

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021

AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021



BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021

AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021

BİLİMSEL PROGRAM

13 Kasım 2021, Cumartesi

	08.30-09.00	Açılış Konuşmacı: Abdurrahman Işıkdöğün Akciğer Kanseri Geçmişten Geleceğe Konuşmacı: Fuat Demirelli
1. OTURUM	09.00-10.10	Akciğer Kanseri Tanı Oturum Başkanları: Mahmut Gümüş, Abdurrahman Şenyiğit 09.00-09.20 Akciğer Kanseri Tarama, Tanı Ve Takipte Radyolojinin Yeri Konuşmacı: Cihan Akgül Özmen 09.20-09.40 Erken Evre Ve İleri Evrede Standart Patolojik Değerlendirme Konuşmacı: Selver Özekinci 09.40-10.00 NGS Ve Likit Biyopsinin Yeri Ve Geleceği Konuşmacı: Atıl Bişgin 10.00-10.10 Tartışma
	10.10-10.30	Kahve Arası ve Salon Dezenfeksiyonu
	10.30-11.20	KHDAK'nde Lokal Tedavi Yaklaşımları Oturum Başkanları: Erdem Göker, Refik Ülkü 10.30-10.50 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Kütatif (KRT-SBRT) Ve Adjuvan Radyoterapi Uygulamaları Konuşmacı: Fatma Teke 10.50-11.10 Akciğer Kanseri Optimal Cerrahi Prensipleri Ve Yenilikler Konuşmacı: Fatih Meroğlu 11.10-11.20 Tartışma
	11.20-11.25	Salon Dezenfeksiyonu ve Havalandırma
	11.25-12.05	Pfizer Uydu Sempozyumu ALK+ mKHDAK Hastalarında Lorlatinib İle Geleceğe Net Bir Adım Konuşmacı: Nuri Karadurmuş
4. OTURUM	12.05-13.30	Öğle Yemeği
	13.30-14.40	Erken Evre Ve Lokal İleri Evre KHDAK'nde Sistemik Tedavi Oturum Başkanları: Abdurrahman Işıkdöğün, Metin Özkan 13.30-13.50 KHDAK'nde Erken Evre Ve Lokal İleri Hastalıkta Kemoterapinin Yeri Konuşmacı: Ali Murat Tatlı 13.50-14.10 Erken Evre Ve Lokal İleri Evre KHDAK'nde Hedefleyici Tedavinin Yeri Konuşmacı: Ahmet Bilici 14.10-14.30 KHDAK'nde Erken Evre Ve Lokal İleri Hastalıkta İmmünoterapi Konuşmacı: Saadettin Kılıçkap 14.30-14.40 Tartışma
	14.40-15.00	Kahve Arası ve Salon Dezenfeksiyonu
	15.00-15.50	Metastatik KHDAK'nde Sistemik Tedavi-İmmünoterapi Oturum Başkanları: Hacı Mehmet Türk, Mehmet Artaç 15.00-15.20 Metastatik KHDAK'nde Kombinasyon İmmünoterapi Yaklaşımları (IO+IO, IO+KT) Konuşmacı: M. Ali Nahit Şendur 15.20-15.40 Metastatik KHDAK'nde Monoimmünoterapi Yaklaşımları Konuşmacı: Ahmet Sezer 15.40-15.50 Tartışma
	15.50-15.55	Salon Dezenfeksiyonu ve Havalandırma
6. OTURUM	15.55-16.00	Sözel Bildiriler Oturum Başkanı: Zuhat Uraççı, Mehmet Küçüköner Konuşmacılar: Ender Doğan, Baran Akagündüz, İrfan Buğday, Sedat Tarık Fırat, Ziya Kalkan, Ali Üzel, İlker Nihat Ökten



DETAYLI BİLGİ İÇİN

info@pukevent.com

216 385 51 79

ONKAD.COM

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021
AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021

14 Kasım 2021, Pazar

1. OTURUM	09.00-10.10	Metastatik KHDAK'nde Sistemik Tedavi-Hedefleyici Tedaviler Oturum Başkanları: Burçak Karaca, Timucin Çil
	09.00-09.20	Metastatik EGFR Mutant Hastalarda Tedavi Yönetimi Konuşmacı: Çağatay Arslan Tartışmacı: Zeynep Alaca Topçu
	09.20-09.40	ALK Ve ROS 1 Pozitif Hastalarda Birinci Basamak Ve Sıralı Tedavide Öne Çıkanlar Konuşmacı: Çağlayan Geredeli Tartışmacı: Atakan Topçu
	09.40-10.00	ALK Ve EGFR Dışı Mutasyonlu Hastalarda Tedavi Konuşmacı: Ömer Fatih Ölmez Tartışmacı: Ayşe İrem Yasin
	10.00-10.10	Tartışma
	10.10-10.30	Kahve Arası ve Salon Dezenfeksiyonu
2. OTURUM	10.30-12.00	Diğer Torasik Tümörlerde Tedavi Oturum Başkanları: Faysal Dane, Mesut Şeker
	10.30-10.50	KHAK'nde İmmunoterapinin Yeri Konuşmacı: Erdem Çubukçu
	10.50-11.10	Malign Plevral Mezotelyoma'da Sistemik Tedavide Gelişmeler Konuşmacı: M. Ali Kaplan
	11.10-11.30	Timik Kanselerde Sistemik Tedavide Gelişmeler Konuşmacı: Murat Araz
	11.30-11.50	Akciğer Nöroendokrin Tümörlerde Sistemik Tedavi Konuşmacı: Ersin Özaslan
	11.50-12.00	Tartışma
	12.00-12:05	Salon Dezenfeksiyonu ve Havalandırma
3. OTURUM	12.05-12.20	Akılcı İlaç Kullanımı Konuşmacı: Zeynep Oruç
	12.20-12:25	Kapanış



DETAYLI BİLGİ İÇİN

info@pukevent.com

216 385 51 79

ONKAD.COM

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021

AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021

Toplantı Programı.....	02
İçindekiler.....	04
Ender Doğan / Sözel Bildiri.....	06
Baran Akagündüz / Sözel Bildiri.....	09
İrfan Buğday / Sözel Bildiri.....	12
Sedat Tarık Fırat / Sözel Bildiri.....	15
Ziya Kalkan / Sözel Bildiri.....	19
Ali Üzel / Sözel Bildiri.....	23
İlker Nihat Ökten / Sözel Bildiri.....	27
Yasin Kutlu / Sözel Bildiri.....	28



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021

AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021

SÖZEL BİLDİRİLER



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

METASTATİK AKCİĞER VE AKCİĞER DIŞI NÖROENDOKRİN KARSİNOMLARIN PLATİN CEVAPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ender Dođan¹, Oktay Bozkurt², Mevlüde İnanç², Metin Özkan ²

1- Kayseri Őehir Hastanesi, Medikal Onkoloji

2- Erciyes Üniversitesi, Medikal Onkoloji

GİRİŞ: Nöroendokrin tümörler vücudun farklı yerlerinden köken almaktadır. Nöroendokrin karsinom tanımı ki67 %20 den fazla kötü diferansiye gruplara kullanılmaktadır. Nöroendokrin karsinom patolojisine sahip metastatik hastalarda platinum temelli tedavilerin etkin olduğuna dair veriler mevcuttur. Biz bu çalışmamızda akciğer ve akciğer dışı primeri olan metastatik nöroendokrin karsinomları genel özellikleri ve platin cevabı açısından karşılaŐtırmayı amaçladık.

METHOD: Çalışmamıza Erciyes Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümüne 2007-2016 arası başvuran metastatik nöroendokrin karsinom tanılı 1.sıra platin temelli tedaviler almış hastalar dahil edildi. Hastaların genel özellikleri, platin cevapları ve PFS kaydedildi. Akciğer ve akciğer dışı nöroendokrin karsinom tanılı hastalar 1. Sıra platin temelli tedavi altında progresyonsuz sağ kalımları kaydedildi.

