ciddi bir olumsuzluğun yaşanmadığı belirlenmiştir. İncelenen bu çalışmaların dördünde ise, yukarıda bahsedilen 17 çalışmanın aksine yoganın kısa vadede depresyon, kaygı ve yorgunluğu azaltabileceğini gösteren “orta dereceli” kanıt sağladığı gösterilmiştir. Hiçbir çalışmanın, güvenlikle ilgili verileri yeterince rapor etmediği belirlenmiştir. Çok düşük düzeyde kanıtlar yoganın diğer egzersiz müdahaleleri kadar etkili olabileceğini ve diğer egzersiz programlarına alternatif olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Kanıt dayalı integratif yöntemlerin kullanımına ilişkin klinik uygulamalar kılavuzunda; yoganın anksiyetenin azaltılmasında (Kanıt düzeyi B), duygudurum ve depresif belirtilerin iyileştirilmesinde (Kanıt düzeyi B), tedavi sonrası yorgunluğun azaltılmasında (Kanıt düzeyi C, bu konuda A ve B düzeyinde kanıt bulunmamaktadır), uyku (Kanıt düzeyi C) ve yaşam kalitesinin artırılmasında (Kanıt düzeyi B) yoga önerilmektedir. Ayrıca depresyon ve duygudurum bozukluğunda yoganın kullanımına yönelik çelişkili sonuçlar sergileyen yeni yayımlanmış dört çalışmanın sonucunda kanıtlar A'dan B düzeyine, yaşam kalitesi için C'den B düzeyine ve yorgunluk için C düzeyine çekilmiştir. Bunlara ek olarak yoganın bilişsel, fonksiyonel ve vazomotor etkisine ilişkin kanıtların yeterli olmadığı belirtilmiştir.

Yoganın Hemşireler Üzerinde Etkilerine İlişkin Kanıtlar

İşle ilgili stres üzerine yoganın etkilerine yönelik yapılan çalışmalar özellikle hemşirelik personeline odaklanmaktadır. 120 hemşirenin dahil edildiği bir çalışmanın sonucunda, yoga grubundaki hemşirelerin uyku kalitesinin arttığı ve iş stresinin azaldığı sonucuna varılmıştır. Küçük bir örneklem grubu ile yapılan başka bir çalışmada; yoganın algılanan stres düzeyini ve kas yorgunluğunu olumlu etkilediği görülmüştür. Aynı ça-

alışmanın sonucunda yoganın; iyilik halini geliştiren bir yöntem olarak hastanede çalışan bireylerde kullanılabileceği, herhangi bir zamanda ve sessiz bir ortamda rahatlıkla uygulanabileceği, kişilerarası ilişkileri, ruh halini ve uykuyu olumlu etkileyerek, hemşirelerin stres yönetimine ve başkalarının acı çekme durumuna dayanma gücüne katkı sağlayacağı belirtilmiştir. Ayrıca hemşirelerle yapılan bir çalışmanın sonucunda yoganın hemşirelerin baş etme düzeylerini geliştirerek ve algıladıkları stres düzeyini azaltarak hemşirelik işlevlerinin zor yönlerini iyi bir şekilde yönetebildikleri, maliyet etkin olabileceği, hemşirelerin işe giriş-çıkış hızını ve hemşirelik mesleğinden erken ayrılmasını önleyebileceği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada yoga ve meditasyonun son derece güvenli olduğu, hemşirelerin yaşamlarını büyük ölçüde iyileştirebileceği ve bu nedenle kendi baş etme yöntemlerini geliştirmek isteyen hemşirelerin bu yöntemi rahatlıkla kullanılabileceği belirtilmiştir.

Sonuç ve öneriler

Yoga noninvaziv ve düşük maliyetli bir uygulamadır. Ancak özel hasta gruplarında (meme kanseri gibi), yaşlı yetişkinlerde, hareket kabiliyeti sınırlı olanlarda ve kronik hastalığı bulunanlarda, kas gerilmeleri ve baş dönmesi gibi potansiyel risklerin en aza indirgenmesi için yoganın sertifikalı bir eğitmen rehberliğinde yaptırılması gerekir. Özellikle kanserli bireylerde yoganın psikolojik sonuçlara etkisini araştıran çalışmalar dikkatle yorumlanmalıdır. Çünkü bu çalışmaların çoğu küçük gruplarla yapılmıştır. Diğer integratif yöntemlerde olduğu gibi yoganın riskleri ve yararları üzerine daha fazla araştırma yapılması gerektiği ısrarla vurgulanmaktadır. Gelecekteki araştırmalar özellikle farklı yoga uygulamalarının etkilerini araştırmalı ve yoganın hangi bileşenlerinin (fiziksel egzersiz, nefes kontrolü, meditasyon) daha etkili olduğunu açıklığa kavuşturmalıdır.

Klinik ortamda tamamlayıcı ve bütünleyici terapilerin uygulanması sadece finansman ve altyapıyı değil aynı zamanda iyi eğitilmiş, bilgili uygulayıcıları da gerektirir. En iyi uygulamalar kılavuzu, uygulamaları yapacak olan kişilerin mesleğin en yüksek standartlarına göre eğitilmesi gerektiğini belirtmektedir ve bu durum da ancak yasal ve kurumsal düzenlemelerle sağlanabilir. Ayrıca bütüncül terapilerin kullanımına ilişkin bilinçli kararlar vermek için klinisyenler ve hastalar, her bir tedavinin yararı ve zararının kanıt düzeyini bilmeli ve klinik ortamda uygulanmasının sadece iyi eğitim almış kişilerin koordinatörlüğünde, bir ekip yaklaşımı ile mümkün olabileceğini unutmamalıdır. Çünkü en iyi uygulamalar, en üst standartlara göre mesleki eğitim almayı ve diğer ilgili disiplinlerle entegrasyonu gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Köksoy S, Eti CM, Karataş M, Vayisoglu Y. The effects of yoga in patients suffering from subjective tinnitus. Int Arch Otorhinolaryngol. 2018;22(1):9-13.

- Winters-Stone KM, Moe EL, Perry CK, Medysky M, Pommier R, Vetto J, Naik A. Enhancing an oncologist's recommendation to exercise to manage fatigue levels in breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018;26(3):905-912.
- Betül S. Huzura Sekiz Adım Yama-Niyama-Asana. Doğal Yollarla İyileşme Yöntemleri ve Bilinçli Yaşam Derneği İktisadi İşletmesi Yayınları 1. Basım Şubat 2011, Ankara.
- Atılğan E, Tarakci D, Polat B, Algun C. Sağlıklı kadınlarda yoga temelli egzersizlerin esneklik, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite ve depresyon üzerine etkilerinin araştırılması. *J Exerc Ther Rehabil* 2015;2(2):41-6
- Alkan E, Özçoban FA. Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2017; 64-71.
- Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 3;1: CD010802.
- DiStasio SA. Integrating yoga into cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(1):125-30.
- Yağlı NV, Ülger Ö. Klinik Uygulamalarda Yoga. Fizyoterapi Seminerleri 2013. [Editörler: A. Ayşe Karaduman, Özlem Ülger, Muhammed Kılınç, Naciye V.Yağlı, Selen Serel]. H.Ü.S.B.F. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Yayını, s: 199-204.
- Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. January 2017.
- Hamilton JB, Worthy VC, Kurtz MJ, Cudjoe J, Johnstone PA. Using religious songs as an integrative and complementary therapy for the management of psychological symptoms among African American cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2016;39(6):488-494.
- Yazgaç R. Tamamlayıcı Alternatif Terapilerde "Kendine Yardım". s. 33.1. Uluslararası 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi Bildiri Kitabı 2016. <http://www.tamamlayiciterapilerkongresi.com/wp-content/uploads/2016/12/Bildiri-Kitab%C4%B1v2.pdf>, erişim tarihi: 14.02.2018.
- Boz İ. Gevşeme Teknikleri. Hemşireler İçin Tamamlayıcı Terapiler El Kitabı. [Editörler: Zeynep Özer, İlkyay Boz, Gamze Teskereci, Selma T. Kavradım]. <http://www.bestcareproject.eu/upload/turkceelkitapcik.pdf>, erişim tarihi: 13.02.2018.
- Fang R, Li X. A regular yoga intervention for staff nurse sleep quality and work stress: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2015;24(23-24):3374-9.
- Loudon A, Barnett T, Williams A. Yoga, breast cancer-related lymphoedema and well-being: A descriptive report of women's participation in a clinical trial. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4685-4695.
- Sohl SJ, Birdee GS, Ridner SH, Wheeler A, Gilbert S, Tarantola D, Berlin J, Rothman RL. Intervention Protocol for Investigating Yoga Implemented During Chemotherapy. *Int J Yoga Therap*. 2016 Aug 15. doi: 10.17761/IJYT2016. [Epub ahead of print]
- Duncan M, Moschopoulou E, Herrington E, Deane J1, Roylance R, Jones L, Bourke L, Morgan A, Chalder T, Thaha MA, Taylor SC, Korszun A, White PD, Bhui K; SURECAN Investigators. Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ Open*. 2017; 28;7(11).
- Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, Johnson JA, Mumber M, Seely D, Zick SM, Boyce LM, Tripathy D. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017;6;67(3):194-232.
- Lin SL, Huang CY, Shiu SP, Yeh SH. Effects of yoga on stress, stress adaption, and heart rate variability among mental health professionals--A Randomized Controlled Trial. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(4):236-45.
- Anderson R, Mammen K, Paul P, Pletch A, Pulia K. Using yoga nidra to improve stress in psychiatric nurses in a pilot study. *J Altern Complement Med*. 2017;23(6):494-495.
- Deible S, Fioravanti M, Tarantino B, Cohen S. Implementation of an integrative coping and resiliency program for nurses. *Glob Adv Health Med*. 2015;4(1):28-33.

YOGA VE NEFES TERAPİSİ- KLİNİK UYGULAMA MODELLERİ

ASUMAN KUŞÇU

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ

Yoga yaklaşık 4000 senedir var olan önemli bir Hint öğretisidir. Kelime anlamı "birlik" olan yoga akli sakinleştirme ve huzur yoludur. Özünde beden, zihin ve ruhun bütünlüğü bulunur.

Yoga Uygulamaları

Fiziksel egzersizler (asana), nefes çalışmaları (pranayama) ve meditasyon çalışmaları içerir. Yoga egzersizleri binlerce sene önce bulunan vücudun alabileceği en faydalı duruşlardır. Bu temel duruşları jimnastik, dans ve birçok teknikte görmek mümkündür. Uygulama esnasında kişi vücudunu keşfederek limitleri doğrultusunda asanaları (duruşları) uygulamaktadır. Böylece beden canlanır, dengelenir ve direnç artar.

Nefes çalışmaları (pranayama) nefes yolu ile yaşam gücünü yönetme çalışmasıdır. Yaşam kaynağımız olan nefesin yeteri kadar vücuda alınması sağlığı doğrudan etkilemektedir. Nefes çalışmaları sayesinde kişi doğru nefes alıp verme alışkanlığı kazanır ve böylece beden ve zihin sağlığı desteklenir.

Zihin çalışmaları ise konsantrasyonu geliştirmekte ve zihinde hissedilen stresi azaltmaktadır. Bütünsel sağlığı doğrudan etkileyen kişinin stres seviyesidir. Zihinde yaşanan stres beden sağlığını da doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla bütünsel sağlık söz konusu olunca aklın sakinleşmesi, zihnin berraklaşması büyük önem taşımaktadır.

Meditasyon çalışmaları sayesinde zihinsel sağlık desteklenmekte ve kişi stres seviyesini azaltabilmektedir.

Beden ve zihin sağlığına stresin etkisi büyüktür. Yaşanan rahatsızlıkların çoğunun stres kaynaklı olduğu ön görülmektedir. Stresin tedavi sürecine olan etkisi de göz önünde bulundurulduğunda "stres yönetimi" önemli bir ihtiyaç haline gelmiştir.

Günümüzde hastalık deneyimleyen kişiler sıklıkla "Stresten uzak dur", cümlesini duymasına rağmen bunu nasıl yapacağını bilememektedir. Nefes ve meditasyon çalışmaları kişinin stres yönetimi yapabilmesine yardımcı olmaktadır.

Özellikle Hangi Bölümlerden Hastalara Öneriliyor?

Medikal onkoloji, hematolojik onkoloji, genel cerrahi, nöroloji, kadın doğum hastalarına önerilmektedir.

Sağlık Çalışanları ile Yoga

Yoga sadece hasta ve hasta yakınlarına değil, tüm sağlık çalışanlarına önerilmektedir. Çalışanların sağlığını desteklemek amaçlı yapılan yoga çalışmaları ile kişi yoga egzersizleri yaparak bedenini dengelemektedir. Nefes çalışmaları ve meditasyon ile konsantrasyon kabiliyetini geliştirmektedir. Yoğun iş temposundan kaynaklanan yorgunluk ve stresten arınmaktadır.

Kurumumuzda 155 sağlık çalışanı ile yaptığımız gözlemsel bir çalışmada, katılımcıların %92'si nefes terapisinin ardından rahatladığını ifade etmiş. %91'i de 10'lu likert skalada rahatlama derecelerini 8 puan ve üzeri olarak bildirmişlerdir.

Onkolojide Kullanımı

Kanser hastalığı, bireylerin yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorununun yaşandığı dönemdir. Geleneksel olarak kanser tanısı, acı ve ölüm ile özdeşleştirilmektedir (1).

Kanser tanı, tetkik ve tedavi süreci, hastanın anksiyete düzeyini etkileyerek, yaşam kalitesinde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle kanser hastalarında yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek için özellikle kaygı düzeyini belirlemek ve kaygıyı azaltmaya yönelik destekleyici tedavi girişimlerinde bulunmak önemlidir.

Destekleyici tedaviler içerisinde bir çeşit meditasyon tekniği olan nefes terapisi; rahatlamayı ve bedensel zihinsel ve ruhsal gevsemeyi temel alır. Bu terapi ile stres durumunda sempatik sinir sisteminin "savaş ya da kaç" tepkisinin aksine parasempatik sinir sistemi bize "sakinleş ve sindir" der.

İlk olarak 1979'da, Avustralyalı psikiyatrist Ainslie Meares, meditasyonun kanserli kişilerde vücudun savunma sistemini güçlendirdiğini ve tümörlerin küçülmesine yardımcı olduğunu ortaya koymuştur (2).

Kanserli hastalarda yoganın etkileri üzerine 32 çalışmanın incelendiği sistematik gözden geçirme çalışması; yapılan çalışmaların güvenilirliklerinin düşük olduğunu ancak genel olarak hastaların yaşam kalitesinde artışlar bildirilmesi ve ekonomik olması sebebiyle hastalara semptomlarla başetmede ilaçlara destek olarak önerilebileceğini bildirmiştir (3).

Uluslararası yoga terapistleri birliğinin (IAYT) 2006 yılında yayınladığı "Yoga ve Kanser" isimli 62 sayfalık raporda konu ile ilgili bir çok çalışmanın özetleri sunulmuş, bu konuda uzman çalışmacılar ve uygulama örneklerin bilgilerini paylaşmıştır. Rapor bir uzman hemşire-terapistin yorumu ile başlıyor. Hemşire-terapist; yoganın, kanser tedavilerinin yerini tutamayacağını ancak bu tedavilerle birlikte standart bir bakım olarak sürdürülmesini öneriyor (4).

Kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerden kaynaklanan mide bulantısı, baş dönmesi, uykusuzluk, düşünce bulanıklığı, sindirim bozuklukları, kaygı, endişe, depresyon gibi yaşam kalitesini düşüren yan etkilerin, yoga, meditasyon, nefes gibi pratiklerle azaldığı bilimsel çalışmalarla tartışılmaktadır (5,6,7,8)

Kanserle ilgili yapılan yoga çalışmalarının hiç birinde yan etki bildirilmemekle birlikte kanser hastalarında yoga çalışmalarında çok dikkatli olunması gerekmektedir. Top of Form

Uzun kemiklerdeki kemik metastazları, özellikle yaşlı hastalarda kırık riski oluşturmaktadır (8).

Plevral efüzyon, asit, karın cerrahisi vb. olan hastalara yoga müdahaleleri, yavaş derin nefes alma, pranayama rahatlama tekniklerinin kullanımında daha temkinli bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Yoga müdahalelerini seçerken hastanın performans durumu ve genel durumu büyük önem taşır (8).

Yoga, onkoloji ortamında entegrasyon için umut veren bir zihin-beden müdahalesidir. Bununla birlikte, yoga ve meditasyon müdahalesi ile yapılan çalışmaların çoğu meme kanseri hastalarında yapılmıştır, diğer malignitelerde de bu müdahalelerin etkilerinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca, bu müdahalenin farklı tedavi senaryoları altındaki etkileride değerlendirmeli. Yoga, kanser hastalarında belirti yükünü azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için uygulanabilir bir müdahale yöntemidir (8).

Türkiyedeki onkoloji hemşirelerinin nefes terapisine ilişkin bilgi ve görüşlerini değerlendirmek üzere tarafımdan gerçek-

leştirilen ankete 20 farklı kurumdan 66 onkoloji hemşiresi katılmıştır. Katılımcıların %76'sı lisans ve üzeri eğitimli ve %71'i özel hastane çalışanı idi. %44'ü nefes terapisinin kurumlarında uygulandığını bildirdi. Katılımcıların tamamı nefes terapisinin hastalarına ve kendilerine katkı sağladığını ve bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %58'i nefes terapisinin hastada rahatlama sağladığını bildirirken, %14'ü de yaşam kalitesine ve semptom yönetimine olumlu katkı sağladığını ifade etmişlerdir.

Sonuç:

İnvazif olmaması, düşük yan etki potansiyeli, uygulama kolaylığı gibi sebeplerle standart tedavilerine ek olarak kontrendikasyonun olmadığı gönüllü hastalara uygulanabilir. Ancak uygulama kararı öncesi, sırasında ve sonrasında hemşire ve/veya doktorun rehberliğine başvurulmalıdır. Uygulama alanında, iyi eğitilmiş uzman kişilerce gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Courtens AM et al., Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing* ; 19 (3):162-169, 1996.
2. Meares A., "Meditation: a psychological approach to cancer treatment", *The Practitioner*, 222: 119-122, 1979.
3. Cote A., Daneault S., Effect of yoga on patients with cancer. *Can Fam Physician*; 58:e475-479, 2012.
4. Yoga and Cancer, International Association of Yoga Therapists, 2006. <http://www.yogastudies.org/wp-content/uploads/cancer.pdf>
5. Cramer H., Lauche R., Dobos G., Characteristics of randomized controlled trials of yoga: A bibliometric analysis. *BMC Complement Altern Med.*;14:328, 2014.
6. Zhang J., Yang KH., Tian JH., Wang CM. Effects of yoga on psychologic function and quality of life in women with breast cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med.*;18:994-1002, 2012.
7. Rao RM., Nagendra HR., Raghuram N., Vinay C., Chandrashekhara S., Gopinath KS., et al. Influence of yoga on mood states, distress, quality of life and immune outcomes in early stage breast cancer patients undergoing surgery. *Int J Yoga.*;1:11-20, 2008.
8. Rao RM., Amritanshu R., Vinutha HT., et al., Role of Yoga in Cancer Patients: Expectations, Benefits, and Risks: A Review, *Indian J Palliat Care*; 23(3): 225-230, 2017 Jul-Sep.

KANSER HASTA VE YAKINLARI İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRESLE BAŞ ETMESİNDE YOGA

MERİH KENET

YOGANIN İYİLEŞTİRİCİ YOLU

Stres, günümüzün kronik hastalıkların önde gelen nedenlerinden biridir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, kalp hastalıkları ve diğer birçok kronik ve akut hastalığa sebep olan temel faktör strestir. Fiziksel ve zihinsel stres vücutta birikir. Bu da yorgunluğa, performans seviyesinde düşüklüğe ve endişe hissi-ne yol açar. Kontrol edilemeyen stres ciddi sorunlar yaratabilir ve hastalıklar oluşur

Bizi çevreleyen dünyadaki stresli olayları değiştirmek mümkün olmayacağına göre,

Hayatın zorluklarına karşı, dengemizi ve iyi hissetme duygumuzu koruyarak, nasıl cevap verebileceğimizi öğrenmeliyiz. Bunu beden, aklın ve ruhun bir bütün olarak iyileşmesini sağlamak için yoga sanatı ve biliminden faydalanarak yapabiliriz.

Kendi sağlığımızın ve iyi oluşumuzun sorumluluğunu üzerimize aldığımızda bedenimiz ve aklımız dengenin ve uyumun sınırlarını açığa çıkarır ve ayrıca iyileşme için gerekli olan enerjiyi de serbest bırakır...İŞTE BUNUN İÇİN YOGA YAPMALIYIZ

STRESİN YOGİK YÖNTEMİ-İLKELER

Stresin yogik yöntemi tamamen bütünseldir, beden seviyesinde ve kendisini eklemlerde katılık ve kaslarda kasılma olarak gösteren stres yogasana (yoga duruşu) uygulamaları ile ortadan kaldırılabılır; bu yogasana aklı sakinleştirmeye yardımcı eden bedensel hoş duruşlardır. Yavaş hareketler içsel telaşla savaşmada yardımcı olur. Pranayamanın ritmik nefesi ve nefesi yavaşlatan süreci pranik seviyede denge getirir. Farkındalığı ve rahatlığı tüm uygulama boyunca devam ettirmek ise akılsal süreçler üzerinde hakimiyet sağlamaya ve akıl seviyesindeki dengesizlikleri ortadan kaldırmaya yardımcı olur.

Bu hedefi başarma sürecinde yoganın üç temel ilkesinin öğrenilmesi gerekir. Bu ilkeler bedenin gevşetilmesi, nefesin yavaşlatılması ve aklın sakinleştirilmesidir.

1. Ani gevşeme tekniği
2. Hızlı gevşeme tekniği
3. Derin gevşeme tekniği
4. İçsel gerginliğin kontrolü ve yönetimi

FARKINA VARMAK ÇÖZÜMÜN YARISIDIR

Hepimizdeki sorun budur. Kendi sınırlamalarımız ve potansiyellerimiz konusunda cahilizdir, sınırlamalarımıza o kadar alışmışızdır ki onları fark etmeyiz bile. İçimizdeki stres ve gerginliğin nasıl tezahür ettiğini fark etmezsek, bununla yaşamaya devam ederiz. Bu stres ve gerginliğin tam olarak farkına varana dek, bunların bırakılması ile ilgili pek bir şansımız olmaz. Çeşitli seviyelerde dengesizlikler olur, aşağıdakilerden herhangi birini deneyimleyip deneyimlemediğinizi değerlendirin.

- Bedenin farklı bölümlerinde (boyun, kollar, sırt, bacaklar vb.) kas tutulmasına bağlı yüksek kas tonu
- Yüksek nabız(normal nabız dakikada 70 atıştır) yüksek kan basıncı-tansiyon (normali 120/80 dir.)
- Hızlanmış nefes(normali dakikada 15/20 nefestir).
- Nefesin iki burun deliğinden rastsal ve dengesiz geçmesi.
- Sürekli öfke, korku, depresyon gibi duygu durum patlaması yaşama.
- Genel bir sinirlilik ve bıkkınlık hali.
- Huzursuzluk, konsantrasyon eksikliği, düşünme netliğinde azalama.

stres ve gerginliğin sıklıkla karşılaşılan oluşumları bunlardır.

Farkına varma, sorunları çözmede çok önemlidir. Sıklıkla FARK ETMENİN sorunun çözmenin yarısı olduğu doğrudur. Sadece sınırlamalarımızın değil, aynı zamanda potansiyellerimizin derinlinin de farkında olmalıyız. Her türlü görevi yapacak harika bir kapasite hepimizde saklıdır. Maalesef bunun var olduğunu ve nasıl açığa çıkaracağımız bilmiyoruz.

KANSER YOGASI VE KALP YOGASI

Biz sadece bedenden ibaret değiliz; aklımız ve ruhumuz ile bir bütünü. Ne yazık ki zaman zaman bedenimiz bir yerde iken, aklımız ve ruhumuz farklı yerlerde olabiliyor. Yoga bedenini, aklı ve ruhu bir araya getiren bir bütünsel çalışmadır. Tamamlayıcı bir sağlık sistemi olarak da nitelenebilir. Bu bağlamda yoga bugün bütün dünyada güvenilir bir holistik sağlık yoludur. Kalp yogası ve kanser yogası çalışmaları birbirine çok benzer bir bütünlük içinde ihtiyacı olanlara destek vermektedir.

Modern çağın ciddi ve yaygın sorunu olan kanser ve kalp hastaları için hem kendilerinin deneyimlemesi hem de yakınlarının onlara destek olması konusunda çok büyük rehberdir.

KANSER ALTERNATİF TEDAVİ

Kanserin tedavisinde modern tıbbın yanında yetkin yoga uzmanları ile birlikte tedavinin elverdiği ölçüde doğru nefes teknikleri (prayamana) ile stres altında olan zihin seviyesi(beta) gevşeyerek alfa seviyesine geçerek ihtiyacı olanı iyileştirmeye götürür.

HEMŞİRE YOGASI EĞİTİMİ

Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve iyileştirmeye yönelik kutsal bir meslek olan hemşirelik, keyifli olduğu kadar özveri gerektiren zor bir alan. Gerek mesai saatleri gerek insan ilişkilerinin ön planda olması, insan sağlığı açısından yamsal bir öneme sahip olması bu mesleği hem kutsal hem de

stresli yapıyor. Hemşire yogası, hemşire ve hemşire adaylarına kendi stresleri ile baş etme, postürlerini düzeltme, ağrılardan kurtulma gibi kendi kişisel hayatlarına destek olmak dışında, hizmet verdikleri hastaların streslerini azaltma, hastayı gevşetip rahatlatma, varsa uyku bozukluğunu giderme gibi pek çok konuda iş yaşamlarını kolaylaştıracak, kendi yaşam kalitelerini arttıracak teknikler öğretir. Hemşire hem kendisine hem hizmet verdiği hastasını rahatlatmak konusunda ustalaştıkça daha sakin, düşünerek tepki vereni kendini ve ilişkilerini rahatlıkla yönetebilen birey haline gelir. Farkındalığı gelişir ve keşfedilen potansiyel ile iş yaşamı coşku ile karşılama hissi artar. Hemşire yogası, yoganın kadim bilgeliğine modern hemşirelik ile birleştirir. Sağlık hizmetlerindeki bilinci yükseltir. Stres, anksiyete, acı ve ıstırapı yapıcı konulara dönüştürmek konusunda destek olur.

Hemşirelik yogası çalışmalarımız doğru nefes teknikleri yoga ve meditasyon çalışmaları ile bir bütünlük içinde uygulanmaktadır.

KAYNAKLARLAR

1. Yoganın İyileştirici Yolu, Nischala Joy devi; Stres ve Yoga, Dr. HR Nagendra, Dr.R.Nagarathna; Vivekananda Yoga Üniversitesi eğitim Notları; ABD Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve İnteraktif Sağlık Birimi eğitim notları.

MEDİKAL TEDAVİSİ SINIRLI OLAN BAŞ EDEMEDİĞİMİZ SEMPTOMLAR, YÖNETMEKTE ZORLANDIKLARIMIZ: YORGUNLUK

AYŞE ÖZKARAMAN

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI.

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre yorgunluk “çalışma vb. sebeplerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması, bitaplık” anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2018). Olson (2007)’dan aktarılan bilgiye göre bu konuda ilk referans 1786 yılında Galvani’ye aittir ve Galvani yorgunluğu kas ve sinirlerde elektriksel potansiyeli olarak tanımlamıştır, daha sonra Beard 1869 yılında vücutta kasların aşırı kullanımına bağlı ortaya çıkan ürünlerin atılamamasına bağlı merkezi sinir sisteminde meydana gelen kimyasal değişikliklerin yorgunluğa yol açtığını belirtmiştir (Olson, 2007). Oysa yorgunluk yorulma durumundan farklıdır ve bireyin kendisini “dinlenmekle geçmeyen, sürekli ve bunaltıcı bir bitkin olma hissi yaşama, fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinde azalma” olarak tarif ettiği bir durumdur (Carpenito-Moyet, 2012). Sıklıkla kalp yetmezliği, akciğer hastalığı, multipl skleroz, kanser gibi kronik hastalıklarda görülmektedir (Radbruch et al. et al., 2008).

Kanser ilişkili yorgunluk; kanser ve kanser tedavisiyle ilgili dirençli, subjektif fiziksel, emosyonel ve/veya bilişsel yorgunluk ya da tükenmişlik hissidir (NCCN, 2018). Sağlıklı bireylerin deneyimlediği yorgunlukla kanser ilişkili yorgunluk karşılaştırıldığında daha şiddetli, sıkıntılı ve dinlenmekle geçmeyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (NCCN, 2018; Partridge et al., 2015). Bu durum tedaviden önce, tedavi sırasında ve sonrasında farklı şiddet ve oranlardadır (Nautiyal et al., 2015; Berger et al., 2009). Berger ve arkadaşları (2009) hastaların yorgunluk düzeyini kemoterapi öncesi hafif, kemoterapi esnasında orta, kemoterapiden sonra hafif olduğunu bildirmiştir. Yapılan başka bir araştırmada yorgunluk kanser tanısı konulduğunda yaklaşık %40, radyoterapide %90, kemoterapide %80, tedavi sonrası %17-53 arasında bildirilmiş, özellikle tedavi sırasında yorgunluğun şiddetinin arttığı hatta direnç gösterdiği belirtilmiştir (Aapro et al., 2016).

Kanser ilişkili yorgunluğun özelliklerini bazı hastalar etkin olmama, zihin bulanıklığı, uyuşukluk ve dinlenmeden uykudan uyanma olarak tarif ederken; bazı hastalar aşırı dinlenme ihtiyacı, kas güçsüzlüğü, güçsüzlük, çaba harcama olarak belirtmiştir (Mitchell, 2010). Yorgunluk bildiren kanser hastası günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel görevleri yerine getirememekle birlikte iş yaşamı, gelir düzeyi ve yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir (Borneman, 2013). Bu durum hastaların sosyal aktivitelerini, kişiler arası ilişkilerini, duygu durumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Kanserle ilişkili yorgunluğun etyolojisinde birden fazla faktör rol oynamaktadır; eşlik eden hastalıklar, kanser tedavisinin yan etkileri, uyku sorunları, ağrı, bulantı-kusma gibi sık görülen semptomlar ve bu semptomların yönetiminde kullanılan ilaçların yan etkileri, fiziksel, psikolojik ve patolojik faktörler (Passik et al., 2002; Aapro et al., 2016; Nautiyal et al., 2015; Borneman, 2013). Bazı çalışmalarda yorgunluğa sosyo-demografik özelliklerin etkisinin olmadığı (Abid et al., 2017) bildirilirken bazı çalışmalarda yaş ve inancı içeren kültürel durumun yorgunluk düzeyini ve sağlık arama davranışını etkilediği belirtilmiştir (Bischel et al., 2016; Nautiyal et al., 2015).

Kanser ilişkili yorgunluğun patofizyolojisi 1800’lü yıllardan itibaren çalışmaya başlanmış olmasına karşın bugün hala tam olarak açıklanamamaktadır (Borneman, 2013). Yapılan çalışmalarda enerji dengesinin, stres yanıtının, sirkadiyen ritim, nörotransmitterler ve sitokinlerin salınımının, hormonal değişikliklerin, hipotalamus-pituiter-adrenal aksda anatomik ve fonksiyonel değişikliklerin kanser ilişkili yorgunluğun ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Abid et al., 2017; Mitchell, 2010; Wood et al., 2013; Saligan et al., 2015).

Kanser ilişkili yorgunluk ağrı, emosyonel distres, anemi, uyku bozuklukları ile birlikte yaygın görülen bir semptom olabileceği gibi nadiren tek başına da saptanabilmektedir. Bu nedenle

tanı, tedavi, hastalık evresine göre klinik uygulama rehberleri kullanılarak izlenmeli, düzenli değerlendirilmeli ve yönetilmedir (NCCN, 2018; Partridge et al., 2015). Yorgunluğun tespiti hastalar rutin izleme alınmalı ve dikkatli olunmalıdır (RADBRUCH ET AL., 2008; Partridge et al., 2015). Ancak yapılan araştırmaya sonuçlarına göre kanser ve kanser tedavisi ilişkili yorgunluk sık yaşanmasına rağmen sağlık profesyonellerine bildirimini düşüktür (Passik et al., 2002; Shun et al., 2009; Boreman et al., 2010). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu'nda hastaların yorgunluk durumunun düzenli olarak değerlendirilip rapor edilmediğini belirtirken bu durumun elektronik kayıt sistemleri (bilgisayar, tablet vs) kullanılarak çözümlenebileceğini önermiştir (Partridge et al., 2015). Tüm sağlık profesyonelleri kanser tanısının konulmasıyla birlikte hastaların yorgunluk durumunu rutin olarak fiziksel ve psikososyal boyutta değerlendirmeli, değerlendirmede hastanın bilinç durumuna göre kantitatif/yarı kantitatif ölçüm araçlarına yer vermelidir (Bower et al., 2014; RADBRUCH ET AL., 2008; Mitchell, 2010; Saligan et al., 2015; Aapro et al., 2016; Borneman et al., 2013; Heowel et al., 2015; NCCN, 2018.).

Yorgunluk yönetimi hastanın bulunduğu (tedavi, tedavi sonrası ve son dönem) döneme göre bireye özgü planlanan ilaç ve ilaç dışı girişimleri kapsamalıdır. Yapılan çalışmalar ve rehberler değerlendirildiğinde yorgunluğun ilaç dışı yönetiminde eğitim, danışmanlık ve genel stratejilerden (fizik aktivite, yoga, akupressüre, masaj, bilişsel-davranışsal terapi, psiko-eğitimsel terapi, anlamlı destekleyici terapiler, beslenme desteği, uyku için bilişsel-davranışsal terapi, parlak beyaz ışık gibi) oluşan girişimler yer almaktadır (NCCN, 2018; NCCN-Anemi, 2018; RADBRUCH ET AL., 2008; Heowel et al., 2015; Partridge et al., 2015; Alberta Health Services Clinical Practice Guideline, 2017; Mustian et al., 2017). Patterson ve arkadaşları (2013) hemşirelerin bu girişimlerden bilişsel-davranışsal terapi dışındaki diğer girişimleri uygulayabildiğini belirtmiştir. Yorgunluğun ilaçla yönetiminde ise ağrı, emosyonel distres ve aneminin tedavisi; uyku sorunları, beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin yönetimi; eşlik eden hastalıkların tedavisi; tedavi edilemeyen, son dönem hastalar için kısa süreli kortikosteroidlerin kullanımı; yorgunluğa neden olan durumların ayırt edilmesiyle psikostimulan ilaçlar (methylphenidate) önerilmektedir. Ancak yorgunlukta methylphenidate yararına ilişkin güçlü kanıtlar elde edilmediği, bu nedenle klinik çalışmaların yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır (NCCN, 2018; Heowel et al., 2015; Bower et al., 2014; Alberta Health Services Clinical Practice Guideline, 2017).

Sonuç olarak, bireyin yaşam kalitesini düşüren kanserle ilişkili yorgunluk bilinenin aksine rutin izlem ve değerlendirme yapılarak, ilaç ve ilaç dışı girişimler kullanılarak yönetilebilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a53f-da92c43e2.86715982. Erişim 8.01.2018
2. Olson K. A new of thinking about fatigue: A reconceptualization. *Oncology Nursing Forum*, 2007;34(1):93-101.
3. Carpenito-Moyet LJ. Yorgunluk. İçinde: Hemşirelik tanıları el kitabı. (Çev. Erdemir F.) Bölüm 1;ss.529-530. İstanbul. Nobel Kitapevi.
4. Radbruch L, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S, Nauck F, Stone P, Research Steering Committee of European Association for Palliative Care. Fatigue in palliative care patients-an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 2008;22:13-32.
5. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Cancer related fatigue. NCCN Guidelines version 1.2018. Cancer-related fatigue. Version 1.2018-January 17, 2018.
6. Partridge AH, Jacobsen PB, Andersen BL. Challenges to standardizing the care for adult cancer survivors: Highlighting ASCO's fatigue and anxiety and depression guidelines. *ASCO Educational Book*, 2015;p.188-190.
7. Nautiyal V, Lal P, Verma M, Yadav R, Singh N, Kumar S. Evaluation of fatigue in head and neck cancer patients undergoing (intensity modulated radiation therapy) radiotherapy: A prospective study. *Asian Journal of Oncology*, 2015;1(1):44-49.
8. Berger AM, Kuhn BR, Farr LA, Von essen SG, Chamberlain J, Lynch JC, Agrawal S. One-year outcomes of a behavioral therapy intervention trial on sleep quality and cancer-related fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 2009;27(35):6033-6040.
9. Aapro M, Scotte B, Currow D, Vigano A. A practical approach to faigue management in colorectal cancer. *Clinical Colorectal Cancer*, 2016;16(4):275-286.
10. Mitchell S. Cancer-related fatigue: State of the science. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2010;2:364-383.
11. Borneman T, Koczywas M, Sun VC, Piper BF, Uman G, Ferrell B. Reducing patient barriers to pain and fatigue management. *Journal of pain and symptom management*. 2010;39(3):486-498.
12. Passik SD, Kenneth LK, Kathleen D, Holtsclaw E, Theobald D, Cella D, Breitbart W. Patient-related barriers to fatigue communication: Initial validation of the fatigue management barriers questionnaire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002;24(5):481-494.
13. Borneman T. Assessment and management of cancer-related fatigue. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2013;15(2):77-87.
14. Abid H, Kober KM, Smoot B, Paul SM, Hammer M, Levine JD, Lee K, Wright F, Cooper BA, Conley YP, Miaskowski C.

- Common and distinct characteristics associated with trajectories of morning and evening energy in oncology patients receiving chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017;53(5):887-903.
15. Bischel LE, Ritchie C, Kober KM, Paul SM, Cooper BA, Chen LM, Levine JD, Hammer M, Wright F, Miaskowski C. Age differences in fatigue, decrements in energy, and sleep disturbance in oncology patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*, 2016;23:115-123.
 16. Wood LJ, Weymann K. Inflammation and neural signaling etiologic mechanisms of the cancer treatment-related symptom cluster. *Curr Opin Support Palliative Care*, 2013;7:54-59.
 17. Saligan LN, Olson K, Filler K, Larkin D, Cramp F, Sriram Y, Escalante CP, Giglio A, Kober KM, Kamath J, Palesh O, Mustian K, Multinational association of supportive care in cancer fatigue study group-Biomarker working group. The biology of cancer-related fatigue: A review of the literature. *Support Care Cancer*, 2015; 23(8):2461-2478.
 18. Shun SC, Lai YE, Hsiao FH. Patient-related barriers to fatigue communication in cancer patients receiving active treatment. *The Oncologist*, 2009;14:936-943.
 19. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, Schnipper HH, Lacchetti C, Ligibel JA, Lyman GH, Ogaily MS, Pirl WF, Jacobsen PB. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 2014; 32(17):1840-1852.
 20. Heowell D, Keshavarz H, Broadfield L, Hack T, Hamel M, Harth T, Jones J, McLeod D, Olson K, Phan S, Sawka A, Swinton N, Ali M. A pan Canadian practice guideline for screening, assessment, and management of cancer-related fatigue in adults. 2015; April; Version 2.
 21. Alberta Health Services. Clinical practice guideline supp-008, version 1. Cancer-related fatigue.
 22. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, Mohr D, Palesh OG, Peppone LJ. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue a meta-analysis. *Jama Oncol*, 2017;July 1;3(7):961-968.
 23. Patterson E, Teresa Wan YW, Sidani S. Nonpharmacological nursing interventions for the management of patient fatigue: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2013;22:2668-2678.

DİSPNE

ADALET GÜLÇİN DİŞSİZ

İZMİR KATİP ÇELEBİ HASTANESİ

Solunum fonksiyonunun farkına varmak, nefes almada güçlük, boğulma hissi, yetersiz nefes alma ve rahatsız edici nefes alma bilinci, dispneyi tarif edilirken kullanılan tanımlamalardır(1,2). Amerikan Toraks Derneği dispneyi ; *"Sıklığı değişen nitel olarak farklı duyumlardan oluşan öznel bir nefes darlığı deneyimi"* şeklinde tanımlamaktadır(3).

Dispne akciğer kanseri, özellikle de ileri evre kanseri olan hastalarda sık karşılaşılan ve iyi kontrol edilmekte zorlanılan bir semptomdur. Tanı konulduğunda olguların % 15'inde, hastalık seyri boyunca ise %65'inde dispne görülmektedir(4). 1500 kanser hastasını kapsayan bir çalışmada da yaşamın son 6 haftasında hastaların %70'inde dispne geliştiği ve küçük hücre içermeyen akciğer kanserli hastaların %90'ının dispneden şikayet ettikleri belirlenmiştir(5). Hastaların dispne ile birlikte anksiyete, ağrı, yorgunluk, panik, ölüm korkusu yaşaması fiziksel, emosyonel durumunu etkileyip yaşam kalitesini bozmaktadır(6,7,8). Palyatif tedavi için yatırılan 6119 onkoloji hastasının ölüm ile sonuçlanan yatışlarında, ölüm ile sonuçlanmayan yatışlara göre daha fazla dispne semptomu saptanmıştır(9). Dispne semptomunun altta yatan malignite ile ilişkili olduğu; özellikle akciğer, sindirim sistemi, meme ve KBB kanseri olan hastalarda daha sık olduğu bulunmuştur(9). Dispnenin derecesi tümörün hava yolundaki yeri ve büyüklüğüne, KOAH, kalp yetmezliği, önceki cerrahi işlem nedeni ile akciğer doku kaybı ve benzeri durumların varlığına veya yokluğuna bağlı olarak değişebilir. Bu hastalarda dispneyi düzeltmek hem sağkalm hemde yaşam kalitesi yönünden önemlidir(10).

Dispnenin Etyolojisi/Risk Faktörleri

Kanserli hastada dispne oluşturan nedenler, kanserle doğrudan ya da dolaylı ilişkili, kanser tedavisine bağlı gelişen ve kanserle ilişkisi olmayan başlıklar kapsamında ele alınabilir(11,12).

Kanserle Doğrudan İlişkili Olan Dispne Nedenleri; Kanser primer ya da metastatik olarak pulmoner parankimayı kapsaması, Lenfanjitik karsinomatozis, Tümörün oluşturduğu havayolu

obstrüksiyonu, Plevral tümör, Plevral effüzyon (meme Ca %31), Perikardiyal effüzyon, _Karında sıvı toplanması, Hepatomegali, Frenik sinir paralizisi, Multiple tümör mikroembolisi, Pulmoner lökostatizis, Vena cava superior sendromu

Kanserle Dolaylı İlişkili Olan Dispne Nedenleri; Kaşeksi, Elektrolit dengesizliği, Anemi, Pnömoni, Pulmoner aspirasyon, Pulmoner emboli, Nörolojik paraneoplastik sendromlar

Kanser Tedavisine Bağlı Gelişen Dispne Nedenleri; Cerrahi tedavi, Radyoterpi, Kemoterapiye bağlı pulmoner hastalık ve kardiyomyopati

Kanserle İlişkili Olmayan Dispne Nedenleri; KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı), Astım, Konjestif kalp yetmezliği, Pnömotoraks, Anksiyete, Göğüs duvarıdeformitesi, Obesite, Nöromüsküler hastalıklar, Pulmoner vasküler hastalıklar

Dispne çeşitleri

Ortopne: Yatar durumda dispnenin ortaya çıkması ve şiddetlenmesidir. KKY, KOAH, nöromüsküler hastalıklarda görülebilir.

Paroksizmal nokturnal dispne (PND): Hastanın hava açlığı içinde uykudan uyanması, oturup veya ayağa kalkarak rahatlamaya çalışmasıdır. KKY de sol kalp yetersizliğine bağlı akciğerlerde intersisyel ve alveoler ödem geliştiğinin habercisidir.

Platipne: Oturur durumda dispnenin daha belirgin olmasıdır. Pulmoner arteriyovenöz fistüllerde görülür; ortostatik olarak şant arttığı için dispne ve siyanoz da artar.

İnspiratuar dispne: Üst hava yolu obstrüksiyonlarında olur. Nefes alma zorludur, stridor duyulur, tiraj görülür.

Ekspiratuvar dispne: Küçük hava yolu obstrüksiyonlarında olur. Ekspiryum uzun ve zorludur, solunum hışıltılı olabilir. Ekspiratuar kaslar solunuma aktif olarak katılır.

Efor dispnesi: Hastanın hareket halindeyken nefes darlığı hissetmesi ve istirahat halindeyken düzelmesidir.

Psikolojik dispne: Herhangi bir organik nedene bağlı olmaksızın genellikle anksiyete durumunda ortaya çıkan nefes darlığıdır(1).

Tanı

Hastanın altta yatan nedenlerinden önce hastaya ilk rahatlatıcı müdahale yapılmalıdır. Havayolu açıklığı, uygun pozisyon, oksijen desteği, intravenöz yol, kardiyak monitör, pulse oksimetre hastanın vital stabilizasyonu sağlanmalı daha sonrada iyi hikaye, fizik muayene ve tetkikler ile nedeni bulunup uygun medikal tedaviyle hasta tedavi edilmelidir.

Öykü alma

Hastanın nefes darlığı sorgulanırken ilk dikkat etmemiz gereken nefes darlığının süresi olmalıdır. Akut ve kronik olması müdahale yönünden önemlidir. Akut ve kronikte ayırt edilmesi gereken durum hastanın hayatını tehlikeye sokacak olan yabancı cisim aspirasyonu, larenks obstrüksiyonu, pulmoner emboli veya pnömotoraks gibi olguların atlanmamasıdır. Süresinden sonra, dispneye eşlik eden herhangi bir semptomun ve kronik hastalığın varlığı sorgulanmalıdır(1,13). Eşlik eden semptomlarda ağrı, öksürük, hemoptizi, balgam, stridor, hırıltı, huzursuzluk, siyanoz, konsantrasyon güçlüğü, taşikardi, wheezing, azaltan arttıran faktörler; Hiperventilasyon ataklarının olması, istirahat dispnesi, dispnede hızlı dalgalanmalar, ataklar sırasında ani ölüm korkusu, anksiyete, depresyon, dispnenin hasta için anlamı sorgulanmalıdır(2). Kullandığı ilaçlar veya maruz kaldığı kimyasal maddeler, sigara kullanımı, alerjileri, stres sorgulanması gereken diğer ilişkili nedenlerdir(14).

Fizik değerlendirme

Başlangıç değerlendirmesinde hastanın takipnesinin, taşikardisinin olup olmadığı(pnömoni, pnömotoraks) yardımcı solunum kaslarının solunum işine katılıp katılmadığı ve mukoz membran ve deri (siyanoz), kaşeksi, kilo kaybı, hemoptizi (malignite), balgam çıkarma (enfeksiyon), değerlendirilmelidir. Alt ekstremitelerde simetrik ödem KKY, asimetric ödem ise tromboembolik hastalığı destekler. Hipoksi nedeniyle oluşabilecek ajitasyon veya laterji, diyafragmatik yetersizliği gösteren paradoksal abdominal solunum hareketi solunum yetersizliğini işaret eder. Hastanın konuşabilmesi ve uzun cümleler kurması dispnenin şiddetini değerlendirmede yararlıdır(5,14,15,16).

Laboratuvar

Öykü ve fizik muayene ile elde edilen bulgular ilave laboratuvar çalışmaları ile desteklenmelidir. Arteriyel kan gazı; hipoksemi derecesini belirlemede oksijen ihtiyacı veya mekanik ventilasyon ihtiyacını belirlemede yardımcıdır. Ancak akut dispnede normal olabilir. Serum elektrolitleri; etyolojide hipokalemi, diabetik ketoasidoz, hipokalsemi nedenleri ortaya çıkarmada yarar sağlar. Kardiyak markerler, pulmoner emboli ve MI düşünülen hastalarda yardımcı laboratuvar çalışmalarıdır. EKG;

kardiyak hastalık ve pulmoner emboli öyküsü olanlarda yardımcıdır. Akciğer grafisi pnömotoraks, pnömoni, akciğer ödemi, ateletazi gibi hastalıkların bulgularını direk gösterebilir(15,16). Dispne nedeni üst havayollarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülüyorsa laringoskopi, bronkoskopi, lateral servikal grafi kullanılabilir(4).

Fonksiyonel değerlendirme

Dispne ölçülebilir bir semptomdur. Ancak nefes darlığının kompleks etyolojisi ile altta yatan farklı patofizyolojik ve psikososyal mekanizmalar nedeniyle dispne ölçümü oldukça zordur. Dispnenin değerlendirilmesi; hastaların tanılanmasında, bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde ve tedavinin planlanmasında önemli bir girişimdir. Dispnenin derece ve şiddetini veya günlük yaşam aktivitesine etkisini değerlendirmek için geliştirilen çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bazıları ; Görsel analog skala (VAS) – dispne, Modifiye Borg Dispne Ölçeği, Modifiye Medical Research Council (mMRC), Sayısal derecelendirme skalası (NRS-) dir. Ayrıca, hastalığa spesifik olarak kullanılan St.George's Solunum Anketi (SGRQ), Kronik Solunum Hastalığı Anketi (CRQ) ve Kanser Dispne Ölçeği (CDS) puanlama ölçekleri bulunmaktadır(4,17).

Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ): Tanaka ve ark. tarafından Japonya'da 2000 yılında geliştirilen ölçek 12 maddeden ve anksiyete, çaba, rahatsızlık duygularından oluşan 3 alt boyuttan oluşmaktadır (18). KDÖ dispnenin çok boyutlu değerlendirilmesini sağlayan ilk araçtır (18). Kanseri dispne ölçeği'nin Türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi'ni 2012 yılında Deniz Ezgi Çakmak, Prof. Yasemin Tokem danışmanlığında İç Hastalıkları yüksek lisans tezi olarak yapmıştır(4).

Farmakolojik Tedaviler

Opioidler: Morfin oral, sublingual, subkutan olarak veya oral transdermal fentanilin formunda kullanılır. Santral güdünün baskılanması, Egzersiz ve istirahatte oksijen tüketiminin azaltılması, Nefes darlığının santral algılamasının değiştirilmesi ve azaltılması ile dispneyi yönetmekte yardımcı olduğu düşünülmektedir. Opioidlerin gerek malign gerekse non-malign akciğer hastalıklarında nefes darlığı üzerindeki olumlu etkileri metaanalizler ve randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir(2,4,17,19).

Kortikosteroidler: Radyoterapi ve/veya kemoterapi alan hastalarda pulmoner toksisite sonucu oluşan dispnelerin kontrolünde sistemik steroidlerden yararlanılır. Kortikosteroidler mukus üretimini azaltır, hava yolu mukozasındaki inflamasyonu düzeltir(4,5),

Bronkodilatatörler ya da adrenerjik antagonistler: Bronkodilatatörlerin solunum çabasının azalmasına yardımcı olduğu ve soluk alamama üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir(4,5,19).

Benzodiazepinler: Direkt olarak dispneyi azaltmazlar, ancak

dispneye bağlı oluşan anksiyetenin giderilmesinde etkili olurlar. Midazolamın nefes darlığının kontrolünde morfinin etkisini artırdığı bildirilmektedir (4,5, 17,19).

NONFARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Oksijen tedavisi: İstirahatte, hipoksemisi olan hastalarda uzun süreli oksijen tedavisi nefes darlığını azaltmakta fakat terminal hastaların çoğunluğunun yaşadığı dispne hipoksemik değildir ve semtomatik olarak yararlanacaklarına dair yeterli çalışma bulunmamaktadır(19,20). Bazı hasta ve hasta yakınlarında güvenlik hissi yaratsa da tedavinin yan etkileri açısından dikkatli kullanılmalıdır. Oksijen tedavisinin olası yan etkileri nazal kuruma, karbondioksit retansiyonu, oksijen toksisitesi ve atelektazidir(21).

Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV) : Akciğer gaz değişimini hızla düzeltmekte, santral ve periferel perfüzyona yardımcı olmakta, solunum kaslarının iş yükünü azaltmaktadır. Mortalite üzerine etkisinin olmaması, ajitasyon, aspirasyon, ciltte ülserasyon gibi olası yan etkilerinin olması nedeniyle kullanımı sınırlı olduğu savunulmaktadır(21). Solunum yetmezliği olan son dönem 200 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bir grup hastaya oksijen tedavisi uygulanır iken diğer grupta oksijene ek olarak bilevel pozitif hava basıncı (BPAP) uygulanmış. NIMV kullanılan grupta dispne skorunda düzelme, morfin ihtiyacında azalma ve kan ph'ında düzelme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(22).

Yüz soğutma (fan tedavisi): Bir fan kullanılarak yüze soğuk hava üflenmesi ile rahatlatılabilir. Yüz bölgesinde bulunan mekanoreseptörlerin uyarılması veya cilt yüzeyinde sıcaklığın düşürülmesi trigeminal sinirin 2. ve 3. dallarına etki ederek uyarır, bu durum nefes darlığı hissini azaltarak hastalar üzerinde pozitif etkiye sahiptir. Hiçbir yan etkisi olmayıp, kolay, ucuz, küçük ve hastaların kendi başlarına da uygulayabileceği bir tedavidir (4,19,20).

Solunum egzersizleri

Pursed lips solunum; kollaps nedeniyle soluk verme sırasında küçük havayollarında hava birikmesini önler ve alveollerdeki gaz değişimini artırır. Şu şekilde uygulanır: Ağız kapalı olacak şekilde burundan hava alınır, dudaklar ıslık çalar-öper gibi büzülerek hava ağız yolu ile verilir. Hava dışarı verilirken kullanılan süre havayı inhale ederken kullanılan zamanın iki katı olacak şekilde ayarlanır. Hava 2 saniyede alınır, 4 saniyede verilir (4).

Diafragmatik solunum: Bu göğüs duvarı hareketi ve ventilasyon dağılımını iyileştirmeyi, solunumun enerji harcamasını ve dispneyi ve yardımcı solunum kası aktivitesini azaltmayı ve egzersiz kapasitesini artırmayı amaçlar. Bir el kaburgaların hemen altına mide üzerine ve diğer el göğüsün ortasına yerleştirilir. Hastaya karın bölgesinde şişkinlik hissedinceye kadar burundan yavaş ve derin bir nefes alması söylenir. Karın bölgesi

nefes inspirasyonda genişlemeli ve ekspirasyonda küçülmelidir. Nefes karın kaslarında gerilme hissedilinceye kadar dudaklar büzülmüş durumda verilir.(2,4).

DİSPNESİ OLAN HASTANIN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Dispne yönetiminde hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri amaçlanmaktadır.

Hemşire; solunumun niteliği ve kalitesini hız, ritim ve derinlik yönünden değerlendirmek, göğüs hareketleri şekil bozukluğu, yardımcı kasları kullanımı, sekresyonu miktar, renk ve yoğunluk açısından incelemek, konuşabilme durumu, bilinç düzeyi ve dispneyi değerlendirebilmek için basit ve anlaşılır bir ölçek kullanılmalıdır(2,4,19).

Çok sayıda hemşirelik girişimi bireyi rahatlatılabilir; Hastaya uygun pozisyon vermek; Fowler/semifowler/ortopne pozisyon vermek, yatağın başucunu yükselterek, hastayı oturtup, kollarını masasının üzerine koyarak dinlenmesini sağlamak, iki saatte bir pozisyonunu değiştirmek, Solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak, Yeterli hidrasyonu sağlamak, Gerekirse hava yollarını aspire etmek, Ortamın nemli olmasını sağlamak, Ağız bakımı vermek, Yorucu aktivitelerden ve egzersizlerden kaçınmasını sağlamak, Hasta yalnız bırakmadan ve sık sık gözlemlemek, günlük aktivitelerine destek olmak Hastaya rahat, sakin ve sessiz bir ortam sağlamak ve ziyaretçileri kısıtlamak, panik ve stres yönetimi için destek olmak, Hastaya dispne ve bununla bağlantılı olarak ölüm korkusunu yenmede yardımcı olmak, Birçok hastada görülen, genel durumun hızla kötüleşmesi ve akciğer kanseri tanısına bağlı gelişen travmaya karşı, hastaların tutum almalarını sağlamak, Güvenli ve destekleyici bir ortamda hastaya korkularını açıklama olanağı sağlamak, Hastanın ve ailenin negatif duyguları ve algılamalarını açığa çıkarmak(2,4,19,23,24,25).

Kompleks tepkiler gösteren, komplike bir sorun olan dispneyi tanımlamanın ve sınırlandırmanın güç olduğu; aynı şekilde girişimlerin de komplike olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle girişimlerin eğitiminde, ayırt edici elementlerin sorgulanması, öğretilen becerilerin sayısı ve daha sonra bu becerilerin her bir hasta için farklı olan yaklaşımlara integre edilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A, Solunum Sistemi ve Hastalıkları, İstanbul Tıp Evi, 2010, sy:180-184
- Palyatif Bakım Septom Yönetiminde Klinik Yaklaşım, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 2015, İzmir
- Dyspnea Mechanisms, Assessment, and Management: A Consensus Statement. American Thoracic Society. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1999, 159;1, 321-340
- Çakmak, D. E., Kanser Dispne Ölçeği'nin Türk Kanser

- Hastalarında Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir,2012
5. Akyolcu, N, Kanser Hastalarında Dispne ve Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2012, 6(1), 1-7.
 6. Kvale, PA., Simoff, M., Prakash, UBS, Palliative care. Chest, Jan;2003, 123(1): 292-293
 7. Pınar G., Algier L., Çolak M., Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi , Uluslar arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi ,2008,sayı :3 cilt :18
 8. Süren M., Doğru S., Önder Y., Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümelerinin İncelenmesi, klinik çalışma, Ağrı 2015;27(1):12-17
 9. Guirimand F,Sahut d'izarn M, Laporte L, Richard JF, Sequential occurrence of dyspnea at the end of life in palliative care,according to the underlying cancer. Cancer Med 2015;4(4):532-9
 10. Aydın G., Akciğer Kanserinde Sık Görülen Semptomlar ve Tedavi Yaklaşımları ,Derleme, 2005, vol :7 sayı :2 sayfa 85-94
 11. Miaskowski C Oncology Nursing, An Essential Guide for Patient Care, Philadelphia, W.B. Saunders Co,1997, s.283.
 12. Monahan FD, Neighbors M, Medical Surgical Nursing: Foundations for Clinical Practice, Philadelphia, W.B. Saunders Co.,1998, s.639
 13. Arseven O. , Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları, Toraks Kitapları , Bursa, Ekim 2011, sayı 13
 14. Sepit D., Solunum Sisteminin Değerlendirilmesi ,Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005 ;2(2):16-19
 15. Yürütmen A.,Karcioğlu Ö., Ayrık C., Korkmaz T., Dispne : Klinik ve Patofizyolojik Özellikleri ,Akademik Acil Tıp Dergisi , 2010, sy : 9-13
 16. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu4-ppt-pdf/Ozgur_Karcioglu.pdf
 17. <http://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/tibbi-onkoloji-ozel/10-3/tr-index.html#p=85>
 18. Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Uchitomi Y. Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale, Br J Cancer ,2000,82(4):800-805.
 19. Biber Ç., akciğer kanserinde nefes darlığı <http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/1762016115348>
 20. Aydoğan F. , kanser hastalarında palyatif tedaviler, klinik gelişim , 2011,24:4-9
 21. Tiep B, Carter R, Zachariah F, Barnett M, Oxygen for end-of-life lung cancer care :managing dyspnea and hypoxemia. Expert Rev Respir Med 2013;7(5):479-90
 22. Nava S,Ferrer M, Groff P, Cosentini R, Palliative use of non-in-vasive ventilation in end-of-life- patients with solid tumours.a randomised feasibility trial.Lancet oncol 2013;14(3):219-27
 23. Sun Kapucu S. Akciğer kanserleri. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 167-170
 24. Mollaoğlu M. Akciğer tüberkülozu. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 171-179
 25. Sadırlı S., Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği , Yüksek Lisans Tezi, Edirne ,2008

BEKLENTİ BULANTI KUSMASI

CANAN YARANOĞLU

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Bulantı kusma kanser hastalarının yaklaşık %90'ının deneyimlediği, yaşam kalitesi başta olmak üzere hastaları psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen, hastaları kemoterapiyi reddetmeye kadar götürebilen ivedilikle kontrol altına alınması gereken bir semptomdur(1,2,3,4,5,7).

Beklenti bulantı kusması kanser hastalarında sık görülen bir semptomdur. Genellikle kemoterapi kaynaklı gelişen akut bulantı kusmanın gecikmiş tedavisi sonucu ortaya çıkar. Hastaların yaklaşık %20 sinde görüldüğü bildirilmiştir (1,6,7).

Kemoterapiye bağlı bulantı kusma türleri başlangıç zamanına göre üçe ayrılır:

1. Akut Bulantı Kusma: Tedaviyi takiben ilk 24 saatte görülen ve iyileşen türdür. Sebebi genellikle gastrointestinal sistemden salınan serotoninidir (2,3,4).
2. Gecikmiş Bulantı Kusma: Tedaviyi takip eden 48-72. Saatlerde başlayıp 7 güne kadar uzayabilir. Sebebi beyinde bulunan P maddesinin NK-1 reseptörlerini uyarmasıdır (2,3,4).
3. Beklenti Bulantı Kusması: Kemoterapi öncesi ortaya çıkan, önceki kemoterapi döngüleri esnasında yada geçmiş deneyimler nedeniyle (ör: gebelik hiperemizi, araç tutması vb.) şiddetli bulantı kusma yaşamış olan hastalarda görülen türdür. Nedeni beyin duyuşsal alanının (limbik sistem) bulantı kusmayı tetikleyecek mekanizmayı başlatmasıdır (1,2,4,6). Beklenti bulantı kusmasının özellikle psikolojik ve öğrenme ile ilişkili süreçlerle bağlantılı olduğu görülmektedir.

Kemoterapiye tekrar tekrar maruz kalma beklenti bulantı kusması gelişmesi riskini artırır. Bu nedenlerle beklenti bulantı kusmasını açıklarken klasik bir koşullanma olarak tanımlamak ve Pavlov'un modelini kullanmak uygun olacaktır (1,6).

Beklenti bulantı kusması genellikle antiemetik tedavisine yanıt vermez. Psikolojik ve davranışsal temeli göz önüne alındığında psikotropik ilaçlar ve davranışsal terapiler daha doğru seçe-

neklerdir (1,6,7,11). Bu tedavilere ek tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerde kullanılabilir (2).

Beklenti bulantı kusmasına yol açabilecek klasik şartlanma; Pavlov'un klasik koşullanma modeline göre koşulsuz uyarıcı (kemoterapi), koşulsuz yanıt (mide bulantısı) tedavi süreci boyunca fiziksel, duygusal ve zihinsel yaşanan şartlı beklentiler ile eşleştirilir. Koşulsuz yanıt oluşumunda kemoterapötik maddenin emetojenitesi, cinsiyet, yaş ve geçmiş tecrübeler gibi özelliklerin rol oynadığı bildirilmiştir. Ayrıca hastane personelinin hastaya verdiği eğitim, diğer hastalarla olan etkileşim, aile ve arkadaşlar gibi sosyodemografik özellikler de etkilidir (1,6). Görüldüğü üzere beklenti bulantı kusmasının gelişiminde hem iç hem dış faktörler etkili olmaktadır. Tedavi esnasında hasta bu özellikleri tanımlaması için teşvik edilir ve desteklenmelidir, risk faktörleri kapsamlı bir şekilde taranmalıdır ve bu faktörler değerlendirilerek seçenekler planlanmalıdır (1,6).

Tedavi süreci ile ilgili faktörler; beklenti bulantı kusmasının Pavlov'un teorisine göre merkezi sinir sistemi içerisinde gerçekleştiği varsayılmıştır. Bulantı beklentisinin gelişimi muhtemelen kemoterapi kaynaklı akut bulantı kusmanın zayıf tedavisi ile ilişkili olabilir (1,6).

Beklenti bulantı kusmasının fizyopatolojisi çok karmaşık bir ağa sahiptir. Semptomun gelişiminde rol alan ağlar;

- a. Bulantı kusma merkezi (VC),
- b. Kemoreseptör tetikleme bölgesi (kemoreseptör trigger zonu) (CTZ),
- c. Gastrointestinal sistem, vagal sinir,
- d. Gastrointestinal sistem yapısındaki hücreler olarak sıralanabilir.

Kemoterapötik ajanlar gastrointestinal sistemi kaplayan mukosa hücreleri için toksiktir ve onları dopamin, serotonin (5-HT), P maddesi (SP), asetikolin, histamin ve gama-aminobütirik

(GABA) gibi nörotransmitteri salmaya teşvik eder. Bu nörotransmitterler uygun reseptörlere bağlanarak abdominal vagal sinirleri aktive ederler. Bu uyarılar kusma merkezini tetikler ve tüm bunların sonucunda bulantı kusma görülür (1,2,3,4).

Genel olarak beklenti bulantı kusmasının tedavisi için en iyi yöntem, akut bulantı kusmanın yani ilk maruziyet sonrası semptomun oluşumunu önlemek, gelişti ise iyi tedavi etmektir.

Beklentisel bulantı kusmada kanıta dayalı tedavi yaklaşımlarına bakıldığında, çoğunlukla davranışsal terapiler üzerine çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Fakat kanıtların semptomun kontrol altına alınmasında tavsiye etmek için yetersiz olduğu belirtilmektedir (6,8)

Beklenti bulantı kusması yönetimi için rehberlerde önerilen yol genellikle şemadaki gibidir.

BEKLENTİ BULANTI KUSMASI YÖNETİMİNDE SIKLIKLA ÖNERİLEN TEDAVİ YÖNTEMLERİ
Anahtar: Tedavinin her siklusunda optimal antiemetik tedavisini uygulayınız.
Davranışsal terapiler: Gevşeme Egzersizleri /Hayal kurma- Düşleme Hipnoz Müzik terapi
Akupunktur/ Akupresur
Anksiyolitik terapi (ör: Alprazolam, Lorazepam)

NCCN Guidelines Version 2.2017

Beklentisel bulantı kusmasının tedavisinde diğer bulantı kusma türlerinde olduğu gibi 5-HT3 reseptör antagonistleri, Kortikosteroidler, NK1 reseptör antagonistleri ve Benzodiyazepinleri içeren farmakolojik rejimler kullanılır (3,4,8).

Davranışsal Tedavi Yöntemleri: Daha önceden de belirtildiği gibi davranışsal ve psikolojik müdahaleler tedavide en iyi seçenek olarak kalmaya devam etmektedir çünkü beklenti bulantı kusması koşullandırılmış bir fenomendir. Gevşeme egzersizleri, hayal kurma/düşleme tekniği, sistematik duyarsızlaştırma, hipnoz, akupunktur/akupresur gibi davranışsal terapilerin anksiyete düzeylerini azaltmada etkili yöntemler olduğu bildirilmektedir (1,6,8,11).

Gevşeme Egzersizleri: Gevşeme egzersizleri kaslar üzerinde bilinçli bir gevşeme sağlar. Bu egzersizlerin eğitiminde çeşitli kas gruplarını germe ve ardından gevşetme yöntemi hastaya öğretilir. Bu egzersizler, kişi kendini gergin ve huzursuz hissettiğinde ve olumsuz deneyimler yaşadığında ve anksiyete seviyesi yükseldiğinde kullanılabilir.

Biyolojik geri bildirim; görüntü ve rahatlama; hastalarda rahatlama sağlamak ve beklenti bulantı kusması şiddetini azaltmak için kullanılan yönlendirilmiş görüntüler, gevşemeyi teşvik edecek şekilde dizayn edilmiş zihinsel bir resim oluşturma yöntemidir. Bu yöntem gevşeme teknikleriyle birleştirildiği zaman etkinliğinin arttığı bildirilmiştir(1,4,6,11).

Sistematik duyarsızlaştırma; öğrenme temelli çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan bu yöntemin beklenti bulantı kusması gibi öğrenilmiş klasik koşullanma tabanlı bir semptomun kontrolünde kullanılması etkili sonuçlara yol açmıştır. Literatürde hastaların yarısından fazlasının bu yöntemden fayda sağladığı bildirilmiştir. Genellikle korku ve fobilerin tedavisi için kullanılan yöntem, şartlı cevabın oluşmasını önlemek amaçlıdır (1).

Gölgeleme tekniği; hastaya hoşnutsuz mesela tuzlu bir içecek içirerek ve bulantı kusma beklentisini gölgeleme yöntemidir (1).

İyimserlik/olumlu düşünme; hastaların hastalık ve semptomlara karşı olumlu ve iyimser tutumunun hem önemli hem olumlu bir etkisi olduğu bildirilmektedir (1,6).

Müzik terapi; kanser hastalarında, gevşeme sağlamak, konforu arttırmak, tedaviye bağlı stresi, ağrıyı, depresyonu, kan basıncını, anksiyete, bulantı ve kusmayı azaltmak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Müzik yavaş, yatıştırıcı bir ritimde, kısık bir tonda olmalıdır (1,4,8)

Hipnoz: Hipnoz durumu kontrol etmek için kullanılan psikolojik bir tekniktir. Öneriler yoluyla değişmiş bir bilinç hali uyandırılır. Hastalara dünyalarını düşünmek, görmek ve yaşamak için farklı yollar gösterilir. Kanser bakımında 200 yıldan daha fazla bir geçmişi vardır. Literatürde hipnoz tedavisinin erişkin ve çocuk hastalarda etkin bir yöntem olduğu bildirilmekte ve ağrı gibi diğer semptomlar içinde önerilmektedir. Ayrıca hastalara kendi kendine hipnoz teknikleri öğretilir ve kendi sağlıklarını yönetmeleri için teşvik edilmiş olur (1,4,11).

Akupunktur/akupresur: Bulantı kusma tedavisinde yararlı olduğu düşünülen perikard 6 (P6 veya neiguan) bölgesini uyararak için çeşitli teknikler kullanılmıştır. Bunlara ince iğnelerin yerleştirilmesi akupunktur tekniği olarak adlandırılır. İğne, ısı ve bantlar kullanılarak uygulanan yöntemin amacı dengeli bir enerji durumu yaratmaktır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda bu yöntemin hastaların beklenti bulantı kusması kontrol altına almakta etkili olduğunu daha az antiemetik kullandıkları ve yaşam kalitelerini yükselttiği bildirilmiştir (2,3,12). Akupresur ise bedenin belli bölgelerindeki noktalara parmak basıncı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. "İğnesiz akupunktur" olarak tanımlanan akupresur tedavisinde de, akupunkturdaki gibi vücudu meridyenler ve belli noktalara ayırıp iyileştirmek esastır (12).

KAYNAKLAR

1. Kamen c.,Tejani MA.,Chandwani K.,Janelsins M.,Peoples AR.,Roscoe JA.,Morrow GR., Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy, *European Journal of Pharmacology*,2014,722:172-179
2. Molassiotis A.,Aapro M.,Dicato M.,Gascon P., Novoa SA., Isambert N., Burke TA.,Gu A.,Roila F.,Evaluation of Risk Factors Predicting Chemotherapy-Related Nausea and Vomiting:Results From a European Prospective Observational Study, *Journal of Pain and Symptom Management*,2014,47(5)839-48
3. Onkoloji Hemşireliği Derneği Kurs Kitabı, Ankara,2017
4. Arslan M.,Meme Kanserli Kadın Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı, Kusma ve Öğürme Üzerine Zencefil Kullanımının Etkisi., Doktora Tezi,2014
5. Neylon EA.,Butzen EL.,Converse JL.,Cook VS.,Halsema KA.,Koomen SM.,Lichtenstein EA.,Sherwood K.,Updates in Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting:The Oncology Nurse Practitioner's Perspectives,Seminars in Oncology Nursing,2016,32(2)
6. Molassiotis A.,Lee PH.,Burke TA.,Dicato M.,Gascon P.,Roila F.,Aapro M., Anticipatory Nausea, Risk Factors, and Its Impact on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Results From the Pan European Emesis Registry Study, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2016,51:987-93
7. Sommariva S.,Pongiglione B.,Tarricone R.,Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: A systematic review, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*,2016, 99:13-36
8. NCCN, Clinical Practice Guidelines in Oncology,Antiemesis,Version 2.2017,www.nccn.org/patients
9. Walsh D.,Davis M.,Ripamonti C.,Bruera E.,Davies A.,Molassiotis A.,2016 Updated MASCC/ESMO Consensus Recommendations:Management of nausea and vomiting in advanced cancer, *Support Care Cancer*,2017, 25:333-340
10. Bedük T.,İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları,Ankara,2016
11. Kravits KG.,Hypnosis for the Management of Anticipatory Nausea and Vomiting, *J Adv Pract Oncology*,2015,6:225-229
12. Eghbali M.,Yekaninejad MS.,Varaei S.,Jalalinia SF.,Samimi MA.,Sa'atchi K.,The Effect of Auricular Acupressure on Nausea and Vomiting Caused by Chemotherapy Among Breast Cancer Patients, *Complementary Therapies in Clinical Practice*,2016, 24:189-194.

KANSER TEDAVİSİNDE YENİLİKLER: İMMÜNOTERAPİ

MİNE BULUŞ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, ANKARA

Kanser, bir organizmadaki hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan, genetik ve çevresel koşulların etkisi altında olan kompleks bir hastalıktır. Kanser tedavisinde radyoterapi, kemoterapi, cerrahi ve immünoterapi gibi yöntemler tek başına veya birlikte kullanılabilirler. Son günlerde immünoterapi çalışmaları diğer tedavilere oranla daha çok ön plana çıkmıştır. İmmünoterapi, vücudun bağışıklık sistemini, kanserli hücrelere karşı daha kesin, etkili ve daha güçlü saldırılar yapacak şekilde yükselterek kanserli hücrelerin büyüme ve yayılmasını durdurmayı veya tamamen ortadan kaldırılmasını amaçlar. İmmünoterapi ayrıca biyoterapi, biyolojik tedavi, immüno-onkolojik tedavi veya tümör immünoterapisi olarak adlandırılmaktadır.

Teorik olarak immün sistem kanser hücrelerini tanıyıp yok eder. Bazen kanser hücreleri immün sistemden kaçabilir. Sonuç olarak organizmada kanser oluşur. İnsan vücudunda kansere karşı savaşan çok sayıda hücre bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri T hücreleri ve makrofajlardır. Ancak kansere karşı savaşan bu hücrelerin aktivasyonu bir noktaya kadar olabilmekte ve o noktada durmaktadır. İmmünoterapi bu noktada devreye girmektedir.

İmmünoterapiler iki grupta incelenir:

- Pasif İmmünoterapi:** Kendi savunma sistemimizde yer alan hücre veya vücudun ürettiği konvansiyonel silahlarla kanser hücrelerine direkt saldırı hedeflenir. (Sitokinler ve monoklonal antikorlar)
- Aktif İmmünoterapi:** Kanser antijenini çeşitli yollarla bağışıklık sistemine tanıtarak kanser hücresine güdümlü konak savunma sistemi oluşturmak hedeflenir. (Kanser aşılı)

Tarihçe

1890'da Dr. William Coley, ölü streptococcus pyogenes bakterilerinin çeşitli kanser türlerine sahip hastalara verilmek suretiyle hastanın bağışıklık sistemi tarafından tümör nekroz faktörü

(TNF) üretmesini sağladı ve kanserin geçici de olsa yok edilebileceğini gösterdi. 1957'de Dr. Thomas ve Burnet, vücudumuzda kanseri tanıyıp öldürebilecek akyuvarların bulunduğunu ve tedavilerde kullanılabileceğini öne sürdü. 1970'li yıllarda bakterileri kullanarak kanseri tedavi etme çalışmaları tekrar hızlandı. Tüberküloz aşısının mesane kanseri tedavisinde çok etkili olduğu görüldü. (BCG aşısı). 1976'da bağışıklık sistemi hücreleri olan T hücrelerinin gelişip çoğalmasını sağlayan İnterleukin-2 (IL-2) proteini keşfedildi. IL-2 proteinlerinden oluşturulan ilaç, 1990'lı yıllarda onay alarak böbrek ve deri kanserlerinde kullanılmaya başlandı. 1990'larda Prof. James Allison **CTLA-4** adı verilen özel bir biyolojik molekül ilgisini çekti. Allison ve arkadaşları yaptıkları çalışmada T hücreleri olarak adlandırılan, bağışıklık sisteminin en önemli hücrelerinin üzerinde olan bu molekülün, T hücrelerinin aktivitesini frenleyerek **bağışıklık sistemini kansere karşı susturduğunu** kanıtladı. 2000'lerin başında Steven Rosenberg'in öncülüğünde kansere karşı hücresel tedavi yöntemi geliştirildi. Hastanın kendi bağışıklık hücreleriyle kanseri tamamen yok edebileceğinin gösterilmesi, immünoterapi tedavilerinin altın çağının başlamasına sebep oldu. 2010 Sipuleucel-T (provenge), 2011'de anti CTLA-4 İpilimumab ve 2014'te Nivolumab ve pembrolizumab onay aldı.

Kanserde İmmünoterapi Tedavi Yöntemleri

İmmünoterapi tedavisini 8 grupta inceleyebiliriz.

- Sitokinler (İnterlökin, İnterferon, Büyüme faktörleri)
- Monoklonal antikorlar
- İmmüno-modulator ilaçlar (Thalidomid, Pomalidomid, Lenalidomid)
- Kontrol noktası inhibitörleri
- Kanser aşılı
- Car T cell tedavisi
- Onkolitik virüs tedavisi
- Gen tedavisi

Sitokinler , monoklonal antikorlar ve immünomodülatör ilaçlar günlük pratiğimizde sık kullandığımız ilaçlar olduğu için sunumda yer almayacaktır.

2011 de ilk kontrol noktası inhibitörünün onaylanması ile bu alanda çalışmalar hızlandı.Yeni ilaçlar ,yeni yaklaşımlar ve yeni çalışmalar günlük pratikte kullanılmaya başlandı.Bu nedenle Amerikan Science dergisi 2013 yılını "İmmünoterapi" yılı olarak kabul etmiştir.Yeni ilaçlar ve yeni tedaviler klasik kemoterapi tedavisinden farklı uygulama şekilleri ve kendilerine özgü yan etkileri ile dikkat çekmektedir.

Kontrol Noktası İnhibitörleri (Immun Check Point Inhibitors)

Kontrol noktaları, bağışıklık sistemin vücuttaki normal hücreleri diğer savaşılacak hücre ve antijenlerden ayırmakta görevli kısımdır. Bu kontrol bağışıklık sistemini aktive eder veya zararsız olarak algılayıp savaşı engeller. Kanser hücreleri kontrol noktalarından kaçmak için değişik yöntemler geliştirebilirler.

√ CTLA-4 (Cytotoxic T lymphocyte associated antigen -4):

Bu protein vücutta T hücrelerinin yüzeyinde bulunur .Normalde, vücuttaki diğer hücrelerin yabancı olarak algılanmasını kontrol edip sağlıklı hücrelerle bağışıklık hücrelerinin savaşını engeller. Dentritik hücreler veya antijen sunan hücrelerdeki ligandlara bağlandığında immün sistemin aktivasyonu inhibe olur. Bir çeşit fren görevi görür. İlk onaylanan ilaç melanomda İpilimumab (Yervoy) adlı ilaçtır.İpilimumab liganda bağlanmayı engelleyerek immün sistemin fren mekanizmasını ortadan kaldırır. Anti tümoral etki artar. Bunun yanı sıra immünolojik aktivasyon otoimmün yanıtı da artırabilir.İlacın yan etkileri otoimmün olayların artışı şeklinde görülebilir. Otoimmün gastroenterit, hepatit, endokrinopatiler, tiroid fonksiyonu bozuklukları, vitiligo gibi durumlar gelişebilir.

√ PD-1 (Programmed Death-1)

Programlanmış hücre ölüm proteini olarak da bilinir ve immün sistem hücrelerinin yüzeyinde bulunan bir reseptördür . Bu reseptöre kanser hücresinden salınan PD-L1 ve PD-L2 adlı protein yapısındaki ligandlar bağlanarak kansere yönelik immün sistemin fren mekanizmasını çalıştırır. Pembrolizumab ve Nivolumab bu protein yapıları bağlanarak immün sistemin fren

mekanizmasını bozar. Serbest kalan immün hücreler kanseri tanımak ve yok etmek üzere harekete geçer.

√ PD-L1(Programmed death-Ligand 1)

Hem bağışıklık sistemi, hem kanser hücrelerinin yüzeyinde bulunan protein yapıda bir uyarıcı moleküldür ve PD-1 reseptörüne bağlandığında, bağışıklık sistemi hücrelerini pasifleştirir. PD-L1'in PD-1'e bağlanmasını engelleyen ilaç Atezolizumab'dır (Tecentriq).

Kontrol noktası inhibitörleri ve endikasyonları aşağıda sıralanmıştır:

1. **Malign melanom** (İpilimumab 2011, Nivolumab ve Pembrolizumab 2014)
2. **Akciğer kanseri**, (Nivolumab ve Pembrolizumab 2015)
3. **Böbrek (renal hücreli) kanser**, (Nivolumab 2015)
4. **Hodgkin lenfoma**, (Nivolumab 2016)
5. Mesane Kanseri (Atezolizumab 2016)
6. **Baş ve boyun kanserleri** (Pembrolizumab 2016)

KANSER AŞILARI

Kanser aşılarını iki grupta inceleyebiliriz:

1-Önleme aşısı:

Belirli tip kanserin veya bazı diğer kanser ile ilişkili hastalığın gelişimini önlemek için hiçbir kanser belirtisi olmayan kişilere yapılır. Gardasil ve Cervarix , kişinin servikal kansere ve bazı başka kanser tiplerine yol açtığı bilinen bir virüs olan insan papilloma virüsüyle (HPV) enfekte olmasını önleyen onaylı aşılardır.

2-Tedavi aşısı.

Vücutun immün sistemini kanser hücrelerini tanımada ve yok etmede eğiterek kanserle mücadelede, immün sisteme yardım etmeyi hedeflemektedir. Şu anda, Sipuleucel-T (Provenge) ABD'de onaylanmış tek tedavi aşısıdır. Metastatik prostat kanserini tedavi etmek için tasarlanmıştır.

Son günlerde Küba aşıları olarak bilinen Vaxira ve Cimavax hastalarımızın ilgisini çekmektedir.Küba ve Arjantin'de piyasada olmasına rağmen henüz FDA onayları yoktur.

Tümör Hücre Aşıları: Bu tür aşılarda hastanın kendisine ait

Günlük pratiğimize giren yeni ilaçlar ve yan etkileri tablo 1 de gösterilmiştir.

Check-point	İlaç	Endikasyon	Yan etki
CTLA-4	İpilimumab (Yervoy®)	Melanom	*Döküntü,kaşıntı,diyare(kolitis), hepatit, endokrinopati,nörotoksisite, pankreatit, hematolojik toksisite
PD-1	Nivolumab (Opdivo®)	NSCLC, Melanom, RCC,HL	*Diyare(kolitis),hepatit,endokrinopati,pnömonit, pankreatit,
PD-1	Pembrolizumab (Keytruda®)	NSCLC, Melanom, SCC, Baş-boyun kanseri	*Vitiligo,hepatit,endokrinopati, pnömonit,panreatit,diyare(kolitis)
PD-L1	Atezolizumab (Tecentriq®)	Mesane kanseri, NSCLC	*Yorgunluk,bulantı,anoreksi,kaşıntı, döküntü,diyare(kolitis),endokrinopati

Based on information from Becze, 2016; Friedman et al., 2016; Peterson & Steele-Moses, 2016; Rosenberg et al., 2016.

NSCLC:Küçük hücreli dışı akciğer kanseri SCC:Squamöz hücreli kanser HL:Hodgkin lenfoma RCC:Renal hücreli kanser.

kanser hücreleri, cerrahi ile çıkartıldıktan sonra hastanın bağıışıklık sistemi tarafından daha fazla tanınıp yok edilmesi için laboratuvar ortamında bir takım değişikliklere uğratarak hastaya tekrar enjekte edilir. Hastanın bağıışıklık sistemi bu değiştirilmiş kanser hücrelerine ve yapısal olarak benzer vücuttaki diğer kanser hücrelerine saldırır. Tümör hücre aşılmasının çoğu hastanın kendisinden elde edilen otolog aşılardır ve cansız tümör hücreleri kullanılır.

Antijen Aşılar: Bu aşılarda bütün tümör hücrelerinden farklı olarak, sadece tek veya az sayıda antijene karşı bağıışıklık sisteminin kuvvetlendirildiği aşı tipleridir. Bu tür aşılarda kanserin belirli bir tipine spesifik olabilir, ancak otolog aşılardaki gibi hastaya spesifik değildir.

Dendritik Hücre Aşılarda: Dendritik hücreler vücutta bağıışıklık sisteminin, kanser hücrelerini tanımaya yardım eden özel bağıışıklık sistem hücreleridir. Bu hücreler kanser hücrelerini antijenleri içeren küçük parçalara ayırırlar ve yine bağıışıklık sisteminin T hücrelerine sunarlar. T hücreleri tanıdıkları bu antijenleri taşıyan vücuttaki her hangi bir hücreye karşı bağıışıklık cevabını başlatırlar. Dendritik hücre aşılarda otolog aşılardır, hastanın kendisinden elde edilirler ve her bir hasta için bireysel olarak yapılması gerekir.

Vektör (taşıyıcı) temelli aşılarda: Vektör olarak isimlendirilen iletimde daha etkin olduğu gösterilmiş özel taşıma sistemleri kullanılır. Vektör olarak virüsler, bakteriler, maya hücreleri veya diğer yapılar vücuda antijen sunmakta kullanılabilirler. Vektörler kullanılarak birden fazla kanser antijeni aynı anda verilerek vücudun oluşturduğu bağıışıklık cevabının artması sağlanır. Ayrıca taşıyıcı olarak kullanılan virüsler ve bakteriler bağıışıklık cevabını tetikleyerek daha güçlü olmasını sağlar. Beyin tümörleri, meme kanseri, rahim ağzı kanseri, barsak kanserleri, böbrek tümörleri, akciğer kanseri, lenf bezi kanserleri, pankreas ve prostat kanserleri ve nevus kanserlerinde etkinlikleri denemektedir.

- CAR-T cell tedavisi

CAR-T hücre tedavisi, immünoterapi tedavilerinin içinde geliştirilmeye en açık yöntem olarak sayılabilir. Bu yöntemin en güçlü yanı kanserli hücreyi tanıyabilmesine sebep olan özellikleri DNA transfer yöntemiyle T hücrelerinin genomuna işleyebiliyor olmasıdır. İlk CAR-T hücresi 1989'da kurulan Dr. Zelig Eshhar ve ekibi tarafından üretildi. Bu tedavide hastadaki T hücreleri toplanarak laboratuvar ortamında tekrar programlanır ve hastaya tekrar aşılanır. Böylece kanser hücrelerine yönlendirilmiş bağıışıklık hücrelerince kanser hücreleri yok edilir.

- Onkolitik Virüs Tedavisi

Bu tedavi, kanser hücrelerini yok etmek için genetiği değiştirilmiş virüslerin kullanıldığı immünoterapinin yeni bir türüdür. Onkolitik virüsler, sağlıklı hücrelere zarar vermeden spesifik olarak tümör hücrelerini hedef alarak onları yok ederler. Bu özellikleri ile bir çok kanser türünde etkin bir tedavi ajanı olarak kullanılmaya potansiyelleri söz konusudur. Tümör hücrelerini direkt olarak infekte ederek lizise neden olur. Tedavide kullanılan virüs, Talimogene Laherparepvec kısaca T-Vec terapi olarak 2015 te onay almıştır. Bu virüs, herpes simplex virüsünün genetik olarak değiştirilmiş bir versiyonudur.

- Gen Tedavisi:

Genler, DNA üzerinde sıralı olan ve kodladıkları proteinler sayesinde hücre döngüsünü ve metabolik işlevleri kontrol eden en küçük kalıtsal birimlerdir. Genlerin mutasyonları nedeniyle fiziksel değişikliklere uğraması ve yapısında meydana gelecek değişiklikler nedeniyle hücre metabolizması ve döngüsü bozulabilmektedir. Bu nedenle işlevi bozuk, eksik veya fazla olan genlerin gen terapi yöntemleriyle düzeltilmesi ve kanser de dahil olmak üzere birçok hastalığın tedavisine kullanılması son yıllarda giderek artan bir ivme ile devam etmektedir.

Sonuç olarak kanser tedavisinde etkin olabilmek, doğru hedeflere yönelecek özel tedavi yöntemlerinin geliştirilmesiyle mümkündür. Kanser nedeninin iyi anlaşılması ve bu özellikli tedavi yöntemlerinin klinik araştırmalarla uygulanabilirliğinin ve faydasının gösterilmesi daha önceleri tedavi edilemez gibi görülen birçok kanser hastasına yeni ufuk açmıştır. Klasik tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda hastanın yaşam beklentisine destek sağlanmıştır. Onkoloji alanında çalışan hemşireler olarak, yeni tedavi modaliteleri hakkında gelişmeleri takip ederek kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini uygulamalıyız.

KAYNAKLAR

1. Immunotherapy in Cancer Treatment, Gail Wilkes, Editor: Marlene SanFilippo, Editors In Chief: Dawn Camp-Sorrell; Rebecca Hawkins, www.inpractice.com, erişim:01/02/2018
2. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity, Management Working Group, Puzanov et al. Journal for Immunotherapy of Cancer (2017) 5:95, DOI 10.1186/s40425-017-0300-z
3. Burak Barbaros, Miriş Dikmen, Kanser İmmünoterapisi, Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 31(4):177-181
4. Cancer Immunotherapy, An evidence-based overview and implications for practice Virginia Bayer, Beau Amaya, Diane Baniewicz, Colleen Callahan, Lisa Marsh, Asia S. McCoy, - Supplement To Volume 21, Number 2, Clinical Journal of Oncology Nursing

TÜRKİYE'DE ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ VE ARAŞTIRMA: NE YAPILDI? NELER YAPALIM?

NEŞE UYSAL

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI

Hemşirelik alanında yapılan araştırmalar hemşirelere hasta bakımı, eğitimi ve yönetimi gibi çeşitli alanlardaki katkı sağlamakla birlikte, hemşirelik uygulamalarının gelenekselden ziyade kanıtlara dayandırılmasını da sağlamaktadır. Onkoloji hemşireleri günümüzde tanı ve tedavi sürecinden palyatif bakıma kadar her aşamada aktif olarak rol almaktadır ve kanseri önleme, erken teşhis ve psikolojik bakım gibi tüm alanlarda hemşirelik araştırmaya duyulan gereksinim artmaktadır. Ülkemizde onkoloji hemşireliği alanında özellikle son 20 yılda çok sayıda araştırma ve tez çalışmasının yapılmıştır. Türkiye'de onkoloji alanında yapılmış olan ve 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış hemşirelik araştırmalarının incelendiği çalışmada, araştırmaların %66'ı tanımlayıcı olduğu, %38'inde bütün kanser türleri örnekleme dahil edildiği, tamamına yakınında yetişkin hastalar ile çalışıldığı, en çok çalışılan konunun semptomların tanımlanması ve semptom yönetimi ile ilgili olduğu saptanmıştır.

Semptom araştırmaları geçmişte ve günümüzde onkoloji hemşireleri için önceliğe sahiptir ve en çok araştırma yapılan konuların başında gelmektedir. Araştırmalar çoğunlukla semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve semptom yönetiminin bakım sonuçlarına etkilerinin değerlendirilmesi şeklindedir. Günümüzde hasta tarafından bildirilen semptomlar için ortak ölçüm araçlarının oluşturulması, semptom yönetimini bakıma entegre etmek için teknoloji tabanlı müdahalelerin geliştirilmesi konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Gelecek çalışmalarda semptom yönetiminin bakım üzerine etkisi, daha ileri düzey değerlendirme ve müdahaleler ve maliyet çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Yorgunluk semptomu için farmakolojik olmayan ve farmakolojik yaklaşımların kombinasyonunun tedavi etkilerini artırıp artırmadığını değerlendirmek, toplumda egzersiz müdahalelerin yaygınlaşması, psikoeğitimsel ve tamamlayıcı alternatif tedavi çalışmalarının yaygınlaşması; ağrı semptomu için özyönetim çalışmaları, psikososyal müdahaleler, ağrının önlenememesi konusunda ek çalışmalar yapılması;

uyku semptomu için; homojen hasta guruplarına odaklanması (erkekler, yaşlılar vb.), çeşitli tedavilerin etkilerini belirlemek için karşılaştırılmalı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Kanser tedavisi ile ilişkili bilişsel bozukluk en az çalışılan konuların başında gelmektedir ve bu alanda tedavi sonrası bilişsel gerileme risk faktörlerinin belirlenmesi, kognitif değişikliklerle baş etmede kanıta dayalı uygulamalar geliştirmek, nöropsikolojik değerlendirme seti geliştirilmesi, farmakolojik müdahalelerin (bilişsel eğitim, egzersiz, BDT) test edilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, kanser tedavisinin uzun vadede, geç yan etkilerinin değerlendirilmesi ve olumsuz sonuçların önlenmesi ile ilgili araştırmalar yapılması, kanser tedavisi sırasında ve sonrasında toplumsal ve mesleki yeniden bütünleşme konularına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir. Literatürde yaşam biçiminin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmaların fiziksel sonuçları ve psikolojik sonuçları iyileştirdiği, rekürrensi azalttığı ve yaşam süresini uzattığı yönünde bilgilerin olduğu ve bu alanda çalışmaların yapılması da önerilmektedir.

Kanser tedavisi tamamlandıktan sonra sağkalan bireylerle yapılan çalışmaların çoğu kanserin psikolojik etkisine veya spesifik tedavi sekellerinin tanımlanmasına odaklanmıştır (Stomatin etkisi, lenfödem, amputasyon vb.). Hayatta kalanların sayısı arttıkça ve hayatta kalma süresi arttıkça çalışılan konular hayatta kalan kişilerin sosyal yaşamı (kişiler arası, aile, iş, okul) ve cinsel sağlık durumunun incelenmesini de içerecek şekilde genişlemiştir. Psiko-onkoloji kavramının yaygınlaşması ile kanserin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını ne oranda arttırdığı belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmaların çoğunluğu betimleyici veya analitik niteliktedir ve psikososyal araştırmaların çoğunluğunun odağı meme kanserinden örneklemi içermektedir. Psikososyal konuların ve tedavi sonuçlarının ele alınması, günümüzde de ilgi alanı olmaya devam etmektedir. Gelecek araştırmalar için iki önemli alan özel nüfusa hitap

etme ihtiyacı ve sağlık eğitim/ iletişimidir. Çeşitli tedavi süreçlerinde olan, farklı etnik kökenden, düşük gelirli ya da düşük eğitim geçmişinden, kırsal kesimden sağ kalan insanlardan, yaşlılardan oluşan çeşitli topluluklar için çıktılarının araştırılması ve hayatta kalma ile ilgili konularda etkin iletişime yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir. Kanserde psikonöroimmunoloji araştırmaları yeni olmasa da, araştırmacılar, özellikle psikososyal alanda neler olup bittiğini açıklamaya çalışırken zihin-beden bağlantılarına dikkat artmaktadır.

Özyönetime ilişkin yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; son yıllarda kanserli hastalarda öz yönetim çalışmaları öncelikle semptom yönetimine odaklanmıştır. Çalışmalarda sıklıkla bireysel veya gurup eğitimi yaklaşımı kullanılmıştır. Öz yönetimi artırmak için kılavuzların kullanımı konusu çok az çalışılmıştır. Tedaviden hayatta kalmaya kadar hasta ve bakım vericilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bakım modellerinin keşfedilmesi önerilmektedir. Palyatif bakıma yönelik; yaşam sonu bakımda hastalarla etkili iletişim kurmak için modeller geliştirilmesi, karar vermeyi kolaylaştırmaya yönelik müdahalelerin araştırılması, pediatrik kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakıma odaklanması, palyatif bakım sunum modellerinin araştırılması önerilmektedir.

Bakım vericiler, ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu bakım yükü, yaşam kalitesi ve psikososyal yük (depresyon, anksiyete) üzerine odaklanmıştır. Bakım verenlerin, semptom yönetimi, tedavi uyumu ve destekleyici müdahale gerektiren akut durumları (örn., Dehidrasyon) erken tespiti gibi tedavi sonuçları üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu nedenle bakım verici sonuçlarının semptom şiddeti, tedaviye uyum gibi hasta sonuçlarını nasıl etkilediği yönünde araştırmaların yapılması önerilmektedir. Kanserli bireylerin ve bakım veren ailelerinin, kanser bakımını üstlenmek için kısa ve uzun vadeli yaşam tarzı değişiklikleri yapma yollarını tanımlamak ve istihdam ve ekonomik yükü hafifletmek için stratejiler sağlayan müdahalelerin uygulanması önerilmektedir. Son olarak son yıllarda kanser tedavisinin ötesinde kanseri önlemeye yönelik çalışmalara duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bir popülasyondaki kanseri azaltabilen

veya önleyebilen (örn. Obezite ve tütün kesilmesi) birden fazla sağlık davranışını değiştirmek için yenilikçi ve uygun maliyetli müdahaleleri geliştirilmesi konusu araştırma ihtiyacı duyulan konuların başında gelmektedir. Ülkemizde onkoloji hemşireliği alanında yapılan çalışmaların öneriler doğrultusunda artırılması, kanıt düzeyi yüksek olan araştırma desenlerinin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bağcıvan G, Uysal N, Karaaslan A, Kapucu S, Serpil Talas M, Terakye G. Türkiye'de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi: Sistematik derleme. Türk Onkoloji Dergisi 2015;30(1):5-15.
2. 2009-2013 Oncology Nursing Society Research Agenda Team1, Berger AM, Cochrane B, Mitchell SA. The 2009-2013 research agenda for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(5):274-82.
3. Zhang XC, Huang DS, Li F. Cancer Nursing Research Output and Topics in the First Decade of the 21st Century: Results of a Bibliometric and Co-word Cluster Analysis *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011; 12: 2055-2058.
4. Mertens AC, Cotter LK, Foster BM, et al. Improving health care for adult survivors of childhood cancer: recommendations from a Delphi panel of health policy experts. *Health Policy* 2004; 69:169-178.
5. Knobf MT, Cooley ME, Duffy S, Doorenbos A, Eaton L, Given B, Mayer DK, McCorkle R, Miaskowski C, Mitchell S, Sherwood P, Bender C, Cataldo J, Hershey D, Katapodi M, Mennon U, Schumacher K, Sun V, Von Ah D, LoBiondo-Wood G, Mallory G. The 2014-2018 Oncology Nursing Society Research Agenda. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(5):450-65.
6. Uchinuno A. Research Trends of Oncology Nursing in Japan and Around the World *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(10): 882-886.
7. Moore IM, Badger TA. The Future of Oncology Nursing Research: Research Priorities and Professional Development. *Oncology Nursing Forum* 2014; 41 (1).

ARAŞTIRMA YAPMA VE SONUÇLARININ KLİNİĞE YANSIMASINDAKİ ENGELLER VE ÖNERİLER

SULTAN TAŞCI

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Bilgi, bilen ile bilinen arasında kurulan her türlü bağ olarak tanımlanabilir. Diğer bir tanımla bilgi, özne ile nesne arasında bağ kurma süreci ve bu sürecin sonunda ortaya çıkan üründür. Bilgiye ulaşmanın yolu gerçekte var olan olayların gözlemlenmesi, gözlenen bu gerçekler arasındaki ilişkiyi açıklayacak hipotezlerin kurulması ve hipotezlerin denenerek genellenebilmesidir. Gözlenen olaylarda değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayacak hipotezlerin sınanma yolu ise araştırmalardır.

Araştırma; bilgiyi arama, gerçekleri ortaya çıkarmak için yapılan çabaların bütünüdür. Seaman hemşirelikte araştırmaların amacı şu şekilde özetlemiştir;

1. Bilmek için gözlem yapmak,
2. Yorumlamak için bilmek,
3. Denetleme için yorumlamak,
4. Mesleki olarak uygulamak için denetlemek.

Hemşirelik uygulamalı bir sağlık disiplini olduğu için araştırmanın amacı; hemşirelik uygulamaları için güçlü bir bilimsel taban oluşturmak ve yaratmak olarak belirtilebilir. Klinik karar verme sürecinde hemşirelik araştırmaları bilimsel yaklaşım için önemli kaynak oluşturur. Cochrane, sağlık bakım kararlarını sistematik olarak gözden geçirmiş ve alınan kararların kanıt dayalı olması gerektiğini belirtmiştir. Bu bakımdan kanıt dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar.

Hemşirelik uygulamalarının kanıt dayalı olması; bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek, hasta ve çalışan memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından önemlidir. Bakım, elde edilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Yapılan çalışmalarda; hemşirelik uygulamalarına yönelik yapılan çalışma

sonuçlarının klinik uygulamalara aktarılamadığı ve kanıtın uygulamaya yansımada görülmemektedir. Bu çalışmalarda hemşirelerin kanıtla ulaşma ve kanıtların klinikte uygulanmasını sağlamakla ilgili hem bireysel hem de kurumsal düzeyde engelleri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kanıt dayalı uygulamaları yerine getirebilmeleri için kanıt dayalı hemşirelikle ilgili temel kavram ve uygulamada kullanımı konusunda daha fazla bilgiye gereksinimleri bulunmaktadır.

Kanıt dayalı uygulamalar son yıllarda maliyet etkinlik ve güvenli bakım kapsamında da büyük önem kazanmıştır. Bu anlamda hemşirelerin ve kurumların kanıt dayalı uygulamaları hayata geçirmesi beklenmektedir. Onkoloji hemşireliği uygulamaları için kanıt düzeyi yüksek araştırmaların yetersizliği ve onkoloji hemşireliği uygulama sonuçlarının somut olarak ortaya konamaması önemli bir sorundur. Onkoloji hemşirelerinin hemşirelik kuramları üzerine, hasta sonuçlarına odaklanmış, kanıt düzeyi yüksek araştırmalara ihtiyacı vardır. Onkoloji hemşireliğinde kanıt dayalı hemşirelik uygulamalarını geliştirmek için araştırma yapan onkoloji hemşirelerinin sayısının artmasına, araştırma sürecinin zenginleştirilmesine ve değişikliklerin uygulamaya geçirilebilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Kanıt dayalı uygulamaların güncel uygulamalara yansıtılması oldukça yavaş gelişen bir süreçtir. Çünkü kanıt dayalı uygulamaların hayata geçmesi bireysel, kurumsal ve sosyal birçok faktörden etkilenmektedir. Kanıt dayalı uygulamaları engelleyen ve kolaylaştıran faktörlere yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Hemşirelerin algıladığı engeller ve kolaylaştırıcı faktörler de bireysel ve kurumsal düzeyde değişiklik göstermektedir.

Bireysel faktörlerde, hemşirelerin bakış açıları ve alışkanlıklarının rolü önemlidir. Hemşirelerin uygulama yaparken literatürden daha çok kişisel deneyimlerine ve meslektaşlarıyla yaptıkları bilgi alışverişine güvendikleri belirtilmektedir. Hem-

şireler araştırma sonuçlarının kliniğe yansıtılmamasında; zamanlarının yetersiz olması, araştırma ve kanıta dayalı uygulama bilgilerinin yetersiz olması ve konuya ilgi duymamalarını en temel nedenler olarak belirtmişlerdir. Kanıta dayalı uygulamaları hayata geçirmede araştırma sonuçlarını bulamama, araştırma sonuçlarının kalitesi hakkında karar verememe, araştırma sonuçlarını anlayamama, uygulamayı değiştirmek için kendine güvenin olmaması, hemşirelerin doktor istemi olmadan bir şey yapabileceklerine inanmamaları vb. gibi durumların hemşireler için önemli engeller olduğu görülmüştür. Klinik ve akademik ortamdaki hemşirelerin birlikte çalışması ve lisans eğitiminden başlamak üzere, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitim programlarında kanıta dayalı uygulamalara daha fazla yer verilmesi ve bu anlayışın hemşirelere kazandırılması gerekmektedir.

Kurumsal düzeydeki faktörlerde; hemşirelerin yoğun çalışma saatleri, araştırma projelerine ayrılan kaynakların yetersizliği, kurumsal kültürde karar verme süreçlerinde hemşirelerin otomisinin olmaması, sadece belli bir grubun kararlarda baskın olması, hemşirelerin değişime dirençli olması gibi durumların önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda; kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesinde, uygulamaya aktarılmasında yöneticiler ve çalışılan ekibin destekleyici ve değişime açık olması, hemşirelere öğrenme fırsatlarının sağlanması, danışmanlık hizmetlerinin sunulması, araştırma sonuçlarının bakıma yansımaya yönelik kültür oluşturulması, kanıtların ulaşılabilir ve kolay anlaşılır hale getirilmesi gibi durumların kolaylaştırıcı faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde de kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesinde engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörlerin evrensel olarak benzerlik gösterdiği belirtilmektedir. Hemşirelerin, eğitimcilerin ve yöneticilerin bireysel ve kurumsal engelleri kaldırmalarına ve kanıta dayalı uygulamalar konusunda işbirliği içinde olmalarına gereksinim vardır.

Kanıtın klinik uygulamada entegrasyonunu kolaylaştırmak için araştırma konusu olarak uygulayıcıların problemlerinin çalışılması, onların literatürde yer almayan örtük bilgilerinden yararlanılması, araştırmanın tüm aşamalarında klinik uygulayıcılarla işbirliği yapılması ve elde edilen kanıtın klinik uygulayıcılar tarafından test edilmesi, araştırma etik ilke ve kurallarına dikkate edilmesi önem taşımaktadır. Bu yaklaşımla uygulayıcıların hem örtük bilgilerinden yararlanılabileceğini hem de kanıtlanılabileceğini düşünmektedir.

KAYNAKLAR

- Adib-Hajbaghery M. Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58: 566-575.
- Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J. et al. Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing

- roles. *Journal of Nursing Scholarship* 2016; 48(2): 201-209.
- Cope DG. Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum* 2014; 41(1): 69-91.
- Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N. ve ark. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012;2(2): 94-101.
- Erefe İ. (Ed) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Baskı Odak Ofset, İstanbul, 2002.
- Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *JONA* 2005; 35(3): 121-129.
- Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG. et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin* 2017;67: 194-232.
- Günüşen Partlak N, Üstün B. Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulamalar. *DEUHFED* 2016; 9(3):112-118.
- Harbman P, Bryant Lukosius D, Martin Misener R. et al. Partners in research: Building academic practice partnerships to educate and mentor advanced practice nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2017; 23: 382-390.
- Howell D, Molloy S, Wilkinson K, et al. Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: A scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. *Annals of Oncology* 2015; 26: 1846-1858.
- Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS scale commonly reported barriers to research use. *JONA* 2006; 36(4): 189-199.
- Kaper NF, Swennen MHJ, van Wijk AJ. et al. The "evidence-based practice inventory": reliability and validity was demonstrated for a novel instrument to identify barriers and facilitators for Evidence Based Practice in health care. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015; 68: 1261-1269.
- Koç Z, Kızıltepe SK, Çınarlı T, Şener A. Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017;14 (1): 62-72.
- Leach MJ, Hofmeyer A, Bobridge A. The impact of research education on student nurse attitude, skill and uptake of evidence-based practice: A descriptive longitudinal survey. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25(1): 194-203.
- Longacre ML, Applebaum AJ, Buzaglo JS. et al. Reducing informal caregiver burden in cancer: evidence-based programs in practice. *TBM*: 1-11. <https://academic.oup.com/tbm/advance-article-abstract/doi/10.1093/tbm/ibx028/4827737> (by guest on 05 February 2018)
- Öztürk A, Kaya N, Ayık S. ve ark. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. İstanbul

- Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi 2010; 18 (3): 144-155.
21. Retsas A, Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(3): 599-606.
 22. Rousseau DM, Gunia BC. Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation."Annual Review of Psychology " Susan Fiske (ed) 2015,USA: 1-59.
 23. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014;20: 793-802.
 24. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 56: 128-140.
 25. Spiva LA, Hart PL, Patrick S, Waggoner J, Jackson C, Threath JL. Effectiveness of an evidence-based practice nurse mentor training program. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2017; 14(3): 183-191.
 26. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 2014; 13: 8 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/8>
 27. Tacia L, Biskupski K, Pheley A, Lehto RH. Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. *Clinical Nursing Studies* 2015; 3(2):90-96.
 28. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today* 2015; 35: e34-e41.
 29. Yurtsever S, Altınok M. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. *F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi* 2006; 20(2):159-166.

KANSER STİGMASI

DUYGU HIÇDURMAZ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Kanser, yaşama yönelik tehdit içermesi, pek çok olguda nedenlerinin belirsiz olması, korkulan ve ölümlü eş tutulan bir hastalık olması, tedavi edilemez olarak algılanması ve belli kanser türlerinin özgün özellikleri nedeniyle damgalanan bir hastalıktır. Kanser stigmatı karmaşık ve heterojendir çünkü farklı kanser türlerinin farklı nedenleri, farklı tedavileri ve farklı sonuçları bulunmaktadır (Else-Quest, & Jackson, 2014; Holland, Kelly, & Weinberger, 2010).

Kanser hakkındaki kişisel tutumlar ve kültürel inançlar kanser bakımının tüm yönlerini etkileyen (önleme ve erken tanılamadan, tedavi ve kanserin hastalar, hekimler ve aileler arasında nasıl konuşulduğuna kadar) güçlü faktörlerdir (Dein, 2004; Taskila, Wilson, Damery, Roalfe, Redman, Ismail, & Hobbs, 2009). Kanser stigmatı, toplumsal ve kurumsal özellikler gösterebilmektedir. Kanser toplumsal stigmatı, hastaların tedavi etkileri nedeniyle dışlanması ve arkadaşları ve sevdikleri tarafından kendilerinden kaçınılması gibi nedenlerle tedavi için bir engel oluşturabilmekte, sosyal izolasyona yol açabilmekte (Lebel & Devins, 2008) ve hastaların kanseri ceza, intikam ve kader olarak görmelerine yol açabilmektedir (Dein, 2004). Kurumsal stigma, kurumlar tarafından birey-kaynaklı olduğu düşünülen ve bu nedenle toplum fonlarını hak etmediği düşünülen damgalanmış kanserlerin (taraması ve tedavisi için ödenekler sınırlandırıldığında görülmekte ve toplum sağlığı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır.

Kanser stigmatı, kanserli bireylerin yaşadığı psikolojik sıkıntı hakkında güçlü bakış açılarına yol açabilir. Bireylerin stres düzeyleri ve onların stresle başetme tarzlarının kanserin gelişimi ve ilerlemesine neden olduğu yönünde mitler bulunmaktadır. Kanseri kontrol etmede bireyin kapasitesine yapılan bu aşırı vurgu (Örneğin, "Pozitif kalınarak kanser kontrol edilebilir") hastalar ve aileler üzerinde dikkate değer bir yük oluşturmaktadır (Holland, Kelly, & Weinberger, 2010). Bunun da ötesinde, hastalar "iyi" kanser hasta-

larının her zaman "cesur" kalanlardır inancında olduğu gibi (Wilson & Luker, 2006), durumla başetmelerine olumsuz yansıtılabilecek ve korkularıyla ilişkili psikolojik sıkıntılarını ortaya koymaktan kaçınmalarına yol açan gerçek dışı beklentilere maruz kalabilirler (Ryan et al, 2005). Stigmanın içselleştirilmesi, olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına yol açan suçluluk ve utanç gibi duygulara (Else-Quest, LoConte, Schiller, & Hyde, 2009; Gonzalez & Jacobsen, 2012) neden olmaktadır.

Kanserle ilgili diğer hatalı düşünceler ise, sağlık çalışanları ve hastaların, şiddetli depresyon ve anksiyetenin bile kanserin normal ya da beklenen sonuçları olduğu inancıdır (Holland, Kelly, & Weinberger, 2010). Bundan dolayı, psikolojik sıkıntıların psikolojik ve psikiyatrik müdahaleleri gerektirmediği ve onlardan yarar görmeyeceğini düşünebilmektedir.

Kanser Stigmatının Nedenleri

Kanser stigmatının pek çok karmaşık nedeni bulunmakla birlikte, bunlar arasında en öne çıkanlar; hastalık ve ölüm korkusu, kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı fiziksel deformiteler ve kanserin davranışsal nedenleri olarak adlandırılan karakter kusurlarıdır.

Hastalık ve Ölüm Korkusu

Kanser stigmatının birincil nedeni hastalığın kendisine ilişkin korkudur (Cataldo, Jahan, & Pongquan, 2012; Mosher & Danoff-Burg, 2007). Bu korkunun, hastalığın algılanan ciddiyeti, bunun ciddi acı çekme ve fiziksel sınırlılıklar ile ilişkisi ve kanserin bir ölüm cezası olduğu inancından kaynaklandığı düşünülmektedir (Chapple, Ziebland, & McPherson, 2004). Ölüm, "en temel anksiyete" olarak tanımlanmakta ve dejeneratif ve ölümcül hastalıklar bu anksiyete ile ilişkilendirilerek stigmatı teşvik etme eğiliminde olmaktadır (Mosher & Danoff-Burg, 2007; Stahly, 1989).

Fiziksel Deformiteler: Kanser Tedavisinin Yan Etkileri

Kanserin ve tedavilerinin bireyin görünümü üzerinde yol açtığı değişim bireyin hastalığını gizlemesini güçleştirmekte ve Goffman(1963)'in kuramlaştırdığı gibi, fiziksel deformite al-

gısına temellenen stigma ile karşılaşma riskini arttırmaktadır (Lebel & Devins, 2008).

Kanserle ilgili en kötü şöhretli fiziksel belirti kemoterapi kaynaklı alopesidir. Yaptığı nitel bir çalışmada Rosman (2004) saç kaybının kadın kanser hastalarında kanser hastası olma kimliği yerleştirdiğini ve öz saygıyı azalttığını ortaya koymuştur. Bu saç kaybı kendisi ve diğerleri için açık ve gözle görülür olduğu için gizlenebilir olmadığından, hastaya hastalığının ciddiyetini hatırlatan kaçınılmaz bir damga haline gelmektedir.

Meme kanseri hastaları için mastektomi damgalayıcı bir fiziksel belirti olmakta ve böylece bir görünüm bozukluğu ve kadınsı normdan güçlü bir sapma olarak düşünülebilmektedir. Batı kültürlerinde memeler yüksek düzeyde cinselleştirilmekte ve erkek gözünden görülmektedir (Ward, Merriwether, & Caruthers, 2006), böylece memelerin cerrahi olarak çıkarılması hastanın kendisini çekiciliğini kaybetmiş ve daha az kadınsı algılamasına yol açabilmektedir.

Kanser tedavilerinden kaynaklanan diğer fiziksel işaretler de hastalar için damgalayıcı olabilmektedir. Örneğin; prostat kanseri tedavilerinden (prostatektomi, radyasyon ve hormon terapileri gibi) kaynaklanan erektil disfonksiyon hastanın maskülinitesini ve cinsel gücünü sorgulanabilir kıldığı için hastalar ve eşleri için damgalayıcı ve zor olabilmektedir (Fergus, Gray, & Fitch, 2002).

Karakter Kusurları: Kanser Davranışsal Nedenleri

Goffman(1963)'in stigma ile ilgili kuramının karakter kusurlarını bir damgalayıcı unsur olarak kabul eden kısmı kanser stigmatı için de geçerli görünmektedir. Kansere sahip olmanın bireyle ilgili ahlaki açıdan olumsuz bir şeyleri yansıtabileceği öne sürülmektedir (Else-Quest, & Jackson, 2014). Kanserli olan bir bireyle karşılaşmak korku ve örselenebilirlik duygularını tetikleyebilmekte, bu duyguları ortadan kaldırma gayreti içinde insanlar "iyi şeylerin iyi insanların, kötü şeylerin kötü insanların başına geleceği" biçimindeki adil bir dünya kavramına inanmaktadırlar (Fife & Wright, 2000; Stahly, 1989). Sonuç olarak, insanlar kanserli bireylerin hastalığı hak etmek için bir şeyler yapmış olması gerektiği düşüncesini akla uygunlaştırmaktadırlar. Bu tepki, hasta olan kişi için kötü niyet ya da özen eksikliğinin bir sonucu değil, aksine diğerlerinin başatma, yaşamlarının kontrolünün ellerinde olduğunu ve başlarına kötü şeylerin gelmesini önleyebileceklerini hissetme gereksiniminin sonucudur (Stahly, 1989).

Karakter kusurlarına temellenen hastalık stigmatı kavramı yüklem kuramı ile de ilişkilidir. Hastalığı olan bir kişiyle karşılaşıldığında, insanlar hastalığın ortaya çıkışının kontrol edilebilir olup olmadığını düşünür ve hastanın kendi kötü durumundaki sorumluluk düzeyinin ne olduğuna karar vermeye çalışırlar. Hastalığın kontrol edilebilirliği ve sorumlulukla ilgili kişilerin bu değerlendirmeleri, onların hasta bireyin durumunu algılamalarını ve duruma yönelik tepkilerini şekillendirir (Weiner, 1993; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988).

“Ortaya çıkışı kontrol edilebilir” (istemli davranışın yol açtığı) olarak algılanan hastalıklar kontrol edilemez olarak algılananlara göre gözlemcilerde çok farklı tepkilere yol açabilmektedir. Ortaya çıkışı kontrol edilemez hastalıklara sahip olduklarına inanılan bireyler sempati, acıma ile karşılanıp kendilerine yardım teklif edilirken, kontrol edilebilir hastalıklara sahip olduklarına inanılanlar öfke, reddetme, az sempati, acıya duyarsızlık ve yardım etme isteğinde azlık gibi olumsuz tepkilerle karşılaşmaktadır (Weiner, 1993; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Weiner ve arkadaşları (1988) kanserin HIV/AIDS ve diğer bazı hastalıklara göre daha az damgalamaya maruz kaldığını saptamışlardır. Ortaya çıkışı kontrol edilebilir olduğuna inanılan kanserlerin en belirgin örneği ise akciğer kanseridir.

Kanser Stigmasının Sonuçları

Kanser geçmişe göre günümüzde daha kolay konuşulabilir hale gelse dahi, kansere ilişkin stigma hala şiddetli biçimde varlığını sürdürmektedir. Stigma, psikososyal açıdan hastaların yardım çağrısında bulunmasını ve hekim ve hemşirelerin uygulamalarına psikososyal bakımı bütünleştirmesini güçleştiren ve geciktiren bir unsurdur (Holland, Kelly, & Weinberger, 2010). Stigma, günümüzde akciğer kanseri gibi kansere yakalanmasından ötürü mağdurun suçlandığı belli kanser türlerinde diğerlerine göre daha fazla görülmektedir. Diğer taraftan, psikolojik sorunlara ilişkin stigma da günümüzde hala belirgin olarak azalmış değildir. Bu durum kansere yönelik psikososyal hizmetlerin yavaş gelişiminde de rol oynamaktadır. Klinik depresyon tedavi edilmeksizin bırakıldığında yaşam kalitesi ve tedaviye devamlılıkta belirgin etkiye yol açmasına (Kissane, 2009) karşın, psikososyal müdahaleye ihtiyaç duyan kanser hastalarının büyük bir bölümü bu hizmetleri almamaktadır (Sharpe et al., 2004).

Kanser Stigmasına Yönelik Olarak Yapılabilecekler

Kansere yönelik stigma ile mücadele etmek için kanserden etkilenen bireyler üzerinde stigmanın etkisini azaltmaya, hizmetleri bu grubun psikososyal gereksinimlerini karşılamaya daha odaklı olacak şekilde değiştirmeye, kanserli bireyleri psikolojik sıkıntıları için yardım aramak ve almaktan kaçınmaya iten kültürel inanç ve tutumları değiştirmeye özen gösterilmelidir. Varolan kanser mitlerinin dünya çapında eğitim ve medya kampanyaları yoluyla düzeltilmesi kansere yönelik korkuyu ve stigmatı azaltmaya yardımcı olabilir (Neal et al., 2011).

Psikolojik sıkıntı ve mevcut tedavileri içerecek biçimde kanser ve sonuçları hakkında hastaların bilgi gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak kaynaklar ve girişimler teşvik edilmelidir. Rutin bakımda, kanserin bireysel ve sosyal anlamlarına rağmen hastaların özsaygısını ve onurunu koruyan bir klinik yaklaşım önemlidir ve böyle bir yaklaşım bireysel ve grup-temelli müdahalelerin de odağı olmalıdır (Chochinov, 2005).

Önemli kanıtlar göstermektedir ki; kanser klinisyenlerini (hemşireler ve doktorlar) iletişim becerileri konusunda eğitmek sadece

hastalar değil aynı zamanda klinisyenler için de, özellikle bu becerilerdeki eğitim ve destek zaman içinde devam ettirildiğinde, duygusal ipuçlarına cevap vermede artmış özgüven, stigmmanın bir sonucu olan düşük öz-saygı tanıma, hastaların endişelerini ele alma, psikososyal bakıma ilişkin gelişmiş bir anlayışı içeren önemli kazançlar sağlamaktadır (Turner et al., 2009).

Eğitim ve uygulama, hizmet modellerindeki değişimlerle eşleştirilmediğinde yalnız başına sınırlı bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, Amerikan Tıp Enstitüsü 2007 Raporu ve Ulusal Kapsamlı Kansere Ağ Rehberi'nin önerdiği gibi, "psikososyal bakımın kaliteli kanser bakımına entegre edilmesi gerekmektedir". Böylesi bir yaklaşım hastaların ve ailelerinin, ruh sağlığı gereksinimlerinin en az tıbbi gereksinimleri kadar önemli olduğunu ve eşit dikkat gerektirdiğini görmelerini de sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cataldo, J.K., Slaughter, R., Jahan, T.M., Pongquan, V.L., & Hwang, W.J. (2011). Measuring stigma in people with lung cancer: Psychometric testing of the Cataldo lung cancer stigma scale. *Oncology Nursing Forum*, 38, E46-E54.
2. Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 328, 1470-1473.
3. Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., et al. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23, 5520-5525.
4. Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncol*, 5, 119-124.
5. Else-Quest, N.M., Jackson, T.L. (2014). Cancer Stigma. In: P. Corrigan (Ed.), *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices* (pp. 165-181). Washington, DC: American Psychological Association.
6. Else-Quest, N.M., LoConte, N.K., Schiller, J.H., & Hyde, J.S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast, and prostate cancer patients. *Psychology & Health*, 24, 949-964.
7. Fergus, K.D., Gray, R.E., & Fitch, M.I. (2002). Sexual dysfunction and the preservation of manhood: Experiences of men with prostate cancer. *Journal of Health and Psychology*, 7, 303-316.
8. Fife, B.L., & Wright, E.R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 50-67.
9. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
10. Gonzalez, B.D., & Jacobsen, P.B. (2012). Depression in lung cancer patients: The role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21, 239-246.
11. Holland, J.C., Kelly, B.J., & Weinberger, M.I. (2010). Why psychosocial care is difficult to integrate into routine cancer care: stigma is the elephant in the room. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 362-366.
12. Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology*, 18, 1-5.
13. Lebel, S., & Devins, G.M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncology*, 4, 717-733.
14. Mosher, C.E., Danoff-Burg, S. (2007). Death anxiety and cancer related stigma: A terror management analysis. *Death Studies*, 31, 885-907.
15. Neal, C., Burke-Beckjord, E., Rechis, R., Schaeffer, J., Ber- no, D., & Duchover, Y. (2011). Cancer stigma and silence around the World: A LIVESTRONG report. Retrieved from <http://livestrong.org/pdfs/3-0/LSGlobalResearchReport>.
16. Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: Experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52, 333-339.
17. Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., ... & Bowman, D. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 14(1), 7-15.
18. Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., et al. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer*, 90, 314-320.
19. Stahly, G.B. (1989). Psychosocial aspects of the stigma of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 3-27.
20. Taskila, T., Wilson, S., Damery, S., Roalfe, A., Redman, V., Ismail, T., & Hobbs, R. (2009). Factors affecting attitudes toward colorectal cancer screening in the primary care population. *British Journal Of Cancer*, 101(2), 250.
21. Turner, J., Clavarino, A., Butow, P., et al. (2009). Enhancing the capacity of oncology nurses to provide supportive care for parents with advanced cancer: Evaluation of an educational intervention. *Eur J Cancer*, 45, 1798-1806.
22. Ward, M.L., Merriwether, A., & Caruthers, A. (2006). Breasts are for men: Media, masculinity ideologies, and men's beliefs about women's bodies. *Sex Roles*, 55, 703-714.
23. Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957-965.
24. Weiner, B., Perry, R.P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
25. Wilson, K., Luker, K.A. (2006). At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer. *Soc Sci Med*, 62, 1616-1627.

GENİTAL ORGAN KANSERLERİNDE CİNSELLİK

SALIHA HALLAÇ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Kanserin yarattığı etki, genel olarak yaşamı tehdit etme, pek çok zorlu yaşam deneyimlerini de beraberinde getirme bakımından her ne kadar tüm kanser türlerinde benzer olsa da, bazı kanser türleri için türe özgü sonuçlar da doğurduğu bilinmektedir. Kanseri tanıyan hastanın hastada ortaya çıkardığı anlam, yarattığı etki her ne kadar güçlüyse genital organ kanseri tanısı almanın oluşturduğu anlam ve etki bireyler için daha güçlü olabilir. Hastalar bu bağlamda daha öznel kaygılar yaşamaktadırlar. Kadın ve erkeğin genital organları ve bedenleri farklı olduğu kadar duygu, düşünce ve davranışları da farklıdır (1).

Kadın ve erkek genital organ kanserleri bireylerin doğrudan üreme organlarına ve işlevlerine, üreme yeteneğinin ortadan kalkması ve soyun devamlılığının engellenmesi, vücutlarına ve vücut algılarına, bireysel kimliklerini algılama ve bu algılanan kimlikle ilgili üstlendiği rol ve sorumluluklara, cinselliğine yönelik doğrudan ya da dolaylı olarak bir tehdit oluşturması bakımından farklılık göstermektedir (2). Bu farklılık fiziksel, psikososyal faktörleri içinde barındıran cinsiyet ve cinsellik kavramlarıyla ilişkili olabilir. Cinsellik oldukça karmaşık, çok boyutlu bir olgudur. Cinsel kimlik, cinsiyet kimliği ve rolleri, cinsel uyum, duygusal memnuniyet, üretim, aile üyeleri, eşi ve başkalarıyla olan ilişkiler bireylerin cinselliğini etkilemektedir. Aynı zamanda cinsellik, düşünceler, fanteziler, istekler, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar roller ve ilişkileri kapsayan pek çok sosyokültürel faktörlerle de birlikte ifade edilir(3) Ayrıca kişinin bedeni hakkındaki duyguları, dokunma gereksinimi, cinsel aktiviteye olan ilgisi, duygusal ve cinsel gereksinimlerin karşılanmasıyla ilgili eşiyle ya da partneriyle olan iletişimini cinsel aktivitelerindeki memnuniyetini içerir (1,2,4,5). Yapılan bazı çalışmalarda kadın için cinselliğin; dış görüntüsünü, kadınlık hissinin, çocuk doğurma ve cinsel işlevlerini sürdürebilme yeteneğini içeren karmaşık duyguları ifade ettiği, erkek için; erkekliğin sürdürülmesi, cinsel gücün korunması ve cinsel işlevlerin devamlılığı anlamını taşıdığı belirtilmektedir (1, 6-8).

Erkek ve kadın genital organ kanserleri her iki cinsiyetteki bireylerde beden algısına, benlik saygısına, cinsiyet rolüne, cinsel işlevlerine ve üreme yeteneğine ilişkin sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Hastalar kendilerinin karşı cins tarafından artık beğenilmeyeceklerini, kadınlık, kocalık ya da ebeveynlik rollerini eskisi gibi yerine getiremeyeceklerini düşünerek kaygı yaşayabilmekte ve uyumları olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Burada genital organ kanseri tanısı alan hastaların bu organları ve doğal olarak onların işlevlerini "kadın - erkek olma" ile eşlemesi, dolayısıyla bu anlamda ortaya çıkan ya da algılanan kaybın bireylerde yarattığı etki de güçlü olmaktadır. Örneğin, endometrium kanseri olan, bu nedenle uterusu alınan bir hastanın kadınlığının yok olduğunu düşünmesi, prostat kanseri tanısı alan bir erkek hastanın hastalık ya da tedavilerin etkisiyle yaşadığı ereksiyon güçlükleri nedeniyle erkekliğinin kaybolduğunu/azaldığını düşünmesi, bireylerin zihninde oluşan otomatik bir düşünce tarzı olup bireyin durumuna yüklediği bir çıkarımdır (7,9).

Genel olarak genital organ kanseri tanısı alan kadın ya da erkek hastaların aldıkları tedaviler nedeniyle cinsel işlevlerinde değişimler yaşadığı bildirilmektedir (1, 3, 10-12). Kadın hastalar için vajinal kuruluk ve darlık, disparöni, ağrı, erken menopoz, hiç evlenmemiş bir kadın için overlerin alınması, histerektomi olması veya menopoza girmesi nedeniyle bebek sahibi olamamak; orşiektomi olma, penis cerrahisi, radikal prostatektomi gibi erkek genitallerini fiziksel olarak doğrudan etkileyen cerrahi müdahaleler, hormon tedavileri, kemoterapi ve radyoterapi nedeniyle ortaya çıkan infertilite, empotans, inkontinans ve ereksiyon problemleri erkek hastalar için son derece ciddi sıkıntılar, kaygılar ortaya çıkarmaktadır (13,14). Hastaların cinselliği ve cinsel aktivitesi, erkeklik algısı, üreme yeteneğinde bozulma, beden algısı sorunları ve sosyal etkileşimleri bundan olumsuz etkilenebilmektedir (1,3, 15). Hastada bazen ereksiyon sürdürülse bile kuru ejakülasyon çok yaygın olabilir, hasta orgazm olabilir ancak çok az da olsa da farklılık ve değişim his-

sedebilir. Bu durum fiziksel olarak bir zarar gördüğünden değil, hastanın başarısız olacağı beklentisinden kaynaklanan endişeleri nedeniyle yaşanabilir (3). İleri yaşta olsa dahi bir erkek için empotans, cinsel yaşamın bitmesi anlamına gelebilmektedir (12). Bu değişimlere ek olarak, her iki cinsiyet için cinsel aktiviteye yönelik ilgisizlik, orgazma ulaşmada yetersizlik, beden görünümü ile ilgili olarak özellikle vücut kıllarının dökülmesi, kilo artışı veya kaybı, beden algısı, kendilik değeri kaybı, korku, kaygı ve depresyon duyguları, yorgunluk hissi, üstlendiği aile içi roller ve sosyal rollerine ilişkin değişimler de yaşanmaktadır (4,10,11). Kadın ve erkek olma sadece cinsellikle ve onun yüklediği anlamlarla açıklamaya çalışmak yeterli değildir. Sosyokültürel faktörlerin "kadın" ve "erkek" olarak birey üzerinde oluşturduğu etki de bir o kadar önem kazanmaktadır (16,17). Her iki cinsiyetin üstlendiği sosyal roller açısından bakıldığında ise toplumsal beklentiler farklıdır. Kültürel olarak kadın anne ve eş olarak evde ev işleri yapar, çocuklara bakar, ev içi gereksinimlerle ilgilenir, erkekse evin babası olarak dışarıda para kazandıracak, ailenin geçimini sağlayacak, onları ayakta tutacak işler yapar(17). Kiss ve arkadaşlarının çalışmalarında erkek kimliği içerisinde aynı zamanda "güçlü ve başarılı olma, duygularını ifade etmede sınırlı, saldırgan bir kimlikle" bir anlamda erkeğin yeterliliğine/gücüne ve sosyal etkileşimlerine de vurgu yapılmaktadır Burada sadece biyolojik yapının sonuçları değil toplumsal cinsiyete ilişkin oluşturulmuş bir öğreti ve bu öğretinin benimsenip içselleştirilmesi getirdiği sonuçlar da söz konusudur. Bu çalışmada erkek hastaların sağlıkları ve bakımlarıyla ilgili gereksinimleri ifade etmede rahat iken, korku ve endişelerini ifade etmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir(1). Ayrıca kadın ve erkek destek gruplarında erkekler daha çok bilgi paylaşıırken, kadınlar daha çok duygu paylaşmakta olduğu bu cinsiyet farklılığına ilişkin sonuçların internetteki kanser destek gruplarında bile benzer olduğu ifade edilmektedir. Bireylerin ve çevresindeki kişilerin benimsediği, üstlendiği bu erkeklik, kadınlık, annelik, babalık ve eş olma gibi rollerin her durumda yerine getirilmesi gerektiği algısı ve inancı hastalık, sakatlık, ölüm ve işsizlik gibi önemli yaşam olaylarında da ortaya çıkabilmektedir. Bu roller böylesi önemli yaşam olayları nedeniyle kesintiye uğrayabilmekte ve bireyde engellenme, tedirginlik, endişelenme ve bilinmezlik duyguları belirmeye başlamaktadır. Ayrıca birey bu yeni ortaya çıkan duruma uyum sağlama ve engellenme duygularıyla baş etmede zorlanabilmektedir. Bu konuda yararlı uygun bir sosyal destek göremediğinde ise kendini işe yaramaz hissetme, kendine ve başkalarına yetememe hatta bu nedenlerle suçluluk duygusu yaşama, kendini üzüntülü, gergin, kaygılı ve öfkeli hissedebilmektedir. Bu da bireyler üzerindeki psikolojik baskıyı artırmakta ve yaşamında ortaya çıkan yeni durumlara ve değişimlere uyumunu olumsuz etkilemektedir. Birey için, tedavilerin ortaya çıkardığı bu yan etkilerin katlanılması kimi zaman çok zor olmaktadır. Bu durum hastaları

hastalıktan çok daha fazla etkileyebilmekte, artık düzeltilemeyecek sorunlar olarak algılanmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak hastaların incinebilirliği artmakta ve hastada tedaviyi bırakma isteği, acılardan kurtulma arzusu gelişebilmektedir.

Görüldüğü gibi cinsel konular kanser hastaları için yaygın bir endişe kaynağıdır. Pek çok hasta bu konuda gereksinim duyduğu bilgiyi onkoloji alanındaki sağlık çalışanlarından yeterince alamamaktadır. Hatta bazıları cinsellikle ilgili bilgiyi alabileceğini bile fark edememektedir. Hizmet sağlayıcılara cinsel sorunlar hakkında soru sormayan ve sormayan hastalar arasında büyük farklılıklar vardır (18). Amerika'da farklı kanser hastası 500 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %85'i cinsel sorunları hakkında sağlık ekibiyle konuşmak istemekte, ancak hastaların %71'i doktorların bu konuda duyarlı olmadığını ve kendilerine yardım etmeyeceğini düşünmektedir (19). Kanser tedavilerinin cinselliği etkilediği ancak hem hastaların bu gereksinimini dile getirmekte rahatsızlık hissettikleri, hem de sağlık profesyonellerinin cinsel gereksinimleri hakkında soru sormadıkları araştırma sonuçlarında bildirilmektedir (20). Sağlık **çalışanlarının** kansere yakalanmış kişilerin cinselle ilgili bilgilerini ve destek ihtiyaçlarını karşılanmadığını gösteren **çalışmalar** vardır. Cinsiyeti nedeniyle bazı insanlar için ilgisiz veya uygun olmayan toplumsal konumlandırma- etiketleme; klinik ortamın bu konuyu konuşmak için uygun olmaması gibi nedenlerle cinsellikle ilgili konularda konuşulmayan hastaların bilgi eksikliği, güvensizlik ve rahatsızlık duygusu yaşadığı belirlenmiştir. Oysaki tersine, rutin olarak cinsellik hakkında konuşanların aktivitelerini yerine getirme, beklentilerinin, görev ve sorumluluklarının nasıl etkileneceğini bildikleri için içinde buldukları durumu daha iyi benimsedikleri saptanmıştır (21).

Çoğu hastalar (% 74), onkoloji uzmanları ile cinsel sorunlar hakkında tartışmaların önemli olduğunu düşünmüşlerdir. Onkoloji uzmanına cinsel problemler sormuş olanların cinsel aktiviteye ve cinsel işlev bozukluğuna olan ilgisi önemli ölçüde artmıştır. Çünkü bu hastalar sağlık çalışanlarından kanser tipine göre (% 23 akciğer,% 29 meme,% 39 kolorektal ve% 79 prostat) ile değişen cinsel işlevler hakkında bilgi almışlardı(18). Sağlık çalışanları ile cinsellik hakkında iletişim bir dizi nedenden ötürü önemlidir. Tedaviye başlamadan önce, hastalar aldıkları ya da alacakları kanser tedavileri ile ortaya çıkacak cinsel yan etkilerden haberdar olmalıdır (18). Cinsel sağlık hakkında bilgi paylaşımının eksikliği karşılanmamış gereksinimlere yol açmaktadır. (%55.8) beden görünümünde ve (%55.5) beden algısında değişimle ilgili en fazla yardıma ihtiyaçları olduğunu bildirmişlerdir (Kocaman ve ark. 2013)

Bilge ve arkadaşları(2016)'nın yaptığı çalışmada, kadınların kanser olma korkusu, ameliyat öncesi yoğun ve uzun miktarda kanama yaşaması ameliyatı kabullenmelerini kolaylaştıran faktör olarak belirtilmektedir. Fakat ameliyatı kolaylaştıran faktörler olsa da kadınların 11'i cerrahi menopoza bağlı üreme kaybı (kadınlık kaybı) yaşadıklarını düşündükleri saptanmıştır. bazı hastalar ise

cinsellikle ilgili konuşma sorunlarına çözüm arama konusunda girişimde bulunmadıklarını bunun nedeni olarak konuşmaya ihtiyaç duymadığı, kanserden iyileşmenin ve tedavinin cinsellikten daha önemli olduğu, cinselliği düşündüğü için ayıplanacağını düşündüğü gibi nedenlerle konuşmadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır [22]. Sağlık **çalışanlarının** kansere yakalanmış kişilerin cinsellikle ilgili bilgilerini ve destek ihtiyaçlarını karşılanmadığını gösteren başka bir **çalışmada** ise, cinsiyeti nedeniyle bazı insanlar için ilgisiz veya uygun olmayan toplumsal konumlandırma- etiketleme; klinik ortamın bu konuyu konuşmak için uygun olmaması gibi nedenlerle cinsellikle ilgili konularda konuşulmayan hastaların bilgi eksikliği, güvensizlik ve rahatsızlık duygusu yaşadığı belirlenmiştir. Oysaki tersine, rutin olarak cinsellik hakkında konuşanların aktivitelerini yerine getirme, beklentilerinin, görev ve sorumluluklarının nasıl etkileneceğini bildikleri için içinde buldukları durumu daha iyi benimsedikleri saptanmıştır[21].

Hastalarla kesintisiz iletişimi sürdüren, hasta ve ailesine çok yakın çalışan ve onları en iyi tanıyan bir grubun üyesi olarak psikiyatri hemşiresi bu ayrıcalığının farkında olmalıdır. Hastaların bireysel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak, biyopsikososyal gereksinimlerini tanıma, belirleme, bu gereksinimleri karşılamak için gereken bakımı yerine getirme, bakımın yönetilmesinde gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini de kullanarak onları "destekleme ve güçlendirmeyi" hedef edinmelidir. Bireyi güçlendirme ve destekleme ise ancak onunla kurulacak anlamlı, uygun, doğru bilgiye dayalı güçlü etkileşimlerle mümkündür. Hastaların gereksinimlerinin farkına varma, özellikle herkes için cinsellik gibi konuşulması zor ve kolay olmayan konuların ele alma ve hemşire olarak hastanın kendisini ifade etmesine olanak sağlayan kolaylaştırıcı bir konumda olma önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kiss A, Meryn S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ* 2001; 323(7320):1055-1058.
2. Im EO. White cancer patients' perception of gender and ethnic differences in pain experience. *Cancer Nurs* 2006; 29:441-450.
3. Mercadante S, Vitrano V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: A review. *Support Care Cancer* 2010; 18:659-665. 609 Genital Kanser ve Varoluşçu Anksiyete www.cappsy.org
4. Algier L, Kav S. Nurses' approach to sexuality-related issues in patient receiving cancer treatments. *Turkish Journal of Cancer* 2008; 38:135-141.
5. Tan G, Waldman K, Bostrch R. Psychosocial issues, sexuality and cancer, *Sex Disabil* 2002; 20:297-318.
6. McCorkle R, Pasacreta J, Tang ST. The silent killer: Psychological issues in ovarian cancer. *Holist Nurs Pract* 2003; 17:300-308.
7. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(2):35-40.
8. DiMeo PJ. Psychosocial and relationship issues in men with erectile dysfunction. *Urol Nurs* 2006; 26:442-446.
9. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young JN. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Soc Sci Med* 2004; 58:1597-1607.
10. Açıkgöz, F. Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşantılarındaki değişikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması (Uzmanlık Tezi). Bolu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2007.
11. Reis N, Beji NK, Coskun. A quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14:137-146.
12. Jakobsson L, Loven L, Hallberg RI. Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *J Clin Nurs* 2001; 10:573-582.
13. Dikencik BK. Radyoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda vajinal dilatasyon ve cinsel devamlılığın önemi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 13(50):105-113.
14. Yıldırım G, Oskay Ü. Histerektomi sonrası kadın cinsel yaşama uyumu *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 13(50):115-123.
15. Johnson BK. Prostate cancer and sexuality: Implications for nursing, *Geriatr Nurs* 2004; 25:341-47
16. Lindsey LL. *Gender Roles: A Sociological Perspective*, 4th edition. New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2005.
17. Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. *Am Hist Rev* 1986; 91:1053-1075
18. Flynn, KE, Reese JB & Jeffery DD et.al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology*, 2012; 21:594-601.
19. Park E, Norris RL, Bober SL. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J*. 2009; 15(1):74-77
20. Kocaman NY, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk, *DEUHYO ED* 2013, 6 (4), 231-240.
21. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, et.al. Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients, *Psychology&Health*, 2013. 28:12, 1370-1390.
22. Bilge Ç, Kaydırak MM, Aslan E. Jinekolojik Kanserin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri The Effects of Gynecological Cancer on Sexual Life. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016, 7(3):31-38.

KANSER HASTA VE AİLESİYLE ÖLÜMÜ KONUŞMAK

FİGEN İNCİ

NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ

Giriş

Bilim ve teknolojiye ilerlemelerle birlikte birçok hastalık tedavi edilebilir hale gelmiş, yaşam süresi ve kalitesinde önemli gelişmeler olmuştur. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklar da artmıştır. Benzer şekilde kronik hastalıklar grubunda değerlendirilen kanserin görülme sıklığı, kanser tedavisi alan ve bakıma ihtiyaç duyan birey sayısı artmıştır. Her ne kadar kronik hastalıklar grubuna dahil edilse de kanser halen ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Hasta ve ailesi için kanser tanısı almak ölüm gerçeği ile yüzleşmek, ölüm üzerine daha fazla düşünmek, bu gerçeğe yaşamın nasıl düzenleneceğine karar vermek anlamına gelir. Diğer taraftan sağlık hizmeti sağlayıcıları için ölüm baş edilmesi zor bir problem, tedavi edilemeyen bir hastalık, konuşulması oldukça güç konulardan biridir.

Hastanelerde gerçekleşen ölümlerde ciddi bir artış söz konusudur ve bu durum sağlık çalışanlarının ölmekte olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerini daha iyi anlama ve karşılama konusunda hazırlıklı olmaları gerekliliğini ortaya koyar. Bununla birlikte hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarının, ölmekte olan hastaya yönelik kaliteli yaşam sonu bakım konusunda gerekli beceri ve özgüvene sahip olmadıkları görülmektedir. Tedavi edici bakım yaklaşımını benimsemiş olan sağlık profesyonelleri, tedavinin mümkün olmadığı durumlarda yaşam sonu bakımın önemine yeterince inanmamaktadırlar. Bu nedenle ölmekte olan hastaya bakım sunarken kendilerini başarısız veya yetersiz hissetmektedirler. Oysa yaşam sonu bakımda semptomların iyi bir şekilde kontrol edilmesi, hasta ve ailesinin beklenen ölüme hazırlanıyor olması, hasta ve ailesinin gereksinimlerine saygı ve şefkatle yaklaşılması, sunulan bakımın hedefleri konusunda hasta ve bakım vericiler arasında dürüst bir ilişki kurulması son derece değerlidir. Ölmekte olan hastaya bakım sunarken hasta ve ailesi ile bakım ekibi arasındaki mesafe kayıp ve yas sonuçlarını oldukça yakından etkilemektedir.

Kanser Hasta ve Ailesinin Bakımda İletişimin Önemi

İletişim becerisi, hastaya etkisi ve bakımın kalitesi açısından, eğitimine zaman ve kaynak ayrılması gereken çok temel bir klinik beceridir. İletişim sağlık sisteminde, özellikle onkoloji kliniklerinde çok önemli bir yere sahiptir. Hasta ve ailesinin tedavi ve prognozla ilgili bilgilendirilmesinde, hastalığın ve tedavinin neden olduğu durumlarla baş edilmesinde, hastalık ve tedavi süreçlerine uyumda, kararlara katılımı ve kötü haberin verilmesinde iletişim becerileri hayati öneme sahiptir. Etkili iletişimin; hasta sonuçlarını olumlu etkilediği, hastaların memnuniyetini ve tedavi kararlarına katılımını artırdığı, psiko-sosyal uyumu geliştirdiği, ağrı ve anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir. Kötü iletişim ise tıbbi hatalar, finansal maliyet ve bakım vericilere karşı olumsuz tutum gibi sonuçlara yol açmaktadır. Yapılan çalışmaların birçoğu kanser hastalarının tedavi ekibi ile olan iletişimden memnun olmadıklarını göstermektedir. Sağlık bakım sisteminde hasta sonuçlarını oldukça yakından etkileyen iletişim becerisi, öğrenilebilen bir beceridir. Gerek mesleki eğitim sırasında gerek klinik uygulamalar ve olumlu rol modellerinin katkısı ile iletişim becerisi geliştirilebilir.

Kanser Hasta ve Ailesiyle Ölümü Konuşmak

Kanser hastalığı tedavi edilemez olduğunda, yaklaşan ölüm gerçeği hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için konuşulması güç konular arasında yer alır. Nitelikli yaşam sonu bakımın sağlanmasında, fiziksel semptomların kontrol altına alınmış olması şüphesiz önemlidir. Bunun yanı sıra hasta bireyin ve ailesinin yaklaşan ölüm gerçeği ile yüzleşmesi ve bu gerçeğe uyum sağlanması da gereklidir. Ölümle yüzleşme durumunda, sağlık çalışanlarının hasta ve ailesinin kültürel özelliklerine ve dini inanışlarına dikkat etmeleri gerekir. Dini inanışlar ve kültürel özellikler, yaşam sonu bakımda sunulan uygulamalara izin vermeyi veya ölüm gerçeğini kabul etmeyi yakından etkiler. Bazı hastalar yaşam sonu bakımda yapılan müdahaleleri gereksiz ve aşırı yük olarak algılayıp bunu "kötü ölüm" olarak değerlendi-

rebilirken, bazıları sonuna kadar yapılabilecek tüm müdahalelerin yapılmasını isteyebilirler.

Her insanın ölüm gerçeği ile yüzleşme biçimi ve bu durumda ihtiyacı olan destek gereksinimi farklıdır. Bununla birlikte yaşam sonu dönemde yaygın olarak, korku ve kontrol kaybı duygusu ifade edilir. Neredeyse herkesin yapmak isteyeceği bir şey, birkaç beklentisi, ifade etmek isteyeceği duygu ve düşünceleri olabilir. Bazıları sadece birkaç şey söylemek için tek fırsat isterken, bazıları birçok konuyu konuşmak için pek çok fırsat dilerler. Eğer ölmekte olan kişi konuşmaya istekli görünmüyorsa, ona konuşmak için başka fırsatlar vermeye devam edilmelidir. Konuşma isteğinin değişebileceği unutulmamalıdır. İnsanlar yaklaşan ölüm ile yüzleştiklerinde, huzur içinde ölmeyi isterler. Ölmek istedikleri yer tercihlerinin mutlaka konuşulması gerekir. Yapılan çalışmalar genel olarak hastaların evlerinde, sevdikleri yanlarındayken ölmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.

Dinlenilmek, korku ve endişelerin duyulması büyük fark yaratabilir. Yalnızca hasta ve ailesinin kaygılarını dinliyor olmak sağlık profesyonelleri için zor olabilir. Çünkü bu durumda hiç bir şey yapmadıklarını düşünebilirler. Birçok sağlık çalışanı, insanların kendisini iyi hissetmesi için bir şeyleri düzeltmek ister. Biri yaşamının sonuna geldiğinde, bunu değiştirecek ya da düzelterek bir yol yoktur. Bazen tüm soruların cevabının bilinemeyeceğinin, bütün sorunların çözülemeyeceğinin kabul edilmesi gerekir. Bu aşamada kişiyi sadece dinlemek yapılabilecek en iyi şeydir.

Hasta birey ve ailesi ölüm hakkında konuşmaya zorlanmamalıdır. Sadece konuşmak istediklerinde konuşmalıdırlar. Burada izlenecek yol, kriz oluşmadan erken dönemde hasta ve ailesine konuşmak istediklerinde konuşabilecekleri biri olduğunu söylemektir. İnsanlar her zaman en bilgili ya da en yüksek ünvanına sahip kişiyi konuşmak için seçmezler. Genellikle kendilerini yanında iyi hissettikleri, ilişki kurabildikleri kişiyle konuşmak isterler. Eğer zaman ayrılır, hastaların korku ve endişeleriyle gerçekten ilgilenilirse kendilerini daha iyi hissederler.

Farketmek

Sağlık profesyonelleri hasta veya aile üyelerini üzgün, kederli gördüklerinde benzer duyguları hissedebilirler. Bu karşındaki kişinin sıkıntısının fark edildiğini göstermesi açısından önemlidir. Üzgün veya kederli olan kişinin yanına oturup, "Üzgün görünüyorsun, benimle konuşmak ister misin?" diye sorulabilir. Kişi bunu hemen yanıtlamayabilir. Bu uyarı yeterlidir, acele etmeye çalışmak ve beklemek gerekir. Kişinin endişelerini ve korkularını fark etmek son derece önemlidir. Endişe ve korkuların paylaşılması çok büyük bir değişim yaratır ve bu endişelerle ileride nasıl baş edebileceği konusunda farkındalık oluşturur.

Birlikte Olmak

Hasta ve ailesiyle birlikte olmak, yaşam sonu dönemde olan birinin ve onu sevenlerin duygularını nasıl paylaştığını görmek

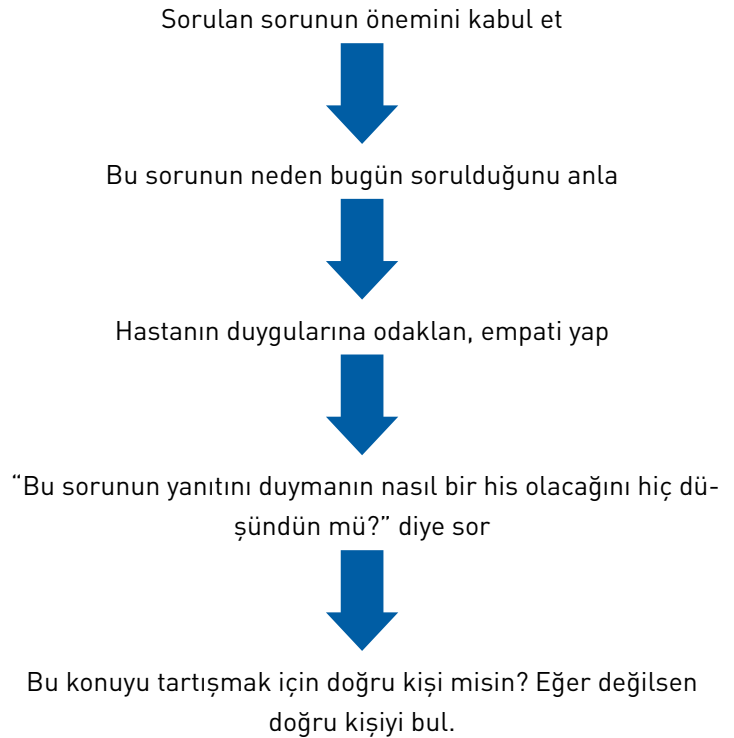
için birçok fırsat sunan, son derece ödüllendirici bir deneyimdir. Ölmekte olan kişinin duygularını paylaşmak, onu dinlemek son derece zenginleştiricidir. Bu dönemde sağlık personelinin yapması gereken şey hasta ve ailesiyle ilgilenmektir.

Zor Sorular Nasıl Yanıtlanır?

Yaşam sonu bakımda hasta ve aile üyeleri bazen öyle zor sorular sorarlar ki bunları yanıtlamak oldukça güçtür. Bu durumda önemli olan bu sorunun neden şimdi sorulduğudur. Soru dürüstçe yanıtlamalı, bilinmeyen bir şey biliniyormuş gibi davranılmamalıdır. Verilen yanıtların kişiyi incitmemesine dikkat edilmelidir. Kişi henüz duymaya hazır olmadığı şeyleri duyarsa bu durumla baş edemeyebilir. Bu nedenle hastanın ve aile üyelerinin hazır oluşunun mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Yapılabilecek en kötü şey ise soruyu görmezden gelmektir.

Yaşam sonu dönemde genellikle; "Nasıl öleceğim?", "Çok acı çekecek miyim?", "Ağrı duyacak mıyım?" gibi sorular sorulur. Bu soruları yanıtlamadan önce, kişi hâlihazırda ne biliyor, sorunun cevabını gerçekten bilmek istiyor mu, neden böyle bir soru sordu, tüm bunların netleştirilmesi gerekir. Hasta tarafından yöneltilen zor sorulardan biri ile karşılaşıldığında yapılması gereken ilk şey, bu soruyu neden sorduğunu öğrenmektir. Örneğin hasta "Ne kadar zamanım kaldı?" diye sorduğunda, bir konuşmaya kulak misafiri mi oldu yoksa bir şeyi yanlış mı anladı bunu ortaya çıkarmak için "Bunu neden sordunuz?" diye yanıtlanabilir.

Zor soruları yanıtlarken aşağıdaki akış izlenebilir;



Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü ölmekte olan hastanın, uygun yaşam sonu bakım almasını temel insan hakkı olarak tanımlamaktadır. An-

çak buna rağmen pek çok hastanede yeterli yaşam sonu bakım verildiğini söylemek güçtür. Hastaneler daha çok tıbbi tedavinin yapıldığı yerler olarak görülmekte, sağlık çalışanları ise yaklaşan ölüm gerçeği ile yüzleşen hasta ve ailesinin verdiği tepkileri anlamakta zorlanmaktadırlar. Birçok sağlık çalışanı yaşam sonu bakım konularını tartışmada kendilerini yetersiz hissetmektedir. Sağlık çalışanlarının bu algısı, ölmekte olan hasta ve ailesiyle yaşam sonu bakım konularını konuşma ümidini ortadan kaldırmaktadır.

Oysa iletişim, yaşam sonu bakımın niteliğini artıracak çok temel bir beceridir. İletişim; süreçle ilgili ailenin bilgilendirilmesi, duyguların ifade edebilmesi, kararlara katılımın sağlanması, müdahalelerin sonuçlarının değerlendirilmesi ve ölmekte olan hastanın savunuculuğunun yapılabilmesi için gereklidir. Birçok sağlık profesyoneli, yaşam sonu bakım konularını konuşmayı başlatma ya da sürdürmede kendine yeterince güvenmemektedir. İletişim geliştirilebilen bir beceridir. Uygun destek, eğitim ve uygulama ile bu beceri geliştirilebilir. Birçok klinik rehber, yaşam sonu dönemde iletişimin nasıl olması gerektiği konusunda çerçeve sunmaktadır. Hatırlanması gereken önemli nokta hasta ve ailelerinin dürüst ve açık bir iletişimle, şimdiki durumları ve gelecek planları ile ilgili bilgilendirilmeleridir. Hasta ve aileleri ile mümkün olduğunca ilgilenmenin ve onları dinleyerek öncelik ve hedeflerini öğrenmenin herhangi bir maliyeti yoktur aksine çok büyük kazançları vardır.

KAYNAKLAR

1. Parker PA, Ross AC, Polansky MN, Palmer JL, Rodriguez MA, Baile WF. Communicating with Cancer Patients: What Areas do Physician Assistants Find Most Challenging. *J Canc Educ* 2010;25:524-529.
2. Reid C, Gibbins J, Bloor S, Burcombe M, McCoubrie R, Forbes K. Healthcare Professionals' Perspectives on Delivering End-of-Life Care within Acute Hospitals Trusts: A Qualitative Study. *BMJ Support Palliat Care* 2013;5(5):490-5.
3. Clark K. Care at the Very End-of-Life: Dying Cancer Patients and Their Chosen Family's Needs. *Cancers* 2017;9(2):1-10.
4. Reed L, Palfreyman H, Dowd S. How Can We Help Families. In: Sadler C, eds. *A Practical Guide to End of Life Care*. 1 st ed. Open University Press; 2015. p.114-130.
5. Taylor R, Chadwick S. Palliative Care in Hospital: Why is it so Difficult? *Palliat Med* 2015;29:770-3

6. Epner DE, Ravi V, Baile WF. When Patients and Their Families Feel Abandoned. *Support Care Cancer* 2011;19:1713-7.
7. Nedjat-Haiem FR, Carrion IV, Gonzalez K, Ell K, Thompson B, Mishra SI. Exploring Health Care Providers' Views About Initiating End-of-Life Care Communication. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2017;34(4):308-317.
8. Lin MF, Hsu WS, Huang MC, Su YH, Crawford P, Tang CC. "I Couldn't Even Talk to the Patient": Barriers to Communicating with Cancer Patients as Perceived by Nursing Students. *Eur J Cancer Care* 2017;e12648 DOI:10.1111/ecc.12648.
9. Newton JT. Reactions to Cancer: Communicating with Patients, Family and Carers. *Oral Oncology* 2010;46:442-4.
10. Jeffrey D. *The Patient's Choice, Patient-Centred Ethics and Communication at the End of Life*. 1 st ed. CRC Press; 2006. p.130-137.
11. Thomas G, Free A. How Can We Communicate with People About Dying? In: Sadler C, eds. *A Practical Guide to End of Life Care*. 1 st ed. Open University Press; 2015. p.48-69.
12. Keegan L, Drick CA. *Changing the Consciousness around Death and Dying, End of Life Nursing Solutions for Death with Dignity*. 1 st Springer Publishing Company; 2011. p.141-156.
13. Barnes S, Gardiner C, Gott M, Payne S, Chady B, Small N, et al. Enhancing Patient-Professional Communication About End-of-Life Issues in Life-Limiting Conditions: A Critical Review of the Literature. *J Pain Symptom Manage* 2012;44(6):866-79.
14. Feldman DB, Llamas J. Working with Family Caregivers of Persons with Terminal Illness. In: Qualls SH, Kasl-Godley JE, eds. *End-of-Life Issues, Grief, and Bereavement*. 1 st ed. John Wiley & Sons, Inc.; 2011. p.64-84.
15. Gillett K, O'Neill B, Bloomfield JG. Factors Influencing the Development of End-of-Life Communication Skills: A Focus Group Study of Nursing and Medical Students. *Nurse Education Today* 2016;36:395-400.
16. Funk LM, Waskeiwich S, Stajduhar KI. Meaning-Making and Managing Difficult Feelings: Providing Front-Line End-of-Life Care. *Omega* 2014;68(1):23-43.
17. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2014;28:130-134.

MEME KANSERİ TEDAVİSİNE BAĞLI LENFÖDEMİN ÖNLENMESİ VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

NEŞE DURSUN SARIYAZ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Meme kanseri, tüm dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen kanser tipleri arasında yer almaktadır. Dünyada meme kanseri görülme sıklığı 43,3/100 000 iken, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre ülkemizde, meme kanseri görülme sıklığı ise 2014 yılında 43,0/100 000'e yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Meme kanseri tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi hastanın yaşam süresini uzatmakla beraber, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen (enfeksiyon, anemi, iştahsızlık, bulantı, kusma, ağrı, halsizlik, cilt te yanık, kaşıntı, lenfödem, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, depresyon, öfke) sorunlara da neden olmaktadır.

Lenfödem; lenfatik sistemdeki yetersizliğe bağlı olarak proteinden zengin interstisiyel sıvı birikimidir (Lee, Mak, Tse, Chan 2001). Etyolojisi bilinmeyen ya da konjenital lenfatik disfonksiyon sonucu gelişen olgular primer lenfödem, tetikleyici bir nedene bağlı olarak gelişen lenfödem ise sekonder lenfödem olarak adlandırılmaktadır (ISL, 2003).

Lenfödem Sınıflaması

Uluslararası Lenfoloji Komitesi'ne (International Society of Lymphology) göre lenfödem Evre I, II ve III olmak üzere üç basamakta sınıflanmaktadır. Evre I, örneğin venöz yetmezlik ödemi ile karşılaştırıldığında, proteinden zengin sıvı birikiminin erken dönemini ifade eder. Bu dönemde ekstemitenin elevasyonu ile ödem azalır. Evre II, ekstremitelerde elevasyonu ile ödemin artık düzelmediği dönemdir ve dokuda gode bırakan (pitting) ödem vardır. Evre II'nin geç döneminde fibrozis oluşmaya başlamasıyla birlikte, ödem artık gode bırakmayan ödem haline gelir. Evre III ise lenfostatik elefantiazis dönemidir (ISL, 2003).

Meme Kanseri ile İlişkili Lenfödem İnsidansı

Kadınlarda meme kanseri ile ilişkili lenfödem görülme sıklığı yaklaşık %6-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Lenfödem insidansı ile ilgili bir çalışmada, lenfödem semptomlarının

cerrahiden hemen sonra ya da 30 yıl sonra bile görülebileceği belirtilmiştir. Yayınlanan uzun dönem prospektif bir çalışmada da, tüm meme kanseri hastalarının %42'sinde tedavinin ilk 5 yılı içinde lenfödem görüldüğü; diğer bir uzun dönem prospektif çalışmada da ilk 3 yıl içinde lenfödem görülme oranı 54-15% arasında olduğu kaydedilmiştir (Bakar ve diğerleri, 2014).

Lenfödem gelişen meme kanserli hastalarda etyoloji ve risk faktörleri henüz tam olarak açıklanamamıştır (Lee, Mak, Tse, Chan 2001). Literatürde lenfödem risk faktörleri arasında meme ameliyatı tipi, aksiller lenf nodu diseksiyonu, radyoterapi, travma, tümörler, enfeksiyon, beslenme yetersizliği, obezite, diyabet, böbrek yetersizliği, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, karaciğer hastalıkları, depresyon, anksiyete, yeterli oral alamama, protein alımının azalması ve aşırı protein kaybına yol açan nedenlerin olduğu belirtilmektedir (Olson ve Petreck, 2000; Kebudi, 2003; Puleo, Reintgen ve Cox; 2004). Literatürde meme kanserine bağlı lenfödem radikal mastektomi sonrası %44, modifiye radikal mastektomi sonrası %29, meme koruyucu cerrahi sonrası %10, aksiller lenf nodu diseksiyon sonrası %50 oranında geliştiği belirtilmektedir. Golshan ve Smith (2006), özellikle radikal mastektomi sonrası radyoterapi alan hastaların, lenfödem yönünden en fazla risk altında olan grupta yer aldığını belirtmektedir (Demir, 2008). Soran ve arkadaşları (2006) yapmış oldukları çalışmada; cerrahi işlemin, lenf nodu diseksiyonu uygulanmasının, tümör evresinin, radyoterapi alma durumunun, enfeksiyon, hipertansiyon, yaş, kilo ve elin fazla kullanılmasının lenf ödem gelişmesine sebep olduğunu saptamışlardır (Soran ve diğerleri, 2006). Passket ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir başka çalışmada ise lenf nodu diseksiyonu uygulanmasının, kemoterapi almanın ve aşırı kilolu olmanın lenfödem gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Passket ve diğerleri, 2003).

Lenfödem birey için pek çok yönden sorun oluşturabilen kronik bir durumdur. Lenfödem gelişen kolda duyuusal bozukluklar, şiş-

lik, ağrı, güç kaybı, elde ve bilekte esnekliğin azalması, hareket kısıtlılığı, dolgunluk hissi, enfeksiyona yatkınlık ve ciltte hassasiyet gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların en çok fiziksel problem yaşadığı, bu fiziksel sorunlar içerisinde en çok ağrı ve lenfödem gelişmesi sonrası kolda hissedilen uyuşukluk yer almaktadır (Voogd ve diğerleri, 2003; Feuk ve Isaksson, 2000).

Lenfödemin Önlenmesi ve Hemşirelik Girişimleri

Lenfödem, mastektomi sonrası sık karşılaşılan bir durum olup, uygun hemşirelik girişimleri planlandığında ve uygulandığında önlenebilecek bir durumdur. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunluğunun lenfödem gelişmeden önce lenfödeme haberdar olmadıklarını ve lenfödem belirtilerini fark edemediklerini göstermişlerdir (Maclean, Miedema, ve Tatemichi 2005; Ok, 2003). Ayrıca kadınların lenfödem geliştikten sonra da lenfödem tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve bazı kadınların hiçbir şey yokmuş gibi günlük yaşam aktivitelerine devam ettiği belirtilmiştir (Maclean ve diğerleri, 2005). Paskett ve arkadaşlarının (2000) çalışmasına göre; lenfödem gelişen hastaların (n=22) %90'ının lenfödem gelişmeden önce önleyici davranışlar hakkında bilgi sahibi olmadıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada lenfödemi olan ve olmayan kadınları karşılaştırmışlar ve lenfödemi olan kadınların %81'inin durumlarına uyum sağlamada güçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Bosompra ve arkadaşları (2002) hastaların (n:148) lenfödeme korunmaya yönelik gereken ilgiyi göstermediklerini ve yeterli uygulama yapmadıklarını saptamışlardır.

Bireyin lenfödem konusunda kendi sorumluluğunu almasında, lenfödemin önlenmesi, yönetimi ve takibinde sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşireler anahtar bir role sahiptir (Dönmez, 2016). Hemşirelik girişimleri, hastanın lenfödem konusunda kendi sorumluluğunu almasını sağlama; lenf ödemi önleme, izleme ve kontrol etme yetisini artırmaya yönelik olmalı ve hastanın tüm yaşamını kapsamalıdır (Demir, 2008).

Lee ve arkadaşları, meme bakım kliniğindeki lenfödem gelişen meme kanserli kadınların %82,5'inin lenfödeme ile ilgili risk faktörlerini bilmediklerini ve bilgi kaynağı olarak %49,9 ile hemşireleri birinci, %38,0 ile de doktorları ikinci sırada gördüklerini bulmuşlardır (Müezziner & Karayurt, 2014). Lenfödemli hastada cilt bakımına yönelik hemşireler; bireylerin günlük yaşamlarını devam ettirirken dikkat etmeleri gereken noktalar, seyahat ve hobi gibi özel durumlarda cildi koruma, özellikle etkilenen bölgenin herhangi bir travma, yara vb. durumlardan korunması, sağlıklı cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, uygun cilt bakımının yapılması, cildin uygun solüsyonlarla nemlendirilmesi, cildin günlük olarak değerlendirilmesinin yapılması gibi konularda birey ve ailesini bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşirelerin ciltte oluşan sorunun erken dönemde fark edilmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesinde de önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ciltte oluşan soruna özel tedavinin uy-

gun şekilde yönetilmesi ve tamamlanması hemşirenin sorumluluğundadır (Dönmez, 2016).

2015 Konsensus toplantısında onkoloji hemşireleri; lenfödemin gelişimini önlemede hastalarına %91.2'si (n=73) kol egzersizi yapmasını [%68.1 (n=47) dirençli kol egzersizleri yapmasını], %69.6'sı (n=48) uçağa binerken elastik bandaj/ kolluk takmasını önerdiğini ve %90.1'i (n=64) sağlıklı kilo kontrolünü sürdürmesinin önemini açıkladığını ifade etmişlerdir. (Can, 2015).

Cilt bakımının yapılması, travmalardan kaçınılması ve enfeksiyon riskinin azaltılmasına yönelik hemşirelik uygulamaları:

- Lenfödem bileziği kullanılması,
- Ekstremitelerin temiz ve kuru tutulmasının sağlanması
- Cilt bütünlüğünün günlük olarak, çizilme, enfeksiyon, kızarıklık ve döküntü yönünden değerlendirilmesi
- Etkilenen elin ve kolun yanıklardan korunması (ütü yapma, yemek pişirme)
- Ciltte kuruluğun ve çatak oluşumunun önlenmesi için günlük nemlendirici kremlerin sürülmesi
- Etkilenen alanın elevasyona alınması
- Tırnak bakımına özen gösterilmesi; tırnakların kısa olmasına dikkat edilmesi
- Etkilenen bölgenin güneş kremi ve böceksavar ile korunması
- Enjeksiyon ve kan aldırma gibi uygulamalardan kaçınılması (Kemoterapi uygulanmaması, aşı uygulanmaması)
- Deri bütünlüğünün bozulmasına yol açacak bahçe işi, kesici aletlerle çalışma, bulaşık yıkama, hayvanlarla temas gibi aktivitelerde eldiven giyilmesi
- Aksiller bölge temizliği için jilet yerine elektrikli makinelerin kullanılması
- Ciltte çizikler olursa, su ve sabunla yıkanması, antibiyotik uygulanması ve enfeksiyon açısından (örneğin, kızarıklık) cildin gözlenmesi
- Yıkanan bölgenin iyice kurulması (ovalanmamalı, havlu ile sürtmemeli)
- Döküntü, kaşıntı, kızarıklık, ağrı, cilt ısısında artma, ateş veya grip benzeri semptomlar olursa, derhal hekimle iletişime geçilmesi
- Dövme ve piercing yaptırmaktan kaçınılması
- Dikiş dikerken iğne batmasını engellemek için yüksük kullanılması
- Vücudun üst kısmına masaj yaptırılmaması (Manuel lenfatik drenaj masaj olarak değerlendirilmemelidir). (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Aktivite/yaşam tarzı

- Aşırı zorlayıcı fiziksel aktivitelerden kaçınılması (ovma, fırçalama, itme, çekme)
- Herhangi bir aktivite veya egzersizin süresi ve şiddetinin kademeli olarak artırılması

- Fiziksel aktivite esnasında sık sık dinlenme periyotlarının verilmesi
- Aktivite sırasında ve sonrasında ekstremitenin boyut, şekil, doku, yapı, ağrı, ağırlık veya sertlik gibi herhangi bir değişiklik açısından izlenmesi
- Uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Beslenme

- İdeal vücut ağırlığının korunması
- Dengeli, az tuzlu, az yağlı, lifli besinler tüketilmesi
- Protein alımının azaltılmaması (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Ekstremitenin sıkıştırılmasından kaçınılması

- Mümkün olduğunca, risk altındaki koldan kan basıncı ölçülmemesi (Ölçüm zorunlu ise tansiyon manometresi en fazla sistolik basıncın 10 mmHg yukarisına kadar çıkarılmalı)
- Sıkımayan takı ve giysilerin kullanılması (bilezik, saat, yüzük)
- Ağır meme protezi kullanılmamalı (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Kompresyon Giysileri

- Vücuda uygun giysilerin seçilmesi
- Yorucu aktivitelerde (ağırlık kaldırma, uzun süreli ayakta durma, koşma) risk altındaki ekstremitenin kompresyon giysisi ile desteklenmesi
- Uçak yolculuğunda uygun kompresyon giysisinin kullanılması (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Sıcaklık

- Aşırı soğuğa maruz kalmaktan kaçınılması
- Uzun süreli (15 dakikadan fazla) sığağa maruz kalmaktan kaçınılması, özellikle sıcak küvetler ve saunalar
- Sıcak banyo ya da duş yapılmaması (buhar banyosu, hamam, sauna vb)
- Etkilenen bölgeye sıcak veya soğuk uygulama yapılmaması (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016)

Seyahat

- Sivrisineğin çok olduğu bölgelere gitmekten kaçınılması
- Araba, uçak ya da tren ile yolculuk sırasında kompresyon giysisi giyilmesi
- Sık mola verilmesi, uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması (Demir, 2008; Bakar, 2014; Can, 2015; Dönmez, 2016).

Sonuç olarak ; Lenfödem meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda uzun dönemde sık görülen ve bir çok soruna neden olan komplikasyondur.bu komplikasyonun önlenmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı ile hastalara kendi kendine lenfödem yönetiminin öğretilmesi ve bu becerinin zamanla geliştirilmesi önemlidir(Demir 2008). F

KAYNAKLAR

1. Bakar.Y, Berdici.B .Şahin.N.. Pala Ö. Lymphedema after breast cancer ant its treatment. Journal of Breast Health 2014;10:6-14 DOI:10,5152/tjbh,2014.1651
2. Can, G. (2015). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014.
3. Demir SG.Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi.J Breast Health.2008;4:62-69
4. Dönmez, A. A.,& Özdemir, L. (2016). Lenfödemde cilt bakımı ve koruyucu yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 54-64.
5. Ferlay, J.,Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., &Parkin, D. M. (2010). Estimates of World WideBurden of Cancer in 2008: GLOBOCAN 2008.International Journal Of Cancer, 127(12), 2893-2917.
6. International Society of Lymphology Executive Committee. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema. Lymphology 2003;36:84-91
7. Kebudi A. Meme cerrahisinin erken ve gec komplikasyonları, Topuz E, Aydın A, Dincer M,ed. Meme Kanseri, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 532-546.
8. Lawenda, B. D.,Mondry, T. E., &Johnstone, P. A. (2009). Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. CA: a cancer journal for clinicians, 59(1), 8-24.
9. Lee Y, Mak S, Tse S, Chan S. LymphedemaCare of BreastCancerPatients in a BreastCareClinic: a Survey of Knowledge and HealthPractise. Support Care Cancer 2001; 9:634-641.
10. Müezziner, NE, Karayurt, Ö. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem Gelişen Kadınların Deneyimlerinin İncelenmesi. Özgün Araştırma, J Breast Health 2014;10:23-29
11. Olson JA, Petreck JA. Breastcancer-relatedlympedema, In: Singletary SE, Robb GL, ed. Advanced Theraphy of Breast-Disease, first ed. Hamilton: B.C.DeckerInc, 2000: 307-314.
12. Paskett E, Naughton M, Mccoy T.P, McCoy T ve ark. TheEpidemiology Of Arm And Hand Swelling In Premenopausal Breast Cancer Survivors Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2007;16(4).
13. Puleo CA, Reintgen DS, Cox CE. Lympedema in the postmastectomy patient: pathophysiology, prevention, andmanagement, In: Bland KI, Copeland EM, ed. The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders, 3rd ed. Saunders Co, St Louis-Missouri, 2004: 963-973.
14. Soran A, Angelo G, Begovic M, Ardic F ve ark. BreastCancer-Related Lymphedema-What aretheSignificantPredictorsand How TheyAffecttheSeverity of Lyphedema? The Breast Journal 2006;12(6):536-543.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr>

er.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf,
Erişim Tarihi: 15.2.2018.

16. VoogdA.C,Ververs J.M, Vingerhoets A, Roumen H ve ark.
Lymphoedema And Reduced Shoulder Function As Indica-

tors Of Guality Of Life After Axillary Lymph Node Dissec-
tion For Invasive Breast Cancer. British Journal of sSrgery
2003;90:76-81.

LENFÖDEM TEDAVİSİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

ZAHİDE PALA

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI LENFÖDEM REHABİLİTASYON ÜNİTESİ

Lenfödem Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Diüretikler, FTR Modaliteleri (lazer,US), Pnömatik Kompresyon Pompaları, Yoga, Cerrahi, Egzersiz, Bası Giysileri, Kinezyobantlama Kompleks Dekonjestif Tedavidir.

KOMPLEKS BOŞALTICI FİZYOTERAPİ

Lenf sistemi göreceli olarak geç keşfedilmiştir. MLD, ilk kez Avusturyalı-Belçikalı Winiwanter'la (1892) başlamıştır. Avrupa düzeyinde genişleyerek 1930'da KDT şeklinde Vodder kurduğu okulda eğitimi sertifikalandırılmıştır. Bunu modifiye eden damar cerrahı olan FÖLDİ kendi okullarını kurmuştur. Tedavinin prensipleri aynı, teknikleri farklıdır. Földi; KDT kavramını ve komponentlerini geliştirdi(1932).

KBF non-invaziv yan etkisi olmayan , anatomi ve fizyoloji ile uyumlu bir tedavi yöntemidir

- Günümüzde uluslar arası standartlarasahiptir
- Lenfödem tedavisinde Amerikan Kanser Derneği (www.cancer.org) ve Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından onaylanmıştır

KBF (KDT)

1. 4 ana komponenti içerir. 1)MLD
2. Cilt bakımı
3. Kompresyon(Bandaj veya Basıgiysisi)
4. Özel egzersizler(Bandajla veya bası giysisiyle)

KBF İKİ FAZ İÇERİR.

- FAZ 1-BoşaltmaFazı
- FAZ 2-KorumaFazı

1. MLD (MANUEL LENFDRENAJ)

MLD, lenf sisteminin elle manipüle edilerek, bloke olmuş lenf sıvısının ödemli alandan daha merkezde lokalize, sağlıklı alanlara yönlendirme tekniğidir. Günlük 45 dk -1 saat sürmelidir.

Dört temel Vodder tutuş tekniğine dayanır. Hastaya dokunuş

yeni doğan bir bebeğin başını okşar tarzda olmalı ve yavaş uygulanmalıdır. Dairesel teknik, Pompalama tekniği, Döndürme tekniği, Kepçeleme tekniği. Bu tekniklerin ortak özelliği aktif ve pasif faz içermeleridir.

- Aktif Faz: Hafif yönlendirmeye lenf sıvısının uygun yöne hareketini sağlayan çalışma fazıdır.Aktif faz 1 sn kadar sürmeli ve 5-7 kez tekraredilmelidir
- Pasif Faz: Cilt elastik paternin pasif olarak başlangıç pozisyonuna getirildiği dinlendirme fazıdır (Basınçazaltılır).

MLD ETKİLERİ

- Lenf kapiller dolaşımını ve transportunuartırır
- Lenf üretimi ve lenfanjoaktiviteyiartırır
- Konjektal alandan sağlam bölgeye doğru sıvı drenajınıyönlendirir
- Relaksasyon yapıcı etkisi ve analjezik etkilerivardır
- Fibrozite olmuş konnektif dokuyu gevşetir veparçalar

MLD KONTRAENDİKASYONLARI (GENEL)

- Akutenfeksiyon
- Kardiyaködem
- Malignsüreç(göreceli)
- Akut ven trombozu
- Süperior vena kavaobstrüksiyonu

ANASTOMOZLAR

İki komşu gövde çeyreğinin kollektörleri arasında yer alan anastomozlara, aynı zamanda emilim bölgeleri arası anastomozlar denir. Bu anastomozlar ayırım çizgilerinden orjin alan kollektörlerin, ayırım çizgileri üzerinde karşı karşıya gelmesi sonucunda oluşur. Emilim bölgesi arası anastomozlar normalde kullanılmazlar(atıldırılır). Bu anastomozlar 7-10 adet kollektör içerir. Kişinin yaklaşık olarak eli genişliğindedir. Bu anastomozların yerini bilmek, lenf damarları yaralanmış veya lenf nodülleri

alınmış bölgedeki sıvının, sağlıklı gövde tarafında bulunan lenf nodüllerine boşaltılması/yönlendirilmesi için çokönemlidir

2. CİLTBAKIMI

Lenfödemde cilt bakımı ile ilgili ilk bilgiler 1892'de Winiwarter tarafından tanımlanmıştır. Cilt bakımının amacı; bakteri ve mantar gelişiminden ve takip eden enfeksiyonlardan (lenfanjit, lenfodenin, selülit) kaçınmak. Kuru cilde yeterli nem uygulamak. Hiperkeratozları azaltmak, cildin yumuşaklığını geliştirmek.

Kronik lenfödemde cilt kuru, çatlamış ve enfeksiyona yatkındır. Derideki kuruluk su kaybı ile ciltteki normal nemlendirici faktörlerin (üre) ve lipidlerin azalmasına bağlıdır. MLD ile KB ve bası giysileri deride ek stres oluştururlar ve doğal koruyucu tabakanın yıkımını hızlandırır. Cilt bakımında nötral pH'lı vücut kremleri önerilmektedir.

3. KOMPRESYON TEDAVİSİ

Lenfödemde ciltteki elastik fibriller hasar görür. Etkilenen bölgede sıvının yeniden birikmesini önlemek amacıyla bu bölgeye kompresyon uygulanması gerekir. Lenfödemli ekstremitelere boşalmış olsa bile, cilt elastikiyeti bir daha asla eski haline gelemmez

KOMPRESYON TEDAVİSİNİN ETKİLERİ;

MLD ile elde edilmiş sonucun devam ettirilmesini sağlar. Skar ve fibröz dokuyu parçalar (Özellikle özel pedler ile birlikte uygulandığında). Elastikiyetini kaybetmiş dokuları destekler. Basınç uygulaması, lenfödemli bölgenin yetersiz cilt elastikiyetini kompanse eder.

Tedavinin fazına göre kompresyon uygulaması yapılır. Kısa çekişli bandajlar (faz 1), bası giysileri (faz 2) de kullanılır.

Tedavide kullandığımız kısa-çekişli bandajlar lenfödemli ekstremitelere yeterli basıncı sağlamak içindir. Kısa çekişli bandajlar; YÜKSEK çalışma, DÜŞÜK dinlenme basıncına sahiptir.

Kompresyon Tedavisinin Amacı; MLD ile elde edilmiş sonucun devam ettirilmesini sağlar. Elastikiyetini kaybetmiş dokuları destekler. Kas eklem pompasının etkinliğini artırır.

Bası Giysisi Örüm Tekniği; düz parça şeklinde kişinin özel ölçülerine göre dokunmakta ve sonrasında dikilmektedir. İlmek sayısı geniş bölgelerde artıp, dar bölgelerde azalmaktadır. Böylece basınç daha homojen dağılmakta ve turnike etkisi olmamaktadır. Düz örgü bası giysisi özel her boyda ve genişlikte dokunabilmektedir.

Bası Giysisi

Bası Giysisinin Amaçları; doku içindeki basıncı artırır, artmış doku basıncı kasların iç pompalama mekanizması gibi hareket etmesini sağlar, kaslar bandaja/bası giysisine karşı kasılırlar ve dokunun ihtiyacı olan basınç sağlanmış olur.

- Postoperatif meme ca: 20-30 mmHg (profilaktik verilebilir)
- Hafif-orta ödemde 30-40mmHg
- Orta ciddi lenfödemde ve venöz yetmezlikte 40-50 mmHg tedavide kullanılır

Lenf Ödemde Egzersizin Önemi; Lenf akışını artırır, venöz dönüşü artırır ve hızlandırır, eklem ve kas pompasını optimize eder, lenfanjiomotorisitiyi artırır, derin (diafragmatik) solunum torasik duct aracılığı ile venöz açığa sıvı dönüşünü artırır.

Egzersizler Basit olmalı, 10-15 dk; 1-2 seans/gün, 3-4 çeşit egzersiz yeterlidir, su içi (aquatik) egzersizler önerilir. Boşaltım fazında zorlayıcı, çok tekrarlı egzersizlerden kaçınılmalıdır.

KORUMA FAZI

Hastanın taburculuğundan sonra lenf ödemin tekrarlanmaması için hastanın aldığı sorumluluk önemlidir. Bunlar; self drenaj, cilt bakımı, kompresyon (Bası giysisi ile sağlanır) ve egzersizleri içerir.

KAYNAKÇA

1. Lenfödem Yönetimi Çeviri Editörü Prof. Dr. Pınar BORMAN
2. Lenfödem Meltem DALYAN, Pınar BORMAN, F. Figen AYHAN
3. Academy of Lyphatic Studies Çeviri Nilüfer KABLAN
4. Foundations Manuel Lymph Drainage M. FÖLDİ
5. Földi's textbook of Lymphology M. FÖLDİ E. FÖLDİ
6. Kanser ve Lenfödem ile Yaşayan Bireyler İçin Fizyoterapi Önerileri Doç. Dr. İlke KESER

ULUSLARARASI PALYATİF BAKIM MODELLERİ VE ÜLKEMİZE YANSIMASI

GÜLCAN BAĞÇIVAN

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, EĞİTİM BİRİMİ, ANKARA

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser, hasta ve yakınları için, ilk tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psikososyal ve ruhani, birçok zorluğu içinde barındıran bir süreç olmaya devam etmektedir (1). Kanser tedavilerindeki gelişmeler sonucunda, bazı kanser olgularında, tedavi şansı yakalanmış ve bazılarında da yaşam süresi uzatılarak kanser kronik bir süreç kazanmıştır. Tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı durumlarda, hastanın sıkıntısını azaltıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, tanı anından itibaren tedavi süresince ya da ölüm anında ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (1, 2, 3).

Geçmişte palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek, palyatif bakımın olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (4). Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology-ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (5).

Palyatif bakım kurumları ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulan "St. Christopher Hospice" ile başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde devam etmiştir (6). Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Amerika ve İspanya her türlü palyatif bakım hizmetinin (evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri, hospisler gibi) verildiği, ve palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkeler olarak gösterilmektedir (7, 8).

Palyatif bakımda esas amaç hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve terminal döneme giren olguları ayırarak ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda hastaların hastalık ve tedaviye bağlı olarak yaşadığı semptomların iyileştirilmesi ve bu konuda tüm aile fertlerinin bilgilendirilmesi önceliklidir ve ayrıca palyatif bakım kapsamında dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetler de yer almaktadır (9, 10, 11, 12, 13). Her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle palyatif bakım günümüzde insan hakları değerleri arasında da sayılmaktadır (14, 15). Ayrıca, palyatif bakımın, kurulması ve idamesi çok ucuz olup, hastaların ömrünün son dakikalarına değin hastane ve acil servislere sık sık başvurmalarını önlediği ve hastanede kalış sürelerini kısalttığı için maliyet etkin bir yaklaşım olduğu ilgili literatürde araştırma sonuçlarında ortaya konmuştur (16, 17, 18).

Palyatif bakım hizmeti farklı şekillerde sunulmaktadır. Genel olarak hizmet sunum seçenekleri ülkenin sahip olduğu kaynaklar, palyatif bakıma özgü eğitilmiş ekiplerin varlığı ve ileri düzey kanser hastası prevalansı ile belirlenmektedir (19, 20,

21, 22, 23, 24). Palyatif bakım hizmetlerinin sunum modelleri-ne baktığımızda genel olarak palyatif bakım hizmetleri hastane ortamında, topluma dayalı, ev ortamında ve hospislerde verilmektedir (25).

Hastane Temelli Palyatif Bakım; hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren semptomlarının kontrolüne odaklanmaktadır. Hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinde yataklı palyatif bakım ünitelerinin yanı sıra palyatif bakım konusunda eğitilmiş bir ekip ile konsültasyon hizmetleri de verilmektedir. Bu yaklaşımla bir hastane ya da evde bakım gibi diğer sağlık bakım ortamlarındaki hastalarla birlikte geniş bir hasta popülasyonu için palyatif bakım konsültasyon hizmeti sağlanmaktadır (19, 21, 26).

Hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ile ağrı ve semptom kontrolü uzmanlığı ile hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, bakımın kalitesinin artması, hasta, ailesi ve sağlık bakım ekiplerinin karar alma ve iletişim konusunda işbirliğinin sağlanması, sağlık bakım ekipleri arasında koordinasyonun artması, sağlık bakım ortamları arasında hasta transferinin kolaylaşması, hasta/aile memnuniyetinin artması, personel memnuniyetini ve kurumda kalmayı geliştirmek için kompleks ve yoğun vakalara ayrılan zaman kaybının azaltılması, hasta giderlerine daha sistematik bir yaklaşım getirilmesi, hastane kaynaklarının daha uygun kullanılmasını sağlamak ve bakımın yararını geliştirme gibi olumlu sonuçların elde edildiği belirtilmektedir (27, 28, 29).

Toplum Temelli Palyatif Bakım; palyatif bakım hizmetlerinin hastane dışında kişilerin kendi yaşam alanlarında veya bakım evleri, hospisler gibi kuruluşlarda sunulduğu palyatif bakım modelidir (25).

Multidisipliner yaklaşım palyatif bakımın temel özelliğidir. Palyatif bakım ekibi içerisinde farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu alanda eğitilmiş meslekler dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri ve gönüllüler de yer almaktadır (26, 30, 31). Genel olarak palyatif bakım ekip üyeleri arasında; doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler), psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, eczacı, cerrahlar, anestezi uzmanları ve din adamı ekibe dahil olmaktadır (31, 32). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek grupta, doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve psikologların yer alacağını belirtmiştir (33).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programının önemli bir bileşeni ve önceliği olarak belirtilen palyatif bakım programı eylem planı, çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların

katılımı ile 2008 yılında düzenlenen 3 çalıştay sonunda oluşturulmuştur. Bu eylem planında ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda; en az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması, palyatif bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, ve opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (33). Bu doğrultuda mevcut durum analizleri değerlendirilerek PALYA-TÜRK adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım, 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir (15, 34). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı palyatif bakımın ilk adımı olarak "Evde Bakım Hizmetini" başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde açılmıştır (30).

Palya-Türk projesi kapsamında yapılan düzenlemelere göre palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerini içermektedir.

Birinci seviye; toplum temelli palyatif bakım hizmetleri, aile hekimleri ve evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülmesi planlanmaktadır.

İkinci seviye; hastane merkezleri; Akut Bakım Merkezleri: Birinci, İkinci ve Üçüncü Seviye, Kronik Bakım Merkezleri, Hospis (Destek Evi) ve Gönüllüler, Sivil Toplum Örgütleri (her seviyede) (33, 35).

İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri çerçevesinde ikinci basamak hastane merkezleri olarak, Onkoloji Tanı Tedavi Merkezlerindeki Palyatif Bakım Merkezleri (PBM) kurulması planlanmaktadır. PBM hem evde bakım hizmetleri hemde Kronik Palyatif Bakım Merkezleri ile koordinasyonlu çalışır ve yatak ihtiyacı hasta sayısına göre belirlenir. Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri kapsamında ise Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezlerinin (KPBM) kurulması planlanmaktadır. Bu merkezlerin kendi sağlık bölgesinde palyatif bakım konusunda her türlü eğitimi verebilecek düzeyde bilgi birikimi ve donanıma sahip olması beklenmektedir (35).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri, Ekim 2014 tarihinde yayınlanan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" kapsamında yer alan esaslara dayalı olarak yürütülmektedir. Bu yönergede, palyatif bakım merkezleri için fiziki koşullar ve asgari donanım şartları, personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı, görev yetki ve sorumluluklar, çalışma esasları ve hizmetin kapsamı, palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esasları, hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk ve son hükümler olmak üzere toplam yedi bölümde ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin usul ve esaslar ayrıntılı olarak açıklanmıştır (Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, 2014).

Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen verilere göre Nisan 2016 itibari ile ülkemizde 68 ilde kamu hastaneleri bünyesinde toplam 168 yataklı palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (<https://www.saglik.gov.tr/>). Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizde sunulan evde sağlık hizmetleri istatistiklerine göre, Ocak 2018 itibari ile, «evde sağlık hizmetleri» ile ilgili, 86 Evde Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Merkezinde 871' i hekim 3.616 kullanıcısı ile 320.000 aktif hastaya 7 gün 24 saat esaslı olarak hizmet sunulmaktadır. 444 38 33 T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Merkezi 182 Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) entegre olarak hizmete girmiştir. İletişim merkezi ayda 60.000 hasta başvurusu (ilk çağrı) karşılamaktadır. Alınan hasta başvuruları gerekli tıbbi değerlendirmelerin yapılması için İl Koordinasyon Merkezlerine iletilerek sağlık 7 gün 24 saat esaslı olarak hizmeti sunumu sağlanmaktadır. 1.016 tescilli birim, 1.252 araç ve 4.629 sağlık personeli ile hizmet verilmektedir. 2017 yılı ilk 11 aylık süreçte Palyatif Bakımdan Evde Sağlık Birimine devredilen hasta sayısı 2.489'dur (<https://www.saglik.gov.tr/>).

KAYNAKLAR

1. Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim, 24, 4-9.
2. Glare, P. A. (2013). Early implementation of palliative care can improve patient outcomes. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 11(suppl 1), S-3.
3. Meneses, K., & Benz, R. (2010). Quality of life in cancer survivorship: 20 years later. In Seminars in oncology nursing, 26(1),36-46.
4. World Health Organization. (2012). WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 03.02.2015
5. Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. Journal of Clinical Oncology, 30(8), 880-887.
6. Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi, 28(1), 69-74.
7. Bingley, A., & Clark, D. (2009). A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). Journal of Pain and Symptom Management, 37(3), 287-296.
8. Centeno, C., Clark, D., Lynch, T, Racafort, J., Greenwood, A., Brasch, S. ve ark. (2007). Facts And Indicators On Palliative Care Development In 52 Countries of The Who European Region: Results of An EAPC Task Force. Palliative Medicine, 21(6), 463-471.24,37.
9. Peppercorn, J. M., Smith, T. J., Helft, P. R., DeBono, D. J., Berry, S. R., Wollins, D. S., ... & Schnipper, L. E. (2011). American Society of Clinical Oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology, 29(6), 755-760.
10. Yildirim, N. K., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Journal of Psychiatric Nursing, 4(3), 153-158.
11. Kaasa, S., Hjerstad, J. M., Loge, H. J. (2006). Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades?. Palliative Medicine, 20(8), 727-734.
12. Parrish, P., Stillman, D., Strumpf, N. (2002). Module Six: When People Are Dying: Palliative Care., http://www.med.upenn.edu/gec/user_documents/PalliativeCarefinal2013-Intro.pdf Erişim: 16.02.2018
13. Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Hegedus, K., Nabal, M. et al. (2009). White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care In Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 16(6), 278-289.
14. Hoch, J. S. (2009). Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost-effectiveness analysis with person-level data. Journal of Pain and Symptom Management, 38(1), 54-61.
15. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1, 1-6.
16. Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliative Medicine, 28(2), 130-150.
17. Starks, H., Wang, S., Farber, S., Owens, D. A., & Curtis, J. R. (2013). Cost savings vary by length of stay for inpatients receiving palliative care consultation services. Journal of Palliative Medicine, 16(10), 1215-1220.
18. McCarthy, I. M., Robinson, C., Huq, S., Philastre, M., & Fine, R. L. (2014). Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. Health Services Research, 50:1.
19. Esper P, (2005). Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition, Eds; Yarbro C H, Frogge M H, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers, USA, 1729-1743.
20. Guthrie A.E, Green C.J., Matzoo M.L, (2007). Palliative and end-of- Life Care, Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives, Eds; Monohan F D, Sands J K, Neighbors M, Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 156-176.
21. Karaca B, Uslu R, (2006). Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu Kanser ve Palyatif

- Bakım, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 405-414.
22. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. New York, 2004. <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf> Erişim tarihi 16.02.2018.
 23. Kömürcü Ş, Erkişi. M, Bavbek S, Beyzadeoğlu M, Özyılkan Ö, (2003). Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu Rec (2003), Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul.
 24. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. (2008). Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA. 299:1698-1709.
 25. Morrison, R. S. (2013). Models of palliative care delivery in the United States. Current opinion in supportive and palliative care, 7(2), 201-206.
 26. Ferrell, B., Connor, S. R., Cordes, A., Dahlin, C. M., Fine, P. G., Hutton, N., ... & National Consensus Project for Quality Palliative Care Task Force Members. (2007). The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. Journal of Pain and Symptom Management, 33(6), 737-744.
 27. Meier D.E, (2008). Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging, 1-23.
 28. Santa-Emma P., Roach R., Gill M., Spayde P., Taylor R. (2002). Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. J Palliat Med: 5; 93-100.
 29. Gade G., Venohr I., Conner D., McGrady K., Beane J., Richardson H.R., Williams P. M., Liberson M., Blum M., Penna D.R. (2008). Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Control Trial. Journal of Palliative Medicine:11(2);180-190.
 30. Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, T. A., Akın, S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, Çağdaş Tıp Dergisi, 2(2), 122-126.
 31. Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversiteler Ofset.
 32. Dahlin, C., (2013). The National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 3rd edition 2013. https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf Erişim Tarihi: 16.02.2018
 33. Tuncer M., (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015 BAKANLIK YAYIN NO: 76.
 34. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.
 35. Demirel, T., Olgun, N., Özet A. (2014). Türkiye Bilimler Akademisi Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu, TÜBA, Ankara.

HASTA YAKINLARINI TEDAVİ SÜRECİNE DAHİL ETME YÖNTEMLERİ

OZAN BAHÇIVAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

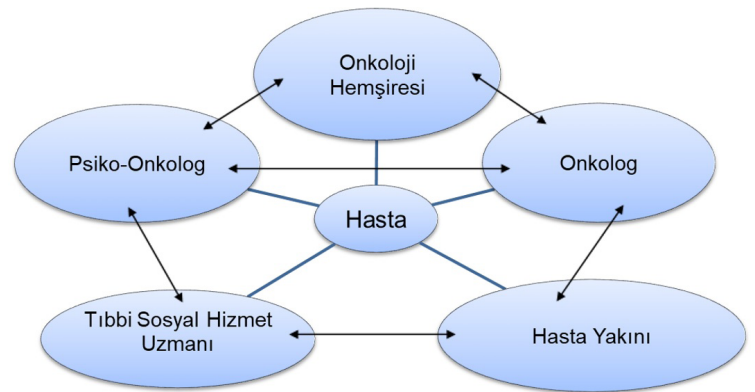
Hemen hemen çoğu kronik hastalıkta hasta odaklı yaklaşımın hastaların verilen tedaviye uyumunu ve bundan dolayı da tedavide başarı oranını arttırdığı bildirilmiştir (Institute of Medicine, 2013). Onkoloji hastalarının tedavilerinde tedavi süreci sadece hastayı değil, aynı zamanda hasta yakınlarını da kapsamaktadır. Hastaya ulaşmanın bazen de en pratik yolu hasta yakınları aracılığıyla kullanmaktır. Psiko-sosyal ve onkolojik tedavi sürecinde hasta yakınları çoğu zaman vicdanen hastaları için bir şey yapamadıklarından şikayet etmekte bu durum onlarda anksiyete, yüksek stres ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynamaktadır. Psiko-sosyal ve fizyolojik açıdan bütüncül yaklaşımlarda bulunmak hem hastanın tedavisini hem de hasta yakınlarına hastaları için bir şey yapabilme imkanını sağlamaktadır. Berry, Dalwadi, ve Jacobson (2016) tarafından da belirtildiği gibi hasta yakınlarının tedaviye dahil edilmesiyle hastanın tedaviye daha iyi cevap verdiği de görülmüştür.

İş Yükünü Hafifletmek için Etkili İletişimin Önemi

Hasta bakımının organize edilmesi ve yönetilmesi genellikle eksik kalmaktadır. Yurt dışı verilerine göre her 10 onkoloji hastasının 7'si ihtiyaç durumlarında doktorlarına ve gerekli sağlık personeline ulaşamadığını, test sonuçlarını öğrenemediklerini söylemiş, alınan randevularına bile gidemeyecek durumda olduklarını belirtmişlerdir (Stremikis et al, 2011; Institute of Medicine, 2013). Bu yayında yine hasta yakınlarının olması gerektiği kadar tedaviye dahil edilmemesinin eksikliği belirtilmiştir. İletişim ve bakımın organize edilmesindeki yetersizlikler yüzünden hastalar gerekli zamanlarda test sonuçlarına, hekimlere ve sağlık personeline ulaşamayabilir ve sağlık çalışanları hastalara zamanında gerekli müdahalelerde bulunamayabilirler, ayakta tedavi görebilecek hastaların yatması gerekebilir, yatması gereken hastaların hastanedeki yatış süresi uzayabilir. Bu sebeple sağlık çalışanlarına fazladan iş yükü oluşmakta, bir hemşire olması gerektiğinden daha fazla hastayla ilgilenmek zorunda kalmakta ve hastaya verilen bakım kalitesi azalmakta, böylelikle hemşirelerin yıpranma payı artmaktadır.

ABD'de yapılan bir çalışmaya göre geçmişte yapılan tetkiklerin sonuçları tatmin edici şekilde açıklanmadığından ve hastaların sosyo-kültürel yapılarına uygun olarak tartışılmadığından hastaların en az %25'i tekrar başka hastanelere başvuru yapmaktadırlar. Bu yayın, hasta yakınlarının tedaviye dahil olmasının sosyo-kültürel yapılarına uygun bir tedavi planı çizilmesinde önemli rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. İletişimin önemi bilhassa anlatılan tıbbi bilgileri anlamada zorlanabilecek eğitim düzeyleri düşük veya yaşlı hastalarda daha önem taşımaktadır. Bu tür hastalarla tıbbi bakım ve hijyen konularında konuşurken eğitim seviyesi daha yüksek olan hasta yakınlarından yardım almak kaçınılmazdır. Etkili iletişim ile tıbbi bakım gerektirecek ilaç alımından, tedavinin yan etkilerine kadar geniş yelpazede verilen bilgileri anlayabilen hastaların hastaneye gelme sıklıklarında azalma tespit edilmiştir (Berkman ve arkadaşları, 2011).

Sağlık Kurumlarında Bütüncül Yaklaşımlar ve Yöntemleri



Her hastanenin kendine özgü sağlık politikası ve işleyişi ile ilgili kuralları vardır. Bu kuralları, iş yükünü azaltmak ve doğru orantıda iş verimini arttıracak şekilde belirlemek gerekmektedir. Sistemi bu şekilde kurmak ve şekillendirmek İngiltere, ABD, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde hem halk hem de çalışan sağlığı açısından hedeflenen amaçlardandır. Üstelik hemşirelik hizmetleri gibi onkoloji bölümünün eli kolu niteliğindeki sağlık personelinin bu tür

hizmet geliştirme girişimlerinden fayda sağlayacağı kaçınılmazdır. Lakin bütüncül hasta odaklı, yani hastanın yanında hasta yakınlarını da tedaviye dahil etmek gibi bir yaklaşım doktorlar için tedavi kültürünün dışında, yabancı ve hatta rahatsız edici bulunabilmekte ve itirazlarla karşılaşabilmektedir (Institute of Medicine, 2013). Buna karşın ek olarak belirtilmelidir ki hasta yakınlarını tedaviye dahil edecek bir sistem geliştiren hastanelerde hasta memnuniyetinin ve hastaların yaşam kalitelerinin de bu sistemin olmadığı merkezlere göre arttığı görülmüştür (Epstein ve Street, 2011; Street ve arkadaşları, 2009).

Hastaneler gibi sağlık kurumlarında hasta ve hasta yakını odaklı bir yaklaşım sistemini geliştirirken sadece sağlık çalışanlarının değil, aynı zamanda hasta ve yakınlarının da fikirleri alınmalıdır. Sistemin temeli atıldıktan sonra düzenli aralıklarla hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılamayı amaçlayan, genel hasta memnuniyeti anketine benzer bir anket yapılmalıdır. ABD’de ‘Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems’ (Sağlık Hizmeti ve Sistemlerinin Tüketici Değerlendirmesi) adında, Avustralya ve Yeni Zelanda’da ‘Patient Experience Measurement’ (Hasta Deneyimi Ölçümü) adında ulusal seviyede standardize edilmiş sistematik olarak kullanılan örnek anketler mevcuttur (Browne ve arkadaşları, 2010). Bu anketler, varsa tıbbi sosyal hizmet uzmanları, sağlık psikologları veya psiko-onkologlar tarafından hazırlanıp uygulanabilir. Ya da bu sistematik işlem için ruh sağlığında tecrübeli bir onkoloji hemşiresi görevlendirilebilir. Böylece temeli atılan bu sistemin gelişmesine imkan vererek, hemşirelik koordinatörü ve anketi gerçekleştiren sorumlu ile birlikte bu bilgilerin analizi yapılmalıdır (Shaller and The Commonwealth Fund, 2007). Göz önünde ve erişimi kolay, görüllüğü ve teşvik ediciliği olan dilek ağaçları ya da buna benzer hasta ve hasta yakınlarının isteklerini iletebileceği bir mekanizma geliştirilebilir. Bu yöntemle hasta ve hasta yakınlarının kendini tedaviye dahil hissedebilmesinin, psiko-sosyal olarak rahatlatılabilmesinin, sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasının ve hastaların hastane ve hastane personelinin beklentilerini ifade edebilme fırsatının da verilebilmesinin önü açlabilmektedir (Institute of Medicine, 2013). Bu tür aktif katılımlar sayesinde iletişimin perçinlenmesi hasta ve hasta yakınlarının hastaneye (sağlık kurumuna) güvenini arttırarak hastanenin prestijini yükseltebileceği gibi tedavi sürecinin de daha rahat geçmesi sağlanabilmektedir (Halamka ve arkadaşları, 2008).

Sonuç olarak, hasta yakınlarının tedaviye dahil edilmesi ile elde edilen avantajlar göz önüne alındığında sağlık personellerinin iş yükünde azalma gözlemlenmiştir. Bu yaklaşımla sistemi kurarken elbette mevcut tıp kültürü, geleneksel hastane politikaları gibi detaylar, zorluk olarak algılanabilir. Lakin sağlık bakımı ve hastane politikasında hasta yakınlarının tedaviye sistematik bir düzenle dahil edilebilmesi, gelişmiş ülkelerde hasta bakımında bariz iyileşmeler sağlamaktadır. Her ülkenin, hatta her bir hastanenin kendine has sağlık politikaları olması kaçınılmaz bir gerçektir. Hastaya

kendi tedavisinde söz hakkı olabilme şansı verildikten sonra, hastanın sağlık personelinin, tedavisinin işleyişinden ve sağlık kurumundan duyacağı memnuniyetinde olumlu veya olumsuz değişiklikler olabilme ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır. Neticede bu zorluklar hasta odaklı bakım vermeyi engellememeli aksine sağlık personellerinin, özellikle hemşirelerin iş yükünü azaltıp daha verimli bir bakım elde edilebilmesi sağlanmalıdır. Son olarak, yurt dışı örnekleri bir model olarak değerlendirilirken, Türkiye’nin sağlık ve sosyo-kültürel yapısının da göz önünde bulundurulması, geliştirilecek olan modelin devamlılığı ve başarılı olarak işleyişinde büyük rol oynayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Berkman, N. D., S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern, A. Viera, K. Crotty, A. Holland, M. Brasure, K. N. Lohr, E. Harden, E. Tant, I. Wallace, and M. Viswanathan. 2011.
2. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Rockville,
3. MD: RTI International/University of North Carolina Evidence-based Practice Center.
4. Berwick, D. M. 2009. What “patient-centered” should mean: Confessions of an extremist.
5. Health Affairs (Millwood) 28(4):w555-w565.
6. Browne, K., D. Roseman, D. Shaller, and S. Edgman-Levitan. 2010. Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. Health Affairs (Project Hope) 29(5):921-925.
7. Dyer D. Meeting the needs of visitors a practical approach. Intensive care nursing 1991; 7 (3): 135 147.
8. Epstein, R. M., and R. L. Street, Jr. 2011. The values and value of patient-centered care. Annals of Family Medicine 9(2):100-103.
9. Halamka, J. D., K. D. Mandl, and P. C. Tang. 2008. Early experiences with personal health records. Journal of the American Medical Informatics Association 15(1):1-7.
10. IOM (Institute of Medicine). 2013. Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. Washington, DC: The National Academies Press.
11. Shaller, D., and The Commonwealth Fund. 2007. Patient-centered care What does it take? New York: The Commonwealth Fund.
12. Street, R. L., Jr., G. Makoul, N. K. Arora, and R. M. Epstein. 2009. How does communication
13. heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient
14. Education and Counseling 74(3):295-301.
15. Stremikis, K., C. Schoen, and A.-K. Fryer. 2011. A call for change: The 2011 Commonwealth Fund survey of public views of the U.S. health system. New York: Commonwealth Fund.

KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN KULLANIM İLKELERİ VE HEMOVİJİLAN

GÜLÇİN ADATEPE

ATAKENT ACIBADEM HASTANESİ

Kan, her biri ayrı bir fonksiyona sahip son derece spesifik yapılardan oluşmuş, canlı bir dokudur.

Kan transfüzyonu özel bir doku transplantasyonu olarak tanımlanabilir. Kan transfüzyonu 20. yüzyılın başında kan grubu antijenlerinin, tipleme yöntemlerinin ve verici-alıcı karşılaştırma testlerinin keşfi ile tıptaki uygulama alanına girmiştir. Kan transfüzyon endikasyonları arasında kan volümünü yerine koymak, eksik kan komponentlerinin yerine konması (eritrosit, trombosit, lökosit, pıhtılaşma faktörleri, plazma proteinleri), kan değişimi ve vücut dışı dolaşım uygulanması, dokulara oksijen transportunu sağlamak, kanama ve koagülasyon bozukluklarını ve immunolojik yetersizlikleri düzeltmek sayılabilir.

Kan Komponentlerinin Hazırlanması, Saklanması ve Klinik Kullanımı

Sağlıklı bir donörden alınan bir ünite tam kandan, kan bankası koşullarında eritrosit, trombosit, lökosit süspansiyonları, taze donmuş plazma ve kriyopresipitat elde edilmektedir. İmmünglobulin ve koagülasyon faktörleri ise geniş plazma havuzlarının bulunduğu koşullarda daha ileri teknoloji ile elde edilmektedir.

Tam Kan : Tam kan (CPD-Adenin-1), donörden alındıktan sonra hiçbir işlem uygulanmadan 63 ml antikoagülan eklenen, 450 ml' lik ana üründür. Total hacmi 510ml' ye kadar olabilir. 2- 8 °C arasında ısıda, torbalarda kullanılan koruyucu solüsyona göre 21 veya 35 gün saklanır. Tam kan buzdolabından çıkarıldıktan sonra 30 dakika içinde kullanılmalıdır. Transfüzyon 4 saat içinde bitirilmelidir. Günümüzde tam kan, çok nadiren transfüzyon amaçlı kullanılmaktadır. Daha çok kan ürünlerinin elde edildiği kaynak olarak kabul edilmektedir.

Endikasyonları: Masif kanama (dakikada 150ml/kg dan fazla olan kanamalar ve kan volümünün %25' inden fazlasının kaybı) , Exchange transfüzyonlar , Açık kalp cerrahisi ile sınırlıdır.

Kontrendikasyonları: Dolaşım yüklenmesi riski vardır. Kronik

anemi, Kalp yetersizliği. Tam kanın, transfüzyon ile infeksiyon riski vardır.

Eritrosit Süspansiyonu : Eritrosit süspansiyonu için gerçek tranfüzyon endikasyonu doku hipoksisi varlığıdır. Tedavi ile düzelebilecek ama belirgin semptomatik anemilerde, Asemptomatik ancak Hb <8 gr/dL olan riskli hastalarda, Tedavi ile düzelme şansı olmayan anemik olgularda hayat kalitesini arttırmak amacıyla (talasemi), Genellikle opere edilecek hastalarda > 7 g/dL düzeyini sağlamak için eritrosit transfüzyonu yapılır.

Kontrendikasyonu: Yenidoğanların kan değişim (Exchange) transfüzyonlarında önerilmez.

Trombosit Süspansiyonu : Trombositlerin azalması veya fonksiyonlarının bozulması durumlarında (kanamalı hastalıklar, ağır kan kayıpları, kan kanseri gibi birçok hastalıkta) trombosit süspansiyonuna ihtiyaç olmaktadır.

Trombosit süspansiyonları alınış yöntemine göre ikiye ayrılır:

Random donör trombosit süspansiyonu: Özel kan torbasına alınan kan, alındıktan sonra 8 saat içinde santrifüj edilerek trombositleri ayrıştırılır. Bu yöntemle 1 ünite trombosit süspansiyonu elde edilir.

Tromboferez ile elde edilen trombosit süspansiyonu: Bu yöntem sayesinde, bir bağışçıdan bir seferde 6-7 kat daha fazla trombosit elde edilebilmektedir. Bu yöntemle elde edilen süspansiyon, daha saf olmakta ve ayrıca kan bağışçısı daha sık aralarla kan verebilmektedir. Tromboferez denilen özel bir yöntemle kan bağışçısından sadece trombositler alınmakta, alınan kanın geri kalan kısmı bağışçıya geri verilmektedir. Bu işlem için yapılmış özel bir cihaz (aferez cihazları) kullanılmaktadır. Bir ünite trombosit terimi, tek donörden elde edilen trombosit süspansiyonlarını ifade eder. Ortalama 50-70 ml"dir.

Plazma : Plazma, kanın hücreleri haricinde kalan sıvı kısmıdır. Plazma, hayati öneme sahip pek çok maddeyi; albumin, glo-

bulun, koagülasyon faktörlerini içerir. Dondurulmuş bir şekilde (25 - 30°C'de) aylar boyunca saklanabilir. Ağır yanıklar, karaciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları, kalp ameliyatları, kanama bozuklukları gibi pek çok hastalıkta plazma kullanılmaktadır. Plazmanın, özel plazma fraksiyasyon tesislerinde işlenerek ayrıştırılması sonucu hayati önemi olan pek çok plazma ürünü ilaç elde edilir.

Bunlardan bazıları: Albümin solüsyonları , Gammaglobulinler (IV, IM) , Faktör 8 konsantresi Faktör 9 konsantresi, Fibrinojen, Protrombin konsantresi , Antitrombin III, Kuru plazma"dır.

Taze Donmuş Plazma : Plazmaferez ya da tam kanın şekilli elemanlarının santrifügasyonu ile elde edilen plazma, alındıktan sonra ilk 6 saat içinde hızla -25°C' de dondurulursa buna taze donmuş plazma (TDP) denir. Bu sayede pıhtılaşma faktör aktiviteleri azalmaz. Bir ünite TDP 200- 300ml' dir. İçinde tüm pıhtılaşma faktörleri, globulin ve albumin bulunur. Kullanım öncesi ABO ve Rh uyumu (45 yaş altı bayanlarda) aranır. Taze donmuş plazma kullanılacağı zaman çözülür ve 6 saat içinde 10-15 ml/kg dozunda kullanılır. Uygulama sırasında özellikle hızlı infüzyonlarda akut alerjik reaksiyonlar, ciddi ve hayati tehdit eden anafaktik reaksiyonlar görülebilir.

Endikasyonları: Pıhtılaşma ya da antikoagülan faktör eksikliklerinde, Warfarin aşırı dozajında

Masif transfüzyonda kullanılmaktadır.

Kriyopresipitat: Taze donmuş plazmanın, eritildikten sonra santrifüj edilmesiyle dipte kalan çökeltidir. Çökelti; fibrinojen, von willebrand faktör, faktör VIII ve XIII'den zengindir. Kriyopresipitat, konsatre şekilde fibrinojen içeren tek kaynaktır. Bu nedenle temel endikasyonu fibrinojen replasmanıdır. Her ünite, plazma fibrinojen düzeyini 5-7 mg/dl yükseltir. -25°C'de veya daha soğukta bir yıl saklanır. Kullanılacağı zaman, plazma çözücülerde 37°C'de çözülür ve 6 saat içinde kullanılır. Diğer kan ve kan ürünlerinde olduğu gibi kriyopresipitatında enfeksiyon riski vardır .

HEMOVİJİLAN

Eski Yunanca "haema" = kan •Latince "vigilans" = tetikte olma İlk kez 1990 yılında Fransa'da kullanılmaya başlandı. Kan ürünü ve transfüzyon işlemleri güvenliğini tanımlamak ve transfüzyon güvenliğini artırmak üzerine kuruldu. Transfüzyonların izlenmesi gereği; öncesi ve sonrasında dikkat edilmesi gereken konular belirlenmeye başlandı.

1992- "Ulusal Hémovigilance Merkezi" kuruldu.

1995- Avrupa çapında çalışmalar başladı.

1995- 5. bölgesel ISBT kongresinde "Transfüzyon tıbbında hemovigilance işlemleri" sempozyumu düzenlendi ve bu terim kullanılmaya başlandı.

Hemovijilans: Kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından alıcıların takibine kadar tüm transfüzyon zincirini kapsayan, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından ve klinik kullanımından kaynaklanan beklenmeyen veya istenmeyen durumlar hakkında bilgi toplamak, değerlendirmek ve bunların oluşumunu veya tekrarlanmasını önlemek amacıyla yürütülen bir dizi izleme prosedürleridir.

Hemovijilans temel amacı; Kan bağıışı veya transfüzyon ile ilgili istenmeyen reaksiyon veya olaylar konusunda güvenilir bilgiye ulaşmak, İstenmeyen olay veya reaksiyonların tekrarının önlenmesi için düzeltici faaliyetlerde bulunmak, Kan hizmet birimleri ve hastane yönetimlerini istenmeyen olay ve reaksiyonların birçok kişiyi etkileyebileceği yönünde uyararak.

TANIMLAR:

1. İstenmeyen Olay: Kan ve kan bileşenlerinin toplanması, test edilmesi, işlenmesi, depolanması, dağıtımı ve transfüzyon süreci ile ilgili olarak ortaya çıkan ve bağıışçı veya alıcıda istenmeyen reaksiyona yol açabilen durum olarak tanımlanır.

1.1 İstenmeyen Ciddi Olay: Kan veya kan bileşenlerinin toplanması, test edilmesi, işlenmesi, depolanması, dağıtımı ve transfüzyon süreci ile ilgili olarak ortaya çıkan, bağıışçı veya alıcıda ölüme veya hayati tehlikeye, kalıcı ve belirgin sakatlığa veya iş görmezliğe veya hastaneye yatma veya hastanede kalma süresinin uzamasına neden olabilen durum olarak tanımlanır. Transfüzyon zincirinin herhangi bir adımında karşılaşılan uygunsuzluk, hata veya olay olarak sonuçlanabilir.

1.2 Ciddi Olaysız Transfüzyon Hataları: İstenmeyen olayların diğer bir alt grubudur. Yanlış, uygunsuz veya yetersiz bileşenin transfüzyonuna rağmen alıcıda istenmeyen duruma yol açmış olan hatalar olarak tanımlanır.

1.3 Yanlış Transfüzyon: Hasta için transfüzyon uygunluk gerekliliklerini yerine getirmeyen veya bir başka hasta için hazırlanmış kan ve kan bileşenlerinin transfüzyonudur.

1.4 Ramak Kala: Gerçekleşmesi son anda önlenmiş olaylardır. İstenmeyen Reaksiyon: Kan bağıışı sırasında bağıışçılarda veya kan veya kan bileşeninin transfüzyonu ile ilişkili olarak hastada ortaya çıkan beklenmeyen ve istenmeyen durumdur.

