



ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

ONKOLOJİ SEMPOZYUMU

HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

## BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



ONKAD.COM

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

ONKOLOJİ SEMPOZYUMU

HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022



**ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

## ONKAD YÖNETİM KURULU

### BAŞKAN

ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

### BAŞKAN YARDIMCISI

METİN ÖZKAN

### SEKRETER

TİMUÇİN ÇİL

### SAYMAN

MESUT ŞEKER

### SEMPOZYUM BAŞKANI

MEHMET ARTAÇ

### SEMPOZYUM BİLİMSEL SEKRETARYASI

MURAT ARAZ – MELEK KARAKURT ERYILMAZ

### BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

FAYSAL DANE

MESUT ŞEKER

METİN ÖZKAN

[ONKAD.COM](http://ONKAD.COM)

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022  
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM  
ONKOLOJİ SEMPOZYUMU  
HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

## KANSERDE GÜNCEL GELİŞMELER 2022; GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ONKOLOJİ SEMPOZYUMU BİLİMSEL PROGRAMI 25 Haziran 2022, Cumartesi

- 08:45-09:00** AÇILIŞ KONUŞMASI, SAYGI DURUŞU VE İSTİKLÂL MARŞI  
Konuşmacı: Dr. Mehmet Artaç
- 09:00-10:10** ÖZOFAGUS VE MİDE KANSERİ OTURUMU  
Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Metin Belviranlı, Dr. Hacı Mehmet Türk
- 09:00-09:20** Erken Ve Lokal İleri Özafagus Kanserinde Tedavi Yaklaşımları  
Konuşmacı: Dr. Abdullah Sakin  
Tartışmacı: Dr. Abdallah Shbair
- 09:20-09:40** Mide Kanserinde Peri-Operatif Tedavi  
Konuşmacı: Dr. Nuriye Özdemir  
Tartışmacı: Dr. Melih Şimşek
- 09:40-10:00** Metastatik Mide Kanserinin Sistemik Tedavisinde Gelişmeler  
Konuşmacı: Dr. Ali Murat Tatlı  
Tartışmacı: Dr. Ayşe İrem Yasin
- 10:00-10:10** Tartışma
- 10:10-10:40** ÖZOFAGUS/MİDE KANSERİ MULTİDİSİPLİNER VAKA TARTIŞMASI  
Oturum Başkanı: Dr. Hakan Akbulut  
Panelistler: Dr. Ahmet Taner Sümbül, Dr. Çağlayan Geredeli, Dr. M. Ali Kaplan,  
Dr. Osman Köstek, Dr. Murat Araz  
Olgu sunumu 1: Dr. Muhiddin Er  
Olgu sunumu 2: Dr. İrfan Buğday
- 10:40-11:00** KAHVE ARASI VE SALON DEZENFEKSİYONU
- 11:00-12:30** KOLON KANSERİ OTURUMU  
Oturum Başkanları: Dr. Faruk Aykan
- 11:00-11:20** Erken Evre Kolon Kanserinde Adjuvan Tedavi Prensipleri  
Konuşmacı: Dr. Ozan Yazıcı
- 11:20-11:40** Metastatik Kolorektal Kanserin 1. Basamak Sistemik Tedavisinde Gelişmeler  
Konuşmacı: Dr. Senem Karabulut
- 11:40-12:00** Metastatik Kolorektal Kanserin 2. ve Sonraki Basamak Tedavisinde Gelişmeler  
Konuşmacı: Dr. Mehmet Beşiroğlu
- 12:00 -12:20** Metastatik Kolorektal Kanseri Hastalarda Lokal Ablatif Tedavileri Ne Zaman Yapalım?  
Konuşmacı: Dr. Ersin Öztaşlan
- 12:20-12:30** Tartışma
- 12:30-13:15** UYDU SEMPOZYUM – BAYER  
HCC'de Erişilebilir İkili NexSti İle 26 Ay Sağkalım ve Ötesi  
Oturum Başkanı: Dr. Abdurrahman Işıkdoğan  
Konuşmacı: Dr. Mesut Şeker, Dr. M. Ali Kaplan
- 13:15-14:15** ÖĞLE YEMEĞİ



**ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022  
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM  
ONKOLOJİ SEMPOZYUMU  
HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

- 14:15-15:00 UYDU SEMPOZYUM – ROCHE**  
Vakalar eşliğinde HCC Sistemik tedavisinde değişen pratiğimiz  
Konuşmacı: Dr. Faysal Dane
- 15:00-16:10 REKTUM KANSERİ OTURUMU**  
Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Koç, Dr. Faysal Dane
- 15:00-15:20 Rektum Kanseri Tedavisinde Total Neoadjuvan Tedavi**  
Konuşmacı: Dr. Mustafa Karaağaç
- 15:20-15:40 Neoadjuvan Rektum Kanseri Tedavisinde Kısa Kür RT Mi, Uzun Kür RT Mi?**  
Konuşmacı: Dr. Gül Kanyılmaz
- 15:40-16:00 Neoadjuvan KRT Sonrası Cerrahi Kime? Watchandwait Stratejisi Ne Zaman?**  
Konuşmacı: Dr. M. Aykut Yıldırım
- 16:00-16:10 Tartışma**
- 16:10-16:40 KOLOREKTAL KANSERDE MULTİDİSİPLİNER VAKA TARTIŞMALARI**  
Oturum Başkanları: Dr. Hakan Bozcuk, Dr. Abdurrahman Işıkdoğan  
Panelistler: Dr. Fatma Yalçın Musri, Dr. Mükremin Uysal, Dr. İlhan Hacıbekiroğlu,  
Dr. Berrin Benli, Dr. Didem Taştekin  
Olgu sunumu 1: Dr. Nadiye Akdeniz  
Olgu sunumu 2: Dr. Mustafa Korkmaz



**ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022  
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM  
ONKOLOJİ SEMPOZYUMU  
HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

26 Haziran 2022, Pazar

- 08:15-08:30 AKILCI İLAÇ KULLANIMI**  
Konuşmacı: Dr. Mehmet Zahid Koçak
- 08:30-09:40 PANKREAS VE HEPATOSELÜLER KANSER OTURUMU**  
Oturum Başkanları: Dr. Hacı Mehmet Türk, Dr. Mesut Şeker
- 08:30-08:50 Metastatik Pankreas Kanseri Sistemik Tedavisinde Gelişmeler**  
Konuşmacı: Dr. Mehmet Küçüköner
- 08:50-09:10 Hepatoselüler Kanserde Lokal Ablatif Tedaviler**  
Konuşmacı: Dr. Süleyman Bakdık
- 09:10-09:30 Metastatik Hepatoselüler Kanserde Sistemik Tedavide Gelişmeler**  
Konuşmacı: Dr. İrfan Çiçin
- 09:30-09:40 Tartışma**
- 09:40-10:10 MULTİDİSİPLİNER VAKA TARTIŞMASI**  
Oturum Başkanları: Dr. Aziz Karaoğlu, Dr. Ahmet Sezer  
Panelistler: Dr. Hakan Harputluoğlu, Dr. Cemil Bilir  
Dr. Adem Deligönül, Dr. M. Bekir Hacıoğlu, Dr. Okan Avcı  
Olgu sunumu 1: Dr. Aykut Demirkıran  
Olgu sunumu 2: Dr. Atakan Topçu
- 10:10-10:30 KAHVE ARASI VE SALON DEZENFEKSİYONU**
- 10:30-11:15 UYDU SEMPOZYUM – AMGEN**  
RAS WT mKRK'da Sorular Eşliğinde Klinik Deneyimler  
Konuşmacılar: Dr. Timuçin Çil, Dr. Mehmet Artaç
- 11:15-12:25 SAFRA YOLU KANSERLERİ, GİST VE GEP-NET OTURUMU**  
Oturum Başkanları: Dr. Saadettin Kılıçkap, Dr. Metin Özkan,
- 11:15-11:35 Metastatik Safrayolu Kanserinin Sistemik Tedavisinde Gelişmeler**  
Konuşmacı: Dr. Mustafa Dikilitaş
- 11:35-11:55 Metastatik GİST'in Sistemik Tedavisinde Gelişmeler**  
Konuşmacı: Dr. Mahmut Büyükşimşek
- 11:55-12:15 GEP-NET Sistemik Tedavisinde Gelişmeler**  
Konuşmacı: Dr. Sezer Sağlam
- 12:15-12:25 Tartışma**
- 12:25-13:30 SÖZEL BİLDİRİLER OTURUMU**  
Oturum Başkanları: Dr. Gökhan Çelenkoğlu, Dr. Melek Karakurt Eryılmaz, Dr. Zuhat Urakçı  
Konuşmacılar: Dr. Murat Ayhan, Dr. Senar Ebinç, Dr. Murat Eser, Dr. Ziya Kalkan,  
Dr. Muhammed Muhiddin Er, Dr. Engin Hendem, Dr. Serdar İleri, Dr. Yakup Düzköprü, Dr. Fatih Gürler,  
Dr. Muhammet Cengiz, Dr. Mustafa Taner Bostancı, Dr. Sezai Tunç, Dr. Özlem Doğan, Dr. İrfan Buğday
- 13:30 KAPANIŞ ve ÖĞLE YEMEĞİ**



**ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

ONKOLOJİ SEMPOZYUMU

HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

BİLDİRİ ŞEKLİ	ÇALIŞMA BAŞLIĞI	SAYFA NO
SÖZEL SUNUM 01	TANI ANINDA NOD NEGATİF OLUP METASTAZ GELİŞEN KOLON KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	7
SÖZEL SUNUM 02	HER 2 NEGATİF METASTATİK MİDE KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK VE SONRASI TEDAVİDE İKİ KEMOTERAPİ REJİMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	10
SÖZEL SUNUM 03	KARACİĞER METASTAZLI KOLOREKTAL KARSİNOMLU HASTALARDA ABLASYON-PROGRESYON (ABPRO) SÜRESİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ	12
SÖZEL SUNUM 04	NEOAJUVAN TEDAVİ ALAN REKTUM ADENOKARSİNOMU TANILI HASTALARDA PATOLOJİK YANIT DURUMUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER VE SAĞKALIM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	16
SÖZEL SUNUM 05	METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA BEVACİZUMABIN HEPATOSTEATOZ ÜZERİNE ETKİSİ	20
SÖZEL SUNUM 06	65 YAŞ ÜSTÜ OPERE KOLON KANSERLİ HASTALARDA ADJUVAN KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	21
SÖZEL SUNUM 07	METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE NAB-PAKLİTAKSEL VEYA PLATİNLİ KOMBİNASYON TEDAVİLERİNİN ETKİNLİĞİNİ PREDİKTE EDEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI	22
SÖZEL SUNUM 08	KÜRATİF CERRAHİ UYGULANAN MİDE KANSERLERİNDE LENF NODU METASTAZI İLE İLİŞKİLİ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER	24
SÖZEL SUNUM 09	METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ VE OPTİMAL SIRALI TEDAVİ NASIL OLMALIDIR?	27
SÖZEL SUNUM 10	TANI SIRASINDA METASTATİK KOLON KANSERLİ KEMOTERAPİ İLE BİRLİKTE BEVACİZUMAB ALAN HASTALARDA, TEDAVİ ÖNCESİ PLATİNET LENFOSİT ORANININ GENEL SAĞ KALIM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	32
SÖZEL SUNUM 11	ADJUVAN KEMOTERAPİ UYGULADIĞIMIZ EVRE2 KOLON KANSERİ HASTALARIN KLİNİK ANALİZİ	33
SÖZEL SUNUM 12	LOKAL İLERİ MİDE ADENOKARSİNOM TANILI HASTALARDA NEOAJUVAN FLOT KEMOTERAPİ YANITLARI VE SAĞ KALIMLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	35
SÖZEL SUNUM 13	GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERİN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ-TEK MERKEZ DENEYİMİ	38
SÖZEL SUNUM 14	ÇOKLU SIRA TEDAVİ ALMIŞ METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA KAPASİTABİN+TEMOZOLAMİD METRONOMİK TEDAVİSİ DENEYİMİ	40

## TANI ANINDA NOD NEGATİF OLUP METASTAZ GELİŞEN KOLON KANSERLİ HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Murat AYHAN<sup>1</sup>, Akif DOĞAN<sup>2</sup>

1-Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi onkoloji

2-Kartal Doktor Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

**AMAÇ:** Kolorektal kanser (KRK), kadın ve erkeklerde en sık görülen üçüncü; en sık ölüme neden olan ikinci malignitedir. KRK'de en önemli prognostik faktör tanı anındaki evredir. Kolon kanseri tanısı konulduktan sonra, tedavi ve prognozu belirlemek için hastalığın lokal ve uzak yayılımı belirlenmesi gerekir bunun için evreleme sistemleri geliştirilmiştir. En yaygın kullanılan sistem olan Tümör, Nod, Metastaz (TNM) sisteminde lenf nodu pozitifliği önemli bir parametredir. Bu çalışmamızda tanı anında lenf nodu negatif olup takiplerinde metastaz gelişen KRK hastaların klinik ve demografik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmaya 2013-2021 yılları arasında Kartal Doktor Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde takip edilen metastatik kolon kanseri tanısı almış ve tanı anında nod negatif olan 49 kolon kanserli hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri, tümör lokalizasyonu (sağ kolon vs sol kolon), histopatolojik özellikleri, RAS ve MSI durumları ve metastaz bölgeleri ve adjuvan tedavi alıp almadığı bilgileri kaydedildi. Hastaların genel sağkalım süresi hastalık tanısından ölüme ya da yaşayan hastalar için son kontrol tarihine kadar geçen süre olarak belirlendi. Sağkalım analizi için Kaplan-Meier testi kullanıldı ve sonuçlar Log-rank testi ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 49 hasta dahil edildi. Hastaların %36.7'si kadın %63.3'ü ise erkekti. Hastaların ortalama yaşı 57 (28-78) idi. %79.6'sında tümör sol kolon yerleşimli iken, %20.4'ünde sağ kolon yerleşimli idi. Hastaların %12.2'sinde müsinöz adenokarsinom komponenti vardı. Tümör evresine göre hastaların % 67.3'ü T2 iken, % 14.3'ü T4 idi. Hastaların % 24.5'inde perinöral invazyon varken % 32.7'sinde lenfovasküler invazyon vardı. Hastaların %34.7'sinde RAS wild iken %34.7'si MSI stabil idi ve % 63.3'ü adjuvan tedavi almıştı (Tablo 1). Tüm hastaların median sağkalım süresi 65 ay idi (Şekil-1).