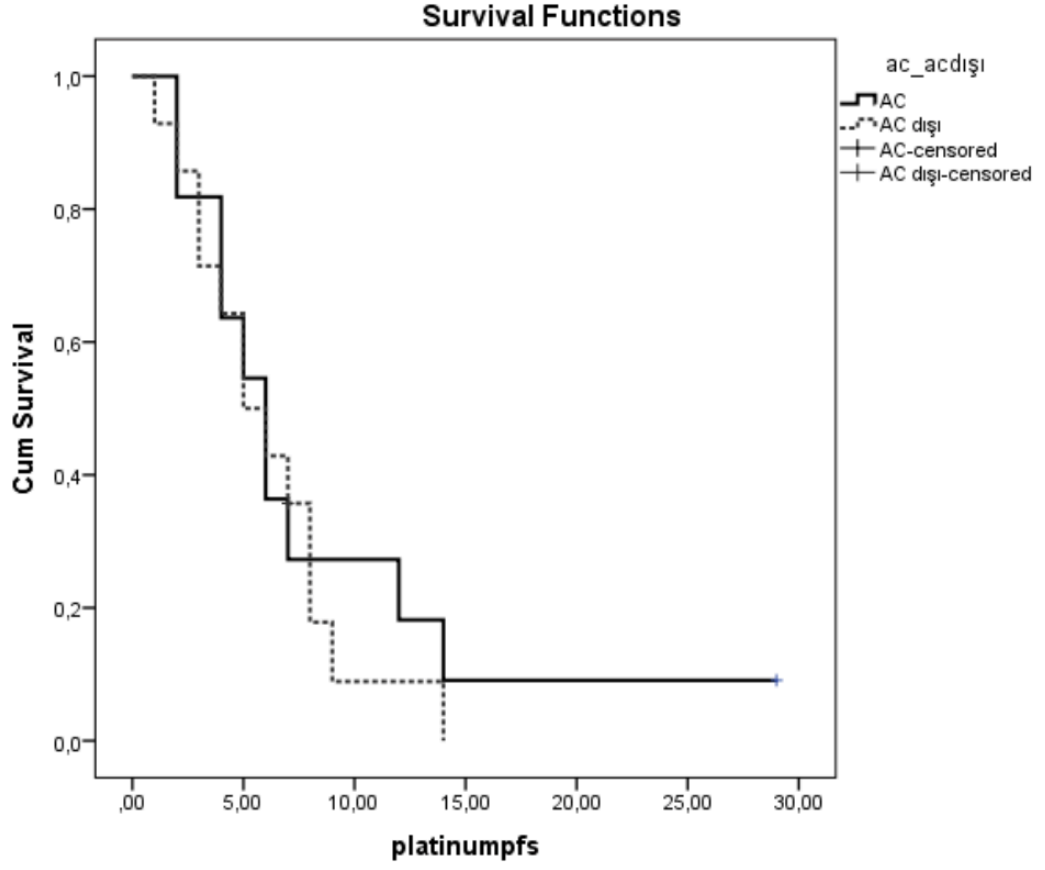
Bulgular: Çalışmamıza 25 hasta dahil edildi. Onbir hasta (44%) akciğer, 14 hasta (56%) akciğer dışı primeri olan hastalardı. Akciğer dışı primeri olan hastalardan 6 tanesi pankreas, 3' er tanesi mide ve diğer primer, 1 er tane kolorektal ve primeri bilinmeyendi. Diğer özellikler tablo 1 de özetlenmiŐtir. Akciğer primere sahip olan grupta PFS 6 (3,91-8,08) ay, akciğer dışı primere sahip olan grupta 5 (2,55-7,44) ay idi ve iki grup arasında PFS açısından istatistiksel anlamlı farklılık yoktu ($p=0,606$). (Figür 1)

SONUÇ: Akciğer ve akciğer dışı primere sahip olan metastatik nöroendokrin karsinom tanılı hastalarda platin cevabı açısından istatistiksel belirgin farklılık yoktur.

Tablo 1: Genel Özellikler

	Akciğer n=11 (44%)	Akciğer dışı n=14 (56%)
Yaş	52 (46-72)	59,5 (18-70)
Cinsiyet		
Kadın	3 (27)	4 (29)
Erkek	8 (73)	10 (71)
Primer		
Akciğer	11	3
Mide		6
Pankreas		1
Kolorektal		1
Primeri bilinmeyen		3
Diğer		
Ki67	50 (40-95)	50 (30-90)
Metastaz sayısı		
1	7 (64)	11 (79)
2	3 (27)	1 (7)
2 den fazla	1 (9)	2 (14)
KC metastazı		
Var	2 (18)	7 (50)
Yok	9 (82)	7 (50)
Cevap		
Kısmi cevap	6 (55)	7 (50)
Stabil hastalık	3 (27)	3 (21)
Progresyon	2 (18)	4 (29)

Figür 1: PFS (Akciğer ve akciğer)



LOKAL İLERİ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI ALCIĞER KANSERİNDE KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA REJİMLERİN ETKİNLİK VE TOLERABİLİTESİ

Baran Akagündüz¹

1- *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

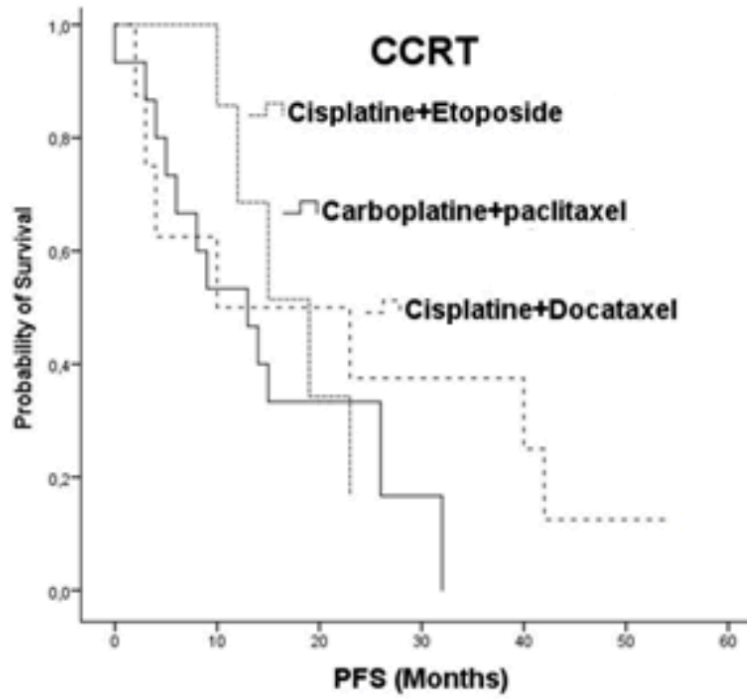
GİRİŞ: Akciğer kanseri, ciddi ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir hastalık olup, 2018'de dünya çapında yaklaşık 2.1 milyon hastada akciğer kanseri meydana gelmiş ve yaklaşık 1.7 milyon Akciğer kanserine bağlı ölüm meydana gelmiştir. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık% 85'ini oluşturur. Klinik olarak belirgin N2 hastalığı olan çoğu hasta için yaklaşım, platin bazlı kemoterapi artı tam doz RT kullanılarak eşzamanlı kemoradyoterapidir.Farklı kemoterapi rejimlerinin etkinliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

METHOD: Çalışmaya 2018-2020 yılları arasında kliniğimize başvurmuş, Radyolojik olarak inoperabl olduğu saptanan evre 3b,evre 3c hastalar olup kemoradyoterapi alan hastalar dahil edildi. Cisplatin+etoposide,Carboplatin+paclitaxel,Cisplatin+dosetaxel 3 farklı rejim yanıt açısından, PFS, OS açısından değerlendirildi.