2. İstenmeyen Reaksiyon

2.1 İstenmeyen Ciddi Reaksiyon: Kan ve kan bileşenlerinin toplanması veya transfüzyonu ile ilişkili olarak bağıışçıda veya alıcıda ortaya çıkan ölüme veya hayati tehlikeye, kalıcı ve belirgin sakatlığa veya iş görmezliğe veya hastaneye yatma veya hastanede kalma süresinin uzamasına neden olabilen durum olarak tanımlanır.

3. İz Sürme

3.1 Hastadan Bağışçıya İz Sürme (Trace - Back): Alıcı da transfüzyon ilişkili bir reaksiyon şüphesi varlığında , reaksiyona yol açması muhtemel kan bileşenini bağışlayan bağışçının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sürecidir.

3.2 Bağışçıdan Hastaya İz Sürme (Look -Back): Bağışçıda transfüzyon güvenliğini tehdit eden bir durumun saptanmasını takiben bu bağışçıdan elde edilen kan bileşenlerinin güncel akibetinin (transfüze edildiği hastalar, üretim, imha veya stok durumu vs.) belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırma sürecidir.

4. Geri Çağırma:Transfüzyon güvenliğini tehdit eden bir durumun saptanmasını halinde potansiyel tehlike oluşturan ve henüz kullanılmamış olan kan bileşenleri ve ürünlerinin tedarikçi tarafından geri çekilmesi sürecidir.

5. İade: Transfüzyon Güvenliğini tehdit eden bir durumun saptanmasını halinde potansiyel tehlike oluşturan ve henüz kullanılmamış olan kan bileşenleri ve ürünlerinin kullanıcı tarafından tedarikçiye verilme sürecidir.

6. İlişkilendirme (Imputabilite): İstenmeyen olay veya reaksiyonunbağışçıda kan bağıışı ile alıcıda transfüzyon ilişkili olma olasılığıdır. Gerek istenmeyen olay veya istenmeyen reaksiyon, gerekse gerçekleşmesi son anda önlenmiş olaylar olsun söz konusu uygunsuzluklara yönelik düzeltici/önleyici faaliyet ilgili birim tarafından oluşturulur.

HASTANE DÜZEYİNDE HEMOVİJILANS SİSTEMİNİN

AKTÖRLERİ

Hemovijilans sisteminin organizasyonunda hastanede çalışan tüm personelin yer aldığına anlaşılması önem taşımaktadır. Transfüzyon ile ilişkili görev ve sorumlulukları olan her personel, hemovijilans ile ilgili bildirimleri gerçekleştirebilir. Bu bildirimlerin uygun olarak gerçekleştirilmesinden ilgili kliniklerin hemovijilans sorumluları ve hastane hemovijilans hemşiresi yükümlüdür.

Hemovijilans Klinik Sorumlusu (HVKS): Hemovijilans Klinik Sorumlusu olarak ilgili klinikte çalışan doktor veya hemşire görevlendirilir (ilgili klinik, bu amaçla görevlendirdiği personeli hastane transfüzyon komitesine bildirmelidir). Hastalara ait Transfüzyon İzlem Formu ile birlikte hemovijilans sisteminin sürdürülebilirliği için istenen diğer verileri, Hemovijilans Hemşiresine iletilmesinden sorumludur.

Hemovijilans Hemşiresi (HVH): 7500 ünite/yıl ve altında transfüzyon gerçekleştirilen hastanelerde en az 1 (bir) kişi olarak istihdam (7500 ve katlarında katlanarak artar. Örneğin; 15000 ünite/yıl, en az 2 kişi olacak şekilde) edilir. 7500 ünite/yıl ve üzerinde transfüzyon gerçekleştiren hastanelerde sadece Hemovijilans Hemşiresi olarak çalıştırılır (bu kişiye görevi dışında idari

nöbetler ve klinik ve/veya laboratuvar hizmeti ve/veya nöbeti gibi ek görevler verilemez). Doğrudan transfüzyon komitesine bağlı olarak çalışır ve aynı zamanda transfüzyon komitesinin doğal bir üyesidir. Hastanede gerçekleştirilen tüm transfüzyonların, Transfüzyon İzlem Formu ile izlemlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini takip eder. Bu konuda, periyodik eğitimler düzenler. Uygunsuzlukları, transfüzyon komitesine bildirir. Düzeltici önleyici faaliyetlerin ilgili klinik tarafından başlatıldığından emin olur. Bu konulardaki kayıtları ve dokümanları tutar. Periyodik olarak transfüzyon komitesini ilgili faaliyetler hakkında bilgilendirir. Gerçekleşen tüm istenmeyen olay ve reaksiyonları hastane hemovijilans koordinatörüne (HVK) bildirir.

Hastane Hemovijilans Koordinatörü (HVK): Transfüzyon merkezi sorumlu hekimi veya transfüzyon merkezinde görevli diğer bir hekim, transfüzyon komitesi tarafından Hastane Hemovijilans Koordinatörü olarak görevlendirilir. Transfüzyon komitesinin doğal bir üyesidir. Kendisine Hemovijilans Hemşiresi tarafından iletilen verileri sınıflar. Bildirimlerin doğrulamasını gerçekleştirir. Tanımlamaların uygunluğu gösterildikten sonra, ilgili Hemovijilans Klinik Sorumlusu ile birlikte istenmeyen olay ve reaksiyonların nedenlerini belirler.

Hastane-Kayıt, Dokümantasyon ve Raporlama: Hastane hemovijilans sisteminde; kan ve kan bileşeninin transfüzyon merkezine kabulünden transfüzyon ve transfüzyon sonrası oluşabilecek istenmeyen olay ve reaksiyonlara kadar (ramak kala olaylar dâhil) tüm süreç kayıt altına alınır. Bu süreçte kayıt altına alınması gerekenler;

- Kan ve kan bileşeni kabulüne ilişkin kayıtlar (bakınız, Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri
- Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi-Kan ve Kan Bileşeni Kabul İşlemleri)
- Kan ve kan bileşenlerinin saklanması, depolanması ve dağıtımına ilişkin kayıtlar
- Kan ve Kan Bileşeni İstem Formu (acil istem dâhil)
- İstenmeyen Olay Bildirim Formu
- İstenmeyen Olay Doğrulama Formu
- İstenmeyen Olay Yıllık Bildirim Formu
- Transfüzyon İzlem Formu
- Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon Formu
- Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon İnceleme ve Tedavi Formu
- Transfüzyon ile ilişkili Şüpheli İstenmeyen Reaksiyon Hızlı bildirim Formu
- Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon Doğrulama Formu
- Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon Yıllık Bildirim Formu
- Transfüzyon Merkezi Faaliyet Formu

KAYNAKLAR;

1. Love G., (January 2001), Guidelines for Blood Transfusion Practice
2. Canatan. D., Karadoğan İ., (2001),Transfüzyonun Enfeksiyon Dışı Komplikasyonlar, Klinik Gelişim Transfüzyon Özel Sayısı, Tabipler Odası
3. Dünya Sağlık Örgütü Kan Transfüzyon Güvenliği Cenevre, Published by the World Health Organization, 2001 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Transfüzyon Komitesi 2005
4. Öztürk G. Kanın hazırlanması, saklanması ve nakli. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum dizisi No: 44-Mayıs 2005; 43-54.
5. Demir G, Yıldız Ö. Tıbbi Transfüzyon Endikasyonlar. Ülkü B, Soysal T.(editörler). Herkes için Transfüzyon Tıbbı. 1. baskı, İstanbul, Aydoğan Basım, 2005, s 117-124
6. Utku T. Transfüzyon Tekniği. Ülkü B, Soysal T (Editörler). Herkes için Transfüzyon Tıbbı. 1. baskı, İstanbul, Aydoğan Basım, 2005: s. 143- 150
7. Öz H. Transfüzyonun Ters Etkileri. Ar MC, Bilgen H, Utku T (Çeviri editörleri). Kanın Klinik Kullanım El kitabı, 1. baskı, İstanbul, Türk Kızılay, 2005: s. 60-70
8. Soysal T. Gecikmiş Transfüzyon Komplikasyonlar. Ar MC, Bilgen H, Utku T (Çeviri editörleri). Kanın Klinik Kullanım El Kitabı, 1. baskı, İstanbul, Türk Kızılay, 2005: s. 70-77.
9. Ar MC, Bilgen H, Utku T (Çeviri editörleri). Kan Ürünleri. Kanın Klinik Kullanımı El Kitabı. 1. baskı, İstanbul, Türk Kızılay, 2005: s. 21-35.
10. Altunay.H ve Arkadaşları, (2005-2006), Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği /Türk Kan Vakfı Eğitim Seminerleri, İstanbul
11. Ulusal Kan Merkezleri Ve Transfüzyon Tıbbi Kursu, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kan Merkezleri Ve Transfüzyon Derneği Türk Kan Vakfı, 2006 Uz.Dr. Uğur Gönenç, kan transfüzyonu
12. World Health Organization (WHO). Blood Transfusion Safety. Department of Essential Health Technologies. Switzerland: World Health Organization; 2006. p.1-6.
13. Altuntas F, Aydogdu I, Kabukcu S, Kocyigit I, Cıkım K, Sarı I, Erkut MA, Eser B, Ozturk A, Kaya E, Cetin M, Keskin A, Unal A. Therapeutic plasma exchange for the treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura: a retrospective multicenter study. Transfus Apher Sci 2007;36(1):57-67
14. Gray A, Hearnshaw K, Izatt C, Kirwan M, Murray S, Shreeve K. Safe transfusion of blood and blood components. Nurs Stand 2007; 21(51):40-7
15. Resmi Gazete (4.12.2008. Sayı: 27074) Sağlık Bakanlığı Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği; 2008. p.1-17.
16. The Ministry of Health of Turkey. Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi 2011. Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği. Ankara: Çesa Basımevi; 2011. p.1-329.
17. Vurgun Dikici, Nilay (2011), " Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kursu (XIV), Kurs kitabı" içinde, Kalite yönetim sistemi ve denetim Yatay ofset, İstanbul, sayfa:127-133.
18. Atilla, Erden (2013), "Hemovijilans", Türkiye Klinikleri Hematoloji Özel Dergisi, Cilt 6, No.3, sayfa15-7.
19. Yavuz, Ayla (2011), " Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kursu (XIV), Kurs kitabı" içinde, Hemovijilans ve hastane transfüzyon komiteleri Yatay ofset, İstanbul, sayfa:145-149.

KANSER AĞRISININ FARMAKOLOJİK YÖNETİMİNDEKİ ENGELLER

GÜLÇİN ŞENEL

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, AĞRI VE PALYATİF BAKIM MERKEZİ

Kronik malign ağrı olarak tanımlanan kanser ağrısı yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlardan biridir. Kanser hastalarının %50'sinden fazlasında orta veya şiddetli ağrı olduğu bilinmektedir [1]. Subjektif ve bireysel bir deneyim olan ağrı özellikle kanser hastalarında biyopsikososyal komponentleri ile bütün olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle ağrı tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra multimodal yaklaşım benimsenmelidir.

Kanser ağrısı hastalığın kendisine bağlı veya tedaviye bağlı komplikasyonlarda karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca kanser hücreleri ile ilgili inflamatuvar süreçte salınan sitokinler, interlekinler, kemokinler ve prostanoidler gibi faktörler spinal kord duyu nöronlarında aşırı duyarlılığa neden olmaktadır [2].

Kanser ağrı tedavisinde oral morfin kullanımı altın standart olarak halen yerini korumaktadır. Dünya Sağlık Örgütü kılavuzları (Analjezi Merdiveni) kullanılarak kanser ağrısının %85-90 oranında kontrol edilebileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte kanser hastalarında ağrı kontrolü ancak %50 oranında sağlanmaktadır [3]. Yeterli ağrı tedavisinin önündeki engeller; sağlık profesyonelleri, hastalar ve sağlık sistemi ile ilgili sorunlar olarak sınıflanmaktadır.

Sağlık Profesyonelleri ile İlgili Engeller

Ağrının iyi değerlendirilememesi ve ağrı tedavisinde bilgi eksikliği sağlık profesyonelleri ile ilgili başlıca engeller olarak karşımıza çıkmaktadır [4,5]. Analjezi merdivenini kullanmayan ve opioid farmakolojisi ve kullanım ilkeleri ile ilgili yetersiz bilgiye sahip sağlık profesyonelleri, opioid kullanımını geciktirdikleri gibi hastaların ağrı uzmanlarına ve palyatif bakıma yönlendirmesini de geciktirmektedirler [6]. Opiofobi sağlık çalışanları arasında oldukça yaygındır. Opioid yan etkileri, bağımlılık ve tolerans ile ilgili endişeler, kontrole tabi bu ilaçların reçetelendirilme prosedürleri etkin tedavi yapılmasına engel olmaktadır [5,6]. Hekimlerin %30'undan fazlası opioid kullanımında bağımlılığın %1'den fazla olduğunu düşünmektedir [7]. Yine opioid toleransı ve bağımlılık endişeleri ile gerekli etkin dozdan daha düşük dozlarda opioid kullanımı tercih edilmektedir [8]. Kanser hastalarında ağrı şiddetindeki artışı hekimlerin yarısından fazlası psikolojik bağımlılık veya tolerans olarak değerlendirmektedir [7]. Hastanede yatan hastaların dikkat çekmek için ağrılarını abarttığı, hafif ağrıyı daha şiddetli olarak ifade ettikleri düşünülmektedir [9]. Opioidin artan dozlarında özellikle solunum depresyonu gibi yan etkilerin görüleceği endişesi de opioid kullanımında engel oluşturmaktadır [7,8].

Hastalar ile İlgili Engeller

Hastalık algısı gibi ağrının algılanması, anlamlandırılması ve tedavi talebinde kültürel farklılıklar görülebilir. Hastalar "iyi hasta" olmak istedikleri veya hekimin dikkatini primer hastalaktan uzaklaştırmamak için ağrıyı bildirmede isteksiz olabilirler. Ağrıyı kanser olmanın kaçınılmaz bir parçası olarak düşünemirler veya hastalıklarının ilerlediğini kabul etmek istemeyebilirler [10]. Birçok hasta, hastalığın ileri evrelerinde opioidlere tolerans geliyeceği ve seçeneklerin tükeneyeceği endişesi ile erken dönemde opioidleri kullanmak istememektedir. Opioid kullanan hastalar da yine aynı endişelerle etkin dozdan daha az dozda kullanma eğilimindedirler [11,12,13]. Sağlık profesyonellerinin söylemlerinin de bunda katkısı vardır [14]. Yine hastalar bağımlı olmaktan veya ilaç bağımlısı gibi algılanmaktan korkmaktadırlar [15]. Opioid yan etkileri ve analjeziklerin bağımlılık sisteminde zayıflamaya neden olacağı ile ilgili endişeler de opioidlerin kullanımında çekince oluşturmaktadır [11-16].

Sağlık Sistemi ile İlgili Engeller

Hekimlerin reçeteleme uygulamalarını yakından takip eden ve kısıtlayan düzenlemeler özellikle opioidlerin daha az reçetelendirilmesine ve kanser ağrısının yetersiz tedavisine neden olmaktadır [17]. Bu kısıtlayıcı düzenlemeler hastada da sakıncalı bir ilacı kullandığı algısı oluşturmaktadır. Sağlık sistemin-

de ve sağlık çalışanlarının eğitim müfredatlarında kanser ağrı tedavisine öncelik ve önem verilmemesi, opioidlere erişimde güçlükler, etik ve yasal düzenlemelerle ilgili politikaların oluşturulamaması hastaların etkin ağrı tedavisine erişimini engellemektedir [18-21].

Her ülkede etkili kanser ağrısı yönetiminin önündeki engellerin belirlenmesi ve kanser ağrı tedavisine gereksinimi olan herkesin ulaşımı için bu engellerin kaldırılması, öncelikli sağlık politikaları arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Van den Beuken-van Everdingen MH1, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007 Sep;18(9):1437-49.
2. Ballantyne, J. C. Chronic pain following treatment for cancer: the role of opioids. *The Oncologist* 2003;8(6):567-75.
3. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
4. Bruera E, Willey JS, Ewert-Flannagan PA, Cline MK, Kaur G, Shen L, Zhang T, Palmer JL. Pain intensity assessment by bedside nurses and palliative care consultants: a retrospective study. *Support Care Cancer* 2005;13:228-31.
5. Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA, Portenoy RK. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey. *Journal of Clinical Oncology* (2011);29(36):4769-75.
6. Srisawang P, Harun-Or-Rashid M, Hirosawa T, & Sakamoto J. Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya journal of medical science* 2013;75(3-4):201.
7. Khan F, Ahmad N, Iqbal N, & Kamal AM. Physicians knowledge and attitude of opioid availability, accessibility and use in pain management in Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin* 2014;40(1):18-24.
8. Atasoy A, Bogdanovic G, Aladashvili A, Cvijetic Z, Dediu M, Cicmil-Saric N, Turhal NS. An international survey of practice patterns and difficulties in cancer pain management in Southeastern Europe: a Turkish & Balkan Oncology Group common initiative. *Romania* 2013;2:2-6.
9. Kim MH, Park H, Park EC, Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of South Korea in their early career. *Japanese journal of clinical oncology* 2011;41(6):783-91.
10. Hodes R. Cancer patients' needs and concerns when using

ing narcotic analgesics. In: Hill CS, Fields WS, editors. *Drug treatment of cancer pain in a drug-oriented society. Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 11. New York: Raven Press; 1989:91-9.

11. Çolak D, Oğuz A, Yazılıtaş D, İmamoğlu IG, Altınbas M. Morphine: patient knowledge and attitudes in the central anatolia part of Turkey. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2013;15(12):4983-8.
12. Jacobsen R, Samsanaviciene J, Liubarskiene Z, Sjögren P, Møldrup C, Christrup L, Hansen OB. Barriers to cancer pain management in Danish and Lithuanian patients treated in pain and palliative care units. *Pain Management Nursing* 2014;15(1):51-8.
13. Nguyen LM, Rhondali W, De la Cruz M, Hui D, Palmer L, Kang DH, Bruera E. Frequency and predictors of patient deviation from prescribed opioids and barriers to opioid pain management in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management* 2013;45(3):506-16.
14. Jones W, Rimer B, Levy M, Kinman J. Cancer patients' knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: implications for education programs. *Patient Educ Couns* 1984;5:159-64.
15. Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR, Gning I, Cleeland CS. Cancer pain management among underserved minority outpatients: perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer* 2002;94:2295-304.
16. Miaskowski C, Dodd MJ, West C, Paul SM, Tripathy D, Koo P, Schumacher K. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol* 2001;19:4275-9.
17. Weissman DE, Joranson DE, Hopwood MB. Wisconsin physicians' knowledge and attitudes about opioid analgesic regulations. *Wis Med J* 1991;90:671-5.
18. World Health Organization. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Geneva: World Health Organization;1996.
19. World Health Organization. *Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment*. Geneva: World Health Organization;2000.
20. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and management guidelines*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization;2002.
21. Ferrell BR, Griffith H. Cost issues related to pain management: report from the cancer pain panel of the agency for health care policy and research. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:221-34.

HEMŞİRE GÖZÜ İLE KANSER AĞRISININ TANIMLANMASI VE YÖNETİMİ

ŞERİFE KARACA

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PALYATİF BAKIM MERKEZİ

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır.

Tanı anında, devam eden süreçte ve yaşam sonunda kanser hastalarının yaklaşık %53'ünde ağrı olduğu bildirilmiştir. Aktif tedavi alan kanser hastalarının yaklaşık üçte biri, ileri evrede ise üçte ikisi ağrı deneyimlemektedir. Kanser hastasında ağrı nedeni %60-65 direk tümör ile, %20-25 cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi kanser tedavisi ile ilişkilidir. Hastaların %10-15'inde ise kansere bağlı olmayan komorbid durumlarla ilgili ağrı olabilir. DSÖ'nün tahminine göre, engeller aşılabılırsa kanser hastalarında %80-90 ağrı kontrolü sağlanabilir.

Hemşirenin ağrı kontrolündeki rolleri onu sağlık teknolojisi ile elde edilemeyen ve sağlık bakımında uzun süreli etkileri olan ayrıcalıklı bir yere koymaktadır. Ağrı kontrolünde hemşirenin vazgeçilmezliğinin bilinmesine karşın; ağrı tedavisine ilişkin çalışma sonuçları, klinik gözlemlerimiz ve hastaların ağrı yakınmalarına dayanarak bugün için hemşirelerin de diğer sağlık görevlileri gibi ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin %58'inin ağrı kontrolünü bilmediklerini, ağrıyı geçirmek amacıyla yeterli önlem almadıklarını, sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarını onlardan düşük tahmin ettiklerini, bazı hemşire ve hekimlerin hastanın şiddetli ağrısının devam ettiğini bildirmesine karşın yetersiz analjezik verdiklerini, hemşirelerin %54'ünün hastaların ağrılarını onlardan düşük tahmin ettiklerini, hemşirelerin %96'sının, ağrısını ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını ve %47'sinin de ağrısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemediklerini belirlemişlerdir.

Klinik Öykü ve Kapsamlı Fizik Muayene

- Birden fazla ağrı nedeni olabilir, dikkatli değerlendirme gerekir.
- Ağrının lokalizasyonu
- Ağrının yoğunluğu / şiddeti
- Ağrının yayılımı
- Ağrının zamanlaması (akut, kronik, kaçak ağrı)
- Ağrının niteliği (sızlama, acıma, yanıcı, batıcı vb.)
- Ağrıyı artıran ve azaltan faktörler (sıcak, soğuk, hareket vb.)
- Ağrının etyolojisi (kanser, nöropati, osteoporoz, dekübit vb.)
- Ağrının tipi (somatik, visseral, nöropatik, miks ağrı)
- Kapsamlı fizik muayene
- Laboratuvar ve diagnostik testler
- Analjezik kullanım öyküsü
- Analjeziklere yanıt
- Ağrının anlamı, ağrı tedavisi ve kullanılan ilaçlara dair hastanın inançları
- Anksiyete ve/veya depresyon gibi psikolojik semptomların varlığı
- Madde kötü kullanımı öyküsü
- Ağrının yaşam kalitesi ve günlük aktiviteler üzerine etkisi
- Değerlendirme bulgularının hasta ile paylaşımı
- Tedavi planı üzerinde uzlaşma ve tedaviye hastanın katılımı

Ağrı Değerlendirmesinde Temel Hedef ve Prensipler

"Ağrı var olan veya olası doku hasarına eşlik eden, veya bu hasar ile tanımlanabilen hoşça gitmeyen duyuşal ve emosyonel bir deneyim" olarak tanımlanmaktadır. Subjektif olan ağrı deneyiminin değerlendirilmesindeki güçlükler tedavinin yetersiz olmasına neden olabilir. Literatür verilerinde ağrı tedavisinde en önemli engel olarak yetersiz değerlendirme gösterilmektedir.

- Ağrı değerlendirmesi süreklilik göstermeli
- Bireyin ağrı deneyimi standart yöntemlerle değerlendirilmeli
- Değerlendirme yöntemleri, ağrı etyolojisi ve ağrı tipinin belirlenmesine yardımcı olmalı

- Ağrı ölçekleri, uygun tedavi planı geliştirilmesini kolaylaştırmalı
- Ağrının günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi değerlendirilmeli
- Disiplinler arası ve ekip üyeleri ile iletişimi kolaylaştırmalı
- Hastanın ağrı ile ilgili öz bildirimine inanılmalı ve kabul edilmeli
- Ağrının psikososyal ya da davranışsal yansımaları dikkate alınmalı
- Benzer uyaranlara karşı farklı düzeylerde ve farklı deneyimlerde yanıt verilebilir, belirli bir eşik değeri olmayabilir
- Ağrı toleransı, ağrı ile ilgili önceki deneyimler, baş etme yetenekleri, enerji düzeyi, genetik faktörlerle şekillenen bireysel bir değerdir, dikkate alınmalı
- Ağrı nabız, solunum sayısı, kan basıncı ve beden ısısı ile birlikte "beşinci vital bulgu" kabul edilerek düzenli olarak değerlendirilmeli

Değerlendirme Ölçekleri

Ağrının görünür hale gelebilmesi için klinik pratikte en çok kullanılan ölçekler aşağıda verilmiştir. Ağrılı hasta yaşına uygun geçerli, güvenli, duyarlı ve uygulanabilir ölçeklerle sürekli monitörize edilmelidir. Tekrarlanan ölçümlerde de hasta için uygun olan aynı ölçek kullanılmalıdır.

1. Tek boyutlu ağrı değerlendirme ölçekleri ile genellikle ağrının şiddeti gibi tek bir boyutu değerlendirilir.

Sözel kategori ölçeği; ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz ağrıya kadar kategorize edilerek, hastanın durumuna uygun kelimeyi seçmesi istenir

Sözel analog skala; (numeric rating scale, NRS) hastadan ağrısını 0=hiç ağrı yok, 10 veya 100=dayanılmaz/en şiddetli ağrı olmak üzere sayılarla ifade etmesi istenir.

Görsel analog skala; (visüel analogue scale, VAS) hastadan bir ucunda 0=hiç ağrı yok, diğer ucunda 10 veya 100=dayanılmaz/en şiddetli ağrı yazan bir çizgi üzerinde ağrısını işaretlemesi istenir.

Yüz ifadesi skalası; gülen yüzden ağlayan yüze kadar 6 değişik yüz ifadesine göre ağrı şiddeti belirlenir.

2. Çok boyutlu ağrı değerlendirme ölçekleri, ağrının kompleks doğasını ortaya koyabilmek için daha ayrıntılıdır, zaman alır ve klinik araştırmalar için uygundur (*Mcgill Melzack ağrı değerlendirme ölçeği*). Palyatif bakımda yaygın kullanılan *kısa ağrı envanteri*'nde ise ağrının geçmişi, yeri, şiddeti ve günlük aktiviteye etkisi değerlendirilir.

3. Palyatif bakım değerlendirme ölçekleri içinde de ağrı değerlendirilmektedir

(*Edmonton semptom tanılama ölçeği*, *Memorial semptom tanılama ölçeği*).

4. Spesifik popülasyonlarda iletişim, bellek ve algılama sorunlarının varlığında bakım verenlerden alınan bilgilere de başvuran uygun ağrı değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır

Pediyatrik hastalarda; infantlarda *CRIES*, *FLACC*, oyun çocuklarında *FLACC*, *FACES*, okul çağına *FACES*, *VAS*, *NRS*

Geriatrik hastalarda; *Sözel olmayan ağrı göstergeleri*, *İleri demansta ağrı değerlendirmesi* (PAINAD)

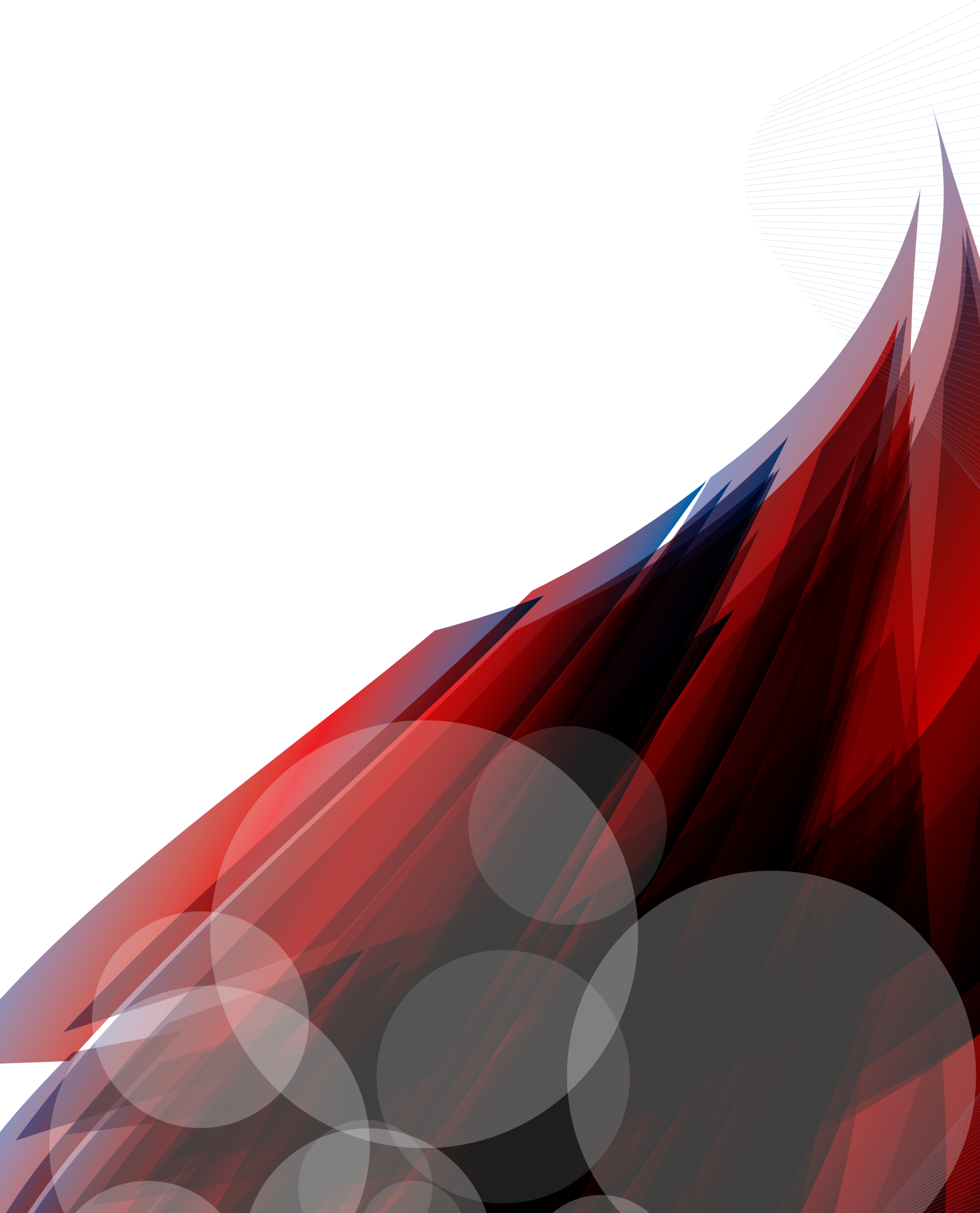
Kanser Ağrı Yönetimi

Kanser ağrısı yönetiminde multidisipliner, multimodal ve maliyet etkin yaklaşım benimsenmelidir. Farmakolojik tedaviye, DSÖ'nün analjezi merdiveninde ağrının şiddeti için belirlenen basamağa uygun olarak başlanmalıdır. Analjezikler mümkün olan en az invaziv yoldan en düşük etkin dozda kullanılmalı, doz titrasyonu yapılmalı, kaçak ağrı ve yan etkiler ivedilikle etkin bir şekilde yönetilmelidir. Farmakolojik tedavi ile birlikte uygun nonfarmakolojik yöntemler de kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Cohen F. L. Post- surgical pain relief patients' nurses education choices pain 1980; 9: 265-74.
2. Cristoph SB. Pain in the postoperative patient. KA Puntillo (Ed), Pain in the Critically I Assesment and Management, Maryland, Aspen publishers 1997; s. 211-21.
3. Ferrel BR, Eberts MT, Mc Caffery M, Grant M. Clinical decision making and pain, Cancer Nursing 1991;14(6):289-97.
4. Field L. Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? British Journal of Nursing 1996;5(13):778-84.
5. Gordon DB, Ward SE. Correcting patient misconceptions about pain, American Journal of Nursing 1995;95(7):43-5.
6. Libreri F. An acute pain service: A quality assurance survey of nurses and doctors, Journal of Advanced Nursing 1995;12(4):28-33.
7. Mc Caffery M. Analgesics, Nursing 1996;96:41-7.
8. Mc Caffery M, Robinson ES. Pain. Here' s how you respond, Nursing 2002; 32(10):37-47.
9. Özer N, Bölükbaşı N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;4(1):7-17.
10. Pasero C, Mc Caffery M. When patient can't report pain, American Journal of Nursing 2000;100(9):22-3.
11. Pasero C. Patient ratings: the fifty vital sign, American Journal of Nursing 1997;97(2):15-6.
12. Raj PP. Ağrı taksonomisi, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, I. Baskı, Alemdar Ofset 2000; 12-8.
13. Seers K. Perceptions of pain, Nursing Times 1987;83(48):37-9.
14. Yücel A. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, I. Basm 2000;695-8.
15. Eti Aslan F, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları Ağrı 2005;17(2):45-50
16. Palyatif Bakım Ağrı Yönetimi Rehberi, <http://kanser.gov.Tr/Dosya/PBAgrıYönetimiKilavuzu2017.pdf>

EN İYİ ÇALIŞMALAR



1. EN İYİ ÇALIŞMA

HER-2 POZİTİF GASTRİK VEYA GASTROÖZAFAGEAL BİLEŞKE ADENOKARSİNOMU BULUNAN, OPERE EDİLMİŞ HASTALARDA ADJUVAN OLARAK OKSALİPLATİN-KAPESİTABİN TRASTUZUMAB KOMBİNASYONU VE KEMORADYOTERAPİNİN GÜVENLİLİĞİ VE TOLERE EDİLEBİLİRLİĞİ: FAZ II ÇALIŞMA

HÜSEYİN ABALI¹, ŞUAYİP YALÇIN², CEM ÖNAL³, FAYSAL DANE⁴, BERNA ÖKSÜZOĞLU⁵, NURİYE ÖZDEMİR⁶, HÜSEYİN MERTSOYLU⁷, MEHMET ARTAÇ⁸, CELALETDİN CAMCI⁹, BÜLENT KARABULUT¹⁰, FATMA BUĞDAYCI⁵, BURÇİN BUDAKOĞLU¹¹, MEHMET ALİ NAHİT SENDUR¹², BURÇE GÖKTAŞ¹³, FATİH ÖZDENER¹⁴, ARZU BAYGÜL¹⁵

1 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ADANA

2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

3 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ANA BİLİM DALI, ADANA

4 MARMARA ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

5 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

6 ANKARA NUMUNE HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

7 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ADANA

8 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, KONYA

9 ETHİCA İNCİRLİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

10 EGE ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

11 MEDİKAL PARK ANKARA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

12 YILDIRIM BEYAZİT ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

13 ROCHE MÜSTAHZARLARI SAN. A.Ş., İSTANBUL

14 BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ FARMAKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

15 BEYKENT ÜNİVERSİTESİ, BİYOİSTATİSTİK ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Bu çalışmada, HER-2 pozitif gastrik veya gastroözofageal bileşke adenokarsinomu mevcut olan ve opere edilmiş hastalarda adjuvan tedavide oksaliplatin (O), kapesitabin (C) ve kemoradyoterapi ile kombinasyon şeklinde uygulanan trastuzumab (T) tedavisinin güvenlik ve tolere edilebilirliğini değerlendirdik.

Gereç-Yöntem: 212 hasta taranmıştır ve 34 hasta çalışmaya alınmıştır. Tüm hastalar HER2-pozitifdir (IHC 2+/FISH+ veya IHC 3+) ve tüm hastalara küratif rezeksiyon uygulanmıştır (R0, R1, kısmi veya total gastrektomi ile birlikte, D2 lenf nodu diseksiyonu ile birlikte). Primer amaç tedavi kombinasyonunun güvenlik ve tolere edilebilirliğinin değerlendirilmesidir, sekunder amaçlar ise hastaliksız sağkalım oranı ve genel sağkalım oranının belirlenmesidir. Hastalar, 1. Kürün 1. Gününde 8 mg/kg intravenöz (iv) (T) almışlardır, bu kürü takiben 3 haftada bir uygulanan kürlerin (17 kür, 1 yıl) 1. Gününde 6 mg/kg iv (T) almışlardır, 1-3. Kürlerin 1. Gününde 100 mg/m² iv (O) almışlardır, 1-3. Kürlerin 1-14. Günlerinde günde iki kez oral yolla 850 mg/m² (C) almışlardır ve kemo-radyoterapi süresince haftada 5 gün uygulanmıştır. Radyoterapinin total dozu 45 Gy'dir, radyoterapiye 4. Kürün 1. Gününde başlanmıştır ve 5 hafta süreyle, haftada 5 gün ve toplam doz 25 doza bölünerek uygulanmıştır.

Bulgular: Medyan yaş 57'dir (Min-Max: 35-74). Hastaların % 73,5'i erkektir, 33 hastada (% 97,0) ECOG PS skoru 1 ve altındadır, 33 hastada ise (% 97,1) D2 lenf nodu rezeksiyonu uygulanmıştır. Hastaların % 76,4'ünde tanı anında evre 3A veya daha ileridir. 3 kür O+C+T ile birlikte kemoterapiyi takiben T ile devam edilen kombinasyon rejiminin tolere edilme oranı daha yüksektir (% 90,3) (INT0116 çalışmasında bildirilen tolere edilme oranına kıyasla, p=0,0068). 25 haftalık takip döneminin ardından gerçekleştirilen bir telefon görüşmesiyle doğrulandığı üzere, hastaların % 59,8'i halen hayattadır ve medyan genel sağkalıma henüz ulaşamamıştır. 12 hasta hastalık progresyonuna sekunder olarak hayatını kaybetmiştir. Toksikiteye bağlı ölüm vakası mevcut değildir. Toplamda 6 doz azaltımı mevcuttur (T için 1, O için 2 ve C için 3). Bir hastada T durdurulmuştur; C 11 kez geçici olarak kesilmiştir (büyük çoğunluğu radyoterapi esnasında) ve 1 hastada durdurulmuştur.

Sonuçlar: Gastrik veya gastroözofageal adenokarsinom hastalarında adjuvan tedavi olarak kapesitabin, oksaliplatin ve radyoterapi ile kombinasyon şeklinde uygulanan trastuzumab tedavisi güvenli ve tolere edilebilir olarak görünmektedir. Clinicaltrials.gov numarası NCT01748773.

Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Gastrik, Gastroözofageal, Trastuzuma

2. EN İYİ ÇALIŞMA

YÜKSEK EMETOJENİK ETKİLİ KEMOTERAPİ ALAN MEME KANSERLİ HASTALARDA PALONOSETRON VEYA GRANİSETRON İÇEREN ÜÇLÜ ANTIEMETİK TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI. ÇOK MERKEZLİ, PROSPEKTİF, GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA

MURAT ARAZ¹, MUSTAFA KARAAĞAÇ², LEVENT KORKMAZ², LOKMAN KORAL³, FATİH İNCİ⁴, İSMAİL BEYPINAR¹, MÜKREMİN UYSAL¹

1 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D VE TIBBİ ONKOLOJİ B.D., AFYONKARAHİSAR
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D VE TIBBİ ONKOLOJİ B.D., KONYA
3 ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D. TIBBİ ONKOLOJİ B.D., ÇANAKKALE
4 KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, KARABÜK

Amaç: Güncel antiemetik klavuzların hepsi yüksek emetojenik etkili kemoterapi alan hastalar için profilaktik olarak üçlü antiemetik kombinasyonu (setron+deksametazon+aprepitant) kullanımını önermektedir. Setronlar birinci kuşak (ondansetron, granisetron) ve ikinci kuşak (palonosetron, daha uzun etkili) olarak ayrılmaktadır. Üçlü antiemetik tedavide ikinci kuşak Palonosetronun birinci kuşak setron ile karşılaştırıldığı literatürdeki tek çalışma 2016 yılında yayınlanmış Japon hastalarda yapılmış TRIPLE çalışmasıdır. Japonya’da palonosetronun 0.75 mg formu kullanılmaktadır. Türkiye’de ve Avrupa ülkelerinde ise palonosetronun 0.25 mg’lık formu onaylıdır. Biz bu çalışmada meme kanseri nedeniyle adjuvan veya neoadjuvan antrasiklin/epirubisin + siklofosamid kemoterapisi alan hastalarda, 0.25 mg palonosetron veya granisetron içeren üçlü antiemetik tedavinin akut ve gecikmiş bulantı/kusma üzerine olan etkisini karşılaştırmak istedik.

Materyal ve Metod: Bu çok merkezli, prospektif, gözlemsel anket çalışması 04.2017-12.2017 tarihleri arasında Türkiye’nin 4 farklı onkoloji ünitesinde, metastatik olmayan meme kanseri tanısı ile AC/EC kemoterapisinin birinci kürü öncesi profilaktik antiemetik olarak palonosetron + deksametazon + aprepitant veya granisetron + deksametazon + aprepitant almış kadın hastalar ile yapıldı. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayıp çalışmaya katılmak isteyen hastalar, kemoterapinin bitiminden 24 saat ve 96 saat sonra olmak üzere iki kez telefon ile arandı. Bu iki telefon görüşmesinde hastalara, MASCC antiemetik ölçeği anketi ve Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE Version 4.0) bulantı ve kusma derecelendirme ölçeği soruları soruldu ve verilen cevaplar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşları 51 olan 118 hasta dahil edildi. Hastaların%88’i adjuvan, %12’si neoadjuvan olarak %83’ü AC, %14’ü dose dense AC ve %3’ü EC kemoterapisi almıştı. Setron olarak hastaların %59’u palonosetron, %41’i granisetron almıştı. Palonosetron kolunun %84’ünde, granisetron kolunun ise %75’inde deksametazon 8 mg olarak, geri kalanlarda ise >8mg dozunda verilmişti.

Palonosetron ve granisetronun akut ve gecikmiş dönem kusmayı kontrol oranları oldukça yüksek (>%80) olup, CTCAE ölçeğine göre fark yokken, MASCC ölçeğine göre ise iki grup arasında granisetron lehine istatistiksel anlamlı fark (sırasıyla%87, %98; p=0.032) vardı. Akut ve gecikmiş dönem bulantı kontrol oranları arasında MASCC ölçeğine göre anlamlı fark yokken (sırası ile p=0.537, p=0.206), CTCAE ölçeğine göre ise gecikmiş dönem bulantı kontrol oranları palonosetron kolunda (%43 versus %25;p=0.045) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kabızlık, hıçkırık ve baş ağrısı yan etkileri açısından iki grup arasında fark yoktu.

Sonuç:Bu çalışma 0.25 mg palonosetronun Granisetron ile başa baş karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Akut kusmada MASCC ölçeğine göre granisetron daha etkili iken, gecikmiş bulantıyı önlemede ise CTCAE ölçeğine göre Palonosetron daha etkin görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut bulantı ve kusma, Gecikmiş bulantı ve kusma, Granisetron, Meme kanseri, Palonosetron

Palonosetron ve granisetron akut ve gecikmiş bulantı-kusma üzerine etkinliğinin karşılaştırılması

Gruplar		Palonosetron	Granisetron	P
	Akut dönem kusma değerlendirme (MASCC)			
	Yok	60 (%87)	48 (%98)	0.032
Var	9 (%13)	1 (%2)		
	Akut dönem kusma değerlendirme (CTCAE-4)			
	Yok	64 (%93)	49 (%100)	0.064
Var	5 (%7)	0 (%0)		
Kusma	Gecikmiş dönem kusma değerlendirme (MASCC)			
	Yok	58 (%83)	41 (%87)	0.496
Var	10 (%15)	6 (%13)		
	Gecikmiş dönem kusma değerlendirme (CTCAE-4)			
	Yok	69 (%91)	45 (%94)	0.445
Var	6 (%9)	3 (%6)		
	Akut dönem bulantı değerlendirme (MASCC)			
	Yok	36 (%52)	26 (%53)	0.537
Var	33 (%48)	23 (%47)		
	Akut dönem bulantı değerlendirme (CTCAE-4)			
	Yok	46 (%67)	29 (%59)	0.261
Var	23 (%33)	20 (%41)		
Bulantı	Gecikmiş dönem bulantı değerlendirme (MASCC)			
	Yok	29 (%43)	16 (%33)	0.206
Var	39 (%57)	32 (%67)		
	Gecikmiş dönem bulantı değerlendirme (CTCAE-4)			
	Yok	29 (%43)	12 (%25)	0.045
Var	39 (%57)	35 (%75)		

3. EN İYİ ÇALIŞMA

ERKEN EVRE MEME KANSERİNDE PROSIGNA TESTİNİN KLİNİK KARARA YANSIMALARI- TEK MERKEZLİ PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

ECE ESİN¹, BERNA ÖMÜR ÖKSÜZOĞLU¹, FATMA MARKOÇ², İREM BİLGETEKİN¹, UMUT DEMİRCİ¹, RENGÜL ATALAY³

1DR. A. Y ANKARA ONKOLOJİ E. A. HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 DR. A. Y ANKARA ONKOLOJİ E. A. HASTANESİ PATOLOJİ KLİNİĞİ

3 ODTU ENFORMATİK ENSTİTÜSÜ KANSER SİSTEMLERİ BİYOLOJİSİ LABORATUARI

Giriş - Amaç: Erken evre meme kanseri klinik ve genomik olarak heterojen olup günümüzde tedavide moleküler profillemeye ile prognoza dayalı tedavinin bireyselleştirilmesi ve optimizasyonu mümkündür. Prosigna testi patoloji spesimeninden 50 farklı genin çalışılması ile intrinsik meme kanseri alttiplerini, on yıllık rekürrens riskini ve risk kategorisini ortaya koyan valide edilmiş bir testtir.

Bu çalışma ile prospektif olarak erken evre östrojen reseptörü (ER) pozitif meme kanseri tanısı konan ve Prosigna testi yapılan hasta grubunda test sonuçlarının klinisyenin kararına etkisini incelemek hedeflenmiştir.

Materyal - Metod: Eylül 2017 ile Ocak 2018 arasında erken evre (T1-T2; pN0-N1 ve ER pozitif HER2 negatif) meme kanseri tanısı alan toplam 26 hastanın patoloji spesimenine Prosigna testi uygulanmış ve sonuçta bu hastalar üç intrinsik altgruba ve rekürrens risk gruplarına ayrılmıştır. Primer doktorun belirlediği klinik risk ve intrinsik altgrup ile Prosigna testi sonuçları arasındaki uyum Kappa testi ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Ortanca yaşı 62 (42-77) olan hastalardan %37,0'sinde T1 tümör, 73'ünde T2 tümör mevcuttu. Hastaların ER%100'ünde pozitif iken %96,2'sinde PR pozitif, %46,2'sinde Ki67 indeksi %20'den büyüktü.

Prosigna sonucunun öncesinde primer doktor tarafından vakaların %61,5'i luminal A, 38,5'i luminal B olarak tahmin edilmişti.

Prosigna sonrası vakaların %42,3'ü luminal A, %53,8'i luminal B ve %3,8'i (bir vaka) bazal tip olarak gruplanırken; %23,1'i düşük risk, %34,6'sı orta riskli, %42,3'ü yüksek riskli olarak belirlenmişti. Klinik belirlenmiş intrinsik altgruplar ile Prosigna sonuçları arasında %73'lük konkordans bulundu (Kappa=0,42; p=0,016). Klinik olarak belirlenmiş nüks risk grupları ile Prosigna sonuçları arasında ise %61,5'lük konkordans bulundu (Kappa=0,43; p=0,001).

Klinik düşük riskli çıkan gruptan bir vakaya hormonal tedavi başlanmış iken prosigna testi sonucu yüksek riskli çıkması üzerine tedavi kemoterapi ile değiştirildi. Klinik yüksek riskli olarak belirlenen gruptan bir vakaya ve klinik orta riskli gruptan bir vakaya kemoterapi önerilmiş ancak hastanın isteksizliği nedeniyle yerine hormonal tedavi başlanmıştı. Klinik olarak orta riskli bulunan bir hastaya kemoterapi başlanması kumadin gereksinimi nedeniyle ertelenirken prosigna sonucunda düşük riskli bulunmaları nedeniyle antihormonal tedavi kararı perçinlendi.

Tartışma: Bu çalışma ile Prosigna testi pratiğe yön verici ve karar almayı kolaylaştırıcı bulunmuştur. Ancak diskordans nedeniyle karar vermek güçleşmektedir. Bu nedenle, tedavi öncesi hastaların multidisipliner konseyde değerlendirilip karar alınması uygun olacaktır.

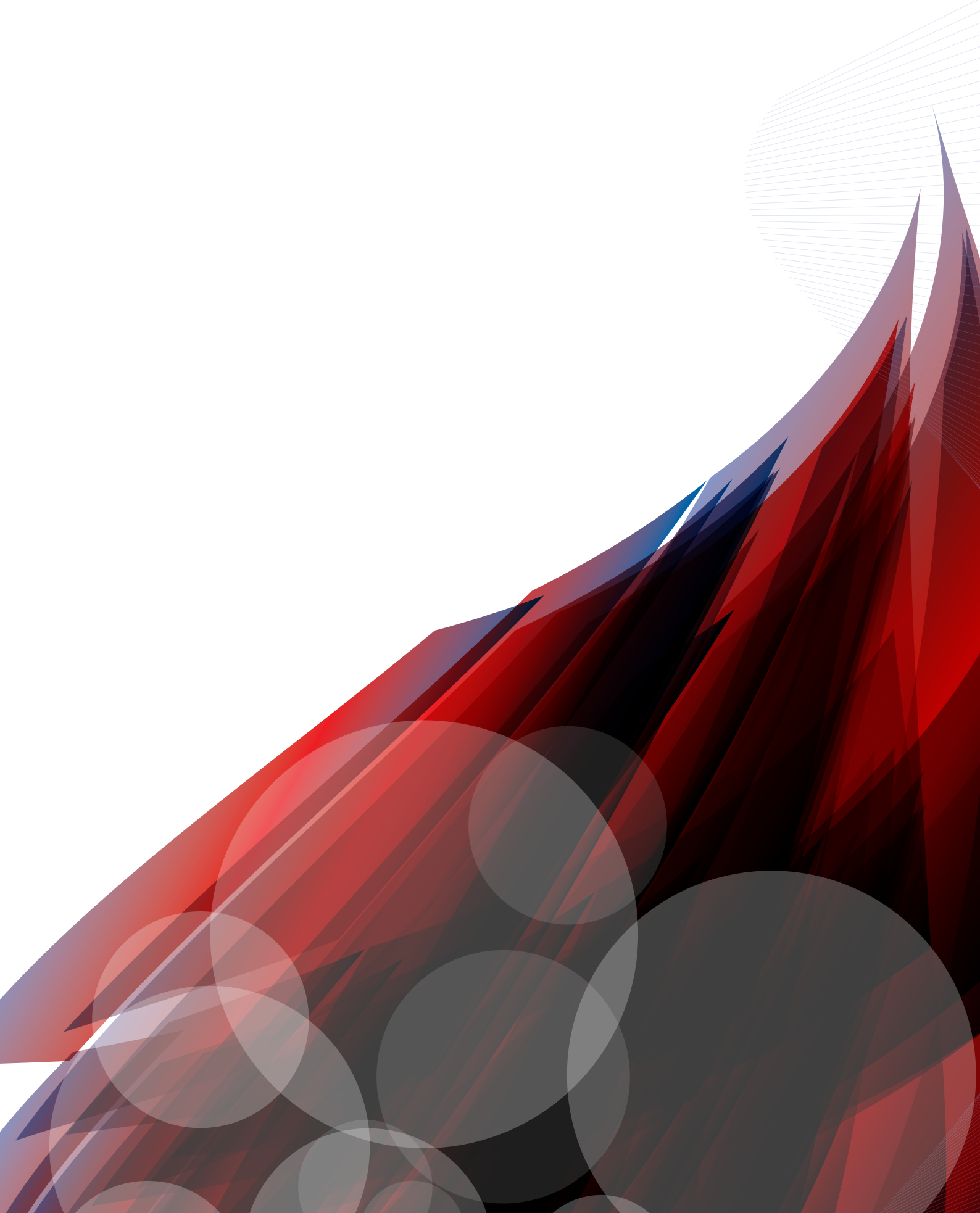
Anahtar Kelimeler: intrinsik altgrup, moleküler belirteç, Prosigna

Primer Doktorun Kararındaki Prosigna Testi Sonucunun Etkisi

Primer Doktorun Kararındaki Prosigna Testi Sonucunun Etkisi				
	Prosigna düşük risk N=6 (%23,1)	Prosigna orta risk N=9 (%34,6)	Prosigna yüksek risk N=11 (%42,3)	Total N=26 (%100)
Prosigna öncesi adjuvan tedavi önerisi				
KT+HT	0 (%0)	2 (%22,2)	10 (%90,9)	12 (%46,2)
Sadece HT	6 (%100)	5 (%55,6)	1 (%9,1)	12 (%46,2)
KT önerilen ancak kabul etmeyen	0 (%0)	2 (%22,2)	0 (%0)	2 (%7,7)
Prosigna sonrası adjuvan tedavi önerisi				
KT+HT	0 (%0)	2 (%22,2)	11 (%100)	13 (%50,0)
Sadece HT	6 (%100)	5 (%55,6)	0 (%0)	11 (%42,3)
KT önerilen ancak kabul etmeyen	0 (%0)	2 (%22,2)	0 (%0)	2 (%7,7)
Adjuvan tedavideki değişim				
HT den KT'ye	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)
KT'den HT'ye	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)

KT: Kemoterapi HT: Hormonoterapi

SÖZEL BİLDİRİLER



S-01

**HORMON POZİTİF METASTATİK MEME KANSERİ TEDAVİSİNDE
FULVESTRANT ETKİNLİK VE TOLERABİLİTESİ. TEK MERKEZ
DENEYİMİ**

ÇAĞLAYAN GEREDELİ, ŞENER CİHAN, NURGÜL YAŞAR,
CUMHUR DEMİR, ABDULLAH SAKİN, ORÇUN CAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş: Fulvestrant hormon pozitif metastatik meme kanserinde kullanılan östradiol ile benzer bir afiniteye sahip kompetitif bir östrojen reseptör antagonistidir. Hormon pozitif metastatik meme kanserinde etkinliği gösterilmiştir. Amaç türk popülasyonundaki etkinliğini araştırmak.

Materyal Method: Retrospektif çalışmada İstanbul Okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesi tıbbi onkoloji kliniğinde metastatik meme kanseri nedeniyle tedavi görmekte olan ve fulvestrant kullanan hastalar alındı.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 137 hasta alındı. Median yaş 53 (range 27-91) idi. Hastaların %91.2 ER pozitif, %85 PR pozitif, %8 HER2 pozitifliği vardı. Hastaların %87.5 invaziv duktal karsinom, %9.6 invaziv lobüler karsinom ve %2.9 diğer histolojik tiplere sahipti. Hastalardan %74.1'inde kemik metastazı, %24.1'inde akciğer metastazı, %19.7'sinde lenf nodu metastazı, %17.5'karaciğer metastazı %2.2'sinde beyin metastazı mevcuttu. Fulvestrant seri sayısı ortalama 2.8 (min 1-max 7) idi. Fulvestrant ortalama kür sayısı 13.4 (min 1-max 74) idi. Hastaların %80.3'ü önceden hormonal tedavi kullanmıştı. Median takip süresi 20 (0-78) ay dı. Hastaların Fulvestrant başladıktan sonra PFS süresi median 9 aydı. Hastaların PFS oranı 12 aylık %42,4, 24 aylık %26, 36 aylık %17,1'di. Fulvestrant başladığında karaciğer ve beyin met olan hastaların PFS oranı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p=0,004 p=0,011). Fulvestrant 1 seride kullananların median PFS sine henüz ulaşamamışken, 2 seride kullananlarda median PFS 9

ay, 3 ve daha sonraki serilerde kullananlarda median PFS 7 ay olmuştur. Fulvestrant seri sayılarında PFS oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,002). Fulvestrant 1. seride kullananlarda PFS oranı diğer kürlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,004 p=0,001 p=0,001). Metastatik safhada önceden hiç hormonal tedavi kullanmayanlarda median PFS 20 ay (%95 CI 14.7-25.3) olurken metastatik safhada önceden 1 seri hormon tedavisi almış olanlarda median PFS 9 ay (%95 CI 6,7-11,2) olmuştur. Hastaların Fulvestrant başladıktan OS median 38 aydı. Hastaların OS oranı 12 aylık %82,4, 36 aylık %50,5, 60 aylık %40,2'ydi. Fulvestrant başladığında karaciğer ve beyin met olan hastaların OS oranı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p=0,049 p=0,001). Fulvestrant hangi seride kullanımına göre genel sağkalımı sırasıyla 1.seri 38 ay, 2. Seri 35 ay, 3. Seri 27 ay ve 4. Seri de 26 ay olmuştur. Fulvestrant kullanımı esnasında grade 3-4 toksik etki görülmemiştir.

Tartışma: Fulvestrant hormon pozitif metastatik meme kanseri tedavisinde türk popülasyonunda da literatürdeki diğer popülasyonlarda olduğu gibi etkili ve tolerabl bulunmuştur. Fulvestrant önceden hormonal tedavi almamış olanlarda daha etkili olmuştur. Fulvestrant ne kadar erken seride tedaviye başlanmışsa o kadar etkin bulunmuştur. Beyin ve karaciğer metastazı olanlarda sağ kalımı kemik ve akciğer metastazı olanlara göre daha kısa olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Metastatik meme kanseri, Hormonal tedavi, Fulvestrant

S-02

LOKAL İLERİ MEME KARSİNOMUNDA KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER, PATOLOJİK TAM YANIT VE PET/CT SUVMAX DEĞERLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

NİLGÜN YILDIRIM¹, MELİH ŞİMŞEK², MEHMET NACİ ALDEMİR³, MEHMET BİLİCİ², SALİM BAŞOL TEKİN²

1 DR.ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, GAZİANTEP

2 ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ERZURUM

3 ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ERZİNCAN

Amaç: Bu çalışmada lokal ileri meme kanserinde, demografik ve histopatolojik özelliklerin tedavi öncesi çekilen tüm vücut PET/CT SUVmax değeri ile ilişkisini ve neoadjuvan kemoterapi (NAC) sonrası patolojik tam yanıtı (pCR) değerlendirmede PET/CT'nin rolünü araştırdık.

Gereç ve Yöntem: 2011-2015 tarihleri arasında merkezimizde NAC alan 51 lokal ileri meme kanseri hastası retrospektif olarak analiz edildi. Tüm hastalara NAC öncesi bazal PET-CT çekilmişti. Başlangıç SUVmax değerleri ile hastaların demografik ve histopatolojik özellikleri karşılaştırıldı. NAC sonrası SUVmax değerleri ve patolojik yanıtlar arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 49 (32-69)'tu. %52.9 (n=27) hasta premenapozaldi. %92.2 (n=47) hasta evre 3 hastalığa sahipti ve %54.9 (n=28)'unde tümör sağ meme yerleşimliydi. Histolojik alt tip olarak %90.2 (n=46) hasta İDC, %5.9 (n=3) hasta invaziv lobüler karsinom ve 1 (%2) hasta müsinöz karsinom, 1 hasta ise filloides tümördü. Bu hasta grubunda HER2 pozitifliği %60.8 olup, triple negatif moleküler subtip %9.8 hastada mevcuttu. NAC sonrası çekilen PET-CT'de 20 hastada (%39.2)

tam yanıt, 28 hastada (%54.9) parsiyel yanıt, 2 hastada (%3.9) da stabil yanıt, 1 (%2) hastada da progresif hastalık mevcuttu. Hastaların yaşa göre (>50, <=50), menapoz durumuna göre, tümör yerleşimine, klinik evreye ve grade'ne göre ortalama SUVmax değerleri arasında anlamlı fark yoktu. Ortalama SUVmax değeri triple negatif grupta, HER2+ ve luminal gruba göre daha yüksekti. Ortalama SUVmax değeri ile moleküler alt tipler arasında ilişki olmasına rağmen, istatistiksel olarak axiller SUVmax değerleri anlamlıydı (p değeri:0.02). NAC sonrası pCR elde edilen ve pCR olmayan grubun SUVmax değerleri arasında anlamlı fark vardı (SUVmax meme 2.92 vs 0.30, p=0.01, SUVmax axilla 1.5 vs 0.0, p=0.02).

Sonuç: SUVmax değerleri demografik özelliklerle ilişkili değildir. Neoadjuvan kemoterapi sonrası SUVmax değerleri ile patolojik tam yanıt arasında anlamlı ilişki mevcuttu. PET-CT, meme kanseri hastalarında tümörün biyolojik özelliklerini ve prognozu tahmin etmede faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: lokal ileri meme kanseri, neoadjuvan kemoterapi, PET/CT SUVmax

S-03

MEME KANSERİNDE T1A VE T1B TÜMÖRLERİN HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ FARKLI MIDIR?

SÜMEYRA DERİN, MEVLÜDE İNANÇ, OKTAY BOZKURT,
TEOMAN ŞAKALAR, ENDER DOĞAN, METİN ÖZKAN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

Giriş: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olup, kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. Tanı konulmuş hastalarda tedavi kararının verilmesinde ve uygulanmasında birçok klinik ve moleküler prognostik faktör kullanılmaktadır. T evresi de bu prognostik faktörlerden biridir. Bu çalışmada erken evre T1a ve T1b meme kanserli olgularda prognostik faktörler arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya 2004-2017 yılları arasında meme kanseri tanısı alan tümör boyutu 1 cm ve altında olan 55 hasta dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı. Tümörün histopatolojik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 56 (36-77) idi. Hastaların ortanca takip süresi 70 ay (5-180) idi. Takip süresi boyunca sadece 1 hastada nüks olduğu görüldü. Hastaların %44'ü premenopozal %56'sı post menopozal idi. Hastaların %84'ü invaziv duktal karsinom, %4'ü invaziv lobüler karsinom idi. %75'inde östro-

jen reseptör pozitif, % 84'ünde progesteron reseptör pozitif, %14'ünde HER2 pozitif. %84'ü T1b, %14'ü T1a idi. T1a ve T1b tümörlerin sırasıyla %75 ve %76'sında östrojen reseptör pozitifliği ($p=0,615$), %88 ve %85'inde progesteron reseptör pozitifliği ($p=0,671$), %12 ve %15'inde HER2 pozitifliği ($p=0,671$) saptandı. Ki-67 T1a tümörlerin %38'inde, T1b tümörlerin %44'ünde yüksek tespit edildi ($p=0,527$). T1a tümörlerin %88'inde, T1b tümörlerin %94'ünde lenf nodu tutulumu negatifti ($p=0,477$). İki tümör grubunda da lenfovasküler invazyon ve nöral invazyon yoktu.

Sonuç: T1a ve T1b tümörlerin histopatolojik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. T1a ve T1b tümörlerin histopatolojik özellikleri ve klinik gidişleri benzer olduğundan klinik yaklaşımın da benzer olması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, erken evre, prognostik faktör

S-04

MEME KANSERİNDE pT1-2N1 EVRE HASTALARDA EKSTRAKAPSÜLER EKSTANSİYONUN PROGNOSTİK ÖNEMİ

GÜL KANYILMAZ¹, SIDIKA FINDIK², BERRİN BENLİ YAVUZ¹, MERYEM AKTAN¹1 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, KONYA
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, KONYA

Amaç: Meme kanserinde aksiler lenf nodlarının tutulumunun prognostik önemi olduğu bilinmektedir. Ancak lenf nodundaki ekstrakapsüler ekstansiyon (ECE) durumunun prognostik etkisi net bilinmemektedir. Ayrıca ECE'yi sınıflayabilecek bir skala da bulunmamaktadır. Özellikle pT1-2N1 evre hastalarda radyoterapi uygulamalarında tedavi alanlarının kararında klinisyenler arasında farklı yaklaşımlar olabilmektedir. Biz bu çalışmada pT1-2N1 hastalığa sahip olgularda ECE durumunu bir skalaya göre sınıflandırdıktan sonra ECE'nin sağkalım üzere etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Aralık 2009- aralık 2015 tarihlerinde küratif radyoterapi uygulanmış toplam 169 hasta verisi incelendi. İndüksiyon kemoterapi uygulanan, yetersiz aksiler diseksiyon yapılan, sentinal lenf nodu örneklemesi yapılan ve takip süresi 1 yıldan az olan hastalar çalışmaya alınmadı. Toplamda 131 hastanın uygun bulunduğu çalışmada, histoloji preparatları tek bir patalog tarafından yeniden incelendi. ECE sınıflaması şu şekilde yapıldı: grad 0= tumor lenf nodunun içinde veya subkapsüler sinüsün içinde ama kapsül kalınlığı normal; grad 1= tümör subkapsüler sinüsü doldurarak kapsülü kalınlaştırmış; grad 2=tümör kapsülü ≤ 1 mm aşmış; grad 3= tümör kapsülü > 1 mm aşmış; grad 4=lenf nodu ortadan kalkmış ve yumuşak doku görüntüsü oluşmuş.

Bulgular: 68 hastada (%52) 1, 40 hastada (%31) 2 ve 23 hastada (%17) 3 lenf nodu tutulumu vardı. On hastada grad 0, 47 hastada grad 1, 19 hastada grad 2, 38 hastada grad 3 ve 17 hastada grad 4 ECE saptandı. Patolojik lenf nodu büyüklüğü ile ECE gradı arasında bir ilişki bulunamazken, metastatik LN sayısı ile ECE gradı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.004$). Medyan takip süresinin 46 idi. İzlem süresinin sonunda 8 hasta (%6) hayatını kaybetmiş 16 hastada (%12) uzak organ metastazı gelişmişti. Tablo 1' de hastaların ECE sınıflarının ölüm ve uzak organ metastazı gelişimine göre dağılımları özetlenmiştir. Tek

değişkenli analizlerde lenfovasküler invazyon (LVI) ($p=0.019$) ve ECE gradının ($p<0.0001$) sağkalımı etkileyen faktörler olduğu bulundu. Yaş, hormon durumu, LVI, menopozal durum, metastatik lenf nodu sayısı, tümör boyutu ve ECE gradının birlikte değerlendirildiği çoklu regresyon analizinde GS' a etki eden tek bağımsız faktör ECE gradı (Grad 0-2 vs Grad 3-4; HR=12.4, 95 CI, 1.1-133.7, $p=0.03$) idi. ECE grad (HR=7.8, 95 CI, 1.1- 54.7, $p=0.03$) ve hormonal durum (HR=6.1, 95 CI, 1.1- 35.1, $p=0.04$) ise çok değişkenli analizlerde hastalısız sağkalıma etki eden bağımsız prognostik faktörler olarak bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada pT1-2N1 hastalarda ECE gradının hem genel hem de hastalısız sağkalımda bağımsız bir prognostik önemi olduğu bulunmuş olup Grad 3-4 ECE'ye sahip olan hastalar kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. ECE sınıflamasının günlük pratiğimizde kullanımının artması pT1-2N1 hastalar içinde daha agresif bir grubu öngörmeye ve tedavi planlarını buna göre düzenlemeye fırsat verebilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiller lenf nodu metastazı, ekstrakapsüler ekstansiyon, meme kanseri, radyoterapi, prognoz

Tablo 1. ECE sınıflarının ölüm ve uzak organ metastazı gelişimine göre dağılımları

ECE grad	n (%)	Uzak metastaz sayısı*	Ölüm sayısı ^o
Grad 0	10 (8)	1	0
Grad 1	47 (36)	1	1
Grad 2	19 (15)	1	0
Grad 3	38 (29)	6	2
Grad 4	17 (13)	7	5
Toplam (%)	131 (100)	16	8

Kısaltmalar: ECE=ekstrakapsüler ekstansiyon *Uzak metastaz ve ECE grad arasındaki korelasyon, $p= 0.001$ ^oÖlüm sayısı ve ECE grad arasındaki korelasyon, $p=0.001$

S-05

LOKAL İLERİ MEME KANSERİ HASTALARINDA SERUM DR-70 ELİSA DÜZEYLERİ

SİNAN KOCA¹, BİLGE AKTAŞ², MEHMET BEŞİROĞLU³, ÖZKAN ALAN⁴,
TUĞBA AKIN TELLİ⁴, NALAN BABACAN⁴, FAYSAL DANE⁴, FULDEN YUMUK⁴

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ
2 MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI
3 NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ
4 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Lokal ileri meme kanserinde genel yaklaşım neoadjuvan tedavi verilmesidir. Neoadjuvan tedavi planlanan lokal ileri meme kanserinde tedavi yanıtı; klinik ve radyolojik olarak ve de biyobelirteç duyarlı hastalarda belirteç cevabı ile değerlendirilmektedir. Bu hasta grubunun bir kısmında ise tedaviye yanıtını öngören güvenilir tümör belirteci bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda lokal ileri meme kanseri hastalarında bir biyobelirteç olan serum DR-70 ELISA düzeylerini sağlıklı kontroller ile karşılaştırdık. Bir fibrin/fibrinojen yıkım ürünü olan DR-70 ELISA serum tümör belirteci olarak kolorektal kanserde 2008'de FDA onayı almıştır. DR-70 ELISA'nın; gastrointestinal kanserler (mide, kolon), hepatoselüler kanser, dil kanseri, akciğer kanseri, meme kanseri, santral sinir sistemi kanserinde tanısız değerini gösteren çalışmalar mevcuttur.

Materyal ve Metod: Marmara Üniversitesi Tıbbi onkoloji bilim dalına 2015-2017 yılları arasında başvurmuş olan lokal ileri meme kanserli hastalarda, neoadjuvan tedavi öncesi hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu serum DR-70 ELISA düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: 35 tane kontrol hastası ile 44 tane tedavi öncesi lokal ileri meme kanseri hastalarının serum DR-70 ELISA düzeyleri hesaplandı. Hasta grubunda yaş ortalaması 46,71±10.09, kontrol grubunda yaş ortalaması ise 44,25±62 idi. Hasta grubunda ortalama DR-70 ELISA düzeyi 0.63 ±0.73, kontrol grubunda ise ortalama DR-70 ELISA düzeyi 0.43±0.17 olarak ölçüldü (p=0.123). Her iki grup arasında istatistiksel fark gözlenmedi. Bir biyobelirteç olan DR-70 ELISA, lokal ileri meme kanseri hastalarında tedavi yanıtının değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Ancak daha fazla hastayı içeren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: DR-70, meme kanseri, biyobelirteç

S-06

TÜRKİYE'DE METASTATİK MEME KANSERİNDE HER2 HEDEFLİ TEDAVİDE PERTUZUMAB KULLANIMI ERKEN DÖNEM GÜVENLİLİK VERİLERİ

ECE ESİN¹, BERNA ÖMÜR ÖKSÜZOĞLU¹, ABDULLAH SAKİN¹⁴, DEVRİM ÇABUK⁴, NİLGÜN YILDIRIM¹⁶, MUSTAFA KARAAĞAÇ², POLAT OLGUN⁶, TEOMAN ŞAKALAR¹⁷, BURAK YASİN AKTAŞ⁹, SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU¹⁵, ALTAY ALİYEV¹⁰, İSMAIL ERTÜRK¹¹, ÖZGE GÜMÜŞAY¹², EDA ŞİMŞEK¹³, GÜL BAŞARAN⁵, BAŞAK ULUÇ⁵, BÜLENT ÇETİN³, İNANÇ GÖKŞEN⁸, TULAY EREN⁷, Umut DEMİRCİ¹

1 DR.A. Y ANKARA ONKOLOJİ E. A. HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 KONYA NECMETTİN ERBAKAN ÜTF MERAM TF. TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

3 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D

4 KOCAELİ ÜTF TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

5 İSTANBUL ACIBADEM ÜTF TIBBİ ONKOLOJİ B.D

6 ADANA NUMUNE E.A.H KLİNİĞİ

7 ANKARA NUMUNE E.A.H KLİNİĞİ

8 ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT E.A.H KLİNİĞİ

9 HACETTEPE Ü.T.F TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

10 BEZMİALEM ÜTF TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

11 GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

12 GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

13 MARMARA ÜTF TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

14 İSTANBUL OKMEYDANI E.A. H TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

15 PAMUKKALE ÜTF TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

16 GAZİANTEP DR.ERSİN ARSLAN E.A.H. TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

17 ERCİYES Ü.T.F TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

Giriş-Amaç: Sitotoksik ajanlarla HER2 hedefli tedavilerin kombinasyonu genel sağkalımı uzatmaktadır. Pertuzumab HER2'nin ekstraselüler kısmına bağlanarak etki eden, reseptörün homo ve heterodimerizasyonu inhibe ederek etki gösteren yeni bir monoklonal antikordur. Bu çalışma ile çok merkezli olarak Türkiye'deki HER2 pozitif metastatik meme kanserinde birinci basamak tedavide trastuzumab-pertuzumab-taksan kombinasyon tedavisinin erken dönem güvenlilik verilerini ortaya koymak hedeflenmiştir.

Materyal-Metod: Türkiye genelinde çok merkezli olarak katılımcılardan Ekim 2017 ile Ocak 2018 arasında pertuzumab-trastuzumab-taksan içeren kombinasyon kullanan hastaların verileri retrospektif olarak tek veri tabanında toplanmıştır. Tedavi doz ve süreleri, yan etki profili, tedavi değişikliği ve sebepleri, progresyon durumunda ikinci basamak tedavi şekilleri incelenmiştir. Kümülatif toksisite primer sonlanım noktası olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Türkiye genelinde toplam 21 merkezden 158 vakanın verisi incelenmiştir. Medyan yaş 48 (22-82) olarak bulunmuştur. Medyan pertuzumab ve dosetaksel kür sayısı 10 (1-75) ve 6 (1=12) iken, medyan pertuzumab kullanım süresi 7 ay olarak

bulunmuştur. Doz azaltımı 18 (%11,4) vakada gerekmiş, bir vakada ejeksiyon fraksiyonu düşüşü sebebiyle pertuzumab ve 17 vakada dosetaksel dozu azaltılmıştır; ek sık doz azaltılma sebebi hematolojik toksisite olmuştur. Kırk vakada grad 3-4 yan etki gözlenmiştir, en sık görülen grad 3-4 yan etki lökopeni olarak kaydedilmiştir. Konstityonel semptomlar vakaların %58,2'sinde izlenmiş iken, 90 vakada (%47) en az grad 1 yorgunluk, 13 vakada grad 1 kaşıntı mevcuttu. Hematolojik toksisite toplam 55 vakada (%34,8) gerçekleşmişti. Grad 3-4 nötropeni toplam 27 vakada mevcuttu. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu tüm hastalarda bazalde normaldi, dördünde takipte düşüş saptandı bu vakalardan sadece birinde kardiyak toksisite nedeniyle ilaca ara verilmesi gerekti.

Tartışma: Bu Türkiye'den çok merkezli retrospektif analiz sonuçlarına göre pertuzumab-trastuzumab-taksan içeren kombinasyonu klinik araştırma sonuçlarına paralel olarak gerçek hayatta da güvenli bir tedavidir, toksisitesi azdır ve yönetimi kolaydır.

Anahtar Kelimeler: pertuzumab, trastuzumab, HER2

Tablo 1

Özellik	N=158 (%100)
Medyan yaş (yıl, aralık)	48 (22-82)
>65 yaş üstü hasta grubu	17 (%10,8)
Hormon reseptör durumu	
ER ya da PR pozitif	38 (%24)
ER/PR negatif	68 (%43)
ER ve PR pozitif	48 (%30,4)
Metastaz bölgeleri	
Karaciğer + Kemik	20 (%12,7)
Akciğer	20 (%12,7)
Akciğer + Kemik	18 (%11,4)
Karaciğer	18 (%11,4)
Karaciğer + Lenf nodu	13 (%8,2)
Akciğer + Lenf nodu	7 (%4,4)
Beyin + Karaciğer + Akciğer	6 (%3,8)
Karaciğer + Akciğer	4 (%2,5)
Multipl	3 (%1,9)
Diğer	49 (%31)

Tablo 2

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yorgunluk	41 (25,9)	53 (33,5)	3 (1,9)	1 (0,6)	89 (56,3)
Transfüzyon reaksiyonu	12 (7,6)	2 (1,2)	-	-	14 (8,8)
Diyare	12 (7,6)	10 (6,4)	4 (2,5)	1 (0,6)	27 (17,1)
Mukozit	20 (12,6)	4 (2,5)	1 (0,6)	-	25 (15,8)
Bulantı	41 (25,9)	11 (7)	-	-	52 (32,9)
Periferik Nöropati	17 (10,8)	17 (10,8)	1 (0,6)	-	35 (22,2)
Myalji	37 (23,4)	-	-	-	37 (23,4)
Artralji	21 (13,3)	-	-	-	21 (13,3)
Raş	2 (1,3)	10 (6,3)	1 (0,6)	-	13 (8,2)
Kaşınıtı	12 (7,6)	-	-	-	12 (7,6)
Diyare	12 (7,6)	10 (6,3)	4 (2,5)	1 (0,6)	27 (17,1)
Transaminaz Yükseliği	13 (8,2)	-	1 (0,6)	-	14 (8,8)
Nötropeni	12 (7,6)	11 (7)	14 (8,9)	13 (8,2)	50 (31,6)
Trombositopeni	5 (3,2)	5 (3,2)	-	1 (0,6)	9 (5,7)
Sol ventrikül disfonksiyonu	-	-	4 (2,5)	-	4 (2,5)

S-07

ALLOJENEİK HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKLİ ALICILARINDA SERUM SERÜLOPLAZMIN OKSİDAZ AKTİVİTESİ, GLUTATYON SEVİYESİ, OKSİDATİF STRES PARAMETRELERİ VE DEMİR YÜKÜNÜN ERKEN NAKİL İLİŞKİLİ KOMPLİKASYONLAR VE YAŞAM SÜRESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

FATMA BUĞDAYCI BAŞAL¹, ŞAHİKA ZEYNEP AKI², GÜLSAN TÜRKÖZ SUCAK²,
ELİF SUYANI², HATİCE PAŞAOĞLU³, AYŞE TUNCEL³

1 ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ
2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, HEMATOLOJİ ANA BİLİM DALI
3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, BİYOKİMYA ANA BİLİM DALI

Amaç: Hematopoetik kök hücre nakli hematolojik hastalıkların tedavisinde şifa şansı veren bir tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır. Bu hastalarda nakil için başvurduklarında kronik transfüzyon öyküleri ve inefektif eritropoez nedeniyle demir yükü bulunmaktadır. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN) öncesinde demir yükü nakil sonrası sağ kalım süresi ve nakil ilişkili ölüm nedenleri açısından olumsuz etkiye sahiptir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Haziran 2009- Ocak 2012 tarihleri arasında allojeneik HKHN uygulanan 70 hasta ve 20 sağlıklı kontrol grubunda ileriye dönük olarak, hazırlık rejimi öncesi ve kök hücre infüzyonu öncesi bakılan demir değişkenleri, serum Malondialdehid (MDA), Serüloplazmin oksidaz aktivitesi (SOA) ve Glutatyon (GSH) seviyelerinin nakil ilişkili erken dönem komplikasyonlar, nakil ilişkili ölüm ve sağ kalım süreleri üzerine etkileri araştırılmıştır.

Bulgular: Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında HKHN alıcılarında hazırlık rejimi öncesinde serum ferritin, Transferrin saturasyonu (TS), Transferrine bağlı olmayan demir (Non-Transferrin Binding Iron-NTBI) ve SOA'si anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hazırlık rejiminin etkisiyle kök hücre infüzyonu öncesinde serum ferritin, TS, NTBI ve GSH değerlerinde artış olurken SOA'sinde azalma olmaktadır. Serum MDA düzeyinde ise hem hazırlama rejimi öncesinde, hem de kök hücre infüzyonu öncesinde anlamlı fark olmamıştır. Hazırlık rejimi öncesi demir değişkenleri ile serum SOA, GSH ve MDA düzeyle-

ri arasında ilişki saptanmamıştır. Hazırlık rejimi öncesinde serum ferritin > 1000 ng/ml olan hastalarda Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C- reaktif protein (CRP) düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hazırlık rejimi öncesi yüksek serum ferritin düzeyi artmış hepatotoksisite, kardiyotoksisite, nötrofenik geçen gün sayısı, ateşli geçen gün sayısı ve nötrofil engrafman günü ile ilişkili bulunurken, NTBI, SOA, MDA ve GSH düzeyleri ile toksisite gelişimi arasında ilişki bulunmamıştır. Kök hücre infüzyonu öncesi artan NTBI düzeyi ile de infeksiyon gelişme riski arasında ilişki bulunmuştur. Serum ferritin değeri > 1000 ng/ml olan hastalarda artan kardiyotoksisite sıklığı tespit edilmiştir. Nakil sonrası ilk 100 günlük sağ kalım ve Nakil ilişkili ölüm (NİÖ) analizinde Avrupa Kan ve Kemik İliği Nakli Birliği (European Group for Blood and Marrow Transplantation-EBMT) risk skorunun ≥ 3 ve TS'nun > % 80 olması bağımsız risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak; HKHN öncesi demir yükünün nakil sonuçları üzerinde prognostik önemi gösterilmekle birlikte prooksidatif/ antioksidatif dengenin nakil sonuçları üzerinde etkisi gösterilememiştir. Oksidatif stres ve antioksidan kapasitenin demir yükü ile ilişkisi ve nakil sonuçları üzerine etkisinin anlaşılabilmesi için benzer risk grubuna ait homojen hasta grupları ile ileriye dönük çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: allojeneik kök hücre nakli, demir birikimi, glutatyon, oksidatif stres, serüloplazmin oksidaz aktivitesi

S-08

**HODGKİN LENFOMADA BCL-2, PD-1 VE PD-L1
İMMÜNOHİSTOKİMYASAL BOYAMA SONUÇLARININ KLİNİK
PROGNOSTİK ÖNEMİ**

AYDAN KILIÇARSLAN

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: 100 vakalılık Hodgkin lenfomalı (HL) hasta serimizde; apoptozis markeri olan Bcl-2 ile PD1 ve PDL1 immünohistokimyasal boyanma paternini ortaya koymak. Bu immünohistokimyasal boyalar ile klinik verileri karşılaştırmak.

Gereç-Yöntem: 2007-2017 yılları arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Patoloji kliniğinde HL tanısı alan 100 vaka çalışmaya alındı. Vakalara ait klinikopatolojik veriler (yaş, cinsiyet, histolojik alt grup, klinik evre, kemik iliği tutulumu, prognostik skor, nüks varlığı, nüks tarihi, ektranodal tutulum varlığı) rapor örneklerinden ve hastane bilgi işlem sisteminden elde edildi. Parafine gömülü doku bloklarından alınan tam yüzey doku kesitlerine immünohistokimyasal Bcl-2, PD-1('Programmed Death'-1) ve PD-L1('Programmed Death' Ligand-1) antikoları uygulandı. HL tümör hücrelerinde PDL1 ve Bcl-2 boyanma oranları incelendi. HL tümör hücrelerinin çevresindeki non-malign hücreler mikroçevre olarak tanımlandı ve PD-L1 ve PD-1 boyanma oranları değerlendirildi. PDL1 ve PD1 için boyanma yüzdesi \geq %20 olanlar "pozitif", $<$ %20 olanlar ise "negatif", Bcl-2 boyanma yüzdesi \geq %40 olanlar "pozitif", $<$ %20 olanlar ise "negatif" olarak kodlandı. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki-Kare (Chi-Square) testi ile araştırıldı. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: PDL1, HL tümör hücrelerinde pozitif veya negatif boyanma oranları ile hasta "uluslararası prognostik skor" (IPS skorları) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunma-

dı ($x^2=0.140$; $p=0.708$). PD1 mikroçevre boyanma oranları ile IPS skoru arasında istatistiksel bir sonuç bulunamadı ($x^2=1.360$; $p=0.244$). PDL1 mikroçevre boyanma oranları IPS skoruna göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu, PDL1 ile mikroçevresi pozitif boyanan hastalarda IPS skorunun daha düşük olduğu izlendi ($x^2=4.610$; $p=0.032$). Benzer şekilde mikroçevrede PDL1 ve PD1 pozitif boyanan vakaların IPS skorları düşüktü ($x^2=3.920$; $p=0.048$). Bcl-2 ile HL tümör hücrelerinin %39'unda pozitif boyanma görülmüş olup IPS skoru ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı ($x^2=0.717$; $p=0.397$). HL tümör hücrelerindeki Bcl-2 ve PDL1 pozitif veya negatif boyanma skorları karşılaştırıldığında; Bcl-2 ile boyanmayan tümör hücreleri, PDL1 ile pozitif olarak boyanma oranları daha yüksek bulundu ($x^2=4.049$; $p=0.044$).

Sonuçlar: HL tümör hücreleri PDL1 ile pozitif boyanırken apoptozis markeri olan Bcl-2 ile boyanmaması, PDL1 pozitif boyanması ile apoptozis arasında ters bir ilişki olduğunu işaret etmekte. Ayrıca HL hücreleri etrafındaki mikroçevre hücrelerinde PDL1 pozitif boyanması daha iyi prognoz ile ilişkilendirilmiş olarak bulduk.

HL'da hedefe yönelik hasta gruplarını doğru olarak belirlemek ve yeni terapötik stratejiler geliştirmek için PD-1/PD-L1 yolağı ile apoptozis arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için ileride daha detaylı moleküler çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin Lenfoma, Bcl-2, PD-1, PD-L1

S-09

NON-HODGKİN LENFOMA HASTALARINDA FDG PET/BT'NİN KEMİK İLİĞİ İNFİLTRASYONUNU SAPTAMADAKİ YERİ

OSMAN KUPIK¹, SERKAN AKIN², MURAT TUNCEL⁴, ALEV TÜRKER³, BELKIS ERBAŞ⁴, AYŞE KARS³

1 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ, EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÜKLEER TIP, RİZE
2 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ, EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, RİZE
3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
4 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANA BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) hastalarının evrelemesinde invaziv ve ağırlı bir metod olan kemik iliği biyopsisi halen rutin olarak önerilmektedir. Non-invaziv yöntem olarak ise PET'in kemik iliği tutulumunu göstermede etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir.

Materyal-Metod: Çalışmaya NHL tanısıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda evreleme amaçlı FDG-PET tetkiki yapılan ve takiplerine Onkoloji Bilim Dalı'nda devam eden 87 olgu alındı. Olguların demografik özellikleri, International Prognostic Index (IPI) skorları ve Ki67 düzeyleri yanı sıra PET tutulumu ve PET parametreleri, kemik iliği biyopsi sonuçları, izlem süreleri ve 5 yıllık sağkalımları analiz edildi. Kemik iliği tutulumuna referans olarak konfirmasyon (patoloji, klinik takip ve MR sonuçlarını içeren son değerlendirme) sonucu kabul edildi. Bu değerlendirme, üç uzman hekim tarafından PET görüntülerinde kemik iliği yapılan yer dışındaki kemik iliği tutulumlarının tedavi ile gerilemesi veya eş zamanlı MRG görüntülerinde infiltrasyon tespit edilmesi ile yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların ortanca yaşları 54 yıl (aralık: 19-90 yıl) olup hastaların 55'i (% 63.2) erkekti. Elli altı (%) hastanın diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı vardı. Kemik iliği tutulumu PET ile 17 hastada, kemik iliği biyopsisi ile 24 hastada tespit edilirken konfirmasyon sonucu kemik iliği tutulumu 31 hastada gözlemlendi. PET ve konfirmasyon sonuçlarına göre kemik iliği tutulumu olan ve olmayan

hastaların genel özellikleri Tablo 1 ile sunulmuştur. PET ile kemik iliği tutulumu olmayıp konfirmasyon sonucu kemik iliği tutulumu olan 14 hastanın hepsinin Ki67 indekslerinin %25'in altında olduğu gözlemlendi. FDG PET/BT'nin kemik iliği infiltrasyonunu öngörmede sensitivitesi % 54, spesifitesi %100 bulunmuştur (n=87). Ki67 proliferasyon indeksine göre eşik değer verdiğimizde Ki67≤%25 olan grupta sensitivite % 13, spesifite %100 (n=17), Ki67>%25 grupta ise sensitivite ve spesifite % 100 bulunmuştur (n=53). PET/BT parametrelerinden; primer lezyonun maksimum standart tutulum değeri (SUV maks) (p=0.001), ortalama standart tutulum değeri (SUV mean) (p=0.002), yağsız vücut kitlesi esas alınarak hesaplanan maksimum tutulum değeri (SULpik) (p=0.002), tümör lezyon glikoliz (TLG) (p=0.003) sağkalım ile ilişkili bulundu.

Tartışma: Çeşitli çalışmalarda Ki infiltrasyonunu öngörmede çok farklı sensitivite ve spesifite değerleri belirtilmiştir. Biz Ki67 eşik değerini %25 aldığımızda; üstündeki değerlerde FDG PET/BT'nin duyarlılık ve özgüllüğünün çok iyi olduğunu, ≤%25 grupta ise duyarlılığın çok düşük olduğunu gösterdik, zaten FDG tutulumunun lenfomanın grade'i ve malign hücrelerin proliferasyonu ile korele olduğu bilinmektedir. Düşük dereceli NHL'da düşük veya hiç FDG tutulumu olmaması FDG PET/BT'nin limitasyonları arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Non-Hodgkin lenfoma, FDG-PET/BT, Kemik iliği tutulumu

Tablo 1. Kemik iliği tutulumuna göre hastaların genel özellikleri

	PET tutulumu			Konfirmasyon sonucu		
	Var (n=17)	Yok (n=70)	P	Var (n= 31)	Yok (n=56)	P
Yaş (yıl)	48.06 ± 15.90	54.5 ± 16.1	0.142	53.6 ± 17.1	53.0 ± 15.8	0.874
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	7 (41.2)	25 (35.7)	0.675	12 (38.7)	20 (35.7)	0.781
Erkek	10 (58.8)	45 (64.3)		19 (61.3)	36 (64.3)	
iPi (n,%)						
Düşük (0-2)	4 (23.5)	33 (47.1)	0.209	8 (25.8)	29 (51.8)	0.059
Orta (3)	9 (52.9)	25 (35.7)		15 (48.4)	19 (33.9)	
Yüksek (4-5)	4 (23.5)	12 (17.1)		8 (25.8)	8 (14.3)	
Ortalama takip süresi (ay)	19.31 (0.57-74.05)	60.4 (37-77.75)	<0.001	49.6 (0.57-75.75)	60.79 (3.7-77.75)	0.011
5 yıllık sağkalım (%)	41	75	0.001	54	76	0.009

S-10

İPİLİMUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN MUKOZAL VE ÜVEAL MALİGN MELANOM HASTALARINDA SAĞKALIM İÇİN PROGNOSTİK FAKTÖRLER: TÜRK ONKOLOJİ ÇALIŞMA GRUBU (TOG) ÇALIŞMASI

HATİME ARZU YAŞAR¹, HANDE TURNA², ECE ESİN³, A. MURAT SEDEF⁴, ALİ ALKAN⁵, BERNA ÖKSÜZOĞLU³, NURİYE ÖZDEMİR⁶, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR⁷, AHMET SEZER⁴, SAADETTİN KILIÇKAP⁸, GÜNGÖR UTKAN¹, HAKAN AKBULUT¹, İSMAİL ÇELİK⁸, HÜSEYİN ABALI⁹, YÜKSEL ÜRÜN¹

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA.

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

3 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

4 BASKENT ÜNİVERSİTESİ ADANA HASTANESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

5 OSMANİYE DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, OSMANİYE

6 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

7 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA EĞİTİM V ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA.

8 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

9 ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL.

Giriş: Melanomlar en sık ciltten kaynaklansa da cilt dışında mukozal, üveal ya da primeri bilinmeyen bölgelerden de kaynaklanabilir. Metastatik kütanöz melanomda İpilimumab tedavisinin toplam sağkalıma katkısı gösterilmiştir. Bu çalışmada ipilimumab ile tedavi edilen üveal ve mukozal melanoma tanısı olan hastaların sağkalımında etkili prognostik faktörler araştırılmıştır.

Yöntem: Çok merkezli, retrospektif çalışmada 2010-2017 tarihleri arasında 31 üveal ve mukozal melanoma tanısı ile takip edilen hastalar alınmıştır. Hastaların klinik ve laboratuvar verileri hastane kayıtlarından retrospektif olarak incelenmiştir. Mukozal ve üveal melanoma hasta karakteristikleri, metastatik hastalık bölgeleri, ipilimumab tedavisi öncesi aldıkları tedaviler, performans skorları, hemogloblin, laktat dehidrogenaz düzeyleri, B-RAF ve c-kit mutasyon durumu, toksisite ve sağkalım verileri değerlendirildi.

İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 17 kullanıldı. Tek değişkenli analizler için log-rank testi kullanıldı. Çoklu değişkenlerin sağkalım ile ilişkisi cox-regresyon modeli ile değerlendirildi. Sağkalım analizleri için Kaplan Meier metodu kullanıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Bulgular: 20 üveal, 11 mukozal melanom tanısı olan 13 erkek, 18 kadın hastanın ortalama yaşı 56 (27-75) olarak saptandı. Hastaların %90'ından fazlasında performans skoru 0 ya da 1 olarak saptandı. İpilimumab tedavisi hastaların %7'sine 1. basamak, %55'ine 2. basamak, %32'sine 3. basamak tedavisi olarak verildiği saptandı. Hastaların %80'inde bir ya da daha fazla metastaz bölgesi olduğu saptandı. Hastaların %65'inde karaciğer, %45'inde akciğer metastazı, %23'ünde kemik, %10'unda yumu-

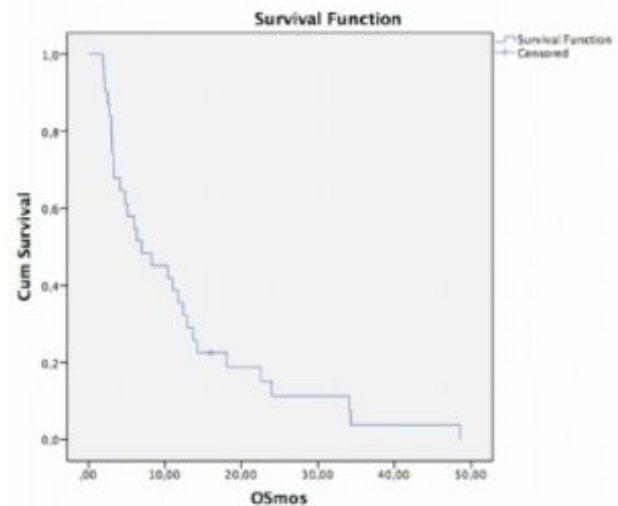
şak doku ya da lenf nodu metastazı saptanmıştır.

Ortanca sağkalım 7 ay (%95 güven aralığı:1.1-12.7) olarak saptanmıştır (Şekil 1). Tek değişkenli analizde kemik metastazı olması, anemi, LDH düzeyinin yüksek olması, metastatik bölge sayısı ve tedaviye yanıt durumu ve tedavi basamağı sağkalım ile ilişkili bulundu ($p<0.05$). Çok değişkenli analizde ise sadece tedaviye yanıt durumu ve tedavi basamağı sağkalım için anlamlı bağımsız prognostik faktörler olarak saptandı.

Sonuç: İpilimumab tedavisinin mukozal ve üveal melanoma hastalarında sağkalıma katkısı mevcuttur. Özellikle erken basamaklarda kullanımı daha fazla sağkalım yararı ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: ipilimumab, mukozal melanom, üveal melanom

Şekil 1



Mukozal ve Uveal Melanomlu Hastalar: Toplam sağkalım eğrisi

S-11

MERKEL HÜCRELİ KARSİNOM; ÇOK MERKEZLİ DENEYİM

FATİH YILDIZ¹, MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK², NALAN AKGÜL BABACAN³, BİROL YILDIZ⁴,
ÇAĞATAY ARSLAN⁵, NURİYE ÖZDEMİR⁶, YÜKSEL ÜRÜN⁷, MÜKREMİN UYSAL⁸,
ÖZGE GÜMÜŞAY⁹, FERİT ASLAN¹⁰, UMUT DEMİRCİ¹, SEMRA PAYDAŞ²

1 ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

4 ANKARA GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

5 MEDİKAL PARK İZMİR HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

6 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

7 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

8 AYFON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

9 GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

10 SİİRT DEVLET HASTANESİ

Giriş ve Amaç: Merkel hücreli karsinom (MHK), epiderminin bazal tabakasından kaynaklanan cildin nöroendokrin karsinomudur. Nadir görülse de agresif seyredabilmektedir. Bu çalışmada MHK'nin kliniko-patolojik özelliklerini ve sağkalım verilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ekim 2008-Aralık 2017 tarihleri arasında sekiz farklı merkezdeki tıbbi onkoloji kliniklerince takipli MHK tanılı hastaların verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Onyedisi (%53.1) kadın toplam 32 hastanın ortalama yaşı 67 (34-87) idi. Primer tümör; 13 hastada (%40.6) ekstremitelerde, 11 hastada (%34.4) baş ve boyun bölgesi, yedi hastada (%21.9) ise gövde yerleşimliydi. İmmünohistokimyasal olarak CK20 pozitifliği 21 hastada (%65.6) mevcut iken, beş hastanın CK20 durumu bilinmiyordu. Yalnızca bir hastada hodgkin lenfoma mevcuttu ve bu hastalık nedeniyle kemoterapi almaktaydı.

Tanıda sekiz hasta (%25) metastatik evredeydi. Tanıda erken evrede olan hastaların (n=24) izleminde üç hastada lokorejyonel, beş hastada ise uzak metastaz gelişmişti. Erken evredeki hastaların tamamına cerrahi eksizyon, sekiz hastaya da adjuvan

radoterapi uygulanmıştı. Metastatik evrede 11 hasta bir basamak, yedi hasta ise iki basamak kemoterapi almıştı. Metastatik evrede iki hasta tedaviyi kabul etmemişti. İlk basamakta tüm hastalarda platin/etoposid kombinasyonu uygulanırken, ikinci basamakta en sık siklofosfomid/doksorubisin/vinkristin (CAV) kombinasyonu tercih edilmişti. Metastatik MHK tedavisi için immünoterapi uygulanmış hasta yoktu.

Tüm hasta grubunda ortalama 21.0 aylık (1.7-110.5) takipte 12 hasta (%38) eksitus oldu. Erken evrede sekiz hastada (%34) nüks gelişirken, 5 yıllık hastalıksız sağkalım %50.6 (std hata %14.7) olarak ölçüldü. Tüm hasta grubunda 5 yıllık genel sağkalım %50.3 (std. hata %11.6) iken; metastatik evrede hastaların ortalama progresyonsuz sağkalım 7.0 ay (2.0-8.9) ortalama genel sağkalımı 20.0 ay (9.7-30.3) idi. Metastatik evrede tedavi kabul etmeyen iki hasta 2. ay ve 6. ayda eksitus olmuştu.

Sonuç: Çalışmamızda literatürden farklı olarak kadın hasta ve ekstremitelerde yerleşimi daha sık izlenirken nüks oranları ve genel sağkalım literatür ile benzer saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: merkel hücreli karsinom, nöroendokrin karsinom, kemoterapi

S-12

METASTATİK MALİGN MELANOM NEDENİYLE İMMÜN CHECK POINT İNHİBİTÖRÜ VERİLEN HASTALARDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI VE DİĞER FAKTÖRLERİN TEDAVİ YANITI ÜZERİNE ETKİSİ

SEMA SEZGİN GÖKSU, GÖKHAN KARAKAYA, FATMA YALÇIN MÜSRİ, MUSTAFA SERKAN ALEMDAR, ALİ MURAT TATLI, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Kutanöz melanom özellikle artan UV maruziyeti nedeniyle insidansı tüm dünyada artış gösteren bir malignitedir. Tüm deri kanserlerinin yalnızca %4'ünü oluşturmasına rağmen deri kanserleri ile ilişkili ölümlerin başlıca nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son yıllarda malign melanom tedavisi baştan aşağı değişmiş olup, immün check point inhibitörleri olan anti pd-1, anti pdl-1 ve ctla inhibitörleri tedavide yerini almıştır. İmmünoterapide tedavi yanıtını değiştirebileceği tahmin edilen birçok faktör vardır.

Biz bu çalışmada metastatik malign melanom nedeniyle immün check point inhibitörü kullanan hastalarda antibiyotik kullanımı ve diğer faktörlerin tedavi yanıtına etkisi olup olmadığını retrospektif olarak araştırdık.

Method: Çalışmamızda 2012-2017 yılları arasında Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran ve ipilimumab yada nivolumab alan metastatik malign melanom hastası retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: 29 hastanın verilerine ulaşıp, analiz edildi.

Ortalama yaş 59,7 (max:81 min:36) idi. Tüm hastaların %61 i erkek, %39 u kadındı.

Hastaların %55 i ipilimumab, %45 i nivolumab almıştı. %62 sinde antibiyotik kullanımı, %58,6 sında adjuvan interferon kullanımı, %55 inde herhangi bir sebeple sistemik kortikosteroid kullanımı vardı. Hastaların %76 sında Braf negatif, %24 ünde Braf pozitif. Hastaların immünoterapi öncesi aldıkları kt ye bakıldığında %62 si temozolamid, %14 ü platin+taksan, %24 ü braf+mek inhibitörü kullanmışlardı. Ortalama kür sayısı 12.5 idi. Tüm hastaların ortalama PFS si 9.9 ay, OS 16,4 ay idi

Antibiyotik kullananlarda ortalama PFS 9 ay iken kullanmayan grupta PFS 15,9 ay idi. Ancak aradaki fark ist. (istatistiksel) olarak anlamlı bulunmadı (p:0.56)

İmmünoterapi öncesi adjuvan interferon alanlarda PFS 23.8 ay, almayanlarda PFS 6,2 aydı ve aradaki fark ist. olarak anlamlı bulundu (p:0.019)

Herhangi bir sebeple sistemik steroid kullanımı olanlarda PFS 5.4 ay iken, kullanmayanlarda 27,2 aydı, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0.007).

Antibiyotik kullanan grupta OS 18 ay kullanmayan grupta 38 ay olarak bulundu, ancak aradaki fark ist. olarak anlamlı bulunmadı (p:0.404)

Adjuvan interferon kullananlarda OS 39,8 ay kullanmayanlarda 12.9 ay olarak bulundu, fark ist. olarak anlamlı bulundu (p:0.004).

Steroid kullanım olanlarda OS 14 ay iken kullanmayanlarda 50 ay olarak bulundu, fark ist. olarak anlamlı bulundu (p:0.009).

Sonuç: Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmasa da antibiyotik kullanmayanlarda sağ kalımın ve progresyon süresinin daha uzun olduğu gösterilmiştir. Yine adjuvan interferon alan hastalarda hem PFS hem OS anlamlı olarak daha iyi bulundu. Kortikosteroid alan hastaların PFS ve OS si anlamlı olarak daha kısaydı.

Antibiyotik ve adjuvan interferon kullanımının immün check point inhibitörü tedavisinde etkisini değerlendirmek için daha fazla hasta sayısı ile ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: adjuvan interferon, antibiyotik kullanımı, immün check point inhibitörleri, malign melanom, steroid kullanımı

S-13

AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARDA METASTAZIN SAPTANMASINDA TIYOL-DİSÜLFİD DENGESİ YOL GÖSTERİCİ BİR MARKER OLABİLİR Mİ?

SELİM YALÇIN¹, ÖZKAN KURT²

1 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI KIRIKKALE
2 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI.KIRIKKALE

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri tüm dünyada toplam kanser sayısını içerisinde en sık görülen kanser olup, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Herhangi bir ektra veya intraselüler oksidatif stres sonucunda ortaya çıkan ve yıkıcı etkiye sahip olan oksidan atomlar tiyoller tarafından bağlanarak etkisiz hale getirilmektedirler. Anormal tiyol/disülfid denge düzeyleri birçok hastalığın patogeneğinde yer almaktadır. Tiyollerin antioksidan rolü dışında, intra ve ekstraselüler detoksifikasyon, hücreler arası sinyal iletiminde, apoptozda, enzimatik aktivite ve kontrolünde önemli rolü bilinmektedir. Araştırmamızda erken evre ile ileri evre akciğer kanserli hastalarda tiyol/disülfid düzeylerinin karşılaştırılması ve metastaz olup olmadığının önceden tahmin edilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Çalışmamıza akciğer kanseri olan 75 hasta dahil edildi. plazma dinamik tiyol /disülfid homeostazını belirlemek için, kolay,ucuz, pratik,otomatik ve isteğe bağlı manuel spektrofotometrik bir testtir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir. İki grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler için Mann Whitney-U testi kullanıldı

Bulgular: Çalışmamızda erken evre akciğer kanserli hastalar ile ileri evre akciğer kanserli hastaların tiyol/disülfid değişken-

leri karşılaştırıldı. Hstaların 41'i (%54,7) ileri evre akciğer kanseri (evre 3b, evre4), 34'ü (%45,3) erken evre akciğer kanseridir(evre 1a, 1b, 2a, 2b, 3a). İleri evre hastaların disülfid değeri 25,81±12,42 µmol/l iken erken evre hastaların disülfid değeri 16,56±8,25 µmol/l 'dir. İleri evre hastaların disülfid ortalaması erken evre hastalardan yüksek bulundu (p<0.001). İleri evre hastaların SS/SH ve SS/ total SH ortalaması erken evre hastalardan yüksek bulundu (p=0.005, p=0.002). İleri evre hastaların SH/ total SH ortalaması erken evre hastalardan düşük bulundu (p=0.002). Hastaların evresine göre tiyol/disülfid değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 'de gösterildi

Sonuç: Bu sonuçlara dayanarak thiol/disülfid değişkenlerinin ileri ve erken evre kanser hastalarında farklı düzeylerde olduğu sonucuna varılabilir, ancak akciğer kanseri hastalarında metastazın saptanmasında yol gösteren bir belirteç olarak kullanılmadan önce thiol/disülfid değişkenleri ile ilgili daha ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

1. Spiro SG, Porter JC Lung cancer – Where are we today? Current advances in staging and nonsurgical treatment. Am J Respir Crit Care Med 166: 1166–1196,2002..
2. Jemal A, Bray F et al. "Global cancer statistics." CA Cancer J Clin 61(2): 69-90,2011..

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Tiyol-disülfid, metastaz

Erken evre ve ileri evre akciğer kanserli hastaların tiyol/disülfid değişkenlerinin karşılaştırılması

	Kanser Evresi	Kanser Evresi	P değeri
	Erken Evre	İleri Evre	
Native tiyol (SH)	188,52±75,90 µmol/l	164,25±61,01 µmol/l	0.132
Total tiyol (total SH)	221,52±73,09 µmol/l	215,86±67,34 µmol/l	0.730
Disülfid (SS)	16,56±8,25µmol/l	25,81±12,42 µmol/l	<0.001
SS/SH (%)	10,95±8,91	17,62±10,50	0.005
SS/ total SH (%)	8,29±5,03	12,21±5,48	0.002
SH/ total SH (%)	83,46±10,15	75,56±10,97	0.002

S-14

EVRE 3 KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE DEFINİTİF KEMORADYOTERAPİ ÖNCESİ PET/CT SUV DEĞERİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ

ÖZLEM ERCELEP¹, ÖZKAN ALAN², TUĞBA AKIN TELLİ², RAHİB HASANOV²,
EDA TANRIKULU ŞİMŞEK¹, TUĞBA B. TÜYLÜ², MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹,
SERAP KAYA¹, HAZAL ŞALVA¹, FAYSAL DANE², TUNÇ ÖNES³, PERRAN FULDEN YUMUK²

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BD, MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP BD, MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş-Amaç: Evre 3 küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK), rezeksiyona uygun olmayan ve performansı iyi olan hastaların standart tedavisi sisplatin bazlı kemoterapi ile eş zamanlı radyoterapidir. Amacımız tedavi öncesi PET/CT SUVmax (tümör veya bölgesel lenf nodu) değerinin tedavi yanıtı ve sağkalıma etkisini değerlendirmektedir.

Yöntem: 2008-2017 yılları arasında evre 3 KHDAK tanısı ile definitif kemoradyoterapi alan ve tedavi öncesi 1 aylık dönemde PET/CT çekilmiş olan 75 hastanın verisi retrospektif olarak değerlendirildi. PET/CT SUVmax değerinin sağkalım etkisini belirlemek için ROC analizi ile cut-off belirlendi.

Bulgular: Hastaların %9.6'sı kadın (7/73), % 90.4'ü erkekti (66/73). Medyan yaş 58 (27-83), medyan takip süresi 18 ay, sigara içme oranı %88 (66/75) di. Evre 3A'da 40 hasta (%53), evre

3B'de 35 hasta (%47) vardı.hastaların 47 sis squamöz hücreli, 19'u adenokanser, 9'u KHDAK idi. Medyan sağkalım 23 ay, 2 yıllık sağkalım oranı % 46, 5 yıllık sağkalım oranı % 22'yidi. Medyan progresyonsuz sağkalım (PFS) 11 ay, 1 yıllık PFS % 45 bulundu. ROC analizi ile ideal cut-off değeri 13 olarak belirlendi [EAA:0.650 (0.514-0.786) / P<0.05].Tedavi öncesi PET/CT SUVmax (tümör veya bölgesel lenf nodu) değeri <13 hastalarda ortanca sağkalım 38 ay iken, >=13 hastalarda 20 aydı (HR= 1.97; 95% CI, 1.04-3.73; P =0.036). Tedavi cevabı (tam yanıt veya parsiyel yanıt) oranı % 67 idi.

Sonuç: Evre 3 KHDAK'nde definitif kemoradyoterapi öncesi PET/CT SUVmax değeri sağkalımı predikte edebilir.

Anahtar Kelimeler: Evre 3, KHDAK, definitif kemoradyoterapi, PET/CT, SUV

S-15

OPERE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA TÜRÖR VOLÜMÜ ÖNEMLİ BİR PROGNOSTİK FAKTÖR MÜDÜR?

AYŞE OCAK DURAN¹, İBRAHİM İLERİ², MEVLÜDE İNANÇ³, OKTAY BOZKURT³, ERSİN ÖZASLAN³, METİN ÖZKAN³1 S.B.U. DR. ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ
2 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.D.
3 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D

Amaç: Çalışmamızın amacı stage I-III opere küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarında cerrahi rezeksiyondan sonra, cerrahi patoloji materyalinden üç boyutlu olarak elde edilen tümör volümünün prognostik önemini araştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmamıza 2007-2010 yılları arasında Er-ciyes Üniversitesi Onkoloji kliniğinde takip edilerek opere edilen ve patolojik olarak stage I-III KHDAK tanısı konan 129 hasta alındı. Hastaların klinikopatolojik özellikleri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edildi. Genel sağkalım ve hastaliksız sağkalım değerleri Kaplan-Meier metodu ve multivariable Cox's proportional hazard model ile elde edildi.

Bulgular: ROC analizine göre KHDAK hastalarında mortaliteyi predikte eden tümör volüm değeri 30.3 cm³ olarak bulundu. Buna göre hastalar iki guruba ayrıldı. 1. Grup tümör volümü < 30.3 cm³ olan 71 hastayı içerirken 2. grup tümör volümü >= 30.3 cm³ olan 58 hastayı içeriyordu.

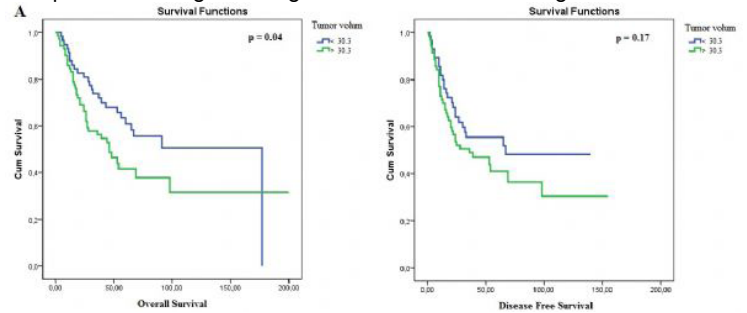
Hastaların demografik ve klinikopatolojik karakteristikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu özellikler içinde sadece adjuvan kemoterapi almak açısından iki grup arasında fark vardı (p=0.01). Diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Genel sağ kalım tümör volümü düşük olanlarda daha yüksek bulundu [grup 1 için 53 (5-177) ay ve grup 2 için 38 (2-200) ay, p<0,001]. Hastaliksız sağ kalım ise iki grup arasında benzerdi [sırasıyla 28 (1-140) ay ve 24 (1-155) ay, p=0,489]. Kaplan-Meier eğrisi Grup 1'de anlamlı olarak daha yüksek sağ kalım oranı olduğunu göstermiştir (p=0.04, figür 1). Univariate analize göre tümör volümü (p=0.04), tümör grade (p=0.04) ve adjuvan radyoterapi ile tedavi edilmiş olma (p=0.02) sağkalım farkı ile ilişkili bulunmuştur. Multivariate analize göre ise sadece tümör volümü sağkalım farkı ile ilişkili bulunmuştur (HR: 0.360, 95% CI: 1.176-0.738, P = 0.04)

Sonuç: TNM sisteminde tümör boyutunu belirtmek için sadece tümörün en yüksek çapı kullanılmaktadır. Ancak tümörler her

zaman tek bir boyutta olmamakta, düzensiz tümörlerin gerçek boyutunu sadece bir boyuttan ölçülen çap doğru olarak verememektedir. Çalışmamızda, tümör çapı yerine tümörün volümünü göz önüne alarak tümör volümünün stage I-III KHDAK hastalarında önemli bir prognostik bilgi sağladığını gösterdik.

Anahtar Kelimeler: opere küçük hücreli dışı akciğer kanseri, tümör volümü, sağkalım

Şekil 1: Kaplan-Meier grafiği: yüksek ve düşük tümör volümüne sahip hastaların genel sağkalım ve hastaliksız sağkalım oranları.



Tablo1:Gruplar arası demografik ve klinik faktörlerin farkları

	Grup 1 (n=58)	Grup 2 (n=71)	p
Yaş	58 ± 8	57 ± 8	0.54
Cinsiyet (erkek)	53 (41.1%)	63(48.8%)	0.61
Sigara	52 (40.3%)	64 (49.6%)	0.92
Tümör volümü	12 (0.1-30)	98 (30.6-1521)	<0.001
Tümör Çapı	3 (0.4-6.5)	6 (3.5-21)	<0.001
Rekürrens	31 (24.0%)	33 (25.6%)	0.43
Rezekte edilen LN (n)	6.5 (1-22)	5 (1-27)	0.50
Vasküler invazyon	9 (7.0%)	14 (10.9%)	0.53
Lenfatik invazyon	2 (1.6%)	3 (2.3%)	0.82
Perinöral invazyon	4 (3.1%)	4 (3.1%)	0.76
Plevral invazyon	3 (2.3%)	9 (7.0%)	0.14
LN metastazı	14 (10.9%)	12 (9.3%)	0.30
ADJRT (alan)	15 (11.6%)	11 (8.5%)	0.14
ADJKT (alan)	34 (26.4%)	56 (43.4%)	0.01

Tablo 2: Her iki grupta genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım oranları

	Grup 1 (n=58)	Grup 2 (n=71)	p
Genel sağkalım (ay)	53 (5-177)	38 (2-200)	<0.001
Hastalıksız sağkalım (ay)	28 (1-140)	24 (1-155)	0.48

S-16

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE (KHAK) NÖTROFİL LENFOSİT ORANI (NLO) İLE PET-CT'DE SAPTANAN METABOLİK PARAMETRELERİNİN (PET-CT MP) PROGNOSTİK ÖNEMİ VE NLO İLE PET-CT MP İLİŞKİSİ

CEM MİRİLİ¹, SEMRA PAYDAŞ¹, İSA BURAK GÜNEY², GÜLŞAH ŞEYDAOĞLU³,
TUBA KORKMAZ KAPUKAYA⁴, ALİ OĞUL¹, SERKAN GÖKÇAY⁵

1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ADANA

2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANA BİLİM DALI, ADANA

3 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK VE TIBBİ BİLİŞİM ANA BİLİM DALI, ADANA

4 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ADANA

5 ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA

Amaç: KHAK'inde NLO ve Fluorine 18 fluorodeoxyglucose (18F-FDG) pozitron emission tomography/computed tomography (PET-CT) ile saptanan metabolik parametrelerin: SUVmax, SUVmean, MTV, WBMTV, TLG, WBTLG prognostik önemini saptamak ve NLO ile PET-CT MP ilişkisini saptamak

Hastalar ve Yöntem: 2007 Mayıs- 2017 Şubat ayları arasında KHAK tanısı ile takip edilmiş 112 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Olgulardan 54'ünün tedavi öncesi PET-CT'leri metabolik parametrelerden SUVmax, SUVmean, MTV, WBMTV, TLG, WBTLG değerlendirildi ve metabolik parametrelerin prognostik önemleri ve NLO ile korelasyonu ve yaşam süreleri hesaplandı.

Sonuçlar: 20 kadın, 92 erkekten oluşan hasta grubunun ortalama yaşı 58±9.5 (38-83) idi (Tablo 1). Ortalama sağkalım (SK) 7.8 ay idi. Performans durumu (p:0.000), ilk tedaviye yanıt (p:0.000), LDH (p:0.004), NLO (p:0.012), lenfosit (p:0.002) prognostik öneme sahipti. NLR<4 olan grupta ortanca hastaliksız sağkalım (HSK) ve toplam sağkalım (TSK) daha uzundu (p: 0.002, p: 0.012). MP'lerden SUVmean HSK daha uzunken (p: 0.0113) TSK farksızdı (p: 0.100). SUVmax hem HSK hem de TSK için önemli bulundu (p: 0.0113, p: 0.054). TLG HSK ve TSK için anlamlı bulunmadı (p: 0.190, p: 0.403). MTV<60 olan olgularda HSK ve TSK daha uzundu (p:008 ve p:0.040), WBMTV< 127 cm³ olan olgularda HSK ve TSK daha uzun bulundu (p<0.001 ve p< 0.001), WBTLG<1000 olan olgularda HSK ve TSK daha uzun bulundu (p: 0.000 ve p: 0.001) (Tablo 2). NLO ile MP'ler kıyaslandığında NLO ile SUVmean (r: 0.362), SUVmax (r: 0.344), TLG (r: 0.388), MTV (r:

0.510), WBMTV (r: 0.400), WBTLG (r: 0.460) arasında pozitif korelasyon saptandı (Resim 1). Metabolik parametrelerden en seçici ve en duyarlı olanı WBTLG dir (Resim 2).

Yorum: Tedavi öncesi yüksek NLO (>=4), yüksek MTV (>=60.1), yüksek WBMTV (>=120), yüksek WBTLG (>=1000) KHAK'li olgularda kötü prognoz ile ilişkilidir. İnflamasyon belirteçlerinden olup pek çok tümörde prognostik olduğu bilinen NLO ile PET-CT ile saptanan MP'lerin korelasyon göstermesi pozitif korelasyon ilişkisi mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK), PET-CT, Nötrofil lenfosit oranı (NLR), Tüm Vücut Metabolik Tümör Volumü (WBMTV), Tüm Vücut Total Lezyon Glikolizi (WBTLG)

Spearman's rho	SUVmean	SUVmax	TLG	MTV	WBMTV	WBTLG
NLR-4	.362*	.344*	.388*	.510*	.400*	.460*
Correlation Coefficient						
Sig. (2-tailed)	.007	.011	.004	.000	.003	.000
N	54	54	54	54	54	54

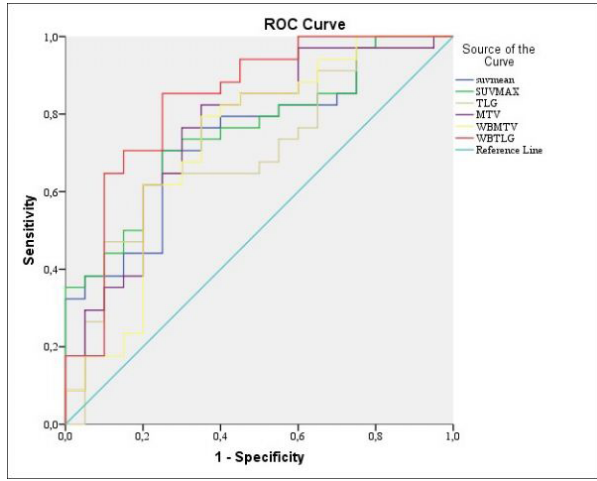
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NLR-4, Neutrophil Lymphocyte Ratio (cut off: 4); FDG PET CT, 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography; SUVmax, maximum standardized uptake value of the highest metabolic lesion; SUVmean, average standardized uptake value;

MTV, metabolic tumor volume; WBMTV, whole body metabolic tumor volume; TLG, total lesion glycolysis; WBTLG, whole body total lesion glycolysis

Resim2. PET-CT parametrelerinin ROC curve analizi



FDG PET CT, 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography; SUVmax, maximum standardized uptake value of the highest metabolic lesion; SUVmean, average standardized uptake value; MTV, metabolic tumor volume; WBMTV, whole body metabolic tumor volume; TLG, total lesion glycolysis; WBTLG, whole body total lesion glycolysis

Demografik ve Klinik verileri

n (%)	n (%)
Gender Initial treatment	
Female 20 (17,9)	No 15 (13,4)
Male 92 (82,1)	CP+RT 35 (31,3)
Age CP 62 (55,4)	
Median (range) 58 ±9.5 (38-83)	
<65 85 (75,9) Second-line Treatment	
>=65 27 (24,1) No 15 (2,8)	
Status CP 9 (25)	
Alive 23 (20,5) Topotecan 17 (47,2)	
Dead 89 (79,5) Other 9 (25)	
Stage TNM Treatment Response (First-Line)	
1 3 (2,7) CR 3 (3,75)	
2 3 (2,7) Regression 36 (45)	
3a 11 (9,8) Stable 22 (27,5)	
3b 18 (16,1) Progression 19 (23,75)	
4 77 (68,8)	
Stage VALSG Smoking	
Limited 26 (23,2) Yes 106 (94,6)	
Extended 86 (76,8) No 6 (5,4)	
ECOG	
0-1 69 (61,6)	
2-3 43 (38,4)	

AJCC, AJCC American Joint Committee on Cancer; VALSG, The Veterans administration Lung Study Group; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; CP+RT, Cisplatin+Etoposid+Radiotherapy; CP, Cisplatin+Etoposid; CR, Complete Remission

NLR (N:112) ve FDG PET-CT parametrelerinin (n=54) PFS ve OS ile ilişkisi

	PFS	OS
Total(n)	Total(%)	Event (n)
NLR-4		
<4	58 51,8	38 9 8 0.002*
>=4	54 48,2	51 5,6 3 7 4
SUV max		
<14,7	25 46,3	10 10,9 9 0.113
>=14,7	29 54,7	24 6,9 7 8,8 8
TLG		
<610	27 50	12 10,2 7 0.190
>=610	27 50	22 6,9 7 8,3 8
MTV		
<60,1	22 40,7	8 12,2 10 0.008*
>=60,1	32 59,3	26 6,3 6 8,3 8
WBMTV		
<120	22 40,7	9 12,1 12 0.002*
>=120	32 59,3	25 6 6 7,6 7
WBTLG		
<1000	21 38,8	6 14,7 13 0.000*
>=1000	33 61,2	8 5,5 6 7,4 7
WBTLG		
<1600	31 57,4	13 11,7 12 0.001*
>=1600	23 42,6	21 5,1 4 6,5 7

NLR-4, Neutrophil Lymphocyte Ratio (cut off: 4); FDG PET CT, 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography; SUVmax, maximum standardized uptake value of the highest metabolic lesion; SUVmean, average standardized uptake value; MTV, metabolic tumor volume; WBMTV, whole body metabolic tumor volume; TLG, total lesion glycolysis; WBTLG, whole body total lesion glycolysis. PFS, Progression-free survival, OS, Overall survival; *Log-rank test

S-17

EVRE 4 KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PD-L1'İN %50 VE ÜZERİNDE OLMASI KÖTÜ PROGNOSTİK FAKTÖR OLARAK KULLANILABİLİR

DAMLA OKAY¹, AHMET ÖZET², MUSTAFA KARACA³, NALAN AKYÜREK⁴,
BÜLENT ÇELİK⁵, ELİF ACAR⁴, DENİZ TURAL⁶

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

3 ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANTALYA

4 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

5 GAZİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMALI İSTATİSTİK ANABİLİM DALI, ANKARA

6 BAKIRKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç:PD-1 ile PD-L1'in etkileşimi sayesinde tümör hücrelerinin immün sistemden kaçabildiği saptanmıştır. Bu çalışmada küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanılı hastaların tanı anı patoloji preparatlarındaki PD-1 ve PD-L1 ekspresyon yüzdeleri ile 1 yıllık sağkalım süresi ilişkisi incelenerek PD-1 ve PD-L1'in prognostik faktör olarak etkinliğinin araştırılması planlandı.

Gereç ve Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Polikliniği'nde 2014 ile 2016 arasında tanı alan 138 KHDAK hastasının patoloji preparatları incelenerek PD-1 ve PD-L1 yüzdeleri saptandı. Aynı zamanda hastaların demografik ve klinik bilgileri, 1 yıllık sağ kalım süreleri hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edildi.

Bu çalışmada PD-1 ve PD-L1 yüzdeleri ile 1 yıllık sağkalım ilişkisi incelendi. Evreye göre subgroup analizleri Mann-Whitney U testi ile yapıldı. P değeri < 0.05 olan sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular:138 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %58'i (n:80) adenokarsinom, %37'si (n:51) yassı hücreli karsinom olarak saptandı. Yapılan incelemede hastaların %46,4'ünün (n:64) evre 4 ve %21,7'sinin (n:30) PD-L1 \geq %50 olduğu tespit edildi.

Hasta popülasyonu genel olarak incelendiğinde PD-L1 \geq %50 olan hastaların 1 yıllık sağkalım ortalaması 8,9 ay, PD-L1 < %50 olan hastaların 1 yıllık sağkalım ortalaması 10,4 ay olarak saptandı. PD-L1 \geq %50 olan hastaların 1 yıllık sağkalım sürelerinin belirgin olarak daha kısa olduğu tespit edildi fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,063).

Evre 4 KHDAK hastalar incelendiğinde ise PD-L1 \geq %50 (n:16) olan hastaların 1 yıllık sağkalım ortalaması 6,6 ay, PD-L1 < %50 (n:48) olan hastaların 1 yıllık sağkalım ortalaması 9,5 ay olarak tespit edildi ve PD-L1 \geq %50 evre 4 hastaların 1 yıllık sağkalımlarının PD-L1 < %50 olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak kısa olduğu saptandı (p=0.015).(Tablo-1)

Tartışma-Sonuç: İmmün sistemden kaçış mekanizması olarak PD-1 ve PD-L1'in etkileşimi hem yeni geliştirilen tedaviler için hem de hastalık prognoz tayini için önemlidir. KHDAK hastalarında yapılan bazı çalışmalarda PD-L1 ekspresyonunun kötü prognozla ilişkili olduğu görülmektedir.(1) Bu özellikle Asya popülasyonunda belirgin olarak izlenmektedir.(2)

Bu çalışmada Türk toplumunda KHDAK hastalarında PD-L1 %50 ve üzerinde olmasının düzey olarak PD-L1'in prognostik kullanımına daha uygun olduğunu ve evre 4 hastaların PD-L1 %50 ve üzerinde ise olmayanlara göre daha düşük 1 yıllık sağkalım süresi ile ilişki olduğunu saptayarak literatüre katkı sağladığımızı düşünmekteyiz.

Referanslar

1. Zhang M, Li G, Wang Y, Wang Y, Zhao S, Haihong P, et al. PD-L1 expression in lung cancer and its correlation with driver mutations: a meta-analysis. Scientific reports. 2017;7(1):10255.
2. Xia H, Shen J, Hu F, Chen S, Huang H, Xu Y, et al. PD-L1 over-expression is associated with a poor prognosis in Asian non-small cell lung cancer patients. Clinica Chimica Acta. 2017;469:191-4.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli dışı akciğer kanseri, PD-L1, PD-1, sağkalım

Tablo-1: Evre 4 küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında farklı PD-L1 yüzdeleri ile 1 yıllık sağkalım süresi ilişkisi

		Hasta sayısı (n:64)	1 yıllık sağkalım süresi (ay)	SD	p
PD-L1	>= %1	30	8,1	4,2	0,354
	diğer	34	9,3	3,4	
PD-L1	>= %5	29	8,0	4,2	0,239
	diğer	35	9,4	3,4	
PD-L1	>= %10	27	8,1	4,3	0,419
	diğer	37	9,2	3,4	
PD-L1	>= %50	16	6,6	4,4	0,015*
	diğer	48	9,5	3,4	

(SD: standart deviasyon)(*p<0,05)

S-18

GLİOBLASTOMA MULTİFORME HASTALARINDA ADJUVANT UZATILMIŞ TEMOZOLAMİD TEDAVİSİ SAĞKALIMLARINA OLUMLU ETKİ YAPAR

BERNA AKKUŞ YILDIRIM¹, AHMET TANER SÜMBÜL², ERKAN TOPKAN¹, YURDAY ÖZDEMİR¹, ALİ AYBERK BEŞEN², OZAN CEM GÜLER³, ALİ MURAT SEDEF⁴, HÜSEYİN CEM ÖNAL¹

1 RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA, TÜRKİYE

2 MEDİKAL ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA, TÜRKİYE

3 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ

4 ŞANLIURFA MEHMET AKİF İNAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Glioblastoma multiforme erişkinlerde en sık rastlanan ve prognozu en kötü kanserdir. Son zamanlarda uzatılmış Temozolamid (U-TMZ) kullanımının standart Temozolamid (S-TMZ) kullanımına göre yaşam beklentisinde artışı ile ilgili çalışmalar yayınlanmıştır, ancak sınırlı sayıdadır.

Yöntem: Retrospektif bu çalışmanın amacı cerrahi/biyopsi ile GBM tanısı almış, kemoradyoterapi (KRT) uygulanmış 116 hastada U-TMZ kullanımının genel (GS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) etkisini araştırmak olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların ortalama takip süresi 18 ay (2-125 ay) olarak belirlenirken, 65(%56) hasta halen hayattadır. U-TMZ (>6)

olan grupta GS daha uzun tespit edilirken istatistiksel bir fark elde tek değişkenli analizde edilememiştir (sırasıyla 49.0 vs 68.33 ay; p=0.082). Ancak PFS süresi U-TMZ grubunda S-TMZ alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda uzatılmıştır (14 vs 9 ay; p=0.04).

Sonuçlar: Çalışmamızda GBM tanısı almış hastalarda U-TMZ kullanımı hastaların PFS ve GS'lerinin belirgin oranda artmasına neden olur. Ancak bu sonucu desteklemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: GBM, Temozolamid, Adjuvant Tedavi

S-19

NEOAJUVAN MODİFİYE DCF KEMOTERAPİ REJİMİ ALAN LOKAL İLERİ MİDE KANSERLİ HASTALARDA SERUM SURVİVİN EKSPRESYONUNUN PROGNOSTİK VE PREDİKTİF DEĞERİ

YAKUP BOZKAYA¹, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, SEVİLAY SEZER², OSMAN KÖSTEK³, NEBİ SERKAN DEMİRCİ¹, OZAN YAZICI¹, GÖKMEN UMUT ERDEM¹, NURULLAH ZENGİN¹

1 SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ BİYOKİMYA KLİNİĞİ, ANKARA
3 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, EDİRNE

Giriş-Amaç: Survivin apoptozis protein ailesi inhibitörünün en küçük üyesidir. Anti-apoptotik özeliğinin yanı sıra survivin proteini, hücre proliferasyonunda ve anjiyogenez de rol oynar. Yapılan çalışmalarda çeşitli kanserlerde (akciğer, mide, over, meme vs) survivinin prognostik ve prediktif değere sahip olduğu raporlandı. Mide kanserli ilgili genellikle heterojen hasta grubuyla yapılan tek ajan kemoterapi ve doku çalışmalarıdır. Bu çalışmanın amacı neoadjuvan DCF (dosetaksel-sisplatin- 5 fluorourasil) takiben cerrahi yapılan lokal ileri mide kanserli hastalarda kemoterapi öncesi ve sonrası serum tumor survivin ekspresyonu ile terapötik yanıt ve prognoz arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Hastalar ve Yöntem: Eylül 2013- Haziran 2015 tarihleri arası Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuran lokal ileri mide kanserli olan ve neoadjuvan DCF kemoterapi sonrası cerrahi yapılan hastalar çalışmaya alındı. Plazma survivin düzeyleri için hastalardan neoadjuvan tedavi öncesi ve 3 kür sonrası kan örnekleri alındı. Serumda survivin miktarının belirlenmesi için human survivin (Elabscience Biotechnology Co., Ltd, PRC; Katalog No: E-EL-H1584) ELİSA kiti kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 50 Lokal ileri mide kanserli hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 56 yıl (Aralık = 26-79 yıl) ve hastaların çoğunluğu erkek (72%) idi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Büyük çoğunluğu kötü dif-

feransiye adenokarsinom (70%) histolojik alttıpe sahip ve yerleşim yeri olarak 56% proximal mide kaynaklıydı. Neoadjuvan mDCF tedavi sonrası 42% hasta parsiyel yanıt (PR), 38% hasta stabil hastalık (SD) ve 20% hastada ise progresyon meydana geldi. Dört hastaya R1 rezeksiyon diğer tüm hastalara R0 rezeksiyon yapıldı. Bazal medyan survivin düzeyi 147 IU/L olarak saptandı ve bazal medyan survivin düzeylerine göre düşük sürvivin ve yüksek sürvivin düzeyi olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ayrıca mDCF tedavi yanıtına göre progresif (progresif hastalık) ve non-progresif (parsiyel yanıt+stabil hastalık) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bazal sürvivin düzeyleri progresif ve non-progresif grupta benzerdi (p=0.55). Tedavi sonrası survivin düzeyi non-progresif grupta anlamlı bir şekilde daha düşük bulunurken (p<0.001) progresif grupta istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (p=0.06) (Tablo 2). Medyan DFS düşük ve yüksek sürvivin grupta sırasıyla 12.4 ve 14.6 ay idi (p=0.18). Medyan OS ise sırasıyla 14.4 ve 24.9 ay olarak bulundu (p=0.14).

Sonuç: Lokal ileri mide kanserli neoadjuvan mDCF kemoterapi alan hastalarda bu sonuçlar tanı döneminde yüksek olan serum survivin seviyelerinde tedaviden sonra azalmanın olması, kemoterapiye bir yanıt prediktörü olabileceğini ama sağkalm için olamayacağını düşündürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Lokal ileri mide kanseri, Survivin, Modifiye DCF kemoterapi rejimi, Apoptozis

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Yaş, yıl (medyan, aralık)	56 (26-79)
Cinsiyet	
Kadın	14 (28)
Erkek	36(72)
ECOG	
0	19 (38)
1-2	31 (62)
Sigara	
Evet	38 (76)
Hayir	12 (24)
Komorbidite	
Evet	17 (34)
Hayir	33 (66)
Kilo kaybı	
Evet	30 (60)
Hayir	20 (40)
Histopatolojik differansiasyon	
İyi	5 (10)
Orta	10 (20)
Kötü	35 (70)
Tümör lokalizasyonu	
Kardiya veya fundus	28 (56)
Korpus	14 (28)
Antrum	8 (16)
CEA	
Normal	33 (66)
Yüksek	17 (34)
CA 19-9	
Normal	39 (78)
Yüksek	11 (22)
Perinöral invazyon	
Evet	36 (72)
Hayir	14 (28)
Lenfovasküler invazyon	
Evet	33 (66)
Hayir	17 (34)

Tablo 2. Neoadjuvan kemoterapi sonrası serum survivin ile toplam klinik yanıt arasındaki ilişki

	PY+SH (n= 40)	PH (n=10)	p* değeri
Bazal Survivin			
Medyan	163	92	0.55
Interquartile	63-1171	26-395	
Kemoterapi sonrası Survivin			
Medyan	21	776	<0.001
Interquartile	13-64	116-4693	
p+ value	<0.001	0.06	

PY: Parsiyel yanıt, SH: stabil hastalık, PH: progressif hastalık, (*) p for Mann U Whitney, (+) p for Wilcoxon signed rank test

S-20

KÜRATİF GASTREKTOMİ UYGULANAN PATOLOJİK N3 LENF NODU TUTULUMLU MİDE KANSERLİ HASTALARDA METASTATİK LENF NODU ORANININ PROGNOSTİK ÖNEMİ

MUSTAFA CELAETTİN HAKSAL¹, AHMET BİLİCİ², FATİH SELÇUKBİRİCİK³, MESUT ŞEKER⁴, BALA BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU⁵, ÖMER FATİH ÖLMEZ², ÖZCAN YILDIZ², ASLI ÇAKIR⁶, HALE BAŞAK ÇAĞLAR⁷, MUSTAFA ÖNCEL¹

1 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ABD., İSTANBUL

2 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ B.D., İSTANBUL

3 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ B.D., İSTANBUL

4 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ B.D, İSTANBUL

5 HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

6 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ABD., İSTANBUL

7 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ABD., İSTANBUL

Giriş: Mide kanserinde lenf nodu tutulumunun varlığı en önemli prognostik faktörlerden biridir. Çalışmamızda, metastatik lenf nodu oranının (MLNR) prognostik önemi ve metastatik lenf nodu sayısı ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Küratif gastrektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulanmış 207 patolojik olarak N3 (pN3) lenf nodu evresine sahip mide kanserli hasta geriye dönük olarak analiz edildi. MLNR grupları arasında ilişkili olabilecek klinikopatolojik faktörler ki-kare testi ile değerlendirilirken, hastaliksız sağkalım (HSK) ve genel sağkalım (GSK) üzerine etkili prognostik faktörler ve MLNR'nin pronostik önemini belirlemek için tek ve çok değişkenli analizler kullanıldı.

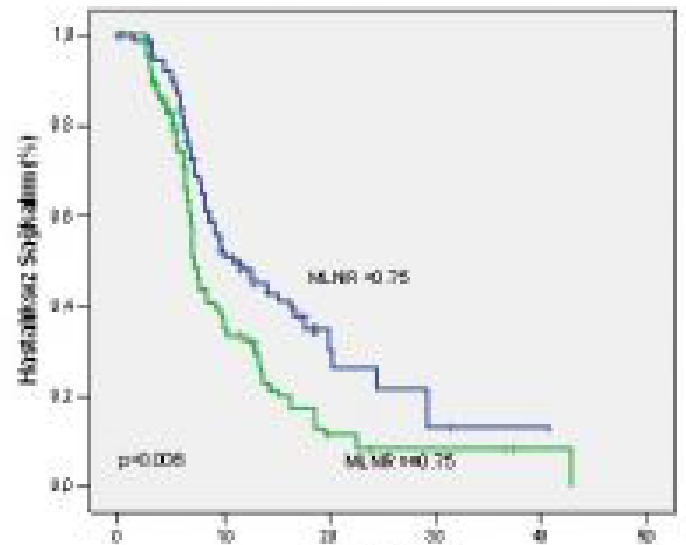
Bulgular: Cerrahi sonrası pN3 mide kanserli hastalarda prognozu belirlemede 0.75 MLNR oranı en uygun cut-off değer olarak bulundu (p=0.001). Bu değere göre hastaların 102'si (%49.2) MLNR <0.75 grubunda iken, geriye kalan 105 hasta (%50.8) MLNR >0.75 grubundaydı. MLNR büyük çaplı (p=0.017), kötü diferansiye (p<0.001), perinöral (PNİ) (p=0.03), vasküler invazyonlu (Vİ) (p=0.016), lenfatik invazyonlu (Lİ) (p<0.001) ve total gastrektomi uygulanmış (p=0.005) hastalarda anlamlı olarak daha fazlaydı. Tek değişkenli analizde, HSK için tümör diferansiyasyonu, pN stage (N3a vs. N3b), MLNR (<0.75 vs. >0.75) ve Vİ, GSK için ise, tümör çapı (<6 cm vs. >6 cm), pN stage, MLNR, Vİ, Li ve PNİ varlığı prognostik faktörler olarak bulundu. Çok değişkenli analizde ise, Vİ varlığı [HR: 1.95 (95% CI: 1.16-3.29), p=0.012] ve MLNR [HR: 1.2 (95% CI: 0.79-1.14), p=0.041] HSK için, tümör çapı [HR: 1.63 (95% CI: 1.04-2.54), p=0.031], pN stage [HR: 2.95 (95% CI: 1.49-5.86), p=0.002] ve MLNR [HR: 2.61 (95% CI: 1.55-4.41), p<0.001] GSK için bağımsız prognostik faktörler olarak saptandı. MLNR <0.75 olan hastalar MLNR >0.75 olan hastalara göre anlamlı olarak daha iyi HSK ve GSK sürele-

rine sahipti (Şekil 1 ve 2). Ayrıca, MLNR grupları arasında nüks paternleri açısından anlamlı farklılık gözlemlendi. Lenf nodu ve peritoneal nüksler anlamlı olarak MLNR >0.75 olanlarda <0.75 olan hastalara göre daha fazla olarak bulundu (p=0.005). Diğer taraftan, nüks paternleri pN3a ve pN3b grupları arasında benzerdi (p=0.92).

Sonuçlar: Çalışmamızda elde edilen bulgular, MLNR'nun radikal cerrahi uygulanan mide kanserli hastalarda prognozu ve nüks paternini belirlemede yararlı bir göstere olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, MLNR lenf nodu metastazını değerlendirmede yararlı ve güvenilir bir yöntem olarak düşünülebilir.

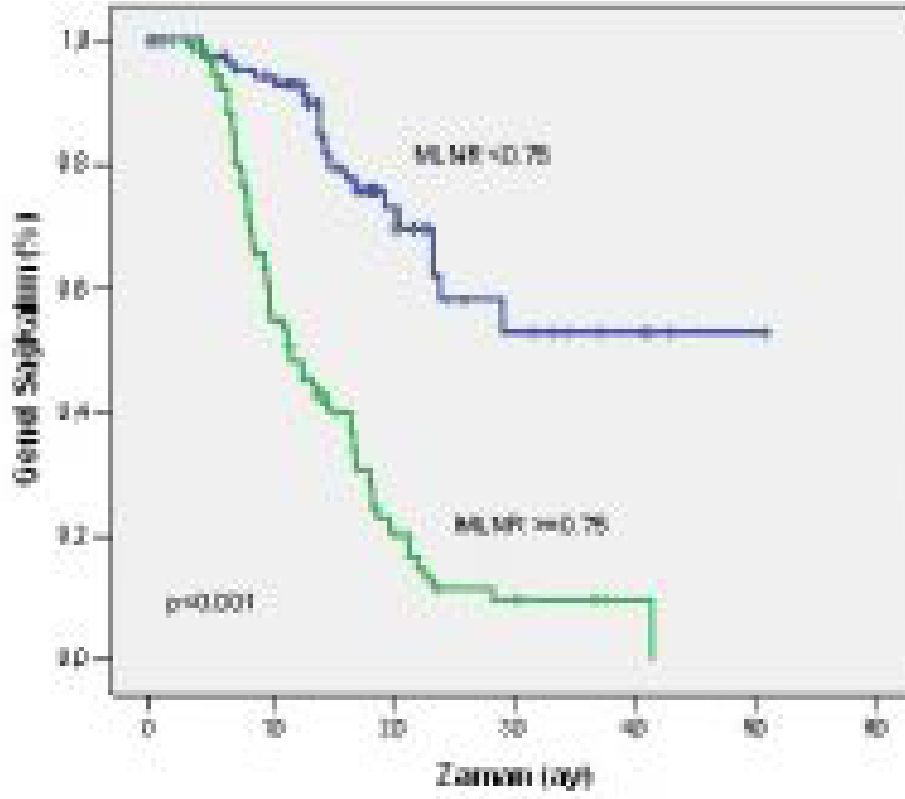
Anahtar Kelimeler: Mide Kanseri, Küratif gastrektomi, pN3, metastatik lenf nodu oranı

Şekil 1



MLNR grupları arasında hastaliksız sağkalım

Şekil 2



MLNR grupları arasında genel sağkalım.

S-21

ERKEN EVRE (1-3) KOLON KANSERİ HASTALARINDA TÜMÖR LOKALİZASYONUN HASTALIKSIZ SAĞKALIM VE GENEL SAĞKALIMA ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ABDULLAH SAKİN, NURGÜL YAŞAR, ÇAĞLAYAN GEREDELİ, CUMHUR DEMİR, ORÇUN CAN, ŞABAN SEÇMELER, SERDAR ARICI, ŞENER CİHAN

TC SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş: Uzun yıllardır sağ kolon kanseri (KK) ve sol KK epidemiyoloji, biyoloji, patoloji ve klinik sonuçların farklılıkları olan farklı tümörleri temsil ettiği bilinmektedir. Son zamanlarda, metastatik KK'de tümör lokalizasyonu ile prognoz arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tümör lokalizasyonun lokorejyonel hastalıkta hastalar ve klinisyenler için önemli bir ek risk faktörü olarak işlev görmekte olup olmadığı belirsizliği hala devam etmektedir. Bizde çalışmamızda evre1-3 KK hastaların klinikopatolojik özelliklerinin ve tümör lokalizasyonun hastaliksiz sağkalım ve genel sağkalım ile ilişkisini inceledik.

Materyal: Çalışmaya 1995-2016 yılları arasında onkoloji kliniğinde takip ve tedavisi yapılan ve verilerine eksiksiz ulaşılabilen 1600 hasta geriye dönük olarak dahil edildi. Çekumdan splenik fleksuraya kadar olan tümörler sağ kolon, splenik flexuradan rektosigmoid lokalizasyona kadar olanlar sol kolon olarak kabul edildi. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 for Windows programı kullanıldı.

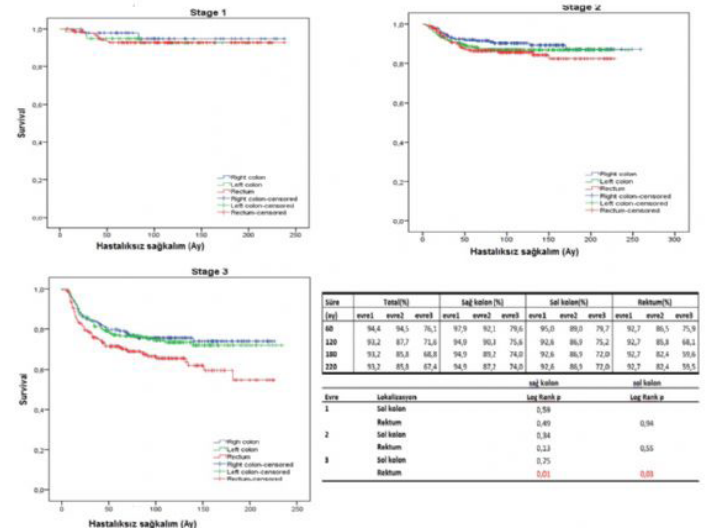
Bulgular: Çalışmaya 863 (%53,9) erkek, 737 (%46,1) kadın hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 56,7±13,08 (19-94) idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet farkı yoktu (p=0,81, p=0,21). Lokalizasyona göre klinik ve patolojik veriler tablo-1' de özetlenmiştir. Kaplan maier analizine göre evre 1 ve 2 de lokalizasyona göre hastaliksiz sağkalımda fark gözlenmedi. Evre 3 te rektum lokalizasyonu sağ ve sol lokalizasyona göre daha erken nüks ettiği gözlemlendi (p=0,01, p=0,03) (Şekil -1). Evre ve lokalizasyona göre 60, 120, 180 ve 220 aylık genel sağkalım oranları Şekil 2'de gösterilmiştir. Evre 1 ve 2 de lokalizasyona göre sağkalımda fark yoktu, evre 3 te ise rektum lokalizasyonunda diğer lokalizasyonlara göre anlamlı fark vardı. (p=0,01)(Şekil-2).

Tartışma: Kolon sağ ve sol bölümünün anatomik farklılıkları ve farklı embriyolojik kökenleri göz önüne alındığında, aynı hastalığın farklı klinik özellikler gösterdiği görülebilir. Çoğu çalışma, sol KK hastalarla karşılaştırıldığında sağ KK'li hastalarda onkolojik sonuçların daha kötü olduğu bildirmiştir. Bununla birlik-

te, son çalışmalar, lokalize sağ KK'nin prognozunun sol KK'den daha iyi olduğu bildirmiştir. Weiss ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada sağ ve sol taraflı KK arasında 5 yıllık mortalitede bir fark görülmemekle birlikte evre 2 hastalıkta, sağ KK'de mortalite azaltmış, evre 3'te ise sağ KK'inde mortalitesi yükselmişti. Bizim çalışmamızda ise tüm evrelerde Sağ ve sol lokalizasyonu arasında hastaliksiz sağkalım ve genel sağkalımda fark gözükmez iken evre 3'te rektum lokalizasyonu diğer lokalizasyonlara göre daha erken nüks ediyordu ve genel sağkalımı diğer lokalizasyonlara göre daha kötü seyrediyordu. Çalışmamızda rektum lokalizasyonunda sonuçların daha kötü seyretmesi yapılan cerrahi veya radyoterapi ile ilişkili olabilir. Erken evre tümörlerde tümör lokalizasyonunu prognostik faktör olarak değerlendirilebilmesi için yüksek sayıda vaka ile yapılan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

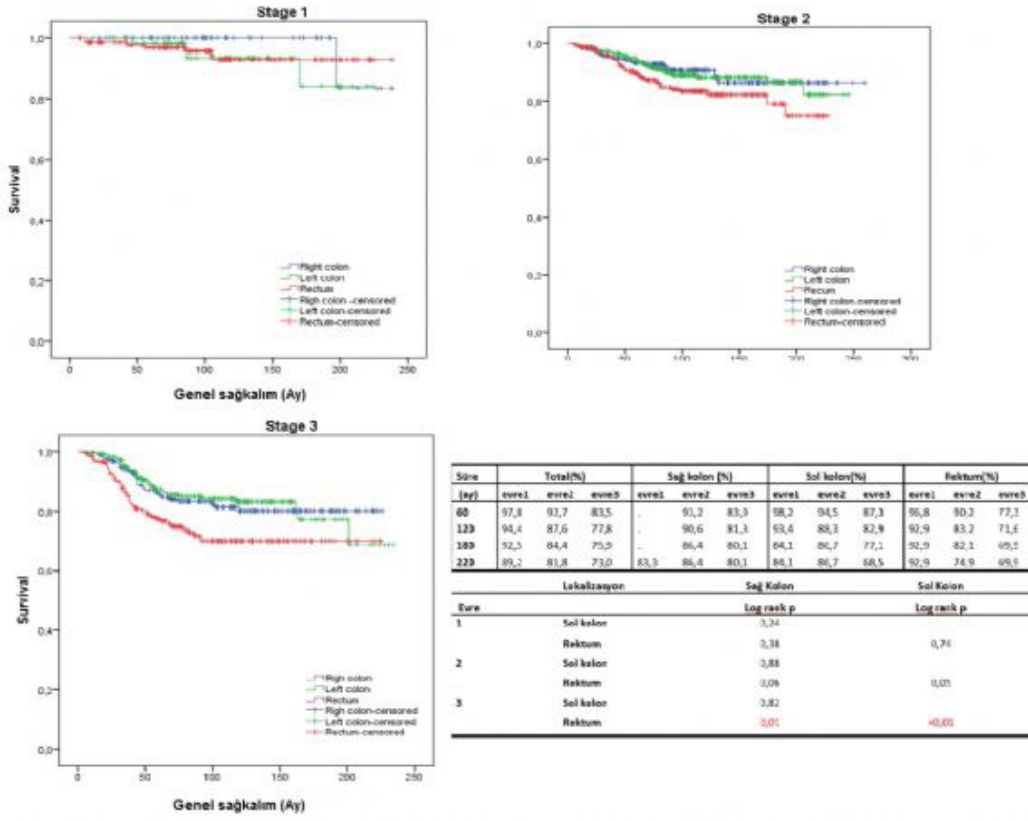
Anahtar Kelimeler: kolon kanseri, hastaliksiz sağkalım, genel sağkalım, lokalizasyon

Şekil 1



Evrelerine göre lokalizasyonun hastaliksiz sağkalıma etkisi

Şekil 2



Evre ve Lokalizasyona göre genel sağkalım oranları

Tablo 1

		Total		Sağ Kolon		Sol Kolon		Rektum		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	863	53,9	258	54,8	301	52,9	304	54,3	0,81
	Kadın	737	46,1	213	45,2	268	47,1	256	45,7	
Tanı Yaşı	(Ort.±SD Min-Maks)	56,7±13,08 (19-94)		56,4±14,01 (19-89)		57,5±13,06 (21-94)		56,2±12,24 (21-87)		0,21
Evre	1	252	15,8	49	10,4	61	10,7	142	25,4	0,01
	2	733	45,8	232	49,3	287	50,5	214	36,4	0,01
	3	615	38,4	190	40,3	221	38,8	204	36,4	0,43
Çıkarılan Lenf nodu sayısı	Ort.±SD Min-Maks)	16,1±10,23 (0-73)		19,7±10,98 (0-73)		15,4±10,25 (0-73)		13,8±8,64 (0-62)		0,01
Tutulan Lenf nodu sayısı	Ort.±SD Min-Maks)	1,4±3,7 (0-66)		1,4±3,05 (0-25)		1,4±4,64 (0-66)		1,45±3,10 (0-24)		0,49
R1 rezeksiyon		23	1,4	6	1,3	4	0,7	13	2,3	0,07
Adjuvan tedavi alan		1233	77,1	372	79,2	443	77,9	418	74,6	0,20
Nüks gelişimi		272	17	70	14,9	95	16,7	107	19,1	0,19
Son durum	exitus	217	13,6	56	11,9	68	12,0	107	19,1	0,03

Lokalizasyonuna göre hastaların verilerinin karşılaştırılması

S-22

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE TÜKÜRÜKTE FUSOBACTERIUM NUCLEATUM, STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS VE PORPHYROMONAS GİNGIVALİS ANALİZİ

DENİZ CAN GÜVEN¹, ÖMER DİZDAR², ALPASLAN ALP³, FATMA NUR AKDOĞAN KITTANA³, DERYA KARAKOÇ⁴, ERHAN HAMALOĞLU⁴, ŞAHİN LAÇİN⁵, YUSUF KARAKAŞ⁵, SAADETTİN KILIÇKAP², MUTLU HAYRAN², ŞUAYİB YALÇIN⁵

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVAKTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

4 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ANKARA

5 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç : Son yıllarda kolorektal kanserli (KRK) hastalarda tümör dokusu ve gaytada mikrobiyom analiz çalışmaları giderek artmaktadır. Fusobacterium nucleatum (Fn), Porphyromonas gingivalis (Pg) ve Streptococcus gallolyticus subspecies gallolyticus (Sg) bu çalışmalarda sık rastlanan ve öne çıkan bakterilerdir. Bu bakteriler aynı zamanda periodontal patojenlerdir ve tükürükte de bulunurlar. Bu çalışmada KRK hastalarının tükürük örneklerinde Fn, Pg ve Sg bakterilerinin varlığı ve kantitesinin incelenmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya KRK tanısı yeni konmuş olup henüz herhangi bir tedavi almamış hastalar dahil edildi. Elli yaşın üzerinde ve kanser öyküsü olmayan bireyler kontrol grubuna dahil edildi. Fn, Sg ve Pg suşlarının varlığının belirlenmesi ve kantifikasyonu için 16S rRNA ile polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) analizleri yapıldı ve elde edilen veriler hastalar ve kontrol grubunda karşılaştırıldı. Bakteri kantiteleri logaritmik olarak log 10 kopya/ml \pm SD şeklinde raporlandı.

Bulgular: Çalışmaya 71 KRK hastası ve 77 kontrol dahil edildi. Hasta ve kontrol grubundan elde edilen tükürük örneklerinde total bakteri miktarı benzerdi (7,51 \pm 0,50 log 10 kopya/ml vs 7,45 \pm 0,62 log 10 kopya/ml, p=0,549). İki grupta Fn (%97,2 vs %96,1, p=1), Sg (%31 vs %27,3, p=0,619) ve Pg (%76,1 vs %75,3, p=0,917) saptanma oranları benzerdi. Kantitatif analizde hastaların tükürük örneklerinde Fn ve Sg miktarı kontrol

grubundan yüksek bulundu. Ortalama Fn miktarı hastaların tükürük örneklerinde 6,89 \pm 1,07 log 10 kopya/ml, kontrollerde ise 6,35 \pm 0,78 log 10 kopya/ml idi (p=0,001). Ortalama Sg miktarı hastaların tükürük örneklerinde 4,12 \pm 0,99 log 10 kopya/ml, kontrollerde ise 3,15 \pm 0,58 log 10 kopya/ml idi (p<0,001). Tükürükte Pg kantiteleri iki grupta benzerdi (4,28 \pm 1,72 log 10 kopya/ml vs 4,22 \pm 1,24 log 10 kopya/ml, p=0,837). Tümörün yerleşimi (sağ vs sol kolon) ve evresine (Evre 1-2-3 vs evre 4) göre yapılan karşılaştırmalarda Fn, Sg ve Pg saptanma oranları ve kantitesi benzerdi. Tümörde mikrosatellit insabilite (MSI) (+) olan grupta Fn ve Sg kantitelerinin MSI(-) gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü [Fn için sırasıyla 6,15 (4,35-7,96) log 10 kopya/ml vs 7,03 (5,18-8,97) log 10 kopya/ml p= 0,036; Sg için sırasıyla 3,44 (3,18-3,92) log 10 kopya/ml vs 4,13 (3,48-7,44) log 10 kopya/ml, p=0,022]. Pg kantitesi iki grupta benzerdi [3,04 (2,02-6,35) log 10 kopya/ml vs 4 (1,92-8,24) log 10 kopya/ml, p=0,337].

Sonuç: Araştırmamızda, kolorektal kanserli hastaların tükürük örneklerinde Fn ve Sg kantitesi kontrol grubundan daha yüksek bulundu. Bu bulgu KRK'nin etiyopatogenezi, KRK açısından yüksek riskli grupların belirlenmesi, tarama çalışmaları ve KRK'i önlemeye yönelik ağız ve diş eti sağlığına yönelik çalışmalar için önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fusobacterium Nucleatum, Streptococcus Gallolyticus, Kolorektal Kanser, Tükürük Mikrobiyomu

S-23

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERİN DOĞU AVRUPA VE ORTA AVRUPADAKİ DURUMUN ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ, ONCOBRIDGE ÇALIŞMASI

ÖZAN YAZICI¹, GÖKHAN UÇAR¹, VAMVAKOPOULOU VASILEIA², SERDAR TURHAL³, BİROL YILDIZ⁴, MICHALIS KARAMOUZIS², SİNAN YAVUZ⁵, NURİ KARADURMUŞ⁴, NURULLAH ZENGİN¹, HÜSEYİN ABALI⁵, RAVIT GEVA⁶

1 MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA, TÜRKİYE
2 MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ATİNA ÜNİVERSİTESİ, ATİNA, YUNANİSTAN
3 MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ, İSTANBUL, TÜRKİYE
4 MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA ANKARA, TÜRKİYE
5 MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ, ADANA HASTANESİ, ADANA, TÜRKİYE
6 ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, TEL-AVİV SOURASKY MEDICAL CENTER, TEL-AVİV, İSRAİL

Giriş: Klinik araştırmalardaki sonuçlar her zaman için gerçek yaşam verileriyle uyumlu olmayabilir. Bu çok uluslu retrospektif kayıt çalışmasında gerçek yaşamda metastatik kolorektal (mKRK) de sağkalımı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metodlar: Çalışma protokolü uluslararası katılımı olan Haziran 2015 deki Türk Tıbbi Onkoloji Derneği Oncobridge toplantısında tartışılarak oluşturulmuştur. En az 3 yıllık takip süresi olan ya da 3 yıllık takip süresi tamamlanmadan ex olan hastaların çalışmaya dahil edilebilmesi planlandı. Bu amaçla mKRK tanısı 2005-2012 yılında alan ve en az 1 kür kemoterapi alanlar çalışmaya dahil edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 208'i (57.1%) erkek ve 156'sı (42.9%) kadın olmak üzere 364 hasta dahil edildi. Medyan yaş 62 yıldır (min:23-max:85). Primer tümör lokasyonu %19.5' unda (n=71) sağ, %3.6'sında (n=13) transvers, %75'inde (n=276) sol kolonda. Metastaz bölgeleri; %69.7 karaciğer, %27.4 akciğer, %12.6 lokal nüks, %12 periton, %10 uzak lenf nodu ve %1.6 beyindi. Hastaların %38.5' unda (n=140) metastazektomi yapılmıştı. Metastazektomi yapılan bölgeler; %22.3' ünde karaciğer, %4.7'sinde akciğer ve %11.5' unda diğer bölgelerdi. K-N RAS wild hasta oranı %35.4, K-N RAS ve BRAF wild olan hasta oranı %13.6'ydı. Hastaların %1.6' sında mikrosatellit instabil'di. Birinci basamak kemoterapi (BBK) %29.9' unda oksaliplatinli, %16.5' unda irinotekan+bevasizumab (bev.) kombinasyonu, %16.5' unda oksaliplatin + bev. di. BBK yanıt oranları; tam yanıt (TY):%8, par-

siyel yanıt (PR): %30.5, stabil:%28.3 ve progresyon:%24.7' sinde saptandı. BBK medyan OS' ler; bev. lı kombinasyon:35 ay (%95 CI, 29.1 – 40.8), anti-EGFR: 38 ay (%95 CI, 30.1–45.8), sadece kemoterapi için 32 aydı (%95 CI 26.3 - 37.6), (p>0.05). İkinci kez metastazektomi %10.2' sinde yapılmıştı. İkinci basamak kemoterapi (İBK) hastaların %66.7' sine uygulanmıştı, en çok uygulanan İBK %24.5' unda bev. lı kombinasyondur. İBK yanıt oranları; TY:%4.9, PR: %15.1, stabil:%13.2 ve progresyon: %29.1'di. İBK medyan OS' ler, bev. lı kombinasyonda 21 ay, anti-EGFR kombinasyonda 20 ay ve sadece kemoterapi alanda 19 aydı, (p:0.69). Üçüncü ve dördüncü basamak kemoterapi alan hasta oranları sırasıyla; %31.3 ve %22' ydi ve en sık kullanılan rejim tek ajan 5-fluorourasil'di. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak kemoterapi medyan PFS'leri sırasıyla; PFS1: 10 ay (%95 CI 8.3 – 11.6), PFS2: 7 ay (%95 CI 6.2 – 7.7), PFS3: 6 ay (%95 CI 4.6 – 7.3). Tüm hasta grubunda medyan OS 35 aydı (95% CI 30.7 – 39.2). Metastazektomi yapılanlarla yapılmayanların medyan OS karşılaştırıldığında 43 ay vs 29 aydı, (p: <0.001). Sağ, transvers ve sol kolon medyan OS' leri sırasıyla; 25 ay (%95 CI, 16.6 – 33.3), 33 ay (%95 CI, 8.7 – 52.7), 37 aydı (95%CI 32.4 – 41.5), (p= 0.25).

Sonuç: Çalışmamızda mKRK hastalarında gösterilen medyan OS ve sol, sağ kolon prognozunun klinik faz çalışmalarlarıyla benzer olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızdaki metastazektomi oranları literatürde belirtilenlerden yüksektir.

Anahtar Kelimeler: metastatik kolorektal, sağkalım, gerçek yaşam

S-24

KOLON KANSERİ NEDENİYLE ADJUVAN OKSALİPLATİN KEMOTERAPİSİ ALAN ERKEK HASTALARDA SAĞLIKLA İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEKLERİ

ERCAN YUVANÇ¹, SELİM YALÇIN²

1 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, KIRIKKALE
2 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, KIRIKKALE

Amaç: Bu çalışmanın amacı, adjuvan oksaliplatin kemoterapisi alan evre II-III kolon kanseri hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, depresyon ve cinsel fonksiyonları ele almaktır.

Giriş: Farmakolojik kanser tedavisine bağlı görülen yan etkiler etkin ilaç rejiminin verilememesi, hastaların yaşam kalitesini düşürmesi ve kemoterapinin sonlandırılmasına neden olabilmektedir.

Metodlar: Nisan 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında adjuvan oksaliplatin (FOLFOX) sonrası remisyonunda en az 6 ay izlenen 55 seksüel aktif erkek kolon kanseri hastasını kapsayan prospektif kesitsel klinik bir çalışma planlandı. Hastalar kemoterapi öncesi ve sonrası 6. ayda doldurulan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi formu (HRQoL), Kısa Form 36 (SF 36), Avrupa Kanser Yaşam Kalitesi Araştırma ve Tedavi Kurumu (EORTC QLQ-C30) anketi, genel depresif durumu araştırmak için Beck Depresyon Envanteri, cinsel işlev durumu için Uluslararası Erektile İşlev Formu (IIEF) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastalarda yaş aralığı 25-65 olarak ortaya çıkmıştır. SF-36 ölçeğinin en yüksek değeri fiziksel işlevsellik için ve en düşük SF-36 değerleri vitalite için elde edilmiştir. Hastaların yaşı ve Beck depresyon envanter skorları istatistiksel olarak toplam yaşam kalitesini önemli derecede etkiledi. Beck depresyon envanterindeki ortalama puanı 4.0 idi. % 58'i depresyon yok, %30 hafif depresif, %12 orta depresif olarak belirlendi. Yaş, depresyonun gelişimi için istatistiksel olarak önemli risk

faktörüydü. Tedavi öncesi dönem ile karşılaştırıldığında kolon kanserli hastaların cinsel istek ve genel memnuniyeti gösteren IIEF skorları hastalarda sırasıyla %54,7 ve %62,1'inde ciddi derecede azalmıştı. Hastalarda %42.8 oranında herhangi bir seviyede erektil disfonksiyon (hafif-orta-şiddetli) ve % 37.3 oranında ejakülasyon sorunları bildirilmiştir. Libido kaybı ise % 42.7 saptandı. IIEF-5 skorları (erektil fonksiyon, cinsel ilişki sıklığı, orgasm hissi, seksüel istek ve genel memnuniyet) oksaliplatin kemoterapisi sonrası anlamlı derecede düştü (15.2 +/- 8.3 8.5 +/- 3, 5.4 +/- 1.2 2.4 +/- 0.9, 4.8 +/- 1.9 3.4 +/- 0.9, 5.1 +/- 2.4 3.8 +/- 2, 5.1 +/- 1.2 3.5 +/- 1.3, sırasıyla; < 0.05). Oksaliplatin kemoterapisi sonrası cinsel işlev bozukluğunu etkileyen faktörlerin multipl regresyon analizinde 60 yaş üstü oluş (P<0.001), cinsel istek (P = 0.017), erektil fonksiyon (P = 0.04), cinsel ilişki memnuniyeti (P = 0.013), orgazm fonksiyonu (P = 0.04) cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen önemli faktörlerdi. Cinsel sorunların varlığı, SF-36 alanlarının puanlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede düşürdü.

Tartışma: Kolon kanseri nedeniyle adjuvan oksaliplatin kemoterapi verilen hastalarda karşılaşılan cinsel sorunlar HRQoL, SF 36, EORTC QLQ ve Beck depresyon envanteri gibi sağlıkla ilgili sorgulama form skorlarını olumsuz yönde ciddi şekilde etkilemiştir. Hastaların cinsel fonksiyonlarının sorgulanması ve uygun tedavisi hasta psikolojisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon Ca, Adjuvan Oksaliplatin, FOLFOX, IIEF

S-25

TESTİKÜLER GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE OKİT ÖNCESİ NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ PROGRESYONSUZ SAĞ KALIMA ETKİSİ

SÜMEYRA DERİN¹, MEVLÜDE İNANÇ¹, LEYLAGÜL KAYNAR²,
OKTAY BOZKURT¹, TEOMAN ŞAKALAR¹, ENDER DOĞAN¹, METİN ÖZKAN¹

1 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

2 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ, KAYSERİ

Giriş: Testis kanseri 15-35 yaş arasındaki erkek popülasyonunda %1 oranında görülmektedir. Testiküler kanserlerin %95 ini germ hücreli tümörler oluşturmaktadır. Metastatik germ hücreli tümörlerde kür oranı %80 civarında olup, kemoterapi (KT) refrakter veya nüks eden hastalarda bu oran azalmaktadır. İlk sıra veya çoklu sıra kemoterapi sonrası otolog kemik iliği transfüzyonu (OKİT) ile kür şansının arttığı görülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde KT sonrası OKİT yapılan testis kanserli hastaların demografik dağılımı, nötrofil lenfosit oranı (NLR) nın OKİT sonrası progresyonsuz sağ kalım (PFS) a olan etkisi değerlendirilmiştir.

Materyal Metod: Çalışmaya 2010 -2017 yılları arasında testis karsinomu tanısı alan 13 hasta dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı, tanı anındaki evreleri, aldıkları KT protokolleri, OKİT öncesi ve sonrası AFP, hCG ve LDH değerleri, OKİT sonrası progresyonsuz sağ kalım ve ortalama sağ kalım süreleri kaydedildi.

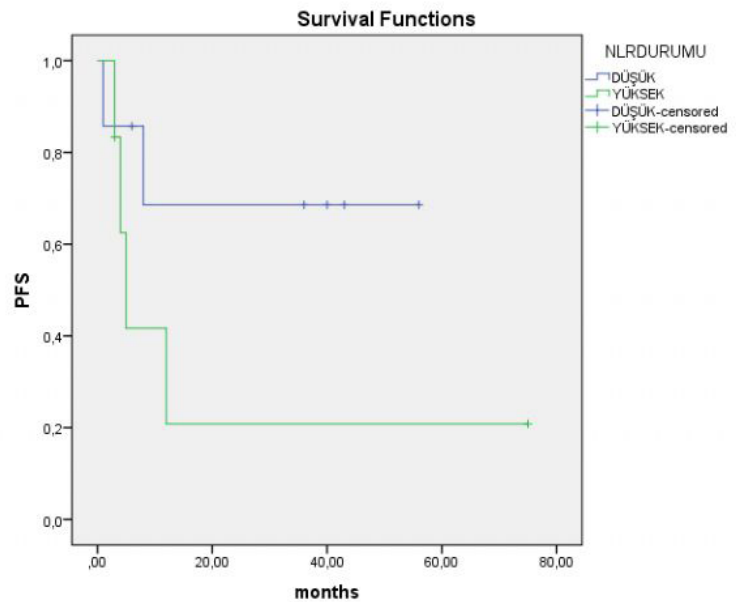
Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 25 (17- 40) idi. Tümör alt tipleri embriyonel karsinom 5, miks germ hücreli tümör 6, seminom 1, rabdomyosarkom 1 olarak tespit edildi. Hastaların %85'inde germ hücre komponenti, %77'sinde embriyonel karsinom komponenti vardı. Hastaların %54'ünde lenfovasküler invazyon mevcut idi. Tanı anında %77'si yüksek S evresine sahipti ve %92'si evre 3 idi. Hastaların %77'si tanı anında metastatik olup bunların %85'inde tek bölge metastazı vardı. Hastaların %92'si ilk sırada bleomisin,etoposid, sisplatin (BEP) kemoterapisi almıştı. Kemoterapi sonrası hastaların %87'sinde tam veya parsiyel yanıt olduğu görüldü. Hastaların%31'ine iki defa %69'una bir defa nakil yapıldı. Nakil sayısı ile PFS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,342). Hastaların %30'unda tam yanıt, %30'unda parsiyel yanıt görüldü. Üç hastada (%23) progresyon görüldü. İki hasta OKİT'e bağlı komplikasyonlar nedeni ile ex oldu. Embriyonel karsinom komponenti olanlarda ortalama PFS 5 ay, olmayanlarda 12 ay olarak belirlendi. OKİT

öncesi hCG değeri düşük olanlarda PFS 12 ay yüksek olanlarda 4 ay (p=0,947), OKİT öncesi AFP değeri düşük olanlarda PFS 12 ay (p=0,519) olarak tespit edildi. OKİT öncesi NLR yüksek olanlarda PFS'nin 5 ay olduğu görüldü (p=0.152). Hasta sayısı yeterli olmadığından NLR düşük olanlarda PFS hesaplaması yapılamadı.

Sonuç:Bu çalışmada kliniğimizde kemoterapi sonrası OKİT yapılan testis kanserli hastaların demografik dağılımı ve NLR'nin OKİT sonrası progresyonsuz sağ kalıma olan etkisi değerlendirilmiştir. Yapılan bu analizler hasta sayısı az olduğu için istatistiksel olarak anlamlı değildir. Geniş hasta popülasyonu ile OKİT'in ortalama sağ kalım ve progresyonsuz sağ kalıma olan katkısının değerlendirilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: testiküler germ hücreli tümör, okit, nötrofil lenfosit oranı

NLR düşük ve yüksek gruplarda PFS



S-26

SİSTEMİK TEDAVİ ALTINDA GELİŞEN SARKOPENİN AKUT KEMOTERAPİ TOKSİSİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, OZAN YAZICI², KAMİLE SILAY³, GÖKHAN UÇAR²,
MEHMET ALİ ŞENDUR¹, BÜLENT AKINCI¹, AYSEL BAYKAL², BÜLENT GÜVEN², DİDEM DEDE¹,
BÜLENT YALÇIN¹, NURULLAH ZENGİN¹

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
3 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİYATRİ BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç: Sarkopeni fiziksel yetersizlik, düşük yaşam kalitesi ve ölüm gibi kötü sonuçlara yol açabilen, jeneralize ve progresif kaskütlesi ve kuvvet kaybı ile karakterize bir sendromdur. Özellikle geriyatrik hastalarda iyi tanımlanmıştır. Sarkopeni onkoloji alanında sık görülmesine rağmen veriler henüz yetersizdir. Biz çalışmamızda kemoterapi altında sarkopeni gelişiminin tedavi tolerabilitesi üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışma Ocak – Eylül 2017 arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi olmak üzere iki merkezde yürütüldü. Çalışmaya gastrointestinal sistem tümörlü, daha önce herhangi bir tedavi almamış (KT veya RT) hastalar dahil edildi. Tüm hastalarda ilk kür öncesi Bioempedans cihazı ile kas kitle ölçümü yapıldı. Bazal kaskütlesi normal olan hastalarda 2-3 kür sonra kontrol ölçümü yapıldı. Kontrol değerlendirmede tedavi altında sarkopeni gelişen hastalar ile gelişmeyen hastalar akut hematolojik toksisiteler, tedavi erteleme veya doz azaltımı açısından karşılaştırmalı değerlendirildi. Daha önce tedavi (KT veya RT) alan, mental retardasyonu olan, SVO'lu veya ekstremitte kaybı olan veya GIS dışı tümörü olan, bazal ölçümde sarkopenik olan hastalar ve kontrol ölçümü eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Sarkopeniyi tanımlamada Türk popülasyonuna göre oluşturulan skorlama sistemi kullanıldı. Erkeklerde 9.2 kg/m²'nin altı, kadınlarda 7.4 kg/m²'nin altı sarkopeni olarak kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya bazal ölçümünde sarkopenisi olmayan ve kontrol ölçümü yapılabilen toplam 116 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 57 (min:26-max:76), yaklaşık 2/3'ü erkek (%67.6) idi. Primer tümör bölgesi hastaların %44.1'inde mide, %51.8'sinde kolorektal, %4.1'i özefagus idi. Hastaların %46.9'u tedaviyi adjuvan amaçlı alırken %22.1'i neoadjuvan, %31'i paliyatif amaçlı alıyor idi. Hastaların kontrol değerlendirmesinde

36 (%31) hastada sarkopeni gelişti. Yan etki değerlendirmesinde KT altında sarkopeni gelişen hastalarda trombositopeniye girme oranı sarkopeni gelişmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (p=0.011), nötrojeni oranı ise anlamlılığa yakın daha düşük idi (p=0.073) (tablo.1).

Tartışma: Kas kütle kaybı ile giden sarkopeni; vücut yüzeyi ve BMI'den farklı bir antitedir. Çalışmamızda sarkopeninin hematolojik toksisitelerde azalma ile birlikte olduğu tesbit edildi. Bunun muhtemel nedeni kas kütle azalırken vücuttaki yağ oranının artması olabilir, buda ilaçların lipofilik veya hidrofilik olma özelliğine göre toksisite profillerini değiştirebilir. Bu konuda yapılacak ilave çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: sarkopeni, kemoterapi, toksisite

Sarkopenide toksisite etkisi

Özellik	Sarkopenik (n=36) %	Non-sarkopenik (n=80) %	P
Trombositopeni	33.3	58.8	0.011
Var	66.7	41.3	
Nötrojeni	55.6	72.5	0.073
Var	44.4	27.5	
Anemi	63.9	67.2	0.73
Var	36.1	32.9	
Tedavi erteleme	27.8	43.0	0.11
Var	72.2	57.0	
Doz azaltımı	28.4	37.5	0.35
Var	71.4	62.5	

S-27

YAŞLI KANSER HASTALARINDA GERİATRİK DEĞERLENDİRME ARAÇLARININ UYGULANABİLİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI VE ANTI-KANSER TEDAVİ PLANLAMA ÜZERİNE ETKİLERİ

ULUĞ MUTLU GÜNAYDIN¹, ASLI TUFAN ÇİNÇİN¹, MEHMET AKİF ÖZTÜRK²,
NALAN AKGÜL BABACAN², ÖZKAN ALAN², EDA ŞİMSEK², ŞENAY GÜNAYDIN³,
SERAP KAYA², SÜLEYMAN HALİL², RAHİB HASANOV², FAYSAL DANE², PERRAN FULDEN YUMUK²

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL
3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, OKMEYDANI SUAM, İSTANBUL

Amaç: Kanser sıklıkla yaşlı kişileri etkileyen bir hastalıktır ve yaşlı kanser hastalarının geriatrik açıdan değerlendirilmeleri önerilmektedir. Fakat geriatrik değerlendirmeler zaman alıcıdır ve yoğun onkoloji kliniklerinde bu değerlendirmeyi tam anlamıyla gerçekleştirmek mümkün değildir. Çalışmamızda bazı geriatrik değerlendirme araçlarının anti-kanser tedavi planlarını değiştirip, değiştirmedini öğrenmeyi ve bu araçların klinik pratiğimizde kullanılabilirliğini araştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 65 yaş ve üzeri solid organ malignitesi olan 41 hasta dahil edildi. Bu hastalara G8 tarama aracı, fTRST tarama aracı, FRAIL anketi, temel ve enstrumental günlük yaşam aktiviteleri indeksleri, depresyon tarama anketi ve zamanlı kalk ve yürü testi uygulandı. Testlerin ne kadar sürede tamamlandığı not edildi. Bu sonuçlar ve hastanın dosya bilgileri, ilk gören hekimin uygun gördüğü tedavi kararları körlenerek farklı 3 tıbbi onkoloğa sunuldu. Uzmanların yeniden tedavi planını yapmaları ve bu planları yaparken en çok hangi test sonuçlarından etkilendiklerini puanlamaları istendi. Hastaların tedavi planlarında değişim olup olmadığına bakıldı fakat bu kararlar nedeni ile hastanın mevcut tedavisi değiştirilmedi. Sonuçlar çok değişkenli lojistik regresyon ve korelasyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Geriatrik değerlendirme testlerinin sonuçları ile hastalar yeniden değerlendirildiğinde, hastaların %43,9'unun tedavisinin değiştirilmesi önerildi. Hastaları tekrardan değerlendiren 3 tıbbi onkologun her biri 18 hastanın tedavisinin değiştirilmesini önerdi. Bu hastaların 12'si hakkında 3 hekimin tümü tedavi değişimi önerisinde bulundu. Diğer hastalarda fikir birliği bulunmamaktaydı. fTRST tarama aracı ve FRAIL anketinin sonuçlarının bu değişimi anlamlı olarak etkilediği izlendi (sırasıyla p=0,035, p=0,002). fTRST tarama aracı ortalama uygulanma süresi 53 saniye ve FRAIL anketinin ortalama uygulanma süresi 54 saniye olarak saptandı. Tedavide değişim kararı verilen hastaların albümin düzeyleri diğer gruptan anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,019).

Sonuçlar: Bu çalışmada geriatrik tarama araçlarının hastaların anti-kanser tedavi planı üzerine etkisi olabileceği gösterilmiştir. Kapsamlı geriatrik değerlendirme mümkün olmadığında tedaviyi yönlendirmede fTRST tarama aracı ve FRAIL anketinin kullanımı ve bunlara serum albumin düzeyinin eklenmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: geriatrik değerlendirme, geriatrik onkoloji, neoplaziler

S-28

KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARDA ANTIEMETİK İLAÇLARIN KULLANIMI KONUSUNDA TÜRKİYE'DE ONKOLOGLARIN REHBERLERE UYUMU. BİR TÜRK ONKOLOJİ GRUBU ÇALIŞMASI

MURAT ARAZ¹, LEVENT KORKMAZ²

1 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D VE TIBBİ ONKOLOJİ B.D., AFYONKARAHİSAR
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.B.D VE TIBBİ ONKOLOJİ B.D., KONYA

Amaç: Antiemetik ilaçlar kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın(KBBK) tedavisinde, kemoterapi öncesi profilaksisinde ve sonrası idamede kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda antiemetik klavuzların önerilerine uygun davranıldığında KBBK insidansında azalma ve sağlık bütçesine ek olumsuz mali yükte azalma saptanmıştır. Ancak Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalar antiemetik klavuzlara uyumun düşük oranda olduğunu göstermiştir. Ülkemizde ise antiemetik klavuzlara uyumun değerlendirildiği yapılmış herhangi bir çalışma mevcut değildir.

Materyal ve Metot: Tıbbi Onkologlar'ın Yüksek/Orta/Düşük bulantı/kusma yapıcı birinci kür kemoterapi profilaksisinde ve idamesinde hangi bulantı ve kusma giderici ilaçları tercih ettiklerini ve hangi uluslararası antiemetik klavuzları (ESMO/MASCC, ASCO veya NCCN) takip ettiklerini değerlendirmek üzere 12 soruluk anket formu hazırlandı. Bu anket formu e-mail/whatsapp/telegram gibi sanal platformlar yoluyla Türkiye'de çalışmakta olan Tıbbi Onkologlar'a gönderildi. Bu sanal platformlar üzerinden anketi doldurup gönderen onkologların cevapları analiz için kaydedildi.

Bulgular: Bu çalışmaya Türkiye genelinde toplam 146 tıbbi onkolog katıldı. Anketi cevaplayan onkologların ortalama yaşı 39, % 60'ı erkek idi. Sadece bir antiemetik klavuz takip edenlerin oranı % 41, birden fazla klavuz takip edenlerin oranı % 53, herhangi bir klavuz takip etmeyenlerin oranı ise % 6 idi. En çok takip edilen klavuz ise NCCN (%30) idi.

Rehberlere uyumsuzluk oranları profilaksi ve idame tedavi için sırasıyla; yüksek emetojenik kemoterapi için %9 ve %85; orta emetojenik kemoterapi için %21 ve %44; düşük emetojenik etkili kemoterapi için ise %53 ve %61 olarak saptandı. Yüksek emetojenik kemoterapi idamesinde antiemetik rehberlere uyumsuzluk oranları onkolojide çalışma süresi 5 yıl ve daha az olan, 39 yaşından küçük ve akademisyen olmayanlarda istatistiksel anlamlı olarak (sırası ile p=0.004, p=0.042, p=0.005) daha yüksek iken, orta emetojenik kemoterapi idamesinde ise antiemetik rehberlere uyumsuzluk sadece erkek tıbbi onkologlar arasında istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek (p=0.003) saptandı. Yüksek/orta emetojenik kemoterapi profilaksisinde ve düşük emetojenik etkili kemoterapi profilaksi ve idamesinde yaş, cinsiyet, onkolojide çalışma yılı ve akademisyen olup olmama durumuna göre değerlendirildiğinde ise aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Türkiye'de onkologlar özellikle yüksek ve orta emetojenik etkili kemoterapi öncesi profilaksisinde antiemetik rehberlere yüksek oranda uygun davranmaktadır. Ancak yüksek, orta ve düşük emetojenik etkili kemoterapi idame tedavisinde ise çoğunlukla rehberlere uyumsuz davranmaktadırlar. Bu uyumsuzluk çoğunlukla setronların veya metoklopramidin fazla kullanılması olarak kendini göstermektedir. Antiemetik klavuzlara uyumsuzluğun nedeni ister yetersiz (undertreatment) isterse de lüzumsuz olarak fazla ilaç kullanımı (overtreatment) olsun, bu durum sağlık bütçesine ek olumsuz bir yük yaratmaktadır.

Anahtar Kelimeler: antiemetik rehber, rehberlere uyum, tıbbi onkolog

Düşük emetojenik kemoterapi için klavuz uyumu

Gruplar	Profilaksi			İdame				
	Uyumlu	Uyumsuz	P	Uyumlu	Uyumsuz	P		
Düşük emetojen	Cinsiyet	Erkek	39 (%48)	43 (%52)	0.556	32 (%39)	50 (%61)	0.524
		Kadın	26 (%47)	29 (%53)		22 (%40)	33 (%60)	
	Onkolojide çalışma süresi	1-5 yıl	23 (%47)	26 (%53)	0.536	19 (%39)	30 (%61)	0.529
		>5 yıl	42 (%48)	46 (%52)		35 (%40)	53 (%60)	
	Yaş	< 39	34 (%52)	32 (%48)	0.227	25 (%38)	41 (%62)	0.429
		≥ 39	31 (%44)	40 (%56)		29 (%41)	42 (%59)	
	Akademisyen	Evet	35 (%48)	38 (%52)	0.519	29 (%40)	44 (%60)	0.535
		Hayır	30 (%47)	34 (%53)		25 (%40)	39 (%60)	

*Akademisyen grubu; Prof, Doç ve Yrd. Doç ünvanında olan kişileri içermektedir.

Yüksek ve orta emetojenik kemoterapi için klavuz uyumu

Gruplar	Profilaksi			İdame					
	Uyumlu	Uyumsuz	P	Uyumlu	Uyumsuz	P			
Yüksek emetojen	Cinsiyet	Erkek	5 (%9)	50 (%91)	0.571	11 (%13)	71 (%87)	0.300	
		Kadın	7 (%8)	75 (%92)		10 (%18)	45 (%82)		
	Onkolojide çalışma süresi	1-5 yıl	7 (%14)	42 (%86)	0.084	2 (%4)	47 (%96)	0.004	
		>5 yıl	5 (%6)	83 (%94)		19 (%22)	69 (%78)		
	Yaş	< 39	8 (%12)	58 (%88)	0.149	6 (%9)	60 (%91)	0.042	
		≥ 39	4 (%6)	67 (%96)		15 (%21)	56 (%79)		
	Akademisyen*	Evet	69 (%95)	4 (%5)	0.126	17 (%23)	56 (%77)	0.005	
		Hayır	56 (%87)	8 (%13)		4 (%6)	60 (%94)		
	Orta emetojen	Cinsiyet	Erkek	60 (%73)	22 (%27)	0.109	55 (%67)	27 (%33)	0.003
			Kadın	46 (%84)	9 (%16)		22 (%40)	33 (%60)	
		Onkolojide çalışma süresi	1-5 yıl	35 (%71)	14 (%29)	0.152	28 (%57)	21 (%43)	0.507
			>5 yıl	71 (%81)	17 (%19)		49 (%56)	39 (%44)	
Yaş		< 39	48 (%73)	18 (%27)	0.147	37 (%56)	29 (%44)	0.555	
		≥ 39	58 (%82)	13 (%18)		40 (%56)	31 (%44)		
Akademisyen		Evet	60 (%82)	13 (%18)	0.108	37 (%51)	36 (%49)	0.111	
		Hayır	46 (%72)	18 (%28)		40 (%63)	24 (%37)		

S-29

20-22 YAŞ ERKEKLERDE 2007-2016 YILLARI ARASI KANSER OLGULARI

ŞÜKRÜ ÖZAYDIN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Yaş gruplarına göre kanserler farklılıklar gösterebilmektedir. Kanser sıklığının belirlenmesi ona göre politikalar geliştirmeyi sağlamaktadır. Ülkemizde kanser ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar çok sınırlıdır. Askeri hastanelerin aktif olduğu zamanlarda kanser tanısı alan tüm erler GATA ve Haydarpaşa GATA'ya sevk edilerek tedavileri uygulanırdı. Bu durum aynı zamanda bizlere ülkemizde 20-22 yaş erkeklerde kanser sıklığı ve oranları açısından bilgi vermektedir.

Materyal-Metod: 2007-2016 tarihleri arasında 20-22 yaş arası vatani görevini yaparken kanser tanısı alan erkek hastalar bu çalışmaya alınmıştır.

Bulgular: 2007-2016 tarihleri arası 20-22 yaş arası toplam 391 erkek hastada kanser tanısı konmuştur. Hastaların %39,6'sını testis kanseri, %23,7'sini tiroid kanseri, %5,6'sını osteosarkom, %5,6'sını Hodgkin lenfoma, %4,6'sını akut lösemiler ve %22,1'inide diğer kanserlerden oluşmaktaydı. Bu veriler GATA Ankara hastanesinin verilerinden oluşmaktadır. Bulgular her ne kadar tek merkezin sonuçları olsa da 20-22 yaş erkeklerde kanser sıklığını göstermesi açısından önemlidir.

Sonuç: Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolorektal kanserler şeklindedir. Ancak kanser sıklıkları yaşla değişmektedir. Türk toplumunda 20-22 yaş erkeklerde en sık testis kanseri, tiroid kanseri ve osteosarkom görüldüğü anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genç erkek, kanser sıklığı, epidemiyoloji

20-22 Yaş Arası Erkeklerde Kanser Sıklıkları

Kanser türü	Sayı	%
Testis kanseri	155	39,6
Tiroid kanseri	93	23,7
Osteosarkom	22	5,6
Hodgkin lenfoma	22	5,6
Akut lösemi	18	4,6
Malign melanoma	16	4
Beyin tümörleri	15	3,8
GIS tümörleri	9	2,3
Yumuşak doku sarkomu	9	2,3
Non Hodgkin lenfoma	7	1,7
Baş boyun tümörleri	5	1,2
Akciğer kanseri	4	1,02
Mesane kanseri	4	1,02
Diğerleri	12	3
Toplam	391	

Yıllara Göre 20-22 yaş arası Erkeklerde Kanser İnsidansı

Yıllar	Kanser Vaka Sayısı
2007	45
2008	32
2009	23
2010	35
2011	32
2012	61
2013	65
2014	34
2015	35
2016	29
Toplam	391

S-30

TİROZİN KİNAZ İNHİBİTÖRÜ İLE TEDAVİ EDİLEN METASTATİK RENAL HÜCRELİ KANSER OLGULARINDA SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMASYON İNDEKSİNİN TEDAVİ YANITI İLE İLİŞKİSİ

KADRIYE BİR¹, HATİME ARZU YAŞAR¹, GÖKHAN UÇAR²,
GÜNGÖR UTKAN¹, NURİYE YILDIRIM², YÜKSEL ÜRÜN¹

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada RHK tanısı almış hastaların sistemik immün inflamasyon indeksinin (SII) değerinin tedavi yanıtı ve sağkalım üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

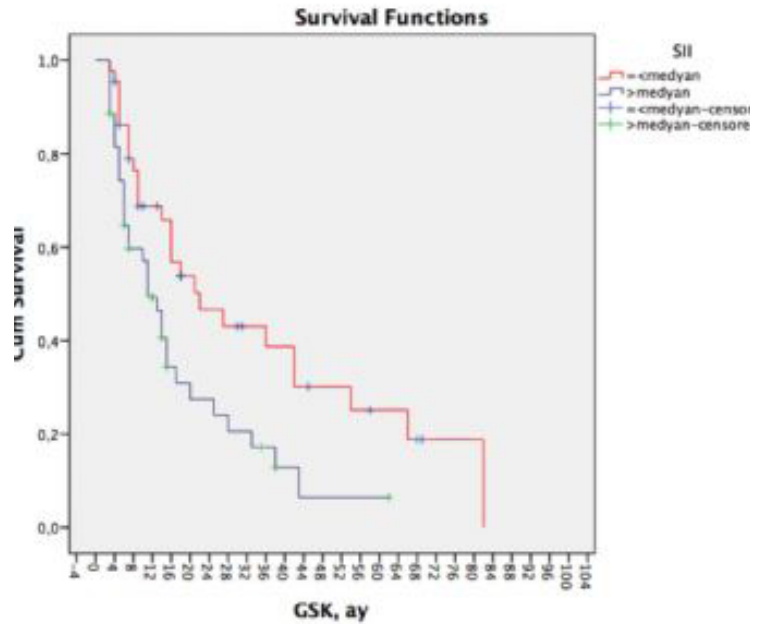
Metod: 2006-2016 yılları arasında RHK tanısı almış 151 olgunun hastane kayıtlarını retrospektif olarak inceleyerek demografik, klinik ve patolojik özellikleri, uygulanan tedaviler ve olguya ait prognostik faktörlerini değerlendirerek SII değerleri hesaplandı. Ortanca değer baz alınarak hastalar bu değere göre SII değeri düşük ve yüksek olarak gruplandırıldı. Sağkalım değerlendirilmesi için Kaplan-Meier yöntemi, çok değişkenli analiz için Cox-regresyon kullanılarak sağkalım analizleri yapıldı.

Bulgular: SII değeri yüksek olan grupta (SII>844) sağkalım 11 ay iken düşük olan grupta (SII<844) 22 ay saptandı (p=0,008) (Şekil 1). Hiperkalsemisi olan hasta grubunda ortanca GSK düşük bulundu (7 aya karşılık 18 ay, p=0,013). Aynı şekilde anemisi olanlarda ortanca GSK anlamlı ölçüde düşük saptandı (41 aya karşılık 13 ay p=0,001). Trombositozu olan hastalarda ortanca GSK 6 ay iken olmayanlarda 18 ay saptandı (p=0,01). Çok değişkenli analizde anemi SII ve ECOG performans durumunun GSK ile ilişkili olduğu görüldü (HR= 2,69, HR= 2,04, HR= 2,57).

Sonuç: RHK hastalarında sistemik immün inflamasyon indeksi sağkalımla yakından ilişkili olup prognostik öneme sahiptir

Anahtar Kelimeler: renal hücreli kanser, serum immün inflamasyon indeksi, genel sağkalım

Şekil 1



Tirozin kinaz inhibitörü alan ile tedavi edilen metastatik RHK olgularında SII genel sağkalım ilişkisi

S-31

21-GEN NÜKS SKORUNUN MEME KANSERİNİN KLASİK RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ, MEME KANSERİNİN TEDAVİ KARARINA ETKİSİ VE MALİYET ETKİNLİK ANALİZİ: PROSPEKTİF ÇOK MERKEZLİ KLİNİK TÜRKİYE ÇALIŞMASI

VAHİT ÖZMEN¹, ERHAN GÖKMEN², AJLAN ATASOY³, MUSTAFA ÖZDOĞAN⁴, NİLÜFER GÜLER⁵, CİHAN URAS⁶, ENGİN OK⁷, ORHAN DEMİRCAN⁸, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN⁹, NESLİHAN CABİOĞLU¹, FATMA ŞEN¹⁰, PINAR SAİP¹⁰

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

2 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

3 EORTC, MEDICAL DEPARTMENT, BRUSSEL, BELGIUM

4 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI/MEMORIAL HASTANESİ, ANTALYA

5 EMEKLİ ÖĞRETİM ÜYESİ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

6 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

7 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, KAYSERİ

8 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, ADANA

9 DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

10 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, İSTANBUL

Giriş ve Amaçlar: Meme kanseri heterojen bir hastalık olup, tümörün genetik profili kişiye özel tedavinin uygulanmasına yardımcı olmakta, aşırı tedaviyi önlemektedir. 21 gen rekürrens skorunun (RS) erken evre meme kanserinde adjuvan sistemik tedavi kararını belirlemede yardımcı olabileceği bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu prospektif klinik çalışmanın amaçları; 21-gen nüks skorunun klinikopatolojik risk faktörleri ile olan ilişkisini ve sistemik tedavi kararına etkisini ortaya koymak, ülkemiz koşullarında maliyet etkin olup olmadığını göstermektir.

Hastalar ve Yöntem: Ülkemizdeki 10 akademik merkezden pT1-3, pN0-N1mic, östrojen reseptörü (ÖR)-positive, ve HER-2 negatif tümörü olan hastalar çalışmaya alındı. Bu hastaların demografik, klinik ve patolojik özellikleri tümör konseyinde tartışılarak adjuvan tedavi kararı verildi. Hastaya ait tümör örneği merkezi laboratuvara gönderilerek 21-gen rekürrens skorları kaydedildi. Bu sonuçlar tümör konseyinde tartışılarak adjuvan sistemik tedavi kararı yeniden belirlendi.

İstatistiksel analiz: Risk kategorileri ile (<18, 18-30, >30) klinikopatolojik parametreleri (yaş, tümör çapı, histolojik grad(HG), östrojen (ÖR) ve progesteron (PR) reseptörleri, Ki67 ve HER2 reseptörü) karşılaştırmak için Mantel-Haenszel Chi-Square testi,

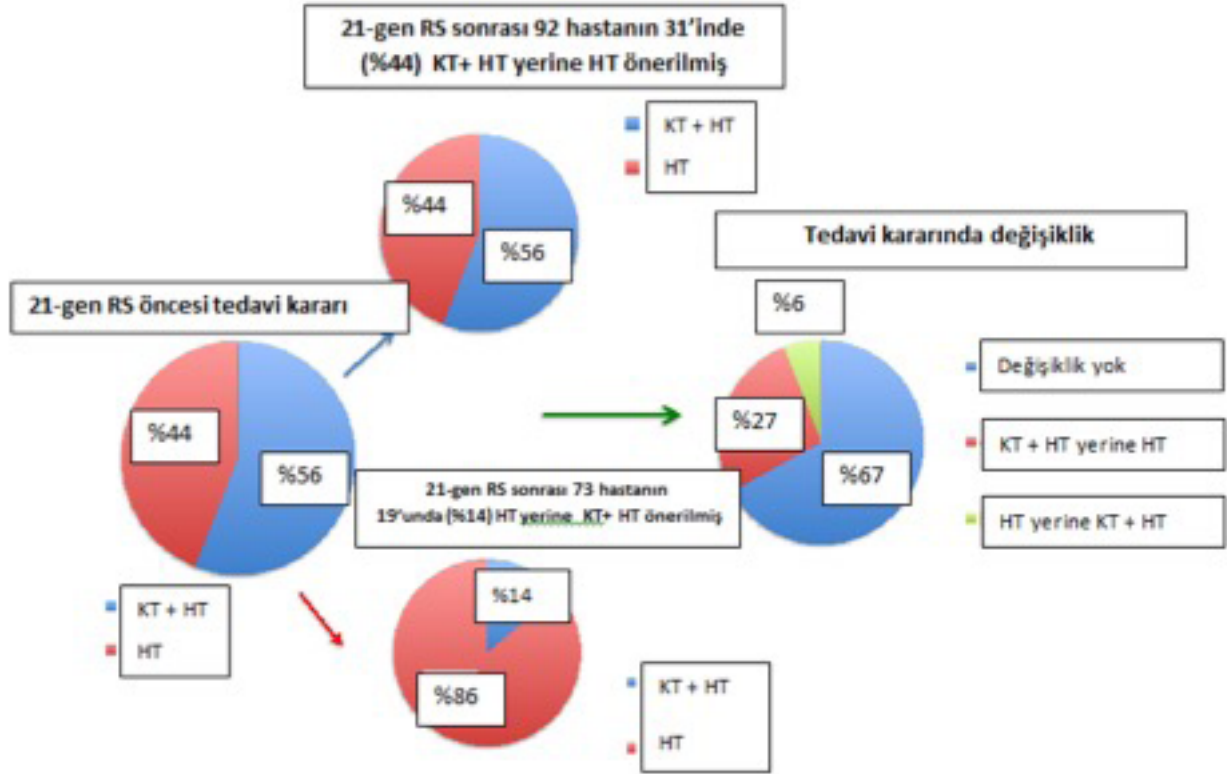
nüks skoru öncesi ve sonrası kemoterapi kararındaki değişikliği belirlemek için McNemar's testi, çok değişkenli analizlerde liner regresyon modelleri, maliyet etkinlik analizi için Markov modeli kullanıldı. p<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışma kriterlerine uyan 165 hastanın medyan tümör çapı 2 cm.dir(Tablo 1). 21-gen rekürrens skoru hastaların %57'sinde düşük, %35'inde orta, %8'inde ise yüksekti. Çok değişkenli analizde PR(<=%20) ve Ki 67(>=%20) 21-gen RS ile ilişkili bulundu(p<0.001). Hastaların %33'ünde adjuvan tedavi kararında değişiklik görülürken, kemoterapi önerilen hasta sayısı 92'den (%56) 61'e (61/165, %37) düştü (Şekil 1). Maliyet etkinlik analizinde 21-gen skorunun maliyet etkin olduğu, yaşam beklentisini (+0.86 yıl), kalite ayarlı yaşam beklentisini (+0.68 QALYs) artırdığı saptandı.

Tartışma: Türkiye'de yapılan bu ilk prospektif klinik ve çok merkezli çalışma, 21-gen nüks skorunun PR ve Ki 67 ile ilişkili olduğunu, adjuvan tedavi kararını %33 oranında değiştirdiğini ve maliyet etkin olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: 21-gen rekürrens skoru, meme kanseri, patolojik özellikler, tedavi kararı, maliyet etkinlik

Sekil 1. Tedavi kararındaki değişimler. RS: Rekürrens Skoru. KT:Kemoterapi. HT:Hormonoterapi



Şekil 1. Tedavi kararındaki değişimler.

RS: Rekürrens Skoru, KT:Kemoterapi, HT:Hormonoterapi

Tablo 1.Hastalar ve tümörlere ait özellikler Luminal alt tipler değerlendirilirken Luminal A= PR \geq 20 ve Ki-67 $<$ 20%; Luminal B= PR $<$ 20% ve Ki67 $>$ 20% olarak kabul edilmiştir. ER: estrogen receptor; PR: progesterone receptor

ÖZELLİKLER		Sayı (%)
YAŞ	$<$ 40	23 (14) 142 (86)
	\geq 40	
TÜMÖR ÇAPI (CM)	$<$ 1	19 (11.5)
	1-2cm	89 (54)
	$>$ 2	57 (34.5)
HİSTOLOJİK GRAD (HG)	1	29 (18)
	2	110(67)
	3	26 (15)
ÖSTROJEN RESEPTÖRÜ (ER) POZİTİFLİĞİ DÜZEYİ	\leq %10	6 (3.6)
	11-30	4 (2.4)
	$>$ %30	155 (94)
PROGESTERON RESEPTÖRÜ (PR) POZİTİFLİĞİ DÜZEYİ	\leq %20	45 (27)
	$>$ %20	120 (73)
Ki 67	\leq %20 $>$ %20	76 (53) 89 (47)
MİKROMETASTAZ	VAR	11 (6)
	YOK	154 (94)
MOLEKÜLER ALT TİP	LÜMİNAL A	66 (40)
	LÜMİNAL B	99 (60)

HS-01

MEME KANSERİ HASTALARDA IŞIĞIN UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

AYŞE ÖZKARAMAN¹, EVRİM METCALFE², ÖZLEM KERSU³, ENGİN ÖZTÜRK³,
NEDİME KÖŞGEROĞLU¹, ERTUĞRUL ÇOLAK⁴, ALAADDİN ÖZEN², GÜLER BALCI ALPARSLAN¹

1 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ. HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

2 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ. RADYASYON ONKOLOJİSİ ANA BİLİM DALI

3 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

4 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ. BİYOİSTATİSTİK ANA BİLİM DALI

Amaç: Bu araştırma radyoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda beyaz ışığın uyku ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem: Randomize-kontrollü bu araştırmanın örneklemini ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete bildirmeyen, uyku kalitesi düşük hastalar oluşturdu. Araştırma verileri; Birey tanıttıcı özellikler formu, Uyku ve ışık uygulama takip formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKI), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası kullanılarak toplandı. Örneklem seçim ölçütlerine uyan hastalar (n=23) uygulama ve kontrol gruplarına randomizasyonu yapıldı. Uygulama grubuna 10.000lux beyaz ışık/30 dakika/gün bir hafta süresince uygulanırken, kontrol grubunun istirahati sağlandı. Her iki grup hastanın uyku ve yaşam kalitesi radyoterapiden önce ve radyoterapinin 8. gününde iki kez değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmada bir yıl süresince radyoterapi uygulanan meme kanseri hastaların tümüne ulaşılmış (N=78), olup hastaların %29.4'ünde (n=23) uyku kalitesi düşük saptandı. Radyoterapiden önce kontrol ve uygulama grubu hastaların uyku kalitesi ortalama puanı 5'in üzerindeyken; radyoterapinin 8. gününde her iki grupta daha düşüktü[(PUKI; Uygulama=5.0±2.32, Kontrol=6.50±3.26), (U=85.000, p=0.260)]. Araştırmada uygulama ve kontrol gruplarında birinci değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede EORTC Yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel alt boyut skoru artarken, semptom alt boyut skoru düştü, global sağlık skorunda bir değişiklik olmadı.

Conclusion: Bu araştırmada beyaz ışığın uyku ve yaşam kalitesine etkisinin olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, radyoterapi, uyku, yaşam kalitesi

HS-02

MEME VE AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA SANAT TERAPİSİNİN BULANTI KUSMA ÜZERİNE ETKİSİ

BURCU ÇELİK KOCABIYIK¹, OZAN SALİM¹, FATMA ARIKAN², HASAN ŞENOL COŞKUN¹

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Amaç: Bu çalışmada, meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine olası etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü deneysel tipteki çalışma, Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan meme ve akciğer kanseri tanısı olan 30 kontrol ve 30 deney grubu hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; hasta tanıtım formu ve MASCC antiemezis ölçeği kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalar kemoterapinin 1. ve 2. kürlerin-

de tedavileri sırasında ve tedaviden sonraki 4 günde en az 30 dakika olmak üzere resim terapisi yapmıştır. Hastaların 4 gün boyunca evde resim yapmaları için telefon ile ulaşılarak desteklenmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada resim yapan hastaların resim yapmaya göre kemoterapinin birinci küründe sadece akut kusma, ikinci küründe geç bulantı varlığı ve her iki kürde de akut ve geç bulantı şiddetleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada meme ve akciğer kanseri tanılı hastalarda sanat terapisinin bulantı ve kusmayı azalttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sanat terapisi, bulantı-kusma, kanser

HS-03

KANSER TANILI SAĞLIK PROFESYONELLERİNE BAKIM VEREN ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ

AYŞİN KAYIŞ¹, NİLGÜN SELAMET TÜRK², EVRİM ŞAHİN³

1 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ, ONKOLOJİ BÖLÜMÜ YÖNETİCİ HEMŞİRE
2 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ, ONKOLOJİ BÖLÜMÜ KLİNİK EĞİTİM HEMŞİRESİ
3 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ, HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ

Giriş-Amaç: Kanser bir kriz durumudur ve sağlıklı yaşamdan, hastalık,ölüm tehdidi ve uyuma uzanan bir süreçtir.Kanserli hastada,tanı aşamasından itibaren sürecin tümünde farklı emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar.Eğer kanser tanısı alan birey, sağlık çalışanı ise hasta kadar hastanın tedavi sürecini üstlenen sağlık çalışanları da duygusal ve davranışsal olarak etkilenebilirler ve her iki tarafın uyumunda farklılık gösterebilir.Hasta olan sağlık profesyonelinin algısını, hastalığı ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek ve tedaviye katılımını sağlamak önemlidir.Süreci üstlenen onkoloji hemşiresinin hastalık algısı, hasta ile ilgili duyguları ve yaşadığı deneyim önemlidir.Bu çalışma, kanser tanılı sağlık profesyonellerine bakım veren onkoloji hemşirelerinin duygu ve düşüncelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Niteliksel olarak planlanan bu çalışmaya, Acıbadem Sağlık Grubu'nda onkoloji bölümü bulunan Maslak, Bakırköy, Kozyatağı ve Atakent Hastaneleri kemoterapi ünitelerinde en az 1 yıldır çalışmış ve kanser tanısı alan sağlık çalışanına bakım vermiş olan tüm hemşireler dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan ve birebir görüşme yapılarak uygulanan demografik verileri içeren bilgi formu ve soru formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılması planlanan 34 onkoloji hemşiresinin 24' ü ile birebir görüşme yapılmıştır.8 hemşire ile izinli,- raporlu olmaları,2 hemşirenin de birebir kanser tanısı almış sağlık çalışanı hastaya bakım vermemiş olması nedeniyle ör-

nekleme alınmamıştır.24 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Soru formuna verilen yanıtlara bakıldığında;kanser tanısı alan sağlık profesyoneline umut vermede güçlük yaşandığı ve sağlık çalışanı olduğu için bilgi düzeyinin yüksek olduğu için hastaya eğitim verirken,tedavi ve bakımını üstlenirken,"bildiği şeyi tekrar ediyorum" gibi bir hissiyata kapıldıklarını ifade ettikleri,özellikle tedavi ve invaziv girişim uygulamalarına müdahale ettikleri,öte yandan hastanın tedavi ve bakıma uyumunda,bilgi sahibi olmaları sebebiyle diğer hastalara göre daha uyumlu olabildikleri ve yardımcı olmaya çalıştıkları,bakım verici rolündeki sağlık çalışanını duygusal olarak,diğer hastalara daha fazla etkilediği ve çalışanların empati kurdukları,bakım veren sağlık profesyonelinin baş etme yöntemi olarak; ekip ile vaka tartışmaları ve deneyim paylaşımı, hobi edinilmesi ve kurumdaki psikologdan destek alınması gibi cevaplar alınmıştır.

Sonuç: Kanser tanısı alan sağlık çalışanı, hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi düzeyleri iyi olduğu için tedaviye müdahale edebilirler, tedaviye katılımları için işbirliğini sağlanmalıdır.Tedavi ve bakımı üstlenen sağlık çalışanı, empati yapmaya çalışırken özdeşleşmeye kayabilir ve sempati gelişebilir. Bu yüzden hasta, birey olarak ele alınıp, fiziksel ve psikososyal olarak tanımlamalı ve multidisipliner anlayışla ele alınmalıdır. Onkoloji hemşireleri başetme yöntemleri konusunda daha fazla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Profesyoneli, Kanser, Onkoloji Hemşiresi

HS-04

TAKSAN VE PLATİN BAZLI TEDAVİSİNDEN SONRA PERİFERAL NÖROPATİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

MÜRRET ARTUK UÇAR¹, OZAN SALİM¹, FATMA ARIKAN², HASAN ŞENOL ÇOŞKUN¹

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Amaç: Taksan ve platin bazlı kemoterapi ilaçlarına bağlı olarak gelişen periferal nöropati yaygın olarak görülmektedir. Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma kapsamında, taksan ve platin bazlı kemoterapi tedavisi tamamlanmış hastalarda tedavi sonrası görülen periferal nöropati semptomları ve bu semptomların neden olduğu fonksiyonel kısıtlılıkların yaşam kalitesine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Haziran- Kasım 2016 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yürütülmüştür. Taksan ve platin bazlı kemoterapi uygulanmış ve son iki yıldır poliklinik takibinde olan, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 106 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında; hasta tanıtım formu, EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-CIPN20 yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışma kapsamında değerlendirilen hastaların % 58,5'i kadın ve ortanca yaş 53.00 (aralık, 21-77). Araştırmamızda cinsiyet, uygulanan kemoterapi rejiminin tipi ile CIPN20 ölçeği alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kadın hastaların motor, erkek hastaların otonomik, sisplatin uygulanan hastaların otonomik puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$). Periferal nöropati semptomları ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Taksan ve platin bazlı kemoterapi tedavisi tamamlanmış hastalarda tedavi sonrası görülen periferal nöropati semptomları ve bu semptomların neden olduğu fonksiyonel kısıtlılıkların devam ettiği, nöropati semptomlarındaki artışın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: kanser, kemoterapi, periferal nöropati, yaşam kalitesi

HS-05

YAŞAM SONU BAKIM EĞİTİMİNİN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN, ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ

ZEYNEP YILMAZ¹, HATİCE SÜTÇÜ ÇİÇEK²

1 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU, KIBRIS

Dünyada milyonlarca insan HIV/AIDS ve kanser gibi bireyin ve ailesinin acı çekmesine ve ekonomik zorluklar yaşamasına neden olan ve yaşamı tehdit eden hastalıklar tarafından risk altındadır. Bu durum uzayan yaşam süresi ile birlikte, bu hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalan birey sayısında artışa neden olmaktadır. Bunun sonucunda insanlar sağlık kurumlarında daha çok bakıma ihtiyaç duymakta ve yaşam sonu bakım gündeme gelmektedir. Sağlık ekibinin önemli üyesi olarak hemşirelere yaşam sonu bakımda önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelik öğrencilerinin, diğer sağlık çalışanlarının ve hastaların ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri, kaygı düzeyleri, bilgi düzeyleri ve ölüm tercihleri konusunda çeşitli araştırmalar yapıldığı görülmüştür. Ancak ülkemizde yaşam sonu bakım eğitiminin etkinliğinin değerlendirildiği bir araştırma yapılmamıştır.

Amaç: Yaşam sonu bakım eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

Materyal-Metod: Araştırma, 6 Mart-24 Nisan 2015 tarihleri arasında Ankara'da bir hemşirelik yüksekokulunda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 59

intörn öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak hazırlanan yaşam sonu bakıma ilişkin soruları içeren form ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) kullanılarak elde edilmiştir. FATCOD ölçeği için kapsam geçerlilik indeksi 0.83; alfa değeri ise 0.69 olarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi, Wilcoxon ve T testleri kullanılmıştır. Yaşam sonu bakım eğitimi; ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) eğitim müfredatına temellendirilerek hazırlanan materyallerle, dört haftada toplam sekiz saat olarak uygulanmıştır. Veriler eğitim öncesinde, eğitim verildikten hemen sonra ve dört hafta sonra toplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin sorulara verdikleri doğru cevaplarda eğitim öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p < 0.05$), FATCOD ölçeği puan ortalamalarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$)

Sonuçlar: Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelik okulu müfredatlarında ölmekte olan bireyin bakıma ilişkin konulara daha fazla yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ELNEC, hemşirelik eğitimi, yaşam sonu bakım

HS-06

KANSER HASTALARINDA UMUT VE YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZLEM UĞUR¹, EZGİ KARADAĞ¹, MELİKE ÇELİK²1 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI İZMİR
2 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GÜNÜBİRLİK ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış olup, Kasım 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Günübirlik Servisi'nde tedavi edilen 210 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama araçları; Sosyo-demografik veri anket formu, Herth Umud İndeksi (HHI), Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory)'dir. Veriler SPSS programında; Örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı istatistik yöntemlerle; yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durumu, çalışma durumu, kanser tipi, tanıdan beri geçen süre ile yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi (ANOVA), hastaların umut ve yorgunluk puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların genel umut düzeyinin "Geçici Olma ve Gelecek", "Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti", "Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler" alt boyutlarının ortalama puanlarının sırasıyla (ortalama±standart sapma) 88,56±12,13; 91,19±10,56 ve 96,56±5,69 olduğu, umut puanı, alt boyut puanları ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu (p<0,05) saptanmıştır.

Sonuç: Kanser hastalarında olumlu prognozu destekleyen umut düzeyinin korunması, umudu ve yorgunluğu etkileyen değişkenlere göre uygun hemşirelik yaklaşımlarının planlanması umudun yorgunluk düzeyleri ile ilişkisi üzerinde daha hassasiyet ile durulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Sözcükler: Kanser, Umud, Yorgunluk

Hastaların Yorgunluk Puanı ile Genel Umud Puanı ve Umud Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Yorgunluk Puan Ortalaması ve Genel Umud ve Umud Alt Boyutları Puan Ortalamaları	Ortalama	Standart Sapma
Kısa Yorgunluk Envanteri	43,22	25,94
Herth Umud İndeksi	92,10	7,54
Umud Alt Boyutları		
Umudun Geçici Boyutu	88,56	12,13
Olumlu Hazır Bulunuşluluk	91,19	10,56
Kendisi ve Çevresiyle Olan İlişkiler	96,56	5,69

tablo 14

Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri üzerine Etkileri

Yorgunluk Düzeyleri	Sayı	%	SS	Max	Min.
Yorgun Hissedilen Gün	207		2.67	7.00	0.00
En Şiddetli Yorgunluk Düzeyi	210		2.89	10.00	0.00
Yorgunluğun Konsantrasyona Etkisi	211		3.44	10.00	0.00
Yorgunluğun Giyinme ve Banyo Aktivitelerine Etkisi	206		3.40	10.00	0.00
Gün İçindeki Yorgunluk Düzeyi					
Yok/Çok az	67	31.6			
Yarım Gün	76	35.9			
Tam gün	69	32.5			
Toplam	212	100.0			

HS-07

FEBRİL NÖTROPENİ RİSKİ YÜKSEK OLMAYAN HASTALARDA 1. KÜRDEN SONRA NÖTROPENİ SIKLIĞI

FEYZA NUHOĞLU, AYŞE BÜBERCİ, EMİNE ÖZTÜRK, YASEMİN KEMAL

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Nötropeni-özellikle enfeksiyon ile komplike olduğu zaman- kemoterapinin en önemli komplikasyonlarından biridir. Febril nötropeni riski yüksek hastalarda (>%20) myeloid büyüme faktörlerini profilaktik amaçla rutinde kullanılmaktadır. Fakat febril nötropeni riski yüksek hesaplanmayan hastalarda da febril nötropeni gelişebilmektedir. Biz de bu amaçla kemoterapi alan ve profilaktik büyüme faktörü verilmeyen (febril nötropeni düşük veya orta riskli) hastalarda tedavinin ilk kürünü aldıktan sonra 7-14 gün arasında gelişen nötropeni sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Tıbbi onkoloji kliniğimizde rutin olarak yeni tedavi başlanan her hastaya eğitim hemşireliği birimi tarafından eğitim verildikten sonra tedaviden 7-14 gün sonra tam kan sayımı yaptırılmaları ve sonucunu doktoruna ulaştırılması istenmektedir. Eğer nötrofil sayısı 1000/mm³ altında ise mutlaka vücut ısıları da ölçülmekte ve sonuçlar hasta dosyasına kayıt edilmektedir. Çalışmaya 1 Mart 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında yeni kemoterapi başlanan hastalar alındı. Hastaların kan sayımı parametreleri retrospektif olarak dosyalardan ulaşıldı.

Bulgular: 1 Mart-31 Aralık 2017 arasında toplamda 290 hastaya yeni kemoterapi başlandı. Fakat profilaktik myeloid büyüme faktörü kullanmayan 180 hastanın kan sayımı değerlerine ulaşılabilirdi. Ortalama yaş 61 bulundu. Kadın hasta sayısı 70; erkek hasta sayısı 110 saptandı. En sık görülen kanser 56 hasta ile akciğer kanseri (%31); 2. sıklıkta meme kanseri (%19 n=35) idi. 1.kürden sonra nötropeni (<1000/mm³) görülme oranı %12 (n=22) bulundu. Nötropeni saptanan 2 hastanın kan sayımı kontrolü yapıldığında 38 derece üzerinde vücut ısıları ölçüldü. Hastalara hospitalize edilerek febril nötropeni tedavisi başlandı.