**SONUÇLAR:** KRK evrelemesinde lenf nodu pozitifliği uzak metastazı olmayan hastalarda evreyi ve prognozu belirlemede önemli bir yer tutmaktadır. Lenf nodu tutulumu olmayan hastaların prognozunun iyi olacağı ön görülebilir. Bu çalışmamızda tanı anında lenf nodu tutulumu olmasa da hastalarda takiplerinde metastaz gelişen hastaların özelliklerini inceledik. Bu konuda daha çok hasta ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

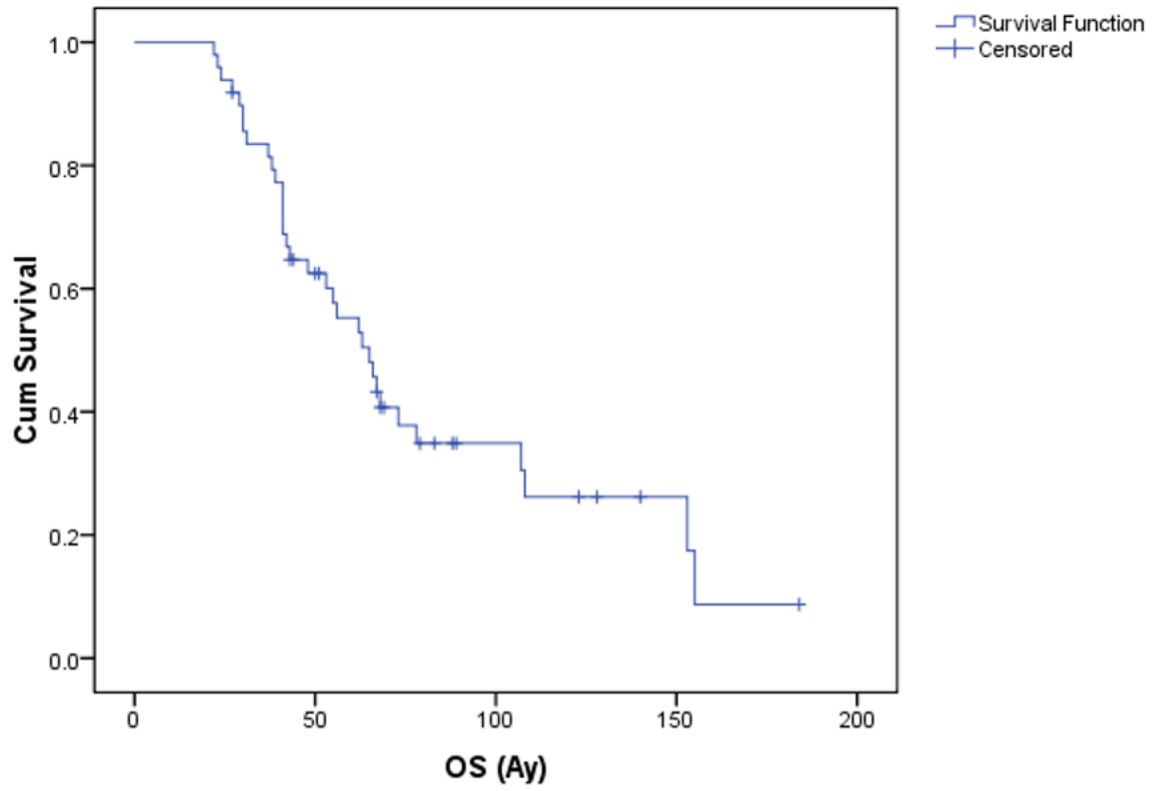
**Anahtar Kelimeler:** Metastatik kolon kanseri, nodal durum, genel sağkalım

Tablo 1. Hastaların genel karakteristik özellikleri

Değişken	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	18 (36.7)
Erkek	31 (63.3)
Yaş	
Median (min-max)	57 (28-78)
Lokalizasyon	
Sol	39 (79.6)
Sağ	10 (20.4)
Obstrüksiyon var mı?	
Var	4 (8.2)
Yok	44 (89.8)
RAS Durumu	
Wild	17 (34.7)
Mutant	16 (32.7)
Bilinmiyor	8 (16.3)
BRAF Durumu	
Wild	15 (30.6)
Mutant	10 (20.4)
Bilinmiyor	16 (32.7)
T stage	
T1	1 (2.0)
T2	8 (16.3)
T3	33 (67.3)
T4	7 (14.3)
Histolojik Grade	
Grade 1	5 (10.2)
Grade 2	31 (63.3)
Grade 3	1 (2.0)
Perinöral İnvazyon	
Var	12 (24.5)
Yok	34 (69.4)
Lenfovasküler İnvazyon	
Var	16 (32.7)
Yok	28 (52.1)
Müsinöz komponent	
Var	6 (12.2)
Yok	43 (87.8)
MSI durumu	
MSI-H	2 (4.1)
MSI-S	17 (34.7)
Bilinmiyor	30 (61.2)
Adjuvan tedavi aldı mı?	
Var	31 (63.3)
Yok	16 (32.7)
Adjuvan Tedavi Seçimi	
FUFA	9 (18.3)
Kapesitabin	6 (12.2)
XELOX	9 (18.4)
FOLFOX	7 (14.3)



### Survival Function



## HER 2 NEGATİF METASTATİK MİDE KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK VE SONRASI TEDAVİDE İKİ KEMOTERAPİ REJİMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Senar EBİNCİ<sup>1</sup>, Zeynep ORUÇ<sup>2</sup>, Zuhat URAKÇI<sup>2</sup>, Mehmet KÜÇÜKÖNER<sup>2</sup>,  
Muhammet Ali KAPLAN<sup>2</sup>, Abdurrahman IŞIKDOĞAN<sup>2</sup>

1-Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

2-Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**AMAÇ:** Metastatik evre mide kanserinde kür oranı son derece düşük olup mortal izleyen bir hastalıktır. Mide kanseri ikinci basamak tedavide amaç palyasyon olup irinotekan ve taksan bazlı tedavi seçenekleri kullanılabilir. Bu çalışmada Her 2 negatif metastatik evre mide kanseri ikinci basamak ve sonrası tedavide FOLFİRİ (folinik asit, fluorourasil ve irinotekan) ve paklitaksel + karboplatin tedavilerinin etkinlik ve yan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmamıza 2017-2022 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine metastatik evre mide kanseri nedeni ile başvuran, hastalığı nedeni ile ikinci basamak tedavi ve sonrası basamaklarda FOLFİRİ veya paklitaksel + karboplatin tedavisi alan hastalar alındı. Hastaların klinik ve radyolojik özellikleri hastane arşiv sistemi üzerinden retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, performans durumları, tümör alt tipi, hastalığın tanı anındaki evresi, uygulanan tedaviler, tedavi yanıt durumları ve sağkalımlar kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 27 (%67.5) erkek, 13 (%32.5) kadın olmak üzere toplam 40 hasta alındı. Hastaların medyan tanı yaşı 51 (23-88) yıl idi. Histopatolojik alt tip olarak en sık %72.5 (n=29) oranla diffüz tip adenokarsinom izlenmişti. Tümör lokalizasyonuna bakıldığında 8 (%20) hastada tümör gastroözefagial bileşkede iken, 32 (%80) hastada ise tümör midenin diğer alanlarında yerleşimli idi. Hastaların %75'i (n=30) tanı anında metastatik evrede iken %25 (n=10) hasta ise başlangıçta evre II-III hastalık ile prezente olmuştu. Hastaların 11'inde (%27.5) cerrahi yapılmış, 4 (%10) hasta radyoterapi, 27 (%67.5) hasta ise adjuvan veya neoadjuvan tedavi almıştı. İkinci basamak ve sonrasında kullanılan tedavilere bakıldığında 18 (%45) hasta paklitaksel + karboplatin almışken, 22 (%55) hasta ise FOLFİRİ rejimi kullanmıştı. Tedavi yanıtlarına bakıldığında; FOLFİRİ alan hastalarda %45.5 parsiyel yanıt, %4.5 stabil hastalık, %50 progresyon izlenmişken, paklitaksel + karboplatin kolunda ise %16.7 parsiyel yanıt, %27.8 stabil hastalık, %55.6 progresyon izlenmişti. Objektif yanıt oranı (ORR) FOLFİRİ kolunda %45.5 iken paklitaksel + karboplatin kolunda %16.7 idi. FOLFİRİ kolunda ORR paklitaksel + karboplatin koluna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek idi (p=0.05). Her iki tedavi kolunda medyan PFS değerleri 3 ay idi (p=0.82). Medyan genel sağkalım süresi hem FOLFİRİ hem de paklitaksel + karboplatin kolunda 16 ay olarak hesaplandı (Log-rank p=0.84). Progresyonsuz sağkalımı etkileme potansiyeli olan parametreler (yaş, cinsiyet, ECOG PS, histolojik alt tip, neoadjuvan-adjuvan tedavi almış olma, tümör lokalizasyonu, radyoterapi, kemoterapi rejimi ve tedavi basamağı) multivariate analizde değerlendirildiğinde radyoterapi almış olma (HR:3.5, 95% CI:1.09-11.16, p=0.03) ve 2. basamakla karşılaştırıldığında tedavinin 3. basamakta alınmış olması (HR:2.45, 95% CI:1.14-5.26, p=0.02) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısa PFS ile ilişkili idi. PFS için kemoterapi rejimleri (FOLFİRİ vs paklitaksel + karboplatin) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (HR:0.93, 95% CI:0.47-1.84, p=0.85). Kemoterapiye bağlı gelişen yan etkilerde her iki tedavi kolu benzer yan etki profiline sahipti.

**SONUÇLAR:** Çalışmamızda Her 2 negatif metastatik mide kanseri ikinci basamak ve sonrası tedavide FOLFİRİ ile paklitaksel + karboplatin rejimlerinin benzer etkinlik ve yan etki profiline sahip oldukları gözlemlendi. Bununla birlikte objektif yanıt oranı FOLFİRİ kolunda daha iyi idi.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, ikinci basamak tedavi, FOLFİRİ, paklitaksel, karboplatin.

## KARACİĞER METASTAZLI KOLOREKTAL KARSİNOMLU HASTALARDA ABLASYON-PROGRESYON(ABPRO) SÜRESİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ

**Murat ESER<sup>1</sup>, Metin ÖZKAN<sup>1</sup>**

1-Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji

**AMAÇ:** Karaciğer(KC) metastazları kolorektal kanserli hastaların %45'inde ortaya çıkar. İlk başvuruda hastaların %15–25'inde karaciğer metastazları (senkron) bulunurken, ek %15-20'sinde primer tümör rezeksiyonu sonrası (metakron) karaciğer metastazları gelişir. Radyofrekans ablasyonu (RFA), cerrahiye uygun aday olmayan hastalar ve posthepatektomi nüksleri olan hastalar için genel kabul görmüş alternatif bir tedavidir. Biz bu çalışmada karaciğer metastazlarına yapılan RFA zamanı ile hastanın ilk progresyona zamanına kadar olan sürenin(ABPRO); sağkalımda(OS) ve matastatik birinci basamak tedavide progresyonsuz sağkalımı(PFS) üzerindeki etkisini araştırmayı hedefledik.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Şubat 2015 ve Aralık 2021 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Medikal Onkoloji (EÜMO) kliniğinde kolon kanseri tanısı almış ve tanı anında ya da sonradan KC metastazı gelişip KC metastazlarına RFA yapılan 65 hasta çalışmaya dahil edildi. 65 hasta ABPRO süresine göre bu sürenin 9 aydan kısa(grup1) ve 9 ay ve daha uzun(grup2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların genel sağkalımı(OS) ve progresyonsuz sağkalım(PFS) Kaplan-maier ve gruplar arasındaki ilişki ki-kare yöntemleri ile hesaplandı.

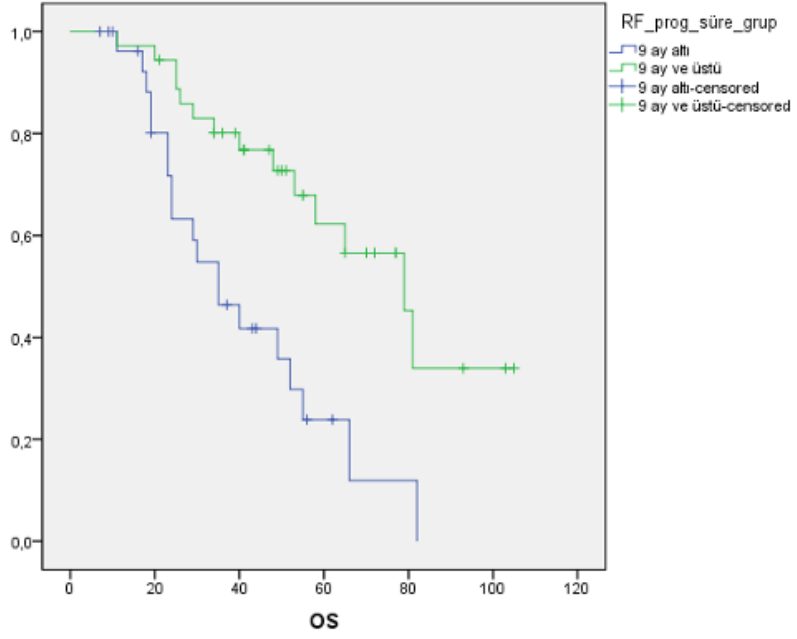
**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 60 yaş idi. Primer tümör lokalizasyonu grup1 de daha çok sigmoid kolon iken grup2 de rektum olmuş ve anlamlı fark oluşmuştur(P:0,018). Hastaların tedavisine EGFR yerine VEGFR eklenmesinin ABPRO süresini anlamlı olarak daha uzattığı saptandı(P:0,039). Hastaların KC metastaz teşhis zamanı ve bu metastazlara yapılan RFA arasındaki süre ile ABPRO süresi karşılaştırıldığında KC metastazlarına ne kadar erken(<6 ay) RFA yapılırsa ABPRO süresini anlamlı olarak o kadar daha uzun olduğu saptandı(P:0,048). Grupların klinik özellikleri tablo1 de sunulmuştur.