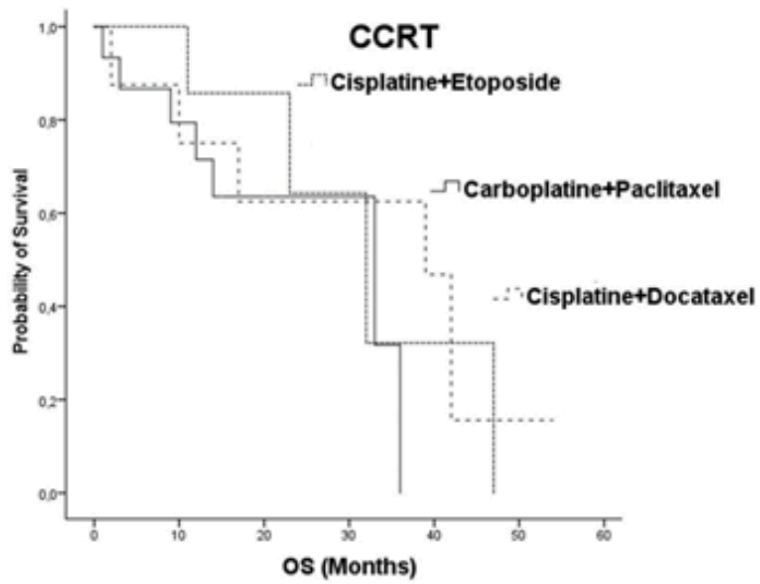
BULGULAR: Çalışmaya 20(% 55.6) erkek ve 16(%44.4) kadın olmak üzere defniti ve kemoradyoterapi alan36 hasta alındı. Hastaların median yaşı 60 (56-78) idi. Hastaların 20(%55.5)'si 65 yaş ve üzerinde idi. Çalışmaya alınan tüm hastaların 30 (%83.3) inin sigara kullanım öyküsü vardı. 4 (%11.1) hastanın ECOG skoru 2 ve üzerinde idi. Hastalar radyoterapi ile beraber aldıkları kemoterapi rejimlerine göre 3 gruba ayrıldı. Sisplatin +etoposid 10 (%27.7), carboplatin+paklitaxel 17 (47.3), sisplatin+ dosetaxel 9 (%25) olarak bulundu. 3 farklı kemoterapi rejimleri arasında radyolojik yanıt,pfs, Os açısından istatistiksel fark saptanmadı. Sisplatin+ etoposid alan grupta yan etki olarak grade 3 7 (%70)hastadanötropenigrade 3 6 hastada (% 60)özafajit saptandı.carboplatin+paklitaxel alan grupta grade 3 yan etki olarak 2(% 11.7)hastada oranında nötropeni10 (% 58.8)özafajit, sisplatin+ dosetaxel alan grupta yan etki olarak grade 3 6 (%66.6) hastada nötropenigrade 3 6 hastada (% 66.6) özafajit saptandı.

SONUÇ: Lokal ileri khdac de definitivekemoradyoterapi alan hastalarda kemoterapi rejimleri arasında etkinlik, pfs, os açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Grade 3 yan etki oranı carboplatin+paklitaxel alan hastalarda daha düşük oranda saptanmıştır.

Characteristic		N	%	P
Cinsiyet	Kadın	16	44.4	0.36
	Erkek	20	55.6	
Yaş	Yıl (min-max)	60 (56-78)		
Evre	IIIB	15	41.6	0.56
	IIIC	21	58.4	
PATOLOJİ	Skuamöz hücreli karsinom	23	63.8	
	Adenokanser	13	36.2	
Grade	Moderate	24	66.6	0.84
	Poor	12	33.4	
CCRT rejim	Cisplatin+etoposide	10	27.7	
	Carboplatin+paclitaxel	17	47.3	
	Cisplatin+dosataxel	9	25	
CCRT sonrası	Platin+dosataksel	6	33.3	
idame	Platin+paklitaksel	12	66.7	
Tedavi yanıtı	Tam cevap	8	22.3	0.078
	Parsiyel cevap	18	50	
	Stabil cevap	9	25	
	Progresyon	1	2.7	
Rekürrens varlığı		28	77.7	0.024
Rekürrens Lokalizasyonu	Lokoregional	4	50.0	0.249
	Beyin	2	25.0	
	Kemik	0	0.0	
	Karaciğer	0	0.0	
	Surrenal	2	25	
	Karşı akciğer	0		
Follopup time	months(Median)	24		0.048
Sondurum	Hayatta	19	43.3	0.003
	Exitus	17	56.7	



P: 0.36



P: 0.45

**METASTATİK AKCİĞER ADENOKARSİNOMDA BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİDE
KARBOPLATİN+PAKLİTAKSEL İLE KARBOPLATİN+PEMETREKSED
KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

İrfan Buğday¹, Metin Özkan¹

1- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Akciğer kanseri; tüm dünyada kadın ve erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akciğer kanserlerinin çoğunluğunu küçük hücreli olmayan akciğer kanseri (KHDAK) oluşturur. Adenokarsinomlar ise tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %50'sini oluşturur. Adenokarsinom, hiç sigara içmeyenlerde, hafif sigara içenlerde ve eski sigara içenlerde daha sık görülmektedir. Driver mutasyonu olmayan hastalarda standart tedavi seçeneği kombine kemoterapilerdir. Bu çalışmada karboplatin + paklitaksel ile karboplatin + pemetreksed kombine kemoterapilerinin etkinlik açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

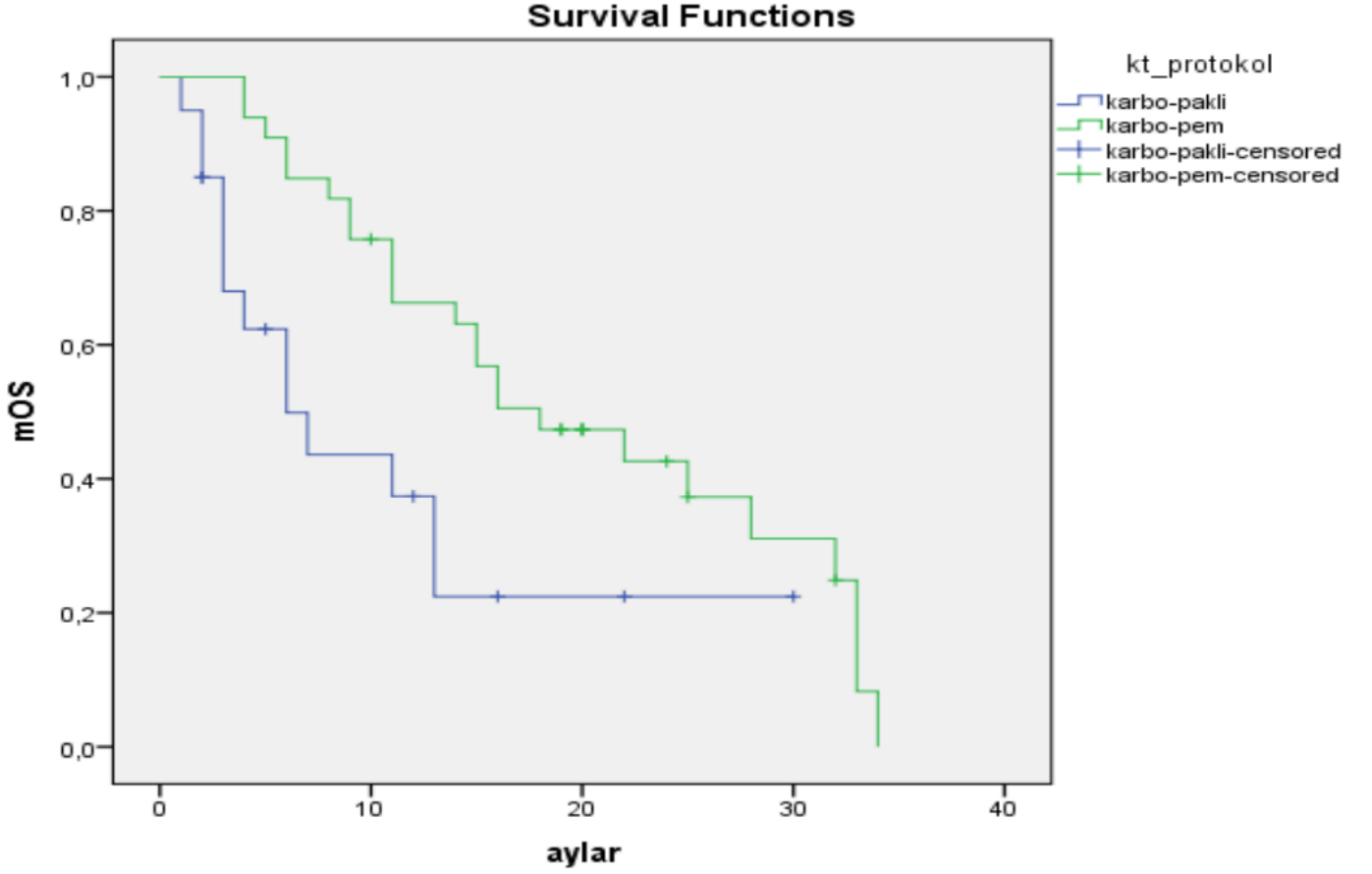
GEREÇ VE YÖNTEM: 2018-2020 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıbbi Onkoloji bölümünde takip edilen akciğer adenokarsinom tanısı almış olan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların tanı evreleri, metastaz yerleri ve kemoterapi rejimlerinin kullanım süreleri kaydedildi. Veriler SPSS 22 kullanılarak analiz edildi. İki grubun hasta özellikleri Ki Kare analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Genel sağkalım analizi Kaplan Meier analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 53 adet hasta alındı. Bunların 20 (%37,7) tanesi karboplatin + paklitaksel almış hastalar, geri kalan 33 (%62,3) tanesi ise karboplatin + pemetreksed almış hastalardan oluşmaktadır. Hastaların median yaşı 61 (29-89) idi. İki grup da benzer özelliklere sahip idi ve bakılan değerlendirmelerde iki grup arasında istatistiksel olarak fark yoktu (tablo-1). İki grubun metastatik genel sağkalım (mOS) değerleri karşılaştırıldığında karboplatin + paklitaksel alan grupta bu değer 6 ay (%95 CI 2,2-9,7) iken karboplatin + pemetreksed alan grupta 18 ay (%95 CI 9,4-26,5) idi (p:0,016). (tablo 2)