Sonuç: Kemoterapi alan hastalarda 'hasta eğitimi' ve 'ulaşılabilirlik' ölümcül olabilecek komplikasyonların önlenmesi noktasında çok önemlidir. Daha büyük ve prospektif çalışmalarla bulgularımız desteklenmelidir. Nötropeni ve diğer kemoterapi komplikasyonlarına neden olabilecek faktörlerle ilgili alt grup çalışmaları yapılmalı ve hastaya özel eğitim planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kemoterapi, komplikasyon, nötropeni, eğitim

HS-08

ONKOLOJİDE SEMPTOM TRIYAJI UYGULAMASI VE KANSER TEDAVİSİ UYGULANAN YETİŞKİNLER İÇİN UZAKTAN SEMPTOM YÖNETİM REHBERLERİNİN TÜRKÇE VERSİYONU

ARİFE ALTIN ÇETİN¹, HİCRAN BEKTAŞ², HASAN ŞENOL ÇOŞKUN³

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANTALYA

2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, ANTALYA

3 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde kanserli hastaların bakımının son 20 yılda hastanede yatarak tedavi edilen konumdan ayaktan tedavi edilen konuma geçmesi nedeniyle telefonla semptom triyajının önemi hızla artmıştır ve telefonla semptom triyaj uygulaması onkoloji hizmetlerinin giderek ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Telefonla semptom triyajı, yeterli desteği olmayan ya da kanser ve tedavinin etkilerinin takip edilmesini isteyen kanser hastalarının bakımında ve gerekli kaynaklara yönlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Hemşireler telefonla triyaj yöntemi ile danışmanlık yaparken sorunların aciliyet derecesi, acil tıbbi yardım gereksinimi, telefonla tıbbi ve/veya hemşirelik girişimlerine gereksinim gibi durumları belirleyerek hastaları uygun kaynaklara yönlendirebilmektedirler. Telefonla semptom triyajı uygulamasında sorunların çözümünde kanıt temelli semptom triyaj protokolleri kullanılmakta ve hastalar alanında uzman hemşireler tarafından yönlendirilmektedir. Onkoloji hemşireleri kanser hastalarına uzaktan destek sağlayarak semptomun değerlendirilmesi, triyaj yapılması ve semptom yönetimine rehberlik eden bu protokolleri kullanmaktadırlar.

Kanser Tedavisi Uygulanan Yetişkinler için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri Kanada'da 2008 yılında kurulan Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COS-TaRS) Team (Kanada Onkoloji Semptom Triyaj ve Uzaktan Destek Ekibi) tarafından, tedavi gören kanserli hastaların semptom yönetiminde kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Rehberler

2008-2012 yılları arasında beş yıl içinde yayınlanmış sistematik derlemeler incelenerek oluşturulmuş ve 2013 yılında yayınlanmıştır. İlk yayınlandığında içinde 13 semptom yönetim rehberi (anksiyete, iştahsızlık, kanama, nefes darlığı/dispne, konstipasyon, depresyon, diyare, yorgunluk/halsizlik, ateş/febril nötropeni, ağız yaraları/stomatit, bulantı ve kusma, periferik nöropati ve cilt sorunları) yer almıştır. Protokol 2015-2016 yılları arasında güncellenmiş, ağrı ve uyku sorunları semptom yönetim rehberleri de eklenerek toplam semptom yönetim rehber sayısı 15'e çıkartılmıştır. Protokolün içinde yer alan her bir semptom yönetim rehberi beş bölümden oluşmaktadır. Bunlar:

1. Semptom şiddetinin değerlendirilmesi (ESAS'ı içerir)
2. En yüksek şiddet düzeyine göre semptom yönetimi için hasta triyajı
3. Semptom için kullanılan ilaçları inceleme
4. Öz-bakım uygulamalarını inceleme
5. Hasta ile kararlaştırılan eylem planının özeti ve belgelenmesidir.

Kanıt temelli olan "Kanser Tedavisi Uygulanan Yetişkinler için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri" "Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisinin incelenmesi" isimli doktora tez çalışması kapsamında Türkçeye uyarlanmış olup, kanserli hastalarda telefonla semptom triyaj protokolü uygulanmaya başlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji, semptom triyajı, Kanser Tedavisi Uygulanan Yetişkinler için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri

İştahsızlık Semptom Yönetim Rehberi Örneği

İştahsızlık Yönetim Rehberi		İsim																						
İştahsızlık: İstemsiz iştah kaybı. ^{1,2} Açlığın olmaması.		Doğum Tarihi																						
		Cinsiyet																						
		Tarih ve Zaman																						
1. İştahsızlık şiddetini değerlendirme (Destekleyen kanıt: 2 rehber)^{2,3}																								
İştahsızlığınızı ifade eden 0-10 arasında bir sayı söyleyiniz.																								
İştahsız değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	İştahsızlığın çok fazla ^{4,ESAS}												
İştahsızlığınız ile ilgili endişeli misiniz? ⁵																								
Endişeli değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok endişelisiniz												
Aşağıdaki unsurların mevcut olup olmadığını sorgulayın																								
Hastayı değerlendirme (ESAS a bakınız) ^{2,4}																								
Hastanın iştahsızlığına ilişkin endişe skoru (yukarı bakınız)																								
Son 24 saat içinde bu şeyler yiyip içtiniz mi? (Orta. Her öğünde) ⁶ (normal gıda alımıyla karşılaştırıldığında)																								
İştahsızlığınızın herhangi bir nedeni var mı? ³																								
<input type="checkbox"/> Son günlerdeki ameliyat ya da tedavi																								
<input type="checkbox"/> Yeni ilaç tedavisi																								
<input type="checkbox"/> Diğer semptomlar, belirtiniz.																								
Baş dönmesi, ağuz kuruluğu, susuzluk hissi, bayılma, çarpıntı, idrar miktarında artma gibi belirtileri içeren sıvı kaybı hissediyor musunuz? ⁶																								
İştahsızlığınız evde ve/veya işle günlük yaşam aktivitelerinizi etkiler mi? ⁶ Belirtiniz.																								
Caba harcamadan 4 hafta içinde kilo kaybınız oldu mu? ³																								
Toplam <input type="checkbox"/> Eram değilim																								
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">1 Hafif (Yeşil)</td> <td style="text-align: center;">2 Orta (Sarı)</td> <td style="text-align: center;">3 Şiddetli (Kırmızı)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.</td> <td><input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.</td> <td><input type="checkbox"/> İştahsızlık süredir ise, bakımı incele.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.</td> <td><input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.</td> <td><input type="checkbox"/> İştahsızlık ciddi ve yeni ise acilen tıbbi yardıma başvurunuz.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar ara.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>													1 Hafif (Yeşil)	2 Orta (Sarı)	3 Şiddetli (Kırmızı)	<input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.	<input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.	<input type="checkbox"/> İştahsızlık süredir ise, bakımı incele.	<input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.	<input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.	<input type="checkbox"/> İştahsızlık ciddi ve yeni ise acilen tıbbi yardıma başvurunuz.	<input type="checkbox"/> Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar ara.		
1 Hafif (Yeşil)	2 Orta (Sarı)	3 Şiddetli (Kırmızı)																						
<input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.	<input type="checkbox"/> Öz-bakımı incele.	<input type="checkbox"/> İştahsızlık süredir ise, bakımı incele.																						
<input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.	<input type="checkbox"/> Çerekli ise ilaç kullanımını doğrula.	<input type="checkbox"/> İştahsızlık ciddi ve yeni ise acilen tıbbi yardıma başvurunuz.																						
<input type="checkbox"/> Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar ara.																								
2. En yüksek şiddet düzeyine göre semptom yönetimi için hasta triyajı (Destekleyen kanıt: 1 rehber)⁷																								

Eğer hasta diğer semptomları yaşıyorsa, diğer semptom yönetim rehberlerine bakınız mı? Eğer evetse, lütfen belirtiniz.

Ek Yorumlar:

İştahsızlık Semptom Yönetim Rehberleri Örneği-devamı

3. Hastanın iştahsızlık için kullandığı reçeteli, reçetesiz ilaçlar ve/veya bitkisel takviyeleri inceleme (Destekleyen kanıt: 2 rehber) ^{1,2}		Hasta İsmi	
Güncel kullanım	İştahsızlık için ilaç örnekleri*	Notlar (örn. doz, belirtildiği şekilde kullanımı önerme)	Kanıt
<input type="checkbox"/>	Megestrol (Megace®) ^{1,2}		Etkili
<input type="checkbox"/>	Kortikosteroidler* - deksametazon (Dekort®), prednizolon (Prednol®)		Etkili
* Kortikosteroidler kısa süreli yarar sağlar. Uzun süreli kullanım ciddi toksisitelerle ilişkilidir. Esrar /Karnabinoidler önerilmemektedir. ¹			
4. Öz-bakım stratejilerini inceleme (Destekleyen kanıt: 3 rehber)¹⁻³			
Hastanın halen kullandığı	Önerilen / eğitimle sağlanan stratejiler	Hastanın denemek için karar verdiği	Öz-bakım stratejileri
1.			İştahınızı arttırmak için hedefiniz nedir?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendinizi aç hissettiğinizde ne yaparsınız? Uygunsa destekleyin. Belirtiniz.
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günde 5-6 kez, az ve sık öğünler şeklinde yemek yiyip içiyor musunuz? ³
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendinizi aç hissettiğinizde çok fazla yemek yiyip içiyor musunuz? ³
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protein den zengin, peynir, yoğurt, yumurta ve çikolata/süt gibi yiyecekler yemek yiyip içiyor musunuz?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yiyeceklerin tamamı ve hazırlanmasında yardımcı olabiliyor musunuz (gıda eriyişi, maddi destek)? Eğer yemek hazırlama sorun olursa yakınlarınızdan yardım isteyiniz ya da uygun yiyecekler satın alın.
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protein ve yüksek enerji içeren içecekler içiyor musunuz (Ensure, Glucerna, Boost®) ^{1,2}
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mimikinin olduğunca aktif kalabiliyor musunuz? (örn. 1-2 kez/günde, 3-5 kez/haftada yürüyüş yapma) ³
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bar dryetisyen ile görüştiniz mi? ³
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semptomlar hakkında daha fazla bilgi, durumunuzu daha iyi yönetmenize yardımcı olur mu? Evet ise uygun bilgisi sağlayın ve uygun kaynaklara yönlendirin.
5. İzleme dahil olan arayan ile kararlaştırılan eylem planının özeti ve belgelenmesi (tüm yanıtları kontrol et)			
<input type="checkbox"/> Değişiklik yok, öz-bakım stratejileri ile devam etme ve gerekli ise ilaç kullanma			
<input type="checkbox"/> Hastanın öz-bakım stratejilerini denemeyi kabul etmesi #. Karar verildiği bir şey yapıldı mı? (0=kesine hiç güvenmedi, 10=kesine çok güvenim)			
<input type="checkbox"/> Hastanın önerilen rejimle tutarlı olması için ilaç kullanımını kabul etmesi. Belirtiniz:			
<input type="checkbox"/> Yönelendirme (servis & tarih)			
<input type="checkbox"/> Tıbbi yardıma başvurmaya kabul etmesi, zaman aralığını belirtiniz.			
<input type="checkbox"/> Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar arama			
İsim		İmza	
Tarih			
Kaynaklar: 1. ONS-PEP Anorexia (2015); 2. Dy SM, et al. (2008); 3. Cancer Care Ontario (2012); 4. Bruera E, et al. (1991). (Kaynakların tamamı için sayfa 36-39'a bakınız).			

HS-09

PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNDE YAŞAM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (AİLE)'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ÖZLEM ASLAN¹, CANAN YARANOĞLU², BETÜL TOSUN², GÜLCAN BAĞCIVAN²

1 UFUK ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU, ANKARA, TÜRKİYE

2 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA, TÜRKİYE

Amaç: Bu araştırmanın amacı, palyatif bakım alan kanser hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Gereç Yöntem: Metodolojik tipte olan bu araştırma grubunu Mayıs 2016- Mayıs 2017 tarihleri arasında, bir eğitim ve araştırma hastanesinin tıbbi onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ve Kornofsky Performans Skalası'na göre; özel bakım ve yardım gerektiren kanser hastalarının, araştırmaya katılmayı kabul eden 196 bakım vericisi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, katılımcı ve hasta bilgi formu, Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile) ve Görsel Analog Skala kullanılmıştır. Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile) dördümlü likert tipinde, tek boyutlu ve 49 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde dil, kapsam, ölçüt ve yapı geçerliği (açıklayıcı faktör analizi) analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe dil geçerliliği ve kültürel uyumu için araştırmacılar üç dil bilim uzmanı ile birlikte çalışmıştır. Verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin ölçümü ve Bartlett'in küresellik testiyle değerlendirilmiştir. Ölçüt geçerliliği hastaların Görsel Analog Skala üzerinde işaretledikleri konfor düzeyi puanları ile Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile)'nden aldığı puanların korelasyonuna bakılarak elde edilmiştir. Güvenilirliğin değerlendirilmesinde iç tutarlılık analizi (Cronbach's Alpha Katsayısı) ve zamana göre değişmezlik (test-tekrar test) test edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 23.00 paket programı ile analiz edilmiş olup, tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak ve-

rilmiştir. $p \leq 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Bakım vericilerin % 65.8'i kadın, yaş ortalaması 44.2 ± 12.67 yıl, bakım verme süresi ortalaması 9.29 ± 21.68 aydır. Faktör analizi uygulanmadan önce ulaşılan örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin = 0.71, $p < 0.001$ ve Bartlett testi ($\chi^2 = 3186.84$, $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde ojinaline uygun olarak ölçeğin tüm maddelerinin bir bütün oluşturduğu saptanmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliliğinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizinde Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile)'den elde edilen puanlar ile Görsel Analog Skaladan elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ve pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = 0.63$, $p < 0.001$). Ölçeğin güvenilirliği için hesaplanan Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.80$ 'dir. Test tekrar test güvenilirliği için ölçek 86 katılımcıya tekrar uygulanmış olup test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = 0.79$, $p < 0.001$ olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırmadan elde edilen bulgular, palyatif bakım alan kanser hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aile)'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verici, konfor, palyatif bakım

HS-10

KEMOTERAPİ UYGULANAN 65 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE PERİFERAL NÖROPATİ VE DÜŞME RİSKİNİN İNCELENMESİ: PROSPEKTİF ÇALIŞMA

AYŞE ÖZKARAMAN¹, NİHAL ORLU², ÖZNUR USTA YEŞİLBALKAN³, AYFER KARADAKOVAN³

1 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

2 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

3 EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Giriş: Yaşlı bireylerde kemoterapi ilişkili periferal nöropatiye bağlı düşme riski görülmektedir. Bu araştırma kemoterapi uygulanan 65 yaş üzeri hastaların periferal nöropati gelişme durumu ve düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan kesitsel türde prospektif bir araştırmadır.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın evrenini Eskişehir’de bir hastanenin gündüz tedavi ünitesinde 15 Şubat 2016-31 Ekim 2017 tarihleri arasında solid ve hematolojik kanser nedeniyle ilk kez kemoterapi uygulanan 65 yaş üzeri hastalar oluşturdu. Örneklem seçim ölçütlerine uygun olan hastalar 6 ay zarfında her ay Birey tanıtım formu, Ulusal Kanser Enstitüsü Yaygın Toksikite Kriterleri Duyu ve Motor Nöropati Skalası, Hendrich-II Düşme Riski Ölçekleri kullanılarak değerlendirildi. Nicel veriler ortalaması±standart hata ya da median (Q1-Q3) olarak gösterildi. Normal dağılan farklı zamanlardaki ölçümlerin karşılaştırılması tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, normal dağılmayan skor

değişkenlerin değerlendirilmesi ise Friedman testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 6 aylık izleminde her ay değerlendirilen hastaların nöropati derecesinin 1.aya göre 6.ayda arttığı belirlendi ($p = 0.016$). Araştırmada hastaların düşme riski incelendiğinde, hastaların birinci ve ikinci ayda düşme riski puanına göre beşinci ve altıncı ayda ki düşme riski puanlarının istatistiksel yönde anlamlı düzeyde arttığı saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada 65 yaş üzeri hastaların kemoterapinin 1. ayına göre 6.ayda nöropati derecesi ve düşme riski arttı. Hastaların yaş, nöropati derecesi ve düşme riski arasında korelasyon saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, kemoterapi, periferal nöropati, düşme riski

HS-11

İLAÇ UYGULAMALARINDA HEMŞİRE İZLEMİNİN ÖNEMİ: GEMŞİTABİN

NAZİME AKALTUN¹, NUR KUMKALE¹, HİCRAN YILDIZ², ERDEM ÇUBUKÇU¹1 ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2 ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Amaç: İlaç tedavisi, son derece dikkat ve özen gerektiren bir uygulamadır. Gemsitabin birçok kanser türünde kullanılan bir ilaçtır. Yapılan ihale sonrası, araştırmanın gerçekleştirildiği kemoterapi ünitesinde Gemsitabin flakonun temin edildiği ilaç firması, dolayısı ile ilaç formu değişmiştir. Gemsitabin infüzyonu rutin protokolda 250cc %09NaCl içerisinde dilüe edilerek uygulanmıştır. Kemoterapi ünitesinde çalışan hemşireler, 2016 Temmuz ayında Gemsitabin uygulanan hastalarda nörolojik semptomların önceki dönemlere göre arttığını fark etmiştir. Konuyla ilgili kemoterapi hazırlama ünitesi ile konuşulmuş, ilacın prospektüsü istenmiştir. Prospektüs incelendiğinde, ilacın en az 500cc %09NaCl içerisine konulması gerektiğini saptanmıştır. Bu durum hekim ve eczacı ile görüşülmüş ve 15 Temmuz 2016 tarihinden itibaren Gemsitabin infüzyonlarının 500cc %09NaCl içerisinde hazırlanmasına karar verilmiştir. Çalışma, ilaç uygulamalarında dikkat ve özen gösterilmesinin, hemşire izleminin önemini belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı ve retrospektif nitelikteki araştırmanın evrenini 2016 Temmuz ayı içerisinde kemoterapi ünitesinde Gemsitabin uygulanan hastalar oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan bir form aracılığı ile hasta dosyalarından elde edilmiştir. Hastalara uygulan Gemsitabin'in uygulandığı solüsyon miktarına göre hastalar iki gruba ayrılmıştır (250cc %09NaCl=1.grup, 500cc %09NaCl=2.grup). Veriler SPSS 22.0 programında, yüzdelikler, ortalamalar, t testi ve kıkare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 58.73±10.51olan olguların %48.7'si kadındır. Olguların kullandığı Gemsitabin dozu ortalama 1807.76 ±265.88 mg'dır. Olguların %36.8'i Gemsitabin'e ek olarak ilaç kullanmaktadır. Olguların %15.4'ünde Gemsitabin allerjisi gelişmiştir. Olguların %6.8'ine Gemsitabin uygulanmadan önce antihistaminik ilaç uygulanmıştır.Olguların %36.8'i 1.grupta; %63.2'si 2.grupta yer almıştır. İnfüzyon sonrası olgu-

ların %38.9'unda halsizlik ve uyku hali, %61.1'inde baş dönmesi saptanmıştır. İki grup arasında yaş, cinsiyet, kullanılan Gemsitabin ve içerdiği etanol miktarında anlamlı fark bulunmazken(p>0.05); infüzyon etanol oranı, ek ilaç kullanımı, infüzyon öncesi antihistaminik uygulanması, Gemsitabin allerjisi varlığı ve infüzyon sonrası semptom görülme durumunda anlamlı farklılık saptanmıştır(p<0.05).

Sonuç: Çalışmada, iki grup arasında infüzyon solüsyonu içerisindeki etanol oranının farklı olması, 2.grupta hiç semptom görülmemesi, Hastalarda görülen semptomların infüzyondaki etanol oranına bağlı olduğunu düşündürmektedir. Çalışmada kullanılan veriler dosyalardan elde edildiği için hastaların alkol kullanma durumlarına ve diğer kronik hastalıklarına ilişkin veriler elde edilememiştir. Bu çalışma, tüm ilaç uygulamalarında olduğu gibi, Gemsitabin uygulamasında da hemşire izleminin ve ekip çalışmasının son derece önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, izlem, semptom, gemsitabin

Tablo1.

Tablo1. İki grup arasındaki infüzyon solüsyonu miktarına bağlı farklılıkların dağılımı

Grupların özellikleri		Grup1	Grup2	Anlamlılık
Yaş	Ort±SS	58,28±10,979	58,99±10,285	t=-0,350 p=0,727
	Cinsiyet			X ² =0,163 *P=0,687
Uygulanan Gemsitabin Dozu	Kadın	22	35	
	Erkek	21	39	
İçerdiği etanol miktarı	Miligram	1776,72±307,64	1825,81±238,70	t=-0,963 p=0,338
	Miligram	17545,11±3038,01	18029,88±2357,22	t=-0,963 p=0,338
İnfüzyon etanol oranı		7,10±1,23	3,65±0,47	t=17,656 p=0,000 [†]
Ek ilaç kullanımı	Var	21	22	*X ² =4,272 P=0,039 [†]
	Yok	22	52	
İnfüzyon öncesi antihistaminik uygulaması	Var	8	0	**P=0,000 [†]
	Yok	35	74	
Gemsitabin allerjisi	Var	18	0	**P=0,000 [†]
	Yok	25	74	
İnfüzyon sonrası semptom görülme durumu	Var	25	74	**P=0,000 [†]
	Yok	18	0	

*Pearson kıkare **Fisher kıkare †p<0.05

HS-12

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

MEVLÜDE ERGEN¹, FATMA ARIKAN²

1 ÖZEL ANTALYA MEMORIAL HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ANTALYA

Amaç: Araştırmanın amacı Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırma Mart 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında, Özel Antalya Memorial Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümüne başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, 270 hasta ve bakım verenin dahil edildiği metodolojik bir çalışmadır. Araştırmada ölçeği geliştiren yazardan, etik kurul, kurum ve bireylerden yazılı olarak izin alınmıştır. Veriler Katılımcı Bilgilendirilmiş Olur Formu, Hasta Bilgi Formu, Bakım Veren Bilgi Formu, Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, Bakım Veren Stres İndeksi ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği 5'li likert tipi, dört alt boyut ve toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Veriler SAS 9.4 programı kullanılarak, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Content Validity Index, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi, kolerasyon analizi, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılarak analizler yapılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliğinde çeviri ve geri çeviri yapılmıştır. İçerik geçerliği için 10 uzman görüşü alınmış ve görüşlerin uyumlu olduğu saptanmıştır (I-CVI=0.993, S-CVI=0.956). Doğrulayıcı faktör analizi orijinal ölçeğin faktör yapısını doğruladığı için açıklayıcı faktör analizi yapılarak ölçeğin dört farklı alt boyutta tekrar isimlendirilerek belirlenmiştir. İç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.95 bulunmuştur. Test tekrar test faktör yapıları için kolerasyonların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarına bakım verenlerin destekleyici bakım ihtiyaçlarını belirlemek için klinik uygulamalarda ve araştırmalarda ölçeğin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, destekleyici bakım, geçerlik ve güvenilirlik, hemşirelik, kanser

HS-13

ORAL KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN¹, ÖZLEM YURTAL², KAMİLE KIRCA³

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ANKARA

2 GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ, ANKARA

3 KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç: Araştırmada oral kemoterapi alan hastaların görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma, niteliksel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ocak 2018'de bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniğinde yatan, oral kemoterapi alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın uygulamasında kanser hastalığının türü bakımından bir sınırlamaya gidilmemiştir. Veriler, yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış görüşme ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, hastalara ait bilgilerin olduğu bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmelerin tamamı hastalardan izin alınarak ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler, her görüşme sonrası transkript edilmiş ve tematik içerikli analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın temalarını; ilaca erişim, ilacın kullanımı (muhafaza, hazırlama, uygulama), tedavi yan etkileri ve kontrolü, sağlık profesyonellerinin yaklaşımı, aile ve yakın çevrenin desteği oluşturmuştur. Yapılan görüşmelerde hastaların

çoğunluğunun oral kemoterapi olarak kapesitabin kullandığı görülmüştür. Hastalar, ilaç kullanımına ilişkin sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, eczacı) yönergelerinde farklılık olabildiğini, konstipasyon, bulantı/kusma, tat değişikliği, yorgunluk ve ağız kuruluğu gibi sorunlar yaşadıklarını, yan etki kontrolüne ilişkin bilgilendirmenin tedavinin başlangıcında hekim tarafından yapıldığını, ilaçlarını kendi kutularında, serin, karanlık, rutubetsiz ortamda muhafaza ettiklerini, ailelerinin olumlu desteğinin tedaviye uyumlarında etkili olduğunu, evde birlikte yaşadıkları aile bireylerinin güvenliğini tehlikeye attığına ilişkin endişe duyduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Hastaların tedaviye uyumlarının artırılması, tedavi yan etkilerinin izlemi ve ilaçların güvenli kullanımı için interdisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların ilacı kullanma sürecindeki zayıf noktaların ve iyileşme fırsatlarının belirlenmesi için hemşirelerin hasta eğitim ve danışmanlığında aktif bir rol üstlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, nitel çalışma, oral kemoterapi

HS-14

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN TROMBOSİTOPENİYE İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI

HÜLYA KESKİN, ÖZNUR USTA YEŞİLBALKAN, YASEMİN YILDIRIM

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç: Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın amacı kemoterapi alan hastaların trombositopeniye ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Araştırma verileri bir üniversite hastanesinin yataklı/ayaktan tedavi uygulanan erişkin onkoloji ve hematoloji kliniğinde Aralık 2017-Ocak 2018 tarihinde toplanmaya başlanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen "Birey Tanıtım Formu" ve "Kemoterapi Alan Hastaların Trombositopeniye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları Soru Formu" formu kullanılarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kuruldan ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin, hastalardan ise sözlü onam alınmıştır. Araştırma verilerinin; sayı, yüzde dağılımları ve aritmetik ortalaması hesaplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın verileri toplanmaya devam etmektedir. Bulgular 83 hasta verilerine göre sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 52.43 ± 14.7 , hastaların %62.7'si kadın ve %32.5'inin hematolojik sistem kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların % 80.7'sinin trombositopeninin ne olduğunu bilmediğini ifade ettiği, %80.7'sinin daha önce trombositopeni yaşamadığı, % 86.7'sinin trombositopeni hakkında

bilgi almadığı, % 91.6'sı trombositopenin santral sinir sistemi belirti bulgularından "huzursuzluk ve uyuşukluğu" bilmediği, %81.9'u "diş eti kanamalarını" %84.3'ü "burun kanamalarını" bilmediğini belirtmiştir. Hastaların trombositopeni geliştiğinde kanamayı engellemek için yapılması gereken uygulamalardan "cinsel ilişkiden sakınılması (trombosit değeri 50.000 hücre/mm³ altında ise) gerekir" bilmediği (% 80.7), %77.1'i ise "adet döneminde kullanılan ped sayısına dikkat edilmelidir" bilmediği saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak trombositopeni kemoterapiye bağlı çok sık görülen bir yan etki olmakla birlikte literatürde trombositopeniye yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Trombositopeniye bağlı kanamalar bazen hayatı tehdit edici olabileceğinden trombositopeni önemli bir yan etkidir. Hemşireler trombositopenisi olan hastaları erken tanılamalı ve trombosit değerlerini düzenli olarak izlemeli, günlük değerlendirme ve takip konusunda hastaya eğitim planlamalı ve kanama riskine karşı güvenlik önlemleri almalı, hasta ve yakınlarına kanamanın engellenmesi konusunda bilgi vermelidir.

Anahtar Kelimeler: bilgi, kemoterapi, trombositopeni, uygulama

HS-15

KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI TERAPİ KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

FATMA ARIKAN¹, MÜRVE T ARTUK UÇAR², YASEMİN KONDAK², AYSEL TEKELİ², FUNDA KARTÖZ², KEZİBAN ÖZCAN², SEMA SEZGİN GÖKSU², HASAN ŞENOL COŞKUN²

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Amaç: Kanser hastaları arasında kemoterapiye bağlı gelişen semptom kontrolü, tedaviye destek olma ve fiziksel iyilik halinin artırılması gibi nedenlerle tamamlayıcı terapi kullanımı giderek artmaktadır. Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın amacı kanser hastalarında tamamlayıcı terapi kullanım durumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma Eylül 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütülmüştür. Kemoterapi uygulanan veya tedavisi tamamlanmış poliklinik takibinde olan, 183 hasta araştırmaya alınmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların sosyo-demografik ve hastalık bilgileri ile tamamlayıcı terapi kullanımına ilişkin sorulardan oluşan form kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 55'tir. %56.8'i kadın, %82.25'i evli, %66.1 ilköğretim mezunuydu. Tanı süresi medyan 17 ay olup, hastaların %35.0'i meme kanseri, %20.8'i akciğer kanseri ve %59.6'sı Evre IV'dür. Hastaların %80.3'nün kemo-

terapi tedavisi devam etmektedir. Tamamlayıcı terapi kullanım oranı %36.6'dır. En sık kullanılan tamamlayıcı terapi grubu %46.4 ile biyolojik temelli terapilerden bitkisel yöntemdir. Tamamlayıcı terapi kullanma nedenleri incelendiğinde %69.6 hastalığın daha çabuk iyileşmesi, %13.0 kemoterapi ilaçlarının yan etkilerini azaltmak için kullandığını belirtmişlerdir. Tamamlayıcı terapi konusundaki bilgi kaynağı %56.5'nin akraba ve aile üyeleridir. Tamamlayıcı terapi yöntemleri hakkında sağlık profesyonelleri ile rahat konuşmama nedeni olarak bu konuda soru sorulmaması olarak belirtmişlerdir. Hastaların %67.2'si kullanılan tamamlayıcı terapinin tedaviye katkısı olduğunu belirtmektedir.

Sonuç: Hastaların çoğunlukla biyolojik temelli terapiler kullandığı ve hastaların bu konuyu sağlık profesyonelleri ile konuşmadığı, ilk sorunun sağlık profesyonellerinden gelmesini beledikleri görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kanser, kemoterapi, tamamlayıcı terapiler

HS-16

MEME KANSERİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

SEMA DİBEKÇİ¹, FATMA ARIKAN²

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİ FAKÜLTESİ

Amaç: Bu çalışma, meme kanserli hastalarında fiziksel aktivite düzeyinin semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma, Eylül 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 128 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA), EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi ve EORTC QLQ- BR 23 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde, Shapiro-Wilk testi Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların %53.9'u 46-60 yaş aralığında ve hastaların yaş ortalaması 52.21±8.93'tür. Hastaların tanı süresi 30.91±37 ay ve %41.4'ü hastalığın II. evresindedir. Sadece kemoterapi

alanların oranı %10.1; kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedavi ve cerrahi tedavi türlerinin hepsini alanların oranı %25'tir. Çalışmamızda hastaların fiziksel aktivite düzeylerinin %32.8'inin düşük düzey, %35.9'u orta düzey, %31.2'sinin yüksek düzey aktif olduğu saptanmıştır. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ile EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi ölçeği genel semptom puanı, yorgunluk, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı semptomları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon ($p<0.01$); fonksiyonel sağlık skoru, fiziksel fonksiyon, uğraş fonksiyonu, sosyal fonksiyonu ve genel sağlık skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi orta ve yüksek olan hastaların daha az semptom yaşadığı, fonksiyonel durumunun ve genel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: kanser, meme kanseri, fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, hemşirelik

HS-17

MEME KANSERLİ HASTALARDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA İLKNUR ÇINAR¹, ZEYNEP YILMAZ², NURTEN ÖZEN³

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, ANKARA
2 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
3 İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Giriş: Kanser dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olup, kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir. Literatürde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GTT) yöntemi kullanımının özellikle meme kanseri olan hastalarda yaygın olarak kullanıldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %48.8'inin en az bir çeşit GTT yöntemi kullanmakta olduğu saptanmıştır. Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda da GTT kullanım sıklığının %7-64 arasında olduğu ve GTT kullanımını yaş, cinsiyet, hastalık süresi ya da ileri evre kanser, sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi gibi çeşitli faktörlerin etkilediği bildirilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada, meme kanserli hastaların GTT uygulamalarını kullanım durumları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya bir eğitim ve araştırma hastanesinin onkoloji klinik/polikliniğinde takip edilen 71 meme kanseri hastası dâhil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyo-demografik, klinik özellikleri ve GTT uygulamalarını kullanımı durumları kaydedildi. Hastaların ilaç tedavisine inanç durumları "İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi" ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 53.38 ± 8.63 yıl idi. Hastaların %74.6'sı (n=53) taksan grubu, %9.9'u (n=7) transtuzumab kullanmaktadır. Hastaların %21.1'i (n=15) bir GTT yöntemi kullandığını, kullananların %16.9'u yararlı olabileceğini düşündüğü için, %4.2'si tıbbi tedavisi ile birlikte kullanmayı istediği için, %9.9'u aile ve akrabaların tavsiyesi, %8.5'i medya nedeniyle GTT uygulamalarını kullandığını bildirdi. Ayrıca uzak organ tutulumu olan hastaların GTT uygulamalarını kullanma durumunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı bulundu ($p=0.006$). İlaçların genel olarak zararlı olduğuna inanan hastaların istatistiksel olarak anlamlı şekilde GTT uygulamalarını kullanmadıkları ($p=0.004$) saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların yaklaşık beşte birinin GTT uygulamalarını kullandığı saptandı. Literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamıza katılan hastaların GTT uygulamalarını kullanma durumlarının daha düşük olduğu görülmektedir. GTT uygulamalarını; uzak organ tutulumu olan hastaların daha çok, ilaçların daha çok zararlı olduğunu düşünen hastaların daha az kullandıkları tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: geleneksel ve tamamlayıcı tıp, hemşirelik, meme kanseri

HS-18

RADYOTERAPİ ALAN HASTALARIN DESTEK GEREKSİNİMLERİ VE DİSTRES DÜZEYLERİ

NEŞE UYSAL¹, YETER SOYLU², DÖNAY AYDINLIK², BEKTAŞ KAYA², GÖKÇE KAĞAN OLCAY², NESRİN ÇAKIR², HÜLYA ÇIRAK², FADİME MENTAŞ², FETHİYE BENZEŞ KAYA²

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
2 ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmanın Amacı: Kanserli bireylerde bakım gereksinimleri ve problemleri fiziksel, bilgi, iletişim, psikolojik, cinsel, sosyal, finansal ve spiritüel alanları içermektedir. Bu süreçte hastaların yaşadıkları sorunların farkında olunması verilen bakımın kalitesini artıracaktır. Bu nedenle çalışma radyoterapi alan hastaların destek gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Yöntemi: Araştırma, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkoloji Kliniği ve Polikliniklerinde Ekim 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında hizmet alan hastalar arasından olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, araştırma sınırlılıklarına uyan kanserli bireylerin katılımıyla yapılmıştır. 18 yaşından büyük, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, iletişim sorunu olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Verileri toplanmasında, tanıtıcı özellikler bilgi formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Distres Termometresi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 52.57 ± 15.01 'dir. Tanı zamanı hastaların %29'unda 3 ay öncedir ve hastaların %30'u radyoterapi ile birlikte eş zamanlı kemoterapi almaktadır. Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, ruhsal/psikolojik boyut 18.75 ± 7.22 ; sağlık sistemi ve bilgilendirme boyutu 26.77 ± 14.64 ; fiziksel ve günlük yaşam boyutu, 14.05 ± 5.06 ; hasta bakım ve desteği boyutu, 7.38 ± 3.37 ; cinsellik boyutu, 5.08 ± 3.04 'dür. Radyoterapi alan hastaların distres yaşam oranı %69'dur (distres puanı ≥ 4). Hastaların en çok distres yaşadığı alanlar duygusal sorunlar (sinirlilik (%54.1), depresyon (%49), hüznün (46.9), üzüntü (43.9) ve bedensel sorunlar (yorgunluk (%85,7), ağrı (%64.3); uyku (%63.3), el, ayakta karıncalanma (%58.2), bulantı (%56.1), ciltte kuruma, kaşıntı (%53.1) olarak bildirilmiştir.

Sonuç: Kanserli hastalara verilen hemşirelik bakımı, tedavi sürecinde ve sonrasında hastaların destek bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetleri kapsamalıdır

Anahtar Kelimeler: destek, distres, radyoterapi

HS-19

ONKOLOJİDE YENİ BİR TEDAVİ ŞEKLİ, ELEKTROKEMOTERAPİ; HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA YANSIMALARI

FERYA ÇELİK, HİCRAN BEKTAŞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Giriş: Elektrokemoterapi farklı histolojilerdeki tümörlerin tedavisinde kemoterapi ilaçlarının elektroporasyon yöntemiyle birlikte uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır. Anestezi altında açık cerrahi işlemle, hedef dokunun merkezine veya çevresine elektrik akımı veren uzun iğne elektrotların yerleştirilmesiyle hedef dokuya direkt olarak elektrik verilmesi elektroporasyon şeklinde tanımlanmaktadır. Bu işlemin amacı hücre membranının geçirgenliğini artırarak kemoterapik ilaçların hücre içine girmesini kolaylaştırmak, hedef hücre tarafından ilacın alınmasını arttırmak, daha az ilaç uygulamasıyla daha iyi sonuçların alınmasını sağlamaktır.

Amaç: Elektrokemoterapinin kullanımının artması, sonuçlarının başarılı ve güvenilir olmasına rağmen farklı disiplinlerdeki meslek üyelerinin işlemin uygulanışı, etkinliği hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu belirtilmektedir. Bu derlemenin amacı elektrokemoterapi işleminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını belirtmektir.

Elektrokemoterapinin yan etkilerin minimal düzeyde ve geçici olduğu, tek seferlik uygulama sonucunda işlem başarısının %70'in üzerinde olduğu, sağlam dokuya zarar vermeyen bir işlem olduğu, kemoterapik ajanların direkt olarak hedef dokuya ulaşmasını sağladığı için tedavi dozunu azalttığı, maliyet etkin, güvenilir bir işlem olduğu belirtilmektedir.

Abdominal tümörlerin elektrokemoterapiyle tedavisinde elektrotların lokalizasyonunun kalbe yakın olmasının kardiyak atımları etkilediği belirtilmektedir. Elektroterapi işleminden önce profilaktik amaçlı antibiyotik tedavisinin uygulanması, işleme bağlı ağrı yönetiminin yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

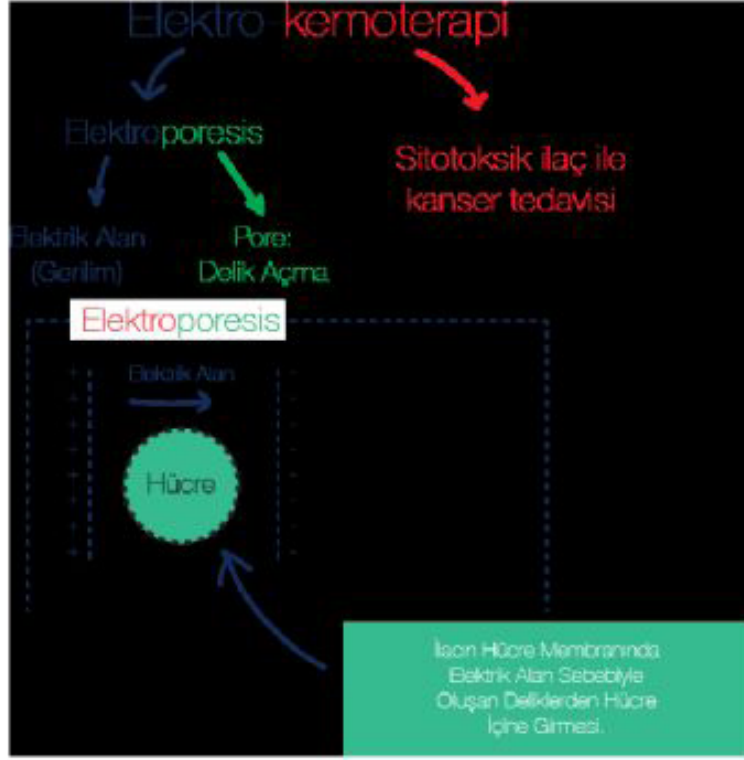
Bulgular: Elektrokemoterapi ile ilgili hemşirelik uygulamaları şunlardır:

- İşlemin hastada yarattığı anksiyete düzeyi tanımlanmalı ve baş etmesine yardımcı olunmalıdır.
- Açık cerrahi işlemle yapılan bu uygulama öncesinde hastanın bir gece önceden aç kalması sağlanmalıdır.
- Ameliyat öncesi yapılması gereken tüm hazırlıklar (temizlik, tıraş, yeterli uyku ve istirahatının sağlanması, yaşam bulguları takibi, laboratuvar değerleri (INR (international normalized ratio), trombositler, BUN (Blood Urea Nitrogen) vs takibi) yapılmalıdır.
- İşlemden önce önerilen profilaktik amaçlı antibiyotik uygulaması ve diğer ilaç tedavileri yapılmalıdır.
- İşlemden önce ve sonra ağrı değerlendirilmesi yapılmalı, önerilen analjezik protokolü uygulanmalıdır.
- İşlem sonrası yaşam bulguları takip edilmelidir. Özellikle kardiyak aritmiler açısından dikkatli olunmalı, elektrokardiyografi izlemi yapılmalıdır.
- Enfeksiyon belirtileri yönünden hasta takip edilmelidir.
- İşlem sonrasında operasyon bölgesinde kanama takibi yapılmalıdır.
- Taburculuktan sonra kontroller hakkında hasta yönlendirilmelidir.

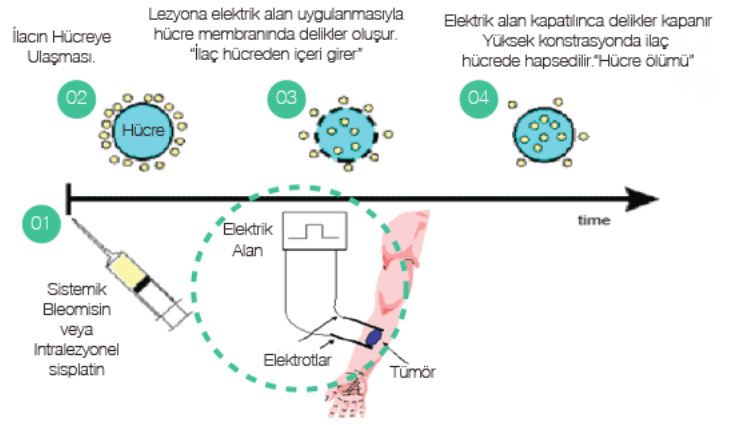
Sonuç: Elektrokemoterapide hemşirelik uygulamalarının bireyin ihtiyacı doğrultusunda planlanması ve uygulaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: elektrokemoterapi, hemşirelik, hemşirelik uygulamaları

Elektrokemoterapi



Elektrokemoterapi uygulaması



HS-20

KANSER TANISI ALAN GERİATRİK HASTALARDA, BARTHEL TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE SKALASI'NIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYSEL TEKELİ, ERKAN ÇOBAN, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Amaç: Kanser yaşla birlikte sıklığı artan bir hastalık grubudur. Geriatrik onkoloji hastaları özel bir gruptur ve kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılarak durumları hakkında karar verilir. Bu çalışmada, geriatrik onkoloji hastaları için, Barthel yaşam kalitesi ölçeğinin yaygın kullanılan hayat kalite ölçeği ve performans skalaları ile olan ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Araştırma; Haziran 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında, yeni kanser tanısı alan, 65 yaş ve üstü 100 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, hasta bilgi formu, ECOG ve Karnofsky performans skalaları, EORTC QLQ-C30 ve Barthel yaşam aktivite skalaları kullanılarak elde edilmiştir. Değerlendirme kemoterapi başlamadan ve ikinci kür öncesinde yapılmıştır.

Bulgular: Yüz hastanın ortalama yaşı 71.14±5.72 yıldır. Hastaların % 40'ı kadın, % 60'ı erkektir. Tanı dağılımları; en fazla % 36 oranında gastro-intestinal kanserler, % 20 oranında akciğer kanseridir. Hastaların % 61'inin evre 4 olduğu, % 75'inin kombine kemoterapi aldığı belirlenmiştir. Hastaların kemoterapi son-

rası Karnofsky puan ortalamaları ve EORTC-QLQ-C30 yaşam kalitesi semptom skorları anlamlı olarak düşmüştür (p<0.001). Barthel indeksinin kemoterapi öncesi ve sonrası, performans skoru ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalite ölçeği ile anlamlı olarak korele olduğu saptanmıştır. Barthel indeksi kombine tedavi alanlarda puan ortalamaları artmış olup, bağımsız yaşama durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen veriler, geriatrik onkoloji hastalarının performans ve yaşam kalite değerlendirmelerinin her kemoterapi öncesi yapılmasının uygun olacağını göstermektedir. Barthel yaşam aktivite ölçeği ile geriatrik onkoloji hastalarının değerlendirilmelerinin uygun olduğu gösterilmiştir. Barthel yaşam aktivite değerlendirmesi, hayat kalite ölçeği ve performans skalaları ile uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik değerlendirme, Barthel indeksi, performans durumu

HS-21

BAKIMIN KALİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİNDE KANSER HASTASI YAKINLARININ BEKLENTİLERİ

BEREN ORCAY, ESRA ÇELEBİ, JAMSHID HAMDARD, AHMET BİLİCİ, ÖMER FATİH ÖLMEZ, ÖZCAN YILDIZ

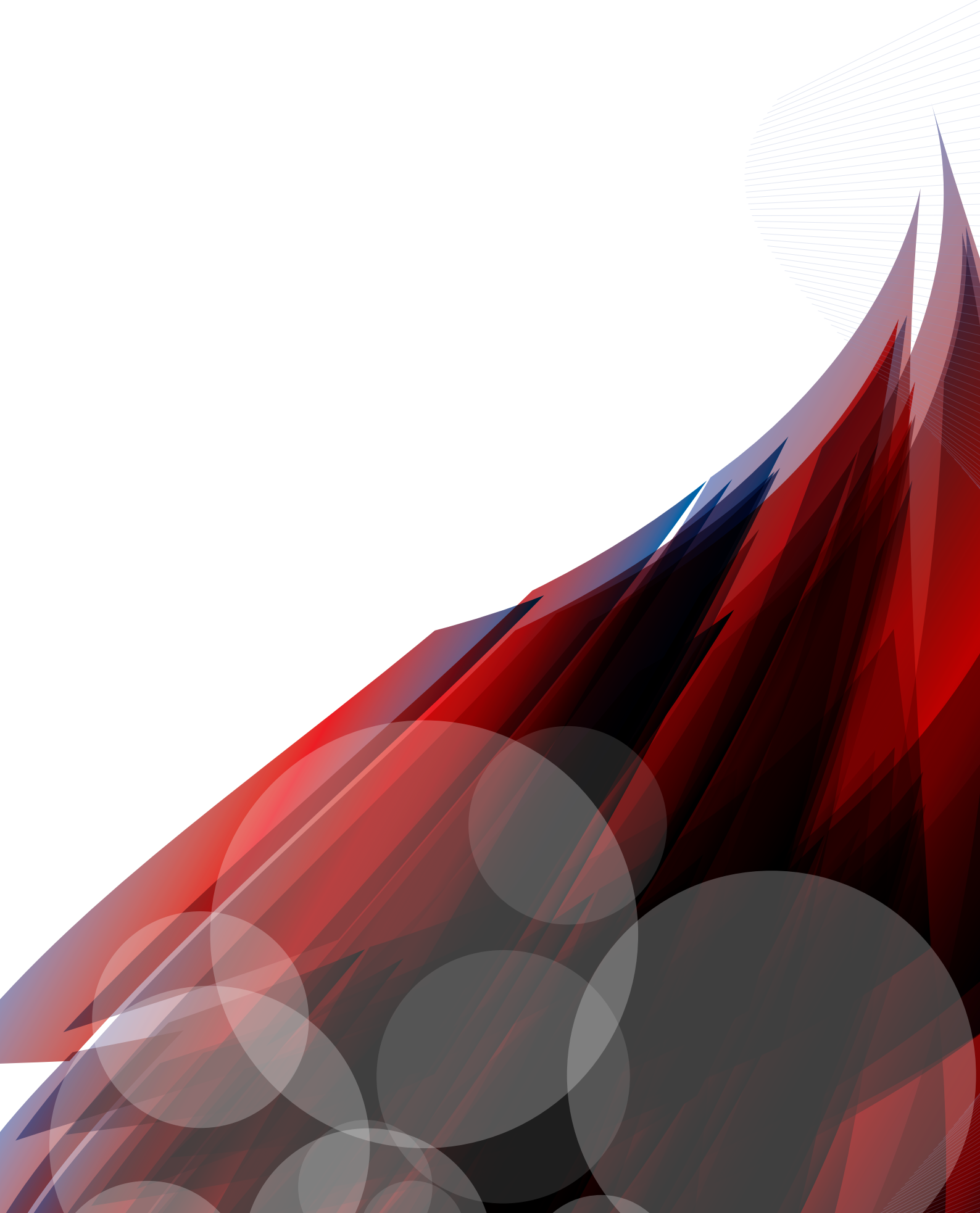
MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Onkoloji hastasının yaşamının son günleri,son ayları terminal dönem olarak adlandırılır. Terminal dönemin her birey için farklı olduğu ve gereksinimlerinde bireyden bireye farklılık gösterdiği bilinmektedir. Terminal dönemdeki hasta ve ailelerinin acılarını gidermek,yeterli tıbbi bakımı vermek,herhangi bir yarar sağlamayacak olan yöntemler uygulamaktan kaçınmak ve bakım vermek tüm ekibin sorumluluğundadır. Bu çalışmada hasta yakınlarına,terminal dönemdeki hastalarına verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma Ekim-Aralık 2017 tarihleri arasında Medipol Mega Üniversite Hastanesi Tıbbi onkoloji servisinde yatan terminal dönem hasta-ya sahip hasta yakınları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçiminde herhangi bir yöntem uygulanmamıştır, gönüllülük esasına dayanılarak 50 hasta yakınına ulaşılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan "Soru Formu (7 soru)" kullanılmıştır. Bu sorular;hasta yakınının hastasını terminal dönem olarak adlandırıldığını bilip bilmemesi,dini-kültürel ve psikolojik açıdan uygun bakım verildiğini düşünüp düşünmediği,bakımın en iyi şekilde verildiği konusunda hemşirelerin güven sağlayıp sağlamadığı,hemşire ve personellerin hasta yakınının yaşamakta olduğu bu süreçteki duygularını anlayıp ihtiyacına yönelik bakım verip vermedikleri,hastasının terminal döneme girdikten sonra bakım yükünün arttığını düşünüp düşünmediği,artan bakım yükünün hemşireler tarafından yeteri kadar karşılandığını

düşünüp düşünmediği, terminal dönemdeki hastasının bakımına yeteri kadar katıldığını düşünüp düşünmediği şeklinde sorulmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Çalışma bulgularına göre;hasta yakınlarının %88 i hastasının terminal dönemde olduğunu bildiğini %12 si bilmediğini,%98'i dini-kültürel ve psikolojik açıdan uygun bakım verildiğini düşündüğünü %2 si düşünmediğini,%96'sı hemşire ve personellerin bu süreçteki hasta yakınlarının duygularını anladıklarını ve ihtiyaçlarına yönelik bakım verdiklerini düşündüğünü,4'ü düşünmediklerini,%88'si terminal döneme girdikten sonra hastasının bakım yükünün arttığını,%12'si artmadığını,%66'sının terminal dönemdeki hastasının bakımına yeteri kadar katıldığını,%34'ünün katılmadığını sonuçlarına ulaşılmıştır. Bakımın en iyi şekilde verildiği konusunda hemşirelerin güven sağlayıp sağlayamadığı ve artan bakım yükünün hemşireler tarafından yeteri kadar karşılandığını düşünüp düşünmedikleri sorusuna tamamı evet cevabı vermiştir. Çalışmamızda,hasta yakınlarının büyük bir kısmının terminal dönemdeki hastaları için aldıkları hemşirelik bakımından genel olarak memnun oldukları bulunmuştur. Hasta ve ailesinin terminal dönem hakkında ve terminal dönem hasta bakımına hasta yakınlarının katılımını sağlayacak şekilde sürece dâhil edilmesi konusunda hizmet içi eğitim verilmesi,bu hastaların son dönemini daha iyi yaşam kalitesi ile geçirmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, kalite, beklenti

POSTER BİLDİRİLER



EP-001

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNİN TANI, TEDAVİ YANITI VE PROGNOZ TAYİNİNDE SULF2 EKSPRESYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

HAKAN TABAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP², MURAT ÖZDEDE¹, SEVGİN ÇELİK ÖNDER³, ORKUN AKMAN³

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

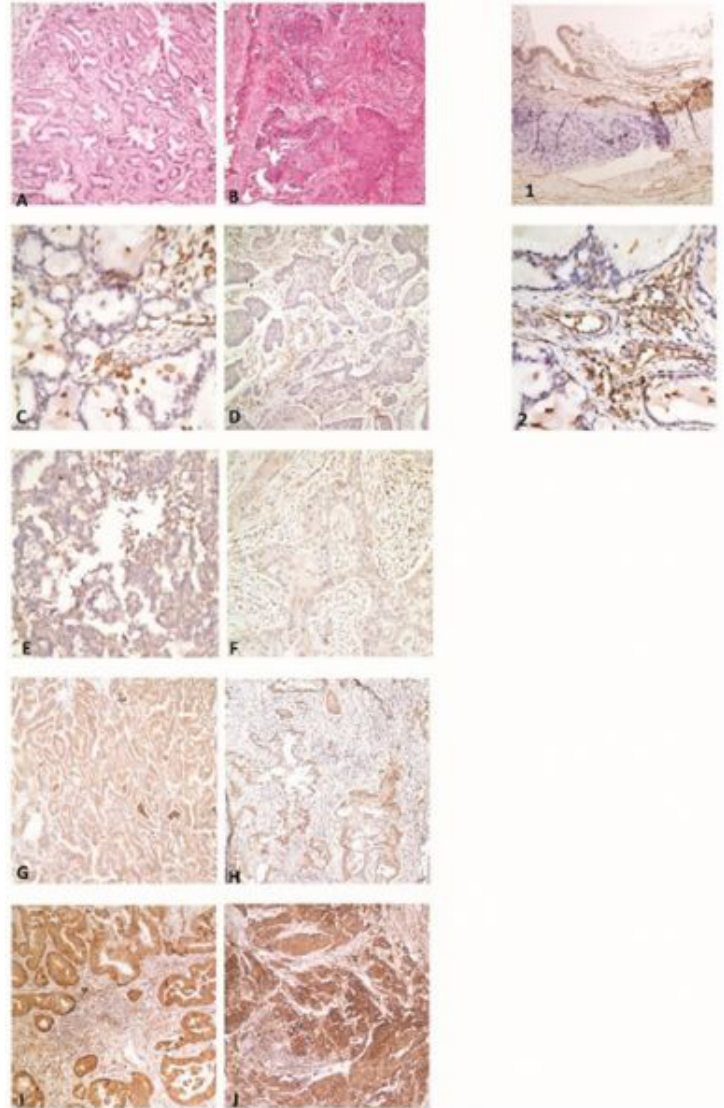
² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Akciğer kanseri dünyada en sık görülen ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan malignitedir. KHDAK alt grubu tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %85'ini oluşturur. KHDAK'nin alt tiplendirilmesi tedavi yaklaşımını değiştirmesi nedeniyle son derece önemlidir. Akciğer kanseri tanısı alan hastaların %60'ından fazlası lokal ileri evre veya ileri evrede tanı almaktadır. Akciğer kanserinde tanısız ve prognostik biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. SULF2 heparan sülfat zincirindeki 6-O-S grubunu ayırarak hücre sinyalizasyonunun düzenlenmesinde rol oynar ve birçok tümörde kötü prognostik belirteç olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada Ocak 2009 – Aralık 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde KHDAK nedeniyle primer tümör cerrahisi veya metastazektomi yapılmış hastaların tümör dokularında immünohistokimyasal olarak SULF2 ekspresyonuna bakılarak; SULF2'nin KHDAK'nde tanısız (adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom ayırımında kullanılabilirliğine) ve prognostik etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 104 KHDAK'li tümör dokusunun %56,7'si adenokarsinom, %43,7'si ise skuamöz hücreli karsinom histolojisindedir. SULF2 ekspresyon yaygınlık ve şiddetine ayrı ayrı bakıldığında skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinom arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte adenokarsinomlu hastalarda %50'nin üzerindeki SULF2 ekspresyon yaygınlığı skuamöz hücreli kanserli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (%60 vs %40, p=0,18). Tümör evrelerine göre SULF2 ekspresyon düzeyinin değerlendirilmesinde, erken evre tümörlerde daha yaygın boyanma görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,039). Tanı anındaki yaş, sigara içme durumu, ECOG performans durumu, CEA düzeyi, metastaz varlığı, takipte progresyon gelişmesi ve takipte metastaz sıklığı ile SULF2 ekspresyonu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım açısından SULF2 ekspresyon düzeyine bakıldığında istatistiksel anlamlı sağkalım farkı gözlenmemiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da SULF2 ekspresyonu daha fazla olan grupta progresyonsuz sağkalım eğrilerinin daha kötü olduğu dikkat çekmiştir. Sonuç olarak, SULF2 ekspresyonunun

KHDAK'nin histolojik alt tip ayırımında kullanışlı bir belirteç olmadığı fakat prognostik bir belirteç olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, prognoz, SULF2, tanı



Adenokarsinom (A) ve Skuamöz Hücreli Karsinomun (B) H&E ile boyalı kesiti, SULF2 ekspresyonu olmayan (C), düşük düzeyde boyanan (E), orta düzeyde boyanan (G) ve güçlü boyanma (I)

görülen adenokarsinom tümör kesitleri, SULF2 ekspresyonu olmayan (D), düşük düzeyde boyanan (F), orta düzeyde boyanan (H) ve güçlü boyanma (J) görülen skuamöz hücreli karsinom tümör kesitleri, 1 numaralı kesitte bronş epitelinde düşük orta düzeyde boyanma, bronş çevresindeki yapılarda orta düzeyde boyanma izlenmekte olup, bronş kıkırdağında boyanma yoktur. 2 numaralı kesitte makrofajların ve endotel hücrelerindeki pozitif boyanma görülmekte olup, iç kontrol olarak kullanılmıştır.

SULF2 Ekspresyon Yaygınlığı ve Hastalık Karakteristikleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.7. SULF2 Ekspresyon Yaygınlığı ve Hastalık Karakteristikleri Arasındaki İlişki

		Negatif		<%50		>%50		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş								0,157
Cinsiyet	Erkek	5	100	11	8,6	68	80,0	0,531
	Kadın	0	0	3	21,4	17	20,0	
Sigara	Hiç içmemiş	2	40,0	2	14,3	14	16,5	0,493
	Bırakmış	2	40,0	4	28,6	25	29,4	
	Aktif içici	1	20,0	5	35,7	39	45,9	
	Bilinmiyor	0	0	3	2,4	7	8,2	
Histoloji	Adenokarsinom	1	20,0	7	50,0	51	60,0	0,185
	Skuamöz	4	80,0	7	50,0	34	40,0	
ECOG PS	0	4	80	12	85,7	70	82,4	0,969
	1	1	20	2	14,3	13	15,3	
	2	0	0	0	0	2	2,4	
Evre	1	3	60	4	28,6	34	40,6	0,039
	2	0	0	8	57,1	18	21,4	
	3	2	40	2	14,3	16	19,0	
	4	0	0	0	0	16	19,0	
CEA tam	Normal	3	100,0	2	50,0	28	67,7	0,366
	Yüksek	0	0,0	2	50,0	14	33,3	
Tamda metastaz	Yok	5	100	14	100	69	81,2	0,121
	Var	0	0	0	0	16	18,8	
Progresyon	Yok	5	100	10	1,4	51	60	0,236
	Var	0	0	2	14,3	28	32,9	
	Belirtilmemiş	0	0	2	14,3	6	7,1	
İzlemde metastaz	Yok	5	100	10	83,3	53	66,3	0,157
	Var	0	0	2	16,7	27	33,8	

Kısaltmalar: ECOG PS: Eastern Cooperative Oncology Group Performans status; CEA: Karsinoembriyjenik antijen

Tabloda SULF2 ekspresyon yaygınlığı ve hastalık karakteristikleri arasındaki ilişki verilmiştir. Hastalar tümör dokularındaki immünohistokimyasal SULF2 ekspresyonuna göre 3 gruba (negatif: hiç boyanma yok, %50 'nin altında yaygınlıkta boyanma ve %50 'nin üstünde yaygınlıkta boyanma olarak) ayrılarak değerlendirilmiştir.

EP-002

AKCİĞER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMUNDA RENAL ARTER TROMBOZU:OLGU SUNUMU

İBRAHİM ÇİL, ALIŞAN ZIRTILOĞLU, ÖZGECAN DÜLGAR, DENİZ TURAL

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

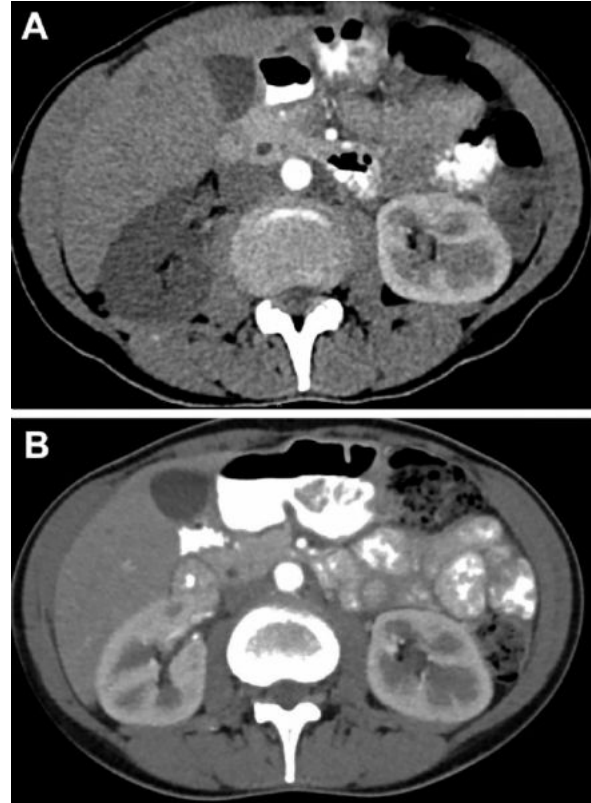
Amaç: Kanser tanılı hastalarda tromboembolik olaylar sıkça görülmektedir. Etiyolojide en sık adenokanserler ve tedavide kullanılan bazı kemoterapotikler rol alırken, skuamöz hücreli karsinomlarda tromboembolik olaylar nadirdir.

Olgu: 49 yaşında, metastatik akciğer skuamöz hücreli karsinom tanısı olan kadın hasta acil servise şiddetli yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde periumbilikal hassasiyeti ve sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Çekilen kontrastlı batın tomografisinde sağ böbrekte yaygın infarkt görüldü. EKG sinüs ritminde, ekokardiyografi normaldi. Semptomların başlangıcından 24 saat sonra dijital subtraksiyon anjiyografi yapılan hastada, sağ renal arter proksimalinde obstruksiyon saptandı. Intra arteriyel tromboliz işlemi başarısızlıkla sonuçlandı. Sol böbrek tam fonksiyone, üre kreatinin değerleri normaldi. Şiddetli yan ağrısı narkotik analjeziklerle kontrol edildi. Üroloji ve kalp damar cerrahisi klinikleriyle konsülte edilen hastada semptomatik tedavinin devamı önerildi.

Sonuç: Skuamöz hücreli kanserlerde arteriyel tromboz çok nadir görülmektedir. Yine de klinisyenler, tipi ne olursa olsun, kanser tanılı hastalarda tromboembolik olaylar açısından tetikte olmalıdır. Ayrıca, özellikle kemoterapi alan maligniteli hastalarda rutin antikoagülan kullanımı ile ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Arteriyel tromboembolizm, renal arter trombozu, skuamöz hücreli karsinom

Şekil 1



A.Kontrastlı Batın BT’de görülen sağ böbreğin global enfarktı B. Olaydan 22 gün önce çekilmiş olan Batın BT

EP-003

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNİN TANISINDA VE PROGNOZ TAYİNİNDE KIAA1522 EKSPRESYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

MURAT ÖZDEDE¹, SAADETTİN KILIÇKAP², HAKAN TABAN¹, SEVGEN ÖNDER³, ORKUN AKMAN³

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

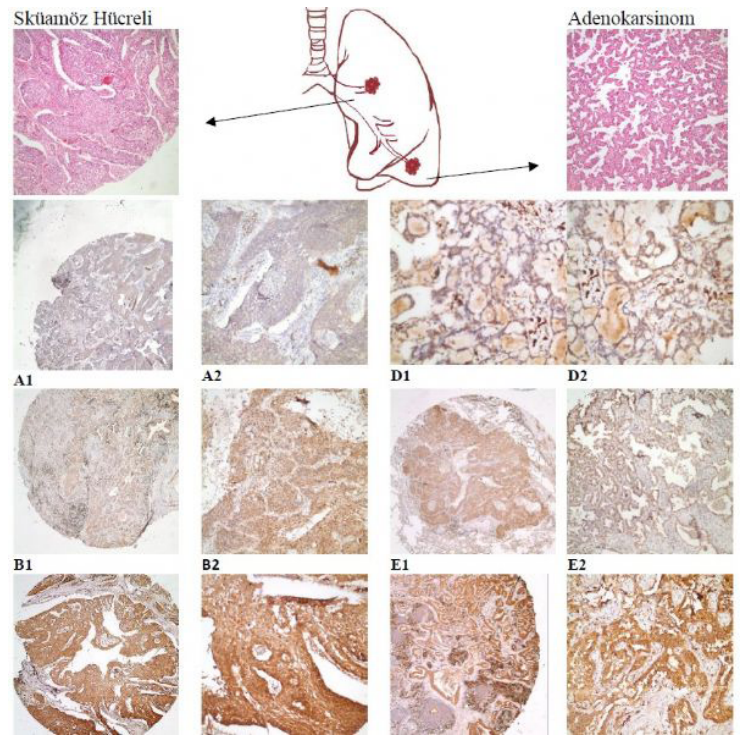
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (KHDAK), tüm akciğer kanseri olgularının %85'inden fazlasını oluşturur ve en ölümcül kanserlerden biridir. 5 yıllık tahmini sağkalım yüzdesi %15.9 olan ve metastatik hastalık grubunda yaşam beklentisi bir yıldan az olan bu hastalık grubunda yeni biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. Yeni yayınlanan prospektif bir çalışmada yüksek KIAA1522 ekspresyonunun kötü prognostik faktör olduğu ve düşük sağ kalımla ilişkili olduğu gösterildi. Akciğer kanseri nedeni ile rezeksiyon ve/veya metastazektomi cerrahisi olmuş ya da patolojik tanısı aynı kurumdaki patologlar tarafından teyit edilmiş 98 KHDAK'li hastaya ait dokular ve klinik veriler gözden geçirildi. Bu çalışmada immünohistokimyasal yöntemle KIAA1522 ekspresyonunu ile klinikodemografik parametre, patolojik evre, nüks hızı, genel sağkalım ve hastalıksız sağkalımla arasındaki ilişki incelendi. Adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom arasında ekspresyon farkı gözlemlenmedi (p: 0.6). Sağkalım analizleri log-rank testi ve çok değişkenli Cox oransal risk modeli kullanılarak yapıldı. Yüksek ekspresyon, 98 hastanın 54'ünde gözlemlendi (%55.1) ve yüksek ekspresyon grubunda, düşük ekspresyona göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük sağkalım görüldü (log-rank p: 0.01). Çok değişkenli Cox oransal risk modelinde; ECOG performans skoru, yaş, TNM evresi ile birlikte yüksek KIAA1522 ekspresyonu bağımsız risk faktörüydü (HR 2.427, p: 0.022, %95 GA [0.1140-5.168]). Tam yanıt elde edilmiş hastalarda, yüksek ekspresyon grubu, referans gruba göre hastalıksız sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sağkalım farkı ile ilişkili değildi. Ancak Kaplan Meier analizinde, KIAA1522 yüksek ekspresyonlu grubun daha düşük hastalıksız sağkalımla ilişkili olma trendi vardı (log rank p: 0.12). Sonuç olarak, KIAA1522 ekspresyonu genel sağkalım için bağımsız bir risk faktörü olup, hastalıksız sağkalım ve nüks için de prognostik bir gösterge olarak kullanılabilir.

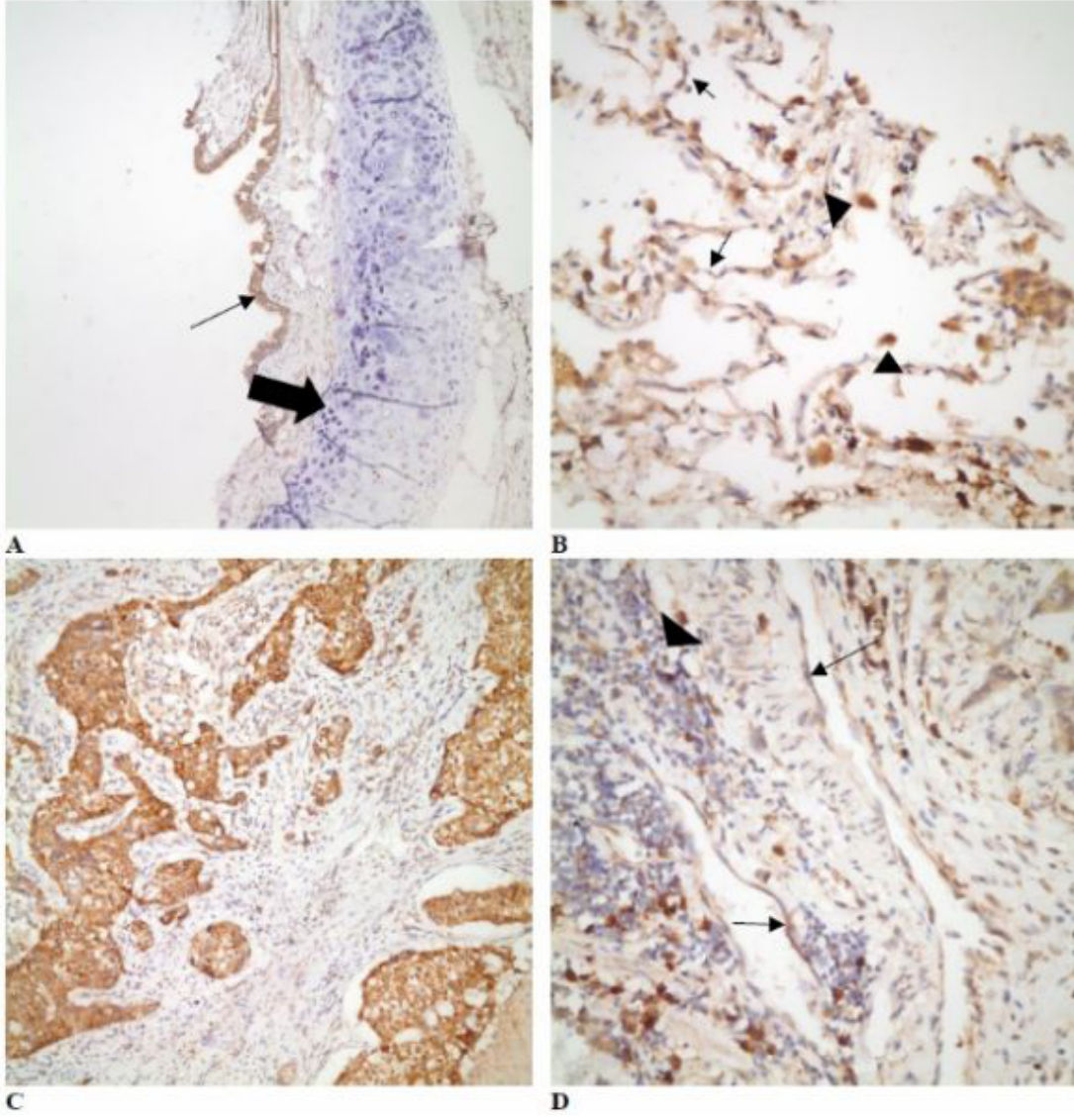
Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, küçük hücreli-dışı akciğer kanseri, KIAA1522

Resim 1



İmmünohistokimya skorları; A, B, C; sırasıyla düşük, orta, yüksek ekspresyon gösteren skuamöz hücreli karsinom, D, E, F; sırasıyla düşük, orta, yüksek ekspresyon gösteren adenokarsinom, D1 ve D2'de görülen mükün ve sekretlerin pozitif boyandığı dikkati çekmiştir.

Resim 2



İç kontrollerin boyanma patternleri. A. Respiratuar silyalı silindirik epitelin orta-yüksek şiddette boyanması(ince ok), stromanın hafif şiddette boyanması, kıkırdağın hiç boyanmaması(-kalın ok) B. Pnömositlerin orta şiddette de boyanması(ince ok), alveolar makrofajın şiddetli boyanması (ok başı) C. Tümör-non-tümör ekspresyon farkı D. Damar endotelinin orta şiddette boyanması ve lenfositlerin sıklıkla hiç boyanmaması(ok başı)

EP-004

METASTATİK AKCİĞER ADENOKARSİNOM HASTALARINDA İLK SIRA PLATİN PEMETREXED KEMOTERAPİSİ İLE CİSPLATİN GEMŞİTABİN KOMBİNAYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ENDER DOĞAN, TEOMAN ŞAKALAR, SÜMEYRA DERİN, OKTAY BOZKURT,
MEVLÜDE İNANÇ, METİN ÖZKAN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Adenokarsinoma akciğer kanserinin en sık rastlanan alt tipidir. Metastatik akciğer adenokarsinom hastalarında cisplatin gemsitabin kombinasyonu sık kullanılan bir rejimdir. Faz 3 çalışmalarda platin ve pemetrexed kombinasyonu da akciğer adenokarsinom hastalarında etkili bir rejim olduğu görülmüştür. Bu çalışmada cisplatin ve gemsitabin kombinasyonuna karşı platin ve pemetrexed kombinasyonunu karşılaştıran kliniğimizin deneyimini sunacağız.

Yöntem-Gereçler: Mart 2002 ile Ocak 2017 tarihleri arasında metastatik akciğer adenokarsinom teşhisi alan hastalar retrospektif olarak tarandı ve ilk sıra cisplatin+gemsitabin alanlarla platin+pemetrexed alan hastalar iki gruba ayrıldı. İki grup genel özellikler, ORR, PFS, OS açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 134 hastadan 63'ü cisplatin-gemsitabin 71'i platin-pemetrexed alan hastalardı. Pemetrexed alan hastalarda yaş ortalaması 60, gemsitabin alan hastalarda 56 idi. Pemetrexed alan hastalarda progresif hastalık %36 iken gemsitabin grubunda %24 idi (Tablo 1). Hem Pemetrexed hem gemsitabin grubunda median PFS 6 aydı ve istatistiksel fark yoktu (p=0,48) (Figür 1). Pemetrexed grubunda genel sağkalım median 19 ay iken gemsitabin grubunda 13 ay idi ve istatistiksel olarak bu fark anlamsızdı (p=0,36) (Figür 2).

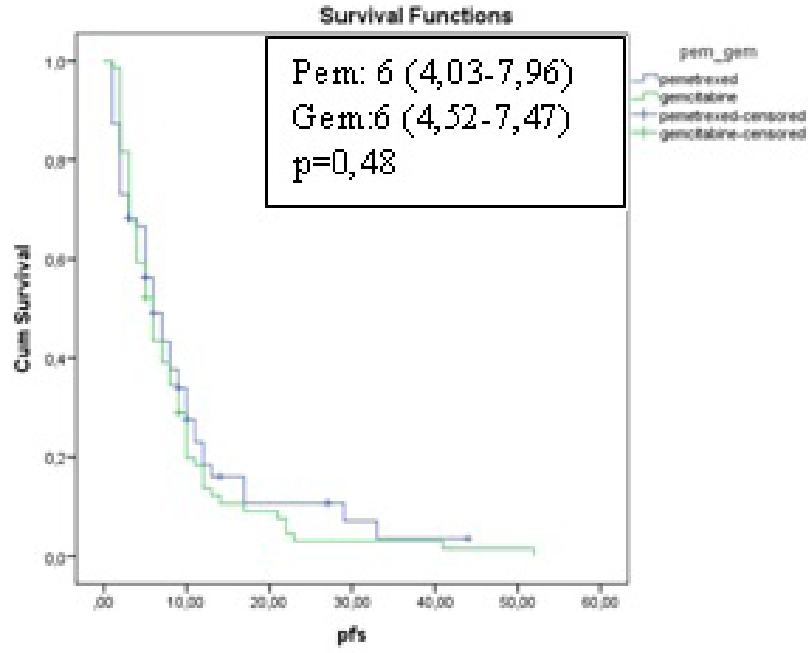
Sonuçlar: Bizim çalışmamız önceki çalışmalara benzer olarak metastatik akciğer adenokanser hastalarında platin-pemetrexed kombinasyonu ile cisplatin gemsitabin kombinasyonunun sağ kalım farkı oluşturmadığı iki rejiminde ilk sırada kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: akciğer adenokanser, pemetrexed, gemsitabin, birinci basamak

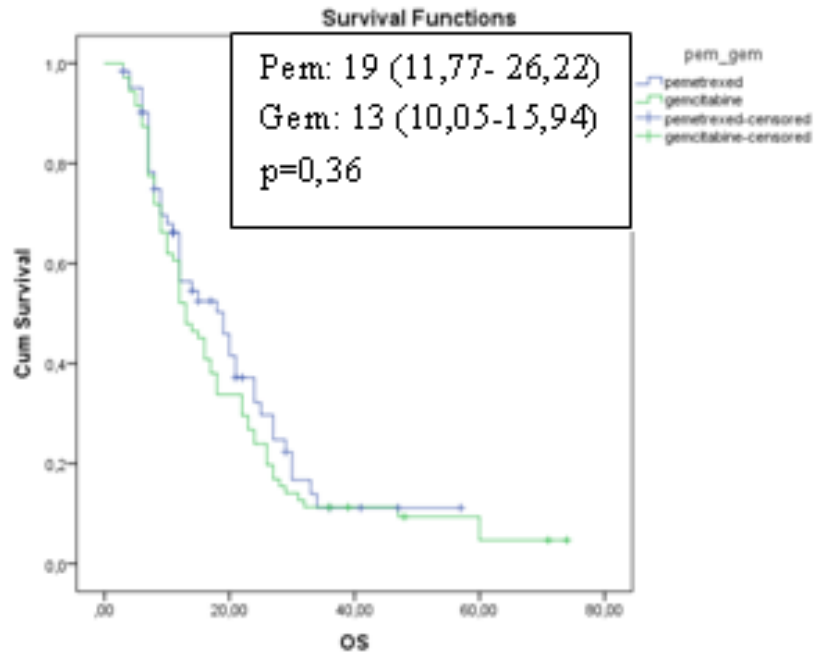
Genel özellikler

Genel Özellikleri	Pemetrexed ile başlananlar n:63 (%)	Gemsitabin ile başlananlar n:71 (%)
Yaş, yıl (median, min-max)	60 (34-76)	56 (28-79)
65 yaş altı	47 (75)	58 (82)
65 yaş üstü	16 (25)	13 (18)
Cinsiyet		
Erkek	49 (78)	60 (85)
Kadın	14 (22)	11 (15)
Sigara Durumu		
İçmiş	48 (76)	54 (76)
Hiç içmemiş	15 (24)	17 (24)
Performans Durumu		
0	29 (46)	25 (35)
1	28 (44)	38 (54)
2	6 (10)	8 (11)
Cevap Durumu		
Parsiyel cevap	15 (24)	19 (27)
Stabil hastalık	25 (40)	36 (51)
Progresif hastalık	23 (36)	16 (22)
Metastatik bölgeler		
Karşı akciğer	18 (29)	19 (27)
Karaciğer	11 (17)	13 (18)
Kemik	37 (59)	44 (62)
Beyin	17 (27)	21 (30)
Plevra	11 (17)	13 (18)
Kemik iliği	2 (2)	1 (1)

Pemetrexed ve Gemcitabin grubunda PFS



Pem ve Gem grubunda OS



EP-005

REMİSYONDA PRİMER AKCİĞER SQUAMÖZ KARSİNOMA VE İZOLE BÖBREK METASTAZI: VAKA SUNUMU

ABİDİN EGEMEN İŞGÖREN¹, BURAK HOŞCAN¹, AYŞEGÜL KARGI², TOLGAY AKIN³, SAİM YILMAZ⁴, AKIN YILDIZ⁵, MUSTAFA ÖZDOĞAN², ALİHAN GÜRKAN³

1 MEMORİAL MEDSTAR HASTANESİ, ÜROLOJİ, ANTALYA

2 MEMORİAL MEDSTAR HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA

3 MEMORİAL HASTANESİ, GENEL CERRAHİ, ANTALYA

4 MEMORİAL MEDSTAR HASTANESİ, RADYOLOJİ, ANTALYA

5 MEMORİAL MEDSTAR HASTANESİ, NÜKLEER TIP, ANTALYA

Amaç: Akciğer kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ü uzak metastaza bağlı semptomlar gösterir. Beyin, karaciğer, sürrenal bezler, kemikler, kemik iliği, karşı akciğer ve böbrekler en sık metastaz görülen organ ve bölgeler olmakla birlikte, vücudun her yerine metastaz olabilir. Akciğer kanseri izole böbrek metastazı ise son derece nadir görülen bir durumdur. Burada erken evre akciğer kanseri nedeni ile opere olan hastada 5 yıl sonra izole böbrek metastazı tespit edilmiştir. Literatürde nadir görülmesi nedeni ile vaka sunumu yapılmıştır.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta 5 yıl önce akciğer squamöz karsinoma tanısı ile opere, pT2N0M0, remisyonda takipteki hastanın yapılan kontrol tomografisinde sağ renal kitle ve paraaortik vena kava üzerine oturan konglomere lenf nodu tespit edildi. Biyopsi yassı hücreli ile akciğer karsinom metastazı ile uyumlu geldi. 3 kür neoadjuvan Gemsitabin ve cisplatin alan hastanın kontrol PET BT'sinde tedavi altında tümöral lezyonun progresse olduğu görüldü. Hastaya cerrahi önerildi, sağ radikal nefrektomi, paraaortik lenfadenektomi ve ven grefti uygulandı. Patoloji neticesi grade 1

epidermoid karsinoma metastazı ile uyumlu, tümör 5x4 cm boyunda, ve 2 adet lenf nodu metastazı tespit edildi. Adjuvan tedavi planlanan hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Renal kan akımı kardiyak outputun yaklaşık % 20'sini alması nedeni ile kanserli hastalarda böbrek metastazı son derece nadir görülmektedir. Renal metastazların çoğu genellikle yaygın ve bilateral olarak görülmektedir. Genellikle erkeklerde kadınlara nazaran 3 katı kadar sık görülmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında hematüri yakınması mevcuttur, % 18'i ise asemptomatiktir. Histolojik subtip % 57.6'sında squamöz cell karsinoma, %28.8'inde adenokarsinoma, % 5.1 küçük hücreli akciğer karsinoma bağlıdır. Tanı konulan hastaların % 66'sına nefrektomi yapılmıştır. Prognoz kötüdür, nefrektomi yapılan hastalarda 1 yıllık sağkalım % 33.4, tüm hastalarda ise % 19.2 olarak bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, squamöz cell ca, izole böbrek metastazı

EP-006

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İKİ HAFTALIK REJİMDE CİSPLATİN İLE KOMBİNASYON HALİNDE 2 FARKLI GEMSİTABİN DOZUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

ENDER DOĞAN, MAHMUT UÇAR, TEOMAN ŞAKALAR, SÜMEYRA DERİN,
MEVLÜDE İNANÇ, METİN ÖZKAN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer karsinom (KHDAK) tüm akciğer kanserlerinin %80-85'ini oluşturur. İleri evre KHDAK hastaları kemoterapiden fayda görebilmektedir. KHDAK'de cisplatin gemsitabin kombinasyonu iyi bilinen ve yaygın kullanılan bir rejimdir. Son zamanlarda iki haftalık uygulama daha çok tercih edilen şemadır. Ancak en etkili ve en tolere edilebilen doz henüz net değildir. Çalışmamızdaki amaç iki haftalık rejimde cisplatin ile kombinasyonda 1000 mg/m² gemsitabin ile 1500 mg/m² gemsitabini etkinlik ve tolerans açısından karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Cisplatin 50 mg/m² ile birlikte 1. Gün 1000 mg/m² gemsitabin alanlar bir grup, 1500 mg/m² alanlar diğer grup olarak ikiye ayrıldı. Tedavi 2 haftada bir 4 uygulama olarak verildi. Genel cevap oranları, progresyonsuz sağkalım (PFS), genel sağkalım (OS) ve toksisiteler karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüz on dört evre 3b ve 4 hasta çalışmaya dahil edildi. 72 (63%) hasta 1000 mg/m²'den, 42 (37%) hasta 1500 mg/m²

den gemsitabin almıştı. Genel cevap oranı, PFS ve OS 1000 mg/m² grubunda sırasıyla 24%, 6 ay, 13 ay; 1500 mg/m² grubunda sırasıyla 36%, 6 ay, 15 ay idi. Grade 3-4 nötropeni ve trombositopeni 1000 mg/m² grubunda 4%, 1500 mg/m² grubunda 9% idi (Tablo 1, Figür 1).

Sonuçlar: Çalışmamızda hem 1000 mg/m² hem de 1500 mg/m² gemsitabin dozu biweekly rejimde iyi tolere edildi. 1000 mg/m² gemsitabin uygulanan hastalarda 1500 mg/m² ye göre daha düşük cevap oranları gözlenmesine rağmen, PFS ve OS benzerdi. 1500 mg/m² gemsitabin alan grupta daha güzel sonuçlar saptandı ancak 1000 mg/m² gemsitabin ileri yaş ve kötü performansla sahip hastalarda alternatif bir rejim olarak düşünülebilir.

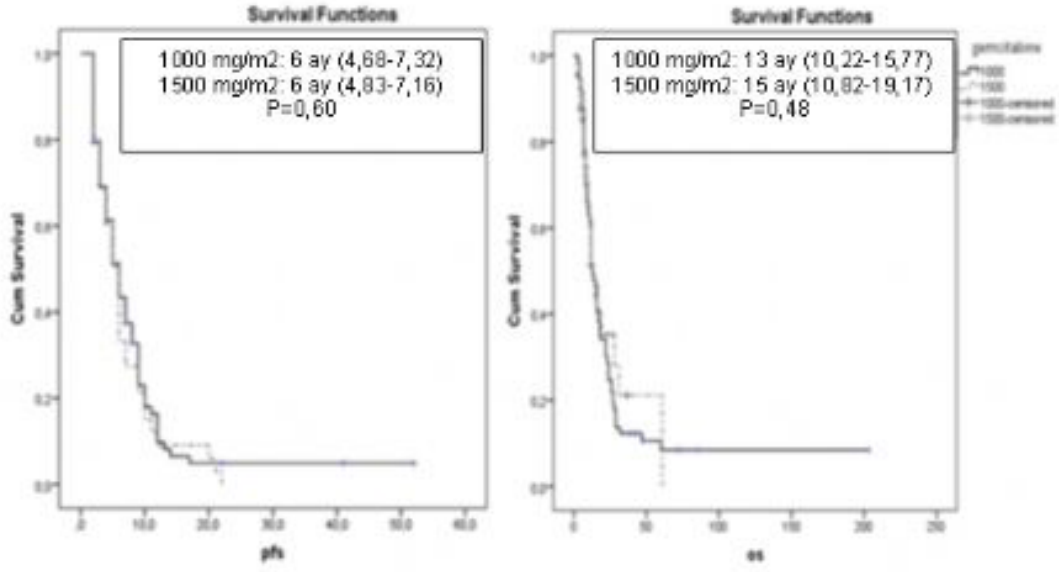
Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, 1000 mg/m², 1500 mg/m², gemsitabin

Poster Bildiriler - Akciğer Kanseri

Genel Özellikler

Parametreler	1000 mg/m2 N=72 (%63)	1500 mg/m2 N=42 (%37)	p	Total N=114 (%)
Yaş, yıl (median, min-max)	55 (28-82)	61 (43-78)	0,02	59 (28-82)
Cinsiyet				
Erkek	63(88)	41 (98)		104 (91)
Kadın	9 (12)	1 (2)	0,09	10 (9)
Evre				
3B	5 (7)	9 (21)		14 (12)
4	67 (93)	33 (79)	0,02	100(88)
ECOG performans				
0-1	62 (86)	42 (100)		104 (91)
2	10 (14)	0	0,01	10 (9)
Histolojik alt tip				
Adenokanser		5 (12)		67 (59)
Squamos	62 (86)	34 (81)		44 (39)
Diğer	10 (14)	3 (7)		3 (2)
Metastaz bölgeleri				
lenf nodu	28 (39)	29 (69)		57 (50)
plevra	13 (18)	1 (2)		14 (12)
karaciğer	9 (13)	3 (7)		12 (11)
surrenal	19 (26)	7 (17)		26 (23)
beyin	17 (24)	8 (17)		25 (22)
kemik	43 (60)	13 (31)		56 (49)
kemik iliği	1 (1)	0		1 (1)
karşı akciğer	23 (32)	15 (36)		38 (33)
Metastatik bölge sayısı				
1	22 (31)	16 (38)		38 (29)
2	30 (42)	18 (43)		52 (46)
>2	20 (27)	8 (19)		24 (21)
Visseral metastaz sayısı				
0	19 (26)	14 (33)		33 (29)
1	31 (43)	21 (50)		52 (46)
2	17 (27)	7 (17)		24 (21)
>2	5 (4)	0		5 (4)
Tümör Cevabı				
PD	20 (28)	11 (26)		31 (27)
SD	35 (49)	16 (38)		51 (45)
PR	17 (24)	15 (36)		32 (28)
Grad 3-4 yan etki				
Nötropeni	3 (4)	3 (7)		6 (5)
Trombositopeni	0	1 (2)		1 (1)
Doz intensitesi (mg/m2/hf)				
Gemcitabin	497,8 (99,5)	739,1 (98,5)		
Cisplatin	24,9 (99,8)	24,4 (97,9)		

1000 mg/m² ve 1500 mg/m² gemsitabin dozlarında PFS ve OS



EP-007

NİVOLUMAB ERKEN ERİŞİM PROGRAMI: UZUN DÖNEM TAKİP VERİLERİ

CEM MİRİLİ¹, SEMRA PAYDAŞ¹, İSA BURAK GÜNEY², ALİ OĞUL¹, SERKAN GÖKCAY¹, MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK¹, EVREN YETİŞİR¹, MERT TOHUMCUOĞLU¹, BİLGİN KARAALİOĞLU¹

1ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ADANA
2ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANA BİLİM DALI, ADANA

Tüm dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık sebebi olup %80 ini Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) oluşturmaktadır. Sitotoksik ve/veya hedefe yönelik ilaçlara rağmen yaşam süresine katkı sınırlı olmuştur. İmmünoterapi, tümör hücrelerinin immun sistem tarafından tanınıp bağışıklık hücrelerinin harekete geçirilerek ortadan kaldırılmasını temel alan tedavi yöntemidir. İmmun checkpoint inhibitörlerinden sitotoksik T lenfosit antijen 4 (CTLA-4) ve programlı ölüm reseptörü 1 (PD-1) hedefleyen tedaviler diğer tümörlerin yanısıra KHDAK'inde de kullanılmakta ve başarılı sonuçlar alınmaktadır. Nivolumab, FDA tarafından KHDAK tedavisinde onaylanan PD-1 IgG4 monoklonal antikordur. Bu çalışmayla erken erişim programı ile nivolumab tedavisi uygulanan olguların geç sonuçları verilmiştir.

Hastalar ve **Yöntem:** KHDAK tanılı ve klasik kemoterapi sonrası ilerleme saptanan Ağustos 2015 ile Ocak 2018 arasında erken erişim programı ile Nivolumab kullanan 20 hasta değerlendirildi. Nivolumab 3 mg/kg dozda 2 haftada bir uygulandı. Her tedavi öncesi hastaların klinik ve biyokimyasal özellikleri değerlendirildi. Nivolumab Tedavisi öncesi ve her 6 sıklusta radyolojik değerlendirme yapıldı. Nötrofil lenfosit oranı (NLR), nötrofilin lenfosit bölünmesi elde edilmiştir.

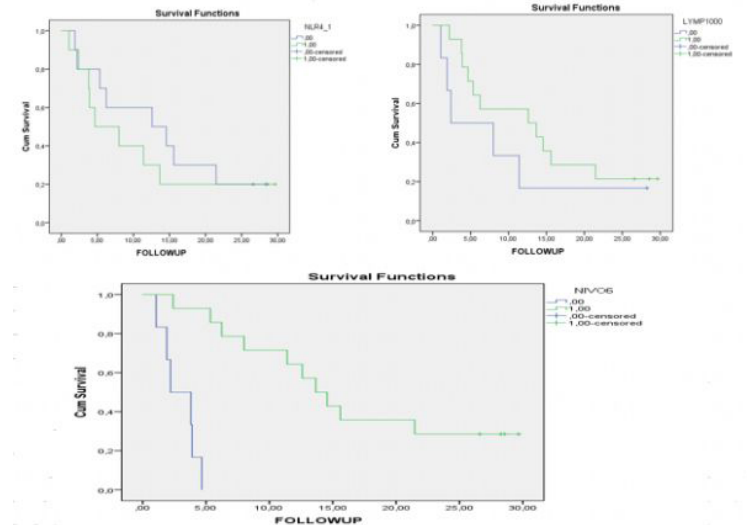
Sonuçlar: Hastaların ortanca yaşı 61 olup 3'ü kadın 17'si erkektir. Histopatolojik olarak 12 olguda adenokarsinom 1 olguda yassı hücreli kanser, 7 olguda diğer KHDAK alt tipi saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların Ocak 2018 de son analizinde 4 ü sağ, 16 sı vefat etmiştir. Bu süreçte median 15 kür (1-51) nivolumab kullanılmış olup median takip süresi 9,7 ay (range 1-29), median genel sağkalım (GS) 8 aydır. Nivolumab öncesi hastaların %60 ı bir sıra %40 ise 2 ve daha fazla sıra kemoterapi kullanmıştır. NLR \geq 4 olan grupta median GS 4,6 iken <4 grubunda ise 12,6 aydır (p: 0,534). Lenfosit \geq 1000 grupta median GS 12,6 ay olup <1000 grubunda ise 2,4 aydır (p:0,297). Nivolumab tedavisini 6 sıklustan fazla alan grubun median GS 13,6; 6 sıklustan az alan

grubun ise 2,4 aydır (p:0,000) (Tablo 2). Toksikite değerlendirildiğinde ciddi yan etki saptanmamış, 7 (%35) olguda subakut tiroidit gelişmiş, birinde steroid kullanım ihtiyacı doğmuştur. Dört hastada halsizlik yan etkisi oluşmuştur.

Yorum: Nivolumab, yoğun tedavi almış hastalarda dahil olmak üzere Akciğer Kanseri olgularında etkinliğini kanıtlamıştır. Bizim 20 olguluk serimizde de ilacın endikasyon çalışmalarına benzer yönetilebilir yan etki profili saptanmış ve GS sonuçları standart kemoterapilerden uzun bulunmuştur. Her ne NLR ve Lenfosit sayısının GS' a etkisi istatistiksel anlamlı olmasa da Resim 1 de görüldüğü gibi gruplar arasında GS farklıdır. Hasta sayısının az olması istatistiksel anlamlılığı gölgelemiş olabilir. Nivolumab tedavisini 6 sıklustan fazla alan grupta GS belirgin olarak uzundur. Hastaların daha erken dönemde immünoterapi almaları GS avantajı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Nivolumab, NLR, PD-1, PD-L1

Resim 1. nivolumab kullanan olgularda NLR, Lenfosit ve Kür sayısının Genel Sağkalıma etkisi



NLR-4, Neutrophil Lymphocyte Ratio (cut off: 4); LYMP1000, Lenfosit >1000; NIVO6, 6 kür Nivolumab tedavisi

Hastaların Klinik ve Demografik verileri

- n %
- YAŞ
- Median 61
- Range 46-74
- CİNSİYET
- Kadın 3 15
- Erkek 17 85
- HİSTOLOJİ
- Adenokarsinom 12 65
- Squamoz 1 5
- Diğer 7 30
- KEMOTERAPİ
- Platin bazlı kt 17
- TKİ 5
- Cerrahi 7
- Radyoterapi 6
- EGFR DURUMU
- Mutant 5 25
- Wild tip 6 30
- Bilinmeyen 9 45
- ALK DURUMU
- Mutant 0 0
- Wild tip 11 55
- Bilinmeyen 9 45
- ECOG
- 0-1 14 70
- 2 6 30

NLR, Lenfosit ve Nivolumabın kür sayısının Genel Sağkalım ile ilişkisi

- GS
- Total(n) Total(%) Olay(n) Mean Median p
- NLR-4
- <4 10 50 8 13,7 12,6 0.534
- >=4 10 50 8 10,8 4,6
- Lenfosit
- <1000 6 30 11 8,8 2,4 0,297
- >=1000 14 70 5 13,7 12,6
- NIVO6
- <6 25 30 10 2,9 2,2 0.000
- >=6 29 70 24 16,4 13,6

NLR-4, Neutrophil Lymphocyte Ratio (cut off: 4); NIVO6, 6 kür Nivolumab tedavisi; GS, Genel sağkalım

EP-009

**ALK(+) AKCİĞER ADENOKANSERLİ HASTADA CRİZOTİNİB SONRASI
ŞİLOTORAX: VAKA SUNUMU**

NALAN AKGÜL BABACAN¹, ÖZLEM ERCELEP¹, SERAP KAYA¹, MEHMET AKİF ÖZTÜRK²,
ÖZKAN ALAN², TUĞBA AKIN TELLİ², EDA TANRIKULU², RAHİP HASANOV²,
ESRA YAMANSAVCI ŞİRZAI³, HASAN BATIREL³, FAYSAL DANE², FULDEN YUMUK²

1 SB MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ
2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BD
3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ ABD

Amaç: Crizotinib, ALK, ROS-1 ve c-Met hedefleyen etkin bir tirozin kinaz inhibitörüdür ve bu mutasyonların varlığında metastatik hastalar için standart ilk seçim tedavidir. Crizotinibin sık yan etkileri görme bozuklukları, bulantı, kusma, diyare, ödem, gibi semptomlardır. Crizotinib sonrası şilotorax şimdiye kadar literatürde bildirilmemiştir. Biz burada, crizotinib ile çok iyi klinik yanıt alınan, ancak tedavi sonrası spontan şilotoraxı olan akciğer kanserli vakamızı sunmayı planladık.

Olgu: Elliye yaşında, DM tip II, P Emboli, Ampiyem, karaciğer, plevra ve kemik metastatik ALK (+) akciğer adenoca tanılı hastaya hepatik yetmezlik nedeniyle 1. seride sisplatin haftalık kemoterapi planlandı. Ancak ototoksikite ve ikterin artması nedeniyle sisplatin durdurularak konseyde kararıyla (T bil 7 mg/dl) crizotinib tedavisine karar verildi. 21.2.2017 tarihinde crizotinib 250 mg 2x1 başlamasını takiben ikteri gerileyen ve toraks tüpleri çekilen hastanın tedavinin 1. ayında ECOG'u 1 idi ve muayenesinde HM tamamen gerilemişti. Tedavinin 3. ayında çekilen (23.5.2017) PET/BT'sinde sol akciğerde gelişen FDG tutmayan plevral efüzyon akciğerde inflamatuvar bulgular ve karaciğerde belirgin, kemik lezyonlarda tam morfometabolik yanıt bulguları saptandı. Genel durumun iyiliğine rağmen sık akciğer enfeksiyonları nedeniyle yatışları olan ve beslenme desteğine rağmen açıklanamayan hipoalbuminemisi (2gr/dl) ve pretibial ödemleri olan hastanın 13.9.2017 tarihinde solunum sıkıntısı arttı ve torax tüpünde şilöz drenaj gözlendi. Oral gıdanın kesilmesine ve somatostatin analoglarına rağmen azalmayan şilöz drenaj nedeniyle hastaya, uzun zincirli yağ asitlerinden yoksun, orta zincirli yağ asidi içeren, proteinden, karbohidrattan zengin diyet başlandı ve albumin desteği yapıldı. Multidisipliner konsey kararı ile hastaya laparoskopik lenfatik ligasyon yapılmasına karar verildi. 16.11.2017 tarihli PET/CT'de diğer metastatik alanlarda stabil bulgular olmasına rağmen karaciğer segment 5-6 sınırında 1.5 cm yeni gelişen metastatik nodül rapor edildi. Progrese tek lezyona radyofrekans ablasyon planlandı. Hasta 27.10.2017'de laparotomi yapıldı, perioperatif lenfatik kanalın seçileme-

diği ve batının şilöz mayi ile dolu olduğu görüldü, şilöz kaçağın çok odaklı ve direk tümör invazyonu ile görünürde ilişkisiz olduğu gözlemlendi. Lenfatik ligasyon yapılamayan hastanın toraks ve batin sıvısı boşaltılarak toraksa plorodezis işlemi yapıldı. Travma, cerrahi girişim, enfeksiyon ekarte edildiğinden olguda tedavi veya tümör ilişkili şilotorax olabileceği düşünüldü. crizotinibe ara verildiği dönemde sıvı drenaj miktarı azaldı ancak tekrar tedavi başlandığında miktar artmadı (Resim 1). Bu bulgularla şilotoraksın çok nedeni olduğuna kanaat edildi.

Sonuç: Spontan şilotoraks akciğer kanserinde nadir görülür. Crizotinibe bağlı şilotorax literatürde daha önce bildirilmemiştir. şilotoraks izlenen hastalarda travma ve cerrahi ekarte edilmişse tümör ya da tedavi nedeni sebepler akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, crizotinib, şilotoraks

Resim1: şilöz drenaj



EP-010 BEYİN METASTAZI GELİŞEN PLEVRAL MALİGN MEZOTELYOMA ÖLĞÜ SUNUMU

GÖKHAN KARAKAYA, MUSTAFA SERKAN ALEMDAR, FATMA YALÇIN MÜSRİ,
SEMA SEZGİN GÖKSU, ALİ MURAT TATLI, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Mezotelyoma plevra, perikard, periton ve tunica vaginalis testisin mezotelyumundan kaynaklanan nadir bir tümördür. Yüzde seksen oranında plevradan kaynaklanır. Tümörün en büyük sebebi asbest maruziyetidir. Mezotelyoma doğrudan lokal invazyon yoluyla yayılım gösterip, uzak metastaz nadirdir. Hematojen yolla uzak metastaz görülebilmekle birlikte, santral sinir sistemi (SSS) metastazı nadirdir.

Biz malign mezotelyomanın beyin metastazı nadir görüldüğü, literatürde vakalar bazında bildirildiği için, patolojik olarak metastazı konfirme ettiğimiz olguyu sunmak istedik.

Olgu: 53 yaş, kadın hasta, Elazığ doğumlu, Antalya da yaşıyor. ev hanımı, sigara kullanmıyor, beyaz topraktan yapılmış evde 25 yıl yaşamış. 2016 ağustos ayında nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile göğüs hastalıklarına başvurdu. Göğüs hastalıkları tarafından çekilen toraks BT de (Resim-1) sağ akciğer alt lobda plevral tabanlı kitleler izlendi. Hastanın soygeçmişe bakıldığında erkek kardeşi ve amcasının oğlu mezotelyomadan ex olmuştu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ alt zonda solunum sesleri azalmıştı, dinlemekle sağ akciğerde kaba ralleri mevcuttu. Hastaya transtorasik iğne biyopsisi yapıldı, sonucu malign mezotelyoma ile uyumlu olarak geldi.

Hastaya tanı konduktan sonra sisplatin+pemetreksed kemoterapisi başlandı. İlk 3 kür sonunda çekilen pet bt de progresyon saptandı. Bunun üzerine hasta sisplatin+gemsitabin tedavisine geçildi. İlk 3 kür sonrası yanıtı olan hastada tedavi 6 küre tamamlandı. 6.kür sonrası çekilen pet bt de plevral tabanlı lezyonların boyut ve sıklığında artış, plevral ve perikardiyal efüzyon saptandı. Hastanın performans skoru gerilemesi ve kaşeksisi arttığından dolayı tedaviye devam edilemedi.

Hasta, tedavinin kesilmesinden 2 ay sonra eylül 2017 de çift görme, baş ağrısı ve konuşma bozukluğu ile acil servise başvurdu. Acil serviste çekilen beyin bt de hemorajik metastaz alanları ve malign

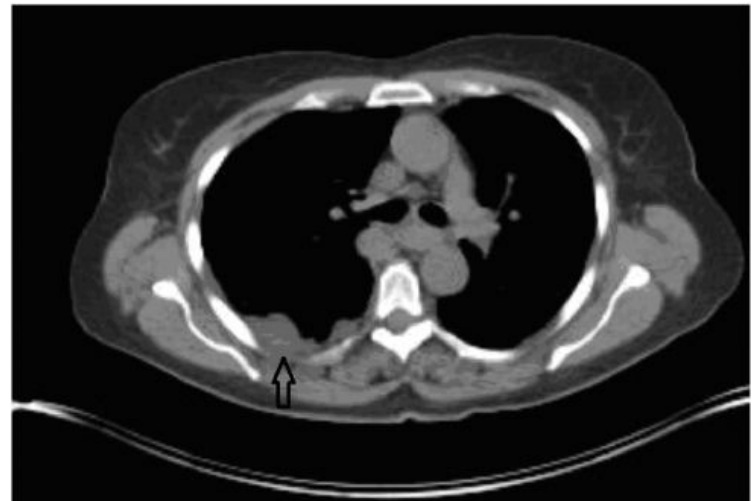
ödem saptanması üzerine beyin cerrahisi tarafından interne edildi. Beyin MR planlanan hastanın çekilen beyin mr nda sol oksipitoparietal lobda (Resim-2) belirgin olmak üzere hemorajik metastazlar izlendi. Bunun üzerine hastaya beyin cerrahisi tarafından beyindeki kitleden nöronavigasyon ile biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu malign mezotelyoma metastazı olarak geldi. Hastaya palyatif kranial RT başlandı. RT nin 3.gününde hastanın bilinç durumu bozulduğu için tedaviye devam edilemedi. Hasta yoğun bakıma alındı ve Kasım 2017 de yoğun bakım yatışının 14.gününde hasta ex oldu.

Sonuç: Mezotelyoma sıklıkla lokal yayılım gösterip, SSS metastazının literatür incelendiğinde çok nadir görüldüğü (retrospektif bir analizde %2.7) ve oldukça mortal seyrettiği görülmektedir.

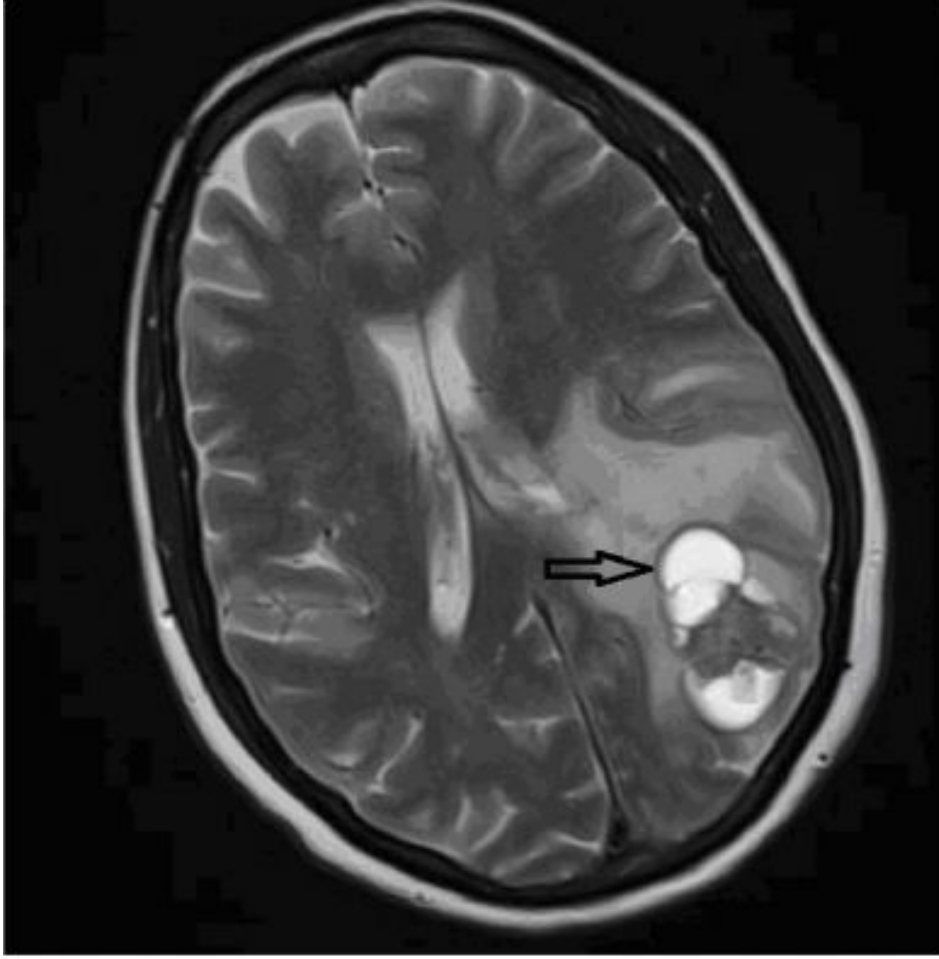
Klinisyenler tarafından kötü prognostik faktörlere sahip olan hastalarda nadirde olsa SSS metastazı ve uzak metastaz gelişebileceği akılda tutulmalı ve gereğinde kranial görüntülemeler yapıp, prognozu kötü olduğu için palyatif tedaviye başlamada hızlı davranılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beyin metastazı, Hematojen yayılım, Plevral malign mezotelyoma

Resim-1



Resim-2



EP-011

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE ANTİGLİAL NÜKLEER ANTİKOR POZİTİF PARANEOPLASTİK ENSEFALİT

CEREN ERDOĞAN¹, BURCU ÇİLEK¹, GÖKMEN UMUT ERDEM²,
ESMA TÜRKMEN BEKMEZ², DİNÇER AYDIN²

1 KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, KOCAELİ
2 KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

Giriş: Paraneoplastik sendromlar (PNS) bir tümörün lokal invazyon ya da metastaz bulgusu olmaksızın sinir sistemi veya kas üzerindeki indirekt etkisinden kaynaklanır. Kanseri türüne göre görülme sıklığı değişen PNS, en sık küçük hücreli akciğer karsinomunda görülmektedir.

Olgu: 58 yaşındaki erkek hasta öksürük, balgam, nefes darlığı yakınmasıyla başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde yapılan tetkiklerde sağ akciğer hiler bölgede 5-6 cm kitle ve multiple lenf nodu saptanıp bronkoskopi yapılmış. Bronkoskopide sağ üst lob endobronşial tümörden alınan biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer kanseri saptanan hasta onkoloji kliniğimize yönlendirilmiş. Evreleme amacıyla yapılan tetkiklerinde ipsilateral pulmoner metastazlar, malign subplevral efüzyon, karaciğer, adrenal ve kemik metastazları saptandı. Kranial MR'da patoloji saptanmadı. Metastatik küçük hücreli akciğer kanseri olarak değerlendirilip 1. kür sisplatin ve etoposid kemoterapisi (KT) uygulanan hasta tedavinin 2. gününde yer-zaman oryantasyonunun bozulması, bilinç durumunun konfüze olması, apati, ekolali, ellerde istemsiz hareketler nedeni ile hasta yakınları tarafından acil servise getirildi. Servise yatırılan hastanın takibinde aynı gün jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi nedeniyle nöroloji bölümüne konsülte edildi. Levetirasetam 2x500 mg, trazodon 1x50 mg ve lüzum halinde intravenöz (İV) diazepam

önerildi. Hastanın 3.gün etoposid dozu verilmedi. Santral sinir sistemi veya meningeal metastaz açısından yapılan tetkik ve görüntülemelerinde mevcut tabloyu açıklayacak patoloji saptanmayan hastanın paraneoplastik kan paneli gönderilerek 3 gün 1 gram pulse steroid tedavisi verildi. Steroid tedavisi sürecinde mevcut nörolojik şikayetleri düzelen hastada steroid dozu azaltılarak oral tedaviye geçildi. Paraneoplastik kan panelinde antiglial nükleer (SOX1) antikoru pozitif saptandı. 3. kür KT sonrası parsiyel cevap alınan hastanın 4. kür KT'si sonrasında daha önceki şikayetlerinin tekrarlamaı nedeni ile ikinci kez pulse steroid verildi ve şikayetleri geriledi. 6. Kür KT sonrası progrese olan hasta palyatif izleme alındı.

Sonuç: Küçük hücreli akciğer karsinomunda, paraneoplastik nörolojik sendromlar %3-5 arasında gözlenmektedir. Santral veya periferik sinir sistemi üzerinde herhangi bir alanı veya nöromuskuler kavsığı etkileyerek farklı klinik ile prezente olabilir. Tanısal amaç ile bakılan antiglial nükleer antikor pozitifliği paranöroplastik nörolojik sendrom tanısını destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli akciğer kanseri, paraneoplastik sendrom, steroid

EP-012

OPERE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER RETROSPEKTİF TEK MERKEZ SONUÇLARI

ÖZKAN ALAN¹, ÖZLEM ERCELEP², TUĞBA AKIN TELLİ¹, EDA TANRIKULU ŞİMŞEK¹, RAHİB HASANOV¹, TUĞBA BAŞOĞLU TÜYLÜ¹, MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, SERAP KAYA², NALAN AKGÜL BABACAN², TUNÇ LAÇIN³, EMİNE BOZKURLAR⁴, FAYSAL DANE¹, PERRAN FULDEN YUMUK¹

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

4 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tüm akciğer kanserlerinin %85'ini oluşturmaktadır. Erken evrede küratif tedavi cerrahi olmasına rağmen nüks sık görülmektedir. Bu çalışmada merkezimizde opere olan KHDAK vakalarının sonuçlarını ve prognoza etkili faktörleri retrospektif olarak değerlendirdik.

Yöntem: 2006-2017 yılları arasında kliniğimize başvuran 208 opere KHDAK hastasının dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Evre, lenfatik, vasküler, perinöral ve plevral invazyon varlığı prognostik faktör olarak araştırıldı. Bulgular SPSS kullanılarak analiz edildi.

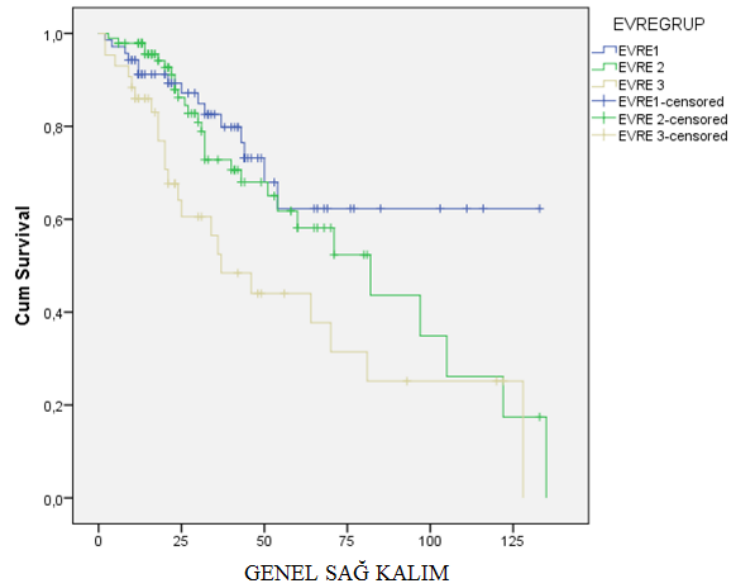
Bulgular: Tanı anında medyan yaş 62'di(39-82) ve hastaların %84'ü erkekti. Sigara kullanan hasta sayısı 186 (%89), erkek hastalarda ise %98'di. En sık görülen patolojik alt tip adenokarsinomdu (Tablo 1). Ortalama takip süresimiz 36 aydı (2-135 ay). Mikroskopik cerrahi sınır pozitif olan 15 hastaya daha sonra rerezeksiyon yapılmış olup tüm hastalar cerrahi sınır negatif kabul edildi. Prognostik faktörlere ait veriler Tablo-1'de verildi. Adjuvan tedavi 135 (%65) hastaya verildi. Wegde rezeksiyon yapılanlar, evre 2, evre 3 ve Evre 1 prognostik faktörleri olan hastalara tedavi verildi. Takip süresince %40 hasta nüks etti. Beş yıllık progresyonsuz sağkalım (PS) oranı %44, genel sağkalım (GS) oranı %56 bulundu (Şekil 1). Evrelere göre beş yıllık PS ve GS oranları Tablo 2'de verildi. Tek değişkenli analizde evre, lenfatik, vasküler ve perinöral invazyon varlığı istatistiksel olarak genel sağkalımda etkili olduğu görüldü ($p < 0,05$). Çok değişkenli analizde ise lenfatik ve perinöral invazyon varlığının bağımsız prognostik faktör olarak bulundu (p sırasıyla 0,049, 0,027).

Sonuç: Akciğer kanseri vakalarının yaklaşık %30 kadarı erken evrede tanı almaktadır. Erken evre hastalıkta küratif tedavi cerrahi olmasına rağmen hastalarda nüks sık görülmektedir. Li-

teratürde erken evre hastalıkta ortalama 5 yıllık sağkalım %55 civarındadır. Evre 2 hastalıkta cerrahi sonrası 5 yıllık sağkalım %50'nin altındadır. Bu oran evre 3 hastalıkta %24'lere düşmektedir. Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde ortalama sağkalım %56 olarak bulundu. Hastalığın evresi, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon varlığı en önemli prognostik faktör olarak bildirilmiştir. Sonuç olarak retrospektif bu çalışmamızda erken evre akciğer kanserinde lenfatik ve perinöral invazyon varlığı bağımsız prognostik faktör olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, prognoz, prognostik faktörler

Şekil 1



Tablo 1

Cinsiyet	Erkek Kadın	175 (%84) 33 (%16)
Sigara	Var Yok	186 (%89) 23 (%11)
Evre	Evre 1 Evre 2 Evre 3	70 (%34) 95 (%45) 43 (%21)
Rezeksiyon tipi	Wedge Rezeksiyon Lobektomi Pnömonektomi	15 (%7) 165 (%79) 28 (%14)
Patolojik Alt tip	Adenokarsinom Skvamöz hücreli Diğer	106 (%51) 89 (%43) 13 (%6)
Lenfatik İnvazyon (n=197)	Var Yok	75 (%38) 122 (%62)
Vasküler İnvazyon (n=196)	Var Yok	64 (%32) 132 (%68)
Perinöral İnvazyon (n=193)	Var Yok	34 (%18) 159(%82)
Plevral İnvazyon (n=200)	Var Yok	72 (%36) 128 (%64)
Nük	Var Yok	84 (%40) 124 (%60)
Son Durum	Sağ Ölü	143 (%69) 65 (%31)

Tablo 2

Evre	Progresyonsuz Sağ Kalım [%]	Genel Sağ Kalım [%]
Evre 1	47	62
Evre 2	52	58
Evre 3	22	44

EP-013

TÜRKİYE'DE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE SÜRÜCÜ MUTASYON SIKLIKLARI

NAZIM CAN DEMİRCAN¹, EBRU TAŞTEKİN², BÜLENT ERDOĞAN¹, NURAY CAN², OSMAN KÖSTEK¹, UFUK USTA², FULYA ÖZ PUYAN², SERNAZ UZUNOĞLU¹, TULİN DENİZ YALTA², İRFAN ÇİÇİN¹

¹ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, EDİRNE

² TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, EDİRNE

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) onkogeninde rol oynayan sürücü mutasyonlar hedefe yönelik tedavi için prediktif değer taşımaktadır. Daha önce Türkiye'de sürücü mutasyon sıklığını yansıtan bir çalışma yoktur. Bu çalışmada merkezimizde saptanan sürücü mutasyon sıklıklarını ve sık görülen mutasyonların analizini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü'ne tüm Türkiye'den Next Generation Sequencing (NGS) analizi için patoloji blokları gönderilen KHDAK tanılı toplam 286 hasta değerlendirildi. Hastaların cinsiyeti ve doğum tarihi, örneğin geldiği merkez, kanserin histolojik tipi, mutasyon saptananlarda ilgili gen ve gendeki değişiklik kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 238'i (%83.2) erkek ve 48'i (%16.8) kadındı. Median yaş 63 idi. 205 hasta (%71.7) adenokarsinom, 3 hasta (%1.1) skuamöz hücreli karsinom ve 78 hasta (%27.2) sınıflanamayan KHDAK tanılıydı. Hastaların 91'inde (%31.8) KRAS, 29'unda (%10.1) EGFR, 13'ünde (%4.5) BRAF, 13'ünde (%4.5) PIK3CA ve 6'sında (%2.1) ALK mutasyonu saptandı. 5 hastada (%1.7) EGFR'ye, 3 hastada (%1) BRAF'a ve 2 hastada (%0.7) PIK3CA'ya eşlik eden KRAS mutasyonu görüldü.

KRAS mutasyon sıklığı erkeklerde %34 ve kadınlarda %20.8 idi, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.073$). KRAS mutant olan ve olmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (61.9 ve 62.7, $p=0.47$). Adenokarsinomların 67'sinde (%32.7) ve sınıflanamayan KHDAK'ların 24'ünde (%30.7) KRAS mutasyonu görüldü. Mutasyonların çoğu (%84.6) kodon 12 ve 13 üzerindedi.

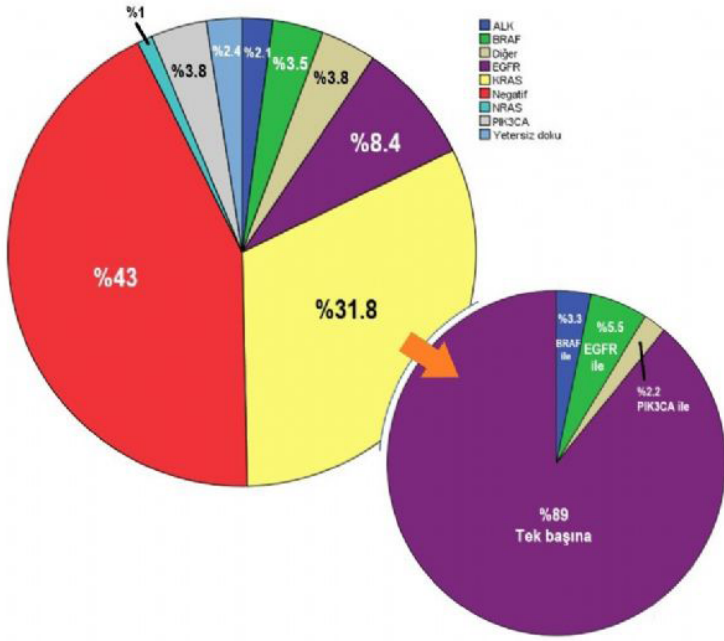
EGFR mutasyonu erkek hastaların 16'sında (%6.7) ve kadın hastaların 13'ünde (%27.1) mevcuttu, aradaki fark yüksek düzeyde anlamlıydı ($p<0.001$). EGFR mutant olan ve olmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (62.7 ve 62.4, $p=0.85$). EGFR mutasyonları içinde en sık ekzon 19'daki delesyonlar (%55.2) ve ikinci en sık ekzon 21'deki mutasyonlar (%34.5) bulunmaktaydı. EGFR mutant hastaların 5'inde (%17.2) eşlik eden KRAS mutasyonu mevcuttu; 2 hasta ekzon 19 delesyonu, 2 hasta L858R ve 1 hasta R836R mutasyonuna sahipti.

BRAF mutant olanlarda V600E ve G460G mutasyonları en sıklıkla (her biri %23.1). 3 hastada (D594A, G460G ve G469A) KRAS mutasyonu eşlik etmekteydi. FISH yöntemi ile araştırılan ALK füzyonu 18 hastada (%6.3), ROS1 füzyonu ise 3 hastada (%1) saptandı. ALK füzyonunun sıklığı kadınlarda %12.5 ve erkeklerde %6 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.05$). Yaş ortalaması ALK füzyonu olanlarda 58.2 ve olmayanlarda 62.7 idi, aradaki fark anlamlı bulundu ($p=0.04$).

Tartışma: Türkiye'de daha önce yapılmamış olan ve ülke genelini yansıtan potansiyeli olan çalışmamızda KHDAK sürücü mutasyonlarının sıklığı batı literatürü ile uyumlu saptanmıştır. Sürücü EGFR mutasyonlarına ve V600E sürücü mutasyonu dışındaki BRAF mutasyonlarına KRAS mutasyonu eşlik etmiştir. EGFR mutasyonu ve ALK füzyonu kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde sık bulunmuştur. ALK pozitifliği daha erken yaşta gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, next generation sequencing, sürücü mutasyon

NGS ile saptanan mutasyonların dağılımı



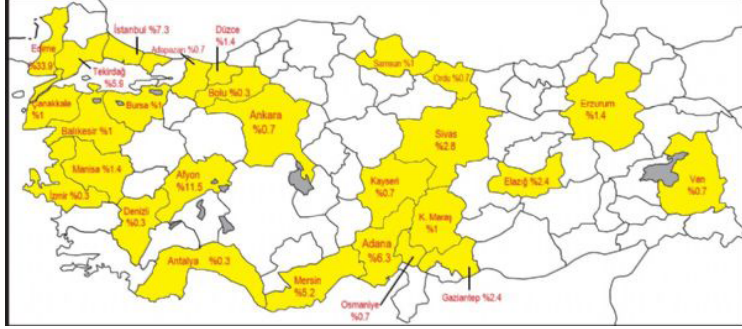
EGFR mutasyon bölgeleri

MUTASYON BÖLGESİ VE TİPİ	HASTA SAYISI	EGFR MUTANT HASTALAR İÇİNDE ORANI (%)
Ekzon 18	2	6.8
G719A	1	3.4
G719C	1	3.4
Ekzon 19	16	55.2
E746_A750del	12	41.4
E746_S752del	1	3.4
L747_P753del	3	10.4
Ekzon 20	2	6.8
S768I	1	3.4
S768I+V769L	1	3.4
Ekzon 21	10	34.5
L858R	6	20.7
L861Q	1	3.4
R836R	3	10.4

BRAF mutasyonlarının alt tipleri

MUTASYON	HASTA SAYISI	BRAF MUTASYONLARI İÇİNDE ORANI (%)
D594A	1	7.7
G460G	3	23.1
G464A	1	7.7
G466V	1	7.7
G469A	2	15.4
G596R	1	7.7
N581I	1	7.7
V600E	3	23.1

Patoloji bloklarının geldiği iller



EP-014

MEDİKAL ONKOLOGLARIN ALK POZİTİF AKCİĞER KANSERLİ HASTALARA YAKLAŞIM PATERNİ

SAADETTİN KILIÇKAP¹, ŞAHİN LAÇIN², UTKU BURAK BOZBULUT², METİN DEMİR², ÖMER DİZDAR¹

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVAKTİF ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç: Anaplastik lenfoma kinaz (ALK) pozitif akciğer kanseri Küçük Hücreli Dışı akciğer Kanselerinde (KHDAK) çok farklı bir alt grubu oluşturur. ALK pozitif hastaların birinci basamak tedavisinde ülkemizdeki standart krizotinib iken bu ilaca karşı direnç önemli bir sorundur. Yeni jenerasyon ALK inhibitörlerinin yakın zamanda kullanılacak olması medikal onkologların bu konudaki seçeneklerini arttırmaktadır. Bu çalışmada anket yöntemi ile ülkemizde çalışan klinisyenlerin bu hastalara yaklaşımını ve yeni tedavi seçenekleri konusunda düşünceleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada klinisyenlerin ALK pozitif hastalarda yaklaşımları ve olası senaryolar karşısındaki tutum ve düşünceleri internet üzerinden anket yöntemi ile değerlendirildi.

Bulgular: Ankete katılan toplam kişi sayısı 176 idi, bu katılımcıların %31'i doçent, %27'si uzman, %16'sı profesör ve %17'si yan dal asistanı idi. Katılımcıların %38'i 5-10 yıl arası tecrübeye sahip iken, %33 ü 5 yıldan daha az tecrübeye sahipti. Yeni tanı almış KHDAK'li hastalarda katılımcıların %56'sı ALK analiz sonucunu beklemeyi, %44'ü sonuçtan bağımsız kemoterapi başlamak tercih etmektedir. Tüm ALK inhibitörlerine ulaşılabilir olması halinde katılımcıların %43'ü ALK pozitif hastaya ilk tedavi olarak krizotinib başlamak tercih ederken, %39'u Alektinib başlamak, %12'si ise mutasyon alt grup analizine göre tedavi ajansı başlamak düşünmektedir. Krizotinib tedavisi altında asemptomatik minimal progresyon gelişmesi durumunda klinisyenlerin %79'u aynı ilaca devam etmeyi düşünürken, %13'ü ikinci basamak ALK inhibitörü kullanmayı ve %8'i tedavi planını yeni biopsi sonucuna göre vermeyi düşünmektedir. Krizotinib altında izole uzak organ metastazı gelişen hastaya klinisyenlerin %75'i lokal tedavi sonrası aynı tedaviye devamı, %15'i lokal tedavi sonrası

ikinci jenerasyon TKİ ve %9'u ise bu alandan yapılan biopsi sonrası tedavi planı yapmayı tercih etmektedir. Çoklu organ metastazı gelişen hastaya yaklaşım sorusuna katılımcıların %58'i ikinci basamak TKİ, %37'si yeni biopsi ve sonucuna göre tedavi etmeyi, ve %5 kişi de kemoterapi başlamak uygun görmektedir.

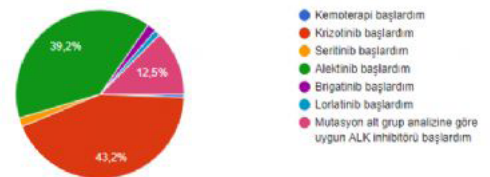
Sonuç: Çok sayıda ALK inhibitörünün klinikte kullanımı birinci basamak tedavi seçimi konusunda hekimleri farklı yaklaşımlar kullanmaya yönlendirmektedir. Birinci basamakta alektinib tercih etmeyi düşünen hekimlerin sıklığı daha yüksektir. Krizotinib altında progresse olan hastalarda metastazın izole veya yaygın olması hekim tercihinin etkilemektedir. Progresyon geliştiren hastalarda yeni bir biyopsi ile mutasyon analizi tedavi seçimini belirleyebilir. Bu durum güncel kılavuzlarla uyum göstermektedir. Sonuçlar ülkemizdeki medikal onkologların literatürü ne kadar yakından takip ettiklerini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, ALK, Medikal Onkolog, Krizotinib, Alektinib

ALK pozitif KHDAK hastasında birinci basamak tedavisi

BİRİNCİ BASAMAKTA:

ALK mutasyonu olan hastalarda
176 yanıt



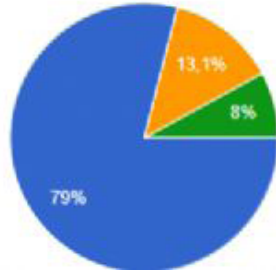
ALK pozitif KHDAK hastasında Krizotinib tedavisi sonrası klinis-

yenilerin tercihleri

KRİZOTİNİB SONRASI:

Krizotinib altında asemptomatik minimal progresyon gelişen hastalarda yaklaşımınız nasıl olurdu?

176 yanıt



- Krizotinibe devam ederdim
- Kemoterapi başlardım
- 2.nci jenerasyon ALK inhibitörü başlardım
- Yeni biyopsi ve mutasyon analizine göre 2.nci jenerasyon ALK inhibitörü başlardım

EP-015

METASTATİK ALK+ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ (KHDAK) HASTALARDA KRİZOTİNİB TEDAVİSİ SONRASI PROGRESYON ALANLARI

OKTAY HALİT AKTEPE, SERDAR KARAKAYA, AYŞE OCAK DURAN, GÜLNİHAL TUFAN, FATİH YILDIZ, BERNA ÖKSÜZOĞLU, UMUT DEMİRCİ

SBÜ DR. A.Y ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç: Metastatik ALK+ KHDAK santral sinir sistem (SSS) tutulumunun yüksekliği ve etkin ALK inhibitörü ajanların varlığı ile özel bir grubu oluşturmaktadır. Bu çalışmada metastatik KHDAK'li hastalarda ALK inhibitörü tedavisi altında progresyon paternlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Method: 2015-2018 yılları arasında SBÜ, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniğinde takip edilen metastatik ALK+ KHDAK'li krizotinib kullanan hastaların verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak incelendi.

Bulgular: Onbiri kadın (%55) toplam 20 hastanın ortanca yaşı 56 (39-69) idi. Tanıda %85 hasta metastatik evredeydi. Tanı anında hastalarda; %30 (n= 6) beyin, %35 (n= 7) akciğer, %20 (n= 4) kemik ve %5 (n= 1) karaciğer metastazı vardı. Krizotinib 5 hastada birinci basamakta, 10 hasta ikinci basamakta, 4 hasta üçüncü basamakta, 1 hasta da altıncı basamakta kullanılmıştı.

Krizotinib yanıtı değerlendirildiğinde; %75 (n= 15) kısmi yanıt, %5 stabil hastalık, %10 progresif hastalık saptandı. ECOG PS 3 olan ve 1 haftadan daha kısa süre krizotinib kullanan 2 hasta ek-

situs olduğu için yanıt değerlendirilemedi. Krizotinib ile ortanca progresyonsuz sağ kalım 13 ay (3.7-22.2 ay), genel sağkalım 14 ay (0-43.2 ay) idi. Üç farklı ALK inhibitörü alan bir hastanın genel sağkalımı 44 aydı. Beş hasta halen krizotinib kullanırken, 3 hasta yeni jenerasyon ALK inhibitörü kullanmaktadır.

Hastaların krizotinib altında progresyon yerleri değerlendirildiğinde; 6 hastada (%30) SSS, 4 hastada (%20) akciğer ve bir 1 hastada (%5) karaciğer progresyonu mevcuttu. SSS progresyonu olan hastaların birinde aynı zamanda kemik metastaz progresyonu da mevcuttu. Bir hastada toksisite nedeni ile tedavi kesilmişti.

Sonuç: Çalışmamızda literatür ile benzer olarak, metastatik ALK+ KHDAK'li hastaların önemli kısmında (%30) tanı anında SSS metastazı saptanmış olup krizotinib tedavisi sırasında da benzer oranda hasta SSS progresyonu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik ALK+ Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri, Krizotinib, Progresyon Alanları

EP-016

AKCİĞER ADENOKARSİNOMUNDA C-MET AMPLİFİKASYONU VE KRİZOTİNİB TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU

ABDULLAH EVREN YETİŞİR, SEMRA PAYDAŞ, MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK,
ALİ OĞUL, MERT TOHUMCUOĞLU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ADANA

Amaç: Driver mutasyonlar ve immunoterapi akciğer kanserinde terapötik seçenekleri zenginleştirmiştir. Akciğer adenokarsinomunda anaplastik lenfoma kinaz (ALK), ROS1 ve epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) düzenlemeleri görülmekle birlikte mezenkimal epitelyal transizyon faktörü (MET) mutasyonu bunlara ek olarak saptanabilmektedir. Küçük molekülü tirozin kinaz inhibitörü (TKİ) EGFR, ALK, ROS1 ve MET'i hedef olarak küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) kullanılmaya başlanmıştır. Krizotinib, oral çok hedefli tirozin kinaz inhibitörüdür.

Olgu: Bizim olgumuz da 43 yaşında metastatik akciğer adenokarsinomu olan METexon 14 de mutasyon saptanan hastadır. Karboplatin ve paklitaksel kemoterapisi ile progresyon saptanması üzerine krizotinib tedavisi başlanmıştır.

Sonuç: Hastanın tedavisi devam etmektedir, tedavi sonrası yanıt değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer adenokarsinomu, c-MET amplifikasyonu, krizotinib

EP-017

ÇİFT PRİMER TÜMÖRÜ OLAN HASTADA YENİ ORTAYA ÇIKAN LEZYON ÜÇÜNCÜ PRİMER Mİ?

ÖZLEM AYDIN İSAK, PERİHAN PERKİN, DOĞAN YAZILITAŞ, CENGİZ KARAÇİN,
GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, SEMA TÜRKER, EBRU ÇILBIR, HAYRİYE ŞAHİNLİ, MUSTAFA ALTINBAŞ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: İkincil kanserler kanser tedavisinin ciddi bir komplikasyonudur, hem morbidite hem de mortaliteyi artırır. Radyoterapi, kemoterapi ve kombine tedaviler sonrası ikincil kanser riskinde artış izlenmiştir. Ancak, tüm ikincil kanserler tedaviye bağlı değildir. Hastaya ait genetik faktörlerin veya çevresel risk faktörlerinin bir araya gelmesi de etkili olabilir. Klinikte takip ettiğimiz çift primerli bir hastada yeni gelişen lezyonun üçüncü primer olabileceğini düşündüğümüz vakayı bildirmektediriz.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 65 yaşında erkek hasta 3.5 yıl önce ses kısıklığı nedeniyle başvurduğu KBB polikliniğinde yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda larinks karsinomu tanısı almış. KBB tarafından suprakrikoid larenjektomi ve bilateral boyun disseksiyonu yapılan hasta ardından adjuvan RT almıştı. Tanı anından 3 yıl sonra hasta Tıbbi Onkoloji polikliniğimizde takipte iken çekilen PET-BT de sol akciğer üst lob anterior segmente 11 mm çapında izlenen kaviter nodul, artmış 18F-FDG tutulumu izlenmiş ve SUVmaks 11.1 ölçülmüş, sol akciğer alt lobda 62x47 mm boyutlarında subplevral kaviter tümöral yumuşak doku kitlesinin solid kesimlerinde artmış 18-FDG tutulumu izlenmiş olup SUVmaks 13.2 ölçülmüştür. Akciğerde farkedilen kitleden alınan biyopsi sonucu squamoz hücreli karsinom olarak geldi ve ikinci primer kabul edildi. Hastaya paklitaksel ve karboplatin eşliğinde kemoradyoterapi başlandı. Hasta 7 hafta tedavi aldıktan sonra tedaviye kendi isteği ile devam etmedi. Son tedaviyi aldıktan 6 ay sonra geldiği kontrolde istenen PET-BT de akciğerdeki lezyonlarda boyut ve SUVmaks da regresyon izlendi fakat daha önceki görüntülemelerde olmayan tiroid sol lobu deviyeye eden intratorasik uzanım gösteren tümöral yumuşak doku yapılanması izlendi (39x31 mm)[suvmax:12], ve biyopsi yapıldı, malignite yönünden pozitif olarak geldi, sitomorfolojik bulgular squamoz hücreli karsinom idi. Bu aşamada

hastanın yeni gelişen lezyonu üçüncü primer miydi, larenks lokal nüks müydü ya da akciğer metastazı mıydı diye düşündü. Hasta Patoloji, Radyoloji ve KBB bölümleri ile konsulte edilerek tekrar değerlendirildi ve akciğerin metastazı olarak kabul edildi.

Sonuç: bildirim yaptığımız vaka da çift primer tümörü vardı. Hastada çift primer tümör olması genetik çevresel veya tedaviye sekonder nedenlere bağlı olabilir veya daha muhtemel sigara içilmesinin tetiklediği ortak alan teorisi nedeniyle olabilir. Daha spesifik markerlar ile özellikle böyle çift primerli hastalarda hangi organ kaynaklı olduğu belirlenebilse bizim bu vakada yaşadığımız tanısız zorluğun ortadan kalkmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, çift primer, larinks kanseri
Trakeayı sağa deviyeye eden lezyon



EP-018

İLERİ EVRE KANSERLİ HASTALARDA METRONOMİK VİNORELBİNE KEMOTERAPİSİNDE UYGUN HASTA ALT GRUBU VAR MIDIR?

MURAT CAN DÜNDAR¹, SÜLEYMAN ALICI², FATMA PAKÖZ³, MURAT KAVAS⁴

1 BAHÇEŞEHİR ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ -İSTANBUL

2 ACIBADEM HASTANESİ -ALTUNİZADE-İSTANBUL

3 MEDICALPARK HASTANESİ GÖZTEPE İSTANBUL

4 SÜREYYAPAŞA EĞİTİM VE ARAŞT. HAST. İSTANBUL

Amaç: Metronomik kemoterapi (MKT), sürekli doz uygulama rejimi gibi kemoterapi ilaçlarının minimum biyolojik etkili dozlar ile uygulanması ve kemoterapiye ara verilmeksizin antitümor aktiviteyi sağlamak için kullanılan bir tedavi şeklidir. MKT değişik kanser tiplerinde araştırılmıştır. Ancak vinorelbine ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu çalışma da ileri evre kanser tanılı hastalarda metronomik vinorelbine, standart kemoterapiler sonrası remisyon elde edilen hastalarda konsolide tedavi olarak veya standart kemoterapiler sonrası progresse olmuş hastalar da etkinliğini ve toksisitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu çalışmada 2010 ve 2015 yılları arasında Göztepe Medicalpark Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde takip edilen ileri evre solid tümör tanılı, metronomik vinorelbine kemoterapisi almış 18 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların kadın erkek oranı 5/4 olup, yaş ortalaması 58(36-84) idi. Hastaların 5'inde meme ca, 8'inde akciğer ca, 3'ünde over ca ve 2'sinde de baş ve boyun tümörü vardı. İki hasta evre III ve 16 hasta evre IV idi. Standart kemoterapi sonrası remisyon elde edilmiş 12 hastada metronomik vinorelbine konsolide tedavi olarak verildi. Geri kalan hastalar standart KT sonrası progresse olan hastalardı ve primer tedavi olarak metronomik vinorelbine aldılar. Vinorelbine metronomik olarak ilk doz 30mg/m² iv daha sonra oral (haftalık 80 mg/m²)haftada 3 gün (pzt-çrb-Cuma), 3hafta alıp,bir hafta ara olacak şekilde planlandı. Hatalar hematolojik ve non-hematolojik toksiste yönünden grade 0-4 olarak derecelendirildiler.

İstatistiki analiz: Kaplan Meier log Rank tek değişkenli sağkalım analizi SPSS 21 kullanılarak yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların medyan PFS süresi 96 gün(34-694), medyan GS süresi 1620 gün(711-2528) idi. PFS oranları 3 aylık %50 ve 6 aylık %23 idi. Erkek hastalarda PFS süresi kadın hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı değildi. Konsolidasyon tedavisi alanlarda PFS 115 gün iken diğer grupta 58 gün idi. Sayısal fark olmasına rağmen istatistiki anlamlılığa erişmemişti. Primer tümör yeri ve visseral organ tutulum sayısı yönünden de PFS süresinde anlamlı fark yok idi. Bir hastada grade 3-4 konstipasyon ve emesis oldu ve tedavi kesilmek zorunda kalındı. Diğer hastalarda tedavi kesilme ve ertelenmesini gerektiren bir toksisite izlenmedi.

Sonuç: Metronomik oral vinorelbine tedavisi iyi tolere edilen hemen hemen toksisitesi yok denecek kadar az olan bir tedavidir. Bu tedavi seçeneği Etkinliği ve toksisite profilinin düşüklüğü nedeni ile ileri evre konsolidasyon tedavisinin düşünüldüğü ve standart kemoterapinin toksisite nedeni ile artık devam edilemeyeceği hastalarda iyi bir seçenek olabilir. Ancak bu konuda literatürde çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışma da bu konuda hasta sayısının yetersizliği ve heterojenitesi nedeni ile yeterince fikir vermemekle birlikte bu konunun daha fazla hasta üzerinde araştırılmasını destekler bir sonuç çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metronomik, kemoterapi, Vinorelbine

EP-019

LOKAL İLERİ AKCİĞER KANSERİNDE TÜMÖR HÜCRELERİNİN PD-L1 POZİTİFLİĞİ, SAĞKALIM ÜZERİNDE İYİ PROGNOSTİK ETKİSİ VARDIR

MUSTAFA KARACA¹, DENİZ TURAL², EMRE AKAR⁶, DAMLA OKAY⁴, İBRAHİM ÇİL²,
NALAN AKYÜREK⁵, AYTUĞ ÜNER³, AHMET ÖZET³

1 S.B.Ü ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ
2 S.B.Ü BAKIRKÖY SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ
3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI
4 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
5 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
6 S.B.Ü BAKIRKÖY SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç: Bu çalışmada evre II veya evre III akciğer kanseri tanısı alan hastaların klinikopatolojik özellikleri ile PD-L1 ve PD-1 ekspresyonlarının immünohistokimyasal olarak tespit edilmesi, prognostik özellikleri ve sağkalımla ilişkilerinin incelenmesi planlandı.

Gereç-Yöntem: Tek merkezli bu çalışmada, evre 2 veya evre 3 küçük hücre dışı akciğer kanseri tanısı almış hastaların;son durumları ve son değerlendirilme tarihleri hasta dosyası ve dijital kayıtlardan retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların tümör materyalleri PD-1 ve PD-L1 antikolarıyla immünohistokimyasal olarak boyanarak, boyanma yüzdeleri belirlendi.

Univariate analizde GS üzerinde anlamlı olan parametreler multivariate analizde değerlendirildi.

Bulgular: Altmış altısı erkek (%89,2) ve 8'i kadın (%10,8) olmak üzere toplamda 74 hasta çalışmaya dahil edildi. Otuz üçü evre II (%44,6) ve 41'i evre III (%55,6) olarak tanı alan hastaların %45,9'u (n:34) PD-L1 eksprese ederken, %54,1'i (n:40) PD-L1 ile negatif boyandı. PD-L1'in tümör inflamatuvar hücrelerinde pozitif olması %67,6 hastada (n:50) görülürken, %32,4 hastada (n:24) ise negatifti. PD-1 ise hastaların %83,8'inde (n:62) pozitif iken %16,2'sinde (n:12) negatifti.

Tüm hastalar için 3 yıllık genel sağkalım %57,7 olarak hesaplandı. Univariate analizde tümör hücrelerinin PD-L1 ile pozitif boyanması ve PD-L1 negatif olması arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi (3 yıllık GS %76,6 vs %41, p=0.031).Multivariate analizde ise evre (HR:3.59, %95 CI:1,269-10,159; p=0.016) ve ECOG performans durumu (HR:4,489, %95 CI:1,689-11,926; p=0.003) 3 yıllık GS üzerine anlamlı saptanırken; PD-L1 pozitifliği anlamlılık yönünde bir trend saptandı (HR:0,405, %95 CI: 0,153, 1,074; p=0.069). (Tablo-2)

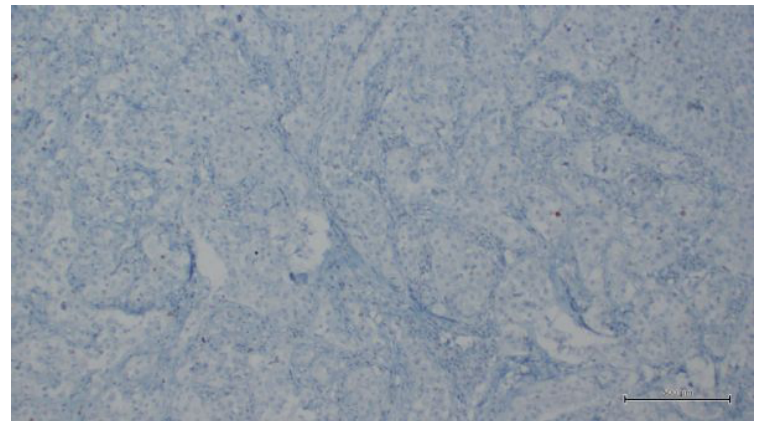
Tartışma-Sonuç: Lokal ileri evredeki hastalarda PD-L1 ekspresyonu prognozla ilişkili olduğuna dair tartışmalı yayınlar vardır. Bazı çalışmada ise PD-L1 ekspresyonu daha az sağkalım

süresiyle bereaber kötü prognostik faktör olarak bulunmuştur. Son yıllarda yapılan büyük, kapsamlı çalışmada ise PD-L1 ekspresyonu daha uzun sağkalım süresiyle bereaber iyi prognostik faktör olarak bulunmuştur.

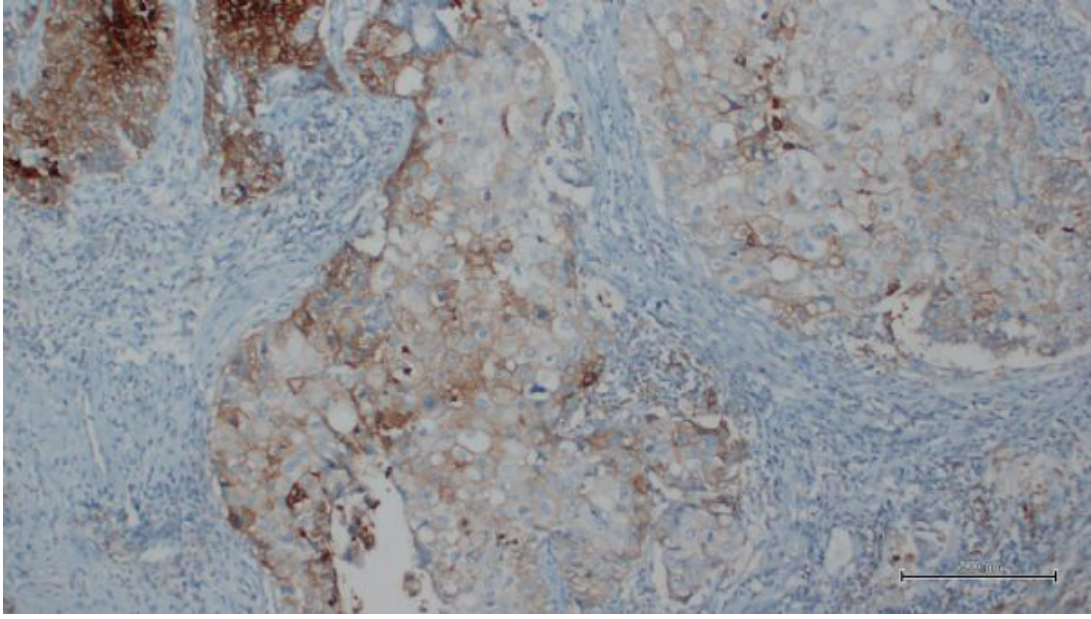
Bu çalışmada evre 2 ve 3 küçük hücre dışı akciğer kanseri hastalarının klinikopatolojik özellikleri ile PD-1/PD-L1 ekspresyonunun immünohistokimyasal olarak pozitifliğinin sağkalım üzerine etkisi incelendi. PD-L1 pozitif hastalarda 3 yıllık sağkalımın negatif olanlara göre daha uzun olduğu tespit edildi. Daha önceki çalışmalarda skuamöz karsinom histolojisine sahip hastalarda non-skuamöz karsinoma göre PD-L1 ekspresyonunun daha fazla görüldüğü bildirilmesine rağmen bizim çalışmamızda histolojik tipin PD-L1 pozitifliği üzerinde anlamlı bir etkisi tespit edilmedi.

Akciğer kanserlerinde immunoterapi yaklaşımlarının artmasıyla PD-1/PD-L1 yolağının immünohistokimyasal olarak tespit edilen ekspresyonunun hem immunoterapi hem de kemoterapi tedavileri ile ilgili prediktif ve prognostik özelliklerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: lokal ileri evre, pd-l1, prognostik faktör pd-l1 ekspresyonu negatif tümör hücreleri(x40)



Tümör hücrelerinde orta derecede pd-l1 ekspresyonu(x40)



EP-020

**METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ
(KHDAK) HASTALARDA KRİZOTİNİB TEDAVİSİNİN GÜVENLİK
DEĞERLENDİRMESİ**

SERDAR KARAKAYA¹, OKTAY HALİT AKTEPE¹, FATMA BUĞDAYCI BAŞAL²,
AYŞE OCAK DURAN¹, GÜLNIHAL TUFAN¹, FATİH YILDIZ¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹, Umut DEMİRCİ¹

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ HASTANESİ, TIBBİ
ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Bu çalışmada metastatik KHDAK tanılı hastalarda krizotinibin güvenlik verisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Method: 2015-2018 yılları arasında SBÜ, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde takip edilen metastatik KHDAK'li krizotinib kullanan 21 hastanın verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak değerlendirildi.

Bulgular: Yirmi hasta ALK+ metastatik KHDAK ve bir hastada ROS1+ metastatik KHDAK nedeniyle krizotinib kullanmıştı. Oniki kadın (%57.1) toplam 21 hastanın ortalama yaşı 56 (39-69) idi. Hastalarımızın krizotinib altında ortalama takip süresi 14.5 aydı (0-56 ay).

Krizotinib kullanımı ile 17 hastada (%80.9) herhangi bir grad yan etki izlendi. Ciddi (grad 3/4) toksisite 7 hastada (%33.3). Üç hasta krizotinib tedavisinin ilk haftasında kaybedildi. Bu hastalardan ikisinin performans skoru kötü olup ölüm nedeni krizotinibe bağlanmazken, ROS1+ metastatik KHDAK'li hasta krizotinibe

bağlı pnömonit nedeniyle kaybedildi. Üç hastada karaciğer toksisitesi nedeni ile doz azaltımı yapılmıştı. Bir hastada doz azaltılmasına rağmen devam eden grad 3 karaciğer toksisitesi nedeni ile, diğer bir hastada ise pnömonit nedeni ile krizotinib tedavisi kesildi. İki hastanın pnömoni nedeni ile yoğun bakım yatışı yapıldı. İki hastada (%9.5) derin ven trombozu gelişti. İki hastada hipotiroidi, bir hastada hipertiroidi gelişmişti. En sık hafif (grad 1/2) yan etkiler; halsizlik (n=5, %23.8), iştahsızlık (n=3, %14.2), ishal (n=2, %9.5), karaciğer toksisitesi (n=1, %4.8), konstipasyon (n=1, %4.8), bulantı-kusma (n=1, %4.8) idi. En sık ciddi (grad 3/4) yan etkiler ise; karaciğer toksisitesi (n=3, %14.3), enfeksiyon (pnömoni, n=2, %9.5), halsizlik (n:1, %4.8) idi.

Sonuç: Krizotinib ilişkili karaciğer toksisitesi tedavi modifikasyonunda en önemli neden iken hipotiroidi ve görme bozuklukları literatürden daha az oranda izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: krizotinib, yan etki, khdak

EP-021

NADİR BİR OLGU: GEMELLA HAEMOLYSANS'A BAĞLI AKCİĞER APSESİ

KHALIS MUSTAFAYEV¹, KORAY GÜVEN¹, YEŞİM BEŞLİ², HASRET TUĞÇE ALEMDAROĞLU³, ÖZLEM ER⁴

1 ACIBADEM MASLAK HASTANESİ

2 ACIBADEM MAA ÜNİVERSİTESİ MİKROBİYOLOJİ ABD

3 ACIBADEM MASLAK HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

4 ACIBADEM MAA ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD

Amaç: Gemella haemolysans'a bağlı oldukça az sayıda endokardit, menenjit, endoftalmit, farengeal apse, ampiyem gibi olgular bildirilmiştir. Güncel literatür taramalarımızda Gemella haemolysans'a bağlı akciğer absesi olgusuna rastlanmadı. Bu olguda, küçük hücreli akciğer kanseri tanısı ile takipli akciğer absesi gelişen ve apse kültüründe G. haemolysans üretilen bir hasta sunulmuştur. Literatürde Gemella haemolysans'a bağlı rapor edilen ilk akciğer absesi olgusudur.

Olgu: 73 yaşında bilinen koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği tanısı olan erkek hastada bir aydır nefes darlığı ve soğuk algınlığı şikayetleri olması üzerine Şubat 2017'de toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer alt lobda hilusa kadar uzanan 11,7x7,3x6,7 cm nekrotik kitle ve plevral efüzyon saptanmış ve alınan biyopsi sonucunda küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı almıştır. Plevral efüzyondan alınan örnekte üreme saptanmamıştır. Hastaya 4 kür etoposid+sisplatin ve eşzamanlı radyoterapi uygulanmıştır. Ağustos 2017'de PET-BT'de tam metabolik yanıt saptanmıştır. Ekim 2017'da ortaya çıkan nefes darlığı, ateş, halsizlik yakınması üzerine çekilen toraks BT'de sol akciğer alt lob nekrotik konsolide alanda yeni gelişen 4,4x5,2 cm boyutlarında hava-sıvı lokülasyonu gösteren apse odağı saptanmıştır. Bunun üzerine hastaya perkütan apse drenajı ya-

pılarak apse kültürü, gram, ARB, tüberküloz kültürü yollanmıştır. Gram boyamada 80-100 lökosit, Gram pozitif kısa zincirler oluşturan koklar ve Gram negatif diplokoklar görülmüştür. ARB negatif ve tüberküloz kültürlerinde üreme olmamıştır. İzolatların tür düzeyinde tanımlanması MALDI TOF MS ile gerçekleştirilmiş olup, suşlara ait elde edilen spektrumlar Maldy Biotyper Automation Control and Bruker Biotyper veritabanı 3.4 sürüm (Bruker Daltonics, Bremen, Germany) kullanılarak değerlendirilmiştir. Etken Gemella haemolysans olarak tanımlanmıştır.

Apse drenajı sağlanmış ve meropenem tedavisi başlanmıştır. Hastanın mevcut antibiyoterapi altında akut fazları gerilemiş ve gönderilen kontrol kültürlerinde üreme saptanmamıştır.

Sonuç: G. haemolysans, ender bir patojen olmakla birlikte, özellikle predispozan faktörlerin varlığında ciddi enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Çok nadir de olsa bu bakterinin akciğer absesi etiolojisinde rol oynayabileceği ve antibiyotik duyarlılığının kesinlikle araştırılması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gemella, G. haemolysans, akciğer absesi, akciğer kanseri

EP-022
KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ İLE
MULTİPLE MYELOM BİRLİKTELİĞİ; BİR OLGU SUNUMU

TALAT AYKUT¹, LEVENT KORKMAZ¹, MUSTAFA KARAAĞAÇ¹,
ÖNDER BAĞCI¹, ÖZCAN ÇENELİ², MEHMET ARTAÇ¹

1 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D, KONYA / TÜRKİYE
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ HEMATOLOJİ B.D, KONYA / TÜRKİYE

Amaç: Küçük hücreli akciğer kanserine ikincil primer malignite gelişimi literatürde çok kez yer almıştır. Özellikle sigara ilişkili malignite birlikteliği biliniyordu. Küçük hücreli akciğer kanseri ve multiple myelomun birlikte görülmesi ise oldukça nadirdir. Burada bel ve sırt ağrısıyla polikliniğe başvuran küçük hücreli akciğer ca tanılı bir erkek hastanın takibinde multiple myelom tanısının tespit edilmesinin sunulması planlanmıştır.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta. 54 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcut. 2012 yılında metastatik küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konuldu. Takiplerinde Cisplatin + Etoposid 4 kür, topotekan (9 hafta) ve siklofosfamid + adriamisin + vinkristin (6 kür) hastalık progresyon durumları da göze alınarak uygulandı. Son tedaviden sonra hastalıkta belirgin regresyon gözlemlendi. Ocak 2013'ten itibaren ilaçsız izleme alındı. 2017 mayıs ayına kadar progresyon izlenmeyen hasta, halsizlik, nefes darlığı, bel ve sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Başvurusunda ateş 36.5 C, nabız 85/dk, kan basıncı 130/80 mmHg idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hgb: 8.5 g/dl, plt: 97000 /uL, wbc: 3600 /uL, neu: 1860 /uL, sedim: 142 mm, üre: 31 mg/dL, cre: 1.17 mg/dL, Na: 142 mmol/L, K: 4.8 mmol/L, Ca: 11.5 mg/dL, total protein: 10.6 g/dL, albumin: 2.2 g/dL olarak tespit edildi. Sedimentasyon yüksekliği, anemi, trombositopeni, hiperkalsemi görülen ve total

protein yüksekliği ve albumin düşüklüğü saptanan hastada sırt ağrısı sebebi olarak multiple myelom akla geldi. Beta 2 mikroglobulin düzeyi 5.3 mg/L (0.9-2.6) idi. İmmünoelektroforezinde monoklonal gammopati tespit edildi. Yapılan kemik iliği aspirasyonunda %80 plazma hücresi görüldü. Hastada sonuç olarak lambda pozitif monoklonal plazma hücreli myelom tanısı konuldu. Spinal mr görüntülemesinde tüm vertebral kolonda yaygın lezyonlar görüldü. Hastaya 1 kür zoledronik asit ve bortezomib + siklofosfamid + deksametazon protokolünün 1. kür 1 ve 8. günleri uygulandı. Takibinde hastada plevral efüzyon gelişti. Yapılan torasentezinde de sitolojide plazmositten zengin materyal olarak raporlandı. Solunum sıkıntısı gittikçe artan hasta 3 günlük yoğun bakım yatışı sonrasında exitus oldu.

Sonuç: Literatürde küçük hücreli akciğer kanseri tanısına ikincil malignite olarak multiple myeloma vakası ile karşılaşmadık. Akciğer kanserli kemik metastazlı hastalarda ikincil malignite olarak multiple myeloma akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli akciğer kanseri, Multiple myelom, ikincil malignite

EP-023

CİLT METASTAZI İLE SEYREDEN BİR KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

ZUHAT URAKÇI¹, NADIYE AKDENİZ¹, OĞUR KARHAN¹, HALİS YERLİKAYA²,
MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİRİMİ

Amaç: Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) sıklıkla karaciğer, kemik, sürrenal ve beyin metastazı yaparken, cilt metastazı oldukça nadir görülmektedir. Burada cilt metastazı gelişen bir KHAK olgusu sunulmuştur.

Olgu: 66 yaşında, erkek hasta, Ocak 2015 yılında, yaklaşık 3 aydan beri devam eden kalça ağrısıyla fizik tedavi bölümüne başvurmuş. Hastanın çekilen pelvik tomografide iliyak kemikte kitle saptanmış. Alınan biyopsi küçük hücreli karsinom olarak raporlanmış. Çekilen PET-CT akciğerde kitle ve kemik metastazı olarak raporlandı. Metastatik küçük hücreli akciğer kanseri olarak değerlendirilen hastaya, ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu düşük olduğundan karboplatin ve etoposid başlandı. Kemik metastazı olan hastaya bifosfonat tedavisi verildi. Çekilen beyin MR'ında metastaz bulgusu yoktu. Takiplerde torakal vertebrada çökme fraktürü gelişti. Cerrahiye uygun olmayan hastaya torakal vertebraya palyatif radyoterapi verildi. Altı kür kemoterapi sonunda çok iyi parsiyel yanıt alınan hastaya idame etoposid ve bifosfonatla devam edildi. Etopositi takiplerde kesen hastanın Ocak 2017 yılında kraniyal metastazı gelişti. Kraniyale palyatif radyoterapi verildi. Sistemik progresyonu da olan hasta kemoterapi almak istemedi. Bifosfonat tedavisine devam eden hastanın Eylül 2017 tarihinde karında ve göğüs sol üst kısmında nodüler tarzda kitlesel cilt lezyonları gelişti (Şekil 1a ve 1b). Alınan biyopsi küçük hücreli karsinom infiltrasyonu olarak raporlandı. Kemoterapi almak istemeyen hastaya cilt lezyonlarına palyatif radyoterapi verildi. Lezyonları geriledi. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Akciğer kanserlerine bağlı cilt metastazı % 1.5 ve 2.6 arasında görülmektedir. Cilt metastazı sıklıkla nodüler tarzda olup, tek veya çok sayıda olabilir. Lezyonlar papül, plak, ülserasyon ve sklerodermoid tarzda da olabilir. Sıklıkla ön göğüs, abdomen, baş, boyun ve sırtta görülmektedir. Bizim olgumuzda lezyonlar nodül tarzında olup, abdomen ve sol üst göğüs kısmında yerleşimliydi.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli akciğer kanseri, cilt, metastaz

Şekil 1a.



Şekil 1b.



EP-024

AKCİĞER KANSERİ VE KEMİK METASTAZI KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN BİR HASTADA KEMİK TUTULUMU İLE SEYREDEN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

ZUHAT URAKÇI¹, NADİYE AKDENİZ¹, OĞUR KARHAN¹, HALİS YERLİKAYA³, MEHMET ALİ SARUHAN², HALİL KÖMEK⁴, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
3 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİRİMİ
4 GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÜKLEER TIP BİRİMİ

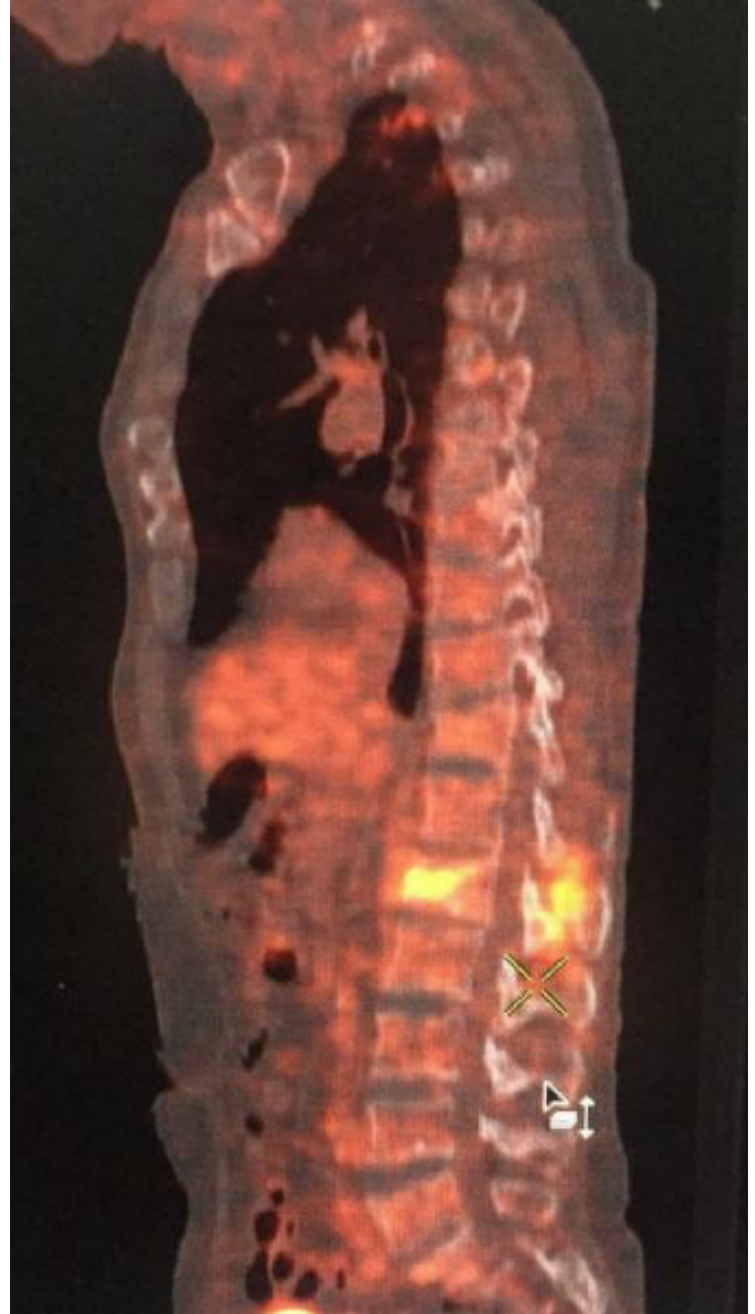
Amaç: Akciğer tüberkülozu hem klinik hem de radyolojik olarak akciğer kanserlerini taklit edebilir. Burada, akciğer kanserinin klinik ve radyolojik bulguları ile başvuran ve akciğer tüberkülozu, kemik tutulumu saptanan bir olgu sunuldu.

Olgu: 64 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 8 aydan beri öksürük, balgam ve kilo kaybı şikayetleri varmış. Hastanın 1 ay önce ağır bir yük taşıma sırasında belde ağrı oluşmuş ve sonrasında takiplerde bacakta uyuşma şikayeti gelişmiş. Dış merkezde çekilen PET-CT akciğerde malign kitle ve kemik metastazı olarak raporlanmış (Şekil 1 ve Şekil 2). Hasta akciğer kanseri ve kemik metastazı ön tanısıyla kliniğimize başvurdu. Akciğerden biyopsi alınması sonrası lomber vertebrada spinal kord basısı olması nedeniyle beyin cerrahi ile görüşüldü. Beyin cerrahi tarafından spinal cerrahi düşünülmeden hastaya lomber vertebraya palyatif radyoterapi planlandı. Hastanın biyopsi sonucu nekrotizan granümatöz inflamasyon, tüberküloz pnömoni olarak raporlandı. Hastanın balgamında da ARB 3 (+) geldi. Hasta, bu bulgularla akciğer tüberkülozu ve kemik tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaya radyoterapi verilmeyip, hasta cerrahi için tekrar beyin cerrahiye ve tüberküloz tedavisi için göğüs hastalıklarına yönlendirildi.

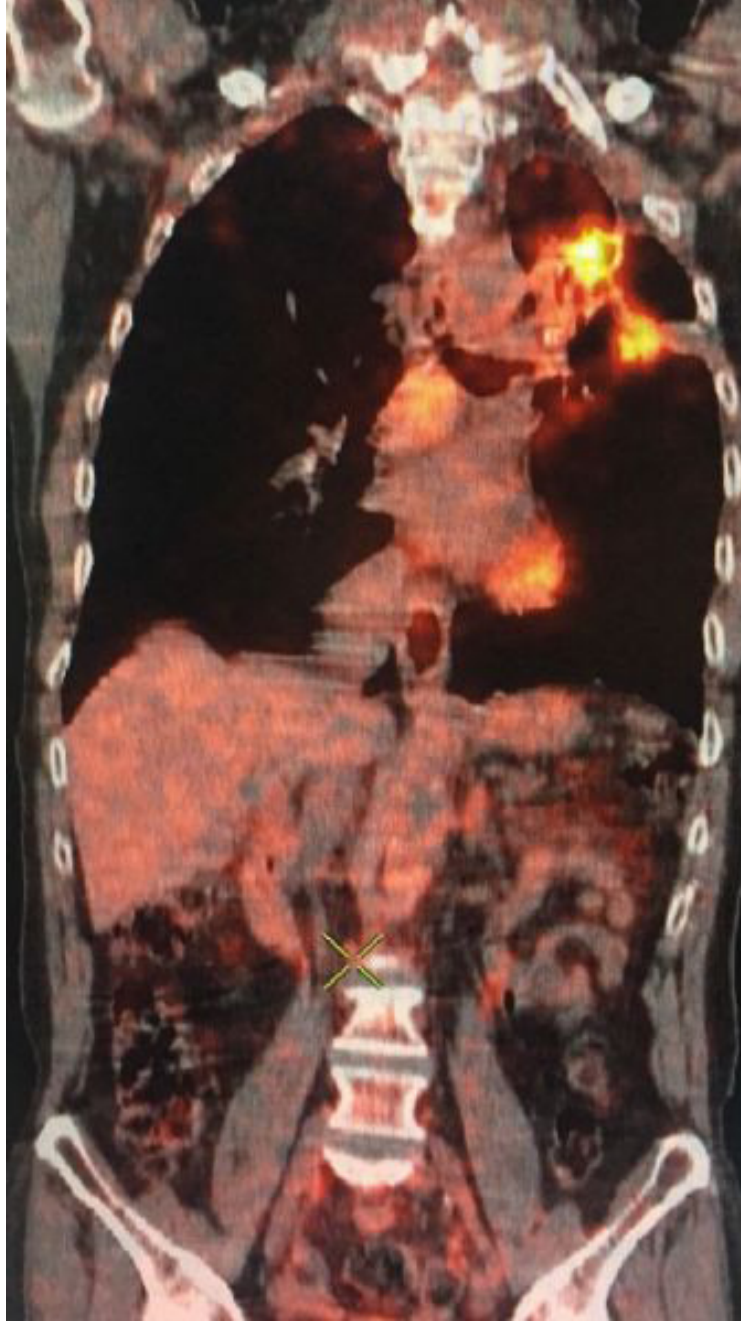
Sonuç: Granülatöz inflamasyon oluşturması nedeniyle, tüberkülozda PET-CT'de malignitelerdeki gibi yüksek fdg tutulumları görülebilir. Akciğer kanserinin klinik ve radyolojik bulguları ile başvuran hastalarda, PET-CT'de yüksek fdg tutulumlarının saptanması durumunda, bizim olgumuzda da olduğu gibi, ayırıcı tanıda tüberküloz gibi inflamatuvar hadiseler de akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, PET-CT, tüberküloz

Şekil 1.



Şekil 2.



EP-025

ATİPİK PREZANTASYON İLE TANI KONULAN PRİMER AKCİĞER MUKOEPİDERMOİD KARSİNOM OLGUSU

SİNEMİS ÇELİK¹, TANER KIVILCIM², FERHAT FERHATOĞLU², ABDULCABBAR KARTAL²

1 OKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 OKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI

Giriş: Trakeobonşial sistemin mukoeypidermoid karsinomları (MEK) submukozal bezlerden köken alan, yavaş büyüyen malign özellikte tümörlerdir. Çok nadir görülür ve akciğer tümörlerinin %0,1-%0,2'sini oluşturmaktadır. MEK'lar genellikle parotis ya da submandibuler glandlardan köken almaktayken, pulmoner MEK'lar proksimal bronştan köken alır. Pulmoner MEK hastaları tipik olarak bronşiyal obstrüksiyon ve ateletaziye bağlı öksürük, hemoptizi, wheezing gibi şikayetlerle başvurur. Bu bildiri atipik prezantasyonlu pulmoner MEK olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 70 yaşında kadın hasta; genel cerrahi kliniğine sırtında yaklaşık 2 aydır farkettiği, giderek büyüyen bir kitle ile başvurdu. Hastanın bilinen tiroidektomi hikayesi dışında komorbid hastalığı bulunmamaktaydı. Ayrıca solunumsal bir yakınma tariflememekteydi. 30 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın sırtındaki subkutan dokuda yerleşim gösteren lezyon genel cerrahi kliniğinde lokal anestezi eşliğinde eksize edildi. Patolojiye gönderilen materyalin sonucu öncelikle akciğerin mukoeypidermoid karsinom metastazı olarak değerlendirildi. İmmünohistokimya panelinde PANCK, CK7, EMA ve E-cadherin ile yaygın kuvvetli pozitif boyanma izlenirken; S100, HMB45, MelanA, TTF1, CDX2 ve P63 negatif boyanma gözlemlendi. Her 10'luk büyük büyütme alanında 8-10 mitoz izlenirken, Ki67 %40 olarak tespit edildi. Primerin araştırılması ve evreleme için istenen PET-CT'de sağ akciğer üst lobda 4.5x3 cm primer kitle, sol parotis bezi dorsalinde 2.5x1.5 cm metastatik lenf nodu, üst medistinal, pre-

vasküler, sağ paratrakeal ve sağ hiler en büyüğü 3 cm metastatik lenf nodları, sol sürrenal bezde metastaz, L5 vertebra ve sağ iliak kanatta destrüksiyona yol açan metastaz tespit edildi. Akciğerin primer MEK vakası olarak değerlendirilen hastaya cisplatin-gemcitabin kemoterapisi ve zoledronik asit tedavisi başlandı. Henüz yanıt değerlendirmesi yapılmayan hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Dünya Sağlık Örgütü, akciğer MEK'larını adenoid kistik karsinom, epitelyal-miyoeypitelyal akciğer karsinomu ve pleomorfik adenom ile birlikte tükrük bezi tipi tümörler arasında sınıflandırmaktadır. Histolojik grade en önemli prognostik belirteçtir. Düşük gradeli lokalize MEK'larda prognoz 5-10 yıl arasında değişen sağkalım süreleri ile oldukça iyi; yüksek gradeli, lokal ileri ve metastatik hastalıkta ise sağkalım daha kısa ve prognoz daha kötüdür. Bizim vakamız atipik bir prezantasyonla genel cerrahi kliniğine başvuran bir primer akciğer MEK vakasıdır. Ciltaltı dokuda eline gelen ve giderek büyüyen bir kitle ile başvuru ve kitlenin eksizyonu ve daha sonrasında yapılan ileri araştırmalar ile tanıya ulaşılmıştır. Literatür tarandığında bu şekilde bir prezantasyonun daha önce bildirilmediği tespit edilmesi nedeniyle hem nadir görülmesi hem de prezantasyon şekli nedeniyle bildirilmesi uygun görülmüştür. Sonuç olarak, sunulan olgu literatürde bildirilenlerin dışında atipik klinik prezantasyonu ile ilginçtir.

Anahtar Kelimeler: Atipik prezantasyon, Mukoeypidermoid karsinom, Nadir akciğer kanserleri

EP-026

UZUN SÜRELİ SAĞ KALIMLA SEYREDEN KRANİYAL METASTAZLI BİR KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

OĞUR KARHAN, ZUHAT URAKÇI, NADIYE AKDENİZ, MUHAMMET ALİ KAPLAN,
MEHMET KÜÇÜKÖNER, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DIYARBAKIR

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanılı hastaların %25-30'unda beyin metastazı gelişir. Beyin metastazı gelişen olgularda sağ kalım belirgin olarak azalmaktadır. Burada, beyin metastazı geliştikten sonra uzun süreli sağ kalım sağlanan KHDAK'li bir hasta sunulmuştur.

Vaka: 2004 yılında öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan değerlendirmede sağ akciğerinde kitle saptandı. Kitleden yapılan biyopsi sonucu akciğer adenokarsinom ile uyumlu bulundu. Hasta lokal ileri evre olarak değerlendirilip hastaya neoadjuvan olarak 3 kür gemsitabin-sisplatin verildi. Tedavi ile parsiyel yanıt alınan hasta pulmoner ven invazyonu nedeniyle inoperable olarak değerlendirildi. Hastanın toraks bölgesine 60 Gy/30 fraksiyon radikal radyoterapi ile eş zamanlı kemoterapi uygulandı. Takiplerde 2006 yılında baş dönmesi ve denge bozukluğu gelişmesi üzerine çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntüleme,

hastanın sağ ve sol serebellar, sağ frontal, sağ parafalsiyon alanında en büyüğü 15 mm, periferinde vazojenik ödem olan metastatik kiteller saptandı. Hastaya kraniyal 30 Gy/10 fraksiyon radyoterapi verildi. Kraniyal metastatik lezyonlarında gerileme olan hasta 2006 yılından itibaren stabil hastalık ile takip edilmektedir.

Sonuç: KHDAK tanılı ve beyin metastazı gelişen hastalarda, sadece destek tedavi ve kortikosteroid tedavisi ile median sağ kalım yaklaşık 1-2 aydır. Cerrahi, konvansiyonel kemoterapi ve radyoterapiyi içeren multimodal tedavilerle 5 yıllık sağ kalım yaklaşık %10-20 olarak bildirilmiştir. Multiple kraniyal metastazlı vakamız, kraniyal radyoterapi sonrası 12 yıldır progresyonsuz izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, beyin metastazı, uzun sağ kalım

EP-027

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA TIYOL/DİSÜLFİT DENGESİ VE ANTIOKSİDAN KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MUTLU HIZAL¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, BURAK BİLGİN¹, GÖZDE SEVGİ KART², DOĞAN BAYRAM², MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, DİDEM ŞENER DEDE¹, SALİM NEŞELİOĞLU³, ÖZCAN EREL³, BÜLENT YALÇIN¹

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ANKARA
3 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOKİMYA ANA BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Akciğer kanserleri tüm dünyada en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanserlerdir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (KHDAK) başta olmak üzere tüm alt gruplar oldukça karmaşık bir patogeneze sahiptir. Birçok kronik hastalıkta ve kanserlerde oksidatif stresin hastalık gelişimi üzerine olumsuz etkileri olabileceği gösterilmiştir. Yüksek antioksidan kapasiteye sahip tiyol grupları farklı oksidanları nötralize ettikleri reaksiyonların sonucunda disülfid gruplarına dönüşürler. Tiyol/disülfid dengesinin ise hücre sinyal yolları, transkripsiyon ve apoptozis üzerinde önemli etkileri mevcuttur. Bu çalışmada ileri evre KHDAK ve küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) hastalarında dinamik tiyol/disülfid metabolizması araştırılmıştır.

Materyal-Metod: 2015-2016 yılları arasında ileri evre KHDAK ve KHAK tanısı alan hastalar prospektif olarak incelendi. Hastaların serum örnekleri tanı anında ve birinci basamak tedavi sonrasında elde edildi. Tiyol ve disülfid düzeyleri Erel ve Neşelioğlu tarafından tariflenen otomatize spektrofotometrik metod ile çalışıldı.

Sonuçlar: 57 hasta (43 KHDAK, 14 KHAK) ve 50 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş (ortanca 61 ve 60,5) ve cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. KHDAK 6 hasta evre IIIB ve 37 hasta (%86) evre 4 hastalığa sahipti. Hastaların tanı anı doğal tiyol (DT) ve toplam tiyol (TT) değerleri kontrollere göre anlamlı şekilde düşüktü. Disülfid (DS) ve DS/DT oranı arasında fark yoktu. Sonuçlar tablo 1'de özetlenmiştir. Alt grup analizinde KHDAK hastalarında antioksidan kapasitenin

göstergesi DS/DT oranı da kontrol grubuna göre anlamlı farka ulaştı ($p=0,04$). Ortanca 27,2 ay takip süresi sonunda ortanca genel sağkalım KHDAK için 9,5 ay, KHAK için 12,3 ay bulundu. Tiyol ve disülfid parametrelerinin sağkalım üzerine etkisi saptanmadı. Birinci basamak kemoterapi alan 30 hastadan 13 kişide progresif hastalık saptandı. Progresyon saptanan hastalarda tanı anı DS ve DS/DT değerlerinin tedavi sonrası anlamlı şekilde düştüğü gözlemlendi (sırasıyla $p=0,013$ ve $0,033$).

Tartışma: Tiyol grupları non-enzimatik antioksidan bileşiklerdir ve sağlıklı kontrollere göre düşük düzeyleri akciğer kanserinde artmış oksidatif stres maruziyeti ile patogeneze katkıda bulunuyor olabilir. Bu grupların eksikliğinin hücrelerde gerçekleşen yapısal hasarın ortaya çıkmasında ve/veya hızlanmasında rolü olabilir. Progresyon gösteren hastalarda DS düzeylerinin ve buna bağlı olarak DS/DT oranının düşmesi artmış hücre döngüsünün sonucu ve tümör yükünün bir belirtici olabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, tiyol, disülfid, oksidatif stres

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Gruplarında Tiyol ve Disülfid Değerleri

Parametre	Hasta Ortanca (min-max)	Kontrol Ortanca (min-max)	p
Doğal Tiyol	358 (215-3261)	429 (313-607)	<0,001
Disülfid	20,8 (0,05-55)	20 (8,4 - 37)	0,98
Toplam Tiyol	398 (253-573)	464 (354 - 632)	<0,001
Disülfid / Doğal Tiyol	0,05 (0,01-0,19)	0,05 (0,02 - 0,14)	0,08

EP-028

MALİGN HİPERKALSEMİ VE MULTİPLE ORGAN TUTULUMU NEDENİYLE MALİGNİTE ARAŞTIRILAN BİR HASTADA PRİMERİ SARKOİDOZ SAPTANAN BİR OLGU

ZUHAT URAKÇI¹, LEYLA SERT², HALİS YERLİKAYA³, NADİYE AKDENİZ¹, OĞUR KARHAN¹, SEZİN YILDIZHAN², HALİL KÖMEK⁴, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
3 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİRİMİ
4 GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÜKLEER TIP BİRİMİ

Amaç: Sarkoidoz, granülomatöz bir hastalık olup, multiple organ tutulumu nedeniyle klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak malignitelerle karışabilir. Biz burada, malign hiperkalsemi ve multiple organ tutulumu nedeniyle malignite araştırılan bir hastada primeri sarkoidoz saptanan bir olgu sunduk.

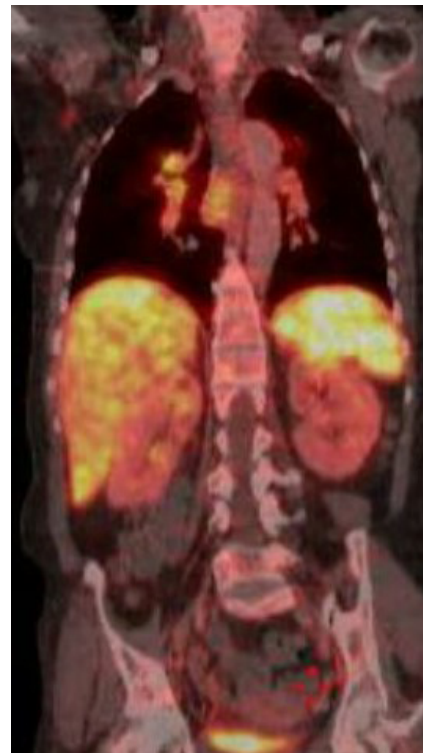
Olgu: 58 yaşında, kadın hasta, dış merkezde baş ağrısı nedeniyle çekilen beyin MR'ı menenjiyomla uyumlu saptanmış. Ancak baş ağrısı devam eden hastaya çekilen PET-CT'de supra-infradiyafragmatik lenf nodları, kemik ve dalak tutulumları izlenmesi üzerine hastada malignite düşünülerek hasta onkoloji kliniğimize yönlendirilmiş (Şekil 1). Hastanın fizik muayenesinde sol submandibular ve sol supraklavikular alanda 1cm çapında, sağ aksiller bölgede 1.5 cm çapında lenfadenopati, batında umblikus süperiorunda nodüler hiperemik cilt lezyonları mevcuttu (Şekil 2). Hastanın yapılan laboratuvar incelemelerinde üre:69 mg/dl, kreatin:3,14 mg/dl, düzeltilmiş kalsiyum:15,6 mg/dl olması üzerine hasta malign hiperkalsemi, akut böbrek hasarı ve malignite etiyojisi araştırılmak üzere interne edildi. Hiperkalsemiye yönelik olarak hasta hidrate edildi, kalsitonin ve zoledronik asit renal dozda verildi. Ön tanıda lenfoma da olabileceği düşünüldüğü için steroid verilmedi. Batında nodüler hiperemik cilt lezyonlarından dermatoloji bölümü tarafından biyopsi yapıldı. Hastaya çekilen toraks BT 'de servikal, bilateral aksiller, yüksek mediastinal, prevasküler, anterior diyafragmatik, bilateral hiler, bilateral mammarian ve paratrakeal büyüğü subkarinal alanda 3.5x1.5cm boyuta ulaşan lenfadenopatiler, sağ akciğerde büyüğü alt lob latero-bazal segmentte 6mm çapında olan birkaç adet parankimal nodül şeklinde raporlanınca hastaya göğüs cerrahisi tarafından paratrekeal biyopsi yapıldı. Yapılan kemik iliği biyopsisi ve protein elektroforezinde multiple miyelom ile uyumlu bulgu saptanmadı. Deriden yapılan biyopsinin patoloji raporu kalsinozis kutis ve paratrakeal biyopsi sonucu non-kazeifiye granülomatöz lenfadenit şeklinde raporlandı. Hastada klinik, radyolojik ve histolojik bulgularla sarkoidoz

düşünüldü ve hasta göğüs hastalıkları bölümüne yönlendirildi.

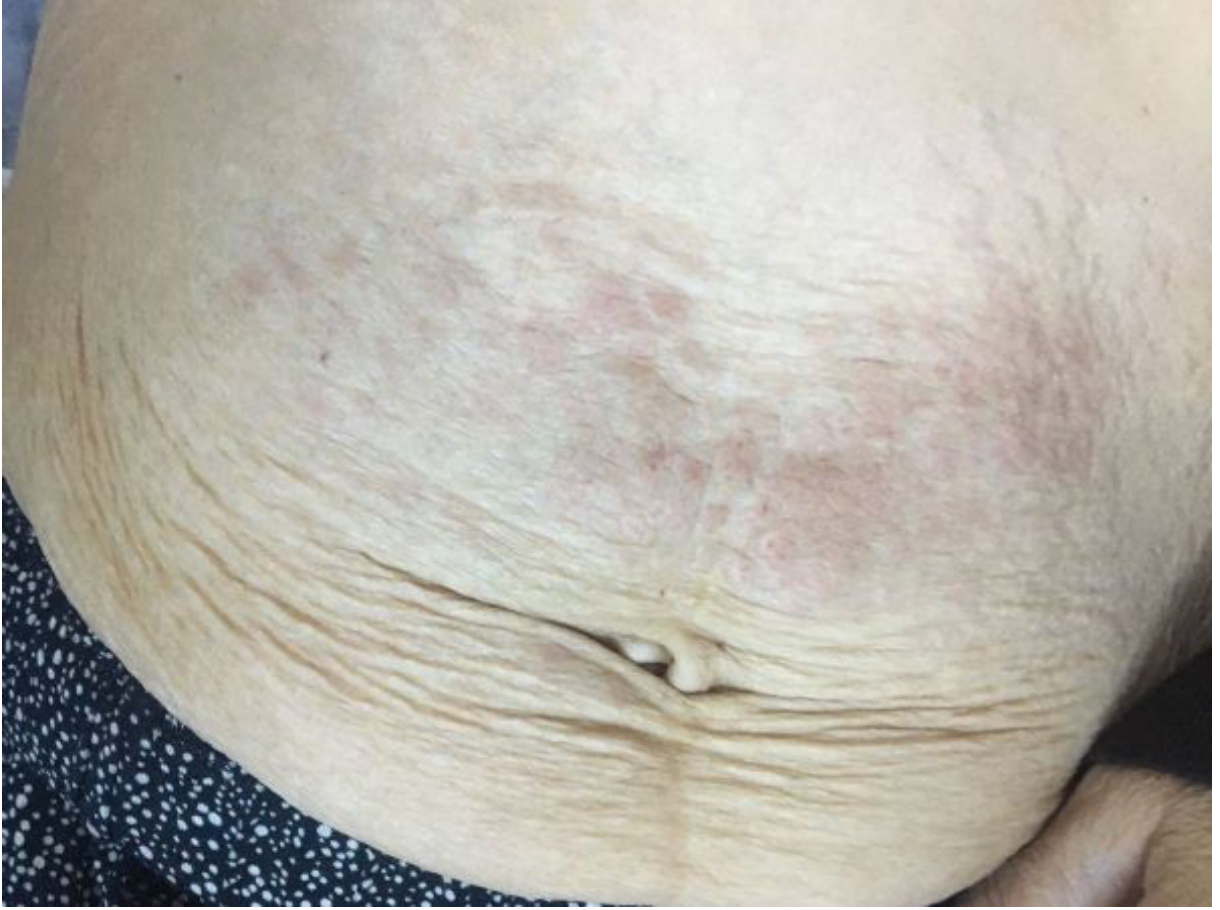
Sonuç: Sarkoidozda, sıklıkla akciğer, göz ve cilt tutulurken, daha az oranda da karaciğer, dalak, lenf nodu, kalp, kas, kemik, sant-ral sinir sistemi ve tükürük bezleri tutulur. Semptomlar tutulan organa göre değişir. Sarkoidozda D vitamini üretimi nedeniyle hiperkalsemi gelişebilir ve kalsiyumun ciltte birikmesi ile kalsinozis cutis görülebilir. Granülomatöz inflamasyon gelişmesi nedeniyle PET-CT'de yüksek florodeoksi-glukoz tutulumu görülebilir ve bu görünüm de malignitelerle karışabilir. Sonuç olarak; malignite etiyojisi ile araştırılan hastalarda, bizim olguda da olduğu gibi, benzer klinik ve radyolojik bulgular oluşturması nedeniyle ayırıcı tanıda sarkoidoz da akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, kanser, sarkoidoz

Şekil 1.



Şekil 2.



EP-029

**AFATİNİB TEDAVİSİ İLE BEKLENENDEN UZUN SÜRE
PROGRESYONSUZ SAĞ KALIM ELDE EDİLEN BİR AKCİĞER
ADENOKANSERİ OLGUSU**

METİN KANİTEZ¹, FATİH SELÇUKBİRİCİK², ŞÜKRÜ DİLEGE³, NİL MOLİNAS MANDEL¹

1 AMERİKAN HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

3 AMERİKAN HASTANESİ, GÖĞÜS CERRAHİSİ

Amaç: Akciğer adenokarsinomu evre IIIB ve evre IV hastalarda epidermal büyüme faktörü reseptör (EGFR) mutasyon görülme sıklığı yaklaşık %20' dir. EGFR mutasyonu olan akciğer adenokarsinomlu hastalarda, EGFR-tirozin kinaz inhibitörleri ile tedavisinin kemoterapiye göre progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağ kalım (OS) sürelerini uzattığı bilinmektedir.

Olgu: 73 yaşında kadın hasta, kontrol vizitinde sağ akciğerde kütle saptanması üzerine değerlendirildi. 7 yıl önce sol meme invaziv duktal karsinom [T1cN1 Grade III, LN (1+/10), KI67%60, ER %90, PR %20, HER-2 (-) negatif] tanısıyla modifiye radikal mastektomi operasyonu geçirdiği, adjuvan tedavide 3xFEC100-3xDosetaxel tedavisi verildiği, arkasından radyoterapi sonrası anastrozol ile izleme alındığı öğrenildi.

PET-BT' de sağ akciğer alt lob 2x2.5 cm, suv max geç görüntülerde 4.3 ten 5.2 ye ulaşan FDG tutulumu saptandı. Lenf nodu tutulumu görülmedi. Sağ alt lobektominin histopatolojik incelenmesinde tümör çapı 2.8 cm'e ulaşan ikincil primer adeno ca (asiner %80, lepidik %10, mikropapiller %10) saptandı. Lenfovasküler tutulum izlendi ve perinodal tutulum (-), PL1 (+), PL2(-), pT2aN0, N1(0/5) N2 (0/6) saptandı. Tedavisiz izleme alındı. Onsekiz ay sınırında toraks BT'de; pretrakeal, prekarinal, sol hiler 10 mm çapında metastaz ile uyumlu lenf nodları tespit edildi. PET-CT incelemesinde sol infraklaviküler, interpektoral, mediastinel ve sağ hiler (SUV max 1.7 ile 10.2 arasında değişen) tutulum izlendi. EBUS eşliğinde alınan İİAB'de, 7N0, 10R,

11R örneklemede 3 lenf nodunda adenokarsinom metastazı saptandı. EGFR geni 19. ekson delesyon (+) bulundu. Afatinib 40 mg p.o başlandı. Tedavi süresince grade I asteni, grade 2 ishal ve kaşıntı dışında yan etki görülmedi. Tedavinin 6. ayında toraks BT stabil parenkim nodülleri, regrese lenf nodları, stabil plevral effüzyon görüldü. Takiplerinde 13. ay toraks BT kontrolünde milimetrik parenkimal nodüllerde minimal progresyon saptandı ve stabil hastalık kabul edildi. Tedavinin 16. ayında plevral effüzyon miktarında artış tespit edildi. Torasentez yapıldı, sitoloji akciğer adeno ca ile uyumlu bulundu. Ekson 19 mutant ancak T790 M mutasyonu negatif bulundu ve progresyon kabul edildi.

Sonuç: Afatinib, ikinci nesil EGFR TKI, EGFR mutasyonları ile akciğer adenokarsinomasının tedavisi için onaylanmış, geri dönüşümsüz pan-insan epidermal büyüme reseptörü tirozin kinaz'dır. LUX-LUNG 3 ve LUX-LUNG 6 çalışmalarda afatinib tedavisi ile progresyonsuz sağkalım (PFS) artışı gösterilmiştir. Ekson 19 ve Ekson 21 mutasyonu taşıyan grupta PFS, 11 ile 13.6 ay arasında değişmektedir. Bu bulgulara dayanarak vakamızda ekson 19 mutasyonunda potent bir tirozin kinaz olan afatinib tercih edilmiştir. Orijinal çalışmada verilen PFS değerinin üzerinde bir PFS (16.5 ay) elde edilmiştir. Tedavi genel olarak iyi tolere edilmiştir. Akciğer adeno karsinomunda ekson 19 mutasyonu varlığında afatinib tedavisi etkili bir seçenek olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afatinib, EGFR, Ekson 19 mutasyonu

EP-030

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE İNFLAMASYON SKORLARININ YAŞAM SÜRESİNE ETKİSİ

ESİN OKTAY¹, ÖZGE KESKİN¹, MEHMET FERHAT EYİLER², ÖZLEM YERSAL³, ÖZGÜR TANRIVERDİ⁴, ERDİNÇ NAYIR⁵, GİZEM YALÇIN⁶, NEZİH MEYDAN⁷

1 AYDIN ATATÜRK DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

2 AYDIN ATATÜRK DEVLET HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ BÖLÜMÜ

3 SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

4 MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

5 KAHRAMAN MARAŞ DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

6 ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI

7 ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: İnflamasyonun bir çok kanser türünün gelişmesi ve progresyonunda kritik rol aldığı gösterilmiştir. Nötrofil ve lenfositlerin inflamasyon ve tümör immünolojisinde, trombositlerin bunların yanında ayrıca anjiogenezde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bir çok çalışmada kanser türlerinde tedavi öncesi bakılan hematolojik parametrelerin prognostik faktör olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Küçük hücreli akciğer kanserinde (KHAK) bu konu hakkında yapılmış çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışmada KHAK hastalarında tedavi öncesi inflamasyon ile ilgili skorların sağkalım için prognostik değeri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: 2011 ile 2015 tarihleri arasında standart tedavi almış küçük hücreli akciğer kanseri tanılı 110 olgunun tedavi öncesi klinik ve hematolojik verileri retrospektif olarak incelendi. ECOG skoru 0,1,2 olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların MCV, MPV, hemoglobin, MPV/PLT, nötrofil/lenfosit (NLR), trombosit/lenfosit (PLR), trombosit x nötrofil / lenfosit (SII) oranları hesaplandı. Bu parametrelerin birbirleri ile ve hastaların yaşam süreleri ile ilişkisi analiz edildi.

Bulgular: Olguların 8 (7.3%)'i kadın ve 102 (92.7%)'si erkek, 35 (32%)'i sınırlı evre ve 75 (68%)'i yaygın evre idi. Medyan yaş 61 idi. İzlem süresi sonunda 16 hasta (14%) yaşıyordu. Ortalama takip süresi 11,7 aydı. Tüm hastalar içinde 30(27.3%) vaka küratif radyoterapi almıştı. Tüm hastalardaki yaşam süresi analizinde 65 yaşın altı, sınırlı evre, küratif RT almak, iyi performans durumu iyi prognostik kriter olarak tesbit edildi. Tüm hasta grubunda inflamatuvar skorlar ve diğer kan parametrelerinin yaşam süresine etkisine bakıldığında; parametrelerin birbiri ile ve yaşam süresi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görüldü. Hastalar sınırlı evre ve yaygın evre olarak iki alt gruba ayrıldığında yaygın evrede; NLR \geq 5 olması olan NLR $<$ 5 değerine göre (11.8ay vs 5,3 ay, P=0.020), MCV \leq 85 fl olması da MCV $>$ 85 fl değerine göre (11.5 ay vs 9.5 ay, P=0.016) yaşam süresini istatistiksel anlamlı derecede olumsuz etkilemektedir. Aynı hasta grubunda, SII $<$ 1,600x109/L (11.8 vs 5.3 ay, P=0.106) ve PLR $<$ 250 (11.3 vs 6.1 ay, P=0.062) olan hastalarda yaşam süresi daha uzun bulunsa da bu ilişki istatistik-

sel olarak anlamlı değildir (Tablo 1). COX regresyon analizinde yaş (\geq 65 yaş), NLR \geq 5, ve MCV \leq 85 fl yaygın evre hastalıkta bağımsız kötü prognostik kriterler olarak tesbit edildi (Tablo2).

Sonuç: Çalışmamızda KHAK sınırlı evrede inflamatuvar skorlarının ve diğer kan parametrelerinin yaşam süresi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Yaygın evrede ise NLR ve MCV'nin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, SII'nin ve PLR'nin ise istatistiksel olarak anlamsız olsa da sırasıyla 6,5 ay, 5,2 ay yaşam farkı oluşturduğu tesbit edilmiştir. Bu çalışma bu parametrelerin tedavi öncesi KHAK hastalarında kötü prognoz tahmin edilmesine yardımcı olabileceğini göstermiştir. Bu bulguları doğrulamak için büyük prospektif çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, inflamatuvar skorlar, yaşam süresi

Tablo 1. Yaygın Evre KHAK'de İnflamatuvar ve Hematolojik Parametrelerin Yaşam Süresi Analizi

SII <1,600x109/L ≥1,600x109/L	51(%68) 24 (%32)	11.8 (9.6-13.9) 5.3 (1.6-9.1)	P=0.106
PLR < 250 ≥ 250	51(%68) 24 (%32)	11.3 (9.8-12.7) 6.1 (0.2- 12.0)	P=0.062
NLR < 5 ≥ 5	54(%72) 21 (%28)	11.8 (9.7- 13.9) 5.3 (1.2- 9.5)	P=0.020
MPV/PLT <0,408730 ≥0,408730	60 (%80) 15 (%20)	11.3 (8.9- 13.7) 9.0 (4.6- 13.4)	P=0.168
MPV ≤ 8.5 fl >8.5 fl	25 (%33) 50 (%67)	10.7 (6.6-14.8) 10.9 (8.9-12.9)	P=0.931
MCV ≤ 85 fl >85 fl	32(%43) 43(%57)	9.5 (7.2- 11.8) 11.3 (8.5- 14.1)	P=0.016
HGB <12 ≥12	28(37%) 47(63%)	11.9 (9.5- 15.3) 10.2 (8.2- 12.1)	P=0.283

SII: Sistemik İnflamatuvar İndeks, PLR: Trombosit/lenfosit, NLR: Nötrofil/Lenfosit, MPV/PLT: Ortalama Trombosit hacmi/ Trombosit, MCV:Ortalama Eritrosit Hacmi, HGB: Hemoglobin

Tablo2. Yaygın Evre KHAK'de Genel sağkalıma etki eden parametrelerin çok değişkenli analiz sonucu

	p	HR	95.0% CI Alt	95.0% CI Üst
Yaş	0.04	1.027	1.001	1.053
Cinsiyet	0.518	1.47	0.459	4.700
Sigara	0.279	0.450	0.000	12.319
PLT	0.285	0.999	0.997	1.001
HGB	0.463	1.057	0.911	1.226
MCV	0.009	0.960	0.930	0.990
MPV	0.244	0.944	0.857	1.040
NLR	0.023	0.549	0.328	0.919
PLR	0.064	6.21	0.375	1.029
SII	0.109	0.666	0.406	1.094
MPV/PLT	0.171	1.493	0.841	2.651

SII: Sistemik İnflamatuvar İndeks, PLR: Trombosit/lenfosit, NLR: Nötrofil/Lenfosit, MPV/PLT: Ortalama Trombosit hacmi/Trombosit, MCV:Ortalama Eritrosit Hacmi, HGB: Hemoglobin, HR: Risk Oranı

EP-031

METASTATİK AKCİĞER KANSERİNDE PROGNOSTİK KARAR AĞACI

AHMET ALİ USTA¹, MURAT KOÇER², HASAN ŞENOL COŞKUN³, HAKAN BOZCUK⁴, ÖZGÜR KOŞKAN⁵

1 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, ISPARTA

2 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, ISPARTA

3 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, ANTALYA

4 ANTALYA MEDİKAL PARK HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANTALYA

5 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ZİRAAT FAKÜLTESİ, ZOOTEKNİ BÖLÜMÜ, BİYOMETRİ GENETİK ABD ISPARTA

Amaç: Metastatik akciğer kanserinde tanı anında prognoza etki eden faktörleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2002–Ocak 2017 arasında ünitemize başvuran histopatolojik olarak akciğer kanseri tanısı almış, tanı anında metastatik olan toplam 383 hasta alındı. Hastalardaki hastaya ait (yaş, cinsiyet, sigara, komorbid hastalıklar, ECOG PS, hematolojik ve biyokimyasal parametreler), hastalığa ait (histopatolojik tip, metastaz bölge sayısı, mutasyon analizi) faktörlerin ve sistemik tedavi alıp almadığının genel sağ kalıma etkisi araştırıldı.

Bulgular: Hastaların 346'sı (% 90,3) erkek, 37'si (% 9,3) kadındı. Ortalama yaş 62,4 idi. Hastaların % 71,54'ü (n= 274) KHDAK, %28,46'sı (n= 109) KHAK idi. Toplam 383 hastanın 307'sinde (% 80,1) sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Elli üç (% 13,8) hasta sigara kullanmıyordu, 23 (% 6) hastanın sigara kullanımına dair kayıta ulaşamadı. Hastaların 196'sında (% 51,1) komorbid hastalık bulunmamaktaydı. Yüz altı hastada (% 27,6) 1 tane, 59'unda (% 15,4) 2 tane, 22'sinde (% 5,7) 3 ve üzeri komorbid hastalık mevcuttu. En sık metastaz bölgesi kemikti (% 48, n=184). İki yüz yirmi iki hastada (% 57,9) sadece 1 metastaz varken, 161 hastada (% 32,1) ise birden fazla metastaz mevcuttu. Çalışmaya dahil edilen hastaların 164 tanesi (% 42,8) değişik nedenlerle (performans düşüklüğü, komorbidite, tedavi almak istememe vb.) sistemik tedavi almamıştı. İki yüz on dokuz hastaya ise (% 57,2) ağırlıklı olarak Platin tabanlı sistemik tedavi verilmişti.

Sonuçlar: Ortalama genel sağkalım süresi 412 gün (3-4679) olarak saptandı. Tek değişkenli analizlerde yaş, ECOG PS, sigara kullanımı, metastatik bölge sayısı, albümin düzeyi, kemoterapi alım durumu, histopatolojik tip, tümör lokalizasyonu, beyaz küre sayısı, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, hemoglobin düzeyi, ürik asid seviyesi, LDH seviyesi ve düzeltilmiş kalsiyum seviyesinin genel sağkalım ile istatistiksel anlamlı ilişkisi saptandı. Çok değişkenli analizlerde ise ECOG PS, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, LDH, albümin, histopatolojik tip, metastaz bölge sayısı ve KT alım durumunun genel sağkalıma istatistiksel olarak anlamlı etki ettiği bulundu. Tüm popülasyonda yapılan karar ağacı analizinde genel sağkalım üzerine en önemli belirleyicinin kemoterapi alım durumu olduğu görüldü. Karar ağacında kemoterapi alımından sonraki en önemli faktör metastatik bölge sayısı idi. Alt gruplara bakıldığında KHDAK için yapılan tree analizinde de en önemli prognostik belirteç kemoterapi alım durumu olarak belirlendi. Kemoterapi almayanlar için en önemli faktör metastaz bölge sayısı iken, kemoterapi alan grup içinde belirleyici olan faktör ise lokalizasyon idi. KHAK için yapılan tree analizinde ise en önemli prognostik faktör ECOG PS olarak saptandı. Tüm hastalar için karar ağacı analizinde kemoterapi alanlar, metastaz bölge sayısı az olanlar, ECOG PS skoru iyi olanlar ve sol akciğer yerleşimli tümörü olanların daha iyi prognoza sahip olduğu ve ortalama GS süresinin daha fazla olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, prognoz, sağkalım

EP-032

EVRE IIIB İLE EVRE IV SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA İDAME RACOTUMOMAB AŞI TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ERSİN ÖZASLAN¹, SAADETTİN KILIÇKAP², RÜÇHAN USLU³, AYDIN ÇILTAŞ⁴,
GÜLCAN BULUT³, METİN ÖZKAN¹

1 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KAYSERİ
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
3 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İZMİR
4 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Giriş-Amaç: Racotumomab, melanom, meme ve akciğer kanserinde NeuGcGM3 gangliozidlerini hedefleyen bir murin anti-idiotip

kanser aşısıdır. Bu çalışma, ileri evre skuamöz hücreli akciğer kanseri olan hastalarda ilk sıra tedavi sonrası idame tedavi olarak racotumomabın etkinlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hastalar ve Metod: Evre IIIB/IV skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı olan ve 1. basamak palyatif platin bazlı kemoterapi veya küratif kemoradyoterapi sonrası stabil hastalık, parsiyel regresyon veya tam cevap alınan hastalara idame olarak racotumomab (başlangıçta 2 haftada bir 5 uygulama sonrasında 4 haftada bir, 1 mg/ml intradermal) verildi. RECIST kriterlerine göre 3 ayda bir yanıt değerlendirmesi yapıldı. Mart 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında aşı tedavisi verilen hastalar Ocak 2018 tarihine kadar takip edildi ve sonuçlar retrospektif olarak incelendi.

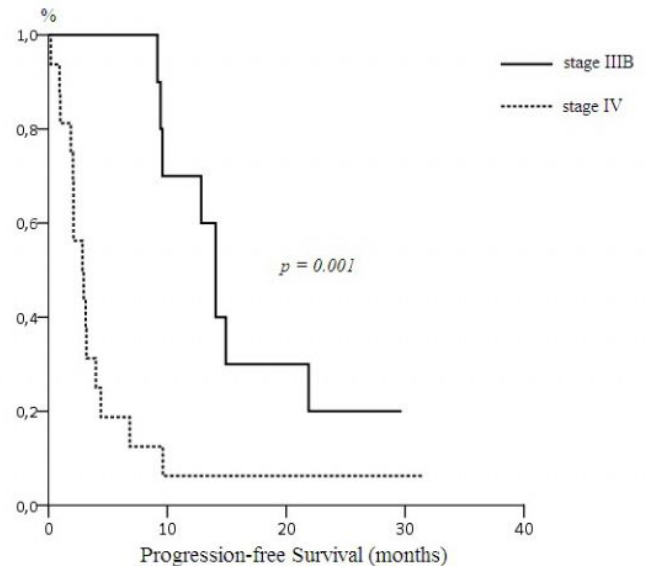
Sonuçlar: Çalışmaya alınan 26 hastanın 16'sı evre 4 ve 10'u evre IIIB idi. Onaltı hasta (evre IV) 1. basamak platin bazlı kemoterapi (KT) sonrası, 10 hasta (evre IIIB) ise küratif kemoradyoterapi (platin bazlı KT ile) sonrası idame racotumomab tedavisini aldı. Hastaların çoğu erkek, < 65 yaş, ECOG PS skoru 0, halen veya eski sigara içicisi idi (tablo 1). Ortanca takip süresi 21 ay idi. Ortanca racotumomab siklus sayısı 7 (aralık, 1-18 siklus) idi. Onyediyedi hasta takip sırasında ex oldu. 2 hastada pireksi dışında yan etki görülmedi. Tüm hastalar içinde 3 hasta (% 11.5) halen progresyon olmadan devam etmektedir. Bu 3 hastanın ortanca takip süresi 30 aydır. Objektif cevap oranı % 19.2 ve hastalık kontrol oranı % 50 idi (tablo 2). Racotumomab ile ortanca progresyonsuz sağkalım (PSK) 4.4 ay (95% CI, 1.14-7.65), ortanca sağkalım (OS) ise 11.53 ay (3.89-19.16) idi. Evre IIIB hastalarda ortanca PSK 14.06 (95 CI, 12.41-15.70) iken evre IV hastalarda 2.85 (1.18-4.53) idi ($p < 0.001$) (figür 1). Evre IIIB hastalarda yaklaşık ortanca 24 ay takibe rağmen ortanca sağkalıma ulaşamazken evre IV hastalarda 5.71 (2.17-9.25) idi ($p = 0.02$) (figür 2). 18 aylık PSK % 15 ve 18 aylık genel sağkalım % 31 idi (figür 3).

Tartışma: Literatürde racotumomab tedavisi ile ilgili çalışma sayısı az olduğu için günümüzde kılavuzlara girmemiştir. İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde racotumomab ile il-

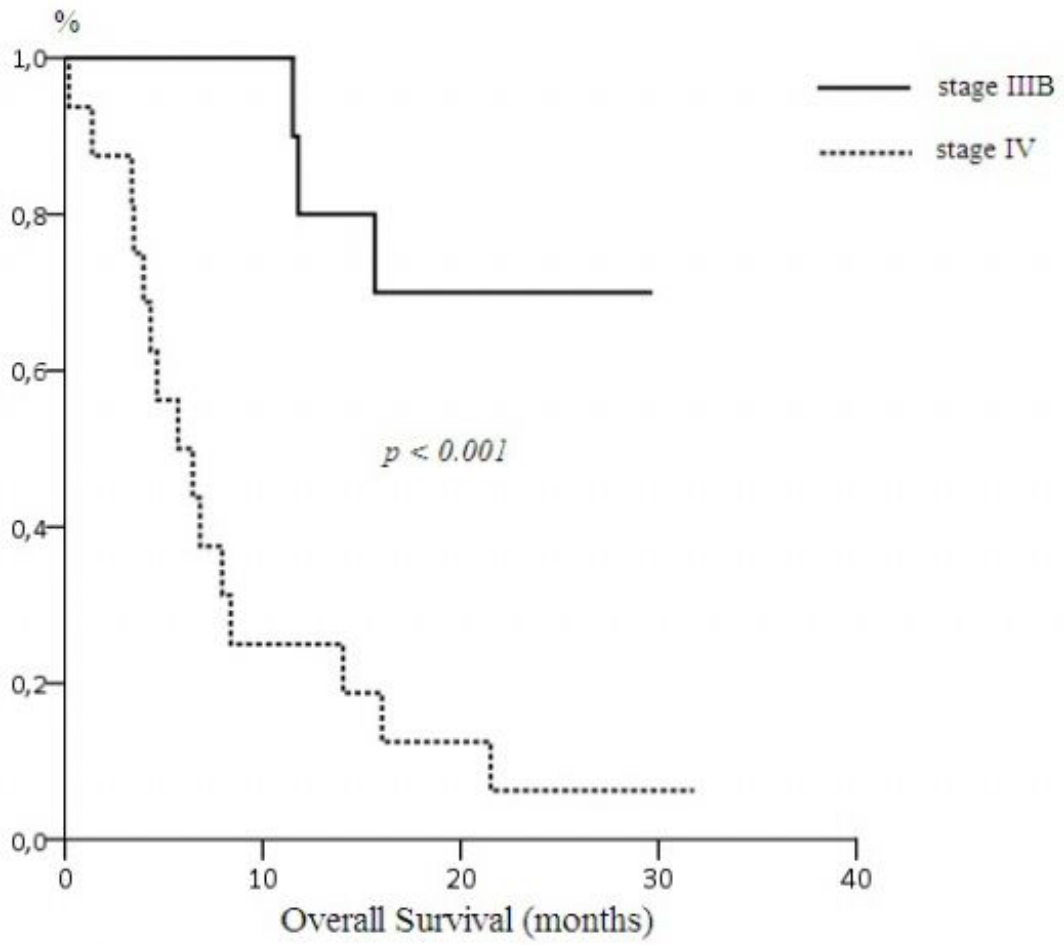
gili 2014 yılında yapılan ilk ve tek randomize kontrollü faz II/III çalışmada 1. basamak tedavi sonrası idame racotumomab tedavisi alan 87 hastada ortanca PSK 5.33 ay, plasebo alan grupta 3.9 ay olarak bulunmuştur ($p=0.039$). Bizim çalışmamızda özellikle evre IIIB skuamöz hücreli akciğer kanserlerinde etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca yaklaşık ortanca 2 yıl geçmesine rağmen hastaların % 11.5'inin halen progresse olmamış olması diğer immunoterapilere benzer bir durumdur. Bu nedenle racotumomab, ilk sıra tedavi sonrası yanıt elde edilen evre IIIB skuamöz akciğer kanserlerinde idame olarak uygun bir tedavi seçimi olabilir.

Anahtar Kelimeler: racotumomab, kanser aşısı, skuamöz hücreli akciğer kanseri, idame tedavi

Figür 1



Figür 2



EP-033

İZOLE SKALP METASTAZI İLE PREZENTE OLAN PAPİLLER TİROİD KANSERİ: OLGU SUNUMU

YAKUP ERGÜN, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, GÖKHAN UÇAR, MERVE DİRİKOÇ,
YUSUF AÇIKGÖZ, NURULLAH ZENGİN

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Tiroid karsinomu en sık görülen endokrin kanser tipidir. Diferansiye tiroid karsinomlarının en sık metastaz bölgesi bölgesel lenf bezleri olup daha sonra akciğer, karaciğer ve kemik gelmektedir. Diferansiye tiroid kanserlerinin kutanöz metastazları nadir olup kafa derisi (skalp) en sık metastaz görülen deri bölgesidir. Literatür incelemesinde, skalp metastazı yapan tiroid kanseri vakası 50 den az olup vakaların çoğu folliküler tiptedir. Papiller tiroid kanserinde ise skalp metastazı son derece nadirdir. Biz de skalp metastazı ile başvuran papiller tiroid kanseri vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 58 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır sağ pariyetal kafa derisinde şişlik şikayeti mevcutmuş. Şişliğin giderek artması ve ağrı şikayetinin eklenmesi nedeni ile yapılan kranial MR görüntülemesinde sağ pariyetal kemiği erode eden kitle tespit ediliyor. Total kitle eksizyonu yapılan hastada patoloji sonucu "adenokarsinom metastazı, panCK ile fokal, TTF-1 ile yaygın boyanma, tiroglobulin ile zayıf boyanma" şeklinde raporlanıyor. Primer odak bulmak amacı ile yapılan değerlendirmelerde tiroid sol lobda yaklaşık 5 cm nodül tesbit ediliyor. Sistemik taramalarda başka metastaz bölgesi tespit edilmeyen hastaya total

tiroidektomi yapılıyor. Tiroidektomi materyalinin patolojik incelemesinde "papiller karsinom, TTF-1, HBME-1 CK-19 ve Galektin 3 ile yoğun boyanma" şeklinde yorumlanıyor. Skalp metastatik papiller tiroid karsinomu olarak değerlendirilen hastaya post op tiroid replasman tedavisi başlanıp skalpteki rezeksiyon alanına radyoterapi planlandı.

Sonuç: Skalp metastazı nadir bir metastaz bölgesi olup genellikle akciğer ve meme gibi kanser tiplerinde görülmektedir. Diferansiye tiroid kanserleri genellikle iyi prognozludur ancak bazen atipik metastaz ile prezente olabilirler. Tiroid kanserlerine bağılı skalp metastazı oldukça nadir görülmekte olup kötü prognozla birlikte. Literatürde, kutanöz metastazı olan tiroid kanserlerinde ortalama sağkalım 19 ay olup daha çok foliküler tipte, erkek ve kadında eşit sıklıkta görülmektedir. Bizim vakamızda olduğu gibi papiller tiroid kanserinde izole skalp metastazı nadir bir prezentasyon şekli olması nedeni ile özellik arzemektedir.