**Tablo1:** mKRC hastasının klinik özellikleri

Özellikler	Toplam sayı	Grup1 (n:29)	Grup2 (n:36)	P değeri
Yaş <65 ≥65	42 (%64,4) 23 (%35,4)	19 (%65,5) 10 (%34,5)	23 (%63,9) 13 (%36,1)	0,551
Cinsiyet Kadın Erkek	37 (%56,9) 28 (%43,1)	11 (%37,9) 18 (%62,1)	17 (%47,2) 19 (%52,8)	0,309
KC metastaz çapı(mm) ≤25 >25	32 (%49,2) 33 (%50,8)	13 (%44,8) 16 (%55,2)	19 (%52,8) 17 (%47,2)	0,349
Primer tm çapı(mm) <40 ≥40	27 (%42,2) 37 (%57,8)	14 (%48,3) 15 (%51,7)	13 (%37,1) 22 (%62,9)	0,260
Tm_lokalizasyonu Çekum Çekum+çıkan kolon Çıkan kolon Transvers kolon İnen kolon Sigmoid kolon Rektum Rektosigmoid kolon	10 (%15,4) 1 (%1,5) 5 (%7,7) 3 (%4,6) 1 (%1,5) 25 (%38,5) 17 (%26,2) 3 (%4,6)	5 (%17,2) 0 0 1 (%3,4) 1 (%3,4) 16 (%55,2) 6 (%20,7) 0	5 (%13,9) 1 (%2,8) 5 (%13,9) 2 (%5,6) 0 9 (%25) 11 (%30,6) 3 (%8,3)	<u>0,018</u>
Kolorektal_kanseri Evre 1. Evre 2. Evre 3. Evre 4. Evre	0 8 (%12,3) 11 (%16,9) 46 (%70,8)	0 1 (%3,4) 6 (%20,7) 22 (%75,9)	0 7 (%19,4) 5 (%13,9) 24 (%66,7)	0,108
KRAS Wild Mutant Kodon 12 Kodon 13 Kodon 61	38 (%61,3) 24 (%38,7)	19 (%65,5) 10 (%34,5) 9 1 0	19 (%57,6) 14 (%42,4) 9 4 1	0,606
Metastatik 1. Sıra tdv Oxaliplatin bazlı İrinotekan bazlı Kapasitabin bazlı	46 (%71,9) 16 (%25) 2 (%3,1)	19 (%65,5) 10 (%34,5) 0	27 (%77,1) 6 (%17,1) 2 (%5,7)	0,099
Metastatik 1. Sıra tdv EGFR VEGFR Non	23 (%37,1) 26 (%41,9) 13 (%21)	15 (%51,7) 11 (%37,9) 3 (%10,3)	8 (%24,2) 15 (%45,5) 10 (%21)	<u>0,039</u>
KC metastaz teşhis zamanı ile RFA arası süre <6 ay ≥6 ay	29 (%44,6) 36 (%55,4)	10 (%34,5) 19 (%56,6)	21 (%58,3) 15 (%41,7)	<u>0,048</u>

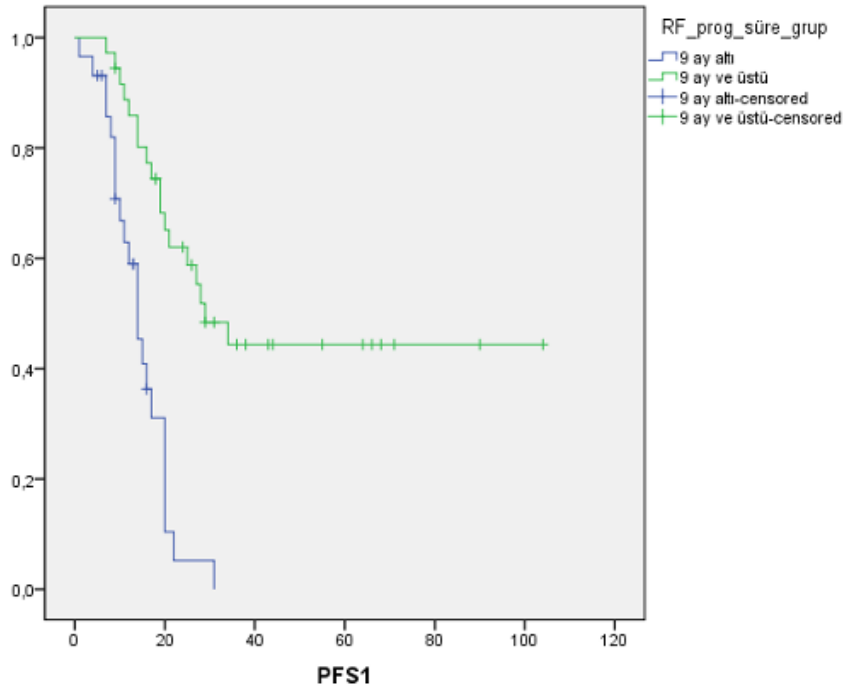
Medyan genel sağkalımlar grup1 ve grup2 de sırasıyla; 35(22,3-47,6) ve 79(aralık 60,9-97) idi. Grup2 de yer alan hastalar grup1'e göre daha iyi prognoz gösterdi(P:0.001). Gruplar arası sağkalım grafiği şekill de sunulmuştur.

**Şekil1:** mKRC hastalarının gruplar arası OS farklılıkları



Hastaların birinci basama tedavi ile sağlanan progresyonsuz sağkalım grup2 de anlamlı olarak daha uzun saptanmıştır(p: <0,001).Gruplar arası PFS grafiği şekil2 de sunulmuştur.

**Şekil2:** mKRC hastalarının gruplar arası PFS farklılıkları



**SONUÇLAR:** KC metastazlı KRK'li hastalarda tümör rektumda ise KC metastarına yapılan RFA sonrası hastalık diğer lokalizasyonlara göre daha geç progresyon gösterdiği saptandı. Primer tümörün çapı, hastalığın başlangıçtaki evresi ve RFA yapılan KC metastatik nodül çapı ABPRO süresini etkilememektedir. Tümörün KRAS mutand veya wild olması ve hastanın aldığı kemoterapinin oxaliplatin veya irinotekan bazlı olması ABPRO süresini etkilememekte ancak tedaviye EGFR yerine VEGFR eklenmesi bu sürenin uzamasına katkı sağladığı saptanmıştır. KC metastazlarına 6 aydan daha kısa süre içinde RFA yapılan hastaların ABPRO süresinin daha uzun olduğu ve ABPRO süresinin uzun olan hastaların hem OS hemde PFS lerinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmamız hekimlere mKRK'li hastalarda özellikle tümör rektum lokalizasyonda ise KC metastazlarına mümkün olduğunca erken zamanda RFA yapılmasının sonrasında ABPRO süresini uzatması ve bu sürenin uzaması ile OS ve PFS de uzama etkisi açısından ışık tutmaktadır.

## NEOAJUVAN TEDAVİ ALAN REKTUM ADENOKARSINOMU TANILI HASTALARDA PATOLOJİK YANIT DURUMUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER VE SAĞKALIM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

**Ziya KALKAN<sup>1</sup>, Senar EBİNÇ<sup>2</sup>, Zeynep ORUÇ<sup>1</sup>,**

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

2-Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Diyarbakır

**AMAÇ:** Lokal ileri rektum kanserinde standart tedavi yaklaşımını neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi ve adjuvan kemoterapi oluşturmaktadır. Neoadjuvan tedavi ile tam yanıt sağlanan hastalarda sağkalım sonuçlarının iyi olması üzerine bu hastalarda cerrahisiz yaklaşımın da bir seçenek olabileceği gündeme gelmiştir. Bu çalışmada amacımız neoadjuvan tedavi sonrası opere olan hastalarda patolojik yanıt durumunu predikte eden faktörleri araştırmaktır. Tam veya tama yakın yanıt alınan hastalar ile kısmi yanıt alınan veya yanıtız izleyen hastaların sağkalımları karşılaştırıldı.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmamıza 2011-2021 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuran lokal ileri evre rektum karsinomu nedeniyle neoadjuvan tedavi uygulanmış olan hastalar dahil edildi. Neoadjuvan tedaviyi tamamlamayan veya tedavi altında progresyon gelişen hastalar çalışmadan dışlandı. Hasta bilgileri hastane kayıt sistemi kullanılarak retrospektif olarak incelendi.

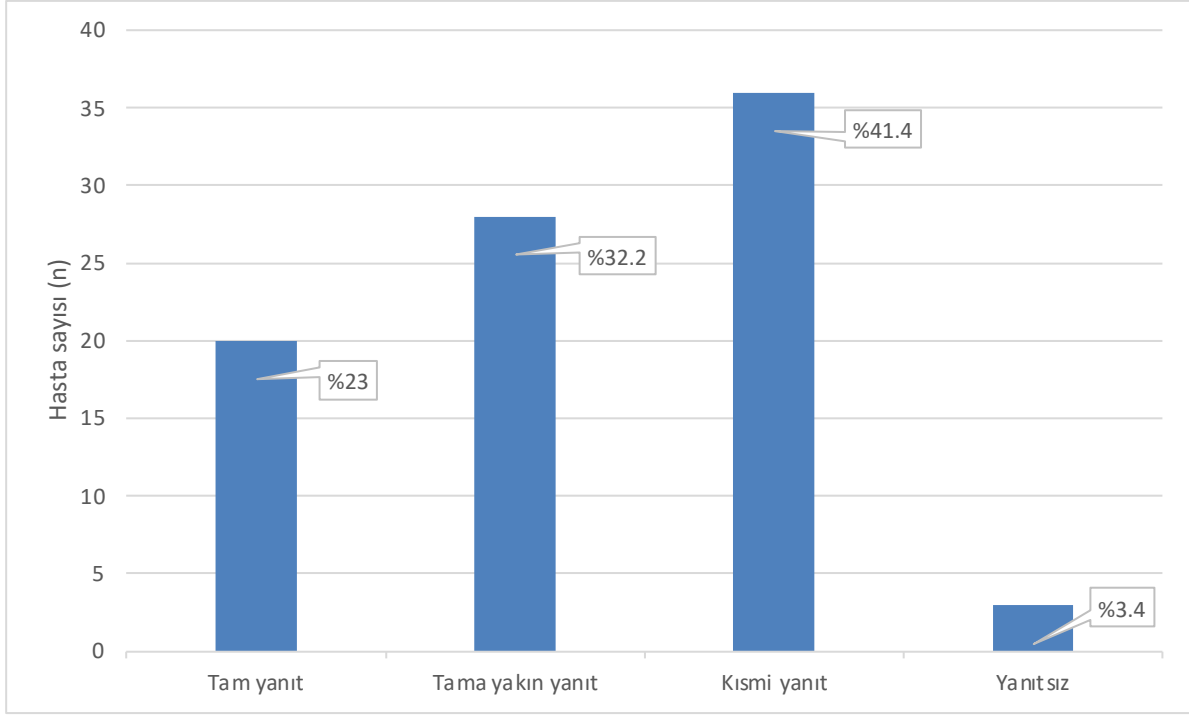
**BULGULAR:** Çalışmamızda, neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi yapılmış olan 87 hasta dahil edildi. Hastaların 49'u (56.3) kadın, 38'i (%43.7) erkekti. Medyan tanı yaşı 52 yıl (28-85) idi. Başvuru anında %74.7 (n=65) hasta T3 ve %72.4 (n=63) hasta N1 hastalığa sahipti (Tablo 1). Neoadjuvan tedavi ile %23 (n=20) hastada tam yanıt, %32.2 (n=28) hastada tama yakın yanıt, %41.4 (n=36) hastada kısmi yanıt ve %3.4 (n=3) hastada ise yanıtız hastalık gözlenmişti (Grafik 1). Yanıtı predikte eden faktörler incelendiğinde tanı yaşı, tümör lokalizasyonu ve T evresinin yanıt durumunu predikte ettiği tespit edildi. İleri tanı yaşı (p=0.021), distal yerleşim (p=0.047) ve T2 tümör varlığı (p=0.032) iyi yanıt için prediktör faktörler olarak izlendi (Tablo 2). Tam veya tama yakın yanıt sağlananlarda kısmi yanıt veya yanıtız olan hastalara göre DFS (Log-rank p<0.001) ve OS (Log-rank p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi idi (Şekil 1,2).

**SONUÇLAR:** Rektum kanserinde neoadjuvan tedavi alan hastalarda yaş, T evresi ve tümör lokalizasyonunun patolojik yanıtı predikte ettiğini tespit ettik. Tam veya tama yakın yanıt sağlanan hastalarda DFS ve OS'nin daha iyi olduğunu gözledik.