Tablo 1: hasta özelliklerinin karşılaştırılması

		karboplatin+paklitaksel	karboplatin+ pemetreksed	p değeri
cisiyet	erkek	18 (%40,9)	26 (%59,1)	0,456
	kadın	2 (%22,2)	7 (%77,8)	
yaş	<65	14 (%40)	21 (%60)	0,768
	>65	6 (%33,3)	12 (%66,7)	
tanı evresi	evre 3	6 (%60)	4 (%40)	0,151
	evre 4	14 (%32,6)	29 (%67,4)	
ECOG PS	0	11 (%36,7)	19 (%63,3)	1
	1--2	9 (%39,1)	14 (%60,1)	
plevral mayi	var	5 (%27,8)	13 (%72,2)	0,375
	yok	15 (%42,9)	20 (%57,1)	
plevra metastazı	var	6 (%26,1)	17 (%73,9)	0,159
	yok	14 (%46,7)	16 (%53,3)	
karşı akciğer metastazı	var	5 (%22,7)	17 (%77,3)	0,085
	yok	15 (%48,4)	16 (%51,6)	
kemik metastazı	var	10 (%40)	15 (%60)	0,783
	yok	10 (%35,7)	18 (%64,3)	
beyin metastazı	var	5 (%45,5)	6 (%54,5)	0,728
	yok	15 (%35,7)	27 (%64,3)	
karaciğer metastazı	var	4 (%44,4)	5 (%55,6)	0,715
	yok	16 (%36,4)	23 (%63,6)	
albümin	<4	12 (%52,2)	11 (%47,8)	0,087
	>4	8 (%26,7)	22 (%73,3)	
LDH	normal	8 (%38,1)	13 (%61,9)	1
	yüksek	12 (%37,5)	20 (%62,5)	

Tablo 2: iki grubun mOS verileri



SONUÇ: Sonuç olarak driver mutasyonu olmayan ileri evre akciğer adenokarsinom hastalarında karboplatin + pemetreksed tedavisi sağkalım faydası nedeniyle birinci basamakta önerilmektedir. Çalışmamızda karboplatin + pemereksed alan grupta mOS değerinin yüksek çıkmasının nedenin hastaların tedavisine idame pemetreksed ile devam edilmesinin olabileceği düşünülmüştür.

EGFR, ALK VE ROS POZİTİF METASTATİK AKCİĞER ADENOKANSERLİ HASTALARIN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sedat Tarık Fırat¹, Ramazan Coşar¹

1-Erciyes Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) mutasyonları, pulmoner adenokarsinomlarda bildirilmiştir ve bu mutasyonlar tirozin kinaz inhibitörleri tarafından hedeflenebilir. En yaygın EGFR mutasyonları, ekson 19 delesyonları ve ekson 21'de L858R mutasyonlarıdır. EGFR tirozin kinazdaki mutasyonlar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki NSCLC adenokarsinomunun yaklaşık yüzde 15'inde gözlenir ve kadınlarda ve sigara içmeyenlerde daha sık görülür. Küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde (KHDAK), kromozom 2 üzerindeki ALK gen lokuslarını içeren kromozomal yeniden düzenlemeler, NSCLC tümörlerinin yaklaşık yüzde 5'inde bulunur. c-ROS onkogen 1 (ROS1) ise, ROS1 ve en yaygın CD74 olan diğer genler arasında bir genetik translokasyon yoluyla NSCLC'lerin yüzde 1 ila 2'sinde sürücü onkogen olarak görev yapan bir reseptör tirozin kinazdır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Erciyes Üniversitesi Tıbbi Onkoloji bölümünde takip edilen ve EGFR, ALK ve ROS pozitifliği nedeniyle tedavi alan metastatik akciğer adenokanser tanısı olan hastalar 2012-2020 yılları arasında retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, radyolojik özellikleri, tedavi seçenekleri ve sonuçları değerlendirildi. Veriler SPSS 23 kullanılarak analiz edildi. Metastatik genel sağ kalım (mOS) ve progresyonsuz sağ kalım (PFS) hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya 63 EGFR, 26 ALK ve 9 ROS 1 mutasyonu pozitif hasta alındı. EGFR mutasyonlu hastaların median yaşı 63 olup (36-87), hastaların 23'ü erkek (% 36,5), 40'ı kadın (% 63,5)'di. Metastatik tüm hastalara tedavi başlanmadan önce PET BT ve Toraks BT ile değerlendirme yapıldı. Hastaların 46'sında EGFR ekson 19 (%73), 15'inde EGFR ekson 21 (% 23,8), 2'sinde ise EGFR ekson 18 mutasyonu (% 3,2) saptandı. Hastaların klinik ve radyolojik özellikleri tablo 1.de gösterildi. ALK ve ROS mutasyonu pozitif metastatik akciğer adenokanser nedeniyle takipli 35 hastanın 22 'si erkek (%62,9), 13'si (%37,1) kadındı. Ortanca yaşı 55'di (21-75). 65 yaş altı 27 (%77,1), 65 yaş üstü 8 (%22,9) hasta mevcuttu. (Tablo-2).

ALK ve ROS pozitif hasta grupları karşılaştırıldığında ALK mutasyonu olan grupta 19 (%73,1) hasta erkek, 7 (%29,6) hasta kadındı. ROS mutasyonu olan grupta 3 (%33,3) hasta erkek, 6 (%66,7) hasta kadındı. İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (p:0,05). ALK mutasyonu olan grupta 15 (%57,7) hastada primer tümör santral yerleşimli, 11 (%42,3) hastada periferik yerleşimli idi. ROS mutasyonu olan grupta ise 1 (%11,1) hastada primer tümör santral yerleşimli iken, 8 (%88,9) hastada periferik yerleşimli idi. İki grup arasında primer tümör yerleşim yeri açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (p:0,02). ALK mutasyonu olan grupta 4 (%15,4) hastada nonregional lenf nodu metastazı varken, 22 (%84,6) hastada yoktu. ROS mutasyonu olan grupta ise 5 (%55,6)

hastada nonregional lenf nodu metastazı varken, 4 (%44,4) hastada yoktu. İki grup arasında nonregional lenf nodu metastazı açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (p:0,03). (Tablo-3).

EGFR mutasyonu olan hastalarda birinci basamak tedavide erlotinib, afatinib ve kemoterapi alan hastaların metastatik genel sağ kalımları (mOS) sırasıyla 26 (% 95 CI 13.95-38.04), 30 (% 95 CI 19,57-40,42) ve 31 (%95 CI 25.02-36.97) aydı (p: 0.936). PFS değerleri ise sırasıyla erlotinib için 19 ay (% 95 CI 13.48-24.51), afatinib için 18 ay (% 95 CI 13.90-22.09), kemoterapi grubu için 7 aydı (% 95 CI 0.0- 18.88) (p < 0.01). ALK mutasyonu olan hasta grubunda metastatik genel sağkalım 24 ay (% 95 CI 12.03-35.96) iken, ROS mutasyonu olan hasta grubunda 6 ay (% 95 CI 0.0-51.14) idi, ancak iki grup arasında metastatik genel sağkalım açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,698) (Şekil-2).