Anahtar Kelimeler: papiller tiroid kanseri, atipik prezentasyon, skalp metastazı

EP-034

**VİSSERAL METASTAZLA SEYREDEN İKİ İNTRAKRANİYAL
HEMANJİOPERİSİTOMA OLGUSU**

MUSTAFA ERSOY, LÜTFİYE DEMİR, BÜLENT YILDIZ, BERMET JUNUSHOVA, MURAT DİNÇER

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Meningial hemanjioperisitoma primer merkezi sinir sistemi tümörlerinin %0.4' ünü oluşturan nadir ve oldukça vasküler yapıda bir mezenkimal tümördür. Total rezeksiyon ilk tedavi seçeneği olup lokal rekürrens ve uzak metastaz ihtimali de vardır. Burada primer cerrahiden uzun süre sonra uzak metastazlar ile prezente olan iki vaka sunduk.

Olgu:

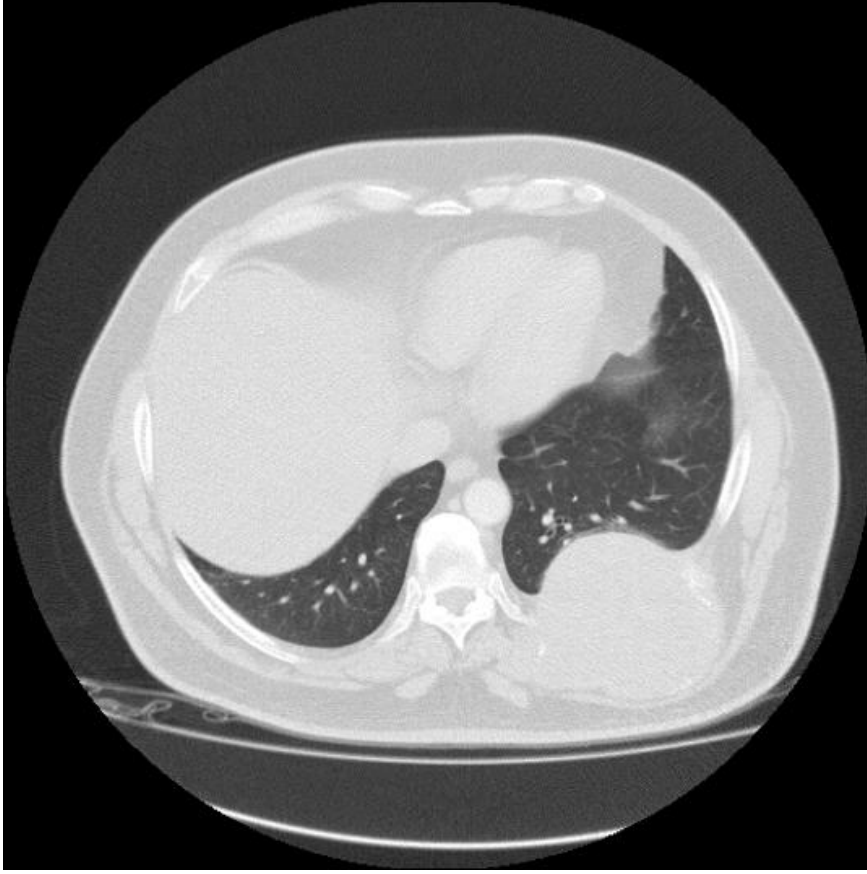
1.Olgu: 47 yaşındaki erkek hasta sol frontaldeki 5x5x7 cm kitle nedeniyle 11.4.2011 tarihinde opere edilmiş. Patoloji sonucu 'anaplastik hemanjioperisitoma, 11 mitoz/10 BBA, nekroz izlenmedi. CD34, vimentin, CD99 zayıf pozitif; HMB45, EMA, S100, Keratin, Progesteron negatif' olarak raporlanmış. Hastaya postoperatif adjuvan radyoterapi verilmiş. Haziran 2017'de sırt/karın ağrısı ve sırtta şişlik nedeniyle yapılan tomografi taramalarında sol hemitoraks 4. kosta anterior kesiminde 48x35 mm, 8. kosta posterior kesiminde 80x71 mm, sol sakroiliak eklem düzeyinde 10x5x8.5 cm boyutunda kitleler saptanmış. Beyin MR incelemesinde intrakraniyal nüks kitle görülmemiş. Sol hemitoraksta plevra komşuluğundaki lezyondan alınan biyopsi sonucu hemanjioperisitoma saptandıktan sonra tarafımıza gönderildi. Hastaya 3 kür Temozolamid - Bevacizumab kombinasyonu verildi. 3 kür sonrası yanıt değerlendirmesinde progresif hastalık saptanması üzerine İfosfamid-doksorubisin kombinasyonu başlandı. Hastanın şu an kliniğimizde takip ve tedavisi devam etmektedir.

2. Olgu: 59 yaşındaki kadın hasta frontaldeki 3x3 cm'lik kitle nedeniyle Ekim 2010 tarihinde opere edilmiş. Hastanın o dönem 4 adet immunohistokimyasal boyaması yapılmış (S100,EMA,Vimentin,-Ki-67). Bir BBA'da 9 adet mitoz saptanan hastada nekroz sahaları da mevcutmuş. Sonuçlar atipik menenjiom olarak raporlanmış. Mayıs 2014'te nüks 4.5x1.5x1.2 cm kitlesi saptanan hasta tekrar opere edilmiş. Tümör hücrelerinde CD99, BCL-2, pozitif; S100, CD34 ve CK 7 ile fokal boyanma saptanmış. Hastanın 2010 tarihli örneklerinin de tekrar immünohistokimyasal olarak değerlendirilmesi sonrasında iki örnek de anaplastik hemanjioperisitoma olarak raporlanmış. Hastaya postoperatif adjuvan radyoterapi (RT) verilmiş. Ocak 2017'de sağ yanakta kitle çıkması nedeniyle yapılan taramalarında mandibulayı destrükte eden 46x33x48 mm kitle ve frontal lobda 34x68x75 mm nüks kitle saptandı. Mandibuladan alınan biyopsi sonucu hemanjioperisitoma olarak raporlandı. Palyatif intrakraniyal ve mandibulaya RT uygulandıktan sonra Temozolamid-Bevacizumab kombinasyonu başlandı. Hastanın tedavi ve takibi kliniğimizde devam etmektedir.

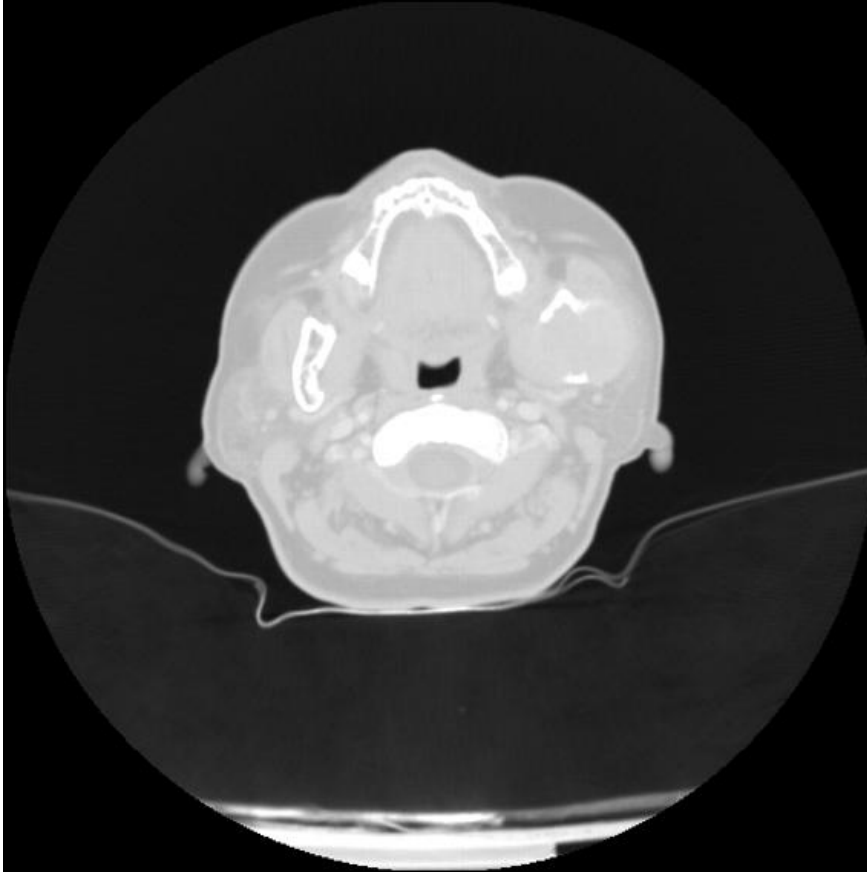
Sonuç: Hemanjioperisitoma perisitlerden kaynaklanan ve vasküler niteliği nedeniyle uzak metastaz yapabilen agresif bir tümördür. İntrakraniyal yerleşimli hemanjioperisitomada standart küratif tedavi cerrahidir. Cerrahi şansının olmadığı vakalarda palyatif kemoterapi verilmektedir. Vasküler bir tümör olması nedeniyle VEGF yolağı üzerinden etkili tedaviler umut vadetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemanjioperisitoma, Metastaz, VEGF

1. hastanın 8. kosta posteriorundaki lezyon



2. hastanın mandibuladaki kitle lezyonu



EP-035

ANAPLASTİK TİROİD KARSİNOMU ZEMİNİNDE GELİŞMİŞ TİROİDİN PRİMER OSTEOSARKOMU

YILMAZ BAŞ¹, RAMAZAN TOPÇU², BEHİCE HANDE ERENLER¹, MEHMET KEFELİ³

1 HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, ÇORUM

2 HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, ÇORUM

3 ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, SAMSUN

Amaç: Tiroidin primer osteosarkomu çok ender bir tümördür. Bu çalışmada anaplastik tiroit karsinomu zemininde gelişmiş tiroidin primer osteosarkomu sunuldu.

Olgu: 62 yaşında kadın hasta, genel cerrahi polikliniğine son 2-3 aydır ilerleyen orta hat boyun şişmesi ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Kan bulguları normaldi. Boyun ön-alt bölgede, tiroit lojunda bilateral multinodülleri vardı. Fizik muayenesi ve akciğer X-Ray grafisi özellik içermiyordu. Ultrasonografide trakeaya bası yapan, sağ lobda büyüğü orta kesimde yaklaşık 4,5 cm'ye ulaşan hipoeoik heterojen nodül görünümüleri görüldü. Büyük nodül içerisinde mikrokalsifikasyonlar izlendi ve İİAB önerildi. Patolojik lenf düğümü tariflenmedi.

Sitolojik inceleme: Yaymada pleomorfik iğsi ve epiteloid şekilli malign hücreler ve metakromatik hücre dışı matriks materyal izlendi.

Makroskobik inceleme: Sağ lobda, tiroit kapsülü ile sınırlı, kesit yüzü genel olarak kemik ve kıkırdak dokusu içeren, krem renkli solid yapıda 8x5x5 cm ölçülerinde tümör izlendi. Yer yer kanama ve nekroz alanları vardır.

Mikroskobik inceleme: Kalın ve ince birbiriyle çaprazlaşan demetler halinde düzenlenim gösteren, koagülatif tümör nekroz alanlarına sahip, osteoid matriks/trabeküler ve yer yer kartilaj üretimi yüksek iğsi ve epiteloid hücreli tümör izlendi. Yer yer, kolloid içeren folliküller görüldü. Bu follikülleri döşeyen epitel nükleusları psödoinklüzyon ve seyrek groove yapıları içeriyordu. İğsi hücrelerde hiperkromazi, pleomorfizm ve sık atipik mi-

totik figürler izlendi. Yaygın lenfovasküler invazyon vardı. Tiroit kapsülünü aşan invazyon görülmedi.

İmmünohistokimyasal inceleme: Tümör vimentin, p53 ve Galaktin 3 ile diffüz pozitif, Pansitokeratin, EMA, TTF-1, Tiroglobulin, PAX8, CK19, HBME1, kalsitonin, sinatofizin, kromogranin, CD31, CD34, CD99, desmin, SMA, FVIII ve S-100 proteini ile negatif reaksiyon verdi. Ki-67 proliferasyon indeksi %30 bulundu. Literatürde, anaplastik komponent P53 ile güçlü pozitif, Pansitokeratin ile %47-100 vakada, EMA ile %50 vakada pozitifdir. Vakamızda pansitokeratin ve EMA negatif fakat p53, vimentin ve galaktin 3 güçlü pozitif reaksiyon vermiştir

Olgu primer osteosarkom ve anaplastik tiroit karsinomu ön tanıları ile Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalında konsülte edildi.

Olgu "Anaplastik Tiroit Karsinomu Zemininde Gelişmiş Tiroidin Primer Osteosarkomu, (pT3N0MX)" olarak raporlandı.

Ameliyattan bir ay sonra genel durumu iyi olan hasta onkolojik tedavi için başvurdu. Klinik ve radyolojik incelemede primer farklı bir tümör odağı saptanmadı. Hasta onkolojik takip altındadır.

Sonuç: Primer osteosarkom, tiroidin nadir görülen malign non-epitelyal neoplazmalarının küçük bir yüzdesini oluşturur. Yayınlanan verilerde sadece 28 olgu açıklanmıştır. Tiroit mezenterik tümörleri arasında nadir de olsa primer osteosarkomun gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tiroit bezi, primer osteosarkom, patoloji

EP-036

**SORAFENİB TEDAVİSİ İLE İZLENMEKTE OLAN BİR METASTATİK
TİROİD PAPİLLER KANSERİ OLGUSU**

METİN DEMİR, UTKU BURAK BOZBULUT, şAHİN LAÇİN, SADETTİN KILIÇKAP

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Radyoaktif iyot tedavisine refrakter lokal ileri ve metastatik diferansiye tiroid kanserlerinde antrasiklin bazlı kemo-terapi rejimleri kullanılmaktadır. Plaseboyla yapılan karşılaştırmalarda progresyonsuz sağkalımı 10 ayın üzerine çıkardığı gösterilen sorafenib de modern tedavide yerini almıştır.

Olgu: 57 yaşında erkek hastaya şubat 2001'de boyunda kitle nedeniyle tetkik edilirken tiroidde saptanan kitle nedeniyle total tiroidektomi ve seviye 2-4 selektif boyun diseksiyonu yapılmış. pT2bN1a tiroid papiller karsinomu saptanan hastaya postoperatif 80 mCi radyoaktif iyot (RAI) ve Temmuz 2001'deki lokal nüksü nedeniyle de 150 Mci RAI verilmiş. Ocak 2014'te tekrar lokal nüks saptanınca tiroid lojuna ve bilateral boyun lenfatiklerine yönelik radyoterapi almış. Haziran 2016'da sağda akciğer parankiminde metastaz ve sağda mediastende metastatik lenf nodları gözlenmiş. Bu dönemde yapılan FDG-PET'te beyin, akciğerler, mediastinal lenf nodları ve C5 vertebrada metastaz ile uyumlu nodüller görüldü. Tüm vücut iyot sintigrafisinde mevcut odakların iyot tutmadığı gözlendi. Bu bulgular mevcut tiroid kanserinin dediferansiyasyonu olarak değerlendirilip hastanın

radyonüklid tedaviden fayda göremeyeceği kanısına varıldı. Ayrıca ikinci primer akciğer kanseri olasılığını ekarte etmek için hastaya bronkoskopi de yapıldı. Transbronşiyal olarak alınan iğne aspirasyonunun sitolojisi de tiroid papiller karsinomu ile uyumlu geldi. Hastaya beyin metastazlarına ve C5 vertebraya yönelik radyoterapi verildi. Hastaya Ekim 2016'da sorafenib başlandı. Hasta o dönemden beri sorafenib 2x400 mg tedavisi ile parsiyel yanıtla şekilde takip edilmektedir

Sonuç: Tanıdan yaklaşık 15 yıl sonra nüksetmiş olan bu tiroid kanseri olgu takibi esnasında iki kez RAI tedavisi almıştır. Metastatik evrede beyin tutulumu da olduğu için lokal tedavi yapıldıktan sonra hastaya bir multikinaz inhibitörü olan sorafenib başlanmış ve yanıt elde edilmiştir. Hasta tolere edilmesi konvansiyonel kemoterapiye göre daha kolay olan bu ajanı rahatlıkla almakta ve günlük aktivitelerine devam edebilmektedir. Beklenildiği gibi de grade 3-4 yan etki görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: tiroid papiller karsinomu, radyoaktif iyot tedavisi, sorafenib

EP-037

HİPOFARİNKS LİPOSARKOMLU HASTADA SENKRON TİROİD PAPİLLER KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

YASEMİN KEMAL¹, ÖZGÜR KEMAL², MEHMET KEFELİ³, SEDA GÜN³, HATİCE KADI², MEHMET KOYUNCU²

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KULAK BURUN BOĞAZ ANA BİLİM DALI

3 19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç: Larinks ve hipofarinks liposarkomları çok nadir tümörlerdir. İngilizce literatürde 45'in altında vaka bildirilmiştir. Uzak metastaz riski düşük fakat lokal rekürrens riski yüksektir.

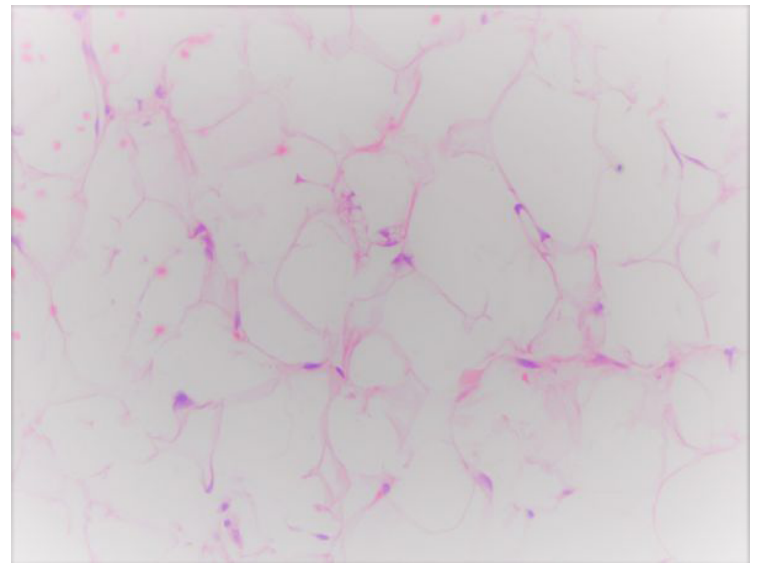
Olgu: 52 yaşında erkek hasta 5 aydır devam eden nefes darlığı ve yutma güçlüğü şikayetleri ile kulak burun boğaz polikliniğine başvuruyor. Özgeçmişinde 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcut. Endoskopik muayenesinde hipofarenks sağ lateral duvardan kaynaklanan, ventriküler banttan lümene taşan ekzofitik kitle izlendi. Direk laringoskop ile alınan biyopsi tanısız bulgu içermediğinden hastaya direk laringoskopi ve sağ lateral faringotomi ile kitle eksizyonu yapıldı. Ayrıca operasyonda sağda internal juguler vane komşu 2x2 cm patolojik olduğu düşünülen lenf nodu da çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucunda hipofarinksten çıkarılan kitle 'iyi diferansiye liposarkom'; eksize edilen lenf nodu ise 'tiroid papiller karsinomu' ve 'ana kitlede cerrahi sınırlarda tümör devam etmektedir' olarak raporlandı. Boyun tomografisinde sağda hipofarinks düzeyinde lümene doğru uzanan yumuşak doku kitlesi, tiroid sağ lobu komşuluğunda 2 adet lenf nodu ve tiroid sağ lobunda 6x9 mm hipodens noduler lezyon izlendi. Bu bulgularla multidisipliner tümör konseyinde değerlendirilen hastaya hipofarinksten re-eksizyon, total tiroidektomi ve sağ boyun diseksiyonu yapıldı. Patolojik değerlendirmede: hipofarinkste iyi diferansiye liposarkom, cerrahi sınırda atipik hücreler, tiroide 9 mm papiller karsinom ve 4 adet papiller tiroid karsinom metastazlı lenf nodu saptandı. Cerrahi tedavi sonrası hastaya adjuvan radyoterapi ve radyoaktif iyot tedavisi uygulandı. 15 aydır nüks ve metastaz olmaksızın kontrolleri devam etmektedir.

Sonuç: Laringeal liposarkomlar çok nadir görülürler. Daha çok erkeklerde ve supraglottik bölgede yerleşirler. Hastalar sıklıkla hava yolunda darlık, disfaji ve horlama ileprezente olur. Sigara kullanımı çoğu hastada ortak özelliştir. Genellikle iyi diferansiyedir fakat lokal agresif seyredir. Geniş cerrahi eksizyon önerilen tedavi yöntemidir. Adjuvan radyoterapinin yeri tartışmalı olup cerrahi sınır ve nüks riskine göre hastaya göre karar verilmelidir.

Tiroid papiller karsinomu tek başına oldukça sık görülen baş boyun tümörüdür; fakat hipofarinks liposarkomu ile senkron papiller tiroid karsinomu olgusu ilk defa raporlanacaktır.

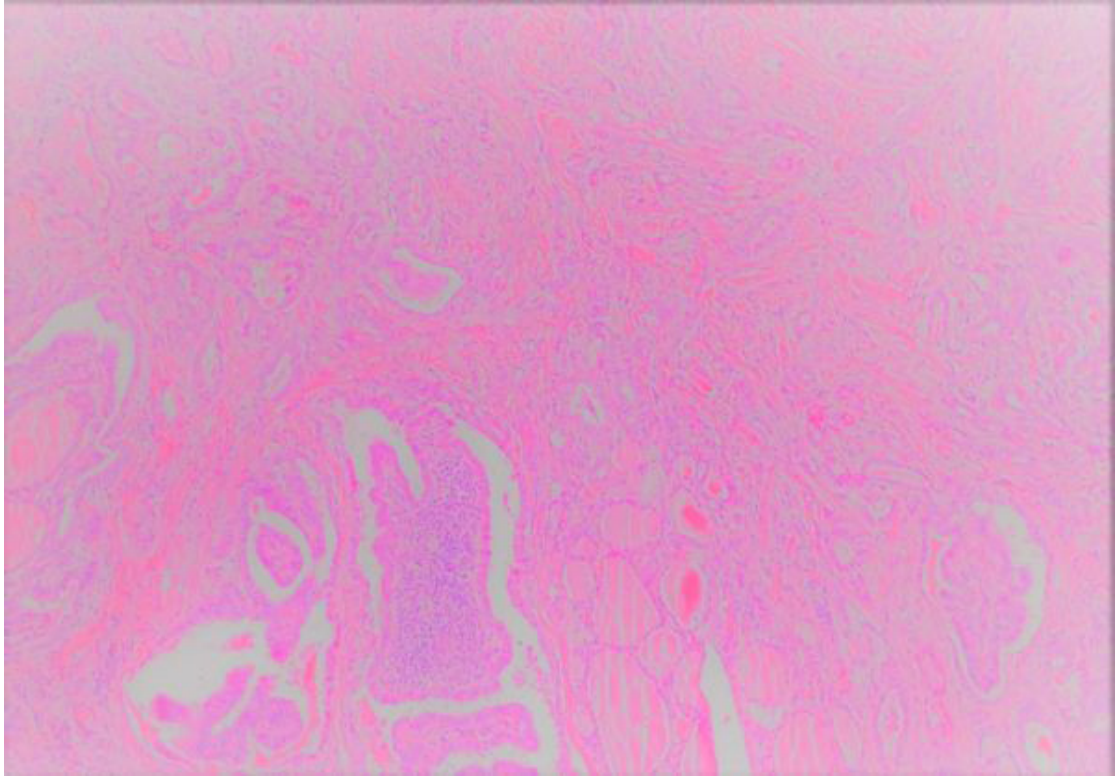
Anahtar Kelimeler: hipofarinks, liposarkom, papiller tiroid karsinomu

Figür-1



Atipik lipositler ve nadir lipoblastlar (HEX400)

Figür-2



Küboidal hücrelerden oluşan papiller yapılar (HEX100)

EP-038

AMELOBLASTOMA METASTASİS TO THE LİVER, RARE PRESENTATION OF A RARE DİSEASE

ŞAHİN LAÇİN¹, AHMET BÜLENT DOGRUL², ERKAN DİKME³, NEYRAN KERTMEN¹, FATMA ALEV TÜRKER¹, SAİME AYŞE KARS¹

1 HACETTEPE UNIVERSITY INSTITUTE OF ONCOLOGY, DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, ANKARA

2 DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, HACETTEPE UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE, ANKARA

3 DEPARTMENT OF THORACIC SURGERY, HACETTEPE UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE, ANKARA

Objective: Ameloblastoma is a slow growing odontogenic epithelial neoplasm which originates from remnants of the dental lamina with a high recurrence rate, but a low tendency to metastasize. Locally invasive ameloblastoma is often aggressive and destructive which erodes bone and invades adjacent structures. Despite its benign histology, metastatic disease may occur and samples taken from metastatic tumor usually maintains the features of the original tumor. Ameloblastic carcinoma differs from ameloblastoma with malignant cytological features.

Case: A 23-year-old man, presented with three months history of increasing lower abdominal discomfort and a change in bowel habits. According to the hospital records, he was a nonsmoker and denied alcohol consumption. He had had dental problems in 2004, underwent dental extraction and operations then. Following these procedures, he had noticed a painless swelling in his right mandible. The lesion was resected and histopathology was reported as ameloblastoma. Between 2004 and 2015, the patient suffered 7 local relapses which were treated surgically. In 2015 the patient started to have complaints as mentioned above. CT scans of the chest and abdomen revealed two metastatic lesions in the right lung and a huge liver mass located in segments 2 and 3. A core biopsy taken from this lesion was reported as metastatic ameloblastoma. Immunohistochemistry revealed diffuse positive staining with cytokeratin (CK) 14, CK 19, CK 5, beta-catenin, focal staining with CK 18 and negative staining with calretinin. The patient was treated with cisplatin and adriamycin doublet. Despite six cycles of this combination was given, no any objective response was seen. The patient was discussed in our multidisciplinary tumor board and considering the resistance to systemic treatment, his good performance status, and reported success of local surgical approaches for the disease, we decided to proceed with surgical treatment. In August 2016, the lesion in the liver was removed and in September 2016, he underwent a right thoracotomy with resection

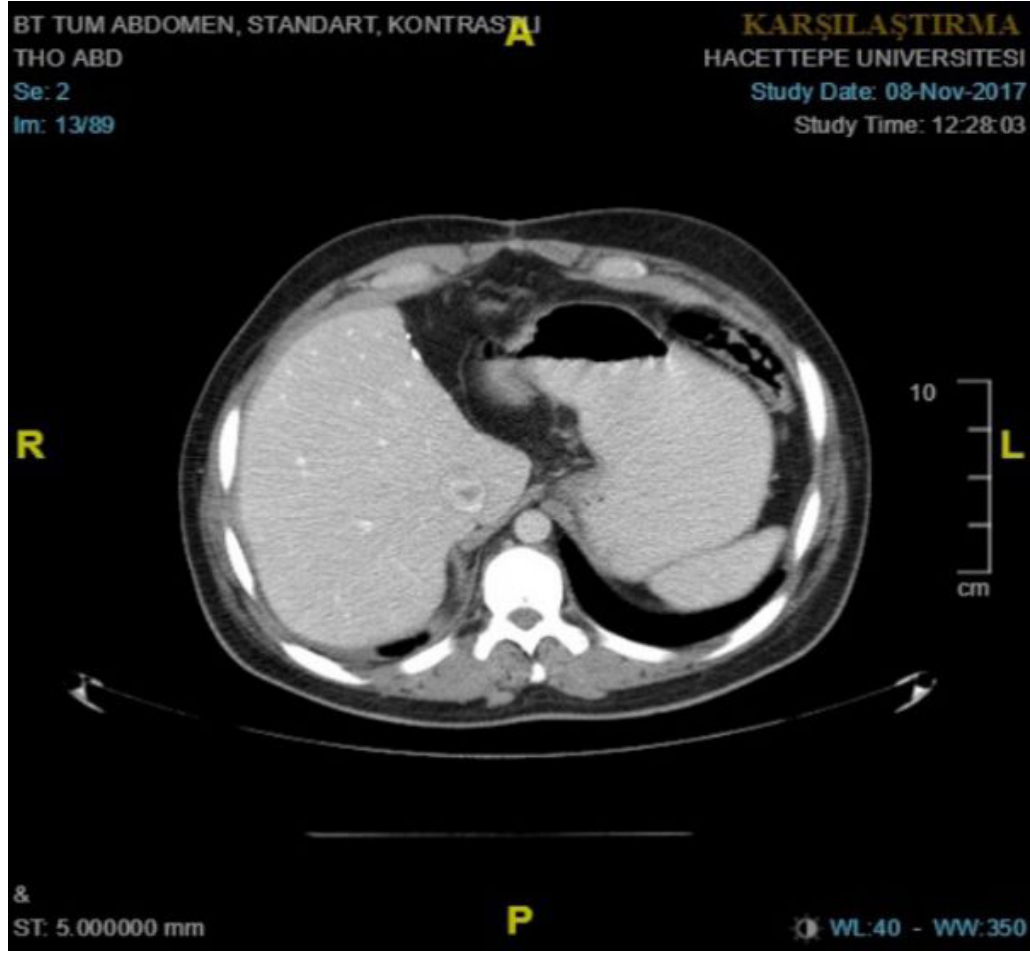
of lung lesions. The pathological evaluation of all samples were consistent with ameloblastoma. Postoperative recovery was uneventful and the patient is currently free of disease, at 15 months.

Conclusion: Ameloblastoma is a rare disease and probably establishing a standard treatment approach will not be easy. Distant spread of the tumor is a challenging situation and surgery, if possible, is often the treatment of choice, with the most promising results. Therefore, after failed systemic chemotherapy for our patient we performed surgery and obtained very good result, so surgery might be one of the best treatment for selected patients to increase disease-free survival because of resistance of the disease to systemic chemotherapy. Liver is an unusual metastatic site for ameloblastoma. This may be the first case reported in the literature

Keywords: Ameloblastoma, Liver, Metastasis, Surgery
Metastasectomy specimen



The patient abdominal CT after resection of the liver lesion



EP-039

TİROİD CA NEDENİYLE RADYOAKTİF İYOT (RAİ) TEDAVİSİ VERİLEN BİR OLGUDA GELİŞEN EOZİNOFİL ARTIŞI İLE BAŞLAYAN MYELOPROLİFERATİF NEOPLAZİ VE ARDINDAN GELİŞEN LENFOBLASTİK LENFOMA OLGUSU

İRFAN ALIŞAN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI,ADANA

Amaç: Tiroid kanserleri genç yaşta tanı alıp RAİ tedavisi alan hastalarda ikincil kanserlerin artış gösterdiği bilinmektedir. Artmış ikincil kanser riski genetik predispozisyon veya tedavide kullanılan RAİ bağlanmaktadır. Burada tiroid Ca nedeniyle RAİ tedavisi verilen bir olguda gelişen eozinofil artışı ile başlayan MPN ve ardından gelişen lenfoblastik lenfoma olgusu sunulmuştur

Olgu: 65 yaşında erkek hasta 2009 yılında tiroid papiller kanseri nedeni ile opere edilmiş. Total tiroidektomi yapılmış. Toplam 2 kez olmak üzere en son mayıs 2010'da RAİ almış. Aralık 2010'da 150 mCi RAİ tedavi sonrası 6.ayda 5 mCi I-131 ile çekilen tüm vücut taramada tiroid lojunda aktivite tutan bakiye tiroid dokusu izlenmemiş. Sonrasında hasta endokrin poliklinik kontrolüne alınmış ve 150 mikrogram LT4 tedavisi ile ötiroid olarak takip edilmiş, Tg düzeylerinde yükseklik saptanmamış. Haziran 2011'de CBC wbc:6,000 Ul(4,3-10,3) hb:13,6 g/dl hct:40,5 % plt:413 ul olarak saptanmış. Lökosit sayı ve dağılımı normal aralıkta iken aralık 2012'de eozinofil %12 (0,918 10³ / mikrolitre imiş. PYda hafif eozinofili saptanmış ve eozinofili için spesifik neden bulunmayan hasta izleme alınmış, 3 ay arayla yapılan kontrollerde hafif eozinofili dışında anormallik saptanmamış ve hasta asemptomatik takip edilmiş. MPN için bakılan JAK-2 negatif olarak gelmiş.

Mayıs 2016' da halsizlik, yorgunluk şikayetleri ile başvuran hastanın lökositozu (wbc:19,6) ve anemisi(hb:9,5) saptanmış. Trombositleri normal eozinofil yüzde 30,4 olarak saptanmış.

Kemik iliği aspirasyon ve biopsisi eozinofili, myeloid hiperplazi hipersellüler ilik dokusu, myeloproliferatif neoplazi olarak yorumlanmış,periferik kanda t(9-22):- olarak bulunmuş. Fizik muayenede inguinal lap ve splenomegali saptanmış, batın usg'de kc 18 cm, parankim ekosu homojen, dalak 14 cm ve bilateral inguinal bölgede multiple olmak üzere en belirginini sağda 32x13 mm boyutunda lenf nodları izlenmiş. Haziran 2016'da ekzizyonel lenf nodu biopsisi yapıldı. Prekürsör T hücreli lenfoblastik lösemi/lenfoma olarak raporlandı. Tdt,CD5,CD43 pozitif iken CD 34,117,Pax,Bcl2,CD20,CD23 negatif bulundu. Evreleme amaçlı FDG PET-BT yapıldı. Torakal kesitlerde bilateral axiller bölgelerde en büyüğü yaklaşık 2,5 cm boyutunda minimal F-18 FDG artışı gösteren multipl sayıda LAP'lar (SUVmax:2,91), mediastende bilateral hiler bölgelerde büyüğü yaklaşık 1 cm boyutunda minimal F-18 FDG tutulumu gösteren birkaç adet lenf nodu (SUVmax:2,26), abdomino-pelvik kesitlerde dalak büyük boyutta olup diffüz olarak kc göre tutulum (SUVmax:4,08), bilateral para-aortik, iliak bölgelerde ve bilateral inguinal bölgelerde multiple sayıda lap (SUVmax:7,7) ile tüm iskelet sisteminde yaygın kemik/kemik iliği lezyonları saptandı. Hastaya hyperC-VAD/MTX+Ara-C kemoterapisi planlandı, 4 siklus sonrası metabolik tam yanıt elde edildi ve hastaya otolog kit planlandı.

Sonuç: Sekonder kanserler ve RAİ dozu arasındaki ilişki net bilinmemektedir. Bu vakada aradaki ilişki gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: RAİ, Sekonder tm, Troid ca

EP-040

BİTKİSEL TEDAVİ NEDENİYLE GEÇ KALINMIŞ İLERİ EVRE BUKKAL MUKOZA SCC'Lİ HASTADA KEMORADYOTERAPİ İLE DRAMATİK YANIT

ARIF HAKAN ÖNDER¹, SELAMİ BA¹, BANU ÖZTÜRK¹, EVRİM DUMAN²

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA
2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ. ANTALYA

Amaç: Ülkemizde kanser hastalarında bitkisel tedavi kullanımı maalesef çok yaygındır. Yeni tanı konulmuş hastaların alması gereken cerrahi ve/veya medikal tedavi almaksızın bu tedavilere yönelmesi oldukça kötü sonuçlara neden olmaktadır. Bizde bu vakamızda sol bukkal mukoza scc tanısı konulmuş erken evre bir kadın hastada bitkisel karışımları tercih etmesi nedeniyle ilerlemiş, cilde ağızlaşmış ve enfekte tümör dokusuyla karakterize hastada salvage kemoradyoterapiyle alınan tedavi yanıtını sunmak istedik.

Olgu: 52 yaşında kadın hasta polikliniğimize 29.11.2017 de başvurdu. Hastamız yaklaşık 1 yıl önce sol yanakta takılma hissi ve ağrı şikayetleri başlamış. Bu şikayetlerinin başlangıcından 6 ay sonra dış merkeze başvurmuş. Burada yapılan tetkiklerinde; sol yanak lojunda masseter kasa doğru uzanım gösteren kabaca 2x2 cm boyutlu kitlesel lezyon ve sol mandibula komşuluğunda, submental ve sol juguler en büyüğü 2 cm boyutlu lenf nodları tespit edilmiş. Hastaya 5.07.2017'de dış merkezde biyopsi yapıldığında papiller yassı hücreli karsinom olarak raporlanmış. Hastaya bu dönemde operasyon önerilmiş fakat hasta operasyonu kabul etmemiş. Sonrasında hasta başka bir tıbbi tedavi almaksızın bitkisel karışımları lokal ve oral yolla kullanmış. Hasta bu karışımları kullandıktan 4 ay sonra polikliniğimize başvurduğunda; cilde ağızlaşmış tümör dokusu yaklaşık 7x8 cm boyutlara ulaşmış, enfekte, çevre dokuları infiltrate etmiş bir haldeydi. Hastaya mevcut görünüm ve fonksiyon kaybı nedeniyle hızla hospitalize edilerek anaerob antibiyotik tedavisi başlanıp kemoradyoterapi planı yapıldı. Hastaya radyoterapi eş zamanlı 250 mg/m² Setuksimab tedavisi başlandı. Radyoterapi olarak primer tümör ve metastatik lenf nodlarına toplam doz 70Gy olacak şekilde IMRT başlandı. Yakın takip edilen hastada 3 kür sonrası dramatik yanıt alındı. Hasta şuan tedavisi devam etmekte olup performans durumu ve fonksiyonel kapasitesi oldukça iyi durumda.

Sonuç: Bukkal mukoza kanseri sıklıkla ihmal edilir veya travmanın bir enfeksiyonu veya sonucu olarak yanlış tanı konur ve böylece nadiren T1 lezyonları olarak görürler. Lokal tekrarlama oranları ve teknik zorluklara rağmen, bukkal mukoza kanserleri için cerrahi genellikle tercih edilir. Erken evre bukkal mukoza kanserlerinin tedavisi kolay görülebilir fakat trans oral yaklaşım zor olması nedeniyle enblok bir rezeksiyon zor olacaktır. Postoperatif radyasyon veya kemoradyasyon çoğu zaman lokal bölgesel kontrol olasılığını en üst düzeye çıkarmak için gereklidir. RT kullanılıyorsa, başlangıçtaki tedavi hacmi en az 2 cm kenar boşluğu olan primer tümörü içerir. Bizim de erken dönemde saptanan bukkal mukoza kanserli vakamızın cerrahi tedaviyi kabul etmeyip maalesef bitkisel karışımlara yönelmesi sonucu ortaya çıkan oldukça olumsuz bir tabloda verilen kemoradyoterapiyle elde ettiğimiz dramatik yanıtı sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Bukkal, Kemoradyoterapi, bitkisel, dramatik Tedavi Öncesi



Tedavi Sonrası



EP-041

A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF METOCLOPRAMIDE COMBINED WITH TRIPLE ANTIEMETIC THERAPY TO PREVENT ANTHRACYCLINE-BASED CHEMOTHERAPY-INDUCED NAUSEA AND VOMITING IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

UTKU OFLAZOĞLU

DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, IZMIR KATIP CELEBI UNIVERSITY, ATATURK TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL, IZMIR, TURKEY

Aim: Triple antiemetic therapy, such as a 5-HT3 receptor antagonist (5HT3-RA), aprepitant and dexamethasone, is recommended for the prophylaxis of highly emetogenic chemotherapy (HEC) induced nausea and vomiting (CINV) in patients with breast cancer. In the present study, we aimed to verify whether adding metoclopramide to the triplet antiemetic therapy is superior to the triplet antiemetic therapy in preventing CINV in patients with breast cancer.

Material-Methods: A single-blind, randomized trial was performed on ninety-seven patients who received HEC among chemotherapy-naive patients with breast cancer. The visual analogue scale (VAS) utilized to detect nausea, and FLIE was used in order to determine its impact on the patients' quality of life. The patients were randomized to arm A (n:48, dexamethasone and 5HT3RA on day 1, aprepitant on day 1-3, and metoclopramide on days 1-5) and arm B (n:49, dexamethasone and 5HT3RA on day 1 and aprepitant on day 1-3). The primary endpoint was complete response (CR) (no nausea, no vomiting, and no rescue medication) during the overall phase (days 1-5).

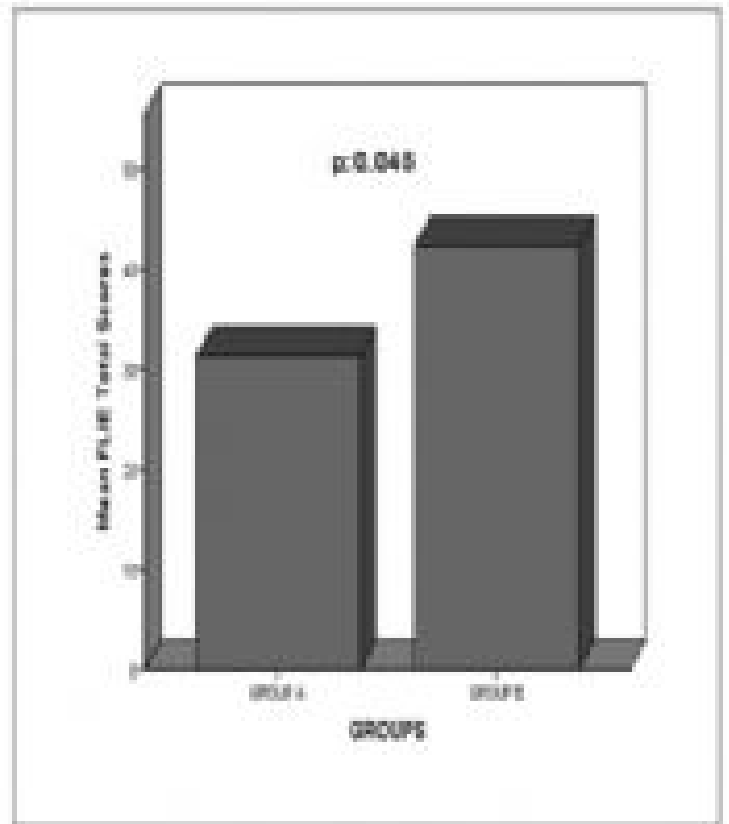
Results: The demographic and clinical features such as age, educational background, height and weight measurements were similar in both groups. The CR was found in twenty patients (45.8%) of the forty-eight patients in the arm A, while it was found in thirteen patients (26.5%) of the forty-nine patients in the arm B (p:0.038). The mean total FLIE score was 31.31 (SD: 20.5) in arm A, which was 42.29 (SD: 26.4) in arm B (p:0.045).

Conclusions: A triple or quadruple antiemetic combination is proposed to alleviate CINV for female patients with breast cancer treated with HEC. In patients receiving anthracycline-based chemotherapy, quadruple antiemetic therapy with dexamethasone, aprepitant, palonosetron and metoclopramide is asso-

ciated with a significant CR and clinically relevant improvement in FLIE score, compared to dexamethasone, aprepitant and palonosetron. Therefore, a quadruple antiemetic combination including metoclopramide might be a treatment option for patients receiving highly emetogenic chemotherapy.

Keywords: breast cancer, chemotherapy-induced nausea and vomiting, metoclopramide, triplet antiemetic therapy

Mean FLIE Total Score



Group A: Triple antiemetic therapy plus metoclopramide
Group B: Triple antiemetic therapy

Complete response rates

Arms	Number of patients with Complete Response (n)	%.	p
Arm A (n:48)	22	45.8	0.038
Arm B (n:49)	13	26.5	0.038

Group A: Triple antiemetic therapy plus metoclopramide Group B: Triple antiemetic therapy Complete Response: No nausea, No vomiting and No rescue therapy

EP-042

GRANÜLOSİT KOLONİ STİMÜLE EDİCİ FAKTÖR (G-CSF) KULLANIMININ PATİENT RİSK SCORE (PRS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ VE AĞRI YAN ETKİ TAKİBİ

ELİF ARAS¹, AYGİN BAYRAKTAR EKİNCİOĞLU¹, METİN DEMİR², ŞAHİN LAÇİN²,
UTKU BURAK BOZBULUT², SAADETTİN KILIÇKAP²

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ KLİNİK ECZACILIK ANABİLİM DALI, ANKARA
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ PREVAKTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş-Amaç: Febril nötropeni (FN), miyelosupresif tedavi alan hastalarda, kemoterapi dozunun azaltılması ve/veya sonlandırılmasına ve hatta hastaneye yatışa neden olabilen tehlikeli bir komplikasyondur. Granülosit koloni stimüle edici faktör (G-CSF) kullanımı, FN şiddetini ve süresini azaltır; bu nedenle, FN gelişim riski \geq %20 olan kemoterapi protokolleri alan hastalarda primer profilaksi için G-CSF başlanması önerilir. FN riskinin %10-20 olduğu kemoterapi protokollerinde hastalar, bireysel olarak risk faktörlerine göre değerlendirilmelidir. G-CSF kullanımına bağlı olarak en sık karşılaşılan yan etki kas-iskelet sistemi ağrısıdır. Bu çalışmanın amacı, FN gelişme riski bulunan kemoterapi protokolleri alan hastalarda, Patient Risk Score (PRS) ile G-CSF kullanımını ve hastalarda gözlenen G-CSF ile ilişkili ağrıyı değerlendirmektir.

Yöntem-Gereçler: Prospektif, kesitsel olarak yapılan bu çalışma, 15 Nisan- 15 Ağustos 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Onkoloji Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesinde gerçekleştirilmiştir. FN gelişim riski %10-%20 ve $>$ %20 olan protokollerden birini alan, G-CSF kullanacak, \geq 18 yaş hastalar çalışmaya dahil edilerek, PRS (Tablo 1) sonuçları her kür öncesinde klinik eczacı tarafından değerlendirilmiştir. G-CSF kullanımı süresince her kür sonrası, kas-iskelet sistemindeki ağrının hasta tarafından VAS ölçeğinde değerlendirilmesi istenmiştir. Çalışmaya dahil edilen her hasta 3 ay süre ile takip edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 118 hasta (%50 kadın) dahil edilmiştir ve yaş ortalaması (\pm standart sapma) 55,33 (\pm 12,79) yıldır. Hastaların %17,8'i FOLFIRINOX, %16,1'i DCF ve % 10,2'si FOLFIRINOX-Bevasizumab protokollerini almakta olup; %18,6'sı meme kanseri, %16,1'i pankreas kanseri ve %12,7'si mide kanseri ve %12,7'si kolon kanseri tanılarını almıştır. Hastaların % 41,5

lenograstim, % 56,8 filgrastim kullanmakta olup, hastaların %58,5'i (n=69) primer profilaksi amacıyla G-CSF kullanmaktadır. Ancak ilk görüşmede FN gelişme riski düşük olmasına rağmen (PRS $<$ 3), 45 hasta (%38,5) G-CSF kullanımına başlamıştır (Tablo 2).

G-CSF kullanımına bağlı gözlenen ağrının, 1. ve 2. ziyaret arasındaki 5 günlük ortalama (\pm standart sapma) 1,68 \pm 2,39 VAS değeri değerlendirildiğinde, filgrastim ve lenograstim kullanımı ile ağrı şiddeti arasında bir fark bulunamamıştır ($p>$ 0,05). Ancak ağrı bildiriminin, G-CSF kullanımının ilk 3 gün kullanımında artma eğiliminde olduğu gözlenmiştir.

Sonuçlar: Tedavi süresince, ağrı yan etkisi ve PRS değerleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamış olsa da, her hastanın her kür öncesinde FN riski açısından bireysel olarak değerlendirilmesi klinik önem taşımaktadır. Bu değerlendirmelerin yapılabilmesi için PRS gibi kolay uygulanabilir skorlama sistemlerinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: G-CSF, PRS, ağrı

n=hasta sayısı (%)	İlk görüşme (n=118)	1. ziyaret (n=89)	2. ziyaret (n=56)	3. ziyaret (n=23)
PRS $<$3	45 (38,5)	32 (36)	17 (30,4)	5 (21,7)
FN riski %10-20	28 (23,72)	21 (23,6)	12 (21,42)	5(21,7)
FN riski $>$ %20	17 (14,40)	11 (12,34)	5 (8,92)	0 (0)
PRS \geq 3	72 (61,5)	57 (64)	39 (69,6)	18 (78,3)
FN riski %10-20	61 (51,69)	46 (51,68)	29 (51,78)	15(65,21)
FN riski $>$ %20	11 (9,32)	11 (12,34)	10 (17,85)	3(13,04)
p değeri	p: 0,096 (T testi)			
(istatistiksel test)	p ilk-1.vizit : 0,637, p ilk-2.vizit :0,053, p 1.vizit-2.vizit :0,143 (Friedman Testi)			
	p: 0,055 (Friedman testi)			

Tablo 1. Patient Risk Score (PRS) Değerlendirmesinde Kullanılan Parametreler

	Puan
Yaş ≥ 65	3 puan
Febril nütropeni öyküsü mevcut	3 puan
İlerlemiş hastalık	1,5 puan
Kötü performans skoru ve nutrisyonel durum	1,5 puan
Antibiyotik profilaksisi yok	0,5 puan
Kadın Cinsiyet	0,5 puan
Hb < 12 g/dL	0,5 puan
Böbrek, karaciğer ve kardiyovasküler sistem hastalığı varlığı (minimum-maksimum): 0-11 (≥ 3 ise FN gelişme riski yüksek)	0,5 puan

EP-043

TERMİNAL DÖNEMDEKİ KANSER HASTALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

ŞEFİK KAYA¹, NALAN AKGÜL BABACAN², YELİZ BAHAR ÖZDEMİR¹, ECE ALBAYRAK³, TUĞÇE AL³,
ÖZLEM BALVAN², NİLÜFER COŞKUN⁴, TUĞBA AKIN TELLİ⁴, ÖZKAN ALAN⁴,
FULDEN YUMUK⁴, GÜLSEREN AKYÜZ¹

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ABD, İSTANBUL

2 SB MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

4 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BD, İSTANBUL

5 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EA HASTANESİ, PALYATİF BAKIM MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç: Terminal dönem kanser hastalarının sorunlarının belirlenmesi ve yaşam kalitesi durumu palyatif bakımın önemli bir konusudur. Bu bilgiler kanser rehabilitasyonu için ışık tutacaktır. Bu çalışmada terminal dönem kanser hastalarının mevcut sorunları değerlendirilerek yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırmak hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışma iki merkezli olup onkolojik açıdan kanser tedavilerinin sonlandırıldığı, destek tedavi ile izlenen, bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek terminal dönem kanser hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastalarda demografik inceleme yanında, Karnofsky Performans Skalası (KPS), Vizüel Analog Skala (VAS), Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Birliği'nin geliştirdiği palyatif dönem onkolojik hasta izlem formu (EORTC QLQ-C15- PAL), Hastane Anksiyete Depresyon Skalası, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve NRS-2002 malnutrisyon tarama testi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 74 hasta (23'ü kadın, 51'i erkek) alındı. Ortanca yaş 60,5 (31-83) bulundu. Kanser tipleri sırasıyla; gastrointestinal sistem kanserleri (%52,7), akciğer kanseri %27, meme ve genitoüriner kanserler %5,4, jinekolojik kanserler %4,1, yumuşak doku kanserleri %2,7 iken diğer kanserler %2,8 idi. Hastaların %43,2' si immobil, %39,2' si destekli mobil, %17,6' sı ise bağımsız ambule olarak saptandı. Mobilite arttıkça fiziksel fonksiyon ve emosyonel durumda iyileşmekteydi (p=0.011). Hastaların %82,4'ünde ağrı yakınması mevcuttu.

Analjezik tedavi olarak %40,5'i güçlü opioid, %33,8'i zayıf opioid, %9,5'i parasetamol, %5,4'ü antiepileptik (pregabalın veya gabapentin), %1,4'ü NSAİİ alırken, %6,8'i analjezik tedavi almıyordu. Ortalama VAS değeri 5,89 olmasına karşın mobilite arttıkça, EORTC-ağrı skalası anlamlı derecede azalmaktaydı (p=0.03). Ayrıca mobilitenin artışı hem anksiyete (p=0.02) ve depresyonda (p=0.01) azalmayla, hem de KPS'de artma (p=0.001) ile ilişkili bulundu. Önceden KT almış olan hastalarda emosyonel durum daha kötü ve yorgunluk skalaları daha yüksek saptandı (p=0.04). Terminal dönem öncesi radyoterapi alan hastalarda dispne daha sıkı (p=0.04) ve uykuya geçiş süresinde daha uzundu (p=0.039). Hastaların NRS-2002 skorları arttıkça emosyonel durumlarının bozulduğu gözlemlendi (p=0,041). Analiz sırasında hastaların %79'u exitus olmuştu. Bu grupta ortanca sağkalım 32 gün (21-43gün) tespit edildi. Sağkalımı; KT veya RT öyküsü, mobilite durumu, ağrı varlığı, NRS 2002, analjezik türü gibi parametreler etkilememektedir.

Sonuç: Terminal dönemdeki hastaların ambulasyon durumu; yaşam kalitesini, ağrıyı ve emosyonel durumu belirgin olarak etkilemektedir. Beslenme bozukluğu hastanın genel iyilik hali kötüleşmektedir. Bu hastalar bütüncül yaklaşımla tedavi edilmelidir ve en önemli hedefin mobilizasyonun artırılması olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kanser, palyatif bakım, terminal dönem, yaşam kalitesi

EP-044

**KOLOREKTAL KANSER KEMOTERAPİSİNDE MUKOZİT ÜZERİNE
GLUTAMİNİN ETKİSİ**

SELİM YALÇIN

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI KIRIKKALE

Amaç: Bu araştırmada, kolon kanseri nedeni ile kemoterapi uygulanan hastalarda mukozit sıklığının ve şiddetinin azaltılması ve kilo kaybının önlenmesinde oral glutaminin rolünün retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde Kemoterapi alan 78 kolorektal kanserli hasta alındı. Hastaların sonuçları geriye dönük olarak değerlendirildi. Glutamin kemoterapi kürleri boyunca ve sonrasında iki hafta boyunca günde 30 gr (10 gr/8 saat) verildi. FOLFOX kemoterapisi uygulanan hastaların kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) ve mukozit durumları haftalık olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların tümünde glutamin iyi tolere edildi.. Hastaların 31'inde (%39.2) mukozit gelişmezken, 47'sinde (%60.8) mukozit gelişti. Grad 3 ve 4 mukozit gözlenmedi. Hastaların 12'sinde (%15.3) kilo kaybı gözlenmedi. 19 hastada (%24.7) kilo kaybı varken, 47'sinde (%60) kilo artışı tespit edildi. Kilo kaybı olan 19 hastanın 19'unda (%100) mukozit gelişti. Kilo kaybı olmayan 59 hastanın 34'ünde mukozit mevcuttu (p=0.001).

Sonuç: kolon kanseri nedeniyle kemoterapi ile tedavi edilen hastalarda, oral glutamin kullanımı kemoterapiye bağlı akut mukozit sıklığını azaltmakta ve kilo kaybının önlenmesine yardımcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kolon kanseri, mukozit, oral glutamin

EP-045

LAWTON-BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN TEDAVİ DEVAMLILIĞI VE SERUM ALBUMİN DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

TARIK SALMAN¹, PINAR TOSUN², SONGÜL ÖZALTAŞ¹, HAKAN CENGİZ³, Umut Varol¹,
UTKU OFLAZOĞLU¹, YAŞAR YILDIZ¹, NURHAN KALKAN¹, ÖZLEM ÖZDEMİR¹,
YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK¹, AHMET ALACACIOĞLU¹

1 KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ AD, İZMİR

2 ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ AD, ERZURUM

3 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MOLEKÜLER TIP AD, İZMİR

Giriş-Amaç: Adjuvant tedavinin planlanan zamanda ve sayıda verilmesinin sağkalım üzerine anlamlı etkisi vardır (1). Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği (LB-GYÖ) onkoloji hastalarında yapılan çalışmalarda prognostik önemli olduğu gösterilen bir değerlendirme yöntemidir (2). Bu araştırmada adjuvant kemoterapi verilen hastalarda LBGYÖ'nin kemoterapi devamlılığı ve nutrisyonel durum göstergesi olarak serum albumin düzeylerindeki değişimle ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: Katip Çelebi Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde adjuvant tedavi planlanan 57 hastanın tedavi öncesi LBGYÖ ile değerlendirildi ve serum albumin düzeyleri saptandı. Tedavi bitiminde albumin düzeylerin %10'dan fazla azalma olan hastalar ve tedavi devamlılığı olmayan hastalar belirlendi. SPSS 20 yazılım kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: LBGYÖ skoru düşük olan hastalarda kemoterapiye ara verilmesi yüksek olanlara göre daha sıktır ($p < 0.005$). Albumin değerlerinde %10'dan fazla azalma olan hastalarda tedavi ertelemesi daha çok olmuştur ve LBGYÖ skoru düşük olan hastalarda albumin düzeylerinde daha çok azalma saptanmıştır ($p < 0.005$).

Sonuç: Hastaların LBGYÖ değerlendirilmesi sonrasında tedavi planlamasının yapılması daha uygun doz ile kombinasyon ve tek ajan kararının daha iyi verilmesini sağlayarak tedavinin devamlılığına olumlu etkide bulunabilir. Hastaya beslenme desteğinin kararının verilmesinde LBGYÖ kullanılabilir.

KAYNAKÇA:

1. Prognostic factors of locally advanced breast cancer patients receiving neoadjuvant and adjuvant chemotherapy. Akhsan A1, Aryandono T.. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(3):759-61
2. Prognostic Factors in Patients with Stage II/III Breast Cancer Treated with Adjuvant Extension of Neoadjuvant Chemotherapy: A Retrospective Cohort Study with Ten-Years of Follow-Up Data. Jeryong Kim, Jinsun Lee, Eilsung Chang, Kwangsun Suh,1 Cheoljoo Lee, Jongtae Jee, and Hyungsub Shin. J Breast Cancer. 2011 Mar; 14(1): 39-45
3. Delphi consensus of an expert committee in oncogeriatrics regarding comprehensive geriatric assessment in seniors with cancer in Spain. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C, Blanco R, Saldaña J, Feliú J, Antonio M, López-Mongil R, Ramos Cordero P, Gironés R; Working Group on Oncogeriatrics of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). J Geriatr Oncol. 2017 Dec 13. pii: S1879-4068(17)30253-9. doi: 10.1016/j.jgo.2017.11.012. [Epub ahead of print]
4. Effects of comorbidities and functional living activities on survival in geriatric breast cancer patients. Ozlem U. Sonmez, Ulku Y. Arslan, Onur Esbah, Kaan Helvacı, Ibrahim Turker, Ummugul Uyeturk, Burcin Budakoglu, Oznur Bal, and Berna Oksuzoglu. Contemp Oncol (Pozn). 2014; 18(3): 204-210.

Anahtar Kelimeler: Lawton-Brody, Albumin, kemoterapi devamlılık

EP-046

KANSER HASTALARININ YAKINLARINDA TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE ÖLÜM KAYGISI

ALİ ALKAN¹, ELİF BERNA KÖKSOY², EBRU KARCI³, FİLİZ ÇAY ŞENLER⁴

1 OSMANİYE DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, OSMANİYE

2 KASTAMONU DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KASTAMONU

3 BAĞCILAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL

4 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Giriş: Kanser hastalarının yakınları; psikolojik stres, yaşam kalitesinde azalma, ilişkilerde tatminsizlik gibi olumsuz birçok psikososyal soruna maruz kalmaktayken, pozitif kazanımları ile ilgili literatürde sınırlı bilgi mevcuttur. Travma sonrası büyüme(TSB), zorlayıcı veya travmatik olay sonrasında ortaya çıkan pozitif psikolojik kazanımlar olarak tanımlanmaktadır. Çalışmada, kanser hastasına bakım veren yakınlarında TSB ve ölüm kaygısını etkileyen faktörler değerlendirilmiş, ölüm kaygısı ile TSB ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem/Metod: Çalışma, 3 farklı merkezin tıbbi onkoloji birimlerinde yürütülmüştür. Kanser tanısı ile izlenen hastaların yakınları yüz yüze görüşme yöntemi ile değerlendirilmiştir. Hastanın tanı, tedavi bilgileri yanı sıra, katılımcının sosyodemografik özellikleri, tedavi sonrasında hayatlarındaki değişiklikler anket yöntemi ile kaydedilmiştir. Travma sonrası büyüme ölçeği (TSB) ve Templer ölüm kaygısı ölçeği(TÖK) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada medyan yaş 40.5(17-70) olan 231 katılımcı değerlendirildi (Tablo-1). Katılımcıların 131'i(%56.7) 1. derece yakın, 54'ü(%23.4) hastanın eşiydi. Grubun %84.4'ü, yakını kanser tanısı aldıktan sonra kendisinin fazla etkilendiğini bildirdi. 59'unun (%25.6) tanı sonrasında kanser tarama amacıyla tetkik yaptırdığı saptandı. TSB skoru medyan 71(9-105) bulundu. Eşlerde en yüksek iken, yakınlık derecesi azaldıkça skorların azaldığı görüldü

(Tablo-2). TSB skorlarını etkileyen faktörlerin analizinde; >40 yaş katılımcılarda (73.0 vs 65.0, p=0.024) ve aylık gelir az olanlarda (72 vs 65, p=0.034) daha yüksek TSB skorları bulundu. TÖK skorları grupta medyan 7(1-14) olarak bulundu. Kadınlarda, gelir durumu az, çalışmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, daha önce psikiyatri başvuru hikayesi olanlarda, kanser tanısından fazla etkilendiği düşünülenlerde TÖK skorları yüksek bulundu(Tablo-3). Ölüm kaygısına yönelik yapılan çok değişkenli analizde kadın cinsiyet en önemli risk faktörü olarak bulundu (RR= 2.0, %95 GA, 1.0-3.9, p=0.046). TSB ve TÖK skorları arasında pozitif bir korelasyon saptandı (r=0.13, p=0.037). TÖK yüksek olan katılımcılarda TSB skorları daha yüksek saptandı(72.0 vs 66.5, p=0.026). TÖK skorları yüksek olanlarda yaşam felsefesinde değişimlerin (15.0 vs 13.0, p=0.035) ve başkalarıyla ilişkilerde değişimin (17.0 vs 14.0, p=0.01) daha fazla olduğu bulundu. Benlik değişimi skorları benzer bulundu(37.0 vs 35.5, p=0.14).

Sonuç/Tartışma: Kanser hastalarının yakınlarındaki ölüm kaygısının, pozitif kazanımlar konusunda önemli bir belirteç olabileceği bulundu. Psikososyal travmaya maruz kalan bu grupta destek tedavi önemlidir. Risk altında olanlar ileri değerlendirilmeye tabi tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası büyüme, Ölüm kaygısı, kanser

Tablo-1

Katılımcı Özellikleri	n(%)
Yaş (medyan/ aralık)	40.5(17-70)
Cinsiyet- kadın	125(54.1)
Medeni durum	
Evli	177(76.6)
Bekar/Boşanmış/Dul	54(23.4)
Çocuk var	170(75.9)
Yaşadığı yer	
Şehir merkezi	161(69.7)
İlçe/belde/köy	70(30.3)
Yaşadığı ev	
Müstakil	99(42.9)
Apartman	132(57.1)
Evcil hayvan-var	46(19.9)
Aylık hane geliri	
<1000tl	42(18.2)
1000-2000tl	86(37.2)
2000-4000tl	73(31.6)
>4000tl	30(13.0)
Eğitim Durumu	
Okuryazar değil	16(6.9)
Çalışma durumu	
Emekli	29(12.6)
Çalışıyor	83(35.9)
Çalışmıyor	119(51.5)
Kronik hastalık-var	71(30.7)
Psikiyatri başvuru hikayesi-var	44(19.0)
Tanı sonrasında tarama- var	59(25.6)
Tanı sonrasında etkilenme	
Fazla- Çok fazla	195(84.4)
Hiç- Az- Orta	36(15.6)
Hasta ile yakınlık derecesi	
Eş	54(23.4)
1. Derece	131(56.7)
2. Derece	36(15.6)
3. Derece	10(4.3)
Aynı evde yaşayan	150 (64.9)

Katılımcıların Özellikleri

Tablo-2

Özellikler	TSB skör (medyan/aralık)	p	TÖK yüksek (n, %)	p
Hasta takip süresi				
<6 ay	71(9-105)		54(70.7)	
>6 ay	70(18-105)	0.94	84(60.4)	0.07
Hasta yaş				
<65 yaş	68.5(9-105)		87(63.0)	
>65 yaş	71.0(14-105)	0.36	62(66.7)	0.33
Hastalık durumu				
Palyatif tedavi/ KRT	70.5(14-105)		96(66.2)	
Adjuvan/ remisyonunda	69.0(9-105)	0.17	53(61.6)	0.28
Yakınlık derecesi				
Eş	75.0(14-105)		39(72.2)	
1. Derece	72.0(18-105)		81(61.8)	
2. Derece	67.0(25-105)		22(61.1)	
3. Derece	58.0(9-104)	0.39	7(70.7)	0.54
Aynı evde yaşayan	71.5(9-105)		94(62.7)	
Aynı evde yaşayan	70.0(25-105)	0.92	55(67.9)	0.25
Katılımcı yaş				
<40 yaş	65(9-99)		70(67.3)	
>40 yaş	73(14-105)	0.024	79(62.1)	0.25
Cinsiyet				
Kadın	72.0(14-105)		93(74.4)	
Erişik	68.5(9-105)	0.22	56(52.8)	0.001
Medeni durum				
Evli	72.0(9-105)		117(66.1)	
Bekar/boşanmış/Dul	62.0(18-93)	0.08	32(59.0)	0.22
Gelir durumu				
Az (<2000tl)	72.0(9-105)		87(70.2)	
Fazla (>2000tl)	65.0(14-105)	0.034	60(58.3)	0.04
Çalışma durumu				
Emekli	72.0(14-103)		17(58.6)	
Çalışan	71.0(18-105)		43(51.8)	
Çalışmıyor	70.0(9-105)	0.88	85(75.2)	0.003
Kronik hastalık				
Var	67.0(9-103)		52(73.1)	
Yok	72.0(18-105)	0.62	97(60.6)	0.04
Psikiyatri başvuru hikayesi				
Var	65.0(9-105)		34(77.3)	
Yok	72.0(14-105)	0.76	115(61.5)	0.034
Kanser teşhisinden etkilenme				
Fazla/Çok fazla	72.0(14-105)		133(68.2)	
Hiç/az/orta	68.5(9-91)	0.41	16(44.4)	0.006
TÖK skör				
Yüksek	72.0(14-105)			
Düşük	66.5(14-105)	0.026		

TSB skorlarını etkileyen ve yüksek TÖK skorlarına neden olan faktörler

EP-047

KEMOTERAPİ ALAN ONKOLOJİ HASTALARININ AĞRI, BULANTI VE ANKSİYETE ÜZERİNDEKİ REFLEKSOLOJİSİNİN ETKİNLİĞİ

DERYA ŞEN, SERDAR TURHAL

ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ

Giriş: Refleksoloji, farmakolojik olmayan bir tedavi yöntemidir ve plantar basıncı parmaklarla iç organları yansıtan önceden belirlenmiş bölgelere koyarak uygulanır.

Amaç: Çeşitli kanserler için kemoterapi alan hastalarda bu tedavinin derhal ve geciken etkinliğini araştırdık.

Yöntem: 40 hasta çalışmaya girdi; ağrı, anksiyete ve bulantı düzeyleri, tedavi müdahalesinden önce, müdahalenin tamamlanmasından hemen sonra ve ertesi gün bir telefon görüşmesiyle 1-10 nümerik ölçekte değerlendirildi. Tekniği uygulayan hemşire, birkaç ay yarı zamanlı olarak ayakta refleksoloji merkezine katıldı ve saygın uluslararası okullarda diplomalı iki deneyimli refleksolog tarafından teorik ve yerinde eller refleksoloji eğitimi için çalıştı. Tek başına refleksoloji yapmak için yeterince eğitim almış olarak değerlendirildiğinde çalışma başladı. Hastalar sırt üstü yatarken tedavi özel bir odada 45 dakika sürdü. 40 hastaya toplam 252 refleksoloji çalışması yapıldı. Medyan yaş 46.6 (27-60) ve% 70 (n = 28) kadın idi. Hastaların çoğunda göğüs kanseri mevcuttu ancak beyin tümörü, lenfoma, kolon, safra ve yumur-

talık kanseri hastaları da vardı. Semptom ölçeğinde 2 puanın üzerindeki azalma semptom düzelmesi olarak kabul edilir ve olumlu etkiye sahiptir.

Bulgular: Ağrı, bulantı ve anksiyete için iyileşme oranı sırasıyla% 66.6,% 79.5 ve% 66.6 idi. Bu, anketin bir parçası olmamasına rağmen, daha erken kabızlık şikayetlerine rağmen, takip eden 24 saat içinde daha iyi uyku ve dışkılama kabiliyeti rapor etmiştir.

Sonuç: Refleksoloji müdahalesi, kanser hastalarının en rahatsız edici skorlarından bazılarında belirgin bir düzelmeye neden olmuştur. Bulgular daha homojen bir ortamda doğrulanmalı ve bir kere doğrulandıktan sonra bu düşük maliyetli, basit müdahalenin etkilenen tüm hastalara rutin olarak önerilmesi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: refleksoloji, kanser hastaları, semptom kontrolü

EP-048

KANSER HASTALARINDA ADRENAL LEZYONLARIN ÖZELLİKLERİ

SERKAN AKIN¹, ŞAFAK AKIN²

1 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, RİZE, TÜRKİYE.

2 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI, RİZE, TÜRKİYE.

Amaç: Herhangi bir nedenle abdominal görüntüleme yöntemleri ile adrenalde %5 oranında lezyon tespit edilebilir. Kanser hikâyesi olan hastalarda adrenal metastaz prevalansı %10 ila %25 arasında değişkenlik gösterir. Her ne kadar metastaz denebilmesi için histopatolojik inceleme gerekli ise de bilgisayarlı tomografi (BT) ile ölçülen Hounsefield Ünitesi (HU) ve kontrast maddenin temizlenme oranı malign ve benign lezyonların ayırımında yol gösterici olabilmektedir. Kanser hastalarında tespit edilen adrenal lezyonların metastaz olup olmadığının belirlenmesi, hastanın yaşam beklentisinin değerlendirilmesinde ve tedavi kararının verilmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma ile abdominal BT'de adrenal bezde lezyon tespit edilen 164 kanser hastasının adrenal lezyonlarının özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Hastaların 70'i (%42.7) kadın ve 94'ü (%57.3) erkek idi. Ortalama tanı yaşı 59.9 ± 10.1 (aralık; 31-82) yıl olup kanser alt tipini en sık akciğer kanseri (%23.8) oluşturmaktaydı. Adrenal lezyonlar %50 oranında sol adrenal bezde, %31.7 oranında sağ adrenal bezde ve %18.3 oranında bilateral adrenal bezde saptandı. Lezyonların BT ile değerlendirilmesinde; 123 vakanın (%75.4) adrenal adenom ile uyumlu, 31 vakanın (%19.1) metastaz ile uyumlu olduğu, 9 vakanın (%5.5) malign-benign ayrımının net yapılamadığı ve 1 vakanın (%0.6) myelipom ile uyumlu olduğu tespit edildi. Cerrahi sadece 20 vakaya yapıldı.

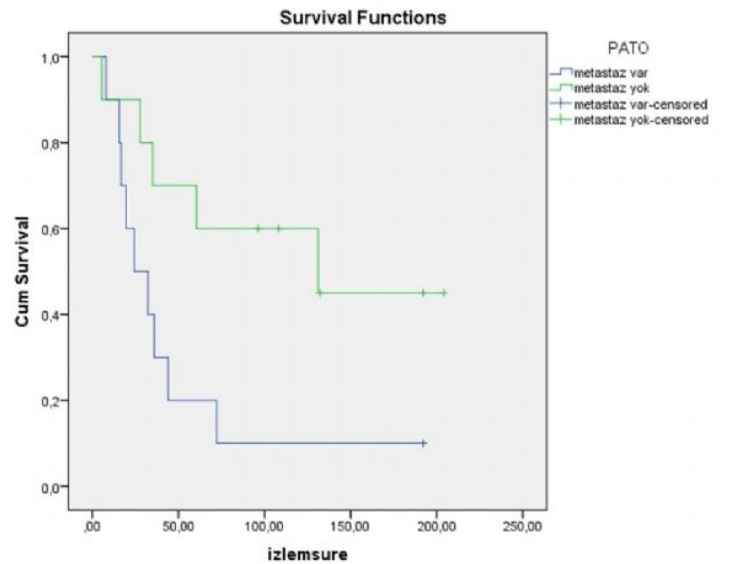
Bu 20 vakanın genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Metastaz 10 vakada gözlenirken diğer 10 vakanın 2'si adrenokortikal karsinom, 8'i benign adrenal lezyonlardı. Adrenal metastaz varlığında sağkalımın daha kısa ($p=0.034$) olduğu tespit edildi (Figür 1).

Sonuç: Adrenal metastaz varlığında sağkalımın kısa olduğu görülmektedir. Remisyondaki kanser hastalarında adrenal metastaz olasılığı, belirgin metastatik hastalığı olanlara göre daha azdır. Kanser hikâyesi olan hastalarda tespit edilen adrenal lezyonların benign ve malign ayrımının yapılması hastaların sağkalımını belirlemek açısından önemlidir. Daha geniş hasta sayılı çalışmalar ile kanser has-

taalarında saptanan adrenal lezyonlar karakterize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal metastaz, bilgisayarlı tomografi, sağkalım

Figür 1. Opere olan hastalardaki sağkalım



Tablo 1. Opere olan 20 vakanın özellikleri

Cinsiyet (K/E)	7/13
Tanı yaşı (yıl)	58.3 ± 8.0
Kanser Tipi	
Akciğer	7
Kolon	3
Renal hücreli	3
Meme	2
Safra kesesi	1
Pankreas	1
Mesane	1
Sarkom	1
Lenfoma	1
Abdomen BT yorumu	
Metastaz	12
Adenom	8
Histopatoloji	
Primer tümör infiltrasyonu	10
Adrenokortikal karsinom	2
Adrenokortikal adenom	7
Hemorajik kist	1

EP-049

KANSER HASTALARINDA AĞIZ VE DIŞ HASTALIKLARI FARKINDALIĞI

METİN DENİZ KARAKOÇ¹, ÖMER UYANIK², ATİKE GÖKÇEN DEMİRAY³, BURCU YAPAR TAŞKÖYLÜ³

1 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ, DENİZLİ

2 DENİZLİ ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, DENİZLİ

3 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, DENİZLİ

Giriş: Kemoterapi sürecinde mukozit, stomatit ve ülserler gibi pek çok oral rahatsızlıkla sıkça karşılaşmaktadır. Onkoloji hastalarının oral sağlığı konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi gerek hasta yaşam kalitesi gerekse kanser terapisinin gidişatı açısından önemlidir. Kemoterapiye başlanmadan önce çürük dişlerin veya uygun olmayan bir diş protezinin tedavi edilmesi, ileride malnutrisyon kaynaklı nötropeni, enfeksiyon ve halsizlik gibi kemoterapi uygulamasını bile engelleyebilecek büyük problemlerin bertarafını sağlamaktadır. Çalışma, 27.03-27.10.2017 tarihleri arasında Denizli ilindeki bir kamu hastanesinin medikal onkoloji bölümünde tedavi alan hastaların yaşadıkları oral rahatsızlıklar ve ağız-diş bakımı konusundaki tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya hastane idaresinden alınan yazılı izin (23.03.2017-41738093) ile başlandı. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup tüm medikal onkoloji kliniği hastalarına (n=249) çalışma hakkında bilgi verilerek gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamları alınarak anket uygulandı ve sonuç olarak 143 adet (%57,4) kullanılabilir anket elde edildi. Araştırmanın verileri, "Ağız-Diş Sağlığı ve Bakımı Anket Formu" adlı 18 soruluk değerlendirme anketi uygulanarak toplandı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırmak için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare (χ^2) testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 52.66 ± 1.06 (Min: 29; Max: 68) olduğu saptandı. Katılımcıların %62.2'si (n=89) kadın, %38.8'i (n=54) erkek hastalardan oluştu-

ğu belirlendi. Hastaların meslekleri incelendiğinde çoğunluğunun sırasıyla ev hanımları (%42.7, n=61), emekli (%21.0, n=30) ve çiftçilerden (%13.3, n=19) oluştuğu belirlendi. Hastaların %40.6'sının (n=58) meme, %23.8'inin (n=34) akciğer, %10.5'inin (n=15) kolo-rektal kanserli olduğu; geri kalanların ise (%25.1 n=36) on diğer farklı malignite nedeniyle tedavi gördüğü belirlendi. Tanı öncesi ve tedavi sürecinde günde en az bir defa dişlerini fırçalayan hastaların kemoterapi döneminde düzenli olarak dişlerini fırçalamayanlara göre oral problemlerle çok daha az karşılaştığı belirlendi ($\chi^2= 82.763$, $p<0,001$). Sigara kullanımı ile kemoterapi sırasında oral problemler görülmesi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görüldü ($p>0.05$). Kemoterapi sürecinde hastaların yaklaşık %40'ının oral problemler yaşadığı ve tanı konulduktan sonraki dönemde en az bir kez diş hekimine başvurduğu belirlendi. Katılımcıların %4.2'sinin oral komplikasyonlar nedeniyle kemoterapi randevularının ertelenmek zorunda kaldığı saptandı.

Sonuç: Düzenli ağız bakımı yapan hastaların kanser tanısından sonraki süreçte de daha az oral problemler yaşadığı görüldü. İleride kemoterapi kürünün ertelenmesine bile neden olabilecek sorunların bertarafı için tanı konulmasını takiben ağız ve diş problemi olan hastaların diş hekimi kontrolü için yönlendirilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, onkoloji, mukozit, stomatit, ilaç yan etkisi

EP-050

PET BT İNCELEMEDE MALİGNİTEYİ TAKLİT EDEN LEZYONLAR

ŞÜKRÜ ÖZAYDIN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Pet BT incelemesi pekçok kanserin evrelemesinde ve takibinde kullanılmaktadır. F18 ile işaretli fluoro-2-deoksi-D-glukoz (FDG) glukozu yoğun kullanan hücrelerde tutunmakta radyoaktif ışınlama yaparak görüntü alınmaktadır. Malign hücrelerde FDG tutulumu olurken en fazla FDG tutulumu enfeksiyon ve inflamasyon alanlarında olmaktadır.

Materyal-Metod: 2013-2017 yılları arasında kanser tanısı sonrası tedaviyle tam yanıtta takip edilen hastaların takiplerinde PET BT incelemesinde patolojik FDG tutulumu olan vakalarda biyopsiyle benign sonuçlanan vakalar çalışmaya alınmıştır.

Bulgular: Vakalardan 4'ü kolon kanseri, 2'si non hodgkin lenfoma, 1 testis kanseri, 1 over kanseri, 1 endometriyum kanserinden oluşturmaktadır. 9 hastada patolojik FDG tutulumu olan lenf nodları mevcut iken 1 hastada akciğerde yaygın noduler lezyon mevcuttu. Hastalardan biyopsi alındı. 7 hastada granülomatöz lenfadenit tanısı konurken 2 hastada tüberküloz lenfadenit 1 hastada nokardiya tanısı kondu. Hastaların tanılarına uygun tedavi ve takip programına alındı.

Sonuç: Kanser tanısı histopatolojik tanıdır. Nüks geliştiği zaman multidisipliner olarak değerlendirilip gerektiğinde biyopsisi ile teyit edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: PET BT, Patolojik FDG tutulumu, Biyopsi, Enfeksiyon, İnflamasyon

Sarkoidoz tanısı konan NonHodgkin lenfoma olgusu

İm: 141/256
Siz: 6

HEDYİ ALTUNEL
54184272722
04.10.1945 F
GATA NUKLEER TIP AD
5970
CBS
PET WB AC



Tuberküloz lenfadenit tanısı konan over kanseri olgusu

Im: 122/256
Ser: 6

FATMA OZDENIR
18725030400
26.09.1950 F
GATA NUKLEER TIP AD
5322
C36
PET WB AC



EP-051

SWEDISH SYRUP RELATED RENAL AND LİVER TOXİCİTY İN A PATİENT WITH RECTUM ADENOCARCİNOMA

GÖZDE TAHTACI, AHMET ÖZET, BEDİZ KURT İNCİ, FATİH GÜRLER, MUKADDES YILMAZ

GAZI UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, DIVISION OF MEDICAL ONCOLOGY/
ANKARA /TURKEY

Objective: Herbal borne supplements keeps gaining popularity in hope of a rescue in daily use and a treatment option for broad spectrum of diseases. Potential side effects and harm are generally unpredictable depending on various contains and combinations of herb and even some chemicals without any medical surveillance.

Case: Our case is a 71 year old female with a medical history of thyroidectomy and use of levothyroxine therapy. She presented to hospital with painful defecation and hematochezia. Rectum adenocarcinoma was found at colonoscopy guided biopsy taken from her rectal mass. Metastatic lesions detected in the left femur neck, right humerus and liver. We started panitumumab + FOLFIRI in addition with 10 sessions radiotherapy for her bone metastasis. After six cycles chemotherapy patient has partial response. Therefore, 12 more cycles were planned. The patient was hospitalized with persistent malaise, nausea and dizziness 14 days after the 8th cycle. Renal function tests were matching with acute renal failure. Renal ultrasonography was normal, and there was a nodular heterogeneity in liver associated with diffuse hepatic metastasis. Renal biopsy was applied and pathology was reported as acute tubular toxicity. We treated patient's electrolyte imbalance and gave intravenous fluid support. One week after the treatment, patient's renal functions

turned to normal levels and her liver function tests began to deteriorate. The patient had diffuse hepatic metastases previously, but liver function tests were normal before Swedish syrup consumption. This situation was thought to be related with overlapping of acute herbal toxicity while there was an underlying hepatic metastasis. Patient is still being followed as oncology inpatient, and her bilirubin levels increased 17 mg/dL, with a parallel upsurge in GGT levels exceeded 1000 U/L. Therefore, these serious toxicity state, we couldn't make a treatment plan for her rectum adenocarcinoma.

Conclusion: However herbal related toxicity is a popular topic in the literature, Swedish syrup related acute renal and liver failure have not been reported previously. In our patient, kidney and liver tests were normal during chemotherapy for 8 cycles. Deterioration was 3 to 21 days after Swedish syrup use, which was attributed to herbal consumption. As a result our case report emphasized that use of herbal products of unknown origin may lead to exaggerated toxicity in patients with advanced underlying disease.

Keywords: Swedish syrup, renal and liver toxicity, rectum adenocarcinoma

EP-052

GERİATRİK HASTALARDA MİDE KANSERİ CERRAHİSİ SONUÇLARI VE MORTALİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

TOLGA DİNÇ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Amaç: Çalışmanın amacı, kliniğimizde mide kanseri nedeni ile opere edilmiş 60 yaş üstü hastalardaki genel mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç Yöntem: Ocak 2011- Temmuz 2016 arası mide kanseri nedeniyle opere edilmiş 60 yaş üstü 109 hastanın demografik bilgileri, uygulanan ameliyatın tipi, histopatolojik tanılar (tümör boyutu, lenf nodu durumu ve sayısı), patolojik evreler, serum albumin düzeyleri, tümör belirteçleri, tam kan sayımlarına ait bilgiler geriye dönük olarak dosyalarından temin edilmiştir. Ayrıca tüm hastaların sağkalım durumları incelenmiş ve kayıt altına alınmıştır. Bu verilerden; metastatik lenf nodu oranı (MLR), kırmızı küre dağılım genişliği platelet oranı (RPR), nötrofil-lenfosit oranı (NLR), platelet-lenfosit oranı (PLR) ve prognostik nutrisyonel indeks (PNI) değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Bağımsız parametrelerin tek değişkenli analizi sonucunda; patolojik LN sayısı ($p=0,001$), MLR ($p<0.001$), metastaz varlığı ($p=0,063$) ve erkek cinsiyetin ($p=0,066$) genel mortalite (GM) üzerinde etkili olduğu saptandı. Bu sonuçların çok değişkenli Cox regresyon analizinde ise MLR ($p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı, bağımsız prognostik değer olarak saptandı.

Sonuç: Mide kanseri nedeni ile opere edilen 60 yaş üstü hastalarda; mortaliteye etki eden faktörler; metastaz varlığı, patolojik lenf nodu sayısı, erkek cinsiyet olarak saptanmıştır. Metastatik lenf nodu oranı bağımsız prognostik faktör olarak belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Mide Kanseri; Mortalite; Prognostik Faktör.

KAYNAKLAR

1. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol 2010;17(6):1471-4. (PMID: 20180029).
2. Bener A, Ayub H, Kakil R, Ibrahim W. Patterns of cancer incidence among the population of Qatar: a worldwide comparative study. Asian Pac J Cancer Prev 2008;9(1):19-24. (PMID: 18439066).
3. Zhou CJ, Chen FF, Zhuang CL et al. Feasibility of radical gastrectomy for elderly patients with gastric cancer. Eur J Surg Oncol 2016;42(2):303-11. (PMID: 26710992).
4. Wang C, Weber A, Graham DY. Age, period, and cohort effects on gastric cancer mortality. Dig Dis Sci 2015;60(2): 514-23. (PMID: 25274157).
5. Sakurai K, Muguruma K, Nagahara H et al. The outcome of surgical treatment for elderly patients with gastric carcinoma. J Surg Oncol. 2015;111(7):848-54. (PMID: 25753213).

Anahtar Kelimeler: Mide Kanseri, Mortalite, Prognostik Faktör

EP-053

**KEMOTERAPİNİN METASTATİK VE ADJUVAN HASTALARDAKİ
NATUREL KİLLER HÜCRE DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

İDRİS KIRHAN¹, HÜSEYİN TAŞKIRAN¹, ATAMAN GÖNEL², İSMAİL KOYUNCU², HAKAN BÜYÜKHATİPOĞLU³

1 HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

2 HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOKİMYA ANA BİLİM DALI

3 HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Doğal katil (NK) hücreleri, doğal ve kazanılmış bağışıklık sistemi arasında köprü görevi gören önemli bir bağışıklık hücre-sidir.¹ Periferik kandaki lenfositlerin %10-15 kadarını oluşturur. NK hücrelerinin çoğu, CD16, CD56 ve CD57 yüzey molekülleri taşırlar. İnterlökin (IL-15)- 15 NK hücrelerinin gelişimi ve aktivasyonu için en önemli sitokindir. IL-2, IL-4, IL-7, IL-10, IL-12, IL-18, IL-21, Transforming büyüme faktörü-B (TGF β) ve tip I interferonlar gibi birçok diğer aktive edici veya inhibe edici sitokinlerde bağışıklık cevabının farklı evrelerinde NK hücrelerinin gelişimi ve aktivasyonunda rol alır. Yüzey molekülleri ile hedef hücreyi tanı ve öldürücü aktivite göstererek onları yok ederler. Tümöre karşı cevabın düzenlenmesinde NK hücrelerinin belirgin rolü vardır. Periferik kanda artmış NK hücresi tedaviye cevabın daha olumlu olacağını öngörür.^{2,3} Bu pilot çalışmadaki amacımız NK hücrelerinin tedavi takibindeki değeri, verilen tedaviye cevap ile NK hücrelerinin korelasyonunu değerlendirmek, ayrıca metastatik ve adjuvan hastalardaki NK hücre değişimlerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Onkoloji polikliniğine başvuran yeni tanı konmuş 25 kanser hastası çalışma kapsamına alınmıştır. Hastalar metastatik ve adjuvan olarak ikiye ayrıldı. Hastalardan Kemoterapiye başlanmadan önce ve ikinci kemoterapi verilmeden önce kan örnekleri alınarak tıbbi biyokimya ve genetik laboratuvarında çalışıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan hastaların 14'ü metastatik 11'i ise adjuvan tedavi alıyordu. Metastatik hastaların 5'i erkek 9'u kadın, yaş ortalaması 56, 4'ü meme ca, 4'ü akciğer

ca, 3'ü kolon ca, 1'i over ca, 1'i pankreas ca ve 1'i prostat ca idi. Metastatik olmayan hastaların hepsi kadın, yaş ortalaması 43.4, 3'ü over ca, 2'si kolon ca ve 6'sı meme ca idi. Metastatik hastalarda kemoterapi öncesi ve sonrası NK düzeyleri arasında anlamlı fark saptanırken, Metastatik olmayanlarda anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Tümör hücreleri NK hücre sayısını azaltan ve aktivitesini baskılayarak immun kaçışı indükleyen sitokinler salgılamak-tadır. Kemoterapi verilmesi muhtemelen tümör hücre yükünü azaltarak NK hücre sayısını ve fonksiyonunu arttırmaktadır. Metastatik ve adjuvan tedavilerden sonraki NK hücre düzeyleri de buna işaret etmektedir.

1. L. Martinet, M.J. Smyth Balancing natural killer cell activation through paired receptors Nat. Rev. Immunol., 15 (2015), pp. 243-254
2. 79. Metelitsa LS, Wu HW, Wang H, Yang Y, Warsi Z, Asgharzadeh S, et al. Natural killer T cells infiltrate neuroblastomas expressing the chemokine CCL2. J Exp Med (2004) 199:1213-21.10.1084/jem.20031462
3. 80. Schneiders FL, De Bruin RC, Van Den Eertwegh AJ, Scheper RJ, Leemans CR, Brakenhoff RH, et al. Circulating invariant natural killer T-cell numbers predict outcome in head and neck squamous cell carcinoma: updated analysis with 10-year follow-up. J Clin Oncol (2012) 30:567-70.10.1200/JCO.2011.38.8819

Anahtar Kelimeler: kanser, kemoterapi, NK hücreleri

EP-054

KEMOTERAPİ SONRASI 30 GÜN İÇİNDE MORTALİTE İNSİDANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ÖMER DİZDAR¹, UTKU BURAK BOZBULUT², METİN DEMİR², MUTLU HAYRAN¹, AYŞE KARS²

¹ HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BD, ANKARA

² HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, ANKARA

Amaç: kemoterapi aldıktan sonraki 30 gün içerisinde meydana gelen ölümler (Otuz- gün mortalite (30GM)), kanser klinikleri için bir hizmet kalitesi ölçütüdür ve kemoterapi toksisitesine, hastalık progresyonuna ya da diğer nedenlere bağlı olabilir. 30GM açısından yüksek riskli hastaların belirlenmesi, aynı zamanda kemoterapiden en az yarar görecektir, hatta zarar görebilecek hastaların belirlenmesini sağlayabilir. Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde kemoterapi alan hastalarda 30GM oranını saptamak ve mortaliteyle ilişkili olabilecek ve kolaylıkla saptanabilecek potansiyel prediktif faktörleri belirlemektir.HASTALAR-Metod: Hacettepe Onkoloji Hastanesi'nde 1-28 Şubat 2017 tarihleri arasında kemoterapi alan tüm erişkin hastalar (>=18 yaş) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların tanıları ve hastalık evreleri,vital bulguları, komorbid hastalıkları, kullandıkları ilaçları, ECOG performans durumları (PS),vücut kitle endeksleri (VKI),tam kan sayımları ve serum kreatinin değerleri (mevcutsa) kaydedilmiştir.Vital bulgular ve bilinç düzeyine göre belirlenen Modifiye erken uyarı skorları (MEUS) hesaplanmıştır.Mortaliteyle ilişkili faktörlerin belirlenebilmesi için çok değişkenli lojistik regresyon analizi ('backward stepwise' metodu ile) yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma periyodu içerisinde 562 hastaya kemoterapi uygulanmıştır. Hastaların medyan yaşı 58'di ve %56'sı kadındı. En sık tanıları meme kanseri (% 31), kolorektal kanser (% 12) ve akciğer kanseri (% 12). Kemoterapi aldıktan sonraki 30 gün içerisinde 10 hastanın (% 1.8) öldüğü saptandı. Ölen hastalar

değerlendirildiğinde yaşayan hastalara göre daha yaşlı oldukları ve çoğunun erkek (%90), VKI'lerinin daha düşük, nabız atımlarının daha hızlı, hemoglobin değerlerinin daha düşük, ECOG PS'lerinin daha kötü ve MEUS skorlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ölen hastaların hepsinin metastatik hastalığı olup; tamamı palyatif kemoterapi almaktaydı. Çok değişkenli analize Ölen hastaların tamamının ileri evre hastalığı olması nedeniyle çok değişkenli analize hastalık evresi dahil edilmedi. ECOG performans durumu da, değerlendirilmesi nispeten subjektif olduğu için çok değişkenli analize alınmadı. Sonuçta çokdeğişkenli analizde yaşı 65'ten fazla olması, erkek cinsiyet, nabızın 90/dk'nın üzerinde olması, ateşin 36,5 C'nin altında olması, hemoglobinin p d/dl'nin altında olması ve VKI'nin 25'in altında olması, artmış 30GM riski ile ilişkili bulundu

Sonuç: Hastalık evresi ve ECOG PS gibi iyi bilinen prediktif faktörlerin yanısıra basit ve kolayca ölçülebilen objektif diğer bazı parametreler de kemoterapi uygulaması sonrası erken mortaliteyi öngörmede klinisyenler için bir sinyal oluşturabilir. Bu risk faktörleri olan hastalar kemoterapi uygulaması açısından doktorları tarafından yeniden değerlendirilebilir ve kemoterapiden yarar görme olasılığı düşük olan, hatta zarar görebilecek olan bir grup hastanın tedavi alması önlenir. Bu kriterlerin klinikte kullanıma girebilmesi için yeni çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, mortalite, risk faktörleri, kanser

Tablo 1. Kemoterapi sonrası 30 gün içinde ölen hastalar ile diğer yaşayan hastaların demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Ölen (n=10)	Yaşayan (n=552)	p
Yaş medyan (min-max)	68	58	0.033
Cinsiyet			
Erken	9 (3.7%)	236 (96.3%)	0.033
Kadın	1 (0.3%)	316 (99.7%)	
Tanımlar			
Meme	0	176 (100%)	0.035
Akciğer	4 (5.8%)	65 (94.2%)	
Kolorektal	0	73 (100%)	
Hematolojik	0	47 (100%)	
Diğer	6 (3%)	191 (97%)	
Evre			
Erken	0	176 (100%)	0.035
İleri	10 (2.6%)	369 (97.4%)	
Komorbid Hastalıklar			
0	8 (3.4%)	228 (96.6%)	0.52
>=1	2 (0.6%)	324 (99.4%)	
ECOG PS			
0	2 (0.5%)	366 (99.5%)	<0.001
1	2 (1.8%)	111 (98.2%)	
2	1 (1.8%)	55 (98.2%)	
>=3	5 (23.8%)	16 (75.2%)	
VKİ (kg/m ²) medyan (min-max)	23.5 (17-26)	26.2 (14-53)	
Vital bulgular, medyan (min-max)			
Ateş (°C)	36.3 (36-37.3)	36.5 (36-38.1)	0.15
Nabız (bpm)	106 (70-110)	80 (60-120)	0.04
Sistolik kan basıncı (mmHg)	110 (100-130)	120 (80-130)	0.08
Diastolik kan basıncı (mmHg)	70 (60-80)	70 (50-110)	0.37
Solunum hızı (/min)	20 (14-26)	20 (14-32)	0.96
MEUS SKORU			
0	1 (10)	9 (90)	0.02
1	1 (0.3)	315 (99.7)	
>=2	8 (3.4)	228 (96.6)	
Hemoglobin (g/dl) medyan (min-max)	11.2 (8.5-13.6)	12.1 (8-18.3)	0.03
Beyazküre sayısı (x10 ³ /mm ³) medyan (min-max)	7 (4.7-53.4)	6.1 (1.6-9.3)	0.08
Platelet sayısı (x10 ³ /mm ³) medyan (min-max)	233 (97-376)	249 (148-642)	0.29

Table 2. 30 gün mortalite ile ilişkili faktörlerin çoklu değişkenli analizleri

	HR	95% Güven Aralığı	P değeri
Vücut kitle endeksi <25	9,1	1,1 - 78,8	0,045
Yaş (>65)	6,0	1,3 - 26,8	0,019
Erkek cinsiyet	15,4	1,2 - 201,6	0,037
Hb <9 g/dL	33,7	2,3- 488,7	0,010
Nabız Hızı >90/dk	6,8	1,4 - 32,5	0,016
Vücut sıcaklığı <36.5°C	4,1	0,7 - 24,2	0,124

EP-055

**NADİR BİR VAKA: SEFUROKSİM KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN
RADYASYON RECALL DERMATİTİ**

HATİME ARZU YAŞAR, PINAR KUBİLAY, YÜKSEL ÜRÜN, GÜNGÖR UTKAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA.

Giriş: Radyasyon recall dermatiti (RRD) daha önceden radyo-terapi(RT) almış bir bölgede çeşitli ilaç uygulamaları sonrasında bazen yıllara yayılan süreçte ortaya çıkan akut inflamatuvar reaksiyonla karakterizedir. Sitotoksik ilaçlar en sık nedenidir. Antibiyotik kullanımı sonrasında radyasyon recall dermatiti çok nadir görülen bir olgudur. Bu yazıda sefalosporin grubu antibiyotik kullanımı sonrasında radyasyon recall dermatiti gelişen bir vakayı tartışacağız.

Olgu: Bilinen dahili bir hastalığı olmayan 45 yaşındaki kadın hastaya sol memede kitle nedeni ile Aralık 2016'da sol modifiye radikal mastektomi yapıldı. Patoloji raporunda invaziv duktal karsinom, tümör makroskopik çapı 1.7cm, histolojik grade III, östrojen reseptörü (+),progesteron reseptörü (+) ve c-erb B2 (+) saptandı. Adjuvan tedavi olarak 6 kür dozetaksel, karboplatin ve trastuzumab tedavisi alan hastaya takiben 20.06.2017 ile 31.07.2017 tarihleri arasında 200cGy/gün 27 fraksiyon adjuvan radyoterapi verildi. Trastuzumab tedavisinin 1 yıla tamamlanması planlanan hastada trastuzumab tedavisi altında iken üst solunum yolu enfeksiyonu gelişmesi nedeni ile hastaya sefuroksim başlandı. Hastanın antibiyotik kullanımını takiben sadece operasyon lojunda görülen kızarıklık ortaya çıktı (Resim 1). Vücudun başka alanlarında kızarıklık görülmemesi nedeni ile hastadan radyasyon recall dermatiti ön tanısı düşünülerek dermatoloji bölümünden de görüş alındı, nemlendirici pomad ve hastanın takibi dışında ek öneride bulunulmadı.

Sonuç: Radyasyon recall dermatiti daha önceden RT almış bir bölgede ilaç kullanımı sonrasında ortaya çıkan nadir görülen bir reaksiyondur. Doksorubusin, paklitaksel, dozetaksel, metotreksat, siklofosamid, gemsitabin gibi ilaçların en sık neden olduğu bildirilmiştir. Antibiyotik kullanımı sonrasında da meydana gelmekle birlikte daha nadir olarak görüldüğü bilinmektedir. Tedavide neden olan ilaç kesilir, reaksiyonun derecesine göre steroidler ve non-steroid antiinflamatuvar ajanlar kullanılır. Tedaviye cevap ge-

nellikle iyidir. RT sonrasında antibiyotik kullanımı olan hastalarda da daha önce radyasyona maruz kalan alanlarda akut inflamatuvar reaksiyonlar gelişirse ayırıcı tanıda RRD düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: sefuroksim, radyasyon recall dermatiti, radyoterapi

Resim 1



Radyasyon recall dermatiti ile uyumlu eritemli alan

EP-056

**OLGU SUNUMU: DAHA ÖNCE BEVACİZUMAB KULLANAN HASTADA
PORT TROMBOZUNA BAĞLI GELİŞEN VENA CAVA SUPERİOR
SENDROMU OLGUSU**

ENDER DOĞAN, TEOMAN ŞAKALAR, SÜMEYRA DERİN,
OKTAY BOZKURT, MEVLÜDE İNANÇ, METİN ÖZKAN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

Amaç: Vena cava superior sendromu kanser ile ilişkili bir sendromdur. Genellikle kitle basısına bağlı gelişmekle birlikte yeni geliştirilen anti kanser ilaçlar ve son zamanlarda port ve santral kateter gibi artmış damar içi araç kullanımı sonucunda gelişen tromboza bağlı vena cava superior sendromu olgularında artış izlenmektedir. Biz bu vakada daha önce bevacizumab kullanmış ve port kateterine bağlı gelişen vena cava superior sendromlu bir olguyu sunduk.

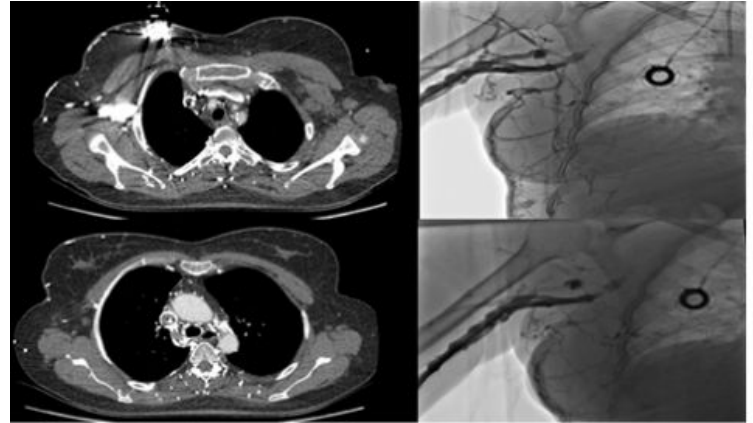
Olgu: Kırk altı yaşında kadın hastaya pelvik ağrı nedeniyle çekilen pelvik MR sonucunda saptanan koksigeal kitleden yapılan tru cut biyopsi sonucunda klinik ve histopatolojik değerlendirme sonucunda kolon adenokanser teşhisi aldı. Endoskopik taramalarda gastrointestinal primer kitle saptanamadı. Karsinoembriyonik antijen seviyesi yüksek izlendi. PET CT taramasında akciğerde milimetrik lezyonlar saptandı. Sakral bölgede ağrı şikayeti olan hastaya önce sakral kitleye radyoterapi başlandı sonrasında XELOX+ Bevacizumab kemoterapisi başlandı. 2 kür sonunda akciğer lezyonları progrese olan ve sakral ağrısı artan hastadan gönderilen RAS mutasyonu sonucu wild tip gelmesi üzerine port takılarak FOLFİRİ+ Cetuximab kemoterapisine geçildi. 4 uygulama sonunda klinik ve marker yanıtı olan hastaya kemoterapiye devam edilmek istendi ancak 6. Uygulama sonrasında yüz ve boyunda şişlik, nefes darlığı olan hastaya yapılan BT anjiyografi ve üst ekstremit venografisi (Şekil 1) sonucunda sağ pulmoner arterde subsegmental emboli izlendi, sağ port

kateteri tromboze olup, tromboz vena cava superiora kadar uzanım göstermekte idi. Hastanın port kateteri çekilip, antikoagulan başlandı. Hastanın takip ve tedavisi sürmektedir.

Sonuç: Kolon kanserinde kullanılan bevacizumab ile birlikte infüzyonel kemoterapiler nedeniyle takılan port kateterleri, primer kanser ile birlikte tromboza yatkınlık oluşturmakta ve vena cava superior sendromu için predispozan sebepleri oluşturmaktadırlar. Bu nedenle vena cava superior sendromu gelişen hastalarda port trombozu açısından dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Port trombozu, kanser, vena cava superior sendromu, kemoterapiler

Vena cava superior sendromu tanılı hastanın anjiyografik görüntüleri



EP-057

KANSER HASTALARINDA SİSTATİN C DÜZEYLERİ VE PROGNOSTİK ÖNEMİ

ÖZLEM ÖZKUL, CEMİL BİLİR, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, İLHAN HACİBEKİROĞLU

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, DAHİLİYE ANA BİLİM DALI, SAKARYA

Amaç: Malign tümör tanılı hastalarda kemoterapötik ajanların kullanımı ile birlikte beklenen genel sağ kalım sürelerinde önemli artışlar olmuştur. Ancak genel sağ kalım ve hastalısız sağ kalımı predikte edecek yeni belirteçlere ihtiyaç vardır. Renal fonksiyon takibinde kullanılan bir marker olan sistatin C kreatinine göre kardiovasküler olaylar ve tüm sebeplere bağlı mortalitenin güçlü bir prediktörüdür. Bizim çalışmamızda kanser hastalarında evreye ve cinsiyete göre sistatin C düzeyleri ile genel sağ kalım ve progresyonsuz sağ kalım ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza kemoterapi almakta olan 156 hasta dahil edilmiş olup bunların 95'i erkek ve kalan 61'i kadındır. Hastaların serum sistatin C konsantrasyonu florometrik enzim immunoassey yöntemiyle ölçümü yapılmış olup ortalama değeri 1.05 bulunmuştur. Serum kreatinin konsantrasyonu ise Cobas cihazında spektrofotometrik metod ile ölçülmüş olup ortalama değeri 0.85 olarak bulundu. Ölçümlerden sonra elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

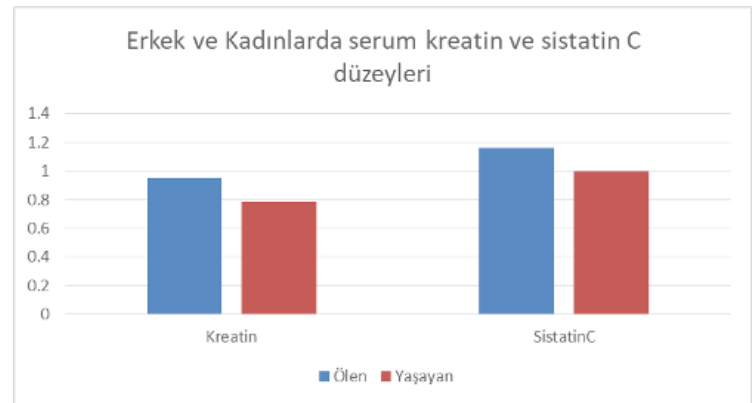
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalarımızın 16'sı erken evre, 83'ü lokal ileri evre ve kalan 61'i ise metastatik evrede idi. Cinsiyete göre sistatin C ve kreatinin değerleri kıyaslandığında erkeklerde kadınlara göre daha yüksek sistatin C ve kreatinin değerleri mevcuttu (p değeri sırasıyla 0.007 ve 0.0001). Yaşayan hastalar ile kıyaslandığında çalışma sonunda ölen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olan daha yüksek serum kreatinin ve sistatin C düzeyleri saptandı (p değeri sırasıyla 0.001 ve

0.008). Korelasyon analizine bakıldığında ise genel sağ kalım ile serum sistatin C düzeyleri arasında sınırlı bir anlamlı korelasyon mevcut olup progresyonsuz sağ kalım ile anlamlı bir ilişki bulunmadı (p değeri 0.05, korelasyon katsayısı -0.15).

Sonuç: Serum sistatin C bir sistein proteaz inhibitörü olup bazı malignitelerde doğası gereği artış gösterebilmektedir. Bu da o malignitelerin daha agresif bir seyir gösterebileceğini işaret etmektedir. Buna bağlı olarak kanser hastalarında genel sağ kalım ve progresyonsuz sağ kalımı ön görmede bir belirteç olarak kullanılabilir. Literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında çalışmamızdaki bulgular bazı oransal farklılıklar dışında literatür verileri ile örtüşmektedir.

Anahtar Kelimeler: kreatinin, malignite, sistatin c

Erkek ve kadınlarda serum kreatinin ve sistatin C düzeyleri



EP-058

MERKEL HÜCRELİ KARSİNOMA VE TESTİKÜLER KARSİNOMA BİRLİKTELİĞİ

ÖZLEM ÖZKUL, İLHAN HACİBEKİROĞLU, CEMİL BİLİR, BAHATTİN ÖZKUL

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ,DAHİLİYE ANA BİLİM DALI,SAKARYA

Amaç: Merkel hücreli karsinoma nadir görülen, agresif,kutanöz bir tümördür. Hastaların %43 -%100 arasında değişen oranında etyolojide Merkel hücre polyomavirusu rol almakla birlikte MCC için 5 yıllık sağ kalım oranları % 30-%64 tür. Yeni gelişen tedavi seçenekleri ile hastaların sağkalım sürelerindeki uzamaya bağlı olarak multipl primerli tümör görülme insidansı artmış olup biz de bu olguda nadir görülen MCC 'ye eşlik eden testikuler karsinoma olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem:

Bulgu: 46 yaşında erkek hasta 03.08.2016 tarihinde kliniğimize sol taraf gluteal bölgede ağrı olması nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede 4x4 cm ölçülerde sınırları düzensiz,sert kitle saptanması üzerine yapılan tetkikler sonucu plastik cerrahiye konsulte edilerek opere edildi.Patoloji sonucu MCC olarak gelen hastaya sentinel lenf nodu biopsisi ve cerrahi sınır pozitif olarak gelmesi nedeniyle reeksizyon yapıldı..SLNB negatif ve cerrahi sınırlar temiz gelen hasta sistemik taramaları sonrası metastaz bulgusu olmaması üzerine adjuvan radyoterapi sonrası izleme alındı.7.ay takibinde sağ testiste ağrı ve şişlik gelişmesi üzerine ürolojiye başvuran hastaya operasyon planlandı.Operasyon

patolojisi yolk sac testis tümörü olarak raporlanan hastanın kontrol PET-CT de pankreasta 8x7 cm boyutlu kitle saptanması üzerine pankreas biopsisi yapıldı.Pankreas biopsi patoloji sonucu MCC metastazi olarak raporlanan hastaya sisplatin-etoposid kemoterapisi başlanarak eş zamanlı hem testis karsinomunu,- hem de MCC yi kapsayacak şekilde kemoterapisi başlandı.3. kür kemoterapisini alan hastanın ara kontrol görüntüleme tetkik sonuçları beklenmektedir.

Sonuç: MCC küçük, yuvarlak, mavi hücreli tümörler grubunun bir üyesi olup karakteristik ve patolojik özellikleri bakımından küçük hücreli akciğer karsinomundan ayrımı oldukça zor bir tümördür. MCC tanısı almış olan hastalarda hastalığın agresif seyri gereği yakın takip ve sistemik tarama yapılması önerilmektedir. Diğer non-melanoma cilt kanserlerinin MCC hastalarında görülme riskinin fazla olması nedeniyle düzenli cilt muayenesi de yapılması gerekmektedir. Cilt kanserleri yanında eşlik edebilecek diğer kanser türleri de gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Merkel, Testis

EP-059

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KANSERDE SİTOKİN TEDAVİSİ SONRASI ENDOBRONŞİAL FUNGUS TOPU GELİŞMESİ

BAHATTİN ÖZKUL, ÖZLEM ÖZKUL, CEMİL BİLİR, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, DAHİLİYE ANA BİLİM DALI, SAKARYA

Amaç: Akciğer metastazı olan renal berrak hücreli karsinom (RCC) hastasında toraks BT ve PET-BT görüntüleriyle akciğerde sitokin tedavisi sonrası gelişen fungus topunun gösterilmesidir.

Yöntem: 7 aydır metastatik RCC nedeniyle takipli 48 yaşında erkek hastaya toraks ile batin BT (Toshiba 16 kesit), tüm vücut PET-BT (Siemens mCT20 Biograph) ve ekokardiografi (EKO) yapıldı.

Bulgular: 15.01.2017 tarihinde öksürük şikâyeti ile göğüs hastalıklarına başvuran 48 yaşında Y.A. isimli erkek hastaya çekilen toraks BT 'de her iki akciğer parankiminde en büyüğü 2 cm çapına ulaşan çok sayıda metastatik nodüler lezyon saptanmış. Primer odak araştırılması amacıyla hastaya PET-BT çekilmiş ve tumor belirteçleri istenmiştir. Tumor belirteçleri normal olarak gelen hastanın PET-BT sonucunda sağ böbrek üst polünde 11x9 cm, SUV max:7,4 olan heterojen hipermetabolik kitle ve her iki akciğer parankiminde multipl metastazlar görülmüştür. Metastatik RCC ön tanısı ile ürolojiye yönlendirilen hastaya radikal nefrektomi uygulanmıştır. Patoloji sonucu % 15 sarkomatoid elemanlar içeren, lenfovasküler invazyonu bulunan, pT2aNxMx

Furhman grade 3 berrak hücreli renal karsinom olarak gelmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiştir. Hasta opere metastatik RCC tanısı ile interferon tedavisi başlanılarak takibe alındı. Tedavinin 2. ayında çekilen toraks BT 'de sağ ana bronşta 1,4 cm çapında akciğer parankimine de yayılım gösteren endobronşial fungus topu (aspergilloma) saptanması üzerine interferon tedavisi kesilerek göğüs hastalıklarına yönlendirildi. Göğüs hastalıklarında antifungal tedavi alan hastanın tedavi sonrası kontrol toraks BT 'de fungal enfeksiyonun tamamen regrese olduğu görüldü.

Sonuç: Fungal enfeksiyonlar immun sistemi baskılanmış bireylerde normal topluma göre daha sık görülmektedir. Aspergillomada benzer şekilde normal topluma göre immun suprese hastalarda daha sık görülmektedir. Ancak aspergillomanın endobronşial tutulumu yine de nadir görülmektedir. Bu tarz hastalarda solunum sistemi semptomları bulunduğu ayırıcı tanıda akılda aspergilloma da bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fungus topu, rcc, sitokin

EP-060

SUNITİNİB VE ZOLEDRONİK ASİT KULLANIMI İLE GELİŞEN ÇENE OSTEONEKROZU VAKASI

PINAR KUBİLAY TOLUNAY, HATİME ARZU YAŞAR, YÜKSEL ÜRÜN, GÜNGÖR UTKAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

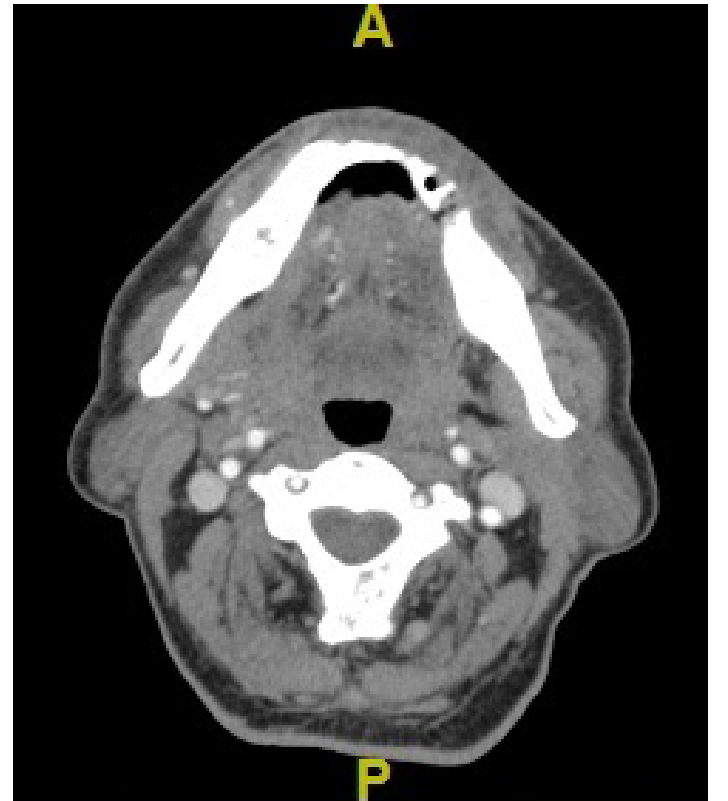
Giriş: Çene osteonekrozu gelişiminin antirezorbtif ve antianjiyogenik tedaviler ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Çene osteonekrozu çoğunlukla antirezorbtif tedavi alan hastalarda bildirilse de, son yıllarda sadece vasküler endotelial büyüme faktörlerini hedef alan ajanların kullanımıyla da çene osteonekrozu vakaları bildirilmeye başlanmıştır. Burada sunitinib ve zoledronik asit tedavisinin birlikte kullanımı sırasında çene osteonekrozu gelişen bir vakayı tarif edeceğiz.

Vaka: 58 yaşında erkek hasta renal hücreli karsinoma nedeniyle yapılan sol nefrektomi sonrasında tedavi planlanması için başvurdu. Sakral kemik metastazları nedeniyle palyatif radyoterapi verildi, zoledronik asit ve interferon alfa tedavisi başlandı. İnterferon tedavisi başladıktan 2 ay sonra akciğer metastazlarında progresyon nedeniyle sunitinib tedavisine geçildi, 6 haftada bir 4 hafta süreyle sunitinib verildi. 8 haftalık aralıklarla zoledronik asit tedavisine devam edildi. 6 siklus sunitinib ve 8 uygulama zoledronik asit sonrasında hastada sol mandibulada ağrı ve şişlik, çiğneme gücü şikayetleri gelişti. Oral muayenesinde çene osteonekrozu ile uyumlu görünüm saptandı. Zoledronik asit ve sunitinib tedavisi kesildi, panoramik diş grafisi, mandibuler BT çekildi. Hasta ağız, diş ve çene cerrahisi bölümüne konsulte edildi.

Tartışma: İlaç ilişkili çene osteonekrozunun patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır. Kemik rezorpsiyonunun oversupresyonu, sürekli mikrotravma, enfeksiyon/inflamasyon ve kan akışının inhibisyonu öne sürülen hipotezler arasındadır. Invitro deneylerde zoledronik asitin azalmış VEGF seviyeleri ile birlikte anjiyogenezi inhibe ettiği gösterilmiştir. Bifosfonat kullanımı olmayan hastalarda antianjiyogenik tirozin kinaz inhibitörleri olan bevasizumab ve sunitinib ile de ilaç ilişkili çene osteonekrozu vakaları bildirilmektedir. Antirezorbtif ajanların antianjiyogenik ilaçlarla kombine kullanımı ile ilaç ilişkili çene osteonekrozu riski artmaktadır. Bizim vakamızda da zoledronik asit tedavisine

sunitinib eklendikten 12 ay sonra çene osteonekrozu gelişmiştir. Hastamızda sunitinib kullanımı ile oral mukozit yakınması ortaya çıkmakta ve 2 haftalık aralıklarda şikayeti geçmekteydi. Mukozit sunitinib tedavisinin en sık görülen yan etkilerinden olsa da osteonekroz gelişimi açısından uyarıcı olabilir. Daha önce de sunitinib ve bifosfonat kullanımı sırasında mukozit yakınması olan hastalarda osteonekroz gelişimi vakaları bildirilmiştir. Sunitinib ve zoledronik asitin antianjiyogenik etkilerinden ötürü bu iki ilacın kombinasyonu ile yara iyileşme mekanizmaları bozulabilir, kötü oral hijyen ve inflamatuvar diş eti hastalıkları katkısı ile de ilaç ilişkili çene osteonekrozu gelişebilir.

Anahtar Kelimeler: çene osteonekrozu, sunitinib, zoledronik asit
Mandibular BT'de mandibula sol yarısında görülen litik lezyon



Vaka: eOral muayenedeki görünüm



EP-061 MONOKLONAL ANTİKORLARDA STABİLİTE

SELDA OFLAZ¹, ERGE AKSOY²

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İLAÇ HAZIRLAMA ÜNİTESİ, ANTALYA

Tümör hücrelerinde bulunan çeşitli hedef moleküllere yönelik geliştirilmiş olan monoklonal antikorlar son yıllarda kanser tedavisinin en etkin araçları arasına girmiştir. Yüksek düzeyde spesifite ve nisbeten olumlu toksisite profilleri bu ajanların standart tedaviler içinde yer almalarını sağlamıştır. Bu çalışmada sık kullanılan "Monoklonal Antikorların" hazırlandıktan

sonra; izotonik ya da dekstroz içinde geçimlilik ve stabilitesi, açılmış olan flakon saklanma şartları ve stabilitesi ele alınmıştır. Bu sayede amaç uygulama açısından olası yanlıları önlemektedir.

Anahtar Kelimeler: monoklonal antikor, antineoplastik ilaç, stabilite

EP-062

SAĞLIK İLETİŞİMİ: KANSER HASTALARI İLE HEKİM İLİŞKİSİ

HÜLYA BULUT

SBÜ. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sağlık iletişimi, hasta, hekim, sağlık çalışanı, sağlık kuruluşu ve bu süreci kapsayan, sınırlandırılması mümkün olmayan bir kavramdır. Günümüzde hasta ve hekim ilişkisinin önemi gittikçe artmaktadır. Hasta, hekimi ile kurduğu iletişimden memnun olduğunda, kendini tedaviye daha rahat açabilmektedir. Sağlıklı iletişim, hastanın sağlığında önemli rol oynamaktadır. Hekimin hastayı muayene ederken, tıbbi terminolojisi ile iletişim kurması dahi hastanın iletişimde zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Hekim açısından değerlendirildiğinde, hastasına yeteri kadar zaman ayıramaması dâhilinde iletişimin kısıtlanması açısından sebebiyet vermektedir. Hastanın, tedavisi hakkında hekimi tarafından yeteri kadar bilgiye sahip olması gerekmektedir. Hasta, tedavisi hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmadığına, sosyal mecralardan veya başka yollardan hastalığı ile ilgili yanlış bilgiler edinebilmektedir. Bu durum hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Hasta ve hastalık kavramlarında, hasta hakları kavramı ortaya çıkmaktadır. Hasta hakları kavramı, hem hastanın haklarını, hem de hekimi koruma altına almaktadır. Hasta hakları kavramı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Hekim tarafından, hastaya yapılan tedavi ile birlikte aralarında bir iş birliği doğmaktadır. Hasta ve

Hekim arasında oluşan bu iş birliği, hastanın tedavisinde iyileşme sağlamayı amaçlamaktadır. Hekim, hastaya uyguladığı müdahaleler esnasında, tedavi hakkında gerekli bilgilendirmeleri yaparak, hasta hakları ve hasta rızası kapsamında, hastanın rızasını almaktadır. Hasta, kendi tedavisi ile ilgili karar verme ve tedaviden çekilme haklarına yasal açıdan sahiptir.

Hekim ve hasta ilişkisinde, etkin ve sağlıklı iletişimin oluşabilmesi, hekimin hastayı dinleyebilmesi, hastanın hekime güvenmesi ve hekimin empati yeteneğini geliştirebilmesi ile birlikte sağlanabilmektedir. Empati, hekimlerin hastaya karşı kullanması gereken ve iletişimde pozitif bildirimler sağlayan bir kavramdır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide, hekim tarafından, hastaya onun dünyasından baktığı anlamını veren ve aralarındaki iletişimde önem arz eden bir kavramdır. Hastasına karşı, empati uygulayabilen bir hekim, hastayı tamamen algılayabildiğinden, hasta ile iletişimde başarılı olmaktadır. Hekimin hastayı dinlemesi ise, hastayla karşılaştığı andan itibaren, hastanın söylediklerini bütünüyle algılayabilmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu çalışma sonuç olarak, hasta ve hekim ilişkisindeki olması gereken iletişimi ortaya çıkarmayı amaçlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta-Hekim ilişkisi, Hekim ve Hasta iletişimi, Sağlık iletişimi

EP-063

AKCİĞER KANSERİ TANISIYLA TAKİPLİ HASTADA DOSETAKSEL TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN LUPUS

PERİHAN PERKİN, GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, ÖZLEM AYDIN İSAK, CENGİZ KARAÇİN, SEMA TÜRKER, MUSTAFA ALTINBAŞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Dosetaksel mikrotübül stabilizasyonundan sorumlu tübülün dimerlerinin depolimerizasyonunu engelleyerek etki eden bir kemoterapi ajanıdır. Dosetaksel deri pigmentasyonunda lokal değişiklikler, onikolizis, inflamatuvar değişiklikler ve subakut kutanöz lupus eritematozus (SCLE) gibi farklı kutanöz yan etkilerle ilişkilendirilmiştir. Literatüre bakıldığında dosetaksel ile ilişkilendirilen lupus vakaları SCLE olarak karşımıza çıkmakta, sistemik bulgular görülmeyip yalnız cilt tutulumuyla seyretmektedir. Biz kliniğimizde metastatik akciğer adenokanseri tanısıyla dosetaksel kullanan hastada ilaç kullanımından sonra ortaya çıkan sistemik lupus eritematozus (SLE) tablosunu sunuyoruz.

Olgu: Metastatik akciğer adenokanseri tanısı ile dosetaksel tedavisi kullanan hastada dosetaksel kullanımı sonrası malar rash ve el dorsumunda döküntüler meydana geldi. Dermatoloji bölümünce değerlendirilen hastanın elindeki lezyondan alınan punch biyopsisi "İnterfaz dermatit; morfolojik olarak SLE yönünde bulgular içermektedir ancak klinikopatolojik korelasyon ve serolojik testlerle desteklenmesi uygun olacaktır." şeklinde raporlandı. Hastanın serolojik tetkiklerinde ANA IFA (+) nükleolar patern, anti SSB 14.2 (sınırdan pozitif), C3 düşük 0.65 (0.79-1.52), sedimentasyon 30, CRP 220 (0-8) olarak sonuçlandı. Anti-ds DNA, anti SSA, anti-histon antikörleri negatifti. Hastada akut böbrek yetmezliği gelişti, 24 saatlik idrarda 5,5 gram proteinürisi mevcuttu. İzleminde epileptik nöbet geçiren hastanın beyin MRG' sinde belirgin metastatik lezyona rastlanmadı. ANA pozitifliği, C3 düşüklüğü, epileptik nöbet, proteinüri, izole trombositopeni bulguları, ayrıca malar rash ve elindeki döküntüden alınan biyopsi sonucu interfaz dermatit- lupus yönünden anlamlı bulunması nedeniyle hastada daha önce literatürde

tanımlanmış dosetaksel ilişkili subakut kutanöz lupus vakalarının aksine mevcut olan ancak bilinmeyen sistemik lupus eritematozusun dosetaksel kullanımı ile tetiklenmiş olabileceği düşünüldü. Romatoloji önerisi ile hastaya prednizolon 2x5 mg ve hidroksiklorokin 1x200 mg başlandı. Takipte renal fonksiyonları düzeldi, nöbeti tekrarlamadı, cilt lezyonları geriledi.

Sonuç: Daha önce literatürde tanımlanmış dosetaksel ilişkili SCLE vakalarının aksine bizim vakamızda SLE ile uyumlu bulgular mevcuttu. SCLE olan vakaların %50'sinin SLE tanı kriterlerini karşıladığı bilinmektedir. Dosetaksel genetik yatkınlığı olan bir bireyde lokal otoimmün yanıtı net olmayan mekanizmalar ile tetikleyerek otoimmün hastalığın aktivasyonuna neden olmuş olabilir. Dosetaksel kullanan bir hastada ortaya çıkan cilt döküntülerinde romatolojik hastalıklar özellikle SCLE ve belki SLE akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: dosetaksel, ilaç ilişkili lupus, SLE

Dosetaksel ilişkili lupus yüzde malar rash ve el dorsumunda döküntüler



Dosetaksel ilişkili lupus yüzde malar rash ve el dorsumunda döküntüler



EP-064

MULTIPLE PRİMER TÜMÖR: ÜÇ FARKLI PRİMER TÜMÖRÜ OLAN BİR OLGU SUNUMU

NAGİHAN AKKAŞ¹, YAŞAR YILDIZ², UMUT VAROL², HALİL TAŞKAYNATAN², TARIK SALMAN², UTKU OFLAZOĞLU², YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK², ÖZLEM ÖZDEMİR², NURHAN ÖNAL KALKAN², AHMET ALACACIOĞLU², ALA ZEYNEDDİN¹, ELİF GÜREL¹, MUSTAFA OKTAY TARHAN³

1 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ, ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, DAHİLİYE KLİNİĞİ, İZMİR
2 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ, ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR
3 İZMİR DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Amaç-Giriş: Çoklu primer tümörler, bir hastada, her biri ayrı, her biri malignitenin belirgin bir örneği olan ve birinin diğerinin metastazı olma olasılığı ekarte edilen tümörlerdir. Aynı anda yada altı ay içinde tanı konulan tümör senkronize primer tümör, 6 aydan sonra tanı konulan tümör metakronize primer tümör olarak adlandırılır. Genetik fonksiyon bozukluğu, genetik instabilite ve genetik mutasyon gibi durumların çoklu primer tümör gelişiminin tetikleyebileceği düşünülmüştür. Hatta radyoterapi ve kemoterapi uygulamaları ile yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, bilinçli hasta sayısının artması, başarılı tümör cerrahileri ve teşhis ve tedavi olanaklarının gelişmesinin sonucu olarak multiple primer neoplazilerin sayısı artmaktadır. Biz bu olgumuzda mide adenokarsinomu tanısı ile takip edilirken, prostat ve rektum adenokarsinomu tanıları alan 73 yaşındaki bir erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Hastanemiz onkoloji polikliniğinde takip edilen, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 73 yaşındaki erkek hasta, siyah renkli dışkılama şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hasta üst gis kanama tanısı ile dahiliye kliniğimizde izlendi. Hastanın üst gis endoskopisi yapıldı. Endoskopide yaklaşık 4 cm çapında ant-ruma uzanan ülser saptandı. Ülser kenarından alınan biyopsi sonuçları mide adenokarsinomu olarak raporlandı. Mide adenokarsinomu nedeni ile genel cerrahi kliniğinde interne edilen hastanın çekilen pet-ct de prostat bezinde 3cm çapında kitle tesbit edildi. Buna ek olarak rektumda hipermetabolik doku dansitesi raporlandı. Kolonoskopisi yapılan hastanın patoloji

raporu rektum adenokarsinomu lehine geldi. Ac de metastatik nodulleri tesbit edilen hasta göğüs cerrahisine nakil verildi. Hastanın ac den alınan biyopsileri, gastrik adenokarsinom nedeni ile gastrektomi öyküsü olması ve rektum ve prostat adenokarsinom tanıları almasından dolayı ek immunohistokimyasal çalışmalar ile incelenmiştir. Bu çalışmalar sonucunda B sant-ral nodül kayıtlı materyalde, adenokarsinom odağında, PSA, P-SAP+, CK/, CK20, HMW-CK, p40, MUC5Ac negatif izlenmiştir ve bu nodüldeki adenokarsinom prostatik adenokarsinom metastazı ile uyumlu görülmüştür. Periferik nodül A kayıtlı materyalde izlenen adenokarsinomda ise CK7, MUC5AC, HMW-CK pozitif, PSA negatif izlenmiş olup, öyküde yer alan gastrik adenokarsinom metastazı lehine değerlendirilmiştir. 3 primer farklı tümör tanısı alan hastamızın onkoloji, üroloji ve genel cerrahi poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Kanser tanısı konmuş ve tedavi gören hastalarda ikinci veya daha fazla sayıda primer tümör olasılığı normal populas-yona oranla daha yüksek olduğu için bu hastalar için ayrıntılı ek tetkikler ve fm yapılmalıdır. İzlem süreleri çok uzun tutulmamalıdır. Klinik olarak multiple primer tümörün önemi, bir hastada birden fazla tümör saptandığında metastaz yada rekurrens yanında çoklu primer tümörler olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: multiple primer tümör, metastaz, metakronize, senkronize

EP-065

BLEOMİSİNE BAĞLI YAYGIN AKCİĞER FİBROZİSİ GELİŞEN TESTİS TÜRÖR OLGUSU

ALİ GÖKYER, İLHAN HACİBEKİROĞLU, CEMİL BİLİR, İBRAHİM VEDAT BAYOĞLU, ÖZLEM ÖZKUL

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

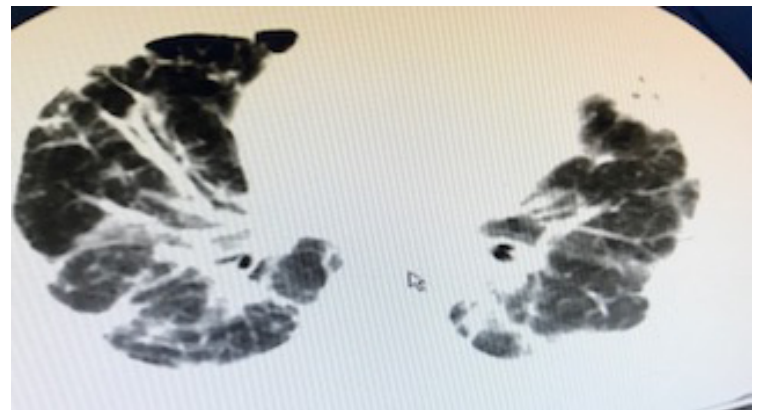
Amaç: Kemoterapi alan hastalarda %5-%10 oranında tedaviye bağlı akciğer hastalığı gelişmektedir. Klinisyen açısından tanı koymak bir dizi zorluklar içermektedir. Hastaların çoğu non-spesifik solunum yakınmaları ve fizik muayene bulgularına sahiptir. İnfeksiyon, metastaz, radyasyon hasarı, lenfanjitik yayılım ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bleomisin testis tümör tedavisinde kullanılan anti-tümör bir antibiyotiktir. Deri ve akciğerde birikiminden dolayı tedavi altında %10 oranında interstisyel akciğer fibrozisi gelişmektedir. Oksidatif hasar bu hastalığın gelişimde önemli bir etkidir. En sık akciğer alt zonlarda retiküler veya nodüler tarzda infiltrasyonlar izlenir. Belirgin toksisite gelişen hastalarda kortikosteroid ve antioksidan tedavi uygulanmaktadır. Burada kliniğimizde testis tümör tedavisi sonrası yaygın akciğer fibrozisi gelişen bir hastayı ele aldık.

Olgu: Üroloji polikliniğine ağrısız testiküler şişme nedenli başvuran 40 yaşında erkek hastada skrotal ultrasonografide sağ testiste yaklaşık 9 cm kitle tespit edilmiş. Hastaya inguinal orşiektomi uygulanmış. Patoloji sonucu non-seminom germ hücreli testis tümörü gelen hastanın evreleme amaçlı tomografileri çekilmiş. Hastada patolojik mediastinel lenf nodları tespit edilmiş. Tümör markırlarından AFP:444 (0-6 ng/ml) ng/ml, B-hcg ve LDH normal saptanmış. Hastaya onkoloji kliniğinde Evre 3 non-seminom germ hücreli tümör olarak 3 kür BEP (bleomisin+etoposid+sisplatin) planlandı. Tedavi sonrasında yapılan görüntülemeler sonucunda tam yanıt olarak değerlendirildi. Tümör markırları tamamen normale döndü. Hastanın takibinin ikinci ayında nefes darlığı gelişmesi üzerine çekilen akciğer grafisinde bazallerde yaygın infiltrasyonlar izlenmesi üzerine toraks tomografisi istendi. Her iki akciğerde paraseptal amfizematöz görünüm, yamasal tarzda buzlu cam manzaraları,

periferik alanlarda bal peteği görünümü izlendi(şekil.1). Hastaya interstisyel pulmoner fibrozis tanısıyla göğüs hastalıklarına yönlendirildi.

Sonuç: Bleomisin akciğer toksisitesi en iyi bilinen kemoterapötik ajanlardan biridir. Hastalar genellikle tedavisi sonrası genellikle 1-6 aylarda nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvururlar. %1 hasta akut akciğer hasarı ile seyrederken %20 hasta asemptomatik kalabilir. Bleomisin dozu, hasta yaşı, oksijen tedavisi, böbrek yetmezliği ve sisplatin ile birlikte kullanım akciğer hasarı gelişiminde önemli faktörlerdir. Bleomisin gibi akciğere toksik olduğu bilinen kemoterapötik ajan verilen hastalarda solunum sistemi bulguları yakından takip edilmelidir. Klinik şüphe olan hastalardan akciğer tomografisi istenmelidir. Erken tanı ve tedavi ile gelişen akciğer hasarının geri döndürülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bleomisin, yaygın akciğer fibrozisi, testis tümörü



Yaygın akciğer fibrozisi gösteren toraks tomografisi

EP-066

**AKCİĞER DIŞI NÖROENDOKRİN KARSİNOM TANILI HASTALARIN
PROGNOZU: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

MUSTAFA ALPTEKİN¹, OSMAN KÖSTEK², NAZIM CAN DEMİRCAN²,
BÜLENT ERDOĞAN², SERNAZ UZUNOĞLU², İRFAN ÇİÇİN²

1 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
2 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Nöroendokrin karsinomlar ise yüksek gradlı ve az difere-
ransiyeye tümörlerdir. Mortalite oranı yüksek olan bu tümörlerin
yaklaşık %60 ı gastroenteropankreatik yerleşim gösterirken
%40 gastrointestinal sistem dışında yerleşim gösterir. Sitotoksik
tedavide yıllarca farklı kemoterapi rejimleri kullanılsa da
özellikle kötü diferansiyeye nöroendokrin karsinomda platin bazlı
rejimler ön plana çıkmaktadır.

Materyal-Metod: Akciğer dışı nöroendokrin karsinom tanısı
alan, 18 yaş üstü toplam 26 hasta dahil edildi. Akciğer yerleşimli
tüm nöroendokrin tümör olması, akciğer dışı grad 1 veya 2
nöroendokrin tümör olması, 18 yaş altı hasta grubu ve senkron
malignite varlığı dışlanma kriterleri olarak kabul edildi. Hastaların
dosya kayıtları ve patoloji raporları incelendi. Demografik,
klinik, laboratuvar ve patoloji özellikleri kayıt edildi. Progresyonsuz
sağ kalım ve genel sağ kalım süreleri hasta dosyalarından alındı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 63±14 yıl, (min.-maks.= 36-
90 yıl) olup erkek/kadın cinsiyet oranı 1.88 idi. Primer lezyonların
yerleşim yerleri sırasıyla pankreas (%30.8), mide (%23.2),

ince bağırsak (%7.7), meme (%3.8), böbrek (%3.8) ve mesane
(%3.8) idi. Karın ağrısı (%73.3) en sık başvuru semptomunu
oluştururken, primer lezyona yönelik cerrahi işlem 9 hastada
yapıldı. Sağ kalım ile ilişkili klinik ve laboratuvar değişkenler
univariate analiz edildiğinde, platin-bazlı tedavi (HR=0.041, %95
GA= 0.008 – 0.217, p<0.001), bazal LDH (HR= 1.007, %95 GA=
1.002 – 1.008, p=0.003) ve GGT (HR= 1.002, %95 GA= 1.001 –
1.003, p=0.02) değerleri anlamlı olarak saptandı. Sağ kalım ile
ilişkili multivariate Cox hazard modelinde bağımsız değişkenler
olarak yaş, cinsiyet, bazal LDH değeri, GGT ve platin-bazlı
tedavi değişkenleri incelendiğinde, platin-bazlı tedavi alınması
prognozu iyileştirirken, bazal LDH değerlerinde artışın kötü
prognoz ile ilişkili olduğunu saptadık.

Sonuç: Platin bazlı kemoterapi ve bazal LDH düzeyleri genel
sağ kalımı belirleyen en önemli faktör olarak tespit edildi. NE-
Kin prognostik faktörlerinin daha kapsamlı değerlendirilmesi
için daha geniş popülasyonlu prospektif, randomize klinik çalışmalara
ihtiyaç duyulmaktadır

Anahtar Kelimeler: nöroendokrin karsinom, akciğer dışı, prognoz

EP-067

BOYUN ATİPİK YERLEŞİMLİ LENFADENOPATİ İLE BAŞVURAN HASTADA GÖRÜNTÜLEMELERDE TİROİD GLANDINDA NODÜL İZLENMEMESİNE RAĞMEN OKKÜLT PAPİLLER TİROİD KARSİNOMU SAPTANMASI

SELMA ARSLANHAN KURT, İDRİS KURT

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ/EDİRNE

Amaç: Tiroid glandının en sık gözlenen primer malignitesi tiroid papiller karsinomudur. Genelde tiroid glandı içerisinde soliter kitle ile prezente olur. Sıklıkla bölgesel lenf düğümlerine metastaz yapar. Amacımız atipik yerleşimli boyun posterior üçgende lenfadenopati ile başvurusunda tiroid gland ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntülemelerinde nodül izlenmeyen hastada lenf nodu yayımlı okkült tiroid papiller karsinomu saptanan olguyu sunmak.

Olgu: 25 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 yıldır sağ boyunda şişlik şikayeti ile başvuruyor. Yapılan tetkiklerinde laboratuvar değerleri normal, ötiroid, çekilen boyun ultrasonografisinde tiroid glandında nodül izlenmiyor, posterior servikal üçgende 13*9 mm rds ta vaskülarizasyon izlenmeyen, ovoid şekilli, yağlı hilusu seçilemeyen, korteks kalınlığı artmış ön planda reaktif olarak düşünülen lenf nodu izleniyor. İleri tetkik olarak çekilen boyun magnetik rezonans görüntülemesinde t1 ve t2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanma göstermeyen yüksek proteinöz içerikli kist lehine yorumlanan lezyon izleniyor. Takibe alınan hastanın 1 yıl sonraki ultrasonog-

rafisinde lezyonun 2,2 cm boyutuna ulaşması üzerine eksizyon kararı alındı. Biyopsi raporu papiller tiroid karsinomu ile uyumlu gelmesi üzerine hastaya genel cerrahi tarafından total tiroidektomi ve sağ fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı. Patoloji incelemeleri sonrası primer tümörün tiroid sağ lobda 0.8 Cm ve pt1a olarak saptandı. 2. 3. Ve 4. Bölgelerdeki lenf nodlarında metastaz izlenmesi üzerine patolojik lenf nodu evrelemesi pn1b olarak izlendi. Yapılan taramada metastaz saptanmadı. Konseyde değerlendirilen hasta rai (radyoaktif iyot) tedavisi için nükleer tıp bölümüne yönlendirildi

Sonuç: Papiller tiroid kanseri en sık görülen tip olup, tiroid kanserlerinin yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. Lenfatik olarak yayılmaya eğilimlidir. Olguların %50'sinde boyun lenflerine yayılım görülmektedir. İzole boyunda lenfadenopati ile başvuran olgularda tiroid glandında nodül saptanmasa bile okkült tiroid karsinomunun lenf nodu metastazının dışlanmaması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Boyun, lenfadenopati, tiroid karsinomu

EP-068

TÜRK ONKOLOJİ GRUBU (TOG) ÇALIŞTAYINDA SUNULAN PROJELERİN ANALİZİ: PROJE HAZIRLARKEN TEMEL SORUNLAR

MURAT ARAZ¹, SADETTİN KILIÇKAP², METİN DEMİR², UTKU BURAK BOZBULUT²

1 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI VE TIBBİ ONKOLOJİ, AFYONKARAHİSAR
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI VE TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Giriş: Klinik çalışma projelerinin sunumu, projenin kabul edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Uygun hazırlanmış ve çalışmayı açık bir şekilde tanımlayan bir projenin hipotez ve çalışmada kullanılacak yöntemlerin anlaşılır olması projenin başarısını artırır. Bu çalışma, 2017 yılı TOG çalıştayına gönderilen projelerin ayrıntılı analizini içermektedir.

Yöntem: Proje başvuru metinleri gözden geçirildi. Bir projede olması gereken kriterler önceden belirlenerek sınıflandırıldı. Tüm projeler bu kriterlere göre değerlendirildi.

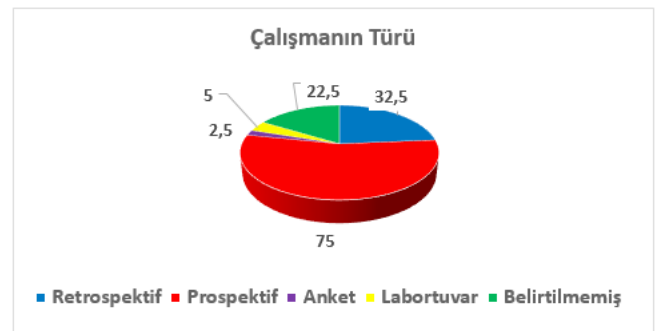
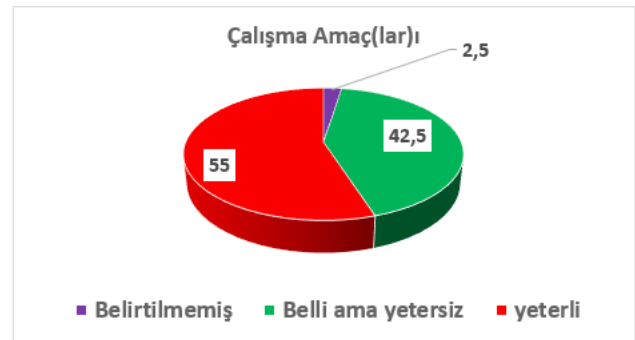
Bulgular: Çalışmada toplam 40 proje değerlendirildi. Proje başlığı çalışmaların %55'inde uygun bulunurken, %10'unda başlık projeyi tam olarak ifade edememekteydi. Yüzde 52.5'inde genel bilgiler yeterli iken, %15'inde gereksiz uzun ve ayrıntılı, %22.5'inde ise yetersiz bulundu. Genel bilgiler kısmı çalışmaların %17.5'unda çalışma hedefi ile örtüşmemekteydi. Bir çalışmada çalışma amacı proje metninde belirtilmemiş iken (%2.5), %55'inde amaç açık bir şekilde ifade edilmiş idi. İkincil amaçlar çalışmaların çoğunda belli iken (%95) genel anlamda çalışmanın amaç(lar)ı doğru ifade edilmiş idi. Yüzde 80 oranında alınma ve dışlama kriterleri projede belirtilmiş iken, %37.5 çalışmada bu kriterler yeterli ve doğru bir şekilde belirlenmemiş idi. Çalışma dizaynı %92.5 oranında belli iken, çalışmanın türü %22.5'unda belirtilmemiş idi. Prospektif çalışmaların oranı %1.5 idi. Çalışmanın hangi zaman diliminde yapılacağı %82.5'inde belirtilmemiş ve %30'unda hangi verilerin toplanacağı ifade edilmemiş idi. Projelerin %45'inde çalışma prosedürleri ile ilgili bilgi verilmemiş, %30'unda hangi parametrelerin değerlendirileceği ifade edilememiş idi. Projelerin %17.5'inde hangi hastaların çalışmaya alınacağı belli değilken, %42.5'unda analiz yöntemleri belirtilmemiş, %75'inde ise çalışma bütçesi ifade edilmemiş idi. Proje metninin yazım dili olarak %15 projede bilimsel metin dili kullanılmamış idi. Genel bir değerlendirme yapıldığında %20 çalışma projesinin uygun olmadığı tespit

edildi.

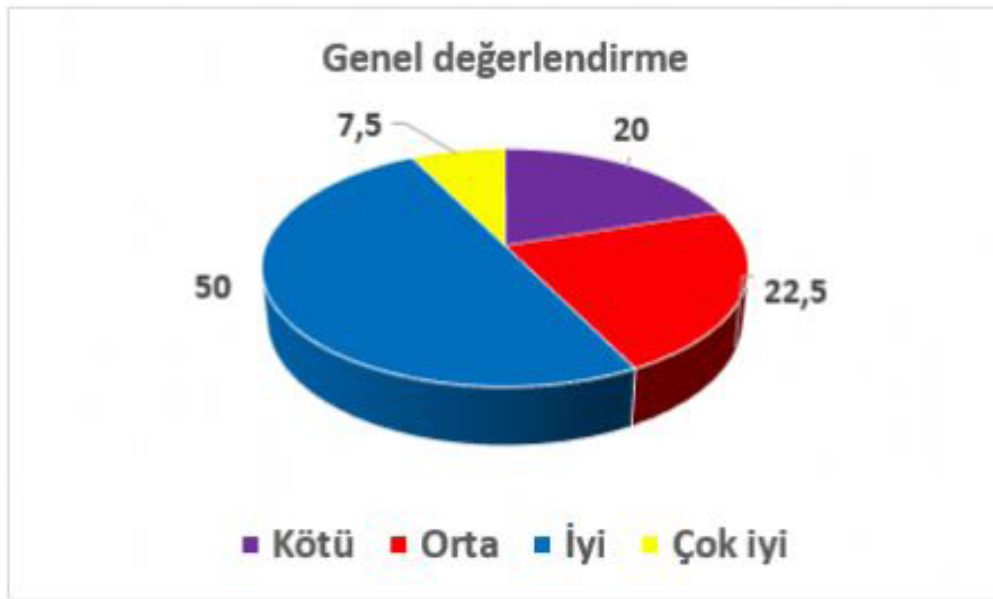
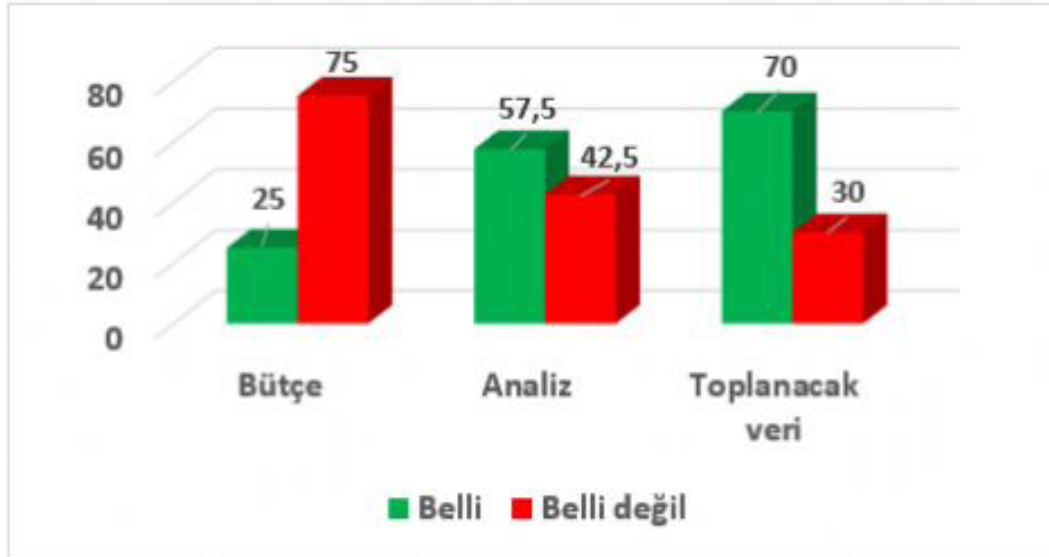
Tartışma: Proje metni hazırlayıp sunmak bilimsel bir çalışmanın doğru ifade edilmesi ve kabul edilebilirliği için en temel adımdır. TOG çalıştayını için proje başvurusu yapılan çalışmaların bu açıdan bazı yönleriyle ciddi anlamda eksik oldukları tespit edilmiştir. Sonuçlar, klinisyenlerin bu konuda eğitim almaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Proje analizi, Sorunlar, Türk Onkoloji Grubu (TOG) çalıştayını

TOG Proje Analizleri 1



TOG Proje Analizleri 2



EP-069

**KANSERİ KONU ALAN NOBEL ÖDÜLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİYOETİK EĞİTİM
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ÇALIŞMASI)**

ÖZGÜR TANRIVERDİ¹, MUSTAFA YILMAZ², SELİN BEYZA SEZER², MUHAMMED TAŞAR²,
MELİH FURKAN DURAK², HATİCE DEMİR KÜRECI³, MÜESSER ÖZCAN³

1 MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, MUĞLA

2 MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOETİK EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ÖĞRENCİ
BİLİMSEL TOPLULUĞU, MUĞLA

3 MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIP TARİHİ VE ETİĞİ ANABİLİM DALI, MUĞLA

Amaç: Nobel Ödülü alan bilim insanları arasında araştırmaları kanser ile ilişkili olanların belirlenmesi, bu bilim insanlarının kısa özgeçmişleri, ödül aldıkları çalışma (veya neden) ile ilgili kısa bilgiler, bu bilim insanının ve ödül alan çalışmasının bilim dünyasına katkısı, etik irdeleme ve tartışma amaçlanmıştır.

Yöntem: İnternet arama motorlarından ve bilimsel makalelerden Nobel Ödülü tarihi boyunca "kanser" ilişkili ödüller belirleterek ilgili projenin içeriği ve onkoloji alanında yol açtığı ilerlemeler kayıt edildi.

Bulgular: Yapılan taramada Fizyoloji ya da Tıp alanında ilk Nobel Ödülünün 1901 yılında verildiği ve 2016 yılına kadar arada bütçe ayırlamadığı için verilemeyen 8 ödül haricinde düzenli şekilde düzenlendiği saptandı. Fizyoloji ya da Tıp alanındaki araştırmaların ilk 10 yıllarda daha çok enfeksiyon, piskiyatrik ve kardiyopulmoner hastalıkların patogeneze veya önlenilmesşne yönelik veya noromuskuler mekanizmalar ile ilgili olarak yapılan çalışmaların olduğu belirlendi. Doğrudan kanserle ilgili olarak yapılan araştırmaların toplamda 5 adet olduğu saptandı. Nobel Ödülü alan bu araştırmaların ilki 1926 yılında Spiroptera carcinomanın keşfi idi. Diğerleri 1966 yılında prostat kanserinde hormone tedavisi, 1975de tümör virüslerinin genetik materyali, 1978da retroviral onkogenler, 2008de ise serviks

kanserinde HPV konularını içeriyordu. 1908de immunité araştırması, 1910da hücre biyolojisinin irdelenmesi ardından 1951 ve sonrasında hücre biyolojisi, hücre yapısı, DNA, RNA, hücre içi sinyal yolları ve proteinleri, viral proteinler ve replikasyon, telomeraz, hücre transport sistemleri, programlanmış ölüm ve yine 1971 sonrasında immune reaksiyonlar, immunité, monoklonal antikorlar ve kök hücre özelliklerini yansıtan araştırmaların ödül aldığı belirlendi. 2016 yılında ise Nobel Ödülü otofaji araştırmasına verildi. Benzer şekilde Kimya alanındaki ödüllerin irdelenmesinde bu alanda ilk ödülün yine 1901 yılında verilmesine karşın kanser ve karsinogenezle ilişkili araştırmaların daha sınırlı sayıda olduğu; 1957de nukleotidlerin ve nukleotid ko-enzimlerini araştıran ödül sonrasında yıllarda hücre genetik materyalinin ve ilişkili protein sistemlerinin (özellikle ubiquitin) de ön plana çıktığı belirlendi. 2015 yılında DNA onarımı ile ilgili çalışmasıyla Prof. Dr. Aziz Sancar Kimya ödülünü almıştı.

Tartışma ve Sonuç: Kanser ile ilgili araştırmaların bilim dünyasında oldukça önemli yer tuttuğu, Nobel Ödülü alan hücre, immunité ve kanser ile ilgili çalışmaların günümüzdeki bilimsel araştırmalara ve gelişmelere ışık tuttuğu kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Nobel Ödülü, Kanser, Bilim

EP-070

GASTROENTEROPANKREATİK NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

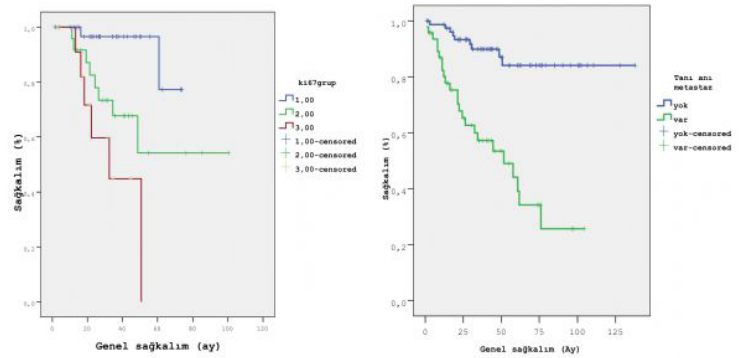
TUĞBA AKIN TELLİ, ECE ESİN, ŞUAYİB YALÇIN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

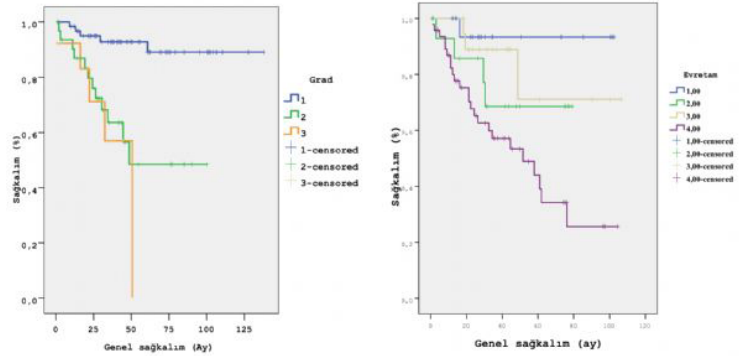
Amaç: Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler (GEP-NET) gastrointestinal kanal ve pankreasın nöroendokrin sisteminden kaynaklanan heterojen bir neoplazi grubudur. Türkiye’de bu konuda geniş çaplı iyi dizayn edilmiş çalışma sayısı yetersizdir. Bu çalışmanın amacı, GEP-NET tanısı olan hastaların demografik, klinikopatolojik ve sağkalım özelliklerinin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı’na 2003-2014 yılları arasında başvuran gastroenteropankreatik nöroendokrin tümürlü hastaların (n=128) dosyaları tarandı. Verileri retrospektif olarak incelendi. Klinik faktörler, patolojik ve prognostik belirteçler ile sağkalım özellikleri incelendi. Sağkalım sürelerinin hesabında Kaplan-Meier yöntemi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortanca tanı yaşı 51.5 (17-81) idi. Hastaların 61’i (%47.7) kadın, 67’si (%52.3) erkekti. En sık görülen lokalizasyon mideydi (%36.7). Hastaların 91’i (%71.1) ön barsak, 20’si (%15.6) orta barsak, 9’u (%7.0) arka barsak orijinli NET’e sahip idi. Altı hastada ise metastatik primeri bilinmeyen NET mevcut idi. Tanı anında en sık görülen evre % 40.9 ile evre 4’tü. En sık görülen grad %56.8 ile grad 1’di. Hastaların %70.3’ü küratif cerrahi geçirmişti. Hastaların ortanca takip süresi 37 aydı. Üç yıllık genel sağkalım %78 iken 5 yıllık genel sağkalım %69 olarak bulundu. Genel sağkalımı etkileyebilecek parametreler içinde evre (p=0.003), grad (p<0.001), metastaz durumu (p<0.001) ve Ki-67 proliferasyon in-



Resim 1- Ki67 proliferasyon indeksine ve tanı anı uzak metastaz varlığına göre genel sağkalım (%)



Resim 2 - Grada ve evreye göre genel sağkalım (%)

EP-071

MALİGN TÜMÖR TANILI HASTALARDA İKİNCİ PRİMER TÜMÖR OLARAK TİROİD KANSER SIKLIĞI; TEK MERKEZ DENEYİMİ

AYŞE OCAK DURAN, UMUT DEMİRCİ, GÜLNIHAL TUFAN, ÖZTÜRK ATEŞ, İREM BİLGETEKİN, ECE ESİN, SERDAR KARAKAYA, OKTAY AKTEPE, NECATİ ALKIŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

S.B.U. DR. ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Bu çalışma ile solid organ maligniteli hastalarda tiroid kanser sıklığını araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında tıbbi onkoloji polikliniklerine başvuran solid maligniteli hastaların bilgileri hastane kayıtları retrospektif olarak taranarak elde edildi. Tiroid ince iğne biyopsisi yapılan 198 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Biyopsi yapılan (n=198) hastalardan 23'ünde (%11,6) ikinci primer tiroid kanseri saptanmıştı. Tiroid kanseri saptanan hastaların 18'i (%78,2) kadın ve 5'i (%21,8) erkekti. Son bir yıl içinde yeni saptanan tiroid kanserli hasta sayısı 4 idi. Ek olarak biyopsi yapılan 7 hastanın da (%3,5) patolojisi malignite şüpheliydi. Bu hastalar malign olarak kabul edilmeyerek çalışmaya dahil edilmedi.

Tiroid kanseri saptanan hastalarda; meme kanseri (n= 16, %69), kolon kanseri (n=2, %8,6), mesane kanseri (n=1), renal hücreli karsinom (n=1), non-hodgkin lenfoma (n=1), sarkom (n=1) ve

nöroendokrin tümör (n=1) primer malignitelere. Tiroid kanser patolojilerinin %95,6 sı papiller karsinom, %4,3'ü hurtle hücreli karsinomdu.

Sonuç: Son yıllar da görüntüleme tetkiklerinin ve biopsi imkanlarının artması ile tanı konulan tiroid kanseri sıklığı artmıştır. Seer datalarına göre tiroid kanseri insidansı 2000 yılında yüzde 7,6 iken; 2014 yılında yüzde 15 oranına yükselmiş ve giderek sıklığı artmaktadır. Çalışmamız verilerine göre polikliniğimize 2017 yılı Mayıs-Eylül ayları arasında başvuran hastalarında son bir yıl ikinci primer tiroid kanseri insidansı (insidans:- yeni vaka/popülasyon x 100.000) yüzde 52 idi. Bu da yukarıda belirtilen normal popülasyondaki tiroid kanseri insidansına göre oldukça yüksek bir orandır. Bu nedenle primer tümör tanısıyla tedavi başarısı elde ettiğimiz hastaların takiplerinde tiroid nodüllerinin malignite yönünden daha dikkatli değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tiroid kanseri, biyopsi, malignite

EP-072

KAS KÜTLESİNİN KAS FONKSİYONLARI, VÜCUT KOMPOZİSYONU VE TEDAVİ TOKSİSİTESİ İLE İLİŞKİSİ

NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR¹, OZAN YAZICI², KAMİLE SILAY³, AYMET YALÇIN³, BÜLENT AKINCI¹, MEHMET ALİ ŞENDUR¹, TÜLAY EREN², AYSEL BAYKAL², NURULLAH ZENGİN¹

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
3 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİYATRİ BÖLÜMÜ, ANKARA

Amaç: Sarkopeni, kas kitlesinde ve fonksiyonunda azalma ile giden özellikle geriyatrik hastalarda tanımlanmış bir antidedir. Günümüzde onkoloji hastalarında sarkopeninin kötü prognoz ile birlikte olduğuna dair veriler çıkmaya başlamıştır. Biz çalışmamızda beslenme problemlerinde ön planda olduğu gastrointestinal sistem tümörlü (GIS) tümörlü hastalarda kas kitlesinin; kas fonksiyonu, BMI ve toksisite ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışma Ocak – Eylül 2017 arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi olmak üzere iki merkezde yürütüldü. Çalışmaya GIS tümörlü, daha önce herhangi bir tedavi almamış (KT veya RT) hastalar dahil edildi. Tüm hastalarda ilk kür öncesi Bioempedans cihazı ile kaskitle ölçümü, el dinamometresi ile kasgücü ölçümü ve yürüme hızı ölçümü yapıldı. Hastalarda kas gücü, yürüme hızı, body mass index (BMI), meydana gelen hematolojik toksisiteler (tüm gradlar), toksisite nedenli tedavi ertelemeleri ve doz azaltımları kaydedildi. Daha önce herhangi bir tedavi (KT veya RT) alan, mental retardasyonu olan, SVO'lu veya ekstremitte kaybı olan veya GIS dışı tümörü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. KT öncesi bazal değerlendirmede kas kitle kaybı olanlar (sarkopenik) ve olmayanlar (Non-sarkopenik) hem bazal özellikler hemde tedavi toksisiteleri açısından prospektif olarak karşılaştırmalı değerlendirildi. Sarkopeniyi tanımlamada Türk popülasyonuna göre oluşturulan skorlama sistemi kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 171 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 59 (min:26, max:80), yaklaşık 2/3'ü erkek(%68.4) idi. Primer tümör bölgesi hastaların %46.8'inde mide, %49.7'sinde kolorektal, %3.5'inde özefagus idi. Hastaların %45.0'ı tedaviyi adjuvan amaçlı alırken %21.1'i neoadjuvan, %33.9'u palyatif amaçlı alıyor idi. KT öncesi bazal değerlendirmede hastaların 28'inde (%16.4) kas kitle kaybı varken 143'ünde (%83.6) kas kitlesi normal sınırlarda idi. Yapılan değerlendirmede kas kitlesinin kaybı; kas gücünde azalma, yürüme hızında azalma, BMI'de düşme ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermekte

idi ($p \leq .05$). Hastaların median takip süresi 5 ay idi. Tedavi öncesi kas kitle kaybı ve toksisite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > .05$).

Tartışma: Sarkopeni sadece kas kitle ve fonksiyonunu değerlendirme açısından değil ayrıca hastaların uzun dönem beslenme durumu hakkında da yol göstericidir. Yeni tanı tedavi planlanan hastalarda kas kitlesinin kaybı, kas fonksiyonlarında BMI'de düşüklük ile beraberdir. Şuan özellikle geriyatrinin vazgeçilmezlerinden olan kas kitle ölçümü onkoloji alanındaki verilerin artması ile uzun vade de onkolojik hasta değerlendirmesi ve tedavisinde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sarkopeni, Kanser, toksisite
Sarkopeni ile bazal özellikler ve toksisite ilişkisi

Özellik	Sarkopenik (n=28) %	Non-sarkopenik (n=143) %	p
BMI			
Zayıf	14.3	2.1	<0.0001
Normal	67.9	33.6	
Owerweight	14.3	42.6	
Obez	3.6	21.7	
Kas gücü (handgrip)			
Normal	21.4	60.7	<0.0001
Zayıf	78.6	39.3	
Yürüme Hızı			
Normal	35.7	58.6	0.027
Zayıf	64.3	41.4	
Trombositopeni			
Yok	48.0	50.7	0.80
Var	52.0	49.3	
Nötropeni			
Yok	76.0	67.9	0.41
Var	24.0	21.4	
Anemi			
Yok	77.3	65.2	0.26
Var	22.7	34.8	
Tedavi erteleme			
Yok	70.8	58.1	0.24
Var	29.2	41.9	
Doz azaltımı			
Yok	62.5	62.5	1
Var	37.5	37.5	

EP-073

**GEBELİK SIRASINDA TESPİT EDİLEN HORMON POZİTİF NADİR BİR
TÜMÖR: AGRESİF ANJİYOMİKSOMA**

TÜLAY EREN¹, OZAN YAZICI², NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR³, GÖKHAN UÇAR²,
YAKUP ERGÜN², DOĞAN UNCU², NURULLAH ZENGİN³

1 SBÜ, DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA.

2 SBÜ, ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA.

3 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Agresif anjiomiksoma (AA), nadir görülen jinekolojik bir tümördür. Yavaş büyüyen, lokal yayılım ve nüks eğilimi gösteren, mezenkimal benign tümördür. AA kadınlarda erkeklere göre 6 kat daha sık görülür. Sıklıkla kadınların pelvik ve perine bölgesinde yerleşir. Östrojen ve progesteron reseptörü pozitifliği vakaların çoğunda tespit edilebilir.

Olgu: 22 yaşında kadın hastada gebeliğinin 8. haftasında rutin kontrolleri sırasında perirektal alanda 200x100 mm boyutunda kisitk lezyon tespit ediliyor. Eş zamanlı olarak fetal kalp atımı olmadığı tespit ediliyor ve gebelik sonlandırılıyor. Ardından hastanın perirektal alandaki kitlesi operasyonla çıkartılıyor. Patoloji sonucu agresif anjiomiksoma olarak geliyor. İmmünohistokimyasal olarak tümörde estrogen ve progesteron reseptörü, desmin, SMA ve EMA pozitif tespit ediliyor. Hasta postoperatif

dönemde yara enfeksiyonu geliştiği için postoperatif 3. ayda gecikmeli olarak kliniğimize başvuruyor. Postoperatif 3. ayda çekilen pelvik MR da lokal nüks tespit ediliyor. Lokal nüksü unrezektabl olarak değerlendirilen hastaya neoadjuvan amaçlı GnRH analogu başlandı. Takipte tedaviye yanıt durumuna göre hastaya cerrahi planlandı.

Sonuç: Agresif Anjiomiksom mezenkimal kaynaklı oldukça nadir görülen infiltratif bir tümördür. Lokal agresif davranış paterniyle, cerrahi tedavi sonrasında rekürrens gösterebilirler. Agresif anjiomiksoma tedavisi sağlam cerrahi sınırla rezeksizyondur. GnRH analogları adjuvan veya neoadjuvan amaçlı kullanılabilir. Vakamızda kısa sürede lokal nüks gelişmesi, lokal agresif davranışını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Agresif Anjiomiksoma, gebelik, nadir tümör

EP-075

PROSTAT KANSERİ TANILI HASTADA METKRON LARİNK VE KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ

SEMA TÜRKER, DOĞAN YAZILTAŞ, CENGİZ KARAÇİN, GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, EBRU ÇILBIR, HAYRİYE ŞAHİNLİ, ÖZLEM AYDIN İSAK, PERİHAN PERKİN, MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Kanser hastaları sigara içimi, kemoterapi, radyoterapi görme, genetik kanser sendromları gibi sebeplerden dolayı diğer kanserler için atılmış riske sahiptir. Hastamız 70 yaşında 50 paket/yıl sigara öyküsü olan prostat kanseri nedeniyle takip edilirken metkron larinks ve küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konan hastayı nadir görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: Prostat kanseri tanısıyla 8 yıldır LHRH agonisti kullanan hasta öksürük nedeniyle doktora başvurdu; Çekilen toraks tomografisinde akciğer üst lobda kitle, mediastende metastatik lenf nodları, larinkste supraglottik bölgede kitle lezyonu saptandı. Larinks biyopsi sonucu skuamoz hücreli kanser ile uyumlu geldi. PET-BT çekilen hastanın larenkste, akciğerde, mediastinal lenf nodlarında, kemiklerde artmış FDG tutulumu

saptandı. Endobronşial ultrasonla mediastinal lenf nodundan biyopsi yapılan hastanın patoloji sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu ile uyumlu geldi. Radyasyon onkolojisine danışılan hasta sakrum bölgesine palyatif radyoterapi aldı. İleri evre küçük hücreli akciğer kanseri için sisplatin +etoposid kemoterapisi başlandı.

Sonuç: Bir hastada farklı organlarda 3 ayrı primer tümör bulunması nadir olarak gözlenir. Birden fazla organda tümör varlığı gösterilmişse metastaz olasılığının yanında ikinci hatta üçüncü primer kanser olasılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, metakron tümör, larinks kanseri, küçük hücreli akciğer kanseri

EP-076

ÇOKLU PRİMER TÜMÖRLER:OLGU SUNUMU

MERVE TURAN, BÜŞRA NIĞDELIOĞLU, MEHMET SALİM DEMİR, ÖZLEM OLTULU,
SABRİ BARUTCA, NEZİH MEYDAN

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI,AYDIN

Amaç: Çoklu primer tümörler, aynı hastada eş veya farklı zamanlarda birbirinden farklı olarak gelişen tümörlerdir. Tıp literatüründe tüm karsinomların %0.7- %11 'i oranında bildirilmektedir. Son yıllarda yaşam süresinin uzaması,bilinçli hasta popülasyonunun yükselmesi,onkolojik erken tanı,cerrahi,radyoterapi ve sistemik tedavideki gelişmeler ile çoklu primer malignite görülme sıklığı artmaktadır. Non hodgkin lenfoma, deri skuamöz hücreli karsinom, renal müsinöz tubuler iğsi hücreli tümör ve küçük hücreli akciğer karsinomu gelişen hasta ile 4 primer tümör saptanan olguyu sunuyoruz.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta 2008 yılında non hodgkin lenfoma tanısı ile sekiz kür RCHOP tedavisi sonrası Adnan Menderes Üniversitesi Hematoloji polikliniği tarafından takibe alınmış. İzlemede sol dudak yanısı ciltte gelişen lezyon plastik cerrahi tarafından eksize edilmiş,patolojisi skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanan ve cerrahi sınırdaki tümör devam eden hasta Ağustos 2015'te tekrar opere edilmiş. İkinci operasyon sonrası halen cerrahi sınırdaki tümör izlenen hastada ek cerrahi girişim uygun görülmemiş ve radyoterapi planlanmış. Radyoterapiyi 11 gün alabilen hasta yutma güçlüğü,nefes darlığı gibi yan etkiler nedeniyle tedaviyi tamamlayamamış. Kontrol abdomen BT de sağ böbrekte kitle görülen hasta tıbbi onkoloji polikliniğine başvurdu. Primer böbrek tümörü düşünülerek biyopsi önerilen hastada patoloji müsinöz tübüler iğsi hücreli tümör olarak raporlandı. Üroloji ve onkoloji tarafından nefrektomi önerilen ancak kabul etmeyen hasta bir süre düzenli takibe gelmedi. Sol

dudak yanısı operasyon bölgesinden nüks nedeni ile Eylül 2017 de opere edilen,cerrahi sınır pozitif olması nedeniyle Ekim 2017'de tekrar opere edilen hasta patoloji sonucu ile tıbbi onkoloji polikliniğine başvurdu. İkinci operasyon patolojisinde deri skuamöz hücreli karsinom derin cerrahi sınır, mandibula anterior ve lateralinde tümör devam etmekteydi. Sistemik değerlendirme amaçlı istenen PET-BT de alt dudak sol kesiminde yeni gelişen hipermetabolik nodül, sağ böbrekte kitlede boyutsal progresyon ile kemiklerde yeni gelişen yaygın metastatik lezyonlar görüldü. Çoklu primer tümörü olan olguda primeri saptamaya yönelik metastatik kemik lezyonlarından biyopsi planlandı. Ortopedi tarafından pelvik kemik biyopsisi alındı. Patolojisi akciğer küçük hücreli karsinom metastazı ile uyumlu olarak yorumlandı.

Sonuç: Klinik olarak çoklu primer tümörün önemi, hastalarda birden fazla tümöral lezyon saptandığında ayırıcı tanıda metastaz ya da rekürrens yanında ikinci bir primer tümörün olabileceğini de göz önünde bulundurmak gerektirir. Bu nedenle takip sırasında karşılaşılan lezyonlardan tanısal girişimlere başvurmak akılda tutulmalıdır. Çoklu primer tümör hastalarında prognoz tek primer tümörü olan hastalara oranla daha kötüdür. Kanser tanısı almış ve tedavi gören hastalarda ikinci bir primer tümör olasılığı normal popülasyona oranla daha yüksek olduğu için izlem süresinin 5 yıldan daha uzun tutulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çoklu, primer, tümör, malign

EP-078 KEMOTERAPİ İLİŞKİLİ PELLAGRA

ALİ OĞUL, SEMRA PAYDAŞ, CEM MİRİLİ, MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK, ABDULLAH EVREN YETİŞİR,
MERT TOHUMCUOĞLU, BİLGİN KARAALIOĞLU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

Olgu: 41 yaşında erkek hasta Mayıs 2016'da üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile mide adenokarsinomu tanısı aldı. Tanı anında hastanın PET-BT'sinde karaciğerde SUV-max değeri 14.3 olan multipl metastatik lezyonları mevcuttu. Hastaya 1. Basamak tedavi olarak docetaxel, cisplatin ve 5-fluorouracil verildi. 4. Kür sonrasında PET-BT sonucunda karaciğerde izometabolik multipl hipodens lezyon saptanmış olup midede belirgin kitlesel lezyon saptanmadı. Tedavi 6 küre tamamlandı. 6 kür sonunda PET-BT ile hastada karaciğerde 4. Kür sonunda saptanan lezyonların stabil olduğu ve mide fundusta heterojen tutulum olup daha önceki görüntüleme ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı saptandı. Takibinde Hastaya progresyon nedeniyle 2. basamakta gemsitabin ve oksaliplatin kemoterapi protokolu başlandı. 6 kür sonunda tedaviye yanıt amacıyla çekilen PET-BT'de karaciğer lezyonlarının füzyone görünümde olduğu, 6 cm çapa ulaştığı ve SUV -max değerinin 21.86 olduğu saptandı. 3. Basamak tedavi olarak irinotekan ve docetaxel başlandı. Hasta 4. Kürü sonrasında acil servise bulantı, kusma, ishal, uykuya eğilim; elde, ayak tabanlarında, yüzde kızarıklık ve döküntü ile başvurdu. Gelişinde avuç içi ayak, tabanı ve baş-boyun bölgesindeki eritemli lezyonlarda artış olması üzerine hasta dermatolojiye konsülte edildi. Öyküsünde lezyonların son 1.5 ayda oluştuğunu belirtmesi üzerine dermatoloji tarafından ön planda docetaxel ilişkili olmak üzere ilaç ilişkili pellagra düşünüldü (Resim 1). Hastaya yapılan cilt biopsisi sonucu ilaç fokal interfaz dermatit olarak raporlandı ve ilaç ilişkili erüpsiyon olarak yorumlandı. Hastanemizde niacin düzeyi bakılmadığı için niacin düzeyi ölçülemedi. Hastaya dermatolojinin önerisi üzerine 500 mg/gün vitamin B3 replasmanı yapıldı. Tedaviden ikinci haftasında mevcut lezyonlarında tama yakın gerileme saptandı (Resim 2). Hastanın takiplerinde bilier sepsis gelişti ve hasta septik şok nedeniyle exitus oldu.

Tartışma: Docetaxel ile irinotekan CYP3A4 ve P-glycoprotein/ABCB tarafından metabolize edilmektedir. Vakamızda karaciğer metazıtazı nedeniyle mevcut enzimatik rezervlerin düşük olduğu düşünülürse iki ilacın kombine kullanımı sonucu docetaxel ve irinotekan'ın aralarındaki yarıştan dolayı CYP3A4 ve P-glycoprotein/ABCB'nin fonksiyonu yetersiz kalabilir. Bunun sonucunda toksisitede artış olması muhtemeldir. Diğer taraftan kemoterapi nedeniyle oral alımında bozulma olan hastamızın besin yoluyla direkt niacin alımının azalabileceği gibi karaciğer metastazı nedeniyle triptofandan niacin üretim yolu da bozulmuş olabilir. Yokomizo Y. tarafından yayınlanan 2 vakalık seri ve Stevens HP tarafından bildirilen 5-fluorourasil ilişkili pellagra dışında kemoterapi ilişkili pellagra vakası bildirilmemiştir.

Kemoterapide kullanılan ilaçlar bu eksikliklere gerek metabolizmadaki süreçte gerekse oral alımı bozarak neden olabilir. Pellagra'nın da bu şekilde kemoterapinin neden olduğu niacin eksikliğinden kaynaklanabileceği akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pellagra, Niasin, Kemoterapi

Resim 1



Niasin replasmanı öncesi cilt bulguları



Niasin replasmanı sonrası cilt bulgusu

EP-079

SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İLE BİRLİKTE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL VE İNTRAPLEVRAL UYGULANAN SİSPLATİNİN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞİMİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

TUNCAY DAĞEL¹, SELİM MISIRLIOĞLU², SERHAN TANJU³, FATİH SELÇUKBİRİCİK⁴, DİDEM TUNALI⁴,
SUAT ERUS³, EMRE BALIK⁵, ÇAĞATAY TAŞKIRAN², ŞÜKRÜ DİLEGE³, NİL MOLİNAS MANDEL⁶,
DÜRSUN BUĞRA⁵, MEHMET KANBAY¹

1 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NEFROLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ, İSTANBUL

3 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

4 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

5 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

6 VKV AMERİKAN HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç: Sitoredüktif cerrahi hipertermik kemoterapi ile birlikte peritoneal ve primer plevral malignitelerde (HIPEC) uygulanmakta olan bir tedavi şeklidir. Çalışmamızın amacı, intraperitoneal ya da intraplevral olarak verilen sisplatinin akut böbrek yetmezliği gelişiminde rolünün olup olmadığının araştırılmasıdır.

Materyal-Metod: Çalışmamıza, Koç Üniversitesi Hastanesi ve Amerikan Hastanesinde Ocak 2005-Aralık 2017 tarihleri arasında kolorektal veya over kanseri nedeniyle intraperitoneal ya da mezotelyoma nedeniyle intraplevral olarak sisplatin verilen 104 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak sadece cerrahi yapılan ve intravenöz sisplatin verilen hastalar alınmıştır.

Sonuçlar: 18 hastada akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmiştir. Kontrol gruplarına göre intraperitoneal ya da intraplevral sisplatin alanlarda akut böbrek yetmezliği gelişme olasılığı yüksek bulunmuştur. ABY, HIPEC yapılan grupta % 31.2 (32 hastanın 10'u), sadece cerrahi yapılan grubun %11.7'sinde (34 hastanın 4'ü) ve sadece intravenöz sisplatin kullanan hastaların %10.5'inde (38 hastanın 4'ü) gelişmiştir (p 0.04). Bulgular tablo 1 ve 2 de gösterilmiştir.

Tartışma: HIPEC prosedürü morbid sonuçlar doğurmaktadır. HIPEC yapılan hastalar, akut böbrek yetmezliği açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ABY, HIPEC, sisplatin

Klinik ve demografik verilerin akut böbrek yetmezliği gelişen ve gelişmeyen gruplarda olan karşılaştırılması

	HIPEC			Cerrahi			Sisplatin		P değeri
	ABY	ABY yok	P değeri	ABY	ABY yok	P değeri	ABY	ABY yok	
Eritrosit süspansiyonu (n,%)	3 (%30)	2 (%9)	0.29	0	4 (%13)	1	0	0	-
Hipotansiyon (n,%)	3 (%30)	2 (%9)	0.29	0	4 (%13)	1	0	0	-
NSAİD (n,%)	3 (30%)	3 (%13)	0.27	0	2 (%6)	1	0	5 (%14.7)	0.41
Hipertansiyon (n,%)	1 (%10)	5 (%22)	0.39	1 (%25)	4 (%13)	0.48	2 (%50)	14 (%41.1)	1
Diabet (n,%)	0	1 (4%)	0.49	1 (%25)	2 (%6)	0.32	0	2 (%5.8)	1
RAS bloker (n,%)	0	4 (%18)	0.28	1 (%25)	4 (%13)	0.48	2 (%50)	10 (%29.4)	0.40
Beta bloker (n,%)	1 (%10)	3 (%13)	1	1 (%25)	2 (%6)	0.32	1 (%25)	5 (%14.7)	0.51
Diüretik (n,%)	0	0	-	1 (%25)	1 (%3)	0.23	1 (%25)	4 (%11.7)	0.44

Tablo 1. Akut böbrek yetmezliği gelişen hastaların her üç grup için karşılaştırılması

	HIPEC grup (n 32)	Cerrahi (n 34)	Sisplatin (n 38)	P değeri
Yaş (yıl)	55,31 ± 10,69	54,76 ± 11,82	58,05 ± 11,18	0.80
BMI (kg/m ²)	23,78 ± 3,89	24,23 ± 4,11	21,39 ± 1,63	0.003
Bazal kreatinin (mg/dl)	0,71 ± 0,20	0,70 ± 0,20	0,78 ± 0,26	0.46
Bazal üre (mg/dl)	26,82 ± 10,14	23,03 ± 7,30	29,07 ± 11,39	0.59
Kadın (n, %)	6 (%18.8)	4 (%11.8)	17 (%44.7)	0.003
Hipertansiyon (n, %)	6 (%18.8)	5 (%14.7)	16 (%42.1)	0.01
Diabet (n, %)	1 (%3.1)	3 (%8.8)	2 (%5.3)	0.60
RAS bloker (n, %)	4 (%12.5)	5 (%14.7)	12 (%31.6)	0.08
Beta bloker (n, %)	4 (%12.5)	3 (%8.8)	6 (%15.8)	0.67
Diüretik (n, %)	0	2 (%5.9)	5 (%13.2)	0.09
NSAID (n, %)	6 (%18.8)	2 (%5.9)	5 (%13.2)	0.28
ABY (n, %)	10 (%31.2)	4 (%11.7)	4 (%10.5)	0.04

EP-080

NÜKS SAKROKOKSİGEAL TERATOM ZEMİNİNDE GELİŞEN ADENOKARSİNOM: OLGU SUNUMU

ZEYNEP GÜLSÜM GÜÇ¹, TAYFUN BIŞGİN², ANIL AYSAL AĞALAR³,
ÖZGÜL SAĞOL³, ARAS EMRE CANDA², IŞIL SOMALI¹

1 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

2 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

3 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Teratomlar, bir veya daha fazla germ yaprağından köken alan ve çoğunlukla benign olan germ hücreli tümörlerdir. En sık yerleşim yeri overlerdir, bunu testis, anterior mediastinum, retroperitoneum ve sakrokoksigeal alan izlemektedir. Sakrokoksigeal teratomlar genellikle yenidoğanlarda veya çocuklarda bulunur; prenatal olarak saptanabilir ve yetişkinlerde son derece nadir görülmektedir. Erişkinlerde oldukça seyrek görüldüğü için nüks sakrokoksigeal teratom zemininde gelişen adenokarsinom tanılı hasta sunulmaktadır.

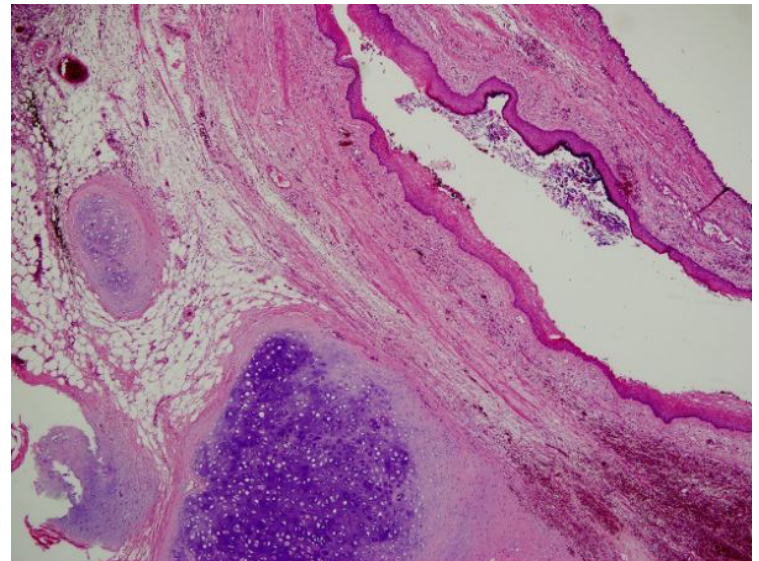
Olgu: 29 yaşında kadın hasta yenidoğan döneminde sakrokoksigeal teratom nedeni ile opere edilmiş, patolojisi matür kistik teratom lehine gelen hasta izleme alınmış. Operasyondan 28 yıl sonra sık idrar yapma şikayetiyle dış merkeze başvuran ve yapılan görüntüleme tetkiklerinde presakral alanda yaklaşık 11x6 cm kitle varlığı raporlanan hastada ön planda jinekolojik kaynaklı bir lezyon düşünülmüş ve opere edilmiş. Kitle rezekt edilemediğinden histopatolojik tanı amaçlı biopsi alınmış. Patoloji sonucunda hasta nüks teratom zemininde gelişen adenokarsinom olarak değerlendirilmiş. İmmunohistokimyasal olarak GI kökenli adenokarsinom varlığı raporlanan, görüntüleme tetkikleri ve endoskopi- kolonoskopide izlenebilir lezyonu olmayan hastaya dış merkezde 6 kür kapesitabine+okzalipatin tedavisi verilmiş. Ardından sakral bölgeye 28 gün radyoterapi alan hasta tedavisinin devamı amaçlı hastanemize başvurdu. Rutin laboratuvar testleri normal aralıklardayken CEA 16,18 ng/ml (NA<5ng/ml) ve CA19-9 44,9 U/ml bulundu (NA<35U/ml). Çekilen Pelvik MR'da presakral bölgede 10x7 cm boyutunda, yağ dansitesinde alanlar ve yer yer kist dansitesinde alanlar içeren, solda lateral kesimde solid komponenti de bulunan kitlesel lezyon varlığı raporlanan hastada uzak metastaz bulgusuna rastlanmadı. Genel Cerrahi tarafından opere edilen ve Sakrokoksigeal Teratom Rezeksiyonu + Koksiks Ve S5 Sakrektomi +Gluteal Bölgeden Rotasyon Flebi ile Rekonstruksiyon yapılan hastanın patolojisi matür kistik teratom zemininde gelişmiş düşük dereceli adenokarsinom olarak raporlandı. Teratom bronş epiteli, kıkırdak ve deri dokuları-

nı içermekte olup, İHK olarak adenokarsinomun intestinal kökenli olduğu belirtildi. Post operatif görüntüleme tetkiklerinde izlenebilir lezyonu olmayan hastaya adjuvan FOLFOX tedavisi planlandı. İlk kür tedavisini 25.1.2018 tarihinde alacak olan hastanın takip ve tedavisi merkezimizde sürmektedir.

Sonuç: Sakrokoksigeal matür teratom hastalarının malign potansiyel nedeniyle cerrahi tedaviye uygun oldukları genel olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, tümör büyüdüğünde veya pelvisteki organları çevrelediğinde R0 rezeksiyonu yapmak genellikle zordur. Birçok çalışmada, adjuvan kemoterapinin etkinliğini araştırmış ve sistemik terapinin, teratomda malign transformasyon gelişen hastalarda faydalı olduğunu göstermiştir. Ancak bu sonuçların çoğu, over teratomundan kaynaklanan skuamöz hücreli karsinomalarda adjuvan kemoterapinin etkinliği ile ilişkilidir.

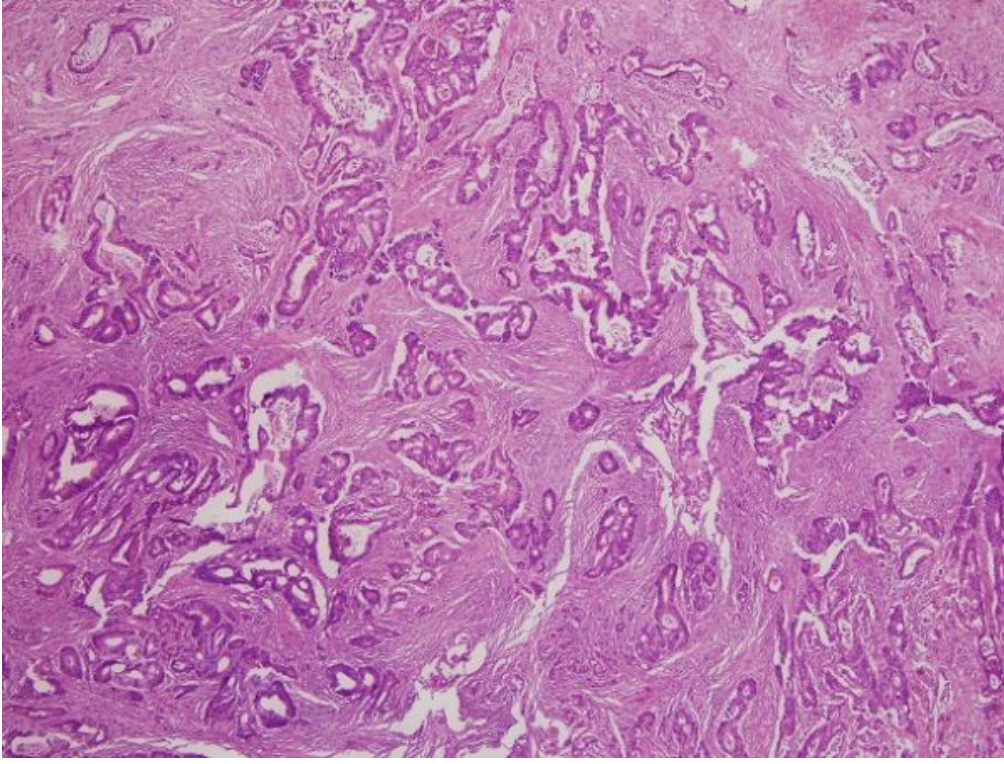
Anahtar Kelimeler: Teratom, sakrokoksigeal, adenokarsinom

Resim-1



Resim 1: Matür kistik teratom alanı; çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik yapı ve matür kıkırdak dokuları, x5, Hematoksilen&Eozin.

Resim-2



Resim-2: Adenokarsinom komponenti, x5, Hematoksilen&Eozin.

EP-081

ONKOLOJİ HASTASINDA NADİR BİR OLGU SUNUMU: KAFA İÇİ BASINÇ ARTIŞI

DERYA KIVRAK SALİM¹, MELEK KARAKURT ERYILMAZ², HASAN ŞENOL COŞKUN³

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA
2 TC SAĞLIK BAKANLIĞI HITİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ÇORUM
3 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) intrakranial kompartmanların volümündeki bir artış sonucu meydana gelmektedir. Tedavi edilmezse serebral iskemi ve herniasyona neden olarak ölüme sonuçlanabilir. Klinik bulguları: baş ağrısı, bulantı-kusma, bilinç bozukluğu, papilödem, nöbet olarak sıralanabilir. Beyin metastazları da KİBAS'a sebep olabilir. Akciğer, meme ve melanom beyne en sık metastaz yapan tümörlerdir. Leptomenenjiyal karsinomatoziste tümör hücreleri subaraknoid mesafeye yayılarak ya da beyin zarlarını doğrudan infiltrate ederek BOS dolaşımını bozar ve KİBAS'a yol açabilir. Olguların çoğunluğunda radyolojik olarak hidrosefali ve meningeal kontrastlanma görülmektedir. Nadiren de olsa hidrosefali ve meningeal kontrastlanmanın görülmediği olgular mevcuttur. Bu olguda onkolojik hastada radyoloji ve fizik muayenesi doğal olsa dahi KİBAS klinik şüphesi varlığında, lomber Ponksiyon (LP) ile BOS basıncı, sitolojisi ve mikrobiyolojik incelemesi önemi vurgulanmak istenmiştir.

Olgu: Periton -lenf nodu- vertebra metastazı ile prezente, inoperable 32 yaşında erkek mide adenokarsinom hastası (c-erb B2 +) 6 kür Sisplatin-5 Florourasil-Transtuzumab tedavi sonrası parsiyel yanıtı iken status epileptikus ile başvurdu. Fizik muayende bilinç konfü, glaskow koma skoru (GKS):8, sistemik muayene bradikardi dışında normal, memenjiyal irritasyon bulgusu yok, göz dibi normal, nörolojik muayene bilinç dışında inakt izlendi. Hastanın çekilen beyin ve difüzyon MR da patoloji saptanmadı. Antiepileptik levitirasetam ve antiödem tedavisine

bilinç ve nöbet kontrol yanıtı alınamadı. Takibinde santral diabetes insipidus gelişen hastanın kontrol kranial MR'da ventrikül sistemde hafif genişleme izlenmesi üzerine yapılan lomber ponksiyonda (LP) BOS basıncı 60 cmH₂O olarak saptandı. LP sonrası bilinci dramatik olarak açılan hastanın BOS örneğinden çalışılan glikoz: 9, protein:60.5, laktat:6.94, direkt bakı normal, kültürler steril, HSV1/HSV-2/Enterovirus PCR negatif, AARB/Tbc PCR/Tbc kültür negatif bulundu. BOS sitolojinde musinöz adenokarsinom metastazı saptandı. Leptomenenjiyal karsinomatozis tanısı koyulan hastanın tekrarlayan LP ihtiyacı olması üzerine lomber drenaj seti ile günlük 50-80 cc BOS drenajı sağlandı. Entübe takip edilen hasta septisemi nedeniyle exitus oldu

Sonuç: Kafa içi basınç artışı sendromu, tanı konamaması ve etkin tedavi edilmemesi durumunda serebral perfüzyon basıncının düşmesi ve herniasyon nedeniyle beyin hasarına ve ölüme neden olur. Nöroradyolojik görüntülemelerde hidrosefali ve/veya meningeal kontrast tutulumu olmayan KİBAS'lı olgularda; LMK tanısı öngörülerek BOS sitolojisi dikkatli bir şekilde irdelenmelidir. KİBAS'a neden olabilecek solunum düzensizlikleri, ateş, hipertansiyon, metabolik dengesizlikler düzeltilmeli; hiperventilasyon, hiperozmolar sıvı uygulaması, steroid kullanımı, lezyonektomi, beyin omurilik sıvısı drenajı, dekompresif kraniyektomi ile basıncın 20 mmHg'nin altında tutulması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: BOS basıncı, Malignite, KİBAS

EP-082

HEPATOSELÜLER KANSERDE SORAFENİB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE TOLERABİLİTESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İREM BİLGETEKİN, UMUT DEMİRCİ, ECE ESİN, AYŞE OCAK DURAN, NECATİ ALKIŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş-Amaç: Bu çalışmamızda lokal ileri ve metastatik hepatoselüler kanserli (HSK) hastalarımızda sorafenib tedavisinin güvenlik, etkinlik verilerini ve antiviral tedavi ile genel sağkalım (OS) arasındaki ilişkiyi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde Eylül 2011 ve Ocak 2018 tarihleri arasında HSK nedeniyle sorafenib tedavisi alan hastaların verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak incelendi. Çalışmaya toplam 25 hasta dahil edildi. Hastaların tanımlayıcı ve güvenlik verileri değerlendirildi.

Bulgular: Ortanca yaşları 64 (aralık, 47-80) olan 25 hastadan 23 hasta (%92) erkek, 2 hasta (%8) kadındı. Bir hastanın (%4) sorafenib başlangıcında ECOG PS 0 iken, 13 hasta (% 52) ECOG PS 1; 11 hasta (%44) hasta PS 2 idi. Sorafenib öncesi hastaların tamamında Child Pugh Skor A idi.

HSK etyolojisinde; HBV (n=13, %52), non-alkolik steatohepatit (NASH) (n= 4, %16), HCV (n=3, %12), etanol (n=3, %12) neden iken, 2 hastada (%8) etyolojik neden bilinmiyordu. Ondört hastada (%56) histopatolojik tanı konulurken, 18 hastada (%72) radyolojik görüntülemelerde HCC'ye spesifik olan 'wash-out' paterni mevcuttu. Üç hastaya (%12) erken evre HSK nedeni ile cerrahi (hepatik lobektomi) yapılmıştı, karaciğer nakli yapılan hasta yoktu. On yedi hasta lokal ileri hastalık evresindeydi. On hastada transarteriyel kemoembolizasyon, 2 hastada radyofrekans ablasyon uygulanmıştı. Sekiz hasta metastatik evredeydi; kemik metastazı (n= 4), intra-abdominal lenf nodu (n= 3) ve akciğer metastazı (n= 1) vardı.

Ortanca sorafenib ile progresyonsuz sağkalım süresi 4.6 ay (0.8-31.8) ve genel sağkalım (OS) süresi 14.8 [3.4-26.3] ay idi. Bir hasta 24 gün sorafenib kullanımı sonrası hastalık progresyonu, karaciğer fonksiyon testlerinin bozulması ve kötü performans durumu nedeniyle tedaviye devam edememişti. Viral hepatit zemininde gelişen HSK ile viral hepatit öyküsü olmayan hastalar arasında OS

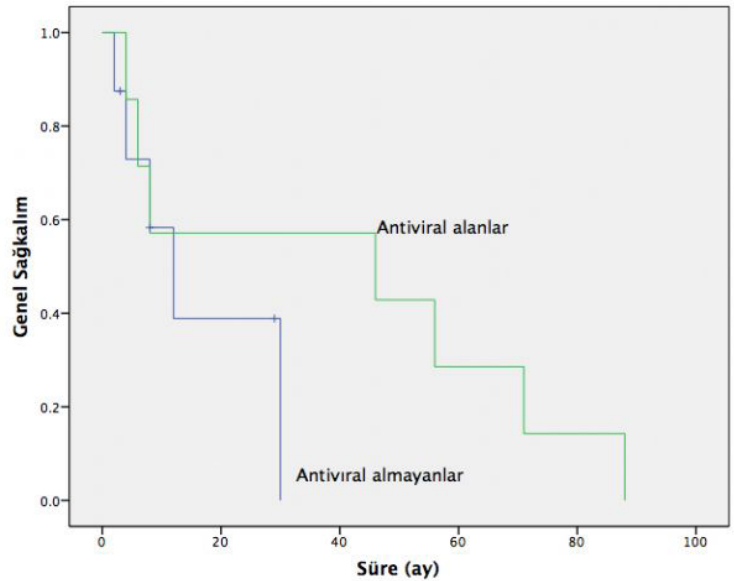
farkı yoktu (p= 0.69). Ancak 12 ayın üzerinde sağkalımı olan hastalar kıyaslandığında; viral hepatitli hasta grubunda daha yüksek oranda olduğu tespit edildi. Benzer şekilde antiviral tedavi kullanan hastalarda 12 ayı aşan hasta oranı daha yüksekti (Şekil 1).

Onaltı hastada (%64) en az bir yan etki gözlemlendi. Bu hastaların 13'ünde yan etki nedeniyle ilaç doz reduksiyonu gerekmişti. En sık yan etkiler olarak; grad 2 halsizlik (n= 7, %28), grad 2 el ayak sendromu (n= 2, %8), grad 2 ishal (n= 2, %8), grad 1 iştahsızlık (n= 2, %8) kaydedildi. Bir hastada grad 2 trombositopeni ile doz reduksiyonu gerekmişti.

Sonuç: Sorafenib hasta grubumuzda iyi tolere edilmiştir ve ciddi yan etki gözlenmemiştir. Hepatiti nedeniyle antiviral tedavi kullananlarda OS daha iyidir bu hastalarda antiviral tedavi mutlaka uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antiviral tedavi, Hepatoselüler kanser, Sorafenib, Yan etki

Genel sağkalım ve Antiviral Tedavi Kullanımı



EP-083

SCREENING OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN WITH CANCER. IS IT A CAUSE OR JUST A CONSEQUENCE OF MALIGNANCY ?

ZÜLFİYYE İMAMGULİYEV¹, LEYLA XHALAFOVA², TÜRKAN ALİYEV³, LEYLA BAYRAMOVA⁴

1 AZERBAIJAN STATE ADVANCED TRAINING INSTITUTE FOR DOCTORS NAMED A. ALİYEV, DEPARTMENT HEMATOLOGY/ ONCOLOGY, BAKU

2 NATIONAL CENTER OF ONCOLOGY, PEDIATRIC CLINIC, HEMATOLOGY/ ONCOLOGY DEPARTMENT, BAKU

3 NATIONAL CENTER OF ONCOLOGY, HEMATOLOGY/ ONCOLOGY DEPARTMENT, BAKU

4 NATIONAL CENTER OF ONCOLOGY, GENERAL ONCOLOGY DEPARTMENT, BAKU

Background: Recent studies have identified an important function of vitamin D (VD) in regulation of cell proliferation and differentiation, and apoptosis. In addition vitamin D deficiency (VDD) has been linked to an increased cancer risk, prompting us to screening of VDD in children with cancer.

Procedure: From 06.02.2015 to 28.02. 2017(24 months) in our center a survey was done of 191 children. Level of VD, age, sex, time of sampling and presence of malignant tumor were determined.

25-hydroxyvitamin D (25-OH-D) concentrations in the serum were measured in all patients at the time of diagnosis and during treatment and levels were categorized as normal (≥ 30 ng/ml), insufficient (20-29ng/ml), or deficient (< 20 ng/ml). The timing of sample collection was classified into four seasons. The age ranged from 4 months to 21 years.

Results: We evaluated a total of 191 patients for this study: 131(68.57%) had a diagnose malignancy and 60(31.41%) had non-malignant disorders (NMD). VDD was detected in

101(77.1%) of the patients with malignancy. Particularly alarming was the fact that VDD in 14(13.86%) patients was detected prior to the start of treatment. VDI was identified in 19 cases (14.5%), and normal levels had only 11 patients (8.4%).The boys 59(58.42%) prevailed over girls 42(41.58%). More than 50% of VDD were determined in children aged 7-15 years (54.46%).

In 60 children with NMD VDD was determined in 32(53.33%) and VDI in 14(23.33%) cases.

Conclusion: Azerbaijan is a country with 2700 sunny hours in a year. Despite this, we discovered VDD cases in 77.1% of pediatric cancer patients and 53.33% of children with NMD in our survey.

Further research is needed to determine whether the VDD is a cause of malignancy or just a consequence of it. Our study supports intake of vitamin D for possible prevention of cancer in children.

Keywords: Pediatric oncology, Primary prevention, Vitamin D

EP-085

**T- HÜCRELİ LENFOMA İNDOLENT, AGRESİF, ÇOK AGRESİF
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ**GÜLLÜ SANDAL UZUN¹, PINAR KUM¹, BERKSOY ŞAHİN¹, YAŞA GÜL MUTLU²1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
2 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Ç.Ü.T.F kanser kayıt merkezinde 2000-2016 yılları arasındaki indolent, agresif ve çok agresif seyirli T- hücreli lenfoma olgularının retrospektif olarak demografik ve yönetim verileri ile prognostik durumunu değerlendirdik. İndolent grupta yer alan mikozis fungoides(MF):24, agresif:41 çok agresif: 16 hastamız vardı. Agresif lenfomaları WHO 2016 verilerine göre alt tiplerine ayırdık. Hastaların yaş grup analizini yaptığımızda indolent grubun orta-ileri yaşta, agresif grubun orta yaşta, çok agresif grubun ise genç erişkin yaşta görüldüğünü saptadık. Cinsiyet dağılımında ise üç grupta da erkeklerde daha sık görüldüğünü tespit ettik. İndolent lenfoma grubunda yer alan 24 mikozis fungoidesli hastamızın 10 tanesinin ilk sıra tedavilerine ulaştık, bunlar arasında 4 hasta targeretin, 2 hasta choep, 3 hasta interferon, 1 hasta gemitabin+endoxan tedavisi almıştı. Hastaların yanıt durum değerlendirmesine baktığımızda targeretin alan 2 hasta complet remisyonda(CR), 1 hasta progresse hastalık(P), 1 hasta sezary sendromuna transforme idi. Interferon alan 3 hasta CR, gem+endox alan 1 hasta progresse idi. Progresse olan mikozis fungoidesli hastalara ise 2. ve 3. basamak tedavilerde GVP, CHOP, Alemtuzumab, ICE, Brentixumab gibi tedaviler vermişti. Agresif grupta 1. basamak tedavide 60 yaş altındaki hastalara sıklıkla CHOEP tercih edilirken 60 yaş üstü hastalara CHOP verilmişti. Diğer alt gruplardan farklı olarak hepatosplenik T- cell lenfomada ilk basamakta DHAP, Extranodal- NK nazal T- hücreli grupta ise DEVIC tercih edildiğini görmekteyiz. Tedaviye yanıt durumuna baktığımızda 5 hasta CR, 1 hasta PR, 16 hasta progresse idi. 2. basamakta hastalara OKHN ve konsolidasyon rejimleri olarak(DHAP, ICE, Brentixumab) verilmiştir. Çok agresif grupta yer alan prekürsör t- hücreli lenfoma grubunda 16 hastamız vardı. Hastalara 1. basamakta HYPER-CVAD protokolünün çoğunlukta verildiğini, gördük ve yanıt durumlarını, ortalama

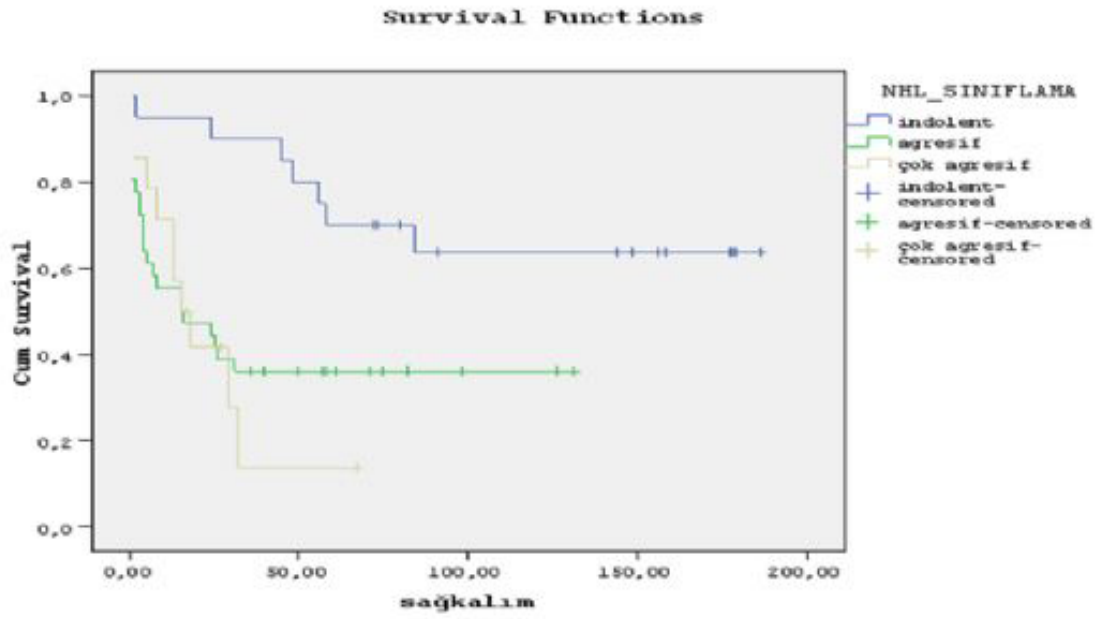
sağ kalımlarını değerlendirdik. T- hücreli lenfoma alt gruplarının sağ kalımını kıyasladığımızda indolent gruptaki hastaların sağ kalımının diğer T- hücreli lenfomalara göre uzun olduğunu ve en az sağ kalımın da çok agresif grupta olduğunu gördük. Çalışmamızın tartışma kısmına gelecek olursak, tek merkezli bir çalışma olması, özellikle 2000-2008 yılları arasında dosya arşivindeki eksiklikler nedeniyle hastaların demografik verilerine ve tedavilerine ulaşamaması sonuçların yorumlanmasını güçleştirmiştir. Kanser kayıt merkezinde çalışma halen devam etmekte olup 2016-2017 verileri henüz eklenmemiştir. Sonuç olarak t- hücreli lenfoma içinde en sık agresif(PTCL), 2. sıklıkla indolent (MF) en az sıklıkla çok agresif grup yer almaktadır. Agresif T- Hücreli lenfoma grubu içerisinde en kısa sağ kalım enteropati ilişkili, AITL, hepatosplenik alt gruplarda görülmektedir. Çok agresif grupta yer alan Prekürsör T- hücreli lösemi/ lenfoma'lı olguların yüksek CR oranına rağmen sağ kalımları nispeten kısa gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Agresif, Çok agresif, İndolent, T-cell lenfoma, Sağ kalım

T-HÜCRELİ LENFOMA ALT TİP ANALİZİ

TANI	n	Yüzde
MF (İndolent)	24	29,6
ANJİOİMMUNOBLASTİK	5	6,1
PRİMER KUTANÖZ CD4+	2	2,5
HEPATOSPLENİK	3	3,7
PERİFERAL	18	22,3
ANAPLASTİK LARGE CELL CD 30+	4	4,9
EKSTRANODAL NK/T HÜCRELİ	1	1,2
PRİMER KUTANÖZ	2	2,5
T HÜCRELİ NHL	3	3,7
PRİMER KUTANÖZ CD30+	1	1,2
ENTEROPATI İLİŞKİLİ	2	2,5
PREKÜRSÖR (Çok Agresif)	16	19,8
Total	81	100,0

T-HÜCRELİ LENFOMA ALT TİP SAĞ A



KAPLANMEİER SAĞ KALIM GRAFİĞİ

EP-086

G-CSF RELATED HEMOPHAGOCYTOSIS IN A CASE WITH LYMPHOMA

BİLGİN KARAALIOĞLU¹, SEMRA PAYDAŞ¹, EVREN YETİŞİR¹, CEM MİRİLİ¹, ELCİN İSMAYİLOV¹,
MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK¹, ALİ OĞUL¹, EMİNE KILIÇ BAĞIR², MELEK ERGİN²

1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI ADANA
2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ BİLİM DALI ADANA

Objective: We described a 50-years-old man with lymphoma developing hemophagocytosis associated with G-CSF using and response to steroid.

Case: Fifty years old man admitted to the hospital with epigastric pain. Endoscopic biopsy showed non-Hodgkin lymphoma-diffuse large B cell lymphoma with high Ki-67 score (90%). PET/CT showed diffuse gastric infiltration, disseminated abdominal lymph nodes with 3-5 cm diameters. Bone marrow biopsy was negative for lymphoma infiltration. Patient was treated by prephase therapy to prevent tumor lysis syndrome between May 2 and 8, 2017 due to high tumor burden and high proliferative index. After this therapy DA-EPOCH-R was given between May 10 and 14, 2017 and G-CSF 45MU daily was prescribed on May 16, 2017 and was stopped on May 22, 2017 when WBC was 8.5x10⁹/L. However on May 18, 2017 acute abdominal pain developed, abdominal CT showed perforation and abdominal surgery was done immediately. Surgery was uncomplicated but sudden drop in hemoglobin and hematocrit levels had been observed in surgery clinic despite no bleeding intra or postoperative periods. Six units of erythrocyte suspensions had been given to the patient between 20 and 25 May, 2017. Pa-

tient was consulted by us at surgical department due to severe anemia on May 26, 2017; hemoglobin was 4.8g/dl, Hct was 14%, WBC count was 46x10⁹/L, platelet count was 280x10⁹/L, LDH was 697 IU. There was aniso-poikilocytosis, polychromatophilia, normoblasts, left shift in WBC series in peripheral blood smear. Coombs test was found to be negative, bilirubin levels were within normal limits. Due to abnormal peripheral blood findings bone marrow aspiration and biopsy were done. Marrow aspiration was hypercellular and there was macrophages showing hemphagocytosis and bone marrow biopsy showed hemophagocytosis. Prednisolone 100 mg daily was prescribed, drops in hemoglobin levels decreased; no transfusion was given after steroid injections and last hemoglobin level is 7.2g/dl

Conclusion: In conclusion G-CSF may cause hemophagocytic syndrome and must be thought in cases treated by this cytokine in differential diagnosis if develops unexpected cytopenias and/or hemophagocytic syndrome suggesting signs and symptoms. On the other hand pegylated form of this cytokine may be more potent for these entities.

Keywords: G-CSF, Hemophagocytic syndrome, lymphoma

EP-087

İNSÜLİN ENJEKSİYON YERİNDE LENFOMA NÜKSÜ. NADİR BİR OLGU

ORHAN TÜRKEN, YALÇIN POLAT, RAHİMİ ÇUBUK, FATİH ÖNER KAYA

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Kronik travmanın kanser riskini arttırdığı bilinmektedir. İnsülin enjeksiyonları diyabetli hastalarda kronik travma olarak nitelendirilebilir ve literatürde insülin kullanan hastalarda enjeksiyon yerlerinde kanser nüksü bildirilen az sayıda olgu vardır.

Olgu: Dört yıl önce dil kökü kaynaklı diffüz büyük B hücreli lenfoma nedeni ile tedavi gören ve remisyonda takip edilen 63 yaşında erkek hasta sol kolda cilt altında ele gelen ağrılı kitle yakınmaları ile başvurdu. Radyolojik incelemelerde sol kol tri-

ceps kası içinde yerleşmiş kitlesel lezyon tespit edildi. Yapılan parça biopsisinde diffüz büyük B hücreli lenfoma infiltrasyonu olarak tanımlandı. Sistemik tedavi programına alınan hastada tam yanıt elde edildi.

Sonuç: İnsülin enjeksiyonuna bağlı lenfoma nüksleri nadir görülen olgulardır. Lokalizasyonları nedeni ile diğer tümörlerle karıştırılabilirler. Multidisipliner yaklaşımla tedavileri gereklidir.

Anahtar Kelimeler: insülin, travma, lenfoma

EP-088

OLDUKÇA NADİR GÖRÜLEN İKİ HİSTİYOSİTİK SARKOM OLGUSU

EMRAH ERASLAN, FATİH YILDIZ, GÜLNİHAL TUFAN, NECATİ ALKIŞ, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR.A.Y ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş: Histiyositik sarkom (HS) çok nadir görülen, etyolojisi bilinmeyen, unifokal veya multifokal, genellikle ektranodal yerleşimli non-langerhans histiyositik hücrelerden köken alan bir hastalıktır. Ön planda CHOP (siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednisolon) veya ICE (ifosfamid, karboplatin, etoposid, mesna) rejimi kullanılır. Vemurafenib, kök hücre transplantasyonu, talidomid ve alemtuzumab ile ilgili bildirimler de yapılmıştır.

Olgu-1: Seksen iki yaşında, erkek hasta boyundan her iki kola yayılan ağrı nedeniyle başvurdu. Boyun MRI'da 7.servikal (C) vertebrada kemiği destrükte eden kitle izlendi. Eylül 2013'te alınan biyopsi HS olarak raporlandı. İrrezektabl kabul edilerek kliniğimize yönlendirilen hastanın görüntülemelerinde başka bir tümör odağı yoktu. Ekim 2013'te servikal vertebral palyatif RT uygulandı. İleri yaşı, düşük performans düzeyi, etkin standart KT (kemoterapi) yöntemi ve başka odak olmayışı göz önüne alınarak ek KT verilmedi. Ancak Haziran 2014'teki görüntülemelerde C7. vertebra düzeyindeki lezyonun progrese olduğu görüldü; başka bir tümör odağı yoktu. Granülosit koloni stimüle edici faktör desteğiyle CHOP rejimi başlandı. Birinci kür tedavi sonrası yüksek ateş, pnömöni ve akut böbrek yetmezliği gelişti, hasta nütropeni değildi. Belirgin şekilde performansı bozulan hastanın en iyi destek tedavi ile takibi kararlaştırıldı. Hasta Ekim 2014'te kaybedildi.

Olgu-2: Altmış yaşında kadın hasta Şubat 2015'te kliniğimize sol aksiller kitle nedeniyle başvurdu. 10 yıl önce ense, 3 yıl önce

sağ kalça ve 6 ay önce de sağ inguinal kitle eksizyon öyküsü vardı. Aksiller lenf nodu (LN) eksizyonel biyopsisi HS olarak raporlandı. Aksiller kitle ile daha önceden alınan inguinal eksizyon materyali histopatolojik olarak benzerdi. PET BT'de yaygın LN ve kemik tutulumu izlendi. Üç kür CHOP tedavisi sonrası kontrol görüntülemelerinde göğüs duvarında, akciğer ve karaciğerde çok sayıda yeni metastaz gelişmesi nedeniyle tedavi sonlandırıldı. Hastanın performansında belirgin bozulma olması nedeniyle yeni bir tedavi de verilemedi. Haziran 2015'te hastalık progresyonu nedeniyle hasta kaybedildi.