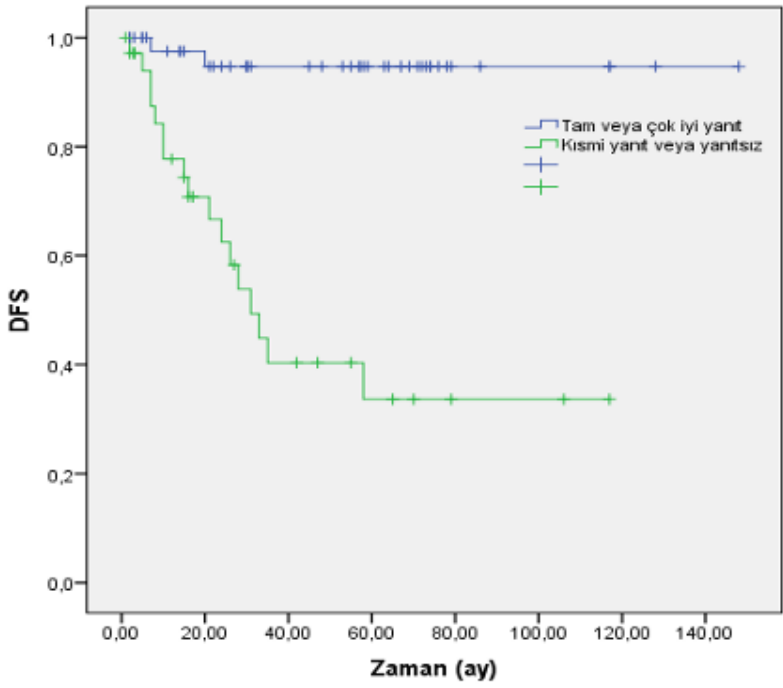
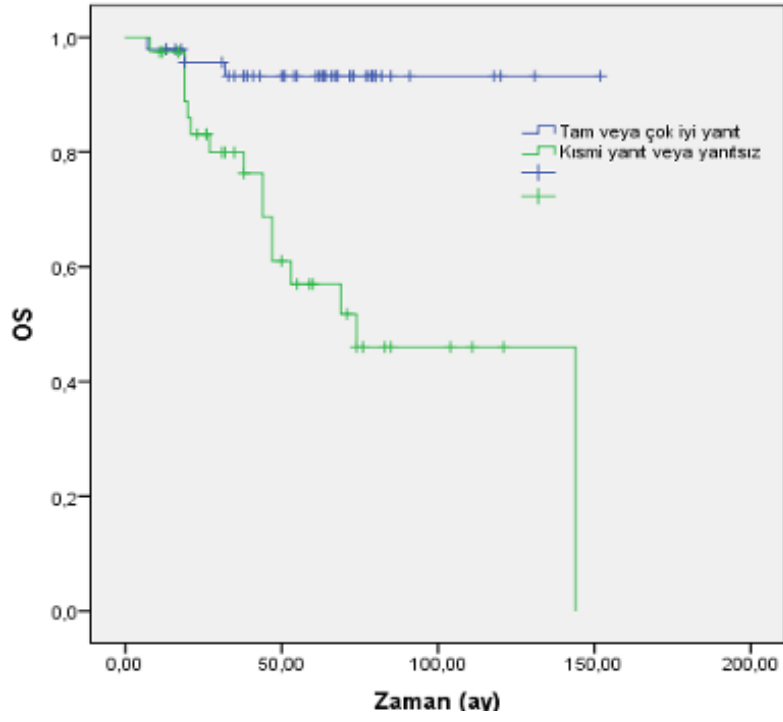
Tablo-1: Hastaların ve Tümörün Karakteristik Özellikleri		
Özellikler	n=87	%
Cinsiyet		
Kadın	49	56.3
Erkek	38	43.7
Sigara kullanımı		
Var	30	34.5
Yok	57	65.5
Klinik T evresi		
cT2	13	14.9
cT3	65	74.8
cT4	9	10.3
Klinik N evresi		
cN0	18	20.7
cN1	63	72.4
cN2	6	6.9
Total neoadjuvan tedavi		
Aldı	8	9.2
Almadı	79	90.8
Konsolidasyon tedavisi		
Aldı	47	54
Almadı	40	46
	Median (min-max)	
Yaş (yıl)	52 (28-85)	
Hemoglobin düzeyi (gr/dL)	12.8 (8.3-16.4)	
CEA (ng/ml)	3.42 (0.9-104)	
CA 19-9 (U/ml)	10.6 (0.6-172)	
Tümör lokalizasyonu (cm)	6 (2-15)	

**Grafik 1:** Neoadjuvan Tedavi Sonrası Regresyon Skoru



**Tablo-2:** Tam yanıtı ve tama yakın yanıtı etkileyen faktörlerin multivariate analiz sonuçları

	<u>HR</u>	<u>95% CI</u>	<u>P</u>
Tamı yaşı	0.95	0.91-0.99	21
Cinsiyet (erkek/kadın)	1.53	0.37-6.33	0.55
Sigara (var/yok)	2.28	0.81-6.42	0.11
Kanama (var/yok)	0.47	0.09-2.28	0.35
İntestinal disfonksiyon (var/yok)	0.73	0.22-2.43	0.61
Ağrı (var/yok)	0.31	0.01-6.33	0.45
CEA	0.98	0.94-1.02	0.42
CA19.9	1.01	0.99-1.03	0.21
Hemoglobin düzeyi	1.04	0.74-1.47	0.80
Tümör lokalizasyonu	1.21	1.00-1.46	47
Klinik T evresi	5.43	1.15-25.6	32
Klinik N evresi	0.66	0.17-2.52	0.54
Total neoadjuvan tedavi (Aldı/Almadı)	4.96	0.81-30.3	0.08



Şekil 1-2: Neoadjuvan tedavi sonrası yanıt durumuna göre OS ve DSF Kaplan Meier eğrileri

## METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA BEVACİZUMABIN HEPATOSTEATOZ ÜZERİNE ETKİSİ

Muhammed Muhiddin ER<sup>1</sup>, Mehmet Zahid KOÇAK<sup>1</sup>, Murat ARAZ<sup>1</sup>, Melek KARAKURT ERYILMAZ<sup>1</sup>, Mehmet ARTAÇ<sup>1</sup>

1-Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**AMAÇ:** Metastatik kolorektal kanserli hastalarda ikili kemoterapi rejimlerine hedefe yönelik ajanların eklenmesi, tedavi yanıtını ve küratif rezeksiyona uygunluğu arttırdıkları saptanmıştır. Kullanılan kemoterapi ajanlarından oksaliplatinin sinuzal obstruksiyon sendromu, irinotekanın ise non-alkolik yağlı karaciğer hastalığına yol açabildiği bilinmektedir. Literatürde bevacizumabın kemoterapinin neden olduğu karaciğer hasarını azaltabileceğini öngören çalışmalar mevcuttur ancak çalışmalarda veriler bevacizumabın klinik etkinliğini yeterli düzeyde yansıtmamaktadır. Bevacizumabın karaciğer yağlanması üzerine etkisi net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmamızda bevacizumabın karaciğer yağlanması üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmaya Ocak 2015- Haziran 2020 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde takip edilen konvansiyonel kemoterapi ve hedefe yönelik ilaç almış 198 hasta dahil edildi. Hastalar kemoterapi ile birlikte bevacizumab alan ve almayan şeklinde iki gruba ayrıldı. Hastaların tedavi öncesi, tedavinin 3.ay ve tedavinin 6.ayında çekilmiş batın tomografilerindeki karaciğer yağlanması düzeyi tek bir radyolog tarafından Hounsfield Unit (HU) indeksi ile değerlendirildi. Çalışmamızda bağımsız örneklem t testi, ki-kare testi ve Wilcoxon testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Hastaların median yaş ortalaması 60 (26-83) idi. 132 hasta kemoterapiyle birlikte bevacizumab , 66 hasta ise anti-EGFR tedavisi almıştı. Bevacizumab alan ve almayan grupta hastaların vücut kitle indeksi, komorbidite, alkol kullanımı, backbone kemoterapi rejimi (FOLFOX-FOLFİRİ), ilaç kullanımı (oral anti diyabetik, lipid düşürücü ilaç, anti-epileptik ilaç), ve tanı anında karaciğer metastazı olması olup olmaması açısından fark saptanmadı (hepsi için,  $p>0,05$ ). Bevacizumab alan hastalarda tedavi öncesi karaciğer median HU indeksinin, tedavinin 3.ayında ( $100.5\pm 12.7$  vs  $87.6\pm 14$ ,  $p<0,001$ ) ve tedavinin 6.ayında ( $100.7\pm 12.6$  vs  $88.6\pm 13.3$ ,  $p<0,001$ ) anlamlı olarak azaldığı tespit edildi. Bevacizumab alan ve almayan hastaların tedavi öncesi, 3. ay ve 6. aydaki karaciğer HU indeksleri arasında fark saptanmadı (Hepsi için,  $p>0,05$ ).

**SONUÇLAR:** Karaciğer HU indeksindeki azalma karaciğer parankiminde yağlanmaya doğru gidişi göstermektedir. Çalışma grubumuzda bevacizumab kullanımının karaciğer yağlanmasına karşı koruyucu bir etkisi gösterilemedi.

## 65 YAŞ ÜSTÜ OPERE KOLON KANSERLİ HASTALARDA ADJUVAN KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Engin HENDEM<sup>1</sup>, Mehmet Zahid KOÇAK<sup>1</sup>, Murat ARAZ<sup>1</sup>**

1-Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

**AMAÇ:** Opere kolon kanserli yaşlı hastalar, toksisite ve etkinlikle ilgili endişeler nedeniyle genç hastalara göre daha az adjuvan kemoterapi alırlar. Ancak, adjuvan tedavi çalışmalarında yaşlı hastalarla ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Bu nedenle biz, bu çalışmamızda opere kolon kanserli yaşlı hastalarda adjuvan tedavi sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2010-2019 yılları arasında Tıbbi Onkoloji arşivimizde kayıtlı dosya verileri retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya 65 yaş ve üstü evre 2-3 opere kolon kanserli hastalar dahil edildi. Primer tümörü rektum olanlar, de novo metastatik olanlar ve 65 yaş altındaki hastalar dahil edilmedi. Toplamda 521 hasta dosyası incelendi ve dahil edilme kriterlerine uyan 53 hastanın dosya verileri analiz edildi.

**BULGULAR:** 51 hastanın 15'i (%30,2) kadın, 36'sı (%69,8) erkek idi. Ortalama tanı yaşı  $70,8 \pm 4,7$  idi. Evre 2 hasta sayısı 30(%58,5), evre 3 hasta sayısı 21 (%41,5) idi. 38 (%73,6) hasta adjuvan tedavi almıştı. Kullanılan kemoterapi rejimleri FUFA (%22,6), kapesitabin (%11,3), FOLFOX (%30,2) ve XELOX (%11,3) idi. Adjuvan tedavi verilen hastaların sadece %17'sinde (5 hasta) tedavi erken sonlandırılmıştı. En sık tedaviyi kesme nedeni grade 2-3 nörolojik toksisite (3 hasta) idi. Bir hastada pulmoner emboli nedeni ile tedavi sonlandırılmışken, bir hasta ise kendi isteği ile tedaviyi bırakmıştı. Gelişen diğer grade 1-2 yan etkilere bağlı (%20 anemi, %3,8 nefrotoksisite ve %1,9 ishal) tedavi sonlandırılmasına ihtiyaç duyulmadan doz modifikasyonu ile tedaviye devam edilmişti. Hastaların %9,4'ünde (5 hasta) uzak metastaz, %3,8'inde (2 hasta) lokal nüks gelişmişti. Progrese olan 7 hastanın (%17,9) tamamı adjuvan tedavi almıştı. 5 yıllık DFS oranı %42,4 (%95CI :22,5-55,3), 5 yıllık OS oranı %75,2 (%95CI: 60,7-92,6) idi. Adjuvan kemoterapi alan ile almayan grubun OS'si karşılaştırıldığında kemoterapi alanlar lehine %20 risk azalması saptandı.(HR:0,80 %95 CI:0,66-0,90 (p=0,0025)). DFS'leri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.(HR:1,02 %95 CI:0,75-1,35) (p=0,96)

**SONUÇLAR:** Çalışmamızda, 65 yaş ve üstü hastalarımızda en çok gelişen ve tedavi sonlandırılmasına neden olan toksisite grade2-3 nörolojik toksisite idi. Diğer yan etkilerin büyük çoğunluğu kolay yönetilebilir toksisiteLERdi. Bu nedenle, yaşlı popülasyonda kemoterapiye bağlı hasta kırılabilirliği endişe nedeni olsa da, bizim çalışmamızda, küçük bir grup haricinde tedavi toksisitesinin yönetilebilir olduğu gözlemlendi ve adjuvan kemoterapi yaşlı hastalarda sağkalım üzerine etkinliği gösterildi. Hasta sayısının azlığı ve retrospektif dizayn nedeni ile bu verilerin daha geniş katılımlı çalışmalar ile doğrulanması gerekmektedir.

## METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE NAB-PAKLİTAKSEL VEYA PLATİNLİ KOMBİNASYON TEDAVİLERİNİN ETKİNLİĞİNİ PREDİKTE EDEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

**Serdar İLERİ<sup>1</sup>, Murat ARCAGÖK<sup>1</sup>, Zuhat URAKÇI<sup>1</sup>**

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

**AMAÇ:** Pankreas kanseri oldukça ölümcül, 5 yıllık sağkalım oranı %10'nun altında olan ve insidansı giderek artmakta olan bir kanserdir. Hastaların çoğu tanı anında lokal olarak ilerlemiş (%30-35) veya metastatik (%50-55) hastalık ile başvurur. Metastatik pankreas kanserinde folfirinoks(5-fu, folinik asit, oksaliplatin, irinotekan) rejimi ve gemitabinin nab-paklitaksel veya platin ajanlarla kombinasyonu sistemik tedavinin temelini oluşturmaktadır. Çalışmamızda metastatik pankreas kanserinde 1.basamak veya 2.basamak tedavide nab-paklitaksel ya da platinli kombinasyon tedavilerinin etkinliğini karşılaştırmayı ve tedavi etkinliğini predikte eden faktörleri araştırmayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** : Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümüne 2016-2021 arası başvuran metastatik pankreas kanseri tanılı 1.basamak veya 2.basamak tedavide nab-paklitaksel yada platinli kombinasyon tedavileri almış hastalar çalışmaya dahil edildi. İstatistiksel değerlendirme için PASW Statistics for Windows, Version 18.0. (SPSS Inc., Chicago, USA) programı kullanıldı. Hasta özellikleri ve parametre sıklığını değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler, sağkalım analizlerinde univariate analiz için Cox regresyon analizi Enter metodu, multivariate analiz için Cox regresyon analizi backward stepwise (likelihood ratio) metodu kullanıldı. Sağkalım analizleri için Kaplan-meier survival analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 29 (%38.7) kadın, 46(%61.3) erkek olmak üzere 75 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 56 (35-76) yılıdır. Tanı sırasında 23 (%30.7) hasta lokalize hastalık, 52 (%69.1) hasta metastatik hastalık ile başvurdu. ECOG performans skoru 0-1 olan 65 (%86.7), ECOG PS  $\geq$ 2 olan 10 (%13.3) hasta vardı. Birinci basamak tedavi alan 45 (%60 ) hasta , ikinci basamak tedavi alabilen 30 (%40 ) hasta vardı. Gemitabin nab-paklitaksel kombinasyonu alan 30 (%40 ) hasta, gemitabin platin kombinasyonu alan 17(%22.7) hasta, diğer tedavi rejimlerinin alan 28 (%37.3) hasta vardı. Tedavi yanıtlarına bakıldığında 0 (%0) hastada tam yanıt(CR), 35 (%46.7) hastada kısmi yanıt(PR), 10(%13.3 ) hastada stabil hastalık(SD), 30 (%40) progresyon (PD) görüldü. Gemitabin nab-paklitaksel kombinasyonunda 16 hastada PR, 3 hastada SD 11 hastada PD izlenirken, Gemitabin platinli kombinasyonda 9 hastada PR, 3 hastada SD, 5 hastada PD izlendi. Objektif yanıt oranı gemitabin nab-paklitaksel kolunda %53.3 gemitabin platin kolunda %52.2 idi. Her iki grup arasında istatistiksel olarak fark izlenmedi (p=0.97). Gemitabin nab-paklitaksel kolunda medyan PFS 5 ay iken gemitabin platin kolunda 4 ay idi. Her iki grup arasında PFS açısından istatistiksel olarak fark izlenmedi (p=0.37). Gemitabin nab-paklitaksel kolunda medyan OS 15 ay iken gemitabin platin kolunda 13 ay idi. Her iki grup arasında OS açısından istatistiksel olarak fark izlenmedi ( p=0.60). Metastatik pankreas kanserinde progresyonsuz sağkalımı predikte eden faktörler (yaş, cinsiyet, ECOG PS, Ca 19-9, tedavinin alındığı basamak, kemoterapi rejimi) değerlendirildiğinde multivariate analizde Ca19-9'un >5000 olması (p=0.03) ve tedavinin (nab-paklitakseli veya platinli) 2. basamakta alınmış olması (p=0.01) daha kötü PFS ile ilişkili idi.

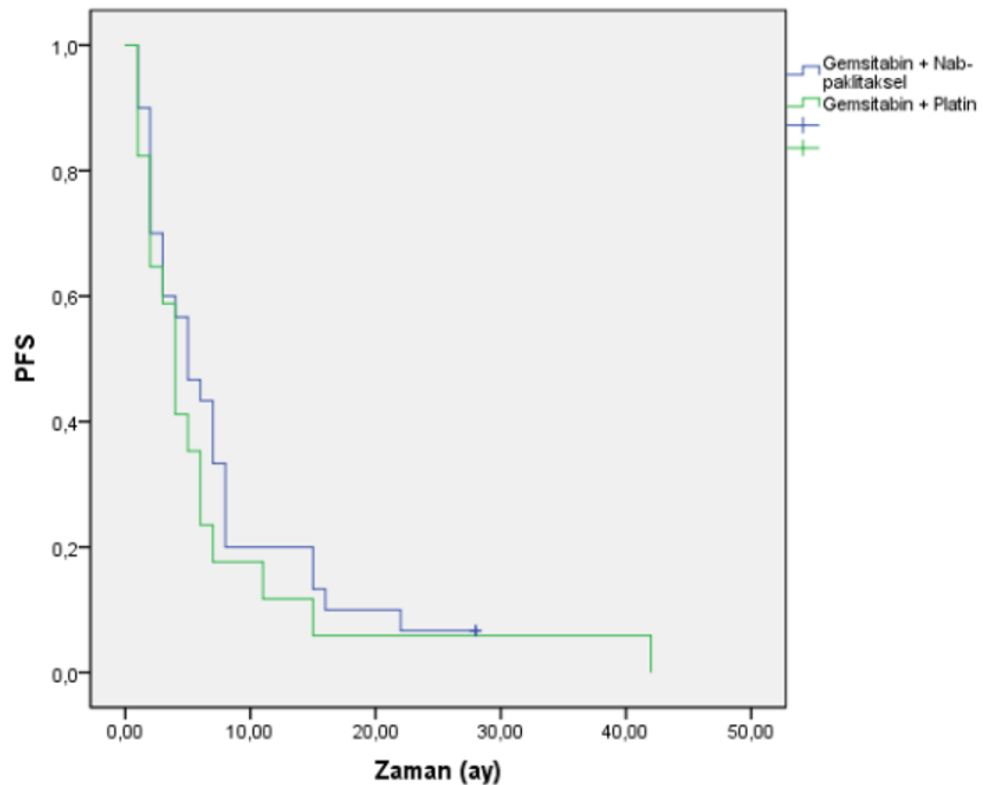
**SONUÇLAR:** Metastatik pankreas kanserinde 1.basamak ve 2.basamak tedavide nab-paklitaksel veya platinli kombinasyon tedavileri arasında etkinlik ve sağkalım açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Yüksek ca19-9 düzeyi ve çoklu basamak tedavi kötü pfs, düşük tedavi yanıtı ile ilişkili olabilir.

Tablo-1:

Parametreler	Progression Free survival					
	Univariate analiz			Multivariate analiz		
	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P
Yaş	1.01	0.98-1.04	0.28	1.04	0.99-1.08	0.06
Cinsiyet (kadın*/erkek)	1.18	0.73-1.89	0.49			
ECOG PS (0-1*/2-4)	1.42	0.72-2.79	0.30			
Metastaz alanı (KC*/diğer)	1.09	0.68-1.76	0.70			
Ca 199(>5000*/<5000)	0.52	0.26-1.03	0.06	0.37	0.15-0.91	0.03
Tedavi basamağı (1*/2)	1.33	0.83-2.13	0.23	2.65	1.23-5.70	0.01
Tedavi rejimi (Gem + NP*/Gem + P)	1.29	0.69-2.40	0.41			

\* Referans kategori

Tablo-2:



## KÜRATİF CERRAHİ UYGULANAN MİDE KANSERLERİNDE LENF NODU METASTAZI İLE İLİŞKİLİ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER

Yakup DÜZKÖPRÜ<sup>1</sup>

1-SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Mide kanseri, dünya genelinde 5. en sık görülen kanser olup kanser ilişkili ölümlerin önemli bir sebebidir. Lenf nodu tutulumu mide kanserinin evrelemesinde, dolayısıyla prognozun tayininde önemli rol oynamaktadır. Çalışmamızda mide kanseri tanısıyla küratif cerrahi uygulanan hastalarda lenf nodu tutulumu ile ilişkili klinikopatolojik faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Hastanemiz tıbbi onkoloji kliniğinde 2010 ile 2020 yılları arasında mide kanseri tanısıyla takip edilmiş olan hastalar retrospektif olarak tarandı. 18 yaş ve üstündeki küratif cerrahi uygulanmış hastalar çalışmaya alındı. Verileri eksik olan ya da takip dışı kalmış hastalar, ikinci kanseri olan hastalar çalışmaya alınmadı. Evre 4 hastalık tespit edilen hastalar hariç bırakıldı. Hastaların patolojik değerlendirme sonucu tespit edilen lenf nodu metastazı durumunun ilişkili olabileceği klinikopatolojik özelliklerin tek değişkenli ve çok değişkenli analizi yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışma grubunda median yaş 59 (22-85) idi. Hastaların 82'si (%71.3) erkekti, 76 hastaya (%66.1) total gastrektomi yapılmıştı. 75 (%65.2) hastaya D2 lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı. PNİ ve LVİ sırasıyla 60 (%52.2) ve 65 (%56.5) hastada mevcut idi. 18 (%15.7) hasta evre 1, 33 (%28.7) hasta evre 2 ve 64 (%55.7) hasta evre 3 mide kanseri idi. 20 (%17.4) hasta neoadjuvan tedavi almıştı.

LN tutulumu için yapılan tek değişkenli logistic regresyon analizinde LVİ (p:0.000), Tm boyutu (p:0.04), PNİ (p:0.006) ve pT evresi (p:0.001) parametreleri bir risk faktörü olarak istatistiksel anlamlı bulundu. Ardından yapılan çok değişkenli logistic regresyon analizinde ise LN tutulumu açısından sadece LVİ bağımsız bir risk faktörü olarak görüldü(p:0.002).



Tablo1: Hastaların lenf nodu tutulumuna göre klinikopatolojik özellikleri			
	LN+ (%)	LN- (%)	p-value
Cinsiyet	59(69.4)	23(76.7)	0.31
Erkek	26(30.6)	7(23.3)	
Kadın			
Neoadjuvan KT	13(15.3)	7(23.3)	0.14
Evet	72(84.7)	23(76.7)	
Hayır			
LN diseksiyon tipi	27(31.8)	13(43.3)	0.18
D1 Diseksiyon	58(68.2)	17(56.7)	
D2 diseksiyon			
Ameliyat Tipi	60(70.6)	16(53.3)	0.09
Total gastrektomi	25(29.4)	14(46.7)	
Subtotal gastrektomi			
Yerleşim	2(2.4)	1(3.3)	0.32
GEJ	22(25.9)	9(30)	
Fundus kardial	26(30.6)	4(13.3)	
Korpus	35(41.2)	16(53.3)	
Antrum.pilor			
Tm boyutu	31(36.5)	19(63.3)	0.03
<5 cm	44(51.8)	10(33.3)	
5-10 cm	10(11.8)	1(3.3)	
>10 cm			
Diferansiasyon	1(1.2)	3(10)	0.03
İyi	28(32.9)	13(43.3)	
Orta	56(65.9)	14(46.7)	
Kötü			
Perinöral invazyon	51(60)	9(30)	5
Var	34(40)	21(70)	
Yok			
Lenfovasküler İnvazyon	58(68.2)	7(23.3)	0
Var	27(31.8)	23(76.7)	
Yok			
pT	5(5.9)	9(30)	0
T1	7(8.2)	7(23.3)	
T2	35(41.2)	5(16.7)	
T3	38(44.7)	9(30)	
T4			

**Tablo2:** Lenf nodu tutulumu için risk faktörleri

	Lenf nodu metastazı		
	Univariate (p değeri)	Multivariate (p değeri)	odds ratio (95% CI)
Cinsiyet	0.45	128	0.34 (0.08-1.36)
Neoadjuvan KT	284	190	0.36 (0.79-1.65)
LN diseksiyon tipi	255	550	1.46 (0.42-5.03)
Ameliyat Tipi	89	583	0.66 (0.15-2.88)
Lokalizasyon	0.35	0.90	
Tm Boyutu	0.04	328	
Diferansiasyon	66	452	
Perinöral İnvazyon	6	324	0.42 (0.07-2.37)
Lenfovasküler invazyon	0.00007	2	12.31 (2.51-60.36)
pT Evresi	1	59	

**SONUÇLAR:** Bizim çalışmamızda gastrektomi yapılan hastalarda LN tutulumunu tahmin etmek için sadece LVİ bağımsız risk faktörü olarak bulundu. Ancak çalışmanın retrospektif olması ve çoğunluğunun lokal ileri evre olmasına rağmen bu hastaların hepsinin neoadjuvan tedavi almamış olması çalışmanın limitasyonları olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla LN tutulumunu predikte edecek faktörler için daha çok sayı ve daha homojen gruplarla yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## METASTATİK PANKREAS KANSERİNDE İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ VE OPTİMAL SIRALI TEDAVİ NASIL OLMALIDIR?