SONUÇ: EGFR pozitif akciğer adenokarsinomu sigara içmeyen bayanlarda sık görülmektedir. Lenfanjitis karsinomatosa, plevral mai, plevra ve kemik metastazı sık görülen radyolojik özelliklerdir. Tirozin kinaz inhibitörleri, EGFR mutant metastatik akciğer adenokarsinomunda sağ kalım sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirmektedir. TKİ'lar 1.basamakta KT'ye kıyasla önemli bir PFS avantajı sağlamaktadır. TKİ'ların 1. ya da 2. Basamakta verilmesi mOS'yi etkilememektedir. Diğer yandan çalışmamızda ROS mutasyonu erkek hastalara oranla kadın hastalarda daha sık saptanmıştır. ROS mutasyonu olan grupta primer tümörün daha çok periferik yerleşimli olduğu ve nonregional lenf nodu metastazının ALK pozitif gruba göre daha fazla olduğu saptanmıştır. ALK pozitif hasta grubunda metastatik genel sağkalım 24 ay iken ROS pozitif hasta grubunda 6 ay saptanmıştır; ancak iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır. Anlamlı farklılık saptanamaması ROS pozitif hasta sayısının az olmasına bağlanmıştır. İki grup arasındaki farklılıkları inceleyen daha fazla hasta sayısına sahip prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1: EGFR mutasyonu olan hastaların klinikopatolojik özellikleri

Demografik veriler	n(%)
Yaş (median, aralık)	63 (36-87)
Erkek/kadın	23/40
Histopatoloji	
Adenokarsinom (%)	100
Metastaz bölgesi n (%)	
Kemik	32 (% 50,8)
Sürenal	10 (% 15.9)
Karşı akciğer	35 (% 55.6)
Plevra	27 (% 42.9)
Sigara içme durumu n(%)	
Hiç kullanmamış	48 (% 76.2)
Eski içici	11 (% 17.5)
Aktif içici	4 (% 6.3)
Plevral mai n (%)	23 (% 36.5)
Lenfanjitis karsinomatoza n (%)	38 (%60.3)
1.basamak tedavi n (%)	
Erlotinib	30 (%47.6)
Afatinib	17 (%26.9)
Kemoterapi	16 (%25.5)
2.basamak tedavi n (%)	
Erlotinib	10 (%43.5)
Afatinib	2 (%8.7)
Kemoterapi	7 (30.5)
Osimertinib	4 (30.5)
EGFR mutasyonu	
Ekzon 19 delesyonu	46 (%73.0)
Ekzon 21 mutasyonu	15 (%23.8)
Ekzon 18 mutasyonu	2 (%3.2)

Tablo 2: ALK (+) ve ROS (+) Hastaların Klinikopatolojik özellikleri

Demografik veriler	n(%)
Yaş (median, aralık)	55 (21-75)
65 yaş altı	27 (%77,1)
65 yaş üstü	8 (%22,9)
Cinsiyet	
Erkek	22 (%62,9)
Kadın	13 (%37,1)
ECOG performans	
0	17 (%48,6)
1	18 (%51,4)
Sigara içme hikayesi	
Var	15 (%42,9)
Yok	20 (%57,1)
Histopatoloji	
Adenokarsinom	35 (%100)
Mutasyon tipi	
ALK	26 (%74,3)
ROS	9 (%25,7)
Yerleşim yeri	
Santral	16 (%45,7)
Perifer	19 (%54,3)
Metastaz yeri	
Karşı akciğer	22 (%62,9)
Karaciğer	7 (%20)
Kemik	15 (%42,9)
Beyin	8 (%22,9)
Sürrenal	8 (%22,9)
Nonregional lenf nodu	9 (%25,7)
Plevra	19 (%54,3)
Lenfantijik yayılım	9 (%25,7)

METASTATİK KÜÇÜK HÜCRE DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTALARDA İNFLAMATUAR İNDEKSLERİNİN BİRBİRİ İLE OLAN KORELASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ziya Kalkan¹, Senar Ebinç¹, Zeynep Oruç¹, Zuhat Uraççı¹

I-Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Kanser ve sistemik inflamasyon markırları arasındaki ilişki son yıllarda ayrıntılı bir şekilde araştırılmış ve tüm kanserlerde artmış sistemik inflamasyonun kötü prognoza işaret ettiği gösterilmiştir. Sistemik inflamasyonun akciğer kanseri gelişiminde ve progresyonunda da önemli rol oynadığı yapılan çalışmalarla ile gösterilmiştir. Şimdiye kadar birçok kanser tipinde prognozun öngörülmesinde çeşitli inflamasyon indeksleri kullanılmıştır. Kullanılan başlıca inflamasyon indeksleri arasında prognostik nutrisyonel indeks (PNI), ileri akciğer kanseri inflamasyon indeksi (ALI), nötrofil lenfosit oranı (NLR), trombosit lenfosit oranı (PLR), Glasgow prognostik skor (GPS), C-reaktif protein albumin oranı (CRP/ALB.) bulunmaktadır. Biz bu çalışmada 179 metastatik evre küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanılı hastada inflamatuvar indekslerinin prognostik rolünü ve birbiriyle olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine 2015-2020 yılları arasında başvuran ve verileri eksiksiz olan metastatik evre KHDAK tanılı 179 hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları dosya sisteminden retrospektif olarak incelendi. İnflamatuvar indeksleri; PNI [$10 \times \text{albumin}(\text{g/dL}) + 0.005 \times \text{lenfosit}(\text{sayı/mm}^2)$], ALI [$\text{BMI} \times \text{albumin}/\text{NLR}$], NLR [$\text{nötrofil sayı}/\text{lenfosit sayı}$], PLR [$\text{trombosit sayı}/\text{lenfosit sayı}$], GPS [$(0=\text{C-reaktif protein (CRP)} \leq 10 \text{ mg l}^{-1}, 1=\text{CRP} > 10 \text{ mg l}^{-1}, 2=\text{CRP} > 10 \text{ mg l}^{-1} \text{ ve albumin} < 35 \text{ g l}^{-1})$], olarak hesaplandı.

BULGULAR: Ç Çalışmamıza 151 (%84.4) erkek, 28 (%15.6) i kadın olmak üzere toplam 179 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 64 (27-87) yıldı. Başvuru anındaki ortalama BMI 24 ± 4.23 idi. ECOG performans skoru 0-1 olan 127 (%70.9), ECOG PS ≥ 2 olan 52 (%29.1) hasta vardı. Detaylı demografik özellikler tablo 1'de özetlemiştir. Çalışmamız genel sağkalım açısından değerlendirildiğinde inflamatuvar indekslerden CRP/ALB., ALI ve NLR'nin genel sağkalımı predikte ettiği görüldü. GPS, PNI ve PLR değerleri ile genel sağkalım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 2). Çalışmamızda inflamatuvar indekslerin büyük bir kısmının birbiri ile negatif veya pozitif korelasyon gösterdiğini tespit ettik. İnflamatuvar indekslerden PNI ile GPS arasında ve PNI ile PLR arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. ALI tüm diğer indeksler ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde negatif korelasyon gösterdi. Ayrıca CRP/ALB. oranının ALI ile istatistiksel anlamlılık düzeyinde negatif korelasyon gösterdiği diğer dört indeks (NLR, PLR, GPS, PNI) ile istatistiksel olarak pozitif anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı. Prognostik inflamatuvar indeksler ve birbirleri ile olan ilişkileri tablo 3'te belirtilmiştir.

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

	n (%)
Yaş (median, range)	64 (27-84)
Cinsiyet	
Kadın	28 (15.6)
Erkek	151 (84.4)
ECOG PS	
0-1	127 (70.9)
≥2	52 (29.1)
Sigara	
İçmiş	119 (66.5)
İçmemiş	32 (17.9)
Bilinmeyen	28 (15.6)
Komorbid Hastalık	
Diyabetes mellitus	14
Hipertansiyon	23
Koroner arter hastalığı	16
Tümör lokalizasyonu	
Sağ akciğer	101 (56.4)
Sol akciğer	78 (43.6)
Tümör boyutu (median, range)(cm)	5.6 (1.5-13.5)
Histolojik alt tip	
Adenokarsinom	130 (72.6)
Squamoz hücreli karsinom	38 (21.3)
Diğer	11 (6.1)
Metastaz bölgeleri	
Karaciğer	6 (3.4)
Beyin	8 (4.5)
Sürrenal	9 (5)
Akciğer	21 (11.7)
Kemik	26 (14.5)
Multiple	86 (48)
Diğer bölgeler	23 (12.9)
BMI	24 ±4.23
Hemoglobin (median,range)(gr/dL)	13.3 (8.2-18.1)
Albumin (median,range)(gr/dL)	3.31 (2.1-4.5)
CRP (median, range)(mg/dL)	5.26 (0-22)
Globulin (median, range)(gr/dL)	3.8 (2.2-6.6)
Trombosit (median, range)(10e3/uL)	328 (76-747)
EGFR mutasyonu pozitif	26
ALK mutasyonu pozitif	4
Birinci basamak tedavi (n=130)	
Kemoterapi	127 (84.4)
Erlotinib	21 (11.7)
Alectinib	2 (1.1)