Sonuç: Optimal tedavi yöntemi bilinmeyen bu hastalık için ilk olguda lokal tedavi ile hastalık kontrolü sağlanmışsa da etkinliği geçici olmuştur. Halihazırda sadece lokal hastalık ilerlemesi olan yaşlı hastada kemoterapi sonrası komplikasyonlar nedeniyle tedaviye devam edilemediğinden tedavi etkinliği ile ilgili yorum yapılamamaktadır. İkinci olgu uzun süre vücudun değişik bölgelerinde yineleyen ve cerrahi tedaviden yarar gören bir olgudur ve literatür verileri ile uyumludur. Multifokal hastalıkta ise CHOP ve ICE kombinasyon kemoterapileri öncelikli olarak kullanılan tedavi modaliteleri olarak güncelliğini korumaktadır. Bizim olgumuz uzun süre lokal yinelemeler ile seyrettikten sonra multifokal karakter kazanmış ve CHOP rejimine yanıt vermemiştir. Nadir görülen bu hastalık için yeni ve etkin tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalara ihtiyaç devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: CHOP, Histiyositik, Sarkom

EP-089

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: ÇEKUM YERLEŞİMLİ SOLİTER PLASMASİTOM

TÜLAY EREN¹, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR², DOĞAN UNCU¹, OZAN YAZICI¹, GÖKHAN UÇAR¹, YAKUP ERGÜN¹, ÖZNUR BAL¹, EFNAN ALGIN¹, MUTLU DOĞAN¹, NURULLAH ZENGİN²

1 SBÜ, ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
2 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Kolon yerleşimli plasmositoma oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Soliter plazmostom, kemik iliği tutulumu olmayan plazma hücreli tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde çok nadir olarak görülebilir. Bizde kliniğimizde takipli olan çekum yerleşimli plasmositoma olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta 2011 yılında yeni başlayan kabızlık şikayeti ile başvuruyor. Yapılan kolonoskopide çekum bölgesinde kitle saptanıyor. Hastanın yapılan biopsi sonucu plazma hücre infiltrasyonu olarak geliyor. Hastaya multiple myeloma yönünden serum ve idrar immunfiksasyon tetkikleri yapılıyor. İmmunfiksasyon tetkiklerinde patoloji saptanmayan hasta opere ediliyor. Hastanın patoloji sonucu soliter plasmositoma ola-

rak raporlanıyor. Postop dönemde multiple myeloma açısından serum ve idrar immunfiksasyon testleri ve kemik iliği biopsisinde patoloji saptanmayan hasta ilaçsız izleme alınıyor. Hasta kliniğimizde 7 yıldır takip edilmektedir ve nüksü yoktur.

Sonuç: Ekstramedüller plasmositomalar gastrointestinal sistemde nadir görülürler. Gastrointestinal kanal kitlelerinde ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Lokalize hastalıkta cerrahi rezeksiyon genellikle yeterli olmaktadır. Takipte ilk 2 yıl daha sık olmak üzere, 10-30 % multiple myelom dönüşümü görülebilir. Hastalar multiple myelom gelişimi açısından dikkatle takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kolon tümörü, Soliter, Plasmasitom

EP-090

**TESTİS LENFOMALI HASTADA GELİŞEN SERVİKAL SPİNAL
RADYONEKROZUN BEVACİZUMAB İLE TEDAVİSİ**

TÜLAY EREN¹, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR², OZAN YAZICI¹, DOĞAN UNCU¹, ÖZNUR BAL¹, EFNAN ALGIN¹,
YAKUP ERGÜN¹, GÖKHAN UÇAR¹, MUTLU DOĞAN¹, NURULLAH ZENGİN²

1 SBÜ, ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA.
2 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Radyonekroz radyoterapi (RT) tedavisinin en önemli uzun dönem komplikasyonlarından biridir. Fokal veya yaygın nörolojik defisite yol açarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Total radyoterapi dozu ve volümü, fraksiyon rejimi radyonekroz gelişimini etkileyen temel faktörlerdir. Temel patogenezinde endotelial hücre disfonksiyonu ve artmış Vasküler Endotelial Growth Faktör (VEGF) salınımı vardır. Sonuç olarak kan beyin bariyerinde hasarlanma oluşur. Artan VEGF salınımı vasküler geçirgenliğin artmasına, beyin ödemi, sinir demyelinizasyonu ve nekroz ile sonuçlanır. Radyonekroz tedavisinde kortikosteroidler palyatif amaçlı kullanılabilir. Ancak tedavisinde temel bir fikir birliği yoktur. Son yıllarda VEGF antikorlarının kullanılmasıyla tedavisinde gelişmeler olmaktadır.

Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta, Ekim 2009'da testiste kitlenin nedeniyle opere oluyor. Postop patoloji sonucu Diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak geliyor. Hastanın evreleme tetkikleri sonucu, kemik iliği tutulumu ve santral sinir sistemi tutulumu saptanıyor. Evre IV kabul edilen hasta 8 kür R-CHOP tedavisine ek olarak intratekal tedavi ve kranial radyoterapi alıyor. Takiplerinde tam remisyona sağlanan hastanın 2015 yılında bilateral üst ekstremiteelerde uyuşma ve hareket güçlüğü şikayeti başlıyor.

Çekilen kranial ve servikal MR da patoloji saptanmıyor. EMG'de servikal spinal segmentlere lokalize nörojenik lezyonlar tespit ediliyor. Takibe alınan hastanın semptomları giderek artıyor. Kasım 2017 de bilateral üst ekstremitede kuvvet kaybı şikayeti ile gelen hastanın nörolojik muayenesinde sağ ve sol üst ekstremitede proximal 0/5, distal 3/5 kuvvet kaybı tespit ediliyor. Kranial ve servikal MR çekiliyor. Kranial MR normal olarak yorumlanıyor. Servikal MR'da C2-C6 arasında santral spinal kanalda patolojik kontrastlanma göstermeyen hidromyelik alan izleniyor. Nöroloji bölümü tarafından değerlendirilen hastada bu görüntünün daha önce aldığı radyoterapiye bağlı radyasyon nekrozu olduğu değerlendiriliyor. Hastaya radyonekroz tanısı ile 5 mg/kg dozundan Bevacizumab başlandı. İlk uygulaması yapılan hasta takibe alındı.

Sonuç: Radyoterapinin en önemli komplikasyonlarından biri olan radyonekrozda standart bir tedavi konsensüsü bulunmamaktadır. Bevacizumabın radyonekrozda etkinliği ile ilgili çok sayıda vaka bulunmaktadır. Daha önce kliniğimizde benzer bir vakada Bevacizumab ile tam yanıt edilmiştir. Bu vakamızda Bevacizumab ile nörolojik semptomlarda gerileme beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bevacizumab, radyoterapi, radyonekroz

EP-091

EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİKLİ BİR OLGUDA KAPOŞİ SARKOMUNUN EŞLİK ETTİĞİ TAFRO SENDROMU

MERT TOHUMCUOĞLU¹, SEMRA PAYDAŞ¹, ALİ OĞUL¹, MAHMUT BÜYÜKŞİMŞEK¹,
ABDULLAH EVREN YETİŞİR¹, BEHİCE KURTARAN², MELEK ERGİN³, CEM MİRİLİ¹, BİLGİN KARAALIOĞLU¹

1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA
2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ADANA
3 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, ADANA

Amaç: TAFRO; trombositopeni, anemi, kemik iliğinde fibrozis, renal yetmezlik ve organomegali ile karakterize bir sendrom olup görece nadirdir. TAFRO sendromunun AIDS'e eşlik ettiği olgu sayısı sınırlıdır. Burada Kaposi sarkomunun da eşlik ettiği bir modifiye TAFRO olgusu sunulmuş ve mevcut bilgiler tartışılmıştır.

Olgu: 20 gündür devam eden ateş, halsizlik ve ağız içinde ka-nama şikayetleriyle başvuran 51 yaşındaki erkek hasta yapılan tetkiklerde anemi, trombositopeni ve ANTI-HIV pozitifliği saptanması üzerine enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı, genel durum bozukluğu, solukluk ve yaygın lenfadenopati saptandı. Anemi ve trombositopeni nedeniyle yapılan kemik iliği biyop-sisinde plazma hücre artışı, diseritropoezis saptandı, biyopsi

sonucu ise hipersellüler ilik dokusu olarak geldi. Lenf nodu bi-yopsisinde Castleman hastalığı-Plazma Hücreli ile uyumlu bul-gular yanısıra Kaposi sarkomu saptandı. Hastaya anti-retroviral tedavi amacıyla enfeksiyon hastalıkları tarafından elvitegravir + kobisistat + emtrisitabin + tenofovir kombinasyonu başlan-dı. Hasta kliniğimize devredildi, 3 haftada 1 uygulanmak üzere R-CVP (rituksimab, siklofosfamid, vinkristin ve prednizolon ke-moterapisi planlandı ve başlandı. İzlemi devam etmektedir.

Sonuç: TAFRO nadir görülmektedir. TAFRO olgularında AIDS nadirdir. Olgumuzda AIDS bulunması, TAFRO'yu telkin eden bulgulara ek olarak Kaposi Sarkomu saptanması olguyu daha ilginç hale getirmiştir ve sunulması uygun bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: TAFRO, Castleman, Kaposi, AIDS

EP-093

LOKAL İLERİ VEYA METASTATİK BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM VAKALARIMIZDA VİSMODEGİB KULLANIMINA İLİŞKİN DENEYİMLERİMİZ VE TEDAVİ YANITLARI

NADİYE AKDENİZ, MUHAMMET ALİ KAPLAN, MEHMET KÜÇÜKÖNER, ZUHAT URAKÇI, HALİS YERLİKAYA, ZEYNEP ORUÇ, OĞUR KARHAN, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

Giriş: Bazal hücreli karsinom(BCC) erken evrelerde lokal eksizyonla tedavi edilmektedir.Ancak küçük bir alt grubu lokal ileri veya metastatik olup Hedgehog yol inhibitörü vismodegib ile sistemik tedaviye yanıt verebilir.Vismodegib ile ilgili deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: 2014-2017 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp fakültesine başvuran lokal ileri veya metastatik BCC tanısı olan ve vismodegib tedavisi başlanan 7 vakayı sunduk.Vismodegib 150 mg günlük bir tablet olarak kullanıldı.

Vakalar

Vaka 1: 75 yaşında bayan hasta 2009 yılında el sırtında nodüler lezyon eksizyonu sonrası BCC tanısı almıştı.Hasta 2016 yılı mart ayında sol aksiller ve supraklaviküler lenf nodlarında metastaz ile başvurdu.Vismodegib başlandı.Halsizlik dışında toksisite bulgusu olmadı.Stabil yanıtla tedavisi 21aydır devam etmektedir.

Vaka 2: 69 yaşında bayan hasta 1993 yılında burun kanadında nodüler lezyon eksizyonu ile BCC tanısı almıştı.Hasta 2016 yılı kasım ayında supraklaviküler ve mediasten lenf nodlarında metastaz ile başvurdu.Vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Parsiyel yanıtla tedavisi 13 aydır devam etmektedir.

Vaka 3: 80 yaşında bayan hasta 2016 yılında burun kökü ve kanatlarında destrüksiyona yol açan kitleden biopsi ile BCC tanısı almıştı.Hasta 2017 yılı şubat ayında supraklaviküler ve mediasten lenf nodlarında metastaz ile başvurdu.Vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Stabil yanıtla tedavisi 10 aydır devam etmektedir.

Vaka 4: 83 yaşında erkek hasta 2014 yılında sternal kitleden biopsi ile BCC tanısı almıştı.Hasta 2015 yılı kasım ayında sternum ve kostaları destrükte eden kitle ve kemik metastazları ile başvurdu.Hastaya vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Parsiyel yanıtla tedavisi 25 aydır devam etmektedir.

Vaka 5: 80 yaşında erkek hasta 2017 yılında skalpte ülserle kitleden biopsi ile BCC tanısı almıştı.Tanıda inoperable olup hastaya

2017 yılı mayıs ayında vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Parsiyel yanıtla tedavisi 7 aydır devam etmektedir.

Vaka 6: 66 yaşında erkek hasta 2004 yılında sağ maxiller bölgede nodüler lezyon eksizyonu sonrası BCC tanısı almıştı.Hasta 2017 yılı haziran ayında etraf dokulara invaze,kemiklerde destrüksiyona yol açan nüks kitle ile başvurdu.Inoperable olarak değerlendirildi ve vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Parsiyel yanıtla tedavisi 6 aydır devam etmektedir.

Vaka 7: 66 yaşında erkek hasta 2010 yılında sağ periorbital kitle eksizyonu sonrası BCC tanısı almıştı.Hasta 2014 yılı eylül ayında kemiklerde destrüksiyona yol açan nüks kitle ile başvurdu.Inoperable olarak değerlendirildi.Vismodegib başlandı.Tedavi toksisitesi olmadı.Tedaviye parsiyel yanıtı olan hastaya konsolidasyon amaçlı 66 Gy radikal radyoterapi verildi.Hasta 2015 yılı ekim ayı değerlendirmelerinde tedaviye tam yanıtı olup 13 ay vismodegib kullanımı sonrası tedaviye devam etmemiştir.

SONUÇ: Vismodegib lokal ileri veya metastatik BCC tanılı hastalarda etkili ve tolere edilebilir sistemik tedavi seçeneği sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, lokal ileri, metastatik, Vismodegib

Şekil 1



Şekil 1: Vaka 4 sternal kitle;tedavi öncesi ve sonrası görüntüleri

Şekil 2



Şekil 2: Vaka 5 skalpte kitle; tedavi öncesi ve sonrası görüntüler

Tablo

Vaka	Yaş	Metastatik/Lokal ileri	Tedavi Yanıtı	Tedavi Süresi(ay)	Tedavi devamı
Vaka 1	75	Metastatik	Stabil yanıt	21	Devam ediyor
Vaka 2	69	Metastatik	Parsiyel yanıt	13	Devam ediyor
Vaka 3	80	Metastatik	Stabil yanıt	10	Devam ediyor
Vaka 4	83	Metastatik	Parsiyel yanıt	25	Devam ediyor
Vaka 5	80	Lokal ileri	Parsiyel yanıt	7	Devam ediyor
Vaka 6	66	Lokal ileri	Parsiyel yanıt	6	Devam ediyor
Vaka 7	66	Lokal ileri	Parsiyel yanıt	13	Devam etmiyor

Hastaların yaşı, evresi, Vismodegib tedavi süresi ve yanıtlarına ilişkin bilgiler

EP-094

PRİMER NAZAL SEPTUM YERLEŞİMLİ MALİGN MELANOM: NADİR BİR OLGU SUNUMU

ATİKE GÖKÇEN DEMİRAY, BURCU YAPAR TAŞKÖYLÜ

DENİZLİ DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç: Primer nazal mukoza yerleşimli malign melanomlar son derece nadir olup tüm malign melanomların %0.3-%2'sini, baş boyun melanomlarının ise %4'ünü oluşturmaktadır. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür ve 5.dekattan sonra insidansı artar. Kötü prognoza sahip olup 5 yıllık sağkalım oranı %20-30 arasında değişim gösterir. Biz de nadir görülen nasal septumda malign melanom olgusunu 64 yaşında erkek hastada klinik, patolojik ve tedavi yaklaşımı ile birlikte sunmayı amaçladık.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta Kulak Burun Boğaz polikliniğine burun tıkanıklığı ve ara ara olan kanama şikayeti ile başvurmuştur. Yapılan endoskopik muayane, Bilgisayarlı Tomografi ve PET-BT ile nazal septumda kitle, trakeobronşial, aotikopulmoner pencerede multiple metastatik lenf nodları ve sol sürrenalde metastatik nodül saptanmıştır. Nazal Kaviteden biyopsi alınmıştır. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri HM-B45, Melan-A ve S-100 pozitif boyanarak malign melanom tanısı konmuştur. Hastaya metastatik malign melanom tanısı ile interferon tedavisi başlanmıştır. Takipte primer kitlesi ve metastatik lezyonları kaybolmuştur. Tedavisi 1 yıla tamamlanan hasta takibi

be alınmıştır. Hasta yaklaşık 4 yıldır nüks ve metastaz olmadan izlenmiştir.

Sonuç: Nazal melanomlar yüksek derecede malign, derinin melanomlarından farklı biyolojik davranış ve, epidemiyolojik özellikler gösteren, daha kötü prognozu olan tümörlerdir. Bir çok hasta, tanı anında lenf düğümleri, karaciğer ve akciğerlerde uzak metastazlar gösterir ve rekürrensler yıllar sonra bile sporadik olarak ortaya çıkabilir. Kötü prognoz nedenleri olarak tanı zamanında hastalığın ileri evrede olması, sık ülserasyon göstermesi, tümörün yüksek biyolojik agresivitesi sayılabilir. Uzak metastazlar, uzun dönem sağkalım oranlarını sınırlayıcı faktördür. Diğer yandan primer tümör ya da lokal rekürrenslerin radikal cerrahi rezeksiyonu ile bir çok hastada, hastalığın kontrol altında tutulabileceği bildirilmiştir. Radikal cerrahi rezeksiyona ek olarak kemoterapi ve radyoterapinin sağ kalım oranlarını arttırdığı gösterilmiştir. Bizim olgumuzda da hasta başlangıçta metastatik evrede olup interferon tedavisi ile primer ve metastatik lezyonları kaybolmuştur.

Anahtar Kelimeler: Nazal Septum, malign melanom, interferon

EP-095

PRİMER İNCE BARSAK MALİGN MELANOM OLGUSU

ULAŞ IŞIK, ERCAN ÖZDEN, Umut KEFELİ, DEVRİM ÇABUK, KAZIM UYGUN

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ONKOLOJİ BD, KOCAELİ

Olgu: 33 yaşında kadın hasta yaklaşık iki aydır oral alım bozukluğu, bir ayda 5 kg kilo kaybı ve karın ağrısı şikayeti nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde karın doğal ve barsak sesleri normaldi. Temel hematolojik ve biyokimyasal testlerinde LDH yüksekliği dışında bir anormallik yoktu. Birinci basamak görüntüleme testleri olan ayakta direkt batin grafisi ve batin USG'sinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Hastaya şubat 2017'de dinamik tüm batin BT tetkiki yapıldı. Jejunum başlangıcından itibaren yaklaşık 10 cm' lik segmentte jejunojejunal invajinasyon ile uyumlu görünüm ve bu invajine barsak segmenti içerisinde 31x30x38 mm boyutlu yoğun kontrastlanan hipervasküler kitle lezyon izlendi. Hasta bu bulgular üzerine şubat 2017'de jejunum segmenter rezeksiyon operasyonu geçirdi. Makroskopik materyal 15x5x5 cm boyutlarında serozal yüzünde dışa doğru eozinofilik görünümü olan ince barsak segmenter rezeksiyon materyali şeklindeydi. Tümör muskularis propriayı aşmış serozal yağlı dokuya ulaşmıştı. Proksimal ve distal cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Yapılan immünohistokimyasal incelemelerde S-100 ve HMB-45 ile kuvvetli pozitif reaksiyon izlendi.

Bu bulgular ışığında hastaya jejunum malign melanomu tanısı konuldu. Cilt, göz, özefagus ve anorektal bölge incelemelerinde primer malign lezyon saptanmadı. Toraks ve batin BT de herhangi bir malign lezyon saptanmadı. Hastanın öz geçmişinde herhangi bir deri lezyonu eksizyon öyküsü yoktu.

Tartışma: Malign melanom tüm GİS malignitelerinin %1-3 ünü oluşturur. Anatomik lokalizasyon olarak en çok anüs ve jejunumda görülür. İnce barsak primer malign melanom tanısının

konulabilmesi için cilt, retina, anal kanal veya bazen özefagus, penis ve vajina gibi, diğer organlardaki olası birincil lezyonların dışlanması gerekir.

İnce barsak melanomlarının klinik görünümünde ağrı(%70), barsak tıkanıklığı, kilo kaybı, abdominal palpabl kitle(%10-20), anemi(%20-50) bulunur. GİS kaynaklı malign melanomunun cerrahi olarak çıkarılması tedavinin temel dayanak noktasıdır. Tedavi edilmeyen melanomun prognozu kötüdür ve mortalite oranı ilk bir yılda oldukça yüksektir. Cerrahi; lenf nodu eksizyonu, mezenter eksizyonu ve negatif cerrahi sınır korunmasını içermelidir.

Primer barsak melanomları agresif bir seyir ve daha kötü bir prognoz gösterir. Sistemik adjuvan tedavinin rolü sınırlıdır. İnterferon alfa, interlökin 2 ve kemoterapi bazı hastalarda yararlı olabilir.

Olgumuzda primer kutanöz lezyon ve diğer olası melanom olabilecek anatomik bölgelerde lezyon saptanmadı. Hasta primer ince barsak malign melanomu olarak kabul edildi ve adjuvan yüksek doz interferon tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında herhangi bir nüks ve uzak metastazı yoktu. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

İnce barsağın primer malign melanomları oldukça nadir görülen neoplazmlardır. Agresif klinik seyri ve kötü prognozu olan soliter, intralüminal kitlelerdir. Cerrahi, tercih edilen tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: malign melanom, jejunum, gastrointestinal melanom

EP-096

BEYİN METASTAZI İLE PREZENTE OLAN GASTRİK MALİGN MELANOM VAKASI

HACER DEMİR¹, ERKAN ÇAĞLAR²

1 KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ
2 KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GASTROENTEROLOJİ

Amaç: Mukozal membranlarında bulunan melanositlerden kaynaklanan primer mukozal malign melanoma nadir görülen ve mortalitesi yüksek bir neoplazmdir. Bu yazımızda ilk olarak kranial kitle ile presente olan bir gastrik mukozal melanom vakasını sunduk.

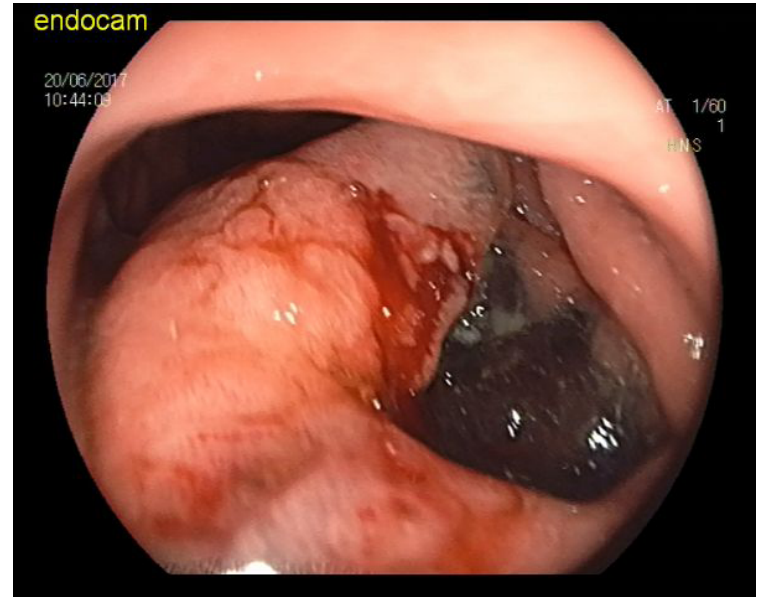
Olgu: 53 yaşında erkek hasta baş ağrısı şikayeti ile başvurduğunda çekilen Beyin MR da sağ frontal 52x41 mm kistik solid komponentleri bulunan kitle izlenmesi üzerine kitle eksizyonu operasyonu yapıldı. Eksize edilen kranial kitlenin patolojik incelemesinde malign melanom saptanması üzerine hastanın dermatolojik muayenesi ve PET/BT tetkiki istendi. Dermatolojik muayenede kutanöz melanom lehine bulgu saptanmadı. PET/BT de; Aortikopulmoner pencerede multiple lenf nodunda, Akciğer parankiminde büyüğü 34x27 mm olmak üzere multiple sayıda lezyonda, bilateral sürrenalde, peripankreatik multiple lenf nodunda, mide büyük kurvatur ve korpusu tutan 63x63x93 mm kitlede ve kemiklerde multiple odakta metastatik lezyonda artmış patolojik tutulum saptandı. Bunun üzerine hastaya endoskopi yapıldı; endoskopide korpus ve antrumda ortası ülser kenarları kabarıklık ve siyah renk değişiminin eşlik ettiği dev ülser lezyon görüldü ve biyopsi alındı. Patoloji sonucunda immünohistokimyasal olarak Melan-A, S-100, HMB-45 pozitif saptanması üzerine malign melanom tanısı konuldu. Hastadan BRAF mutasyonu çalışıldı ve mutasyon saptanmaması üzerine ipilimumab tedavisi planlandı. Ancak hasta tedaviyi kabul etmedi ve destek tedavi planlandı. Hasta 3 ay sonra baş ağrısı şikayeti ile tekrar başvurduğunda çekilen Kranial MR da beyinde multiple metastatik lezyonlar saptandı ve hastaya anitiödem tedaviyle beraber kranial radyoterapi ve ipilimumab tedavisi başlandı. Hastaya 2 kür ipilimumab tedavisi verildi ancak gastrik lezyonundan kanama olması üzerine devam edilemedi.

Gastroenteroloji ile görüşülerek hastada kanayan bölgeye argon plazma ile müdahale edildi. Tekrarlayan uygulamalar sonrası kanaması durdu ancak hasta ve yakınları tedaviye devam etmek istemedikleri için destek medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hasta tanıdan 6 ay sonra exitus oldu.

Sonuç: Mukozal malign melanom yılda milyonda 2 kişiyi etkileyen nadir görülen, ileri evrede tanı alan ve oldukça kötü prognozlu bir klinik antitedir. Lokalize hastalıkta primer tedavi cerrahi olmakla beraber sıklıkla ileri evrede tanı alan hastalarda hedefli tedaviler ve immünoterapiler kullanılabilir. Ancak halen yanıt oranları ve survi süreleri düşüktür.

Anahtar Kelimeler: gastrik melanom, malign melanom, kranial metastaz

Gastrik endoskopi resim



Ülser görüntü



EP-097

**ANOREKTAL MALİGN MELANOM TANILI HASTALARIN
RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**HAYVA YEŞİL ÇINKIR¹, FERİT ASLAN², ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN², BERNA ÖKSÜZOĞLU²

1 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, GAZİANTEP

2 S.B.Ü DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş: Primer anorektal malign melanom(AMM) nadir tümördür. Anorektal karsinomların %1'ini, tüm melanomların %0.4-1.6'sını oluşturur. Prognozu kötü olup 5 yıllık sağkalım oranı %4-31'dir. Yönetimi zordur, düşük insidansı nedeniyle iyi çalışılmamıştır ve yayınların çoğu vaka raporları veya seridir. AMM için cerrahi rezeksiyon, kemoterapi ve radyoterapi dahil olmak üzere çeşitli tedavi yöntemleri önerilmiş olsa da, hepsi tartışmalıdır ve kanıt yeterli değildir. Ayrıca, nadir olması nedeniyle AMM'de randomize kontrollü bir çalışma mümkün değildir.

Materyal-Metod: Ekim 1998- Ocak 2015 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi'nde takip edilen 19 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik özellikleri ve takip bilgilerine hastane kayıtlarından ulaşıldı.

Sonuçlar: Hastaların ortanca yaşı 56 (en küçük 28- en büyük 76); 8(% 42.1)'i erkek, 11 (%57.9)'si kadın cinsiyetteydi(Tablo1). Tümör lokalizasyonuna göre 8(%42.1)'i anal, 10 (%52.6)'u rektal, 1 (%5.3)'i anorektal bölge yerleşimliydi. Uygulanan operasyon şekline göre 14(%73.7) hastaya küratif, 5 (% 26.3) hastaya palyatif işlem yapıldı. Hastaların 5 (%26.3)'inde tanı anında metastaz mevcuttu. 6 (%31.6) hastaya adjuvan interferon tedavisi verildi. Metastatik evrede 3 (%15.8) hasta 1 basamak, 4 (%21.1) hasta 2 basamak, 3 (%15.8)hasta 4 basamak tedavi aldı. 1 hasta ipilimumab tedavisi aldı. 18 (% 94.7) hastada ölüm gözlemlendi,1 (%5.3) hasta yaşıyordu. Sağkalım analizine göre genel sağkalım (GSK) 16,36 ay (%95 GA; 13,23-19,49) idi. Tanıda metastaz olup olmamasına göre ortanca GSK erken evrede 18.03 (%95 GA;14.24- 21.83), metastatik hastalıkta 11.53 (% 95 GA;5.6 - 17.45) idi.

Tartışma ve Sonuç: Anorektal malign melanoma kötü prognozu olan, nadir tümördür. Histopatolojik yanlış tanı nadir değildir. Özellikle amelanositik olgularda lenfoma, karsinoma ve ya sar-

kom ile karışabilir. Tümörün boyutu, hastanın yaşı, komorbid hastalıkları ve metastaz durumuna göre tedavi planı yapılmalıdır. AMM şu an için herhangi bir tedavi kılavuzuna sahip değildir, terapötik yöntemin seçimi dikkatle düşünülmelidir. Erken teşhis ve özelleştirilmiş, multidisipliner bir tedavi planı muhtemelen AMM'nin tedavi sonucunu iyileştirir. AMM'un etkili tedavilerini araştırmak için gelecekte büyük çaplı prospektif klinik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anorektal, ipilimumab, melanom

Tablo1: Hastaların genel özellikler

Yaş (Median)	56(28-76)
Cinsiyet	
Erkek	8(%42.1)
Kadın	11(%57.9)
Tümör Lokalizasyonu	
Anal	8(%42.1)
Rektal	10 (%52.6)
Anorektal	1(%5.3)
Tanıda Evre	
Evre 2	3(%15.8)
Evre 3	11(%57.9)
Evre 4	5(%26.3)
Operasyon	
Küratif	14(%73.7)
Palyatif	5(%26.3)
Adjuvan İnterferon	
Var	6(%31.6)
Yok	13(%68.4)
Tanıda Metastaz	
Var	5(%26.3)
Yok	14(%73.7)
İpilimumab	
Var	1(%5.3)
Yok	18(%94.7)
Son durum	
Ölüm	18(%94.7)
Yaşıyor	1(%5.3)

EP-098

MARMARA ÜNİVERSİTESİ, RETROSPEKTİF MALİGN MELANOM VERİLERİ

NALAN AKGÜL BABACAN¹, ÖZKAN ALAN², ÖZLEM ERCELEP¹, SERAP KAYA¹,
EDA TANRIKULU², RAHİB HASANOV², TUĞBA AKIN TELLİ², HAZAL ŞALVA³,
MEHMET AKİF ÖZTÜRK², FAYSAL DANE², FULDEN YUMUK²

1 SB MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BD

3 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ABD

Giriş: Melanom en kötü seyirli cilt tümörlerinden biridir. 2011 yılından sonra artan tedavi seçenekleri özellikle metastatik hasta grubunda, beklenen sağkalımlar en az iki kat artmıştır. Biz de kendi merkezimize son 7 yılda başvuran melanom hastalarının klinik-patolojik özelliklerini ve sağkalım verilerini araştırmayı planladık.

Gereç-Yöntem: 2010-2017 yıllarında merkezimize başvuran malign melanom tanılı hastanın dosya bilgileri retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Değerlendirilen 125 hastanın 46'si kadın (%44), 59'u erkekti (%56). Ortanca tanı yaşı 58.5 (18-82) idi. Hastaların %77'sinde ilk şikayet cilt lezyonu iken, %8'i mukozal lezyonla, %4'ü konstitüsyonel semptomlarla, %5'i görme değişikliği ile, %3'er hasta ise LAP ile veya nörolojik semptomlarla başvurmuştu. Cilt lezyonu %23 hastada baş-boyunda, %25'inde gövde, %3'ünde üst ekstremitede ve %27 hastada alt ekstremitede lokalizeyken, %20 hastada tanı anında cilt lezyonu saptanamamıştı. Hastaların %82.5'inin lezyonu kutanöz, % 11'i mukozal, %6.5'i ise uveal kaynaklıydı. En sık 4 melanom tipi sırayla; nodüler (%22), yüzeysel yayılan tip (%20), lentigo melanoma (%9) ve akrall lentiginöz (%7) idi, %28 hastada melanom tipi belirtilmemişti. Tanı anındaki %26 hasta evre I, %34 hasta evre II, %23 hasta evre III ve %17 hasta evre IV olarak değerlendirilmişti. Hastaların %24'ü adjuvan INF alırken, adjuvan tedavi almanın sağkalıma katkısı saptanamadı (p=0.21) Lokal evredeki hasta-

ların %40'ında (51 hasta) daha sonra nüks/metastaz gelişmişti. BRAF mutasyonu %27 hastada pozitif saptandı. Tanıda veya seyir sırasında Nüks/metastaz gelişen 71 hastanın %84.5'i 1. seri tedavi alırken, %41'i 2. seri tedavi ve %14'ü 3 seri tedavi almıştı. Hastaların %24'ü adjuvan veya palyatif amaçlı RT almıştı, %12'si ise nüks veya metastaz cerrahisi geçirmişti. Hastaların %56'sında komorbid hastalık mevcuttu ve %24 hastada birden çok komorbite saptandı ve %39'unda sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Ailede kanser öyküsü %28 hastada tespit edildi. Tüm hastaların ortanca takip süresi 33ay (2-362) idi. Bu takip süresinde 125 hastanın 60'ı (%48) ölmüştü. Çalışmada, tüm hastalar için median OS 66 ay (30.6-101 ay) 1 yıllık genel sağkalım %85, 3 yıllık sağkalım ise %64 bulunurken, evre IV hasta grubunda median sağkalım 13.5 ay (1-29), 1 yıllık OS %60, 2 ve 3 yıllık OS %15 olarak tespit edildi. Sağkalımı etkileyen faktörler araştırıldığında, yaşın >65 oluşu, evre, LVİ, PNİ, breslow kalınlığının >2 mm, mitozun>5/BBA, nüks/metastaz dönemindeki nötrofil/lenfosit oranının > 5 oluşu tek değişkenli analizde anlamlı bulundu. Ancak bunların hiçbiri çok değişkenli analizde anlamlı bulunamadı.

Sonuç: Bulgularımız genel olarak literatürle uyumludur. BRAF mutasyonu oranlarımız literatüre göre düşüktür. İleri evrede 2 ve 3 yıllık sağkalım oranlarında stabil kuyruğun yakalanması dikkat çekici olmakla beraber, ülkemizde immünoterapi seçeneklerinin kısıtlı olması oranın düşük oluşunu açıklayabilir.

Anahtar Kelimeler: BRAF, immünoterapi, malign melanoma

EP-099

ÖNCE DEN TEDAVİ ALMIŞ İLERİ EVRE MELANOM HASTALARINDA NİVOLUMAB VE İPİLİMUMAB KOMBİNASYONUNUN GERÇEK DÜNYA GÜVENLİLİK ÖN SONUÇLARI: TÜRKİYE ERKEN ERİŞİM PROGRAMINA KATILAN MERKEZLERİN DENEYİMİ

NURİ KARADURMUŞ¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR², BURÇAK KARACA³, ÖMER FATİH ÖLMEZ⁴, İLHAN HACİBEKİROĞLU⁵, HASAN ŞENOL COŞKUN⁶, SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU⁷, YASEMİN KEMAL⁸, SAADETTİN KILIÇKAP⁹, AHMET TANER SÜMBÜL¹⁰, BURÇ AYDIN¹¹, HANDE TURNA¹², MUHAMMET ALİ KAPLAN¹³, NALAN BABACAN¹⁴, UMUT DEMİRCİ¹⁵, ALPER ATA¹⁶, DİLEK ERDEM¹⁷, AHMET ÖZET¹⁸, HÜSEYİN ABALI¹⁹

1 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

2 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

3 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

4 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

5 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, SAKARYA

6 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

7 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

8 SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, SAMSUN

9 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

10 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

11 BRISTOL-MYERS SQUIBB İLAÇLARI, İSTANBUL

12 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

13 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

14 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

15 DR. ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

16 MEDİCAL PARK TARSUS HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, MERSİN

17 MEDİCAL PARK SAMSUN HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, SAMSUN

18 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

19 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Önceden tedavi almamış ileri evre melanom hastalarında nivolumab ve ipilimumab kombinasyonu, yalnızca ipilimumaba kıyasla genel sağkalım, progresyonsuz sağkalım ve objektif yanıt oranı avantajı göstermiş ancak tedavi ile ilişkili advers olaylarda artış görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, ≥ 1 basamak sistemik tedavi sonrası relaps görülen ileri evre melanom hastalarında nivolumab ve ipilimumab kombinasyonunun güvenliliğini gerçek dünya şartlarında değerlendirmektir. Türkiye erken erişim programına, progresyon ya da tolere edilemeyen toksisite gelişene dek 24 aya kadar nivolumab 1 mg/kg + ipilimumab 3 mg/kg Q3W \times 4 ve devamında nivolumab 3 mg/kg Q2W tedavisi uygulanmak üzere ≥ 1 basamak sistemik tedavi sonrası relaps görülen erişkin ileri evre melanom hastaları katıldı.

Çalışmaya, en az bir doz nivolumab ve ipilimumab kombinasyonu uygulanan 40 hasta dahil edildi ve tedavi ile ilişkili advers olay kayıtları değerlendirildi. Ortanca 19 haftalık takipte uygulanan ortanca doz sayısı (nivolumab ve ipilimumab kombinasyonu ve tek başına nivolumab) 4 idi. Otuz hasta (%75) hayatta iken 24 hasta (%60) tedavi almaya devam ediyordu. On bir has-

tada (%28) tedavi ile ilişkili advers olaylar dışında nedenlerle tedavi sonlandırıldı. Tedavi ile ilişkili advers olaylar, 5 hastada (%13) tedavinin sonlandırılmasına yol açtı. Tüm evrelerdeki ve evre 3-4 tedavi ile ilişkili advers olaylar sırasıyla hastaların %53 ve %20'sinde görüldü. Yeni bir güvenlilik sinyali saptanmazken bir hasta, nivolumab ve ipilimumab kombinasyonunun ikinci dozundan sonra tedavi ile ilişkili advers olaylar (kolit ve ishal) nedeniyle hayatını kaybetti. Tedavi ile ilişkili advers olayların ortaya çıkma ve sonlanma süreleri sırasıyla ortanca 6 ve 3 haftaydı. Mevcut kılavuzlarla yönetildiğinde tedavi ile ilişkili advers olayların çoğu geri dönüşlüydü. Nivolumab ve ipilimumab kombinasyonunun güvenlilik profilinin önceki raporlar ile uyumlu olduğu görüldü. İmmünoterapiler ile ilişkili advers olayların yönetiminde artan deneyim, kısa takip süresi ve gerçek dünyada ≥ 2 . basamakta kullanım, bu çalışmada bulunan tedavi ile ilişkili advers olay sıklığının önceki raporlara göre düşük olmasını açıklayabilir ancak uzun dönemli takibe ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: nivolumab, ipilimumab, immünoterapi, melanom

EP-100

**KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP
KULLANIMI**

METİN DENİZ KARAKOÇ¹, ÖMER UYANIK²

1 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ
2 DENİZLİ ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri (TAT) toksik ve alerjik etkileri yanında kanser tedavisinde kullanılan diğer ilaçlarla da etkileşerek kemoterapinin etkilerini azaltabilmekte veya yan etkilerini arttırabilmektedir. Çalışma, Denizli ilinde bir kamu hastanesinin medikal onkoloji bölümünde tedavi gören hastaların TAT kullanım yöntemleri, sıklığı ve bunlara neden olan faktörlerin saptanması amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı türde kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya hastane yönetiminin izni (07.12.2016-56834361) ile başlandı. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamları alınarak 20 soruluk bir anket uygulandı ve 260 adet kullanılabilir anket elde edildi. Değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırmak için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare (χ^2) testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamalarının 60.22 ± 9.64 (min:21; max:82) olduğu belirtildi. Şehir merkezlerinde yaşayan hastalarda TAT kullanımının köyler ve kasabalarda yaşayanlara göre önemli ölçüde fazla olduğu ($\chi^2=13.229$, $p=0.01$) saptandı. Çiftçiler arasında TAT kullanımının diğer mesleklere göre önemli ölçüde düşük olduğu ($\chi^2=9.347$, $p<0.01$) belirtildi. Prostat kanserli hastaların diğer hastalara göre daha fazla TAT yöntemlerine başvurduğu saptandı ($\chi^2=5.301$, $p<0.05$). Katılımcıların tanı konulması üzerindeki zaman geçtikçe TAT yöntemlerini kullanımlarının anlamlı derecede arttığı saptandı ($\chi^2= 15.715$, $p<0.01$). Katılımcılar içerisinde kanser tanısı haricinde en az bir

başka hastalığı için daha sürekli ilaç kullanmak zorunda olan kişilerin oranının %36,9 ($n=96$) olduğu belirtildi. Bu hastaların kanser haricinde 60'ının bir, 24'ünün iki ve 12'sinin üç ayrı hastalık için daha ilaç kullanmakta olduğu saptandı. Bu hastalarda şaşırtıcı olarak kanser dışında başka bir rahatsızlığı bulunmayanlara göre TAT kullanımının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($\chi^2=12.381$, $p<0.01$). Araştırmada katılımcıların %31,5'inin ($n= 82$) medikal tedavi sürecinde TAT yöntemlerine başvurduğu belirtildi. Bu hastaların %95,1'inin ($n=78$) bitkisel ürünler, %3,7'sinin ($n=3$) biyorezonans ve %1,2'sinin ($n=1$) homeopati yöntemlerini kullandığı saptandı. Araştırmada TAT yöntemi kullanan katılımcıların %14,8'inin ($n=12$) iki ayrı TAT yöntemini birden kullandığı görüldü. TAT yöntemlerinden bitkisel ürünleri tercih eden hastaların ($n=78$) toplam 17 farklı ürün kullandığı saptandı. 34 hastanın tek, 21 hastanın çift, 13 hastanın üç, 10 hastanın ise dört bitkisel ürünü birlikte kullandığı belirtildi. Araştırmada çörek otunun hastalarca en fazla tüketilen bitkisel ürün olduğu belirtildi.

Sonuç: Araştırma sonucunda hastaların çoğunun 'en azından zararsız bir umut ışığı' gözüyle baktığı TAT yöntemlerini bilgisizce ve yoğun olarak kullandığı tespit edildi. Hastaların bu yöntemlerin potansiyel zararları konusunda daha detaylı bilgilendirilmesi hasta sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: tamamlayıcı ve alternatif tedavi, bitkisel ürün, ilaç etkileşimi, kemoterapi, kanser

EP-101

PERİODONTAL HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE KANSER RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DENİZ CAN GÜVEN¹, ÖMER DİZDAR², ABDULLAH CEVDET AKMAN³, AYŞE EZEL BERKER³, EMRE YEKEDÜZ¹, FURKAN CEYLAN¹, BATUHAN BAŞPINAR¹, ILGIN AKBIYIK¹, DENİZ YÜCE², MUSTAFA ERMAN², MUTLU HAYRAN²

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA
3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ, PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Periodontitis'in oral kavite kanserleri ve meme kanseri gibi çeşitli kanserlerin riskini artırdığını gösteren araştırmalar literatürde mevcuttur. Biz de daha önce ciddi periodontitis varlığının artmış kanser riski ile ilişkili olduğunu göstermiştik (Dizdar et al. Curr Med Res Opin 2017:2195-2200) Bu çalışmada ise herhangi bir periodontal hastalığı olan hastalarda kanser riski aynı yaş ve cinsiyet gruplarındaki Türk Kanser Kayıt Veri Tabanı verileri ile karşılaştırıldı.

Hastalar ve Metod: Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine 2007 ile 2012 yılları arasında başvurup, periodontal hastalık (gingivitis veya periodontitis) tanısı almış hastaların, takip sürecinde kanser tanısı alıp almadığı dosyasından ve hastane otomasyon sisteminden araştırıldı. Karşılaştırma amacıyla yaş ve cinsiyete spesifik kanser insidansları Türk Kanser Kayıt Veritabanı 2013 yılı verilerinden elde edildi. Standardize insidans oranı (SIR), belirli bir yaş ve cinsiyet grubunda gözlenen kanserli olgu sayısının, beklenen sayıya bölünmesiyle hesaplandı.

Bulgular: Periodontal hastalığı olan 5199 hasta çalışmaya dahil edildi. Araştırma kohortunda ortalama yaş 57.7 olup olguların %59'u kadındı. Ortalama takip süresi 7.2 yıl olarak hesaplandı. İzlemde 319 yeni kanser olgusu tespit edildi. En sık gözlenen kanserlerin, kadınlarda meme kanseri (153 olgunun 67'si), erkeklerde ise prostat kanseri (166 olgunun 40'ı) olduğu görüldü. Periodontal hastalığı olanların kanser riski benzer yaş ve cinsi-

yet gruplarındaki toplum verilerine kıyasla %17 artmış bulundu (SIR 1.17, 95% CI 1.04-1.3, p=0.006). Periodontal hastalığı olanlarda artmış kanser riski kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olarak (SIR 1.24, 95% CI 1.05-1.45, p=0.008), erkeklerde risk artışı istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (SIR 1.11, 95% CI 0.95-1.28, p=0.197). Periodontal hastalığı olan kadınlarda, meme kanseri (SIR 2.19, 95% CI 1.71-2.77) ve baş-boyun kanserleri riski (SIR 4.71, 95% CI 2.19-8.93) anlamlı olarak artmış bulundu. Erkeklerde ise prostat kanseri (SIR 3.75, 95% CI 0.95-10.21) ve baş-boyun kanseri riskleri (SIR 3.55, 95% CI 1.87-6.17) benzer yaş ve cinsiyet gruplarındaki genel toplum verilerine kıyasla daha yüksek bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak araştırmamızda, periodontal hastalıkların, erkeklerde prostat ve baş-boyun, kadınlarda ise meme ve baş-boyun kanserlerinin riskinde artış ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bulgular önceki çalışmamızda elde edilen verileri destekler niteliktedir. Çalışmada periodontal hastalık şiddeti ve yaygınlığı değerlendirilmemiştir. Veriler, kronik iltihabi periodontal hastalıkların, yalnızca oral kaviteyi ve periodontal dokuları etkileyen lokal bir sağlık sorunu olmadığını, mikrobiyolojik ve immünolojik mekanizmalarla lokal ve uzak yerleşimli organlarda bazı kanserlerin de riskini arttıracak potansiyele sahip bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Periodontal Hastalık, Standardize İnsidans Oranı

EP-102

TÜRKİYE’NİN NÖROENDOKRİN TÜMÖR EPİDEMİYOLOJİSİ; TÜRK ONKOLOJİ GRUBU (TOG)

ERSİN ÖZASLAN¹, METİN ÖZKAN¹, SİNAN KOCA², BEKİR HACIOĞLU³, ALPER SEVİNÇ⁵, MELİKE ÖZÇELİK⁶, AYŞE OCAK DURAN⁷, HACER DEMİR⁴, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN⁸, SEHER NAZLI KAZAZ⁹, YAŞAR YILDIZ¹⁰, ÖZGÜR TANRIVERDİ¹¹, SERKAN MENEKŞE¹², ASUDE AKSOY¹³, OKTAY BOZKURT¹, METİN ŞEKER¹⁴, MÜKREMİN UYSAL¹⁵, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹⁶, ABDULLAH SAKİN¹⁷, GAMZE GÖKOZ DOĞU¹⁸

- 1 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KAYSERİ
- 2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL
- 3 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, EDİRNE
- 4 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
- 5 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, GAZİANTEP
- 6 KARTAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL
- 7 A. YURTAŞLAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
- 8 GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
- 9 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İZMİR
- 10 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İZMİR
- 11 MUĞLA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, MUĞLA
- 12 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, MANİSA
- 13 FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ELAZIĞ
- 14 CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, SİVAS
- 15 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, AFYON
- 16 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, DİYARBAKIR
- 17 OKMEYDANI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL
- 18 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, DENİZLİ

Giriş-Amaç: Nöroendokrin tümörlerin tüm maligniteler içindeki oranı %1-2’dir. Ancak görülme oranları yıllar geçtikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre GEPNET’ler tüm NET’lerin %58-65’ini oluşturur. Amerika ve Avrupa verilerinde rektum ve jejunum/ileum NET daha fazla görülmektedir. Biz de ülkemizde NET epidemiyolojisini öğrenmek için bu çalışmayı yaptık.

Hastalar ve Metod: Ocak 2000 ile Temmuz 2016 tarihleri arasında Türkiye genelinde, 18 merkezden, 1102 NET vakası retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, tümör karakteristiği, hastaların tedavi modaliteleri ve sağkalımları kayıt edildi.

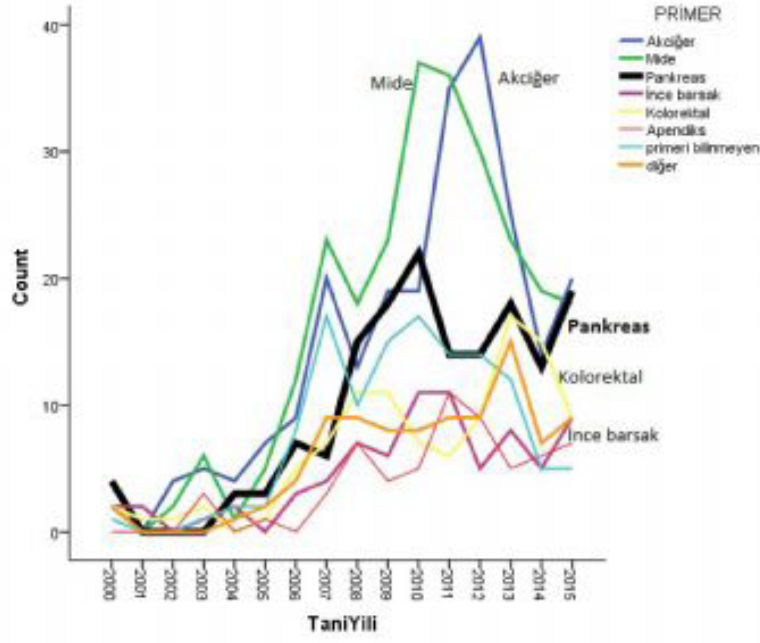
Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen 1102 vakanın 606’sı erkek (%55), 496’sı kadın (%45) idi. Ortanca yaş 56 (aralık, 16-92) idi (Erkeklerde ortanca yaş 58, kadınlarda 54). Hastaların yaklaşık yarısı son 5 yıl içinde tanı almıştı (figür 1). NET’in en fazla kaynaklandığı primer tümör bölgeleri sırasıyla mide (%23), akciğer (%21) ve pankreas (%14) idi (tablo 1 ve figür 2). Karsinoid sendrom görülme oranı % 9.1 idi. GEPNET’lerin en sık geliş şikayeti karın ağrısı (%45) idi. Hastaların % 47’si evre 4 ve %55’i grade 1 idi. En sık metastaz bölgesi karaciğer (%71) idi. Evre arttıkça grade artıyor olarak bulundu (figür 3). Beş yıllık genel sağkalım (GSK) grade 1 hastalarda %89, grade hastalarda % 66 ve grade 3 hastalarda %10 idi. Grade 1 hastalarda GSK 175 ay, grade 2’de 97 ay ve grade 3’te 9 ay idi.

Yapılan univariate analizde yaşın 55’in altında olması, küratif veya palyatif cerrahi yapılması, grade 1 olması ve lokalize hastalık olması iyi prognostik faktörler iken multivariate analizde küratif cerrahi yapılması ve grade 1 olması iyi prognostik faktörler olarak bulundu (tablo 2).

Tartışma: Türkiye’de günümüze kadar NET konusunda yapılmış ilk epidemiyolojik çalışmadır. Amerikada 1973-2004 yılları arasında toplanan 35,825 hasta ile bu konuda yapılan en büyük çalışmada ve Avrupa’da yapılan daha küçük çalışmalarda en sık görülen NET bölgeleri sırasıyla akciğer, ince barsak ve rektum iken Türkiye’de sırasıyla mide, akciğer ve pankreas olması dikkate değer bir durumdur. Ülkemizde midenin en sık primer bölge olmasının sebebi yoğun proton pompa inhibitörü kullanılıyor olması olabilir. İnce barsakta daha nadir görülmesinin sebebi ince barsakın endoskopik olarak değerlendirme zorluğu ve görüntüleme yöntemlerinin bu bölgede yetersizliği olabilir. Rektumda nadir olmasının sebebi ise ülkemizde kolonoskopi ile tarama programlarının yetersiz olması olabilir. Bunların dışında Amerika ve Avrupa ırkı ile bizim ırkımız arasındaki genetik farklılıklar da olabilir. Bunun sebepleri konusunda ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: nöroendokrin tümör, NET, GEPNET, epidemiyoloji

Figür 2



Figür 2. Türkiye'de nöroendokrin tümörlerin primer bölgelerine göre insidansı

Tablo 1

Primer tümör bölgesi	Hasta Sayısı	%
Mide	255	23
Akciğer	235	21
Pankreas	156	14
Kolorektal	104	9
İnce barsak	76	7
Apendiks	61	6
Primeri bilinmeyen	123	11
Diğer	92	8

Tablo 1. Nöroendokrin tümörlerin Türkiye'de primer tümör bölgelerinin sıklığı

EP-103 PEMBROLİZUMAB TEDAVİSİ

MERVE DURSUN, DEMET TÜRKMEN

AMERİKAN HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ, İSTANBUL

Amaç: Pembrolizumab tedavisi alan hastalarda, pembrolizumabın tiroid stimulan hormon (TSH) üzerindeki etkisini incelemek.

Olgu: Ocak 2015 ve Ocak 2018 tarihleri arasında pembrolizumab tedavisi alan hastalar retrospektif olarak incelendi. 28 hastaya, 21 günde bir pembrolizumab tedavisi yapıldı. Çalışmaya çevrim sayılarından dolayı 23 hasta dahil edildi. Bu hastaların 16'sı erkek (%69,57), 7'si kadın (%30,43), yaş ortalamaları ise 56,78'dir. Hastalar hipotiroidi, TSH değerleri ve pembrolizumabla eş zamanlı kemoterapi ya da immünoterapi tedavisi alma durumları açısından değerlendirildi. Hastaların %4,35'inde hipotiroidi mevcut olduğu görüldü, %34,78'inin de pembrolizumabla birlikte kemoterapi ya da immünoterapi aldığı görüldü. Pembrolizumab tedavisi; bronş ve akciğer kanseri (%34,78), malign

melanom (%17,39) ve meme kanseri (%17,39) olan hastalarda ağırlıklı olarak kullanıldı. Hastaların TSH değerleri, pembrolizumab tedavisi öncesinde ve 1 çevrim pembrolizumab tedavisi sonrasında ölçüldü. Veriler t-teste göre değerlendirildiğinde istatistik olarak anlamlı görülmedi. (p=0,8670)

Sonuç: Sonucumuza göre, tek çevrim pembrolizumab tedavisi almış hastaların TSH değerlerinde beklenen etki gözlenmemiştir. Pembrolizumab, yeni kullanılan bir tedavi yöntemi olduğu için yeterli veriye henüz ulaşamamıştır. Pembrolizumab tedavisinin tiroid fonksiyonları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte çalışmamız hala devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pembrolizumab, İmmünoterapi, Tiroid stimulan hormon, Onkoloji

EP-104

HODGKİN LENFOMA TANISIYLA TAKİP EDİLEN VE NİVOLUMAB TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI İLE TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİROL YILDIZ¹, NURİ KARDURMUŞ¹, ALEV TÜRKER², HÜSEYİN BEKÖZ³, A. HAKAN KAYA⁴, MEHMET SÖNMEZ⁵, BİLGİN BAHADIR BAŞGÖZ⁶, EMRE TEKGÜNDÜZ⁴, İSMAİL ERTÜRK¹, HÜSEYİN ABALI⁷, MUTLU ARAT⁸, BURÇ AYDIN⁹, MELTEM KURT YÜKSEL¹⁰, İBRAHİM BARIŞTA², FATOŞ DİLAN KÖSEOĞLU¹¹, BURHAN FERHANOĞLU¹², SEMRA PAYDAŞ¹³

1 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

3 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

4 DR ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

5 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

6 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

7 ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADANA, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

8 FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ, İSTANBUL, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

9 BRİSTOL-MYERS SQUIBB İLAÇLARI, İSTANBUL

10 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

11 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

12 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ VE V.K.V. AMERİKAN HASTANESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ

13 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Hodgkin Lenfoma, tüm lenfomaların %10'unu oluşturmaktadır. Birinci basamak tedavi ile tam cevap elde edilme oranı yüksek olmasına rağmen erken evre Hodgkin lenfomalı hastaların %10-15'inde ve ileri evre hastaların %15-30'unda relaps gelişmektedir. Refrakter ve/veya relaps hastalarda uygulanan salvage ve OKIT tedavilerine rağmen hastaların %50'si refrakter/relaps seyredabilmektedir. Bu hastalarda uygulanabilecek tedavi alternatiflerinden birisi de checkpoint inhibitörleri olan nivolumab ve pembrolizumabdır. Nivolumab ile relaps refrakter Hodgkin lenfomalı hastaların tedavisinde yüksek ve uzun süreli cevap oranları elde edilmektedir fakat hangi hastalarda daha etkili olacağını belirten bir biyomarker henüz bulunamamıştır. Bu çalışmada amaç Hodgkin lenfoma tanısıyla nivolumab tedavisi alan hastalarda nötrofil/lenfosit oranının prediktif bir marker olabileceğini göstermektir.

Gereç-Yöntem: Relaps/ refrakter Hodgkin lenfoma tanısıyla yüksek doz kemoterapi ve olog kök hücre transfüzyonu sonrası progresyon gelişen ve Nivolumab erken erişim programı aracılığıyla en az 1 doz nivolumab tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplam 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık evresi, uygulanan tedavi yöntemi, uygulanmış kemoterapi protokolu tipi ve süresi, biyokimyasal ve radyolojik tetkik sonuçlarına retrospektif olarak ulaşıldı. Nötrofil/lenfosit (NLR) oranının prediktif ve prognostik önemini göstermek için tedavi öncesi ve 8 haftalık nivolumab tedavi sonrası NLR oranı hesaplandı. Hastaların tedaviye radyolojik cevap

zamanları erken (<=12 haftalık tedavi) veya geç (>=16 haftalık tedavi) olarak sınıflandırıldı. Cevap durumu ile bazal ve 8. Haftadaki NLR oranları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 32 yıl (19-76) idi. Nivolumab tedavisi altında hastaların ortalama takip süresi 8 (1-21) aydır. 6 aylık progresyonsuz sağkalım (PFS) ve toplam sağkalım (OS) oranları sırasıyla %66 ve %96'dır. Ortanca OS ve PFS'ye ulaşamamıştır. Erken ve geç cevap oranları sırasıyla %56 ve %58 bulundu. Bazal ve 8. Hafta NLR arasında anlamlı farklılık (4.5 [0.6-21.6] vs 2.3 [0.9-13.0]; p=0.017) mevcut. Erken radyolojik cevap elde edilen hastalarda bazal NLR 2.6 (0.9-20.3), cevap elde edilemeyenlerde bazal NLR 4.9 (1.3-21.6) olup cevap elde edilenlerde daha düşüktür (p:0.015). Erken radyolojik cevap elde edilen hastalarda 8. hafta NLR 2.2 (0.9-9.4), cevap elde edilemeyenlerde 8. Hafta NLR 3.1 (1.1-13.0) olup cevap elde edilenlerde daha düşüktür (p: 0.024). Geç radyolojik cevap elde edilen hastalarda 8. hafta NLR 2.2 (1.2-3.9), cevap elde edilemeyenlerde 8. Hafta NLR 5.3 (1.1-11.5) olup cevap elde edilenlerde daha düşüktür (p: 0.007). (Tablo -1)

Sonuç: Nivolumab tedavisine hem erken hemde geç radyolojik cevap elde edilen tüm hastalarda 8. hafta NLR cevap elde edilemeyen hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin Lenfoma, Nivolumab, Nötrofil/ Lenfosit oranı

Tablo-1 Radyolojik Cevap ile NLR Karşılaştırılması

Erken radyolojik cevap değerlendirilmesi (<12 hafta tedavide)					
	Cevap Ede Edilen		Cevap Ede Edilmeyen		p value
	n	Median (min-max)	n	Median (min-max)	
Bazal NLR	24	2.6 (0.9-28.5)	19	4.9 (1.1-21.6)	0.005
8.Hafta NLR	24	2.2 (0.9-9.4)	19	3.1 (1.1-12.8)	0.006
Late radiological response assessment (>16 weeks of treatment)					
	Cevap Ede Edilen		Cevap Ede Edilmeyen		p value
	n	Median (min-max)	n	Median (min-max)	
Bazal NLR	18	3.7 (0.6-28.5)	13	5.8 (1.1-11.8)	0.167
8.Hafta NLR	18	2.2 (1.1-3.9)	9	5.3 (1.1-11.5)	0.007

EP-105 NİVOLUMAB İLE ÖZEFAGUS SQUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TEDAVİSİ

BİROL YILDIZ, İSMAİL ERTÜRK, NURİ KARADURMUŞ, ŞÜKRÜ ÖZAYDIN

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Özefagus kanseri, kansere bağlı ölümler arasında 6 sırada yer almaktadır. Tüm dünyada 2012 yılında 400000 hasta özefagus kanserine bağlı yaşamını yitirmiştir. Adenokarsinom alttipinde artış olmasına rağmen squamöz hücreli karsinom Asya ülkelerinde en sık görülen alttıptir. Özefagus squamöz hücreli karsinomlu hastalarında cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiden oluşan multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmektedir. Kemoterapi olarak 5-Flurourasil, platin ve taksan içeren rejimler tercih edilmektedir. Birçok solid tümörde hedefe yönelik tedaviler etkili olmasına rağmen özefagus kanserinde etkinliği gösterilememiştir. Günümüzde immunoterapilerin özellikle de primer hedefi T hücresi aracılığıyla immun toleransı ortadan kaldıran ve tümöre sitotoksik cevabı tetikleyen, Nivolumab ve Pembrolizumab gibi anti-PD1 (programmed death) ajanların etkinliklerini birçok tümörde gözlemlemekte ve klinik uygulamamızda tecrübe etmekteyiz. Sizinle nivolumab ile tedavi ettiğimiz özefagus squamöz hücreli karsinomlu tanıli refrakter olgu paylaşmak istedik.

Olgu: 24 yaşında bayan hasta Nisan 2016 yutma güçlüğü nedeniyle başvurduğu sağlık kuruluşunda yapılan endoskopisinde proksimal özefagusta saptanan kitleden alınan biyopsi sonucu hastaya squamöz hücreli özefagus karsinomu tanısı konulmuş. Polikliniğimize başvuran hastanın planlanan Pet/CT görüntülemesinde servikal lenf nodu tutulumu olması nedeniyle hastaya kemoradyoterapi tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası hastaya cerrahi önerildi fakat hasta cerrahi operasyon uygulanmasını kabul etmedi. Paklitaksel tedavisi altında hızlı progresyon gelişen (Resim-1) kitle basısı nedeniyle dispnesi ve beslenme bozukluğu olan hastaya trakeostomi ve perkütan enterogastrotomi işlemi uygulandı. Operasyon sonrası kemoterapi tedavisi almak istemeyen hastaya Nivolumab tedavisi planlandı. 3 mg/kg dozunda 15 gün ara ile tedavisi uygulandı. Tedavinin ikinci ayında alınan kontrol Pet/CT tetkikinde tama yakın cevap elde edildi(Resim-2). Hasta halen Nivolumab tedavisi altında alıp

primer tümörde %80 küçülme mevcuttur.

Sonuç: İmmunoterapinin temel mekanizması tümör hücrelerine karşı uyuyan, yanıt oluşturmayan ve buna bağlı olarak kendisine immun tolerans yaratan kanser hücrelerine karşı yeniden T lenfositleri aktifleyip, onların sitotoksik cevap oluşturmasını sağlamaktır. Özellikle tetiklediği immun sistemin süreğen bir şekilde tümörle savaşması sonrası kalıcı ve etkin tedavi yaratan Anti-PD1 ile prognozu kötü olan mortalitesi yüksek tümörlerde tam ve kalıcı cevap elde etmek mümkün olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: özefagus squamöz hücreli karsinom, immunoterapi, Nivolumab

Resim-1: Nivolumab Öncesi PET/CT Görüntülemesi



EP-106

NADİR GÖRÜLEN İPİLİMUMAB TOKSİSİTESİ: ERİTEMA NODOSUM

HATİME ARZU YAŞAR, NESLİHAN ÖZYURT, GÜNGÖR UTKAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: İpilimumab immün kontrol noktalarından T-lenfosit ilişkili antijen 4(CTLA-4)'e karşı etkili bir monoklonal antikordur. İpilimumab tedavisi malign melanom hastalarında kalıcı tümör yanıtı sağlayarak hastaların toplam sağkalım sürelerine katkıda bulunmuştur. Genel olarak iyi tolere edilmesine rağmen immün ilişkili yan etkiler kullanım kısıtlılığına neden olmaktadır. Yan etkiler en sık gastrointestinal sistemde ve ciltte görülmektedir. Cilt yan etkileri sıklıkla makülopapüler, foliküler, püstüler, veziküler ya da akneiform döküntüler şeklinde görülmektedir. Eritema nodosum ise immünoterapi tedavilerinde çok nadir görülen bir yan etkidir. Biz burada ipilimumab tedavisi sonrasında eritema nodosum gelişen bir hastayı tartışacağız.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta Ekim 2015'te sağ inguinal bölgede şişlik şikayeti ile başvurduğunda PET BT'de sadece sağ inguinal bölgede patolojik tutulum saptandı. Takiben primer lezyon saptanmayan hastaya eksizyonel lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve malign melanom metastazı ile uyumlu bulundu. Yüksek doz interferon tedavisi ve takiben haftada 3 gün interferon tedavisine devam edildi. Tedavinin 10. ayında anal kanalda kanamalı lezyon saptandı ve eksize edildi. Patoloji mukozal malign melanom ile uyumlu geldi. Sağ ve sol inguinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve patolojik değerlendirme malign melanom metastazı ile uyumlu bulundu. Hastaya toplam 6 kür temozolamid tedavisi verildi. Tedavi sonrasında sol inguinal bölgede ve anal bölgede tekrarlayan ele gelen kitle olması nedeniyle ipilimumab tedavisi başlandı. Hasta 4. kür ipilimumab tedavisi sonrasında ellerde ve ayaklarda ağrılı nodüler lezyonlar olması üzerine başvurdu (Resim 1-2). Hastanın ciltteki lezyonlarından eritema nodosum ön tanısı ile biyopsi alındı. Hastaya 60mg deltacortril ve nonsteroidal anti inflamatuvar tedavi başlandı. Tedavi sonrasında cilt lezyonlarında gerileme saptandı.

Tartışma: Malign melanomda immünoterapi genel sağkalıma katkıda bulunmaktadır, bununla birlikte immün ilişkili yan et-

kileri de beraberinde getirmiştir. İmmünoterapi alan hastaların optimal hasta yönetiminde immün ilişkili toksisiteyi göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Cilt ile ilişkili toksisiteyi 4 ana reaksiyon olarak sınıflandırabilir; 1.inflamatuvar, 2.immüno-büllöz, 3 keratinositik değişiklikler 4.melanositik değişiklikler. Eritema nodosum nadir olarak görülen bir yan etkidir. Bazen hastalık nüksü ile karıştırılabilir. Bu açıdan cilt toksisitesinde eritema nodosum ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ipilimumab, eritema nodosum, cilt toksisitesi

Resim 1



Elde eritema nodosum

Resim 2



Bacakta eritema nodosum

EP-107

NEOAJUVAN KEMOTERAPİ ALAN MEME KANSERİ HASTALARINDA TEDAVİYE YANITI BELİRLEMEDE PET/BT VE MEME MR IN KARŞILAŞTIRILMASI

AYLİN FATMA KARATAŞ¹, FERAY ARAS³, İHSAN ŞEBNEM ÖRGÜÇ²,
TEOMAN COŞKUN⁴, GAMZE GÖKSEL ÖZTÜRK⁵

1 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

2 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, MANİSA

3 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÜKLEER TIP ANA BİLİM DALI, MANİSA

4 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, MANİSA

5 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, MANİSA

Amaç: Meme kanserli hastalarda neoadjuvant tedavi yanıtını belirlemede en etkin radyolojik yöntem seçimini belirleyebilmek

Gereç-Yöntem: Kasım 2012-Mart 2017 tarihleri arasında lokal ileri evre meme kanseri tanısı ile neoadjuvan kemoterapi alan ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amacı ile PET/BT ve Meme MR ile radyolojik görüntülemeleri yapılan 28 hastanın dosyaları ve arşiv görüntüleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların, ilk başvuru ve tedavi bitiminde, memedeki kitle, aksilla, cilt metastazları ile ilgili klinik durumları kaydedildi. Patoloji sonucuna göre makroskobik tümör dokusu bulunması yanıt yok (YY), lezyonun kaybolması tam yanıt (TY), rezidü tümör dokusu bulunması parsiyel yanıt (PY) olarak sınıflandırıldı. MR da lezyonda ölçülen en uzun çap için yüzde 20 nin üzerindeki artış progresif hastalık, yüzde 20 den fazla azalma parsiyel yanıt ve lezyonun ortadan kalkması tam yanıt; PET-CT de ölçülen SUV (SUVmax ve SUVmean) değerlerinde yüzde 30 dan fazla artış progresif hastalık, yüzde 30 dan fazla azalma parsiyel yanıt, lezyonun ortadan kalkması tam yanıt olarak sınıflandırılmıştır. Bu sonuçlar patolojik olarak sınıflandırılan yanıtlarla SPSS 15.00 kullanılarak Ki-kare testi ve Multinomial Logistic yöntemiyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Tedavi öncesi ve sonrası elde edilen PET-CT ve Meme MR sonuçları Multinomial Logistic ile karşılaştırıldı. Meme MR ile elde edilen psödo-R-square 0,534, PET-CT ile elde edilen Suvmax için 0,376 Suvmean için 0,444 olarak hesaplandı. Çalışmamıza göre patolojik yanıt en yakın sonuç veren yöntem Meme MR, sonrasında Suvmean değerlerinin hesaplandığı PET-CT olduğu gözlemlendi. Aksilla tutulumu açısından PET-CT ve Meme MR karşılaştırıldığında, psödo-R-square PET-CT için 0,002, Meme MR için 0,131 olarak hesaplanmış olup, iki yöntem

arasında belirgin fark olmamakla birlikte aksiller metastazı değerlendirilmede Meme MR in daha üstün olduğu gösterilmiştir. Cilt tutulumu açısından PET-CT ve Meme MR karşılaştırıldığında, psödo-R-square Meme MR için 0,366, PET-CT için 0,361 saptanmış olup 2 yöntem arasında belirgin fark olmamakla birlikte Meme MR in daha duyarlı olduğu gösterilmiştir.

Sonuç: Olguların takibinde tedaviye yanıt açısından yeni oluşan veya mevcut kitlenin metabolik olarak aktif olup olmadığını ortaya koyabilmek ve metastatik hastalıkta her iki memeyi birlikte daha iyi değerlendirme olanağı sunması gibi üstünlükleri nedeniyle PET-CT maliyet yüksek olmasına rağmen Meme MR ile birlikte kullanıldı. Ancak çalışmamızda tedavi bitiminde Meme MR in PET-CT ye göre patolojik yanıtı saptamada, cilt ve axilla tutulumunu değerlendirmede daha duyarlı olduğu gözlemlendi. Sonuçta, hasta sayısının az olması nedeniyle daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte neoadjuvan meme kanseri hastalarının tedaviye yanıtını izlemek için Meme MR PET BT ye üstün görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, Meme MRG, neoadjuvan, PET-CT

Tedavi öncesi ve sonrası PET-CT ve Meme MR bulguları patoloji ile karşılaştırma

	Psödo-R-Square
PET-CT meme SUVMAX	0,376
PET-CT meme SUVMEAN	0,444
MEME MR meme	0,534
PET-CT Aksilla	0,002
Meme MR Aksilla	0,131
PET-CT Cilt Tutulumu	0,361
Meme MR Cilt Tutulumu	0,366

EP-108

ANASTRAZOL İLE İLİŞKİLİ HALLUSİNASYON DURUMUNDA LETROZOLA GEÇMEK BİR TEDAVİ SEÇENEĞİ OLABİLİR Mİ?: VAKA SUNUMU

YAKUP BOZKAYA¹, GÖKMEN UMUT ERDEM², NEBİ SERKAN DEMİRCİ³

1 EDİRNE SULTAN I. MURAT DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, EDİRNE
2 SBÜ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KOCAELİ
3 TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, TEKİRDAĞ

Amaç: Aromataz inhibitörleri (Aİ) bir kısmı yaşam kalitesini etkileyebilen olmak üzere çeşitli yan etkilere sahiptir. Çoğunlukla kemik, kas ve iskelet sistemi, genitoüriner sistem ve kardiyovasküler sistem üzerinde çeşitli yan etkilere sahiptir. Nörolojik sistemde daha çok kognitif fonksiyonlar üzerinde etkileri raporlanmıştır. Hallusinasyon ile ilgili yan etkileri üzerine net bir bilgi yoktur. Anastrozol ile ilişkili hallusinasyon görülen bir hastayı raporladık.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta sol memede ele gelen kit- le nedeniyle hastaneye başvurmuş. Yapılan fizik muayenesi ve meme görüntülemesinde sol meme'de 14x16 mm kitlesel lez- yon saptanmış. Tru-cut biyopsi sonucu invaziv duktal karsinom gelmesi sol meme modifiye radikal mastektomi artı aksiler lenf nodu disseksiyonu yapılmış. Histopatolojik değerlendirilmesin- de; Östrojen reseptörü (ER) %90, Progesteron reseptörü (PR) % 20, Cerb2 ++, 13 adet lenf nodu pozitif olan hasta invaziv duktal karsinom (T2N3) olarak raporlandı. Floresan in situ hibridizasyon sonucu Her2 Amplifikasyonu pozitif olarak değerlendirildi. Medikal onkoloji kliniğimize başvuran hastanın yapılan PET-CT görüntülemesinde; kostalar, vertebralar, sakroiliak olmak üze- re çok sayıda kemik metastazları saptandı. Kemik metastazları için zolendronik asit ve palyatif radyoterapi uygulandı. Hasta- ya primeri opere metastatik hormon pozitif meme kanseri ta-

nisiyla transtuzumab ve postmenepozal olduğu için aromataz inhibitörü olarak anastrozol başlandı (asemptomatik, visseral metastaz yok). Anastrozol başlanmasından yaklaşık 20 gün sonra görsel hallusinasyon yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi doğal ve radyolojik olarak krani- yal metastazı yoktu. Hepatik, renal ve tiroidal fonksiyon testleri normal aralıkta idi. Herhangi bir steroid kullanım öyküsü yoktu. Hastanın mevcut tablosunun anastrozol tedavisi sonrası olabi- leceği düşünülerek tedaviye bir süre ara verildi. Bu dönemde hiçbir şikâyeti olmayan hastaya anastrozol tekrar başlanıl- dıktan sonra hallusinasyon yakınmaları tekrarlaması üzerine anastrozol tedavisi kalıcı olarak kesildi ve yerine letrozol tedavi başlandı. Letrozol tedavisi sonrası herhangi bir nöropsikiyat- rik yakınması olmadı. Hasta şuan yaklaşık 7 aydır trantzumab, zolendronik asit, ve letrozol tedavisini herhangi bir yakınması olmadan almaktadır.

Sonuç: Aromataz inhibitörlerine bağlı hallusinasyon nadir görü- len bir durumdur. Aİ bağlı hallusinasyon görülmesi durumunda diğer Aİ'ye geçmek bir tedavi seçeneği olabilir. Bu yan etki ile ilgili çalışma ve vaka sonuçlarının raporlanması ile ilerde daha net bilgi sahibi olunabilir.

Anahtar Kelimeler: Anastrozol, Letrozol, Metastatik Meme Kanseri, Aromataz İnhibitörü

EP-109

KAPESİTABİN İLİŞKİLİ AKUT PANKREATİT: OLGU SUNUMU

YAKUP ERGÜN, MUTLU DOĞAN, OZAN YAZICI, ÖZNUR BAL, GÖKHAN UÇAR, NURULLAH ZENGİN

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

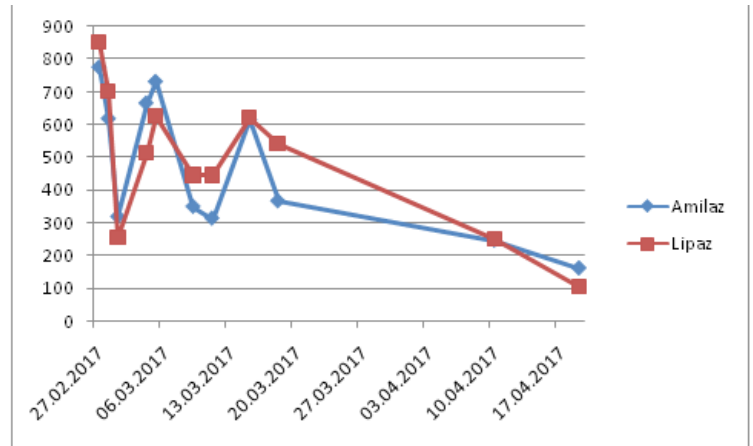
Amaç: Kapesitabin, 5-fluouracilin ön ilaç formu olarak kullanı- lan ve geniş kullanım alanı olan oral bir kemoterapötik ajandır. Kemoterapi kaynaklı akut pankreatit nadiren bildirilir ve çoğu kendini sınırlayan hafif şiddetli tiptedir. Kapesitabine bağlı akut pankreatit ise çok nadir görülmekte olup literatürde vaka bildi- rimleri şeklinde yer almaktadır. Biz, 35 yaşında meme kanseri nedeniyle kapesitabin ve lapatinip alan ve tedavinin 8. ayında (12. Kür) sırasında akut pankreatit tanısı konan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 35 yaşında metastatik meme kanseri nedeniyle 3. Basa- mak kapesitabin ve lapatinip başlanan kadın hastanın tedavi- sinin 12. küründe şiddetli karın ağrısı, bulantı-kusma şikaye- tiyle başvurdu. Fizik muayede; ateş: 37,2 °C, TA: 100/60 mm/ Hg, nbz: 98/dakika, epigastrik hassasiyet dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; amilaz: 774 U/L (nor- mal:26-100 U/L), lipaz: 850 U/L (normal:0-67 U/L) ve CRP: 103 mg/L (normal:0-5 mg/L) olup bunun dışında laboratuvar ano- maliği yoktu. Batın BT'de; Pankreas kalınlığı artmış olup pank- reas çevresinde sıvı izlendi ve yağ dokusunda kirlenme dikka- ti çekmiştir şeklinde yorumlandı. Hasta basit ödematöz akut pankreatit ön tanısıyla yatırıldı. Oral alımı kısıtlanan hastaya İV hidrasyon ve analjezik başlandı. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde; lipit paneli normal, amilaz/kreatin klirensi pank- reatit ile uyumlu. Yapılan etiyolojik değerlendirme sonrası dış- lama tanısı olarak kapesitabine bağlı akut pankreatit düşünü- lüp kapesitabin kesildi. Takiplerde karın ağrısı azalan hastanın oral alımı sıvı gıdalarla başlamak üzere açıldı. Kontrol amilaz ve lipaz değerleri tamamen normale gelmemekle birlikte ge- riledi. Amilaz değerinin normale gelmesi yaklaşık 2 ay sürdü (resim 1). Hastanın meme kanserine yönelik aldığı kapesitabin ve lapatinib kesilip 4. Basamak trastzumab emtansine (T-DM1) başlandı. Poliklinik kontrolleri devam eden hastada akut pank- reatitin sebep olabileceği herhangi bir komplikasyon izlenmedi, T-DM1 ile tedavi devam etmekte.

Sonuç: Kapesitabin kullanımında en sık tanımlanan yan etkiler; bulantı-kusma(%53), palmo-plantar eritrodis- tezis (el-ayak sendromu) (%11-62), yorgunluk (%42), stomatit (%23), karın ağrısı (%20), iştahsızlık (%20) şeklindedir.

Kapesitabin kullanımına bağlı akut pankreatit beklenen yan etki olmayıp literatürde vaka bildirimleri şeklinde yer almakta- dır. İfosamid, paklitaksel, vinorelbin, borteomib gibi kemote- rapötik ilaçlar akut pankreatit etiolojisinde en sık suçlanan ajanlardır. Kapesitabin ilişkili akut pankreatitin patofizyolojisi bilinmemektedir. İlaç ilişkili akut pankreatit tanısı diğer neden- lerin dışlanması ile konur. Bizim vakamızda da akut pankreatit etyolojisinde rol alan ilaç dışı herhangi bir sebep saptanma- dığından ilaç ilişkili akut pankreatit düşündük. Tedavide ilaca bağlı tüm pankreatitlerde olduğu gibi sorumlu ajanın kesilip destek tedavisi başlanması ve komplikasyon açısından yakın takip edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, kapesitabin, akut pankreatit



amilaz-lipaz seyri

EP-110

MEME KANSERİNDE MAMOGRAFİ İLE TARAMANIN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİNLİĞİ YENİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ İLE AZALIYOR, KARŞILAŞTIRMALI KLİNİK SERİ

ALİŞAN ZIRTILOĞLU¹, DENİZ TURAL¹, MUSTAFA KARACA², ASLIHAN GÜLEÇ³, İBRAHİM ÇİL¹, ÖZGECAN DÜLGAR¹, SAADETTİN KILIÇKAP⁴, SERDAR N. TURHAL⁵, AHMET ÖZET³

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANTALYA

3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

4 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

5 ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç: Mamografi (MMG) ile taramanın üstünlüğü, günümüze kadar yapılmış birden fazla çalışmada gösterilmiştir. Ancak, son zamanlarda yapılan çalışmalar, kemoterapi (KT) rejimlerinin etkinliklerinin giderek artmasıyla beraber bu sağkalım üstünlüğünü tartışmaya açmıştır.

Yöntem: Üç farklı üçüncü basamak merkezden, 2000 Mayıs ve 2016 Haziran tarihleri arasında meme kanseri tanısı konan, 1488 hastanın verileri, dosya ve elektronik kayıt sistemlerinden retrospektif olarak tarandı. 914 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar MMG tarama ile tanı alan ve semptomatik başvuru sonrası tanı alan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Genel Sağkalım (GS), hastaların tanı tarihinden hastalığa bağlı ölüm tarihine kadar geçen süre olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 51 [22 88]; medyan takip süresi 46±37,9 ay, medyan hastalısız sağkalım 43±36,2 ay, medyan GS ise 46±38,27 ay olarak saptandı. Tüm popülasyonun 5-yıllık hastalısız sağkalım oranı %81,6 iken, 5-yıllık GS (5y-GS) oranı %86,6 idi. Hastaların %43,4'ü premenopozal iken %56,5'i ise postmenopozaldı. Histolojik alt-tip %90 İnvazif Duktal Karsinom'du. Hastaların %57,8'i Modifiye Radikal Mastektomi (MRM), %23,5'i Meme Koruyucu Cerrahi ile opere olmuştu. Evre-I hastalık 233 (%25,4), evre-II hastalık 338 (%36,9), evre-III hastalık ise 343 hastada (%37,5) saptandı. Hormon-reseptör (HR) pozitif 765 (%83,6), HER-2 pozitif 239 (%26,1), triple-negatif (TN) 73 (%7,9), luminal-A 580 (%63,5), luminal-B 167 (%18,3), HER-2 meme kanseri (ER ve PR negatif ve HER-2 pozitif) hasta sayısı ise 72 (%7,8) olarak saptandı.

MMG tarama ile saptanan meme kanseri 302 hastadan (%33) oluşmakta iken, semptomatik başvuru sonrası tanı alanlar 612 hastadan (%66,9) oluşmaktaydı. Medyan yaşlar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,619). Bu iki grubun klinik ve histopatolojik özellikleri Tablo-1'de özetlendi. Semptomatik hasta grubu ile MMG tarama grupları arasında nüks oranları yönünden anlamlı fark saptanmadı (%18,8 vs %17,6; p=0,56). İki grup arasında nükse kadar geçen süre açısından da istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (41±34,4 vs 46±39,2 ay; p=0,058). Ancak ölüm oranı semptomatik grupta daha fazlayken (%13,9 vs %8,6; p=0,02), ölüme kadar geçen süre de semptomatik grupta daha kısaydı (43,5±36,7 vs 49±40,8 ay).

MMG ile taramada saptanan hastalarda 5y-GS %91,6 iken semptomatik hastalarda bu oran %83,7'de kaldı (p=0,003). Ancak multivariate analizde bu ilişki saptanmadı (p=0,145, HR=0,68 [%95 CI: 0,42-1,11]). Sağkalım verileri Tablo-2'de özetlendi.

Sonuç: MMG ile tarama grubundaki hastalar semptomatik olan hastalara göre daha erken evrede, daha düşük gradlı ve daha çok sıklıkta HR pozitif olmaktadır. MMG ile meme kanseri saptanan hastalar daha az kemoterapiye maruz kalmakta ve daha az adjuvan RT'ye ihtiyaç duymaktadır. Aynı zamanda bu hastalarda meme koruyucu tedavi oranları da daha yüksektir. Bununla birlikte mamografi, sağkalıma etki eden bağımsız bir parametre değildir. Bu durum daha kapsamlı çalışmalarla araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, tarama, mamografi, modern tedavi

İki grubun hasta karakteristikleri

	Semptomatik Hastalar N(%)	Mamografi ile Tarama N(%)	p değeri
Menopoz durumu:	.	.	
-Premenopozal	272 (44,4)	114 (37,7)	0,010
-Postmenopozal	314 (51,3)	188 (62,3)	
Histolojik alt-tip:	.	.	
-IDK	542 (88,6)	270 (89,4)	0,110
-ILK	25 (4,1)	21 (7,0)	
-Mikst	33 (5,4)	11 (3,6)	
Operasyon türü:	.	.	
-MRM	377 (61,6)	151 (50)	0,001
-Mastektomi & SLNB	32 (5,4)	35 (11,6)	
-MKC & SLNB	137 (22,4)	78 (25,8)	
-Basit Mastektomi	65 (10,6)	38 (12,6)	
Evre:	.	.	
-Evre I	103 (16,8)	130 (43,0)	<0,001
-Evre II	238 (38,9)	100 (33,1)	
-Evre III	271 (44,3)	72 (23,8)	
Grad:	.	.	
-G1	36 (5,9)	35 (11,6)	<0,001
-G2	336 (54,9)	186 (61,6)	
-G3	220 (35,9)	76 (25,2)	
Vasküler invazyon:	.	.	
-VI var	195 (33,7)	52 (17,6)	<0,001
-VI yok	383 (66,3)	243 (82,4)	
Lenfatik invazyon:	.	.	
-LI var	239 (41,8)	63 (21,4)	<0,001
-LI yok	333 (58,2)	232 (78,6)	
Perinöral invazyon:	.	.	
-PNI var	109 (19,2)	23 (7,8)	<0,001
-PNI yok	459 (80,8)	272 (92,2)	
Hormon-reseptör statüsü:	.	.	
-Pozitif	496 (81,2)	269 (89,1)	0,002
-Negatif	115 (18,8)	33 (10,9)	
HER-2 aşırı ekspresyonu:	.	.	
-Pozitif	269 (89,1)	74 (24,9)	0,390
-Negatif	33 (10,9)	223 (75,1)	
Moleküler alt-tip:	.	.	
-Luminal A	372 (62,5)	208 (70,0)	0,030
-Luminal B	111 (18,7)	56 (18,9)	
-HER-2	54 (9,1)	18 (6,1)	
-Triple Negatif	58 (9,7)	15 (5,0)	
Antrasiklin Kemoterapisi:	.	.	
-Var	478 (79,5)	206 (68,2)	<0,001
-Yok	123 (20,5)	96 (31,8)	
Taksan Kemoterapisi:	.	.	
-Var	289 (48,1)	106 (35,1)	<0,001
-Yok	312 (51,9)	196 (64,9)	
Adjuvan Radyoterapi:	.	.	
-Var	406 (68,9)	160 (53,0)	<0,001
-Yok	183 (31,1)	142 (57,0)	
Adjuvan Hormonoterapi*:	.	.	
-Tamoksifen	160 (53,0)	139 (51,9)	0,780
-Aromataz inhibitörü	142 (57,0)	130 (48,1)	
Adjuvan Trastuzumab^:	.	.	
-Var	156 (95,1)	156 (95,1)	0,090
-Yok	8 (4,9)	8 (4,9)	

“İstatistiksel analiz için Ki-kare testi kullanıldı.” Kısaltmalar: IDK (İnvazif duktal karsinom), ILK (İnvazif lobüler karsinom), MRM (Modifiye Radikal Mastektomi), MKC (Meme Koruyucu Cerrahi), SLNB (Sentinel Lenf Nodu Biopsisi), VI (Vasküler invazyon), LI (Lenfatik invazyon), PNI (perinöral invazyon). *Sadece Hormon-Reseptör pozitif hasta grubunda değerlendirildi. ^Sadece HER-2 aşırı ekspresyon olan hasta grubunda değerlendirildi.

Sağkalım Analizi Sonuçları

Değişkenler	N (%)	5y-GS (%)	Univariate p değeri	Multivariate p değeri	HR(%95,0 CI)
Menopoz -Premenopozal -Postmenopozal	. 386 (43,4) 502 (56,5)	. 84,3 88,6	0,757		
Histoloji -IDK -ILK -Mikst	. 812 (90,0) 46 (5,1) 44 (4,9)	. 87,8 83,8 82,2	0,101		
Operasyon türü -MRM -Mastektomi & SLNB -MKC & SLNB -Basit Mastektomi	. 528 (57,8) 67 (7,3) 215 (23,5) 103 (11,2)	. 84,4 96,3 88,7 88,8	0,001	0,307	
Evre -Evre I -Evre II -Evre III	. 233 (25,4) 338 (36,9) 343 (37,5)	. 95,5 88,1 79,3	<0,001	0,025	. 1,94 (0,90-4,20) 2,13 (1,22-3,70) 2,67 (1,42-5,30)
Grad -G1 -G2 -G3	. 71 (7,9) 522 (58,7) 296 (33,3)	. 92,1 90 81	<0,001	0,204	
Vasküler invazyon -Var -Yok	. 247 (28,3) 626 (71,6)	. 77 91,1	<0,001	0,313	
Lenfatik invazyon -Var -Yok	. 302 (34,8) 565 (65,1)	. 75,9 93,2	<0,001	0,004	2,69 (1,48-4,91)
Perinöral invazyon -Var -Yok	. 132 (15,3) 731 (84,6)	. 81,9 87,9	0,216		
Luminal-A alt-tip -Evet -Hayır	. 580 (63,5) 334 (36,4)	. 89,1 82	0,016	0,200	0,76 (0,49-1,17)
Luminal-B alt-tip -Evet -Hayır	. 167 (18,3) 747 (81,6)	. 91,2 85,6	0,248		
HER-2 Hastalık -Evet -Hayır	. 72 (7,8) 842 (92,1)	. 86,8 84,5	0,747		
TN alt-tip -Evet -Hayır	. 73 (7,9) 841 (92,0)	. 72,2 87,8	0,71		
Antrasiklin KT -Var -Yok	. 684 (75,7) 219 (24,2)	. 87,3 84,5	0,015	0,001	0,35 (0,21-0,55)
Taksan KT -Var -Yok	. 508 (56,2) 395 (43,7)	. 85,3 88,5	0,380		
Prezentasyon -Mamografi -Semptomatik	. 302 (33,0) 612 (66,9)	. 91,6 83,7	0,003	0,145	0,68 (0,42-1,11)

“Univariate analiz için Kaplan-Meier eğrisi (Log-Rank test), multivariate analiz için ise Cox Regresyonu kullanıldı.” Kısaltmalar: IDK (Invazif Duktal Karsinom), ILK (Invazif Lobuler Karsinom), MRM (Modifiye Radikal Mastektomi), MKC (Meme Koruyucu Cerrahi), SLNB (Sentinel Lenf Nodu Biopsisi), TN (Triple-Negatif), KT (Kemoterapi).

EP-112

**EKSTREM HİPERKALSEMİYE BAĞLI İLEUSLA PREZENTE OLAN
METASTATİK MEME KANSERİ**

İREM YASİN¹, EZGİ ÇOBAN², TARIK DEMİR², MESUT ŞEKER², HACI MEHMET TÜRK²

1 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL

2 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Metastatik meme kanserinin ekstrem hiperkalsemiye bağlı ileus tablosuyla prezente olduğu olgunun sunumu

Bulgular: 58 yaşında kadın hasta üç gündür devam eden bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde multipl skleroz, hipertansiyon ve 13 sene önce geçirilmiş tiroidektomi operasyonu bulunan hasta multipl skleroz tedavisi için azatiopurin ve antihipertansif olarak amlodipin ve valsartan-hidroklorotiyazid kullanmaktaydı. Sigara ve alkol öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinç açık, TA:83/45 mmHg, NDS:124, Ateş: 37 C°. Batın distandü, tüm kadrantlarda hassasiyeti mevcut ancak defans ve rebound yoktu. Rektal tuşede gaita bulaşı bulunan hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde Wbc: 8,7 103/ul Hgb: 12.4g/dl, Hct: 36,3 %, Mcv: 92,7 fl, Plt: 397 103/ul, T. protein: 7,4 g/dl, Albumin: 3,9 g/dl, Glukoz: 154 mg/dl, Na: 138 mmol/l, K: 3,82 mmol/l, Crp: 9, Üre: 46 mg/dl, Kreatinin: 1,1 mg/dl, AST: 32 u/l, ALT: 35 u/l, ALP: 109 u/l, GGT: 150 u/l, Total bilirubin: 0.69 mg/dl, Direkt bilirubin: 0.15 mg/dl, LDH: 350 u/l, Ca: 23,4 mg/dl olarak ölçüldü. Ayakta direk batın grafisinde multipl hava sıvı seviyeleri görüldü. Batın tomografisinde paraaortokaval alanda, her iki ana iliak zincir proksimalinde büyüğünün boyutu solda infrarenal seviyede yaklaşık 11x6 mm olarak ölçülen multipl sayıda lenf nodu, batın sağ alt kadranda ileal anslar seviyesinden başlayan ve prok-

simalde diffüz devam eden genişliği yaklaşık 4 cm'ye ulaşan anslarda dilatasyon ve hava sıvı seviyelenmeleri ve kesit dahili tüm kemik yapılarında yaygın metastatik hipodens litik lezyonlar olduğu görüldü. Hiperkalsemiye bağlı ileus tanısıyla genel cerrahi tarafından da değerlendirilen hastaya akut cerrahi girişim düşünülmeydi. Hastaya nazogastrik sonda takıldı, sulu lavman yapıldı, hipotansiyonuna yönelik inotrop tedavi, hiperkalsemi tedavisi için izotonik sıvı infüzyonu, intravenöz deksametazon ve zoledronik asit infüzyonu verildi. Hiperkalsemisi ve ileus tablosu gerileyen hastaya batın tomografisinde görülen metastatik kemik lezyonlarının primerinin bulunması açısından çekilen Pet-Ct ' de sol meme alt dış kadranda 26*30 mm primer malign olduğu düşünülen lezyon, sol supraklavikular, infraklavikular, sol aksillar metastatik lenf nodu ve iskelet sisteminde çok sayıda yaygın metastatik odaklar saptandı. Hastanın sol memesinde görülen kitleden yapılan tru-cut biyopsi ile histolojik grade 2, er %5 (+), pr (-), cerbb2 (-), invaziv meme karsinomu teşhisi konuldu. Metastatik meme ca tanısı ile palyatif amaçlı paklitaksel 130 mg/hafta kemoterapi başlandı.

Sonuç: Erken dönemde teşhis edilmeyen meme kanserinin metastatik kemik lezyonlarına bağlı gelişen ağır hiperkalsemi ve bununla ilişkili ileus gibi klinik tablolarla prezente olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: hiperkalsemi, ileus, meme

EP-113

**MEME KANSERİNDE ADJUVAN TRASTUZUMAB TEDAVİSİ
ALAN HASTALARDA RETROSPEKTİF ETKİNLİK VE YAN ETKİ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SELİN KARKIN¹, HASAN ŞENOL COŞKUN¹, SEMA SEZGİN GÖKSU¹, MURATHAN KÜÇÜK²

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, KARDİYOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Her-2 pozitif meme kanserinde trastuzumab çığır açıcı bir tedavidir. Trastuzumabın en belirleyici toksisitesi kardiyotoksik özelliğidir. Çalışmamızda erken evre meme kanseri tanısı almış HER2 pozitif hastaların adjuvan trastuzumab tedavisinde ki etkinlik ve yan etkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010-2015 yılları arasında meme kanseri tanısı almış ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda adjuvan kemoterapi ve Trastuzumab tedavisi verilen 93 hasta çalışmaya alındı. Hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların klinik özellikleri ve tedavi takipleri değerlendirildi. Kardiyotoksisite transtorasik ekokardiyografi ile takip edildi.

Bulgular: Çalışmaya 93 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 93 hastanın tanı yaşı medyan değeri 53'tü. Hastaların kemoterapi rejimleri %6,5 siklofosfanid/adriamisin (CA), %32,3

siklofosfanid/adriamisin-dosetaksel(CA-DOS), %14 siklofosfanid/adriamisin-paklitaksel(CA-PAK), %35,5 siklofosfanid/adriamisin/fluorourasil-dosetaksel (CAF-DOS), %8,6 siklofosfanid/epirubisin/fluorourasil-dosetaksel (CEF-DOS), %1,1 siklofosfanid/epirubisin/fluorourasil-paklitaksel (CEF-PAK)'di. Hastaların 87'si (% 93,5) tedavisini 1 yıla tamamladı, 4 hastanın (% 4,3) yan etki nedeniyle tedavisi kesildi, 2 hastanın (% 2,2) tedavisi değerlendirilemedi. Tedavisi kesilen hastalardan birinde pulmoner emboli, geri kalan 3 hastada (% 3,22) ise LVEF % değerlerinde %20'den fazla azalma görüldü.

Sonuç: Takip edilen hastaların 3'ünde (%3,2) kardiyotoksisite görülmüştür. Klinik bulgular literatürde verilen kardiyotoksisite oranları ile uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, adjuvan trastuzumab, yan etki

EP-114

CASE REPORT: SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE BREAST

EMİN ABDULLAYEV¹, CAVİD HASANZADE², ELCHİN ABDULLAYEV³

HELIOS KLINIKUM BERLIN BUCH, CLINIC FOR HEMATOLOGY AND STEM CELLS TRANSPLANTATION, BERLIN, GERMANY
2 GANJA INTERNATIONAL HOSPITAL, BAKU, AZERBAIJAN.
3 CENTRAL MILITARY CLINICAL HOSPITAL, BAKU, AZERBAIJAN

Introduction: Squamous cell carcinoma (SqCC) is most common in the skin and other organs surrounded with squamous cells such as the esophagus and the anus. SqCC of the breast is very rare accounting less than 0.1% of all invasive breast carcinomas. [1]. This is a very aggressive, hormone receptor negative and treatment refractory tumor with poor prognosis. We report a case of primary SqCC of the breast presenting as a usual breast carcinoma.

Case: A 78-year-old postmenopausal lady presented with a lump in the right breast. She was a non-smoker. The lump was gradually progressive in size, not associated with pain, nipple discharge and retraction or dimpling of the skin. Her family history was not significant for breast cancer; she give birth to one child. Her most recent Pap smear had been negative for any squamous lesion. Physical examination revealed firm, rubbery, non-tender and non-mobile lesion of 4 × 5 cm in upper outer quadrant of the right breast. Axillary lymph nodes were not enlarged. A digital mammogram was performed and showed a mass of 32 millimetres with spiculated margins, positioned five centimetres behind the nipple. Ultrasound of the lesion confirmed this. The radiologist classified the mass as a suspicious abnormality. Right-modified radical mastectomy with axillary lymph nodes dissection was performed. Pathological examination showed a locally cornified squamous cell carcinoma with a mitosis activity index (Ki-67) 10. The conclusion was a radical excision of a moderate differentiated squamous cell carcinoma of the breast, with a size of three centimeters. The histological grade was I (a well defined tumor). In the preparation eleven lymph nodes were found a reactive hyperplasia. There

was no metastasis in the lymph nodes; the tumor was classified as pT2N1Mx breast carcinoma. Determination of the hormone receptors showed negativity for estrogen and progesterone receptors. There was no amplification of the 3-c-erbB-2-oncoprotein receptor.

The case was discussed in the multidisciplinary oncology conference. The decision was made to treat this patient according adjuvant treatment with breast carcinoma, just like an adenocarcinoma. The patient had no other complaints or signs of another tumour.

A year after the operation there were no indications for relapse nor for metastasis or a skin tumor.

Conclusion: Pure Primary Squamous cell carcinoma of the breast is a very rarely and aggressive disease. Poor response of the SqCC of the breast to chemotherapeutic regimens commonly used in breast cancer, suggests that EGFR inhibitors and platin based regimens could be a promising option for treatment of these tumors. In our report the choice of adjuvant therapy was perfectly in accord with the new suggestions coming from recent literature.

REFERENCE:

1. Behranwala KA, Nasiri N, Abdullah N, Trott PA, Gui GP: Squamous cell carcinoma of the breast: Clinico-pathologic implications and outcome. Eur J Sur Oncolo 2003, 29:386-389.

Keywords: Breast cancer, Squamous cell carcinoma, Squamous cell carcinoma of the breast

EP-115

NÜKS ERKEK MEME KANSERİ

HÜLYA ODABAŞI BÜKÜN¹, NİLAY ŞENGÜL SAMANCI², DUYGU İLKE ÇIKMAN²,
KEREM ORUÇ², FUAT HULUSİ DEMİRELLİ²

1 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
2 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Erkek meme kanseri nadir görülen bir hastalıktır. Tüm meme kanserleri içinde % 1 civarındadır. Erkek meme kanserlerinde nüks oranı da kadın meme kanserlerindeki nüks oranına yakındır. Biz bu makalede erkek meme kanserlerinde de nüks gelişebileceğini ve tedavi sonrası takibin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta son bir yıldır ele gelen kitle ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede sol meme dış kadranda 2x2,5 cm, sert kitle ve sol aksillada sert 1 cm lenfadenopati saptandı. Memedeki lezyondan yapılan tru-cut biyopsi sonucunda invaziv duktal karsinom saptandı. Modifiye radikal mastektomi uygulanan hastanın histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom, histolojik grade (HG):3, nükleer grade (NG):3, östrojen reseptörü (ER): % 30 pozitif, progesteron reseptörü (PR): %70 pozitif, Cerb-B2: negatif (skor 1+), SISH (-) negatif ve aksilladan diseke edilen 25 lenf nodunun 22 sinde metastaz saptandı. Hastaya adjuvan kemoterapi olarak 5-flourouracil, epirubisin, siklofosamid 6 kür sonrasında tomoksifen 20 mg/gün 5 yıl ve radyoterapi verildi. Dört yıl sorunsuz izlenen, dört

yıl sonra meme usg sinde sağ aksillada 13x8 mm lenfadenopati saptanan hastaya eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji raporu invaziv duktal karsinom olarak raporlandı. Hastaya sağ modifiye radikal mastektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom, ER: negatif, PR:%90 pozitif, cerbB2: şüpheli pozitif (2+), SISH (-) negatif ve aksilladan diseke edilen 18 lenf nodunun 14 ünde metastaz saptandı. Hastaya adjuvan kemoterapi ve sonrasında aromataz inhibitörü planlandı. Hasta kliniğimizde takip ediliyor.

Sonuç: Erkek meme kanseri tüm dünyada % 1, ülkemizde %0.48 oranında görülmektedir. Görülme yaşı ortalama 65 yaş-tır. Genelde geç tanı alır. Erkek meme kanserlerinin daha agresif seyrattığı düşünülmesine rağmen yapılan son çalışmalarda erkek-kadın meme kanseri progresyonu benzer bulunmuştur. Ender görülen bir tümör olması nedeniyle geç farkedilen bu nedenle de ileri evreye ulaşabilen bir hastalıktır. Tedavi sonrasında hastaların mutlaka rutin takibe alınması nüks sırasında erken tanı açısından önemlidir

Anahtar Kelimeler: erkek, invaziv duktal karsinom, nüks

EP-116

MEME KANSERİNİN MESANE MUKOZASINA METASTAZI; OLGU SUNUMU

GÜLCAN BULUT¹, ALİ TÜRK², ŞÜKRAN ŞENYÜREK², BEYHAN KIRMACI³

1 NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KAHRAMANMARAŞ

2 NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİ, KAHRAMANMARAŞ

3 NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ, TIBBİ PATOLOJİ, KAHRAMANMARAŞ

Amaç: Meme kanseri kadınlar arasında en yaygın kanserdir ve meme kanseri metastazlar yaparak mortaliteye sebep olur. Fakat mesane metastazı; meme kanserinin genellikle metastaz alanı değildir. Literatürde sadece mesane metastazı yapan 22 meme kanserli vaka bildirilmiştir. Yayınlanan bu vakalarda semptom hematüri ve pelvik ağrıdır. Bizim sunduğumuz yaygın kemik, sürrenal, lenf bezi metastazlı meme kanserli vaka da hematüri ve postrenal böbrek yetmezliği saptanınca yapılan sistoskopide mesane içinde üreter orifislerini kapatan kitle gösterildi ve alınan biyopsi meme kanseri metastazı ile uyumlu geldi. Bu vakayı sunmaktaki amacımız meme kanserli hastada açıklanamayan üriner sistem semptomlarında mesane metastazının da akılda tutulmasıdır.

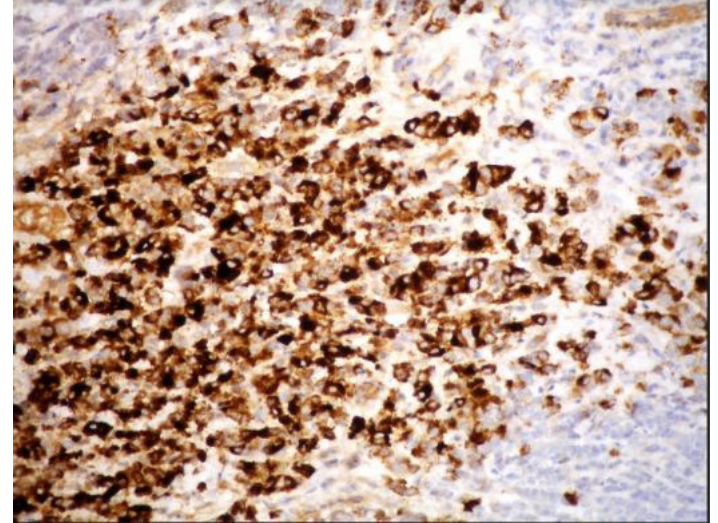
Olgu: 47 yaşında premenapozomal kadın hasta; mayıs 2014'de sağ memede kitle ile yapılan tetkiklerde toraks içi, batin içi yaygın lenf bezi ve kemikte yaygın metastaz saptanmış. Meme den alınan trucut biyopsisi: İnvaziv duktal karsinom olup ER:%90 pozitif, PR:%90 pozitif; HER2 FISH ile negatif saptanmış ve 1. basamak paklitaksel tedavisi; 2. basamak Doseetaksel-adriamisin,siklofosamid tedavisi ile yanıt alınan hastaya 1.basamak hormonal tedavi tamoxifen,2. basamak hormonal tedavi letrozol, 3. basamak hormonal tedavi olarak afinator ile birlikte eksemestan başlanan hastanın suprapubik ağrısı, hematürisi gelişti. Tetkik edilirken çekilen alt abdominal MRG görüntüsü(şekil-1); biyokimyasal testlerde kreatin yüksekliği ile bilateral nefrostomi kateteri uygulanan hastaya üroloji tarafından TUR-M ile kitle eksizyonu uygulandı. alınan biyopsi (şekil-2) meme kanseri ile uyumlu olup İHC sinde ER+;PR+,-cERBB2 - saptandı. hastanın tekrar post renal ABY tablosuna girmemesi için palyatif dozda Radyoterapi verildi. akut rektit grade 3 gelişti ve salazoprinli lavmanlar ile semptom kontrol sağlandı. Yeniden kemoterapi başlandı.

Sonuç: Meme kanseri için atipik metastaz sahası olan mesane metastazlı vaka sunumu yapılmıştır. Üriner sistem semptomu

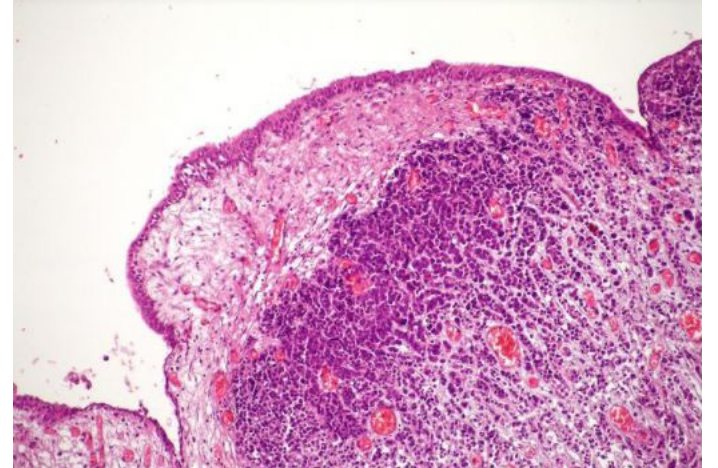
tarifleyen hastada mesane metastazı akılda tutulmalıdır ve mesane metastazına tedavi yaklaşımımız sunulmuştur. Literatürde 23. olacak bu olguyu sunmaya değer bulduk.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, mesane metastazı, TUR-M, radyoterapi

TUR-M patoloji görüntüleri



TUR-M patoloji görüntüleri



EP-118

İNVAZİV LOBULER MEME KANSERİNİN MİDEYE METASTAZI

NİLAY ŞENGÜL SAMANCI¹, İLKİN MURADOV², DUYGU İLKE ÇIKMAN¹, KEREM ORUÇ¹,
FUAT HULUSİ DEMİRELLİ¹, ZEYNEP HANDE TURNA¹, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU¹

1 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL
2 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen solid tümörlerdendir. Bunların %10'u ikinci en sık görülen invaziv lobuler karsinom (İLK) alt grubundadır. Meme kanserinde gastrointestinal sisteme (GIS) metastazlar oldukça nadirdir. Bu yazıda, meme kanseri tanısı sonrası, mide metastazı gelişen invaziv lobuler meme kanserli olgu literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilerek sunuldu.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta 2009 yılında memede ele gelen kitle şikayeti nedeniyle yapılan inceleme sonucu sağ meme üst dış kadranda düzensiz konturlu 18x17 mm boyutlarında solid kitle saptandı. Tru cut biyopsisinde lobuler karsinom morfolojisi izlendi. Meme koruyucu cerrahi, sentinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve patoloji raporuna göre pT1N1aM0, grade 2, ER:%90 (+), PR:%85 (+), Cerb2 (-) saptandı. Hastaya adjuvan kemoterapi olarak siklofosamid 500 mg/m², epirubisin 75 mg/m², 5FU 500 mg/m² ardından decetaxel 75 mg/m² başlandı. Radyoterapi aldı ve 5 yıl Tamoxifen 20 mg kullandı. 5 yıllık takiplerinde stabil seyretti. 5 yılın sonunda hastaya letrozol 2,5 mg 1x1 başlandı. Aralık 2016 da hastanın tümör markerlarından ca 15-3:89 U/mL olarak yüksek bulundu. Toraks bt, mamografi, meme usg sonuçları eski raporlarla kıyaslandığında fark görülmedi. Kontrollerinde tümör markerı CA 15-3:140 U/mL olarak yükselmiş saptandı. Hastadan Pet ct istendi. Memede nüks lehine belirgin hipermetabolik odak izlenmedi ancak pelviste eski incelemelerde olmayan yeni gelişmiş efüzyon alanı ve serozal bölgelerde ödematöz görünüm ve mezenterik alanda hipermetabolizma gösteren

lenf nodları görüldü. Pelvis boşluğundan aspirasyon yapıldı ve sitoloji raporu kuvvetle malignite düşündürülen epitelyal hücre, ön planda meme karsinomunun metastazını düşündürmüştür olarak raporlandı. Hastaya gastroskopi yapıldı ve mide antrumundan alınan biyopsi materyalinde taşlı yüzük hücre morfolojisinde karsinom, CK 7 (+), GATA3(+), ER:%80(+), PR: %5 ten az, Cerb2 (-) olarak değerlendirildiğinde primer odağın meme olduğu ve tümörün memenin lobuler karsinom morfolojisinde olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Hasta klinik olarak evre IV kabul edildi ve 21 günde bir 14 gün boyunca kapesitabin 2000 mg/m² başlandı. Hasta takip ediliyor

Sonuç: Meme kanseri kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Meme kanseri bölgesel yayılım, lenfatik ve hematogen yolları kullanarak genellikle akciğer, kemik, karaciğer ve beyin dokusuna metastaz yapar. GIS metastazları nadiren bildirilmiştir. GIS de en sık mide metastazı görülmektedir. Mideye metastazların sıklıkla memenin İLK alt tipinden kaynaklandığı görülmektedir. Mideye metastatik yayılım genellikle meme kanserinin tedavisinden yıllar sonra meydana gelir. Bu durumda da primer mide kanserinden ayırmak oldukça güçtür. Sonuç olarak meme kanseri tanısından sonra midede görülen kitlelerde metastaz olabileceği ihtimali düşünülmeli ve tedavi yöntemleri farklı olacağı için primer tümör ve metastaz ayrımı iyi yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: invaziv lobuler karsinom, mide metastazı, meme kanseri

EP-119

SERVİKS TUTULUMLU MEME İNVAZİV DUKTAL KARSİNOM OLGUSU

İREM BİLGETEKİN¹, ERKAN ERDUR¹, MEHMET DOĞAN², ECE ESİN¹,
BERNA ÖKSÜZOĞLU¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹

1 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA
2 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

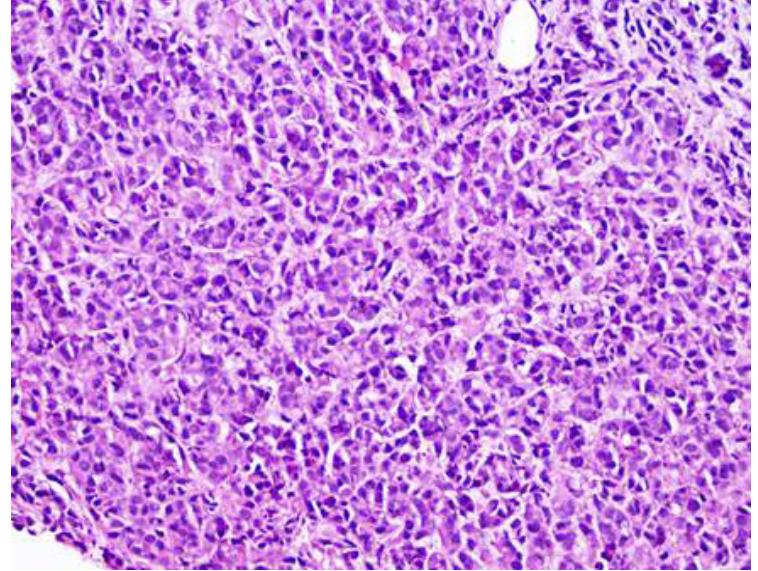
Giriş: Meme kanserinde akciğer, kemik, karaciğer ve beyin metastazı yaygın görülür. Kadın genital organlara metastazı azdır. Serviks tutulumu ise oldukça seyrek görülmektedir. İnvaziv duktal kanser, invaziv lobuler kansere nazaran daha az sıklıkla jinekolojik organ metastazı yapmaktadır. Biz burada vajinal kanama nedeni ile tetkik edilen ve meme invaziv duktal karsinomun serviks metastazı saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 64 yaşında postmenopozal kadın hasta rutin kontrolde memede kitle saptandı ve biyopsi sonucu hormon reseptörü pozitif, her 2 negatif invaziv duktal karsinom teşhis edildi. Evreleme amaçlı yapılan PET BTsinde mediastinal lenf nodlarında, serviks uterus lokalizasyonunda, inguinal lenf bezlerinde ve kemik iliğinde patolojik artmış tutulum olup; ayırıcı tanısının lenfoproliferatif hastalıklar hematolojik patolojiler açısından araştırılması önerildi. Kasık ağrısı ve vajinal kanama nedeni ile ileri tetkik edilen hastanın endoservikal biyopsi sonucu meme karsinomu metastazı saptandı östrojen reseptörü diffüz kuvvetli nükleer pozitif. Ayırıcı tanısında primer genital taşlı yüzük hücreli müsinöz adenokarsinom musikarmen ile boyanma olmaması ile ekarte edildi. Ayrıca hematolojik hastalık ayırıcı tanısı açısından inguinal lenf nodu eksizyonel biyopsisi ve trombositopeni, anemi nedeni ile yapılan kemik iliği biyopsisi sonuçları meme karsinomu metastazı ile uyumlu raporlandı. Hastaya haftalık paklitaksel kemoterapisi başlandı. Takipte parsiyel yanıtı olup, tedavisi devam etmektedir.

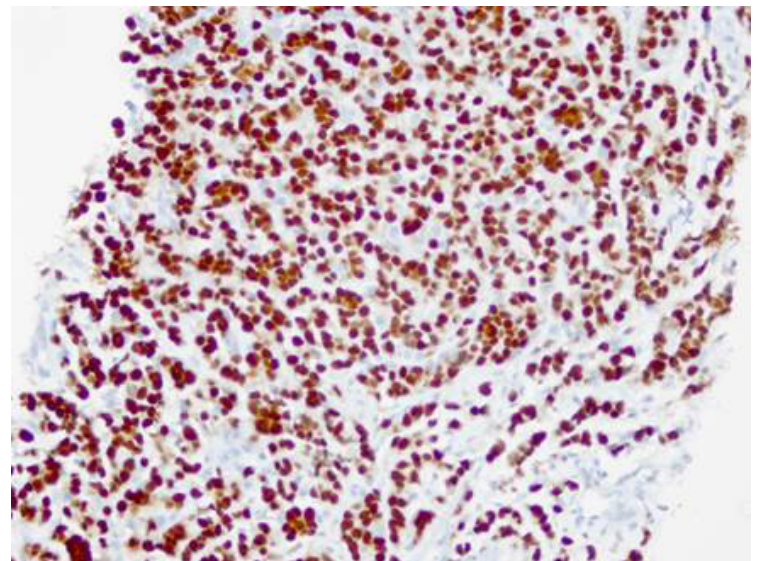
Sonuç: Meme Kanserinde genital organ metastazı olgumuzda olduğu gibi endometrial ve servikal tutulumu gösteren vajinal kanama ile presente olabilir; fakat sıklıkla asemptomatiktir. Histopatolojik ve immunohistokimyasal olarak komfirme edilmelidir. Nadir olarak görülse de servikal patolojilerde meme karsinom metastazı da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: invaziv duktal meme kanseri, jinekolojik organ metastazı, serviks metastazı

Lenf nodu biyopsisi küçük tümör hücreleri grupları



Östrojen reseptörü nükleer pozitifliği



EP-120

MÜSİNÖZ MEME KARSİNOMU: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NİLGÜN YILDIRIM, MEHMET NACİ ALDEMİR²

1 DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, GAZİANTEP
2 ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ERZİNCAN

Amaç: Müsinöz meme kanserleri nadir bir tip olup, tüm meme kanserleri arasında görülme sıklığı % 1 ila 6 arasında değişmektedir. Sıklıkla peri ve postmenaposal kadınlarda görülmektedir. Tedavisi diğer histolojik tiplerden farklı değildir ve prognozu iyidir. Patolojik olarak pür ve miks olmak üzere iki ana tipi mevcuttur. Bu çalışmada merkezimizde müsinöz meme karsinomu nedeniyle tedavi gören ve takip edilen hastaların klinik ve histopatolojik özellikleri ile tedavi sonuçları analiz edilmiştir.

Yöntem ve Gereçler: 2004-2016 yılları arasında merkezimize müsinöz meme kanseri nedeniyle başvuran hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların tanı yaşı, tümör çapı, tümör yerleşimi, TNM evrelemesi, lenf nodu tutulumu, grade, östrojen ve progesteron reseptör ekspresyon durumu, insan epidermal büyüme faktör reseptörü(HER-2) durumu ve tedavi yaklaşımları değerlendirildi.

Bulgular: 21 kadın, bir erkek hasta olmak üzere toplam 22 hastaya müsinöz karsinom tanısı konmuştu. Bu sayı bizim merkezimizdeki tüm meme karsinomu olgularının %1,7'sini oluşturmaktaydı. Olguların ortalama yaşı 50(26-68) idi. 10 hasta(%47.6) premenaposal, 11 hasta(%52.4) postmenaposal dönemeydi. Tümör 11 hastanın(%50) sağ memesinde, 11 has-

tanın sol memesindeydi. Ortalama tümör çapı 3.8(1.3-12) idi. Hastaların %63'ü erken evre hastalığa, %37'i ileri evre hastalığa sahipti. 6 hasta miks, 16 hasta pure müsinöz gruptaydı. 19 hastada ER pozitifliği, 16 hastada PR pozitifliği, 10 hastada c-erb B2 pozitifliği mevcuttu. 2 hasta triple negatif gruptaydı. Patoloji raporlarında histolojik gradi belirtilen hastaların %84.6'ı grade 2, %15.4'ü grade 1 idi. Tanı anında metastatik olan 2 hasta haricinde tüm hastalar opere edildi. Opere olan 7 hastada(%36) axiller lenf nodu tutulumu mevcuttu, pür tipte bu oran %18 idi. Opere olan hastalara histopatolojik özellikleri ve evresine göre adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi 59 aydı. Takipte 4 hastada nüks gözlemlendi. Nüks hastalık çoğunlukla miks grupta saptandı. Tüm hastaların %81'i 5. yılında halen hayattaydı. Pür müsinöz karsinomda 5 yıllık OS %93'tü.

Sonuç: Memenin müsinöz karsinomu, prognozu iyi nadir görülen malignitelerdir. Saf müsinöz meme karsinoması daha düşük bir insidansa, düşük aksiller lenf nodu metastazına ve daha yüksek sağkalım oranına sahiptir.

Anahtar Kelimeler: meme karsinomu, müsinöz karsinom, tedavi

EP-121

MEMENİN LENFOEPİTELYOMA BENZERİ KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

NAZIM CAN DEMİRCAN¹, EBRU TAŞTEKİN², BÜLENT ERDOĞAN¹,
OSMAN KÖSTEK¹, SERNAZ UZUNOĞLU¹, İRFAN ÇİÇİN¹

¹ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, EDİRNE

² TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, EDİRNE

Amaç: Lenfoepitelyoma benzeri karsinom (LEBK), andiferan-siyze nazofaringeal lenfoepitelyoma ile aynı morfolojiye sahip olup daha önce akciğer, meme, mide, tükrük bezi ve timusta bildirilmiştir. Bazı LEBK'ların Epstein-Barr virüsü (EBV) ile ilişkisi gösterilmiştir. Literatürde 22'den fazla meme LEBK olgusu olmadığı bilinmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle burada bir meme LEBK olgusu sunulacaktır.

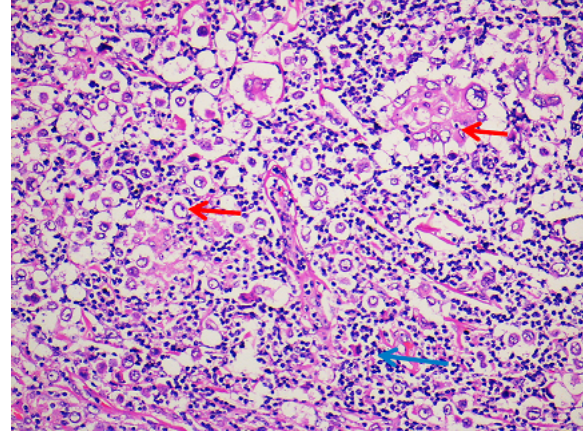
Olgu: 55 yaşında kadın hastanın sol memede ele gelen kitle nedeniyle yapılan ultrasonografisinde sol meme üst iç kadranda 19x10 mm boyutlu düzensiz konturlu malign görümlü kit-le lezyon ve sol aksillada 12x8 mm boyutlu yağlı hilusu obli-tere bir adet lenf nodu izlendi. Mammografide sol meme üst iç kadranda 2 cm çapında irregüler şekilli malign kitle lezyon (ACR BIRADS 5) saptandı. Tru-cut biyopsi sonucu az diferansiyel karsinom olan hastaya meme koruyucu cerrahi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Eksizyonel biyopside sol meme üst iç kadranda 2.2 cm boyutlu ve histolojik grade 3 tümör saptandı. Lenfositten zengin stroma içinde dağınık tek tek ve küçük ada-lar halinde pleomorfik hücreler izlendi. Cerrahi sınırlar tümör negatif ancak 1 mm'den yakındı, lenfatik invazyon mevcuttu ve vasküler invazyon yoktu. İmmünohistokimyasal incelemede pan-keratin pozitif ve CD20 negatif olup Breast Ag ile boyanma gö-rülmedi. Östrojen ve progesteron reseptörü (ER ve PR) negatif, Cerb B2 2+/3+ ve Ki67 %20 olarak sonuçlandı. 12 aksiller lenf nodundan 1'inde metastaz saptandı. Olgu bu bulgular doğrultu-sunda "Lenfoepitelyoma Benzeri Karsinom" olarak rapor edil-di, evresi pT2N1a idi. İn situ hibridizasyon (ISH) testinde HER-2 negatifti. EBV için yapılan EBER SISH testi negatif saptandı. To-raks ve batin BT'de uzak metastaz yoktu. Adjuvan kemoterapi planlanmış olan hasta halen tarafımızca takip edilmektedir.

Tartışma: Sunulan olgu, karakteristik histopatolojik ve immün-histokimyasal özellikler gösteren bir LEBK olgusudur. Nadir görülen bir tümör olan LEBK, lenfositten zengin histolojisi ne-

deniyle özellikle medüller, lobüler ve duktal meme karsinomla-rının ve lenfomanın ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

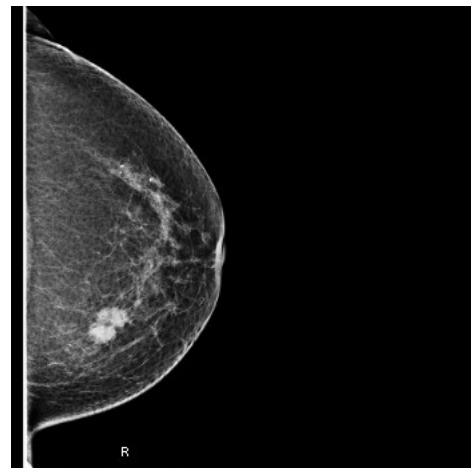
Anahtar Kelimeler: Lenfoepitelyoma, lenfoepitelyoma benzeri karsinom, meme kanseri

Olgunun histolojik incelemesi



Lenfositten zengin stroma içinde dağınık tek tek ve küçük ada-lar halinde pleomorfik hücre grupları

Olgunun sol mammografisi (kraniokaudal)



Sol meme üst iç kadranda 2 cm çapında irregüler şekilli malign kitle lezyon (ACR BIRADS kategori 5)

EP-122

PRİMER HİPERPARATIROIDİZM VE MEME KANSERİ BİRLİKTELİĞİ: 3 VAKA SUNUMU

SERKAN AKIN¹, ŞAFAK AKIN²

1 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, RİZE

2 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI, RİZE

Giriş: Meme kanserli hastalarda artmış primer hiperparatiroidi (pHPT) varlığı Belardi ve arkadaşları tarafından 2001'de gösterilmiştir. Aynı patogenetik mekanizma veya meme kanseri tedavisinde kullanılan ajanlar ile pHPT birlikteliği izah edilmeye çalışılmıştır. Biz bu çalışmada meme kanseri ve paratiroid adenomuna bağlı pHPT birlikteliği bulunan 3 vakamızı sunuyoruz.

Materyal-Metod: Haziran 2016 ve Aralık 2017 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümü'nde takip edilen 319 meme kanseri vakasından paratiroid adenomu tespit edilen 3 vakanın klinik ve laboratuvar özellikleri incelenmiştir.

Sonuçlar:

Vaka 1: 52 yaşında kadın hasta Mart 2016'da T1cN0M0 meme kanseri tanısı aldı. Radyoterapi almayan hasta tamoksifen tedavisi ile izlenmektedir. Hastanın Nisan 2017 kontrolünde hiperkalsemi saptandı. Serum Ca: 10.8 mg/dL, P: 1.5 mg/dL, albumin: 4.1 g/dL, 25 OHD vitamin: 18.4 ng/mL ve PTH: 213 pg/mL (15-68) olarak tespit edildi. USG'da sağ tiroid loju posterior komşuluğunda 16 mm'lik paratiroid adenomu ile uyumlu lezyonu tespit edildi. Paratiroid sitigrafisinde aynı lokalizasyonda MIBI tutulumu görüldü. Hastaya sağ tiroid lobektomi ve sağ paratiroidektomi yapıldı. Patoloji sonucu; 1 adet mikst şef hücreli ve berrak hücreli adenom ve tiroidektomi materyalinde C hücre hiperplazisi ve foliküler nodüler hastalık tespit edildi. Hastanın olası MEN 2 sendromu açısından RET geni gönderildi.

Vaka 2: 61 yaşında kadın hasta Nisan 2017'de T1N0M0 meme kanseri tanısı aldı. Radyoterapi alan hastaya letrozol başlandı.

Tanı anında bakılan serum Ca: 11.3 mg/dL, P: 2.3 mg/dL, Albumin: 3.7 g/dL, 25 OHD vit: 20 ng/mL, PTH: 361 pg/mL olarak saptandı. USG'da sol tiroid lobu posterior komşuluğunda 25 mm'lik paratiroid adenomu ile uyumlu lezyon tespit edildi. Hastaya Ağustos 2017'de sol alt paratiroidektomi yapıldı ve patoloji sonucu şef hücreli adenom olarak geldi.

Vaka 3: 52 yaşında kadın hasta 3 yıl önce evre 1 meme kanseri tanısı ile radyoterapi almış ve halen anastrazol tedavisi almaktadır. Hastanın Aralık 2017 kontrolünde hiperkalsemi tespit ediliyor. Serum Ca: 10.6 mg/dL, P: 2.8 mg/dL, Albumin: 4.3 g/dL, 25 OHD vitamin: 16.3 ng/mL ve PTH: 70 pg/mL olarak saptanıyor. USG'da sol tiroid loju inferiorda 11 mm'lik paratiroid adenomu ile uyumlu olabilecek lezyonu tespit ediliyor. Hastanın paratiroid sintigrafisi sonucu bekleniyor.

Tartışma: PHPT ve meme kanseri birlikteliği vaka serilerinde ve geniş popülasyon çalışmalarında bildirilmiş olmakla beraber altta yatan mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır. Genetik (MEN 1 ve BRCA mutasyonları) ve çevresel risk faktörleri yanında D vitamini eksikliği üzerinde durulmaktadır. Biz bu çalışmada pHPT tespit ettiğimiz 3 vakayı sunduk. Meme kanseri, paratiroid adenomu ve C hücre hiperplazisi birlikteliği bulunan ilk vakamızın MEN 2 sendromu açısından RET genetik sonucunu beklemekteyiz. PHPT ve meme kanseri birlikteliğinin mekanizmalarını açıklayacak geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, primer hiperparatiroidi, hiperkalsemi

EP-123

GEMSİTABİNE BAĞLI PULMONER TOKSİSİTE GELİŞEN MEME KARSİNOMU OLGUSU

ZEHRA ER¹, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU², KENAN SOYLU³, EMİNE GENCER⁴

1 ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ZONGULDAK

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

3 ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ, RADYOLOJİ, ZONGULDAK

4 ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI, ZONGULDAK

Amaç: Gemsitabin günümüzde kullanılan standart kemoterapi ilaçlarından biridir. Bu kemoterapi ilacı genellikle iyi tolere edilir. Myelosüpresyon ve gastrointestinal toksisite sık görülen yan etkileridir. Gemsitabine bağlı pulmoner toksisite nadir görülen bir durumdur. Burada gemsitabin tedavisi sonrasında pulmoner toksisite görülen metaztatik meme karsinomu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 41 yaşında kemik ve karaciğer metaztatıkları olan meme karsinomu tanılı hastaya Gemsitabin 1000 mg /m² ve Sisplatin 75 mg/m² den 1 ve 8.günler olmak üzere tedavi planlandı. Tedaviden 3 gün sonra hasta acil servise solunum güçlüğü ile başvurdu. Hasta da takipne ve taşikardi mevcut olup oksijen

saturasyonunun %80 civarında olduğu görüldü. Çekilen toraks tomografi de yaygın buzlu cam dansitesi görünümü vardı. Hastaya konvansiyonel tedaviler yanında steroid uygulandı. Enfeksiyon basta olmak üzere ayırıcı tanılar ekarte edildi. Steroid tedavisine devam edildi. 4 hafta sonra çekilen kontrol tomografide bulgular tamamen düzelmişti.

Sonuç: Gemsitabin pulmoner toksisitesi nadir görülür ancak tanısı geciktirildiğinde ölümcül sonuçları olabilir. Klinisyenlerin gemsitabin tedavisi sırasında olası pulmoner toksisite için dikkatli olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Gemsitabin, Meme karsinomu, Pulmoner toksisite

EP-124

JİNEKOLOJİK ANAMNEZ MEME KANSERİNDE PROGNOSTİK FAKTÖR OLABİLİR Mİ?

CEMİL ALİYEV, SEVİNC REHİMZADE, ELÇİN MANSUROV, LEYLA MELİKOVA

NATIONAL ONCOLOGY CENTRE, BAKU

Amaç: Meme kanseri Azerbaycanda son yıllarda her iki cinsten olan hastalar arasında en çok rastlanan malign tümördür ve hastaların sayısı giderek artmaktadır. 2012-2016. yıllarda hayatında ilk kez malign tumor tanısı konan hastalar içerisinde meme kanseri ilk sıradadır(yıllara göre 1444,1519,1560,1770 hasta). Sonuç olarak aynı yıllarda hastalığın yoğunluk göstergesi %30,6-dan %36,2-e yükselmiştir. Bu durumda meme kanserli hastaların yaşam sürecini ciddi prognostik faktör gibi etkileyen anatomik evrelerin erken tanısında da pozitif göstergeler belirlenmemiştir. Şöyle ki, 2012-2016. yıllarda evre I, IIA, IIB-de yıllara uygun olarak %57,8; %58,2; %54,8; %55,5; %54,7 hastada, evre III-de %29,5; %27,1; %29,7; %30,9; %30,3 hastada, evre IV-de %12,7; %14,8; %15,5; %13,6; %15 hastada görülmüştür. Bu çalışmanın amacı meme kanserinin etyopatolojisinde önemli rolü olan hormonal, özellikle de hiperesterojenizm etkisini şekillendiren kadın jinekolojik anamnezinin meme kanserinin evrelerini prognostik faktör gibi etkileye bilmesinin araştırılmasıdır:1.İlk adet yaşı;2.Doğum sayısı; 3.Laktasyon süresi; 4.İlk doğum yaşı; 5.Abortus;6.Düşük sayısı; 7.Menepoz yaşı.

Gereç-Yöntem: Çalışma Azerbaycan Milli Onkoloji Merkezinde muayene ve tedavi olunan rastgele seçilen çeşitli evrelerdeki 395 meme kanserli hasta ve kontrol grubu olarak 106 non-onkolojik hasta arasında prospektif çalışma metoduyla yapılmıştır. Meme kanseri olan hastalarda ise bu çalışma hastalığın evrelerine uygun olarak da yapılmıştır. Hastalarda kadın jinekolojik anamnezi karakterize eden 7 gösterge araştırılmıştır.

Bulgular: 395 meme kanserli kadında jinekoloji anamnez göstergelerinin hastalığın evreleri üzerindeki tahlili bu göstergeler arasında çok ciddi fark olmadığını gösteriyor. Hatta hiperesterojenizme neden olan göstergeler IA evresinde IV evreye oranda az farklarsa daha çok rastlanıyor. 106 kontrol grubu olan non-onkolojik hastaların jinekolojik anamnezinin orta göstergelerinin tahlili gösteriyor ki, bu hastalarda hiperesterojenizme ne-

den olan durumlar meme kanseri olan hastalara oranda daha az rastlanıyor.(Tablo1)

Sonuç: Yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre meme kanserinde kadın jinekoloji prognostik faktör gibi değerlendirmek mümkün değildir. Ama kontrol grubu oluşturan non-onkolojik hastalarda meme kanseri olanlara oranda hiperesterojenizme neden olan durumlar daha az rast geliniyor. Bu da hiperesterojenizme neden olan durumların meme kanserinin etyopatolojisinde belli bir rolü olduğuna işaret ediyor. Elde edilen sonuçlar laktasyon süresinin uzatılmasının,ilk doğum yaşının erken olmasının, abortus ve düşük sayılarının az olmasının meme kanseri oranını düşürebileceğini gösteriyor. araştırmamızın devamı olarak jinekoloji anamnezle hastaların 4 yaş grubu (18-34, 35-49, 50-59,>60), meme kanserinin biyolojik yarımtipleri (LA, LBHer-, LBHer+, Her+,TN) ve moleküler markörler(TUBB3, TYMS, ERC-C1,RRM1) arasındaki korelasyonuda prospektif olarak araştırıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, jinekoloji anamnez, prognoz

Tablo 1

No	Kadın jinekolojik anamnezinin göstergeleri	395 Meme Kanserli Kadında Evrelere Göre Orta Göstergeler								106 kontrol grubu orta göstergeleri
		IA	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV	Toplam	
1.	İlk adet yaşı	13.88	14.8	14.19	14.1	14.03	14.33	14.36	14.24	14.6
2.	Doğum sayısı	2.32	2.4	2.54	2.17	2.77	2.44	2.25	2.41	2.11
3.	Laktasyon süresi	10.62	8.46	9.88	9.98	13.25	12.35	9.58	10.58	13.2
4.	İlk doğum yaşı	25.19	24.55	22.92	24.74	23.43	24.19	24.90	24.27	22.3
5.	Abortus	4.12	4.26	2.92	3.05	2.74	3.93	2.65	3.38	3.03
6.	Düşük sayısı	0.72	0.57	0.56	0.45	0.32	0.37	0.47	0.49	0.34
7.	Menepoz yaşı	47.5	47.6	48.11	45.83	50.07	48.11	46.27	47.6	47.0

EP-125

PRİMER NÖROENDOKRİN MEME KARSİNOMU OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DEĞERLENDİRİLMESİ

YUSUF KARAKAŞ¹, AYŞE KARS², YAVUZ ÖZİŞİK²

1 HAKKARİ DEVLET HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, HAKKARİ

2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Primer nöroendokrin meme karsinomu (NEMK) oldukça nadir görülen, tanısı, klinikopatolojik özellikleri ve tedavisi tam olarak tanımlanmamış malign bir hastalıktır. Kliniğimizde primer NEMK tanısı almış hastanın tedavisi, 5 yıllık takibi ve literatür değerlendirmesini bildiriyoruz.

Olgu: Daha önceden bilinen kronik hastalığı olmayan 55 yaşında kadın hasta, sağ memede ele gelen kitle nedeniyle dış merkezde meme biopsisi yapılmış. Patolojisi nöroendokrin tümör olarak raporlanan hasta kendi isteğiyle merkezimize başvurdu. Sistemik taramada uzak metastaz tespit edilmedi. Yapılan modifiye radikal mastektomi ve aksiller diseksiyon sonrasında tümör çapı 3 cm, çıkarılan 18 lenf nodunda metastaz yok, ER (-), PR (-), c-erb B2 (-) ve ayrıntılı immünohistokimyasal incelemede CD56, synaptofizin kuvvetli pozitif bulundu. Tümör dokusunda yaygın nekroz alanları ve yüksek mitotik aktivite görüldü (90-100 /10 BBA). Hastaya mevcut bulgularla primer NEMK tanısı konularak 2013 yılında 6 kür CAF (siklofosamid-adriamisin-flourourasil) kemoterapisi verildi. Sonrasında radyoterapi veya hormonoterapi verilmedi. 5 yıllık ilaçsız takibinde nüks veya metastaz saptanmadı. Hasta tam şifa ile takip ediliyor.

Sonuç: Nöroendokrin karsinomlar nadir ve heterojen bir tümör grubudur. Vücudun her hangi bir yerinden köken alabilir. Primer NEMK da oldukça nadir görülür ve tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur [1]. Bu nedenle de randomize kontrollü çalışma oldukça azdır. Primer NEMK hakkındaki bilgiler genelde olgu sunumları ve küçük retrospektif çalışmalardan gelir. Bu çalışmalarda NEMK hastalarının genelde Evre I ve II' de tanı aldığı [2] ve çoğunlukla hormon reseptör pozitif ve c-erb B2 negatif olduğu belirlenmiş [1,3,4]. NEMK prognozu hakkında da henüz bir fikir birliği yoktur. SEER veri tabanı ve bazı çalışmalar diğer invaziv meme karsinomuna kıyasla daha kötü prognozlu olduğunu bildirirken [5,6], bunun tam tersini iddia eden çalışmalarda bulunmaktadır [7-9].

Tedavi açısından ise bu nadir tümör için standart bir tedavi bulunmamakla birlikte genel kabul gören görüş diğer invaziv meme kanserleriyle benzer tedavi verilmesidir [3,5,10,11].

Anahtar Kelimeler: primer meme nöroendokrin karsinomu, prognoz, tedavi

EP-126

GEÇ DÖNEM YAYGIN METASTATİK HASTALIKLA ORTAYA ÇIKAN
MÜSİNÖZ (KOLLOİD) MEME KANSERİ

KEREM OKUTUR

ÖZEL MEDICAL PARK BAHÇELİEVLER HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Amaç: Müsinöz (kolloid) karsinom (MKK) tüm invaziv meme kanserlerinin %1-7'sini oluşturmaktadır. Prognozu son derece iyi olan bu grup tümörlerde lenf nodu metastazı dahi çok seyrek görülmektedir. Burada geç dönem yaygın metastatik hastalıkla ortaya çıkan MKK' lu bir olguda uzun süreli takip ve hormonoterapinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Premenopozal 48 yaşında kadın hasta sağ kalça ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastaya Şubat 2008'de sağ meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu disseksiyonu yapılmıştı. Tümörün patolojisi MKK, tümör çapı 3.5 cm, grad 1, lenfovasküler invazyon yok, 21 adet lenf nodunda tümör yok, ER%100+, PR%100+, HER2 negatif. Hastaya adjuvan radyoterapi uygulanmış ve tamoksifen 20mg/gün başlanmış, ancak hasta kendi inisiyatifiyle tamoksifen tedavisini 3 ay kullandıktan sonra bırakmış. Hastanın yapılan görüntülemelerinde sağ kalçada litik karakterde 5 cm çapında kitle

ve her iki akciğerde çok sayıda metastatik kitle saptandı. Sağ kalçadaki kemik metastazından alınan doku biyopsisi sonucu müsinöz (kolloid) karsinom, ER%100+, PR%10+,HER2 negatif (hastanın 10 sene önceki primer tümörü ile mukayese edilmiş ve aynı morfolojide olduğu saptanmıştır). Sağ kalçadaki ağırlı kemik metastazına palyatif radyoterapi uygulanan hastaya cerrahi over ablasyonu ve sonrasında letrozol-ribosiklib başlanması planlandı.

Sonuç: MKK memenin en iyi prognozlu tümörlerinden biri olarak bilinmesine karşın nadir de olsa agresif moleküler alt grupları olabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle tüm olguların hormonoterapi açısından titizlikle değerlendirilmesi ve uzun dönem izlem yapılması, geç dönemdeki nadir nükslerin önlenmesi ve erken tanısı açısından kritik önem taşıyabilir.

Anahtar Kelimeler: müsinöz, kolloid, meme kanseri, endokrin tedavi, izlem

EP-127

TRASTUZUMAB-EMTANSİN TEDAVİSİ İLE HER-2 POZİTİF MEME KANSERİ DURAL VE RETİNAL METASTAZI'NIN TAM YANITI, OLGU SUNUMU

CELAL ALANDAĞ, ELANUR KARAMAN, FEYYAZ ÖZDEMİR

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Her-2 pozitif metastatik meme kanserinde (MMK) sistematik tedavi seçeneklerinin artması ile birlikte PFS ve OS oranları artmaktadır. Survey uzadıkça beyin metastazı insidansı da artmaktadır. Tüm meme kanserlerinin % 10-30'un da beyin metastazı gelişir. Her-2 pozitif subtipin beyin metastazı yapma oranı daha yüksek ve metastaz gelişen hastalar da genel yaşam süresi daha kısadır. Ado trastuzumab-emtansin (T-DM1) SSS'ne geçerek Her-2 pozitif meme kanseri beyin metastazlarına etki edebildiği gösterilmiştir. Meme kanserinin göz metastazı nadir görülür ve tedavisinde en sık lokal kontrol için radyoterapi kullanılır.

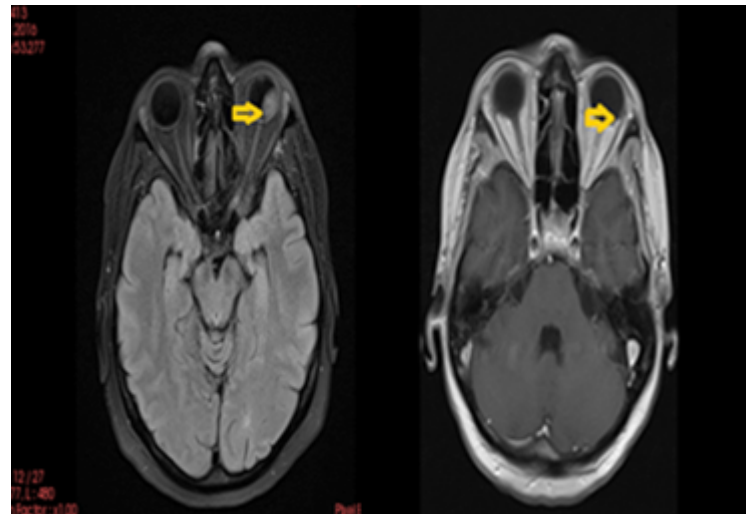
Olgu: 44 yaşında, bayan hasta, Ocak 2012 tarihinde sol memede kitle nedeni ile başvurdu. Yapılan tru-cut biopsi ile invaziv duktal karsinom tanısı kondu. Sonrasında sol modifiye radikal mastektomi + aksiller diseksiyon ameliyatı yapıldı. Patoloji sonucu; invaziv duktal karsinom, tm boyutu 2x1,5x1 cm, perinöral invazyon yok, 5/25 metastatik LAP var, en yakın olduğu yerde cerrahi sınır 0,8 cm, ER % 5 +, PR -, HER-2 (3+) şeklinde raporlandı. Mayıs - Kasım 2012 tarihleri arasında adjuvan tedavi aldı (4 EC > 4 Paclitaxel+RT+ Trastuzumab 1 yıl). Kasım 2012'de kemik sintigrafisinde sternum, sağ sakroiliak eklemden metastatik lezyonlar tespit edilince kemiklere radyoterapi aldı. Mart 2013-Mart 2014 tarihleri arasında 8 siklus trastuzumab-vinorelbin aldı ve kemik metastazlarında progresyon gelişti. Nisan 2014- Eylül 2016 tarihleri arasında lapatinib + kapesitabin kullandı. Sonrasında çekilen görüntülemelerinde sol akciğer üst lob anterior segmette büyüğü 28x14 mm 3 adet yeni gelişen metastaz, dural multipl metastaz ve sol göz retinal metastaz görüldü. Kasım 2016'da hastaya ado-trastuzumab emtansin, 21 günde bir, 260 mg, intravenöz infüzyon şeklinde başlandı. Bu tedavi 10 siklus uygulandı. On siklus TDM-1 sonrası dural ve retinal metastazlar kayboldu (RESİM1-2), kalvaryumda ki metastazlar küçüldü. Temmuz 2016'daki toraks BT'de görülen sol akciğer üst lobda büyüğü 28x14 mm olan 3 adet metastatik lezyon Haziran 2017'de ki PET/CT'de görülmedi (RESİM-3). Ağustos 2016'da

T7, T8, T9, L3 vertebralarda, bilateral 6. kostalarda mevcut olan metastatik lezyonlar, Haziran 2017 PET/CT'de görülmedi. Ayrıca CA15-3, hastalık seyrinde yüksek değildi ama CEA, T-DM1 öncesi 29 H/L iken tedavi sonrası kademeli olarak 0,9 29 H/L'ye düştü.

Sonuç: Her-2 pozitif meme kanseri agresif seyretmektedir, özellikle beyin metastazlarında tedavi seçeneği azdır. Ado trastuzumab-emtansin; Her-2 molekülüne karşı antikor ile sitotoksik bir ilaç olan emtansin'in birleştirilmesi ile oluşturulmuştur. T-DM1'in Her-2 pozitif MMK' nin SSS metastazları üzerine etkili olduğu çeşitli prelinik çalışmalar ve vaka bildirimlerinde gösterilmiştir. Trastuzumab direnci gelişen beyin metastazı vakaları üzerine etkili olduğu belirtilmektedir. Bu vaka özellikle çok basamaklı tedavi sonrasında gelişen retinal metastazların tam cevap ile kaybolması açısından ilgi çekicidir.

Anahtar Kelimeler: TDM-1, trastuzumab emtansin, HER-2 pozitif metastatik meme karsinomu, retina metastazı

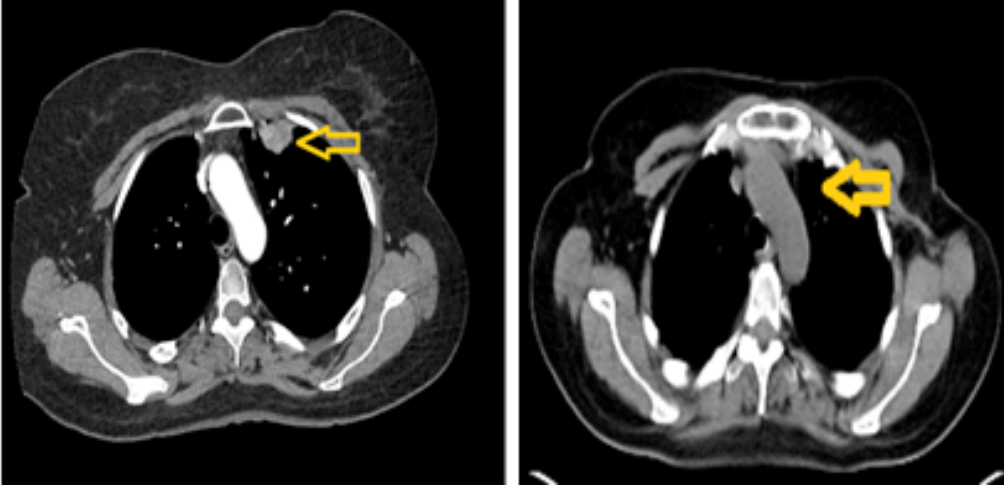
Resim1,2



Resim-1: Retinal metastazlar

Resim-2: Retinal metastazların kaybolduğu BT görüntüleri

Resim 3,4



Resim-3: BT'de sol AC'deki lezyonlar

Resim-4: AC'deki lezyonların kaybolduğu görölüyor

EP-128

TRU-CUT BİYOPSİ İLE TOTAL EKSIZE EDİLEN İNVAZİV MEME KARSİNOM OLGUSU

ELANUR KARAMAN¹, CELAL ALANDAĞ¹, FAZIL AYDIN¹, SEVDEGÜL MUNGAN²

1 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, TRABZON

2 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserdir. Türkiye'deki insidansı 2014 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 43/100.000'dir. Son yıllarda tarama programlarının yaygınlaşması ve görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler sonucu meme kanserleri daha erken evrelerde yakalanabilmektedir.

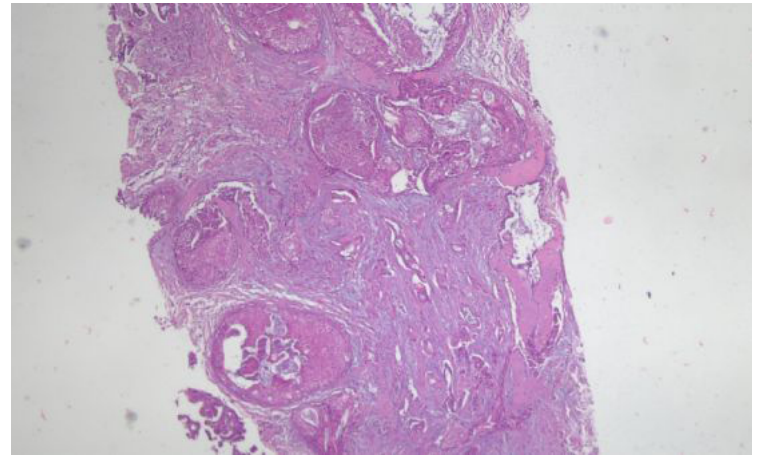
Olgu: 43 yaşında premenapozal çocuklu hasta, sağ memede ele gelen 1 cm'lik sert mobil kitle şikayeti ile başvurdu. Ailede kanser öyküsü yoktu. Ek komorbid hastalığı bulunmamaktaydı. Yapılan mammografide sağ memede üst iç kadranda saat 1 hizasında periferde 17 x 6 mm boyutunda düzensiz şekilli, cilde paralel, milimetrik kistik alanları bulunan, heterojen, izo-hipoekoik solid kitle izlendi. Sağ meme üst iç kadranda kadranda lokalize 6 x 18 mm boyutlarında, BIRADS-4A olarak değerlendirilen lezyondan, 14 G tru-cut biyopsi iğnesi ile 3 adet doku materyali alındı. Patoloji sonucu invaziv karsinom, NOS, E-kaderin membranöz (+), p63, Kalponin ve SMMAZ invaziv alanlarda (-), ER: %80 (+), PR: %80 (+), C-erb B2: (-) Skor 0, Ki-67 indeksi: %3 olarak geldi (Resim-1). 0,1-1,8 cm arasında uzunlukları değişen 6 adet doku örneğinin tamamının incelendiği materyalde neoplazm parankiminde invaziv alanlar komşuluğunda solid, komedo paternlerde orta-yüksek dereceli duktal karsinoma in-situ odakları olduğu bildirildi. Meme karsinomu tanısı konulan hastaya evreleme amaçlı toraks ve batin tomografileri çekildi. Uzak metastaz saptanmayan hastaya lumpektomi ve sentinal lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu; duktal karsinoma in situ (lobüler kanserizasyon, solid, kribriiform ve komedo tip), şiddetli duktal epitelyal hiperplazi (florid duktus lezyonu), kronik inflamasyon ve aksiller lenf nodu biyopsi sonucu reaktif sentinal lenf nodu olarak geldi. Patoloji kliniğince materyalin tamamı seri kesitlerle tekrar incelendi, ancak invaziv tümör odağı saptanmadı. Bir alanda lobüler kanserizasyon ile karakterize duktal karsinoma in situ alanı dikkat çektiği belirtildi. Olguya ait önceki tru-cut biyopsisi tekrar de-

ğerlendirildiğinde, immünohistokimyasal olarak p63 negatifliği ile invaziv karsinom tanısı teyid edilmiştir.

Sonuç: Memedeki patolojik lezyonlarda tanı amacıyla, görüntüleme yöntemleri eşliğinde biyopsi işlemleri uygulanmaktadır. Tru-cut biyopsilerde 2 cm uzunlukta 1 mm genişlikte doku örneği alınmaktadır. MR rehberliğinde uygulanan tru-cut biyopsilerin sensitivitesi %97, spesifitesi %100, teknik başarısı %97 düzeyindedir. Biyopsilerin doğruluk oranları iğne çapı ile doğru orantılı olarak değişmektedir³. Vakamızda olduğu gibi çok küçük tümörü olan hastalarda tru-cut biyopsi ile tümör dokusu tamamen çıkarılabilmektedir. Günümüzde tarama programlarının yaygınlaştırılması, görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ve hedefli yeni tedavi seçenekleri sayesinde meme kanserine multidisipliner yaklaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnvaziv duktal karsinom, tru-cut biyopsi, Erken evre meme karsinomu

Resim-1



Patoloji; Hematoksilen Eozin boyanma ile meme DCİS ve invaziv karsinom odakları

EP-129

HORMON DUYARLI MEME KANSERİ TANISIYLA TAMOKSİFEN KULLANAN HASTALARDA SİTOKROM P450 CYP2D6 ENZİM DÜZEYLERİNİN İLAÇ DİRENCİ GELİŞMESİNDEKİ ROLÜ

GÖKHAN ÇELENKOĞLU, MERAL SAYIN

S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Hormon duyarlı premenapozal kadın hastalarda kullanılan tamoksifenin metabolize olduğu sitokrom P450 CYP2D6 enzim düzeylerinin ilaç direnci gelişmesindeki önemini araştırmak.

Giriş: Tamoksifen premenapozal er veya pr pozitif meme kanserli hastaların tedavisinde yaklaşık 50 yıldır ilk hedefe yönelik altın standart ilaç olarak halen kullanılmaktadır. Tamoksifen karaciğerde sitokrom P450 enzimi ile metabolize olmaktadır.

Farmokogenetik hastaların genetik yapılarında bulunan varyasyonlar nedeni ile ilaçlara verdikleri yanıtlardaki değişiklikleri inceler.En sık yan etki oluşturan ilaçlar polimorfik enzimlerle metabolize olmaktadır. Tamoksifende en çok polimorfizm gösteren sitokrom P450 enzim izoformlarından biri olan CYP2D6 ile metabolize olmaktadır.Bu polimorfizmler enzim aktivitesini değiştirerek hastalar arasında enzimin farklı çalışmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple hastalar standart tedavi dozlarına farklı yanıt verirler.

Materyal-Metod: S.B. ANKARA E.A.H.'Onkoloji kl.'de toplam 12 hastadan alınan kan örnekleri genetik laboratuvarında Luminox® 200TM Sistem cihazında xTAG® CYP2D6 KİT V3 kitleri ile test edildi.

Bulgular: Tablo 1.'de hasta özellikleri ve test sonuçları gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Hastalarımızda yapmış olduğumuz analiz sonucu 12 hastanın 11 tanesinde CYP2D6 polimorfizmi normal metabolizer olarak bulundu.Bir tanesinde ise fenotipi belli de-

ğildi.Bu sonuçlarla tamoksifen kullanan hastalarımızın CYP2D6 enziminin normal düzeyde olduğunu böylece de ilaç için herhangi bir doz ayarlaması gerekmediğini gördük. Eğer CYP2D6 enzim düzeyi düşük saptanan hastamız olsaydı, ilacın metabolize edilme hızı yavaş olduğundan yan etkilerini azaltmak için dozunu azaltmak gerekecekti. CYP2D6 enzim düzeyi yüksek olsaydı ilaç hızlı metabolize olacağından dozu yetersiz kalacaktı ve doz arttırmaya gidilecekti. Literatürde de CYP2D6 polimorfizm düzeylerine bakılarak tamoksifen kullanan hastalarda etkinlik ile ilgili çalışmaların yapıldığını ve enzim düzeyi ile yan etki arasında ilişki olduğunun gösterildiğini saptadık.

Anahtar Kelimeler: ilaç direnci, meme kanseri, tamoksifen

Hasta özellikleri ve test sonuçları

Hastanın Ad-Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Genotip	Fenotip
T.K.	48	K	1*/41*	Normal metabolizer
S.A.	45	K	1*/41*	Normal metabolizer
E.H.U	31	K	1*/35*	Normal metabolizer
N.T.	48	K	2*/2*	Normal metabolizer
Z.K.	43	K	1*/2*	Normal metabolizer
A.K.	45	K	1*/41*,dup	Normal metabolizer
Ş.N.	46	K	1*/41*	Fenotipi belli değil
G.D.	47	K	1*/10*	Normal metabolizer
G.Y.	50	K	1*/2*	Normal metabolizer
S.A.	49	K	1*/5*	Normal metabolizer
M.M.	42	K	2*/41*	Normal metabolizer
S.K.	44	K	2*/4*	Normal metabolizer

EP-130

PERTUZUMAB TEDAVİSİ İLE TAM YANIT ALINAN METASTATİK MEME KARSİNOMLU OLGUBURCU YAPAR TAŞKÖYLÜ¹, ATIKE GÖKÇEN DEMİRAY¹, METİN DENİZ KARAKOÇ², MURAT ALPER ÖÇ³

1 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, DENİZLİ

2 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ ONKOLOJİ MERKEZİ, DENİZLİ

3 DENİZLİ DEVLET HASTANESİ NÜKLEER TIP KLİNİĞİ, DENİZLİ

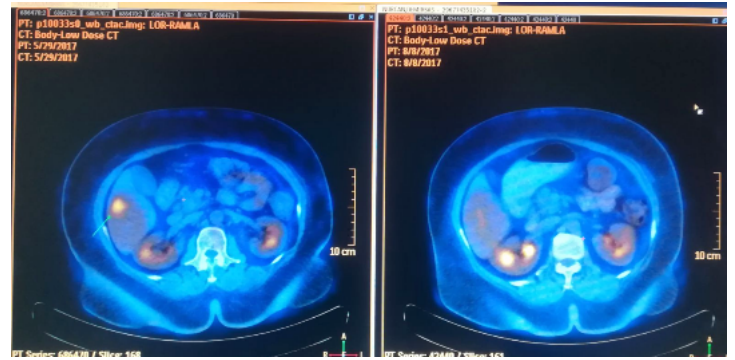
Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Tanı anında hastaların %5 'i metastatik evrede bulunmaktadır.Tanı anında erken evre olan hastaların da takipte %30 ununda uzak metastaz gelişmektedir.Hedefe yönelik tedavilerin klinik uygulamaya girmesiyle sağkalm sürelerinde iyileşme gözlenmektedir. Meme kanserli hastaların yaklaşık %20 sinde HER2 ekspresyonu mevcuttur. Pertuzumab HER2 reseptörünün ekstrasüler bölümüne bağlanmakta ve diğer reseptörlerle dimerizasyonunu engellemektedir. Pertuzumab tedavisi ile tam yanıt alınan olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: 51 yaşında bayan hasta sol memede kitle nedeniyle modifiye radikal mastektomi yapılmış.Postop yapılan evreleme de PET BT de karaciğer segmet 6 lokalizasyonunda 17x14 mm hipermetabolik tutulum saptandı. ER(-),PR(-), CerbB2 skor 3 pozitif olması nedeniyle pertuzumab trastuzumab dosetaksel tedavisi başlandı. Üç kür kemoterapi sonrası karaciğer metastazında tam yanıt alındı (Resim 1). Kemoterapi altı küre tamamlandı. Altı kür kemoterapi sonrası dosetaksel kesildi, pertuzumab herceptin tedavisi ile devam edildi. Takipte yapılan tetkiklerde bugüne kadar progresyon saptanmamıştır.Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Cleopatra çalışmasında dosetaksel herceptin tedavisine pertuzumab eklenmesi ile genel sağkalmın 56.5 ay olduğu bildirilmiştir. Radyolojik tam yanıt sonrası sitotoksik ajan kesilip pertuzumab ve herceptin tedavisi ile devam edilmesi önerilmektedir.Sitotoksik ajan kesiminden sonra hormon reseptör pozitif hastalarda hormonal tedavi eklenmektedir.Bizim takip ettiğimiz olguda hormon reseptörleri negatif olduğu için hormonal tedavi eklenmedi.Optimal tedavi süresi ile ilgili yeterli veri bulunmamakta ve progresyona kadar devam edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: pertuzumab, meme kanseri, metastaz

Resim 1:Tanı anında ve tedavi sonrası PET BT görüntüleri



EP-131

HER2 POZİTİF METASTATİK MEME KANSERİNDE TEK MERKEZ TRASTUZUMAB-EMTANSİN DENEYİMİ

GÜLNIHAL TUFAN, ÖMÜR BERNA ÖKSÜZOĞLU, ERKAN ERDUR, ECE ESİN, FATİH YILDIZ, EMRAH ERASLAN, UMUT DEMİRCİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Giriş: Her2 pozitif meme kanseri tüm meme kanserlerinin %15-20'sini oluşturur ve kötü prognozla ilişkilidir. Trastuzumab bu hasta grubunda erken ve ileri evrede sonuçları iyileştirmiştir. Ancak tüm metastatik hastalarda direnç gelişmektedir. Trastuzumab-emtansin (TDM-1), trastuzumab-dirençli hastalarda etkinliği gösterilmiş Her2 hedefli antikor-ilaç konjugatıdır. Biz merkezimizde gerçek-yaşam pratiğinde TDM-1 tedavisi alan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal-Metod: Her2 pozitif metastatik meme kanseri tanısı ile son iki yılda tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Toplam 50 hastaya TDM-1 tedavisi planlandığı görüldü. Tüm verilerine ulaşılabilen 43 hasta çalışmaya alındı.

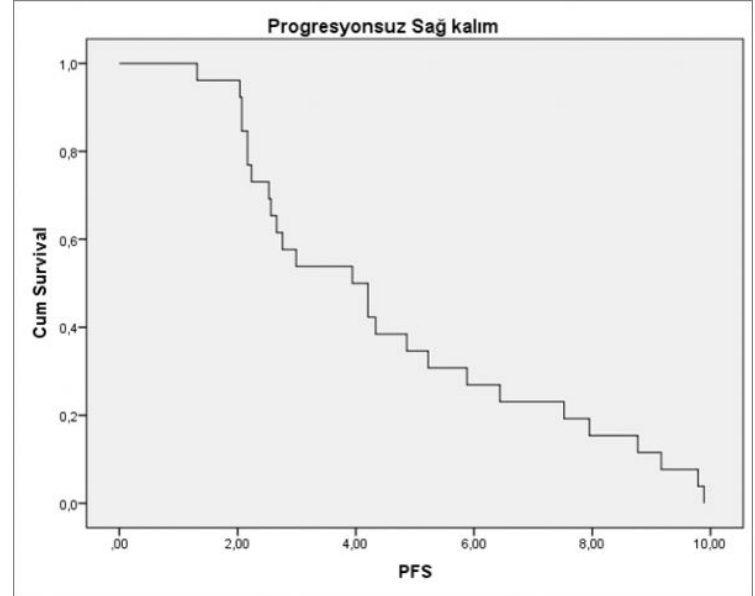
Sonuçlar: Hastaların median yaşı 48'di (31-83 yaş arası). Hastaların çoğunluğunda HER2 3+ tümör mevcuttu (n=37, %86). 41 hasta (%95) viseral metastaz ile prezente iken, 2 hastada (%5) non-viseral metastaz (kemik, yumuşak doku) ile prezente olmuştu. Yaklaşık olarak hastaların yarısında beyin metastazı vardı (%51). Östrojen ve progesteron reseptör pozitiflik oranları %67 idi. %44 hastaya daha önce neoadjuvan veya adjuvan olarak trastuzumab tedavisi uygulanmıştı. TDM-1 tedavisinin başlangıcında %33 hastanın ECOG-PS 0 iken, %58 hastada 1 ve %9 hastada 2 idi. Hastaların %51'i daha önce metastatik hastalıkta 1 basamak kemoterapi almışken, %49'u 2 veya daha fazla sistemik kemoterapi almıştı. Median 7.8 aylık takip süresi boyunca hastaların %60'ında progresyon gelişti, %40 hastada ise halen tedaviye devam edildiği görüldü. TDM-1 %53.5 hastada 2. basamak tedavi olarak uygulanırken, %46.5 hastada 3. ve daha sonraki basamaklarda uygulandı. 6. ayda klinik yarar oranı %53.5

idi. Tüm hasta grubunda median progresyonsuz sağkalım (PFS) 4.0 ay iken 2. basamak ve ≥ 3 . basamak tedavide PFSnin sırası ile 3.9 ay ve 4.2 ay olduğu görüldü ($p>0.05$).

Sonuç: TDM-1, Her2 pozitif metastatik meme kanserli hastalarda ileri tedavi basamaklarında etkindir. Daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği ve gerçek yaşam verilerinin değerlendirildiği çalışmalarla günlük pratiğimizde bu tedavinin yeri ve zamanı ile ilgili bilgilere ihtiyaç vardır.

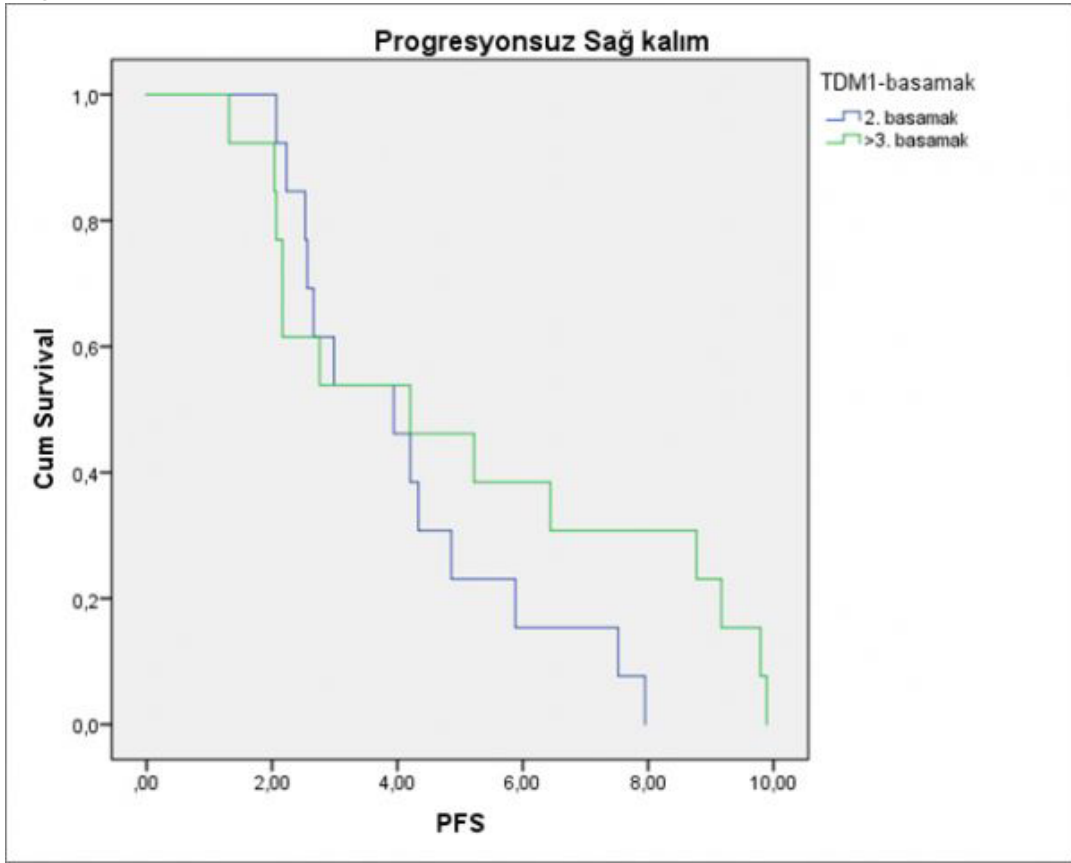
Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, progresyonsuz sağkalım, trastuzumab-emtansin

PFS-1



Progresyonsuz sağ kalım

PFS-2



2. basamak ve ≥ 3 . basamak tedavide progresyonsuz sağ kalım

EP-132

OROMANDİBÜLER DİSTONİ İLE PREZENTE OLAN KAPESİTABİN İLİŞKİLİ NÖROTOKSİSİTE

SAİM FURKAN SARICI

MEDİKAL PARK TRABZON HASTANESİ

Amaç: Kapesitabin birçok kanserde kullanılmakta olan oral bir floropirimidin ajandır. Kapesitabin ilişkili nörotoksisite sıklıkla konfüzyon, ataksi, dizartri, parastezi şeklinde görülmektedir. Olgumuzda görülen oromandibüler distoni kapesitabine bağlı oldukça nadir görülen bir nörotoksisite bulgusudur ve literatürde birkaç vaka bildirilmiştir.

Olgu: Altı aydır metastatik meme kanseri tanısı ile izlenmekte olan 43 yaşında bir kadın hastaya 18 gün önce kapesitabin tedavisi başlanmıştı. Hasta 2 gündür devam eden disfaji ve konuşma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Hasta diyabetes mellitus ve hiperlipidemi nedeniyle insülin ve statin tedavileri almaktaydı. 7 yıl önce renal transplantasyon öyküsü mevcuttu. Ciddi disfaji nedeniyle nazogastrik beslenme tüpü takıldı. Hasta afazik idi, yalnızca yazı yoluyla iletişim kurabiliyordu. Beyin MR'da periventriküler derin beyaz cevherde, subkortikal beyaz cevherde ve korpus kallozumda yaygın T2 hiperintensitesi gösterildi. Difüzyon ağırlıklı görüntüleme bu alanlarda difüzyon kısıtlanması izlendi. Mevcut MR bulguları akut nörotoksisite ile uyumlu olarak değerlendirildi.

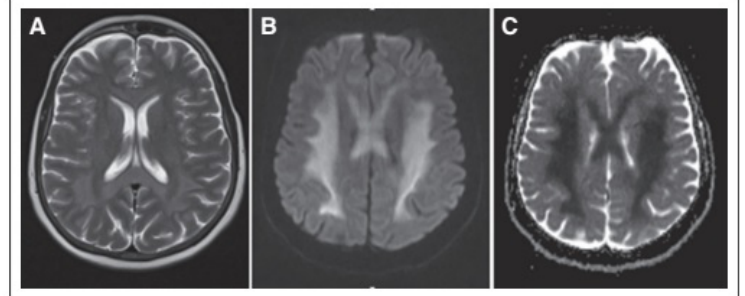
Hastanın almakta olduğu kapesitabin tedavisi kesildi. Yüksek doz piridoksin uygulandı. Semptomlar tedavinin kesilmesinden 2 gün sonra dramatik olarak geriledi ve birkaç gün içerisinde normale döndü. On gün sonra tekrarlanan beyin MR'da radyolojik bulguların bütünüyle gerilediği izlendi.

Sonuç: Kapesitabin ilişkili nörotoksisite sıklığı %0,5'den azdır ve genellikle serebellar sendrom şeklinde görülmektedir. Ataksi, nistagmus, kognitif değişiklikler, dizartri ve epilepsi benzeri semptomlar en sık prezentasyon şekilleridir. Piridoksin replasmanı ile nörolojik semptomların gerilediğini gösteren vaka bildirimleri bulunmaktadır. Kapesitabin ilişkili oromandi-

büler distoni oldukça nadir görülen bir durumdur. Semptomlar genellikle tedavinin başladığı ilk hafta içerisinde ortaya çıkar. Hayatı tehdit eden klinik tablolar görülebilmektedir. Olgumuzda oromandibüler distoni kapesitabin tedavisinin 3.haftasında gelişmiş, tedavinin kesilmesi ve pridoksin replasmanı ile klinik ve radyolojik olarak hızla gerilemiştir.

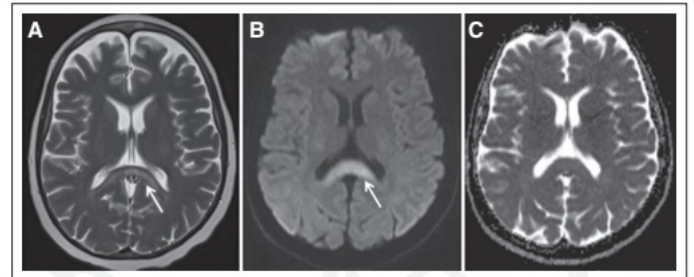
Anahtar Kelimeler: Kapesitabin, nörotoksisite, oromandibular distoni

Şekil-1



A: Periventriküler derin beyaz cevher ve korpus kallozum T2 hiperintensitesi B: Subkortikal beyaz cevher ve korpus kallozum hiperintensitesi C: Difüzyon görüntüleme sinyal hipointensitesi

Şekil-2



On gün sonra kontrol MR görüntüleri

EP-133

OPTIMAL DURATION OF TRASTUZUMAB TREATMENT IN METASTATIC BREAST CANCER PATIENTS ON COMPLETE REMISSION

FATİH GÜRLER, GÖZDE TAHTACI, MUKADDES YILMAZ, BEDİZ KURT, AHMET ÖZET

GAZI UNIVERSITY, DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, ANKARA, TÜRKİYE

The optimal duration of maintenance trastuzumab (TRA) treatment in metastatic breast cancer (MBC) is still controversial. The main concern of long term TRA treatment has potential cardiac side effects. We report two cases MBC presented with metastatic relaps within one year after discontinuation of TRA treatment.

Introduction: Assesment of Her2 is important to predict prognosis and to establish treatment strategies in breast cancer. It is reported that adding TRA to chemotherapy in breast cancer patients provides improvement in DFS and/or OS.

Case 1: Our first case is 61 years old postmenopausal female who presented to hospital with galactorrhea. On USG 21x18 mm mass on her right breast was found. PET-CT revealed right retropectoral and right axillary LNs. The pathology spesimen from right modified radical mastectomy operation was reported as invasive ductal carcinoma (IDC), ER+, PR+, Her2+++ , 10/28LAPs. She had given multilineage treatment until complete remission (CR). After one year from cessation of TRA treatment she was presented to hospital with metastatic relaps and the treatment was planned as chemotherapy plus TRA again.

Case 2: Our second case is 45 years old premenopausal woman who presented to hospital with a mass on her right breast, fatigue and backache. PET-CT revealed multiple metastasis. The core biopsy performed from the mass was reported as IDC, ER+, PR+, Her2+(FISH). She had given multilineage treatment

until CR. After one year from cessation of TRA treatment she was presented to hospital with metastatic relaps and the treatment was planned as chemotherapy plus TRA again.

Discussion: Although the majority of breast cancer patients may get rid of their disease, up to %20 develop MBC. About 15%-25% of breast cancers are Her2+ and associated with more aggressive tumour behavior (1). TRA, has shown to improve survival in combination with chemotherapy compared to non-TRA-based treatment that's why it has become the standart treatment in Her2+ early and MBC (2). The majority of MBC patients treated with TRA progress within one year and long term CR under treatment with TRA can be achieved in limited cases. Current guidelines suggest TRA maintenance treatment in MBC until progression. But the question is what should be the optimal duration of maintainence TRA treatment in patients with CR.

1. Mastro LD, Lambertini M, Bighin C, Levaggi A, D'Alonzo A, Giraudi S, et al. Trastuzumab as first-line therapy in HER2-positive metastatic breast cancer patients. Expert review of anticancer therapy. 2012;12(11):1391-405.
2. Vogel CL, Cobleigh MA, Tripathy D, Gutheil JC, Harris LN, Fehrenbacher L, et al. Efficacy and safety of trastuzumab as a single agent in first-line treatment of HER2-overexpressing metastatic breast cancer. Journal of Clinical Oncology. 2002;20(3):719-26.

Keywords: trastuzumab, metastatic breast cancer, Her2+

EP-134

NOVEL PATOJENİK VARYANTLARLA BERABER BRCA1 VE BRCA2 GENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SERHAT SEYHAN¹, BÜLENT UYANIK², İBRAHİM ÇİL³, DENİZ TURAL³, EBRU ŞEN⁴, CENGİZ HAN ŞAN ÖZDEMİR⁴, SERKAN MENEKŞE⁵, GÜLÇİN ERCAN⁶, ATILLA ÇELİK⁶, FATMA EKİCİ¹

1 BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ GENETİK BÖLÜMÜ, İSTANBUL

2 BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ GENETİK BÖLÜMÜ, İSTANBUL

3 BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

4 BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

5 BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

6 BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: BRCA1 ve BRCA2 genleri özellikle meme ve over kanseri için önemli bir yatkınlık oluşturmaktadır. Bu çalışmada bize başvuran hastaların BRCA1 ve BRCA2 genleri incelenerek varyantların sıklığı ve novel patojenik varyantlar incelenmiştir.

Yöntem: Yeni nesil dizileme yöntemi ile 300 hastanın BRCA1 ve BRCA2 genlerinin tüm ekzon ve intronları dizilenerek incelendi. Gerekli görülen hastalardan MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) yöntemi ile delesyon/duplikasyon analizi yapıldı.

Bulgular: 300 hastadan yaptığımız BRCA1 ve BRCA2 genlerinin analizi sonucunda hastalarda elde ettiğimiz patojenik/olası patojenik varyantlar, novel varyantlar ile sunulacaktır.

Sonuç: BRCA1 ve BRCA2 genelerindeki varyantların toplumdaki sıklığı ve novel patojenik mutasyonlar incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: BRCA1, BRCA2, Novel, Mutasyon, Varyant

EP-135

10 YILDIR 250 MG FULVESTRANT TEDAVİSİ İLE REMİSYONDA TAKİP EDİLEN METASTATİK MEME KARSİNOMU

NİLGÜN YILDIRIM, AYKUT BAHÇECİ

DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, GAZİANTEP

Amaç: Fulvestrant selektif östrojen reseptörü modülatörü (SERM) olup hormon duyarlı ileri evre meme kanserinde etkili bir endokrin tedavisi seçeneğidir. Randomize çalışmalarda fulvestrantın gerek birinci basamak endokrin tedavide, gerekse de tamoksifen altında progrese olan hastalarda, en az anastrozol kadar etkin olduğu, hatta yanıt süresi açısından anastrozole üstün olduğu gösterilmiştir. Bu olguda çoklu tedavi almış, 10 yıldır fulvestrant 250 mg tedavisi ile remisyonda takip edilen metastatik meme kanserinde vakası sunuldu.

Olgu: 58 yaşında bayan hasta. 1998 yılında sağ meme invaziv duktal karsinoma (IDC) tanısı konan hastaya sağ modifiye radikal mastektomi ve axiller diseksiyon (MRM+AD) yapılıyor. Östrojen reseptör(ER) pozitif, progesteron reseptör(PR) pozitif, Evre 2 olan hasta adjuvan 6 kür CMF ve radyoterapi (RT) alıyor. Tamoksifen ile takibe alınan hastaya 2000 yılında da sol meme IDC tanısı konuyor. Sol MRM+AD yapılan hastaya, [ER +, PR +, insan epidermal büyüme faktörü reseptör (HER2) +, evre 3] adjuvan 9 kür FAC ve RT veriliyor. Takipte 2002 yılında cilt metastazı saptanan hastaya dozetaksel 100 mg/m²/gün başlanıyor. 10 kür tedavi aldıktan sonra anastrozol ile takip ve tedavisi devam ediyor. 2004 yılında çekilen toraks BT'de akciğerde metastaz şüpheli nodül saptanması üzerine anastrozol kesilip, kapesitabin 2 gr/m²/gün başlanıyor. 2005 yılında çekilen kemik sintigrafisinde kemikte metastaz şüphesi olan tutulumlar olması üzerine HER2 + olan hastaya transtuzumab ve navalbin veriliyor. Top-

lam 12 kür alan hastada navalbin kesiliyor. 3 kür daha transtuzumab verildikten sonra anastrozole devam ediliyor. Hastada 2007 yılında çift görme, baş ağrısı şikayeti olması üzerine çekilen kraniyal MR' de sağ oksipital lob lateralinde yaklaşık 4 cm'lik kitle lezyon saptanıyor. Hastaya kitle eksizyonu yapılıyor. Patolojisi karsinom metastazı olarak raporlanıyor. Hasta daha sonra kraniyal RT alıyor. RT sonrası paklitaksel ve transtuzumab başlanıyor. 6 kür sonra paklitaksel kesilip transtuzumaba ilave olarak fulvestrant 250 mg başlanıyor. Takiplerinde stabil seyreden, metastatik lezyonu olmayan hastanın transtuzumab tedavisi 1 yıl sonra kesiliyor, fulvestrant devam ediliyor. Hasta bu tarihten beri remisyonda takip edilmektedir.

Sonuç: Endokrin tedavi, hormon reseptör +, HER2 - hastaların tedavisinde ana dayanak noktası haline gelmiştir ve metastatik hastalığın çeşitli tedavileri arasında ilk sırada yer almaktadır. Fulvestrantın klinik etkinliği ilk olarak, 2. hatta fulvestrant 250 mg/ay ile faz III çalışmalarda gösterilmiştir. Daha sonra fulvestrant 500 mg verildiğinde daha etkin olduğu CONFIRM çalışmasında gösterilmiştir. Fakat etkinliği kanıtlanan birçok çalışmada da düşük doz fulvestrant kullanılmıştır. Bizim vakamızda düşük doz fulvestrantın güvenli ve etkili bir sistemik tedavi olduğunu ve hormona duyarlı ileri evre meme kanseri olan postmenopozal kadınlar için uygulanan tedavi dizisinde iyi bir seçenek olarak görülebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: fulvestrant, meme kanserinde, tedavi

EP-136

METASTATİK MEME KANSERLİ OLGUDA GELİŞEN METAKRON AKCİĞER ADENOKARSİNOMUNUN ADJUVAN SİSTEMİK TEDAVİSİ

FATMA YALÇIN MUSRİ, MUSTAFA SERKAN ALEMDAR, GÖKHAN KARAKAYA,
ALİ MURAT TATLI, SEMA SEZGİN GÖKSU, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ

Amaç: Meme kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen kanserdir ve kansere bağlı ölümün önde gelen nedenidir. Metastatik hastalığın kür olma olasılığı çok düşüktür, ancak gelişen tedaviler sağkalımı belirgin uzatmıştır. Her-2 over ekspresyonu meme kanserinde %20 civarındadır. Transtuzumab, Her 2 'nin ekstraselüler domainine bağlanan monoklonal antikordur. Optimal tedaviye yanıtı ve sitotoksik tedavinin kesildiği hastalarda, anti Her 2 tedavinin ne kadar sürdürüleceğine ilişkin karar bireyselleştirilmelidir, çünkü bu konuda hiçbir veri yoktur.

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde visseral plevra invazyonu kötü prognostik faktördür. Bu hasta grubunda tümör boyutundan bağımsız adjuvan tedavi verilmesinin sağkalımı iyileştirdiğine dair veriler mevcuttur.

Biz beş yılı aşkın süredir transtuzumab kullanan tam yanıtli metastatik meme kanserli bir hastamızda metakron gelişen akciğer adenokarsinomuna, adjuvan kemoterapi verme deneyimimizi sunduk.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta, 2012 yılında sağ aksillar lenfadenopati biyopsisi malign epitelyal tümör metastazi, hormon reseptör ve c erb b2 +3 pozitif hastalık saptandı. Pet-ctde sağ aksillar fossa dışında patolojik tutulum saptanmadı. Meme radyolojisinde de memede kitle saptanmadı. Laboratuvar parametreleri normal saptandı. Patoloji bulguları ile meme kanseri tanısı konulup, neoadjuvan tedavi ve ardından cerrahi planlandı. Haftalık 80 mg/m2 paklitaksel + 2 mg/kg transtuzumab

(4 mg/kg yükleme sonrası) tedavisinin 3. ay bitiminde çekilen pet-ct de progresse (boyunda ve mediastende lenfadenopatiler) metastatik hastalık ile uyumlu bulgular saptandı. Paklitaksel+ transtuzumab tedavisine karboplatin (paklitaksel 175 mg/m2, herceptin 6 mg/kg, karboplatin 5 auc /21 günde bir) eklendi. 6 kür sonrası kısmi yanıtli olup 6 mg/kg transtuzumab /3 haftada bir ve anastrozol 1 mg /gün olarak tedavi devam edildi. Transtuzumab +Anastrozol tedavisinin 6. ayında tam yanıt elde edildi ve devam etti. 75. kür sonu Ekim 2017 pet-ct de sağ akciğer orta lopa 1.2 cm (SUV max: 11.2) nodul saptandı. Ek patolojik tutulum yoktu. Lobektomi ile opere edildi. Patoloji; mikst invaziv müsinöz ve non-müsinöz adenokarsinom olarak saptandı. Tümör boyutu 1.1 cm, visseral plevra invazyonu mevcut, cerrahi sınır negatif idi. Immunohistokimyasal boyamalarda CK7, TTF -1 ile boyanma pozitif, ER,PR, Her 2 negatif idi. Opere T2aN0M0 akciğer adenokarsinomu tanısı ile mevcut transtuzumab tedavisi ile birlikte anastrozol kesilerek 4 kür karboplatin 5 AUC + paklitaksel 175 mg /m2 /21 günde bir planlandı. Hasta halen adjuvan tedavisini almaktadır.

Sonuç: Transtuzumab her 2 pozitif metastatik meme kanserinde, hastalığın doğal seyrini değiştirip sağkalımı belirgin uzatan önemli bir ajandır. Tedaviye yanıtli hastalarda kardiyak monitörizasyon ile uzun yıllar güvenle kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: metastatik, meme, transtuzumab

EP-137

**PRİMER MEME KANSERİNDE METASTAZ İLE KARIŞAN
GRANÜLOMATÖZ ENFEKSİYON; OLGU SUNUMU**

SEVGİ GÖZDE KART¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR², BURAK BİLGİN², MUTLU HIZAL²,
DİDEM ŞENER DEDE², MUHAMMET BÜLENT AKINCI², BÜLENT YALÇIN²

¹ ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

² ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Granülomatöz inflamatuvar cevap, enfeksiyon, sarkoidoz, vaskülit, Chron hastalığı, yabancı cisim, toksik ve alerjik ajan, ilaç ve maligniteler gibi çeşitli koşulların neden olduğu, kronik inflamasyonun özel bir türüdür. Pulmoner nekrotizan granülomların çoğunlukla nedeni tuberküloz veya non-tuberküloz enfeksiyonlardır. Meme kanserinde ve drene olduğu lenf nodlarında granülomatöz cevap ilişkisi nadir olarak görülmektedir. Bu vakada primer meme kanserine eşlik eden ve metastaz ile karışan granulatöz enfeksiyonlu olgu sunulacaktır.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta akciğer grafisinde görülen pulmoner nodüler lezyonlar nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastaya çekilen 18-FDG PET-BT " Mediasten sağ paratrakeal alanda 17 mm, sağda bronkopulmoner 18 mm, karaciğer sağ lob posterior kesimde 6 cm çaplı heterojen hipointens nodülde artmış tutulum izlenmiş olup öncelikle metastaz lehine değerlendirildi" olarak raporlandı. Primeri saptamak için yapılan tetkiklerde üst gastrointestinal endoskopik ve kolonoskopi normal olarak saptandı. Mamografide sol meme üst dış kadranda meme başına 10 cm mesafede 21x15.5 mm mikrokalsifiye düzensiz sınırlı lezyon görüldü. Ultrasonografide de aynı lezyonlar izlenmekte olup, sol tarafta 17X13 mm ve 14X12 mm lezyon ve aksiller lenf nodları mevcuttu. Ultrason eşliğinde memedeki lezyona yönelik yapılan tru cut biyopsi yapıldı Patolojik incelemede düşük dereceli invaziv tübüler karsinom olarak saptandı. Patolojik tanı ile radyolojik görünüm arasında ki uyumsuzluk nedeniyle

her iki akciğerde tanımlanan lenf nodlarına ve karaciğerde ki lezyonadan biyopsi alındı.Histopatolojik değerlendirme her iki lezyonda granülomatöz inflamasyon olarak değerlendirildi. İlk değerlendirme de evre 4 olarak düşünülerek inoperabl olarak kabul edilen hasta mediasten ve karaciğerde ki lezyonların granulatöz enfeksiyon ile uyumlu saptanması üzerine erken evre olarak kabul edildi. Hastaya sol radikal mastektomi yapıldı, patolojik tanısı düşük dereceli invazif dutkal karsinom olan hastanın tümör evresi T2N0M0 olarak saptandı. Ülkemizde tuberküloz prevelansının yüksek olması nedeni ile ampirik antituberküloz tedavisi başlanmıştır,6 ay izoniazid kullanımı sonrası granulatöz lezyonlarda küçülme izlenmiştir. Patoloji sonucu ER%100,PR%100,Cerb 2(-) olan hastaya Meme kanserine yönelik hormonoterapi (tamoksifen) başlanılmıştır.

Sonuç: Ülkemizde meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. Erken evre ile ileri evre meme kanserinde tedavi yaklaşımlarının çok farklı olması nedeniyle tanı aşamasında evreleme çok önemlidir. Vakamızda olduğu gibi patolojik değerlendirme ile radyolojinin uyuşmadığı durumlarda mutlaka uyumsuz olan lezyondan histopatolojik değerlendirme yapılmalıdır. Ülkemiz gibi tuberküloz sıklığının yüksek olduğu ülkelerde radyolojik olarak granulatöz reaksiyonların sıklıkla metastatik lezyonlarla karışabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granulatöz reaksiyon, Meme kanseri, Tuberküloz

EP-140

PREMENOPOZAL MEME KANSERLİ KADINLARDA ADJUVAN TAMOKSİFEN İLE TAMOKSİFEN VE GNRH ANALOGLARININ BİRLİKTE KULLANIMININ TEDAVİ ETKİNLİĞİ AÇISINDAN KIYASLANMASI

GÜLGÜN ÖZBEK, LEVENT KORKMAZ, MUSTAFA KARAAĞAÇ, ÖNDER BAĞCI, MEHMET ARTAÇ

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D, KONYA, TÜRKİYE

Amaç: Premenopozal meme kanserinde adjuvan endokrin tedavide GNRH analoglarının ve tamoksifen tedavisinin birlikte kullanımı tartışmalıdır. Bu çalışmada tamoksifen ve GNRH analoglarının birlikte kullanımının hastalıksız sağkalım ve genel sağkalıma katkısını araştırdık.

Materyal-Metod: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniğimize 2004 ile 2016 yılları arasında başvuran meme kanseri nedeniyle opere olan ve adjuvan tedavi olarak yalnız başına tamoksifen (n=95) (TAM) veya tamoksifen ve GNRH analogu birlikte (n=138) (TAM-GNRH) kullanan toplamda 233 hasta çalışmaya dahil edildi. Hormonal tedavi başlangıcından metastaz ya da nüks gelişmesine kadar geçen zaman hastalıksız sağkalım (HSK) olarak hesaplandı. HSK ve genel sağkalım (GSK) analizleri kaplan-meier analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 233 hastanın ortalama yaşı 40 (23-53) idi. Hastalarda ortalama takip süresi TAM grubunda 33 ay, TAM+GNRH grubunda 24 ay idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Tam grubunun medyan HSK'sı 67.8 ay (GA: 49.9-85.8) olarak tespit edilirken, TAM+GNRH grubunun 110.6 ay (GA: 89.7-131.5) olarak tespit edildi (p=0.107). İstatistiksel olarak anlamlı fark elde edilemedi. TAM grubunun medyan GSK'sı 95 ay (GA: 74-116) olarak tespit edilirken, TAM+GNRH grubunun medyan GSK değerine ulaşamadı (p=0.041).

Sonuç: Premenopozal meme kanserinin adjuvan hormonal tedavisinde, GNRH analoglarının tamoksifen tedavisine eklenmesinin genel sağkalımda iyileşmeye neden olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, tamoksifen, GNRH analogları, Hastalıksız sağkalım, Genel sağkalım

EP-141

ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN MEME KANSERLİ HASTADA YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETERSİZLİK

MEHMET ARTAÇ¹, LEYLA YAMAN¹, GÖKHAN AYTEKİN², MUSTAFA KARAAĞAÇ¹, ÖNDER BAĞCI¹, LEVENT KORKMAZ¹, ZAFER ÇALIŞKANER²

1 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BD
2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İMMÜNOLOJİ BD

Amaç: Bu bildiri meme kanseri nedeniyle adjuvan kemoterapi alan bir hastada devam eden ateş ve lenfopeni sonrasında primer immün yetmezlik tanısı konan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 64 yaşında bayan hasta sağ memede kitle nedeniyle sağ modifiye radikal mastektomi operasyonu sonrasında adjuvan tedavi planı için merkezimize başvurdu. Özgeçmişinde mitral kapak prolapsusuna bağlı mitral yetmezlik öyküsü mevcut idi. Soygeçmişinde babasında kolon kanseri, erkek kardeşinde akciğer kanseri ve kız kardeşinde endometriyum kanseri öyküsü vardı. Mastektomi patolojisinde invaziv duktal karsinom, tümör çapı 2 cm, sentinel bir lenf nodu pozitif ve perinodal tutulum saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede ER negatif, PR negatif ve CerbB2 negatif saptanmış idi. İkinci bir merkezde yapılan patoloji confirmasyonunda ilk biyopsi materyalinde ER %90 pozitif, PR %80 pozitif, CerbB2 negatif ve Ki67 indeksi %41 bulundu. Evreleme tetkiklerinde uzak organ metastazına rastlanmadı. Bunun üzerine hastaya adjuvan kemoterapi verilmesine karar verildi. Hasta siklofosamid-adriamisin kemoterapisinin 3.küründen sonra nötropenik ateş nedeniyle servisimize yatırıldı. Takiplerinde antibiyotik ve G-CSF desteğinde nötropenisi dü-

zelen hastamızın ateşleri devam etti. Nötropenisi düzelen hastamızın lenfosit sayısı 400 mm³ (800 - 5500) idi. Lenfopeni tespit edilen hastamızda IgG:5,74 g/L (7-16), IgM: 0,27 g/L (0,4-2,3), IgA:0,34 g/L (0,7-4) saptandı. Yapılan flow sitometrik değerlendirilmede CD19 %0 olarak bulundu. B hücreleri izlenmeyen ve birden fazla antikor düzeyinde düşüklük olan hastanın, hafıza B hücre oranı lenfopeni nedeniyle ile doğru değerlendirilemedi. Sonuçta hastaya immunoloji kliniği ile konuşularak muhtemel primer immün yetmezlik tanısı kondu. Profilaktik 6 ay süreyle IVIG tedavisi başlanması planlandı. Bu aşamada kemoterapi tedavisinin devam etmesinin uygun olmadığı düşünüldü ve anastrozol tb 1x1 başlandı. IVIG tedavileri sonrasında ateş şikayeti ortadan kalkan ve genel durumu düzelen hastamızın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Kanser hastalarında kemoterapi sonrası devam eden ateş ve lenfopeni aklımıza altta yatan bir immün yetmezlik olabileceğini getirmelidir. Bu hastaların erken teşhisi ciddi komplikasyonların gelişmesini engelleyebilecektir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, immün yetmezlik, lenfopeni

EP-142

KARACİĞERE SINIRLI METASTATİK MEME KANSERLİ HASTALARDA METASTAZEKTOMİNİN ROLÜBURÇAK ERKOL¹, BALA BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU¹, SERKAN ÇELİK¹,
METİN TİLKİ², AYSUN ŞİMŞEK ÇELİK², MEHMET ALİ UZUN²1 HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL
2 HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserlerden biridir. Hastaların yaklaşık %30'unda hastalıklarının herhangi bir döneminde metastaz saptanabilmekte olup, izole karaciğer metastazı %5-25'inde saptanmaktadır. Son zamanlarda yapılmış bazı meta-analizlerde, karaciğer metastatik hastalıkta küratif amaçla yapılan cerrahi ile 5 yıllık sağ kalım %39 olarak saptanmış. Biz de kliniğimizde takipli 2700 meme kanseri hastası arasında metastazektomi yapılmış 4 hastayı gözden geçirdik.

Olgu: Toplam 4 hastanın birinde lenf nodu pozitifliği varken hiç birinde primer multifokal değildi. Biri hariç hepsi HR pozitif ve cerbB2 (-) idi. Hiç biri primer tümörü için ya da karaciğer metastazektomisi öncesi dönemde neoadjuvan tedavi almamıştı. Bir hasta bilateral meme kanseri tanısı almıştı. DFS en az 13 ay en fazla 62 aydı. 1 hastada primer tümör HR pozitifken metastazı HR negatifti.

Sonuç: Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, hangi meme kanserli hastalara karaciğer metastazektomisi yapılabileceği ile ilgili çelişkili sonuçlar olmakla birlikte, HER2 pozitifliği DFS ile korele bulunmamış. Neoadjuvan tedaviye yanıt ilişkili bulunmuş, bununla birlikte tümör çapı ve sayısı her zaman korelas-

yon göstermemiş. Genel sağ kalım üzerine net etkili bir faktör bulunamaması, muhtemelen grupların hasta sayılarının az olmasıyla ilişkili olabilir. HR(-)'liği de her zaman daha kısa sağ kalımla ilişkili bulunmamış.

Genel olarak tüm çalışmalara bakıldığında: <4-5 cm, tek metastaz ya da majör cerrahi gerektirmeyen tümörler, radikal rezeksiyon yapılabilecek durumlar(R0 ya da R1), neoadjuvan tedavi ile PR ya da SD olan hastalar, primer tümörünün tanısından itibaren geçen süre en az 1 yıl olan hastalarda metastazektomi düşünülebilir. Meme kanseri tedavisinde kullanılan ajanlar her ne kadar gün geçtikçe artsa da, metastatik meme kanserli hastaların prognozu hala kötüdür. Kanıt düzeyi yüksek olmamakla birlikte, seçilmiş hastalarda kombine sistemik tedavi ve radikal cerrahi, tatminkar bir sağ kalım ya da remisyon uzaması sağlayabilir. Hasta seçimine multidisipliner olarak karar verilirken, yaş, genel performans, HR, cerbB2, metastaz sayısı ve yaygınlığı, DFS ve aldığı sistemik tedaviler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer cerrahisi, Karaciğer metastatik meme kanseri, Meme kanseri, Metastazektomi

Hastaların karaciğer metastazlarının klinikopatolojik özellikleri

	Hasta 1	Hasta2	Hasta 3	Hasta 4
Neoadjuvan tedavi, çeşidi	Yok	Yok	Yok	Yok
Neoadjuvan tedavi varsa yanıtı	Neoadjuvan tedavi yok	Neoadjuvan tedavi yok	Neoadjuvan tedavi yok	Neoadjuvan tedavi yok
Karaciğer metastazı adedi	3	4	1	8
En büyük karaciğer metastazı çapı	11x8x6 cm	8x7x6 cm	4,5x2x5 cm	5x4,5x4 cm
Cerrahi çeşidi	Major cerrahi	Major cerrahi	Major cerrahi	Major cerrahi
Hormon reseptör durumu				
ER	Negatif	%80	Negatif	%20
PR	Negatif	%10	Negatif	Negatif
cerbB2	Negatif	Negatif	+++	Negatif
Ki 67 %	20	15	40	20
Cerrahi sınır	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Adjuvan kemoterapi	Var	Var	Var	Yok
Adjuvan hormonoterapi	Var	Var	Yok	Var
Karaciğer metastazı yayılımı	Bilober	Unilober	Unilober	Unilober

Karaciğer metastazektomi uygulanmış hastaların genel özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4
Yaş	41	47	78	60
BMI	23	30	35	29
Primer tümörT	T2	T1c/T1b	T2	T2
Primer tümör N	N0	N0/N0	N1	N0
Cerrahi sınır	Negatif	Negatif/Negatif	Negatif	Negatif
Cerrahi çeşidi	Modifiye radikal mastektomi	Meme koruyucu cerrahi	Modifiye radikal mastektomi	Modifiye radikal mastektomi
Multifokalite	Yok	Yok	Yok	Yok
Hormon reseptör durumu ER PR	%70 %70	%70/>%90 %40/>%90	Negatif Negatif	%70 %70
cerbB2	Negatif	Negatif/Negatif	+++	Negatif
Ki 67 %"	17	50/21	40	20
Neoadjuvan kemoterapi	Yok	Yok/Yok	Yok	Yok
Adjuvan kemoterapi	Var	Yok/Var (4AC)	Var(Car+Dos)	Var (6 FAC)
Adjuvan radyoterapi	Yok	Var/Var	Yok	Yok
Adjuvan hormonoterapi	Var	Var	Yok	Var
Adjuvan biyolojik tedavi	Yok	Yok/Yok	Var	Yok
DFS(Ay)	62	17/54	13	38

EP-143

MEME KANSERLİ KADINLARDA SERUM HER-2 DÜZEYİNİN KLİNİKOPATOLOJİK PARAMETRELER İLE KORELASYONU VE SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

FATMA AYDOĞAN¹, UĞUR GEZER², PINAR SAİP³

1 S.B. ŞİŞLİ ETFAL E.A. HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TEMEL ONKOLOJİ ABD, İSTANBUL

3 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TIBBİ ONKOLOJİ ABD, İSTANBUL

Giriş: Her2 aşırı ekspresyonu, her ikisi de invaziv işleme doku örneği gerektiren, İHK ve FISH yöntemleriyle belirlenmektedir. Doku örneği gerektiren diyagnostik metotlara alternatif olarak serum örneğinde ELİSA yöntemi ile Her2 aşırı ekspresyonu belirlenmesi tartışılan bir konu olmuştur. Bu çalışmada; serum Her2 ile doku Her2 statüsü korelasyonunu, serum Her2 ile klinikopatolojik faktörlerin korelasyonunu, serum Her2'nin sağkalım üzerine etkisini, serum Her2 düzeyinin, adjuvan tedavi öncesi ve sonrası değişim farkının sağkalım üzerine etkisini ve bazal serum Her2 düzeyinin tedaviye cevabı predikte etmedeki rolünü araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Ocak 2010 – Aralık 2016 tarihleri arasında, meme koruyucu cerrahi veya mastektomi yapılarak cerrahi tedavi edilmiş, histolojik olarak evre I-III primer meme kanserli 156 hastanın, adjuvan tedavi öncesi ve sonrası alınmış ve -80 derecede saklanmış kan örneklerinin retrospektif incelenmesi ile yapılmıştır.

Bulgular: Doku Her2 statüsü (İHK ile 3+ veya İHK 2+/FISH+) 45 hastada (%28.8) pozitif, 111 hastada (%71.2) negatif idi. Doku Her2 pozitif 44 hastanın 10'unda (duyarlılık=%23) bazal serum Her2 düzeyi yüksek (≥ 15 ng/mL), doku Her2 statüsü

negatif 109 hastanın 10' unda bazal serum Her2 düzeyi yüksek bulundu. Doku Her2 pozitif gruptaki ER/PR pozitiflik oranı (%48.9/%35.6) ile doku Her2 negatif gruptaki ER/PR pozitiflik oranı (%70.3/58.6) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.012/p=0.009$). Serum Her2 düzeyindeki değişim oranının, doku Her2 statüsü için cut-off değeri %10, duyarlılık %68.4, özgüllük %66.4, AUC= 0.706 (± 0.05), $p<0.0001$, % 95 CI=0.602-0.810 bulundu. Bazal değere göre tedavi (kemoterapi±trastuzumab) sonrası serum Her2 düzeyinde azalma toplam 91 hastada (%61.5) görüldü. Bazal ve tedavi sonrası serum Her2 düzeyinde değişim oranında >10 azalma; %67.4 doku Her2 pozitif ve %33.3 doku Her2 negatif hastada bulundu ($p=0.002$).

Sonuç: Özellikle erken evre tümörlerde, bazal serum Her2 düzeyi, doku Her2 statüsü ile korelasyon göstermeyebilir, metastatik hastalıkta, bu korelasyon daha sıklıkla görülmektedir. Tümör Her2 statüsünün belirlenmesinde, serum Her2 düzeyi tayini, İHK/FISH yöntemlerinin yerini alamaz ancak gerçek zaman Her2 durumunu göstermek açısından bu yöntemleri destekleyebilir. Tedavi sonrası serum Her2 düzeylerinde düşme, tedaviye cevabı predikte edebilir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, HER-2, Serum

EP-144

TRİPL NEGATİF MEME KANSERİ (TNBC) HÜCRELERİNDE REGORAFENİB (RG) UYGULAMASININ SİSPLATİN (CİS) TEDAVİSİNE KATKISI

FATİH GÜRLER¹, SAADETTİN KILIÇKAP²

1GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI
2HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BİLİM DALI

Giriş-Amaç: TNBC diğer meme kanseri alttiplerine göre daha kötü prognoza sahiptir ve elde edilen zayıf sonuçların nedeni tam olarak bilinmemektedir. Rg antitümöral aktivitesini; anjiyogenik (VEGFR1-3, TIE-2), stromal (PDGFR-β, FGFR) ve onkojenik kinazların (KIT, RAS, RAF) inhibisyonu ile göstermektedir (1). Bu çalışmada Rg tedavisinin, BRAF pozitif TNBC hücre kültüründe Cis tedavisine katkısının araştırılması amaçlanmaktadır.

Metod: Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Temel Onkoloji AD laboratuvarlarında ticari olarak elde edilen MDA-MB-231 meme kanseri hücre kültüründe; Cis ile Rg kombine tedavisinin, Cis tek başına uygulandığı duruma göre etkinliğinin nasıl değiştiği incelenmiştir. İlaç uygulanmamış ve uygulanmış hücre kuyularının absorbanları ölçülerek doza bağlı sağkalım eğrisi ortaya çıkarılmıştır.

Gelişme: Rg çözücüsü olan DMSO ile 24 saatlik Rg uygulaması karşılaştırıldığında; 24 saatlik Rg uygulamasında hücre ölümünün daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0,001$). Rg 24 saat inkübasyonu sonrası Cis eklenmesi koşulunun hem hücre hem de tek Cis uygulanması koşullarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hücre ölümünü arttırdığı ($p < 0,001$) ve azalan Cis dozlarında Rg öldürücü etkisinin devam ettiği gözlemlendi. Hücrelerin 24 saat ilaçsız inkübasyonu sonrası subtoksik dozda Rg ve Cis birlikte uygulanması durumunda; hücre ölümünün hem uygulama yapılmamış hücrelere göre hem de DMEM ile inkübe edilmiş hücrelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi ($p < 0,001$). Ardışık koşullar ile birlikte uygulama koşulları karşılaştırıldığında 1,5 µg/mL Rg 24 saat uygulanması sonrası Cis eklenmesi koşulu; birlikte eklenmesi koşulundan anlamlı derecede daha etkili bulundu ($p < 0,001$). 781 ng/mL Rg 24 saat uygulanması sonrası Cis eklenmesi koşulu; birlikte eklenmesi koşulundan sınırda anlamlı derecede etkili bulundu ($p < 0,006$).

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızda, TNBC hücre kültüründe Rg ve Cis uygulamalarının hem ardışık hem de birlikte uygulandığında kontrol gruplarına göre hücre ölümünü anlamlı derecede arttırdığı

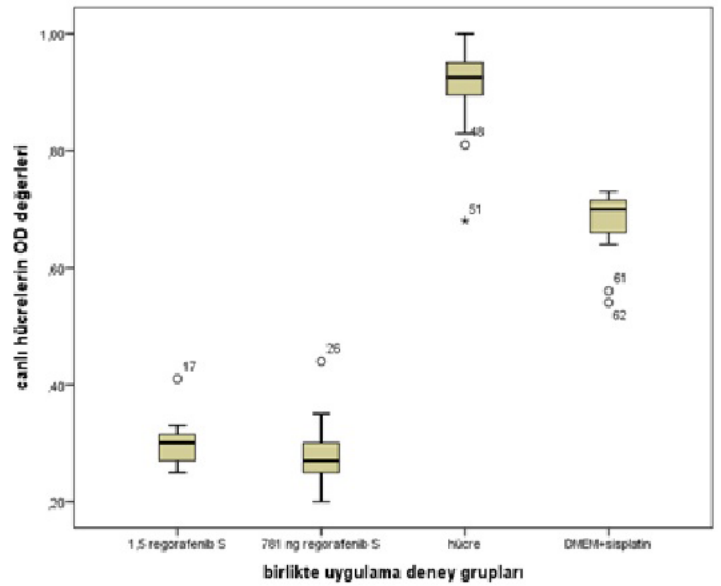
gözlemlendi. Bu çalışma, Cis ve Rg uygulamalarının, TNBC hücrelerinde birlikte veya ardışık olarak denendiği ilk çalışmadır. Bu çalışmadaki anlamlı tedavi yanıtının umutları devam ettirmesi için bir sonraki basamakta, Rg (BAY 73-4506) majör metabolitleri olan M2 (BAY 75-7495) ve M5 (BAY 81-8752) metabolitlerinin incelenmesi, organizmadaki etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Kaynak:

1. Kies M, Blumenschein Jr G, Christensen O, Lin T, Tolcher A. Phase I study of regorafenib (BAY 73-4506), an inhibitor of oncogenic and angiogenic kinases, administered continuously in patients (pts) with advanced refractory non-small cell lung cancer (NSCLC). Journal of Clinical Oncology. 2010;28(15_suppl):7585-.

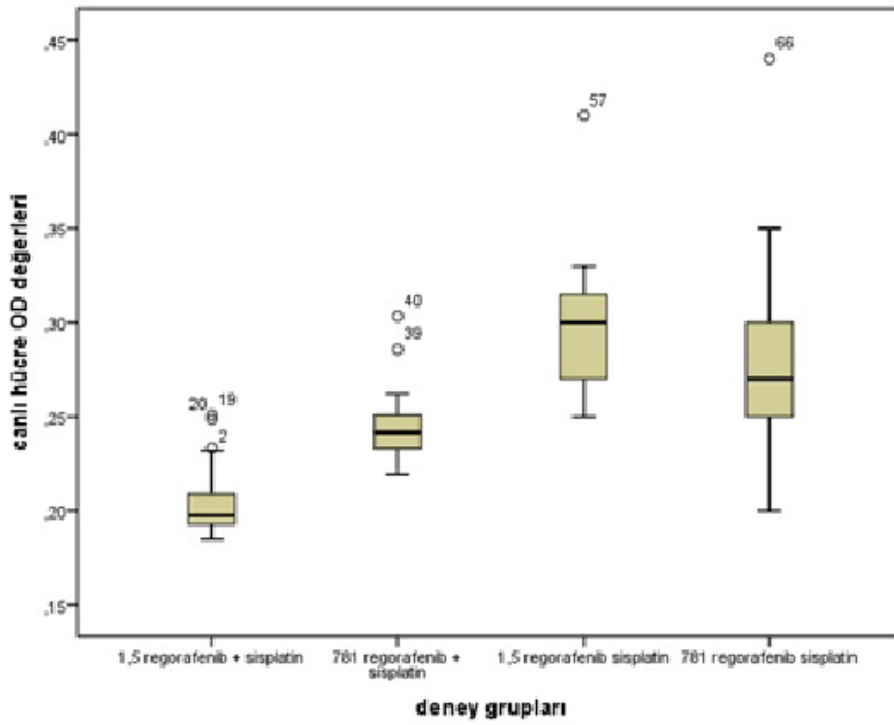
Anahtar Kelimeler: Tripl negatif meme kanseri, regorafenib, oral multikinaz inhibitörü

Şekil 1



Şekil 1: Her kuyuda regorafenib ile birlikte sisplatinin subtoksik dozda uygulanması ile elde edilen canlı hücrelerin OD değerlerinin box plot grafiği

Şekil2



Şekil 2: Her kuyuda regorafenib ardından sislpatin uygulaması ve regorafenib ile birlikte sislpatinin subtoksik dozda uygulanması ile elde edilen canlı hücrelerin OD değerlerinin box plot grafiği

EP-145

**EKİP ÇALIŞMASININ TEDAVİ MALİYETLERİNİ DÜŞÜRMEYE ETKİSİ:
TRANSTUZUMAB EMTANSİN ÖRNEĞİ**

HİCRAN YILDIZ¹, NAZİME AKALTUN², NUR KUMKALE², ERDEM ÇUBUKÇU²

1 ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
2 ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç: Transtuzumab Emtansin meme kanseri tedavisinde kullanılan pahalı bir ilaçtır. Metastatik meme kanseri hastalarının tedavisinde ikinci veya üçüncü tercih olarak kullanılmaktadır. İlaç dozu, 3.6 mg/kg olarak hesaplanmakta ve 250 cc'lik %0.9 sodyum klorür ya da %0.45 sodyum klorür solüsyonu içene konularak uygulanmaktadır. Solüsyonun içine katıldıktan sonra ilaç, 2-8 OC derecede 24 saat stabil kalmaktadır. Çalışma, Transtuzumab Emtansin alan hastalarda tedavi maliyetlerinin azaltılması amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı ve prospektif nitelikteki araştırmanın evren ve örneklemini Nisan-Eylül 2017 tarihleri arasında kemoterapi ünitesinde Transtuzumab Emtansin uygulanan hastalar oluşturmuştur. İlaç dozu kg başına hesaplandığı için, her flakonun tamamının kullanılmadığı fark edilmiştir. Kalan dozların başka hastalar için kullanılabilmesi ve böylece tedavi maliyetinin azaltılabileceği düşünülmüştür. Hekim, hemşire ve eczacı bir araya gelerek bu konuda görüşmüştür. Bu görüşme sonrasında, hastalar ilaç tedavisi sonrası kalan ilaç dozlarının atıldığı (1.grup, n=39) ve tedavi sonrası kalan ilaç dozlarının başka hastaya uygulandığı (2.grup, n=62) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. 1.grupta yer alan hastaların tedavi randevuları değiştirilmemiştir. İkinci grupta yer alan, tedavi dozu 1 flakonun içerdiği mg'dan fazla veya az olan hastaların randevuları aynı gün olacak şekilde (Pazartesi ve Salı) değiştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından oluşturulan bir form kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programında, yüzdeler, ortalamalar, Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında tedavi uygulanan 1.gruptaki olguların kamudaki ilaç tedavisi maliyeti ortalama 7027.51 TL, eczanedeki 9760.43 TL; Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında tedavi uygulanan 2. Gruptaki olguların kamudaki ilaç tedavisi maliyeti ortalama 6779.82 TL, eczanedeki 9416.42 TL'dir (p<0.05). 1.grupta yer alan ve tedavi dozu 1 flakonun içerdiğinden az ya da fazla olan hastaların %46.2'sinin tedavi dozlarından artan ilaç dozları atılmıştır. Atılan toplam doz miktarı 302 mg ve her uygulama dozu için kamudaki maliyet 421.12 TL, eczanedeki maliyet 584.89 TL'dir. 1.gruptaki olgular ortalama 5.59±3.89 doz; 2.gruptaki olgular ortalama 5.60±4.68 doz ilaç almıştır. 1.gruptaki olgular için bugüne kadar aldıkları tüm tedavi dozunun kamudaki maliyeti 16423.75 TL, eczanedeki maliyeti 22810.75 TL'dir. 2.grupta ise, artan ilaç dozları başka hastalara kullanılmış, hiç ilaç dozu atılmamıştır.