**Fatih GÜRLER<sup>1</sup>, Ayşegül İlhan GÜLŞEN<sup>1</sup>**

1- SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

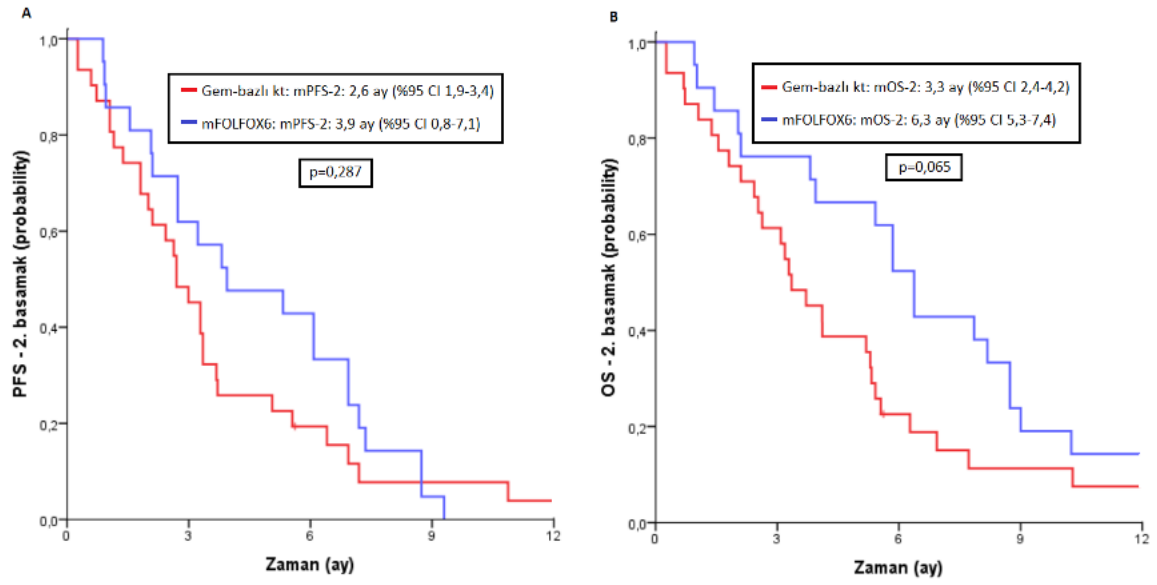
**AMAÇ:** Metastatik pankreas adenokarsinom hastalarında 2. basamak tedavi standart olmamakla birlikte genellikle 1. basamak tedaviye göre planlanmaktadır. Çalışmamızda metastatik pankreas adenokarsinom hastalarında ikinci basamak tedavi etkinliklerini karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Aralık 2011 ve eylül 2020 tarihleri arasında SBÜ Dr. AY AO SUAM Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde metastatik pankreas adenokarsinom tanısı almış, birinci basamak tedavi olarak mFOLFİRİNOX veya gemsitabin-bazlı ikili ajan kemoterapi altında progresyon gelişmiş ve ikinci basamak tedaviyi en az bir siklus alabilmiş  $\geq 18$  yaş hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. İkinci primer maligniteye sahip hastalar dışlanmıştır. Hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların ikinci basamakta aldıkları tedavilere göre sağkalım verileri karşılaştırılmıştır.

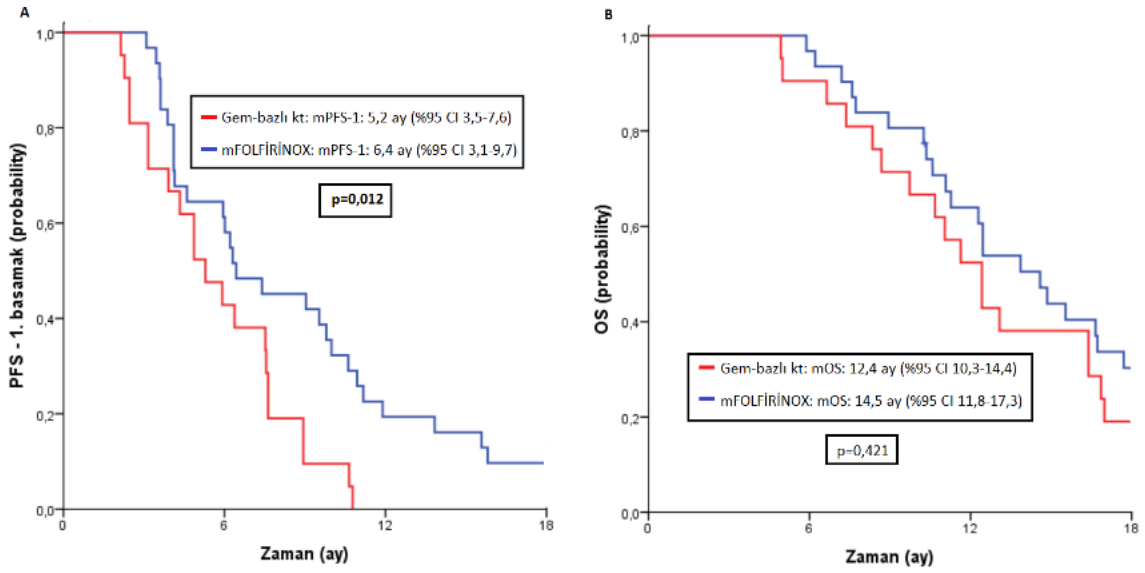
**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 52 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %59,6'sı (n=31) 1. basamak tedavi olarak mFOLFİRİNOX ve progresyonda 2. Basamak olarak gemsitabin-bazlı ikili ajan KT alırken, %40,4'ü (n=21) 1. basamak tedavi olarak gemsitabin-bazlı ikili ajan KT ve progresyonda mFOLFOX-6 tedavisi almıştır. Geriatrik hasta ikinci basamak gem-bazlı KT kolunun % 3,2'sini (n=1) oluştururken mFOLFOX-6 kolunun %23,8'ini (n=5) oluşturmaktadır (p=0,034). Karaciğer her iki kolda da en sık metastaz bölgesidir. Gruplar arasında klinikopatolojik özellikler benzer dağılmıştır. İkinci basamaktaki tedavilere göre mPFS-2 gem-bazlı KT kolunda 2,6 ay (%95 CI 1,9-3,4) iken mFOLFOX-6 kolunda 3,9 ay (%95 CI 0,8-7,1) olarak izlenmiştir (p=0,287). Hem univariate analizde hem de multivariate analizde ikinci basamakta progresyona etki eden faktör saptanmamıştır. İkinci basamak aldıkları tedaviye göre mOS-2 gem-bazlı KT kolunda 3,3 ay (%95 CI 2,4-4,2) iken mFOLFOX-6 kolunda 6,3 ay (%95 CI 5,3-7,4) olarak saptanmıştır (p=0,065). Hem univariate analizde hem de multivariate analizde ikinci basamakta ölüme etki eden faktör saptanmamıştır. Hastalarda 1.basamakta aldıkları tedavilere göre mPFS-1 gem-bazlı Kt kolunda 5,2 ay (%95 CI 3,5-7,6) iken mFOLFİRİNOX kolunda 6,4 ay (%95 CI 3,1-9,7) olarak saptanmıştır (p=0,012). Metastatik hastalık 1.basamak tedavi tarihinden başlayan mOS gem-bazlı KT kolunda 12,4 ay (%95 CI 10,3-14,4) iken mFOLFİRİNOX kolunda 14,5 ay (%95 CI 11,8-17,3) olarak saptanmıştır (p=0,421).

**SONUÇLAR:** mFOLFİRİNOX ile 1.basamakta daha yüksek mPFS-1 elde edilse de 2.basamak tedaviler sonrasında gruplar arasında anlamlı mPFS-2 ve mOS-2 farkı bulunmamaktadır. Metastatik hastalık 1.basamak tedavi başlangıcından itibaren hesaplanan mOS gruplar arasında benzerdir. Hastanın her iki basamakta da performansına uygun kombinasyon tedavisini almasının sağkalım üzerine etkisi benzer görünmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Metastatik pankreas adnokarsinom, ikinci basamak tedavi, kombinasyon tedavisi



Şekil 1. Metastatik pankreas adenokarsinom tanılı hastaların 2. basamakta aldıkları tedavilere göre progresyonsuz sağ kalım (PFS-2) (A) ve genel sağkalım (OS-2) (B) Kaplan-Meier eğrileri.



Şekil 2. Metastatik pankreas adenokarsinom tanılı hastaların 1. basamakta aldıkları tedavilere göre progresyonsuz sağ kalım (PFS-1) (A) ve genel sağkalım (OS) (B) Kaplan-Meier eğrileri.

<b>Tablo 1. Klinikopatolojik özellikler (n=52)</b>			
	<b>İkinci basamak tedavi</b>		
<b>Değişken</b>	<b>Gem-bazlı tedavi</b>	<b>mFOLFOX-6</b>	<b>p değeri</b>
Hasta sayısı, <i>n</i> (%)	31 (59,6)	21 (40,4)	
Medyan yaş, yıl ( <i>min-maks</i> )	53,4 (34,8-71,7)	59,2 (41,8-72,7)	
Yaşlılık, <i>n</i> (%)	30 (96,8)	16 (76,2)	<b>0,034</b>
<65 yaş	1 (3,2)	5 (23,8)	
≥65 yaş			
Cinsiyet, <i>n</i> (%)	8 (25,8)	5 (23,8)	0,870
Kadın	23 (74,2)	16 (76,2)	
Erkek			
ECOG PS, <i>n</i> (%)	10 (32,3)	4 (19,0)	0,292
0	21 (67,7)	17 (81,0)	
≥1			
Tanıda metastaz durumu, <i>n</i> (%)	8 (25,8)	3 (14,3)	0,318
Metastatik değil	23 (74,2)	18 (85,7)	
Metastatik			
Primer tümör lokalizasyonu, <i>n</i> (%)	13 (41,9)	13 (61,9)	0,158
Baş	17 (54,8)	7 (33,3)	
Gövde	1 (3,2)	1 (4,8)	
Kuyruk			
Metastaz bölgeleri, <i>n</i> (%)	25 (80,6)	19 (90,5)	0,449
Karaciğer	3 (9,7)	4 (19,0)	
Periton	4 (12,9)	3 (14,3)	
Akciğer	14 (45,2)	6 (28,6)	
Diğer			
Metastatik bölge sayısı, <i>n</i> (%)	17 (54,8)	13 (61,9)	0,613
<2	14 (45,2)	8 (38,1)	
≥2			
Birinci basamak tedavi, <i>n</i> (%)	31 (100,0)	0 (0,0)	
mFOLFİRİNOX	0 (0,0)	21 (100,0)	
Gemsitabin-bazlı ikili ajan			

<b>Tablo 2. İkinci basamakta progresyona etki eden değişkenlerin tek ve çoklu varyasyon analizleri (PFS-2)</b>						
<b>Değişken</b>	<b>Univariate analiz</b>			<b>Multivariate analiz</b>		
	<b>HR</b>	<b>%95 CI</b>	<b>p değeri</b>	<b>HR</b>	<b>%95 CI</b>	<b>p değeri</b>
Yaşlılık <65 yaş ≥65 yaş	Ref 0,60	0,25-1,4 5	0,263	0,45	0,16-1,2 7	0,132
Cinsiyet Kadın Erkek	Ref 1,44	0,75-2,4 8	0,267	-	-	-
ECOG PS 0 ≥1	Ref 0,71	0,38-1,3 4	0,295	-	-	-
Tanıda metastaz durumu Metastatik değil Metastatik	Ref 1,08	0,53-2,1 8	0,822	-	-	-
Primer tümör lokalizasyonu Baş Gövde Kuyruk	1,12 1,10 0,40	0,64-1,9 6 0,62-1,9 2 0,09-1,6 8	0,688 0,737 0,212	- - -	- - -	- - -
Metastaz bölgeleri Karaciğer Periton Akciğer Diğer	1,55 1,58 0,57 0,93	0,67-3,5 6 0,70-3,5 6 0,24-1,3 7 0,52-1,6 6	0,297 0,269 0,212 0,812	2,48 - - -	0,95-6,4 3 - -	0,062 - - -
Metastatik bölge sayısı <2 ≥2	Ref 1,01	0,57-1,7 9	0,963	0,62	0,32-1,2 2	0,169
İkinci basamak tedavi Gemsitabin-bazlı ikili ajan mFOLFOX-6	Ref 0,73	0,41-1,3 1	0,299	0,75	0,40-1,4 3	0,392

**Tablo 3. İkinci basamakta ölüme etki eden değişkenlerin tek ve çoklu varyasyon analizleri (OS-2)**

Değişken	Univariate analiz			Multivariate analiz		
	HR	%95 CI	p değeri	HR	%95 CI	p değeri
Yaşlılık <65 yaş ≥65 yaş	Ref 0,39	0,14-1,1 2	0,083	0,38	0,12-1,2 3	0,109
Cinsiyet Kadın Erkek	Ref 1,96	0,96-4,0 0	0,061	-	-	-
ECOG PS, n (%) 0 ≥1	Ref 0,88	0,47-1,6 5	0,702	-	-	-
Tanıda metastaz durumu Metastatik değil Metastatik	Ref 0,98	0,48-1,9 8	0,967	-	-	-
Primer tümör lokalizasyonu Baş Gövde Kuyruk	0,97 1,14 0,58	0,55-1,7 3 0,64-2,0 4 0,14-2,4 1	0,938 0,641 0,456	- - -	- - -	- - -
Metastaz bölgeleri Karaciğer Periton Akciğer Diğer	1,16 1,84 0,58 1,18	0,51-2,6 3 0,81-4,2 1 0,24-1,3 8 0,64-2,1 4	0,717 0,144 0,220 0,583	1,87 - - -	0,73-4,7 9 - -	0,192 - - -
Metastatik bölge sayısı <2 ≥2	Ref 1,11	0,62-2,0 1	0,711	0,74	0,38-1,4 4	0,387
İkinci basamak tedavi Gemsitabin-bazlı ikili ajan mFOLFOX-6	Ref 0,57	0,31-1,0 4	0,070	0,62	0,32-1,2 0	0,162

## TANI SIRASINDA METASTATİK KOLON KANSERLİ KEMOTERAPİ İLE BİRLİKTE BEVACİZUMAB ALAN HASTALARDA, TEDAVİ ÖNCESİ PLATETLET LENFOSİT ORANININ GENEL SAĞ KALIM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Muhammet CENGİZ<sup>1</sup>, Oktay BOZKURT<sup>1</sup>**