Kısaltmalar: ECOG PS: Eastern kooperatif Oncology grup performans statusü, BMI: Vücut kitle indeksi, CRP: C-reaktif protein, EGFR: Epidermal growth faktör reseptörü, ALK: Anaplastik lenfoma kinaz

Tablo 2: Univariate genel sağkalım analiz sonuçları

	HR	%95 CI	P
CRP/ALB.	1.15	1.05-1.26	0.002
ALI	0.98	0.97-1.00	0.04
GPS	1.18	0.94-1.47	0.14
PLR	1.00	0.99-1.00	0.98
NLR	1.07	1.02-1.12	0.008
PNI	1.01	0.99-1.02	0.2

NLR: nötrofil lenfosit oranı, PLR: trombosit lenfosit oranı, ALI: ileri akciğer kanseri inflamasyon indeksi, GPS: Glasgow prognostik skor, PNI: prognostik nutrisyonel indeks, CRP/ALB: C-reaktif protein albumin oranı

Tablo 3: İnflamatuvar indekslerin kendi aralarındaki korelasyonu

		CRP/ALB.	NLR	PLR	ALI	GPS
NLR	r	,368**				
	p	0,000				
	n	178				
PLR	r	,321**	,457**			
	p	0,000	0,000			
	n	178	179			
ALI	r	-,433**	-,645**	-,440**		
	p	0,000	0,000	0,000		
	n	178	179	179		
GPS	r	,537**	,216**	,241**	-,353**	
	p	0,000	0,004	0,001	0,000	
	n	178	178	178	178	
PNI	r	,223**	,423**	-0,014	-,288**	-0,063
	p	0,003	0,000	0,853	0,000	0,405
	n	178	179	179	179	178

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

NLR: nötrofil lenfosit oranı, PLR: trombosit lenfosit oranı, ALI: ileri akciğer kanseri inflamasyon indeksi, GPS: Glasgow prognostik skor, PNI: prognostik nutrisyonel indeks, CRP/ALB: C-reaktif protein albumin oranı

SONUÇ: Biz bu çalışmada metastatik KHDAK tanılı hastalarda inflamatuvar indekslerin prognostik rolünü ve birbirleri ile olan ilişkisini inceledik. Çalışmamızda literatürde prognostik değeri gösterilmiş olan inflamasyon indekslerinin birçoğu arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit ettik. Çalışmalarda inflamatuvar indekslerin prognostik rollerinin gösterilmesiyle ve günlük pratikte kolay ulaşılabilir tetkikler olması nedeniyle kullanım alanı bulan PNI, NLR, PLR, GPS, ALI ve CRP/ALB. gibi indekslerin birbirlerine üstünlüklerinin olup olmadığı ve aralarındaki korelasyon net olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda ALI, CRP/ALB. ve NLR'nin sağkalımı predikte ettiğini tesbit ettik bununla birlikte PNI, PLR ve GPS indekslerinin KHDAK'de sağkalımla ilişkili olmadıklarını gözledik. İnflamatuvar markırları için farklı çalışmalarda farklı ve keyfi belirlenen cut-off değerleri yanlış yorumlara neden olabilmekte ve klinik uygulamada bu parametrelerin rutin kullanımını engellemektedir. Bu nedenle rutin pratikte kullanımı kolay olan optimal bir inflamatuvar indeksin saptanması prognozu öngörmede yardımcı olacaktır. Literatürde KHDAK tanılı hastalarda ikiden fazla inflamatuvar indeksin prognostik rolünün incelendiği ve kendi aralarındaki korelasyonu inceleyen başka araştırma olmadığından çalışmamızın literatüre katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR:

- 1- Ni XF, Wu J, Ji M, Shao YJ, Xu B, Jiang JT, Wu CP. Effect of C-reactive protein/albumin ratio on prognosis in advanced non-small-cell lung cancer. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018 Dec;14(6):402-409.
- 2- Xu S, Cao S, Geng J, Wang C, Meng Q, Yu Y. High prognostic nutritional index (PNI) as a positive prognostic indicator for non-small cell lung cancer patients with bone metastasis. *Clin Respir J.* 2021 Feb;15(2):225-231.
- 3- Aurello P, Tierno SM, Berardi G, Tomassini F, Magistri P, D'Angelo F, Ramacciato G. Value of preoperative inflammation-based prognostic scores in predicting overall survival and disease-free survival in patients with gastric cancer. *Ann Surg Oncol.* 2014; 21(6):1998–2004. doi:10.1245/s10434-014-3533-9
- 4- Pan M, Zhao Y, He J, Wu H, Pan Y, Yu Q, Zhou S. Prognostic Value of the Glasgow Prognostic Score on Overall Survival in patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *J Cancer.* 2021 Mar 1;12(8):2395-2402.
- 5- He X, Zhou T, Yang Y, Hong S, Zhan J, Hu Z, Fang W, Qin T, Ma Y, Zhao Y. Advanced lung cancer inflammation index, a new prognostic score, predicts outcome in patients with small- cell lung cancer. *Clin Lung Cancer.* 2015;16(6):e165–e171. doi:10.1016/j.clcc. 2015.03.005

2005-2013 YILLARI ARASINDA D.Ü.T.F. ONKOLOJİ BİRİMİNDE TAKİP EDİLEN BEYİN METASTAZI OLAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Üzel¹, Serdar İleri², Sezai Tunç², Abdurrahman Işıkdöğün²

1-Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD. Diyarbakır

2-Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD. Diyarbakır

ÖZET

AMAÇ: Beyin metastazı akciğer kanserli hastaların izlemi sırasında sık görülen, yaşam süresini ve nörolojik hasar nedeniyle hastanın yaşam kalitesini etkileyen en ciddi klinik tablolardan birisidir. Primer akciğer kanseri beyine en sık metastaz yapan kanser tipidir. Çalışmamızda beyin metastazına en sık neden olan akciğer kanserine sahip olguların retrospektif olarak incelenerek; kanser histopatolojisine göre metastaz yerleşimini, metastaz oluşma zamanını, klinik bulguları ve sağkalım süresini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Hastanesi'nde tanı konan beyin metastazlı 174 akciğer kanserli olgu alındı. Değerlendirmeler retrospektif olarak hastaların kanser tanı ve takip kartlarından yapıldı. Tüm olgular yaş, cinsiyet, beyin metastazına ait semptom varlığı, histolojik tip, metastaz zamanı, metastaz sayısı, ekstrakranial metastaz varlığı ve sağ kalım süresi yönünden değerlendirildi. Ayrıca sigara içme durumu araştırıldı. İstatiksel işlemler SSPS 16.0 programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR VE SONUÇ: Olguların 139'u (%79.9) KHDAK, 35'i(%20.1) KHAK idi. KHDAK'li olgularda en sık adenokanser tipi görüldü. Hastalarda multipl metastaz daha fazla saptandı. Beyin metastazlı hastalarda en sık görülen semptom olan baş ağrısı, bizim hastalarımızda da en sık görüldü. Akciğer kanserli hastalarda beyin metastazı geliştikten sonra median sağ kalım süresi 7-8 ay olarak bulundu.