Sonuç: Çalışmada, birinci ve ikinci grup arasında tedavi maliyetinde anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen, 2.grupta tedavi maliyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Artan tedavi dozlarının etkin şekilde kullanımının tedavi maliyetlerini düşürdüğü belirlenmiştir. Sağlık ekibinin dikkatli, duyarlı ve iyi gözlemci olmasının sadece tedavi ve bakımın kalitesini arttırmakla kalmayıp, tedavi maliyetlerini düşürmede de etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ekip çalışması, maliyet, transtuzumab emtansin, ilaç tedavisi

EP-146

**MULTİPLE METASTATİK MEME KANSERİ HASTASINDA
PERTUZUMAB, TRASTUZUMAB VE DOSETAKSEL İLE TAM YANIT**

SERAP KAYA, EDA TANRIKULU, ÖZKAN ALAN, RAHİB HASANOV, TUĞBA AKIN TELLİ,
TUĞBA BAŞOĞLU, HAZAL ŞALVA, MEHMET AKİF ÖZTÜRK, ÖZLEM ERELEP,
NALAN AKGÜL BABACAN, FAYSAL DANE, FULDEN YUMUK

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup en sık ölüm nedenlerinden ikincisidir. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık % 20' sinde HER2 aşırı ekspresyonu yada amplifikasyonu mevcuttur ve spesifik sistemik tedavilere yanıt için kuvvetli bir prediktif faktördür. Anti HER2 hedefli tedavilerden olan Trastuzumab hücre dışı domaine hedefli, Pertuzumab ise dimerizasyon ve ligand bağımlı sinyalizasyon inhibitörü olan diğer humanize bir monoklonal antikordur. Trastuzumab ve Pertuzumabın birlikte kullanımları daha kuvvetli anti HER2 aktiviteye sahiptir. Taxan ve Trastuzumaba Pertuzumab ilavesi ile HER2 pozitif metastatik meme kanserli hastalarda dramatik sağkalım avantajı elde edilmiştir. Burada tam yanıt alınan multiple metastatik HER2 pozitif meme kanseri olgusu sunulması amaçlandı.

Olgu: 43 yaşında bayan hasta meme de çekinti nedeni ile başvurduğu klinikte yapılan tetkiklerde malign karakterli kitle ve biyopsi sonrasında invaziv duktal karsinom ve karaciğerde multiple metastazlar saptanması üzerine çekilen PET/BT de akciğerde metastaz ile uyumlu nodüler lezyon, karaciğerde her iki lobda birleşme eğiliminde multiple hipermetabolik metastatik kitlesel lezyonlar, batında portokaval, aortokaval metastatik

lenf nodları, iskelet sisteminde multiple metastatik lezyonlar saptandı. ER(%50), PR(%50), HER2 İHK(3+) SISH(+) olan hastaya pertuzumab, trastuzumab, dozetaksel ve zoledronik asit başlandı. Dört kür tedavi sonrasında değerlendirme amaçlı çekilen PET/BT de tüm lezyonlarda tam morfometabolik yanıt elde edilmesi üzerine 4 kür daha tedavi uygulandı ve kontrol görüntülemesinde tam yanıtın devam ettiği tespit edildi. Hastanın nöropati yakınmaları ve nötropenisi nedeni ile trastuzumab kesilerek pertuzumab, trastuzumab ve aromataz inhibitörüne geçildi.

Sonuç: Kötü prognostik özellikleri nedeniyle HER2 pozitif metastatik meme kanserlerinde, anti HER2 tedavilerin çoğunlukla diğer tedavilerle kombine uygulanması önerilir. Pertuzumab, trastuzumab ve dozetaksel kombinasyonun uzun sağkalım verilerinin gösterilmiş olması bu gruptaki hastaların prognozları açısından önemlidir. Multiple metastatik hastada tam yanıt elde edilmiş olması daha iyi prognoza katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: meme karsinomu, multiple metastaz, anti Her2

EP-147

**YAŞLI MEME KANSERİ HASTALARINDA TÜMÖR ÖZELLİKLERİ,
TEDAVİ YAKLAŞIMI VE SAĞKALIM DENEYİMİMİZ**

MURAT SARI¹, SÜLEYMAN BADEMLER², PINAR SAİP¹, HASAN KARANLIK²

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL

² İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Yaşlılarda meme kanseri görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup; ilgili çalışmalar hala sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada, meme kanseri nedeniyle takip edilen 65 yaşlı ve üzeri hasta grubunun epidemiyolojik ve klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve yaşam sürelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2007-2017 yılları arasında İ.Ü. Onkoloji Enstitüsünde 65 yaş ve üzeri meme kanseri nedeniyle tedavi ve takipleri yapılan 138 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 138 kadın hasta dâhil edildi. En sık başvurma şikayeti, memede ele gelen kitleydi. En sık görülen patoloji, invaziv duktal karsinomdu. Hastaların % 45,7 T2 ve % 43,6 da T1 tümör mevcuttu. Evre 4 hasta yoktu. Hastaların % 53 ünde

Evre 2 hastalık vardı. Nükleer grade dağılımı % 53 ünde Grade 2 ve % 11 inde Grade 3 şeklindeydi. % 84 ü Östrojen ve/ veya progesteron pozitif; % 22 üçlü negatif ve % 12 c-ErbB2 aşırı ekspresyonu göstermekteydi. Histopatolojik sonuçlar, hastanın performans durumu ve eşlik eden yandaş hastalıklara göre uygun adjuvan ve neoadjuvan tedaviler uygulandı. Ortalama yaşam süresi Ortanca yaşam süresi 56,5 aydı. Bir yıllık sağkalım %98 oranı olarak bulundu.

Sonuç: Yaşlı hastalarda meme kanseri ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte meme kanserindeki doğal seyir, tanı ve tedavi yaklaşımları büyük ölçüde genç yaş grubundaki kadın meme kanserine benzemektedir.

Anahtar Sözcükler: Geriatri; Kanseri; Meme Kanseri.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Meme kanseri, Sağkalım

EP-148

HER 2 (+) METASTATİK MEME KANSERİ HASTALARINDA İLERİ BASAMAK TEDAVİDE TRASTUZUMAB EMTANSİN (TDM I) KULLANIMININ ETKİNLİĞİ; GERÇEK YAŞAM VERİLERİ, İKİ MERKEZ DENEYİMİ

NEYRAN KERTMEN¹, ÖYKÜ UTKU¹, OZAN YAZICI², NURİYE ÖZDEMİR², SERCAN AKSOY¹

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ
² S.B. ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç: Trastuzumab emtansin antikoru ve ilaç konjugatıdır (trastuzumab ve DM1) ve sitotoksik bölüm mikrotübül polimerizasyonunu inhibe ederek etkinlik gösterir. Faz III çalışmalarda daha önce tedavi almış HER 2 (+), ileri evre meme kanseri hastalarında etkinliği ve tolerabilitesi gösterilmiştir. Çalışmamızda amaç; daha önce anti Her 2 tedavi olarak çoklu basamakta HER 2 hedefli tedavisi alan metastatik Her 2(+) meme kanseri hastalarında TDM1 tedavisinin etkinliğini gerçek yaşam verileri üzerinden göstermektir.

Materyal-Metod: Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Bölümü ve S.B Numune E.A.H. Medikal Onkoloji Bölümünde 2016-2017 yılları arasında TDM1 tedavisi alan 46 metastatik Her2 (+) meme kanseri hastası alındı. Hastaların demografik verileri retrospektif olarak toplandıktan sonra, tanı anındaki evreleri ve neoadjuvan- adjuvan tedavileri belirlendi. Metastaz gelişiminden sonra alınan tedaviler ve tedavi yanıtları değerlendirildi. Hastaların hiçbirinde daha öncesinde pertuzumab tedavisi kullanılmamıştı. TDM1 alan hastaların progresyonsuz sağkalım değerleri hesaplandı (PFS).

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen hastaların median yaşı 52 idi ve %54 hasta postmenapozal dönemde tanı almıştı.Hastaların

% 78.9 ' una modifiye radikal mastektomi uygulanmıştı. Tanı anında %50 hastada akciğer,kemik ve karaciğer metastazı başta olmak üzere evre IV hastalık saptandı.Patolojiye göre % 24 Her2 + hastalık iken, % 76 luminal B tip hastalığı. Adjuvan ve neoadjuvan tedavi alan hastaların tümü paklitaxel-trastuzumab temelli tedaviyi almıştı. Hastalarda metastaz sonrası tedavi basamakları incelendiğinde % 33'ü 2. basamakta, geri kalanlar 3. ve üstü basamaklarda bu tedaviyi almıştı.Bir hasta 12. basamakta tedaviyi alırken, bir hasta da 13. basamakta TDM1 tedavisi almıştı.TDMI kür sayısı ortalama 7 (min 1-max19 kür) idi. Tedavi sonrasında % 30 hastada klinik yanıt alındı (tam yanıt + parsiyel yanıt + stabil hastalık),% 40 hastada progresyon nedeniyle tedavi kesilirken, % 10 hasta exitus oldu.

Tartışma: Her 2 + metastatik meme kanserinde TDMI tedavisi ikinci basamak standart tedavidir.Daha önce trastuzumab,lapatinib,taxan tedavisi almış olan hastalarda median PFS 6.2-9.6 ay arasındadır ve çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.Bazı çalışmalara göre multiple Her 2 hedefli tedavi alan hastalarda TDMI etkinliği bu hastaların nispeten daha az agresif hastalık natürüne sahip olmalarına da bağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: tdm1, HER2 hedefli tedavi, ileri basamak

EP-149

MEME KANSERİNDE DİĞER CİNSİYET: ERKEKLER VE MEME KANSERİ

AYDANUR AYDIN¹, SEMA KOÇAN², CEMİLE AKTUĞ³, AYL A GÜR SOY⁴

1 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ,HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

2 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

3 GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ,HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

4 ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ,HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Meme kanseri memedeki hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla ortaya çıkar. Erkek meme kanseri nadir görülen, ancak agresif seyreden kanser türüdür. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de meme kanseri insidansı son 25 yılda yaklaşık % 26 oranında artış gösterdiği belirtilmektedir. Erkeklerde de en sık görülen meme kanseri tipi invaziv duktal karsinomadır. Tüm dünyada görülme sıklığı %1'in altındadır. Erkeklerde görülen meme kanseri genel olarak menapoz sonrası dönem kadın meme kanserleri ile benzer özelliklere ve prognoza sahiptir. Hastalığın etiyojisi bilinmemekle birlikte; hormonal dengesizlik, genetik, çevresel ve epidemiyolojik gibi bazı risk faktörleri tanımlanmaktadır. Risk faktörleri arasında inmemiş testis, orşit, infertilite gibi testiküler anomaliler; obesite, siroz, Klinefelter's sendromu, bozulmuş karaciğer fonksiyonu gibi östrojen seviyesini artıran nedenler, kemoterapötik alımları, ileri yaş, jinekomasti, ötrojen reseptör pozitifliği, BRCA2 gen mutasyonları ve pozitif aile öyküsü bulunmaktadır. Göğüs bölgesine radyasyon uygulanması ve göğüs travmaları nedeni ile meme dokusunun zarar görmesi yıllar sonra meme kanseri gelişimine sebep olabileceği belirtilmektedir. Meme kanserinin erkekte nadir görülmesi bulguların gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Erkekte meme kanseri belirtileri ağrısız subareolar kitle, meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, kitle üzerindeki ciltte kanamalı erozyon ve ülserler, nadiren de lenf nodu metastazlarına bağlı olarak ele gelen aksiller kitledir.

Meme kanserinden korunmada erkekler için kadınlarda olduğu kadar yöntem bulunmamakta ve bu durum erken tanılama da geç kalınmasına neden olmaktadır. Özellikle ailede meme kanseri öyküsünün bulunması, memedeki şekilsel anomalilerin varlığı ve dokunulduğunda hissedilen kitle erken tanı için oldukça önemlidir. Sağlık Bakanlığı erkekte meme kanserini önlemek için tarama programı önermemesine rağmen, Uluslararası Kanser Ajansı kendi kendine meme muayenesinin memedeki kitlenin fark edilmesinde erkekte başarılı sonuçlar oluşturduğunu belirtmektedir. Kendi kendine meme muayenesini erkekler ayda bir düzenli olacak şekilde yapmalı, yapılış şekli ve uygulama kadınlardaki gibi olmalıdır. Kanserden korunmak için sigara kullanımının önlenmesi ve sebze tüketiminin artırılması başarılı sonuçlar oluşturmaktadır. Düzenli egzersiz yapan kişilerin kansere yakalanma oranlarını düşürdüğü belirtilirken erkeklerde meme kanseri görülme sıklığını arttığı ifade edilmektedir.

Meme kanseri erkeklerde geleceğe yönelik belirsizlik, korku ve cerrahi tedavi ile ilişkili olumsuz beden imajı değişimi nedeniyle bazı psikososyal problemlere yol açabilmektedir. Erkeklerin ameliyat öncesi ve sonrası süreçte neler yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmesi, erkeklere meme kanseri tedavi sürecinde yaşayabilecekleri fiziksel, sosyal ve psikolojik problemlerle nasıl baş edebilecekleri konusunda destek olunması, gerekirse psikolojik bir danışmana yönlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, korunma, risk faktörü, erkekler

EP-150

GERİATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDAKİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

MURAT SARI¹, SÜLEYMAN BADEMLER², HASAN KARANLIK², PINAR SAİP¹

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL
2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Yaşlılarda meme kanseri görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup; ilgili çalışmalar hala sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada, meme kanseri nedeniyle takip edilen 65 yaşlı ve üzeri hasta grubunun epidemiyolojik ve klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve yaşam sürelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

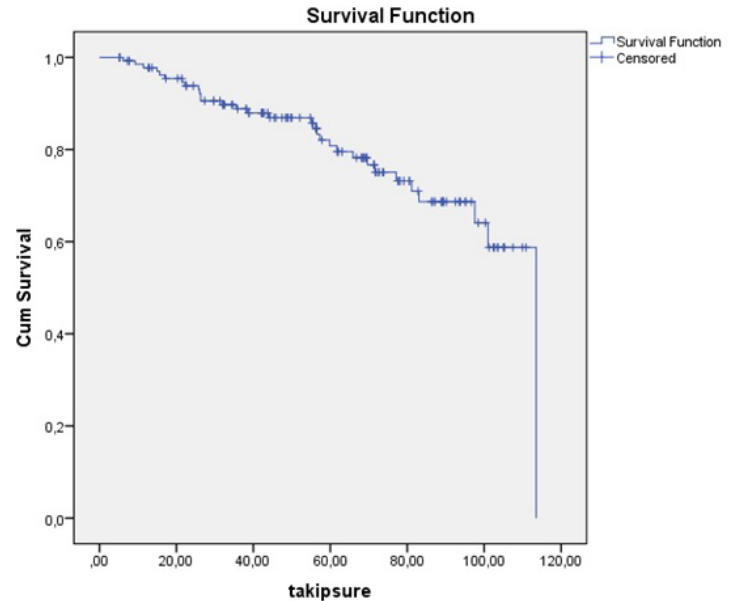
Gereç-Yöntem: 2007-2017 yılları arasında İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Cerrahi Onkoloji Ünitesinde 65 yaş ve üzeri meme kanseri nedeniyle tedavi ve takipleri yapılan 139 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 139 kadın hasta dahil edildi. Hastaların median yaş değeri 70 idi (65-91). En sık başvuru şikayeti memede ele gelen kitleydi. En sık saptanan patoloji invaziv duktal karsinomdu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri $29,25 \pm 6$. Tümör çapı median 26 mm idi (4-130). 90 hastada (%65) N0 hastalık mevcuttu. Evre 1,2,3 hastalık sırasıyla %36, %52,5 ve %11,5 idi. Tümörlerin % 85'i östrojen ve/veya progesteron pozitif iken % 10 üçlü negatif (15 hasta) ve % 12'si ise cerbB2 aşırı ekspresyonu göstermekteydi. 107 hastaya MKC (meme koruyucu cerrahi) yapılabilirken 32 hastaya mastektomi yapıldı. 12 hastaya neoadjuvan tedavi uygulandı. 2 hastada neoadjuvan tedavi sonrası patolojik tam yanıt, 9 hastada kısmi yanıt görülürken 1 hastada tedavi sırasında progresyon görüldü ve hasta opere edildi. CerbB2 aşırı ekspresyonu gösteren hastaların hepsi adjuvan veya neoadjuvan olarak trastuzumab aldı ve tedavi sırasında kardiyotoksisite görülmedi. Adjuvan veya neoadjuvan dönemde 36 hastaya (%26) antrasiklin bazlı bir rejim uygulanırken 51 hastaya (%37) ise taksan içeren bir rejim uygulandı. 3 hasta febril nötropeni nedeniyle hospitalize edildi. Antrasiklinli veya 3 haftada bir dosetaksel içeren bir rejim alan hastalara primer G-CSF profilaksisi verildi. Kemoterapi alan hastaların %22'si tedavileri sırasında haftalık paklitaksel aldı ve bu hastaların %30'unda grad 2 nöropati görüldü. %5 hastada ise grad 3-4 periferik nöropati görüldü. Dosetaksel alan hastaların %20'sinde

ise grad 2-3 ishal ve alopesi görüldü ilaç doz azaltımı veya kesilmesi ile bu şikayetleri geriledi. Taksan bazlı rejim alan hastaların %40'ında tırnak değişiklikleri görüldü. 117 hastaya (%84) adjuvan radyoterapi uygulandı ve yine 117 hastaya adjuvan hormonoterapi verildi (%93 aromataz inhibitörü ve %7 tamoksifen). Takibimiz sırasında 31 hastada (%22) ölüm gerçekleşti. Medyan yaşam süresi 56.4 aydı. Bir yıllık sağkalım oranı %97, 2 yıllık sağkalım oranı %93 ve 5 yıllık sağkalım oranı ise %80 olarak görüldü.

Sonuç: Yaşlı hastalarda meme kanseri ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte meme kanserindeki doğal seyir, tanı ve tedavi yaklaşımları büyük ölçüde genç yaş grubundaki kadın meme kanserine benzemektedir. Uygun hastalara neoadjuvan veya adjuvan kemoterapi uygulanabileceği görülmektedir. Bu hastalarda da beklenen ve yönetilebilen yan etkiler görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik hasta, Meme Kanseri, Sağkalım



Tüm hastaların genel sağkalım eğrisi

EP-151

**TİROİDE İZOLE METASTAZ YAPAN RENAL KANSERLİ HASTADA,
İKİNCİ PRİMER RENAL KANSER: BİR OLGU SUNUMU**

ÖZGE KİTAPÇI¹, SERKAN AKIN², ŞAFAK AKIN³

1 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, RİZE

2 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, RİZE

3 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, RİZE

Amaç: Renal hücreli kanser (RHK) tanısı konulduğunda, %25 oranında uzak metastaz veya lokal ileri hastalık mevcuttur ve kanser hastalarının takiplerinde %40 oranında metastaz geliştiği bilinmektedir. Nadir görülebilen ve tespit edilemezse mortal seyreden RHK'in, nefrektomi sonrasında tiroide metastaz yaptığı, tiroidektomi sonrasında takip edilirken ikinci primer RHK tanısı alan ve radyofrekans ablasyon tedavisi uygulanan vakamızı sunuyoruz.

Olgu: Bilinen hipertansiyon olan 68 yaşındaki kadın hastanın, 2010 yılında rutin tarama amaçlı yapılan tetkiklerinde sağ böbrekte kitle tespit edilmiştir. Hastaya sağ nefrektomi yapılmış ve grade 2, tümör çapı 7 cm, berrak RHK tespit edilmiştir. Hasta tomografi ile takip edilmiştir. 2013 yılında yapılan boyun ultrasonunda multinodüler guatr saptanan hastanın, sağ lob alt pol posteriodaki solid nodülden biyopsi yapılmıştır. Biyopsi sonucu, malignite yönünden şüpheli sitoloji, papiller karsinom açısından şüpheli olarak bulunmuştur. Hastaya biyopsi sonrasında total tiroidektomi yapılmış ve patoloji sonucunda sağ lob kesitinde 0.3 cm boyutlu, iri, düzensiz nükleuslu, belirgin nükleollü berrak sitoplazmalı hücrelerden oluşan düzgün sınırlı neoplastik doku izlenmiştir. Biyopsi sonucunun immünohistokimyasal değerlendirilmesinde vimentin, CAM-5.2 pozitif, TTF-1, Tiroglobulin ve PTH negatif, yapılan immünohistokimyasal boyamalar ile CD10 pozitif bulunmuştur. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular hastanın özgeçmişini ile birlikte değerlendirildiğinde olgu RHK metastazı lehine değerlendirilmiştir. Hastaya kemoterapi düşünülmemiştir ve bu operasyon sonrası düzenli aralıklarla takip edilmiştir.

2016 yılında, herhangi bir semptomu olmayan hastanın rutin çekilen batın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), sol böbrek alt polde 17x16 mm boyutunda ekzofitik uzanım gösteren T1-T2A da izointens, difüzyon kısıtlanması ve belirgin nodüller kontrastlanma gösteren kitle lezyonu izlenmiştir. Radyolojik görüntülemeler ile ikincil primer RHK tanısı konulmuştur. Hasta tek böbreğe sahip olduğu için, böbrek koruyucu tedavi yaklaşımı uygulanmış, hastaya biyopsi yapılmadan radyofrekans ablasyon tedavisi uygulanmıştır. İşlem sonrası çekilen MRG tetkikinde sol böbrekteki kitlenin total ablate olduğu tesbit edilmiştir. Hasta halen düzenli aralıklarla takip edilmektedir.

Sonuç: RHK'in tiroid bezine metastaz yapması nadir gelişirken, tanısının da çoğu zaman atlandığı veya tanı konulmakta geciktiği bilinmektedir. Ultrasonografilerde primer /sekonder tiroid kanseri ayırımı yapılmasında yeterli değildir. İmmünohistokimyasal olarak CD 10 pozitifliği RHK tanısı için önemli bir kriterdir. Özellikle önceden bilinen RHK öyküsü olan hastalarda tiroid nodülü tespit edildiğinde metastaz olabileceği unutulmamalıdır. RHK sebepli nefrektomi yapılmış, tek böbrekli hastalarda diğer böbreği korumak önemlidir. Bizim vakamızdaki gibi kalan tek böbreğe zarar verebilecek hastalıklarda, en az zarar verecek tedavi yaklaşımlarının uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: renal hücreli kanser, tiroid, metastaz

EP-152

**METASTATİK TESTİS TÜMÖRÜ İLE SARKOİDOZ BİRLİKTELİĞİ
SAPTANAN OLGU**

MUHAMMET ÖZER¹, BARAN AKAGÜNDÜZ², SİNAN ÜNAL², İLHAN ÖZTOP²

1 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İZMİR

2 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Testiküler kanserler 15-35 yaş arası erkeklerde en sık rastlanan solid tümörlerdir. Germ hücreli tümörleri tüm testis kanserlerinin %95'ini oluşturur. Testiküler kanserler tedaviye yüksek yanıt potansiyeli olan ve kür elde edilebilen kanserlerdir. Bu bildiride metastatik testiküler yolk sac karsinomu sebebi ile kemoterapi alan ve tedavi sonrası mediastinel lenf nodları haricinde tam yanıt alınan, mediastinel lenf nodundan sarkoidoz tanısı alan olguyu sunmak istedik.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta sağ testiste ağrı ve şişlik şikayeti olması üzerine başvurdu. Çekilen skrotal USG'de sağ testis parankiminde solid kitlesel lezyon saptandı. Sağ inguinal orşiektomi yapıldı ve patoloji sonucu yolk sac tümörü ile uyumlu bulundu. Evreleme amacı ile yapılan PET/CT'de sağ üst paratrakeal, sağ peribronşial, subkarinal, sol peribronşial, sağ hiler ve interbronşial, sol hiler lenf nodlarında patolojik F-18 FDG tutulumu mevcuttu. Her iki akciğer üst lobda ve sol akciğer alt lob medial bazal segmentte izlenen pulmoner nodüllerde patolojik F-18 FDG tutulumu dikkati çekmiştir. L2-L4 vertebralar seviyesinde paraaortik, parakaval, aortakaval, sağ kommon iliak multipl milimetrik lenf nodlarında patolojik F-18 FDG tutulumu izlenmiştir. Bu bulgularla hastaya metastatik yolk sac karsinomu tanısı konarak 4 kür sistemik BEP(Bleomisin, Etoposid, Sisplatin) kemoterapisi verildi. Yanıt değerlendirme amacı ile yapılan kontrol PET/CT'de batın içi lenf nodlarında ve akciğer nodüllerinde tama yakın yanıt saptanırken, mediastinel lenf nodlarında progresyon görüldü. Bu aşamada hasta multidisipliner toraks

konsemine sunuldu. EBUS ile 2R numaralı lenf nodundan ince iğne aspirasyonu yapıldı. Patoloji sonucunda yolk salk tümörünün metastazı ile uyumlu olabilecek hücre popülasyonu görülmemiş olup bununla birlikte birkaç alanda epitelooid histiyositler çevresinde lenfositlerin dizilimi ile karakterize granülom izlenimi veren yapılar gözlemlendi. Mediastinoskopi ile mediastindeki 4R ve 7 lenf nodlarından eksizyonel biyopsi ile örnekleme yapıldı. Patoloji sonucu non-nekrotizan granülomatöz enflamasyon olarak sonuçlandı. Hasta non-nekrotizan granülomatöz hastalıklar açısından tetkik edildi. Lenf nodu örneğinden bakılan mikobakteri kültüründe ve ARB bakıda aside dirençli basil üremesi saptanmadı. Serum ACE düzeyi: 65,17 U/L (Normal: 8-52) idi. Hastaya Sarkoidoz tanısı kondu. Mevcut durumda asemptomatik olan hastada sarkoidoz açısından tedavisiz izlem önerildi. Hasta yolk sac karsinomu açısından remisyonda olup rutin takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: Metastatik testis tümörü sistemik kemoterapiye yüksek yanıt oranı nedeni ile günümüzde kür elde edebildiğimiz bir hastalıktır. Bildirdiğimiz olguda mediastinal lenf nodları haricindeki tüm metastaz odakları tedaviye tam yanıt vermiş olup progrese olan lenf nodları histopatolojik olarak incelendiğinde sarkoidoz tanısı konmuştur. Atipik progresyon veya nüks gözlenen olgularda tekrar biyopsi ile tanının gözden geçirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yolk sac karsinomu, sarkoidoz, metastaz

EP-153

GSCF İLE İLİŞKİLİ AKUT KORONER SENDROM

BERKANT SÖNMEZ¹, SAMİR ALAHVERDİYEV², HAKAN UÇAR², CANFEZA SEZGİN¹, YUSUF ÇELİK³

1 BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAK, TIBBİ ONKOLOJİ ABD, İSTANBUL

2 BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAK, KARDİYOLOJİ ABD, İSTANBUL

3 BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAK, BİYOİSTATİSTİK ABD, İSTANBUL

Amaç: Tromboz gelişimi pekçok duruma bağlı olabilmektedir bunlardan biri kanser hastalıkları ve tedavide kullanılan ilaçlardır. Bizim hastamızda NON SEMİNOM tanısı olan ve BEP kemoterapisi planladığımız ve 2kür ted sonrasında haftada gelişen göğüs ağrısı ile başvurup, Akut ST elevasyonlu MI saptanan hasta olup takdimi uygun görülmüştür

Olgu: Evre2B Non Seminom tanısı olan ve 3kür BEP planlanan 32 yaşındaki hastamızın 2'inci kür tedavisinin üzerinden 1 hafta geçtikten sonra bulantı ve göğüs ağrısı ile başvurdu. Hastamızın çekilen EKG'sinde İnferoposterior bölgesinde ST elevasyonu mevcut idi. Bakılan troponin seviyesi yüksek(1.9) olan hasta hemen anjiyoya alındı ve LAD de rüptüre olmuş plak saptandı, stent takıldı ve trombolitik ted uygulandı stabilize olan hasta servise alındı. Takipte iyi olan hasta öneriler ile taburcu edildi.

Akut koroner sendromun pekçok nedenleri bulunmaktadır örn: aterosklerozis, hiperlipidemi, sistemik hastalıklar, vaskulitler, konnektif doku hastalıkları, maligniteler, genetik hiperkoagülabiliteler, ilaçlar vs...(1) Onkolojik hastalıklar esnasında hastalığın kendine bağlı veya tedavilere bağlı hiperkoagülabiliteler ve buna bağlı tromboembolik hadiseler gelişebilmektedir(2) Kemoterapetiklere bağlı örneğin 5FU, Sisplatin gibi ilaçlara bağlı koroner olaylar gerek vazospazm gerekse artan hiperkoagülabilitelere bağlı olabilmektedir.(3-6) Ek olarak onkoloji hastalarında

nötropeni riskinden dolayı koloni stimüle edici faktörler GSCF kullanılabilmekte bunlara bağlı hiperkoagülabiliteler ve olaylar gelişebilmektedir.(7)

Hastamızda aile öyküsü yoktu, sigara kullanımı vardı ve Testis Kanserinden dolayı Kemoterapi ve GSCF kullanımı vardı. Daha önce BEP rejimi sonrası gelişen ve sisplatinle ilişkili olabilecek vaka takdimleri mevcuttu, bunun yanında GSCF'e bağlı olabileceği düşünülen vakalarda bildirilmişti. Hastamızın göğüs ağrısı kemoterapiden 1 hafta sonra ve GSCF'in(filgrastim) 1 gününde gelişmişti ve olası suçlu ajan olarak düşünüldü: GSCF'e bağlı gelişen tromboembolik hadiselerde VWF seviyesinde ve aktivitesinde artışlar saptanabilmekte, ek olarak koagülasyon sisteminin diğer parametreleride etkilenebilmektedir örn: Faktör 8:C aktivitesinde artış olabilmekte. Hastamızın bakılan koagülasyon parametrelerinde belirli bir patoloji saptanmadı. Gelişen Akut Koroner Sendromun olasılıkla GSCF bağlı olabileceği düşünülmekle birlikte suçlu etyoloji olarak Sisplatin bazlı kemoterapi ve sigara kullanımında akılda tutulmalıdır.

Sonuç: Olumsuz sonuçlara neden olabilmesi nedeniyle vakanın takdim edilmesi uygun görülmüştür. Meydana gelen olayın tam etyolojisinin saptanabilmesi artan vakaların incelenmesi ve geniş çaplı çalışmaların yapılması ile mümkün olabilecektir

Anahtar Kelimeler: GSCF, Kemoterapi, tromboz

EP-154

PAZOPANİB SONRASI HİPONATREMİ GELİŞEN ÜÇ RENAL HÜCRELİ KANSER OLGUSU

MUSTAFA ERSOY, LÜTFİYE DEMİR, BERMET JUNUSHOVA, BÜLENT YILDIZ, MURAT DİNÇER

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Renal hücreli karsinomlar (RCC) vasküler yapıda tümörlerdir. Anjiogenez inhibitörleri RCC'ın tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçların etki mekanizmalarıyla ilişkili farklı yan etkiler görülebilmektedir. Bu bildiriye, Pazopanib tedavisi sonrasında semptomatik hiponatremi gelişen 3 olguyu sunduk.

Olgu:

1.Olgu: 73 yaşında kadın hastanın dinamik renal BT'sinde 24 cm çaplı kitleden alınan biyopsi sonucu renal hücreli karsinomla uyumlu saptandı. Taramalarında batın içi multipl konglomere lenf nodları saptanan hastaya 1. basamak tedavi olarak Pazopanib 1X800 mg/gün başlandı. Tedavi öncesi sodyum düzeyi 140 mEq/L olan hastanın 2 hafta sonraki kontrolünde sodyum 129 mEq/L, ardından 124 mEq/l'ye kadar gerilediği saptandı. Semptomatik tablo nedeniyle servise yatırıldı.

2.Olgu:74 yaşındaki kadın hasta, 27.9.2017'de yapılan sağ radikal nefrektomi sonucunda papiller renal hücreli karsinom tanısı aldı. Hastanın taramalarında, akciğerde ve batın içi lenf nodlarında metastazlarının saptanması üzerine Pazopanib 1X800 mg/gün başlandı.Tedavi öncesi 139 mEq/L olan sodyum değerinin birinci hafta sonra 134 mEq/L, ikinci haftada 121 mEq/L bulunması üzerine servise yatırıldı.

3. Olgu:70 yaşındaki kadın hastaya 6.5.2014 tarihinde sağ radikal nefrektomi sonrası berrak hücreli kanser olarak tanısı konmuş. Sonrasında takipsiz kalmış. 13.1.2017'de dil kanseri şüphesiyle yapılan insizyonel biyopsisi renal hücreli karsinom

metastazı saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Taramalarında multipl metastazları saptanması üzerine Pazopanib tedavisi başlandı. Tedavi öncesi 137 mEq/L olan sodyum değerinin 1 hafta sonrasında 132 mEq/L olduğu gözlemlendi. 5 gün sonraki sodyum değerinin 120 mEq/L saptanması nedeni kliniğimize yatırıldı.

Hastalar fizik muayenede övolemikti. Hastaların plazma osmolarite düzeyi <280 mOsm/kg, idrar osmolaritesi >100 mOsm/L, spot idrar sodyum düzeyleri >20 mEq/L bulundu. Hipotiroidi ve adrenal yetmezlik saptanmadı. Hastalar pazopanib ile ilişkili hiponatremi olarak değerlendirildi. Hastalara öncelikle sıvı kısıtlaması yapıldı. Semptomatik olması nedeniyle hipertonic NaCl solüsyonu verildi, üç hastada da klinik hiponatremi tablosu toparladı. Birinci ve üçüncü hastada ilaca ara verdikten sonra hastalara yakın takip altında tedavi düşük dozdan tekrar başlandı. Şu an ılımlı hiponatremi altında takipleri devam edilmektedir. İkinci hastada ise dirençli hiponatremi nedeni tedaviye devam edilemedi. Sunitinib tedavisine geçilen hastada sonrasında hiponatremi saptanmadı.

Sonuç: Tedavi öncesi hiponatreminin RCC hastaları için negatif prognostik bir faktör olduğu literatürde bildirilmiştir. Anti-VEGF grubu tirozin kinaz inhibitörlerinde hiponatremi vakaları bildirilmiştir. Buna rağmen, tedavi ilişkili hiponatreminin, tedavi yanıtını predikte eden bir faktör olup olmadığı net değildir. Bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, Pazopanib, Renal hücreli kanser

Hastaların karakteristik ve laboratuvar özellikleri

Parametre	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın
Yaş	73	74	70
Tanı sonrası geçen süre	2 ay	4 ay	3 yıl
Nefrektomi yapılmış mı	Hayır	Evet	evet
Histolojik tip	Belirtilmedi	papiller	Berrak hücreli

Poster Bildiriler - Ürolojik Kanserler

Parametre	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Metastatik odaklar			
akciğer	-	+	+
Karaciğer	-	-	-
Kemik	-	-	-
İntraabdominal lenf nodları	+	+	+
Beyin	-	-	-
Diğer	-	-	Pankres, tiroid, dil ve surrenal
BUN	17,9	36	19
Serum kreatinin düzeyi	0,66	2,24	0,97
GFR	87,9	21,13	59,78
Serum Na düzeyi	124	121	120
Üriner sodyum düzeyi	32	45	40
Serum glukoz düzeyi	110	123	89
Serum potasyum düzeyi	5,38	3,78	4,51
Serum TSH	3,14	3,2	4,53
Serum kalsiyum	8,1	8,18	9,28
Serum albumin	2,8	3,6	4,4
Serum LDH	1374	355	191
Ortalama sistolik/diyastolik tansiyon	145/90	135/90	140/75
Proteinüri	+2 pozitif	+1 pozitif	+2 pozitif

EP-155

EKTOPIK CUSHİNG SENDROMUYLA TANI ALAN NÖROENDOKRİN DİFERANSİYASYON GEÇİREN PROSTAT ADENOKANSERİ OLGUSU

YAĞMUR KINACI¹, MUTLU HIZAL², MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR², BURAK BİLGİN², MUHAMMED BÜLENT AKINCI², DİDEM ŞENER DEDE², BÜLENT YALÇIN²

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA
2 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Prostat kanserlerinin büyük kısmını adenokarsinomlar oluşturmakla beraber nadiren nöroendokrin diferansiyasyon gösteren alt tipleri görülebilir. Daha az sıklıkla prostat kökenli nöroendokrin kanserler paraneoplastik Cushing sendromuna neden olabilirler. Bu olguda daha önce hormonal tedaviyle kontrol altında olan prostat adenokanseriyle izlenirken, Cushing sendromu gelişmesiyle yeniden tanı alan prostat nöroendokrin kanserli bir hasta sunulmuştur.

Olgu: İki yıl önce kemik metastatik prostat adenokanseri tanısı alan hastanın tanı anı PSA değerinin 97 ng/ml olduğu ve löprolid asetat, bikalutamid ve zoledronik asit tedavileri aldığı öğrenildi. Yaklaşık iki ay sonra kastrasyon dirençli hastalık nedeniyle hastanın 6 kür doksetaksel tedavisi aldığı ve sonrasında PSA değerlerinin normaleştiği ve asemptomatik hastanın bir yıl boyunca takibe alındığı öğrenildi. Merkezimize halsizlik, iştahsızlık, kas güçsüzlüğü şikayetleriyle başvuran hastada kan basıncı yüksekliği, yüzde ve bacaklarda ödem, 2/5 proksimal kas güçsüzlüğü, gövde ve ekstremitelerde peteşiler ve ekimozlar saptandı. Biyokimyasal analizlerinde ciddi hipokalemi, hipokalsemi, metabolik alkaloz ve ılımlı hipernatremi bulundu. Sabah kortizol seviyesi 63 nmol/L, 24 saatlik idrar kortizolü >1000 ug/dl ve ACTH seviyesi 449 pmol/L olarak saptandı. 8 mg deksametazon supresyon testi ile kortizol seviyesinde baskılanma görülmeyen hastada ektojik odak düşünüldü. Hastanın bu dönemde bakılan PSA seviyesi 3,7 ng/ml ve testosteron kastrasyon seviyesinde bulunuldu. İkinci primer açısından toraks ve abdomen

tomografileri çekilen hastada eski görüntülemelerinde yer alan prostatta kitle ve kemik metastazları haricinde yeni bir odak saptanmadı. Tekrar edilen transüretral rezeksiyon ile incelenen biyopsi sonucunda undiferansiye karsinoma saptandı. Nöroendokrin diferansiyasyon düşünülen hastanın Galyum-68 Dotatate PET görüntülemesinde prostat dokusunda ve kemik metastazlarında yüksek tutulum saptandı. Hastanın biyokimyasal ve klinik tablosunun medikal destek tedavilere yanıt vermemesi üzerine bilateral sürrenalektomi uygulandı. Operasyon sonrası metilprednizolon ve fludrokortizon tedavileri başlanan hastanın kan parametreleri düzelmesine rağmen ECOG performans skoru 4 olması nedeniyle kemoterapi tedavisi verilemedi.

Sonuç: Prostat nöroendokrin kanserlerinin patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Literatürde yeni gelişen vakaların yanında ender olarak önceden var olan adenokanserlerin agresif bir komponenti olarak gelişebilirler. Yaklaşık %8'i Cushing sendromuyla ilişkili olabilir. Oldukça agresif seyretmeleri ve hormonal tedavilere yanıt vermemeleri nedeniyle özellikle PSA seviyeleri kontrol altında olan adenokanserli hastalarda klinik tabloda açıklanamayan bozulmalara neden olabilirler. Tanıda Galyum 68 ve yeniden biyopsi alınması faydalı olabilir. Erken tanı ve agresif tedavinin önemi göz önünde bulundurulduğunda prostat kanserli hastaların tanı ve takibinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, nöroendokrin, cushing

EP-156

**YAYGIN SPİNAL METASTAZLARI OLAN TESTİS GERM HÜCRELİ
TÜMÖR OLGUSU**

MUTLU HIZAL, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, BURAK BİLGİN,
MUHAMMED BÜLENT AKINCI, DİDEM ŞENER DEDE, BÜLENT YALÇIN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Testisin germ hücreli tümörleri erkeklerde görülen tüm tümörlerin %1'ini oluşturmalarına rağmen 20-35 yaş arası erkeklerde en sık görülen solid tümörlerdir. Nüks gelişen hastalarda en sık metastaz bölgeleri sırasıyla retroperiton, akciğer ve mediasten olarak sayılabilir. Karaciğer ve beyin de yine sık metastaz görülen bölgelerdendir. Bu vaka ile metastatik embriyonel testis karsinomu nedeniyle takipteyken parapleji ile başvuran ekstramedüller spinal metastazları olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta yaklaşık 1,5 yıl önce testiste kitle nedeniyle başka bir merkeze başvuruyor. İnguinal orşiektomi yapılan hastada embriyonel karsinom saptanıyor. Parakaval paraaortik büyüğü 22 mm iki adet metastatik lenf nodu saptanan hasta evre IIB hastalık tanısıyla 3 kür bleomisin-etoposid-sisplatin tedavisi alıyor. Sonrasında takipten çıkan hasta 6 ay sonra senkop ile acil servise başvuruyor. Sağ paryetal lobda 78x67 mm kitlenin şifte neden olması sebebiyle acil dekompresyon cerrahisi uygulanıyor. Total kitle eksizyonu sonrası patolojisi embriyonel karsinom metastazıyla uyumlu geliyor. Rezidü intrakraniyal kitleye dönük 30 Gy radyoterapi uygulanıyor. Sonrasında takibimize giren hastaya nüks germ hücreli tümör tanısıyla 3 kür vinblastin-ifosfamid-sisplatin (VeIP) kemoterapisi uygulandı. 3 kür VeIP sırasında tümör belirteçlerinde anlamlı düşme gözlemlendi. Yanıt değerlendirme sırasında hasta ani gelişen bacaklarda güç kaybı şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde parapleji saptanan hastanın beyin görüntülemesinde sağ paryetal kitlesinin 43 mm ye gerilediği gösterildi. Beyinde

kliniğini açıklayacak ödem, şift gibi komplikasyonlar olmayan bilinci açık hastanın vertebral görüntülemesinde alt servikal ve üst torakal düzeylerde yaygın çok sayıda ve spinal kordda bası etkisiyle ödeme neden olan ekstramedüller yerleşimli metastatik nodüler lezyonlar saptandı. Eş zamanlı sistemik görüntülemelerinde hedef lezyon saptanmadı. Hastaya bası bulguları nedeniyle yüksek doz deksametazon ve vertebral radyoterapi uygulandı. Tedaviyi takiben duyu kaybında minimal düzelme saptanan hastanın motor fonksiyonlarında düzelme saptanmadı. Hasta kemik iliği transplantasyonu açısından değerlendirilmek üzere izleme alındı.

Sonuç: Germ hücreli testis tümörlerinin spinal metastaz insidansı bilinmemektedir ve vaka bazında örnekler mevcuttur. Bununla beraber özellikle tümör belirteç yüksekliği olan nüks/metastaz ile uyumlu hastalıkta birincil tedavi seçeneğinin kemoterapi olduğu unutulmamalıdır. Olgumuzun onkolojik takibinden çıkmış olması, akut nörolojik komplikasyonla başvurusu, beyindeki kitlesinin ventriküllerle olan yakın ilişkisi ve geçirmek zorunda kaldığı cerrahi operasyon, beklenmedik bir bölge olarak spinal ekstramedüller yerleşimli metastazların gelişimine katkıda bulunmuş olabilir. Spinal kompresyona neden olan onkolojik acillerin 24-48 saati geçmeden hızlı bir şekilde medikal tedavi ve radyoterapiyle yönetilmesi uzun dönem sonuçların iyi olabilmesi için elzemdir.

Anahtar Kelimeler: germ hücreli tümör, spinal kord, metastaz

EP-157

PEMBROLİZUMABA SEKONDER TEKRARLAYAN PNÖMONİTİS

HÜLYA ODABAŞI BÜKÜN¹, NİLAY ŞENGÜL SAMANCI², DUYGU İLKE ÇIKMAN²,
KEREM ORUÇ², ZEYNEP HANDE TURNA², MUSTAFA ÖZGÜROĞLU²

1 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
2 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Ülkemizde ve dünyada artık yeni gelişen immunoterapiler uygulanmakta ve yan etki profilleri her geçen gün daha netleşmektedir. Pembrolizumab (anti PD-1)tedavisi günümüzde metastatik malign melanom,küçük hücreli dışı akciğer kanseri tedavisinde verilmektedir. Bu yazıda pembrolizumaba bağlı çok sık görülmeyen pnömonit olgusunu sunmak istedik.

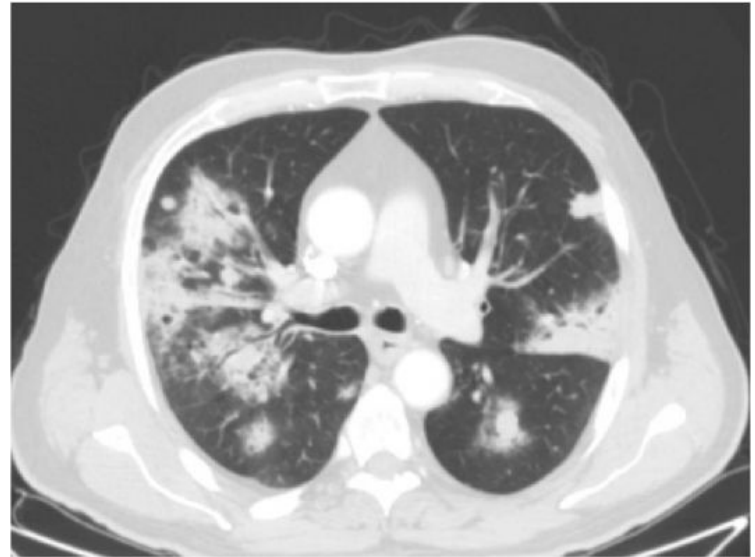
Olgu: 65 yaş erkek hasta pulmoner metastatik mesane kanseri tanısıyla klinik çalışmaya alındı. Pembrolizumab 200 mg(2 mg/kg,21 günde bir)başlandı.Hastanın özgeçmişinde radikal sistoprostatektomi yapıldığı öğrenildi. Klinik çalışma öncesi çekilen toraks bt de her iki akciğer parankiminde metastatik nodül ve kitle lezyonları saptandı. Pembrolizumab aldıktan yaklaşık 15 gün sonra hasta 5-6 gündür devam eden öksürük, balgam, üşüme, titreme, nefes darlığı şikayeti ile servise yatırıldı. Laboratuar tetkiklerinde Hb:11 g/dl, hct:34%, plt: 564 103 mm³, neut: 14 103 mm³,üre: 45mg/dl,k-re: 0,75 mg/dl, AST:19 IU/L, ALT:29 IU/L, CRP:170 mg/dl olarak sonuçlandı. Tazocin 3x4,5 gr, klacid 2x1 gr olarak başlandı. CRP düşüşü ve klinik düzelme olmayınca torax BT istendi ver her iki akciğer periferik yerleşimli buzlu cam şeklinde konsolide alanlar,- tüm loblar pnömonitis ile uyumlu olarak raporlandı (resim).Grade 2 pnömonit tanısı konulan hastaya 1 mg/kg prednol iv başlandı ve bu arada antibiyotik tedavisine devam edildi. İki gün sonra hastanın semptomları geriledi,oksijen saturasyonu % 88 den % 93 lere yükseldi, CRP düzeyi geriledi. Prednol dozu 0.5 mg/kg olarak azaltıldıktan sonra oral prednol ile taburcu edildi. Hastanın pembrolizumab tedavisine devam edildi ve 4 kür sonrası tekrar öksürük balgam şikayetleri olması üzerine yeniden pnömonit tanısı konulup immunoterapi tedavisi stoplandı.1 mg/kg prednol iv başlanan hasta takip edilmektedir.

Sonuç: Pembrolizumab PD-1 programlanmış hücre ölüm proteini olarak da bilinir ve immün sistem hücrelerinin yüzeyinde bulunan bir reseptördür. Bu reseptöre kanser hücresinden salınan PD-L1 ve PD-L2 adlı protein yapısındaki ligandlar bağlanarak kansere

yönelik immün sistemin fren mekanizmasını çalıştırır. Pembrolizumab bu protein yapılarına bağlanarak immün sistemin fren mekanizmasının çalışmasına izin vermez. Serbest kalan immün hücreler kanseri tanımak ve yok etmek üzere harekete geçer. Yapılan çalışmalarda hastaların %70 inde ilaca bağlı yan etki gelişmiş. En sık görülen yan etkiler arasında halsizlik,kaşıntı, iştahsızlık. % 3 hastada infüzyona bağlı immün reaksiyonlar gelişmiş. % 6.9 hipotiroidizm %3.6 hastada pnömonit gelişmiş bunların % 1.8 i grade 3 ve üzeri pnömonit olarak raporlanmıştır.

Hastalarda immunoterapi tedavi sonrası gelişen bulgular pnömoni ile karışabilir bizim hastamızda da olduğu gibi hastanın antibiyotik tedavisine yanıtı olmaması ateş gibi enfeksiyon bulgularının olmaması ve görüntülemelerde de tomurcuklanan ağaç manzarası, konsolide alan gibi spesifik enfeksiyon bulgularının yerine yaygın buzlu cam dansitelerinin tüm loblarda olması pnömoniti düşündürmelidir.

Anahtar Kelimeler: immunoterapi, pembrolizumab, pnömonit



her iki akciğer periferik yerleşimli buzlu cam şeklinde konsolide alanlar,tüm loblarda pnömonitis ile uyumlu görüntü

EP-158 METASTAİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA AKSİTİNİB İLİŞKİLİ POLİSTEMİ

ÖZGECAN DÜLGAR, İBRAHİM ÇİL, ALIŞAN ZIRTILOĞLU, DENİZ TURAL

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: VEGF yolağı üzerinde etkili tirozin kinaz inhibitörleri (TKI) metastatik RCC hastalarında yaygın kullanılmaktadırlar. En sık hematolojik yan etkileri anemidir[1]. Paradoksal olarak tedavi ilişkili hemoglobin artışı da görülebilir fakat flebotomi gereken polistemi çok nadirdir. Diğer yandan VEGF blokajı ile hepatic EPO sentezinin artışı gösterilmiştir[2].

Bu çalışmada, metastatik RCC tanısıyla 3 seri tedavi (sunitinib, everolimus ve axitinib) almış, aksitinib sonrası polistemi gelişimini takiben uzun süreli tedavi yanıtı görülen olgu sunulmuştur.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta batın ultrasonda insidental renal kitle saptanması nedeniyle temmuz 2014'de hastanemize başvurdu. Abdomen ve toraks bilgisayarlı tomografi(BT) çekildi. Sağ böbrek üst polden alt pole kadar uzanan 120mm çapında tümoral kitle ve her iki akciğerde multiple metastaz ile uyumlu nodül saptandı. Ailesinde kanser öyküsü yoktu. Hasta, MSKCC kriterlerine göre orta risk grubundaydı. Sağ radikal nefrektomi yapıldı. Renal kitle patolojisi berrak hücreli RCC ile uyumluydu. Patolojik evresi T3NxM1, Fuhrman nuclear grad 3 idi Ağustos ayında sunitib tedavisi başlandı. 6 aylık takip sonrasında pulmoner nodüllerde progresyon ve kranial MR da kitle saptandı. Kranial radyoterapi uygulandı. Tedavi everolimus 10mg/gün olarak değiştirildi. Pulmoner toksiste nedeniyle 5mg/gün dozu na düşürüldü. Ağustos 2015 de pulmoner nodüllerde progresyon saptandı. Tedavi axitinib 2x5mg/gün olarak başlandı. Tedavinin 4. haftasında hemoglobin(Hb) artışı saptandı 6. haftasında polistemik seviyelere ulaştı.(WBC:10900 Neu:5200 Hb:18.9 ht:55.3 Plt:350.000). EPO düzeyi 6.6 mIU/ml (normal sınır: 4.3-29) Takiplerinde hastanın pulmoner nodülleri geriledi. Hasta 3. seri tedavi alıyor olmasına rağmen polistemi sonrası gelişen yanıt, 28 aydır devam etmekte olup toksisite görülmedi.

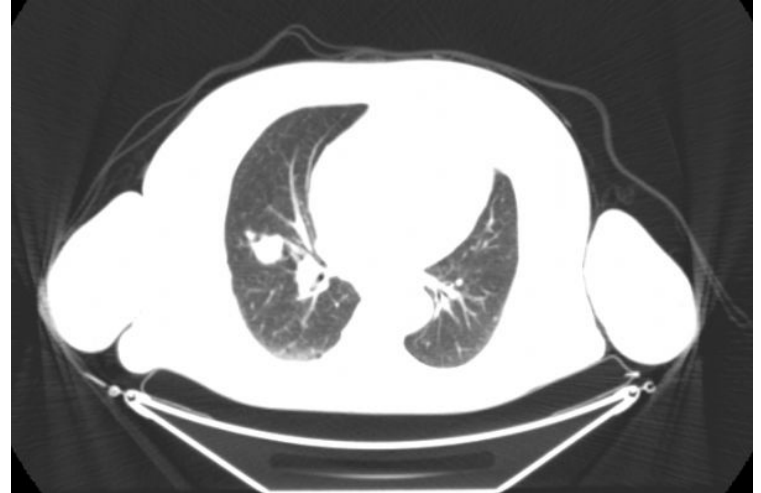
Tartışma: Axitinibin, sorafenib ile karşılaştırıldığı faz 3 AXİS çalışmasında, axitinib tedavisi alan %10 hastada Hb artışı görülmüş 3 hastada flebotomi ihtiyacı gelişmiştir[3]. Hb artışı olan

hastaların prognozu ile ilgili bilgi yoktur.

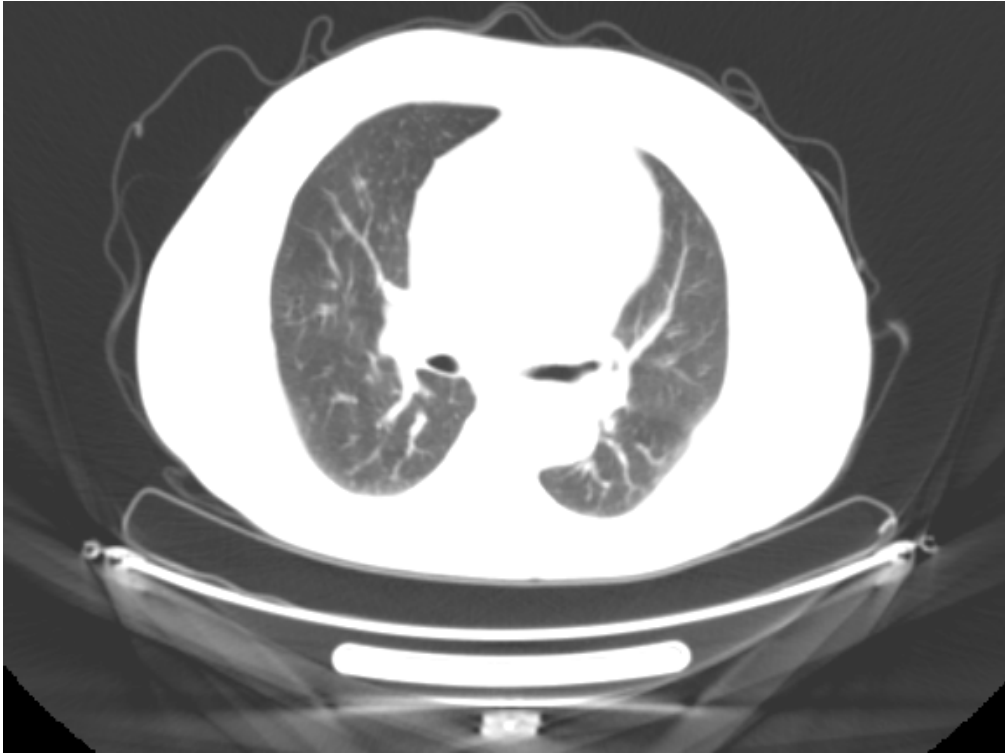
Yeni yayınlanan retrospektif bir çalışmada birinci seri VEGF hedefli ajanlarla görülen Hb artışı kötü prognozla ilişkili bulunmuştur [4]. Axitinib ilişkili hemoglobin ve kan basıncı(KB) artışının prognostik etkisi birlikte değerlendirildiği retrospektif bir çalışmada Hb ve KB kombine olarak artması daha uzun PS (ort PS 14.7ay, limit 10.8-19.6) ile ilişkili bulunmuş[5] Her iki çalışmada da EPO seviyeleri değerlendirilmemiştir. EPO seviyesi artmış axitinib ilişkili polistemisi olan vaka[6] olmakla birlikte bizim vakamızdaki gibi EPO düzeyleri normal TKI ilişkili polistemisi olan vakalar da bildirilmiştir[7] Tedavi ilişkili polisteminin hem mekanizması hem de prognostik önemi henüz netleşmemiştir.

Bizim hastamızda gelişen polistemi aksitinib tedavisine gelişen ilk yanıtı. 28 aylık tedavi yanıtı diğer çalışmalardaki sürelerden uzundu. Yüksek Hb seviyeleri daha uzun sağ kalımla ilişkili olabilir[5].

Anahtar Kelimeler: RCC, VEGF, Poistemi, TKI, EPO



Aksitinib Tedavisi Sonrası Toraks BT



Tedavi sürecinde Hemoglobin düzeyleri

	Tanı anında 07.2014	Sunitinib tedavisinin 1. ayında	Evorilimus tedavisinin 1. ayında 06.2015	Axitinib tedavisinin başlangıcında 08.2015	Axitinib tedavisi 1. ayında 09.2015	Axitinib tedavisi 6. hafta 10.2015	Axitinib tedavisi 28. ayda 12.2017
Wbc count/mm ³	12600	10500	10.700	11000	14200	10900	10500
Neu count/mm ³	9400	7100	7080	8330	8410	5020	7500
Hgb g/dl	13.2	13.1	14	12.8	15.6	18.9	18.5
Hct %	40	39.1	40.8	38.7	48.8	55.3	53

EP-159

PROSTAT KANSERİNİN BİLATERAL TESTİS METASTAZI

NİLAY ŞENGÜL SAMANCI¹, KEREM ORUÇ¹, HÜLYA ODABAŞI BÜKÜN²,
DUYGU İLKE ÇIKMAN¹, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU¹

1 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
2 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

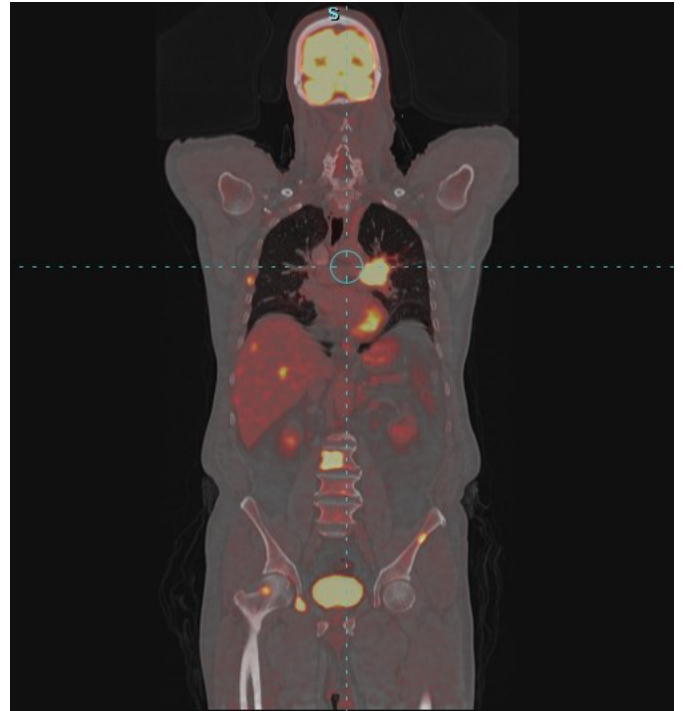
Amaç: Prostat kanseri erkeklerde sık görülen bir malignite ve sıklıkla kemiğe, akciğerlere daha az sıklıkla mesaneye, karaciğere ve adrenele metastaz yapar. Prostat kanseri çok nadir testise metastaz yapar. Testisin sekonder tümörleri yaklaşık %2.5 civarındadır. Testise en sık metastaz akciğer, prostat, melanom ve gastrointestinal trakt tümörlerinden olmaktadır. Prostat kanserinin testis metastazları genelde tek taraflıdır. Biz bu olguda prostat kanserinin nadir görülen bilateral testis metastazını sunmak istedik.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta kasık ağrısı, yaygın kemik ağrıları ve kilo kaybı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerde üre: 132 mg/dl, kreatinin: 3.34 mg/dl, Hb: 8.9 g/dl, Hct: 26.9%, PSA:347 ng/ml olarak sonuçlandı. Prostat biyopsisi yapıldı ve 12/12 odakta gleason 9(4+5) adenokarsinom saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde yaygın kemik metastazı saptanan hastaya çekilen PSMA PET de Prostat glandında prostat kapsülüne ve mesane tabanına invaze görünümde yoğun PSMA tutulumu gösteren primer tümöral lezyon; multipl abdominopelvik, mediastinal lenfatik istasyonlarda, sağ supraklaviküler alanda ve sağ servikal lenfatik istasyonlarda, iskelet sisteminde multipl kemiklerde yaygın görünümümlü metastatik kemik lezyonları, her iki akciğer parankiminde metastatik lezyonlar, sol testiste metastaz ile uyumlu yoğun PSMA tutulumu gösteren lezyon mevcuttur olarak raporlandı (Resim). Hasta değerlendirildiğinde prostat kanserinin testis metastazı çok nadir bir durum olduğundan hem testisteki kitlenin ikinci primer olasılığından hem de terapötik amaçlı cerrahi kastrasyon düşünülerek hastaya bilateral orşiektomi yapılmasına karar verildi. Hastanın orşiektomi patolojisi sol testiste epididimde ve hiler yağ dokuda, yaklaşık %10 oranında nöroendokrin hücre komponenti içeren, prostatik adenokarsinom metastazı, yaygın lenfovasküler tümör yayılımı mevcut. Sağ testiste çevre yumuşak dokuda lenfatikler içinde prostatik adenokarsinom yayılımı mevcut olarak

raporlandı. Hasta metastatik kastrasyona dirençli prostat ca olarak tedavisi başlandı takip ediliyor.

Sonuç: Testisin metastatik tümörleri oldukça nadir olup orşiektomi materyallerinin %2-4'ünde insidental olarak saptanır. Prostat kanserinin testis metastazı nadirdir ve bilateral metastazı daha nadirdir. Tanı anında ileri evre prostat kanseri olarak değerlendirilen hastalarda kemik ve periferik organ metastazının yanında nadir de olsa testis metastazının da olabileceği akıldan bulundurulmalı ve bu hastalar aktif şikayetleri ve testiste ele gelen kitleleri olmasa da tanı anında düşünülmalıdır. Bu hastalar için androjen blokajı amacıyla orşiektominin daha kesin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral metastaz, prostat kanseri, testis



PSMA PET görüntüsü

EP-160

BULBUS OCULİ METASTAZI YAPAN MESANE ÜROTELYAL KANSERİ OLGUSU

MUTLU HIZAL, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, BURAK BİLGİN,
MUHAMMED BÜLENT AKINCI, DİDEM ŞENER DEDE, BÜLENT YALÇIN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Mesane kanseri ABD verilerine göre erkeklerde en sık görülen 4. kanser ve her iki cinsiyet için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Mesane kanserlerinin %90'ından fazlası ürotelyal hücreli karsinomlardır. Mesane kanseri en sık akciğer, kemik, karaciğer ve beyine metastaz yapar. Ender görülen bir metastaz bölgesi olarak oküler bölgeye metastaz yapan bir mesane kanserli olgu sunulacaktır.

Olgu: Mayıs 2017'de yaklaşık 10 gündür devam eden kanlı idrar şikayetiyle gelen ve makroskopik hematürisi saptanan hasta-ya transüretal yolla mesane rezeksiyonu uygulandı. Patoloji sonucu yüksek dereceli papiller ürotelyal karsinom ile uyumlu geldi. Hastanın sistemik evrelemesinde her iki akciğerde yaygın büyüğü 3x2 cm metastatik lezyonlar, mediastinal metastaz uyumlu lenf nodları, mesanede 84x32 mm solid kitle saptandı. Hastanın o dönemde çekilen tedavi öncesi PET/CT tetkiğinde tomografide tanımlanan lezyonlar dışında tutulum odağı saptanmadı ve hastanın görme ile ilgili herhangi bir semptomu bulunmamaktaydı. Hastaya metastatik mesane kanseri tanısıyla Sisplatin- Gemsitabin kemoterapisi başlandı. Yaklaşık bir ay sonra tek taraflı görme bozukluğu ile başvuran hastanın çeki-

len kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde sol göz bulbus oculi posterior duvarda 7x2 mm metastatik lezyon saptandı. Hastanın metastatik lezyonunun tanı anından beri olabileceği ve PET/CT'de 1 cm altında olduğu için tutulum saptanmadığı düşünüldü. Orbital muayenesi sonrası kemoterapisi devam eden hastanın metastatik lezyonuna cerrahi girişimin yüksek morbidite riski taşıdığı belirtildi. Hastanın sol gözdeki lezyonuna palyatif radyoterapi uygulandı ve kemoterapisine devam edildi. Takibinde görme bozukluğunda düzelme saptandı. 3 kür kemoterapi sonrasında parsiyel yanıt alınan hastanın Sisplatin-Gemsitabin tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Oküler bölge soliter tümör metastazları için ender görülen bir bölge olup, görme kaybına kadar gidebilen akut morbiditelere neden olabilmesi açısından önemlidir. Orbitaya metastaz yapan en sık kanserler sırasıyla prostat, meme ve akciğerden kaynaklanırlar. Mesane kanserlerinin oküler metastazları literatürde vaka düzeyinde tanımlanmış olup, 2006 yılında yayınlanan bir derlemede o güne kadar toplam 12 vaka bildirildiği belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri, oküler metastaz, bulbus oculi

EP-161

PENİL METASTAZLI ÜRETELYAL KARSİNOM VAKASI

ÖZGEN AHMET YILDIRIM¹, ERKAN ERDUR¹, AYŞEGÜL İLHAN¹, GÜLİZ ÖZGÜN¹, SERDAR KARAKAYA¹, OKTAY HALİT AKTEPE¹, FATİH YILDIZ¹, EMRAH ERASLAN¹, ECE ESİN¹, AYŞE DURNALI¹, HASAN CEMSULTAN MISIRLIOĞLU², GÜLİN UÇMAK³, İPEK ÖZTÜRK³, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ B.D.
2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ B.D.
3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÜKLEER TIP B.D.

Mesane kanseri dünyada ve ülkemizde erkeklerde genitoüriner kanserler arasında 2. en sık görülen kanser türüdür. Yüzde doksanından fazlasını transizyonel hücreli kanserlerin oluşturduğu mesane kanserinin, tanı anında yaklaşık %80'i yüzeyleydir. Rekürrens sıktır. Hematojen metastazdan daha çok lokal yayılım paterni izler. Lenfatik yayılım pelvik lenf nodlarına olur. Akciğer, kemik ve karaciğer başlıca hematojen yayılım alanlarıdır.

71 yaşında erkek hasta, ekim 2016'da hematüri ile tetkik edildiğinde sistoskopik biyopsisinde müsküler tabakaya invaze üretelyal karsinom tanısı konulmuş. Prostatizm semptomları da olan hastanın prostat biyopsisinde adenokarsinom saptanıp, radikal sisto-prostatektomi operasyonu yapılmış. Operasyon patolojisinde T3N0M0 invaziv üretelyal karsinom ve Gleason skor 3+3 prostat adenokarsinomu tanısı konulmuş. O dönemde hasta istemediği için neoadjuvan veya adjuvan sistemik tedavi uygulanamamış.

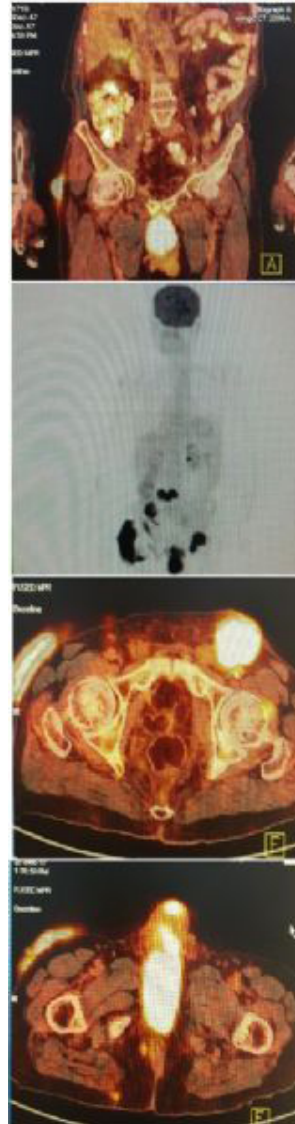
Ekim 2017'de birkaç aydır penis kökünde beliren, giderek büyüyen şişlikler şikayeti ile tetkik edilen hastanın muayenesinde bilateral inguinal konglomere lenfadenopatilerin eşlik ettiği penis kökü, penis dorsumu ve glans penis üst bölgesinde infiltrate görünümlü yaygın kitleler izlendi. İnsizyonel biyopsi incelemesinde squamoz diferansiasyon gösteren az diferansiye üretelyal karsinom metastazı tanısı konuldu.

Çekilen PET-BT incelemede; bilateral inguinal lenfadenopatilerin eşlik ettiği, penis kökünden rektum duvarına kadar uzanan, penis spongios tabakasını ve glansı işgal eden, pelvik taban kaslarına yayılım gösteren florodeoksiglukoz tutulumu yoğun, infiltrasyon alanları izlendi.

Analjezikler ile ağrı palyasyonu sağlanan hasta, üro-onkoloji konseyinde değerlendirildi. İnoperabl ve radyoterapi ile de inkürabl safhada hastalık tanısı konulan hastaya, ağrı kontrolü de sağlandığı için palyatif radyoterapi düşünülmedi. Palyatif amaçlı karboplatin ve gemitabin kemoterapisi planlandı.

Penil metastaz nadir görülen bir durumdur. Literatürde paylaşılmış vakaların çoğunun primeri genitoüriner malignitelerdir.

Anahtar Kelimeler: üretelyal karsinom, nadir tutulum, metastaz
PET-CT incelemede yoğun tutulum alanları



EP-162

ENZALUTAMİD KULLANIMINA BAĞLI POSTERİOR REVERSİBL ENSEFALOPATİ SENDROMUNU TAKLİT EDEN VERTEBROBAZİLER YETMEZLİK OLGUSU; OLGU SUNUMU

TURGUT KAÇAN¹, MUHAMMET GÜZELSOY², AYÇİN YILDIZ TABAKOĞLU³, AYĞÜL GÜNEŞ³

1 BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, BURSA

2 BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BURSA

3 BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, BURSA

Amaç: Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) nadir olarak görülen ancak ciddi bir klinik / radyolojik sendromdur. Hastalar konfüzyon, bilinç değişikliği, nöbetler, baş ağrısı, görme bozukluğu ve akut hipertansiyonu içeren klinik semptomlar gösterebilirler

Bununla birlikte, PRES'in klinik bulguları ve semptomlarının çoğu, nonspesifik olduğu için, tanı nörogörüntüleme bulguları ile teyit edilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), tipik olarak, parietal ve oksipital loblarda subkortikal ödemin göstergesi olan, T2 ağırlıklı ve sıvı zayıflatılmış inversiyon geri kazanım (FLAIR) görüntülerinde bilateral hiperintensitesi göstermektedir.

Enzalutamid, yeni nesil bir anti-androjenik ajandır. Enzalutamid ile tedavi edilen hastalarda yorgunluk, ishal, kızarıklık, kas iskelet sistemi ağrısı, baş ağrısı ve nöbet oranlarının daha yüksekken PRES oldukça nadirdir. Burada enzalutamid kaynaklı PRES taklit eden vertebrobaziler yetmezlik olgusunu rapor ettik.

Olgu: 79 yaşında erkek hasta, hasta yaklaşık 4 yıldır kemik metastatik prostat adenokarsinomu nedeniyle takip edilirken hormon refrakter prostat adenokarsinomu (mHRPC) olması ve radyolojik/laboratuvar olarak progresyon gelişmesi nedeniyle medikal onkoloji kliniğine refere edildi. Hastanın öyküsünde bilinen kronik renal yetmezlik, diabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı dışında ek komorbid hastalığı yoktu. Hastaya komorbid hastalıkları nedeniyle Enzalutamid 160mg/gün olacak şekilde başlandı.

Tedavinin 20. gününde hasta acil servise bilinç bulanıklığı, halsizlik, yorgunluk, anlamsız konuşma nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenesinde daha önceki hastalıklarına ait bulgu saptanmadığından serebrovasküler hastalık, PRES ön tanıları ile MRG ve EEG yapıldı. Bu tetkikler sırasında hastanın ilacı kesildi. MRG ve EEG de PRES ve intrakraniyal emboli, infarkt ve kanama düşündürcek bulguya rastlanmadı. Etyolojiye yönelik vertebral dopler USG ve MR anjio yapıldı. Yapılan Görüntüleme tetkiklerinde vertebro baziler sistem arterlerinde sağda %80 solda %70 darlık saptanması üzerine mevcut tablosunun vertebrobaziler yetmezlik olduğu düşünüldü ve hastanın komorbid hastalıklarına yönelik tedavileri tekrar başlandı. Yaklaşık 1 haftada kliniği düzelen hastanın enzalutamid tedavisi tekrar başlandı. Hastanın tekrar bilinç bulanıklığı gibi semptomları olmadı. Klinik ve PSA yanıtı alınan, radyolojik olarak stabil hastalık elde edilen hastanın yaklaşık 6 yadır enzalutamid tedavisi ile takibi devam etmektedir.

Sonuç: Prostat kanserinin ileri yaşta görülmesi ve sıklıkla komorbid hastalıkların eşlik ettiği bilinmektedir. Enzalutamide kullanan hastalarda komorbid hastalıklar dikkatle sorgulanmalı, ilaca bağlı PRES olabileceği düşünülen olgularda multidisipliner bir ekiple iyi bir değerlendirme yapılmalı ve tedavi kararı daha sonra verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enzalutamide, Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu, PRES

EP-163

**NON-STOP BULANTI KUSMASI OLAN NON-GİS OBSTRÜKSİYONLU
METASTATİK MESANE KANSERİ VAKASI**

MUSTAFA ALTINBAŞ, ÖZLEM AYDIN, PERİHAN PERKİN, SEMA TÜRKER,
CENGİZ KARAÇİN, İNANÇ İMAMOĞLU

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EA HASTANESİ DIŞKAPI - ANKARA

Amaç: Üç yıl önce tanı almış opere mesane kanseri vakası Ekim 2017'de metastaza bağlı semptomlarla Kliniğimize başvurdu. Saptanan kemik metastazları için palyatif radyoterapi (RT) aldı. Açıklaması zor şiddetli bulantı-kusma ve ağrısı olan hastayı sunmak istedik.

Olgu: Klinik: Ocak 2018'de Kliniğimize destek için yatırıldı. Oral alımı olmayan, sürekli bulantı-kusması olan hasta anti-emetiklere cevap vermedi. Zayıf opioid başlanan hastada ağrı pal-
yasyonu sağlanamayınca kuvvetli opioidler verildi ve steroid + setron grubu antiemetiklere geçildi.

Bu arada bilirübinleri hızla artan hastanın transaminazlarının da yükseldiği görüldüğünden (Bili total/direkt: 13/8 mg/dL, AST/
ALT: 1132/392 U/L) Ekim 2017'de BT'de karaciğer normal rapor edilmesine karşın hepatobiliyer sistem USG istendi;

03.01.2018 Hepatobiliyer sistem USG: KC boyutları artmış, sağ lob 220 mm. Parenkim heterojen, her iki lobda en büyüğü 137x100 mm çok sayıda lezyon izlendi (met). Hepatik ve portal ven kalibrasyonları normal idi, intra- ve ekstra safra yollarında dilatasyon saptanmadı.

10.01.2018'de hepatik komaya giren hasta 11.01.2018 tarihinde ex oldu.

Sonuç: Tartışma: Şiddetli sağ üst karın ağrısı hepatomegali-
ye bağlı gerilmiş olan Glisson kapsülüne sekonder gelişmişti. Non-stop bulantı-kusmaları yaygın karaciğer metastazına bağ-
lı olarak ortaya çıkmıştı ve tedaviye dirençli idi. Hastanın ağır
semptolojisi hızlı progresyon gösteren karaciğer metastazları
ile açıklandı.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, bulantı-kusma, ağrı, ka-
raciğer metastazi

EP-164

METASTATİK KASTRASYON DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİNDE ENZALUTAMİDİN KISA DÖNEM ETKİNLİK VE GÜVENLİK VERİSİİREM BİLGETEKİN, UMUT DEMİRCİ, ECE ESİN, AYŞE OCAK DURAN,
GÜLNİHAL TUFAN, NECATİ ALKIŞ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş-Amaç: Bu çalışmamızda enzalutamidin metastatik kastrasyon dirençli prostat kanserinde (MKDPK) dosetaksel öncesi ve sonrası kullanımının güvenlik ve etkinlik verilerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Mart 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında MKDPK nedeniyle enzalutamid tedavisi alan hastaların verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak incelendi. Çalışmaya toplam 13 hasta dahil edildi. Hastaların tanımlayıcı ve güvenlik verileri değerlendirildi.

Bulgular: Ortanca yaşları 75 (aralık, 56-83) olan 13 hastadan 6 hasta (%46,2) ECOG PS 1 iken, 7 hasta (%53,8) ECOG PS 2 idi. Altı hasta dosetaksel öncesi (%46,2), 7 hasta dosetaksel sonrası (%53,8) enzalutamid almıştı. Enzalutamid ortanca kullanım süresi 6 aydı (aralık, 1-9 ay). Altı olguda herhangi bir yan etki gözlenmez iken (%46,1), 7 olguda en az bir yan etki mevcut idi (%53,8). Ciddi (grad 3/4) yan etki veya nöbet izlenmedi. En sık görülen grad 1/2 yan etkiler; halsizlik (n=5, %38,5), nöropati (%15,4) ve eklem ağrısı (%7,7) idi. Enzalutamid ilişkili yan etkiler dosetaksel sonrası kullanımda daha sık izlendi (Tablo 1). Bir hasta enzalutamid kullanımı sırasında düşme sonucu subdural hematoma ile opere edildi. Sonrasında enzalutamide devam edilen hastada santral sinir sistemi toksisitesi izlenmedi.

Enzalutamid öncesi ortanca PSA 78 ng/ml (aralık, 18-2426) idi. PSA yanıtı elde edilenlerin ilk ay ortanca PSA 15 ng/ml (aralık, 1-260) idi. Enzalutamid ile sadece bir hastada PSA yanıtı gözlenmedi. Tedavinin 3. ay yanıt değerlendirilmesinde; 2 hastada parsiyel yanıt, 11 hastada stabil hastalık mevcuttu. Kısa izlem süresi nedeni ile ortanca progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalıma ulaşılamadı. İlk ayda PSA yanıtı elde edilemeyen hastanın 3. ay kontrolünde radyolojik olarak stabil hastalık saptandı.

Sonuç: MKDPK'de enzalutamid tolere edilebilir ve etkin bir tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Enzalutamid, Etkinlik ve Güvenlik, Metastatik kastrasyon dirençli prostat kanseri, Yan Etkiler

Enzalutamid Yan Etki

	Pre- Dosetaksel Enzalutamid	Post-Dosetaksel Enzalutamid
	n(%)	n(%)
Genel yan etki	2 (33,3)	4 (57,1)
Halsizlik	1 (16,7)	4 (57,1)
Nöropati	1 (16,7)	1 (14,2)
Eklem ağrısı	1 (16,7)	1 (14,2)
Kilo kaybı		1 (14,2)

EP-165

METASTATİK BÖBREK KANSERLİ HASTALARDA TEDAVİ ÖNCESİ NÖTROFİL LENFOSİT ORANI VE PLATELET LENFOSİT ORANI İLE AXİTİNİBİN PROGRESYONSUZ SAĞ KALIMA ETKİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ENDER DOĞAN, TEOMAN ŞAKALAR, SÜMEYRA DERİN,
OKTAY BOZKURT, MEVLÜDE İNANÇ, METİN ÖZKAN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

Amaç: Son zamanlarda sistemik inflamasyon ile kanser progresyonu arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Sistemik inflamasyonun en basit göstergeleri arasında nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve platelet lenfosit oranı (PLO) bulunmaktadır. Böbrek kanserlerinde de sistemik inflamasyon ön plandadır. Axitinib böbrek kanserinde kullanılan potent ve selektif ikinci jenerasyon VEGF inhibitörüdür. Biz bu çalışmamızda metastatik böbrek kanserli hastalarda tedavi öncesi NLO ve PLO ile axitinibin progresyonsuz sağ kalımla (PFS) ilişkisini araştırdık.

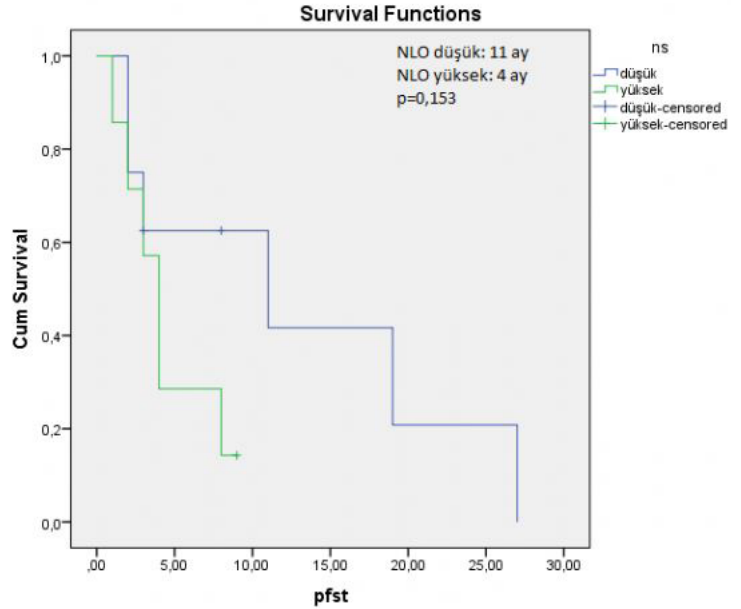
Yöntem-Gereç: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran metastatik böbrek kanserli hastalardan axitinib alanlar tarandı. 17 hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesi nötrofil lenfosit oranları ve platelet lenfosit oranları hesaplandı. İkisi içinde ROC analizi ile cut off değeri belirlendi. Bu değerlerin üzerineki ve altındaki değerler iki gruba ayrılarak Kaplan Meier analizi ile PFS açısından karşılaştırıldı. P değeri 0,05 in altı istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 17 hastanın yaş ortancası 52 idi ve 13'ü (%76) erkek idi. 10 hasta axitinibi 2. Basamakta, 5 hasta 3. Basamakta ve 2 hasta 3. Basamakta kullanmıştı. 9 hastanın başlangıç tedavisi sunitinib, 4 hastanın pazopanib, 2 hastanın sorafenib ve 2 hastanın de interferondu. NLO için cut off değeri 3,15, PLO 238,1 idi. NLO yüksek olanlarda PFS: 4 ay (2,82-5,17) düşük olanlarda 11 ay (0-26,41) idi ve bu istatistiki anlam oluşturmamıştı ($p=0,153$) (Figür 1) PLO yüksek olanlarda 1,3 ay (0,43- 5,56), düşük olanlarda 11,53 ay (0-41,61) idi ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,034$) (Figür 2).

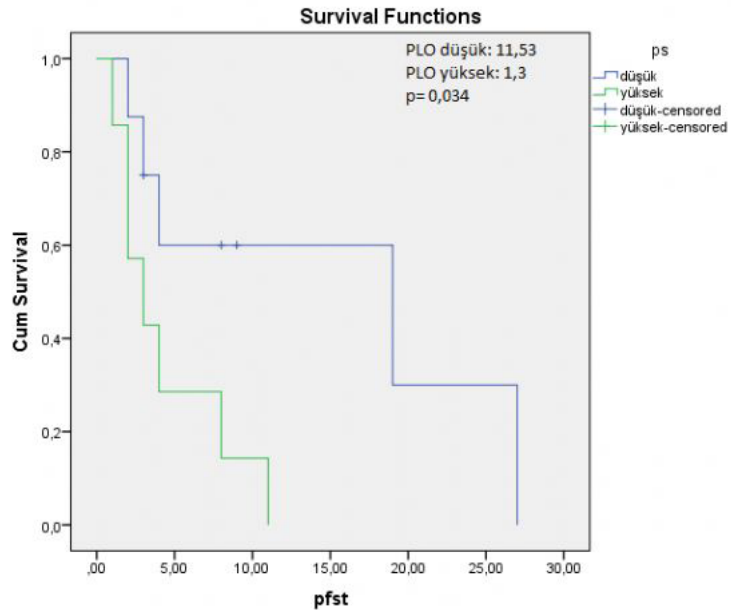
Sonuçlar: NLO ve PLO düşük axitinib alan metastatik böbrek kanserli hastalarda progresyonsuz sağ kalım daha iyi gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: böbrek kanseri, axitinib, nötrofil lenfosit oranı, platelet lenfosit oranı

NLO ve PFS ilişkisi



PLO ve PFS ilişkisi



EP-167

LUTESYUM 177 PSMA TEDAVİSİ İLE SOLİTER AKCİĞER METASTAZINA YANIT SAĞLANAN METASTATİK HORMONA DİRENÇLİ PROSTAT KARSİNOMU OLGUSU

SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU¹, MUHAMMET ARSLAN², RECEP BEKİŞ³

1 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ONKOLOJİ

2 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ

3 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ NÜKLEER TIP

Amaç: Metastatik hormona dirençli prostat adenokarsinomunda çoklu sıra tedavilere rağmen progrese olan olgular nadir değildir. Hormonoterapi sonrası dört sıra tedaviye rağmen kemik metastazları sonrası akciğer metastazı da gelişen ve Lu 177 PSMA radyonüklid tedavi ile klinik ve radyolojik yanıt saptanan olguyu bildirmekteyiz.

Olgu: Altmışiki yaşında erkek hasta, haziran 2008 tarihinde prostat adenokarsinomu (gleason skoru 3+3) tanısı aldıktan sonra olguya üroloji tarafından bilateral orşiektomi uygulanarak bikalutamid 50 mg/gün tedavi başlanmış. Kasım 2011 tarihinde kemik metastazları ortaya çıkan hastada bikalutamid dozu 150 mg/güne yükseltilecek şekilde zoledronik asit tedaviye eklenmiş. Kemik metastazlarına palyatif radyoterapi uygulanan hastaya PSA yüksekliği de gelişmesi nedeniyle sırasıyla dozetaksel – prednisolon, abirateron, kabazitaksel ve sonrasında dozetaksel rechallenge tedavisi uygulandı. Kasım 2016 kontrol akciğer tomografisinde sol majör fissürde 17x16 mm soliter nodül saptanması üzerine olgu Lutesyum 177 PSMA tedavisi için ileri merkeze refere edildi (Şekil-1). Olguya Ga-68 PSMA PET çekildikten sonra 200 mCi Lutesyum 177 PSMA 10 haftada bir 3 kür uygulandı. Kür aralarında PSA regresyonu saptanan hastanın kasım 2017 tarihli toraks BT'sinde nodül 6x7 mm regrese oldu (Şekil-2). Görüntüleme tetkikinde yeni metastaz izlenmedi. Olgu yakınması olmaksızın asemptomatik poliklinik takibindedir.

Sonuç: Prostat kanserinde kemik metastazları haricinde gelişen solid organ metastazları prognozu kötüleştirmektedir. Metastatik hormona dirençli prostat adenokarsinomunda tedavi kılavuzlarında yer alan enzalutamid, abirateron asetat, dozetaksel ve kabazitaksel haricinde radyonüklid tedavi modalitelerinden Lutesyum 177 izotoplu işaretli PSMA ve Radyum 223 diklorid de akılda tutulmalıdır.

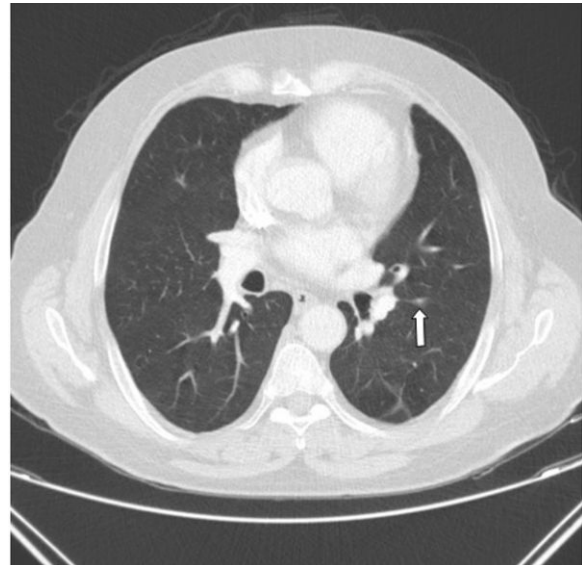
Anahtar Kelimeler: Lutesyum, prostat, hormon refrakter, metastatik

Şekil-1



Sol akciğer majör fissürde 17x16 mm boyutlu düzgün sınırlı nodül

Şekil-2



Sol akciğer majör fissürdeki nodül belirgin regrese olarak 6x3 mm izlenmektedir.

EP-168

RETROPERİTONEAL METASTAZ İLE PREZENTE OLAN BİR PROSTAT KANSERİ OLGUSU

EMİR ÇERME¹, DUYGU İLKE ÇIKMAN², KEREM ORUÇ², NİLAY ŞENGÜL SAMANCI²,
BURAK AKOVALI³, MUHAMMET SAİT SAĞER³, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU²

1 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL

2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

3 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen kanserdir. Ortalama tanı yaşı 67 olup risk faktörleri ileri yaş, siyah ırk, pozitif aile öyküsü, yüksek PSA (Prostat Spesifik Antijen) değerleridir. Prostat kanseri olan vakalarda ölüm sebebi genelde uzak metastazlar ve ilişkili komplikasyonlar nedeni ile olur. En sık metastaz yeri iskelet sistemi ve bölgesel lenf nodlarıdır.

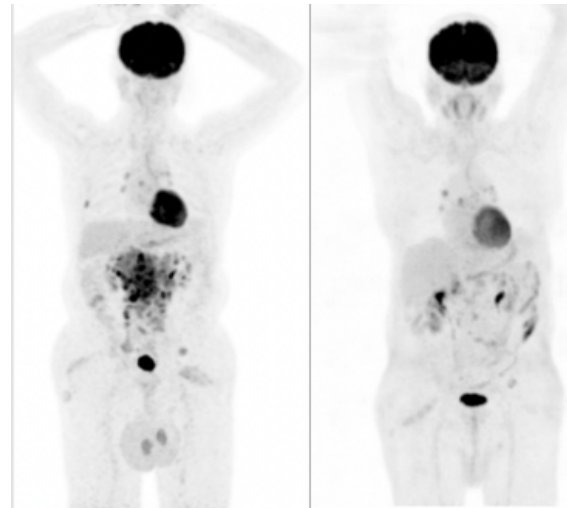
Olgu: 74 yaş erkek hasta, bilateral alt ekstremitte ödemi nedeni ile Nisan 2017'de yapılan Batın BT'de 130x103 mm boyutlu retroperitoneal kitle, paraaortik yerleşimli 39x22 mm konglomere multipl LAP (Lenfadenopati) ve retroperitoneal kitlenin çevrelemesi sonucu inferior vena kavada trombus saptandı. Nisan 2017'de çekilen FDG (F18-Fluorodeoksiglukoz) PET/BT'de batın BT'de görülen LAP ve kitlelerin hipermetabolizma göstermesine ek olarak sol iliak kanatta sklerotik görünümlü hipermetabolik alanlar saptandı. Retroperitoneal kitleden yapılan biyopsi sonucu az diferansiye karsinom, PSAP (Prostat Spesifik Asit Fosfataz)'ın pozitif olması nedeniyle prostat adenokarsinom tanısı dışlanamamıştır şeklinde raporlanmıştır. Takiben revizyonu yapılan patolojide ön planda pankreas kaynaklı asiner adenokarsinom düşünülmüştür. PSA: 8.7 ng/ml olan hastaya prostat kesici iğne biyopsileri yapıldı fakat malignite saptanmadı. Hastadan multiparametrik prostat MRG (Magnetik Rezonans Görüntüleme) istendi; ancak hasta çekemedi. Görüntülemelerde pankreasta kitle saptanmayan hastaya ECOG Performans Skoru: 3 olması nedeniyle sistemik kemoterapi planlanmadı. Mayıs 2017'de Löprolid Asetat 22.5 mg/3 ayda bir ve 1 ay süreyle bikalutamid 50 mg/gün başlandı. Tedavi başlangıcından sonraki 1. ayda klinik yanıt olması üzerine kemoterapi planlanmadı ve 1 ay sonrasına görüntüleme yapılması planlandı. Temmuz 2017'de çekilen FDG PET'te retroperitoneal dansite artışları ile LAP'larda ve eksternal ile internal iliak LAP'larda belirgin regresyon gözlemlendi. Ağustos ve Kasım 2017'de de olmak üzere toplam 3 kez Löprolid Asetat 22.5 mg uygulandı. Kasım 2017'de çekilen FDG PET'te; batın ve pelviste daha önceki PET/BT'de izlenen artmış aktiviteli lenf nodlarına bu çalışmada rastlanmadı. İskelet siste-

minde sol iliak kemikte önceki çalışmalarda görülen metastatik odak daha düşük aktiviteli saptandı, önceki çalışmalarda görülen diğer odaklarda ise patolojik FDG tutulumu gözlenmedi. Kontrol PSA: 0.6 ng/ml saptandı. Hastanın ECOG PS: 1; izlemine devam ediliyor.

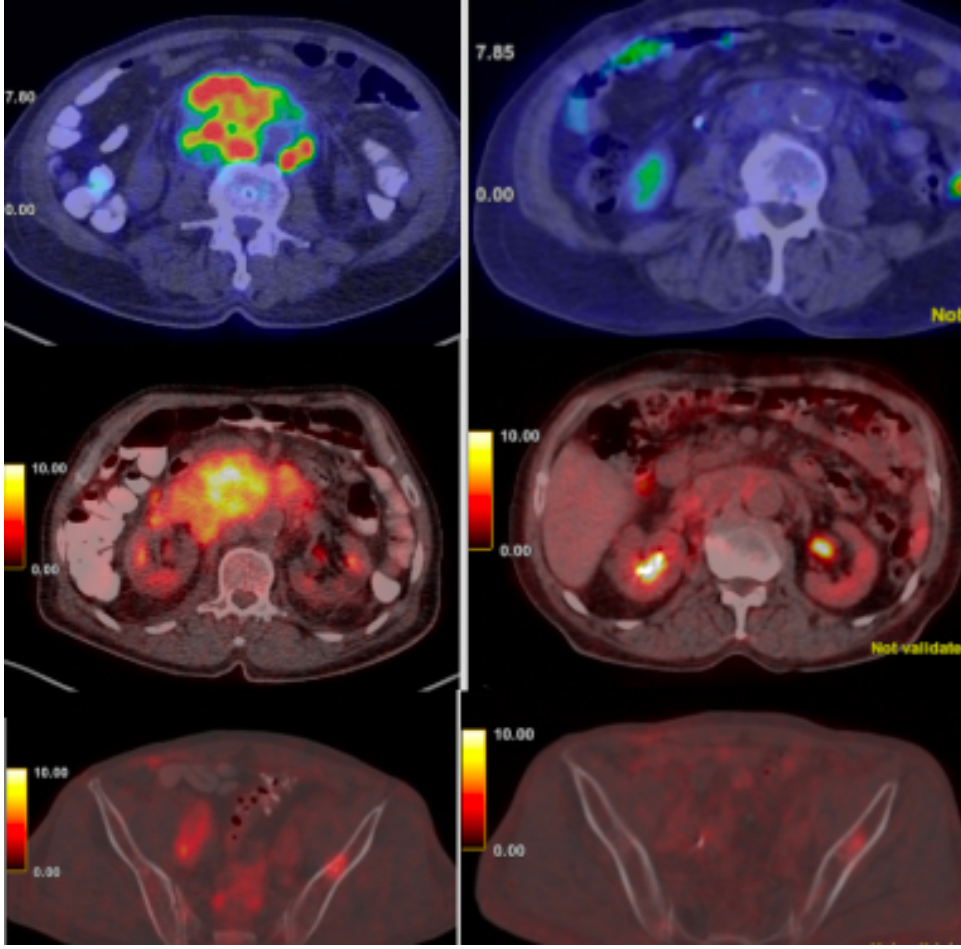
Sonuç: Prostat kanseri kaynaklı retroperitoneal yayılım nadir görülen bir durumdur. Retroperitoneal metastaz, lenfatik nodal yayılımın asendan şekilde devam etmesi neticesinde oluşur. Prostat kanseri patolojileri pek çok farklı alt tipe sahiptir, bizim olgumuzda da olduğu gibi bazı durumlarda primer asiner paternden farklılaştıkça tümöre tanı konması oldukça güç olmaktadır. Vakamızda prostat biyopsilerinin normal olması tanıyı zorlaştırmıştır, multiparametrik prostat MRG'si çekilebilmiş olsa farklı sonuçlar karşımıza çıkabilirdi. Ancak tedaviye verilen tama yakın yanıt tanıyı kesinleştirmiştir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, retroperitoneal metastaz, metastatik prostat adenokarsini

FDG-PET Tedavi Öncesi Ve Sonrası



Retroperitoneal Metastatik İmplantlar İle Sol İliak Kemik Metastazi



Tedavi sonrası metastatik lezyonlardaki regresyon

EP-169

VON HIPPEL-LINDAU İLİŞKİLİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA
ADJUVAN SUNİTİNİB TEDAVİSİ

SERDAR ARICI

OKMEYDANI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ İSTANBUL

Amaç: Von Hippel-Lindau (VHL) hastalığı otozomal dominant kalıtımla geçen çeşitli benign ve malign tümörlerle seyreden bir sendromdur. Renal hücreli karsinom (RCC) VHL' li hastaların %25-60' ında görülür ve neredeyse tamamı berrak hücreli tiptir. Posterimizde, kliniğimizde takip ettiğimiz VHL ilişkili RCC' li hastamızı sunduk

Olgu: 39 yaşında erkek hasta babası ve amcası böbrek tümörü nedeniyle exitus olduğu için 2007 yılında kontrol amacıyla üroloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan görüntüleme sol böbrekte 4,5*3 cm malign özellikte solid ve kistik komponentli kitle saptanan hasta opere edilmiş. Patolojik değerlendirmesi berrak hücreli RCC olarak yorumlanmış. Hasta daha sonra takibe alınmış. 2013 yılında yapılan batın BT'de sağ böbrek orta kesim posteriorda 1 cm' lik solid lezyon saptanmış. 2 ay sonraki takipte kitlede progresyon saptanması üzerine nefron koruyucu cerrahi yapılmış. Patolojik değerlendirmede kistik komponenti de olan berrak hücreli RCC saptanmış. 2. Primer RCC den sonra hastaya VHL açısından mutasyon analizi yapılmış ve heterozigot c.525C>G (p.Tyr175Ter) mutasyonu saptanmış. VHL genetik tanısı da olan hastaya olası VHL ilişkili tümörler açısından tarama yapılmış. Skrotal USG' de sol kaput epididimde 35*20*20 mm boyutlarında hiperekojen septasyonlar içeren kistik oluşum saptanmış ve hasta opere edilmiş. Patolojisi papiller kistadenom olarak yorumlanmış. Hasta 2017 yılına kadar rutin takiplerinde değerlendirilmiş. 2017 Eylül ayında yapılan batın MR'da hem sağ böbrekte kistik komponentlerde belirginleşme ve alt posteriorda 15 mm boyutlu solid nodüler lez-

yon saptanmış. VHL tanısı olan hastada öncelikle RCC düşünülerek parsiyel nefrektomi yapılmış ve patoloji raporu kistik komponenti de olan berrak hücreli RCC olarak yorumlanmış. Cerrahi sınırları net olarak değerlendirilemeyen hastaya total nefrektomi önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş. Metastaz açısından değerlendirildiğinde uzak metastaz saptanmayan ve böbrek fonksiyon testleri normal olan hastaya nüks gelişimini ve böbrek yetmezliği riskini azaltmak için sunitinib başlandı. Hasta sunitinib tedavisi ile kliniğimizde takip ediliyor.

Sonuç: VHL ilişkili RCC de tedavi total nefrektomiden, nefron koruyucu yöntemlere doğru yönelmiştir. Parsiyel nefrektomi erken evre RCC' de total nefrektomi kadar etkin görülüyor ve tekrarlayan parsiyel nefrektomiler hastayı renal replasman tedavisi almaktan koruyor.

VHL ilişkili RCC' de sistemik tedavide vasküler endotelial growth faktor (VEGF) hedef bazlı tedaviler RCC lezyonların boyutunu küçültebilir ve cerrahi intervalini uzatıp dializ gerekliliğini geciktirebilir. Jonasc E ve ark. yaptığı çalışmada VHL ilişkili 15 RCC' li hastaya sunitinib verilmiş. Hastaların %33' ünde parsiyel yanıt alınmış.(3) Biz de patolojide cerrahi sınırlar net olmadığı ve hasta nefrektomiye kabul etmediği için sunitinib tedavisi başladık. Posterimizi Von Hippel-Lindau sendromunun tanı, takip ve tedavisini hatırlatmak için yazdık.

Anahtar Kelimeler: von hippel lindau, renal cell karsinom, sunitinib

EP-170

**19 YIL SONRA TEKRARLAYAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM HASTASI:
VAKA SUNUMU**

NAİL ÖZHAN, UMUT ÇAKIROĞLU, GAMZE GÖKÖZ DOĞU, SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU, ARZU YAREN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Amaç: Renal hücreli karsinom hastalarının rekürrensleri çoğunlukla ilk 5 yıl içerisinde görülmektedir. Daha az sıklıkta olmak üzere literatürde 10 yıl içerisinde geç rekürrens gösteren hastalar da saptanmıştır. Vakamızda ilk tanıdan 19 yıl gibi uzun bir süre sonra rekürrens gösteren hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Hasta 1997 yılında karın ağrısı sonucu başvurduğu üroloji kliniğinde sol böbrekte kitle saptanması üzerine sol nefrektomi yapılmış. Renal hücreli karsinom (RCC) tanısı almış. O dönemde metastatik olmaması nedeniyle tedavisiz takibe alınmış. Hasta rutin kontrolleri sırasında 14.06.2016 tarihinde nefrektomi lojunda 45* 40 mm boyutlu kitle saptanması üzerine tekrar opere edilmiş. Hastanın patolojisi clear cell tip papiller renal hücreli karsinom olarak raporlanmış. Hastanın post op görüntülemelerinde metastatik bir odak saptanmamış. Bunun üzerine tedavisiz takip önerilmiş. Hasta 20.11.2017 tarihinde tarafımıza karında ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurduğunda hastanın batın usg ile görüntülemesi yapıldı. Batında yaygın asit ve omental

kek ile uyumlu lezyonlar saptandı. Bunun üzerine hastaya pet-ct ile tarama yapıldı. Pet-ct görüntülemesinde peritonitis karsinomatosa, asit ve L2 vertebrada metastatik lezyon saptandı. Hasta interne edilerek batın içi sıvıdan sitoloji gönderildi. Patoloji raporu: "Hücre bloğuna yapılan immünohistokimyasal panel sonucunda tümöral hücreler renal hücreli karsinom hücreleri ile uyumludur." şeklinde raporlandı. Hastanın tip-2 dm, ht ve koroner arter hastalığı gibi ek komorbiditeleri nedeniyle interferon tolere edemeyeceği düşünülerek sunitinib endikasyon dışı başvuruldu. Onay alınan hastanın tedavisine başlandı. Henüz ilk kontrol süresini doldurmadı.

Sonuç: Bu vakamızdan yola çıkarak erken evre RCC hastalarında yıllık kontrollerin 10 yıl sonrasında da devam edilmesi gerektiğini böylece erken nükslerin saptanarak hastaların cerrahi rezeksiyon şanslarını kullanabileceklerini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: RCC, REKÜRRENS, SUNİTİNİB

EP-171

3. BASAMAK ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE CRPC SIKLIĞI İLE CRPC TEDAVİSİNDE HORMONAL VE KEMOTERAPİ AJANLARININ TERCİH SIRASI VE BUNUN SAĞKALIMA YANSIMASININ ARAŞTIRILMASI

BERKSOY ŞAHİN¹, PINAR KUM²

1 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

2 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KANSER KAYIT MERKEZİ

Amaç: 3. Basamak sağlık kurumlarına başvuran prostat kanserli hastalarda CRPC sıklığı ile Hormonal veya Kemoterapi ajanlarının hangi basamakta tercih edildiğini ve bu tercihin tedavi etkinliğine olan katkısını retrospektif olarak araştırmak amaçlanmıştır.

Hasta ve Yöntem: TATUM-Kanser Kayıt Merkezi Altbirimi'nin 2010-2016 yılları arasında kaydı bulunan 740 prostat kanserli olgu arasından ileri evre hastalığını olanların içinden testesteron düzeyi düşük olan CRPC'li hastaların dosyaları incelenmiştir. Hastaların izole kemik (İKM) veya diğer organ metastazları(-DOM) açısından klinik tablosu belirlenmiş ve CRPC tedavisinde kullanılan docetaxel ve cabazitaxel gibi kemoterapi ajanları ile abirateron ve enzalutamid gibi hormonal ajanların için hangi basamakta tercih edildikleri dökümente edilmiştir. Ajanların basamaklara göre (1. Basamak vs sonraki basamak) ve metastaz şekline (izole kemik vs diğer)tercih oranları ve bu tercih sonucu ortaya çıkan sağkalım farklılıkları SPSS 16.0 programı ile hesaplanmıştır.

Bulgular: TATUM-Kanser Kayıt Merkezi 2010-2016 kaydında bulunan toplam 740 prostat kanserli olgunun 52(%7)'si CRPC'dir. Çalışmaya dahil edilen 52 hastanın 49 (%94)'u kemik metastazlı, 3'ü kemik dışı metastazlıdır (%6). 49 Kemik metastazlı hastanın 33(%63.5)'ü izole, 16'sı kemik +diğer organ metastazlıdır(%33). Kemik dışında en sık metastaz organları karaciğer, akciğer, sürrenal, ve kemik iliği olarak sıralanmıştır. Tüm

hastaların ortanca sağkalımı tanıdan itibaren 56 aydır. İKM'li hastalarda ortanca sağkalımı 66.0 ay, İKM olmayan hastalarda ise 54.5 ay olduğu görülmüştür (p=0.328).

52 hastadan, en sık olarak 43'ünün abirateron (14'ü sadece abirateron) ve 34(%65) 'ün docetaxel (26-%50'sı da ilk sırada) aldığı görülmüştür. 19 hasta cabazitaxel ve 10'u da enzalutamid almıştır. Docetaxel alan 19 İKM'li hastanın ortanca sağkalımı 57.6 ay, iken İKM'li olmayanların ise 39.9 aydır (p=0.302). Docetaxel + diğer ajanları alan hastalarda sağkalım 49.5 ay, hiç docetaxel almayan hastalarda ise sağkalım ise 79.7 ay olarak belirlenmiştir (p=0.066). Docetaxel +cabazitaxel+ diğer ajanların kullanlarda ortanca sağkalım 50.7 ay, iken sadece abirateron ve enzalutamid kullanan hastalarda ise sağkalımın 79.7 ay olduğu görülmüştür (p=0.175).

Tartışma ve Sonuçlar: Tüm hastalar içinde %6 sıklığında CRPC görülmektedir. Bu hastaların % 94'inde kemik ve %63'inde izole kemik metastazı vardır. % 60'tan fazla hasta Ra 123 adayı olarak gözükmektedir. İKM'li hastaların sağkalımı daha uzun gözükmesine karşın istatistiksel farklı değildir. Kemoterapi öncesi Abirateron kullanan hastalarda sağkalım sınırdan daha uzundur. Sonuç olarak CRPC'li hastaların tedavisinde ajanların sıralaması ve hekim tercihi önemli olacak gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: İzole Kemik Metastazları, Hormonal Ajanlar, Kemoterapi, Sağkalım

EP-172

AKCİĞER GRAFİSİNDE KİTLE GÖRÜNÜMÜ VEREN LOKALİZE PLEVRAL EFFÜZYON

PERİHAN PERKİN, GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, ÖZLEM AYDIN İSAK, DOĞAN YAZILITAŞ, CENGİZ KARAÇİN, SEMA TÜRKER, MUSTAFA ALTINBAŞ, EBRU ÇILBIR

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

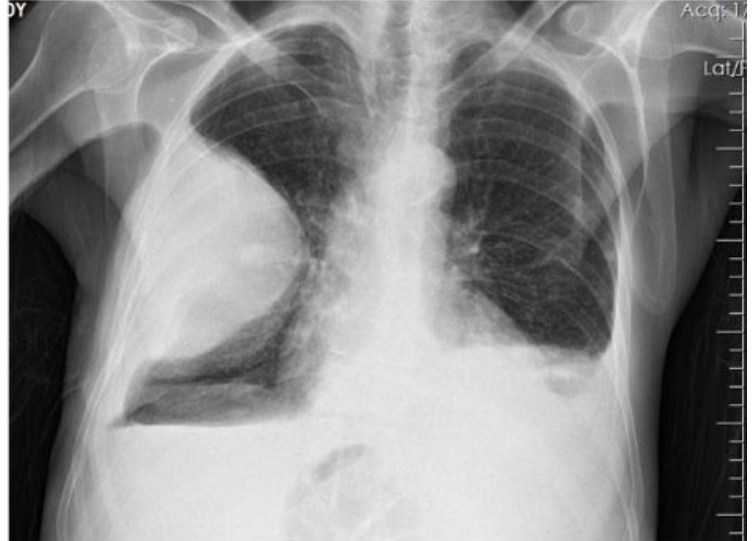
Amaç: Plevral efüzyon kanserli hastalarda yaygın görülen bir problemdir. Kanserin metastatik yayılımına bağlı malign karakterde olabileceği gibi mediastinal lenf nodu infiltrasyonu, superior vena kava sendromu, tromboemboli gibi sebeplere bağlı olarak paramalign efüzyon da gelişebilir. Biz mesane kanseri tanısı ile dış merkezde takip edilen, merkezimizde renal kitle sebebi ile yapılan biyopsisi renal hücreli karsinom (RCC) olarak gelen ve akciğer grafisinde kitle imajı veren lezyonu nedeniyle üçüncü primer araştırdığımız vakayı sunuyoruz.

Olgu: Mesane kanseri tanısı ile dış merkezde tedavisiz izlemde olan hastanın karın ağrısı ve karında şişlik nedeniyle istenen tetkiklerinde sol böbrek lojunda sol parailiak ve batın ön duvarına doğru uzanan yaklaşık 23x18x14 cm, heterojen dansitede kontrastlanan ve nekrotik alanlar içeren, düzensiz konturlu kitle lezyonu saptandı. Kitleden alınan biyopsi sonucu RCC ile uyumlu geldi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde bilateral plevrallı effüzyon ve sağ akciğer orta lob lateralde plevrta tabanlı olduğu düşünülen kitle imajı saptandı. Üçüncü primer olarak akciğer kanseri düşünülen hastanın toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob düzeyinde lokalize plevrallı mayi, sağ akciğerde büyüğü üst lob anteriorda 17x12 mm boyutta, sol akciğerde büyüğü alt lob anteriobazal segmentte 20x14 mm boyutta olmak üzere her iki akciğerde çok sayıda metastazla uyumlu düzensiz konturlu nodüler lezyonlar izlendi. Hastanın lokalize plevrallı mayisinden görüntüleme eşliğinde örnekleme yapıldı, transuda vasfındaki sıvının sitolojik incelemesi malignite yönünden negatifti. Yoğun sigara kullanım öyküsü olan hastanın lokalize plevrallı effüzyonunun kronik değişiklikler sonucu oluşan fibrotik yapışıklıklara bağlı geliştiği düşünüldü.

Sonuç: Çoklu primer tümörler nadir görülmektedir. Mesane ve RCC birlikteliği olan bir hastada üçüncü primer olarak düşünülen akciğer grafisindeki lezyonun lokalize plevrallı mayi olduğu tespit edilmiştir. Hastanın devam eden, 60 paket/yılı geçen sigara kullanımının hem mesane kanseri hem RCC hem de alışılmadık dışındaki lokalize efüzyon görüntüsüyle dolaylı olarak ilişkili olduğu düşünülmüştür. İki primeri olan hastada üçüncü bir primer kitle görüntüsü veren lokalize plevrallı mayiyi akciğer grafisindeki ilgi çekici görüntüsü nedeniyle paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: çoklu primer, lokalize effüzyon, RCC

Akciğer grafisinde kitle imajı veren lokalize plevrallı effüzyon



EP-173

BÖBREK KANSERİNİN GEÇ PANKREAS METASTAZI: OLGU SUNUMU

ÖMER UYANIK

ÖZEL DENİZLİ SAĞLIK HASTANESİ

Amaç: Böbrek hücreli kanseri (BHK) olan hastaların, günümüzde tedavisi nefrektomi ile yapılmaktadır. BHK'li olguların ortalama 15-18 ay içerisinde %20-30'unda relaps geliştiği bilinmektedir. En sık akciğer, karaciğer, beyin ve kemik metastazı görülür. BHK'nin pankreas metastazı ise oldukça ender görülen bir durumdur. Bu olguda evre 2 BHK nedeniyle nefrektomi uygulandıktan 9 yıl sonra pankreas metastazı gelişen, parsiyel pankreatektomi ve splenektomi ile tedavi edilen bir olgu tartışıldı.

Olgu: 9 cm'lik böbrek kitlesi nedeniyle elliüç yaşında bayan hastaya 2007 yılında sol radikal nefrektomi uygulanmış. Nefrektomi materyali berrak hücreli karsinom, grade 1, tümör 9x8 cm çapında ve kapsül infiltrasyonu olmadığı(T2N0) saptanmış. Radyolojik incelemelerde metastaz bulgusuna rastlanmadan 9 yıllık takibinde herhangi bir anormallik gözlenmeyen hasta 2016 yılında karın ağrısı ile çekilen batın tomografisinde pankreas korpus kesiminde 4x3 cm'lik kitle görüntüsü izlendi (Resim 1). İncelemelerde vasküler invazyon ve lenf nodu tutulumu görülmeyen hastaya cerrahi eksplorasyon yapılmasına karar verilerek ve parsiyel pankreatektomi, splenektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede kitlenin berrak hücreli böbrek tümörünün pankreas metastazı olduğu, tümörün 3 cm çapında olduğu, lenf nodlarının reaktif olduğu, cerrahi sınırlarda tümör infiltrasyonunun olmadığı saptandı. Hastaya tedavi planlanmadan takibi yirmi aydır devam ediyor.

Sonuç: Böbrek hücreli kanserli hastaların yaklaşık üçte birinde tanısında metastaz saptanırken, % 20-30'unda nefrektomi uygulandıktan sonraki ilk 3 yıl içinde metastazlar görülür. Öte yandan BHK'li hastaların bazılarında yıllar sonra bile geç metastazlar görülebilmektedir. Pankreastaki kitlelerin %2'sini metastatik lezyonlar oluştururken, %98'ini primer pankreas tümörleri oluşturur. Çok ender görülmekle birlikte, BHK'de pankreasa metastaz yapan primer tümörlerden biridir. Thompson ve arkadaşları pankreasa metastaz yapan 21 BHK olgusunu

incelemiş, nefrektomi ile metastaz gelişmesi arasındaki sürenin ortalama 8,4 yıl olduğunu bildirmiştir. Günümüzde BHK tedavisinde kabul edilen altın standart tedavi radikal nefrektomidir. İzole metastazlara uygulanan agresif cerrahinin sağ kalımı arttırdığı gösterilmiştir. Hastamızın kitlesi tek odakta olduğu için, total pankreatektominin istenmeyen etkilerinden kaçınmak amacıyla parsiyel pankreatektomi ve splenektomi uygulandı. Pankreas metastazları ender görüldüğü için, yayın bilgileri, olgu sunumları ve takip süresi kısa, kısıtlı sayıda hastalardan oluşan serilerle sınırlıdır. Bu da pankreatektomi sonrası sağ kalım süresinin tahmin edilmesini güçleştirmektedir. Faure ve arkadaşları pankreas metastazı görülen BHK'li 8 hastasına pankreatektomi uygulamış ve 6 hastanın 48 ay sonunda hayatta olduğunu gözlemlemiştir. Hastamızın da pankreas rezeksiyonu sonrası 20 aylık takibi süresince bir sorun görülmemiştir. BHK'li hastalar evreleri ne olursa olsun uzun süre düzenli olarak takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Böbrek, Kanser, Metastaz, Pankreas



Pankreastaki kitlenin manyetik rezonans görüntüsü

EP-174

PAZOPANİBE DRAMATİK YANIT ALINAN SOLİTER KEMİK METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOM

SERDAR KARAKAYA¹, OKTAY HALİT AKTEPE¹, AYŞE OCAK DURAN¹, MURAT ARIKAN², UMUT DEMİRCİ¹

¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
² SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Olgu: Kırkbeş yaşında erkek hastaya renal kitle tanısı ile Şubat 2016'da sol radikal nefrektomi yapılmıştı. Patoloji; renal ven invazyonu olan solid büyüme paterninde şeffaf hücreli, Fuhrman grad 2 renal hücreli karsinom (RHK) olarak raporlandı. Hasta evre 2 RHK tanısı ile izleme alındı. Operasyondan 18 ay sonra Kasım 2017'de sol omuz ağrısı ve ele gelen kitle nedeniyle ortopedi polikliniğine başvuran hastanın 7cm omuz kitlesinden biyopsi sonucu şeffaf hücreli karsinom ile uyumluydu. MSCC risk sınıflamasına göre iyi risk grubunda olan hastanın tüm vücut kemik sintigrafisinde soliter omuz eklemini tutan metastazi dışında bulgu yoktu. Torako-abdominal BT'de metastatik lezyon saptanmadı. Omuz de-artikülasyon riski nedeni ile hastanın kitle lezyonu cerrahiye uygun bulunmadı. Hastaya metastatik RHK tanısı ile Kasım 2017'de pazopanib başlandı. İkinci haftasında kitlede belirgin küçülme izlendi (Resim 1). Pazopanib 2. ay değerlendirilmesinde klinik ve radyolojik olarak çok iyi parsiyel yanıt izlendi. Ortopedi tarafından cerrahi planlandı.

Sonuç: Oligometastatik RHK'de cerrahi önemli bir tedavi yaklaşımıdır. Pazopanibin metastatik RHK'de objektif yanıt oranı %30-35 olarak bildirilmiştir. Hastamızda olduğu gibi potansiyel rezeke olabilecek hastalarda sistemik tirozin kinaz inhibitörleri ile elde edi-

len yanıtlar ile hastalık cerrahiye uygun hale gelebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: pazopanip, renal hücreli karsinom, soliter kemik metastazi

Pazopanib



Resim 1. Sol omuz metastatik kitle a) Tedavi öncesi b) Pazopanib 15. Gün c) Pazopanib 2. Ay d) Pazopanib 2. ay sol omuz MR kesiti

Resim 1. Sol omuz metastatik kitle a) Tedavi öncesi b) Pazopanib 15. Gün c) Pazopanib 2. Ay d) Pazopanib 2. ay sol omuz MR kesiti

EP-175

ARE MTOR INHIBITORS A GOOD TREATMENT OPTION FOR TUBEROUS SCLEROSIS ASSOCIATED HUGE KIDNEYS ANGIOLIPOMAS?

SÜLEYMAN DOĞAN POLAT¹, ŞAHİN LAÇİN², UTKU BURAK BOZBULUT², METİN DEMİR², SAADETTİN KILIÇKAP³

¹ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

² HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

³ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVENTİF ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

Objective: Tuberous Sclerosis Complex(TSC) is an autosomal dominant tumor syndrome affecting one in every 6000 individuals and characterized by numerous hamartomas in multiple organs, caused by mutations of TSC1 and TSC2 genes. These genes encode proteins regulating mammalian target of rapamycin(mTOR) pathway which is known to organize essential activities in the cell cycle. Mutation of these genes leads to dysfunction of mTOR pathway and abnormalities in cell metabolism, which results in multiple hamartomas in several organs combined with some neurologic symptoms. Because abnormalities of mTOR pathway has an important role in the pathophysiology of the disease, mTOR inhibitors such as sirolimus and everolimus are used in the treatment, which have been shown promising results in the literature.

Case: 39 years-old male, with previously diagnosed tuberous sclerosis, presented to our clinic for follow-up in September 2015. The patient had been complaining of flank pain, face and scalp skin lesions, and nocturia for long time and applied to hospital for these complaints. The patients hadn't had contributor disease in his history, and had not been using any medicine. In physical examination, bilateral lower abdomen quadran palpable masses were found. The laboratory tests of the patients were insignificant, but abdominal magnetic resonance imaging(MRI) revealed bilateral giant kidney masses (right kidney mass was 122mm, left kidney was 131mm) which were thought to be consistent with kidney angioliipomas. There was not any findings consistent with the involvement of tuberous sclerosis in patient MRI. After all clinical and radiological findings the patient was diagnosed tuberous sclerosis and started everolimus treatment. During his surveillance, he was complaining of the oral aphthous lesions which were considered to be related with everolimus adverse effects, and had no any other problem. He has had tuberous sclerosis associated erythematous papules at paranasal and perioral areas which have remained with bilateral palpable abdominal masses (right and left kidney mass

was 120mm respectively) at the lower abdomen despite everolimus treatment. The patient still on everolimus treatment with stable disease without any serious adverse event, and it is being planned to keep the patient on treatment until progression or unacceptable toxicity.

Conclusion: In our case, more than 2 years usage of everolimus has been effective for stabilizing the sizes of bilateral kidney angioliipomas, relieving the flank pain of the patient and improving the life quality of the patient, without causing any serious adverse effect. The case report supported the evidence that mTOR inhibitors are effective and could be a reasonable option for treating many symptoms associated with TSC, Therefore, the mTOR inhibitors should be considered as a good treatment option for even huge (>10 cm) kidney angioliipomas associated with TBC.

Keywords: Tuberous sclerosis, Angioliipoma, Everolimus, mTOR

A view of the patient with his erythematous papules at the paranasal and perioral areas which tuberous sclerosis associated.



The image of bilateral Renal Angiolipomas (red arrows) of the patient with MRI in December 2017



EP-176

PROSTAT KANSERLİ HASTADA AKCİĞER METASTAZINI TAKLİT EDEN PULMONER TÜBERKÜLOZ

BERKAN KARABUĞA¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR², BURAK BİLGİN², MUTLU HIZAL², DİDEM ŞENER DEDE², MUHAMMET BÜLENT AKINCI², BÜLENT YALÇIN²

¹ ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

² ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Prostat kanserinde en sık kemik metastazı görülmekle birlikte lenf nodlarına ve akciğerler sonra ikinci ve üçüncü sıklıkta metastatik bölgedir. Pulmoner metastaz sıklıkla kemik metastazından sonra gelişir. Prostat kanseri olan az sayıda hasta başlangıçta semptomatik metastatik akciğer lezyonları ile başvurmaktadır. Bu vakada tanıda akciğer ve kemik metastazı olan hastada hastalık progresyonu ile karışan tüberküloz olgusu sunulacaktır.

Olgu: 61 yaşında Ankara'dan başvuran ve bilinen tip 2 diabetes mellitus tanısı olan erkek hasta, 9 ay önce gleason 4+5 prostat adenokarsinom tanısı alan hastanın tanıda kemik ve akciğer metastazları vardı. Metastatik prostat kanseri nedeniyle goserelin asetat ve bikulatamid başlandı. Tedavinin 7. ayında hastada klinik ve PSA yanıtı vardı. Hasta tedavi başlangıcının 9. ayında gece terlemesi ve 1 hafta süren kalça ağrısı ile başvurdu. Laboratuvar testlerinde PSA: 249.1 ng/ml, serbest PSA: 149 ng/ml idi ve lökositozu yoktu. PSA artışı olan hatada hastalık progresyonu düşünülerek yapılan toraks tomografisinde (BT) sol akciğer apikoposterior segment superior lobda yeni ortaya çıkan 25 mm kavite gösteren lezyon ve önden var olan ve boyutlarında küçülme gösteren multibl nodül saptandı. Hastada PSA artışı olmasına rağmen radyoloji ve klinik göz önüne alındığında sekonder patolojilerin olabileceği düşünüldü. Fiberoptik bronkoskopik incelemede sitolojik olarak malignite açısından negatifti. Asit-fast basili (AFB) boyama negatif olarak sonuçlandı. Kaviter lezyondan alınan akciğer biyopsisi malignite açısından negatifti. Bronkoalveoler lavaj materyalinden Mycobacterium Tuberculosis DNA PCR çalışıldı, pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın kliniği tüberküloz (TB)enfeksiyonuna bağlanarak anti-tüberküloz tedavi başlandı. Prostat CA açısından antitüberküloz ilaçlarla etkileşimi olabileceği gerekçesiyle ve PSA artışı dışında radyolojik progresyon olmaması nedeniyle mevcut tedaviye devam edildi.

Sonuç: Solid organ malignitesi ile TB arasındaki bağlantı hakkında az şey bilinmektedir. Hematolojik maligniteler aktif TB gelişme riskini arttırsa da, baş-boyun kanseri dışındaki solid tümörleri olan hastalarda TB için artmış bir risk bulunmamaktadır. Bu kişilerde risk oranı genel popülasyonla paralellik göstermektedir. Hastamızın komorbiditeleri (örn., Diyabetes Mellitus) ve yakın aile içi temas, aktif TB hastalığı için en önemli faktörleridir. Bu vaka, akciğer metastazı olan hastalarda yeni lezyonlar geliştiğinde, TB açısından yüksek risk taşıyan hastalarda pulmoner TB olasılığının da düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kaviter lezyon, Prostat Kanseri, Tüberküloz Sol akciğer apikoposterior segment superior lobdaki kaviter lezyon



EP-177

DİABETES MELLİTUS METASTATİK PROSTAT KANSERİNDE TEDAVİ BAŞARISINI VE SAĞKALIMI OLUMSUZ ETKİLER

CENGİZ GEMİCİ¹, GÖKHAN YAPRAK¹, MELİKE ÖZÇELİK²

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİSİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: Günümüze dek yapılan diabetes mellitus (DM) ve prostat kanseri (PK) ilişkisi üzerine çalışmalarda sonuçlar çelişkili olup, DM ile PK arasındaki ilişki henüz aydınlatılamamıştır. Yüksek birlikteliğe sahip olan bu iki hastalıkta, DM'ün özellikle ileri evre PK'de hastalık progresyonu ve tedavi yanıtı üzerine etkisini inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Amacımız; metastatik PK sahip olgularda DM'ün, tedavi yanıtı ve sağkalım üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu hipotezimizi test etmektir.

Gereç-Yöntem: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkolojisi Kliniğinde 2000-2015 yılları arasında başlangıçta metastatik PK tanısı almış 149 olgunun (47 olguda DM tanısı mevcuttu) dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tanı anındaki PSA değeri, gleason skoru, uygulanan tedavi tipleri ve süreleri, DM durumu ve süresi kaydedildi. DM tanısı olan ve olmayan olguların; genel sağkalımları, androjen deprivasyon tedavisi (ADT) başlanmasından kastrasyona dirençe kadar geçen süreleri ve kemoterapi başlanmasından progresyona kadar geçen süreleri ile bunlar üzerine etkili parametreler Kaplan Meier sağkalım analizi, log rank testi ve cox regresyon analizi kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Tüm hastalar başlangıçta ADT alırken, kastrasyona rezistans gelişen 85 olguya (34 olguda DM mevcut) 1. seri kemoterapi uygulandı. DM tanısı olan ve olmayan olguların PK tanı anındaki yaşları, PSA değerleri, gleason skorları arasında anlamlı fark yoktu. Median takip süresi 45.9 (8.4-186.4) ay olarak saptandı. Median sağkalım DM tanısı olmayan grupta 66 ay iken DM tanısı olan grupta 32 ay (p=0,001) olarak bulundu. DM tanı-

sı olmayan ve DM tanısı olan grupta sırasıyla 5 yıllık sağkalım %55-%38 kastrasyona dirençe kadar geçen süre 27 ay-12 ay (p<0,001), 1. seri kemoterapi altında progresyona kadar geçen süre 12 ay-8 ay (p=0.15) olarak bulundu. Yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde DM varlığı; genel sağkalım, kastrasyona dirençe kadar geçen süre üzerinde gleason skoru, başlangıç PSA değeri, hasta yaşı, DM süresinden bağımsız olarak etkili prognostik faktör olarak saptandı.

Tartışma-Sonuç: PK'li hücre serilerinde, normal prostat epiteline kıyasla insülin reseptör seviyesinin arttığı, insülinin mitojenik yolları aktive ettiği ve kanserli hücrelerin büyümesinde mediatör rol oynadığı ileri sürülmektedir. Metabolik anormallikler (bozulmuş glisemik kontrol-endojen insülin azalması) ile kanserli hücre etkileşimi üzerine yapılacak daha kapsamlı çalışmaların sonuçları bu hasta grubunda, basit önlemlerle önemli klinik kazançlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda metastatik prostat kanserli olgularda eşzamanlı DM varlığının, genel sağkalımı ve kastrasyona dirençe kadar geçen zamanı kısalttığını tespit ettik. Bizim hipotezimizin sonuçları daha büyük hasta serileri ile prospektif olarak doğrulanmalıdır. Yine de metastatik PK'ne eşlik eden DM mevcudiyetinde tedaviye cevabın daha kısa olabileceği, hastalığın daha agresif seyredebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: metastatik prostat kanseri, diabetes mellitus, kastrasyona rezistans, sağkalım

EP-178

VAJİNA METASTAZI YAPAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU¹, SEMA TÜRKER¹, TÜLAY EREN², DOĞAN YAZILITAŞ¹, MUSTAFA ALTINBAŞ¹

1 ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Renal hücreli karsinom (RHK) erişkinlerde en sık görülen böbrek tümörüdür. Akciğer, kemik, karaciğer ve beyin sık metastaz yaptığı bölgelerdir. Renal hücreli karsinomun vaginal metastazı nadirdir. Bu çalışmada vajina metastazı ile seyreden renal hücreli karsinom olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında kadın hastaya makroskopik hematüri sebebi ile yapılan tetkiklerde sağ renal kitle saptanması üzerine sağ radikal nefrektomi yapılmıştır. Karaciğerde multiple metastazları olan hasta tedavi planı için polikliniğimize yönlendirildi. İnterferon tedavisi başlanan hasta yaklaşık 1 hafta sonra vajinal kanama sebebi ile başvurdu. Jinekolojik muayenesinde vajinal kitle izlendi. Yapılan eksizyonel biyopsisi renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı. İnterferon tedavisine devam edilen hastanın takiplerinde vajinal kanaması devam etmedi. 4 ay sonra karaciğerdeki lezyonlarında progresyon gelişti. Konvulsiyon nedeniyle çekilen kraniyel MRG' sinde multiple metastatik lez-

yonlar saptandı. Palyatif kraniyal radyoterapi ve ikinci basamak sunitinib tedavisi başlanması planlandı. Radyoterapisi tamamlanan hasta üst gastrointestinal sistem kanama sebebi ile Tıbbi onkoloji kliniğine yatırıldı. Masif üst gastrointestinal sistem kanaması sebebi ile hasta kaybedildi.

Sonuç: Vajinal kanama ile gelen renal hücreli karsinom tanısı olan kadın hastaların ayırıcı tanısında vajinal metastaz akla gelmelidir. Daha önceleri çok daha az oranda görüldüğü düşünülürken son yıllarda artan oranlarda vaka bildirimleri literatürde izlenmektedir. Lenfatik ve/veya venöz yayılımın vajinal metastaz ile olan ilişkisi daha ayrıntılı çalışmalar yapılmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: renal hücreli karsinom, atipik metastaz, vajina metastazı

EP-179

**BLEOMİSİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN FLAGELLA DERMATİTİ:
OLGU SUNUMLARI**

ZUHAT URAKÇI, MUHAMMET ALİ KAPLAN, NADIYE AKDENİZ, OĞUR KARHAN,
MEHMET KÜÇÜKÖNER, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Flagella dermatiti, bleomisin kullanımına bağlı gelişen bir hiperpigmentasyon olup, görülme sıklığı % 8-20 arasında değişmektedir. Biz burada, bleomisin kullanımına bağlı gelişen flagella dermatitli 2 olgu sunduk.

Olgu 1: 21 yaşında erkek hastaya, mediastinal germ hücreli tümör tanısıyla BEP (bleomisin, etoposid, sisplatin) kürü başlandı. Birinci BEP kürünün 3. bleomisin dozu sonrası hastanın göğüs ve sırtta daha çok olmak üzere vücutta kaşıntı ve kaşınan bölgelerde çizgisel tarzda cilt lezyonları gelişti (Şekil 1). Hastanın bleomisin kullanması ve ciltteki lezyonların çizgisel tarzda olması nedeniyle hastada flagella dermatiti düşünüldü. Hastaya oral anti-histaminik tedavisi verildi ve kemoterapi öncesi premedikasyonda deksametazona devam edildi. Takiplerde hastanın kaşıntısı geçti ve cilt lezyonları geriledi. Hastanın bleomisin tedavisine devam edildi ve tekrar kaşıntı şikayeti olmadı.

Olgu 2: 23 yaşında, erkek hastaya, opere testis embriyonel karsinom nedeniyle adjuvan 2 kür BEP kürü planlandı. Hastanın 1. BEP kürünün 2. bleomisin dozu sonrası ciltte yaygın kaşıntı ve kaşınan yerlerde çizgisel tarzda cilt lezyonları gelişti (Şekil 2). Hastaya oral anti-histaminik verildi ve kemoterapi öncesi premedikasyonda deksametazona devam edildi. Takiplerde kaşıntı şikayetleri geçti ve sonraki bleomisin dozlarında kaşıntı şikayeti olmadı.

Sonuç: Bleomisinin mukokütanöz yan etkileri sık görülmekte olup, stomatit, ülser, büllöz lezyonlar, eritem, skleroz, tırnak değişikliği, dijital gangren, Raynaud Fenomeni ve hiperkeratoz görülebilmektedir. Ciltteki lezyonlar kaşıntılı, lineer tarzda, başlangıçta ürtikeryan tarzda olup daha sonra pigmentasyon değişikliği yapar. Daha çok toraksta ve sırtta görülür. Tanı lezyonların tipik klinik görünümüne göre konulur. Bizim olgularımızda da lezyonlar daha çok göğüs ve sırt kısmına yerleşimli idi ve sonraki bleomisin dozlarında kaşıntılı lezyonlar gelişmedi.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, dermatit, flagella

Şekil 1.



Şekil 2



EP-180

PROSTAT KANSERİ TEDAVİSİNDE UZUN DÖNEM KOMPLİKASYONU OLARAK FEMUR AVASKÜLER NEKROZU: VAKA SUNUMU

İREM ÖNER, ÖZGE KESKİN, ÖZLEM ATA

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, KONYA

Giriş: Femur avasküler nekrozu steroid tedavisinin yanında radyoterapi ve kemoterapinin yan etkisi olarak bilinen bir komplikasyondur. Prostat kanseri hastalarının bir çoğu bu üç tedavi şekline de maruz kalmaktadır. Bu nedenle femur avasküler nekrozu bu grup hastada akılda tutulması gereken bir uzun dönem komplikasyonudur.

Amaç: Selçuk Üniversitesi Tıbbi onkoloji polikliniğinde tetkik ve tedavi edilen kastrasyon duyarlı prostat adenokanseri vakasında gözlemlediğimiz bilateral femur avasküler nekrozuna dikkat çekmek istedik.

Vaka: Koroner arter hastalığı nedeni ile 2013 yılında koroner by-pass cerrahisi öyküsü olan 63 yaşındaki erkek hasta 2012 yılında hematüri nedeniyle dış merkezde üroloji polikliniğine başvurduğunda yapılan tetkiklerinde, mesane ile ilgili olabilecek bir patoloji saptanmamış. Hastanın bakılan PSA değeri 47 gelmesi üzerine prostat iğne biyopsisi yapılmış. Patoloji sonucu; Prostat Adenokarsinomu Gleason skoru 4+3, tümör yaygınlığı %20, perinöral invazyon mevcut olarak raporlanmış. Tanı sonrası Eylül 2013 tarihinde maksimum androjen blokajı (MAB) başlanmış. Sonrasında da Nisan 2013 tarihinde robotik radikal prostatektomi uygulanmış. Ameliyat sonrası patoloji sonucu; her 2 lobda asiner adenokarsinom, Gleason skoru 4+3, kapsül invazyonu, seminal vezikül tutulumu mevcut, lenf nodu metastazı yok, prostatik üretra rezeksiyon sınırı tümöre 0,1 cm yakın, tümör mikroskobik olarak tüm alanların %55 kadarın-

da mevcut şeklinde raporlanmış. Postoperatif hastaya definitif radyoterapi tedavisi uygulanmış. Hastanın kullanmakta olduğu MAB tedavisi 1 yılı tamamladığında Eylül 2014 tarihinde kesilmiş. MAB tedavisi kesildikten yaklaşık 2 yıl sonra Ağustos 2016 tarihinde PSA değeri 0.042 ug/L iken Aralık 2016 ve Ocak 2017 tarihlerinde sırasıyla 4.09 ug/L ve 5.18 ug/L olarak bulundu. Bu PSA değerleri ile eş zamanlı bakılan total testesteron düzeyleri 5.38 ug/L ve 4.68 ug/L olarak bulundu. Hastaya tekrar MAB tedavisi başlandı. Tedaviye PSA yanıtı gözlemlendi. Radyolojik olarak yanıt değerlendirmesi yapılan hastanın Abdomen Manyetik Rezonans görüntülemesinde bilateral femur başında avasküler nekroz saptandı.

Sonuç: Femur başının vaskularizasyonunu bozan durumlar avasküler nekroza neden olabiliyor. Tüm etyolojik faktörlere bakıldığında posttravmatik osteonekroz en sık sebep olmakla beraber non travmatik etyolojik faktörler arasında sistemik steroid kullanımı ve kronik alkol kullanımı yer almaktadır. Bizim sunduğumuz hastada etyoloji olarak düşündüğümüz, ama literatürde nispeten daha az neden olan durum radyoterapi tedavisidir. Özellikle farklı tedavi modaliteleri uygulanan prostat adenokanseri vakalarında pelvik bir ağrı ile karşılaştığımızda sebepler arasında kemik metastazı yanında mutlaka femur avasküler nekrozu aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, Prostat Karsinomu, Radyoterapi

EP-181

PROSTAT KANSERİNE BAĞLI SIRADIŞI METASTAZ VE AGRESİF SEYİR:
VAKA TAKDİMİMEHMET METİN ŞEKER¹, ALİ KÖKSAL²1 BAYINDIR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 BAYINDIR HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Amaç: Prostat kanserine bağlı sıradışı klinik seyir ve beklenmeyen bir metastaz paternini sunmak.

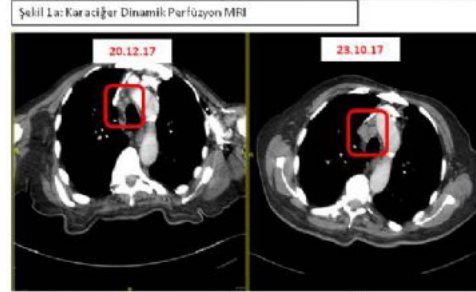
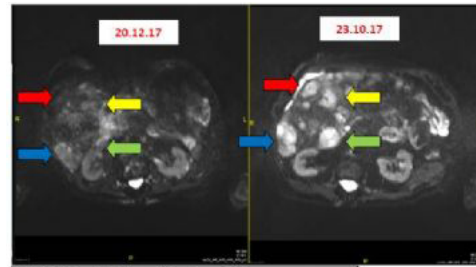
Olgu: 77 yaş erkek hasta. 25 yıldır benign prostat hiperplazisi nedeni ile takip ediliyor. Dutaserid tedavisi altında hastanın PSA değeri 256 mg/dl (Tablo 1) olarak saptandı. Bunun üzerine prostat biyopsisi yapıldı ve prostat kanseri tanısı kondu. Gleason skoru 4+3=7. Yapılan tetkiklerde paraaortik ve mediastinal lenf nodu metastazı ve yaygın kemik metastazı saptandı. Palyatif radyoterapi sonrası ileri yaşı nedeni ile bifosfonat ile birlikte GNRH analogu + bikalutamid ile maksimal androjen blokajı yapıldı.

Takiplerde hem belirgin klinik ve radyolojik düzelme oldu hem de PSA 9 ng/ml'ye geriledi. Ancak tedavinin 11. ayında PSA 100 ng/ml'ye yükseldi ve radyolojik olarak karaciğer metastazı (Şekil 1a) gelişti. Bunun üzerine hasta ve yakınlarının da onayı ile hastaya haftalık dosetaksel başlandı. 6. hafta sonrası yapılan kontrolde PSA 43 ng/ml'ye geriledi, karaciğer lezyonları ve lenf nodu boyutlarında da %50 küçülme (Şekil 1b) saptandı. Bu nedenle kemoterapiye devam kararı alındı ancak 1 hafta sonra hastada mide kanaması gelişti. Endoskopik müdahale ile kanamanın durmaması ve midede perforasyon düşünülmesi nedeni ile hastaya laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda mide serozasından başlayan, mukozaya kadar uzanan, perforasyona neden olan tümöral lezyon görüldü. Patolojik değerlendirme ile lezyonun prostat kanseri metastazı ile uyumlu olduğu görüldü. hasta tedaviye yanıt vermedi ve yaşamını kaybetti.

Sonuç: Prostat kanseri erkeklerde en sık 2. kanserdir. En sık metastaz bölgesi kemikler, daha sonra lenf nodları ve karaciğerdir. Metastatik hastalıkta tedavi seçenekleri testosteronu baskılamaya yönelik hormonal tedavi veya özellikle tümör yükü fazla olan hastalarda kemoterapidir. Tedavini etkinliğini gösteren en önemli yöntem düzenli PSA takibidir. Bu hastamızda da önce hormonal tedavi ile belirgin bir PSA yanıtı ve klinik fayda elde edildi. Ancak hastalık hormon dirençli hale gelince kemoterapi başlandı. Kemoterapi ile PSA yanıtı olması rağmen mide metastazı gelişti ve hasta metastatik lezyondan kanamaya bağlı olarak kaybedildi.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, PSA, metastaz

Şekil 1 ve Tablo 1



Tablo 1: PSA değerleri (ng/ml)

Tarih	PSA Değeri (ng/ml)
Aralık 2016	256
Şubat 2017	121
Nisan 2017	35
Haziran 2017	10
Ağustos 2017	10
Ekim 2017	100
Kasım 2017	43

EP-182

BÖBREK TAŞLARIYLA BİRLİKTE OLAN BÖBREĞİN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU

SELAMİ BAYRAM, ARİF HAKAN ÖNDER, BANU ÖZÜRK

SBÜ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Böbreğin primer skuamöz hücreli karsinomu (SCC), malign böbrek tümörlerinin yalnızca %0.5-0.8'ini oluşturur. Bu gibi tümörler, tipik olarak böbrek pelvisinin uzun süreli kronik inflamasyonu, böbrek taşları ve skuamöz metaplazi (lökoplaki) zemininde başlar. Bu yazıda daha önce böbrek taşı öyküsü ve sağ non-fonksiyone böbreği olan 61 yaşında hastada gelişen böbreğin primer skuamöz hücreli karsinomu olgusunu nadir görülmesi sebebiyle sunuyoruz

Olgu: Bilinen nefrolitiazis öyküsü olan 61 yaşındaki erkek hasta sol yan ağrısı ile hastenemiz üroloji kliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Üriner sistem ultrasonografisinde sol kalisiyel sistemde en büyüğü 18 mm boyutlu birden fazla taş, orta polde 58x54 mm boyutlu, doppler incelemede içerisinde vasküler sinyaal alınan solid lezyon izlenmiştir. Sol renal kitleyi tanımlamak için kontrastsız tüm abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT'de sol böbrekte pelvikalsiyel sistemde genişleme, sol böbrek orta pelvis ve bu düzeydeki kalisiyel sistemi dolduran yaklaşık olarak çapı 2 cm ölçülen kalkül mevcuttu. yine sol ureteropelvik bileşkede de 22x17 mm ölçülen taş mevcuttu. sol böbrekte obstrüksiyona bağlı olarak boyut artışı ve tüm pollerde pelvikalsiyel sistemde genişleme dikkati çekmiştir. solda prerrenal yağ planları ve gerota fasyası belirginleşmişti (ksantogranüloamatöz pyelonefrit?). Sol böbrek pelvik kesiminde büyüğünü çapı 2,5 cm ölçülen multiple sayıda lenf nodalrı mevcuttu.

İlk izlenim ksantogranulomatöz pyelonefrit (XGP) idi. Bununla birlikte, infiltratif bir malignite taraması görüntüleme ile sınırlandırılmadı ve lezyonun ultrason kılavuzluğunda biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede nötrofillerden baskın kronik aktif yoğun yangı hücreleri, bol miktarda makrofajlar yanında arada rejeneratif/rejeneratif atipi? düşündüren natürü net seçemeyen dejenere hücreler izlendi. Biyopsi ile kesin histopatolojik tanı gelmeyince hastaya sol radikal nefrektomi yapıldı. Nefrektomi örneğinin histopatolojik incelenmesinde orta derecede diferansiye böbreğin skuamöz hücreli karsinomu olduğu görüldü. Ayrıca alınan 5 adet lenf nodunun dördünde metastaz saptandı. postop çekilen PET-CT de her iki akciğerde en büyük ve metabolik olarak en aktif olanı sağ akciğer üst lob posterior segmentte 18x16 mm boyutunda (SUVmax:10.7) olmak üzere multiple hipermetabolik dansite artış alanları mevcuttu. Yine karaciğer içerisinde segment 3,4 ve 8 de yerleşimli genellikle hipodens lezyonlar hipermetabolikti (SUVmax:10,4; metastaz?), lateral aortik hipermetabolik lenf nodları izlenmişti (SUVmax:20,3, metastaz?). Hastaya Cisplatin ve 5-Flourasil kombine kemoterapisi planlandı.

Sonuç: Primer renal SCC'ler nadir görülen tümörlerdir ve böbrek taşlarıyla güçlü bir ilişki gösterirler. Bu olgu sunumu, böbrek kitlesi ile kendini gösteren uzun süren nefrolitiazis öyküsü bulunan bir hastada malignite tanısının özellikle renal SCC'nin düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek, böbrek taşı, skuamöz hücreli karsinom

EP-183

İMMUNOTERAPİ ALTINDA HİPERPROGRESYON GÖSTEREN, İYİ SAĞKALIMLI RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

DİDEM TUNALI¹, FATİH SELÇUKBİRİCİK¹, MELİSA CELAYİR², EYYÜP MUNGAN²,
SİNAN DENİZ³, CAN MURAT KİREMITÇİ⁴, AYŞE ARMUTLU⁵, NİL MANDEL MOLİNAS⁶

1 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

3 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

4 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

5 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

6 AMERİKAN HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Amaç: İmmunoterapi (nivolumab) altında hiperprogresyon gösteren ama literatürdekinden çok farklı sağ kalım verisi olan olgunun sunumu

Olgu:

Giriş: Hiperprogressif hastalık(HPD); Programlı Hücre Ölüm Reseptörü (Programmed Cell Death Protein 1 (PD-1) veya bu protein ligandı (PDL-1)'na karşı geliştirilmiş tedaviler başlandıktan sonra oluşan hızlı tümör büyümesidir. Bu ilk defa olarak 2016' da melanom, akciğer, böbrek, kolorektal, başboyun, meme, beyin, serviks, endometrium kanseri nedenli anti PD1/PDL1 tedavi almakta olan 131 hastanın 12'sinde tanımlanmıştır (1). Bu grupta oran %9 olarak bulunmuş olup 2017' de ESMO'da sunulan bir başka 242 hastalık çalışmada ise %16 oranında saptanmıştır(2). Hiperprogresyon tanımı 'tedavi başarısızlığı(T-TF)'na kadar geçen sürenin aydan az olması, görüntüleme immunoterapi öncesine göre %50 den fazla tümör yükü artışı, progresyon hızında iki katından fazla artış' olarak tanımlanmıştır. Bizim burada sunacağımız vakamız hastanemiz bünyesinde sıkça uygulanmakta olan immunoterapinin verildiği hastalardan biri olup hiperprogresyon tanımına uymasına rapmen literatürde belirtilenin aksine prognozu oldukça iyi olan bir vakadır.

Vaka: 30 yaş kadın hasta 2016 'da tanı anında akciğer metastazı ve renal kitle nedeniyle şubat 2016'da radikal nefrektomi yapılmış olan olgudur. Hasta berrak hücreli tipinde renal hücreli karsinom tanısı aldıktan sonra tedavisine sunitinib ile başlamıştır. 2 ay sutent kullanımı sonrasında hastada kemik metastazı gelişmesi üzerine o dönemde aktif olan 'nivolumab insani erken erişim programı'na alınmıştır. İlk kürünü 17.06.2016' da alan hastanın ancak hastanın bu tedavinin 7. haftasında karında şişlik olması nedeniyle yapılan tetkiklerinde batın bulgularında belirgin progresyon saptanmış olup tedavi 4. kür nivolumab sonrasında stoplanmıştır. Bu aşamadan sonra iki kür everolimus alan hastanın tedavisi everolimusa bağlı pnömoni nedeniyle stoplanmıştır. Ekim 2016'dan buyana aksitinib tedavisi altında olan aksitinib 16. ayında halen daha tümör yanıtı olan olgu literatüre belirtilen immunoterapi altındaki hiperprogresyon vakalarının tersine iyi sağkalımı olan bir vakadır.

Sonuç: İmmunoterapi altında hiperprogresyon gösterse de vakalarda diğer tedavi seçenekleri mutlaka değerlendirilmeli, diğer sıralı tedavi seçenekleri kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-PD1, nivolumab, RCC, hiperprogresyon

EP-184

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ: ANTİNEOPLASTİK İLAÇLARDA İLAÇ KAYBI VE MALİYETİ

SELDA OFLAZ, SEMA SEZGİN GÖKSU, HASAN ŞENOL COŞKUN, GÖKHAN KARAKAYA

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANTALYA

Sağlık sektöründe endüstriyel ve teknolojik gelişmeler neticesinde sağlık harcamaları oldukça artmıştır. Ancak bu duruma tezat olarak gelişen bir diğer durum da sağlık için ayrılan bütçenin giderek sınırlandırılmış olmasıdır. Mevcut kaynakların sınırlı olması nedeni ile bunların mümkün olan en iyi şekilde kullanılması gerekmektedir. Antineoplastik ilaçların 1Aralık 2015 sürecinden bu yana adet olarak değil; mg cinsinden girilmesi ve bazı ilaçlar; stabilite açısından tekrar kullanılmaya uygun olmaması sebebi ile stok ile eş değer sayıda gitmemekte ve bu

durum hastaneler adına mali kayıplara sebebiyet vermektedir. Çalışmada 12 aylık hasta takibi yapılarak hastanın tanısı, aldığı kemoterapi; ilaç ve dozları, bu dozlardan kayıp ilaç miktarı kayıt altında tutulmuştur. Bütün bunlar ışığında amaç kemoterapi ilaçlarının kullanımı ile ilgili mevcut durum hakkında değerlendirme yapmak ve oluşan israf ile alakalı tedbirler almaktır.

Anahtar Kelimeler: Antineoplastik ilaçlar, farmakoekonomi, kemoterapi

EP-186

OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ YAPILMIŞ GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE YÜKSEK DOZ KEMOTERAPİ OLARAK KARBOPLATİN VE ETOPOSİD SONUÇLARI; TEK MERKEZ VERİLERİ

İSMAİL ERTÜRK¹, BİROL YILDIZ¹, NURİ KARADURMUŞ¹,
ZEKİ GÖKHAN SÜRMEİ², ŞÜKRÜ ÖZAYDIN¹, GÖKHAN ERDEM³

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 ÖZEL MEDİKAL PARK HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
3 ÖZEL LİV HOSPİTAL KEMİK İLİĞİ NAKİL MERKEZİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş: Germ hücreli tümörler (GHT) özellikle erkeklerde 15 ila 35 yaş arasında en sık görülen malignitelerdendir. Platin bazlı kemoterapiye oldukça duyarlı olmasından dolayı bu tümörler metastatik olsalar dahi yüksek oranda iyileştirilebilirler. Karboplatin ve etoposid (CE) ile yapılan tandem olog hematopoetik kök hücre nakli (OHKHN) testis kanseri hastalarında yıllardır yapılmaktadır ancak literatürde 3. ve 4. hat olarak alınan OHKHN nakil sayısı oldukça azdır.

Yöntem: Aralık 2016- Aralık 2017 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde OHKHN amaçlı yüksek doz kemoterapi olarak CE verilmiş olan 20 hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı. 1 yıllık cevap oranları, yan etki profilleri değerlendirildi.

Sonuçlar: Nakil öncesi hastalar ortalama 3 hat tedavi almıştı. (7 hasta 2 hat, 6 hasta 3 hat, 7 hasta 4 hat). Toplam cevap oranı % 85 idi (2 hastada tam yanıt, 6 hastada parsiyel yanıt, 9 hastada

stabil yanıt). 2 hastada progresyon izlendi. En sık gözlenen yan etkiler nötropeni (%100), febril nötropeni (%100), trombositopeni (%100), halsizlik (%100), anemi(%100) idi. En sık gözlenen 3. ve 4. derece yan etkiler (%100), febril nötropeni (%100), trombositopeni (%100), halsizlik (%100), ileus (% 30), kanama (%10) idi. 1 hasta nakil esnasında öldü (% 5).

Tartışma ve Sonuç: Literatüre benzer şekilde OHKHN de yüksek doz kemoterapi olarak CE etkili bir tedavi yöntemidir. Yönetilebilir yan etki profili ile kullanılabilir bir tedavi yöntemidir. Literatürde 3. ve 4. hat OHKHN yapılan hasta sayısı azdır. Çalışmamızda 3. ve 4. hat nakil yapılan hasta sayısı fazla olmakla beraber 1 yıllık cevap oranları benzerdir. Kötü risk faktörlü hastalarda başlangıçtaki kurtarma bazlı tedavi için yüksek doz kemoterapi OHKHT önerilir.

Anahtar Kelimeler: olog kök hücre nakli, karboplatin, etoposid

EP-187

OVERİN METASTATİK TÜMÖRLERİNİN KLİNİKOPATOLOJİK
ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARI

SAMED RAHATLI¹, HÜSEYİN AKILLI², MURAT HABERAL⁴, NİHAN HABERAL³,
ÖZLEM ÖZEN³, ÖZDEN ALTUNDAĞ¹, ALİ AYHAN²

1 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

2 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI, ANKARA

3 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

4 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Jinekolojik ve jinekolojik olmayan tümörler sıklıkla overlere metastaz yapmaktadırlar. Tedavi yaklaşımları ve optimal cerrahi prosedürleri deneyimli jinekolojik onkoloji merkezlerinde bile halen tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı overe metastaz yapmış olan tümörlerin klinikopatolojik özelliklerini ve sağkalım sonuçlarını ortaya koymaktır.

Yöntem: Ocak 2007 ve Temmuz 2017 tarihlerinde merkezimizde over kitlesi tanısıyla 859 operasyon gerçekleştirilmiştir. Overe metastaz yapmış olan tümörü olan 75 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve bu hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Yetmiş beş hastanın 27'sinde kolorektal, 13'ünde mide, 12'sinde endometrium, 10'unda apendiks, ve 5'inde peritoneal mezotelyoma ve 5'inde meme kanseri mevcuttu. Median genel sağkalım tüm hastalarda 26±5.9 aydı. 3 yıllık sağkalım %62 ve 5 yıllık sağkalım %37 olarak bulundu. Metakron metas-

tazi olan hastalarda sağ kalım senkron metastazı olanlara göre daha iyiydi (P=0.05). Bilateral over tutulumunda tek taraflı tutulumu göre sağ kalım daha kötüydü. Kemoterapi alan hastalarda sağ kalım 34.6 ay iken kemoterapi almayan grupta sağ kalım 9.8 aydı (P=0.003). Optimal sitoredüktif cerrahi yapılan hastalarda sağkalım 30.9 ay iken, minimal cerrahi yapılan hastalarda 15.6 aydı ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi (P=0.973).

Sonuçlar: Overe metastaz yapan tümörlerin sağ kalımı iyi olmasa da optimal sitoredüktif cerrahi ve kemoterapi ile sağkalım sonuçları daha iyi olmaktadır. Ancak cerrahi yapılacak hastalar iyi seçilmiş olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: over metastazı, kemoterapi, sitoredüktif cerrahi

EP-188

STEROİD HÜCRELİ TÜMÖR (LİPİD HÜCRELİ TÜMÖR) BİR OLGU SUNUMU

ARIF HAKAN ÖNDER, SELAMİ BAYRAM, BANU ÖZTÜRK

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANTALYA

Amaç: Steroid hücreli tümörler tüm over neoplazmlarının %1ini oluşturan ve seks kord stromal tümörler grubunda yeralan nadir tümörlerdir. Burada Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümüne başvuran steroid hücreli tümör tanısı alan bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 68 yaşındaki bayan hasta 25.10.2017 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Ağustos ayında Kadın Doğum polikliniğine karında şişlik şikayetiyle prezente olan hastanın yapılan tetkiklerinde asit saptanması üzerine yapılan incelemelerinde; metabolik aktif boyutu 8x5 cm olan, sol adneksiyal loju ve rektouterin boşluğu dolduran heterojen kitlesel lezyon tespit edildi (SUV-max 6.2). Bunun dışında da ek bir tutulum saptanmadı. Bunun üzerine 26.09.2017 tarihinde TAH+BSO+Omentektomi ve ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Hastanın elde edilen patolojik tanısı; Sol overde sex kord hücreli tümör/pür stromal tümör (steroid hücreli tümör) tespit edildi. Tümör 9 cm olup kapsül bütünlüğü korunmuştu. Tümörün nükleer grade derecesi 2 olup, 10 BBA mitoz 1 di. Hemoraji odakları izlenmiş olup nekrozu yoktu. Uygulanan İmmünohistokimyasal boyamada tümör hücreleri inhibin, CD56, kalretinin pozitifken Ki-67 %5 olarak belirlendi. Hasta polikliniğimize prezente olduğunda ECOG performans skoru 1 olup batında asit mevcuttu. Hastanın tümörünün 7 cm den büyük olması, operasyon sırasında kist rüptürü bilgisinin alınması nedeniyle low grade bir tümör olsa da Carboplatin ve Paklitaksel kemoterapisi başlandı. Üç kür kemoterapi sonrası genel durumu iyi ek nüks veya metastaz bulguları olmayan stabil hasta olarak izlenmeye devam ediyor.

Sonuç: Overin steroid hücreli tümörlerden orjini alan stromal luteoma ve leyding hücreli tümörler dışında kalan ve orjini bilinmeyen steroid hücreli tümörlere, sınıflandırılmayan steroid hücreli tümörler adı verilir. Bu tümörler bazen klinik olarak malign davranış gösterebilir (1). Sınıflandırılmayan steroid hücreli tümörlerin makroskopisi tipik olarak solid ve iyi sınırlı, nadiren ise lobule görünümlüdür. Boyutları 3-10 cm arası olup, ortalama 8.4 cm dir. Nekroz, hemoraji ve kistik dejenerasyon nadirdir (2-4). Bu tümörler sıklıkla (%41) virilizasyona sebep olursa da nadiren östrojenik olabilirler veya daha farklı endokrin bulgulara neden olabilirler (3). Hemen her zaman saptandıklarında tek taraflı ve genellikle evre I dirler. Hemen her yaşta görülebilirler. Diğer steroid hücreli tümörlere oranla daha genç yaşta (ort 43) izlenirler (2). Bu kategorideki tümörlerin yaklaşık %40 malign davranış gösterirler. Malignitenin en kesin kanıtı metastaz varlığı olmasına karşın, malign davranışla korele olduğu saptanan çeşitli klinopatolojik özellikler saptanmıştır. Hasta yaşının 16 yaşından büyük olması, Tümör boyutunun 7 cm'den büyük olması, 10 BBA 2 ve daha fazla mitotik aktivite olması malign özellik açısından anlamlıdır (2-5). Bizim Hastamız da 68 yaşında ve 9 cm tümörle malignite açısından kuşkulu olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Over, Steroid Hücreli, 9cm, Rüptür, 68 yaş

EP-189

**EKTOPIK CUSHİNG SENDROMU GELİŞEN OPERE ŞEFFAF HÜCRELİ
OVER KANSERİ**

OĞUZCAN GÜMÜŞÇUBUK¹, MUTLU HIZAL², MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR², BURAK BİLGİN²,
MUHAMMED BÜLENT AKINCI², DİDEM ŞENER DEDE², BÜLENT YALÇIN²

1 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA
2 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Over kanserleri, jinekolojik kanserlerden mortalitenin en sık nedenidir. Over kanserlerinin ektojik Cushing sendromuna neden olması nadiren görülen bir durumdur. Özellikle epitelyal olmayan alt tiplerle birlikteliği tanımlanmıştır ve epitelyal over kanserlerinde vaka düzeyinde bildirilmiştir.

Olgu: Mayıs 2017 tarihinde karın şişliği şikayeti nedeniyle başvuran 47 yaşında kadın hastanın tomografisinde overde kitle saptandı. Haziran 2017'de TAH-BSO ameliyatı uygulandı. Patoloji sonucunda evre 3 şeffaf hücreli over kanseri tanısı alan hastaya adjuvan karboplatin paklitaksel tedavisi başlandı. Üçüncü kür kemoterapi sonrasında kas güçsüzlüğü, halsizlik şikayetleri gelişti. Muayenesinde mor renkli strialar, kıllanma artışı, pletore, aydede yüzü, hiperpigmentasyon saptandı. Tedaviye dirençli hipokalemi, hipernatremi, metabolik alkaloz mevcuttu. Over kanseri belirteçleri normaldi. Sabah serbest kortizolü 39.6 ve ACTH 141.8 pmol/L düzeyleri yüksek saptandı. Yapılan 8 mg deksametazon supresyon testinde kortizol 22,6 ug/dl bulundu ve baskılanma olmadı. Patoloji preparatları nöroendokrin tümör açısından yeniden değerlendirildi ve NET komponenti saptanmadı. Hipofiz MR sonucunda ön hipofiz bezinde yaklaşık 6.6x2.5 mm belirgin opaklanma paterni oluşturmayan lezyon saptandı. Hastada hipofizer ve ektojik cushing sendromu ayırıcı tanısı amacıyla yapılan İPSS testi sonuçları ektojik ACTH sendromu ile uyumlu olarak geldi. Ga-68 DOTATATE sonucunda sağ intraorbital bölgede ve sol sürrenal bezde düşük düzeyde

tutulumu hastada ACTH salgılayan lezyonun yeri tespit edilemedi. PET-CT sonucunda sağ intraorbital mesafede orbitalateral duvarına oturmuş 11x6 mm boyutlarında hiperdens lezyon alanında hafif tutulum izlendi (SUV:2,8). Sol sürrenal lateral krusunda izlenen 12 mm çaplı nodüler lezyon alanında artmış tutulum izlendi (SUV:3,9). Sağ intraorbital yaklaşık 1 cmlik kemik kaynaklı lezyon insidental düşünülerek takibe alındı. Mevcut medikal tedaviye rağmen dirençli elektrolit bozukluğu olan ve ACTH salgılayan ektojik odağın yeri tespit edilemeyen hastaya Aralık 2017'de laparoskopik bilateral sürrenalektomi yapıldı. Operasyon sonrası medikal tedaviyle elektrolit düzeyleri normale geldi. Adjuvan kemoterapisi sonlandırıldı ve takibe alındı.

Sonuç: Ektojik Cushing sendromuna genellikle küçük hücreli akciğer kanseri, karsinoid tümörler, pankreatik adacık hücre tümörleri ve medüller tiroid karsinomu neden olur. Epitelyal over kanserleriyle birlikteliği vaka düzeyinde tanımlanmıştır ve insidansı bilinmemektedir. Gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen hastaların %12'sinde ACTH salgılayan ektojik kaynak bulunamamaktadır. Vakamızda PET-CT ve Ga-68 DOTATATE görüntülemeleriyle ektojik odak tespit edilememiştir. Vakamızda olduğu gibi odak saptanamayan, morbidite ve mortaliteye neden olabilecek aşikar klinik bulgularla seyreden ektojik ACTH sendromlu olgularda tercihen laparoskopik olarak yapılan bilateral adrenalektomi tercih edilebilecek bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, ektojik cushing, şeffaf hücreli

EP-190

OVER KANSERLİ HASTALARDA TİYOL/DİSÜLFİD METABOLİZMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

MUTLU HIZAL, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, BURAK BİLGİN,
MUHAMMED BÜLENT AKINCI, DİDEM ŞENER DEDE, BÜLENT YALÇIN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Over kanseri jinekolojik kanserler arasında en sık ölüm nedenidir. Diğer birçok hastalık ve kanser tiplerinde olduğu gibi oksidatif stresin hastalık patogenezindeki yerini araştıran çalışmalar literatürde mevcuttur. Anti-oksidan kapasitesi yüksek olan tiyol grupları birçok oksidanla reaksiyona girebilen ve bu tepkimeler sonucunda disülfid gruplarına dönüşebilen moleküllerdir. Tiyol/disülfid dengesinin hücre sinyal yolları, transkripsiyon ve apoptozis üzerinde önemli etkileri mevcuttur. Bu çalışmada over kanserli hastalarda dinamik tiyol/disülfid metabolizması yeni bir biyokimyasal metod ile incelenmiştir.

Materyal-Metod: 2015-2016 yılları arasında over kanseri tanısı alan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların tiyol ve disülfid bakılan serum örnekleri adjuvan kemoterapi öncesi elde edildi. Hastaların ve sağlıklı kontrollerin tiyol ve disülfid düzeyleri Erel ve Neşelioğlu tarafından tariflenen otomatize spektrofotometrik metod ile çalışıldı.

Sonuçlar: Over kanseri tanısı almış 18 hasta ve 53 sağlıklı kadın kontrol çalışmaya dahil edildi. Her iki grup için de ortalama yaş 62 olarak bulundu. 4 hasta (%22) neoadjuvan kemoterapi almıştı ve her hasta ameliyat olmuştu. Cerrahi evrelemeyi takiben 15 hasta (%83) evre III, iki hasta evre II ve bir hasta evre IV hastalığına sahipti. Doğal ("native") tiyol (NT), disülfid (DS) ve toplam ("total") tiyol (TT) değerlerinin hepsi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük bulundu. Anti-oksidan kapasitenin göstergelerinden olan DS/NT oranı gruplar arasında anlamlı farka ulaşmadı. Tiyol ve disülfid sonuçları tablo 1'de özetlenmiştir. Bu parametrelerle CA-125 düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı. Ortalama 11,6 ay takipten sonra ortalama genel sağkalıma ulaşamadı.

Sonuç: Tiyol grupları non-enzimatik antioksidan bileşiklerdir ve sağlıklı kontrollere göre düşük düzeyleri over kanserinde artmış oksidatif stres maruziyeti ile patogeneze katkıda bulunuyor olabilir. Bu grupların eksikliğinin hücrelerde gerçekleşen yapısal hasarın ortaya çıkmasında ve/veya hızlanmasında rolü olabilir. DS/NT oranının ise her iki parametrenin düşmesine bağlı olarak anlamlı olarak değişmediğini gösterdik. Disülfid seviyelerinin anlamlı bir şekilde hasta grubunda düşmesi kanserli hastalarda hücre döngüsünün artışıyla açıklanabilir. Hasta örnekleminin sınırlı sayıda olması ve hastaların post-operatif dönemde olmaları sonuçları değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bu konuda yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, tiyol, disülfid, oksidatif stres

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Gruplarında Tiyol ve Disülfid Değerleri

Parametre	Hasta Ortanca (min-max)	Kontrol Ortanca (min-max)	p
Doğal Tiyol	347.5 (193.6 - 440)	409 (240-535)	0.004
Disülfid	17.1 (4 - 27.35)	21.5 (9.3 - 34.8)	0.014
Toplam Tiyol	394.4 (214 - 508.7)	453.7 (287 - 594)	0.001
Disülfid / Doğal Tiyol	0.053 (0.01 - 0.08)	0.050 (0.02 - 0.14)	0.41

EP-191

METASTATİK OVER KANSERLİ HASTADA PEGİLE LİPOZOMAL DOKSORUBİSİNE BAĞLI EL-AYAK SENDROMU

NURHAN ÖNAL KALKAN¹, ALİ FUAT GÜRBÜZ²

1 VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJ BİLİMDALİ
2 VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİMDALİ

Amaç: Pegile Lipozomal doksorubisin konvansiyonel doksorubisinin uzun salımlı ve daha az yan etki profiline sahip bir formülüdür. Sıklıkla meme kanseri, metastatik over kanseri ve kaposi sarkomu tanımlı hastaların tedavilerinde kullanılmaktadır. Lipozomal lipidler basınca bağlı maruziyetlerde ekstravaze olmaktadır. Bu nedenle basınca ve travmaya daha çok maruz kalan el ve ayaklarda bilateral, simetrik yerleşim gösteren eritemdem deskuamasyon gösteren ödemli plaklara kadar değişen klinik tablolarda el ayak sendromunun neden olmaktadır. Pegile Lipozomal doksorubisin kullanımı sonrası hastaların % 20 de grade 3 düzeyinde el ayak sendromu ortaya çıkmaktadır. Bu yan etkinin bilinmesi ve lokal destek tedaviler ile yönetimi, hastanın tedavisini almasına ve yaşam kalitesinin korunmasına yardımcı olacaktır.

Olgu: 61 yaşında kadın hasta 2014 yılı mart ayında karın şişliği şikayeti ile başvurduğu jinekoloji kliniğinde bakılan pelvik ultrasonografide douglas düzeyinde 54x48 mm boyutunda sol overden net ayırt edilemeyen kitle saptandı. Hastanın CA -125 düzeyi 18,920 U/ml idi. Hasta over kanseri ön tanısı ile operasyona alındı. Postoperatif patoloji sonucu grade 3 ovarian seröz adenokarsinom idi. Adjuvan tedavi olarak 6 kür sisplatin ve dosetaksel tedavisi verildi. Hasta takibinin yaklaşık 7.ci ayında CA125 değerinde yükselme ve çekilen Pet- bt de operasyon lojunda yumuşak doku dansitesinde artmış FDG tutulumu (suv max:21,9) ve batin içinde birden fazla odakta artmış FDG tutulumları mevcuttu. Hasta rekürrens over kanseri olarak kabul edilip 6 kür sisplatin+paklitaksel kemoterapisi verildi. Kemoterapi sonrasında pet-bt de progresyon gelişen hastaya tek ajan gemsitabin önerildi. 3 kür gemsitabin sonrası çekilen pet-bt de progresyon gelişti. Hastaya 3. basamak tedavi olarak 21 günde bir kullanmak üzere 60 mg/m² pegile lipozomal doksorubisin başlandı. 3 kür sonra el ve ayaklarda yanma hissi, kızarıklık ve

döküntünün eşlik ettiği eritomatöz plaklar görüldü. Ön tanıda pegile lipozomal doksorubisine bağlı el ayak sendromu düşünülen hastanın kemoterapi dozu %20 doz azaltıldı. Cilt lezyonlarına yönelik soğuk uygulama ve topikal deksametazon tedavisi verildi. Tedaviye rağmen şikayetlerinde artış gözlenmesi üzerine hastanın tedavisi kesildi. Tedavinin kesilmesini takiben birkaç hafta içinde hastanın lezyonları tamamen geriledi.

Sonuç: Pegile lipozomal Doksorubisinin (PDL) el- ayak sendromu yapmasındaki patogenezinde palmo-plantar bölgede zengin kapiller ağ yapısının olması, ektrin ter bezi yoğunluğu yada hızlı epidermal döngüye bağlı olarak, kümülatif lipozomal doksorubisinin ilaç dozuyla ilişkilidir. Bu olguda PLD kullanımına bağlı oluşan el ayak sendromu ele alınmıştır. Çeşitli malignitelerde kullanılmaya başlanan PLD, yaygın rastlanan bu yan etkinin önceden bilinerek gerekli önlemlerin alınması, hastaların hem daha etkili bir tedavi almalarını sağlayacak hem de yüksek standartlarda yaşam kalitesine kavuşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: El ayak Sendromu, Over kanseri, Pegile Lipozomal Doksorubisin

Şekil1



Pegile Lipozomal Doksorubisine bağlı El ayak Sendromu

EP-192

MEMEYE PEAU DE ORANGE ŞEKLİNDE METASTAZ YAPMIŞ PRİMER İNFLAMATUAR MEME KARSİNOM GİBİ GÖRÜNEN SERÖZ OVER KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

ESMA TÜRKMEN BEKMEZ¹, NURŞEN GÜMÜŞ², AHSEN BANU TİRYAKİ²,
GÖKMEN UMUT ERDEM¹, DİNÇER AYDIN¹

1 DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KOCAELİ
2 DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI, KOCAELİ

Amaç: Memenin metastatik kanserleri literatürde %0.4-%6.6 arasında bildirilmektedir.Klinik olarak inflamatuvar meme karsinomu gibi düşünülen ancak tetkikleri sonucu literatürde nadir görülen over seröz adenokarsinom meme cilt metastazı olduğu tespit edilen olgumuzu burada sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş bir yaşında kadın hasta genel cerrahi polikliniğine sol meme cildinde değişiklik ve sol aksiler bölgede ele gelen şişlikler nedeniyle başvurmuş. Radyolojik incelemelerde sol meme areola çevresinde ciltte kalınlık artışı ve bilateral axiller fossada malign görünümlü multiple lenf nodları tespit edilmiş. Memede lokalize kitle saptanmamış. Sol axiller lenf nodu biopsisi malign epitelyal tümör metastazı (invaziv duktal karsinom metastazı ?) olarak yorumlanırken sol meme cilt eksizyonel biyopsisinde inflamasyon ve ödem saptanmış. Batın incelemesinde sol adnesial kitle, omental implanlar, batın içi multiple lenfnodları ve kan parametrelerinde CA125 ve CA 15-3 seviyeleri yüksek olması üzerine polikliniğimize refere edilmiş. Meme ve over karsinomu (çift primer) ve primer meme karsinom (yaygın metastatik) olarak düşünülerek batın içi implantlardan tru-cut biyopsi yapıldı. Seröz over karsinom metastazı olarak

raporlandı. Bu bilgiler ışığında sol axiller lenf nodu preparatları tekrar incelendi ve over karsinom metastazı olarak raporlandı. Karboplatin-paklitaksel kemoterapisi 6 kür uygulandı. Yanıtında tümör bel,irteçleri geriledi, radyolojik tama yakın yanıt tespit edildi. Debulking cerrahi için jinekolojiye yönlendirildi.. Cerrahi sonrası patolojilerinde hasta sol over yüksek dereceli adenokarsinom olarak değerlendirildi ve cerrahi sonrası 3 kür daha ek kemoterapi uygulandı. Takibi esnasında 4. ayda progrese olan hasta seri tedaviler sonrası hastalık ilerlemesi sebebiyle kaybedildi.

Sonuç: İnflamatuvar meme kanseri olarak ortaya çıkan meme metastazı nadir olsa da, primer over kanseri öyküsü olan herhangi bir hastanın ayırıcı tanısında yer alması gerekir. Nadir de olabilse tedavi protokolü, takip kriterlerini tamamen değiştireceği için meme karsinomlarının metastatik mi primer mi ayrımı çok önemlidir. Biz de bu nadir memeye infamatuvar karsinom görünümlü metastatik seröz over adenokarsinom vakasını sizlerle paylaşarak bu konuya bir kez daha dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, inflamatuvar meme, metastaz

EP-193

SERVİKS KANSERİNİN PANKREAS METASTAZI (OLGU SUNUMU)

ASLINUR AKINCI¹, GAMZE GÖKSEL², TEVFIK GÜVENAL⁴,
ALİ ÖLMEZOĞLU⁵, SEMİN AYHAN³, AHMET DİRİCAN²

1 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MANİSA

2 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI; TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, MANİSA

3 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI, MANİSA

4 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI, MANİSA

5 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOSYON ONKOLOJİ ANABİLİM DALI, MANİSA

Amaç: Tüm kanserlerin pankreasa metastazı çok nadirdir. İzole metastaz en sık böbrek tümöründe olmak üzere akciğer, meme, kolon, melanom ve sarkomlarda görülmektedir. Serviks kanseri de çok nadir olarak pankreasa metastaz yapar(1). Literatürde skuamöz hücreli tipte sadece üç vaka bildirilmiştir(2,5). Bu nedenle pankreasa metastaz yapan, skuamöz hücreli serviks kanseri tanılı olgumuzun klinik ve patolojik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Olgu: Vajinal kanama şikayeti olan 61 yaşındaki hasta, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 24.12.2015 tarihinde başvurmuştur. Yapılan jinekolojik muayene ve tetkikleri sonrasında serviks uterusu çevre organlara invaze tümörü saptanan hasta inoperable kabul edilmiş ve evrelendirme amaçlı yapılan PET-BT de, serviksten köken alan gross malign natürde kitle ve pelvik lenf nodları metastazları saptanmıştır. Biyopsi patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom (büyük hücreli non-keratinize tip) olarak raporlanmıştır. Hastaya palyatif amaçlı RT başlanmış ancak hasta kendi isteği ile tedaviye devam etmemiştir. Kliniğimize başvuran hastaya altı kür carboplatin paklitaksel kemoterapisi verildi. Tedaviye yanıt amaçlı çekilen PET-BT de, primer lezyonda ve lenf nodu metastazlarında radyolojik tam yanıt izlenmesi üzerine hasta izleme alındı. İzlemin sekizinci ayında çekilen PET-BT de pankreas başında kitle izlendi. Biyopsi planlandığı sırada hasta sarılık yakınması ile hastaneye yatırıldı. Perkütan biliyer stent yerleştirildi ve biyopsi alındı. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı. resim1,2 Akut kolanjit gelişen hasta bir ay içinde hayatını kaybetti.

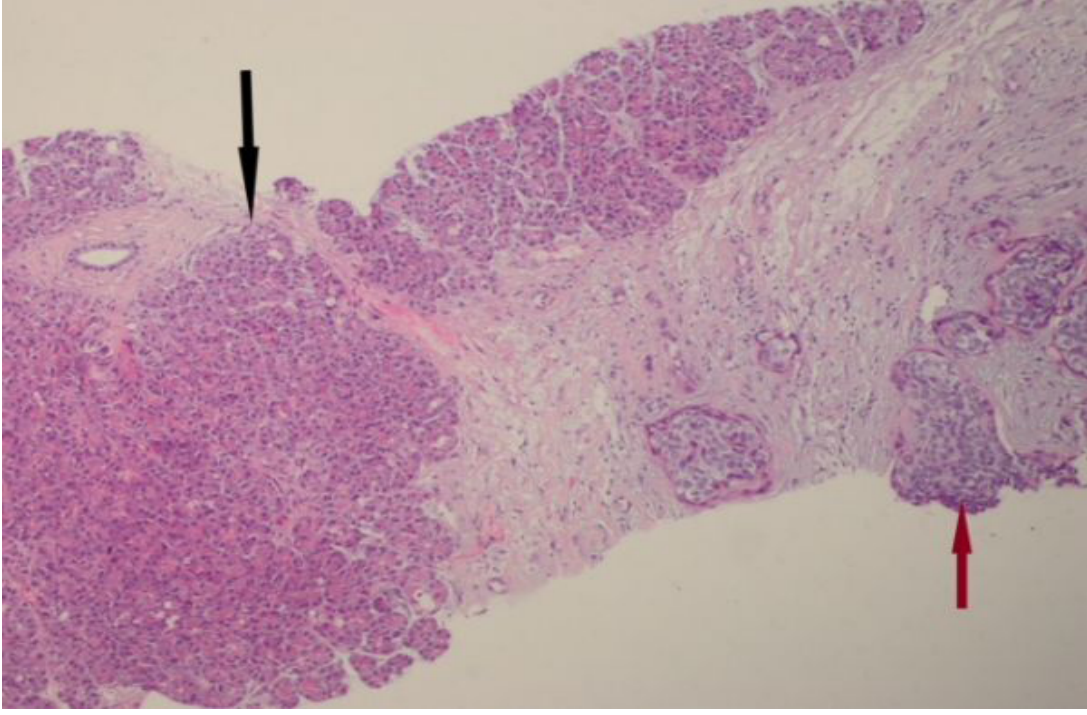
Sonuç: Serviks kanseri kadınlarda kansere bağlı ölümün üçüncü en sık nedenidir(3). Vajina, periton, mesane, üreterler, rektum ve paraservikal doku gibi bitişik organlara sık yayılır. Uzak metastazlar ise akciğer, kemik ve karaciğere olmaktadır. Pankreasa metastazı ise çok nadirdir(4). Pankreas metastazlı olgularda rezeksiyon şansı var ise yaşam süresi 72 ay, rezekte edilemeyen olgularda ise yaşam süresi 10 ay kadardır. Yaşam süresini belirleyen parametreler primer tümörün histopatolojik tipi, metastaza bağlı semptomatik yakınmaların varlığı ayrıca senkron ya da metakron olmasıdır(5)

Kaynaklar

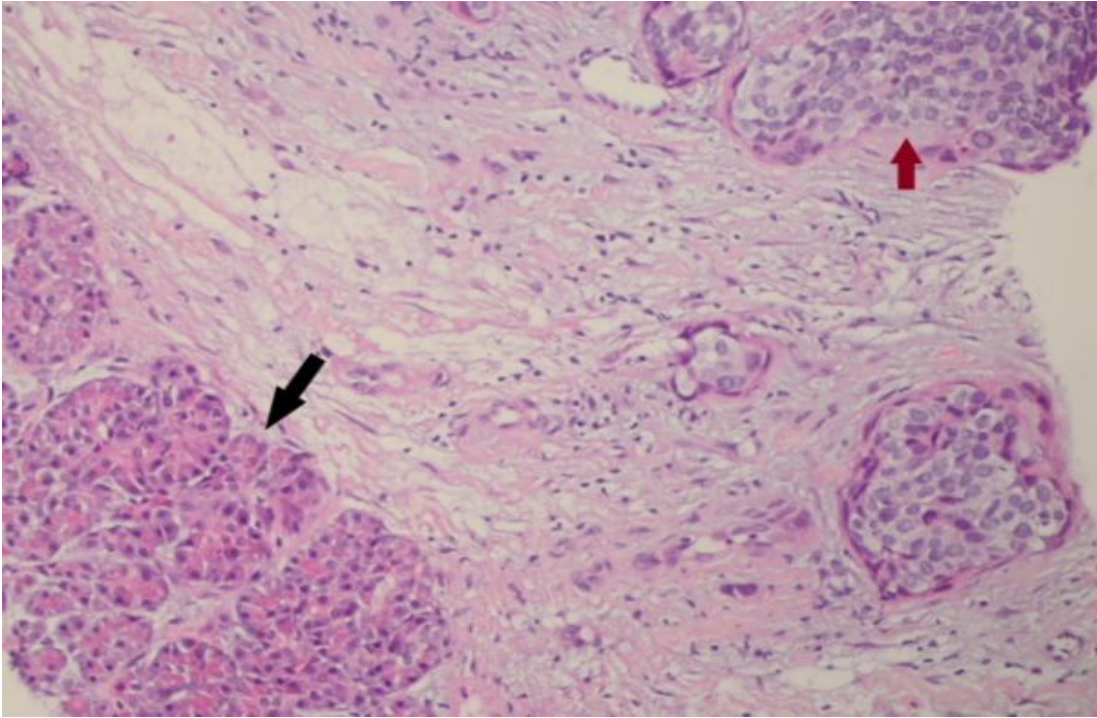
1. Sperti C, et al. Pancreatic resection for metastatic tumors to the pancreas. J Surg Oncol. 2003;83(3):161Y166; discussion 166
2. Kuwatani M, et al. Pancreatic metastasis from small cell carcinoma of the uterine cervix demonstrated by endoscopic ultrasonography-guided fine needle aspiration. Diagn Cytopathol. 2008;36(11):840Y842
3. Siegel RL, et al. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin. 2015;65:5-29
4. Nishimura C, et al. Pancreatic metastasis from mixed adenoneuroendocrine carcinoma of the uterine cervix. Case Rep Oncol 2013;6:256-262
5. Reddy S, et al. Pancreatic resection of isolated metastases from nonpancreatic primary cancers. Ann Surg Oncol. 2008;15:3199-3206

Anahtar Kelimeler: Pankreas Metastazı, Serviks Kanseri, Squamöz Hücreli Karsinom

Pankreas Dokusunda Serviks CA Metastazi



Resim-1: Kırmızı ok tümör dokusunu siyah ok normal pankreas dokusunu göstermektedir. (HE, x10)



Resim-2: Kırmızı ok tümör dokusunu siyah ok normal pankreas dokusunu göstermektedir. (HE, x20)

EP-194

İLK REKÜRRENS YERİ SOLİTER BEYİN METASTAZI OLAN ERKEN EVRE ENDOMETRİUM KANSER VAKASI, OLGU SUNUMU

ÖZTÜRK ATEŞ, GÜLNIHAL TUFAN, AYŞE OCAK DURAN, NECATİ ALKIŞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ

Amaç: Endometrium kanserli vakalarda beyin metastazı nadir görülmekte olup literatürde vaka sunumları 100'ün altındadır. Soliter beyin metastazı ile nüks eden ve opere edilen erken evre endometrioid adeno kanserli olguyu takdim etmek istedik.

Olgu: Nisan 2015'te postmenopozal vaginal kanama nedeni ile değerlendirilen 49 yaşında kadın hasta endometrial küretaj sonucu adeno kanser tanısı almış. Metastazı saptanmayan hasta Haziran 2015'te Total abdominal hysterektomi, bilateral salpingo oofektomi ve pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Patolojisi grade2 endometrioid adeno kanser, kitle 4.2x3.5 cm, myometrium dış 1/2'ye invaze, lenfovasküler invazyonu saptanan, ancak serviks tutulumu ve lenf nodu tutulumu olmayan (0/45) lezyon; patolojisi FIGO Evre 1B olarak değerlendirilmiştir. Temmuz 2015'de vagen kafa brakiterapi (5x550 cgy) uygulanmış. Takibe alınan hastanın sol kol ve bacakta güç kaybı nedeni ile temmuz 2016'da çekilen beyin MR'da sağ posterior parietalde 20x18mm kitle lezyonu ve çevresinde geniş ödem tespit edilmiş. 22.7.2016 tarihinde Kranial kitle eksizyonu yapılan lezyonun patolojisi metastatik adenokarsinom, immunohistokimyasal (İHK) olarak CK, vimentin, PR ve P16 ile pozitif boyanırken CK20 boyaması negatiftir. Histomorfolojik ve İHK bulgular endometrium karsinomu metastazı ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. PET-CT taramasında ek metastaz odağı tespit edilmeyen hastaya operasyon lojuna tek uygulama cynerknife ve tüm kranial RT (TKRT) (250x10 cgy) uygulanmış. Takiben şubat 2017'de biten sistemik 6 kür Karboplatin-Paklitaxel kemo-terapisi uygulanmıştır. En son 10.1.2018 tarihinde değerlendirilen hasta nüksüz izleniyor

Sonuç: Endometrium kanserinin beyin metastazı nadir görülmekte olup ve ikinci üçüncü metastaz odağı olarak görülmektedir bu vakalarda genellikle kranial dışı metastaz odakları eşlik etmektedir (1-2). İnsidansı 0.3% ile 1.16% arasındadır (3). İlk metastaz odağı olarak soliter beyin metastazı olması son derece nadirdir. Beyin metastazlı hastaların prognozu kötü olup ortalama sağ kalımları ise 5 ay civarındadır (2). Bu hastaların standart tedavisi yoktur. Literatürde tanımlanan vakalarda lokal tedavi sonrası RT ile izlenmiş olup bazı vakaların sağkalımları 4 yıldan daha uzun olabilmektedir. Sunulan vaka yaklaşık 1 yıldır nüksüz izleniyor.

Referanslar

1. Chura, J.C., Marushin, R., et.al Multimodal therapy improves survival in patients with CNS metastasis from uterine cancer: a retrospective analysis and literature review. Gynecol. Oncol. 2007
2. Piura, E., Piura, B. Brain metastases from endometrial carcinoma. ISRN Oncol. 2012
3. Sohaib, S.A., Houghton, S.L., et.al Recurrent endometrial cancer: patterns of recurrent disease and assessment of prognosis. Clin. Radiol. 2007

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, beyin, kanser metastazı

EP-195

METASTATİK MİDE KANSERLİ HASTALARDA MODİFİYE DCF TEDAVİ SONRASI İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ OLARAK MODİFİYE EOX KEMOTERAPİ REJİMİNİN ETKİNLİĞİ VE PROGNOSTİK FAKTORLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YAKUP BOZKAYA, OZAN YAZICI, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, GÖKMEN UMUT ERDEM, NEBİ SERKAN DEMİRCİ, NURULLAH ZENGİN
SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş-Amaç: Birinci basamak tedavi alan metastatik mide kanserli hastaların hemen hemen hepsinde progresif hastalık meydana gelmektedir. Genel durumu iyi ve organ fonksiyonu yeterli olan hastalar ikinci basamak tedavi için aday olabilir. Halen ikinci basamakta standart bir tedavi yoktur. Bu yoldan çıkarak birinci basamak modifiye DCF (docetaxel, cisplatin plus fluorouracil) tedavisi sonrası progrese mide kanserli hastalarımızda ikinci basamak EOX (epirubicine, oxaliplatin, capecitabine) kemoterapi rejiminin etkinliği ve prognostik faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Kasım 2009- Ağustos 2016 tarihleri arası Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde metastatik mide kanserli birinci basamak modifiye DCF kemoterapi rejimi sonrası progrese olmuş ve 2. basamak EOX kemoterapi rejimi alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Modifiye EOX kemoterapi rejimi 3 haftada bir hastalık progresyonu ve kabul edilemez toksisite gelişinceye kadar uygulandı (EOX: Epirubisin 50 mg/m² intravenöz 1.gün, okzaliplatin 85 mg/m² intravenöz 1.gün ve kapesitabin günde 2 kez 625 mg/m² oral 14 gün boyunca). Progresyonsuz Sağlıkım (PS), modifiye DCF tedavi üzerinde progresyonun ilk gününden EOX tedavi süresindeki progresyona veya ölüme kadar (hangisi öncelikle meydana gelmişse) geçen zaman aralığı olarak tanımlandı. Genel Sağlıkım (GS), modifiye DCF tedavi üzerinde progresyonun ilk gününden ölüm veya son kontrol tarihine geçen süre olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya 129 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 55 yıl (Aralık = 27-78 yıl) ve hastaların çoğunluğu erkek (76%) idi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Büyük Çoğunluğu kötü differansiye-taşlı yüzük hücreli adenokarsinom (72.1%) histolojik alttıpe sahipti. Hastaların çoğunda eastern cooperative oncology group (ECOG) performans skoru 0-1 (72.9%) idi. En sık metastaz alanı batin için uzak lenfadenopati (55.8%), karaciğer (45.7%), periton (39.5%) idi ve 75.2% sinde ≤ 2 metastatik bölge alanı mevcuttu. Medyan kemoterapi kür sayısı 5 idi (aralık= 2-9). Kırkdokuz hastada hasta-parsiyel yanıt, 33 hastada stabil hastalık görüldü ve toplam yanıt oranı 38%, hastalık kontrol oranı 63.6% idi. En sık grade 3-4 hematolojik ve non-hematolojik yan etki sırasıyla nötropeni (8.5%) ve bulantı/kusma (5.4%) idi (Tablo 2). Beş hastada (3.9%) febril nötropeni gelişti. Medyan takip süresi 7.3 ay (aralık= 1.8-30.7 ay). Medyan PS 4.7 ay (95% confidence interval [CI], 4.1-5.3) ve Medyan GS 7.4 ay (95% CI, 6.3-8.5). Çok değişkenli analizde yaş ≥ 60 ve ECOG performans skoru 0-1 olması hem GS hemde PS için bağımsız prognostik faktörler olarak bulundu.

Sonuç: Modifiye DCF kemoterapi rejimi sonrası progrese olan metastatik mide kanserli hastalarda modifiye EOX kemoterapi rejimi özellikle ECOG performans skoru 0-1 olan hastalarda iyi tolere edilebilir etkili bir triple kemoterapi rejimidir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik mide kanseri, Modifiye EOX kemoterapi rejimi, Modifiye DCF kemoterapi rejimi, İkinci-basamak tedavi

Tablo 1. Hastaların demografi özellikleri

Özellikler	N	%
Yaş (medyan, yıl)	55 (27-78)	
Cinsiyet		
Kadın	31	24.0
Erkek	98	76.0
Sigara		
Aktif içici	49	38.0
Ex-smoker	34	26.4
İçmemiş	46	35.6
ECOG		
0	29	22.5
1	65	50.4
2	35	27.1
Kilo kaybı*		
Evet	83	64.3
Hayır	46	35.7
Komorbidite		
Evet	48	37.2
Hayır	81	62.8
Histolojik Tip		
İyi/orta derece differansiye	31	24.0
Kötü/ taşlı-yüzük hücreli	80	62.0
Bilinmeyen	18	14.0
Tumor lokalizasyonu		
Fundus-Kardiya	59	45.7
Korpus	46	35.6
Antrum	24	8.7
CEA*		
Normal	62	48.0
Yüksel	67	52.0
CA19-9 (U/mL)*		
Normal	72	55.8
Yüksek	57	44.2
Hemoglobin (g/dL)		
≤10	11	26.2
>10	31	73.8
Albumin (mg/dL)		
<35	55	42.6
≥35	74	57.4
Metastatik alan sayısı		
1	29	22.5
2	68	52.7
>2	32	24.8
Metastaz bölgesi		
Karaciğer	59	45.7
Periton	51	39.5
Batın içi uzak LAP	72	55.8
Akciğer	19	14.7
Mediastinal LAP	18	14.0
Kemik	19	14.7
Diğerleri	29	22.7

* İkinci-basamak öncesi; CA 19-9, Karbonhidrat antijeni 19-9; CEA, Karsinoembriyonik antijen; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; LAP, Lenfadenopati

Tablo 2. Grade 3-4 yan etkiler

Yan etkiler	n (%)
Doz azaltımı	17 (13.2)
Kür gecikmesi	14 (10.8)
Grade 3-4 toksisite	
Nötropeni	11(8.5)
Anemi	5 (3.9)
Trombositopeni	2 (1.6)
Bulantı ve kusma	7 (5.4)
Mukozit	1 (0.8)
Diyare	1 (0.8)
Nötropenik Ateş	5 (3.9)

EP-196

OPERE SAFRA KESESİ TÜMÖRLERİNDE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

BALA BAŞAK ÖVEN USTAALİOĞLU¹, AHMET BİLİCİ², MESUT ŞEKER³,
UMUT KEFELİ⁴, DİNÇER AYDIN⁵, SERKAN ÇELİK¹, TARIK DEMİR³, BURÇAK ERKOL¹

1 HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

2 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

3 BEZM-İ ALEM VAKIF GUREBA ÜNİVERSİTESİ

4 KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

5 KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Lokalize safra kesesi tümörlerinde cerrahi tek küratif yöntemdir. Az sayıda hasta tanı anında potansiyel küratif cerrahiye aday olduğundan genel olarak prognozu kötü tümörler olup, lenf nodu metastazı ve evre bilinen en önemli prognostik faktörlerdir. Çalışmamızda amacımız, takip ettiğimiz opere safra kesesi tümörlerinde sağkalım ve hastaliksız sağkalımı ve ilişkili prognostik faktörleri değerlendirmektir.

Hastalar ve Yöntem: Geriye dönük olarak 62 lokal safra kesesi tümörü olan ve İstanbul'da 5 farklı merkezde opere edilmiş safra kesesi tümürlü hastayı inceledik. Sağkalımlı ilişkili faktörleri tekli ve çok değişkenli analizlerle değerlendirdik.

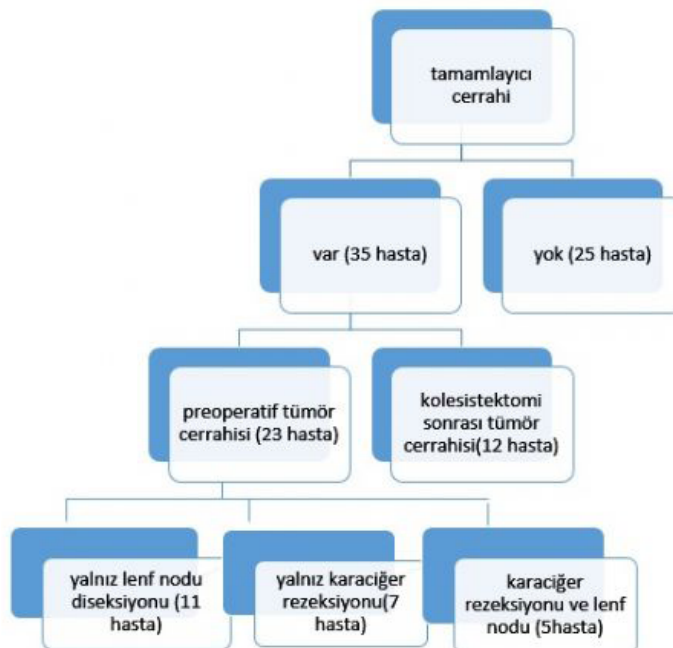
Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 62 (sınır:38-86) olup %66 hasta kadındı. Ortanca genel sağkalım (GS) 74.6(9.6-139.5) ay ve 3 yıllık GS oranı %52.8 idi. Diğer yandan ortalama hastaliksız sağkalım (HSK) 24.9(19-30.1) ay ve 3 yıllık HSK oranı %43.5 idi. Toplam 37

hasta (%59.6) benign nedenlerle yapılan basit kolesistektomi sonrası insidental olarak saptandı. Bunların %56,4'üne tamamlayıcı cerrahi yapılabilir. 18,4 aylık takip süresinde, hastaların yaklaşık %52'sinde nüks saptandı. R0 reseksiyon, T evresi, patolojik evre hem GS hem de HSK ile ilişkiliyken, grade, lenf nodu metastazı, adjuvant kemoterapi varlığı HSK ile ilişkili, nüks varlığı, nüks yeri, PS, perinöral invazyon (PNI) GS ile ilişkiliydi. Çokdeğişkenli analizde grade, lenf nodu metastazı, evre, nüks yeri ve adjuvant kemoterapi varlığı HSK için bağımsız prognostik faktör olarak bulundu. Sadece evre GS için prognostikti.

Sonuç: İnsidental safra kesesi tümörü tanısı veya tamamlayıcı cerrahi yapılması safra kesesi tümörlerinde sağkalımı değiştirmemiştir. Yalnız evre bağımsız risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: safra kesesi tümörü, sağkalım, prognostik faktörler

Tamamlayıcı cerrahi şeması



EP-197

METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE TAM ŞİFA MÜMKÜN MÜ?

MUSTAFA TEOMAN YANMAZ¹, SADIK YILDIRIM², HÜLYA SEYMEN³,
BAHAR SATILMIŞ⁴, ŞEBNEM İZMİR GÜNER⁵

1 KOLAN INTERNATIONAL HOSPITAL, TIBBİ ONKOLOJİ, İSTANBUL

2 KOLAN INTERNATIONAL HOSPITAL, GENEL CERRAHİ, İSTANBUL

3 KOLAN INTERNATIONAL HOSPITAL, NÜKLEER TIP, İSTANBUL

4 KOLAN INTERNATIONAL HOSPITAL, TIBBİ ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ, İSTANBUL

5 KOLAN INTERNATIONAL HOSPITAL, HEMATOLOJİ, İSTANBUL

Amaç: Metastatik pankreas adenokarsinomu sağkalım süresi oldukça kısa, tedaviye yanıt düzeyi düşük bir hastalıktır. Uzun yıllar tek ajan Gemsitabin ile tedavi edilirken son yıllardaki gelişmeler ile kombinasyon rejimlerinin sağkalıma faydası gösterilmiştir. FOLFIRINOX rejimiyle tedavi edilen ve sıradışı olarak görüntüleme ve marker sonuçlarıyla tam yanıt görülen bir vakayı sunmak istemekteyiz.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta Nisan 2017'de pankreas kanseri tanısıyla opere edilmiş. Operasyon sırasında hastalığın inoperabl olduğu, yaygın peritonitis karsinomatoza olduğu, omentum metastazları ve hepatik metastazları olduğu görülerek pankreas ve omentumdan biyopsiler alınarak kapatılmış. Biyopsi sonucuna göre pankreas ve omentumda orta dereceli adenokarsinom saptanmış.

Post-op kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde ECOG PS: 2 olduğu tespit edildi. PET-CT tetkikinde pankreas kuyruk kısmından gövdeye doğru uzanan 70*59 mm boyutunda (SUVmax 19.4) primer kitle ile hepatik büyüğü 1.5 cm multipl metastazlar, portal, perigastrik, peripankreatik multipl hipermetabolik lenfadenopatiler, mezenterik yağlı dokuda metastatik nodüller, omental multipl metastazlar, perihepatik ascites, bilateral akciğerlerde multipl subsantimetrik metastatik nodüller saptandı. Hastanın CA 19-9: > 20.000 (N<35) U/ml, CEA: 11.69 (N<3) ng/ml saptandı.

Hastaya bu bulgularla FOLFIRINOX şeması, genel durumunun çok iyi olmaması gözönüne alınarak doz reduksiyonuyla, başlandı. Oxaliplatin 70 mg/m², İrinotekan 160 mg/m², Leucovorin 200 mg/m² ve 5-Fluorourasil 2000 mg/m² (46 saat devamlı infüzyon), 14 günde bir şekilde verildi. 6 kür tedavi sonrası yapılan kontrolde metastatik hastalıkla ilgili görüntülemelerde tam yanıt, pankreasta ise kısmi yanıt saptandı. CEA: 2.7 ng/ml ve CA 19-9: 78 U/ml saptandı. Hastaya aynı tedavi 6 kür daha verildi. Bu tedaviden sonra yapılan görüntülemelerde tam yanıt saptandı. CEA: 1.15 ng/ml, CA19-9: 7 U/ml saptandı.

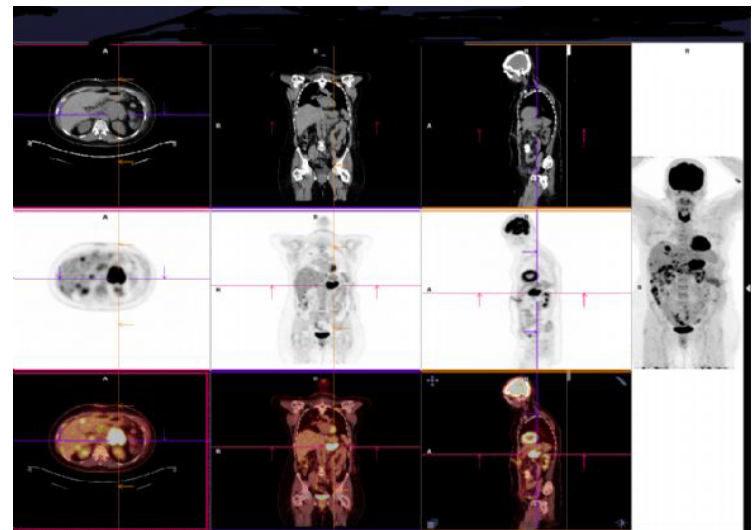
Hasta bu bulgularla onkoloji konseyinde değerlendirilerek primer pankreasa yönelik cerrahi yapılması kararlaştırıldı. Hastaya 29/11/17'de distal pankreatektomi ve splenektomi yapıldı. Operasyon patolojisinde 1.5 cm çaplı grade 1 pankreas adenokarsinomu saptandı.

Metastatik pankreas kanserinde yanıt oranları modern tedavi yöntemleriyle % 5,4 ile % 31,6 arasında değişmektedir. Tam yanıt oranı ise birçok çalışmada ya bildirilmemiş ya da oldukça az sayıda bildirilmiştir. Bugüne kadar yanıt oranının en yüksek olarak bildirildiği (%31.6) FOLFIRINOX rejimine ait çalışmada tam yanıt sadece bir hastada görülmüştür. Bizim hastamızda görüntülemelerde tam yanıt olmakla birlikte operasyon sonucunda rezidü lezyon saptanması bu tip hastalarda cerrahinin bir opsiyon olarak düşünülmesi gerekliliğini göstermektedir.

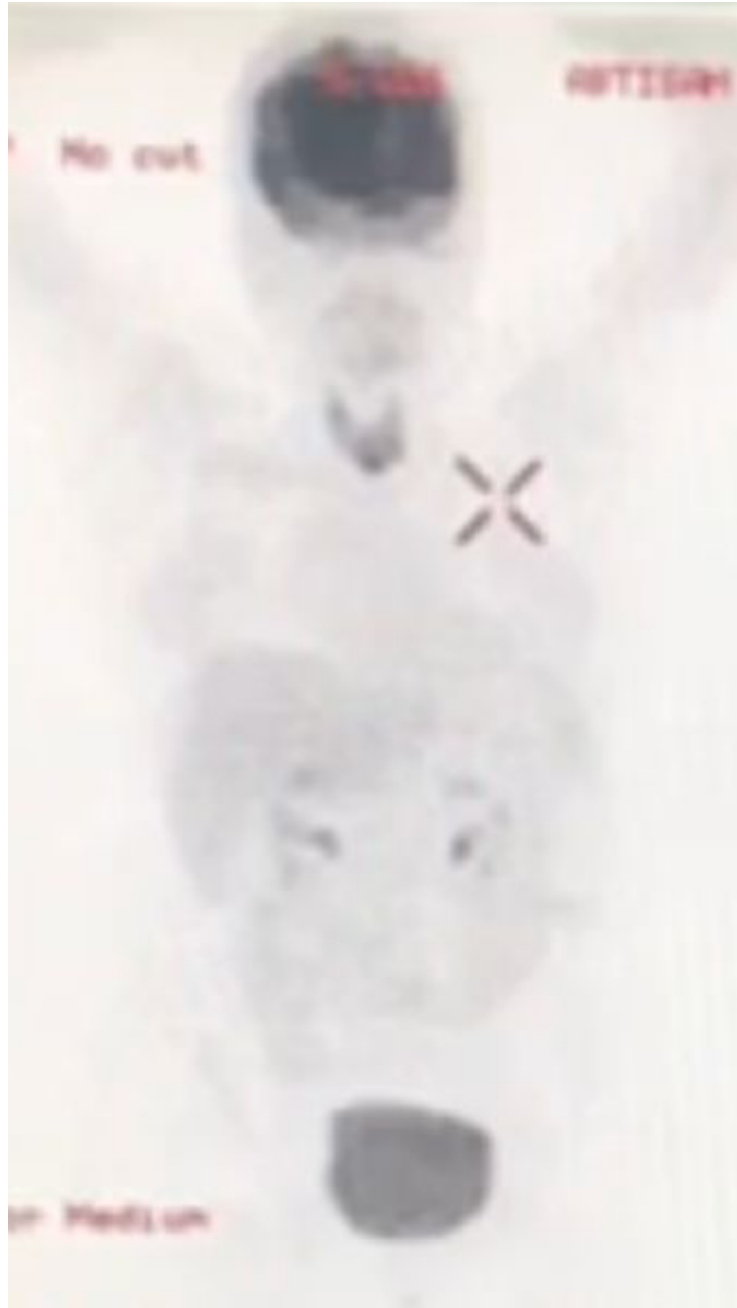
Sonuç: Metastatik pankreas kanserinde FOLFIRINOX gibi toksik olduğu düşünülen rejimler hastalığın gidişini değiştirecek yanıtlar sağlayabileceğinden mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pankreas, FOLFIRINOX, tam yanıt

Tedavi öncesi PET-CT görüntüsü



Tedavi sonrası PET-CT görüntüsü



EP-198

PRİMER GASTRİK KANSERLİ HASTADA MESANE ADENOKARSİNOMASI: SIRA DIŞI UZAK METASTAZ

GÖKÇEN TUĞBA ÇEVİK, HÜSEYİN ENGİN, ECE KONUK

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Adenokarsinom tüm malign mesane tümörlerinin% 0.5-2'sini oluşturur ve çoğunlukla sekonderdir. Başlıca primer organlar prostat, serviks, rektum ve kolon gibi doğrudan uzanti ile ilişkili organlardır. Bununla birlikte, uzak primerden metastaz oldukça nadirdir ve sıklık sırasına göre melanoma, lenfoma, mide, böbrek, akciğer ve karaciğer karsinomlarını içerir.

Burada, olağandışı uzak metastazı olan bir primer gastrik karsinom olgusunu sunuyoruz.

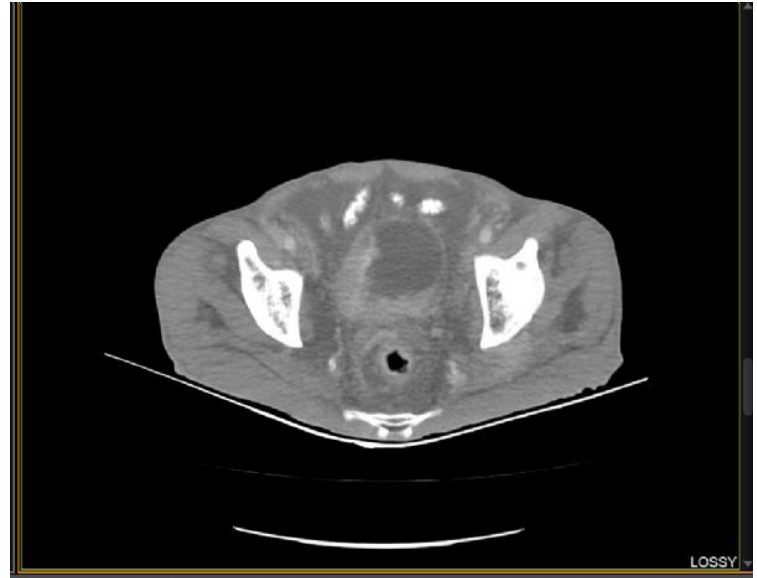
Olgu: 62 yaşındaki opere mide kanseri tanılı adjuvan tedavisi 14/11/2014 tamamlanmış takipsiz erkek hasta abdominal doluluk, bulantı, kusma ve aralıklı hematüri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede batında palpabl kitle olmaksızın yaygın asit saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 9.4 g / dl, karsinoembriyonik antijen:1.55 ng / dl ve karbonhidrat antijeni 19.9: 86.6 U/ml tespit edildi. Tüm batın bilgisayarlı tomografide;perihepatik, perisplenik ve batında yaygın asit mayi ile mesane sağ posterolateral duvarında 13 mm ye ulaşan duvar kalınlık artışı izlendi. Genel anestezi altında sistoskopi yapıldı. Sistoskopide mesane sağ yan duvarda lokalize en kalın yerinde 1 cm lümene protrüde solid mesane tümörü şüpheli lezyon izlendi.Tümör rezeke edildi. TUR biyopsisinin histopatolojisi lamina propriaya invaze, taşlı yüzük komponentinden oluşan adenokarsinom infiltrasyonu tespit edildi. Olgunun klinik bulguları göz önünde bulundurulduğunda ön planda sekonder odağı desteklediği düşünüldü. Hastaya metastatik mide adenokarsinomu tanısı ile dosetaksel 50mg/m2 'den,

oksalipatin 85mg/m2'den, 5-florourasil 2400mg/m2 46 saatlik iv infüzyonu 15 günde bir başlandı.

Sonuç: Malign neoplazm öyküsü eşliğindeki mesane adenokarsinomalarında uzak metastaz olma olasılığı klinik pratikte her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mide kanseri, mesane adenokarsinomu, mesaneye uzak primerden metastaz

Alt batın tomografisi



Mesane sağ posterolateral duvarında 13 mm ye ulaşan duvar kalınlık artışı

EP-199

MİDE KANSERİ VE ABO KAN GRUBU İLİŞKİSİ: ÇOK MERKEZLİ, GÖZLEMSEL, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

HATİME ARZU YAŞAR¹, GÜNGÖR UTKAN¹, NURİYE YILDIRIM², BERNA ÖKSÜZOĞLU³, İSA DEDE⁴, YÜKSEL ÜRÜN¹, HAKAN AKBULUT¹

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

2 SBÜ ANKARA NUMUNE SAĞLIK, ARAŞTIRMA, UYGULAMA MERKEZİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

3 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

4 HATAY DEVLET HASTANESİ

Amaç: ABO kan grubu ile koroner arter hastalığı, derin ven trombozu gibi pek çok hastalık arasında ilişki gösterilmiştir. Kanser ve ABO kan grubu arasındaki ilişki de uzun yıllardır araştırılan konulardandır. Biz burada ülkemizdeki kan grubu alt grupları ile mide kanseri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: Çok merkezli, gözlemsel, vaka-kontrol çalışmasına 2000-2016 yılları arasında mide kanseri tanısı ile takip edilen ve serolojik olarak ABO kan grubu belli olan hastalar dahil edildi. Kontrol grubu olarak ise Türk Kızılayı'na kan bağışında bulunan sağlıklı kişiler seçildi ve sağlıklı kişilerin kan gruplarına Türk Kızılayı'nın kayıtlarından ulaşıldı.

İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 13 kullanıldı. Kan grubu alt grupları hasta ve kontrol grubuna göre çapraz tablolar kullanılarak verildi. Gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı Ki-kare testi ile değerlendirildi. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Bulgular: Mide kanser tanısı olan 595'i erkek ve 283'ü kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 61 (ara-

lık: 18-91) olarak saptandı. Hastaların %49'unda (n:430) A, %14'ünde (n:124) B, %8'inde (n:73) AB ve %29'unda (n:253) O kan grubu tespit edildi. Bu oran kontrol grubu için sırasıyla; %42, %16, %8 ve %34 olarak saptandı. Mide kanseri tanısı olan grup ile kontrol grubu arasında kan grupları açısından dağılımlar istatistiksel olarak farklı idi. Mide kanseri tanısı olan hastalarda A kan grubu daha fazla görülmekteydi (p<0,001). Gruplar O grubu, non-O grubu olarak sınıflandırıldığında; mide kanseri tanısı olan grupta hastaların %29'unda (n:253) O grubu, %71'inde (n:627) non-O grubu; kontrol grubunda ise hastaların %34'ünde O grubu ve %66'sında ise non-O grubu tespit edildi. Mide kanseri tanısı olan hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında mide kanserli hastalarda O grubu dışı kan gruplarının daha fazla görüldüğü saptandı (p:0,010).

Sonuç: Bu çalışmada, daha önce farklı ülkelerde yapılmış çalışmalara benzer olarak ülkemizde de O dışı (özellikle A grubu) kan grubuna sahip olmak artmış mide kanseri riski ile ilişkili bulundu.

Anahtar Kelimeler: A kan grubu, mide kanseri, O kan grubu

EP-200

LOKAL İLERİ VE METASTATİK MİDE KANSERİNDE SERUM TİYOL-DİSÜLFİT DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİMUTLU HIZAL¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, BURAK BİLGİN¹, MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, SAMET YAMAN², DİDEM DEDE ŞENER¹, BÜLENT YALÇIN¹1 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Mide kanseri patogenezinin birçok mekanizma sorumluluğunda olmaktadır. Redoks sinyalindeki fizyolojik dengenin ortadan kalkması mide hastalıklarının gelişimine katkıda bulunmaktadır. Oksidan ve antioksidan mekanizmaların bozulması kronik gastrit, intestinal metaplazi ve mide kanser gelişimine neden olduğu saptanmıştır. Tiyoller hidrojen ve sülfhidril grubu içeren antioksidan bileşiklerdir ve normal fizyolojik şartlarda tiyol ve disülfid düzeyleri denge halindedir. Bu çalışmada serum tiyol-disülfid dengesinin ve düzeylerinin mide kanseri üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Metod: Yeni tanı almış ve tedavi naif mide kanseri hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu 2015-2017 tarihleri arasında prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Sigara kullanımı, diyabet varlığı gibi serum tiyol-disülfid dengesini değiştirebilecek özelliklere sahip hasta ve sağlıklı bireyler çalışmadan çıkarıldı. Serum tiyol-disülfid ölçümü için hasta grubunda tanı anında serum örnekleri alınmıştır. Native tiyol (NT), total tiyol(TT) ve disülfid düzeyleri Erel ve Neşelioğlunun geliştirdiği yeni spektrofotometrik ölçüm yöntemi kullanılarak ölçülmüştür. Tiyol-disülfid dengesini en iyi yansıtan parameter olan disülfid-NT oranı ayrıca hesaplandı. Medyan CEA ve CA19,9 düzeyine göre hasta grubu CEA düşük/yüksek ve CA 19,9 düşük/yüksek olarak sınıflandırıldı.