1-Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı,

**AMAÇ:** Birçok kanserde olduğu gibi kolon kanserinde de hastalığın seyrini tanı sırasında öngörmek tedavi stratejisini belirlemede önemli yer tutmaktadır. Son yıllarda tam kan sayımı parametreleriyle kanserler arasında prognoz açısından ilişki olabileceği konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Platelet/Lenfosit oranı inflamasyon durumunu yansıtan bir parametre olarak bilinmekte olup kanserli hastaların prognozunun tayininde kullanılabilir. Bu çalışmada tanı sırasında metastatik olan ve kemoterapi ile birlikte bevacizumab verilen hastalarda, tedavi öncesi Platelet/Lenfosit oranının genel sağ kalım ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2006-2020 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji polikliniğine baş vuran tanı sırasında metastatik olan ve kemoterapi ile birlikte bevacizumab verilen kolon kanserli 42 hasta çalışmaya dahil edildi. Platelet/Lenfosit oranı hesaplanıp, medyan değeri bulundu. Medyan değerinin altında olanlar grup 1 (n=21), medyan değerinin üzerinde olanlar grup 2(n=21) diye iki gruba ayrıldı. Gruplar arasındaki genel sağ kalım istatistiksel olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Platelet/Lenfosit oranı düşük (grup 1) ve yüksek (grup2) olan gruplar genel sağkalım açısından karşılaştırıldı. Grup 1 de ki hastalarda genel sağkalım 23,33 ay, grup 2 de ki hastalarda ise genel sağkalım 31,19 ay olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

**SONUÇLAR:** Yüksek Platelet/Lenfosit oranının tanı sırasında metastatik olan ve kemoterapi ile birlikte bevacizumab verilen kolon kanserli hastalarda genel sağkalım üzerine istatistiksel açıdan anlamlı etkisi bulunmamıştır. Prognozunu öngörmeye kullanılabilmeleri için daha fazla hasta sayılı, prospektif, randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



## ADJUVAN KEMOTERAPİ UYGULADIĞIMIZ EVRE2 KOLON KANSERİ HASTALARIN KLİNİK ANALİZİ

Mustafa Taner BOSTANCI

1-SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** AJCC (American Joint Committee on Cancer ) TNM'e göre evre 2 kolon kanserleri erken evre tümörler olup büyük oranda adjuvan kemoterapi gerektirmez. Ancak hastalık rekürrensi açısından risk faktörü olarak tanımlanan acil operasyon, T4 tümör invazyonu, lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon ve yetersiz lenf nodu diseksiyonu (<12 lenf nodu) bulunması halinde adjuvan kemoterapi (adjKT) uygulanmaktadır. Çalışmamızda hastanemizde opere edilen evre2 kolon kanseri hastalarının onkolojik sonuçlarının klinik analizini planladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde 2009-2019 yılları arasında opere edilmiş 643 kolon kanseri hasta retrospektif olarak incelendi. Postoperatif erken dönem (45 gün) mortalite görülen hastalar çıkarıldığında geriye kalan 264 evre2 kolon kanseri hastası çalışmaya dahil edildi. AdjKT alan ve almayan hastalar belirlendi. AdjKT alan hastalarda risk faktörleri değerlendirildi. Rekürren hastalık gelişen hastaların klinikopatolojik analizi yapıldı.

**BULGULAR:** 264 Evre2 kolon kanseri hastasının 115'ine adjKT (%43.56) verildiği görüldü. AdjKT uygulanan hastalarda en sık bulunan risk faktörünün acil operasyon (59 hasta; %51.3) olduğu görüldü (Tablo1). 46 hastada 2 risk faktörü, 8 hastada 3 risk faktörü, 3 hastada 4 risk faktörü tespit edilirken, 5 risk faktörü olan hasta ise yoktu. 3-10 Yıl takip sürecinde adjKT alan 17 hastada (17/115; %14.78) ve almayan 7 hastada (7/149; %4.69) olmak üzere toplam 24 hastada (24/264; %9.09) hastalık rekürrensi görüldü. AdjKT sonrası rekürrens gelişen hastalarda acil operasyon (10/17; %58.82) ve T4 tümör (8/17; %47.05) en sık tespit edilen iki risk faktörü olduğu görüldü (Tablo2). Rekürren gelişen hastalarda adjKT almayanların yaş ortalaması 70.71 olup hastalısız sağkalım süresi ortalama 24.14 ay olarak tespit edildi; adjKT alanların yaş ortalaması ise 57.11 olup hastalısız sağkalım süresi de ortalama 23.29 ay olarak bulundu (Tablo3).

**SONUÇLAR:** Acil operasyon ve T4 tümör, adjKT sonrası rekürrens gelişen evre2 kolon kanserinde en önemli iki risk faktörü olarak görülmektedir.

**Tablo1:** AdjKT verilen evre 2 kolon kanseri hastalarında tespit edilen risk faktörleri

	N(%)
Acil cerrahi	59 (%51.3)
T4	38 (%33.04)
LVI	38 (%33.04)
PNI	21 (%18.26)
<12LNs	30 (%26.08)

**Tablo2:** Hastalık rekürrensi gelişen hastaların analizi

Nüks gelişen 7 hastada adjKT almasını gerektirecek bir risk faktörü yok.					
AdjKT alan 17 hastada tespit edilmiş olan risk faktörleri: *8 hastada tek bir risk faktörü mevcut *9 hastada 2 risk faktörü mevcut *3, 4 veya 5 risk faktörü olan hasta yok					
	Acil cerrahi	T4	LVİ	PNİ	<12LNs
	10	8	2	3	3
	%58.82 (10/17)	%47.05 (8/17)	%11.76 (2/17)	%17.64 (3/21)	%17.64 (3/30)

**Tablo3:** Rekürrens gelişen hastaların analizi

	adjKT- (toplama 7 hasta)	adjKT+ (toplama 17 hasta)
Yaş (yıl)(ort; min-max)	70.71 (57-85)	57.11 (37-79)
Cinsiyet (%)	5 (%71.42)	12 (%70.58)
Erkek	2 (%28.57)	5 (%29.41)
Kadın		
Lokalizasyon (%)	2 (%28.57)	10 (%58.82)
Sağ	5 (%71.42)	7 (%41.17)
Sol		
DFS (ay)(ort.; min-max)	24.14 (5-48)	23.29 (3-103)
Rekkürens	4	7
Karaciğer	2	1
Akciğer	1	4
Periton	-	5
Lokal nüks (LAP, kolon)		
Müsinöz komponent	1	3
Risk faktörleri	-	10
-acil cerrahi	-	]
-T4	-	[
-LVİ	-	8
-PNİ	-	2
-<12 LNs		3
		3
		3
		*8 hastada 1 risk
		*9 hastada 2 risk

## LOKAL İLERİ MİDE ADENOKARSINOM TANILI HASTALARDA NEOADJUVAN FLOT KEMOTERAPİ YANITLARI VE SAĞ KALIMLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sezai TUNÇ<sup>1</sup>, Zuhat URAKÇI<sup>1</sup>

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

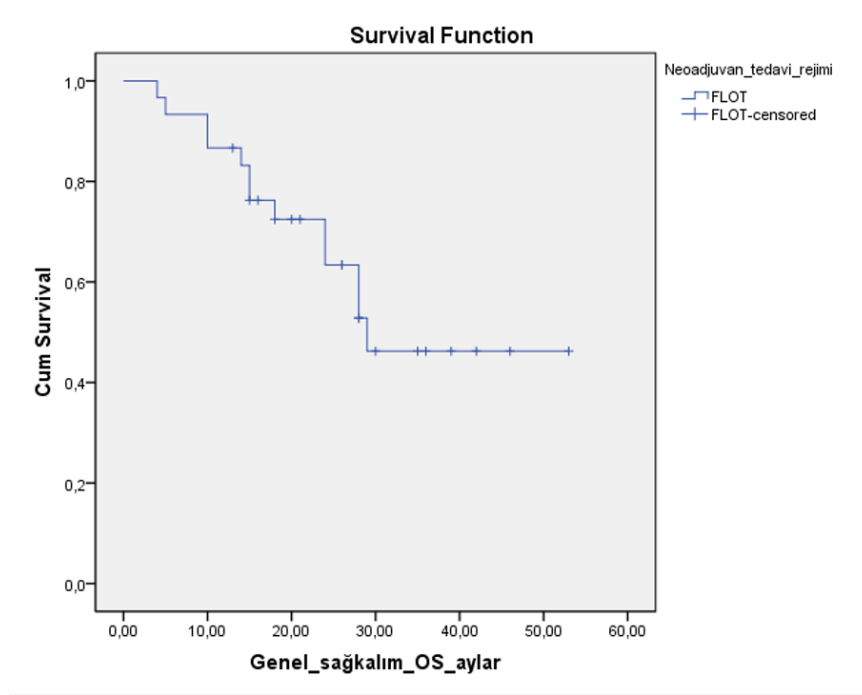
**AMAÇ:** Avrupa’da lokal ileri mide adenokanseri tedavisinde öncelikli önerilen tedavi seçeneği neoadjuvan FLOT (5-Flourourasil+folinik asit+oxaliplatin+dosetaksel) sonrası cerrahi yapılması ve adjuvan FLOT kemoterapisidir. Bu çalışmamızda merkezimizde lokal ileri mide adenokarsinom tanısı alan ve neoadjuvan FLOT tedavisi verilen hastaların tedavi yanıtlarını, sağ kalım sonuçlarını ve sağ kalıma etki eden faktörleri saptamayı amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2014-2020 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Hastanesi’ne başvuran lokal ileri evre mide kanseri tanılı hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların cinsiyet, yaş, başlangıç şikayeti, ECOG performans durumu, tanıdaki evre, tanıda klinik lenf nodu durumu, tümörün midede yerleşim yeri, tümörün histolojik tipi, neoadjuvan FLOT doz sayısı, neoadjuvan tedavi sonrası gastrektomi yapılıp yapılmadığı, neoadjuvan tedavi sonrası patolojik yanıt durumu, rezeksiyon tipi (R0, R1, R2), lenf nodu diseksiyonu tipi (D1, D2), adjuvan tedavi biçimi, nüks gelişip gelişmediği hasta dosyalarından temin edilip kaydedildi. Veriler SPSS sistemine kaydedilip istatistiksel analiz yapıldı.

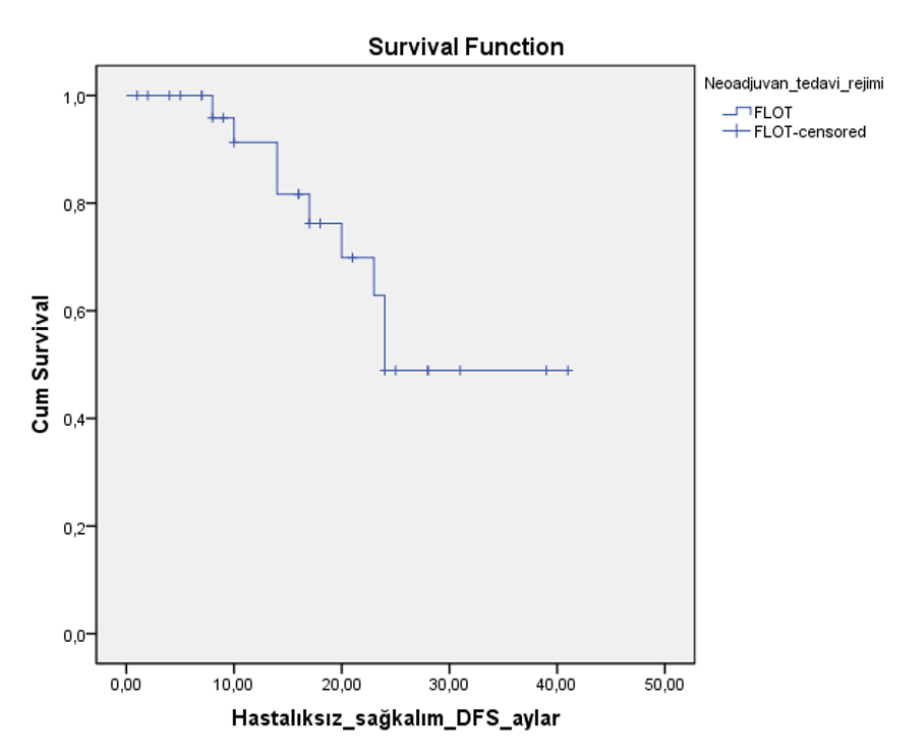
**BULGULAR:** Çalışmaya toplamda 30 hasta dahil edilmiş olup, hastaların 21 (%70)’i erkek ve 9 (%30)’u kadındı. Hastaların median yaş ortalaması 56,5 (20-76) yıl idi. Hastalar en sık karın ağrısı (%43,3), bulantı ve kusma (%16,7), disfaji (%13,3) ve kilo kaybı (%10) şikayetleri ile başvurmuştu. ECOG performans skoru 4 (%13) hastada 0, 23 (%77) hastada 1 ve 3 (%13) hastada 2 idi. Tanıda klinik olarak 6 (%20) hastada evre 2 ve 24 (%80) hastada evre 3 hastalık vardı. Otuz hastanın tamamında klinik lenf nodu pozitifliği mevcuttu. Tümör 15 (%50) hastada korpus, 9 (%30) hastada gastroözefagial bileşke ve 6 (%20) hastada ise antrum yerleşimli idi. Hastaların 23 (%77)’ünde diffüz adenokarsinom ve 7 (%23)’ünde intestinal tip adenokarsinom histolojisi mevcuttu. Neoadjuvan FLOT ortalama 6 (2-12) doz verilmişti. Neoadjuvan FLOT sonrası 20 hastaya total ve subtotal gastrektomi yapılmıştı. Neoadjuvan FLOT sonrası 4 hastada progresyon gelişmesi, 5 hastanın cerrahi kabul etmemesi ve 1 hastanın inoperabl kabul edilmesi nedeniyle toplamda 10 hastaya gastrektomi yapılmamıştı. Neoadjuvan FLOT sonrası patolojik evreye bakıldığında; 2 (%10) hastada tam patolojik yanıt, 2 (%10) hastada evre 1, 7 (%35) hastada evre 2, 9 (%45) hastada ise evre 3 hastalık mevcuttu. Onsekiz (%90) hastaya R0, 1 (%5) hastaya R1 ve 1 (%5) hastaya R2 rezeksiyon yapılmıştı. Onsekiz (%90) hastaya D2 ve 2 (%10) hastaya D1 lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı. Postoperatif 14 (%73.7) hastaya adjuvan kemoterapi, 2 (%10.5) hastaya adjuvan kemoradyoterapi verilmişti. Dokuz hastada hastalık nüksü gelişirken; 21 hastada nüks yoktu. Adjuvan tedavide 12 hastaya FLOT, 2 hastaya ise FOLFOX verilmişti. Hastalarda median genel sağ kalıma (OS) ve hastalıksız sağkalıma (DFS) ulaşamadı. Tüm hastalarda ortalama OS 34.7 ay ve ortalama DFS 29.3 ay saptandı (Şekil 1 ve 2). Ortalama OS GEJ tümörlerinde 23.8 ay, korpus tümörlerinde 37.4 ay, antrum tümörlerinde ise 36.6 ay saptandı (p:0.11). Ortalama DFS GEJ tümörlerinde 21.4 ay, korpus tümörlerinde 29.2 ay, antrum tümörlerinde ise 34.4 ay saptandı (p:0.45). Cox regresyon ile cinsiyet, histoloji, tümör yerleşim yeri, evre 2 ve 3 açısından multivaryant analiz yapıldı. Multivaryant

analizde sadece tümör lokalizasyonunun OS açısından istatistiksel farklılık oluşturduğu saptandı (p:0.01, HR:0.55 %95 CI:0.33-0.89). Multivaryant analizde DFS açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