Anahtar kelimeler: Beyin metastazı, akciğer kanseri

GİRİŞ: Kanserlerin tanı ya da takibi sırasında %20-40 oranında beyin metastazı (BM) saptanır ve kötü prognoza işaret eder (1). Bazı olgularda beyin metastazı kanserin primer semptomlarından önce nörolojik semptomla ortaya çıkabilir ve hastanın doktora başvurmasına neden olur. Metastatik beyin tümörleri, yetişkinlerde primer beyin tümörlerine oranla on kat daha sık görülürler. Beyin metastazlarının tanısı; baş ağrısı, mental değişiklikler gibi hasta semptomları ile beraber bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme yöntemlerine dayanır (2). Beyin metastazlarında hastanın prognostik faktörlerine, beyin metastaz sayısı ve boyutuna göre tedavi seçenekleri arasında cerrahi ve radyoterapi olup etkinliği kesin olmamakla birlikte kemoterapi de bir seçenek olabilir (3). Primer akciğer kanseri beyine en sık metastaz yapan kanser tipidir. Soliter beyin metastazı tanısı alan hastalarda %28-68 oranlarında akciğer kanseri saptanmış, %4-20'sinde primer kansere ait bulgu bulunamamıştır. Akciğer kanserli hastaların %40'ında hastalığın seyri sırasında beyin metastazı gelişeceği tahmin edilmektedir (9,10). Beyin

metastazı gelişme sıklığı küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'nde %80'lere çıkmaktadır (4).Çalışmamızda beyin metastazına en sık neden olan akciğer kanserine sahip olguların retrospektif olarak incelenerek; kanser histopatolojisine göre metastaz yerleşimini, metastaz oluşma zamanını, klinik bulguları ve sağ kalım süresini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda 2003-2013 tarihleri arasında başvuran akciğer kanseri tanı beyin metastazı olan 174 hasta alındı. Değerlendirmeler retrospektif olarak hastaların kanser tanı ve takip kartlarından yapıldı. Tanı nörolojik semptom varlığında beyin BT ve/veya beyin MR görüntülemeleriyle konuldu. Dosyalarında görüntüleme raporuna ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm olgular yaş, cinsiyet, beyin metastazına ait semptom varlığı, histolojik tip, metastaz zamanı, metastaz sayısı, ekstrakranial metastaz varlığı ve sağ kalım süresi yönünden değerlendirildi. Ayrıca sigara içme durumu araştırıldı. Beyin metastazı tanı anında varsa ya da tanıdan sonraki ilk 3 ay içinde gelişmişse senkron metastaz, daha sonra gelişmişse metakron metastaz olarak değerlendirildi.Sağ kalım süresi, tanıdan ölüm tarihine veya son kontrol tarihine kadar geçen süre olarak alındı. Beyin metastazından sonraki sağ kalım süresi ise, metastaz tanısından ölüm tarihine ya da son kontrol tarihine kadar geçen süre olarak alındı.

BULGULAR: Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda 2003-2013 tarihleri arasında başvuran akciğer kanseri tanı beyin metastazı olan 174 hastaya ait bilgiler incelendi. Hastaların 139(%79.9)'unda KHDAK, 35(%20.1)'inde KHAK mevcuttu. Hastaların 153 (%87.9)'ü erkek, 21 (%12.1)'i kadındı. KHDAK' lı hastalar metastaz sayısına göre değerlendirildiğinde; 48 (%34.5) hastada beyinde 1-2 metastaz varken, 91 (%65.5) hastada 3 ve üstü metastaz saptandı. KHDAK'li hastaların 88 (%63,9)'inde senkron metastaz, 51 (%36.1)' inde ise metakron metastaz tespit edildi. Hastaların ekstrakranial metastaz durumu değerlendirildiğinde 139 hastanın 85(%61)'inde ekstrakranial metastaz mevcuttu. Hastalarda beyin metastazı geliştikten sonra median sağ kalım süresi 8 ay olarak bulundu. (%95 CI 4.1-11.8). KHAK' li 35 hastayı değerlendirdiğimizde; hastaların 32(%91.4)'si erkek, 3 (%8.6)'ü kadındı. KHAK'nin en önemli etyolojik faktörlerinden sigara ile olan ilişkisi değerlendirildi. KHAK'li olup sigara kullanan 27 (%77.1), kullanmayan ise 1 (%2.9) hasta mevcuttu. Yedi (%20) hastanın ise sigara ile ilgili bilgilerine ulaşılamadı. Oniki hastada (%34.3) senkron metastaz, 23 (%65.7) hastada ise metakron metastaz tespit edildi. KHAK' li hastalar metastaz sayısına göre değerlendirildiğinde; 4 (%11.4) hastada beyinde 1-2 metastaz, 31 (%88.6) hastada 3 ve üstü metastaz saptandı. Hastaların ekstrakranial metastaz durumu değerlendirildiğinde sadece 1 hastanın bilgisine ulaşılamadı. 34 hastanın 28'inde (%82.4) ekstrakranial metastaz varken; 6 (%17.6) hasta ise ekstrakranial metastaz yoktu. Hastalarda beyin metastazı geliştikten sonra median sağ kalım süresi 7 ay olarak bulundu (%95 CI 0.746-13.254)

TARTIŞMA: Metastatik beyin tümörleri yetişkinlerde primer beyin tümörlerine oranla on kat daha sık görülürler. Beyin metastazları en sık olarak akciğer (%40-50), meme (%15-25), melanom (%5-20) ve böbrek (%5-10) tümörlerinden kaynaklanır. Akciğer kanserinde beyin metastazı oldukça sık karşılaşılan, önemli bir klinik sorundur. Beyin metastazları, akciğer kanserli olgularda oldukça sık karşılaşılan bir sorun olup, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (3). Metastaz semptomatik olduğunda hasta ve ailesi için oldukça dramatik bir tablo oluşturur. Tüm beyin metastazlarının %40-60'ı akciğer kanserlerine bağlı gelişir ve bu olguların %50'si progresif beyin metastazı nedeni ile kaybedilir (5). Beyin metastazı geliştikten sonra tedavi seçenekleri oldukça sınırlıdır ve müdahale edilmeyen olgularda median sağ kalım yaklaşık 1 aydır (6). KHAK ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) nedeniyle tedavi gören olguların %50'sinde tanı aldıktan sonra iki yıl içinde beyin metastazı gelişeceği bildirilmektedir (7). Biz çalışma grubumuzda beyin metastazı görülen KHAK ve KHDAK' li hastaların klinik özelliklerini inceleyerek beyin metastazı gelişmesinde etkili olabilecek faktörleri araştırdık. Beyin metastazı gelişimini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bazı çalışmalarda kadın hastalarda beyin metastazı riski daha yüksek bulunmuştur (8). Bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile beyin metastazı gelişimi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (9). Çalışmamızda median sağ kalımı KHDAK' de 8 ay; KHAK' de ise 7 ay olarak saptadık. KHDAK ve KHAK' de median sağkalım açısından istatistiki olarak anlamlı süre farkı bulunmadı. Literatürle karşılaştırıldığında bizim hastalarımızda ortalama sağ kalımın daha kısa olduğu görüldü. Beyin metastazlı olgularda en sık görülen semptom baş ağrısıdır. Bunu fokal duyu kaybı ya da motor kayıp, konuşma bozukluğu ve epilepsi nöbeti izler (10). Bizim olgularımızda da en sık görülen semptom baş ağrısı olup KHDAK de %75, KHAK ise %63 bulundu ve bu literatürdeki sonuçlarla benzerdi.

SONUÇLAR:

- * Akciğer kanserli olguların 139(%79.9)'u KHDAK, 35(%20.1)'i KHAK idi. Literatürle uyumlu olarak KHDAK daha sık görüldü.
- * Olguların 153(%87.9)'ü erkek, 21(%12.1)'i kadındı. Hastalarımızda erkek cinsiyet hakim idi.
- * Olgular sigara kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde 127 (%73) hasta sigara kullanmakta olup, 16 (%9.2) hastada sigara kullanımı yoktu. Akciğer kanseri ile sigara arasındaki yakın ilişki beyin metastazında da gözlemlendi.
- * KHDAK'li olgular histopatolojik alt tipe göre değerlendirildiğinde 36 (%25.9)'sı alt tiplendirme yapılamayan(NOS), 61 (%43.9)'i adenokarsinom, 38 (%27.3)'i skuamöz hücreli karsinom, 4(%2.9)'ü büyük hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Literatürle uyumlu olarak en fazla adenokarsinom görüldü.
- * Beyin metastazlarının tanısı akciğer kanseri tanısı aldıktan 3 ay içinde konulmuşsa senkron veya 3 ay sonra konulmuşsa metakron metastaz olarak adlandırılmaktadır. KHDAK' de 88 hastada (%63.3) senkron metastaz tespit edilmişken, 51 (%36.7) hastada ise metakron metastaz tespit edildi. KHAK 'de 12 (%34.3) hastada senkron metastaz tespit edilmişken, 23 (%65.7) hastada ise metakron metastaz tespit edildi.

* Hastalar metastaz sayısına göre değerlendirildiğinde multiple metastaz oranı daha yüksek saptandı.

* Beyin metastazlı hastalarda en sık görülen semptom olan baş ağrısı, bizim hastalarımızda da en sık görüldü. (%63). Hastalarda beyin metastazı geliştikten sonra median sağ kalım süresi 8 ay olarak bulundu.

KAYNAKLAR

* Altman E, Cadman E. Analysis of 1539 patients with cancer of unknown primary site. *Cancer* 1986;57:120-4.