Sonuçlar: Bu çalışmaya 30 yeni tanı almış mide kanseri hastası ve kontrol grubu olarak 28 birey dahil edildi. Yaş ve cinsiyet açısından her iki grup arasında fark yoktu (yaş için p=0,98, cinsiyet için p =0,63). NT ve TT seviyeri hasta grupta kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak düşük saptandı. Bununla birlikte disülfid ve disülfid-NT oranı her iki kolda benzerdi. CEA ve CA1,9 düzeyine göre düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldığında disülfid ve disülfid-NT oranı yüksek olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı. NT ve TT değerleri ise benzerdi. Aynı zamanda disülfid ve disülfid-NT oranı ile CEA düzeyi arasın-

da pozitif korelasyon varlığı saptandı (p=0,021 ve p=0,01)

Tartışma: Bu çalışmada daha önce oksidatif stresin araştırıldığı çalışmalardan farklı olarak oksidan-antioksidan dengenin her iki tarafını ölçebilen Erel ve Neşelioğlunun geliştirdiği yeni bir yöntem kullanılmıştır v emide kanserinde tiyol ve disülfid düzeyini araştırılan ilk çalışmadır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında NT ve TT düzeyinin düşük saptanması mide kanseri patogenezi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda oksidan durumu yansıtan disülfid düzeyi ve disülfid-NT düzeyinin tümör belirteçleri ile korelasyon göstermesi hastalığın agresif seyri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte hastalık takibinde tiyol-disülfid düzeyinin kullanımı ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: CEA, Disülfid, Mide Kanseri, Oksidatif Stres, Tiyol CEA ve CA19.9 düzeylerine göre Disülfid düzeyi ve Disülfid/NT oranı

	CEA Yüksek	CEA Düşük	p
Disülfid (µmol/L)	18.9	13.0	0.05
Disülfid/NT	0.05	0.039	0.024
	CA 19.9 Yüksek	Ca 19.9 Düşük	p
Disülfid (µmol/L)	19.9	13.7	<0.05
Disülfid/NT	0.049	0.039	<0.05

Hasta ve Kontrol Grubunda Serum Tiyol ve Disülfid Düzeyleri

Parametre	Hasta (Medyan, min-maks)	Kontrol (Medyan, min-maks)	p
Native Tiyol (µmol/L)	374.5 (209-473)	435.6 (364.7-493.6)	0.001
Total Tiyol (µmol/L)	409 (246-507)	469.2 (403.6-532.5)	<0.001
Disulfid (µmol/L)	15.5 (3-30)	19.3 (5.8-33)	0.09
Disulfid / Native Tiyol	0.044 (0.01-0.12)	0.045 (0.01-0.08)	0.9

EP-201

METASTATİK MİDE KANSERİNDE FLOROPRİMİDİN, PLATİN, ANTRASİKLİN VE TAKSAN TEDAVİSİNDEN SONRA 3. BASAMAK TEDAVİDE FOLFİRİ REJİMİNİN ETKİNLİĞİ

GÖKMEN UMUT ERDEM¹, YAKUP BOZKAYA², NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR³, NEBİ SERKAN DEMİRCİ⁴, OZAN YAZICI³, NURULLAH ZENGİN³

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

2 EDİRNE SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ

3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

4 TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ

Giriş-Amaç: Mide kanseri insidansı zamanla azalmasına rağmen, halen dünya çapında kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırasındadır. Hastaların genelde %20'si 3.basamak tedavi için aday olabilmektedir. İkinci basamak tedavide FOLFİRİ rejiminin yanıt oranı %10 ile %29 arasında değişirken, sağkalım süresi 6.2 ile 10.9 ay arasında değişmektedir. Bu çalışmanın amacı metastatik mide kanserinde floroprimidin, platin, antrasiklin ve taksan tedavisinden sonra üçüncü basamak tedavide modifiye FOLFİRİ (mFOLFİRİ) rejiminin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Metod: Ocak 2009-Aralık 2015 tarihleri arasında, birinci ve ikinci basamak tedaviden sonra progrese olan metastatik mide kanserli hastalara üçüncü basamak FOLFİRİ rejimi verildi (180 mg/m² irinotekan ve 400 mg /m² lökovorin birlikte 90 dakikalık intravenöz (IV) infüzyon şeklinde uygulanmasını takiben 400 mg /m² 5-fluorourasil IV bolus, daha sonra 46 saat boyunca 2600 mg / m² sürekli infüzyon). Hastaların daha önce birden fazla kemoterapi (KT) rejimi aldığı ve tedaviye toleransın kötü olduğu göz önüne alındığında, dozlar % 25'e kadar azaltıldı.

Bulgular: Ortanca yaş 54 olup, çalışmaya 42 hasta dahil edildi. Birinci basamak KT'den üçüncü basamak KT'ye kadar geçen ortalanca süre 11.8 ay idi. FOLFİRİ ortalama 6 siklus (4-12 siklus) uygulandı. Sekiz hastada parsiyel cevap, 13 hasta stabil hastalık sağlandı. Genel cevap oranı (ORR) %19 ve hastalık kontrol oranı (DCR) %50 idi. En sık görülen grade 3-4 hematolojik ve non-hematolojik toksisite nötropeni (%14.2) ve diyare (%7.1) idi. Üçüncü basamak KT'nin başlamasından itibaren ortalanca progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) sırası ile 4.0 ay ve 6.8 ay idi. Çok değişkenli analizde; > 2 metastaz bölgesi ve yüksek karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyleri daha kötü sağkalım ile ilişkili faktörlerdi.

Sonuç: Sonuç olarak, FOLFİRİ iyi tolere edilen ve metastatik mide kanserli hastalarda fluoroprimidin, platin, antrasiklin ve taksan KT'sinden sonra üçüncü basamak tedavide uygulanabilir bir KT rejimidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, metastatik mide kanseri, modifiye FOLFİRİ, üçüncü basamak tedavi

EP-202

FACTORS PREDICTING THE CHEMOTHERAPY ELIGIBILITY RATE IN PATIENTS WITH EXTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA AFTER PROGRESSION: A RETROSPECTIVE STUDY

AYHAN BALKAN¹, TÜLAY KUŞ², GÖKMEN AKTAŞ³, TAYLAN METİN⁴,
MURAT TANER GÜLSEN¹, HÜSEYİN ABALI⁵

1 DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, GAZIANTEP UNIVERSITY, MEDICINE FACULTY,, GAZIANTEP, TURKEY

2 DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, ADIYAMAN UNIVERSITY, TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL, ADIYAMAN, TURKEY

3 DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY, MEDICINE FACULTY, KAHRAMANMARAŞ, TURKEY

4 DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, GAZIANTEP UNIVERSITY, MEDICINE FACULTY, GAZIANTEP, TURKEY

5 DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, ACIBADEM MEHMET ALI AYDINLAR UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ADANA, TURKEY

Aim: Extrahepatic cholangiocarcinoma (ECC) has an aggressive clinical course with unsatisfying response rates to chemotherapy, especially after progression. Endoscopic biliary stenting (EBS) is mostly required to improve liver function tests (LFT). We aimed to investigate the effectiveness of EBS via chemotherapy eligibility rate in ECC.

Patients and Method: Between 2012 and 2016, we retrospectively screened 125 patients with advanced ECC who underwent EBS due to deteriorated LFT after progression with chemotherapy. Patients' age, gender, location of the tumor, non-hepatic metastasis status, number of metastasis site and LFT, Ca 19-9, neutrophil/lymphocyte ratio before EBS were recorded. Post progression survival (PPS) estimated by the Kaplan-Meier Method and survival curve was compared by the log-rank test. Cut off values were estimated by ROC curve analysis for chemotherapy eligibility rate. Then, parameters that probably affect the chemotherapy eligibility rate were assessed by binary logistic regression analysis.

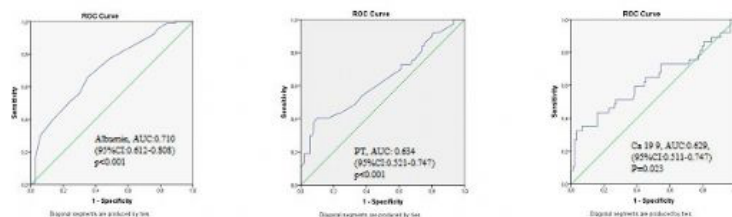
Results: In total, 125 patients who underwent EBS with cholestasis after progression with chemotherapy were included in this retrospective study. Among them, 58 (46.4%) were female, the remaining were male and mean age was 59.1 (± 9.4) years. Seventy-nine of patients (63.2%) had liver limited disease, the remaining had extrahepatic metastasis including lymph nodes, lungs, adrenals, peritoneum and bone. Sixty-five of patients (52.0%) had peri-hilar tumor, the remaining had distal ECC. Eighteen of the patients (14.4%) had metal stents and the others had plastic stents. The median PPS of patients was 18.0 weeks (95%CI: 16.4-19.6) and 70.4% of the patients were eligible for chemotherapy. The median PPS of chemothera-

py-treated patients was 20.0 weeks (95%CI: 18.5-21.5), while it was 9.0 weeks (95%CI: 7.1-10.2) for the patients who were not eligible for chemotherapy after EBS (Hazard ratio [95%CI]: 10.9 [6.1-19.2], $p < 0.001$). Cut off values of AST, ALT, direct bilirubin, ALP, albumin, PT and Ca 19 9 for chemotherapy eligibility rate according to ROC curve analysis were 94 IU / L, 95 IU / L, 8.7 mg / dl, 226 U / L, 3.4 g / dL, 14.5 sec. and 443 U/mL, respectively (Figure 1-2). Liver limited disease, ≤ 1 metastatic site, lower AST, ALT, direct bilirubin, PT, ALP, CA 19-9 and higher albumin levels were predictive factors for higher chemotherapy eligibility rates, while lower AST, ALP and CA19-9 level were independent predictive factors (Table 1).

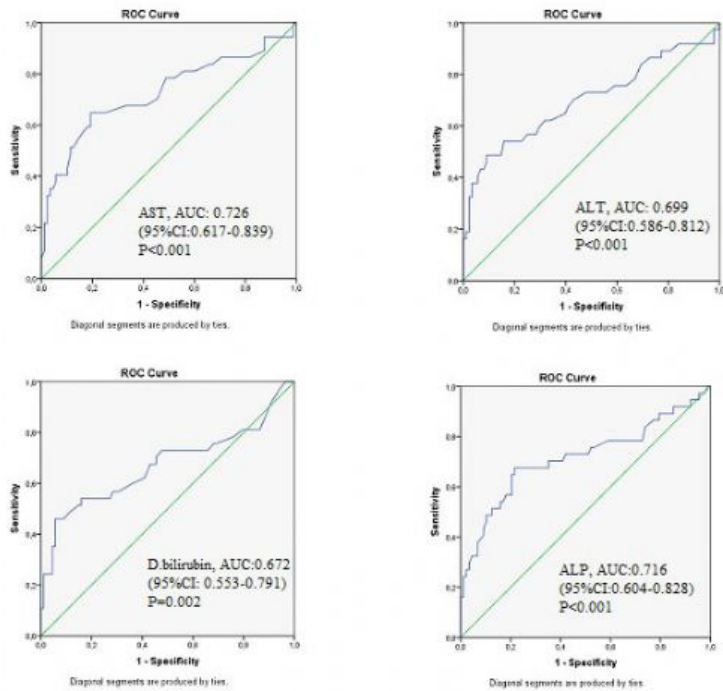
Conclusions: Chemotherapy eligibility is the main determinant for prolonged PPS. Lower AST, ALP and CA 19-9 values were determined as independent predictor for higher chemotherapy eligibility rate in ECC. When we consider that patients who are not eligible for chemotherapy are possibly in terminal stage like in our study, these parameters can provide more reasonable decision for EBS intervention or chemotherapy administration on progressed ECC patients.

Keywords: effectiveness, endoscopic biliary stenting, extrahepatic cholangiocarcinoma, predictive factors

ROC curve analysis for albumin, PT and Ca 19 9



ROC curve analysis for AST, ALT, direct bilirubin, ALP, albumin, PT and Ca 19 9



Factors Predicting the Chemotherapy Eligibility Rate

	Univariate analysis OR (95%CI), P	Multivariate analysis OR (95%CI), P
Age<65 vs >65	0.938 [0.403-2.180], 0.882	
Gender, female vs male	1.137 [0.527-2.453], 0.744	
Tumor location: hilar vs distal	1.799 [0.821-3.945], 0.143	
Liver limited vs metastatic disease	1.670 [1.115-2.503], 0.004	
Metastatic site <=1 vs over	1.447 [1.145-1.830], <0.001	
AST IU/L <94 IU / L vs. >=	7.692 [3.267-18.18], <0.001	5.128 [1.203-21.74], 0.027
ALT IU/L <95 IU / L vs. >=	3.703 [1.658-8.333], 0.001	
Direct bilirubin mg/dl <8.7 mg / dl vs. >=	5.586 [2.347-13.15], <0.001	1.753 [0.347-8850], 0.497
ALP mg/dl <226 U / L vs. >=	7.575 [3.215-17.85], <0.001	3.246 [0.974-10.75], 0.055
Albumin g/dl <3.4 g / dl vs. >=	3.256 [1.378-7.690], 0.007	1.254 [0.427-3.684], 0.680
CA19-9 U/L <443U/ml vs. >=	4.032 [1.694-9.615], 0.002	3.095 [1.136-8.403], 0.027
PT sec <14.5 sec. vs. >=	2.590 [1.141-5.882], 0.023	0.994 [0.347-2.844], 0.991

Cut off values of AST, ALT, ALP, direct bilirubin, albumin, ca 19-9, and PT were found with ROC curve analysis. OR (95%CI): Odds ratio (95% confidence interval), PT: prothrombin time, ALP: alkaline phosphatase, CA19-9: carbohydrate antigen 19-9. Multivariate binary logistic regression analysis was performed for AST, ALT, direct bilirubin, ALP, PT, albumin and CA: 19-9.

ROC Curve Analysis for each parameters effecting the chemotherapy eligibility rate

	Cut off value	AUC (95%CI)	P value	Specificity %	Sensitivity%
AST IU/L	94	0.726 [0.617-0.839]	<0.001	84	65
ALT IU/L	95	0.699 [0.586-0.812]	<0.001	75	57
Direct mg/dL bilirubin	8.7	0.672 [0.553-0.791]	0.002	84	54
Albumin g/dL	3.4	0.710 [0.612-0.808]	<0.001	87	39
ALP U / L	226	0.716 [0.604-0.828]	<0.001	79	65
PT sec	14.5	0.634 [0.521-0.747]	0.018	83	41
Ca 19 9 U/ml	443	0.629 [0.511-0.747]	0.023	84	43
NLR	-	.477 [0.365-0.589]	0.685	-	-

ROC: Receiver Operating Characteristic curves analysis. AUC: Area under the curve

EP-203

LOKAL VEYA LOKAL İLERİ PANKREAS KANSERİNDE KEMOTERAPİYE RADYOTERAPİNİN EKLENMESİNİN SAĞKALIMA ETKİSİENDER DOĞAN, TEOMAN ŞAKALAR, SÜMEYRA DERİN,
OKTAY BOZKURT, MEVLÜDE İNANÇ, METİN ÖZKAN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ, KAYSERİ

Amaç: Pankreas kanseri tedavisinde küratif tedavi cerrahidir. Adjuvan tedavide kemoterapi ana tedavi olmakla birlikte kemoterapiye radyoterapi eklenmesi hala tartışmalıdır. Biz bu çalışmada lokal veya lokal ileri pankreas kanserinde kemoterapiye radyoterapi eklenmesinin hastalarda progresyonsuz ve genel sağkalıma etkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem: Şubat 2010 ile Mart 2017 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesine başvuran lokal veya lokal ileri pankreas kanseri tanılı hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş,cinsiyet, tümör yerleşim yeri, cerrahi sınır gibi özellikleri kaydedildi. Tüm hastalara kemoterapi uygulandı. Kemoterapi ile birlikte veya ardışık RT alan ve almayan hastalar iki gruba ayrıldı. Bu iki grup genel özellikler, progresyonsuz ve genel sağkalım açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 46 hastanın 20'si (65%) erkekti. Otuz bir hasta (67%) 'ya RT uygulandı. RT uygulanan grupta yaş ortancası 63 (49-77), uygulanmayan grupta 64 (47-75) idi. RT alan hastaların 22'si (71%) opere olmuş, 9'u opere olmamış hastalardı. RT almayan grupta 6 (40%) hastaya cerrahi uygulanmış 9'una (60%) uygulanmamıştı. Cerrahi sınır pozitif olan hastaların tamamına RT uygulandı (Tablo 1). RT alan grupta progresyonsuz sağkalım 12 (9,34-14,65) ay iken almayan grupta 7 (3,49-10,50) ay idi ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). RT alan grupta median genel sağkalım 17 (9,66- 24,33) ay iken almayan grupta 10 (6,45-13,54) ay idi ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,003).

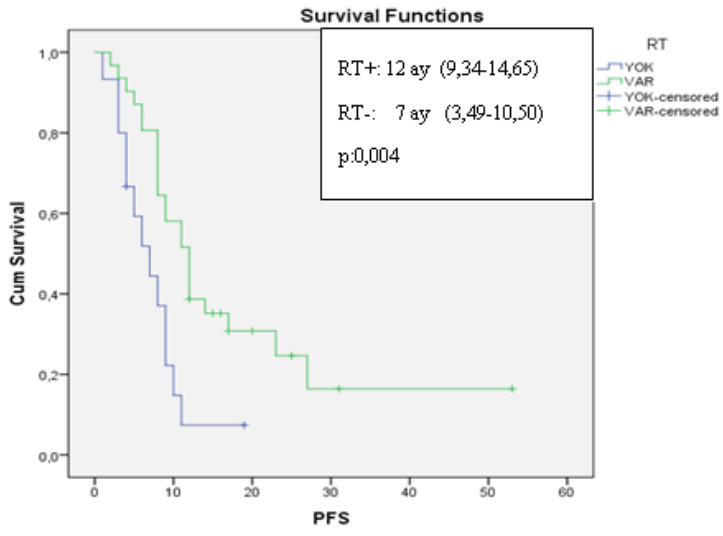
Sonuçlar: Bizim çalışmamızda lokal veya lokal ileri pankreas kanseri olan hastalarda kemoterapiye radyoterapi eklenmesi hem progresyonsuz hem de genel sağ kalım katkı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: pankreas kanseri, adjuvan, kemoterapi, radyoterapi

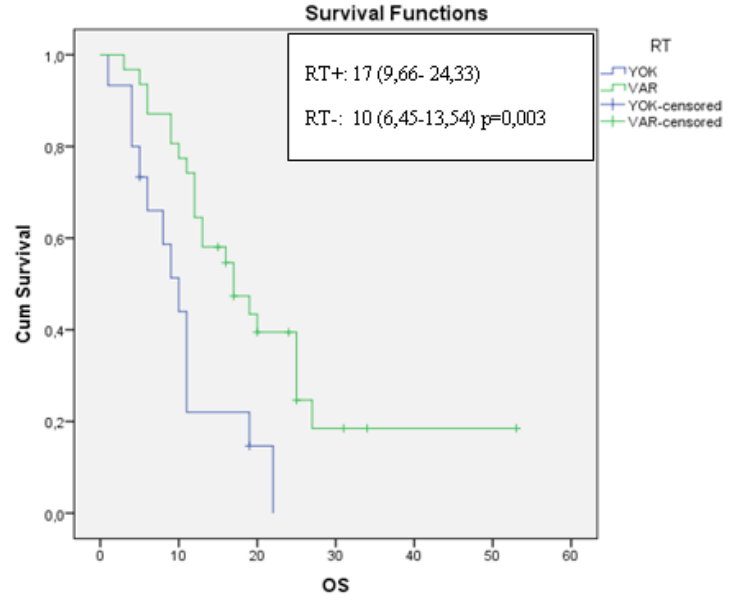
Genel Özellikler

Parametre	RT alanlar N=31 (67%)	RTalmayanlar N=15 (33%)	Toplam
Yaş (yıl, min-max)	63 (49-77)	64 (47-75)	63,5 (47-77)
Cinsiyet			
Kadın	11 (35,5)	7 (46,7)	18 (39)
Erkek	20 (65,5)	8 (53,3)	28 (61)
Tümör yerleşimi			
Pankreas baş	18 (58,1)	9 (60)	27 (59)
Pankreas gövde	5 (16,1)	3 (20)	8 (17)
Pankreas kuyruk	3 (9,7)	1 (6,7)	4 (9)
Ampulla	5 (16,1)	2 (13,3)	7 (15)
Tümör çapı (cm, min-max)	3,5 (2-9)	3,5 (2-10)	3,5 (2-10)
Cerrahi			
Var	22 (71)	6 (40)	28 (61)
Yok	9 (29)	9 (60)	18 (39)
Cerrahi sınır			
R0	13 (57)	6 (100)	19 (66)
R1	10 (43)	0	10 (34)
Nüks Bölgesi			
Karaciğer	11	7	18
Akciğer	7	2	9
Periton	0	1	1
Tedavi			
Adjuvan	23 (74,2)	6 (40)	29 (63)
Neoadjuvan	8 (25,8)	9 (60)	17 (37)

RT alan ve almayan gruplarda PFS



RT alan ve almayan gruplarda OS



EP-204

**KONJENİTAL ANOMALİ SEBEBİ İLE BEBEKLİK ÇAĞINDA
GASTROENTEROSTOMİ OPERASYONU GEÇİREN HASTADA
ANASTOMOZ HATTINDA GELİŞEN MİDE ADENOKARSİNOMU**

SEMA TÜRKER, GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, DOĞAN YAZILITAŞ, CENGİZ KARAÇİN, MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

12 haftalık bebeklik döneminde Anüler Pankreas nedeniyle gastroduodenostomi hikayesi mevcut olan 28 yaşında kadın hastaya haziran 2013'de kilo kaybı, dispeptik yakınmalar sebebiyle üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi yapıldı. Üst GİS endoskopinde pilora yakın antrum büyük kurvaturda gastroenterostomi hattı ve anastomoz hattı boyunca ülser lezyonlar izlendi. Bu lezyonlardan alınan biyopsisi adenokarsinom olarak raporlandı. Sistemik taramalarında uzak organ metastazı olmayan hasta genel cerrahi tarafından opere edildi. Postoperatif patolojisi T4N0M0 mide adenokarsinomu ile uyumlu geldi. Hastaya adjuvan kemoradyoterapi planlandı. Hasta radyoterapi almayı kabul etmediği için adjuvan 6 Kür FUFA tedavisi aldı. Nisan 2014'de tedavisi tamamlandı ve takibe alındı. Eylül 2016'da bel ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde torakal vertebralarda yaygın metastaz saptandı. Hasta bu bölgeye palyatif radyoterapi aldı. Cerb- B2 (+++), FISH(+) gelen hastaya radyoterapi sonrası 1. Basamak sisplatin+5-florourasil(CF)+Trastuzu-

mab tedavisi başlandı. 6 Kür CF +Trastuzumab sonrası idame Trastuzumab tedavisi ile devam edildi. Mayıs 2017'de kemik lezyonlarında progresyon gelişen hastaya 2. basamak FOLFOX tedavisi başlandı. 6 kür FOLFOX tedavisi sonrası kemiklerde ve abdomende yumuşak doku lezyonlarında progresyon gelişti. Ocak 2018'de 3. Basamak Paklitaksel+ Ramucirumab tedavisi planlandı. Hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

Benign hastalıklar nedeniyle geçirilen mide operasyonları mide kanseri gelişimi için risk faktörüdür. Bu risk erken yaşlarda ameliyat olanlar için daha fazladır. Operasyon sonrası mide kanseri gelişiminde safra ve pankreas salgılarının rol oynadığı düşünülmektedir. Gastrik kanserin erken tanısı ve tedavisi için parsiyel mide rezeksiyonu geçiren hastalarda bırakılan mide dokusunda kanser gelişme riskinin yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Anomali, Mide Kanseri, Gastroenterostomi

EP-205

DİSKERATOZİS KONJENİTA VE PANKREAS KANSERİ

İLKER NİHAT ÖKTEN, BİLGE AKTAŞ SEZEN, SİNAN KOCA, TÜRKAN ÖZTÜRK, MAHMUT GÜMÜŞ

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, GÖZTEPE EAH TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI

Bilinen bir hastalık öyküsü olmayan 24 yaşında erkek hastanın, son 2 aydır olan kilo kaybı, bulantı, kusma şikayetleri nedeniyle yapılan görüntülemesinde karaciğerde multipl metastatik kiteller saptandı. Bu kitlelerden yapılan biopside, pankreatobilier adenokarsinom teşhisi konulması üzerine, Aralık 2017 tarihinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne başvuru. Hastanın radyolojik incelemesinde pankreas başında 7x4 cm'lik kitlesi mevcuttu. Hastanın özgeçmişini incelendiğinde son 6-8 yıldır el tırnaklarında distrofik değişikliklerin olduğu, son 1 yıldır ise yüz ve gövdede daha önceden olmayan hiperpigmentasyonun artarak geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede ağızda lökoplaki ile uyumlu dil değişiklikleri saptandı. Soygeçmiş incelemesinde; 3 yıl önce 25 yaşındaki erkek kardeşinin aplastik anemi nedeniyle vefat ettiği öğrenildi. Bu bilgiler ışığında, klinik olarak diskeratozis konjenita tanısı konulan ve eşlik eden metastatik pankreas kanseri saptanan hastaya, başvuru esnasında kan sayımında sitopeni saptanmamış olsa da verilecek kemoterapilerin miyelosupresif yan etkilerinin daha fazla olabileceği öngörüsüyle tek ajan gemsitabin planlandı. Hasta toksisite saptanmadan ilk kür kemoterapisini aldı.

Diskeratozis konjenita(DK); kemik iliği yetmezliği, kanser predispozisyonu ve ek somatik anormalliklerin eşlik ettiği bir sendromdur. Çekirdekli hücreleri genetik materyal değişikliklerinden koruyan ve kromozomların uç bölgelerinde bulunan telomerlerin bozukluğu (kısa telomer sendromu) ile giden hastalıklar grubundandır. Hastalığın prevalansı 1/1.000.000 olduğu düşünülmektedir. Hastalığın OD, OR, X'e bağlı 13 farklı mutasyon ile kalıtımı olduğu bilinmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır. Klinik özellikleri anormal cilt pigmentasyonu(%89), tırnak distrofileri(%88) ve oral lökoplaki(%78) olup tanı, bu üç klinik özelliklerle konulmaktadır. Kemik iliği yetmezliği(%86), epifora(%31), nörokognitif bozukluklar(%25), pulmoner fibrozis(%20), büyüme gelişme bozukluklar(%20), özefajjal striktür(%17), kanser(%10) görülmektedir. Bu literatür bilgisi

ışığında değerlendirildiğinde tanı için gerekli olan triad bizim vakamızda bulunurken diğer daha nadir olan klinik bulgular saptanmamıştır.

Literatürde 560 DK vakası bulunmaktadır. 2009 yılında ulaşılabildiğimiz tek derlemede DK'ya eşlik eden 51 solid organ kanser bildirilmiş olup bunlar sıklık sırasına göre baş-boyun(22), cilt (8), anorektal (6), mide(4), akciğer(4), özefagus(3), hodgkin(3), kolon(2), pancreas(2), karaciğer(1), retinoblastoma(1), servix(1) ve lenfoma(1) 'dır.

Bu vaka, literatürde saptanan DK'nın eşlik ettiği üçüncü pankreas kanseri vakası olması nedeniyle önemlidir. DK, erken yaşta solid organ tümörleri ile birliktelik gösterebilen, geride kalan aile bireylerinin kemik iliği yetmezliği açısından takibe alınmasını, solid organ tümör taranmasını ve genetik danışmanlık yapılmasını gerektiren nadir bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: diskeratozis konjenita, pankreas kanseri, aplastik anemi

Lökodistrofi



Tırnak distrofisi



EP-206

SAFRA KESESİ KANSERİ YÖNETİMİNİNDE KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

FATİH YILDIZ¹, EMRAH ERASLAN¹, GÜLNIHAL TUFAN¹, FERİT ASLAN², HÜSEYİN KANMAZ³,
NECATİ ALKIŞ¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, UMUT DEMİRCİ¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

1 ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 SİİRT DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

3 VAN BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Safra kesesi kanserleri nadir görülen fakat ölümcül seyreden malignitelerdendir. Vakaların büyük çoğunluğu kolelitiazis nedeniyle yapılan eksplorasyonda saptanmakta, klinik belirti verdiğinde ise genellikle ileri evrede tanı almaktadır. Et-yolojisinde safra taşları suçlanmakla birlikte, tüm kolelitiazis olgularının %0,5-3'ünde safra kesesi kanseri görülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavisini yürüttüğümüz safra kesesi kanserli hastaların epidemiyolojik özelliklerini, tedavi yanıtlarını ve sağkalım sürelerini incelemeyi amaçladık.

Metod: Ocak 2011 – Ekim 2017 tarihleri arasında Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne başvuran safra kesesi kanserli hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, evresi (erken, lokal ileri ve metastatik), cerrahi yöntemleri (kolesistektomi, genişletilmiş yatak rezeksiyonu) patolojik alt tipi, adjuvan ve palyatif tedavi rejimleri, son kontrol zamanı ve eksitus durumu kaydedildi.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan ortanca yaşı 61 (36-85) olan 50 hastanın 41'i (%82'si) kadındı. Hastaların %96'sı (n:48) adenokarsinom histolojisine sahipken bir hasta adenoskuamoz, diğer bir hasta ise taşlı yüzük hücreli histolojideydi. Hastaların %70'inde safra kesesi taşı mevcuttu.

American Joint Committee on Cancer (AJCC) evrelemesine göre IV. evrede tanı alan hasta oranı %40 (n:20) idi. Hastaların %34'ü (n:17) evre I-II (safra kesesine sınırlı), %26'sı (n:13) ise evre III (lokal ileri) olarak değerlendirildi.

Lokal (safra kesesine sınırlı) ve lokal ileri (karaciğer invaze) evredeki hastaların (n:30, %60) tamamına cerrahi uygulanırken, genişletilmiş karaciğer yatak rezeksiyonu 20 hastaya yapılmıştı (erken evredekilerin %66'sı). Cerrahi yapılan hastaların 11'i (%22) adjuvan ardışık kemoradyoterapi- kemoterapi tedavisi alırken, dört hastaya yalnızca radyoterapi (%8) ve dört hastaya da (%8) tek başına kemoterapi uygulandı. Cerrahi sonrası 11 hasta (%22) ise adjuvan tedavi almadı.

Metastatik safra kesesi karsinomu için iki basamak tedavi alan yedi (%14) hasta varken, üç basamak kemoterapi yalnızca iki (%4) hastaya uygulandı.

Ortanca hastalıksız sağkalım (DFS) lokal hastalıkta 8,6 ay iken lokal ileri evrede 10,0 ay olarak ölçüldü.

Ortanca genel sağkalım (OS) tüm hasta grubunda 16.4 ay, erken evrede 38,9 ay, lokal ileri evrede 30.6 ay ve metastatik grupta 9,4 ay olarak bulundu. Genişletilmiş yatak rezeksiyonu yapılan hastalarda ortanca OS 53,2 ay, yalnızca kolesistektomi yapılanlarda ise 30,62 ay olarak hesaplandı.

Tartışma: Safra kesesi kanserlerinde genişletilmiş tümör cerrahisi ve adjuvan tedaviler sağkalım üzerine etkilidir. Literatürle uyumlu olarak, bu çalışmada da genişletilmiş rezeksiyon ve adjuvan tedaviler ile daha uzun sağkalımlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hepatobiliyer kanser, kolesistektomi, safra kesesi kanseri

EP-207

PERİTON METASTAZLI NADİR GÖRÜLEN BİR HCC OLGUSU

FATİH YILDIZ¹, EMRAH ERASLAN¹, GÜLNİHAL TUFAN¹, FERİT ASLAN², HÜSEYİN KANMAZ³, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹, UMUT DEMİRCİ¹

1 ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 SİİRT DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

3 VAN BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Hepatosellüler karsinom (HCC) sıklıkla kronik karaciğer hastalığı ve siroz zemininde gelişen agresif bir kanser türüdür. HCC tedavisinde cerrahi, ablatif tedaviler ve sistemik tedavilerin yeri vardır. Karaciğer transplantasyonu ise kür şansı en yüksek olan tedavi seçeneği olup transplantasyon sonrası nüks oranları % 10-60 arasında değişmektedir. Bununla birlikte HCC'nin periton rekürrensi nadir görülmektedir (%2).

Olgu: Yedi yıl önce dış merkezde HCC tanısı almış olan 63 yaşındaki erkek hasta nüks şüphesiyle tedavi amaçlı kliniğimize yönlendirilmişti.

Öyküsünden HBV enfeksiyonuna bağlı siroz geliştiği, 2010 yılında karaciğerde ortaya çıkan kitle nedeniyle perkütan karaciğer biyopsisi ile HCC tanısı aldığı ve karaciğer transplantasyonu yapıldığı öğrenildi.

Transplantasyon sonrası düzenli immünesupresif ve anti-viral tedaviler kullanan, aktif yakınması ve fizik muayenede nüks bulgusu olmayan hastanın Temmuz 2017'deki görüntülemelerinde (bilgisayarlı tomografide) karaciğer komşuluğunda diafragma

altında yerleşmiş 45 mm çapında lezyon saptandı. Karaciğer segment 8 komşuluğunda yer alan ancak karaciğer ile ilişkisi olmayan, peritonla devamlılığı olan yumuşak doku olarak yorumlanan bu alan HCC nüksü olarak değerlendirildi. Cerrahi olarak eksizyon yapılmasına karar verildi. Opere edilen hastanın ekziyon materyalinin patolojik incelemesi iyi diferansiyeli HCC olarak raporlandı. Rezeksiyon sonrası geride rezidü tümör kalmadığı için ilaçsız izleme alınmasına karar verildi. Cerrahi sonrası altıncı ay kontrolünde de nüks saptanmayan hastanın düzenli takipleri devam etmektedir.

Tartışma: HCC ye bağlı periton metastazı oldukça nadir görülen bir tablodur. Peritoneal metastazın nedenleri; tümör biyopsisi, lokal terapi öyküsü ve HCC'nin spontan kanamasıdır. Bu olguda, periton rekürrensini sebebi olarak perkutan tümör biyopsi öyküsü ve uzun süreli immünesupresif tedavi kullanımı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: HCC, Periton metastazı, Perkutan karaciğer biyopsisi

EP-208

PANKREAS KANSERİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA FOLFİRİNOX VE GEMSİTABİN KARŞILAŞTIRMASI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

EMRAH ERASLAN¹, FATİH YILDIZ¹, GÜLNIHAL TUFAN¹,
FERİT ASLAN², UMUT DEMİRCİ¹, ÖMÜR BERNA ÖKSÜZOĞLU¹1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR.A.Y ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 SİİRT DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç: Metastatik pankreas kanseri; tedavi yanıtı ve sağ kalım süresi oldukça kısa olan bir hastalıktır. Pankreas kanserinde; FOLFİRİNOX (Oksaliptin 65 mg/m² İV 1.gün, İrinotekan 135 mg/m² İV 1.gün, Florourasil [FU] 2400 mg/m² 1. ve 2. günlerde 46 saat infüzyon) oldukça yoğun ancak sağ kalım yararı ispatlanmış bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada FOLFİRİNOX tedavisinin daha önceki yıllarda standart tedavi olarak kabul edilen gemitabin (1000 mg/m² 21 günde bir, 1. ve 8. günler) tedavisiyle etkinlik ve yan etki açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Mart 2013 ile Ekim 2017 arasında Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirilmiş, metastatik veya inoperabl lokal ileri pankreas kanseri tanılı hastaların kayıtları retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Her iki tedavi grubuna otuz yedi hasta dahil edildi. FOLFİRİNOX ve gemitabin grupları için ortalama yaşlar sırasıyla 52,7 (32-68) ve 65,2 (47-81) yıldır (p<0,001). FOLFİRİNOX grubunda 1 hasta dışında tüm hastaların ECOG performans skoru 0 veya 1'di; buna karşın gemitabin grubundaki 10 hastanın performans skoru 2'ydirdi (p=0,007). Tüm hastalar en az bir siklus kemoterapi aldı; FOLFİRİNOX ve gemitabin grupları için ortalama siklus sayıları sırasıyla 7,57 (1-30) ve 3,76 (1-9) sik-

lustu. FOLFİRİNOX grubunda sadece 8 (% 21,6) hasta başlangıçta planlanan 12 siklus tedaviyi tamamlayabildi; gemitabin grubunda da 11 (%29,7) hasta başlangıçta planlanan 6 siklus tedaviyi tamamlayabildi. FOLFİRİNOX ve gemitabin gruplarında sırasıyla 7 (%18,9) ve 6 (%16,2) hastada parsiyel remisyon; 13 (%35,1) ve 7 (%18,2) hastada stabil hastalık izlendi. FOLFİRİNOX ve gemitabin grupları için sırasıyla ortalanca progresyonsuz sağ kalım (PFS) 5,65 (2,91-8,38, %95CI)'e karşın 2,82 (2,33-3,31, %95CI) ay (p=0,016) ve genel sağ kalım (OS) 7,58 (4,10-11,07, %95CI)'e karşın 5,02 (4,52-6,31, %95CI) aydı (p=0,039). Nötropeni, emezis ve nöropati FOLFİRİNOX grubunda daha sık gelişti.

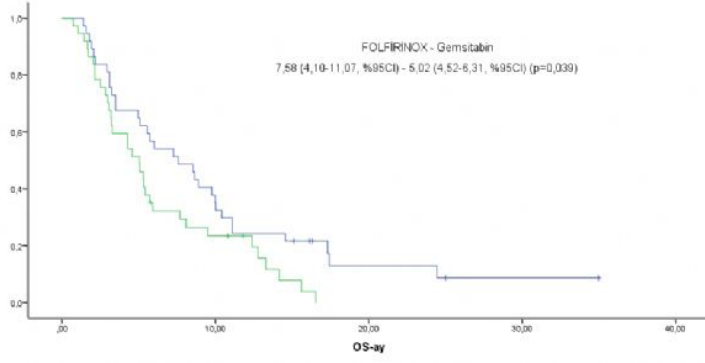
Sonuç: FOLFİRİNOX tedavisi hem hastalar hem de hekimler için toksisite nedeniyle zor bir rejim olsa da sağ kalım faydası sağlayan bir tedavi seçimidir. Çalışmadaki hastaların yüzde yirmi kadarı planlanan tedaviyi tamamlayabilmiştir. Bununla birlikte tedavi uyumu da hasta ve hekim için önemli bir zorluktur. Ancak, gerçek yaşam verisine dayanan çalışmamızda retrospektif çalışma doğası oluşan hasta seçim biası da göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FOLFİRİNOX, Gemitabin, Lokal ileri, Metastatik, Pankreas Kanseri

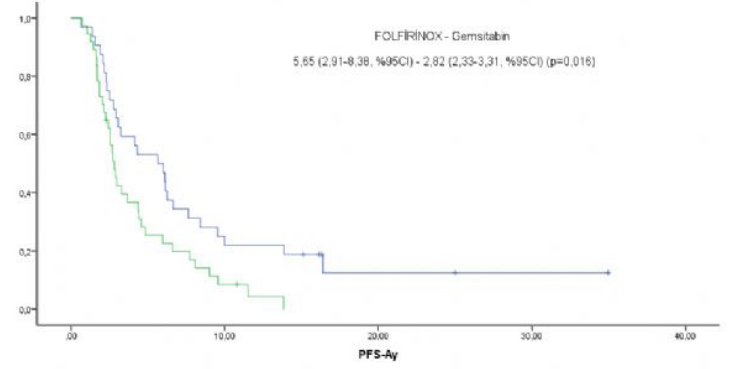
Genel Özellikler

	FOLFİRİNOX	Gemitabin	p
Yaş, yıl (ortalama)	52,7 (32-68)	65,2 (47-81)	<0,001
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	29 (%78,4) / 8 (%21,6)	24 (%64,9) / 13 (%35,1)	0,197
ECOG PS (0-1)	36 (%97,3)	28 (%75,7)	0,007
Komorbiditesi Olmayanlar	24 (%64,9)	15 (%40,5)	0,079
Sigara	22 (%59,5)	13 (%35,1)	0,074
Alkol	7 (%18,9)	3 (%8,1)	0,204
Lokal İleri Hasta Sayısı	8 (%21,6)	6 (%16,2)	0,553
Siklus Sayısı	7,57 (1-30)	3,76 (1-9)	
İkinci Basamak Tedavi Alanlar	12 (%32,4)	7 (%18,9)	0,001
Doz Redüksiyonu Yapılanlar	10 (%24 110-301)	6 (%17 110-201)	0,259

Genel Sağkalım



Progresyonsuz Sağkalım



Yan Etkiler

	Tüm Yanektiler		p	Grad 3-4 Yan Etkiler	
	FOLFİRİNOX (n=34)	Gemsitabin (n=37)		FOLFİRİNOX (n=34)	Gemsitabin (n=37)
Nötropeni	17 (%50)	9 (%24)	0,025	8 (%23)	4 (%11)
Nötropenik Ateş				3 (%8)	0
Anemi	21 (%62)	16 (%43)	0,119	1 (%3)	1 (%2)
Trombositopeni	3 (%9)	3 (%8)	0,914	0	1 (%2)
Nöropati	5 (%15)	0	0,016	1 (%3)	0
Bulantı	17 (%50)	7(%19)	0,006	1 (%3)	0
Diyare	6 (%18)	5 (%13)	0,631	2 (%6)	1 (%2)
Halsizlik	23 (%68)	23 (%62)	0,629	6 (%18)	5 (%13)
Nefrotoksisite	1 (%3)	4 (%11)	0,195	1 (%3)	0

EP-209

NÜKS APENDİKS ADENOKARSİNOİD TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR GÜNCELLEMESİ

ABDULLAH SAKİN¹, NURGÜL YAŞAR¹, ÇAĞLAYAN GEREDELİ¹, CUMHUR DEMİR¹, ORÇUN CAN¹, ŞABAN SEÇMELER¹, SERDAR ARICI¹, SELMA ŞENGİZ ERHAN², ŞENER CİHAN¹

1 OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL
2 OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: Apendiks neoplazmı nadirdir. Apendektomi örneklerinin yaklaşık yüzde 1'inde bulunurlar ve bağırsak tümörlerinin yüzde 1'inin sadece yaklaşık yarısını oluştururlar. Karsinoid tümörler en yaygın olup, çoğu seride apendiks neoplazmlarının yüzde 50'sinden fazlasını içerir. Klinik davranış ve prognoz, tümör boyutu ile ilişkilidir. 2 cm'den küçük tümörler (yaklaşık% 95'i), metastaz yapma olma ihtimali düşüktür, Daha büyük lezyonların üçte birine kadarının tanıda metastatik olduğu ve genellikle bölgesel lenf nodları ile sınırlı olduğu söylenebilir. Bizde posterimizde 8 yıl sonra nüks eden apendiks adenokarsinoid tümör olgu sunumuzu sunduk.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta 2009 yılında akut apandisit nedeniyle opere edilmiş. Hastanın patolojisinde apendikse lokalize 1,7 cm çapında düşük gradlı muskuler tabakayı tam kat geçen subserozal invazyon izlenmeyen müsinöz karsinoid tümör, lenfovasküler invazyon yok, perinöral invazyon yok, radial cerrahi sınır 0,1 cm den yakın olarak yorumlanmış. Hastanın aynı tarihte çekilen tomografi ve In-11 ocreotid sintigrafisinde rezidü lezyon veya uzak metastaz saptanmamış. Hastaya ek tedavi önerilmemiş. Takip önerilen 8 yıl boyunca hiç takibe gelmemiş. 2017 yılında akut batın tablosunda acile başvuran hastaya ileus nedeniyle sağ hemikolektomi yapılmış. Patolojisinde ilioçekal valv kaynaklı 5 cm çapında perikolorektal doku invazyonu gösteren goblet hücreli karsinoid tümör kaynaklı adenokarsinom, 18 lenf nodundan 16 sında metastaz, perinöral invazyon var,

lenfovasküler invazyon yaygın, cerrahi sınırlar negatif, ki67-38, synaptofizin pozitif, kromogranin negatif, CD56 negatif, MOC31 pozitif, CEA pozitif olarak yorumlanmış. Hastanın daha önceki preparatları ile beraber değerlendirildiğinde apendiks nüks tümörü olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan tomografi ve ga-Pet'inde uzam metastaz saptanmadı. Kromogranin düzeyi 29,9 (<94) normal olarak saptandı. Hastaya adjuvan kapesitabin ve oksaloplatin kombine kemoterapisi başlandı.

Sonuç: Adenokarsinoid tümör için optimal tedavi net değildir. Bazıları lokalize düşük dereceli tümörler için basit apandisit ameliyatı önermekle birlikte, adenokarsinoid tümörlü hastaların çoğunda hasta ek cerrahi için uygunsa, apendektomiden sonra 3 ay içinde sağ hemikolektomi yapılması önerilir. Adenokarsinomda intraperitoneal yayılım adenokarsinoidlerden daha yaygın görülen bir durumdur. Karın içi metastazların agresif cerrahi ile azaltılması semptom kontrolünü iyileştirir ve sağ kalımı uzatabilir. Kemoterapi yanıt oranı, apendiks adenokarsinoidlerinde apendiks adenokarsinomlarından daha yüksek olabilir. erken evre goblet hücreli karsinomlarda adjuvan tedavinin rolü bilinmemektedir. Bu uygulamayı destekleyecek herhangi bir veri olmamasına rağmen, adenokarsinoma benzer şekilde Lenf nodu tutulan hastalara ajana kemoterapi tedavisi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: apendiks, adenokarsinoid, nüks, kemoterapi

EP-210

FOLFİRİNOX REJİMİNİN METASTATİK PANKREAS KARSİNOMU ALT GRUPLARINDA TEDAVİ BAŞARISI

SERKAN YILDIRIM, RÜÇHAN USLU, BÜLENT KARABULUT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI,İZMİR

Metastatik pankreas karsinomu sık görülen bir kanser olmakla birlikte çok ölümcül bir kanserdir. Tek kür şansı operasyon olan bu tümörde opere olan hastalarda dahi yaşam süreleri ortalama 25-30 aydır. metastatik olan hastalarda ise bu süreler çok daha kısadır. Metastatik pankreas kanserinin tedavisinin zor olmasının bir çok sebebi olmakla birlikte bunlardan birtanesi de pankreasın kendisinden bir kemorezistan doku olmasıdır. Bu kemorezistansı yenebilmek adına metastatik hastalarda genellikle kombinasyon kemoterapileri kullanılmaktadır. Metastatik hastalığın tedavisinde kullanılan bu rejimlerin başında FOLFİRİNOX rejimi gelmektedir. Yapılan çalışmalarda bu rejimin GEMCİTABİN 'e olan üstünlüğü gösterilmiştir. Ancak ecog performans skoru 0-1 olan hastalarda etkinliği gösterilmiş olan bu rejimin hangi alt gruplarda etkin olduğu halen araştırma konusudur.

Biz bu çalışmamızda FOLFİRİNOX rejiminin hangi hasta alt gruplarında etkin olduğunu göstermeye çalıştık.2010-2016 yılları arasında ege üniversitene başvurmuş olan metastatik pankreas karsinomu hastaları retrospektif olarak inceledik. Otuz üç

hastanın tedavisinde FOLFİRİNOX rejiminin kullanıldığı tespit edildi. bu otuz üç hastanın genel olarak progresyonsuz sağ kalım verileri incelendiğinde ortalama progresyonsuz sağ kalım median 6.7 olarak belirlendi. Alt grup analizlerine bakıldığında patolojik olarak pankreastaki anatomik yerleşim yerlerine göre hastaların yanıtlarının değiştiği gözlemlendi. Pankreasın anatomik lokalizasyonlarına göre baş,gövde ve kuyruk olarak değerlendirme yapıldı. Otuz üç hastanın on yedi tanesi pankreas başında, altı tanesi pankreas gövdesinde, on tanesi pankreas kuyruk lokalizasyonlu olarak belirlendi. Pankreas baş karsinomu median progresyonsuz sağ kalım 5.7 ay pankreas gövde karsinomu median 4.3 ay pankreas kuyruk karsinomu 8.6 ay olarak belirlendi.hasta sayıları az olmakla birlikte bu alt kırılımlarda belirgin fark olması FOLFİRİNOX tedavisinin bazı alt gruplarda daha çok tercih sebebi olabilir. Bunu doğrulamak adına daha büyük ve kapsamlı çalışmalar gerekli olmakla birlikte yaptığımız bu retrospektif çalışma yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik, Pankreas karsinomu, metastaz

EP-212

SISPLATİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN BİR ATRİYAL FİBRİLASYON OLGUSU

ZUHAT URAKÇI¹, LEYLA SERT², SERDAR ALTINDAĞ², NADIYE AKDENİZ¹, OĞUR KARHAN¹, HALİS YERLİKAYA³, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
3 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİRİMİ

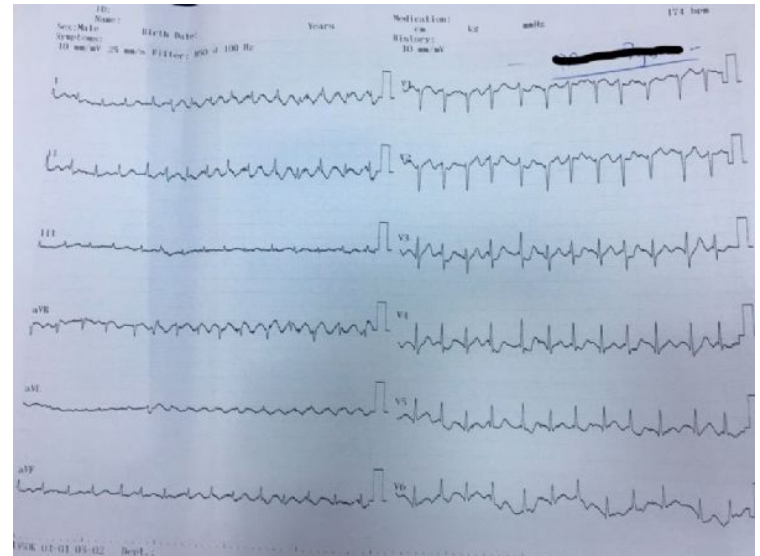
Amaç: Sisplatin kullanımına bağlı sıklıkla renal toksisite, miyelotoksisite, bulantı, kusma ve nörotoksisite görülürken, nadir de olsa kardiyak yan etkiler de görülebilmektedir. Biz burada sisplatin kullanımına bağlı gelişen bir atriyal fibrilasyon (AF) olgusu sunduk.

Olgu: 77 yaşında, kadın hasta, yaklaşık 1 aydır devam eden kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Yapılan değerlendirmede karaciğerde çok sayıda en büyüğü 10x7 cm büyüklüğünde metastatik kit- le lehine değerlendirilebilecek lezyonlar izlendi. Hepatit panel negatif ve AFP normal sınırlarda saptandı. Hastanın tümör belirteçlerinden; CA 19-9 >1000 U/ml (<39 U/ml) ve CA 15-3: 216 U/ml (<25 U/ml) olarak saptandı. Hastanın yapılan endoskopi ve kolonoskopide patolojiye rastlanılmadı. Çekilen PET-CT'de karaciğerde malign kitle ve nodüller, lenf nodu invazyonları ile uyumlu olarak saptandı. Karaciğerdeki lezyondan yapılan biyop- si sonucu adenokarsinom ile uyumlu bulundu. Hasta pankrea- tikobilyer sistem kaynaklı metastatik adenokarsinom olarak değerlendirildi. Daha önce kardiyak problemi olmayan hastaya palyatif gemsitabin ve sisplatin başlandı. Sisplatin tedavisi es- nasında göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayetleri olması üzerine has- taya elektrokardiyogram (EKG) çekildi. Hastanın EKG'de yüksek ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyonda olduğu görüldü (Şekil 1). Hastaya anti-aritmik tedavi başlandı. Daha önce kardiyak pato- lojisi olmayan hastanın atriyal fibrilasyonun sisplatin kaynak- lı olduğu düşünülüp, sisplatin tedavisi stoplandı. Takiplerinde genel durumu düzelen ve sinüs ritmine dönen hastaya tek ajan gemsitabinle tedavisine devam edildi.

Sonuç: Sisplatin kalp üzerindeki etkisini miyokardiyal hasar, kalp yetmezliği, disritimi ve iskemi olarak gösterir. Kardiyak disritimi olarak sıklıkla atriyal fibrilasyon (AF), supraventrikül- ler taşikardi ve bradikardi görülmektedir. İntravenöz sisplatin tedavisine bağlı AF görülme oranı % 4-6 arasında iken, intra- perikardiyal veya intraplevral verildiğinde bu oran % 12-32'ye çıkabilmektedir. Sisplatin alan hastalarda, bizim olgumuzda da olduğu gibi, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi şikayetler olursa sisplatine bağlı kardiyak disritimler göz önünde bulundurulma- lıdır.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, kanser, sisplatin

Şekil 1.



EP-213

HEPATOSELLÜLER KARSİNOMDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER VE SAĞKALIM ANALİZİ

ŞAHİN LAÇİN¹, DENİZ YÜCE², YUSUF KARAKAŞ³, ŞUAYİB YALÇIN¹

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HACETTEPE KANSER ENSTİTÜSÜ, PREVANTİF ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA
3 T.C SAĞLIK BAKANLIĞI HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

Amaç: Hepatosellüler kanser dünyada altıncı en yaygın kanser çeşidi olup, ikinci en ölümcül ve kısa yaşam oranları ile seyreden kanserdir. Karaciğer kanseri prognozunu belirleyen faktörler araştırılmakta olup, bir çok faktörün için görüş birliğine varılamamıştır. Bu etkenler arasında viral hepatitler, tümör çapı, portal ven tümör trombozu(PvTT), serum alfa fetoprotein(AFP) seviyesi ve siroz yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı belirtilen etkenlerin hasta grubumuzdaki önemi ve hastalık prognozu üzerindeki muhtemel etkilerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsünde hepatosellüler kanser tanısı konulmuş 100 hastanın verilerinin incelenmesi şeklinde yapıldı. Bu hasta grubunda yaş, cinsiyet, viral hepatit, tümör çapı, serum AFP düzeyi, tümör trombozu varlığı ve siroz durumu gibi etkenlere ait bilgiler toplandı. Sağkalım ve hastalık progresyonu Kaplan-Meier ile değerlendirildi, prognostik faktörler Cox regresyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: Yaptığımız analizde hastaların yaş ortalaması 62, tanısındaki erkek, kadın yaş ortalaması sırasıyla 62 ve 60 saptandı.

Hastalarımızın kadın, erkek oranı(K/E) 1/4 idi, hastaların 41 inde hepatit B, 11 inde hepatit C ve hastaların %60 ında siroz tespit edildi. Hastaların ortalama sağkalım süresi (mOS) 13 ay olarak saptandı. Hastaların serum AFP düzeyi ortalaması 19733 IU/mL idi ve sağkalımla ilişkisi saptanmadı (RR:1; p=0,10). Hastaların tümör çapı ortalaması (mTD) 8,1cm ve sağkalım ilişkili sınır tümör çapı 6,5cm olarak bulundu (Sensitivite: %70, Spesifisite: %70, AUC=0,70). Portal ven tümör trombozu hastaların %43 ünde tespit edildi ve bu hastalarda mOS 8 ay iken, PvTT olmayanlarda 20 ay olduğu görüldü (Log-rank p=0,03).

Sonuç: Bu çalışmamız serum AFP düzeyinin sağkalım üzerine herhangi bir yönde etki etmediğine, ancak belli bir büyüklüğün üzerindeki tümör çapı ve portal ven tümör trombozu varlığının prognoza negatif etki ettiğine işaret etmektedir. Karaciğer kanserli hastalarda bu parametrelerin göz önünde bulundurulması ve klinik etkilerinin daha da araştırılması kötü seyreden bu hasta grubuna yarar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hepatosellüler Karsinom, Portal ven Tümör trombozu, AFP, Prognostik Faktörler

EP-214

EVRE III MİDE KANSERİ ADJUVAN TEDAVİSİNDE OXALİPLATİN-KAPESİTABİN (XELOX) REJİMİNİN DOSATAKSEL-SİSPLATİN-FLUOROURASİL (DCF) REJİMİNE GÖRE ETKİNLİK DEĞERLENDİRİLMESİ

TEOMAN ŞAKALAR, OKTAY BOZKURT, ENDER DOĞAN,
SÜMEYRA DERİN, METİN ÖZKAN, MEVLÜDE POLAT İNANÇ

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Operabl mide kanserinde radikal cerrahi, altın standarttır. Yapılan çalışmalarda mide kanserinde cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi+kemoradyoterapi verilmesinin klinik faydaları gösterilmiştir.Bu çalışmada opere evre III mide kanserinin adjuvan tedavisinde oxaliplatin-kapesitabin (xelox) rejiminin,dosataksel-sisplatin-fluorourasil (dcf) rejimine göre etkinlik değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod: R1,D2 diseksiyon yapılp,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji B.D'da takip edilen adjuvan tedavi almış evre III mide kanserli 97 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. DCF kolunda hastalar 2 kür(dosataksel 75mg/m2,-sisplatin 75 mg/m2,fluorourasil 750mg/m2 5 gün,3 haftada bir) sonrasında radyoterapi eş zamanlı kapesitabin 2x825mg/m2 ve 2 kür daha DCF aldı.XELOX kolunda hastalar 2 kür (oxaliplatin 130mg/m2, kapesitabin 2000 mg/m2 1-14 gün 21 günde bir) sonrasında radyoterapi eş zamanlı kapesitabin 2x825mg/m2 ve 2 kür daha XELOX aldı.

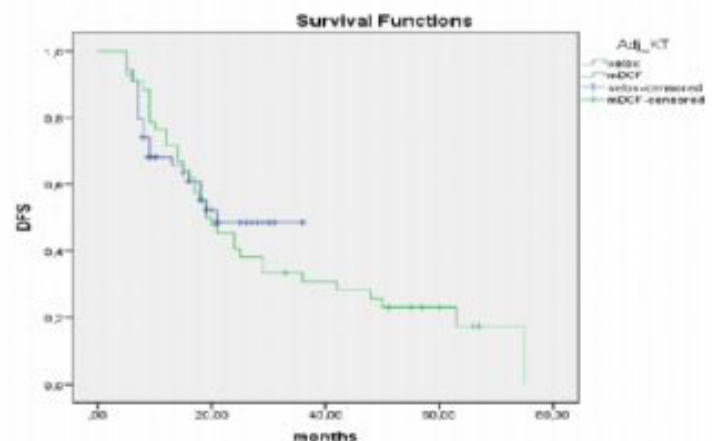
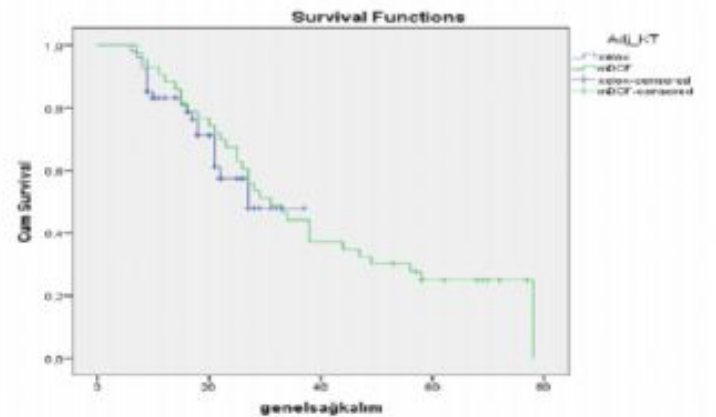
Sonuçlar: XELOX kolunda 54,DCF kolunda 43 olmak üzere 97 hasta çalışmaya dahil edildi. XELOX ve DCF kollarında DFS değerleri benzerdi.(21 vs 20 ay,p:0,71) XELOX ve DCF kollarında OS değerleri benzerdi.(27 vs 31 ay,p:0,63.) XELOX kolunda 11(%20),DCF kolunda 15(%34) hastada nötropeni görüldü(p:0.052). XELOX kolunda 5(%9),DCF kolunda 17(%39) hastada mukozit görüldü(p:<0.001). XELOX olunda yan etkilere bağlı 11(%20),DCF kolunda 16(%37) hastada kemoterapi ertelendi.

Tartışma: Evre III mide kanserli hastalarda adjuvan tedavide kemoradyoterapi ile XELOX veya DCF verilmesinin hastalıksız ve genel sağkalım avantajı gösterilemedi.Mukozit,nötropeni gibi yan etkilerden dolayı,kemoretapi ertelemesine neden olması nedeni ile DCF rejimi daha toksik bir tedavi rejimidir.Kul-

lanım kolaylığı açısından XELOX rejimi, DCF ye göre tercih edilebilir.Ancak daha fazla hasta içeren geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, Evre III, Dosetaksel-sisplatin-fluorourasil, Oxaliplatin-kapesitabin, adjuvan tedavi

DCF ve XELOX kollarında hastalıksız sağkalım ve genel sağkalım eğrileri



EP-215

PANKREAS KANSERİ VE ABO KAN GRUBU İLİŞKİSİ: ÇOK MERKEZLİ, GÖZLEMSEL, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

ELİF BERNA KÖKSOY¹, GÜNGÖR UTKAN¹, YAKUP ERGÜN², ECE ESİN³, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR⁴,
EBRU KARCI¹, İSA DEDE⁵, NEBİ SERKAN DEMİRCİ², AHMET SEZER⁶, HÜSEYİN ENGİN⁷,
BERNA ÖKSÜZOĞLU³, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR², BÜLENT YALÇIN⁴, YÜKSEL ÜRÜN¹, HAKAN AKBULUT¹

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

3 ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

4 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

5 HATAY DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, HATAY

6 ADANA BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

7 ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ZONGULDAK

Giriş: ABO kan grubu antijenlerinin kanser ilişkisi bilinmektedir. Bu çalışmada, pankreas kanseri ile kan grubu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çok merkezli, gözlemsel, vaka-kontrol çalışmamıza 2000-2016 yılları arasında pankreas kanseri tanısı ile takip edilen ve serolojik olarak ABO kan grubu belli olan hastalar dahil edildi. Kontrol grubu olarak ise Türk Kızılayı'na kan bağışında bulunan sağlıklı kişiler seçildi ve sağlıklı kişilerin kan gruplarına Türk Kızılayı'nın kayıtlarından ulaşıldı. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 13 kullanıldı. Kan grubu alt grupları hasta ve kontrol grubuna göre çapraz tablolar kullanılarak incelendi. Gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı ki-kare testi ile araştırıldı ve p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Bulgular: Yedi merkezden 758 pankreas kanserli olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların %32'si kadın (n=242), %68'i erkek (n=514) olup ortanca yaş 62 bulundu (yaş aralığı: 24-91 idi). 373 hastanın kan grubunun A (%49,2), 123 hastanın B (%16,2), 57 hastanın AB (%7,5) ve 205'inin de O (%27) olduğu saptandı. Bu oranlar kontrol grubu için sırasıyla %42,2, %16,3, %7,6 ve %33,9 olarak saptandı. Pankreas kanserli olgular ile

kontrol grubunun kan grubu dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). Kan grupları, O grubu ve O-dışı grup olarak sınıflandırıldığında pankreas kanserli olgularda, kontrol grubuna göre daha az O kan gruplu kişi olduğu görüldü (Tablo) ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001).

Sonuç: Bu çalışmada, O-dışı kan grubuna sahip olmak, artmış pankreas kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. Pankreas kanseri için eşlik eden diğer risk faktörleri varlığında, kan gruplarının tarama kararını vermede yararlı olup olmayacağını belirlemek için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Pankreas kanseri, kan grubu, risk faktörü
Pankreas Kanserli Olguların ve Kontrol Grubunun O ve O-dışı Kan Gruplarına Göre Sınıflandırılması

	O kan grubu	O-dışı kan grubu	Toplam
Pankreas kanserli olgular	205 (%27)	553 (%73)	758 (%100)
Kontrol grubu	1.023.528 (%33,9)	1.999.355 (%66,1)	3.022.883 (%100)

EP-216

VEGF HEPATİK EPİTELOİD HEMANJİOENDOTELYOMA'DA EN İYİ HEDEF OLABİLİR

TUĞBA AKIN TELLİ¹, ÖZKAN ALAN¹, RAHİB HASANOV¹, EDA T. ŞİMŞEK¹,
TUĞBA BAŞOĞLU TÜYLÜ¹, ÖZLEM ERCELEP², SERAP KAYA², MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹,
NALAN AKGÜL BABACAN², FAYSAL DANE¹, P. FULDEN YUMUK¹

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş: Epiteloid hemanjioendotelyoma (EHE) endotel ve bağ dokusu kökenli çok nadir bir tümör olup en sık karaciğerdedir. Hepatik EHE (HEHE) en sık 20-40 yaş kadınlarda görülür. En sık akciğer, bölgesel lenf bezleri, dalak ve kemiğe metastatiktir. Tedavisiz prognozu kötüdür, genellikle karaciğerin her iki lobunu da tutan yaygın hastalıkla başvururlar.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta Ocak 2011'de 2 aydır olan sağ üst kadranda ağrıyla başvurdu. Yapılan üst batın MRG'sinde karaciğer parankimi içinde multiple en büyüğü 2 cm çaplı nodüler lezyonlar saptandı. AFP, CEA ve CA19-9 normal sınırlardaydı, viral hepatit markerları negatifti ve üst endoskopi ve kolonoskopide patolojik bulgu yoktu. Karaciğerdeki lezyonlardan yapılan trucut biyopsi sonucunda epiteloid hemanjioendotelyoma tanısı konuldu. Toraks BT ve PET-CT'de sol akciğer üst lobda yaklaşık 1,5 cm spiküler konturlu lezyon dışında uzak metastaz saptanmadı. Hasta akciğer lezyonundan biyopsi yapılmasını kabul etmedi. Unrezektable kabul edilen hastanın karaciğer nakli için canlı vericisi yoktu. Hastaya 4 kür CAP (siklofosfamid-doksorubisin-sisplatin) protokolü verildi. Karaciğer lezyonlarının progrese olması üzerine paklitaksel+bevacizumab kemoterapisi başlandı. 8 kür tedavi sonrası karaciğer lezyonlarında parsiyel yanıt görüldü ve yaklaşık 1 yıl kadar idame bevacizumab tedavisi verildi. 2013 yılında karaciğerdeki lezyonlar yeniden progrese oldu, gemcitabin+bevacizumab tedavisi başlandı. Tedavi altında stabil hastalık ile takip edilen hastanın gemcitabini 12 kür

sonra kesildi ve idame bevacizumab ile takip edildi. Yaklaşık 2 yıl sorunsuz ve stabil hastalık ile takip edilirken Mayıs 2016'da göğüs ağrısı nedeniyle tedavi kesilerek hasta ilaçsız izleme alındı. Kardiyolojik tetkiklerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. İlaçsız izlemin 6. ayında sol akciğer üst lobdaki lezyonda %50 boyut artışı olması üzerine tekrar biyopsi önerildi ve hasta reddetti. Kapesitabin tedavisi başlandı. 3 ay tedavi sonrası karaciğerdeki lezyonlar stabilken, akciğerdeki lezyonda belirgin boyut artışı olması üzerine daha önce iyi yanıt alınan paklitaksel+bevacizumab tedavisi verildi. İlaç toksisitesi (nöropati,vb.) görülmeyen hastanın, 3 kür tedavi sonrası akciğerdeki lezyonunda belirgin gerileme olması üzerine tedaviye devam kararı alındı. Hasta halen 4. Kür paklitaksel+bevacizumab sonrasında sorunsuz takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Metastatik veya unrezektable HEHE'de farklı kemoterapi protokolleri vaka bazlı yayınlarda denenmiştir. Özellikle talidomid, sorafenib ve bevacizumab gibi anti-angiogenik tedavilerin izole vaka raporlarında klinik yararı ve hastalık kontrolüne olumlu etkileri gösterilmiştir. Sunduğumuz vaka da VEGF hedefli tedaviden belirgin fayda görmüştür. Akciğerdeki lezyondan biyopsi yapılamaması ve primer akciğer kanseri tanısını ekarte edemememiz ise en önemli tartışılacak konudur.

Anahtar Kelimeler: bevacizumab, hepatik epiteloid hemanjioendotelyoma, VEGF

EP-217

**MDS GELİŞEN VE AZASİTİDİN İLE TEDAVİ YANITI ALINAN
METASTATİK GEPNET VAKASI**

MUSTAFA SERKAN ALEMDAR, GÖKHAN KARAKAYA, FATMA YALÇIN MÜSRİ,
ALİ MURAT TATLI, SEMA SEZGİN GÖKSU, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Nöroendokrin neoplazmlar, nöroendokrin differensiasyonun baskın olduğu epitelyal neoplazmlar olup birçok organda görülebilmektedir. Nöroendokrin tümörlerin büyük çoğunluğu Gastroenteropankreatik (GEP) nöroendokrin tümörlerden (NET) oluşmaktadır. Metastatik GEP NET vakalarında tedavi seçenekleri olarak Somatostatin analogları (Oktreotid, Lanreotid), temozolomide, kapesitabin, streptozosin, everolimus, sunitinib, Peptid Reseptör Ligand Tedavileri (Yitrium, Lutesyum) yer almaktadır. İkinci primer tümör olarak Miyelodisplastik Sendrom (MDS) gelişen Metastatik GEP NET hastasında, MDS tedavisi için kullanılan Azasitidine ile elde edilen tedavi yanıtını sunmak istedik.

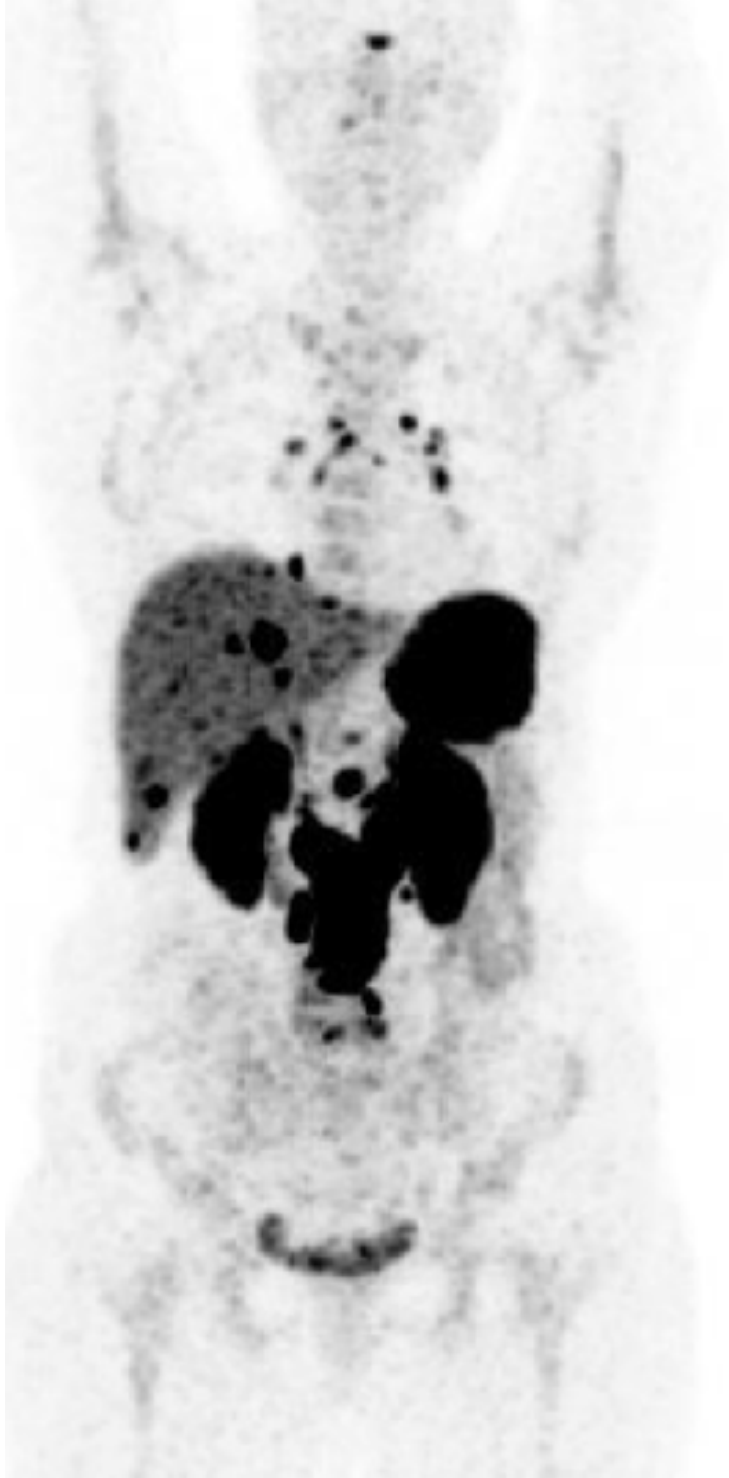
Olgu: 52 yaşında kadın hasta, Aralık 2011'de kasık ve karın bölgesinde ağrı nedeni ile tetkik edilmiş, sol overde solid ve kistik komponentleri olan lezyon saptanmış. Mart 2012'de Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılmış. Patoloji sonucu metastatik karsinoid tümör olarak raporlanmış, hastaya yapılan klinik, patolojik ve radyolojik değerlendirme sonucunda metastatik GEP-NET tanısı konularak Oktreotid ile tedaviye başlanmış, Mart 2014'de hastalık progresyonu olması üzerine Lutesyum -177 uygulanmış. Aralık 2014'de progresyon görülmesi üzerine Kapesitabin tedavisi Oktreotide ek olarak başlanmış. Şubat 2015'te Karaciğerdeki lezyonlar progrese olması üzerine tekrar Lutesyum - 177 uygulanmış. Haziran 2015'te karaciğerdeki lezyonlarda tekrar progresyon olması üzerine Lutesyum - 177 tedavisi 4. kez uygulanmış. Ha-

ziran 2016'da lezyonlar progrese olması üzerine Kapesitabin kesilerek Everolimus tedavisi başlanmış. Nisan 2017 tarihinden itibaren bisitopenileri görülmesi üzerine Everolimus tedavisinde ilk önce doz azaltıldı, sonrasında sitopenileri devam etmesi üzerine Everolimus tedavisi kesildi. Bisitopeni nedeniyle kemik iliği aspirasyon ve biopsisi yapılan hastanın patoloji sonucu Miyelodisplastik Sendrom gelmesi üzerine Hematoloji bölümü tarafından Azasitidin tedavisi başlandı. Hastanın derin trombositopenisi olması, tekrarlayan enjeksiyonlarla cilt altı hematom riski olması ve hastanın semptomatik olmaması nedeniyle Oktreotid ve Everolimus tedavisi kesildi. Hastaya Hematoloji bölümü tarafından MDS tedavisi olarak Azasitidin başlandı. Yaklaşık 3 ay GEP-NET için tedavi almayan hastaya yeniden evreleme amaçlı çekilen Ga -68 DOTA PET'te mevcut lezyonlarda kısmi yanıt görüldü(RESİM-1 VE RESİM-2)

Sonuç: Metastatik GEP-NET tedavisinde kullanılan güncel tedavi seçenekleri ile sağkalım katkısı elde edilmektedir. Bununla birlikte MDS tedavisinde kullanılan Azasitidin ile yapılmış in vitro hücre kültür çalışmalarında hücre siklusunu G2/M fazında durdurarak hücre ölümüne neden olduğu ve karsinoidlerde kromogranin A ve Nöron Spesifik Enolaz ekspresyonunu azalttığı gösterilmiş. Bu bilgiler ışığında Azasitidin GEP-NET tedavisinde bir seçenek olarak düşünülmesi için klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Azasitidin, karsinoid tümör, metastatik nöroendokrin tümör

Resim-1



Resim-2



Son çekilen pet ct

EP-218

**TANI ANINDA METASTATİK ÖZOFAGO-GASTRİK BİLEŞKE KANSERİ
SAPTANAN 16 YAŞINDA BİR OLGU**

ZUHAT URAKÇI¹, LEYLA SERT², NADIYE AKDENİZ¹, OĞUR KARHAN¹, HALİS YERLİKAYA³, ÖZGÜR ÖZBEY²,
HALİL KÖMEK⁴, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
3 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİRİMİ
4 GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÜKLEER TIP BİRİMİ

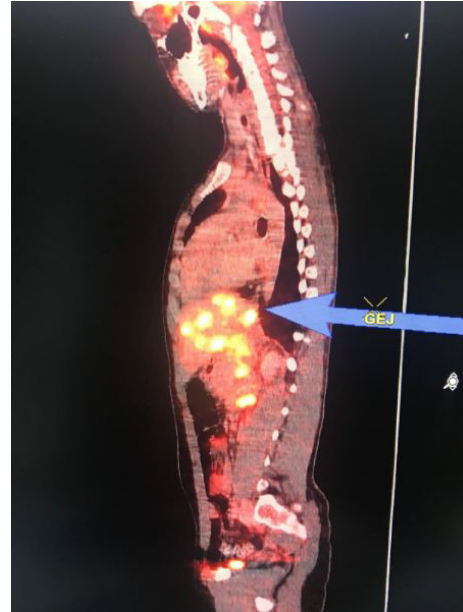
Amaç: Gastro-özofajiyal bileşke kanserleri daha çok ileri yaşlarda görülürken, genç yaşta ve çocuklarda görülme sıklığı oldukça azdır. Burada, tanıda yaygın metastazla başvuran, 16 yaşında bir gastro-özofajiyal bileşke kanseri olgusu sunuldu.

Olgu: 16 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 aydır başlayan kilo kaybı, giderek artan karın ağrısı ve yutma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Yapılan değerlendirmede sağ üst kadranda hasasiyeti olan hastanın abdomen ultrasonografisinde, karaciğerde metastatik lezyonlar ve portal ven çevresinde metastatik lenf nodları saptandı. Hastanın tümör belirteçlerinden CA 15-3:216,5 U/ml (<25) ve CA 19-9:1000 U/ml (<19) olarak saptandı. Abdomen BT'de karaciğerde multiple sayıda periferik kontrast tutulumu gösteren metastaz lehine değerlendirilen lezyonlar ve portal hilusta, çölyak trunkusta, gastrohepatik ligaman düzeyinde, batın sağ alt kadranda çok sayıda lenfadenopati saptandı. PET-CT, özofagus alt ucunda malign duvar kalınlaşması, supra-infradiyafragmatik malign lenf nodları, karaciğer tutulumu ile uyumlu raporlandı (Şekil 1ve 2). Yapılan endoskopide özofagus alt uçta, yaklaşık 2-3 cm uzunluğunda mukozadan kabarık düzensiz, karnabahar şeklinde malign görünümlü kitle lezyonu izlendi. Biyopsi sonucu malign epitelyal tümör, adenokarsinom şeklinde raporlandı. Hastaya palyatif kemoterapi başlandı.

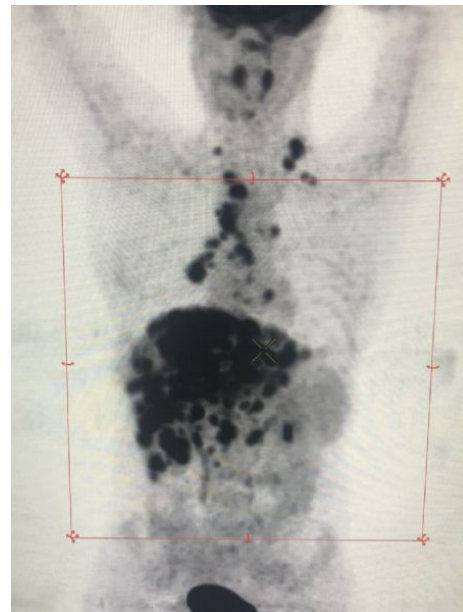
Sonuç: Genç yaşta görülen gastro-özofajiyal bileşke kanserleri agresif seyirli olup, tanı anında çoğu ileri evrededir. Semptomlar non-spesifik olup, disfaji, kilo kaybı ve göğüste yanma gibi şikayetler oluşabilir. Genç yaşta kilo kaybı ve disfaji gibi şikayetlerle başvuran hastalarda, bizim olgumuzda da olduğu gibi, ayırıcı tanıda gastro-özofajiyal bileşke kanserleri de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastro-özofajiyal bileşke kanseri, onaltı yaş, metastaz

Şekil 1.



Şekil 2.



EP-220

PANKREASIN NADİR BİR KANSERİ: OSTEOKLAST BENZERİ DEV HÜCRELER İÇEREN UNDFERANSİYE KARSİNOM

MUSTAFA SAHBAZLAR

DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KÜTAHYA

Amaç: Osteoklast benzeri dev hücreler içeren undiferansiye karsinom pankreasın çok iyi tanımlanmamış nadir görülen bir kanseridir. Endokrin dışı pankreas neplazilerinin %1'inden azını oluşturmaktadır. Kadınlarda daha sık görülmektedir. Genellikle tipik duktal adenokarsinomdan daha agresif seyir göstermektedir. Burada, pankreasın psödokisti olarak değerlendirilip geç tanı alan bir olgu, tümörün nadir görülüyor olması sebebiyle sunuldu.

Olgu: Bilinen tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü olan 63 yaşındaki kadın hasta Ocak 2017'de bulantı-kusma, karın ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuş. Yapılan batin USG'de dalak enfarktı saptanmış. Batin tomografisinde splenik vende tromboz ve muhtemel bu tromboza bağlı geniş dalak enfark alanı görülmüş. Ayrıca pankreatit bulguları ve pankreas distalde psödokist olarak değerlendirilen 7 cm kistik lezyon saptanmış. Nisan 2017'de 7.5 cm olan pankreatik kistik lezyonun Haziran 2017'de 8.5 cm'e progrese olduğu görülmüş. Lezyon boyutunun artması sebebiyle Temmuz 2017'de opere olmuş. Frozen benign olması nedeniyle sadece splenektomi, kist aspirasyonu ve kist duvarından biyopsi yapılmış. Ancak kesin patoloji sonucu epitelial tümör olarak raporlanmış. Bundan sonra Eylül 2017'de polikliniğimize başvuran hasta PET ile evrelendirildi. PET'te 11.5

cm boyutunda olan pankreas kistik kitle lezyonu dışında ilave tutulum yoktu. Operasyon önerilerek Genel Cerrahi ile konsültte edildi. Ancak R0 rezeksiyonun mümkün olamayabileceği belirtildi. Bu nedenle neoadjuvan kemoterapi planlandı. Hastaya 4 siklus FOLFİRİNOX kemoterapisi verildi. Ancak kontrol BT'de kistik kitlenin 14 cm olduğu görüldü. Kemoterapiye yanıtız olarak değerlendirildi. Hastaya Aralık 2017'de distal pankreatektomi ve subtotal gastrektomi uygulandı. Patoloji osteoklast benzeri dev hücreler içeren undiferansiye karsinom olarak raporlandı. Çıkarılan bir lenf nodunda metastaz saptandı. Cerrahi sınır negatif olan hastaya adjuvan kemoterapi ve radyoterapi planlanmış olup hastanın takibi halen devam etmektedir.

Sonuç: Osteoklast benzeri dev hücreler içeren undiferansiye karsinom, pankreasın agresif seyirli nadir görülen bir kanseridir. Tipik duktal karsinomdan farklı radyolojik görünüm sergileyebileceği akılda tutulmalıdır. Pankreas kanserinde kullanılan kemoterapi rejimlerinin bu alt tipte etkinliği konusunda yeterli veri olmaması sebebiyle erken tanınması ve cerrahi tedavi sağkalım açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kist, osteoklast benzeri, pankreas, undiferansiye

EP-221

**AKUT BATIN İLE PREZENTE OLAN İNCE BARSAK
GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRÜ İLE MEME KANSERİNİN
BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**

SEMA TÜRKER, CENGİZ KARAÇİN, GÖKŞEN İNANÇ İMAMOĞLU, PERİHAN PERKİN,
ÖZLEM AYDIN İSAK, EBRU ÇILBIR, DOĞAN YAZILITAŞ, HAYRİYE ŞAHİNLİ, MUSTAFA ALTINBAŞ

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu: 2009 yılında sağ memesinde kitle saptanan hastaya MRM yapıldı. Patoloji sonucu T2N1M0 hormon reseptörü negatif, cerb-2 skor3 invaziv duktal karsinomla uyumlu geldi. Adjuvan 4 kür siklofosamid+ adriamisin, 12 hafta paklitaksel ve trastuzumab, radyoterapi ve 1 yıl süreyle trastuzumab tedavisi aldı. Dış merkezde Mart 2015’de akut batın nedeniyle acil opere edilen hasta patoloji sonucu ile polikliniğimize başvurdu. Patolojisi Gastrointestinal Stromal Tümör olarak raporlanan hastanın sistemik taramalarında torakoabdominal tomografisinde karaciğerde metastaz ile uyumlu lezyonlar saptandı; alınan biyopsi sonucu gastrointestinal stromal tümör metastazı ile uyumlu geldi. Kasım 2015’ de imatinib tedavisi başlandı. Mayıs 2016’ da karaciğer lezyonlarında ve mezenterik lenf nodlarında progresyon saptanması üzerine Sunitinib tedavisine geçildi. Eylül 2017’ de progresyon gelişmesi üzerine hastaya regorafenib tedavi-

si başlandı. Ocak 2018’ de mesenterik lenf nodlarının sayı ve boyutunda artış saptanan hasta için endikasyon dışı dasatinib tedavisi için başvuru yapıldı.

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Meme kanseri tanılı hastalarda gastrointestinal sisteme metastaz olabildiği gibi, ikinci primer tümör olarak gastrointestinal sistem kanserleri de saptanabilmektedir. Gastrointestinal stromal tümörler (GİST) gastrointestinal sistemin en yaygın mezenkimal tümörleridir. En sık görülen lokalizasyonlar mide (%50-60) ve ince barsak (%20-30) dır. Stromal tümörler nadir olsa da diğer malignitelerle bir arada bulunur. Meme kanseri ile GIST arasındaki etyolojik ilişki bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, GİST, metakron tümör

EP-222

METASTATİK MİDE KANSERLİ HASTALARDA ALBUMİN-GLOBULİN ORANININ PROGNOSTİK ÖNEMİ

YAKUP BOZKAYA, GÖKMEN UMUT ERDEM, NEBİ SERKAN DEMİRCİ,
OZAN YAZICI, NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, NURULLAH ZENGİN

SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş-Amaç: Serum proteinlerin iki major komponentini oluşturan albumin ve globulin inflamasyonda önemli bir rol oynamaktadır. Son yıllarda albumin globulin oranının (AGO) mide kanseri dahil kolon, akciğer, özefagus ve meme gibi çeşitli malignitlerde prognostik bir inflamasyon belirteci olduğu gösterilmiştir. Mide kanseri ile ilgili çalışmalar çoğunlukla küratif cerrahi uygulanan hastalarda yapılmıştır. Fakat metastatik mide kanserli hastalarda AGO'nun prognostik ilişkisi net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı metastatik mide kanserli hastalarda AGO'nun genel sağkalım (GS), Progresyonsuz sağkalım (PS) açısından prognostik değerini araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Ocak 2009 ile Nisan 2016 tarihleri arası SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde metastatik mide kanseri tanısı almış hastalar retrospektif olarak incelendi. Histopatolojik olarak gastrik kanser tanısı konulanlar ve uzak metastazı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Metastatik mide kanserli hastaların klinikopatolojik ve tedavi ilgili parametreler ile laboratuvar parametreleri değerlendirildi. AGO değeri aşağıdaki formül ile hesaplandı (AGO= serum albumin/total protein-serum albumin). AGO'nun cut-off noktası medyan değer olan 1.20 olarak alındı ve hastalar Düşük AGO ve yüksek AGO olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya 251 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 59 (aralık=22-87) yıl idi ve onların çoğunluğu (72.6%) erkek idi. En sık histopatolojik tip kötü differansiye adenokarsi-

nom (72.5%) idi. Hastaların çoğu (71%) ECOG performans skoru 0-1 ve grubun yarısından daha azı (44.6%) herhangi bir komorbid hastalığa sahipti. En sık metastaz alanı sırasıyla karaciğer (46%), Periton (30%) ve Batın içi uzak lenfadenopati (30%) idi ve onların 43%'ü iki veya daha fazla metastaz bölgesine sahipti. Yüksek AGO grubunda, ECOG performans skoru 0-1 (77.6% vs 64.3%, p= 0.02), CEA \leq 5 ng/ml (65.6% vs 52.4%, p= 0.03), CA 19-9 \leq 37 U/ml (69.6% vs 50.8%, p= 0.002), Hemoglobin >10 g/dL (86.4% vs 74.6%, p= 0.02), Laktat dehidrogenazın normalden yüksek olması (54.4% vs 39.7%, p= 0.01) düşük AGO grubuna göre önemli bir şekilde daha yüksek bulundu. Düşük AGO grubunda ise karaciğer metastaz oranı istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (54.0% vs 37.6%, p= 0.009). Birinci/ikinci/üçüncü basamak kemoterapi açısından her iki grupta anlamlı fark yoktu. Multivariate analizde ise ECOG performans status 2-4, kilo kaybının olması, Düşük AGO grup, CEA >5 ng/ml olması daha kısa GS ve PS ile ilişkiliydi

Sonuç: Albumin ve globulin rutin pratikte ölçülen düşük maliyetli parametrelerdir. Metastatik mide kanserli hastalarımızda düşük AGO daha kötü GS ve PS ile ilişkili olarak bulundu. Böylece düşük maliyetli bu prognostik parametreler kullanılarak daha kısa sağkalıma sahip olabilecek hastaların öngörülmesi ile bu hasta grubuna daha agresif tedavilerin verilmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Albumin/Globulin oranı, metastatik mide kanseri, prognoz

EP-223

UZUN SAĞ KALIM SAĞLANAN METASTATİK PERİAMPULLER TÜMÖR OLGUSU

OĞUR KARHAN, ZUHAT URAKÇI, NADIYE AKDENİZ,
MEHMET KÜÇÜKÖNER, MUHAMMET ALİ KAPLAN, ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

Amaç: Periapuller tümörler pankreas, distal koledok, duodenum ve ampulladan köken alırlar. Prognoz hastalığın evresi ile ilişkili olup evre arttıkça 5 yıllık sağ kalım azalmaktadır. Burada uzun sağkalımı olan metastatik periampuller tümör olgusu sunulmuştur.

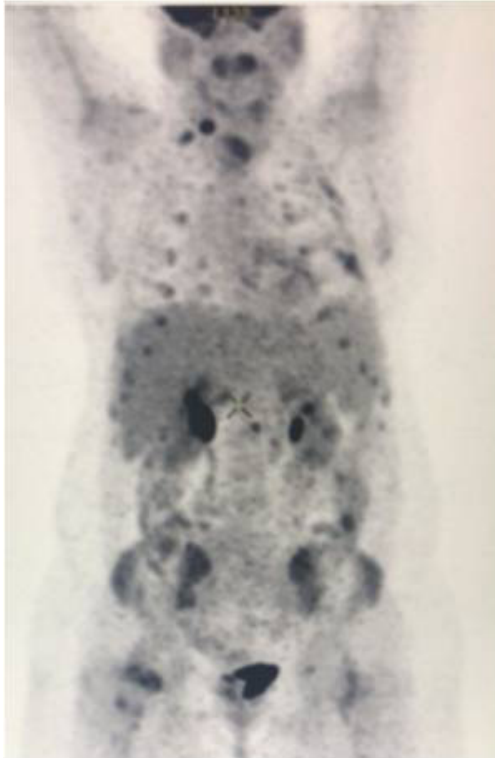
Vaka: 2008 yılında ampulla vateride kitle nedeniyle whipple operasyonu yapılan hastanın patolojisi orta derecede diferansiye adenokarsinom olarak değerlendirildi. Hasta evre IIIB olarak değerlendirilip adjuvan 6 kür gemsitabin sisplatin kemoterapisi sonrası takibe alındı. 2010 yılında sırt ve kalça ağrısı ile başvuran hastanın çekilen kemik sintigrafisinde sağ 8,9,12. kosta, sol 6,11,12. kosta ile lomber 2,3,4. vertebra ve her iki femur başında metastaz ile uyumlu tutulumlar izlendi.(Şekil 1)

Hastaya L1-L4vertebra ve femur başına 30 Gy/10 fraksiyon RT verildi. Hastaya palyatif kapesitabin ve zoledronik asit başlandı. 2010 yılından itibaren mevcut tedaviye devam edilmekte olup hastanın ocak 2018 tarihli pozitron emisyon tomografisinde parsiyel yanıtı mevcuttur.(Şekil 2)

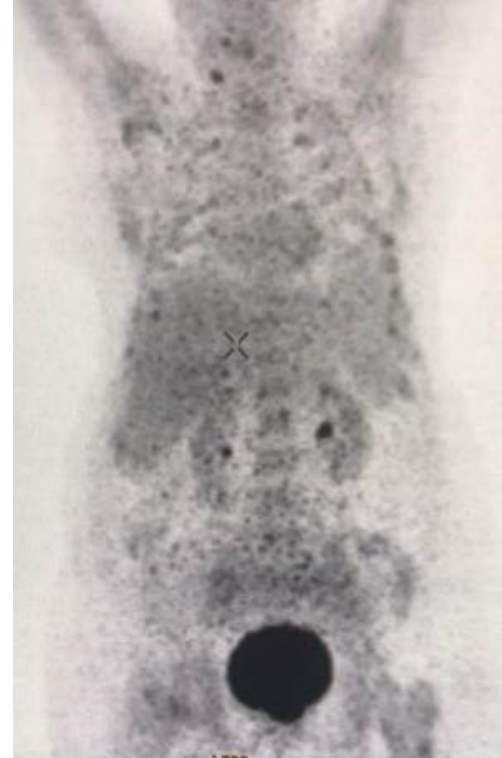
Sonuç: Evre IIIB periampuller tümörlerde 5 yıllık yaşam beklentisi yaklaşık %27 civarındadır. Bizim olgumuz ise tanıdan itibaren 10 yıl ve metastatik evrede kemoterapi ile 8 yıldır takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kemik metastazı, periampuller tümör, uzun sağ kalım

Şekil 1



2011 yılında kemik metastazı saptanan PET CT görüntüsü



2018 yılına ait PET CT görüntüsü

EP-224

**ALFA-FETOPROTEİN ARTIŞI GÖSTERMEYEN NON-SİROTİK
HEPATOSELLÜLER KARSİNOM (HCC) VAKASI**

MUSTAFA ALTINBAŞ, PERİHAN PERKİN, ÖZLEM AYDIN, CANGİZ KARAÇİN,
SEMA TÜRKER, İNANÇ İMAMOĞLU, HAYRİYE ŞAHİNLİ, DOĞAN YAZILITAŞ, EBRU ÇILBİR

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

ANAMNEZ: Otuz yıl önce askerde sarılık geçirmiş ve hepatit B olduğu söylenip ilaç tedavisi verilmiş. Son aylarda karın ağrısı ve sağ üst kadranda dolgunluk şikayeti nedeniyle üst karın USG çekilmiş ve karaciğerde kitle görülmüş. Çekilen dinamik BT’de sağ lobda segment 6-7’yi tutan 8x7.5 cm lezyon saptanmış. Çevrede satalit nodüller görülmüş ve HCC ile uyumlu olarak rapor edilmiş.

KLİNİK: Performan statüsü ECOG 1 olan hastanın sigara içimi-ne bağı KOAH dışında ko-morbiditesi yok. Hastada hepatome-gali ve splenomegali yok. Hemogram ve biyokimyasal değerleri normal sınırlarda. INR: 1.03 idi.

Tümör markırları CEA: 3.07, CA 19-9: 69.4, alfa-FP: 9.63 ve 10.04 geldi.

Sosyal alkol içicisi olan hastada karaciğer sirozu saptanmadı. HBsAg 66.22 ve 80.96 değerleri ile pozitif gelen hastaya (Hepatit B taşıyıcısı) Gastroenteroloji Bölümü anti-viral tedavi (entekavir tbl 0.5 mg 1x1) başladı.

Genel Cerrahi ve Gastrocerrahisi Bölümleri hastanın in-op ol-duğunu değerlendirdi.

Girişimsel radyolojinin yaptığı tru-cut biyopsisi hepatosellüler karsinom (HCC) geldi.

Hastaya Girişimsel Radyoloji tarafından TAKE yapıldı. İşlemd e 50 mg adriamisin, 30-60 mikron mikropartiküller kullanıldı.

Hastaya tarafımızdan epirubisin 60 mg/m² tedavisi planlandı. Progresyon olduğunda sorafenib tedavisine planlandı.

Tartışma: Sağ üst karın ağrısı ve bu bölgedeki dolgunluk ka-raciğerdeki oluşuma bağlandı. Hastada artmış olan CA 19-9 değerine karşılık gelecek klinik tablo saptanmadı. HCC’de %5 oranında alfa-FP artışı görülmeyebilmektedir.

Görüntüleme yöntemlerinde HCC olarak tanımlanan lezyondan alınan biyopsi hepatosellüler karsinom sonucunu verdi. Hastanın hepatit B taşıyıcısı olması hasebiyle HCC tanısı klinik anlamlılık kazanmış oldu. İnoperabl olan hastaya TAKE uygulandı ve palyatif kemoterapi (epirubisin 60 mg/m² tedavisi) planlandı. Progresyon saptandığında hedefe yönelik tedavi olan sorafenib tedavisi (çoklu tirozin kinaz inhibitörü) verilecek.

Sonuç: HCC’de markır yükselmesi %5 oranında görülmeyebilir. Hepatit B taşıyıcılığı HCC gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Bu hastalar HCC yönünden yakın takipte kalmalıdır ve kü-rabl evrede tanı konmalıdır. Hepatit B taşıyıcısı olanların yakın çevresi de hepatit B profilaksisi yaptırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatosellüler karsinom (HCC), TAKE, ke-moterapi, hedefe yönelik tedavi

EP-225

METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE 2. BASAMAK TEDAVİLERİN ETKİNLİĞİ

MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, BURAK BİLGİN¹, EBRU KARCI GÜNER², YAKUP ERGÜN³, ECE ESİN⁴, ELİF BERNA KÖKSOY², AHMET SEZER⁵, NURİYE ÖZDEMİR¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU⁴, BÜLENT YALÇIN¹, GÜNGÖR UTKAN², YÜKSEL ÜRÜN²

1 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

2 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

4 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

5 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

Giriş: Pankreas Kanseri em erkeklerde hem de kadınlarda kansere bağılı ölümlerin en sık 4. sebebidir. Erken evre pankreas kanserlerinde bile cerrahi ile medyan sağkalım 30 ayın altındadır. Metastatik pankreas kanserli hastalarda ise en iyi ve yoğun tedavi ile medyan sağkalım 12 ayın altındadır. Çok az bir hasta 2. basamak tedavi alabilmektedir. Çok merkezli bu çalışmada amacımız metastatik pankreas kanserli hastalarda 2. basamak tedavilerin etkinliğini değerlendirmektir.

Materyal-Metod: Çalışmamıza 5 ayrı merkezden 2. basamak tedavi alan toplam 161 metastatik pankreas kanser tanılı hasta alındı. Hastaların mevcut demografik, klinik ve patolojik incelemeleri retropektif olarak kaydedildi. İstatistiksel analizler için SPSS 20, sağkalım için Kaplan Meier testi kullanılmıştır. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar istatistiksel anlamlı olarak yorumlandı.

Sonuçlar: Hastaların 51'i (%31.7) kadın, 110'u (%68.3) erkek idi. Hastaların ortanca tanı yaşı 59 (30-79) idi. 84 hastanın (%56.0) tümörü pankreas baş kısmında, 39 hastanın (%26.0) korpus kısmında ve 27 hastanın (%18.0) kuyruk kesiminde yerleşimli

idi. 2. Basamak kemoterapi öncesi performans durumları incelendiğinde 42 hasta (%26.1) ECOG 0, 64 hasta ECOG 1 (%39.8), 46 hasta ECOG 2 (%28.6) ve 9 hasta (%5.6) ECOG 3 performansa sahip idi. 2. Basamakta 11 hasta gemsitabin ile (%6.8), 10 hasta gemsitabin-sisplatin kombinasyonu ile (%6.2), 6 hasta FOLFİRİ ile (%3.7), 2 hasta FOLFİRİNOX ile (%1.2), 81 hasta oksaliplatin bazlı kemoterapiler ile (%50.3), 20 hasta kapasitabin monoterapisi ile (%12.4), 3 hasta nap-paklitaksel ile (%1.9) ve 19 hasta (%17.4) diğer rejimler ile tedavi edilmişti. Tedavi etkinlikleri arasında fark saptanmadı. Ortanca sağkalım 2. Basamak tedavi ile 4 ay idi (2-67). Tanıdan itibaren ise ortanca sağkalım 11 (4-75 ay) ay idi.

Tartışma: Metastatik pankreas kanserinde standart 2. Basamak tedavi yoktur. Yapılan çalışmalarda medyan sağkalım 2. Basamak tedaviler ile 3-6 ay arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda da 2. Basamak tedavi protoklleri arasında etkinlik farkı saptanmadı ve ortanca sağkalım 4 ay bulundu.

Anahtar Kelimeler: pankreas kanseri, metastatik, kemoterapi, oksaliplatin, destek tedavi

EP-226

KAS VE CİLT METASTAZLARI İLE PREZENTE OLAN SAFRA KESESİ KANSERİ OLGUSU

MUSTAFA ERSOY, BÜLENT YILDIZ, BERMET JUNUSHOVA, LÜTFİYE DEMİR, MURAT DİNÇER

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Safra kesesinin submukoza ve muskularis mukoza tabakaları yoktur ve venöz drenajı direk olarak karaciğer parankimindedir. Bu yüzden bu organın kanserleri kolaylıkla lenfatik ve vasküler yapılara ulaşmanın yanında, yine kolaylıkla safra kesesinin dışına (karaciğer veya peritonal) yayılabilmektedir. Yapılan çalışmalar ancak %10 olguda kanserin safra kesesine sınırlı kaldığını, geri kalanlarda ise lenfatik-hematojen yayılım (%65-95) veya karaciğer invazyonu (%90) bulunduğunu bildirmektedir. Biz burada elektif kolesistektomi sonrası insidental safra kesesi taşlı yüzük hücreli karsinomu saptanan; karaciğer ve intraperitoneal yayılım olmadan psoas kası, cilt ve kolon gibi atipik metastazlarla prezente olan bir olguyu sunduk.

Olgu: 60 yaşındaki erkek hastanın Mart 2013 tarihinde kolelitiazis nedeniyle dış merkezde elektif kolesistektomi operasyonu uygulanmış. Hastanın aynı zamanda ülserle cilt lezyonları nedeniyle saçlı deriden ve yüzden dermatoloji tarafından eksizyonel biopsi yapılmış. Hastanın patoloji örneklerinin immunohistokimyasal incelemesinde iki örnekte de EMA, CDX2, CEA, MUC2, MUC5AC, CK17, CK20 pozitifliği olan taşlı yüzük hücreli adenokarsinom saptanmış. Hasta primer safra kesesi kanseri cilt metastazı olarak değerlendirilerek tarafımıza yönlendirildi. Hastanın çekilen tomografilerinde rektosigmoid bölgede kalınlık artışı dışında sistemik metastaz saptanmadı. PET CT'de sol psoas kasındaki aktivite artışı dışında uzak metastaz bul-

gusu saptanmadı. Kolonoskopide 10. cm'de izlenen kitleden alınan biopsi sonucu EMA, CDX2, CEA, MUC2, MUC5AC, CK17, CK20,CK7 pozitif taşlı yüzük hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastada CK7 pozitifliği olması nedeniyle tümörün kolon orijini olmadığı safra kesesi kaynaklı tümör metastazı olduğu düşünüldü. Hastanın sol psoas kasındaki kitleden alınan tru-cut biopsi örneği de benzer immunohistokimyasal özellikler içeren taşlı yüzük hücreli adenokarsinom olarak raporlandı. Hastaya Gemsitabin-Cisplatin tedavisi verildi. Altı siklus tedavi sonunda stabil hastalık cevabı ile takip edilen hasta kendi isteğiyle tedaviyi sonlandırdı. Takiplerine de gelmeyen hasta 1 yıl sonra muhtemel hastalık progresyonuna bağlı ex olduğu bilgisine ulaşıldı.

Sonuç: Safra kesesi kanserleri, 5 yıllık genel sağlığı %5'den az ve median sağlığı 1

yıldan az olan agresif tümörlerdir. Elektif kolesistektomi sonrası tanı alan asemptomatik vakalarda bile yaygın metastazlar bulunabileceği akılda tutulmalıdır. En sık yayılım yeri karaciğer ve intraperitoneal yayılım olmakla birlikte bizim vakamızda olduğu gibi karaciğer metastazı ve lokal nüks olmadan atipik alanlara da yayılım yapabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cilt metastazı, kas metastazı, safra kesesi kanseri

EP-227

**GASTRİK VE ÖZOFAGOGASTRİK BİLEŞKE KARSİNOMLARINDA
PERİOPERATİF FLOT PROTOKÖLÜ DENEYİMİMİZ**

FATİH YILDIZ¹, HÜSEYİN KANMAZ², EMRAH ERASLAN¹, FERİT ASLAN³,
GÜLNIHAL TUFAN¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹, UMUT DEMİRCİ¹

1 ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 VAN BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

3 SİİRT DEVLET HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Mide ve özofagogastrik bileşke (ÖGB) kanserlerinde perioperatif sistemik kemoterapi, R0 rezeksiyon şansını arttırdığı gibi erken mikrometastatik hastalığın tedavisinde de etkin bir strateji olarak görülmektedir. İlk olarak epirubusin, sisplatin, 5-FU (ECF) kombinasyonunun bu grup hastalarda etkinliği gösterildikten sonra 2017 yılındaki çalışmada dosetaksel, oksaliptin, 5-FU (FLOT) rejiminin ECF kombinasyonundan daha uzun sağkalım sağladığı bildirildi. Bu çalışmada lokal ileri mide ve ÖGB adenokarsinomlarında FLOT rejiminin etkinliğini ve güvenliğini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ağustos 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında Ankara Onkoloji Hastanesi ve Van Bölge Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniklerinde lokal ileri mide ve ÖGB adenokarsinomu tanısı ile perioperatif FLOT rejimi uygulanan hastaların verileri elektronik kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: On biri erkek (%84) toplam 13 hastanın ortanca yaşı 62 (49-74) idi. Tamamı adenokarsinom histolojisine sahip hastaların tümör yerleşim yeri 10 hastada mide iken, üç hastada ÖGB'ydi. Neoadjuvan tedavi öncesi yapılan görüntülemelere göre hastaların tamamı T2-T3 (non-T4) ve N pozitif evredeydi. Tüm hastalara primer granulosit koloni stimulan faktör (g-csf)

proflaksisi verildi. Yan etki olarak bir hastada kemoterapiye bağlı febril nötropeni (FEN) gelişti. İki hasta kemoterapiye bağlı grad 3 halsizlik ve grad 2 bulantı, kusma nedeniyle tedaviden vazgeçti. On hasta planlanan preoperatif dört kür tedaviyi tamamlarken, bir hasta ise son olarak üçüncü kür tedavisini aldı. Kemoterapiye bağlı ölüm gözlenmezken, bir hasta operasyon sonrası batın içi apse ve sonrasında gelişen sepsis nedeniyle eksitus oldu. Opere olan üç hastanın birinde patolojik olarak minimal, ikisinde orta derecede tümör regresyonu saptandı. Preoperatif görüntülemelerde tüm hastaların çevre lenf nodlarında pozitiflik mevcutken, postop değerlendirmede üç hastanın da eksize edilen lenf nodlarında metastaz saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda lokal ileri mide ve ÖGB karsinomlarında preoperatif FLOT rejiminin tolerasyonu literatürle benzer bulunmuş, hastaların %85'inin planlı preoperatif tedaviyi tamamladığı görülmüştür. Kemoterapi etkinliği için elimizde kısıtlı veri bulunmakla birlikte opere edilen hastaların patolojik değerlendirmelerinde lenf nodlarında karsinom metastazına rastlanmaması hastalıksız sağ kalım ve genel sağ kalım açısından umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: gastrik kanser, özofagogastrik bileşke kanseri, perioperatif kemoterapi

EP-228

METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ ÖNCESİ PROGNOSTİK BELİRTEÇLERİN SAPTANMASI

BURAK BİLGİN¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, EBRU KARCI GÜNER², YAKUP ERGÜN³, ECE ESİN⁴, ELİF BERNA KÖKSOY², AHMET SEZER⁵, NURİYE ÖZDEMİR³, BERNA ÖKSÜZOĞLU⁴, BÜLENT YALÇIN¹, GÜNGÖR UTKAN², YÜKSEL ÜRÜN²

1 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
3 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
4 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
5 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ADANA

Giriş: Pankreas kanseri, tüm dünyada en sık kanser ilişkili ölüm nedenlerinden biridir. Metastatik pankreas kanserinde beklenen sağkalım 12 ayın altındadır ve birinci basamak tedavi öncesi prognostik olabilecek belirteçler daha önce yoğun olarak araştırılmıştır. Bununla birlikte pankreas kanserinde standart 2. Basamak tedavi bulunmamaktadır. Hastaların küçük bir kısmı 2. basamak tedavi alabilmektedir ve bu hastaların sağkalım süresi çok kısadır. Literatürde 2. basamak tedavi öncesi prognostik belirteçleri aratıran az sayıda çalışma vardır. Çok merkezli bu çalışmada amacımız metastatik pankreas kanserli hastalarda 2. basamak tedavi öncesi prognostik belirteçlerin tespit edilmesidir.

Metod: Çalışmamıza 5 ayrı merkezden 2. basamak tedavi alan toplam 161 metastatik pankreas kanser tanılı hasta alındı. Hastaların mevcut demografik, klinik ve patolojik incelemeleri retrospektif olarak kaydedildi. İkinci basamak tedavi öncesi nötrofil sayısı lenfosit sayısına bölünerek nötrofil lenfosit oranı (NLO) hesaplandı ve ortanca değeri olan 3, eşik değer olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler için SPSS 20, sağkalım için Kaplan Meier testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analiz için Cox regresyon modeli uygulandı. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar istatistiksel anlamlı olarak yorumlandı.

Sonuçlar: Hastaların ortanca tanı yaşı 59 (30-79) idi. Hastaların 51'i (%31.7) kadın, 110'u (%68.3) erkek idi. 2. Basamak kemoterapi öncesi performans durumları incelendiğinde 42 hasta (%26.1) ECOG 0, 64 hasta ECOG 1 (%39.8), 46 hasta ECOG 2 (%28.6) ve 9 hasta (%5.6) ECOG 3 performansa sahip idi. Ortanca sağkalım 2. Basamak tedavi ile 4 ay idi (2-67). İkinci basamak tedavi öncesi prognostik belirteçleri belirlemek için yapılan tek değişkenli analizde ECOG performans skorunun ≥ 2 olması, 65 yaşından büyük olmak, hipoalbuminemi, trombositoz varlığı, periton metastazı olması, ALP seviyesinin yüksek olması CEA yüksekliği ve NLO ≥ 3 olması kötü prognostik olarak saptandı (Tablo 1). Anemi varlığı, LDH düzeyi, CA 19,9 düzeyi ise anlamlı saptanmadı. Çok değişkenli analizde ise NLO ≥ 3 olması istatistiksel anlamlı olarak bağımsız

kötü prognostik faktör olarak saptanırken hipoalbumemi ise sınırda anlamlı olarak kötü prognostik olarak saptandı (Tablo 2).

Tartışma: Metastatik pankreas kanseri kötü prognozla seyreden bir kanser türüdür. Özellikle ikinci basamak tedavilerde ortalama sağkalım 3-6 ay olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da ortanca sağkalım 4 ay olarak saptanmış olup özellikle NLO ve albumin düzeyi bağımsız prognostik belirteç olarak saptanmıştır. Bu bulguların ikinci basamak tedavi seçimine ve prognozu tahmin etmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Albumin, Nötrofil-lenfosit oranı, Pankreas kanseri, Prognostik belirteç

İkinci Basamak Tedavi Öncesi Parametrelerin Tek Değişkenli Analiz Sonuçları

Parametre	Hasta Sayısı	Ortanca Sağkalım	P
Albumin Düzeyi <3,5 mg/dl $\geq 3,5$ mg/dl	47 53	3 ay 6 ay	< 0,001
ALP Normal Yüksek	43 56	6 ay 3 ay	0,001
ECOG performans durumu ≤ 1 ≥ 2	96 43	5 ay 3 ay	< 0,001
CEA Normal Yüksek	21 71	7 ay 3 ay	0,026
CA 19,9 Normal Yüksek	26 75	5 ay 4 ay	0,86
LDH Normal Yüksek	59 22	4 ay 3 ay	0,32
Trombositoz Var Yok	24 110	4 ay 3 ay	0,032
Yaş ≤ 65 > 65	107 28	5 ay 3 ay	0,036
Nötrofil/Lenfosit Oranı < 3 ≥ 3	50 57	7 ay 3 ay	< 0,001

İkinci basamak tedavi öncesi prognostik belirteçler için çok değişkenli analiz sonuçları

Parametre	Sig.	Exp(B)	%95 GA
ALP	0,123	0,675	0,40 - 1,11
CEA	0,89	0,96	0,52 - 1,79
Trombositoz	0,42	0,83	0,50 - 1,33
ECOG Performans Durumu	0,21	0,73	0,44 - 1,20
Hipoalbuminemi	0,065	1,62	0,97 - 2,7
< 65 yaş	0,12	0,65	0,37 - 1,12
NLO >= 3	0,04	1,73	1,024 - 2,92

GA: Güven aralığı NLO: Nötrofil - lenfosit oranı

EP-229

ÜNİTEMİZE BAŞVURAN İNVAZİV MİDE ADENOKARSİNOMLU HASTALARDA HER-2 SIKLIĞI, KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE PROGNOZA ETKİSİ

MÜRÜVVET BİÇER¹, MURAT KOÇER², HASAN ŞENOL COŞKUN³, NERMİN KARAHAN⁴, OSMAN GÜRDAL⁵

1 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, ISPARTA

2 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, ISPARTA

3 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, MEDİKAL ONKOLOJİ BD, ANTALYA

4 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ PATOLOJİ AD, ISPARTA

5 SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK VE TIBBİ BİLİŞİM AD, ISPARTA

Çalışmamızın amacı invaziv mide adenokarsinomlu hastalarda Her-2 ekspresyon sıklığının saptanması, klinikopatolojik özelliklerin değerlendirilmesi ve Her-2 ekspresyonunun progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım üzerine etkisini belirlemektir.

Çalışmaya toplam 198 hasta dahil edildi. Her-2 sıklığı %18,2 olarak saptandı. Her-2 pozitif tümörlü hastaların yaş ortalaması 66,5, negatiflerin ise 62,6 idi. Her-2 pozitif grupta hastaların çoğu kadinken (%75), Her-2 negatif grupta hastaların çoğu erkekti (%64,8). Her iki grupta da sigara içmeyenler fazlaydı. Hem Her-2 pozitif hem de Her-2 negatif grupta tümör en sık antrum yerleşimliydi. İntestinal tip her iki grupta da sıklıkla rastlanan histolojik alt tipti. Lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyonu pozitif tümörler her iki grupta da fazlaydı. Her-2 pozitif ve negatif hastalar tanı anında sıklıkla evre 3 ve evre 4 te idi. En sık metastaz bölgesi her iki grupta da karaciğerdi. Sistemik tedavi alan olgulara 5 FU tabanlı kemoterapi uygulanmıştı. Trastuzu-

mab tabanlı kemoterapi sadece 4 olguda metastatik basamakta kullanılmıştı. Her-2 pozitif ve negatif grupta sırasıyla tüm popülasyonda medyan progresyonsuz sağkalım 7,1 ay, 10,3 ay; nonmetastatik olgularda 7,1 ay, 13,9 ay; metastatik olgularda ise 6,8 ay, 4,9 aydı. Her-2 pozitif ve negatif grupta sırasıyla tüm popülasyonda medyan genel sağkalım 23,4 ay, 15,5 ay; nonmetastatik olgularda 35,9 ay, 28 ay; metastatik alt grupta 11,8 ay, 5,1 aydı.

Çalışmamızda Her-2 sıklığı %18,2 olarak saptandı. Her-2 ile Lauren sınıflaması ($p<0,01$), histolojik grade ($p<0,01$) ve akciğer metastazı ($p<0,05$) arasında anlamlı ilişki saptanırken diğer parametrelerle anlamlı ilişki bulunmadı. Her-2 ile progresyonsuz sağkalım, genel sağkalım arasında ilişki saptanmadı. Her-2 ile karaciğer metastazının genel sağkalıma etkisi anlamlı saptandı ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Her-2, Klinikopatolojik özellikler, Mide adenokarsinomu, Prognoz, Sağkalım

EP-230

LOKAL İLERİ EVRE MİDE KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

SERAP KAYA¹, SERDAR ERİŞ², EDA TANRIKULU¹, RAHİB HASANOV¹, ÖZKAN ALAN¹, TUĞBA AKIN TELLİ¹, TUĞBA BAŞOĞLU¹, ÖZLEM ERCELEP¹, NALAN AKGÜL BABACAN¹, MEHMET AKİF ÖZTÜRK¹, HAZAL ŞALVA¹, HASAN TAHSİN ÖZDER³, FAYSAL DANE¹, FULDEN YUMUK¹, MAHMUT GÜMÜŞ³

1 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL
2 MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İSTANBUL
3 MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş-Amaç: Son yıllarda yapılan randomize kontrollü çalışmaların olumlu sonuçları ile lokal ileri mide kanserinde neoadjuvan tedavi yaklaşımı standart olmasına rağmen ülkemizde neoadjuvan tedavi yaklaşım oranları beklenenin çok altında seyretmektedir. Bu retrospektif çalışmamızda ünitemizdeki neoadjuvan tedavi yaklaşımlarını ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Veritabanımızdaki 960 mide kanseri tanısı almış hastamızdan neoadjuvan sistemik tedavi sonrası opere edilmiş 30 hastamızın özelliklerini ve sağkalım sonuçlarını değerlendirdik.

Bulgular: Çalışmamızda median izlem süresi 13 ay idi. Hastaların % 33'ü kadın ve median yaş 61 (24-78) idi. Tümörlerin % 43'ü gastroözefajial bileşke-kardia tümörü iken diğerleri distal yerleşimli idi. Neoadjuvan tedavi alan hastaların tümü klinik olarak nod pozitif hastalardı. Operasyon sonrasında % 62 hastada lenfatik ve perinöral invazyon, % 35 'inde vasküler invazyon mevcuttu. % 40 hasta grade 3 tümöre sahipken diğer hastalarda grade 1-2 tümör mevcuttu. Hastaların %90 'ında R0 rezeksiyon ve % 80'inde D2 diseksiyon sağlandı. Neoadjuvan

tedavi rejimleri FOLFOX/XELOX, DCF/DCX ve EOX/ECF sırasıyla % 17, %57 ve %26 oranında uygulandı. Preoperatif ve postoperatif olarak alınan medyan kemoterapi siklus sayısı 3 idi. Neoadjuvan kemoterapi sonrası hastaların %76,7' sinde cevap veya stabil hastalık sağlandı. Yedi hastada progresyon mevcuttu ve bu hastalar opere edilmedi ve 2.seri sistemik tedavi aldılar. Sağkalım analizinde median hastalısız sağkalım (HSK) 29 ay, genel sağkalım(GSK) ise 41 ay olarak bulundu. Üç yıllık HSK % 34, 3 yıllık GSK ise % 64 olarak bulundu.

Sonuç: Lokal ileri mide kanserinde neoadjuvan tedavi yaklaşımı hem cerrahi işlemi kolaylaştırmak hem de verilen sistemik tedavilerin etkinliğini değerlendirmek açısından önemlidir. FLOT rejimi ile geçen yıl yapılan çalışmada ortaya konan sağkalım avantajı ile daha da sık kullanılan bir yaklaşım olması beklenmektedir. Özellikle hastalarımızın cerrah, radyolog ve tıbbi onkoloji uzmanlarının da bulunduğu multidisipliner kanser konseylerinde değerlendirilerek tedavi kararı verilmesi optimal yararı sağlamak açısından önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, Neoadjuvan tedavi, Lokal ileri

EP-231

**HPV POZİTİF İMMUNYETMEZLİKLİ HASTADA GELİŞEN ANAL
SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM**

UMUT ÇAKIROĞLU, SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU, NAIL ÖZHAN, GAMZE GÖKÖZ DOĞU, ARZU YAREN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş: Anal skuamöz hücreli karsinom (ASHK) GİS tümörlerinin %1-2'sini oluşturan nadir bir hastalıktır. Yıllık insidansı 1/100000 olup kadınlarda daha fazla görülmekte ve sıklığı giderek artmaktadır. ASHK hastalarının %80-85'inde etiyolojik faktör olarak human papillomavirus (HPV) enfeksiyonu (özellikle Avrupa'da HPV16 ya da HPV18 alttipleri) saptanmaktadır. Prekürsör lezyon anal intraepitelyal neoplazidir. HPV enfeksiyonu persistansı, konağın yanıtı ve/veya HPV enfeksiyon riskini artıran faktörlerle ilişkilidir ve persistan enfeksiyon malignite gelişimine neden olmaktadır. Bu risk faktörleri; insan immun yetmezlik virüsü (HIV), transplant alıcılarındaki immunsupresyon, uzun süreli kortikosteroid kullanımı gibi immunsupresif tedaviler, HPV-ilişkili kanser öyküsü, otoimmun hastalıklar ve sigara kullanımıdır. Son iki dekatta 5 yıllık sağkalım çok az değişmiştir. ABD'deki 1994-2000 yılları arasındaki 5 yıllık genel sağkalım oranları erkeklerde %60 ve kadınlarda %78'dir.

Olgu: Hiperimmunglobulin E sendromu nedeniyle tedavisiz takip edilen 39 yaşında kadın hastaya 2 yıl önce tüm vulva ve perianal bölgede yaygın verrüler olması nedeniyle biyopsi kararlaştırılmış. Biyopsi sonucu vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN III) olması nedeniyle vulvektomi yapılmış. Patolojisi süperfisyal invazyon gösteren VIN III ve anal biyopsi sonucu anal skuamöz intraepitelyal neoplazi olarak gelmiş. HPV tip 16 ve tip 62 pozitif saptanmış. Genel cerrahide hemoroid üzerindeki lezyon ve anal cilt opere edilip flepleme yapılmış. Operasyondan 8 ay sonra flebin içinde anüsün hemen yanında yaklaşık 4 cm ve 2

cm çapında kenarları keskin sınırlı yüzeyi ülser kaviter yarıdan yapılan biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Pelvik MR, toraks ve abdomen BT taramalarında metastaz saptanmadı. HIV serolojisi negatif geldi. Öncelikle immun yetmezlik nedeniyle 3 haftada bir 0.8mg/kg dozunda İVİG tedavisi başlandı. Lokorejiyonel hastalık için mitomisin-C beraberinde kapesitabin tedavisi ile radyoterapi planlandı. Hasta kemoradyoterapi sonrasında 1.yılında İVİG tedavisi ile takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: ASHK'nın tedavisi alt rektumun adenokarsinomlarından tamamen farklıdır. Primer amaç lokorejiyonel kontrol ile birlikte kür sağlamak ve en iyi yaşam kalitesiyle birlikte anal fonksiyonun korunmasıdır. 5-FU temelli kemoradyoterapi ve diğer sitotoksik ajanların (başlıca mitomisin-C) beraber kullanımı standart tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Bu rejim ile hastaların %80-90'ında komplet tümör regresyonu sağlanırken %15 oranında lokorejiyonel başarısızlık görülmektedir. Cerrahinin rolü salvaj tedavide kabul edilmektedir. 'Çok etkin antiretroviral tedavi' ile uzayan yaşam süresi HIV pozitif kişilerdeki ASHK insidansının gelecekte daha da artmasına neden olacaktır. Bu nedenle immunsupresif hastalarla daha sık karşılaşılacak ve onkolojik tedavinin yanında immunmodülatör tedaviler de onkologların günlük pratiğine daha çok girecektir.

Anahtar Kelimeler: Anal skuamöz hücreli karsinom, Human papillomavirus (HPV), Hiperimmunglobulin E Sendromu, Lokorejiyonel hastalık

EP-232

METALLOPROTEİNAZ 2 VE 9 EKSPRESYONUNUN DÜŞÜK DERECELİ APENDİSYAL MÜSİNÖZ NEOPLAZMLARDAKİ PROFİLİ: BU NEOPLAZMLAR İNVAZİV ÖZELLİKTE OLMAYABİLİR Mİ?

ÖZGÜR EKİNCİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Appendiks vermiformisin müsin üreten neoplazmları psödomiksoma peritonei'ye neden olabilmektedir. Düşük dereceli tümörler ile adenokarsinomların ayırımı patolojik tanıda sorunlu olabilmektedir.

Amaç: Düşük dereceli apendisyel tümörlerin (DDAT) invaziv özellik gösterebileceğini metalloproteinaz-2 ve -9 (MMP-2, -9) immünohistokimyasal yöntemleri ile araştırmak bu deneyimizin ana nedenidir.

Gereçler ve Yöntem: Müsinöz adenoma tanısı almış 5 hasta, düşük dereceli neoplasm tanısı almış 11 ve müsinöz adenokarsinom tanısı almış 12 olgunun örneklerine MMP-2 ve -9 immünohistokimyasal boyama uygulanmıştır.

Bulgular: DDAT olguları MMP-2 ile %9, adenokarsinomlar %50 pozitiflik gösterdi. MMP-9 ile DDAT örnekleri %6, adenokarsinomlar %27 pozitiflik gösterdi.

Sonuç: DDAT'lar invaziv özellikte olmayabilir. Psödomiksoma peritoneii'ye neden olabilmeleri bu tümörlerin malign karakterde olabileceğini değil, ileri evrede peritoneal kavite içinde yayıldıklarında hasta hayatlarını tehdit edici nitelikte olabileceğini simgeliyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: appendiks vermiformis, müsinöz neoplazm, metalloproteinaz

EP-233

PREOPERATİF KEMORADYOTERAPİ UYGULANAN LOKAL İLERİ REKTUM KANSERLİ HASTALARDA TEDAVİ ÖNCESİ HEMOGLOBİN DÜZEYİ PROGNOSTİK OLABİLİR

BERNA AKKUŞ YILDIRIM¹, AHMET TANER SÜMBÜL², OZAN CEM GÜLER³,
ALİ MURAT SEDEF⁴, HÜSEYİN CEM ÖNAL¹

1 RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA, TÜRKİYE

2 TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA

3 RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

4 TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Anemi kolorektal kanserlerde çok sık rastlanan bir bulgur. Birçok kanserde tedavi öncesi hematolojik parametrelerin genel klinik sonuçları etkileyebileceği bilinmektedir. Lokal ileri rektum kanserli (LİRK) hastalarda neoadjuvan kemoradyoterapi (nKRT) öncesi basit uygulanabilir, en temel parametrelerden birisi olan hemoglobin (Hb) seviyesi ile genel sağkalım arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç Yöntem: nKRT sonrasında cerrahi uygulanan 123 LİRK'i tanımlı hasta retrospektif olarak çalışmamızda değerlendirildi. Tüm hastaların tedavi öncesi Hb değerleri bağımsız değişken olarak kaydedildi. Birincil amacımız tedavi Hb seviyesinin genel sağkalıma (GS) etkisi olarak belirlendi. Genel sağkalım analizi Kaplan-Meier metodu kullanılarak ve sağkalım alt grupları long-rank testi ile değerlendirildi. Ayrıca Hb değerinde sağka-

lımı etkileyen cut-off değerini tespit etmek amacıyla 'receiver operating characteristic' (ROC) analizi kullanıldı.

Sonuç: Çalışmanın ortalama izlem süresi 40.3 ay (1.4-92ay) olarak tespit edildi. Yapılan ROC analizine göre Hb'nin cut-off değeri 12.5g/dl (AUC=0.673, %95 0.564-0.781; p=0.003) bulundu. Grup Hb'nin cut-off değerine göre normal-Hb (nHb; Hb>12) ve düşük-Hb (dHb<=12) iki gruba ayrıldığında nHb olan grupta Hb'ni düşük olan gruba göre genel sağkalım istatistiksel olarak daha uzun saptandı (p=0.02). Çok değişkenli analizde de p değeri anlamlılığını korudu (p=0.04). nKRT planlanan LİRK'li hastalarda tedavi öncesi Hb değeri bağımsız bir prognostik faktördür

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri, kemoradyoterapi, hemoglobin, prognoz

EP-234

**BÖLGEMİZDEKİ KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ
DEMOGRAFİK DAĞILIMI VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİ**

CANER ÖZBEY

NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI, NİĞDE

Amaç: Bölgemizdeki kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve patolojik özelliklerini belirlemek, bulgularımızı güncel literatür ile karşılaştırmak.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2015 – 1 Kasım 2017 tarihleri arasında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde endoskopik biyopsi sonucu malignite tanısı alan 131 hastanın endoskopik biyopsi patoloji raporları ve bu hastalardan merkezimizde opere olan 42'sinin rezeksiyon materyallerine ait patoloji raporları geriye dönük olarak incelendi. Endoskopik biyopsi raporlarında yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, tümörün histopatolojik alt tipi değerlendirildi. Operasyon materyallerine ait patoloji raporlarında ise tümörün invazyon derinliği, lenf nodu metastazı ve patolojik evresi Dünya Sağlık Örgütü TNM sınıflamasına göre değerlendirildi.

Bulgular: Endoskopik biyopsi sonuçları incelenen 131 hastanın 77'si (%58,7) erkek, yaş ortalaması $64,2 \pm 11,7$, 54'ü (%41,3) kadın, yaş ortalaması $66,2 \pm 10,7$ idi. Hastaların 71'inde (%54,2) rektumda, 22'inde (%16,8) sigmoid kolonda, 13'ünde (%9,9)

transvers kolonda, 12'inde (%9,2) inen kolonda, 12'inde (%9,2) sağ kolonda, 1'inde (%0,7) anal kanalda tümör saptandı. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre tümör lokalizasyonunda istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. 131 tümörün 126'sı adenokarsinom, 3'ü müsinöz adenokarsinom, 1'i karsinoid, 1'i verrüköz karsinom olarak raporlanmıştı. Merkezimizde tümör nedeniyle opere olan 42 hastada invazyon derinliklerine bakıldığında 32 (%76,2) hastada T3, 8 (%19) hastada T2, 2 (%4,8) hastada T4 tümör saptandı. Lenf nodu metastazına bakıldığında 24 hasta (%57,1) N0, 12 hasta (%28,6) N1, 6 hasta (%14,3) N2 olarak raporlanmıştı. Hastaların 17'si (%40,5) evre 3, 14'ü (%33,3) evre 2, 8'i (%19) evre 1, 3'ü (%7,1) evre 4 kanser hastası idi. **Sonuç:** Rektosigmoid bölge en sık tümör izlenen bölge olup olgularımızın yaklaşık yarısı evre 3 ve 4 hastalardan oluşmaktadır. Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Kolorektal kanser tarama programlarının etkin uygulanması ile daha erken evrede kanserlerin yakalanması amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, evre, kolorektal kanser, yaş

EP-235

5-FLOROURASİL'E BAĞLI SEMPTOMATİK BRADİKARDİ

MUSTAFA ERSOY, LÜTFİYE DEMİR, BERMET JUNUSHOVA, BÜLENT YILDIZ, MURAT DİNÇER

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Kardiyotoksisite 5-florourasilin nadir görülen önemli bir komplikasyonudur. 5-FU ile ilişkili iskemik semptomlar genellikle tedavinin geç fazında görülür. İskemik kalp hastalığı olanlarda 5-FU infüzyonu esnasında dikkatli kardiyak monitörizasyon gerekmektedir. Bu bildiriye, 5-FU infüzyonuna sonrası nadir olarak görülen sinüs bradikardisi vakasını sunduk.

Olgu: 51 yaşındaki bayan hastanın 2017 Mart ayında yapılan kolonoskopik biyopsi sonucu adenokarsinom saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın evrelemesi sırasında multipl karaciğer metastazı olduğu belirlendi. Diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı bulgusu olmayan hastanın sigara anamnezi de yoktu. Daha öncesinde hipotansiyon ve bradikardiye ait şikayetleri yoktu. Kemoterapi öncesi yapılan fizik muayenede tansiyon 120/70 mmHg, nabız 75 vuru/dakika olarak saptandı. Çekilen EKG ve EKO'su normal olarak saptandı. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastaya palyatif amaçlı modifiye FOLFOX-6+bevacizumab tedavisi başlandı. 3 kür tedavi verilen hastanın yapılan yanıt değerlendirilmesinde progresif hastalık saptandı. Bunun üzerine hastaya FOLFİRİ+ziv-aflibercept tedavisi başlandı. Kemoterapinin 1. günü 5-FU infüzyonu esnasında baş dönmesi, göz kararması ve baygınlık şikayetleri gelişen hastanın tansiyonu: 90/60 mmHg, nabız: 40 vuru/dakika saptandı. Çekilen EKG'de sinüzal bradikardi saptanarak kemoterapi infüzyonu kesildi. İnfüzyon kesildikten 20 dakika sonra hastanın baş

dönmesi, göz kararması ve çarpıntı şikayetleri tamamen düzeldi. Hastanın nabız: 72 vuru/dakika, tansiyon: 120/70 mmHg ölçüldü. 5-FU infüzyonuna tekrar başladıktan 15 dakika sonra hastada yeniden aynı şikayetler gözlemlendi. Aynı anda bakılan nabız: 35 vuru/dakika, tansiyon: 80/40 mmHg olarak tespit edildi. EKG'de ise tekrar sinüzal bradikardi olduğu gözlemlendi. Troponin I değeri normal olan hastanın proBNP ise yüksek bulundu. Hastaya acil şartlarda 0.5 mg iv atropin yapıldı. Monitörize edilen hastanın nabızının 40 vuru/dakika civarında seyrettiği tansiyonunun ise 90 mmHg üstünde olduğu gözlemlendi. Hasta kardiyolojiye konsulte edildi. Kardiyoloji tarafından 5-FU ilişkili bradikardi düşünülen hastaya ek öneride bulunulmadı. 24 saat daha monitörize olarak takip edilen hastanın takiplerinde bradikardisi olmadı. Çekilen EKG ve alınan kardiyak markerlar normal bulundu. Hastanın tedavisine 5-FU olmadan devam edildi.

Sonuç: 5-Fluorourasile bağlı görülebilecek en sık kardiyotoksik yan etki, koroner vazospazmdır. Koroner vazospazm sonrası myokard hasarı yoluyla bradikardi görülebilir; ancak koroner vazospazm olmadan direkt sinüs bradikardisi şeklinde yan etkiler literatürde oldukça nadir olarak bildirilmiştir. Bu vaka, kliniğimizde 5-FU ya bağlı olarak gördüğümüz ve ilacı semptomatik bradikardi yüzünden kesmek zorunda kaldığımız ilk vakadır.

Anahtar Kelimeler: fluorourasil, bradikardi, kardiyotoksisite

EP-236

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA TEDAVİYE TAM YANIT ALINMASININ SAĞKALIMA KATKISI; RETROSPEKTİF ANALİZGÜLCAN BULUT¹, MERVE GÜNER², ZEKİ GÖKHAN SÜRME³, RÜÇHAN USLU⁴

1 NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KAHRAMANMARAŞ
 2 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI BİLİM DALI, İZMİR
 3 MEDİKAL PARK HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
 4 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

Giriş: Metastatik kolorektal kanser(m KRK); izole akciğer ve karaciğer metastazlı küçük bir grup dışında küratif tedavi adayı değildir. Unrezektabl metastatik kolorektal kanserli hastaların sistemik tedavi ile elde edilen median sağkalımı yaklaşık 2 yıldır. Biyolojik ajanların da geliştirilmesi ile birlikte sağkalım giderek artmaktadır. FIRE 3 çalışması ile ilk defa tümör cevap derinliğinin sağkalımı predikte ettiği ortaya koyuldu. Sistemik tedavi ile radyolojik tam yanıt hastaların insidansı açısından literatür tarandığında; m KRK hasta grubunun %10-15 'i olduğu bilinmektedir. Bizim yaptığımız bu çalışmanın amacı unrezektabl m KRK tanılı; sistemik tedavi ile RECİST1.1 e göre radyolojik hastalık kanıtı kalmayan(tam yanıt alınan) hastaları belirlemek ardından progresyonsuz ve genel sağkalım dataları açısından tam yanıt alınamayan hastalar ile karşılaştırmayı hedefledik. Bu çalışmadaki hipotezimiz sistemik tedavi süresinde tam yanıt sağlanması prognoza etkilidir.

ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ:

-2007-2013 tarihleri arası EÜTF Tülay Aktaş onkoloji hastanesine başvurmış, de-novo metastatik ve daha önceden adjuvan tedavi almış metastatik kolorektal kanserli hastalar dahil edildi.

DIŞLAMA KRİTERLERİ:

-Patolojik örnekleme amacı ile alınan biyopsiler hariç tedavi sürecinin bir aşamasında metastazektomi yapılan hastalar, başka bir kanseri olan hastalar ve hayati tehdit eden komorbiditesi olan hastalar dışlandı.

Yöntem: Retrospektif olarak belirlenen kriterlere uygun hastaların dosyalarından klinikopatolojik veriler, tedaviler, tedaviye alınan yanıt, PFS ve OS dataları alındı. Radyolojik tam yanıt alındığı rapor edilmiş tetkikin ilgili bilim dalından RECİST1.1 e göre tekrar değerlendirilmesi istendi ve tam yanıt standardize edildi. Elde edilen tüm verileri SPSS programına kaydedildi. Sürekli değişkenler student t-test ile, kategorik değişkenler ise

ki-kare test ile hesaplanacaktır. Hastaların genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım süreleri Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirilecek, medyan sağkalım süreleri hesaplanacaktır.

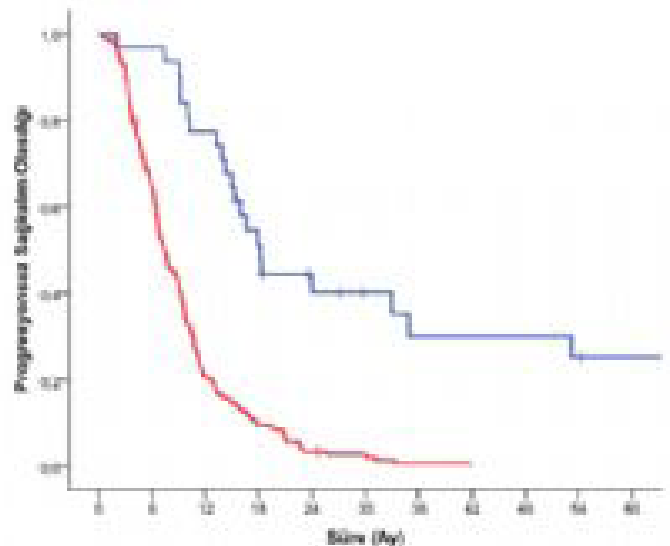
Bulgular: Tek değişkenli analizde yaş, primerin rezeke edilmiş olması, kemik metastazı olması ve metastatik bölge sayısı, ilk basamak kemoterapi olarak kombinasyon rejim seçilmesi, tam yanıt elde edilmiş olması genel sağkalım açısından prognostik saptandı.

Tek değişkenli analizde p<0.1 olan parametreler çok değişkenli analize dahil edildi.

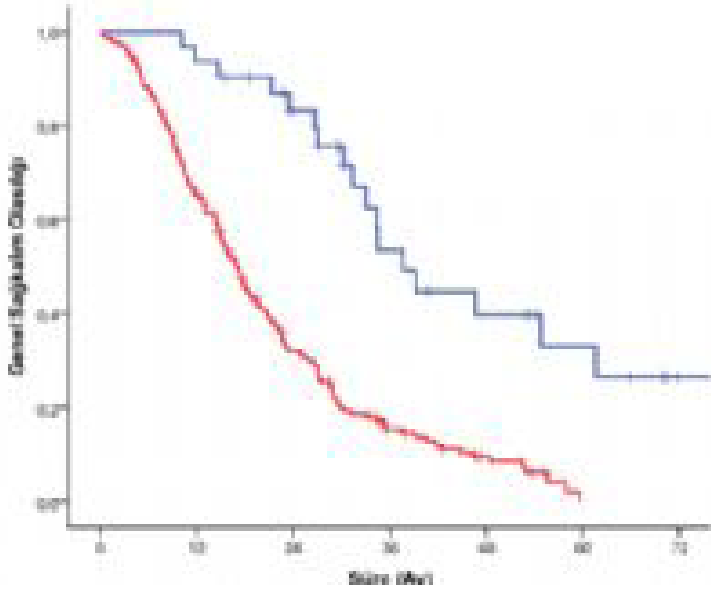
Sonuç olarak; çalışmanın hipotezi karşılanmış tam yanıt alınan hastaların PFS ve OS belirgin uzun saptandı. Bu sonuç dışında primerin rezeke edilmiş olması ve kombinasyon rejimi ile başlanması da prognoza katkı sağladı.

Anahtar Kelimeler: kolorektal kanser, tam yanıt, genel sağkalım, prognoz

Şekil1: progresyonsuz sağkalım olasılığı



Şekil2: genel sağkalım



Demografik Veriler(tam yanıt alınan, diğer)

		tam yanıt	diğer	toplam	p
N		31	182	213	
Age (years)	Median (IQR)	59.6 (52.8 – 65.8)	61.3 (52.1 – 70.2)	61.2 (52.1 – 69.5)	0.173
Cinsiyet	Erkek	18 58.1%	111 61.0%	129 60.6%	0.095
	Kadın	13 41.9%	71 39.0%	84 39.4%	

Tam yanıt alınan hastaların PFS ve OS verileri

	Olay sayısı	Medyan Süre (Ay)	%95 CI	p
PFS				
Tüm grup	201	9.0	7.8 – 10.1	
Tam yanıt+	21	18.2	15.3 – 21.1	<0.001
Tam yanıt-	180	7.4	6.1 – 8.6	
OS				
Tüm grup	178	19.6	16.7 – 22.5	
Tam yanıt+	17	37.6	30.3 – 44.8	<0.001
Tam yanıt-	161	17.0	14.7 – 19.3	

EP-238

KOLOREKTAL KANSERLERDE DİNAMİK SERUM TIYOL VE DİSÜLFİT HEMOSTAZININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BURAK BİLGİN¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, MUTLU HIZAL¹, MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, SAMET YAMAN², SÜMEYYE ULUTAŞ KANDİL², DİDEM DEDE ŞENER¹, BÜLENT YALÇIN¹

1 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
2 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş: Kolorektal kanser (KRK) tüm dünyada görülen en sık kanserlerden biridir. Oksidatif stres oksidan ve antioksidan dengesinde ki bozulma sonrası ortaya çıkar. Kanser patogenezinin birçok mekanizma sorumlu olmaktadır ve oksidatif stresin KRK patogenezindeki rolü son yıllarda açık olarak saptanmıştır. Normal koşullarda serum tiyol ve disülfid düzeyi denge halindedir. Dinamik serum tiyol-disülfid dengesi hücre sinyal mekanizmaları, apoptosis, transkripsiyon faktörleri, antioksidan üretim ve detoksifikasyonu üzerine önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada serum tiyol-disülfid dengesinin ve düzeylerinin KRK üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

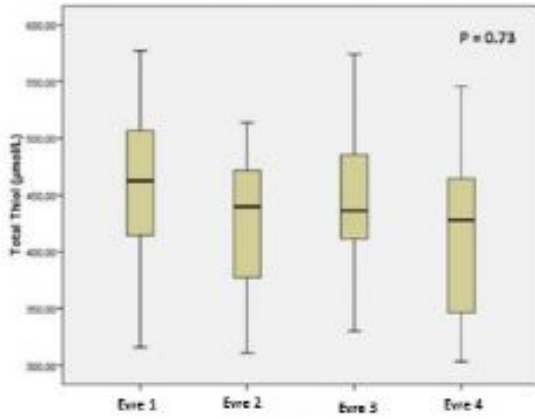
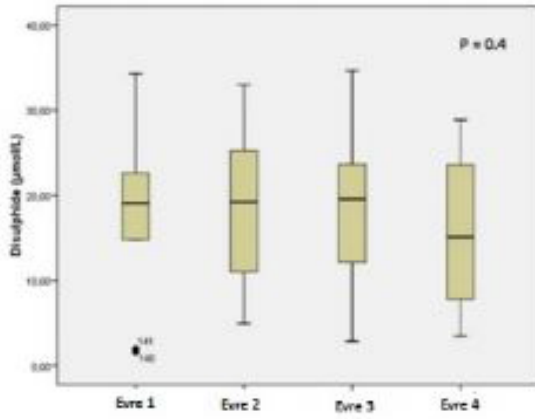
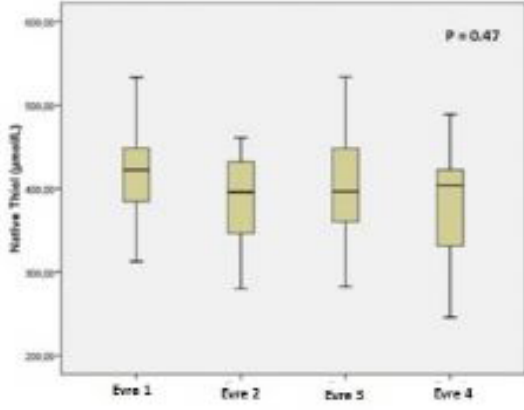
Metod: KRK tanısı alan hastalar ve kontrol grubu olarak sağlıklı bireyler 2015-2017 yılları arasında prospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Serum tiyol-disülfid ölçümü için hasta grubunda tanı anında serum örnekleri alınmıştır. Serum tiyol ve disülfid düzeyleri Erel ve Neşelioğlunun geliştirdiği yeni spektrofotometrik ölçüm yöntemi kullanılarak ölçülmüştür. Bu yöntem kullanılarak daha önceki ölçüm metodlarının aksine oksidan-antioksidan dengesinin her iki tarafı da ölçülebilmektedir. Serum tiyol-disülfid düzeylerini etkileyebilen sigara kullanımı, diyabet varlığı, böbrek - karaciğer hastalığı olanlar, aktif enfeksiyon ve inflamasyonu bulunan hasta ve sağlıklı bireyler çalışmadan çıkarılmıştır. Hasta grubu tümör yerleşimi ve evresine göre sınıflandırılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 88 hasta ve 110 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Sağlıklı bireyler ve hasta grubu arasında cinsiyet ve yaş benzerdir. Native Tiyol (NT), Total tiyol (TT) ve disülfid seviyeleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta grubunda anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bununda birlikte serum tiyol-disülfid dengesini belirten disülfid-NT oranı her iki kol arasında değişmemiştir. NT ve TT seviyeleri tümör yerleşiminde göre değişim göstermemekle birlikte disülfid seviyesi sol kolonda sağ kolona göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Disülfid - NT oranı da sol kolon tümörleri lehine yüksek saptanmıştır. Tümör evresine göre sınıflandırıldığında istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte her 4 tümörlerde erken evrelere göre NT, TT ve disülfid düzeyleri daha düşük saptanmıştır.

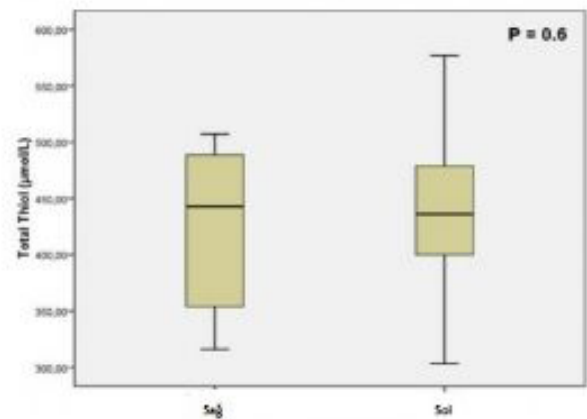
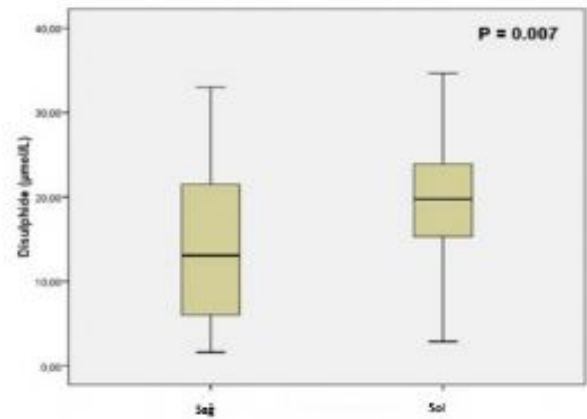
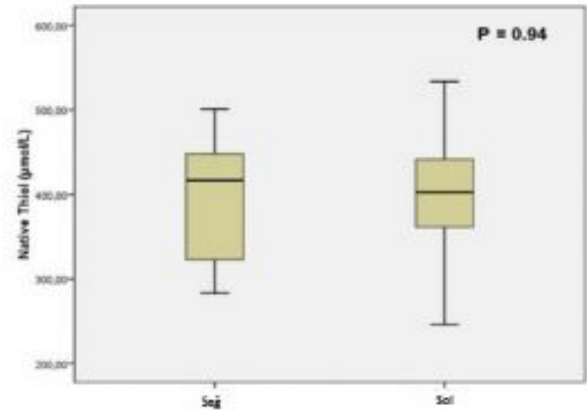
Tartışma: Bu çalışma KRK'ler de tümör yerleşimi ve evreye göre serum tiyol-disülfid düzeylerinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Bulgular değerlendirildiği zaman serum tiyol ve disülfid düzeylerinin KRK patogenezi ile ilişkili olabileceği saptanmıştır. Bununla birlikte sağ kolon tümörlerinde disülfid düzeyinin daha düşük saptanması ve tiyol-disülfid dengesinin bozulması sağ kolon tümörlerinin daha hızlı tümör döngüsü ve agresif seyri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Disülfid, Kolorektal kanser, Oksidatif stres, Tiyol

Tümör Evresine göre Serum Tiyol ve Disülfüt Seviyeleri



Tümör yerleşimine göre tiyol ve disülfüt seviyeleri



Hasta ve Kontrol Grubnda Serum Tiyol ve Disülfüt Düzeyleri

Parametre	Hasta (Medyan min-maks)	Kontrol (Medyan min-maks)	p
Native Tiyol(µmol/L)	402 (245 - 533)	424 (262-606)	0.003
Disulfit(µmol/L)	18.7 (1.6 - 34.65)	21 (8.4 - 38.4)	0.011
Total Tiyol(µmol/L)	437 (303 - 577)	464 (286 - 631)	0.001
Disulfit/ Native Tiyol	0.047 (0.01 - 0.12)	0.05 (0.02 - 0.1)	0.149

EP-239

KARACİĞER METASTEZEKTOMİ SONRASI FOLFOX-6/XELOX KARŞIN BEVACİZUMAB ARTI FOLFIRI/FOLFOX-6 ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BÜLENT ÇETİN¹, İREM BİLGETEKİN², AHMET ÖZET³, SEMA YILMAZ RAKICI⁴, AHMET KÜRŞAD DIŞLI⁵, ÖZGE GÜMÜŞAY⁶, EFNAN ALGIN⁷, AYTUĞ UNER³

1 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, RİZE

2 DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

3 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

4 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

5 RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, RİZE

6 GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ, TOKAT

7 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Giriş-Amaç Antianjiyojenik ajanlar metastatik kolorektal kanserin tedavisinde etkilidir. Biz bu çalışmamızda Bevacizumab'ın karaciğer metastazektomisi sonrası hastaliksız sağkalım üzerinde iyileşme sağlayıp sağlamadığını araştırdık.

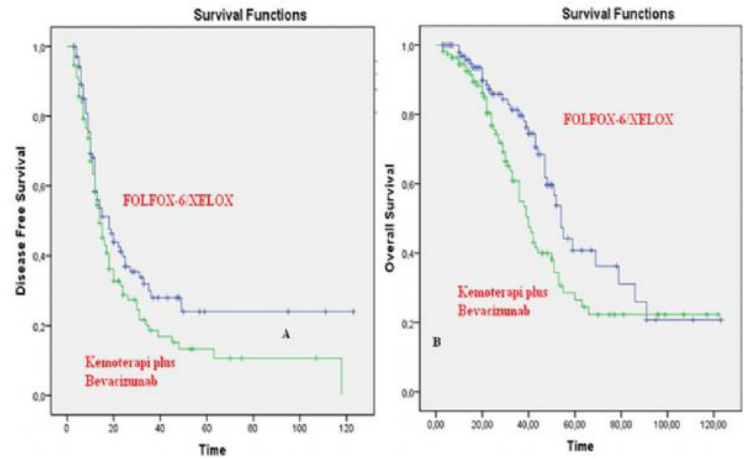
Gereç ve Yöntem: Karaciğer metastazektomisi yapılan hastalar kemoterapi (FOLFOX-6/XELOX/FOLFIRI) artı bevacizumab (A kolu) ve sadece oksaliptatin temelli kemoterapi (FOLFOX-6/XELOX) (B) kollarına ayrıldı. Primer sonlanım noktası hastaliksız sağkalım (DFS) ve ikinci sonlanım noktası genel sağkalım (OS) olarak belirlendi.

Bulgular: Kasım 2007 ve Mart 2016 yılları arasında karaciğer metastazektomisi yapılmış toplam 216 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar demografik özellikler bakımından B kolunda (oksaliptatin temelli kemoterapi) 104 hasta ve A kolunda (bevacizumab 5mg/kg)+kemoterapi 112 hasta olmak üzere dengeli olarak iki kola ayrıldı (Tablo 1). Medyan 30 aylık takipte, tüm grupta 147 progresyon ve 93 ölüm gerçekleşti. Medyan DFS A kolunda 14 ay (95% confidence interval (CI) 11.5–16.4) ve B kolunda 18 ay (95% CI 12–23.9) olarak bulundu (p=0.078) (Şekil 1A). Sağkalım A kolunda 40 ay (95% confidence interval (CI) [34.3–45.6) ve B kolunda 54 ay (95% confidence interval (CI) [49.2–58.7) olarak bulundu (p=0.015) (Şekil 1B). Bevacizumab içeren kemoterapi rejimlerinde hipertansiyon, halsizlik, kanama ve tromboz daha sık görüldü.

Sonuç: Metastazektomi sonrası Bevacizumab'ın kemoterapi rejimlerine eklenmesi DFS üzerine etkisi olmayıp sağkalım üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır. Metastazektomi sonrası seçilecek kemoterapi rejimi kararını belirleyecek olan prospektif faz III çalışmalarının yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Metastazektomi, Bevacizumab, Kemoterapi

Şekil 1



Metastazektomi Sonrası FOLFOX-6/XELOX Karşın Kemoterapi+Bevacizumab'ın DFS ve OS Üzerine Etkisi

Hasta Özellikleri

Hasta özellikleri	Kemoterapi (FOLFOX-6 /XELOX)	Kemoterapi+Bevacizumab n (%)	p değeri
Medyan yaş	54	55	0.376
Cinsiyet			0.164
erkek	68 (%52.3)	62 (%47.7)	
kadın	36 (%41.9)	50 (%58.1)	
Karaciğer metastazı			0.580
senkron	64 (%50)	64 (%50)	
metakron	40 (%45.5)	48 (%54.5)	
Tümör yerleşim yeri			0.053
sol	89 (%50.9)	86 (%49.1)	
sağ	13 (%33.3)	26 (%66.7)	
Metastaz sayısı			0.581
1-3 arası	93 (%47.7)	102 (%52.3)	
4 ve daha fazlası			
Neoadjuvan kemoterapi			0.241
yok	80 (%50.3)	79 (%49.7)	
kombine kemoterapi	14 (%45.2)	17 (%54.8)	
kombine kemoterapi bevacizuma	10 (%38.5)	16 (%61.5)	
Medyan Kemoterapi sayısı	8	8	
Radiofrekans			0.148
yok	94 (%91.3)	94 (%83.9)	
var	9 (%8.7)	18 (%16.1)	
DFS (ay)	18	14	0.078
OS (ay)	54	40	0.013

EP-240

METASTATİK KOLON KANSERİNDE TÜMÖR LOKALİZASYONU VE RAS-BRAF MUTASYON DURUMUNA GÖRE MEDİKAL ONKOLOGLARIN TEDAVİ SEÇİMİ VE KILAVUZ UYUMU

İSMAİL BEYPINAR, MÜKREMİN UYSAL, MURAT ARAZ

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, AFYONKARAHİSAR

Amaç: Metastatik Kolon Kanserinde son yıllarda yayınlanan makalelerde tümör lokalizasyonu ve mutasyon durumunun tedavi seçiminde önemli olduğu gösterilmiştir. Ancak halen tümör lokalizasyonu ve mutasyon durumuna göre tedavi seçimleri onkologlar arasında da farklılık göstermektedir. Bu çalışmamızın amacı Türkiye’de onkoloji alanında çalışan hekimlerin günlük pratiğindeki yaklaşımlarını ve referans aldıkları kılavuzları belirlemektir.

Materyal Metot: Çalışmamızda Türkiye’de medikal onkoloji alanında çalışmakta olan hekimlerin metastatik kolorektal kanserli hastalarında RAS ve B-RAF mutasyon testlerine erişimleri ve elde edilme süreleri; tümör lokalizasyonu ve mutasyon durumuna göre hedefe yönelik tedavi seçimlerini belirlemek amacıyla 16 soruluk bir anket formunu cevaplandırmaları istenildi.

Bulgular: Çalışmaya Türkiye genelinde 110 onkolog katıldı. Katılanların sadece %13.7’si ≥ 16 yıl tecrübeye sahipken, çoğunluğunu doçent (%35.5) statüsünde olanlar oluşturmaktaydı. Araştırmaya katılan doktorların büyük çoğunluğunu sırasıyla devlet üniversitesi ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışanlar oluşturmaktaydı. (%39.1; %29.1) Onkologların büyük çoğunluğunun NCCN kılavuzunun önerilerini dikkate aldıkları saptandı. (%89.1)

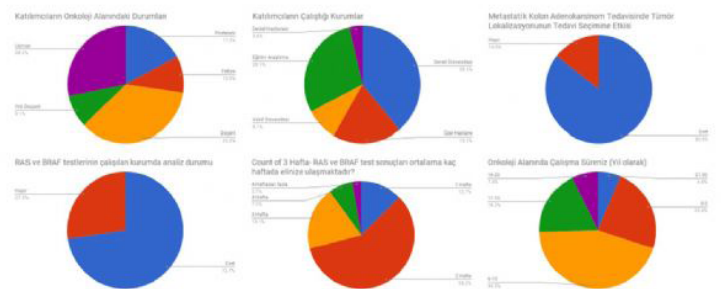
Çalışmaya katılan hekimlerin %85.5’i tümör lokalizasyonunun hastada tedavi seçimini etkilediğini belirtti. Metastatik kolon kanserinin 1. basamak tedavisi göz önünde bulundurulduğunda tümör lokalizasyonu ve mutasyon durumlarına göre tedavi seçimleri Tablo-2’de belirtilmiştir. RAS-BRAF doğal tip saptanan hastalarda sol ve transvers kolon yerleşimli tümörlerde kemoterapi+anti-EGFR tedavi daha çok seçilirken (%90.9; %59.1; $p < 0,01$), sağ kolon yerleşimli tümörlerde kemoterapi+anti-VEGF tedavi daha fazla tercih edilmişti. (%65.5; $p < 0,01$) RAS doğal BRAF mutant tip tümörlerde kemoterapi+anti-VEGF tedavisi tümör lokalizasyonundan bağımsız olarak daha çok kullanılmaktaydı. (sol:%46.4; sağ:%83.6). Her ne kadar kemoterapi

+anti-VEGF tedavi her iki lokalizasyonda daha fazla kullanılsa da sağ ve sol kolon için karşılaştırıldığında sağ kolon lehine anlamlı fark saptanmıştı. ($p < 0,01$) RAS mutant tümörlerde ise yine lokalizasyondan bağımsız olarak anti-VEGF tedavi ile kombine edilen kemoterapinin daha sık kullanıldığı görüldü. (sol:%92.7; sağ:%90.9; $p = 0,63$) Anti-VEGF tercih edilmemiş RAS mutant tümörlerde ise sadece kemoterapi kullanımının sağ kolon tümörlerinde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. (sol:%0,9; sağ:%2,8; $p = 0,05$) Hekimlerin, anti-VEGF grupta daha fazla olmakla birlikte her iki grupta da %50’den fazla oranda idame tedavi kullandıkları görüldü.

Tartışma: Metastatik kolon kanserinde onkologlar tümör lokalizasyonu ve mutasyon durumunu tedavi seçimlerine yansıtılmaktadırlar. RAS-BRAF doğal tip tümörlerde sol kolondan sağ kolona doğru gidildikçe anti-EGFR tedavisinin anlamlı olarak az kullanıldığı, BRAF mutant tümörlerde ise anti-VEGF kullanımının sağ kolonda daha belirgin olmak üzere sol kolonda da daha fazla tercih edildiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: BRAF mutasyonu, Kolorektal kanser, Onkolog, RAS mutasyonu, Tümör lokalizasyonu

Tablo-1: Katılımcıların Özellikler



Tablo-2: Çalışmaya katılan hekimlerin tümör yerleşimi ve mutasyon durumuna göre tedavi seçimi

	Sol Kolon % (n)			Transvers Kolon % (n)	Sağ Kolon % (n)		
	<i>RAS- BRAF wt</i>	<i>BRAF mt</i>	<i>RAS mt</i>	<i>RAS- BRA F wt</i>	<i>RAS- BRAF wt</i>	<i>BRAF mt</i>	<i>RAS mt</i>
Kemoterapi¹	1 (1)	1,8(2)	1 (1)	1,8(2)	3,6 (4)	4,3(5)	2,8(3)
Kemoterapi¹+anti-EGFR	90,9(100)	43,6(48)	1 (1)	59,1 (25)	22,7 (25)	6,4(7)	1 (1)
Kemoterapi¹+Anti- VEGF	4,5(5)	46,4 (51)	92,7(102)	27,3 (30)	65,5(72)	83,6(92)	91,7(100)
Birden Fazla Seçenek²	3,6(4)	8,2(9)	5,5(6)	11,8 (13)	8,2 (9)	5,5(6)	4,6(5)

¹Doublet ve Triplet rejimleri içermektedir.
²Birden fazla tedaviyi tercih edenleri göstermektedir.

EP-241

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA BEVACİZUMAB HEDEFLİ KEMOTERAPİ CEVABINI C- MET PREDİKTE EDİYOR MU?MEVLÜDE İNANÇ¹, HATİCE ASLAN SIRAKAYA², HATİCE KARAMAN³

1 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

2 KAYSERİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI

3 KAYSERİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ PATOLOJİ

Amaç: Metastatik kolorektal kanserli hastaların hangisinin anti anjiogenik tedaviden fayda göreceğine dair elimizde bir biyobelirteç henüz yoktur. Anjiogenezis sürecinde etkili olan moleküller farklı kanserlerde ve kolorektal kanserde değerlendirilmiştir. Ancak şuna kadar yapılan çalışmalarda VEGF-A, PDGF ve C-MET kombine olarak değerlendirilmemiştir. Amacımız bevacizumab hedefli tedaviler alan kolorektal kanserli hastalarda VEGF-A, PDGF ve C-MET ekspresyon düzeylerinin sağkalımı predikte edip etmeyeceğini değerlendirmektir.

Materyal-metod: Çalışmaya 2006- 2016 tarihleri arasında metastatik kolorektal kanser tanısı almış 105 hasta dahil edildi. Metastatik ilk sırada bevacizumab temelli kemoterapi alan hastalar dahil edildi. Sağkalım süreleri ile C-MET, PDGF ve VEGF-A ekspresyon durumu arasındaki ilişki değerlendirildi. Hastaların tümörlü parafin bloklarından immünohistokimyasal yöntemlerle bu üç biyobelirteç boyanarak değerlendirildi.

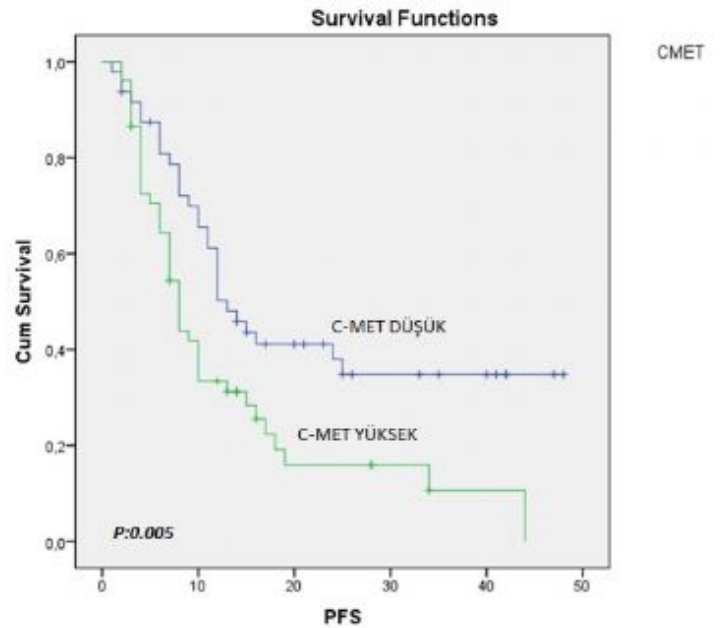
Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortanca yaşı 61 (24-83) idi. Hastaların 78 (%74,3)'i takipde kaybedildi. Hastaların 88 (%83,8)'inde primere cerrahi uygulanmıştı. Hastaları 68 (%64,8)'i tanıda metastatik iken gerisi takipde metastaz geliştirdi. Hastaların 41(%39) 'inde k-ras pozitif idi. Metastaz lokalizasyonları ve ilk sıra tedavide aldıkları kemoterapi protokolleri tablo-1 de gösterilmiştir. Takipde hastaların 11'ine metastezektomi yapıldı. Hastaların pfs süreleri ve metastatik os süreleri PDGF, VEGF-A ve C-MET ekspresyon durumlarına göre değerlendirildi ve C-MET yüksek ekspresyon düzeyi gösterenlerin progresyonsuz sağkalım süresinin kısa olduğu saptandı (Şekil-1). Hastalarda PFS PDGF ekspresyon düzeyi yüksek olanlar ve düşük olanların sırayla (12 ay;10 ay, p:0.1), Vegf-a düzeyi yüksek ve düşük olanlarda sırayla (10 ay; 10 ay, p:0.4), C-MET yüksek ve düşük olanlarda ise (13 ay;8 ay, p:0.005) idi. Metasta-

tik sağ kalım C-MET yüksek ve düşük olanlarda (21 ay; 26 ay, p:0.1), VEGF yüksek ve düşük olanlarda (27 ay; 18 ay, p: 0.05) PDGF yüksek ve düşük olanlarda (31 ay; 21 ay, p:0.1) İdi.

Sonuç: Anjiogenezisi gösteren biyobelirteçlerden pdgf ekspresyon düzeyleri yüksek olanlar da pfs uzun olma eğilimi göstermekle birlikte anlamlı bulunmadı bununla birlikte vegf-a düzeyleriyle pfs arasında ilişki gösterilemedi. Bevacizumab alan c- met yüksek ekspresyon gösteren hastalarda ise pfs anlamlı olarak kısa idi. Vegf ekspresyon düzeyi yüksek olanlarda os daha uzun bulundu.

Anahtar Kelimeler: kolorektal kanser, PFS, OS, VEGF-A. PDGF, C-MET

Şekil-1: C-MET düzeyi ve PFS ilişkisi



Tablo-1: Metastaz Bölgeleri Ve Kemoterapi Protokolleri

Metastaz bölgeleri	N (%)
karaciğer	
evet	78 (74,3)
hayır	27 (25,7)
Akciğer metastazı	
evet	50 (47,6)
hayır	55(52,4)
Beyin metastazı	
evet	5 (4,8)
hayır	100 (95,2)
Tek bölge metastazı	46 (43,8)
Çoklu bölge metastazı	59 (56,2)
Kemoterapi protokolü	
Folfox- bev	25 (23,8)
Xelox-bev	17(16,2)
Folfiri-bev	63 (60)

EP-242

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA KEMİK METASTAZI RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TARIK DEMİR¹, EZGİ ÇOBAN¹, ALTAY ALİYEV¹, MEHMET ZAHİD KOÇAK²

1 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2 ABANT İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ

Giriş ve Amaç: Kolorektal kanserlerde metastazlar sıklıkla lokal lenf nodlarına ve portal venöz drenajla karaciğere olur. Bununla birlikte kemik metastazları nadir olarak görülmektedir (% 4-10). Bu çalışmamızda kolorektal kanserli hastalarda kemik metastazı ile yaş, cinsiyet, mutasyon durumu, karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyi gibi faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Metod: 1 ocak 2014 ile 1 temmuz 2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 208 kolorektal kanserli hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Kemik metastazı durumuna göre hastalar kemik metastazı olan ve olmayan grup olarak ikiye ayrıldı. Kemik metastazı olan hastaların akciğer metastaz durumları da kaydedildi.

Çalışma popülasyonunun genel özellikleri, mutasyon durumu, müsinöz komponent varlığı ve CEA düzeyleri karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışmamızdaki 208 kolorektal kanserli hastanın 16'sında kemik metastazı mevcuttu (%7.6). Bu hastaların 162'sinde tümör sol kolon yerleşimli iken, 46'sında sağ kolon yerleşimliydi. Sol kolon yerleşimli hastaların 14'ünde (%8.6) kemik metastazı mevcut iken, sağ kolon yerleşimli hastaların

2'sinde (%4.3) kemik metastazı mevcuttu ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Aynı hasta grubunda akciğer metastazı olan 58 hastanın 10'unda (%17.2) kemik metastazı mevcut iken, akciğer metastazı olmayan 150 hastanın 6'sında (%4) kemik metastazı vardı. Akciğer metastazı olan kolorektal kanserli hastalarda kemik metastazı oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0.001$). Yaş, cinsiyet, müsinöz komponent varlığı, KRAS, NRAS, BRAF mutasyon durumu ve tanısında CEA'nın $5\mu\text{g/L}$ 'den yüksek olması ile kemik metastazı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (hepsi için; $p>0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Sol kolon yerleşimli metastatik kolorektal kanseri olan hastalarda kemik metastazı daha fazla görülmektedir. Akciğer metastazı olan kolorektal kanser tanılı hastalarda diğer metastatik odaklarla kıyaslandığında kemik metastazı gelişme potansiyeli daha fazladır. Bu nedenle, özellikle sol kolon yerleşimli ve akciğer metastazı olan kolorektal kanser tanılı hastaların, kemik metastazı açısından daha erken taranması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: kolorektal kanser, kemik metastazı, risk faktörleri

EP-243

METASTATİK OLMAYAN KOLOREKTAL ADENOKANSERLERDE HASTALIKSIZ SAĞKALIM İLE İLGİLİ PREDİKTİF FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EBRU KARCI¹, ELİF BERNA KÖKSOY¹, CEMİL HOCAZADE², BURAK BİLGİN³, ALİ ALKAN⁴, ARZU YAŞAR¹, MUSLİH ÜRÜN¹, NESLİHAN ÖZYURT¹, NURİYE ÖZDEMİR³, MEHMET ALİ ŞENDUR³, GÜNGÖR UTKAN¹, FİLİZ ŞENLER¹, AHMET DEMİRKAZIK¹, BÜLENT YALÇIN³, HAKAN AKBULUT¹, YÜKSEL ÜRÜN¹

1 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, ANKARA

3 YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

4 OSMANİYE DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, OSMANİYE

Giriş: Metastatik olmayan kolorektal adenokanserlerde lenf nodu metastazı adjuvan tedavi kararını vermede kritik rol oynar. Bu kararı verirken prediktif belirteçlerin tanımlanması, hastaların yetersiz veya gereksiz tedavi almasını ve tedavi ilişkili toksisiteyi önlemede yardımcı olabilir. Bu çalışmada; yaş, T evresi, lenfovasküler invazyon durumu, primer tümörün yerleşim yeri, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve platelet/lenfosit oranı (PLR) ölçümlerinin ve lenf nodu metastazının operabl kolorektal kanserlerde hastaliksiz sağ kalım (HSK) ile ilişkisini değerlendirdik.

Metod: Ocak 2010 ve Aralık 2016 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilen, 458 opere kolorektal kanser hastası çalışmaya alınmıştır. SII; nötrofil/platelet/lenfosit sayısı olarak tanımlandı. NLR nötrofil/lenfosit oranı, PLR platelet/lenfosit oranı olarak hesaplandı. Değerler cerrahiden önce en fazla 15 gün içinde bakılan laboratuvar testlerinden elde edildi. Operasyon sonrası patolojik lenf nodu pozitifliğinin cinsiyet, yaş, T evresi, tümör gradı, lenfovasküler invazyon, primer tümör yerleşimi, preoperatif CEA ve CA 19,9 değeri, MPV, PLR, NLR, SII değerleri ile HSK arasındaki ilişki değerlendirildi. Tüm analizler

SPSS 17.0 Windows (IBM Corp., Armonk, NY) kullanılarak yapıldı. Gruplar arası fark Ki-kare testi ile değerlendirildi. P değerinin 0,05den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışmamıza 458 opere kolorektal kanser hastası dahil edilmiştir. Bu hastalarda lenf nodu tutulumu ile HSK ilişkisi arasında ters ilişki bulunmuş ve Ortanca HSK lenf nodu metastazı pozitif (N+) hastalar için 102 ay iken, negatif (N0) olan hastalarda 198 ay olarak saptandı. Ayrıca LDH düzeyi normal hastalarda, yüksek hastalara göre HSK anlamlı olarak daha iyi saptandı. T evresi T1 ve T2, T3 veya T4 ile HSK değerlendirildiğinde; T evresi arttıkça HSK da azalma olduğu görüldü. NLR (nötrofil sayısı / lenfosit sayısı) oranı için cutoff değer 2.78 olarak belirlendi. NLR değeri 2.78 üzerinde olan hastalarda HSK süresinde azalma gözlemlendi.

Tartışma: Hastalığın T evresi, lenf nodu tutulumuna ek olarak, preoperatif NLR değeri hastalık seyrini öngörmede, takip stratejilerimizi belirlemede, tedavi kararı vermemizde prediktif bir değer olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: kolorektal kanser, prediktif faktör, nötrofil lenfosit oranı

EP-244

OXALOPLATİN İLE İLİŞKİLİ EVANS SENDROMU: VAKA SUNUMU

BURAK BİLGİN¹, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR¹, MUTLU HIZAL¹, SELİN KÜÇÜKYURT KAYA², MUHAMMED BÜLENT AKINCI¹, DİDEM ŞENER DEDE¹, YAĞMUR KINACI³, BÜLENT YALÇIN¹

1 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

2 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, HEMATOLOJİ BİLİM DALI

3 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç: Oxaloplatin başta kolorektal kanserler olmak üzere yaygın olarak kullanılan platin birleşenidir. Oxaloplatine bağlı en sık görülen hematolojik yan etki trombositopenidir. Bu vakada nadir olarak görülen oxaloplatin infüzyonu sonrası hızla gelişen ve hayati tehdit eden trombositopeni ve anemi ile başvuran hasta sunulacaktır.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta 2014 yılında kolonda kitle nedeniyle opere olmuş. T4N1M0 adenokarsinom tanısıyla 12 uygulama adjuvan mFOLFOX6 uygulanmış. Hastanın adjuvan tedavi sırasında herhangi bir yan etki gözlenmemiş. Eylül 2017 tarihinde tümör belirteçlerinde yükselme olan hastanın her iki akciğer ve mediastende kitleler saptanmış. Alınan biyopsi sonucu kolon adenokarsinom metastazı olarak raporlanan hastanın KRAS, NSAR ve BRAF yaban tip olarak saptandı. Hastaya Cetuximab + mFOLFOX6 tedavisi başlandı. İlk 2 uygulamayı sorunsuz alan hasta 3. uygulama öncesi başvurduğunda Hb 15,1 mg/dl, beyaz küre 6500K/uL ve trombosit 141.000 K/uL olarak saptandı. Oxaloplatin + Cetuximab uygulamasından 24 saat sonra hasta alt gis kanama ve yaygın ekimoz ile acil servise başvurdu. Hastanın ilk başvuru sırasında Hb: 13,8 mg/dl, beyaz küre 7400 K/uL, trombosit ise 4000 K/uL olarak saptandı. Periferik yaymada trombosit izlenmedi. Hasta yatırılarak trombosit desteği verildi. Hastadan istenen geniş viral panel negatif olarak saptandı. ANA, anti Ds-DNA ve kompleman düzeyleri normaldi. Takibinde hemoglobulin düşüşü olan hastada indirek bilirubin yüksekliği tespit edildi. Haptoglobulin 117 mg/dl (30-200), LDH 238 U/dl

(<225) ve direk coombs pozitif olarak saptandı. Hastanın klinik ve labarotuar sonuçları göz önüne alındığında oxaloplatin ile ilişkili immun trombositopeni ve eşlik eden otoimmun hemolitik anemi düşünüldü. Hastaya 1 mg/kg dozunda steroid ve aktif alt gis kanaması olması nedeniyle IVIG başlandı. Tedavinin 5. gününde hastanın trombositleri 115000 K/uL'e yükseldi. Sonrasında oxaloplatini kalıcı olarak kesilen hasta steroid doz azaltımı planlanarak taburcu edildi. Takiplerinde trombosit düşüşü izlenmedi.

Sonuç: Oxaloplatine bağlı trombositopeni hastaların %30'unda saptanabilir. En sık myelosupresyona bağlı olarak görülmektedir. Bir diğer neden ise oxaloplatin ile ilişkili antikora bağlı olarak ortaya çıkan immun aracılı trombositopenidir (İTP) ve %1'den daha az oranda görülür. Bizim vakamızda olduğu gibi İTP genellikle infüzyon sırasında veya kısa süre sonra gelişir. Glikoprotein IIb/IIIa kompleksine karşı oluşan antikolar en sık nedendir. Nadiren bizim vakamızda olduğu gibi trombositopeniye immun ilişkili akut hemolizde eşlik etmektedir ve bu tablo Evans sendromu olarak isimlendirilmektedir. Genellikle trombosit sayısı hayati tehdit edici boyutlara ulaşabilir. Tedavide steroid ve hayati tehdit edici kanama bulgusu varlığında IVIG kullanılabilmektedir. Oxaloplatini ise kalıcı olarak kesmek gereklidir. Sonuç olarak oxaloplatin sonrası ortaya çıkan ani ve ciddi trombositopenilerde İTP mutlaka akılda tutulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Hemoliz, Kolon CA, Trombositopeni

EP-245

ADJUVAN KAPESİTABİN TEDAVİSİ SIRASINDA CİDDİ TOKSİSİTE GELİŞEN VE DPD/MTHFR/TSER MUTASYONU SAPTANAN 5 OLGU

BARAN AKAGÜNDÜZ¹, MUHAMMET ÖZER², SİNAN ÜNAL¹,
YASEMİN BASKIN³, GİZEM ÇALIBAŞI KOÇAL³, İLHAN ÖZTOP¹

1 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

2 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İZMİR

3 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ TEMEL ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İZMİR

Amaç: Kapesitabin, floropirimidin türevi bir kemoterapötik ajandır. Kapesitabin, vücutta enzimatik aktif formu olan florourasil'e dönüştürülerek etki gösteren bir antimetabolittir ve bir çok kanserin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kapesitabin kullanımı sırasında grade 3-4 toksisite görülme olasılığı birçok kemoterapötik ajana göre düşüktür. Kapesitabin kullanımı sırasında tedavinin ilk kürlerinde gelişen şiddetli toksisite ilaç metabolizmasında rol oynayan DPD, MTHFR, TSER enzimlerinin mutasyonunu düşündürmelidir. Bu bildiride kapesitabin kullanımı sırasında şiddetli toksisite gelişmiş ve enzim mutasyonu saptanmış 5 olgu sunulmuştur

Olgu:

Olgu 1: 65 yaşında kadın hasta opere T2N0 safra kesesi tümörü sebebiyle başlanan adjuvan gemcitabin ve kapesitabin tedavisinin ilk küründen sonra kanlı ishal, yaygın purpurik döküntüler ve ateş yakınması ile başvurdu. Bakılan tetkiklerinde derin nötropeni saptandı. Şiddetli toksisite sebebiyle hastada floropirimidin yanıt analizi çalışıldı. MTHFR A1298C homozigot mutasyonu ve TSER 2R/2R homozigot polimorfizmi saptandı.

Olgu 2: 49 yaşında erkek hasta opere T3cN0M0 müsinöz kolon adenokarsinomu sebebiyle başlanan adjuvan kapesitabin ve oksaliplatin tedavisinin ilk küründen sonra şiddetli mukozit, ishal ve ateş yakınması ile başvurdu. Derin nötropeni saptandı. Floropirimidin yanıt analizinde MTHFR C6777T homozigot mutasyonu saptandı.

Olgu 3: 73 yaşında erkek hasta opere T4aN1 sigmoid kolon adenokarsinomu nedeni ile başlanan adjuvan kapesitabin ve oksaliplatin tedavisinin üçüncü küründen sonra kanlı ishal, karın

ağrısı ve ateş yüksekliği yakınmaları ile başvurdu. Floropirimidin yanıt analizi tetkikinde MTHFR A1298C heterozigot mutasyonu saptandı.

Olgu 4: 63 yaşında kadın hasta opere T3N2a sigmoid kolon adenokarsinomu nedeni ile başlanan adjuvan kapesitabin ve oksaliplatin tedavisinin ikinci küründen sonra kanlı ishal ve ateş yüksekliği yakınmaları ile başvurdu. Başvuru anında derin nötropeni saptandı. Floropirimidin yanıt analizi tetkiki çalışıldı. MTHFR A1298C homozigot mutasyonu ve TSER 2R/2R heterozigot polimorfizmi saptandı.

Olgu 5: 62 yaşında kadın hasta opere T3N1 sağ kolon çekum adenokarsinomu nedeni ile başlanan adjuvan kapesitabin ve oksaliplatin tedavisinin ikinci küründen sonra yüksek ateş, ishal ve şiddetli mukozit nedeni ile başvurdu. Derin nötropeni saptandı. Floropirimidin yanıt analizinde MTHFR A1298C heterozigot mutasyonu ve TSER 2R/3R heterozigot polimorfizmi saptandı.

Sonuç: Adjuvan kapesitabin kemoterapisi alan hastalarda rutin genetik analiz yapılması rehberler tarafında önerilmemekle birlikte mutasyon olması halinde oluşan toksisite ölümcül olabilmektedir. Merkezimizde adjuvan kapesitabin tedavisi sonrası Grade 3-4 toksisite gelişmiş 5 vakamızın tamamında ilaç metabolizmasında rol oynayan enzimlerde mutasyon saptanmıştır. Grade3-4 toksisite gelişen hastalarda ilaç metabolizmasında rol oynayan DPD, MTHFR ve TSER enzimlerinin genetik analizinin yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kapesitabin toksisitesi, floropirimidin yanıt analizi, mutasyon

EP-246

THE EFFECT OF PRETREATMENT NEUTROPHIL/LYMPHOCYTE RATIO AND PLATELET/LYMPHOCYTE RATIO ON PATHOLOGICAL RESPONSE AND SURVIVAL IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

FERYAL KARACA¹, ÇİĞDEM USUL AFSAR²

1 ADANA NUMUNE EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL, DEPARTMENT OF RADIATION ONCOLOGY, ADANA, TURKEY
2 ACIBADEM MEHMET ALI AYDINLAR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, ACIBADEM BAKIRKOY HOSPITAL, DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY, ISTANBUL, TURKEY

Introduction: Rectal carcinoma is one of the leading causes of cancer death today. In our work; we retrospectively reviewed 357 patients with locally advanced rectal cancer who applied to our hospital between the dates 2009 to 2016.

Materials-Methods: Chemoradiotherapy was applied to the patients before surgery and then the operation was performed. The ratio of neutrophil/lymphocyte (NLR) and platelet/lymphocyte (PLR) were examined at the diagnosis in relation to pathological response and surveillance.

Results: As the tumor diameter increases, the ratio of the neutrophil/leukocyte increases, p value is <0.01 and statistically significant. NLRs were not different between the tumors of T1 and T2, but for T3 and T4 tumors it was higher and more dif-

ferent than others (T3 = 7.0186, T4 = 12.4391). When the ratio of neutrophil/lymphocyte was examined, it was found that this ratio was higher in patients with surgical border continuity, p = 0.01 and statistically significant. A decrease of 1 unit of NLR would increase the likelihood of a pathological good response (1/0.962) by 1.04 fold. PLR, however, is not statistically significant; it has been observed that a decrease in the 1-unit PLR tends to increase the likelihood of a good response (1/0.996) in the pathological stage by 1.004 fold.

Conclusion: High PLR is associated with a pathological response in rectal cancer and poor prognosis.

Keywords: NLR, pathologic response, PLR, Rectal cancer, survival

Results of logistics regression analysis for good response

	B	SE	Wald	df	p	OR	95% C.I. for OR (lower)	95% C.I. for OR (upper)
NLR	-,039	,019	4,213	1	,040	0,962	,927	0,998
PLR	-,004	,003	1,777	1	,183	0,996	,998	1,009
T size (T3)	,889	,451	3,877	1	,049	2,432	1,004	5,892
Clinical stage 3B	1,669	,587	8,071	1	,004	5,306	1,678	16,779
Stage			44,505	2	,001			
Age	-,052	,016	10,705	1	,001	,949	,920	,979
CT	1,930	,469	16,940	1	,001	6,888	2,748	17,268
Constant	-2,188	1,263	3,000	1	,083	,112		

EP-247

KOLOREKTAL KANSERDE FOLFİRİNOX KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

KÜBRA TÜRKAY¹, ÖZGE KESKİN², ÖZLEM ATA²1 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
2 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Kolorektal kanser tanılı hastalarımızda 5-florurasil (5-FU), oksaliplatin, irinotekan kombinasyonu olan FOLFİRİNOX rejiminin kaçınıcı basamak tedavi olarak tercih edildiği ve sonrası gözlenen klinik yanıtın tespiti.

Gereç: Bu retrospektif çalışma patolojik olarak kolorektal adenokanser tanısı almış ve tedavisinin 2. ve sonraki basamaklarında FOLFİRİNOX tedavisi almış 34 hastanın verileri incelenerek yapılmıştır. FOLFİRİNOX rejiminde hastalara uygulanan tedavi; oksaliplatin (85 mg/m²), lökoverin (400 mg/m²), irinotekan (180 mg/m²), 5-FU (400 mg/m² intravenöz bolus uygulama, sonrası 2400 mg/m² 46 saatlik intravenöz uygulama) 2 haftada 1 uygulandı. Hastaların tanı anı evresi, patolojik verilerine, tedaviyi kaçınıcı basamak ve kaç kür olarak aldıkları bilgisine dosyadan ulaşıldı. Yanıt değerlendirmeleri aynı merkezde yapılan radyolojik görüntülemeler ve RECIST kriterlerine göre yapıldı.

Bulgular: 01.01.2010-01.07.2017 tarihleri arası Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğinde takip edilen 34 hastanın verileri incelenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 56,26 ± 10,607 olarak bulundu. Vakaların 13'ü kadın (%38,2) ve 21'i erkek (%61,8) idi. Hastalar tümör lokalizasyonuna göre gruplandırıldığında 16 hastada (%47,1) rektumda, 11 hastada (%32,4) sol kolonda ve 7 hastada (%20,6) sağ kolonda malignite saptandı. Hastaların %41,2'sinde (14 hasta) tanı anı metastatik hastalık var iken %58,8'de (20 hasta) non-metastatik hastalık

mevcut idi. Tüm hastalar arasında ras mutasyonu olanlar 10 vaka iken, olmayanlar 15 vaka idi. Hastaların 9 tanesinde mutasyon durumu bilinmiyordu. Raf mutasyonu açısından bakıldığında sadece 9 hastanın verisine ulaşılabildi. Bu vakalardan 6 tanesinde raf mutasyonu yok, 3 tanesinde var idi. Hastalar 1. Sırada tanı anı evrelerine göre standart florourasil, oksaliplatin temelli ve monoklonal antikor içeren tedavilerini almışlardır. Hastaların hepsi 2. sıra tedavi almıştır. Üçüncü, dördüncü ve beşinci sıra tedavi alan hasta sayısı sırasıyla 29, 10 ve 2 olarak saptanmıştır. Sıralamalarda folfirinoks kombinasyon tedavisini alma oranı 2., 3., 4. ve 5. basamakta sırası ile %14,7, %52,9, %20,6 ve %2,9 idi. Hastalar en fazla 3. basamakta folfirinoks tedavisi almıştır. Tüm basamaklarda bakıldığında alınan ortalama folfirinoks kür sayısı 3,15±1,893 idi. FOLFİRİNOX tedavisinin kaçınıcı basamakta uygulandığı ve gözlenen yanıtlar Tablo-1 de özetlenmiştir.

Sonuç: Daha önce 5-FU + oksaliplatin ve/veya 5-FU + irinotekan kombinasyonu alan ve çoklu sıra tedavi alan performansı iyi olan hastalarda, FOLFİRİNOX ile tekrar aynı ajanlar kombinasyon halinde uygulandığında yanıt alınabilmektedir. Bu açıdan hastaların performansı uygun olduğu sürece kullanılan basamaktan bağımsız olarak FOLFİRİNOX kombinasyon rejimi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kolorektal, kanser, folfirinoks

Tablo-1: Folfirinoks kullanılan basamaklar ve gözlenen yanıt.

FOLFİRİNOX ALDIĞI BASAMAK	2.		3.		4.		5.	
	MET	NONMET	MET	NONMET	MET	NONMET	MET	NONMET
TANI ANI EVRE	4	2	11	10	5	2	-	1
HASTA SAYISI	4	2	11	10	5	2	-	1
KLİNİK YANIT OLAN HASTA SAYISI	2		9		3		-	

*MET: METASTATİK NONMET: NONMETASTATİK

TABLO-1: FOLFİRİNOX KULLANILAN BASAMAKLAR VE GÖZLENEN YANIT.

EP-248

OPERE ÇEKUM ADENOKARSİNOMU HASTASINDA METASTATİK EVREDE FOLFİRİ+PANİTUMUMAB TEDAVİSİ İLE TEKRARLAYAN KERELER ELDE EDİLEN TAM RADYOLOJİK YANITLAR

MUSTAFA KARAAĞAÇ¹, LEVENT KORKMAZ¹, ÖNDER BAĞCI¹, BUĞRA KAYA², MEHMET ARTAÇ¹

1 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, KONYA

2 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANA BİLİM DALI, KONYA

Amaç: Metastatik kolorektal kanserlerde (mKRK) hedefe yönelik ilaç seçiminde sağ kolon kaynaklılarda; Ras mutasyon varlığından bağımsız olarak, anti-VEGF tercih edilmesi, anti-EGFR tedavilerden ise Ras wild tip olanlarda dahi kaçınılması önerilmektedir. Sol kolon kaynaklılarda ise Ras wild tip olanlarda anti-EGFR tedavilerin tercih edilebileceği/öncelenebileceği bildirilmektedir. Diğer bir deyişle; anti-EGFR tedavilerin mKRK tedavisinde yalnızca sol kolon kaynaklı Ras wild tip hastalarla sınırlandırılmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Güncel bu önermelerin aksine; çekum kaynaklı, Ras wild tip mKRK hastamızda anti-EGFR içeren tedaviler ile birden fazla kere tam yanıt elde ettiğimiz olgumuzu literatüre sunuyoruz.

Olgu: 53 yaşındaki erkek hastaya karın ağrısı nedeniyle Temmuz 2014' te yapılan Batın BT' de sağ kolonda obstruksiyona yol açan kitle saptandı. Kolonoskopide çekumda polipoid kitle belirlendi ve alınan biyopsi adenokarsinoma olarak raporlandı. Metastaz tespit edilmeyen hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Nihai patoloji raporu T3N0 kolon adenokarsinoma olarak bildirildi. Düşük risk grubunda olarak belirlenen hastaya adjuvant tedavi önerilmedi. Nisan 2015' te CEA ve CA19.9 artışı ve abdomen BT' de pankreas başı düzeyinde yeni gelişen malign oluşum belirlendi. PET/BT' de L2-L3 vertebra düzeyinde intermezenterik alanda düzensiz sınırlı ve FDG tutan implant rapor edildi. Haziran 2015' te yeniden opere edilerek implant total olarak rezeke edildi ve patoloji raporunda cerrahi sınırın tümörsüz olduğu kolon adenokarsinomu metastazı be-

lirildi. K-ras, N-Ras ve BRAF mutasyonu saptanmadı. Cerrahi sonrası CEA ve CA19.9 düzeyleri normalleşen, klinik ve radyolojik olarak rezidü tümörü olmayan, daha önce kemoterapi almamış hastaya operasyon alanının gecikmeli iyileşmesini takiben Ağustos 2015–Ocak 2016 arasında 6 kür mFOLFOX-6 uygulandı. Haziran 2016' da yeniden CEA ve CA19.9 artışı, abdomen BT' de ve PET/BT' de pankreas başının infero-anteriorunda nüks kitle saptandı. Lokal tedavilere uygun olmayan hastaya Temmuz 2016' da FOLFİRİ+Panitumumab başlandı ve 6 kürün sonunda tam radyolojik yanıt, CEA ve CA19.9 düzeylerinde normal değerler elde edildi. Bununla birlikte Ocak 2017' de Kapesitabine 2000 mg/m² başlanarak 6 ay sürdürüldü. Eylül 2017' de yeniden CEA ve CA19.9 düzeylerinde artış, PET/BT' de pankreas komşuluğunda implant saptandı. Tekrar FOLFİRİ+Panitumumab başlanarak 3 kürün sonunda yeniden tam radyolojik yanıt, CEA ve CA19.9 düzeylerinde normalleşme sağlandı. Tedavinin son küründe grade-3 el/ayak sendromu gelişen hasta ilaçsız izleme alındı.

Sonuç: Hastamız güncel önermelerin aksine bir tedavi şeması izlenerek iyi netice alınmış sıradışı bir örnektir. Tedavi seçeneklerinin azlığı da dikkate alındığında sınırlandırıcı önermeler her zaman uygulanamamaktadır. mKRK tedavisinde hedefe yönelik tedavi seçiminde belirleyici olabilecek prognostik ve prediktif faktörlerin daha net olarak ortaya konmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kolorektal, sağ, anti-EGFR, yanıt

EP-249

KOLOREKTAL KANSERLERDE BEYİN METASTAZI: RİSK FAKTÖRLERİ, PROGNOZU VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

ALTAY ALİYEV, TARIK DEMİR, EZGİ ÇOBAN, MESUT ŞEKER, HACI MEHMET TÜRK

BEZMİ ALEM UNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Kolorektal kanserler (KRK) dünyada en sık görülen kanserler arasında 2. sırada gelmektedir. En sık karaciğere metastaz yapmaktadır ve rekürrens de en sık karaciğerde ortaya çıkmaktadır. KRK'lere bağlı beyin metastazı (BM) nadirdir ancak insidansı artma eğilimindedir. Son yıllarda teşhis ve tedavilerdeki gelişmeler metastatik hastaların sağkalımını iyileştirmektedir bu da beyin metastazı gibi nadir görülen metastazlarla karşılaşma olasılığını arttırmaktadır. Uygun ve modern tedavi yöntemleriyle hatta BM-li hastalarda da sağkalım artışı görülmektedir. Çalışmamızda merkezimizde takipli BM-li kolorektal kanserli hastaların demografik, klinik, tedavi ve sağkalım verilerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Haziran 2013 – Aralık 2017 tarihleri arasında metastatik kolon kanseri tanısı almış 208 hasta, dosya ve elektronik kayıt sisteminden retrospektif olarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama veya ortanca olarak, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) biçiminde ifade edildi.

Bulgular: 208 metastatik kolorektal kanser hastasının 10'unda (4.8 %) beyin metastazı olduğu belirlendi (7 erkek ve 3 kadın). Kolorektal kanser tanısı sırasında median yaş 59 saptandı. Primer hastalığın tanı sırasında evresi 7 hastada evre IV; 2 hastada evre IIIc; 1 hastada evre II olduğu belirlendi. Primer tümörün lokalizasyonuna göre incelendiğinde 6 hastada sigmoid tümör; 3 hastada rektum; ve 1 hastada sağ fleksura olduğu saptandı.

Ancak BM'ı gelişimi sırasındaki median yaş 60, ve BM'ı sonrası median sağkalım süresinin 5 ay olduğu belirlendi. İnceleme sırasında BM'lı hastaların 4'ünün hayatta, 6'sının exitus olduğu belirlendi. Tanı anında senkron beyin metastazı olan hasta sayısı n=3, takiben beyin metastazı gelişen hasta sayısının n=7 olduğu saptandı. Ekstraserebral metastaz açısından değerlendirildiğinde hastaların hepsinde eşlik eden akciğer metastazı, 5 hastada karaciğer, 1 hastada kemik ve 1 hastada sürrenal metastazı olduğu belirlendi. Üç hastada beyinde tek lezyon, 4 hastada 2 lezyon, 1 hastada 3 lezyon ve 2 hastada multipl lezyon olduğu belirlendi. Dört hastaya tüm beyin radyoterapisi, iki hastaya metastazektomi + radyoterapi, bir hastaya stereotaktik radyoterapi ve 3 hastaya destek tedavi uygulanmıştır.

Sonuç: Beyin metastazı KRK'lerde ileri evre bulgusudur ve beyin metastazı gelişdikten sonra sağkalım süresi kısadır. Agresif tedavi seçeneklerinin artması metastatik hastalarda sağkalım artışı ve sıradışı metastaz bölgelerinin artışıyla koreledir. Uygun ve seçilmiş beyin metastazlı vakalarda hatta ekstraserebral metastaz varlığında bile beyin metastazektomisi sağkalımı iyileştirebilmektedir. Özellikle başlangıçta akciğer metastazı ile prezente sol kolon tümörlerinde bazal beyin görüntüleme planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, Beyin metastazı, kolorektal metastaz

EP-250

METASTATİK KOLOREKTAL KANSERDE (MKRK) STANDART TEDAVİLER SONRASI KURTARMA TEDAVİSİ OLARAK REGORAFENİB ETKİNLİK VE GÜVENLİK VERİSİ

GÜLİZ ZENGİN¹, NESLİHAN ÖZYURT², İSMAİL BEYPINAR³, HAVVA YEŞİL ÇINKIR⁴, ÖZGE GÜMÜŞAY⁵, İSMAİL ERTÜRK⁶, MÜKREMİN UYSAL³, YÜKSEL ÜRÜN², UMUT DEMİRCİ¹

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR.A.Y.ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
2 ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
3 AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, AFYON
4 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, GAZİANTEP
5 GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, TOKAT
6 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş-Amaç: mKRK'de floropirimidin, irinotekan ve oksaliptatin +/- biyolojik ajan kombinasyonları sonrası progresse hastalarda regorafenib genel sağkalım (OS) katkısı sağlamıştır. Bu çalışmada mKRK'de Regorafenibin farklı dozlarda başlanmasının etkinlik ve güvenlik verisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ekim 2013 ve Ocak 2018 tarihleri arasında 6 merkezde Tıbbi Onkoloji Kliniklerince takipli, mKRK tanısı ile regorafenib tedavisi alan hastaların verileri incelendi.

Bulgular: Ellidokuzu erkek (%57.8) 102 hastanın ortalama yaşı 54.9 (aralık, 28-78) idi. Tanıda ECOG PS; 0 olan 12 hasta (%11.8), 1 olan 62 hasta (%60.8), 2 olan 28 hasta (%27.5) mevcuttu. Hastalık %21 hastada sağ kolon lokalizasyonlu idi. RAS mutasyonu hastaların %56.8'inde saptandı. Hastaların tamamında bir veya iki biyolojik ajan kullanım öyküsü mevcuttu.

Regorafenib öncesi ortalama 3 basamak (aralık, 2-7) tedavi verilmişti. Regorafenib hastada 3. Basamakta kullanılırken ortalama regorafenib kür sayısı 3 (1-24) idi. Analiz sırasında 10 hastada analiz regorafenib tedavisine devam ediliyordu. Onaltı hastada (%15.7) 80 mg, 17 hastada (%16.7) 120 mg, 69 hastada (%67.6) 160 mg regorafenib ile tedaviye başlanmıştı. Yirmibir hastada

(%20.6) başlangıç sonrası regorafenib dozu artırılmıştı. İdame dozu, 63 hastada 160 mg, 27 hastada 120 mg, 12 hastada 80 mg idi. İzlemde 30 hastada (%29) doz azaltımı yapılmıştı. Ortanca progresyonsuz sağkalım (PFS) 13 hafta (11.5-15.0 hafta) ve ortalama OS 71 hafta (63.9-78.1) idi. Düşük doz ile başlanan grupta PFS (p<0.05) daha uzun (15 hafta vs 12 hafta) saptandı. Standart doz tedavi ile başlanan ve doz azaltımı yapılan gruplarda OS daha uzun (p<0.05) saptandı. Klinik fayda oranı %31.8 (Kısmi yanıt %11.8) idi.

Tedaviye son verilme nedeni, 32 hastada (%31.4) toksisite iken, 60 hastada ise (%58.8) progresyon idi. Hastaların %74.5'inde herhangi derecede bir toksisite görülmüştü. Bitkinlik (n=56), el ayak sendromu (n=21), raş (n=14), diyare (n=13), ve hipertansiyon (n=9) en sık izlenen yan etkilerdi. Ciddi toksisite (grad 3/4, %41,2) olarak en sık bitkinlik (n=24), hipertansiyon (n=5), raş (n=5), diyare (n=4) ve el-ayak sendromu (n=4) izlendi.

Sonuç: Regorafenib standart dozunda başlanmalı ve toksisiteye göre uygun doz azaltımı yapmak standart yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Regorafenib, mKRK, Etkinlik, Güvenlik

EP-251

EVRE 3 KOLOREKTAL KARSİNOM TANILI HASTALARDA TÜMÖR YERLEŞİM YERİNİN NÜKS, PROGNOZ VE SAĞ KALIM ÜZERİNE ETKİSİ

YUSUF İLHAN¹, GÖKHAN KARAKAYA², MUSTAFA SERKAN ALEMDAR²,
FATMA YALÇIN MÜSRİ², SEMA SEZGİN GÖKSU², ALİ MURAT TATLI², HASAN ŞENOL COŞKUN²

1 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ANTALYA
2 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANTALYA

Amaç: Kolon kanseri tüm kanserler arasında 3. sıklıkta görülen kanser olup; önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kolorektal kanserlerde prognozu etkileyen birçok faktör vardır. Son yıllarda tümör yerleşim yerinin de prognoz üzerine etkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Sağ ve sol kolon kanserleri arasında anatomik, embriyolojik, histopatolojik ve genetik açıdan farklılıklar mevcuttur.

Evre 4 hastalıkta tümör lokalizasyonu ile prognoz ve tedavi yanıtı arasındaki ilişkidaha iyi bilinirken; evre 3 hastalıkta yapılmış yeterince çalışma yoktur.

Çalışmamızın amacı; Evre 3 kolon kanser tanılı hastalarda genel sağ kalım ve nüks oranının, tümör lokalizasyonu ile ilişkisini değerlendirmektir.

Method: Çalışmaya evre 3 kolorektal kanser tanılı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde takip edilen hastalar dahil edildi. 231 hastanın bilgilerine retrospektif olarak hastane veritabanı kullanılarak ulaşıldı. Hastalar tümör lokalizasyonuna göre, literatürdeki çalışmalara benzer olarak sağ ve sol kolon kanseri olarak gruplandırıldı ve verileri analiz edildi.

Sonuçlar: Hastaların 171'inde (%74) sol kolon tümörü; 60'ında (%26) sağ kolon tümörü tespit edildi. Hastaların tümör yerleşim yeri ile nüks oranları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p: 0,82). Sol kolon kanserleri için ortalama GSK 97,5±6,6 (%95 CI, 84,6-110,5) ay, sağ kolon kanserleri için 74,3±5,7 (%95 CI, 63,0-85,5) ay olarak saptandı. Sol kolon kanserlerinde ortalama GSK süresi daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arası istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı (p:0,38). Tutulan metastatik lenf nodu sayısı ile ortalama GSK arasında özellikle sol kolon kanserlerinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi (p: 0,015).

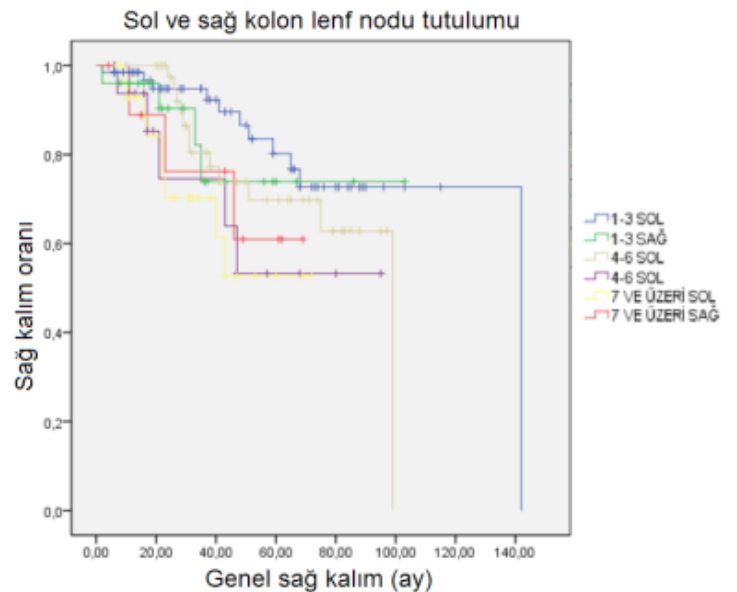
Tartışma: Son yıllarda özellikle kolorektal kanserlerde tümör yerleşim yerinin hasta takip ve tedavi kararını etkileyebilecek önemli bir prognostik ve prediktif faktör olabileceği düşünül-

mektedir. Çalışmamızda evre 3 kolorektal kanserlerde retrospektif olarak tümör yerleşim yerinin nüks, prognoz ve sağkalım üzerine olan etkinliğini değerlendirdik. Evre 3 kolorektal kanser tanılı hastalarda sol kolon yerleşimi olan hasta grubunda ortalama GSK 97.5±6.6 ay olarak bulundu. Sağ kolon yerleşimi olan hasta grubunda ortalama GSK 74.3±5.7 ay olarak saptandı.

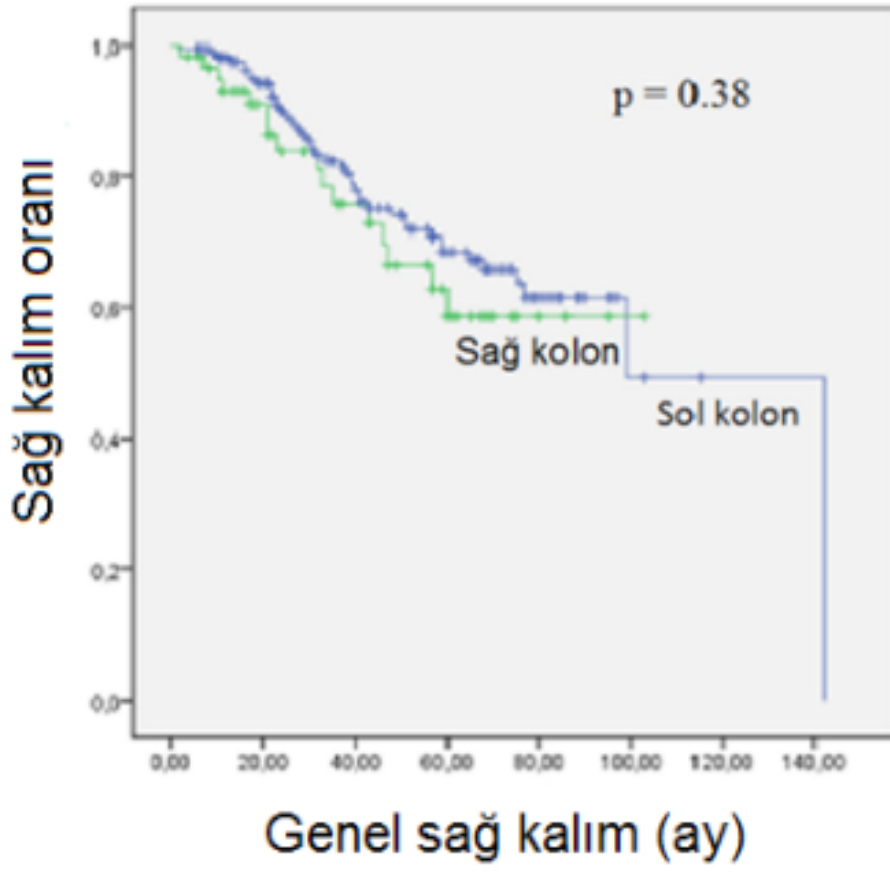
Sağ kolon kanserlerinin ortalama genel sağ kalımları daha düşük bulunsa da, istatistiksel bir anlamlı bir fark saptanmadı. Evre 3 hastalıkta tutulan lenf nodu sayısının kolorektal kanserlerde önemli bir kötü prognostik faktör olduğu bizim çalışmamızda da gösterildi. Bu konuda ileride yapılacak daha büyük popülasyonlu ve prospektif çalışmaların klinik uygulamada önemli yararları olabileceği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Evre 3 Kolon kanseri, Prognoz, Tümör lokalizasyonu

Sol ve sağ kolonda lenf nodu tutulum sayısı ile ortalama genel sağ kalım sürelerinin karşılaştırması



Tümör yerleşim yerine göre genel sağ kalım grafiği



EP-252

RAS VE BRAF MUTASYON BİRLİKTELİĞİ OLAN KOLOREKTAL KANSERLİ VAKALAR, VAKA SERİSİ SUNUMU

ÖZTÜRK ATEŞ¹, ŞUAYİP YALÇIN²

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KANSER ENSTİTÜSÜ, MEDİKAL ONKOLOJİ BÖLÜMÜ

Giriş: Kolorektal kanser (KRK) kanserogenezi farklı yolları içermektedir (CIN, MSI, CIMP vs). RAS geni KRAS4a-4b, HRAS ve NRAS kodlar. RAS ve BRAF onkogen olup aynı sinyal yolak üzerinde (RAS-RAF-MAPK) yer almaktadır. Hücre dışı stimuluslarla Tirozin kinazı aktive ederler. KRAS mutasyonları KRK'de %40, BRAF ise %10-12 oranında görülmektedir. BRAF mutasyonunun genellikle RAS wild vakalarda tanımlanmıştır. Bu retrospektif gözlemsel analizde 7 vakada BRAF ve RAS mutasyon birlikteliğini tanımladık. Formaline fixe edilmiş tümörlü doku DNA'sı RAS geni (exon 2, 3, 4) and BRAF (exon 15 V600, V597) analizi polymerase chain reaction enzyme-linked mini sequence assay based DNA sequencing (PCR) yöntemiyle değerlendirildi.

Vaka: Altı hastada KRAS ve BRAF mutasyonu bir hastada ise NRAS ve BRAF mutasyon birlikteliği gözlemlendi. Hastaların klinikopatolojik özellikleri, aldığı tedaviler ve yanıtları tablo da görülmektedir. KRAS mutasyonu olan 3 hastada KRAS kodon 13 mutasyonu (gly13asp) ile BRAF exon 15-L597V varyasyonu (p.leu597leu, CTA/TTA) gözlemlendi. Yine KRAS mutasyonu olan 2 hastanın birinde KRAS kodon 12 mutasyonu (gly12val) ile BRAF 15 kodon- leu597leu varyasyonu, diğer hastada KRAS kodon 12 mutasyonu (gly12asp) ile BRAF codon 15-leu597leu varyasyonu gözlemlendi. Bir hastada 117 kodon mutasyonu ile BRAF V600E mutasyonu görülmüştür. Son hastada ise NRAS 2 ekzonda gly12asp mutasyonu ile BRAF 15 kodonda gly12asp mutasyonu görülmüştür.

Tartışma: KRAS exon 2 (kodon 12 and 13), exon 3 (kodon 59 and 61), and exon 4 (kodon117, 146) görülmekte ve MAPK yolağını aktive etmektedir. BRAF mutasyonu kötü prognostik bir marker olup tedavilere dirençlidir ve sağkalımları kötüdür. Literatürde nadir olmakla beraber KRAS ve BRAF mutasyon birlikteliği tanımlanmıştır(1-3). Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Referanslar

1. Shen Y, Wang J, Han X, et al. Effectors of epidermal growth factor receptor pathway: the genetic profiling of KRAS, BRAF, PIK3CA, NRAS mutations in colorectal cancer characteristics and personalized medicine. PLoS One. 2013;8(12):e81628.
2. Mao C, Zhou J, Yang Z, et al. KRAS, BRAF and PIK3CA mutations and the loss of PTEN expression in Chinese patients with colorectal cancer. PloS one. 2012;7(5):e36653.
3. Sahin IH, Kazmi SM, Yorio JT, Bhadkamkar NA, Kee BK, Garrett CR. Rare though not mutually exclusive: a report of three cases of concomitant KRAS and BRAF mutation and a review of the literature. Journal of Cancer. 2013;4(4):320.

Anahtar Kelimeler: RAS mutasyonu, BRAF mutasyonu, Kolorektal Kanser

Tablo

Patient	Hasta1 A.B	Hasta2 H.C	Hasta3 N.P	Hasta4 A.D.5	Hasta5 F.T	Hasta6 Y.T	Hasta7 Y.B.
Doğum tzh	13.6.1958	1.1.1956	15.1.1957	29.11.1949	22.4.1953	7.4.1948	10.12.1960
Yaş	57	59	58	65	62	67	54
Cinsiyet	K	E	E	E	K	E	E
Aile öyküsü	yok	yok	yok	yok	yok	var	yok
Alkol	yok	var	var	yok	yok	yok	yok
Sigara	xac	var	var	yok	yok	yok	yok
Tanı zamanı	1.7.2010	1.1.2014	1.2.2014	1.4.2010	1.9.2013	1.1.2009	1.10.2014
Tümör yerleşim	rektum	Sağ kolon	Sağ kolon	Sol kolon	Sağ kolon	Rektum	Rektum
Operasyon	LAR	var	var	Subtot colectomi	yok	var	yok
Patoloji	Mucinous Adeno ca	Adeno ca.	Adeno ca	Adeno ca.	Adeno ca.	Adeno ca.	Adeno ca.
TNM	T2N0M0	Stage2	T1N0M0	Stage3	Stage4	Stage4	Stage4
Adisyon tedavisi	Folfox-6	Folfox-6	No	Folfox-4	No	No	No
K-RAS mutasyonu	Kodon13 GGC/GAC, gly13asp	Kodon13 GGC/GAC, gly13asp	Kodon12 GGT/GTT, gly12val	Kodon13 GGC/GAC, GLY13Asp	Kodon12 GGT/GAT, gly12asp	Kodon117 AAA/AGA, lys117arg	Exon2,3,4 wild
BRAF mutasyonu	Exon15 p.L597V(c.1789C>G)	Exon15 p.L597V(c.1789C>G)	Exon15 c.1789C>G	Exon15 p.L597V(c.1789C>G)	Exon15 p.L597V(c.1789C>G)	Exon15 V600,c.1799T/C,	Exon15 V600G c.1799T/G
NRAS mutasyonu	p.leu597leu, CTA/TTA bilinmiyor	p.leu597leu, CTA/TTA Exon2,3 wild	p.leu597leu, CTA/TTA Exon2,3 wild	p.leu597leu, CTA/TTA bilinmiyor	p.leu597leu, CTA/TTA bilinmiyor	GTG/GCC bilinmiyor	Exon2 GGT/GAT, gly12asp
Metastaz zamanı	1.1.2012	1.2.2015	Met debil	11.3.2013	1.9.2013	1.10.2009	1.10.2014
Metastaz yerleri	akciğer	karaciğer, periton	-	ilak	karaciğer	karaciğer	karaciğer
Met 1.besamak ted.	Folfox-bevas	Folfox-bevas	-	Folfox	Folfox-afibec	IFL-bevas	Folfox-beva.
First PFS (ay)	15	3 ay	-	15	15	25	-
2.besamak tedavi zamanı	2.4.2013	1.5.2015	-	12.6.2014	-	3.11.2011	-
2.besamak tedavi	Folfox-beva.	Folfox-beva.	-	Folfox	-	Capecitab	-
3.besamak tedavi	-	-	-	FUFA-bevas	-	Folfox-beva.	-
4.besamak tedavi	-	-	-	Capecitabine	-	-	-
5.besamak tedavi	-	-	-	Folfox	-	-	-
Tanı son kontrol- Geçen zaman(ay)	48	47	47	79	38	76	24
Son kontrol	22.6.2014	20.12.2017	1.1.2018	1.11.2016	1.11.2016	-	20.10.2016
Metastaz son kontrol	29	34	-	44	38	67	24
Ölüm zamanı	22.6.2014	20.12.2017	yaşyor	bilinmiyor	Bilinmiyor.	18.5.2015	20.10.2016
Sağkalım (ay)	48	47	47	79	38	76	24

Hastaların demografik özellikleri

EP-253

PRİMER TÜMÖR YERLEŞİMİNİN METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PROGNOSTİK ÖNEMİ

TARIK DEMİR¹, ALTAY ALİYEV¹, EZGİ ÇOBAN¹, MESUT ŞEKER¹,
HACI MEHMET TÜRK¹, MEHMET ZAHİD KOÇAK²

1 BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2 ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Klinik araştırmalardan elde edilen yeni kanıtlar, metastatik kolorektal kanserli hastalarda primer tümör yerleşiminin farklı sonuçlar ile ilişkili olduğunu ve sağ kolon yerleşimli hastaların genel sağ kalımının daha düşük olduğunu göstermektedir. Metastatik kolorektal kanserli genel popülasyonda primer tümör yerleşiminin prognostik önemini doğrulamak için kliniğimize başvuran hastaları retrospektif olarak inceledik.

Metod: Çalışmamız 01.06.2013 ve 01.06.2017 tarihleri arasında kayıtlı hasta dosya verileri kullanılarak retrospektif olarak gerçekleştirildi. 178 metastatik kolorektal kanserli hasta, 133'ü sol kolon ve 45'i sağ kolon yerleşimli olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tümör lokasyonu, ameliyat, patoloji ve kolonoskopi raporlarına bakılarak belirlendi. Splenik fleksuradan rektuma kadar olan hastalar sol, çekum'dan splenik fleksuraya kadar olan hastalar ise sağ kolon yerleşimli olarak kabul edildi. Gruplar arasında cinsiyet, aile öyküsü, müsinöz komponent varlığı, KRAS, NRAS, BRAF mutasyonu ile genel sağ kalım arasındaki ilişki değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmelerde iki gruba ait normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi, normal dağılan veriler için t-Testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Metastatik Sağ kolon yerleşimli hastaların genel sağ kalım değeri 14 (1-55) ay, sol kolon yerleşimli hastaların genel sağ kalım değeri 20 (6-85) ay idi. Sol kolon yerleşimli hasta-

ların sağ kolon yerleşimli gruba göre genel sağ kalım değeri istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0.019$). Müsinöz komponent varlığı açısından gruplar karşılaştırıldığında sol kolon yerleşimli hastalarda müsinöz komponent oranı anlamlı yüksekti ($p=0.036$). Hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, aile öyküsü, KRAS, NRAS, BRAF, mutasyon varlığı ve tanı anında CEA düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmadı (hepsi için $p > 0.05$). Cinsiyet, aile öyküsü, KRAS, NRAS, BRAF mutasyonu ve müsinöz komponent varlığı ile OS arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (hepsi için $p > 0.05$). KRAS mutant tip-te genel sağ kalım değeri 17 (2-85) ay, wild tipte 21(4-71) ay ($p=0.032$).