**Şekil 1:** Ortalama genel sağ kalım (OS) kaplan meier eğrisi



**Şekil 2:** Ortalama hastaliksız sağ kalım (DFS) kaplan meier eğrisi



**SONUÇLAR:** Çalışmamızda median OS ve DFS'ye ulaşılamadı. Ortalama OS 34.7 ay, ortalama DFS 29.3 ay saptandı. Tümör yerleşim yerine göre ortalama OS ve DFS açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Cox regresyon ile cinsiyet, histoloji, tümör yerleşim yeri, evre 2 ve 3 açısından yapılan multivaryant analizde sadece tümör yerleşiminin OS açısından istatistiksel anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı. Hasta sayısının az olması çalışmamızın sınırlamalarından olup, daha yüksek hasta sayıları ve daha uzun takip süreleri ile sağkalımlar açısından daha doğru sonuçlara varılabilir.

## GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERİN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ-TEK MERKEZ DENEYİMİ

Özlem DOĞAN<sup>1</sup>

1-Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Gastrointestinal stromal tümörler(GİST) gastrointestinal sistemin nadir görülen mezenkimal kökenli tümörleridir ve %1-2 oranında görülür.(1) Çoğunlukla mide ve ince bağırsaktan köken alırlar, nadir olarak da omentum, mezenter ve peritonda görülebilirler.(2) GİST genelde yaşlı erişkinlerde görülür, kadın ve erkeklerde eşit oranda ortaya çıkar. (3)

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Hastanemiz tıbbi onkoloji kliniğinde 2013-2021 yılları arasında gastrointestinal stromal tümör tanısı alan hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya 18 yaş üstü tüm GİST tanılı hastalar dahil edildi. Verileri eksik veya takip dışı kalmış hastalar ile ikinci bir kanseri olan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 25 hasta dahil edildi. Hastaların 12'si (%48) erkek, 13'ü (%52) kadındı. Median yaş 62(33-87) idi. Tümörler yerleşim yerlerine göre sıralandığında %72'si mide , %20'si ince bağırsakta görülürken, %8'i diğer alanlardaydı. Hastaların %36' sının tümör boyutu 2-5 cm, %32' sinin 5-10 cm arasında iken, %32'sinin tümör boyutu 10 cm'in üzerindeydi. Vakaların %72'sinde mitoz sayısı 50 büyük büyütmede 5'in altındayken, % 28'inde 5'in üzerindeydi. AFIP(Armed Forces Institute of Pathology) kriterlerine göre hastaların 8'inin(% 32) düşük, 7'sinin (%28) orta ve 10'unun (%40) yüksek risk grubunda olduğu belirlendi. Hastaların 23'ü opere edilmişti. Operasyon sonrası adjuvan tedavi AFIP risk kriterlerine göre belirlenen orta ve yüksek riskli hastalara verilmişti. Buna göre 16 hasta adjuvan tedavi alırken, 9 hasta almamıştı. Adjuvan tedavi alan hastaların 6'sı orta riskli, 10'u yüksek riskli gruptaydı. Tüm hastalar adjuvan tedavi olarak imatinib almıştı. Bu hastalardan 1 tanesinde progresyon gelişmiş ve sunitinib'e geçilmişti. Takipte 25 hastadan 24' ü hayatta iken, 1 hasta ex olmuştu. Tüm gruplarda ortanca sağ kalıma ulaşılammakla birlikte, 3 yıllık DFS %96 idi.

**TARTIŞMA:** Gastrointestinal stromal tümörler her yaşta görülebilmekle birlikte tanı anında hastaların çoğu ileri yaştadır. Ortanca tanı yaşı 55-69 arasındadır.(3) Kadın ve erkeklerde görülme oranları benzerdir. Bizim çalışmamızda ortanca yaş 62 olarak bulundu, kadın erkek oranı benzerdi. (K/E:13/12) Gastrointestinal stromal tümörler en yaygın midede(%40-60) ve ince bağırsakta(%25-30) görülürken ekstragastrointestinal tümörler <%5 oranında görülür.(4, 5) Bizim çalışmamızda da en sık yerleşim yeri literatür ile benzer olarak mide (%72) idi. % 20 oranında vaka incebağırsakta görülür iken, 1 vakamız ekstragastrointestinal yerleşimliyd.

R0 rezeksiyon sonrası yüksek riskli hastalarda 1-3 yıl süreyle uygulanan adjuvan imatinib tedavisinin sağkalımı uzattığı gösterilmiştir.(6) Bizim çalışmamızda AFIP kriterlerine göre yüksek riskli(10 hasta ) ve orta riskli (6 hasta) olarak belirlenen hastaların tümü adjuvan imatinib tedavisi almıştı. Çalışmamızda ortanca sağ kalıma ulaşılammakla birlikte 3 yıllık DFS oranı%96 idi.

**SONUÇLAR:** Sonuç olarak GİST gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörüdür ve en sık mideden köken alır. R0 rezeksiyon sonrası bile nüks oranları yüksektir. Yüksek riskli hastalarda adjuvan imatinib tedavisi ile sağkalım uzamaktadır.

## **Kaynaklar**

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors—definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows archiv*. 2001;438(1):1-12.
2. Rubin BP, Fletcher JA, Fletcher CD. Molecular insights into the histogenesis and pathogenesis of gastrointestinal stromal tumors. *International journal of surgical pathology*. 2000;8(1):5-10.
3. Søreide K, Sandvik OM, Søreide JA, Giljaca V, Jureckova A, Bulusu VR. Global epidemiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST): a systematic review of population-based cohort studies. *Cancer epidemiology*. 2016;40:39-46.
4. Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*. 2005;100(1):162-8.
5. Singhal S, Singhal A, Tugnait R, Varghese V, Tiwari B, Arora PK, et al. Anorectal gastrointestinal stromal tumor: a case report and literature review. *Case reports in gastrointestinal medicine*. 2013;2013.
6. Laurent M, Brahmi M, Dufresne A, Meeus P, Karanian M, Ray-Coquard I, et al. Adjuvant therapy with imatinib in gastrointestinal stromal tumors (GISTs)—review and perspectives. *Translational Gastroenterology and Hepatology*. 2019;4.

## ÇOKLU SIRA TEDAVİ ALMIŞ METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA KAPASİTABİN+TEMOZOLAMİD METRONOMİK TEDAVİSİ DENEYİMİ

**İrfan BUĞDAY<sup>1</sup>, Metin ÖZKAN<sup>1</sup>**

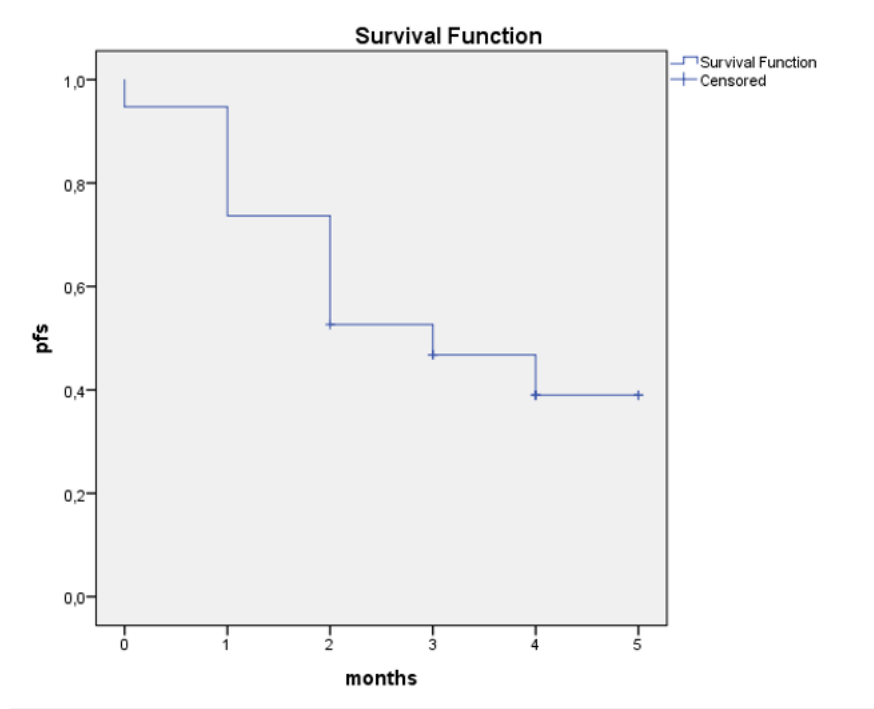
1-Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**AMAÇ:** Kolorektal kanser en yaygın görülen kanserlerden biridir ve dünya çapında önemli bir ölüm nedenidir. Kolorektal kanser hastalarının yaklaşık %20'si tanı anında metastatik hastalıktır. Geleneksel protokollerden sonra metastatik kolorektal kanserli hastalar için kurtarma tedavisi seçenekleri hala net değildir. Metronomik kemoterapi; düşük dozlu sitotoksik ilaçların sürekli veya uzun süreli kesinti olmaksızın sürekli olarak uygulanan ucuz, oral kemoterapötik ajanlardır. Çalışmamızda daha önce çoklu sıra tedavi almış metastatik kolorektal kanserli hastalarda metronomik tedavi seçeneği olan; kapasitabin+temozolamid kombinasyonunun etkinlik ve yan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Bu amaçla; Ocak 2016- Kasım 2021 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümünde takip edilen kapasitabin+temozolamid kombinasyonu ile tedavi edilmiş metastatik kolorektal kanserli 19 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik özellikleri, tedavi yanıtları ve yan etkileri değerlendirildi. Veriler SPSS 23 kullanılarak analiz edildi.

**BULGULAR:** Hastaların median yaşı 59 (41-75) idi. Hastaların 8 (%42,1) tanesi erkek, 11 (%57,9) tanesi kadın idi. Hastaların primer tümör lokalizasyonları ise; sağ kolon 3 (%15,8) hasta, sol kolon 11 (%57,9) hasta ve rektum 5 (%26,3) hasta idi. Kapasitabin+temozolamid kombinasyonunun kullanıldığı tedavi basamakları ise; üçüncü sırada 1 (%5,3) hasta, dördüncü sırada 8 (%42,1) hasta, beşinci sırada 6 (%31,6) hasta ve altıncı sırada 4 (%21,1) hastada kullanılmıştır. Hastaların 11 (%57,9) tanesi RAS wild tipte tümör özelliğine sahip idi. Hastaların metastaz yerleri ise; 15 (%78,9) tanesinin karaciğer, 12 (%63,2) tanesinin akciğer, 10 (%52,6) tanesinin periton, 10 (%52,6) tanesinin lenf nodu metastazları mevcut idi. İki kür sonrasında yapılan yanıt değerlendirmesinde 8 (%42,1) hastada stabil hastalık ve 11(%57,9) hastada progresif hastalık tespit edildi. Kapasitabin+temozolamid kombinasyonu kullanımında median progresyonsuz sağkalım (pfs) 3 ay (%95 CI 1,03-4,96) idi (şekil1). Tedavi sırasında yan etki olarak; 1 (%5,3) hastada nötropeni, 2 (%10,5) hastada trombositopeni, 4 (%21,1) hastada mukozit, 1 (%5,3) hastada el-ayak sendromu, 8 (%42,1) hastada bulantı-kusma ve 2 (%10,5) hastada ishal gözlemlendi. Yan etkiler nedeniyle 6 (%31,6) hasta tedaviyi bırakmış ve 3 (%15,8) hasta da tedavi sırasında ölmüştür.





Şekil 1 kapasitabin+temozolamid kullanımında pfs

**SONUÇLAR:** Sonuç olarak daha önce çoklu sıra tedavi almış metastatik kolorektal kanserli hastalarda kapasitabin+temozolamid kombinasyonu sağladığı pfs yararı ile uygun bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.



ONKOLOJİK KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ

# KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2022

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

ONKOLOJİ SEMPOZYUMU

HOTEL NOVOTEL, KONYA 25-26 HAZİRAN 2022

## BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



ONKAD.COM