* Mehta MP, Rodrigus P, Terhaard CH. Survival and neurologic outcomes in a randomized trial of motexafin gadolinium and whole-brain radiation therapy in brain metastases. *J Clin Oncol* 21:2529-36, 2003.

* Borgelt B, Gelber R, Kramer S, et al. The palliation of brain metastases: final results of the first two studies by the Radiation Therapy Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1980; 6: 1-9.

* Nussbaum ES, Djalilian HR, Cho KH, Hall WA. Brain metastases: histology, multiplicity, surgery, and survival. *Cancer* 1996; 78: 1781-8.

* Boring CC, Squires TS, Tang T. Cancer statistics, 1992. *CA Cancer J Clin* 1992;42:19.

* Suwinsky R, See SP, Withers R. Dose-response relationship for prophylactic cranial irradiation in small cell lung cancer. *Int j Radiat Oncol Biol phs* 1998; 40: 797-806.

* Ellis R, Gregor A. The treatment of brain metastases from lung cancer. *Lung Cancer* 1998;20:81-4.

* Paesman M, Sculier JP, Libert P, Bureau G, Dabouis G, Thiriaux J, Michel J, Van Cutsem O, Sergysels R, Mommen P. Prognostic factors for survival in advanced non-small cell lung cancer: univariate and multivariate analyses including recursive partitioning and amalgamation algorithms in 1052 patients. The European Lung Cancer Working Party. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1221-1230.

* Bajard A, Westeel V, Dubiez A, Jacoulet P, Pernet D, Dalphin JC, Depierre A. Multivariate analysis of factors predictive of brain metastases in localised non-small cell lung carcinoma. *Lung Cancer* 2004; 45, 317-323.

* Olak J, Ferguson MK. Surgical management of second primary and metastatic lung cancer. In: Pass HI et al, eds. *Lung cancer principles and a practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000;730-41.

AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA PRİMER TÜMÖR FDG TUTULUMU İLE BEYİN METASTAZI VARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

İlker Nihat Ökten¹, İbrahim Çil²

1- Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji

2- SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji

GİRİŞ: Akciğer kanseri olgularının yüzde 60-70'i tanı anında metastatik hastalık ile prezente olmaktadır. Bu hastalarda tedavi seçenekleri kemoterapi, immunoterapi ve hedefe yönelik ajanlardır. Bu tedavi modalitelerinin beyin metastazı varlığında kan beyin bariyer geçişi tedavi seçenekleri arasında farklılık gösterdiğinden etkinlikleri de farklıdır. İleri evre akciğer kanserli hastaların yaşam boyu beyin metastazı geliştirme riski %80'lere varmaktadır. Beyin metastazı hastaların bir kısmı semptom verirken, bir kısım hasta asemptomatiktir. Uluslararası kılavuzlarda beyin metastaz varlığını saptamak için net bir öneri bulunmamaktadır. Beyin metastaz varlığı sağkalım açısından negatif bir risk faktörüdür. Biz bu çalışmamızda beyin metastaz varlığını saptamak için ek bir belirteç olarak tanı anındaki FDG PET/BT'deki primer tümör FDG tutulumunun ve primer tümör boyutunun beyin metastazı varlığını predikte etmesini araştırdık.

MEDHOT: 2014-2021 yılları arasında Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi ve İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi tıbbi onkoloji kliniklerinde takipli evre 4 beyin metastazlı 51, beyin metastazı olmayan 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Primer tümör boyutu ve FDG tutulumu ortalamaları bağımsız gruplarda T testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Beyin metastazlı hastaların medyan yaşı 60 iken %92.2'si erkek, %7.8'i kadındı. Beyin metastazlı hastaların tümör histolojisi, %45.1 adenokanser, %25.5 skuamöz hücreli kanser, %19.6 küçük hücreli karsinom, %9.8 sınıflandıramayan tipte idi. %86.3 hastada sigara içme öyküsü mevcutken, %13.7 hastada sigara öyküsü yoktu. Medyan beyin metastazı sayısı 2 idi (1-15). Beyin metastazlı hastaların primer tümör boyutu ortalama 50.6 mm iken, beyin metastazı olmayan hastalarda ortalama 46.7 mm idi (p:0.205). Primer tümör ortalama SUVmax değeri beyin metastazlı hastalarda 14.3 iken, beyin metastazı olmayan hastalarda 12.4 idi (p=0.33).

SONUÇ: Çalışmamızda, metastatik akciğer kanserli olgularda, primer tümör boyutu ve FDG tutulumu ile beyin metastazı varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak beyin metastazlı hastalarda primer tümör boyutu ve FDG tutulumunun istatistiksel anlama ulaşamamasına rağmen nümerik olarak daha yüksek saptanması nedeniyle örneklem büyüklüğü artırılmış çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

ATEZOLİZUMAB VE KEMOTERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN YAYGIN EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yasin Kutlu¹, Sabin Göktaş Aydın¹, Ahmet Bilici¹, Bala Başak Öven²,
Ömer Fatih Ölmez¹, Özgür Açıkgoz¹, Jamshid Hamdard¹, Ebru Karcı¹.

1- Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD., İstanbul

2- Yedikule Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD., İstanbul

GİRİŞ: Atezolizumab, yaygın evre küçük hücreli akciğer kanserinde (YE-KHAK) standart tedavi haline gelmiştir. Bu makalede, atezolizumab ve kemoterapi ile tedavi edilen hastalarda inflamatuvar belirteçlerin prognostik rolünü araştırdık ve YE-KHAK'li hastalarda kemoterapiye atezolizumab eklenmesinin etkinliğini ve güvenliğini, prognostik ve prediktif faktörleri gerçek yaşam deneyimi olarak değerlendirdik.

MEDHOT: İlk sıra tedavide atezolizumab ve platin-etoposid kombinasyonu alan YE-KHAK olan 37 hastayı retrospektif olarak inceledik. Hastaların sağ kalım, tedaviye yanıt, prognostik ve prediktif faktörlerini analiz ettik.

SONUÇ: Otuz yedi hastanın 10'u kadın (%27), 27'si (%73) erkekti. Ortalama yaşları 63'tü (35-80). Otuz iki hasta (%86.5) ilk tanı anında YE-KHAK'tı. Objektif yanıt oranları %81.1'di. Ortalama takip süresi 19.5 ay, ortalama progresyonsuz sağ kalım (PSK) 10.4 ay ve ortalama genel sağ kalım (GSK) 16.1 aydı. PSK için yapılan tek değişkenli analizde tanı anında sınırlı evre hastalık, profilaktik kraniyal ışınlama (PKI) varlığı, karaciğer metastazı varlığı, nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ve trombosit-lenfosit oranı (TLO) prognostik faktörler olarak bulundu (sırasıyla $p=0.038$, $p=0.012$, $p=0.02$, $p=0.003$ ve $p=0.016$). Yani $PLO \leq 156.8$ olan hastalarda ortalama PSK süresine ulaşılamazken, >156.8 olan hastalarda bu süre 8.2 aydı. Benzer şekilde, $NLO \leq 3,38$ olan hastalarda ortalama PSK 14,4 ay iken, $>3,38$ olan hastalarda 8,1 aydı. GSK için yapılan tek değişkenli analiz, tanı anındaki sınırlı evre olmak ve NLO'nun anlamlı prognostik göstergeler olduğunu ortaya koydu (sırasıyla $p=0.028$ ve $p=0.025$). Ortalama GSK süresi, $NLO \leq 3,38$ olan hastalarda, $NLO > 3,38$ olan hastalara göre önemli ölçüde daha iyiydi (sırasıyla 16.9'a karşı 11.1 ay). Lojistik regresyon analizi, yalnızca TLO'nun atezolizumab ve kemoterapiye yanıt için bağımsız, anlamlı bir prediktif faktör olduğunu göstermiştir (OR: 0.10, $p=0.035$). $TLO \leq 156.8$ olan hastalar, atezolizumab ve kemoterapi tedavisine önemli ölçüde iyi yanıt verdi.

TARTIŞMA: Gerçek yaşam verilerimiz, atezolizumab ile tedavi edilen YE-KHAK hastalarında sağ kalım ile NLO, TLO arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ek olarak, TLO, atezolizumab ve kemoterapiye yanıt için önemli bir prediktif göstergedydi. Ayrıca atezolizumab ve kemoterapi, YE-KHAK'de iyi etkinlik ve güvenlik profili göstermiştir.

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2021

AKCİĞER KANSERİ SEMPOZYUMU

13-14 KASIM 2021



BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**