Sonuç: Çalışmamız, metastatik kolorektal kanserli hastalarda, diğer prognostik faktörlerden bağımsız olarak tümör yerleşiminin prognostik bir faktör olduğunu göstermektedir. Buna göre sol kolon yerleşimli metastatik kolon kanseri hastalarının genel sağ kalımı, sağ yerleşimli hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Çalışmamızda, diğer çalışmaların aksine sol kolon yerleşimli tümörlerde müsinöz histolojinin pozitifliği anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Sol kolon yerleşimli hasta grubumuzda müsinöz histoloji pozitifliği daha yüksek olmasına rağmen, sağ kalımın anlamlı yüksek olması, sol taraf tümörlerin iyi prognoz verisini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: primer tümörün yeri, prognostik faktör, metastatik kolorektal kanser

EP-254 PEMFIGUS VULGARISLİ HASTADA EGFR İNHİBİTÖRÜNE BAĞLI CİLT TOKSİSİTESİ

ILGIN AKBIYIK¹, SADETTİN KILIÇKAP²

1 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ANKARA

2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Anti-EGFR monoklonal antikoları, metastatik kolorektal kanser tedavisinde progresyonsuz sağkalım, sağkalım ve tümör yanıtı üzerindeki etkileri nedeniyle kemoterapi ile kombine ya da tek ajan olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bir insan monoklonal antikoru olan panitumumabın en sık görülen yan etkileri cilt toksisitesi, diyare ve hipomagnezemi. Burada, metastatik rektum kanseri ve pemfigus vulgaris ile takipli bir hastada panitumumab ile gelişen Stevens-Johnsons Sendromu tartışılacaktır.

Olgu: 30 yıldır pemfigus vulgaris ve 10 yıldır çölyak hastalığı ile takipli 54 yaşında erkek hastanın Haziran 2014'te yapılan kolonoskopisinde anal kanaldan başlayıp rektum 10.cm'ye kadar uzanan kitle izlendi. Kitleden biyopsi yapıldı, patolojisi adenokarsinomla uyumlu olarak değerlendirildi. Abdomen BT'sinde mezorektal fossada kitlenin serozaya yayılım bulgusu saptanması üzerine hastaya 5-FU ile neoadjuvan kemoradyoterapi uygulandı. Ekim 2014'te APR yapılan hastanın evresi pT3N0M0 olarak değerlendirildi, Kasım 2014-Nisan 2015 arasında 6 kür CAPOX kemoterapisi uygulandı. Takibinde Ekim 2016'da Toraks BT ile saptanan ve patolojik olarak doğrulanan akciğer metastazı olması üzerine, RAS ve BRAF mutasyonları saptanmayan hastaya Kasım 2016'da FOLFIRI-Panitumumab kemoterapisi başlandı. İlk kürle birlikte grade 2 cilt toksisitesi gelişen hasta sodyum sülfasetamid losyonla izlendi. 4. kür sonrası skalpta ve yüzde sakal bölgesinde yaygın sarı krutlu plaklar, gövde ve ekstremitelerde yaygın eritemli papüller ve püstüller lezyonlar, alt dudakta daha belirgin olmak üzere krutlu plaklar, alt dudak mukozası iç yüzde milimetrik erode alanlar gelişen hasta grade 4 cilt toksisitesi olarak değerlendirildi ve kemoterapiye ara verilerek Dermatoloji bölümüne konsülte edildi(Resim-1). Baktaki lezyonlarından alınan biyopsinin patolojisi "akut süperfisyal follikülit ve intraepidermal nötrofilik püstül formasyonu" olarak gelen hasta püstüller ilaç reaksiyonu olarak kabul edildi. Püyo kültüründe S.aureus üremesi olan hastaya oral flukonazol, oral amoksisilin-klavulonat, mukozal lezyonlara yönelik topikal nistatin ve skalpteki lezyonlara yönelik ketokonazol şampuan ve baume

de peru pomad önerildi. 2 haftalık kontrollerle izlenen hastanın lezyonları geriledi, topikal tedavilerle devam edildi. İzlemde yeni gelişen lezyonları olması üzerine tedaviye bir haftalık oral tetrasiklin eklendi. Yaklaşık 2 aylık tedavi sonrası lezyonları tamamen gerileyen hastanın panitumumab tedavisi kesilerek FOLFIRI tedavisi 6 küre tamamlandı(Resim-2).

Sonuç: EGFR inhibitörlerine bağlı cilt toksisitesinin, EGFR yolağının keratinositlerin oluşturduğu tek tabakalı katmanın oluşumunda ve epidermal bariyerin devamlılığındaki rolü üzerinden olduğu öne sürülmektedir. Panitumumaba bağlı cilt toksisitesi sık görülmekle birlikte, EGFR yolağının pemfigus vulgaris patogenezinde öne sürülen rolü göz önüne alındığında, hastamızda toksisitenin ağır seyretmesinin bu ortak patogenezle ilişkisi olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cilt, EGFR inhibitörleri, Panitumumab, Pemfigus Vulgaris, Toksikite

Resim 1



Resim 2



Tedavi Sonrası

EP-255

RAS WILD TIP METASTATİK KOLOREKTAL KANSERDE ANTI-EGFR VE ANTI-VEGF AJANLARLA KLİNİĞİMİZİN DENEYİMİ

MUSTAFA SERKAN ALEMDAR, SEMA SEZGİN GÖKSU, GÖKHAN KARAKAYA, FATMA YALÇIN MÜSRİ, ALİ MURAT TATLI, HASAN ŞENOL COŞKUN

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ,ANTALYA

Giriş: Kolorektal kanser Türkiye’de ve dünya’da 3. sıklıkta görülmektedir. Hastaların %25’i tanıda metastatik olup, %40-50’sinde tanıdan sonra metastaz gelişmektedir. 5 yıllık sağkalım oranı metastatik kolon kanserinde %6-8 civarındadır. Çalışmamızda RAS wild tip evre 4 kolorektal kanserli hastalarda anti-VEGF (bevacizumab) ve anti-EGFR (panitimumab – setüksimab) tedavilerin etkinliğini değerlendirdik.

Materyal – Metod: Metastatik kolorektal kanser tanısıyla Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde takipli hastaların dosyaları retrospektif tarandı. RAS wild tip 104 hasta çalışmaya alındı. Kullanılan anti-EGFR ve anti –VEGF tedavilerin genel sağkalıma (OS) ve progresyonsuz sağkalıma (PFS) etkisi incelendi. Sağkalım Kaplan Meier analizi kullanılarak hesaplandı.

Sonuçlar: Yüzdört hastanın median yaşı 63 idi (33-84). Birinci basamakta bevacizumab grubunda 56 hasta, anti-EGFR tedavi grubunda panitimumab alan 41, setüksimab alan 4, toplam 45 hasta vardı. Her iki grupta da median kür sayısı 12 idi. Anti-VEGF alanlarda median OS 26 ay, anti-EGFR alanlarda median OS 23 ay saptandı. Anti-VEGF alanlarda yaş, cinsiyet, performans skoru, evre, adjuvan tedavi, primer tümörün operasyonu, kolon yerleşim yeri, kemoterapi koluna göre subgrup analizlerde istatistiksel anlamlı OS farkı saptanmadı. Metastaz alanı sayısı 1 olanlarda OS, 1’den fazla olanlara göre daha uzundu(41 vs 23 ay, p: 0.03). Anti-EGFR alanlarda subgrup analizlerde istatistiksel anlamlı OS farkı saptanmadı. Anti-VEGF alanlarda PFS median

9 ay, anti-EGFR alanlarda ise median 10 ay saptandı. Her iki tedavi grubunda subgrup analizleri yapıldığında gruplar arasında PFS farkı saptanmadı. İkinci basamakta bevacizumab alan 27 hasta, anti-EGFR tedavi grubunda panitimumab alan 28 ve setüksimab alan 13, toplam 41 hasta vardı. Anti-VEGF alanlarda median kür sayısı 6 iken, anti-EGFR alanlarda median kür sayısı 11 idi. Hem anti-VEGF grubunda hem de anti-EGFR grubunda median OS 13 ay olarak belirlendi. Her iki tedavi grubunda subgrup analizleri yapıldığında gruplar arasında OS farkı saptanmadı. Bevacizumab grubunda median PFS 5 ay, anti-EGFR grubunda ise median PFS 7 ay olarak saptandı. Her iki tedavi grubunda da subgrup analizlerinde PFS farkı saptanmadı.

Tartışma: Birinci basamakta anti-EGFR kullanılan hastalarda median OS ve PFS sonuçları, setüksimab ve panitimumab ile yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bulundu. 1. basamakta anti-VEGF kullananlarda median OS ve PFS sonuçları, bevacizumab çalışmaları ile elde edilen sonuçlarla uyumlu olarak bulundu. İkinci basamakta anti-EGFR median kür sayısı anti-VEGF tedaviye göre daha fazla idi. Literatürde anti-EGFR tedavilerin sol kolonda daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar var ancak çalışmamızda sağ kolon ve sol kolon farkını teyit edemedik. Sonuç olarak Evre 4 kolorektal kanserli hastalarda anti-VEGF ve anti-EGFR tedaviler sağkalım katkısı göstermişlerdir.

Anahtar Kelimeler: anti egfr, anti vegf, kolon kanseri, RAS

EP-256

REKÜRREN GLİOBLASTOME MULTİFORME TANISI İLE İZLENEN HASTALARDA İRİNOTEKAN/BEVAZCİSUMAB TEDAVİ SONUÇLARI VE SAĞKALIM SÜRELERİ İLE NLR İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ALİ MURAT SEDEF¹, AHMET TANER SÜMBÜL²

1 ŞANLIURFA MAİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ
2 ADANA BAŞEKNİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ B.D.

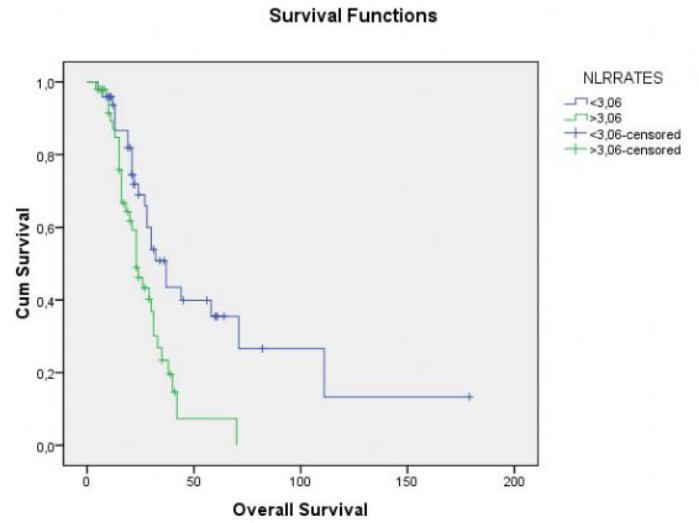
Amaç: Glioblastoma Multiforme (GBM) erişkinlerde en sık görülen malign beyin tümörüdür. Standart tedavisi cerrahi sonrası KRT ve sonrasında adjuvant temozolamid tedavisinden oluşmaktadır. Temozolamid sonrası rekürren hastalık tedavisinde irinotekan bevacisumab tedavisi kullanılmakta olup sağkalım avantajı sağladığı bilinmektedir. Biz bu çalışmada irinotekan bevacisumab tedavi sonuçlarını ve Nötrofil/lenfosit oranlarının (NLR) genel ve progresyonsuz sağkalım üzerinde etkilerini retrospektif olarak araştırılmasını amaçladık

Yöntem: Bu çalışma, hastane tabanlı retrospektif gözlemsel olgu serisi bir çalışma olarak tasarlanmıştır. 2009 ile 2017 yılları arasında GBM tanısı ile tedavi edilen 99 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. NLR oranları hesaplandı ve cut-off değeri SPSS programı ile roc analizi ile hesaplandı.

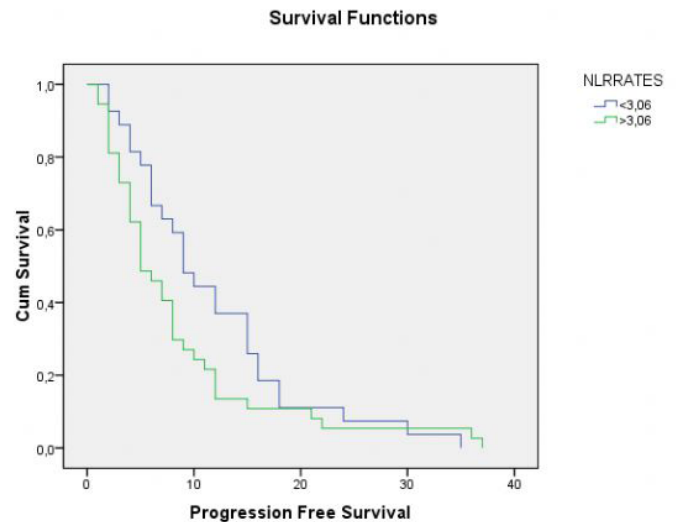
Bulgular: Hastaların medyan yaşı 50 (dağılım 18-83) olup 60 (%60,6) hasta erkekti. En sık izlenen tümör lokalizasyonu frontal lob idi (n:21,%16,5). Histolojilerine göre hastaların 74'ü (%74,7) GBM, 25'i (%24,3) ise astrositom idi. 54 (%54,5) hastanın KPSS'si 90-100 aralığında idi. Ortalama izlem süresi 22 aydı ve 59 (%59,6) hasta öldü. 99 hastanın tamamı irinotekan/bevacisumab tedavisi aldı. Tedavi süreleri incelendiğinde en kısa süreli tedavi 1 uygulama iken en uzun tedavi süresi 83 uygulama idi. Tedavi sonrasında 11 (%11,2) hastada tam yanıt elde edildi ve 14 (%14,3) hastada yanıt izlenmedi. 64 (%64,6) hastada irinotekan bevacisumab tedavisi ile progresyon gelişti. Progresyonsuz sağkalım (PSK) ve genel sağkalım (GS) sırasıyla 7 ve 29 ay olarak hesaplandı. NLR 3,06'dan yüksek olan grupta genel sağkalım istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha kötüydü (23 aya karşılık 37 ay, p=0,004). NLR yüksek olan grubun median PSK'si NLR düşük olan gruba göre daha kötüydü ancak istatistiksel anlamlılık gösterilemedi (5 aya karşılık 9 ay, p=0,15). Hastaların Platelet/lenfosit oranlarına göre yapılan değerlendirmede PSK ve GS anlamında istatistiksel anlamlı bir ilişki izlenmedi.

Sonuç: Rekürren GBM hastalarının sonuçlarını incelediğimiz çalışmamızda yüksek NLR oranlarının kötü prognostik öneme sahip olduğunu saptadık

Anahtar Kelimeler: GBM, rekürren hastalık, NLR, bevacisumab NLR OS ilişkisi



NLR PFS ilişkisi



EP-257

SANTRAL NÖROSİTOM

NİLAY ŞENGÜL SAMANCI, DUYGU İLKE ÇIKMAN, KEREM ORUÇ,
FUAT HULUSİ DEMİRELLİ, ZEYNEP HANDE TURNA, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Santral nörositom (SN) merkezi sinir sisteminin çok seyrek görülen ventrikül yerleşimli septum pellucidum hücrelerinden köken alan nöronal bir tümördür. Genç erişkinlerde görüldüğü ve iyi klinik gidişi olduğu bilinmektedir. Bu yazımızda 25 yaşında genç erkek hastanın sağ lateral ventrikül yerleşimli santral nörositom olgusu sunulmuştur.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile başvurduğu hastanede çekilen kraniyal MR da sağ ventrikül korpusunda 49x30x34 mm boyutlarında kitle saptandı. Opere edilen hastanın patolojisi grade 2 santral nörositom ile uyumlu bulundu. Postop kraniyal MR ında sol lateral ventrikül septum pellucidum komşuluğunda rezidüel kitle saptanan hasta takip ve tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirildi. Hastaya radyoterapi planlandı, hasta kliniğimizde takip edildi.

Sonuç: Santral nörositom gibi ender rastlanan beyin tümörlerinde mümkün olan durumlarda tümörün total eksizyonuna yönelik girişim tercih edilen tedavi yöntemidir. Buna rağmen total eksizyon sadece hastaların yarısında uygulanabilir. Santral nörositomlar yavaş büyüyen tümörlerdir. Bu sebeple subtotal rezeksiyonda uzun süreli survival ile birlikte izlenir. Adjuvan radyoterapi veya stereotaksik radyocerrahi subtotal eksize edilen olgularda ve atipik histopatoloji varlığında faydalı olabilmektedir, pekçok çalışma, stereotaksik radyocerrahinin postoperatif rezidülerde ve uzak rekürrenslerde kullanılabilmesini göstermektedir. Kemoterapi özellikle ekstrakranial veya nöromeningial yayılım gösteren refraktör formlarda ve cerrahi veya radyocerrahi sonrasında rekürrens durumunda son seçenek olarak kullanılabilir. Sonuç olarak SN nadir görülen tıp kaynaklarına geçmiş yeni bir beyin tümörü olduğu için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: merkezi sinir sistemi, nadir, santral nörositom

EP-258 EKSTRAKRANİYAL GLİOBLASTOMALARDA ADJUVAN KEMORADYOTERAPİ

BORA UYSAL, HAKAN GAMSIZ, SELÇUK DEMİRAL,
FERHAT DİNÇOĞLAN, ÖMER SAĞER, MURAT BEYZADEOĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ AD.

Giriş: Glioblastomalar tüm glioma vakalarının %54'ünü oluşturur ve en ölümcül tümörlerden birisidir. Hastalar genellikle ilk yıl içinde kaybedilir ve sadece %4-5'i 5 yıl süreyle yaşamlarına devam ederler. Semptomlar bayılma, artmış intrakraniyal basınç ve denge kaybıdır. Sadece biyopsi uygulanan vakalara göre total veya subtotal eksize edilen vakalarda sonuçlar daha iyidir. Ekstrakraniyal glioblastomalar santral sinir sistemi tümörlerinin %4'ünü oluşturur. Optimal tedavi total eksizyon sonrası adjuvan kemoradyoterapi ve en az 6 ay süreyle oral temozolomide kemoterapisidir.

Amaç: Beyin parankimi dışında santral sinir sisteminin diğer lokalizasyonlarında görülen glioblastomalarda cerrahi sonrası adjuvan kemoradyoterapinin rolünü irdelemektir.

Yöntem Gereçler: Ocak 2008-Aralık 2015 tarihleri arasında cerrahi sonrası adjuvan kemoradyoterapi tedavisi uygulanan 3 olgu retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hasta karakteristikleri tablo'da özetlenmiştir (tablo 1). İki vaka primer intrakraniyal glioblastomanın ekstrakraniyal metastazı iken diğer vaka primer spinal glioblastomadır. 1.vaka sağ lateral ventrikül yerleşimli, 2. vaka ise sol serebellar yerleşimliydi. Olgulardaki glioblastoma lokalizasyonları sırasıyla intramedüller T9-10, T6-7 ve C8-T1'inci vertebral seviyedir. Tüm hastalara geniş eksizyon operasyonu uygulanmıştır. Patolojik incelemede glioblastoma tanısını destekleyen yüksek mitotik indeks, nekroz ve GFAP (glial fibriler asidik protein) ile işaretli neoplastik hücreler gözlenmiştir (şekil 1). Cerrahi sonrası 3 vakaya da üç boyutlu konformal planlamayla LINAK cihazıyla 50.4 Gy total dozda 1.8 Gy fraksiyon dozunda 28 günde radyoterapi uygulanmıştır. Vakalar radyoterapiyle eş zamanlı oral temozolomide tedavisini 75-100 mg/m² dozunda kullanmışlardır. Kemoradyoterapi sonrası adjuvan kemoterapi yüne oral temozolomide olarak 6 ay süreyle ayda 5 gün olacak şekilde verilmiştir.

Bulgular: 3 vakada cerrahi sonrası adjuvan kemoradyoterapi ve 6 ay süreyle oral kemoterapi tedavisi tamamlanmıştır. Hastaların 2(%66.7)'si erkek, 1(%33.3)'i kadındı. Hastalar 3 ayda bir kontrastlı kraniyospinal MRI ile takip edildiler. Ortalama sağ kalım 13.3 (10-16) ay'dı.

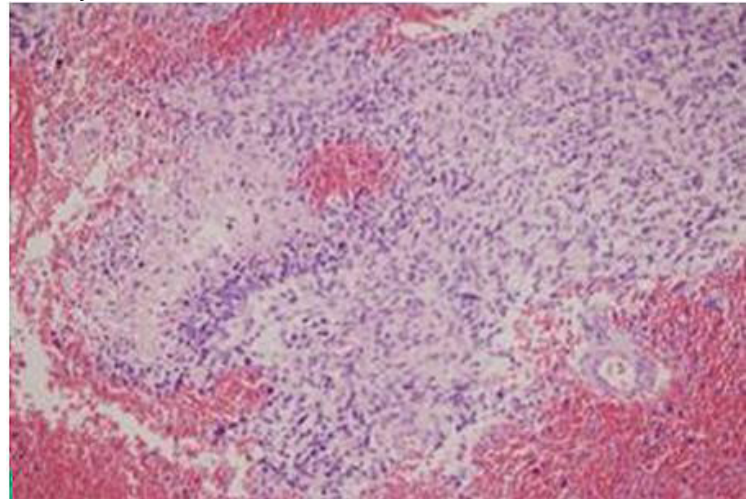
Sonuçlar: Cerrahi sonrası adjuvan kemoradyoterapi santral sinir sisteminin beyin parankimi dışındaki primer glioblastoma tanılı ve metastatik hastalarda sağ kalım ve lokal kontrol oranlarındaki avantaj nedeniyle uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Glioblastoma, radyoterapi, kemoterapi

Hasta karakteristikleri

	Age	Location	Gender	WHO Grad	RT dose
P1	21	T9-10	Female	4	50.4 Gy
P2	25	T6-7	Male	4	50.4 Gy
P3	31	C8-T1	Male	4	50.4 Gy

Patoloji



EP-259

NADİR GÖRÜLEN SSS GRADE IV EMBRİYONAL TÜMÖR VAKASI

CELAL ALANDAĞ, ELANUR KARAMAN, FEYYAZ ÖZDEMİR

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Primitif nöroektodermal tümör (PNET), embriyonal tümörlerin %5'ini oluşturur, % 80'i 10 yaş öncesinde ortaya çıkar. SSS PNET'leri, primitif nöral tüpün germinal matrisinden kaynaklanan, hızlı büyüyen, nöroepitelyal tümörlerdir (WHO grade IV). Bazı PNET'ler orijin aldığı dokunun ismi ile anılır (retinoblastoma, pineoblastoma vb.). Bazende lokalizasyona göre isimlendirilir (supratentorial PNET vb.) Sıklıkla intrakranial basınç artışı semptomları ile başvururlar. Bazen ise halsizlik, anoreksi iritabilite gibi semptomlarla da gelebilirler. Tedavi agresif cerrahi rezeksiyon sonrası radyoterapidir. Adjuvan kemoterapi yüksek riskli hastalara verilir. Kemoterapi rejimi standart değildir. Genelde medulloblastoma da kullanılan rejimler kullanılır. Bu rejimler sisplatin/siklofosfamid/vinkristin veya sisplatin/lomustin/vinkristin olarak sayılabilir. Ayrıca ikili rejim olarak sisplatin/etoposid tercih edilebilir.

Olgu: Hasta 18 yaşında bayan, 3 yaşından beri antiepileptiklere dirençli epilepsi hastasıymış. Sık sık status epileptikus atakları geçiriyormuş. Yapılan tetkiklerde sekonder bir neden tespit edilememiş. Daha önce birçok kez beyin MR çekilmesine rağmen kitle tespit edilmemiş. Şubat 2017'de baş ağrısı artınca tekrar beyin MR çekilmiş ve sağ arka temporal lobda 37x42 mm kitle saptanmış. Sonrasında total kitle eksizyonu yapılmış ve patoloji sonucu embriyonel tümör, NOS (grade 4) olarak raporlanmış. Sonrasında Mart - Nisan 2017 tarihleri arasında 30 fraksiyon, kitle + beyin + tüm spinal 54 Gy radyoterapi verilmiş. Mayıs 2017 tarihinde adjuvan olarak sisplatin/etoposid kemoterapisi başlandı. Hastanın operasyondan sonraki süreçte yine birkaç kez epileptik nöbetleri olmasına rağmen nöbetler daha hafif geçmeye başladı.

Sonuç: PNET yetişkinde çok nadir görülür, insidansı 0,26/100.000'dir. Çocuklarda daha sık olmasına rağmen erişkinde tüm beyin tümörlerinin %1.8'ini oluşturmaktadır. Tedaviden sonra nüks'ün ilk 5 yıl içinde olduğu ve 10 yıllık survival yaklaşık %50 olduğu bildirilmiştir. Tanı aldıktan sonra opere edilen hastalara adjuvan radyoterapi önerilmiştir. Adjuvan kemoterapi olarak üçlü rejimlerin toksisitesi fazla olduğu için yerine sisplatin/etoposid'in kullanılabilceği belirtilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Embriyonel Tümör, Erişkin SSS tümörleri, Primitif nöroektodermal tümör

Resim1



Beyin MR'da sağ arka temporal lobda 37x42 mm lik kitle görüntüsü.

EP-260

ANTI-EGFR MONOKLONAL ANTİKORU NİMOTUZUMAB İLE TAM YANITLI OLARAK İZLENEN BİR ANAPLASTİK ASTROSİTOM VAKASI

METİN DEMİR, UTKU BURAK BOZBULUT, ŞAHİN LAÇİN, SADETTİN KILIÇKAP

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Baş boyun tümörlerinde EGFR aşırı ekspresyonunun fazla olduğu bilinmektedir. EGFR 'nin ekstrasellüler domainini hedefleyen nimotuzumab (h-R3) humanize Ig G1 alttipinde bir monoklonal antikordur. Özefagus, nazofarinks, pankreas tümörleri dışında gliomlarda da özellikle pediatrik hastalarda, radyoterapiyle eşzamanlı ya da tek başına kullanılmaktadır. Erişkin hasta grubunda veriler daha da az olgunlaşmış durumdadır.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta Haziran 2013'te bayılma şikayetiyle acil servise başvurmuş. Acilde yapılan tetkiklerinde beyin MRG'sinde sağ frontal lob tabanında, korpus kallozum genu altından sola uzanım gösteren, periferik heterojen kistik komponenti de bulunan, santral kesimi solid ve kontrastlanan 47x36x37 mm boyutlarında kitle dışında patolojik bulgu saptanmamış. Hastaya nöroşirürjide gross total eksizyon yapıldı. Operasyonda çıkarılan materyalin patolojisi WHO 2007 sınıflamasına göre grade 3, anaplastik astrositom, gemistositik tip, GFAP, IDH-1, p53 pozitif; ki 67 proliferasyon indeksi %7 olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya adjuvan temozolamid ile eşzamanlı radyoterapi verildi. Radyoterapi bittikten sonra temozolamid kullanmaya devam eden hastada 4 ay sonra çekilen kraniyal MRG'de operasyon loju posteriorunda önceki tetkikte

izlenmeyen milimetrik noduler kontrast tutulumu, sol ventrikül gövde kesimi üst duvarında 2 adet milimetrik tutulum metastaz açısından anlamlı bulundu. Bu yeni lezyonlara stereotaktik radyocerrahi uygulandı. Bundan sonra hasta irinotekan bevacizumab, PCV, sisplatin etoposid ve tekrar temozolamid protokollerini aldı. Ağustos 2016'da yine progresyon saptanınca hastaya nimotuzumab 200 mg başlandı. Bu tedaviden 3 ay sonra çekilen beyin MRG'de tam yanıt saptandı. 6 ay sonra çekilen beyin MRG'de yine tümör lehine bulgu gözlenmedi. Ekim 2017'de çekilen beyin MRG perfüzyon, permeabilite ve spektroskopik sekanslarında da tümör için anlamlı bulguya rastlanmamıştır. Hasta tam yanıtı şekilde nimotuzumab tedavisi altında kliniğimizde izlenmektedir. Hastada grade 3-4 yan etki gelişmemiştir.

Sonuç: Literatürde nimotuzumab için belirtilen en sık yan etkiler transaminite, bulantı, tremor, anoreksi, ateş ve akneiform raştır. Yüksek gradeli gliomlarda nimotuzumab tedavisiyle ortanca sağkalımın 30 ayı geçtiği belirtilmekle beraber standart tedaviyle farkın olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Grade 3-4 yan etkilerin az olması, hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştıran bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: Nimotuzumab, Gliom, Anti-EGFR

EP-261

GLİABLASTOMA MULTİFORME TANILI HASTADA BEVASİZUMAB İLİŞKİLİ OPTİK NÖROPATİ

ÖZNUR BAL, MUTLU DOĞAN, EFNAN ALGIN, YAKUP ERGÜN,
NURİYE YILDIRIM ÖZDEMİR, NURULLAH ZENGİN

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Bevasizumab nüks glioblastoma multiforme (GBM) tedavisinde kullanılan vasküler endotelial büyüme faktörü hedefli monoklonal bir antikordur. Bevasizumab tedavisi sırasında, tromboz, hipertansiyon, proteinüri, gastrointestinal perforasyon, yara iyileşmesinde gecikme sıklıkla görülen yan etkilerdir. Burada bevasizumab tedavisi altında ani görme kaybı gelişen nüks GBM tanılı bir vakanın sunulması amaçlandı.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta baş ağrısı ve konuşma bozukluğu ile Haziran 2016 yılında beyin cerrahisi kliniğine başvurdu. Difüzyon MR tetkikinde sol temporal yerleşimli 2.5 cm kitle saptandı. Hastanın sol temporal kitlesi gross total eksize edildi. Patoloj sonucunda glioblastoma grade + olarak görülen hastanın postoperatif görüntülemesinde rezüdü saptanmadı. Temozolomid ile eş zamanlı kemoradyoterapi (Temmuz 2017, 18 Gy) sonrası hastaya 4 kür adjuvan temozolomid tedavisi verildi. Dördüncü kür sonrası operasyon yerinde şişlik ve hemorajik akıntı nedeni ile yapılan görüntülemesinde sol temporalde yeni gelişen 2,1 cm'lik kitle saptandı. İnoperabl olarak değerlendirilen hastaya reirridasyon düşünülmüdü. Hastaya irinotekan bevasizumab tedavisi başlandı. Üç kür sonunda yapılan radyolojik değerlendir-

mede hastanın sol temporaldeki kitlesinin tama yakın regrese olduğu görüldü. Tedavisi 6 küre tamamlanan hastada yanıtın devam etmesi nedeni ile tedavi süresi uzatıldı. Eylül 2017 de 7. kür tedavisini alan hastada bir haftadır görme bulanıklığı olması üzerine göz hastalıkları tarafından değerlendirildi. Rejyonel muayenesinde sol optik sinirde solukluk/atrofi? saptanması üzerine hem beyin hem orbita MR ile değerlendirildi. Kranial nüksü olmayan hastada sol optik nörit saptandı. Hastada sol gözde tam görme kaybı gelişti. Hasta tedavisiz izleme alındı. Hastanın takibine halen tedavisiz devam edilmektedir.

Sonuç: Bevasizumab GBM yanı sıra metastatik kolorektal, over-, servikal kanserlerde ve de diyabetik retinopatide intravitreal olarak da kullanılmaktadır. Literatürde GBM'de bevasizumab sonrası optik nörit gelişen olgular bildirilmektedir. Diğer nedenlerle bevasizumab alan hastalarda bildirilmiş olgu bulunmaktadır. Etyolojisi ve mekanizması bilinmemekle birlikte, daha önce verilen radyoterapi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Glioblastoma, bevasizumab, optik nöropati

EP-262

**NADİR BİR VAKA RAPORU: TEMOZOLAMİDİN İNDÜKLEDİĞİ
İTERSTİSYEL PNÖMONİTİS**

ÖZDE MELİSA CELAYİR¹, DİDEM TUNALI², SİNEM İLİAZ³, ZEYNEP ATÇEKEN⁴, EYYÜP MUNGAN¹, FATİH SELÇUKBİRİCİK², NİL MOLİNAS MANDEL⁵

1 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

2 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

3 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI BİLİM DALI, İSTANBUL

4 KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

5 AMERİKAN HASTANESİ, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Temozolamid, primer santral sinir sisteminin invaziv tümörlerinden yeni tanı alan glioblastoma multiformenin ve yüksek gradlı anaplastik astrositomunun tedavisinde kullanılan alkilleyici bir ajandır. Temozolamid kullanımı sonrası farenjit, akciğer enfeksiyonu (pnömosistis karini pnömonisi), öksürük, dispne gibi respiratuar yan etkiler görülmekle birlikte idiyopatik ilaç reaksiyonuna sekonder gelişen interstisyel pnömonit nadiren görülmektedir. Biz bu vaka raporunda Temozolamid tedavisinin indüklediği interstisyel pnömoniti tanımlamayı planladık.

Olgu: Evre 4 Glioblastome multiforme tanılı hastaya cerrahi rezeksiyon sonrası 3. haftada radyoterapi ve eş zamanlı temozolamid (75mg/m²/gün x 42 gün) tedavisi ile birlikte TMP-SMX profilaksisi başlandı. Hasta tedavinin 6. haftasında dispne, non-produktif öksürük, hipoksi (oda havasında %78 ve nazal oksijen ile %84-91) ve ateş (38,5-39 derece) şikayeti ile acil servise başvurdu. Toraks BT çekilen ve pnömosistis karini pnömonisi (PCP) tanısı alan hastaya tedavi dozunda TMP-SMX ve glukokortikoid başlandı. Tedavinin 12. gününde ateşi olmayan hasta satürasyon değerleri oda hasında %94'ye çıkmış, CRP değeri gerilemiş halde oral bactrim tedavisi ile taburcu edildi. 10 gün sonra göğüs hastalıkları poliklinik kontrolüne gelen hastanın vital bulguları stabil olup öksürük ve dispne şikayeti devam etmekteydi, satürasyon oda havasında %92-94 idi. Balgamda bakılan PCP negatif saptandı. Kontrol Toraks BT çekilen hastaya interstisyel pnömonit tanısı konularak 1 mg/kg dozunda glukokortikoid tedavisi başlandı. Hastanın tedavi sonrası respiratuar semptomların ve Toraks BT ile saptanan infiltratif bulguların dramatik olarak gerilediği gözlemlendi, oda havası satürasyon %98'e yükseldi. Glukokortikoid tedavisi doz azaltılarak kesildi.

Sonuç: Temozolamid tedavisine bağlı interstisyel pnömonit nadiren de olsa gelişmekte olup PCP ile karışabilmektedir. PCP tedavisine yanıt vermeyen hastalarda interstisyel pnömonit göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Temozolamid, interstisyel pnömonit, pnömosistis karini pnömonisi

Glukokortikoid tedavisi öncesi çekilen Toraks BT



İnterstisyel Pnömonit tedavisi sonrası çekilen BT



İnterstisyel Pnömonit tedavisi sonrası çekilen kontrol Toraks BT incelemesinde dramatik yanıt görülmüştür.

EP-263 KOLONDA NADİR GÖRÜLEN BİR TÜMÖR: PLEOMORFİK SARKOM VAKASI

NADIYE AKDENİZ¹, ZUHAT URAKÇI¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹,
HALİS YERLİKAYA¹, OĞUR KARHAN¹, ENGİN DENİZ YILMAZ², ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANA BİLİM DALI, DİYARBAKIR

Giriş: Kolon kanserlerinin % 95'i, epitelyal kökenli olup adenomatöz polip zemininde gelişirler. Buna karşılık kolonun mezenkimal tümörleri oldukça nadir olup heterojen bir grubu oluştururlar. Gastrointestinal sistemin primer mezenkimal tümörleri tüm gastrointestinal sistem kanserlerinin sadece % 0,1-3'ünü oluştururlar. Biz burada kolonun çok nadir görülen primer mezenkimal tümörü olan pleomorfik sarkom olgusu sunduk.

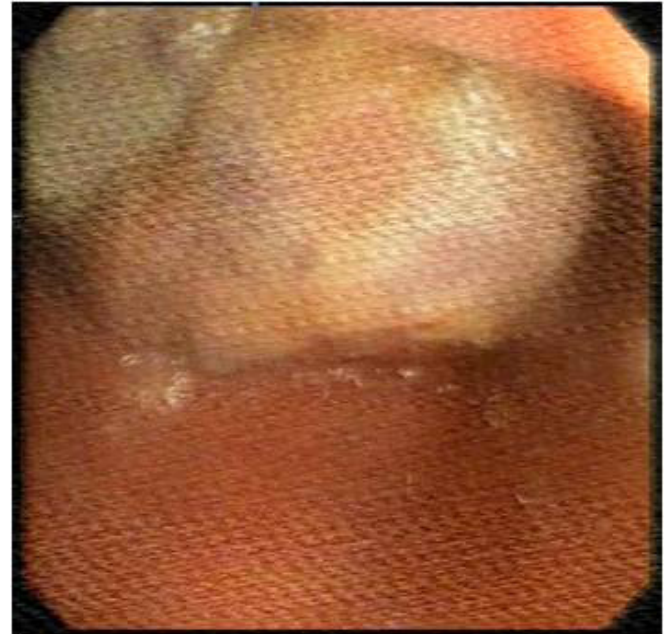
Vaka: Yetmiş iki yaşında erkek hasta 4 ay önce başlayan karın alt kadranda ağrı, aralıklı rektal kanama ve son bir haftadır kabızlık şikayetleri ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyeti vardı. Tümör markerları normal sınırlardaydı. Batın ve pelvik bilgisayarlı tomografisinde; Sigmoid kolonda yaklaşık 10 cm'lik segmentte duvar kalınlık artışı ve sağda rektum komşuluğundan başlayıp mezorektal fasiayı geçen komşu kas grubuna uzanan yaklaşık 51 × 33 mm boyutunda kitle lezyonu izlendi. Benzer kitle lezyonları sağda ileopsoas kasında, çekum lokalizasyonunda, çekum komşuluğundaki kas içerisinde, sağ böbrek posteriorunda retroperitoneal alanda da izlendi. Kolonoskopide 17. cm'de lümeni tama yakın tıkayan ve yer yer üzerinde hafif ülser olan dev kitle görünümü izlendi (Şekil 1). Hastada klinik ve görüntülemelerde obstrüksiyon bulguları saptanması üzerine acil olarak operasyona gönderildi. Operasyon sırasında rektumdan başlayıp sigmoid kolonda ve çekumda kitle lezyonları izlendi; total kolektomi ve lenf nodu disseksiyonu yapıp ileostomi açılmasına karar verildi. Operasyon sonrası yapılan histopatolojik incelemede kitleler pleomorfik sarkom olarak raporlandı. Tümör multiodak yerleşim göstermekte olup, en büyük çapı yaklaşık 7,5 cm idi. Nekroz %50'den azdı ve grade 2 idi. İmmünohistokimyasal çalışmada; Vimentin pozitif; CD68, CDX2: Fokal pozitif; SMA, S-100, CD117, Desmin, CD20, LCA, CD34, CD31 negatif; Ki-67 proliferasyon indeksi %15 saptandı (Şekil 2). Hastanın operasyon sonrası batın ve pelvik bilgisayarlı tomografilerinde sağ ileopsoas kasında, sağ böbrek posterior komşuluğunda ve sağda pararenal fasia

lokalizasyonunda nekrotik özellikte metastatik kitle lezyonları ve rektosigmoid bölge lokalizasyonunda mesane posterioruna ve mezorektal fasiayı geçip komşu kas grubuna doğru uzanan kitle lezyonları izlendi. Hasta metastatik kabul edilip palyatif kemoterapi başlandı. AİM kürü; adriamisin 60 mg /m², İfosfamid 2500 mg /m², mesna 2500 mg /m² olmak üzere 3 gün verilip 21 günde bir siklular halinde uygulandı. Tedavi sikluları devam ederken hasta ileus kliniği ile yatırıldı, görüntülemelerde perforasyon ve peritonit saptanan hasta tanıdan 6 ay sonra ex oldu.

Sonuç: Sonuç olarak kolonik pleomorfik sarkomlar oldukça nadir görülen tümörlerdir. Epitelyal tümörlerle benzer klinik bulgular verseler de farklı tedavi yaklaşımları nedeni ile kolonda kitle ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

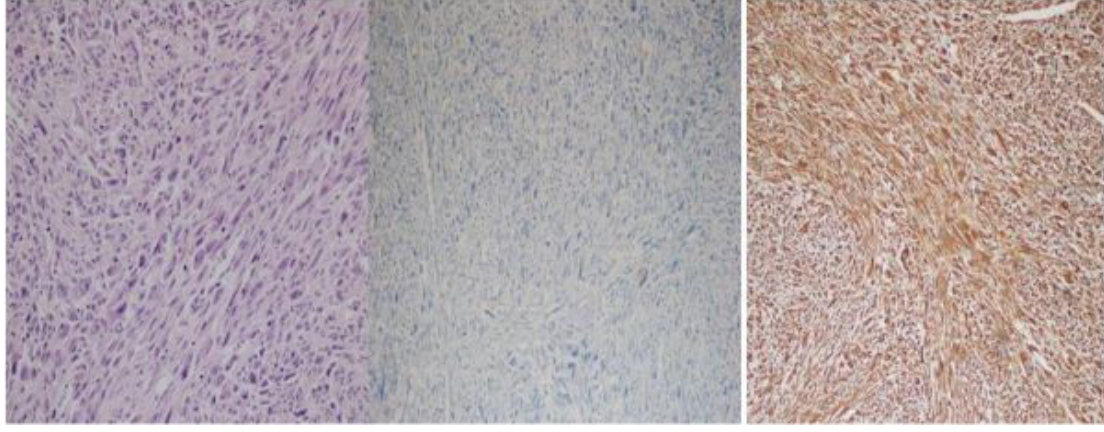
Anahtar Kelimeler: Kolon, Mezenkimal tümör, Pleomorfik sarkom

Şekil 1



Şekil 1 Kolonoskopi sol kolonda intraluminal dev kitleyi göstermekte

Şekil 2



Şekil 2: A) Patolojik bulgu olarak eozinofilik stoplazmalı işsi hücreler izlenmekte (Hematoksilen eozin boyama $\times 200$) B) Malign hücrelerde CD117 negatifliği $\times 100$ C) Malign hücrelerde güçlü vimentin pozitifliği $\times 100$

EP-264

ETOPOSİD KULLANIMINA BAĞLI NADİR YAN ETKİ OLARAK BRADİKARDİ GELİŞEN PLEOMORFİK RABDOMİYOSARKOM VAKASI

NADIYE AKDENİZ, ZUHAT URAKÇI, MUHAMMET ALİ KAPLAN, MEHMET KÜÇÜKÖNER,
HALİS YERLİKAYA, OĞUR KARHAN, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

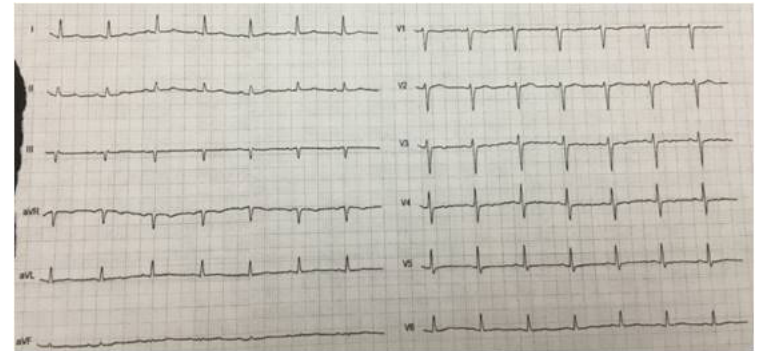
Giriş: Günümüzde yumuşak doku sarkomlarının tedavisinde etoposid içeren rejimleri de kullanılmaktadır. Etoposide bağlı standart kemoterapideki gibi yan etkiler görülmekle beraber nadir de olsa kardiyak yan etkiler gelişebilmektedir. Biz burada etoposid kullanımı sonrası nadir görülen bir yan etki olan bradikardi gelişen pleomorfik rabdomiyosarkom vakası sunduk.

Vaka: 2016 yılı kasım ayında nüks ile başvuran 18 yıllık remisyonda rabdomiyosarkom vakasına neoadjuvan olarak İfosfamid 1800 mg / m²/gün IV 5 gün, Mesna 1800 mg / m²/gün IV 5 gün, Etoposid 100 mg / m²/gün IV 5 gün, Sisplatin 20 mg / m²/gün IV 5 gün 21 günde bir verilmek üzere kemoterapi başlandı. Bazal kalp hızı 83 atım / dakika idi. (Şekil 1) Hastada 1. kür kemoterapinin 3. gününde hastaya sadece etoposid verilmesinden 1 saat sonra göğüs ağrısı ve baş dönmesi gelişti. Hastanın daha önce kardiyak hastalık öyküsü yoktu. Hasta monitörize edildi. Kan basıncı 110/70 mmHg idi. EKG de kalp hızı 38 atım / dakika idi (Şekil 2). Hastanın kardiyak enzimleri istendi. Troponin: 0,01 ng / mL (0 - 0,04 ng/mL), CK-MB: 2.35 ng / mL (0,6 - 6,3 ng/mL) olup normal sınırlardaydı. Kardiyoloji sinüs bradikardisi olarak değerlendirdi ve hastaya 0,25 mg atropin IV yapıldı. Kalp hızı 70'e yükseldi. Hastanın laboratuvar parametrelerinde; glukoz: 88 mg / dL, sodyum: 139 mmol / L, potasyum: 4,2 mmol / L, magnezyum: 1,9 mg / dL, TSH: 2,68 µIU / mL, serbest T4: 17,1 pmol / L, serbest T3: 5 pmol / L olup normal referans aralığındaydı. Hastanın sonraki kemoterapisi monitörize edilerek verildi. İkinci kür kemoterapiden sonra da bradikardi gelişti. Hasta semptomatik değildi ve kalp hızı 48 idi. Herhangi bir tedaviye gerek duyulmadı. İkinci kürü verildi. Hasta kemoterapi siklusları sırasında monitörize edildi. Sonraki kürlerde semptomu olmadı. Neoadjuvan kemoterapi tedavisinden sonra metastazektomi yapıldı. Daha sonra takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç: Yumuşak doku sarkomlarının tedavisinde kullanılan kemoterapötik ilaçların toksisiteyi olup kardiyotoksisite erken veya geç komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir. Kalp, kemoterapi ile üretilen oksijen radikallerinden kaynaklanan oksidatif yaralanmalara karşı nispeten daha savunmasızdır. Reaktif oksijen radikallerinin oluşumu geçici bradikardi ile sonuçlanan kalp kası hasarına yol açabilir. Etoposide bağlı bradikardi nadir yan etki olup vaka bazlı bildirilmiştir. Bradikardi atakları kısa süreli olup tedavi sonrası kısa sürede düzelmektedir. Sonuç olarak pleomorfik rabdomiyosarkomlu olgularda tedavide kullanılan etoposid kemoterapi ajanının bizim olgumuzda da olduğu gibi çok nadir de olsa bradikardi yapma potansiyeli mevcuttur. Bu nedenle etoposid kullanan hastalarda kardiyak toksisite akılda tutulmalı ve semptomu olan hastalar gerekirse monitorize edilerek yakından takip edilmelidir.

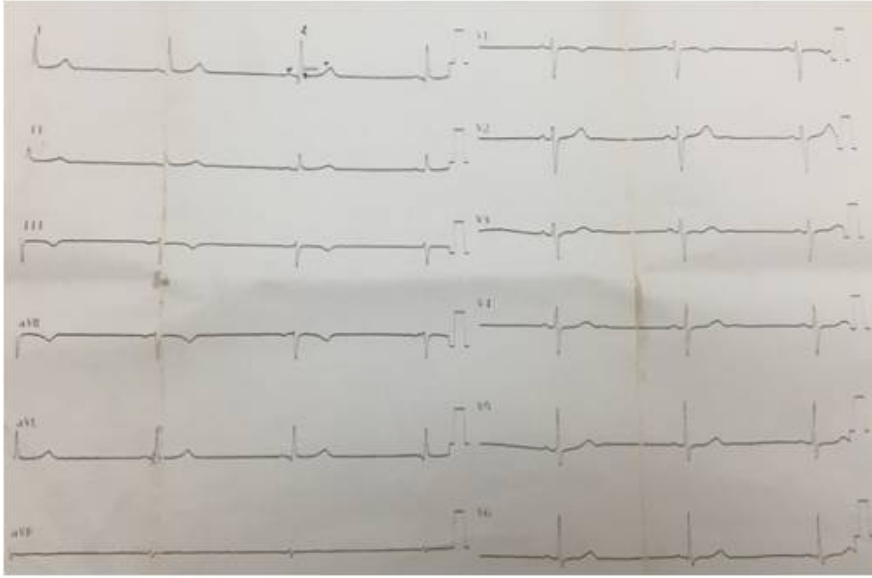
Anahtar Kelimeler: Bradikardi, Etoposid, Pleomorfik sarkom

Şekil 1



Şekil 1: Hastanın bazal EKG görüntüsü; kalp hızı 83 atım/dk

Şekil 2



Şekil 2:Hastanın göğüs ağrısı ve baş dönmesi olduğu zaman çekilen EKG görüntüsü; kalp hızı 38 atım/dk

EP-265

PRİMER TÜMÖR TEDAVİSİNDEN 18 YIL SONRA AKCİĞER METASTAZI İLE BAŞVURAN PLEOMORFİK SARKOM VAKASI

NADIYE AKDENİZ, ZUHAT URAKÇI, MUHAMMET ALİ KAPLAN, MEHMET KÜÇÜKÖNER, HALİS YERLİKAYA, OĞUR KARHAN, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR

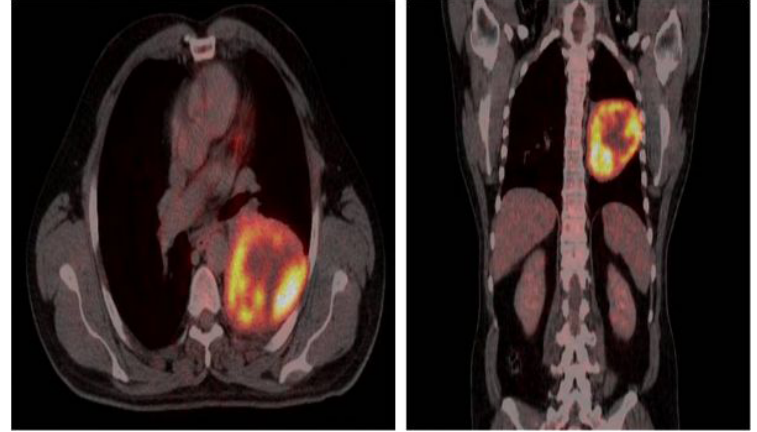
Giriş ve Amaç: Yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık % 3'ünü rabdomiyosarkomlar oluşturur. Pleomorfik rabdomiyosarkom erişkinlerde sıklıkla rastlanan alt gruptur. Rabdomiyosarkomlar bölgesel veya uzak metastaz yapabilirler. En sık uzak metastaz yerleri akciğerlerdir. Yüksek riskli hastalarda nüksler genelde 2-3 yıl içinde gelişirken, düşük riskli hastalarda nüksler nadir olup daha geç dönemde görülür. Biz burada tanıdan 18 yıl sonra akciğer metastazı ile nüks eden pleomorfik rabdomiyosarkom vakası sunduk.

Vaka: Kırk dört yaşında erkek hasta Şubat 1998'de sağ uyluk posterior kitle nedeni ile doktora başvurmuş. Kitle 9.5x7.5x6 cm boyutlarında olup total eksize edilmiş. Patolojisi rabdomiyosarkom ile uyumlu bulunmuş. Yapılan görüntülemelerde uzak organ metastazı saptanmamış. Hastaya adjuvan kemoterapi sonrası adjuvan radyoterapi 32 fraksiyonda 6400 cGy verilmiş. Daha sonra düzenli olarak takibe alınmış. Hasta 2016 yılında göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Görüntülemelerde sol akciğerde kitle saptandı. PET CT 'de sol akciğer alt lob süperior ve alt lob posterobazal segmentlerde izlenen, üst ve alt lob bronşuna bası yapan heterojen dansiteli düzgün sınırlı 91x91x100 mm boyutlu Suvmax değeri 13 olarak ölçülen malignite düzeyinde FDG tutulumlu kitle saptandı (Şekil 1). Hastaya Kasım 2016 da kitleden trucut biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu pleomorfik rabdomiyosarkom metastazı olarak değerlendirildi. İmmünohistokimyasal çalışmada Vimentin: diffüz pozitif, Desmin: diffüz orta şiddette ve kuvvetli pozitif; PANKC, CD 56: fokal pozitif, EMA, TTF-1, P63, Kromogranin A, CD68, S-100, MELAN A, HMB45, Myoglobin: negatif, Ki 67 ile proliferasyon indeksi yaklaşık %90 saptandı (Şekil 2). Hastaya neoadjuvan olarak İfosamid 1800 mg / m²/ gün IV 5 gün, Mesna 1800 mg / m²/ gün IV 5 gün, Etoposid 100 mg / m²/ gün IV 5 gün, Sisplatin 20 mg / m²/ gün IV 5 gün 21 günde bir verilmek üzere kemoterapi başlandı. Neoadjuvan kemoterapi tedavisinden sonra metastazektomi yapıldı. Daha sonra takibe alındı.

Sonuç: Sonuç olarak pleomorfik rabdomiyosarkomlu olgular küratif tedavi sonrası bizim olgumuzda da olduğu gibi çok geç nükslerle prezente olabilirler. Özellikle en sık küratif olarak rezeke edilebilen akciğer metastazı ile nüks etmelerinden dolayı hastaların uzun süreli ve düzenli takip edilmeleri önem arz etmektedir.

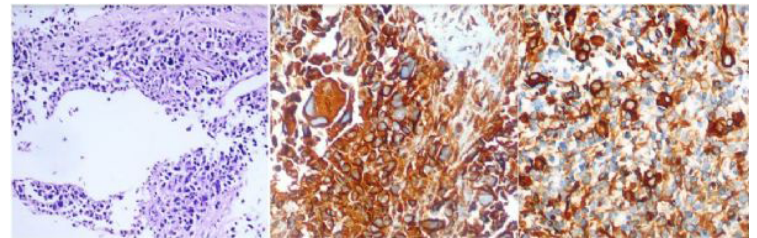
Anahtar Kelimeler: Akciğer metastazı, geç nüks, pleomorfik sarkom

Şekil 1



Şekil 1: PET CT görüntüsü

Şekil 2



Şekil 2:A)Fibröz dokuda malign tümöral infiltrasyon (10x10, H&E) B) Tümör hücrelerinde diffüz Vimentin pozitifliği (40x10, immünoperoksidaz) C) Tümör hücrelerinde diffüz Desmin pozitifliği (40x10, immünoperoksidaz)

EP-266

PRİMER DURAMATER KAYNAKLI NADİR SİNOVYAL SARKOM VAKASI

NADİYE AKDENİZ¹, MEHMET KÜÇÜKÖNER¹, MUHAMMET ALİ KAPLAN¹, ZUHAT URAKÇI¹, HALİS YERLİKAYA¹, FATMA TEKE², SALİH HATTAPOĞLU³, ABDURRAHMAN İŞIKDOĞAN¹

1 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DİYARBAKIR
2 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ANA BİLİM DALI, DİYARBAKIR
3 DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, DİYARBAKIR

Giriş: Duramateri tutan primer veya metastatik sarkomlar nadirdir. Literatürde primer duramater kaynaklı sinovyal sarkom vakası çok az bildirilmiş olup biz de burada bir diğer primer duramater orjinli sinovyal sarkom vakasını sunduk.

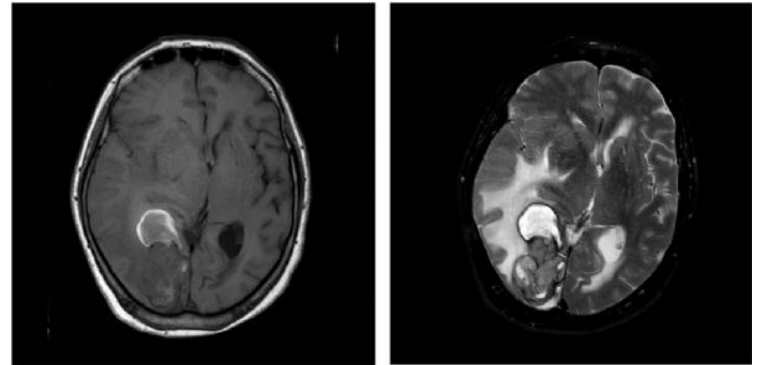
Vaka: Altmış yaşında bayan hasta 6 ay önce baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü olup soy geçişinde özellikli bulgu yoktu. Hastanın fizik muayenesinde nörolojik defisiti yoktu. Laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen kranial Magnetik resonance imaging (MRI) ında sağ paryetooksipitalde kistik ve solid komponentlere sahip periferinde öncelikle hemosiderin ile uyumlu olabilecek T2A hipointens sinyal değişikliklerinin izlendiği, periferik kontrast tutulumu olan 63x33x40 mm boyutlarında kitle lezyonu ve çevresinde vazojenik ödem alanı izlendi. Lezyon basısına bağlı olarak sağ lateral ventrikül sola doğru itilmiş ve daralmış izlendi. (Şekil 1) Hasta operasyona alınarak kranial kitle total olarak eksize edildi. Post operatif kranial MRI görüntülemesinde rezidü tümör izlenmedi. Patolojik incelemede dura kaynaklı fuziform ve epitelioid fenotipli tümörün ayırıcı tanısında soliter fibröz tümör, hemanjioperisitoma, fibröz menenjioma ve sinovyal sarkom düşünüldü. İmmünohistokimyasal incelemede Vimentin, S100, NSE, TLE-1, BCL-2, EMA, FactorXIIIa, CD34 pozitif; CD30, LCA, desmin, PR, STAT-6, CD99, PANK, GFAP, HMB-45 negatif saptandı. Ki 67 proliferasyon indeksi % 12 idi. Tümörün morfolojik ve immünohistokimyasal özellikleri nedeniyle tümör dural az differansiye sinovyal sarkom olarak değerlendirildi. Hastada olası primer veya metastatik hastalığı ekarte etmek için tüm vücut Pozitron emission tomografi (PET CT) çekildi. PET CT de boyun sağ ve sol yarısında level 2-5 düzeyinde izlenen büyüğü 13 mm boyutlu ve suvmax değeri 5,5 olan lenf nodları izlendi. Lenf nodlarında patolojik artmış FDG tutulumu olması sebebi ile ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu malign mezenkimal tümör tutulumu açısından şüpheli bulundu. Hastaya öncelikle kemoterapi başlanması planlandı.

İMA kürü; İfosamid 2500 mg /m², mesna 2500 mg /m², adriamisin 60 mg /m² olmak üzere 3 gün verilip 21 günde bir sikluslar halinde uygulanmaya başlandı. Tedavi siklusları devam etmekte olup daha sonra adjuvan kranial radyoterapi verilmesi planlanmaktadır.

Tartışma: Sinovyal sarkom tüm yumuşak doku sarkomlarının %5-10 unu oluşturmaktadır. Baş ve boyun bölgesinde sinovyal sarkom nadir olup bu bölgede görülen tüm sarkomların % 3-5'ini oluşturmaktadır. Sinovyal sarkomun orjininin primitif mezenkimal prekürsör kök hücre olduğu, sinovyum ile ilişkisi olmadığı ve sinovyal yapıların olmadığı bölgelerde de görüldüğü gösterilmiştir. Primer meninks yerleşimli sinovyal sarkom oldukça nadirdir ve vaka temelli sunumlar mevcuttur. Ayrıntılı morfolojik ve immünohistokimyasal incelemeler ile meninks yerleşimli diğer tümörlerden ayırt edilmesi tedavi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Duramater, nadir yerleşim, sinovyal sarkom

Şekil 1



Şekil 1 Sağ temtoporo-okspital lobta yerleşik kitle lezyonu; (a)T1A sekanslarda izointens, içerisinde hiperintens hemorajik- nekrotik sahalar içeren (b)T2A YB sekanslarda 'triple sign' ile uyumlu hiperintens nekrotik sahalar, daha yüksek intensitede kistik dejenere sahalar ve fibroz bant ile uyumlu T1 ve T2 hipointens lineer görünüm izlenmektedir

EP-267

**YÜKSEK DOZ İFOSFAMİD VE G-CSF TEDAVİSİ ALTINDA
LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT GELİŞEN METASTATİK EWİNG
SARKOMU OLGUSU**

MUTLU HIZAL, MEHMET ALİ NAHİT ŞENDUR, BURAK BİLGİN,
MUHAMMED BÜLENT AKINCI, DİDEM ŞENER DEDE, BÜLENT YALÇIN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA

Giriş: İfosfamid alkilleyiciler grubundan bir kemoterapi ajanı olup bulantı, kusma, kemik iliği supresyonu, hemorajik sistit, diare ve santral sinir sistemi toksisitesi başta olmak üzere çeşitli yan etkilere neden olabilir. Yan etki profili içerisinde vaskülit tanımlanmış olmakla birlikte lökositoklastik vaskülit neden olması literatürde vaka düzeyinde bildirilmiştir. Granülosit koloni stimulan faktör (G-CSF) tedavisi ile lökositoklastik vaskülit gelişmesi yine vaka düzeyinde bildirilmiştir.

Olgu: 18 yaşında erkek hasta Ekim 2015'de kalça ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ kalça ve bacak hareketlerinde ağrıya bağlı kısıtlanma mevcuttu. Travma öyküsü olmayan hastanın yapılan görüntülemesinde sağ iliak kemikte 10x8 cm kitle, her iki akciğerde büyüğü 17x11 mm yaygın metastaz uyumlu lezyonlar saptandı. İliak kitleden alınan biyopsi sonucu Ewing sarkomu uyumlu geldi. Hastaya metastatik Ewing sarkomu tanısıyla 11/2015-03/2016 arasında 6 kür Vinkristin- Adriamisin-Siklofosfamid kemoterapisi uygulandı. Regresyon saptanan hastaya sonrasında primer kitleye ve akciğere yönelik radyoterapi tedavisi verildi. Kasım 2016'da progresyon gözlenen hastaya ikinci basamak İfosfamid-Mesna-Etoposid kemoterapisi 6 kür uygulandı. Parsiyel yanıt veren hastanın 6 ay sonra yeniden progresyonu olması üzerine hastaya yüksek doz İfosfamid tedavisi başlandı. Birinci kür kemoterapiden yaklaşık 2 hafta sonra başlayan yaygın eklem ağrısı, halsizlik, her iki bacakta döküntülü lezyonlarla başvurdu. Muayenesinde bilateral ayak bileği

ve diz eklemlerinde hareket kısıtlılığı, ağrı, şişlik ve bilateral ayak bileğinden dizlere uzanan eritemli zeminde palpabl purpuralar saptandı. Hastaya uygulanan deri punch biyopsi sonucu lökositoklastik vaskülit ile uyumlu bulundu. Hastada herhangi bir enfeksiyon odağı saptanmadı. Otoimmün parametreleri (ANA, ANCA, Anti-Ds DNA, C3, C4, IgA) negatif saptandı. Herhangi bir ilaç veya bitkisel maruziyeti yoktu. Hastanın lökositoklastik vaskülit tablosunun kemoterapi protokülünde yer alan İfosfamid veya 7 gün 48 mü/gün G-CSF tedavisiyle ilişkili olduğu düşünüldü. 1 mg/kg prednizolon tedavisine dramatik yanıt veren hastanın cilt lezyonları ve eklem bulguları düzeldi ve hasta takibe alındı.

Sonuç: Lökositoklastik vaskülit küçük damar inflamasyonuyla seyreden bir hipersensitivite tablosudur. Kemoterapötikler arasında kapesitabin, oksaliplatin, gemitabin, 5-fluorourasil, tamoksifen ve erlotinib ile bildirilmiştir. Olgumuzda vaskülit tablosu ifosfamide veya G-CSF kullanımına bağlı gelişmiş olabilir. Malignite ilişkili paraneoplastik vaskülitler de tanımlanmış olmakla birlikte Ewing sarkomu ile bildirilmiş lökositoklastik vaskülit tablosuna literatürde rastlanmamıştır. Birçok lökositoklastik vaskülit vakasında etiyoloji tam olarak aydınlatılamasa da olguların büyük bir kısmı steroid tedavisine yanıt vermektedir.

Anahtar Kelimeler: ewing sarkom, G-CSF, ifosfamid, lökositoklastik vaskülit

EP-268

ERİŞKİN RABDOMYOSARKOM: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ERKAN ERDUR¹, FERİT ASLAN², ÖZGEN AHMET YILDIRIM¹, AYŞEGÜL İLHAN¹,
GÜLİZ ÖZGÜN¹, ECE ESİN¹, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN¹, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

1 DR. A. YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2 SİİRT DEVLET HASTANESİ

Giriş: Rabdomyosarkomlar çocukluk çağının en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. Erişkinlerde görülme oranı tüm maligniteler içinde %1 den az olup erişkin yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %3 lük bir kısmını oluşturmaktadır

Metod: Dr. A. Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Eylül 2000 ile Aralık 2017 tarihleri arasında takip edilen rabdomyosarkom tanısına sahip 10 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, patolojik tanıları, klinik evreleri, yapılan cerrahi müdahaleler, almış oldukları adjuvan veya palyatif tedaviler, almış oldukları ikinci ve üçüncü basamak tedaviler, son görülme ve ölüm tarihleri hastanemiz merkezi kayıt sistemi üzerinden kaydedildi

Sonuçlar: Çalışmadaki 10 hastanın 7 (%70) si erkekti. Ortanca yaş 38 (aralık 16-68) idi. Altı hasta (%60) pleomorfik, 3 (%30) alveolar ve 1 (%10) hasta ise andiferansiye rabdomyosarkom histolojisine sahip idi. En sık yerleşim yeri 5 hastada(%50) ekstremitelerde iken 3 (%30) gövde,1(%10) retroperiton, 1(%10) genitöüriner ve 1 hastada(%10) retrobulber yerleşimli primer tümöre sahipti.Tanı sırasında 4 hasta (%40) metastatik hastalığa sahipti.Metastatik olmayan hastaların dördü (%40) evre 2, ikisi (%20) evre 3 hastalığa sahipti. Evre 4 hastalarda görülen metastaz bölgeleri akciğer, kemik,deri ve meme idi.

Metastatik olmayan 6 (%60) hastanın tümüne cerrahi ve bunlardan 5 (%50) hastaya küratif amaçlı bölgesel radyoterapi uygulandı.

Beş hastaya (%50) adjuvan tedavi olarak VAC (vinkristin, aktinomisin, siklofosfamid) ve 1 hastaya IMA (ifosfamid, adriamisin) kemoterapisi uygulandı. Adjuvan tedavi alan hastaların üçünde (%30) takiplerde nüks gelişti.

Metastatik 1 basamak tedavide 5 hastaya (%72) VAC, 2 hastaya (%28) IMA kemoterapisi uygulandı.Dört hastada(%66,6) parsiyel remisyon, 3 hastada (%33.3) ise stabil hastalık yanıtı elde edildi. En sık progresyon bölgesi 3 hastada(%60) akciğer bölgesi idi ve 2. basamakta bu hastalardan birine (%33.3) ICE (sisplatin-ifosfamid-etoposid) kemoterapisi ve 2 hastaya (%66.6) pazopanib tedavisi uygulandı. ICE tedavisi alan hastada alınan en iyi yanıt stabil iken pazopanib tedavisi alan hastalarda yanıt veya stabil hastalık elde edilemedi. Takiplerimiz sırasında 4 hasta (%40) halen takibimizde iken 6 hasta (%60) eks oldu. Ortanca sağkalım (OS) 17,5 ay (aralık:3,22-208), relapssız sağkalım (RFS) 8,8 ay(aralık:7,26-15,1),progresyonsuz sağkalım (PFS) 8 ay (aralık: 0,43 -11,76),metastatik hasta altgrubunda (n:4) OS 11.2 ay olarak hesaplandı (Aralık:0.79 -20.5)

Tartışma: Erişkin yaşta görülen rabdomyosarkomlar çocukluk çağında görülen vakalara göre daha kötü prognoza sahiptir bu nedenle erişkin yaşta görülen rabdomyosarkomlarda hayat kalitesini arttırmak ve daha uzun sağkalım elde etmek amacıyla agresif multimodalite tedavilere ve klinik prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır

Anahtar Kelimeler: Rabdomyosarkom, VAC, IMA, ICE, Pazopanib

EP-269

MAKSİLLER OSTEOSARKOM TANILI VAKADA GELİŞEN VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU

AHMET ÖZVEREN, SEVDA ERDEM, MUSTAFA BÜYÜKKÖR

GİRESUN ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Maksillada gelişen osteosarkom nadir görülen bir mezenchimal tümördür. Ayrıca, prognozun en önemli belirleyici faktörü, tümörün erken tanısı ve geniş cerrahi rezeksiyonudur. Metastatik aşamada ise kemoterapi ilk seçenek iken akciğer metastazı varlığında metastazektomi önerilmektedir. Biz de akciğerde bulky metastazı olan maksiller osteosarkom vakamızda gelişen vena cava superior sendromunu sunmayı amaçladık.

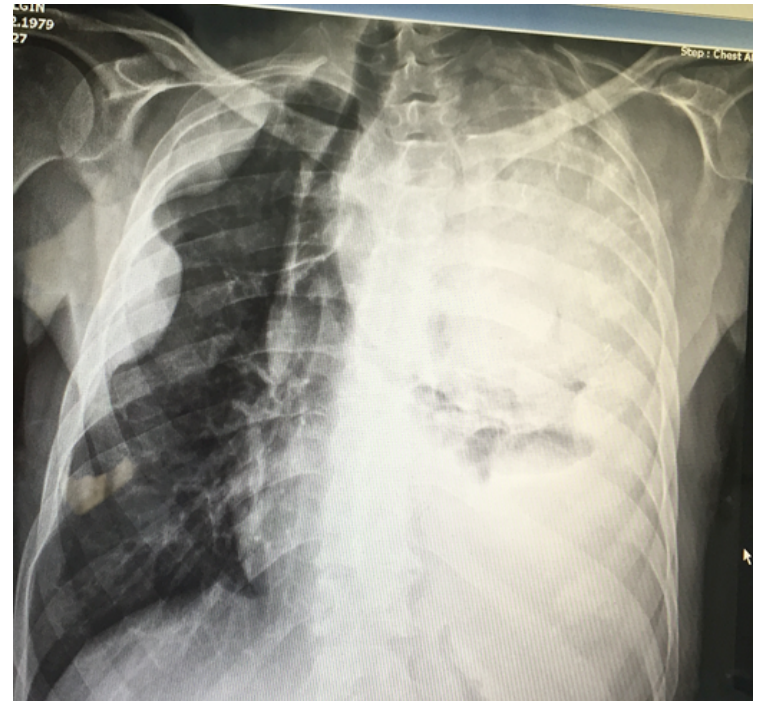
Olgu Sunumu: 38 yaş erkek 2015 yılında yüzde akıntılı yara ve ağrı nedeni ile dış merkeze başvurmuş burada yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda maksiller kemik osteosarkomu tanısı almış. Cerrahi rezeksiyon ardından adjuvan sisplatin-adriamsin tedavisi başlanmış. Adjuvan tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra gelişen sol akciğerde birden fazla lobda görülen akciğer metastazı nedeni ile 1.hat gemsitabin-dosetaksel verilmiş progresyon üzerine 2.hat topotekan-siklofosamid 6 kür verilmiş. Ardından akciğer metastazı bulky hale gelen ECOG performansı 3 olan hastada tedavi kesilerek palyatif izlem kararı alınmış. Palyatif izleminin 7. ayında Kasım 2017 de yüzde,boyunda ve kollarda ödem, nefes almada güçlük nedeni ile acil servisimize başvuran hastada mediastende sağa deviasyon izlenmesi üzerine toraks BT çekilmiş ve vena cava superior sendromu tespit edilmiştir. Performans durumu kemoterapi için uygun olmayan hastada palyatif radyoterapi kararı verilmiştir. Palyatif radyoterapi sonrası klinik tabloda gerileme gözlenen hastada halen destek tedavi ile izleme devam edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Onkolojik aciller kanserin seyri sırasında herhangi bir aşamada karşılaşılabilecek, ivedi tedavi edilmemesi halinde ölümlü sonuçlanabilecek tablolardır. Vena Cava Superior Sendromu gelişim hızına göre hafif dispneden hayatı tehdit edecek beyin ve larenks ödeme kadar gidebilecek bir tabloda karşımıza çıkabilir. Malignitenin kemosenitivitesine göre kemoterapi, radyoterapi veya girişimsel yöntemler ile müdahale edilmesi tercih edilir. Biz de palyatif izlenmekte olan maksiler osteosarkom vakamızda bulky akciğer metastazına bağlı vena cava superior sendromu

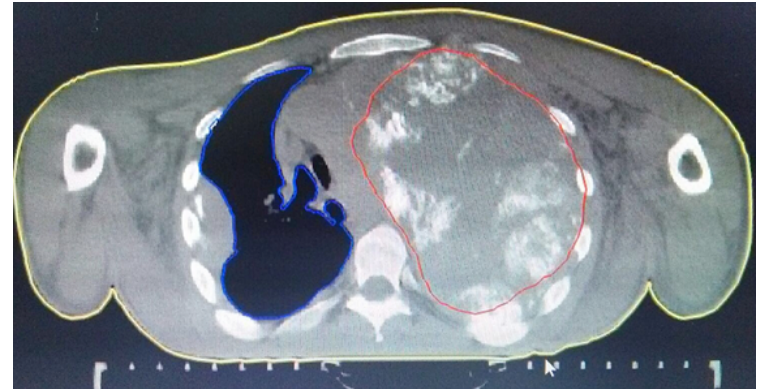
munda kemorezistan tümör olması, performansının yeterli olmaması nedeni ile radyoterapiyi seçerek yanıt aldık.

Anahtar Kelimeler: Maksiller osteosarkom, Vena Cava Superior Sendromu, Radyoterapi

Akciğer grafisi



Toraks BT görüntüsü



EP-270

PLEOMORFİK SARKOM TANILI HASTADA İFOSFAMİD TOKSİSİTESİ

ŞABAN SEÇMELER, NURGÜL YAŞAR, ÇAĞLAYAN GEREDELİ, CUMHUR DEMİR,
ORÇUN CAN, ABDULLAH SAKİN, SERDAR ARICI, ŞENER CİHAN

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Pleomorfik sarkom, sarkomların yaklaşık %15 ini oluşturur. Tedavide sitotoksik ajan olarak antrasiklinler ve ifosfamid kullanılır. Hipoalbuminemi olan ve renal disfonksiyonu olan hastalarda ifosfamide bağlı santral sinir sistemi toksisitesi sık görülmektedir. Bu posterde sarkom tanısı ile ifosfamid bazlı tedavi sırasında santral sinir sistemi toksisitesi gelişen vakayı sunduk.

Olgu: 69 yaşında hasta batın sol yarısındaki retroperitoneal 25x12x14 cm boyutlarda kitle nedeniyle trucut biyopsi yapılmış, yüksek gradlı pleomorfik sarkom ile uyumlu gelmiş. Hastanın ko-morbiditeleri (diyabet, hipertansiyon) ve tümör dokusunun büyük olması, etraf dokulara invaze olması sebebiyle tedavi olarak öncelikle kemoterapi düşünüldü. EKO'da kalp yetmezliği tespit edilmeyen hastaya İMA protokolü (Doksorubicin 75mg/m² 1. Gün, ifosfamid 2gr/m² ve beraberinde mesna 3 gün) uygulandı. Son ifosfamid dozunu aldıktan 2 gün sonra hastada halüsinasyon (oda içerisinde vahşi hayvanlar görme), psikotik (kendini gebe zannetme) bulgular görüldü. Beyin MR ve BT'sinde kanama ya da iskemi tespit edilmedi. Psikiyatri ve nörolojik değerlendirmelerde mevcut tabloyu oluşturacak ek patoloji saptanmadı. Hastanın tedavi başlangıcında albumin:2,23 g/dl

(replasman yapıldı) kreatinin:0,9 hemogram ve diğer biyokimya parametreleri normaldi. Kreatinin değerleri 4,5 mg/dl'ye kadar yükselen hastada nefrotoksisite ile birlikte nörotoksisiteye bağlı şuur bulanıklığı meydana gelen hasta yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

Sonuç: İfosfamide bağlı nörotoksisite %10, renal yetmezlik %5-6 düzeylerinde görülebilir. Hipoalbumemi, yoğun anti emetik ilaç kullanımı, beraberinde renal yetmezlik, santral sinir sistemine ait bir hastalık ya da santral sinir sistemine etkili başka bir ilaç kullanmak nörotoksisiteyi artırabilir. Öncesinde sisplatin kullanım öyküsü, nefrotoksisite yaratabilecek hastalık öyküsü, kemoterapi esnasında yeterli hidrasyonun olmaması nefrotoksisiteyi artırabilir. Bizim hastamızda da başlangıçta albümin düzeyinin düşük olması ve tedavi esnasında antiemetik kullanımı beraber nefrotoksisitenin olması nörotoksisite gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir. İfosfamide bağlı toksisiteyi azaltmak için tetikleyici risk faktörleri ortadan kaldırılmalı, kemoterapi esnasında yeterli hidrasyon sağlanmalı ve riskli hastalar yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: sarkom, ifosfamid, yan etki

EP-271

TERATOM ZEMİNİNDE GELİŞEN OVER RABDOMYOSARKOMU

ELANUR KARAMAN¹, CELAL ALANDAĞ¹, HALİL KAVGACI¹, İSMAİL SAYGIN²

1 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, TRABZON

2 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, TRABZON

Amaç: Overin en sık germ hücreli tümörleri teratomlardır. Çoğunlukla benign karakterde olan teratomların %1-2'sinde malignleşme görülebilmektedir. Rabdomyosarkom iskelet kası kaynaklı tümördür. Erişkinde nadir olup, daha çok çocukluk çağında görülmektedir. Rabdomyosarkomlar, tüm yumuşak doku sarkomlarının %2-5'ini oluştururlar. Erişkinlerde teratomların malign dönüşümü sonucu, vücutta birçok yerde ortaya çıkabilmektedir.

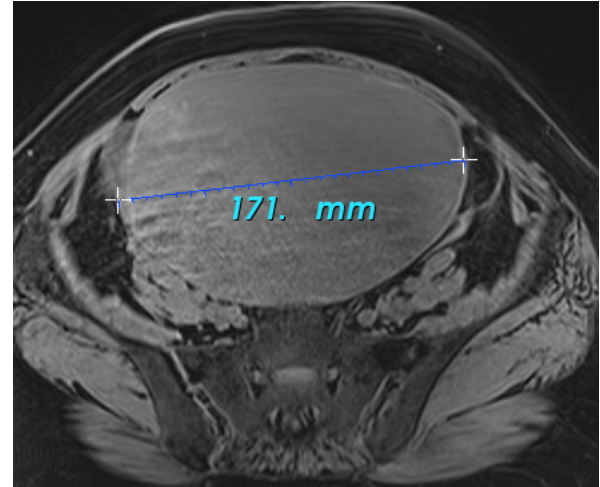
Olgu: 46 yaşında, 4 yıldır menapozda olan kadın hasta karında şişlik şikayeti ile başvurdu. 4-5 yıldır Ankilozan spondilit tanısı ile Romatoloji takibindeydi. Sülfosalazin, prednisolon ve diklofenak sodyum kullanıyordu. Fizik muayenesinde umblikus altından başlayan pelvik bölgeye uzanan kitle saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde Ca-125: 209.9 (Y), Ca-19.9: 160.3 (Y) dışında anormallik gözlenmedi. Çekilen MR'da mesane ve uterusu bası oluşturan, superiorda umblikus düzeyine kadar devam eden 170x118 mm boyutunda kistik özellikte, solid alanlar içeren over kaynaklı kistik kitle lezyonu izlendi (Resim-1). Overde kitle nedeniyle hastaya TAH+sağ ooforektomi ve kitle eksizyonu+omentektomi+periaortik pelvik lenf diseksiyonu+appendektomi operasyonu uygulandı. Operasyon sırasında kist barsak duvarından ayrıldıktan sonra rüptüre oldu. Patolojik incelemesinde; çoğunda nekrotik alanlar görülen canlı alanlarda yer yer içsel demetler oluşturan, yer yer oval yuvarlak görünümde rabdomyoblastik diferansiasyon gösteren neoplazm, örneklerden birinde küçük kistik yapıyı döşeyen solunum yolu epiteliyle uyumlu epitel izlendi. Appendiks, uterus, omentum ve pelvik lenf nodlarında tümör izlenmedi, tümörün over yüzey tutulumu yoktu ve fallop tüpü sağlamdı. Hastaya sağ over yerleşimli, 14x12x9cm, Grade 3, teratom zemininde gelişmiş rabdomyosarkom tanısı kondu. Hastadan operasyon esnasında alınan periton yıkama

sıvısı benign olarak geldi. Hastaya akciğer metastazı varlığını değerlendirmek için toraks BT çekildi, metastaz izlenmedi. Ankilozan spondiliti remisyonda olan hastanın kullandığı immünomodulator ilaçları kesildi. Operasyon sırasında kist rüptürü gözlenen hastaya kemoterapi tedavisi başlandı ve takibe alındı.

Sonuç: Rabdomyosarkomlar yüksek proliferasyon hızları olan ve yaygın nekroz alanları içeren, kötü prognozlu tümörlerdir. Vücutta her yerde görülebmesine karşın, en sık baş-boyun, genitoüriner sistem ve ekstremitlerde karşımıza çıkarlar. Bu tümörlerin ana tedavisi eksizyondur. Tümör çıkarılamayacağı durumlarda kemoterapi ve definitif lokal tedavi uygulanmalıdır. Yüksek nüks olasılığı nedeniyle kemoterapi tüm lokal tedavi alan hastalara eklenmelidir. Lokal kontrolü arttırmak için radyoterapi seçilmiş özel hasta gruplarına uygulanabilmektedir.

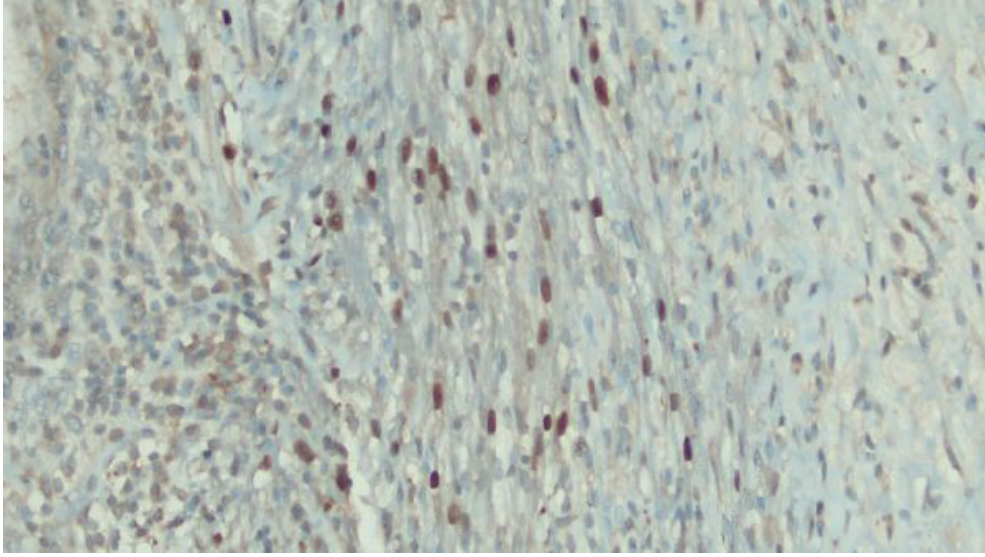
Anahtar Kelimeler: Erişkin Rabdomyosarkom, Teratom, Over rabdomyosarkomu

Resim1



Sağ over kaynaklı 17 cm'lik kistik kitle MR görünümü

Resim 2



Patoloji spesmeninde Myoglobulin boyanma, rabdomyosarkomu düşündürüyor

EP-272

NADİR BİR OLGU: MAKSİLLER SİNÜS EWING SARKOM

BURCU ÇİLEK¹, GÖKMEN UMUT ERDEM², CEREN ERDOĞAN¹,
ESMA TÜRKMEN BEKMEZ², DİNÇER AYDIN²

1 KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, KOCAELİ
2 KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, KOCAELİ

Giriş: Ekstraosseöz Ewing sarkomu (ES), vücudun yumuşak dokularından kaynaklanan ES ailesinin nadir bir çeşididir. Burun ve paranazal sinüslerin tutulumu ise daha az görülmektedir.

Vaka: Temmuz 2017 tarihinde sağ yanakta şişlik ve ağrı olması nedeni ile yapılan maksillofasial manyetik rezonans görüntülemesinde sağ maksiller sinüsü dolduran ve maksiller kemik anteriorunda kemik yapıları destrükte ederek cilt altı yumuşak doku içine, üst kesimde orbita alt kesimine uzanan 61*38 mm kitle saptandı. Sağ maksiller sinüs biyopsisi küçük yuvarlak mavi hücreli tümör olarak raporlandı (Vimentin+, nöron spesifik enolaz+, CD 99+). Ewing sarkom RNA bağlayıcı protein 1 (EWSR1) geni floresan in situ hibridizasyon (FISH) tekniği ile değerlendirildiğinde pozitif olup, EWS-FLI1 t(11;22)(q24;q12) füzyon geni revers-transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu tekniği ile pozitif saptandı. Hastaya Ağustos 2017 tarihinde VAC rejimi [(vinkristin (1.4 mg/m²), doksorubisin (75 mg/m²) ve siklofos-

famid (1.2 g/m²)] başlandı. Takibinde İE rejimi [ifosfamid (1.8 g/m²; mesna ile) ve etoposid (100 mg/m²)] VAC ile dönüşümlü 3 haftada bir verildi. 9. Hafta İE kemoterapisi sonrası yapılan değerlendirmede lezyon boyutu 30*20 mm'ye küçülmüş olup PET-BT'de lezyonun FDG tutmadığı görüldü. Operasyona bağlı morbidite yüzünden hastanın operasyonu reddetmesi nedeni ile hastaya 15. hafta İE kemoterapisini takiben radyoterapi (RT) verildi. Takibinde 18. hafta İE kemoterapisi ile RT'si devam eden hastanın, RT sonrasında kemoterapinin 17 siklusa tamamlanması planlandı.

Sonuç: Ewing Sarkomu yüz bölgesini nadiren etkileyen agresif bir tümördür. İndüksiyon kemoterapisi ve ardından radyoterapi, cerrahi seçeneklerden kaynaklanabilecek morbiditeyi önlemede bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ewing sarkom, Kemoterapi, Maksiller sinüs, Radyoterapi

EP-273

**EWING SARKOMLU HASTALARDA
İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLERİN PROGNOSTİK ÖNEMİ**

ÖZNUR BAL¹, BİROL YILDIZ², TUĞBA KÖŞ³, MUTLU DOĞAN¹,
NURİ KARADURMUŞ², EFNAN ALGIN¹, NURULLAH ZENGİN¹

1 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
2 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA
3 LOKMAN HEKİM HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, ANKARA

Amaç: Ewing sarkom erişkinlerde nadir görülen bir çocukluk çağı tümörüdür. Hastaların %75'i sınırlı evrede tanı almasına rağmen nüks oranının yüksek olması nedeni ile sistemik bir hastalık olarak kabul edilir. Yaş, tümör boyutu, primer tümör yerleşim yeri, metastatik hastalık ve tedavi yanıtı ewing sarkomunda bilinen prognostik faktörlerdir. Bu çalışmada inflamatuvar belirteçlerin prognostik öneminin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod: Ocak 1997-Ekim 2015 yılları arasında tıbbi onkoloji kliniğine ewing sarkom tanısı ile başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik-patolojik parametreler ile nötrofil-lenfosit oranı(NLR), platelet-lenfosit oranı(PLR) ve nötrofil-platelet skoru(NPS) arasındaki korelasyon incelendi

Bulgular: Çalışmaya toplam 64 hasta dahil edildi. Medyan takip süresi 38.2 (3.5-204.6) aydı. Medyan yaş 26.0 (17.0-48.0) olup hastaların %60'ı erkekti. Primer tümör % 64 ekstremitede dışı yerleşimli olup ortalama tümör boyutu 7 cm idi Hastaların %78'i tanı anında sınırlı evredeydi. ROC analizi ile NLR için önerilen cut-off değeri 2.35 ve PLR için önerilen cut-off değeri 158.20

idi.. Bazal NLR<2.35 olan hastalarda ortalama sağ kalıma ulaşamadı. NLR>=2.35 olanlarda ortalama genel sağkalım 24.3 (95% CI 11.8-36.8) ay olarak hesaplandı (p=0.003). PLR<158.20 olan grupta da genel sağkalıma ulaşamadı ancak PLR >=158.20 olan grupta ortalama genel sağkalım 30.0 (0-64.9) aydı(p=0.06). Takipte NPS 0 olan hastalarda ortalama sağ kalım 67.7 (95% CI 0-134.7), NPS 1-2 olanlarda ortalama genel sağkalım 21.7 (95% CI 0-64.8) olarak hesaplandı (p=0.01).

Sonuç: İnflamasyon tümör proliferasyonu, anjiogenez ve metastaz basamaklarında önemli bir yere sahiptir. Hematolojik belirteçler rutinde izlemde kullanılan ve sistemik inflamatuvar yanıtın da göstergesi olan basit kolay ulaşılabilir tetkiklerdir. Daha önce yapılan çalışmalarda bazal yüksek NLR ve NPS değerlerinin kötü sağkalım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu retrospektif çalışmada da ewing sarkomlu hastalarda bazal yüksek NLR ve yüksek NPS skorunu kötü sağkalımla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ewing sarkom, nötrofil-lenfosit oranı, nötrofil-platelet skor

EP-274

RELAPS/REFRAKTER EWING SARKOMLU HASTALARDA OTOLOG KÖK HÜCRE TRANSFÜZYONU

BİROL YILDIZ¹, ÖZNUR BAL², TUĞBA KÖŞ³, BİLGİN BAHADIR BAŞGÖZ⁴, İSMAİL ERTÜRK¹, MUTLU DOĞAN², NURİ KARADURMUŞ¹

1 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

2 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

3 LOKMAN HEKİM HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ

4 GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç: Ewing sarkom, çocukluk çağının ve genç erişkin yaşın en sık karşılaşılan ikinci kemik tümörüdür. Tanı aşamasında %25'den az hastada metastaz mevcut olmasına rağmen, lokal hastalığa sahip hastaların %30-40'ında relaps gelişmektedir. Metastatik ve/veya relaps hastaların prognozu kötüdür. Relaps / refrakter ewing sarkomlu hastaların tedavisinde standart ikinci hat tedavi rejimi bulunmamaktadır. Sıklıkla kullanılan rejimler topotekan, siklofosfamid veya irinotekan ve temozolamid içeren rejimler yada yüksek doz kemoterapi sonrası uygulanan kemik iliği transplantasyonudur. Bu çalışmada amacımız yüksek doz kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu uyguladığımız relaps/refrakter Ewing Sarkomlu hastalarla ilgili verilerimizi paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: Tıbbi Onkoloji kliniğinde Ocak 2000- Aralık 2013 tarihleri arasında Ewing sarkom tanısı konulan hastalardan, relaps/refrakter olması nedeniyle yüksek doz kemoterapi (YDK) ve otolog kök hücre transplantasyonu uygulanan 21 hasta çalışmaya alındı. YDK protokolu olarak tüm hastalara ifosfamid 12 g/m² (1-6 güne bölünerek), carboplatin 1200 mg/m² (1-6 güne bölünerek), etoposide 1200 mg/m² (1-6 güne bölünerek) planlanmış olup tedavinin 8.gününde tüm hastalara kök hücre reinfüzyonu uygulandı. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık tutulum bölgesi, hastalık evresi, tümör çapı, uygulanan tedavi yöntemi, kemoterapi protokolu tipi ve süresi, biyokimyasal ve radyolojik tetkik sonuçlarına retrospektif olarak dosyalarından ulaşıldı.

Bulgular: Çalışmaya otolog kök hücre nakli yapılan toplam 21 hasta dahil edildi. Hastaların genel özellikleri Tablo 1' de gösterilmiştir. Hastaların medyan takip süresi 68.1 (5.6-159.7) ay idi. Takip süresince 16 (%76.2) hasta hayatını kaybetti. Hastaların medyan genel sağkalımı(GSK) 78.2 (29.6-126.8) ay idi. İleri yaş hastalarda (>=21) medyan GSK genç hastalara göre (<21) daha kısa idi (44.0 vs 80.3 ay; p=0.30). Kadınlarda erkeklere göre medyan GSK ve progresyonsuz sağkalım(PSK) daha kötüydü (sırasıyla: 30.8 vs 78.2 ay; p=0.94 ve 6.6-17.3 ay; <0.0001). İlk tedavi anında cerrahi uygulan-

bilen hastalarda PSK 24.9 (7.6-42.2) ay olup kemoterapi uygulanan hastalara göre [11.9 (4.4-19.6)] istatistiksel olarak daha yüksek saptandı(p:0.002). Tanı anında lenfosit düzeyi >=1190.0 / uL olan hastalarda GSK 83.8 (73.6-94.1) ay, <1190.0 / uL olan hastalarda ise GSK 28.6 (13.5-43.7) ay olarak bulunmuş olup istatistiki olarak anlamlı olarak daha yüksekti (p:0.04). İlk hat tedavide VAC/IE yada NCI tedavisi uygulanmış olan hastalarda GSK 80.3 ay (77.2-83.5), diğer kemoterapi protokolleri uygulanan hastalarda ise 28.6 ay (17.2-39.9) olarak bulundu (p:0.04).

Sonuç: Bizim çalışmamızda relaps / refrakter ewing sarkomlu hastalarda bazal yüksek lenfosit sayısı (>=1190.0 / uL), erkek cinsiyet, başlangıç kemoterapi rejimi(VAC/IE&NCI)genel sağkalımı olumlu etkileyen faktörler olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Ewing Sarkom, Otolog Kök Hücre Transfüzyonu, Relaps/refrakter

Tablo-1 Ewing Sarkomlu Hastaların Genel Özellikleri

	Medyan (range)	n(%)
Age at transplant, years**	21 (15-45)	
<21		11 (52.4)
≥21		10 (47.6)
Gender		
Female		9 (42.9)
Male		12 (57.1)
ECOG		
0		1 (4.8)
1		10 (47.6)
Location		
Tris		9 (42.9)
HO		12 (57.1)
Primary site		
Extremities		11 (52.4)
Non-extremities		10 (47.6)
Tumor Size, cm**	8.5 (2.5-16.5)	
<8.5		11 (52.4)
≥8.5		10 (47.6)
Stage		
I-II		12 (57.1)
III-IV		9 (42.9)
First Treatment		
Chemotherapy		13 (61.9)
Surgery		8 (38.1)
Chemotherapy Regimen		
NCI		11 (52.4)
VAC-IE		7 (33.3)
Others		3 (14.3)
Treatment Chemotherapy		
yes**	11 (52.4)	11 (52.4)
no		10 (47.6)

EP-275

VENA KAVA İNFERİORUN NADİR TÜMÖRÜ LEİOMYOSARKOM

OLGAR BAYSERKE, ORHAN TÜRKEN, AHMET ÖZSOY, RAHİMİ ÇUBUK,
APTULLAH HAHOLU, UĞUR DEVECİ, FATİH ÖNER KAYA

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Primer inferior vena kava tümörleri oldukça nadirdir.En sık görülen türü damar duvarı kökenli leiomyosarkomlardır.Literatürde yaklaşık 300 kadar olgu bildirilmiştir.

Olgu: 61 yaşında bayan hasta halsizlik, yüksek ateş ve karın ağrısı şikayetleri ile iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografide sağ sürrenal seviyesinden itibaren vena kava inferior duvarında kitlesel lezyon tespit edildi.Genel cerrahi ve kalp damar cerrahi servisleri tarafından yapılan operasyonda kitlesel lezyona yönelik sınırlı rezeksiyon yapılabildi.

Daha sonra kemoterapi programına alınan hastada kemoterapi sonrası stabil hastalık tespit edildi.Halen takip edilmekte olan hastada son bir yıl progresyon tespit edilmedi.

Sonuç: Vena kava inferior tümörleri seyrek görülen tümörlerdir ve batin içi yerleşimlerinden dolayı diğer organ tümörleri ile karıştırılabilirler.Bu nedenle cerrahi ve sistemik tedavilerinde multidisipliner yaklaşım önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vena kava, leiomyosarkom, tümör

EP-276

**OTUZ KONDROSARKOM OLGUSUNDA KLİNİKOPATOLOJİK
ÖZELLİKLERİN VE KEMOTERAPİ SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN, NECATİ ALKIŞ, GÜLNİHAL TUFAN,
EMRAH ERASLAN, FATİH YILDIZ, BERNA ÖKSÜZOĞLU

DR. ABDURRAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Kondrosarkomlar kıkırdak dokusunun nadir ve primer tedavisi cerrahi olan maliyın tümörleridir.Kondrosarkom tanısı ile takip edilen 30 hastanın karakteristikleri ve bunların içinde metastatik hastalık nedeni ile kemoterapi verilen 8 hastanın sonuçları değerlendirildi.

Erkek ve kadın hasta sayısı eşitti.Medyan yaş 48(20-69) idi. Hastaların yarısında alt ekstremitte yerleşimli tümör vardı.On iki hasta greyd 1, 8 hasta greyd 2 ve 1 hasta greyd 3 kondrosarkom tanısı almıştı.3 olgu miksoid, 3 hasta dediferensiye ve birer hasta mezenşimal ve berrak hücreli kondrosarkomdu. Tanı anında metastatik olan 3 hasta vardı. Yirmiki hasta evre I hastalığa sahipti. Hastaların 11'i adjuvan radyoterapi ve 2 kişi adjuvan kemoterapi almıştı.Medyan izlem süresi 33(4-161) aydı. Ondört hastada nüks hastalık gelişmişti.Sekiz hastada ilk nüks lokal yinelemeydi.Akciğer metastazı 3, kemik metastazı 1 ve lenf nodu metastazı 1 olguda gelişmişti.Tanıda metastatik olan 2 hasta ve diğer bir hastada kemik, akciğer ve yumuşak doku metastazı vardı.

9 hastaya nüks cerrahisi uygulanmıştı(7'si lokal yineleme) ve 6'sında nüks için tekrar cerrahi uygulanmıştı.Bunlardan sadece biri hastalık nedeni ile ölmüştü.

Metastatik/unrezektabl nüks için kemoterapi alan 8 hasta vardı. Dört hasta sisplatin ve adriamisin(CA) ve bir hasta CA ile ifosfamid ve adriamisin (İMA) dönüşümlü tedavi almıştı. İki hasta sadece İMA ve bir hasta VAC-İE almıştı. Medyan kür sayısı 3.5(1-9)

idi.CA alan hastalardan ikisi ilk kür sonrasında FEN ile eksitus olmuştu, genel sağkalımları 32 ve 34 aydı.Bu hastalarda yanıt değerlendirilemedi.Bir hastada 4 kür İMA rejimi sonrasında akciğer metastazlarında uzun süreli stabil hastalık elde edildi ama 72 ay içinde primer tümör bölgesinde yavaş progresyon gelişmişti. Bu hasta 2. sıra gemsitabin-dosetaksel(GD) rejimi ile 5.5 aylık izlemde progresyon yoktu genel sağkalım(GS) 9.2 yıldır. Bu hastanın uzun süreli sağkalımı tedaviden ziyade hastalığın yavaş seyrine bağlandı.Diğer bir hastada İMA rejimi ile 13 ay progresyonsuz sağkalım(PFS) vardı.Progresif hastalık için GD 3 kür sonrası stabil idi ama 3. ayda progresyon gelişti ve bir kür sirolimus sonrası öldü(GS 28 ay).CA alan 2 hastada yanıt elde edilemedi.İMET rejimi uygulandı ve biri 1.5 ay diğeri 15 gün sonra progresif hastalık nedeni ile öldü(GS 51 ve 13 ay).VAC-İE ile tedavi edilen bir hastada akciğer metastazlarının 18. haftaya kadar stabil olması üzerine cerrahi uygulandı ve 2 kür daha verildi. Akciğerde yeni gelişen nodül gözlenen hastaya ek cerrahi düşünülmedi ve hasta kendi isteği ile tedaviyi bıraktı, 48. ayda stabil izliyor.Bir hasta CA/İMA ile sonrası 3 kür methotraksate aldı. İki kür sonrası parsiyel tümör yanıtı olan hastada 3. kür sonrası progresyon gözlendi ve öldü(GS 17 ay).

Kondrosarkom genelde düşük dereceli ve erken evre olgular olarak prezente olur.Lokal nüksler siktir ve cerrahi tedaviden fayda görür. İnoperabl olgularda konvansiyonel kemoterapi rejimlerinin etkinliği sınırlıdır.

Anahtar Kelimeler: kemoterapi, kondrosarkom, prognoz

EP-277

EVRE 2-3 YUMUŞAK DOKU SARKOMLARI ANALİZİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NECATİ ALKIŞ, ÜLKÜ YALÇINTAŞ ARSLAN, NURTEN KANDEMİR,
AYŞE GÖK DURNALI, GÜLNİHAL TUFAN, AYŞE OCAK DURAN, FATİH YILDIZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DR.A.Y. ONKOLOJİ SUAM

Ankara Onkolojide yumuşak doku sarkomlu evre 2 ve 3; 283 hasta değerlendirildi. 152 erkek(%53.7), 131(%46.3) kadındı. Hastaların 132 si(%46.&) evre 2, 151 i (%53.4) evre 3 dü.

Median takip 41 ay, median yaş 48 di. Hastalardan 130 (%45.9) ölmüş, 84 (%29.7) ü hastalıklı yaşıyor, 65(%23) i remisyonudadır. Dördü bilinmiyordu.

Patolojik tipleri: Undiferansiye pleomorfik sarkom 78 (%27.6), liposarkom 50(%17.7), snovyal sarkom 46(16.3), leiomyosarkom 25(%8.8), diğerleri 84(%29.7) di.

Grade göre 174 hasta (%61.5) grade 3; 99 hasta (%35) grade 2 ve 10 hasta (%10.5) belli değildi.

Anatomik yerleşim bölgeleri ise: Alt ekstremitte: 176 hasta(%62.2) Üst ekstremitte: 43(%15.2), Gövde 28(%9.9), Retroperitoneal 27(%9.5), diğer yeleşim bölgesinde ise 9 hasta (%3.2) vardı.

264 hasta (%93.6) tam rezeksiyon; 18'ine(%6.4) R1 rezeksiyon yapılmış, bir tanesine bilinmiyordu. 127 hasta (%45.4) adjuvant kemoterapi almış, 153 hasta(%54.46) almamıştı. 3 hasta bilinmiyordu. 163 hasta(%59.7) adjuvant radyoterapi almış, 110 hasta (%40.3) almamıştı. 10 hasta bilinmiyordu. 8 hasta (%2.8) neoadjuvant radyoterapi almıştı.

Lokal nüks olan hasta sayısı 73(%25.6) dür. 89 hastada uzak metastaz gelişmişti. Bunlardan akciğer 77(%27.2), kemik 7(%2.5), karaciğer 3, yumuşak doku 1 ve 1 tanede lenf nodu metastazlı vardı.

Evre 2 de median sağ kalım 96 ay, evre 3 de 44 aydı. P=0.001. 5 yıllık sağ kalım evre 2 de %65.7; evre 3 de %37.2 idi. Grade 2

de tahmini sağ kalım 202 ay iken, grade 3 de 48 ay idi(P=0.012). Tam rezeke olanlarda median sağ kalım 79 ay, cerrahi sınır pozitif olanlarda ise bu süre 39 aydı p=0.040. Kemoterapi açısından 278 hasta değerlendirilebildi. Adjuvant kemoterapi alanlarda median sağ kalım 84 ay; almayanlarda ise 59 aydı, p=0.191. Radyoterapi bakımından 271 hasta değerlendirildi. Median sağ kalım radyoterapi alanlarda 84 ay, almayanlarda 77 ay, p:0.358

Hastalarımızda median hastaliksız sağ kalım 30 aydı. Evre 2 de median hastaliksız sağ kalım 72 ay, evre 3 de 15 ay, p<0.0001. Tam rezeke olanlarda hastaliksız sağ kalım 32 ay, cerrahi sınır pozitiflerde ise 29 aydı, p=0.132. Adjuvant kemoterapi alanlarda ise 36 ay; almayanlarda 24 ay, p=0.04. Adjuvant radyoterapi alanlarda hastaliksız sağ kalım 31 ay, almayanlarda ise 21 ay,p=0.243. Grade 2 de hastaliksız sağ kalım 72 ay, grade 3 de ise 19 ay, p=0.002. Hastaliksız sağ kalımı ekstremitelerde 34 ay, diğerlerinde ise 19 ay, p:0.066. Yerleşim yerlerinde sağ kalıma baktığımızda: Ekstremitelerde 78 ay diğerlerinde 48 ay, p=0.288.

Lokal nüks ve metastaz cerrahisi 44 hastaya(%15.5) yapılmıştı. Metastaz ve nüks cerrahisi yapılanlarda median sağ kalım 59 ay, yapılmamışlarda 22 ay dı. P<0.0001.

Evre, grade, tam rezeksiyonun ve de lokal nüks ve metastaz cerrahisinin genel sağ kalıma önemli katkısının olduğu, adjuvant kemoterapi ve radyoterapinin ise katkısının iyi olmasına rağmen istatistiki olarak fark yaratmadığı görüldü. Evre, grade ve adjuvant kemoterapinin hastaliksız sağ kalıma etkisi olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: doku, sarkomlar, yumuşak

EP-278

LOKALİZE EKSTREMİTE OSTEOSARKOMLU ADOLESAN VE YETİŞKİN HASTALARDA SERUM ALKALEN FOSFATAZ DÜZEYİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

AYŞE DURNALI¹, NECATİ ALKIŞ¹, GÜLİZ ÖZGÜN², SAADET TOKLUOĞLU¹, ALİ İNAL³, ÖZTÜRK ATEŞ¹, FİSUN ARDIÇ YÜKRÜK⁴, MEHMET METİN ŞEKER⁵, TÜLAY AKMAN⁶, MEVLÜDE İNANÇ⁷, ÖZNUR BAL⁸, BERNA ÖKSÜZOĞLU¹

1 DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
 2 GÜVEN HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA
 3 MERSİN DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, MERSİN
 4 DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ PATOLOJİ, ANKARA
 5 CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, SİVAS
 6 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, İZMİR
 7 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ, KAYSERİ
 8 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA

Giriş-Amaç: Osteosarkomlu hastalarda serum alkalen fosfataz (ALP) düzeyinin prognostik rolü ile ilgili çalımlarda ilişkili sonuçlar mevcuttur. Bu duruma çocuk ve yetişkilerdeki farklılıklar, evrenin etkisi veya prognoz üzerine diğer faktörlerin etkileri ile yol açıyor olabilir. Bu çalışmada ekstremitte osteosarkomlu adolesan ve yetişkin hastalarda prognozu etkileyen faktörleri, özellikle ALP düzeyinin prognostik rolünü araştırdık.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, yüksek gradlı, evre II (AJCC evreleme), ekstremitte yerleşimli, değişik merkezlerde 1995-2011 yılları arasında tanı ve tedavi almış, 153 hasta dahil edildi. Hastaların tedavi öncesi serum ALP ve laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyleri ve diğer klinikopatolojik özellikleri kaydedildi. LDH düzeyi yüksek olan hastalar, normal sınırın üst seviyesinin 2 katına kadar yüksek olanlar ve 2 katından daha yüksek olanlar şeklinde 2 gruba daha ayrıldı. Benzer şekilde ALP düzeyleri yüksek olan hastalar normal sınırın üst seviyesinin 2 katına kadar yüksek olanlar, 2- 4 kat kadar yüksek olanlar ve 4 kattan daha yüksek olanlar şeklinde 3 gruba daha ayrıldı.

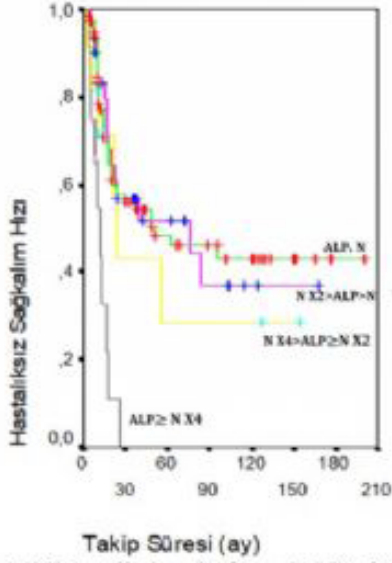
Bulgular: Hastaların 99'u (%64.7) erkek, ortanca yaş 19 yıl (13-68 arasında) idi. Primer tümör, 136 hastada (%88,9) alt ekstremitte lokalize idi. En sık histopatolojik tip osteoblastik tip (56 hasta, %47,0), ortanca tümör boyutu 10cm (2-38cm arasında) idi. 107 hasta (%69,9) preoperative kemoterapi ve 133 hasta (%86,9) postoperative kemoterapi aldı. Hastaların %46,4 'ünde ekstremitte koruyucu cerrahi yapıldı. Ortanca hastalıksız sağkalım (HS) 36 ay ve 5. yıl ve 10. yılda HS sırasıyla %42.5 ve %37.1;

5. yıl ve 10. yılda genel sağkalım (GS) sırasıyla %59,6 ve %50,6 (ortanca GS: 146 ay) idi. HS için yapılan tek değişkenli analizde yüksek LDH seviyeleri, normalin 2 katından veya 4 katından yüksek serum ALP seviyeleri, preoperative kemoterapiye kötü tümör nekroz cevabı, tümör pozitif cerrahi sınır varlığı kötü prognozla ilişkiliyken çok değişkenli analiz sonrası normalin 4 katından yüksek serum ALP seviyesinin (p < 0.001), preoperative kemoterapiye kötü tümör nekroz cevabının (p = 0.024), tümör pozitif cerrahi sınır varlığının (p = 0.004) hastalıksız sağkalım için prognostik anlamlılığı devam etti (Şekil 1). GS için yapılan tek değişkenli analizde erkek cinsiyet, yüksek LDH seviyesi, yüksek ALP seviyesi, tümör pozitif cerrahi sınır varlığı düşük sağkalım ile ilişkili bulundu. Çoklu değişkenli analizde ise sadece 4 katından yüksek serum ALP seviyesi ve kemoterapiye kötü tümör nekroz cevabı genel sağkalım için kötü prognozla ilişkili bulundu. (p < 0.001 ve p = 0.026, sırasıyla) (Şekil 2).

Sonuç: Bizim bulgularımız, lokalize ekstremitte osteosarkomlu adolesan ve yetişkin hastalarda yüksek ALP seviyesinin (özellikle 4 kat ve üzerindeki değerler) bağımsız kötü prognostik faktör olduğunu desteklemektedir. Yüksek ALP düzeylerinin prognoz veya metastatik hastalığı tahmin etmede en uygun eşik değerini tespit etmek için daha büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır

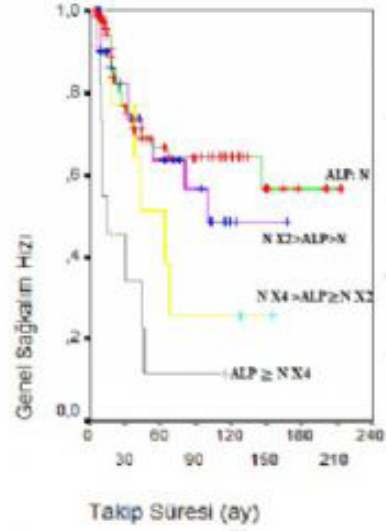
Anahtar Kelimeler: Alkalen fosfataz, osteosarkom, prognostik faktörler

Şekil 1



Şekil 1. Alkalen fosfataz (ALP) düzeylerine göre hastaliksız sağkalım eğrileri (N, normal değerler; N X2, normalin üst sınırının 2 katı; N X4, normalin üst sınırının 4 katı)

Şekil 2



Şekil 2. Alkalen fosfataz (ALP) düzeylerine göre genel sağkalım eğrileri (N, normal değerler; N X2, normalin üst sınırının 2 katı; N X4, normalin üst sınırının 4 katı)

EP-279

PANKREASTA LOKALİZE EWİNG SARKOMU: BİR OLGU SUNUMU

SELİN ÇAKMAK DEMİR, NAZİYE AK, EZGİ PINAR ÖZBALAK, SEZAI VATANSEVER

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Ewing sarkomu/PNET, 5-25 yaş grubunda görülen ve genellikle uzun kemiklerin diyafizinden kaynaklanan malign özellikler gösteren bir tümördür. Histolojik olarak incelendiğinde primitif nöroektodermal veya mezenkimal kök hücrelerden kaynaklanmakta olup patolojik olarak da mavi yuvarlak hücreler görülmektedir. En sık femur, tibia ve humerus gibi uzun kemiklerden kaynaklansa da ekstra-össez tutulum da saptanabilmektedir. Literatüre bakıldığı zaman, pankreas veya perigastrik bölgeden kaynaklanan, histolojik olarak kanıtlanmış Ewing Sarkom vakası nadirdir. Bilinen hastalığı olmayan 21-yaşında-erkek hasta, 1 aydır giderek şiddetlenen karın ağrısı ile kurumumuza başvurdu. Tam kan sayımında ve biyokimyasal parametrelerinde patoloji saptanmadı. CA 19-9 2.69 U/mL ve CA 125 25.98 U/mL normal sınırlar içerisinde saptandı. Tüm batin BT'de sol üst kadranda pankreas korpus kuyruk kısmı anteriorunda dalağın medialinde mide büyük kurvaturu inferolateralinde 12x10 cm boyutunda heterojen kontrastlanan ve kistik dejenere alanlar içeren kitle lezyon saptandı. Batin MR görüntülemesinde pankreas gövde-kuyruk anterior bitişiğinde 128*80*94 mm boyutunda lobule kontüre sahip yoğun kistik-solid komponent içerikli, kontrastlanma sonrasında solid komponentinde yoğun kontrastlanma gösteren kitlesel lezyon saptandı. Lokalizasyon itibari ile ön planda gastrointestinal stromal tümör ön tanısı ile hastaya retroperitoneal kitle eksizyonu, proksimal jejunum rezeksiyonu, duodenum 4. kıta rezeksiyonu ve duodenojejunostomi ameliyatı yapıldı. 15*11*8 cm'lik kitle, makroskopik olarak incelendiğinde cerrahi sınırdaki devamlılık gösterdiği, düzensiz sınırlı krem-kahverenkli, heterojen, yumuşak kıvamlı olduğu ve mikroskopik olarak incelendiğinde ise tümör hücrelerinin küçük yuvarlak hücre morfolojisinde olduğu, nekroz alanlar içerdiği ve damar çevresinde rozette benzeri yapılanmalar saptandı. İmmünohistokimyasal olarak incelendiğinde Ki 67 %30, MiC-2

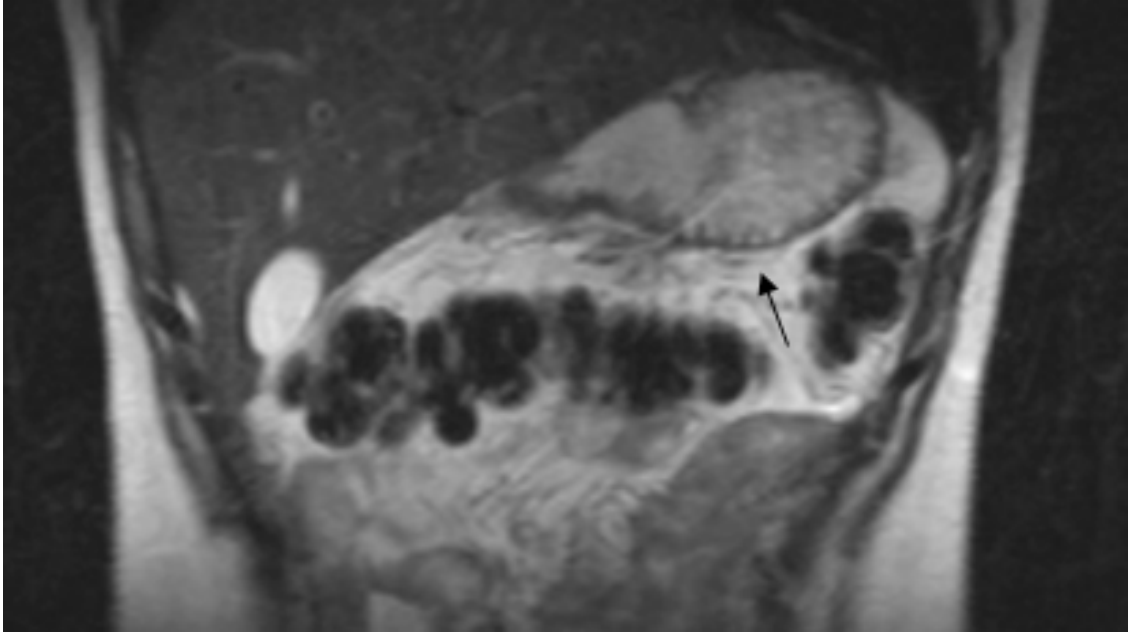
ve FLI-1 pozitif, kromogranin, myogenin, desmin, beta-katenin ve LCA yönünden negatif saptanmıştır. Mevcut mikroskopik ve immunohistokimyasal özellikleri ile Ewing sarkomu/PNET tanısı kesinleştirildi. PET/BT'de dalak inferior pol anteriorunda lokalize yoğun hipermetabolizma gösteren en geniş yerinde 62 mm çapa ulaşan loküle sıvı (SUDmax:12), peripankretik bölgede hipermetabolik alan (SUDmax:16.8) saptandı. Dalak hilusu lojunda ve böbrek alt polleri düzeyinden geçen trans-aksiyel kesitlerde mezenterik bölgeden büyüğü 1cm sınırında olmak üzere hipermetabolik metastatik hipodens lenf nodları (SUDmax:11.6) izlendi. Ewing sarkomunun, malign karakterde nüks ve metastaz olasılığı çok yüksektir. Bu nedenle hastalığın kontrol edilmesi amacı ile uzun dönem VAC kemoterapisi planlanmıştır. Ekstraössez tutulumu nadir olarak bildirilse de pankreasta Ewing sarkomları görülebilmektedir. Hastalığın malign seyri açısından tanıda dikkatli olunmalı ve tedaviye hızlı bir şekilde başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pankreas, Ewing Sarkomu, PNET

Batin BT görüntüsü



Batın MR görüntüsü



EP-280

KANSERDE SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞININ ÖZ YETERLİLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

AYŞE ÖZKARAMAN¹, FÜSUN UZGÖR¹, ÖZLEM DÜĞÜM², ŞERİFE PEKER²

1 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

2 ÖZEL ÜMİT HASTANESİ, ESKİŞEHİR

Giriş-Amaç: Bu araştırma, kanser hastalarında sağlık okur-yazarlığının öz yeterlilik ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem: Kesitsel türde, tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Eskişehir’ de bir hastanede Tıbbi Onkoloji poliklinik ve kliniklerinde takip ve tedavi edilen kanser hastaları ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri “Birey tanıtım formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (SOYA-AB) ölçeği”, “Kronik Hastalık Yönetimi Öz-Etkililik Ölçeği (KHYÖ)” ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplandı. Araştırma verileri IBM İstatistik 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 111 hastanın ortalama puanları; SOYA-AB 36,09±6.42; KHYÖ 6.07±1.80; EORTC yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu 5.06±1.06 belirlendi. Çalışmamıza

katılan hastaların SOYA-AB puanı ile EORTC yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu puanı (r:0.199, p:0,036) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanırken, semptom skoru (r:-0.334, p<0,01) arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildi. KHYÖ puanı ile yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel (r:0.531, p<0,01) ve genel sağlık durumu (r:0.411, p<0,01) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde; semptom skoru (r:-0.334, p<0,01) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Kanser hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ve kronik hastalık yönetimi öz etkililik puanı arttıkça genel sağlık durumu artmakta ve hastalık semptomları azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, yaşam kalitesi

EP-281

HEMŞİRELERİN TERMİNAL DÖNEM HASTA BAKIMINDA DENEYİMLERİNİN EĞİTİM İLE İLİŞKİSİ

ESRA ÇELEBİ, EREN YAŞAR MUTLU, AHMET BİLİCİ, ÖMER FATİH ÖLMEZ, ÖZCAN YILDIZ

MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ

Bu çalışma, terminal dönem kanser hastalarının bakımını sağlayan hemşire deneyimlerinin eğitim ile ilişkisinin ortaya çıkarılması amacı ile yapılmıştır. Terminal hastalıklar psikolojik ve fizyolojik olarak, hem hasta ve ailesini, hem de sağlık ekibini zorlayıcı durumlardır. Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması ile direkt ilişkilidir. Bakım kalitesini en üst düzeye yükseltebilmek için hemşirelerin hasta, aileleri ve diğer sağlık bakım ekibi ile açık ve etkili bir iletişim içinde olmaları gerekmektedir. Hastalarla daha çok bir arada bulunmaları nedeniyle hemşireler hastaların her türlü sorunuyla yüz yüze kalmaktadırlar. Bu nedenle terminal dönemdeki hasta ve yakınlarına sunulacak hizmetlerdeki önemli görevlerden biri de hemşirelere düşmektedir. Bu araştırma Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde terminal dönem hasta bakım hemşireleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hemşirelere; yaş, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, terminal dönem hasta bakım deneyim süresi ve terminal dönem hasta bakımına yönelik eğitim alıp almadığı soruları sorulmuştur. Araştırmanın evrenini 109 hemşire oluştururken araştırmamızı kabul eden 87 hemşire ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi formu ve araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve ki kare testi kullanılmıştır. Hemşire anketinden elde edilen çalışma

bulgularına göre; yaş, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, terminal dönem hasta bakım deneyim süresi ve terminal dönem hasta bakımına yönelik eğitim alıp almamasının hemşirelik bakımı ile arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. 30 yaş ve üstündeki katılımcıların tamamı terminal dönemdeki bir hastaya yeterli bakım yaptığını düşünmektedir. Lisans ve üstü mezunu katılımcılar terminal dönemdeki bir hastaya bakımın kendini fizyolojik etkilediğini düşünürken lise ve ön lisans mezunları düşünmemektedir. 3 yıldan az süredir ve 10 yıldan fazla süredir meslekte çalışma süresi bulunan katılımcılar terminal dönem bir hastaya bakmanın kendisini fizyolojik olarak etkilediğini düşünmekte iken 3-10 yıldır mesleki çalışma süresi olanlar düşünmemektedir. Terminal dönem hastaya çok nadir bakan katılımcılar terminal dönemdeki hasta bakımı ile ilgili eğitim almamışken genellikle ve sık sık terminal dönem hasta ile karşılaşanlar eğitim almıştır. Terminal dönem hasta bakım sıklığı ile terminal dönem hastaya bakmanın fizyolojik olarak etkileme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,003$). Terminal dönem hastaya sık sık bakan katılımcılar fizyolojik olarak daha çok etkilendiğini düşünmektedir. Çalışma sonunda terminal dönem hasta bakımını eğitim ve deneyimin olumlu anlamda arttırdığı tespit edilmiştir. Bakımın iyileştirilmesi amacıyla hemşirelere yönelik güncel bilgileri içeren eğitimlerin düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Terminal, bakım, hemşire

EP-282

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTASINDA NADİR BİR GÖĞÜS AĞRISI SEBEBİ; HERPES ZOSTER

DURDU YAMAN, HATİCE BURGAÇ, AYŞE ARIKANOĞLU SOĞANCI, ALİ ALKAN

OSMANİYE DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİRİMİ, OSMANİYE

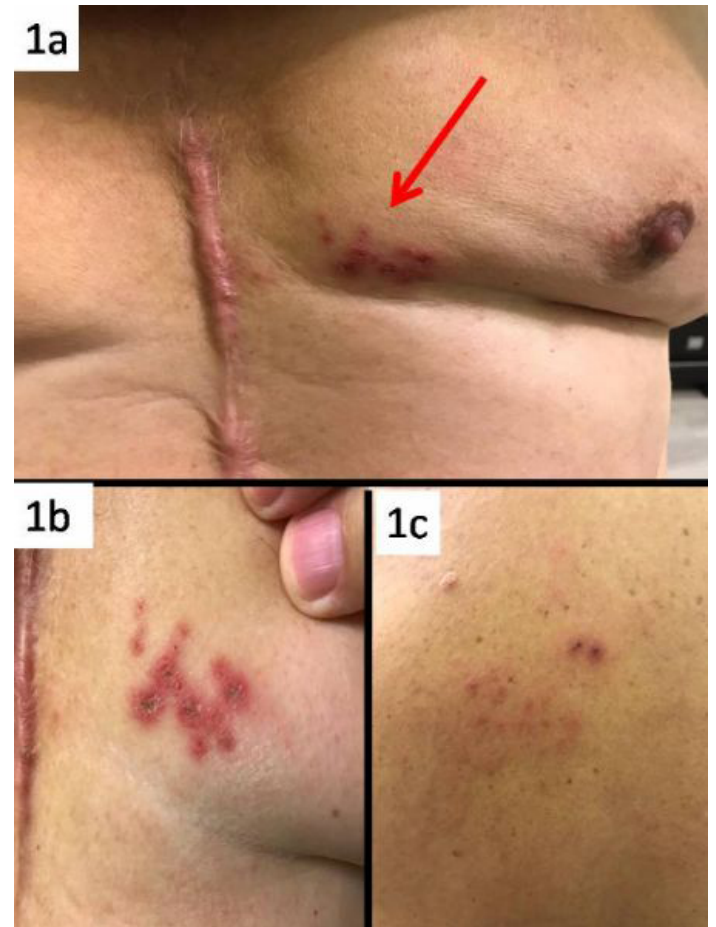
Amaç: Onkoloji hemşireliği pratiğinde kemoterapi erken komplikasyonlarının takibi ve erken müdahalesi hayati önem taşımaktadır. Kemoterapötik ajanların erken kardiyak yan etkileri sıklıkla iskemik kalp hastalığı veya aritmiler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Kardiyak yan etkiler göğüs ağrısı ayırıcı tanısında öncelikle düşünülmeli gereken ve sonuçları fatal olabilecek tablolardır. Burada, kemoterapi esnasında gelişen göğüs ağrısı ile değerlendirilen hastada saptanan herpes zoster tablosu sunulmuştur.

Olgu: Daha önceden bilinen koroner kalp hastalığı ve koroner bypass hikayesi olan, 71 yaş erkek hasta, öksürük ve hemoptizi ile başvurdu. Yapılan değerlendirmede sağ alt lob yerleşimli 3cm kitle lezyon saptanan hastaya, sağ alt lobektomi ve lenf nodu örneklemesi yapıldı. Patolojide küçük hücreli akciğer kanseri raporlanan hastanın evresi T2N0M0 olarak kaydedildi. Hastaya sisplatin 140mg 1 gün ve etoposid 190mg 3 gün, 3 haftada bir 4 kür adjuvant tedavi planlandı. Birinci kür sonrasında grad 1 bulantı dışında toksisite saptanmayan hasta, 2. Kür esnasında sisplatin infüzyonu esnasında sternum alt 2/3 kısmında baskı şeklinde göğüs ağrısı tarifledi. Kan basıncı 130/80mmHg, Nabız 112/dk, ateş: 36.5°C saptandı. Çekilen EKG'sinde normal sinüs ritmi saptanan hastanın infüzyona ara verildi. Kardiyak enzimleri normal sınırlarda saptandı ve ağrısı gerilemesi sonrasında tedavi devam edildi. Etoposid infüzyon esnasında da 2-3 dakika süren ağrısı tekrarladı. 4 saat sonra tekrar kardiyak enzim kontrolü normaldi. 2. gün tedavisi esnasında göğüs ağrısı tekrarladı. Sol meme altına ve sol göğüs yan duvarına yayılan ağrısına yönelik analjezik planlanan hasta takibe alındı. Üçüncü gün tedavi esnasında ağrıları devam eden hastanın fizik incelemesinde sol meme medialinde (figür-1a/b) ve aynı dermatom hattı boyunca sol sırtta(figür-1c) veziküler lezyonlar saptandı. Herpes Zoster olarak değerlendirilen hastaya Valasiklovir 3x1000mg, Asiklovir krem ve analjezik planlandı. Lezyonlar 3 hafta içerisinde tamamen solan hastanın 3. Kür sorunsuz uygulandı.

Sonuç: Onkoloji hemşireliği pratiğinde, infüzyon esnasında gelişen akut semptomlar önemli komplikasyonların habercisi olabilmektedir. Göğüs ağrısı gelişen hastanın ayırıcı tanısında akut koroner sendrom öncelikle ekarte edilmesi gereken bir tablodur. Nadir göğüs ağrısı nedenleri de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes Zoster, göğüs ağrısı, kemoterapi

Figür-1



sol meme medialinde (figür-1a/b) ve aynı dermatom hattı boyunca sol sırtta(figür-1c) veziküler lezyonlar

EP-284

ONKOLOJİ ALANINDA YAPILAN HEMŞİRELİK LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

ÖZNR USTA YEŞİLBALKAN¹, SEMA ÜSTÜNDAĞ²

1 EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD

2 DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ KÜTAHYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD

Amaç: Bu araştırma, Türkiye’de onkoloji alanında gerçekleştirilmiş olan hemşirelik yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarının; çeşitli açılardan incelenmesi ve araştırma eğilimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma, nitel araştırma yaklaşımına uygun olarak tasarlanmış; betimsel desene sahip bir çalışmadır. Araştırma grubunu, 08.01.2018-18.01.2018 tarihleri arasında Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi sitesinde; konu diziminde tarama terimi; “onkoloji”, “kanser”, “kemoterapi”, “radyoterapi” anahtar sözcükleri girildikten sonra, konu dizimi “hemşirelik” olan, son 5 yıl içinde bitirilmiş tezler oluşturmuştur. Araştırmada “ölçüt örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Bu doğrultuda, araştırma grubunun belirlenmesinde; tez çalışmalarının onkoloji alanında yapılmış olması ve tezlerin YÖK “Ulusal Tez Merkezi” sitesinde erişime ve incelemeye açık olması ölçütleri dikkate alınmıştır. Yapılan içerik analizinde işleminin adlandırma ve kategori oluşturma aşamasında, tezlerin her biri araştırmacıların ortak çalışmalarıyla dikkatlice incelenmiş ve tezlere ilişkin elde edilen veriler; çalışmanın yılı, tezin türü, tezin örneklem grubuna ait; kanser türü ve tedavi tipi, çalışmanın türü, çalışmada kullanılan ölçüm araçları, uygulanan hemşirelik girişimleri, tezin esas konusu, araştırmanın yapıldığı yer ve araştırmada model kullanım durumu başlıkları altında incelenmiştir.

Bulgular: Yapılan taramalarda onkoloji alanında yapılan toplam 145 lisansüstü tez çalışması incelenmiştir. 59 tez yazar tarafın-

dan kısıtlandığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Bu çalışmada toplam 86 tez incelenmiştir. Son 5 yıl içerisinde yapılan ve yazar kullanım izni bulunan (n=86) tez çalışmalarının %73.3 ü yüksek lisans çalışmasıdır. Tezlerin %36’sı sağlıklı popülasyona, %34.6’sı kanser türü ayırt edilmeden, %11.6’sı meme kanserli bireylerde yapılmıştır. Örneklem grubuna alınan bireylere uygulanan tedavi türünün, tezlerin %17,4’ünde kemoterapi, %3,5’inde radyoterapi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmaların %66.3’ü tanımlayıcı, %16.3’ü ise deneyseldir. Tez çalışmalarının %7’sinde bir hemşirelik modeli kullanılmış, %26.7’sinde hemşirelik girişimi uygulanmıştır. En sık uygulanan hemşirelik girişimi eğitim (n=9) ve danışmanlıktır (n=3). Tez çalışmalarını en sık onkoloji/hematoloji klinikleri (%34.9) ve gündüz kemoterapi ünitelerinde gerçekleştirilmiştir (%19,8). Tezlerde ölçek kullanım durumlarına bakıldığında 59 farklı ölçeğin kullanıldığı belirlenmiştir. Kemoterapi alan hastalarla yapılan çalışmaların en sık bulantı kusma (n=3), yorgunluk (n=2), periferik nöropati (n=2) ve Mukozit (n=2) üzerine olduğu belirlenmiştir. Tezlerde en sık incelenen konuların ise “yaşam kalitesi” (n=22), bakım yükü (n=7), “sosyal destek” (n=7) olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar: Onkoloji alanında yapılan tezlerin büyük çoğunluğunun tanımlayıcı çalışmalar olduğu ve kanser türü ayırt edilmeden yapıldığı görülmüştür. Bu alanda yapılacak kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Lisansüstü Tez, Onkoloji

EP-285

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KANSER KAVRAMINA İLİŞKİN BİR METAFOR ANALİZİ

ÖZNUR USTA YEŞİLBALKAN¹, HÜLYA KANKAYA¹, EMİNE KARAMAN¹, DERYA ÇINAR²

1 EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.D.
2 BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin hem öğrencilik yaşamlarında, hem de meslek yaşamlarında karşılaşılabilecekleri kanserli bireylere ilişkin algılarının tanımlanması ve nedenlerinin belirlenmesi sunulacak hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir. Çalışma, hemşirelik öğrencilerin kanser kavramına ilişkin kişisel algılarını metaforlar yoluyla tanımlamaktır.

Gereç Yöntem: Araştırma, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte bir çalışmadır. Araştırma, 2017-2018 eğitim öğretim yılında bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde öğrenim gören intörn öğrenciler ile yürütülmüştür. Veri toplamada "Öğrenci Birey Tanıtım Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Soru Formu" kullanılmıştır. Formlarda öğrencilerin demografik verilerini içeren nicel veriler ve kansere ilişkin öğrencinin kendi yorumu ve yorumu yazmaya neden olan faktör/faktörleri sorgulayan toplam 2 adet açık uçlu soru bulunmaktadır. Verilerin analizinde nitel (içerik analizi) ve nicel (sayı ve yüzde) veri çözümleme teknikleri kullanılmıştır. Nicel verilerin analizinde paket bir SPSS programından yararlanılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni ve kurum onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmanın örneklemini 166 intörn öğrenci oluşturmuştur. Öğrencilerin yaş ortalaması 22.34 ± 1.69 (min.20, max.39), %86.7'si kadın olup; %89.2'sinin daha önce bir kanser vakası ile karşılaştığı, %63.9'unun ailesinde kanser tanısı konulan bireyin olmadığı, %69.3'ünün de daha önce onkoloji kliniğine uygulamaya çıkmadığı görülmüştür. Araştırmanın bulgularına göre, hemşire adayları kanser kavramına ilişkin 92 geçerli metafor üretmiştir. Bu metaforların ortak özellikleri bakımından olumlu ve olumsuz çeşitli kavramsal kategoriler altında toplandığı görülmüştür. Öğrencilerin kanser kavramına ilişkin kişisel algılarına yönelik en sık ölüm (%18.5), savaş (%13), virüs (%12), illet (%5.4), örümcek (%4.3), kör kuyu (%4.3) ve zehir (%4.3) metaforlarını belirlediği bulunmuştur.

Sonuç: Öğrenciler tarafından kanser temasına yönelik yapılan açıklamalarından elde edilen metaforların genellikle kanser ile ilgili olumsuz temaları kullandıkları görülmüştür. Metaforlar hemşirelik intörn öğrencilerinin belirli olgulara ve durumlara ilişkin kişisel algılarını anlamada güçlü bir araştırma aracı olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: intörn hemşire, kanser, metafor, zihinsel imge

EP-286

**YENİ TANI KONAN KANSER HASTALARINDA MALNÜTRİSYONUN
MNA SKALASI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: PAMUKKALE
ÜNİVERSİTESİ AYAKTAN KEMOTERAPİ ÜNİTESİ DENEYİMİ**

HAVVA ÖREN¹, OLCAY ERDOĞAN¹, GAMZE DURAL¹, ÖZLEM BAYSOY¹, AYŞE ÖĞMEN¹, UMUT ÇAKIROĞLU²,
NAİL ÖZHAN², GAMZE GÖKÖZ DOĞU², SERKAN DEĞİRMENCİOĞLU², ARZU YAREN²

1 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KEMOTERAPİ ÜNİTESİ, DENİZLİ

2 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, DENİZLİ

Giriş: Kanser hastaları için malnütrisyon en ciddi problemlerden biridir. Çalışmalarda kanser hastalarının teşhis sonrası herhangi bir dönemde % 30 – 87 oranında malnütrisyon tanısı aldığı bildirilmektedir. Morbidite ve mortaliteden sorumlu faktörler arasında gösterilen malnütrisyon farklı ölçeklerle değerlendirilmektedir. MNA ölçeğinde skor<17 ise ağır malnütrisyonu göstermektedir.

Materyal-Metod: Pamukkale Üniversitesi ayaktan tedavi ünitesine başvuran yeni tanı almış 129 kanser hastasına MNA ölçeği uygulandı. Sonuçlar SPSS v.17 paket programıyla değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 69'u (%53.5) kadın, 60'i ise (%46.5) erkekti. Yaş ortalaması 57.8±12.9 yıl olarak hesaplandı. Toplamda 30

hasta(%23.3) meme kanseri, 33 hasta (%25.6) akciğer kanseri, 36 hasta (%27.9) gastrointestinal sistem kanserleri, 9 hasta da (%7) diğerleri olarak gruplandırıldı. Yaklaşık 8 aylık takipte 8 hasta (%6.2) ex oldu. MNA skoruna göre değerlendirildiğinde cinsiyet, yaş, tümör çeşidi arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (sırasıyla p=0.704, p=0.388, p=0.302).

VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ile MNA arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu (p<0.001). Ayrıca ex olanlarda malnütrisyon olma durumu (skorun<17 olması) sağ olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olma trendindeydi (p=0.06).

Sonuç: Çalışmamız halen devam etmekte olup uzun süreli takip sonuçlarında anlamlı farklar gösterebileceğimizi düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kanser, malnütrisyon, mna

EP-287

**KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN KULLANDIKLARI
TAMAMLAYICI YÖNTEMLER**

YELİZ BİLİCİ¹, ESRA ÇELEBİ¹, SEVİL KONUK¹, ÖMER AL²,
AHMET BİLİCİ², ÖMER FATİH ÖLMEZ², ÖZCAN YILDIZ²

1 MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ, İSTANBUL
2 MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜ, İSTANBUL

Kemoterapi tedavisi alan hastalar,tedaviden kaynaklanan semptomlarla oldukça sık karşılaşmaktadır ve bu semptomları çözmek için tamamlayıcı yöntemlere başvurumaktadırlar. Bu çalışma kemoterapi alan onkoloji hastalarına uygulanacak olan kanıt temelli girişimlerin önemini vurgulayarak,onkoloji hemşirelerine rehberlik etmeyi amaçlamıştır. Araştırma Ekim-Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemizde tedavi gören hastalar ile gönüllülük esasına dayanılarak 70 hastaya yapılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi formu ve araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Anket formunda kemoterapi alan hastalara;yaş,cinsiyet,mezuniyet durumu,çalışma durumu,medeni durumu, tamamlayıcı yöntemlere başvurup vurmadıkları,başvurma sebepleri,kullanım sıklığı,uygulamaya nasıl başladıkları,yararını görüp görmediği ve tanılar hakkında sorular sorulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 16.0 versiyonu,-değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik ve grup karşılaştırması ki-kare tekniği kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgularına göre;%77 si kadın,ortalama yaş 52. 8+10. 5,%44.3'ü ilkokul mezunu,%28. 6 sı üniversite mezunu,%74. 3 ü herhangi bir işte çalışmıyorken,%18. 6 sı emekli,%91. 4 ü evli,%88.6 sı hekimin önerdiği tıbbi tedaviye ek bir tedavi alıyorken,%11.4 ü almıyor,%62. 9 u bu tedavileri iyileşmek için alırken,%12.9 u kemoterapi yan etkilerini azaltmak için,%10'u bağıışıklığı güçlendirmek için,%5.7 si fiziksel iyilik için,%5.7 si ruhsal rahatlama için ve %2.9 u ise doktoru önerisi ile bu tamamlayıcı

yöntemleri kullanıyor. Hastaların tamamına yakını bu yöntemleri düzenli alıyor. %30 u aile tavsiyesi,%22.9 u doktor tavsiyesi,%14.3 ü arkadaş tavsiyesi,%14.3 ü sağlık personeli önerisi,%10 u kendi kararı,%5.7 si internet vasıtasıyla ve %2. 9 u başka hasta önerisi ile kullanmaya başlamış. Hastaların %67.1 i yararını gördüğünü belirtmiştir. Hastalar çoğunlukla (%54. 3) zencefil,kuru üzüm,enginar ekstratı ve aynı sefa bitkisi kullandığını belirtmiştir. Hastaların tanılarında bakıldığında çoğunluğu meme(%40),kolon(%17.1),akciğer(%14.3) ve over kanserinden(%11.4) oluşurken,geriye kalan hastalar daha nadir görülen tümör tanılarında sahipti. Hastaların %52.9'u erken ya da lokal ileri tümöre sahipken,geriye kalan %47.1 i metastatik hastalığa sahipti. Tamamlayıcı yöntemlerin kullanımı açısından erken-lokal ileri ya da metastatik hastalık grupları açısından farklılık saptanmadı(p=0. 59). Ortalama tamamlayıcı yöntemlerin kullanımı 7.9+3.6 ay (aralık;1-84)'dı. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tamamlayıcı yöntemleri kullanmasında daha çok kadın, memeca tanısı olup evli,ilkokul mezunu ve çalışmayan hastaların kullandığı, hekimin önerdiği tıbbi tedaviye ek iyileşmek için düzenli olarak aldığı, aile ve doktor tavsiyesi ile kullanmaya başladığı ve zencefil, kuru üzüm, enginar ekstratı ve aynı sefa bitkisini kullanıp kendine göre yararını gördüğü sonucuna varılmıştır. Onkoloji hemşirelerinin bu bulgular neticesinde kanıt temelli uygulamaları bilmesi ve rehberlik etmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, tamamlayıcı, yöntemler

EP-288

ORAL KEMOTERAPİ KULLANAN 65 YAŞ ÜZERİ KANSER HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

HURİ SEVAL ÇAKMAK, EMİNE ÖZER KÜÇÜK, RABİA KAHVECİ,
AYFER TALU, DOĞAN UNCU, NURULLAH ZENGİN

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Dünyada ve Türkiye de 65 yaş üzeri popülasyon hızla artmaktadır. Günümüzde gerek beklenen yaşam süresinin giderek artması, gerekse son yıllardaki kanser tedavisinde ve teknolojisinde meydana gelen olumlu gelişmeler sonucunda 65 yaş üzeri onkoloji olgularına daha sık rastlanmaktadır. Tüm kanser olgularının %60'ı 65 yaş üzerinde görülür. Kanserde yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Bu tedavi yöntemleri tek başına veya birlikte uygulanmaktadır. Kanser tedavisinde sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi ilaçlarının oral formlarında artış olmuştur. Kaynaklar oral ilaç formlarının tedavinin dörtte birini oluşturduğunu göstermektedir.

Amaç: 65 yaş üzeri kanser hastalarından e-reçete ile oral kemoterapi ilacı yazılan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2014-2017 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri kanser hastalarından e-reçete ile oral kemoterapi ilacı yazılan hastaların demografik ve klinik özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular ve Tartışma: İncelenen 562 hastanın %59,6'sını erkek, %40'ı kadındır. Hastaların %51'i kapesitabin, %20,1'i imatinib, %14'ü temozolomid, %11,2'si sunitinib, %2,8'i regorafenib kullanılmaktadır. Erkek hastaların yaş ortalaması 71,8 kadınların 71,9 dur. Hastaların %23,4'ü kolon kanseri, %17,7'si bağ ve-

yumuşak doku kanseri ve %8'i böbrek kanseri tanısı almıştır. Oral kemoterapi kullanan hastaların %36,8'de hipertansiyon, %24,7'sinde DM %17,72'sinde kalp hastalığı, %5,8'inde KOAH mevcuttur. Hastaların hepsi evde emetik tablet ilaç almaktadır.

Gelişen oral kemoterapi tedavi şekli ile kanser hastalarında tedavi hastane ortamından ev ortamına kaymış olup, evde ilaç kullanımı gündeme gelmiştir. Oral kemoterapi ilaç kullanmanın birçok avantajına olmasına rağmen ilaç kullanım uyumsuzluğuna bağlı toksik etkiye yan etki yönetimindeki yetersizlik gibi dezavantajları da bulunmaktadır. İlaç kullanımı yaşla birlikte artmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir. Yaşlı bireyde ilaç yan etkileri ve intoksikasyonları, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler, unutkanlık ve anlama gibi kognitif sorunlar nedeniyle yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca 65 yaş üzerinde kronik hastalıklar sık görülmekte ve hastalar evde oral kemoterapi ilaçlarından başka ilaçlarda almak durumunda kalmaktadır. Hastanın kullandığı ilaç sayısının artması ilaç uyumunu ve yönetimi azaltan önemli etkenlerden biridir.

Sonuç: Oral kemoterapi ilaçlarının teröpetik alanlarının dar olması sebebiyle, yaşlılıkta görülen farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, yaşlı bireyin kullandığı ilaçlara uyumunu sağlamak için kullanılan ilaçlarla ilgili hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermek, ilaç yan etkileri yönünden gerekli izlemleri yapmak büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Kanser, Oral kemoterapi

EP-289

KEMOTERAPİ ÖNCESİ BİR KEZ VERİLEN EĞİTİMLE YAN ETKİLERİ KONTROL ALTINA ALABİLİYOR MUYUZ?ZARİF GÜRKAN¹, BİRCAN NAS¹, GÜLSEREN DAYANÇ³,
SUZAN ŞİMŞEK¹, HATİCE EVCİM¹, MEHMET ALİUSTAOĞLU²

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, AYAKTAN KEMOTERAPİ ÜNİTESİ, İSTANBUL

2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

3 EMSEY HOSPİTAL KEMOTERAPİ ÜNİTESİ, İSTANBUL

Amaç: Hasta Eğitimi; Uyum ve memnuniyetin artırılması, maliyetin düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin artırılması için bir yoldur. Bu araştırma; Kemoterapi öncesi hasta ve yakınlarına bir kez verilen eğitimin kemoterapinin yan etkilerini kontrol altına almada etkinliğinin değerlendirmesi amacıyla yapıldı.

Gereç - Yöntem: Bu araştırma; Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi ünitesinde 20 Kasım-25 Aralık 2016 tarihleri arasında yapıldı. Örneklemi; tedaviye yeni başlayan 100 hasta oluşturdu. Evren örneklem olarak alındı. Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Eğitim öncesi uygulanan anket formu ilk tedaviden bir ay sonra tekrarlandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %51'ini kadın, %75'ini 50 yaş ve üzeri hastalar oluşturdu. Hastaların % 61'inin ilköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü. Tablo 1'de Hastalarda Görülen Kemoterapinin Yan Etkileri ile Hasta ve Yakınlarının Verilen Eğitimi Uygulama Durumunun Karşılaştırılması ve Tablo 2' de Eğitim Verilen Kemoterapi Hastalarında görülen Yan Etkiler

Tablo 1: Hastalarda görülen kemoterapinin yan etkileri ile hasta ve yakınlarının verilen eğitimi uygulama durumunun karşılaştırılması n=100

	Kemoterapi sonrası Yan Etki Görülme Durumu		Yan Etkilerde Verilen Eğitimi Uygulama Durumu	
	Yan Etki Görülmeyen	Yan Etki Görülen	Bazen Uyguladım	Kesinlikle Uyguladım
Eğitim Konuları	%	%	%	%
Cilt/Tırnak	85	15	0	15
İshal	83	17	8	9
Bulantı/Kusma	82	18	9	9
Ateş	77	23	8	15
Kabızlık	72	28	14	14
Mukozit	71	29	7	22
Acil Durumlar	65	35	17	18
Saç Dökülmesi	60	40	20	20
İştahsızlık	50	50	22	28
Ağrı	48	52	27	25

ve Yan Etkilerin Oluşma Zamanı görülmektedir. Kemoterapi aldıktan sonra hastaların % 35'i acil servise başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların acile başvurma nedenleri Şekil 1'de görülmektedir. Kemoterapi öncesi verilen eğitimden bir ay sonra hasta ve yakınları sorgulandığında % 94'ü verilen eğitimlerden fayda sağladıklarını, %83'ü kişisel hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemlerine özen gösterdiğini, %68'i beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini, % 65'i ise acil bir durum gelişmediğini belirtmişlerdir.

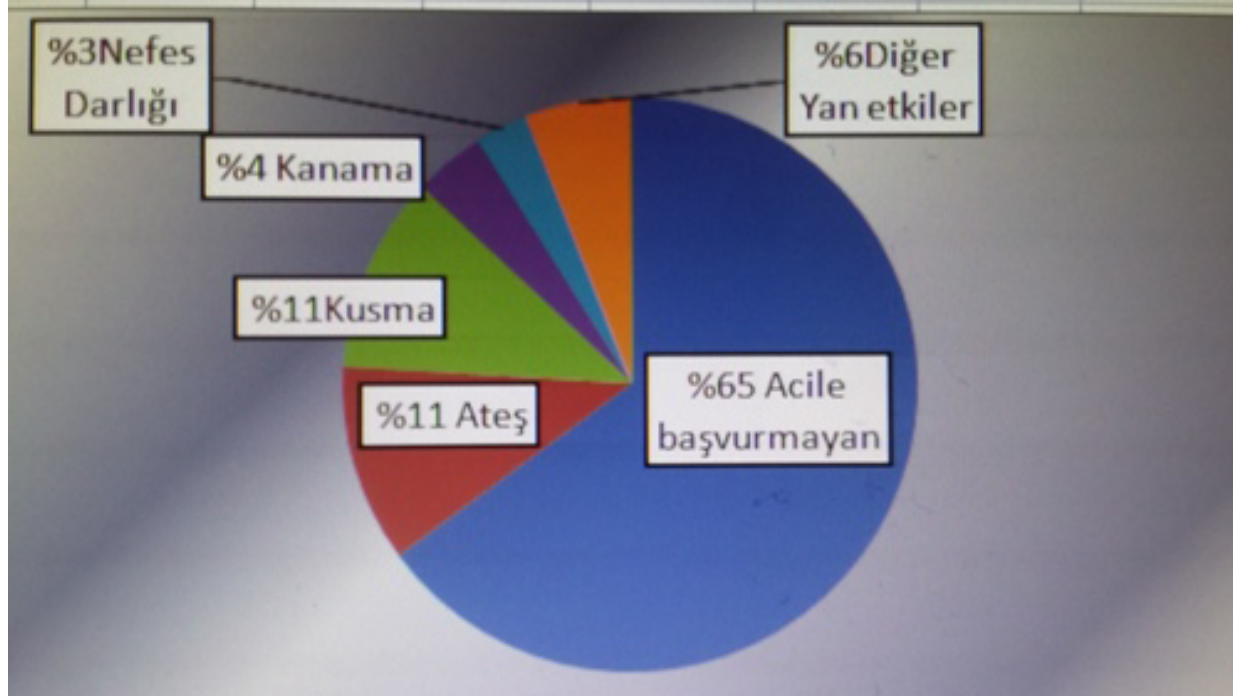
Sonuç ve Öneriler: Kemoterapi öncesi bir kez eğitim alan hasta ve yakınlarının % 94'ü verilen eğitimlerden fayda sağladıklarını, %83'ü kişisel hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemlerine özen gösterdiğini, %68'i beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini ifade etmesi sevindirici olmakla birlikte hastaların % 35'i acil servise başvurduğunu belirtmiştir. Hastalarda görülen yan etkiler ve başlama zamanı değişiklik göstermektedir (Tablo 2). Bu durum hasta ve yakınlarına kemoterapi öncesi bir kez eğitim vermenin yeterli olmadığını, eğitimin hastada görülen yan etkiler ve tedavi sürecini kapsayacak şekilde planlanması ve düzenli aralıklarla uygulanmasının daha fazla fayda sağlayacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Yan Etki, Hasta Eğitimi

Tablo 2:Eğitim Verilen Kemoterapi Hastalarında Görülen Yan Etkiler ve Yan Etkilerin Oluşma Zamanı n=100

Kemoterapiye Bağlı Yan Etkiler	Yan Etki Görülme Hastası %	Yan Etki Görülen Hastası %	Kemoterapiye Bağlı Yan Etkilerin Oluşma Zamanı			
			Tedaviden sonraki 0-24 saat %	Tedaviden sonraki 25- 48 saat %	Tedaviden sonraki 2-7 gün sonra %	Tedavinin 8. gününden sonra %
Cilt/ Tırnak	85	15	3	2	5	5
İshal	83	17	4	6	6	1
Bulantı/ Kusma	82	18	10	3	4	1
Ateş	77	23	7	6	8	2
Mukozit	71	29	0	5	7	17
Kabızlık	72	28	8	8	8	4
Acil Durumlar	65	35	8	3	13	11
Saç Dökülmesi	60	40	0	0	13	27
İştahsızlık	50	50	15	11	22	2
Ağrı	48	52	24	15	9	4

Şekil 1: Hastaların Acile Başvurma Nedenleri n= 100



EP-290

AKCİĞER KANSERLİ VAKADA VİNORELBIN İNFÜZYONU ARDINDAN GELİŞEN FLEBİT VE YÖNETİMİ

SEVDA ERDEM, AYŞE AKTAŞ, LÜTFİYE ÖZBAŞ, AHMET ÖZVEREN

GİRESUN ÜNİVERSİTESİ PROF.DR.A.İLHAN ÖZDEMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Kemoterapi infüzyonları sırasında ve sonrasında gelişen cilt reaksiyonları sık görülmektedir. Verilen kemoterapötik ajanın vezikan,irritan veya nötral olmasına göre uygulanması önerilen ekstrevasyon yönetimi yaklaşımları değişiklik göstermektedir. Uygulanan kemoterapötik ajana bağlı olarak ekstrevasyon olmadan da lokal cilt reaksiyonları görülebilmektedir. Bu nedenle hastanın infüzyon sırasında ve sonrasında gözlemi; oluşabilecek reaksiyonların ve gözlenen bulguların kayıt altında tutulması etkin ve zamanında müdahale için çok büyük önem arz etmektedir. Biz de vinorelbin infüzyonu sonrasında infüzyon bölgesinde görülen eritemli alanın takipte flebite dönüşümünü ve yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta metastatik akciğer kanseri nedeni ile 2 hat kemoterapi almış ve hastalık progresyonu nedeni ile 3.hat kemoterapiye geçilmiş olan hastada ilk doz vinorelbin 25 mg/m²/gün D1 uygulaması sonrasında uygulama alanında görülen eritem kayıt altına alınmış, vezikan olduğu bilinen vinorelbinin olası reaksiyonları için hasta 24 saat sonra kontrol değerlendirmesi için polikliniğe başvurması önerisi ile taburcu edilmiştir. İnfüzyonun 1.gününde kolda uygulama trasesi boyunca ağrı ve eritemin arttığı görüldü. Yapılan değerlendirme sonucunda hastaya flebit tanısı konuldu ve tedavisi başlandı. İnflame alana 6 saatte bir 20 dakika sıcak uygulama, topikal hidrokortizon ve antibiyoterapi tedavisinin 72.saatinde bulguların gerilediği gözlemlendi. Hastanın izlemine devam edilmektedir.

Sonuç: Kemoterapötik ajanların infüzyonu sırasında ve sonrasında verilen ilacın, dozun uygulama bölgesinin kayıt altında tutulması, ekstrevasyon şüphesinde hızla etkin önlemlerin alınması, uygulanan ajana göre soğuk veya sıcak uygulamanın önerilmesi ve takip edilmesi oluşabilecek komplikasyonların yönetimi açısından çok önemli bir basamaktır. Biz de hastamızda infüzyon sonrası görülen lokal eritemli bölgeyi takip ederek gelişen flebitin erken teşhisi ve tedavisini sağladık.

Anahtar Kelimeler: Vinorelbin, Flebit, Sıcak uygulama

Flebit bölgesi



Tablo kemoterapötikler

Neutrals	Inflammitants	Irritants	Exfoliants	Vesicants
Alemtuzumab	Azacitidine	Arsenic trioxide	Cisplatin	Amsacrine
Bevacizumab	Bortezomib	Carboplatin	Daunorubicin – Liposomal	Busulfan
Bleomycin	Fluorouracil	Etoposide	Docetaxel	Camustine
Cetuximab	Methotrexate	Irinotecan	Doxorubicin – Liposomal	Chlormethine (Mustine)
Cladribine	Raltitrexed	Teniposide	Mitoxantrone	Dacarbazine
Clofarabine			Oxaliplatin	Dactinomycin
Crisantaspase			Topotecan	Daunorubicin
Cyclophosphamide				Doxorubicin
Cytarabine				Epirubicin
Fludarabine				Idarubicin
Gemcitabine				Mitomycin
Ifosfamide				Paclitaxel
Melphalan				Streptozocin
Nelarabine				Treosulfan
Pemetrexed				Vinblastine
Pentostatin				Vincristine
Rituximab				Vindesine
Thiotepa				Vinorelbine
Trastuzumab				

EP-291

MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN VÜCUT ALGISINI VE BENLİK SAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ADALET GÜLÇİN DIŞSİZ, SİBEL IRIZ, AYŞE KURTULUŞ USLUOĞLU, AHMET ALACACIOĞLU
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ, İZMİR

Giriş: Meme kanseri tanısı, takiben uygulanacak cerrahi girişimler ve tedavi seçenekleri, hastalığın ilerlemesi, tekrarı, gelecek hakkında belirsizlik, kadınlık özelliklerini kaybetme korkusu, beden imajının bozulması hastalarda benlik saygısının azalması, özgüven kaybı, cinsel sorunlar, duygusal stres, çevreyle olan ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi, yaşam kalitesinde bozulma, depresyon ve ölüm korkusu gibi sorunlara neden olabilmektedir(1). Cerrahi girişimler sonucu kadının meme bütünlüğündeki değişimler ve kayıplar, cinselliğin, çekiciliğin, doğurganlığın ve kadınlık özelliklerinin kaybı olarak görülmekte, kadının beden algısını değiştirmekte ve benlik saygısını etkilemektedir. Kadının beden imgesindeki zedelenmeye bağlı olarak bu durum psikolojik ve psikososyal dengenin bozulmasına bağlı olarak bazı sorunlara neden olmaktadır(2).

Amaç: Meme kanseri tanılı opere olmuş hastaların vücut algısı ve benlik saygısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç Yöntemler:

Meme kanseri tanılı mastektomi ve koruyucu cerrahi olmuş, adjuvan tedavi başlanan, ilk kür kemoterapi alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ruhsal problemi olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Hastalara opere olduktan sonraki ilk kür tedavilerinde demografik-özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan kişisel bilgi formu, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, vücut algı ölçeği formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 107 meme kanseri tanısı almış birey da-

hil edilmiştir. 107 bireyin yaş aralığı 28-77 olup yaş ortalaması 51.06 ± 10.08 <dir. Bireylerin %77.06'sı evli, %22.4 bekar, %12.1'i üniversite, %24.3 'ü lise, %63.6'sı ilköğretim mezunu, %85'i herhangi bir işte çalışmıyor.

Çalışmaya katılan bireylerden %43.9'u (n:47) mastektomi, %56.1'i (n:60) koruyucu cerrahi operasyonu geçirmiştir.

107 kişinin RBSÖ puan ortalaması 0.96 ± 0.6 , VAÖ puan ortalaması 89.9 ± 26.4 bulunmuş olup bireylerin yüksek benlik saygısına sahip oldukları görülmüş ve iki ölçek arası korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir. (P>0.57)

Mastektomi ve koruyucu cerrahi operasyonu olan kadınlarda yaş, medeni durum, çalışma durumuna göre beden algısı ve benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanan kadınlardan oluşan iki grubun vücut algıları ve benlik saygısı ölçek skorları istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir.

KAYNAKLAR

1. Tokgöz G, Yalıt İ., Özdemir S., Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler, Anadolu psikiyatri dergisi 2008;9:59-66
2. Arıcan Z., Görken İ.K., Alanyalı H. ve ark. Meme cerrahisi sonrası adjuvan tedavi almış meme kanserli kadınlarda psikoseksüel durum ve vücut imajı açısından yaşam kalitesi analizi. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 21-24 Eylül 2005, İstanbul, 219.

Anahtar Kelimeler: meme, kanser, benlik saygısı, vücut algısı

EP-292

KEMOTERAPİ ÜNİTESİNDE NADİR BİR CİLT LEZYONU; RİTUXİMAB İLİŞKİLİ KAPOŞİ SARKOM

HATİCE BURGAÇ, DURDU YAMAN, AYŞE ARIKANOĞLU SOĞANCI, ALİ ALKAN

OSMANİYE DEVLET HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİRİMİ, OSMANİYE

Amaç: Kaposi sarkom(KS) immün sistem baskılanmış hastalarda görülen, düşük gradlı mezenkimal anjiyoproliferatif bir hastalıktır. Sıklıkla HIV pozitif hastalarda ve transplant hastalarında görülmekle birlikte, immün sistemde baskılanma yapan ilaçlar da KS neden olabilmektedir. Rituximab anti-CD20 kimerik monoklonal antikordur. Birçok otoimmün hastalık ve lenfoma tedavisinde kullanılmaktadır. Rituximab ilişkili KS literatürde nadiren bildirilmiştir. Burada, non- Hodgkin lenfoma tanısı ile Rituximab alan HIV- hastada keoterapi ünitesinde saptanan KS vakası sunulmuştur.

Olgu: Daha önceden bilinen komorbid hastalığı bulunmayan, 65 yaş erkek hasta boyun sol yanda ağrısız şişlik ile başvurdu. Fizik muayene sol servikal ön zincirde büyüğü 4 cm, multipl konglomere lenf nodları saptanan hastanın eksizyonel biyopsisi; difüz büyük B hücreli lenfoma olarak rapor edildi. Evreleme amacıyla çekilen PET'te medistende de patolojik lenf nodları olan hasta evre IIA olarak değerlendirildi. Hastaya R-CHOP (Rituximab 375mg/m², vinristin 2mg, Siklofosfamid 750mg/m² 1. Gün, metilprednizolon 80mg 1-5.günler, 3 haftada bir) planlandı. 2 kür kemoterapi sonrasında fizik muayenesinde patolojik lenf nodları tamamen gerileyen hastanın tedavi ile grad 1 bulantı dışında yan etki gözlenmedi. 4. Kür için gelişinde R-CHOP tedavisi planlanan hastanın tedavi esnasında sağ önkol posterior ve sağ bilek posteriorda mavi- mor lezyonlar fark edildi(figür -1a/1b). Tedavi sürerken hastadan alınan bilgi doğrultusunda, lezyonların 3. Kürden 2 hafta sonra ortaya çıktığı ve ayak tabanında da olduğu öğrenildi. Hastanın önemli olmadığı düşüncesi ile doktora mevcut lezyonlardan bahsetmediği öğrenildi. Yapılan değerlendirmede; sağ ayak 1-3. Parmaklarda, sol ayak 4-5. Parmaklarda ve bilateral ayak tabanında benzer lezyonların olduğu fark edildi (figür 1c/1d). Hastanın dermatolojik inceleme sonrasında yapılan lezyon biyopsisi Kaposi sarkom ile uyumlu bulundu. Anti-HIV negatif saptanan hasta radyasyon onkolojisi-ne konsülte edilerek radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonra-

sında lezyonlar tamamen gerileyen hastanın tedavi sonrasında çekilen PET değerlendirmede tam yanıt elde edildi. Tedavi kesilerek, hasta takibe alındı.

Sonuç: Onkoloji hemşireliği pratiğinde, tedavi esnasında gerek yeni gelişen semptomlar gerekse daha önce olan şikayetlerin sorgulanması ve lüzum halinde hekimle iletişim kurulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkom, Rituximab, lenfoma

Figür-1



Sağ önkol posterior ve sağ bilek posteriorda mavi- mor lezyonlar (1a/1b). sağ ayak 1-3. Parmaklarda, sol ayak 4-5. Parmaklarda ve bilateral ayak tabanında benzer lezyonlar (1c/1d).

EP-293

**ADVERS OLAYLAR İÇİN ORTAK TERİMINOLOJİ KRİTERLERİNİN
HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN ÇIKTILARI SÜRÜMÜNÜN (PRO-
CTCAE) TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN¹, AYDAN EDA URVAYLIOĞLU²

1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, ANKARA
2 BOZOK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, YOZGAT

Klinik araştırmalarda advers olay raporlaması, hasta güvenliğini sağlamak ve tedavilerin toksisite profillerini anlamak için zorunludur. Kanser araştırmalarında advers olay bildirimine yönelik standart yaklaşım, ABD Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Advers Olaylar İçin Ortak Terminoloji Kriterleri (CTCAE) dir. Bu kriterler sağlık personeli tarafından raporlanma için uygundur. Günümüzde, hasta tarafından bildirilen sonuçlar yoluyla advers olay bildiriminde hastanın bakış açısının entegre edilmesi giderek daha önemli bir bileşen haline gelmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü klinik kanser araştırmalarında hastalar tarafından bildirilen semptomatik advers olayları belirlemek için, Advers Olaylar İçin Ortak Terminoloji Kriterleri'nin Hasta Tarafından Bildirilen Çıktıları (PRO-CTCAE - Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events) sürümünü geliştirmiştir. Bu araştırmanın amacı, PRO-CTCAE'nin Türk toplumuna uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü'nde yürütülmektedir. Araştırmanın evrenini, radyoterapi tedavisi almak için başvuran bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 300 kanser tanısı almış birey dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu

ve PRO-CTCAE kullanılmaktadır. İlk aşamada; PRO-CTCAE'nin dil geçerliğini sağlamak için, ölçek hedef dile çeviri (Türkçe) ve orjinal dile (İngilizce) geri çeviri yöntemi ile Türkçe'ye uyarlanmış, içerik geçerliği için ölçek, uzman görüşlerine sunulmuştur. Uzman görüşleri, Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerine göre, tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplanmıştır. İkinci aşamada, Ölçeğin ön uygulamasından sonra, veriler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmaktadır. Ölçeğin kapsam geçerliği için, Temel Bileşenler Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yöntemi kullanılacaktır. PRO-CTCAE'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için, ölçek birinci uygulamadan sonra yaklaşık 50 kişiye tekrar uygulanarak iki ölçüm arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Araştırmanın veri toplama ve istatistiksel analiz süreci devam etmektedir.

PRO-CTCAE'nin İngilizce dışındaki dillerde bulunması kanser tedavisinin yan etkilerinin kendiliğinden rapor edilmesinde uluslararası harmoniyi destekleyecektir. Ayrıca, doğrudan hastadan gelen bildirimler, kanser araştırmalarında sağlık profesyonellerinin raporlarını tamamlayabilecek ve kanser tedavisinin yan etkileri hakkında daha kapsamlı bir görüş sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Türkçe, PRO-CTCAE, Güvenirlilik ve geçerlik

EP-294

PORT KATETER İLE KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

HASRET TUĞÇE ALEMDAROĞLU¹, KHALIS MUSTAFAYEV², ÖZLEM ER³

1 ACIBADEM MASLAK HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

2 ACIBADEM MASLAK HASTANESİ

3 ACIBADEM MAA UNİVERSİTESİ MASLAK HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ

Port kateter minimal bir cerrahi operasyon ile vena kava superiora yerleştirilen, genellikle uzun vadeli kullanımlar için tercih edilen, kapalı bir sistemden oluşan kalıcı kateter türüdür. Port kateterler onkoloji hastalarında güvenli bir yöntem kabul edilip sıkça kullanılır.

Acıbadem Maslak Hastanesi'nde 2017-2018 yılı aralığında port kateter uygulamalarını ve kullanımını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Acıbadem Maslak Hastanesi'nde 2017-2018 yılı aralığında toplam port iğnesi takılma sayısı 4573'tür. Toplamda 8368 defa kemoterapi uygulanmış, bunların 3764'ü tedavisini port kateter ile almıştır. Beslenme, transfüzyon, antibiyotik tedavisi gibi ke-

moterapi dışı amaçlarla 809 kez port kateter kullanılmıştır. Bu süreçte 1 yıl boyunca ekstrevasiyon sayısı 1 iken enfeksiyon sayısı 0'dır.

Yaptığımız retrospektif değerlendirmede 2017-2018 yılı aralığında port kateter ile kemoterapi alan hastalarımızda diğer kateter türleri ile kemoterapi alan hastalara göre verdiğimiz port bakımı ve kullanımı doğrultusunda enfeksiyon gelişmediğini gözlemledik.

Port kateter bakımı Acıbadem Maslak Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri port kateter kullanma talimatı doğrultusunda hemşirelik bakımı yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: port kateter, enfeksiyon, ekstrevasiyon

EP-295

T ALL VE TÜMÖR LİZİS TANILI HASTANIN TEDAVİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

FATMA KAHRIMAN, ARİFE YAVAŞER

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) kemik iliğinde bulunan lenfoid öncül hücrelerde hücre farklılaşmasının herhangi bir safhasında meydana gelen kontrolsüz proliferasyon ile karakterize malign bir hastalıktır. Erişkin lösemilerinin %20ini oluşturur. T-ALL, genç yaş ve erkek cinsiyette artmış sıklık, tanıda yüksek lökosit sayısı, mediastinal kitle, MSS tutulumu gibi klinik özellikler gösterir.

Tümör lizis sendromu; fazla miktarda tümör hücrelerinin yıkımı sonucu hücre içindeki maddelerin toksik miktarda kana geçmesi ile oluşan ciddi ve bazen hayatı tehdit eden bir seri metabolik bozukluktur.

Olgu: 35 yaşında erkek bilinen kronik hastalığı olmayan flow sonucu t-all ile uyumlu tümör lizis sendromunda olan hastanın yatışı yapıldı. Diyaliz ihtiyacı olmayan hastaya antiasidoz, antipotasyum, tamponize ve bikarbonatlı mayi, ürikoliz tedavisi uygulandı. İshali olan hastanın kültürleri gönderilerek metronidazol başlandı. KT öncesi kontrolleri yapıldı. Kemoterapisi uygulandı. Nötropeni ve trombositopenisi olan hastaya G-CSF ve trombosit replasmanı yapıldı. Perianal ağrı ve yaygın ağız içi mukozite bağlı blenderize diyet başlandı. KT sonrası yapılan KIAS sonucu refrakter T ALL kabul edildi. Kurtarma KT planlanan hasta kendi memleketinde tedavi almak istediği için önerilerle taburcu edildi.

Hemşirelik Tanıları: Nötropeniye bağlı; Enfeksiyon riski, Kemoterapiye ve nötropeniye bağlı; Oral mukoz membranda bozulma, Ağız içi yaralarına ve anal fissüre bağlı; Akut ağrı, Ağız içi yaralarına bağlı; Beslenmede yetersizlik, Trombositopeniye

bağlı; Kanama riski, İshal ve oral alımın yetersizliğine bağlı; sıvı volüm yetersizliği, Kullandığı ilaçlara, genel durum bozukluğuna bağlı; Düşme riski, Hastalığın uzun hospitalizasyonuna bağlı; Ümitsizlik

Girişimler: Kişisel hijyen alışkanlıkları iyileştirildi. İnvaziv işlemlerde evrensel önlemler alındı.

El yıkamanın önemi anlatıldı ve uygulandı.

Hasta ve ailesi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden bilgilendirildi.

Enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirildi. Oral mukoza sık aralıklarla değerlendirildi. Ağız bakımının önemi uygulamalı öğretildi. Nötropenik ve blenderize diyete geçildi. Visual ağrı skalasına göre hasta değerlendirildi. Ağrıya yönelik inançları ve deneyimleri sorgulandı. Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler değerlendirildi. Non farmakolojik ve hekim istemine uygun farmakolojik analjezikleri uygulandı. Kan değerleri düzenli takip edildi, replasman ihtiyacı hekimle birlikte değerlendirildi. Kanama belirti ve bulguları takip edilir. Vital bulguları düzenli takip edildi. Dehidratasyon ve ishal takibi yapıldı. Hekim istemine uygun iv sıvı replasmanı uygulandı. Düşme riskine yönelik yatak en alt seviyede ve yatak başları kalkık tutuldu. Kademeli ayağa kalkma hastaya öğretildi. Hastaya yapabildikleri anımsatıldı. Hastalık seyri ve süresi hakkında bilgi verildi. Hastanın kaygı durumu ve kaygıya neden olan faktörler değerlendirilerek etkin baş etme yöntemleri öğretildi. Hasta cesaretlendirilerek öz bakımına maksimum katılımı sağlandı.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakımı, t all, tümör lizis

EP-296

GLİOBLASTOMA TANILI BİR OLGU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

HACI MEHMET ERSÖNMEZ¹, BEREN ORCAY¹, JAMSHID HAMDARD²,
ÖMER FATİH ÖLMEZ², AHMET BİLİCİ², ÖZCAN YILDIZ²

1 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

2 MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: Bası yaraları,yatağa bağımlı veya hareket yeteneği azalan hastalarda görülen,bakımı zor,maliyetli ve yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Kanser hastalarında görülen depresyon,enfeksiyon ve bası yaraları;- hastanın tedavi sürecini ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Sık karşılaşılan bası yaraları tedavi edilmezse sepsis gibi ciddi morbiditelere yol açabilir ve daha sonra da ölümlerine sonuçlanabilir. Sık karşılaşılan bu sağlık sorununun önlenmesinde ve çözümünde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle bası yaralarının önlenmesinde hemşirenin etkin yaklaşımı önemli bir rol oynamaktadır.

Olgu: 37 yaşındaki erkek hasta ilk olarak 2014 senesinde jeneralize nöbet nedeniyle Tunus'da doktora başvurmuş. Hastaya yapılan tetkiklerde beyinde tümör olduğu söylenmiş. Hastaya 14.05.2015'de subtotal tümör eksizyonu uygulanmış. Patolojik inceleme sonucuna göre Grade II fibriller astrositom (kortikal temporal lob,mesial temporal lob,beyin sapı) saptanmış. Operasyondan sonra nöbetleri kesilen hastanın 10/2015'de yeniden şikayetleri başlamış. Çekilen MR'da gliomatozis serebri ile uyumlu progresyonu olması üzerine RT+ eş zamanlı temozolomide tedavisi planlandı. Hastanın tedavisinin 4.fraksiyonundan sonra yan etkiler nedeniyle temozolomide sonlandırılmış ve tek başına RT tamamlanmış. RT bitiminde temozolomide başlanan hasta 6 kür ilaç almış.6. kürden sonra yapılan incelemeleri sonucunda nöroonkoloji konseyinde tedaviye devam kararı alınmış. Tedavisin 9. kürü devam eden hasta 31.05.2017 tarihinde

solunum sıkıntısı ile acil servise başvurmuş. Solunum arresti olan hasta kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sonrası yoğun bakım ünitesine (YBÜ) transfer edilmiş. YBÜ'de mekanik ventilasyonla takip edilen hastanın solunum yetmezliği ve beyin ödemi tanıları ile tedavisi düzenlenmiş. 08.06.2017 tarihinde trakeostomi kateteri açılan hasta 19.06.2017 de ev tipi ventilatör ile servise transfer alındı. Servise alınan hastanın bilinç durumu konfüze. Ev tipi ventilatör ile takibine devam edildi. Nutrisyon ekibinin önerileriyle nazogastrik sonda ile beslenmesi sürdürüldü. Enfeksiyon hastalıklarına danışılarak antibiyoterapisi düzenlendi. Nörolojiye konsülte edilerek antiepileptik ve antiödem tedavilerine devam edildi. 26.05.2017 tarihinde 2.Sıra sistemik tedavi olarak Bevacizumab planlandı ve ilk dozu uygulandı.29.07.2017 tarihinde servis takipleri sırasında yaygın cilt altı amfizemi gelişmesi üzerine tekrar YBÜ'ne transferi gerçekleştirildi ve aynı tarihte trakeostomi kanülü çıkarılarak ortotrikal entübasyon ile mekanik ventilatöre bağlandı. 07.08.2017 tarihinde cilt altı amfizemi tedavi edilen hasta ev tipi ventilatöre bağlı olarak kliniğe devir alındı ve gerekli tüm medikal tedavisinin devamı sağlandı.

Sonuç: 146 günlük tedavi ve bakım sürecinde basınç yaralarını önleyerek sadece kemoterapiye yanıtı artırmakla kalmayıp mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltarak hasta ve ailesi için süreci daha az yıpratıcı hale getirmeyi başardık.

Anahtar Kelimeler: Glioblastoma, öz bakım, bası yarası, terminal dönem

EP-297

OPIA FOBİ: AĞRI YÖNETİMİNİN ÖNÜNDEKİ ÖNEMLİ BİR ENGEL

EMİNE ÖZER KÜÇÜK¹, HURİ SEVAL ÇAKMAK¹, SEVGİSUN KAPUCU², RABİA KAHVECİ¹

1 ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ DEĞERLENDİRME BİRİMİ
2 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır. Başta kanser olmak üzere bir çok kronik progresif hastalığın seyrinde ölmeden önce ortaya çıkan sıkıntı verici semptomlardan birisi ağrıdır. Çalışmaların çoğu kanser ağrısı üzerindedir ve ileri evre kanserlilerde %70'in üzerinde oranlarda orta veya şiddetli derecede ağrı yakınması bildirilmiştir. Opioidler güçlü analjezik etkileri nedeniyle ağrı tedavisinde sıklıkla kullanılırlar. Ancak; bu ilaçların kronik ağrı tedavisindeki kullanımı, potansiyel yan etkileri ve suistimal edilebilirlik özelliklerinin ön planda tutulması dolayısıyla arzu edilen düzeye ulaşamamıştır. Opioid grubu ilaçların potansiyel yan etkileri ve suistimal edilebileceği düşüncesiyle hastalara uygulamadan çekinmeye, tıbbi literatürde ilk kez 1985 yılında amerikalı farmakolog tarafından kullanılan adıyla, "opiofobi" denir. Opiofobinin nedeni olan bu çekinceler sıklıkla, bağımlılık ve tolerans gelişmesi korkusu, opioid ilaçların analjezi dışındaki (solunum depresyonu, sedasyon, bulantı-kusma, konvülsiyon, hipotansiyon-bradikardi vb.) Farmakolojik etkileridir. Opiod ilaçların reçete edilmesi kontrolle tabidir. Yine reçete etmedeki bu yasal sınırlılıklar da opiofobi nedenleri arasında yer alır. Yumak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Doktorların %70'inin, kendisini opioid tedavisi uygulamak için yeterli seviyenin altında gördükleri belirlendi. Gene

%37,5 doktorun ancak çok çok şiddetli ağrının tedavisinde opioid tercih edeceği, %40'ının opioid analjezik kullanımının fizyolojik ve psikolojik bağımlılık için yüksek risk taşıdığını düşündüğü saptandı. Hemşirelerin %77'si bağımlılık potansiyellerini daha yüksek olarak belirtti. Halbuki Jamison ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada kronik ağrısı olan hastaların büyük çoğunluğunun opioid ilaçları faydalı buldukları ve bağımlılık ve istenmeyen yan etkiler konusunda çok azının gereksiz aşırı endişeye kapıldığını ortaya koymuşlardır. Demek ki doktorlarda ve hasta yakınlarındaki endişe hastanın kendisinde yok veya hasta buna razı. Amerikan Kanser Derneği inisiyatifi "Ağrının Tedavisi" 2012 yılında dünya çapında 2.4 milyon kişinin tedavi edilmeyen ağrı nedeniyle öldüğünü bildirmiştir. Dünya çapında dünya popülasyonunun %40'undan fazlasını temsil eden 78 ülkede analjezik kullanımının gerekenin dörtte birini karşılamayacak şekilde yeterli olmadığı hesaplanmıştır. 2013 yılında Türkiye'de 91.826 kanser ölümü ve 200 HIV ile ilişkili ölüm ortadan ağıra değişen düzeyde ağrı ile ilişkili olmuş ve bunların sırasıyla %80 ve %50'sinin opioid analjeziklere ulaşmadan öldüğü bildirilmiştir.

Sağlık personelinin opiofobi inançlarının düzeltilmesi gerekmektedir. Böylece ağrı yönetimindeki önemli bir bariyerin azaltılacağı ve etkin ağrı kontrolünün yapılacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, opioid, palyatif bakım

EP-298

YATARAK KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN DEMOGRAFİK BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ

DENİZ DOĞRU, BURCU ERDEM

BURSA VM MEDİCALPARK HASTANESİ, BURSA

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yatarak kemoterapi tedavisi gören hastaların demografik özelliklerinin incelenmesi ve önümüzdeki yılın hasta profilinin tahminidir.

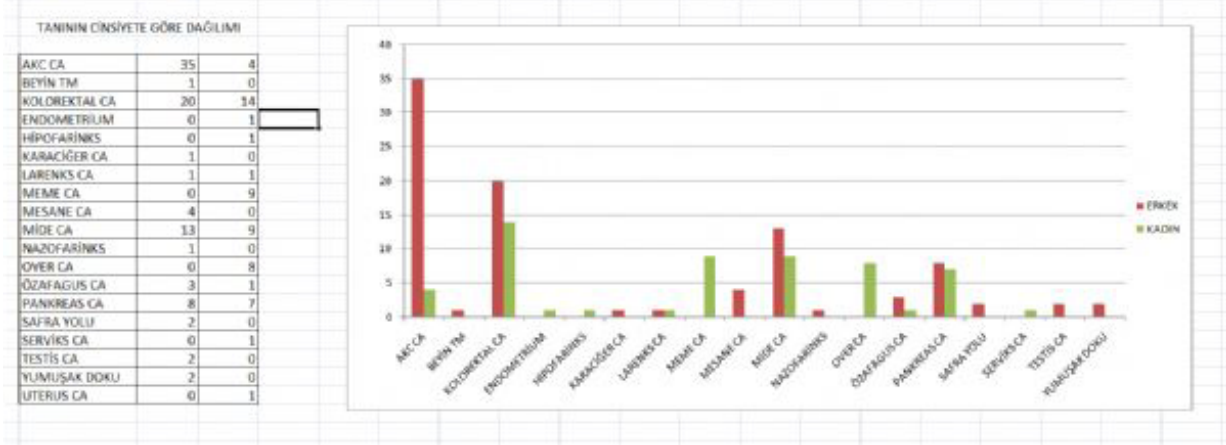
Gereç-Yöntem: Çalışmaya Bursa VM Medicalpark Hastanesi ve LIV Concept Yatan Hasta Servisi 01 Ocak 2017- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında yatarak kemoterapi alan 150 hasta (53'ü kadın, 77'si erkek hasta) dahil edildi. Çalışma, hastanenin Medin sistemi üzerinden hastaların yaş, cinsiyet ve tanılarına ulaşılarak yapıldı.

Sonuç: Yatarak kemoterapi alan hastaların

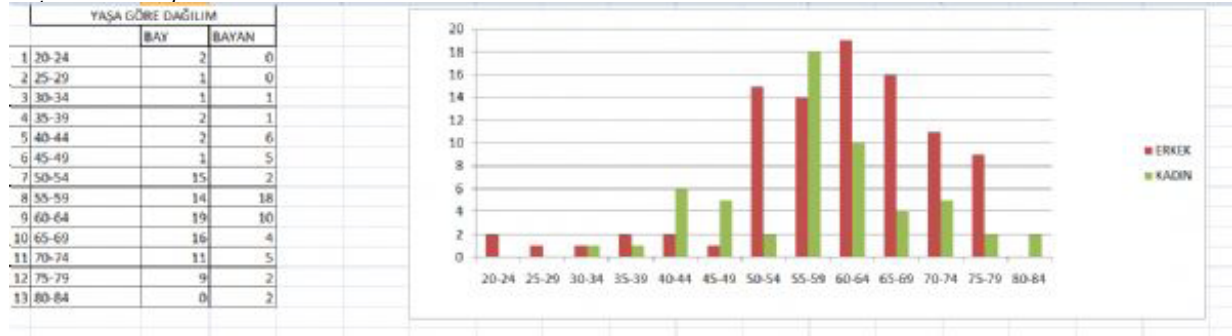
- % 38'i kadın,%62'si erkek hastadır.
- Kadın ve erkek hastaların yaş dağılımları Grafik 1. Yaş ortalaması kadın hastalarda 58, erkek hastalarda 61'dir.
- %26'sı Akciğer Ca, %23'ü Kolorektal Ca, %15'i Mide Ca, %10'u Pankreas Ca'dır.
- tıplarımızın %48'lik kısmını gastrointestinal sistem maligniteleri olan Kolorektal Ca, Mide Ca ve Pankreas Ca oluşturmaktadır. Bunu, Akciğer Ca tanısı olan hastalar izlemektedir. 2018 yılındaki hemşirelik bakım planları bu tanımlara uygun olarak tasarlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: onkoloji, cinsiyet, yaş

Tanının Cinsiyete Göre Dağılımı



Yaş Göre Dağılım



EP-299 KANSERLİ HASTALARDA BESLENME

HÜLYA BULUT

SBÜ. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Kanser günümüzde tüm dünyada en önemli sağlık problemlerinden birini oluşturmaktadır. Beslenme sorunları, morbidite ve mortalite üzerinde etkisi olan, fakat çoğu zaman ihmal edilen veya gerektiği kadar üzerinde durulmayan bir etkidir.

Kanser tedavisi esnasında dengeli ve yeterli beslenme ile;

- Enfeksiyon riskinde azalma
- Çabuk iyileşme
- Tedaviye bağlı yan etkileri daha iyi tolere etme
- Enerji ve gücü devam ettirme
- Vücudun besin deposu ve ağırlığını koruma
- Kendini daha iyi hissetme sağlanır

Kanserli hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek, en az yaşam süresini uzatmak kadar önemlidir. Dolayısı ile kanserli hastada beslenme daha da önemli hale gelmektedir.

Diyet Bileşenleri: Genellikle diyetdeki besinlerin miktarından çok, diyetdeki besinlerin seçimi ve oranı önemlidir. Kanser hastaları diğer kronik hastalıklar açısından yüksek risk altında oldukları için diyetteki yağ, protein, karbonhidrat tip ve miktarları önemlidir. Erişkinler için diyet bileşenleri, %20-35 yağ; %45-65 karbonhidrat; %10-35 protein olarak önerilmektedir. Ayrıca yapılan gözlemsel çalışmalarda diyet ve besin seçiminin; kanserin ilerlemesinde, tekrarlama riskinde ve sağ kalımda etkili olabileceği gösterilmiştir. Örneğin, meme kanser tanısı konduktan sonra yüksek miktarda sebze, meyve, tam tahıl, balık, kanatlı hayvan içeren diyetler ile beslenen kadınlarda; işlenmiş tahıl, kırmızı et, tatlı, yüksek yağlı günlük ürünler, patates kızartması içeren diyetlerle beslenen kadınlara göre mortalitenin daha az

olduğu gösterilmiştir. Her gün en az 5 kez sebze ve meyve tüketen ve her hafta en az altı gün 30 dk yürüyüş veya buna eşdeğer fiziksel aktivite yapan meme kanserli kadınlarda daha yüksek sağ kalım oranları gözlenmiştir, diyet ve egzersiz birlikte yapımayanlarda ise sağ kalımda bir iyileşme gözlenmemiştir.

Enteral beslenme desteği: Yetersiz beslenmenin var olduğu ve gıda alımının 7-10 günden fazla bir süre belirgin olarak azaldığı durumlarda, enteral beslenmeye başlanmalıdır.

Enteral beslenme, genellikle sıvı kıvamda besinlerin oral ya da beslenme tüpleri ile hastaya verilmesidir. Tüple besleme, nazenterik kateter ve ostomi tüpleri aracılığıyla iki şekilde yapılır.

Parenteral beslenme desteği: Malnutrisyon gelişmesi açısından riskli olan ve beslenme desteğine gereksinim duyulan hastalarda, beslenme açığı enteral yolla gerçekleştirilemiyor ise parenteral yol kullanılmalıdır.

Total parenteral beslenme (TPB)'de kullanılan çok sayıda sölüsyon vardır. TPB tedavisinde günlük sıvı ve kalori gereksinimi yaşa, beden ağırlığına göre ayarlanmalı, tümörün getirdiği ek gereksinim dikkate alınmalıdır. TPB hastaya periferik veya santral venöz yollarla uygulanabilir.

Sonuç olarak kanserli hastalarda üç çeşit beslenmeden hastanın durumuna en uygun olan beslenme şekli uygulandığında hastanın bağışıklık sistemi güçlenir ve iyileşme yolunda büyük yol katedilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, beslenme, dengeli ve yeterli beslenme

EP-300

**OTOLOG KÖK HÜCRE İNFÜZYONU SIRASINDA YAŞANAN
BULANTI-KUSMANIN YÖNETİMİNDE FARMAKOLOJİK OLMAYAN
UYGULAMALARIN YERİ**

ELİF SÖZERİ ÖZTÜRK, SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ANKARA

Otolog kök hücre nakli; mobilizasyon rejimi uygulaması, kök hücre aferezi, kriyoprezervasyon, yüksek doz kemoterapi uygulaması ve kök hücre infüzyonu işlem basamaklarından oluşmaktadır. Kriyoprezervasyon işlem basamağında, kişinin kendisinden alınan kemik iliği ya da periferik kandan ayrıştırılan kök hücrenin, dimetil sülfoksit (DMSO) ya da hidroksietil starch (HES)' la dondurularak -135 °C mekanik dondurucu, -156 °C buhar ya da -196 °C nitrojen tanklarında saklanması sağlanır. Kriyopektan olarak daha sık olarak tercih edilen DMSO hematopoietik kök hücrelerin likit ya da buhar azot tanklarında donmadan zarar görmesini engellemek amacıyla kullanılır (Berz ve ark. 2012; Cox ve ark. 2013; Karacan ve Aksu, 2015).

Hücrelerin zarar görmesini engellemek için kullanılan DMSO pek çok yan etkiye neden olmaktadır. Bu yan etkiler sıklıkla gastrointestinal sistem ve kardiyolojik sistemle ilişkilidir (Horacek ve ark. 2009; Berz ve ark. 2012; Shu ve ark. 2014). Gastrointestinal sistem yan etkileri bulantı-kusma, abdominal kramp ve diyaredir (Syme ve ark. 2004).

Bu yan etkilerden biri olan bulantı-kusmanın görülme sıklığının %23-65 arasında değiştiği belirlenmiştir (Eisenberg ve ark. 2013). DMSO, kan dolaşımına katıldığı anda kemoreseptör trigger zone yoluyla kusma merkezini uyararak etkisini gösterir (Gonella ve ark. 2014). Başlıca neden DMSO olmasına rağmen kök hücre volümü, ürünün granülosit içeriği, hastanın vücut ağırlığı gibi nedenler otolog kök hücre infüzyonu sırasında meydana gelen bulantı-kusmanın gelişmesinde etkili olabilmektedir (Eisenberg ve ark. 2013). İnfüzyon sırasında meydana gelen

bu akut durum hastada sıvı-elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, özefagus rüptürü vb. farklı sorunlara neden olabilmektedir (Gonella ve ark. 2014).

Otolog kök hücre infüzyonu sırasında yaşanan bulantı-kusmanın yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan uygulamalar kullanılır. Premedikasyonda antiemetikler, steroidler, antihistaminikler kullanılır (Shu ve ark. 2014; Truong ve ark. 2016). Ayrıca hastanın ihtiyacına göre farmakolojik gereksinimler belirlenmektedir. Ancak uygulanan farmakolojik yaklaşımlara rağmen hastalar bulantı-kusma yaşayabilmektedir. Bu nedenle kullanılan, farmakolojik olmayan uygulamalar ise; infüzyon sırasında şeker emilmesi, dondurma yenilmesi ve tamamlayıcı-destekleyici uygulamalardan inhalasyon yolu ile aromaterapi uygulamasıdır (Potter ve ark. 2011; Ozdemir ve ark. 2008; Ndao ve ark. 2010; Eisenberg ve ark. 2013).

Otolog kök hücre infüzyon öncesinde, infüzyon sırasında ve infüzyon sonrasında hasta ile beraber olan hemşireler semptomun önlenmesi, kaydedilmesi ve yönetiminde aktif olarak rol alır. Bu nedenle semptomun kontrol altına alınması ve hastanın konforlu bir infüzyon yaşaması hemşirelik uygulamalarının bir gereğidir. Semptomun yönetiminde uygulaması kolay, yan etkileri daha az olan ve eğitim alındıktan sonra uygulanabilen yöntemler farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılabilir (Ndao ve ark. 2010).

Anahtar Kelimeler: bulantı-kusma, hemşirelik, otolog kök hücre nakli

CEYLAN, FURKAN	333	DEMİRCİ, NEBİ SERKAN	162, 344, 437, 445, 462, 469	ERDUR, ERKAN	355, 368, 401, 525	
CİHAN, ŞENER	139, 166, 457, 527	DEMİRCİ, UMUT	137, 144, 151, 227, 233, 301, 313, 331, 368, 404, 414, 453, 454, 455, 474, 502	ERELEP, ÖZLEM	384	
COŞKUN, HASAN ŞENOL	152, 181, 183, 187, 195, 201, 218, 248, 312, 331, 350, 374, 426, 464, 477, 503, 510	DEMİR, CUMHUR	139, 166, 457, 527	EREL, ÖZCAN	242	
COŞKUN, NİLÜFER	267	DEMİRELLİ, FUAT HULUSİ	352, 354, 512	ERENLER, BEHİCE HANDE	254	
COŞKUN, TEOMAN	343	DEMİR, HACER	327, 334	EREN, TÜLAY	144, 302, 303, 320, 321, 419	
Ç						
ÇABUK, DEVRİM	144, 326	DEMİR, LÜTFİYE	252, 392, 473, 483	ERGEN, MEVLÜDE	192	
ÇAĞLAR, ERKAN	327	DEMİR, MEHMET SALİM	305	ERGIN, MELEK	317, 322	
ÇAĞLAR, HALE BAŞAK	164	DEMİR, METİN	225, 255, 265, 280, 297, 415, 515	ERGÜN, YAKUP	251, 303, 320, 321, 345, 462, 472, 475, 516	
ÇAKIR, ASLI	164	DEMİR, TARIK	349, 439, 494, 501, 507	ERİŞ, SERDAR	478	
ÇAKIR, NESRİN	198	DENİZ, SİNAN	425	ERKOL, BURÇAK	378, 439	
ÇAKIROĞLU, UMUT	410, 479, 545	DERİN, SÜMEYRA	141, 171, 209, 212, 283, 405, 448, 461	ERMAN, MUSTAFA	333	
ÇAKMAK, DEMİR, SELİN	538	DEVECİ, UĞUR	533	ER, ÖZLEM	234, 554	
ÇAKMAK, HURİ SEVAL	547, 557	DİBEKÇİ, SEMA	196	ERSOY, MUSTAFA	252, 392, 473, 483	
ÇALIBAŞI KOÇAL, GİZEM	497	DİKMEN, ERKAN	258	ERSÖNMEZ, HACI MEHMET	556	
ÇAY ŞENLER, FİLİZ	11, 46, 270, 495	DİLEGE, ŞÜKRÜ	245, 308	ERTÜRK, İSMAİL	144, 337, 339, 427, 502	
ÇELEBİ, ESRA	202, 541, 546	DİNÇER, MURAT	252, 392, 473, 483	ERUS, SUAT	308	
ÇELENKOĞLU, GÖKHAN	366	DİNÇOĞLAN, FERHAT	513	ER, ZEHRA	359	
ÇELİK, ATILLA	372	DİNÇ, TOLGA	278	ESİN, ECE	137, 144, 150, 300, 301, 313, 355, 368, 401, 404, 462, 472, 475, 525	
ÇELİK, BÜLENT	159	DİRİCAN, AHMET	434	EVCİM, HATİCE	548	
ÇELİK, FERVA	199	DİRİKOÇ, MERVE	251	EYİLER, MEHMET FERHAT	246	
ÇELİK, İSMAİL	150	DİŞSİZ, ADALET GÜLÇİN	89, 551	F		
ÇELİK KOCABİYYİK, BURCU	181	DİZDAR, ÖMER	168, 225, 280, 333	FERHANOĞLU, BURHAN	337	
ÇELİK, MELİKE	185	DOĞRUL, AHMET BÜLENT	258	FERHATOĞLU, FERHAT	240	
ÇELİK, SERKAN	378, 439	DOĞAN, ENDER	141, 171, 209, 212, 283, 405, 448, 461	FINDIK, SİDDİKA	142	
ÇELİK, SİNEMİS	240	DOĞAN, MEHMET	355	G		
ÇELİK, YUSUF	391	DOĞAN, MUTLU	320, 321, 345, 516, 531, 532	GAMSIZ, HAKAN	513	
ÇENELİ, ÖZCAN	235	DOĞRU, DENİZ	558	GEMİCİ, CENGİZ	418	
ÇERME, EMİR	407	DOĞU, GAMZE GÖKÖZ	334, 410, 479, 545	GENCER, EMİNE	359	
ÇETİN, BÜLENT	144	DUMAN, EVRİM	261	GEREDELİ, ÇAĞLAYAN	139, 166, 457, 527	
ÇEVİK, GÖKÇEN TUĞBA	442	DURAK, MELİH FURKAN	299	GEVA, RAVİT	169	
ÇIKMAN, DUYGU İLKE	352, 354, 396, 399, 407, 512	DURAL, GAMZE	545	GEZER, UĞUR	380	
ÇILBIR, EBRU	229, 304, 412, 468, 471	DURAN, AYŞE OCAK	155, 227, 233, 301, 313, 334, 404, 414, 436, 535	GÖKÇAY, SERKAN	157, 215	
ÇINAR, DERYA	544	DURNALI, AYŞE	401, 535, 536	GÖKHAN UÇAR	177	
ÇINAR, FATMA İLKNUR	197	DURŞUN, MERVE	336	GÖKMEN, ERHAN	178	
ÇIRAK, HÜLYA	198	DURŞUN SARIYAZ, NEŞE	113	GÖKSEL, GAMZE	434	
ÇİÇİN, İRFAN	223, 295, 357	DÜĞÜM, ÖZLEM	540	GÖKSEL ÖZTÜRK, GAMZE	343	
ÇİLEK, BURCU	220, 530	DÜLGAR, ÖZGECAN	346, 397	GÖKSU, SEMA SEZGİN	152, 195, 218, 350, 374, 426, 464, 503, 510	
ÇİL, İBRAHİM	231, 346, 372, 397	DÜNDAR, MURAT CAN	230	GÖKŞEN, İNANÇ	144	
ÇİLTAŞ, AYDIN	249	E			GÖKTAŞ, BURÇE	134
ÇOBAN, ERKAN	201	EKİCİ, FATMA	372	GÖKYER, ALİ	294	
ÇOBAN, EZGİ	349, 494, 501, 507	EKİNCİ, ÖZGÜR	480	GÖNEL, ATAMAN	279	
ÇOLAK, DİLŞEN	7	ENGİN, HÜSEYİN	442, 462	GÜÇ, ZEYNEP GÜLSÜM	310	
ÇOLAK, ERTUĞRUL	180	ERASLAN, EMRAH	319, 368, 401, 453, 454, 455, 474, 534	GÜLEÇ, ASLIHAN	346	
ÇUBUKÇU, ERDEM	191, 383	ERBAŞ, BELKİS	148	GÜLER, NİLÜFER	178	
ÇUBUK, RAHMİ	318, 533	ERCAN, GÜLÇİN	372	GÜLER, OZAN CEM	161, 481	
D						
DAĞEL, TUNCAY	308	ERCELEP, ÖZLEM	154, 217, 330, 463, 478	GÜLSEN, MURAT TANER	446	
DANE, FAYSAL	134, 143, 154, 173, 217, 330, 384, 463, 478	ERDEM, BURCU	558	GÜMÜŞAY, ÖZGE	144, 151, 502	
DAYANÇ, GÜLSEREN	548	ERDEM, DİLEK	331	GÜMÜŞÇUBUK, OĞUZCAN	430	
DEDE, DİDEM	172	ERDEM, GÖKMEN UMUT	162, 220, 344, 427, 433, 437, 445, 469, 530	GÜMÜŞ, MAHMUT	451, 478	
DEDE, İSA	443, 462	ERDEM, SEVDA	526, 550	GÜMÜŞ, NURŞEN	433	
DEĞİRMENCİOĞLU, SERKAN	144, 331, 406, 410, 479, 545	ERDOĞAN, BÜLENT	223, 295, 357	GÜNAYDIN, ŞENAY	173	
DEMİRAL, SELÇUK	513	ERDOĞAN, CEREN	220, 530	GÜNAYDIN, ULUĞ MUTLU	173	
DEMİRAY, ATİKE GÖKÇEN	274, 325, 367	ERDOĞAN, OLCAY	545	GÜNER, EBRU KARCI	472, 475	
DEMİRCAN, NAZİM CAN	223, 295, 357					
DEMİRCAN, ORHAN	178					

GÜREL, ELİF	293
GÜRKAN, ALİHAN	211
GÜRKAN, ZARİF	548
GÜRLER, FATİH	277, 371, 381
GÜRSOY, AYL	387
GÜVENAL, TEVFİK	434
GÜVEN, BÜLENT	172
GÜVEN, DENİZ CAN	168, 333
GÜVEN, KORAY	234
GÜZEL, MUSTAFA	62
GÜZELSOY, MUHAMMET	402

H

HABERAL, MURAT	428
HABERAL, NİHAN	428
HACİBEKİROĞLU, İLHAN	284, 285, 294, 331
HACIOĞLU, BEKİR	334
HAHOLU, APTULLAH	533
HAKSAL, MUSTAFA CELALETTİN	164
HALİL, SÜLEYMAN	173
HALLAÇ, SALİHA	107
HAMALOĞLU, ERHAN	168
HAMDARD, JAMSHİD	202, 556
HASANOV, RAHİB	154, 173, 217, 330, 463, 478
HASANZADE, CAVİD	351
HATTAPOĞLU, SALİH	523
HAYRAN, MUTLU	168, 280, 333
HIZAL, MUTLU	242, 375, 394, 395, 400, 417, 430, 431, 444, 486, 496, 524
HİÇDURMAZ, DUYGU	104
HÖCAZADE, CEMİL	495
HOŞCAN, BURAK	211

I

IRIZ, SİBEL	551
ISMAİLİOV, ELCİN	317
İŞIKDOĞAN, ABDURRAHMAN	178, 236, 241, 243, 323, 420, 459, 466, 470, 518, 520, 522, 523
İŞIK, ULAŞ	326

İ

İLERİ, İBRAHİM	155
İLHAN, AYŞEGÜL	401, 525
İLHAN, YUSUF	503
İLİAZ, SİNEM	517
İMAMGÜLİYEVA, ZÜLFİYYE	314
İMAMOĞLU, GÖKŞEN İNANÇ	229, 291, 304, 412, 419, 450, 468
İMAMOĞLU, İNANÇ	403, 471
İNAL, ALİ	536
İNANÇ, MEVLÜDE	141, 155, 171, 209, 212, 283, 405, 448, 461, 492, 536
İNCİ, FATİH	135
İNCİ, FİGEN	110
İSMAIL	532
İŞGÖREN, ABİDİN EGEMEN	211
İZMİR GÜNER, ŞEBNEM	440

J

JUNUSHOVA, BERMET	252, 392, 473, 483
-------------------	--------------------

K

KAÇAN, TURGUT	402
KADI, HATİCE	256
KAHRIMAN, FATMA	555
KAHVECİ, RABİA	547, 557
KANBAY, MEHMET	308
KANDEMİR, NURTEN	535
KANİTEZ, METİN	245
KANKAYA, HÜLYA	544
KANMAZ, HÜSEYİN	453, 454, 474
KANYILMAZ, GÜL	142
KAPLAN, MUHAMMET ALİ	236, 241, 243, 323, 331, 420, 459, 466, 470, 518, 520, 522, 523
KAPUCU, SEVGİSUN	557
KARAAĞAÇ, MUSTAFA	135, 144, 235, 376, 377, 500
KARAALİOĞLU, BİLGİN	215, 306, 317, 322
KARABUĞA, BERKAN	417
KARABULUT, BÜLENT	134, 458
KARACA, BURÇAK	331
KARACA, FERYAL	498
KARACA, MUSTAFA	159, 231, 346
KARACA, ŞERİFE	131
KARAÇİN, CENGİZ	229, 291, 304, 403, 412, 450, 468, 471
KARADAĞ, EZGİ	185
KARADAKOVAN, AYFER	190
KARADURMUŞ, NURİ	35, 169, 331, 339, 427, 531, 532
KARAHAN, NERMİN	477
KARAKAŞ, YUSUF	168, 361, 460
KARAKAYA, GÖKHAN	152, 218, 374, 426, 464, 503, 510
KARAKAYA, SERDAR	227, 233, 301, 401, 414
KARAKOÇ, DERYA	168
KARAKOÇ, METİN DENİZ	274, 332, 367
KARAKURT ERYILMAZ, MELEK	312
KARAMAN, ELANUR	363, 365, 514, 528
KARAMAN, EMİNE	544
KARAMAN, HATİCE	492
KARAMOUZİS, MİCHALİS	169
KARANLIK, HASAN	385, 388
KARATAŞ, AYLİN FATMA	343
KARCI, EBRU	270, 462, 495
KARDURMUŞ, NURİ	337
KARGI, AYŞEGÜL	211
KARHAN, OĞUR	236, 241, 243, 323, 420, 459, 466, 470, 518, 520, 522
KARKIN, SELİN	350
KARS, AYŞE	148, 280, 361
KARS, SAİME AYŞE	258
KARTAL, ABDULCABBAR	240
KART, GÖZDE SEVGİ	242
KARTÖZ, FUNDA	195
KART, SEVGİ GÖZDE	375
KAVAS, MURAT	230
KAVGACI, HALİL	528
KAYA, A. HAKAN	337
KAYA, BEKTAŞ	198
KAYA, BUĞRA	500
KAYA, FATİH ÖNER	318, 533
KAYA, SERAP	154, 173, 217, 330, 384, 463, 478
KAYA, ŞEFİK	267
KAYIŞ, AYŞİN	182

KAYNAR, LEYLAGÜL	171
KAZAZ, SEHER NAZLI	334
KEFELİ3, MEHMET	254
KEFELİ, MEHMET	256
KEFELİ, UMUT	29, 326, 439
KEMAL, ÖZGÜR	256
KEMAL, YASEMİN	186, 256, 331
KENET, MERİH	84
KERSU, ÖZLEM	180
KERTMEN, NEYRAN	258, 386
KESKİN, HÜLYA	194
KESKİN, ÖZGE	246, 422, 499
KILIÇARSLAN, AYDAN	147
KILIÇKAP, SAADETTİN	150, 168, 204, 207, 225, 249, 255, 265, 297, 331, 346, 381, 415, 508, 515
KINACI, YAĞMUR	394, 496
KIRCA, KAMİLE	193
KIR, GÖZDE	66
KIRHAN, İDRİS	279
KIRMACI, BEYHAN	353
KIVILCIM, TANER	240
KIVRAK SALİM, DERYA	312
KİREMİTÇİ, CAN MURAT	425
KİTAPÇI, ÖZGE	389
KOCA, DOĞAN	45
KOCA, SİNAN	143, 334, 451
KOÇAK, MEHMET ZAHİD	494, 507
KOÇAN, SEMA	387
KOÇER, MURAT	248, 477
KONDAK, YASEMİN	195
KONUK, ECE	442
KONUK, SEVİL	546
KORALAY, GÜLSEN	76
KORAL, LOKMAN	135
KORKMAZ KAPUKAYA, TUBA	157
KORKMAZ, LEVENT	135, 174, 235, 376, 500
KOŞKAN, ÖZGÜR	248
KOYUNCU, İSMAIL	279
KOYUNCU, MEHMET	256
KÖKSAL, ALİ	423
KÖKSOY, ELİF BERNA	270, 462, 472, 475, 495
KÖMEK, HALİL	243, 466
KÖSEOĞLU, FATOŞ DİLAN	337
KÖSTEK, OSMAN	162, 223, 295, 357
KÖŞGEROĞLU, NEDİME	180
KÖŞ, TUĞBA	531, 532
KUBİLAY, PINAR	282
KUBİLAY TOLUNAY, PINAR	287
KUMKALE, NUR	191, 383
KUM, PINAR	315, 411
KUPIK, OSMAN	148
KURTARAN, BEHİCE	322
KURT, BEDİZ	371
KURT, İDRİS	296
KURT İNCİ, BEDİZ	277
KURT, ÖZKAN	153
KURTULUŞ USLUOĞLU, AYŞE	551
KUŞÇU, ASUMAN	82
KUŞ, TÜLAY	446
KUTLUTÜRKAN, SEVİNÇ	193, 553, 560
KUZHAN, OKAN	67
KÜÇÜK, EMİNE ÖZER	547, 557
KÜÇÜK, MURATHAN	350

KÜÇÜKÖNER, MEHMET 27, 236, 241,
243, 323, 334, 420, 459, 466, 470, 518,
520, 522, 523
KÜÇÜKYURT KAYA, SELİN 496
KÜÇÜKZEYBEK, YÜKSEL 269, 293

L

LAÇIN, ŞAHİN 168, 225, 255, 258, 265, 415,
460, 515

M

MANDEL, NİL MOLİNAS 245, 308, 425, 517
MANSUROV, ELÇİN 360
MARKOÇ, FATMA 137
MELİKOVA, LEYLA 360
MENEKŞE, SERKAN 334, 372
MENTAŞ, FADİME 198
MERTSOYLU, HÜSEYİN 134
METCALFE, EVRİM 180
METİN, TAYLAN 446
MEYDAN, NEZİH 246, 305
MISIRLIOĞLU, HASAN CEMSULTAN 401
MISIRLIOĞLU, SELİM 308
MİRİLİ, CEM 157, 215, 306, 317, 322
MUHAMMET ÖZER 390
MUNGAN, EYYÜP 425, 517
MUNGAN, SEVDEGÜL 365
MURADOV, İLKİN 354
MUSRİ, FATMA YALÇIN 374
MUSTAFAYEV, KHALİS 234, 554
MUTLU, EREN YAŞAR 541
MUTLU, YAŞA GÜL 315
MÜSRİ, FATMA YALÇIN 152, 218, 464, 503, 510

N

NAS, BİRCAN 548
NAYIR, ERDİNÇ 246
NECATİ 536
NEŞELİOĞLU, SALİM 242
NİĞDELİOĞLU, BÜŞRA 305
NUHOĞLU, FEYZA 186

O

ODABAŞI BÜKÜN, HÜLYA 352, 396, 399
OFLAZOĞLU, UTKU 269, 293
OFLAZ, SELDA 289, 426
OĞUL, ALİ 215, 228, 306, 317, 322
OĞUL, ALİ 157
OKAY, DAMLA 159, 231
OK, ENGİN 178
OKTAY, ESİN 246
OKUTUR, KEREM 362
OLCAY, GÖKÇE KAĞAN 198
OLGUN, POLAT 144
OLTULU, ÖZLEM 305
ORCAY, BEREN 202, 556
ORHAN TÜRKEN 318
ORLU, NİHAL 190
ORUÇ, KEREM 352, 354, 396, 399, 407, 512
ORUÇ, ZEYNEP 323
OVAYOLU, ÖZLEM 79

Ö

ÖÇ, MURAT ALPER 367
ÖĞMEN, AYŞE 545
ÖKSÜZOĞLU, BERNA 134, 137, 144, 150,
227, 233, 301, 313, 329, 355, 368, 401,
404, 443, 453, 454, 455, 462, 472, 474,
475, 525, 534, 536
ÖKTEN, İLKER NİHAT 451
ÖLMEZOĞLU, ALİ 434
ÖLMEZ, ÖMER FATİH 164, 202, 331, 541, 546,
556
ÖNAL, CEM 134
ÖNAL, HÜSEYİN CEM 161, 481
ÖNAL KALKAN, NURHAN 269, 293, 432
ÖNCEL, MUSTAFA 65, 164
ÖNDER, ARIF HAKAN 261, 424, 429
ÖNDER, SEVGİN 207
ÖNDER, SEVGİN ÇELİK 204
ÖNER, İREM 422
ÖNES, TUNÇ 154
ÖREN, HAWVA 545
ÖRGÜÇ, İHSAN ŞEBNEM 343
ÖVEN USTAALİOĞLU, BALA BAŞAK 164, 378,
439
ÖZALTAŞ, SONGÜL 269
ÖZASLAN, ERSİN 155, 249, 334
ÖZAYDIN, ŞÜKRÜ 176, 275, 334, 339, 427
ÖZBALAK, EZGİ PINAR 538
ÖZBAŞ, LÜTFİYE 550
ÖZBEK, GÜLGÜN 376
ÖZBEY, CANER 482
ÖZBEY, ÖZGÜR 466
ÖZCAN, KEZİBAN 195
ÖZCAN, MÜESSER 299
ÖZÇELİK, MELİKE 334, 418
ÖZDATLI, ŞÜKRAN 62
ÖZDEDE, MURAT 204, 207
ÖZDEMİR, CENGİZ HAN ŞAN 372
ÖZDEMİR, FEYYAZ 363, 514
ÖZDEMİR, NURİYE 134
ÖZDEMİR, NURİYE YILDIRIM 150, 151, 162,
172, 251, 302, 303, 320, 321, 386, 437,
445, 462, 469, 472, 475, 495, 516
ÖZDEMİR, ÖZLEM 269, 293
ÖZDEMİR, YELİZ BAHAR 267
ÖZDEMİR, YURDAY 161
ÖZDEN, ERCAN 326
ÖZDENER, FATİH 134
ÖZDER, HASAN TAHSİN 478
ÖZDOĞAN, MUSTAFA 178, 211
ÖZEN, ALAADDİN 180
ÖZEN, NURTEN 197
ÖZEN, ÖZLEM 428
ÖZER, MUHAMMET 497
ÖZET, AHMET 159, 231, 277, 331, 346, 371
ÖZGÜN, GÜLİZ 401, 525, 536
ÖZGÜROĞLU, MUSTAFA 354, 359, 396, 399,
407, 512
ÖZGÜR TANRIVERDİ 334
ÖZHAN, NAİL 410, 479, 545
ÖZİŞİK, YAVUZ 361
ÖZKAN, METİN 141, 155, 171, 209, 212, 249,
283, 334, 405, 448, 461
ÖZKARAMAN, AYŞE 86, 180, 190, 540
ÖZKUL, BAHATTİN 285, 286

ÖZKUL, ÖZLEM 284, 285, 286, 294
ÖZMEN, VAHİT 178
ÖZSOY, AHMET 533
ÖZTOP, İLHAN 390, 497
ÖZTÜRK, BANU 26, 261, 429
ÖZTÜRK, EMİNE 186
ÖZTÜRK, ENGİN 180
ÖZTÜRK, İPEK 401
ÖZTÜRK, MEHMET AKİF 154, 173, 217, 330,
384, 463, 478
ÖZTÜRK, TÜRKAN 451
ÖZÜRK, BANU 424
ÖZVEREN, AHMET 526, 550
ÖZYURT, NESLİHAN 341, 495, 502

P

PAKÖZ, FATMA 230
PALA, ZAHİDE 117
PAŞAOĞLU, HATİCE 146
PAYDAŞ, SEMRA 151, 157, 215, 228, 306, 317,
322, 337
PEKER, ŞERİFE 540
PERKİN, PERİHAN 229, 291, 304, 403, 412,
468, 471
POLAT, SÜLEYMAN DOĞAN 415
POLAT, YALÇIN 318
PUYAN, FULYA ÖZ 223

R

RAHATLI, SAMED 428
REHİMZADE, SEVİNÇ 360

S

SAADET TOKLUOĞLU 536
SAĞER, MUHAMMET SAİT 407
SAĞER, ÖMER 513
SAĞOL, ÖZGÜL 310
SAHBAZLAR, MUSTAFA 467
SAİP, PINAR 178, 380, 385, 388
SAKİN, ABDULLAH 139, 144, 166, 334, 457,
527
SALİM, OZAN 181, 183
SALMAN, TARIK 269, 293
SAMANCI, NİLAY ŞENGÜL 352, 354, 396, 399,
407, 512
SANCİ, KADRIYE 73
SANDAL UZUN, GÜLLÜ 315
SARICI, SAİM FURKAN 370
SARI, MURAT 385, 388
SATILMIŞ, BAHAR 440
SAYGIN, İSMAİL 528
SAYIN, MERAL 366
SEÇMELER, ŞABAN 166, 457, 527
SEDEF, ALİ MURAT 150, 161, 481, 511
SELÇUKBİRİCİK, FATİH 164, 245, 308, 425,
517
SENDUR, MEHMET ALİ NAHİT 134
SERT, LEYLA 243, 459, 466
SEVİNÇ, ALPER 334
SEYHAN, SERHAT 372
SEYMEN, HÜLYA 440
SEZEN, BİLGE AKTAŞ 451

YERLİKAYA, HALİS	236, 243, 323, 459, 466, 518, 520, 522, 523	YILDIZ, BÜLENT	252, 392, 473, 483	330, 384, 463, 478
YERSAL, ÖZLEM	246	YILDIZ, FATİH	151, 227, 233, 319, 368, 401, 453, 454, 455, 474, 534, 535	193
YEŞİL ÇINKIR, HAWVA	329, 502	YILDIZHAN, SEZİN	243	170
YETİŞİR, ABDULLAH EVREN	228, 306, 322	YILDIZ, HİCRAN	191, 383	333, 460
YETİŞİR, EVREN	215, 317	YILDIZ, ÖZCAN	39, 164, 202, 541, 546, 556	536
YILDIRIM, NİLGÜN	140, 144, 356, 373	YILDIZ TABAKOĞLU, AYÇİN	402	337
YILDIRIM, NURİYE	177, 443	YILDIZ, YAŞAR	269, 293, 334	
YILDIRIM, ÖZGEN AHMET	401, 525	YILMAZ, ENGİN DENİZ	518	
YILDIRIM, SADIK	440	YILMAZ, MUKADDES	277, 371	
YILDIRIM, SERKAN	458	YILMAZ, MUSTAFA	299	
YILDIRIM, YASEMİN	194	YILMAZ, SAİM	211	
YILDIRIM, YEŞİM	40	YILMAZ, ZEYNEP	184, 197	
YILDIZ, AKIN	211	YUMUK, P. FULDEN	143, 154, 173, 217, 267,	
YILDIZ, BİROL	151, 169, 337, 339, 427, 531, 532			

Z

ZENGİN, GÜLİZ	502
ZENGİN, NURULLAH	162, 169, 172, 251, 302, 303, 320, 321, 345, 437, 445, 469, 516, 531, 547
ZEYNEDDİN, ALA	293
ZIRTILOĞLU, ALIŞAN	346, 397

KONGRE SEKRETERYASI



Dr. Ahmet Bilici
Medipol Üniversitesi Hastanesi
Tıbbi Onkoloji Bölümü
T: 0.212 460 73 03
ahmetknower@yahoo.com

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



DMR Kongre Organizasyon
Hollanda Cad. 696 Sok. No:22/9-10
Yıldız - Çankaya / ANKARA
T: 0.532 111 9 DMR
F: 0.312 442 04 10
ttok2018@dmrturizm.com.tr
www.dmrturizm.com.tr