

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2024

ÜROLOJİK VE JİNEKOLOJİK KANSERLER SEMPOZYUMU

21-22 EYLÜL 2024 TITANIC BUSINESS KARTAL HOTEL İSTANBUL

BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2024

ÜROLOJİK VE JİNEKOLOJİK KANSERLER SEMPOZYUMU

21-22 EYLÜL 2024 TITANIC BUSINESS KARTAL HOTEL İSTANBUL



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

ONKAD YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

BAŞKAN YARDIMCISI

METİN ÖZKAN

SEMPOZYUM BAŞKANI

ÇAĞATAY ARSLAN

SEMPOZYUM BİLİMSEL SEKRETARYASI

MESUT ŞEKER

MURAT SARI

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

ABDULLAH BÜYÜKÇELİK
ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

ÇAĞATAY ARSLAN

FAYSAL DANE

HACI MEHMET TÜRK

MAHMUT GÜMÜŞ

MESUT ŞEKER

METİN ÖZKAN

MURAT SARI

KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2024

ÜROLOJİK VE JİNEKOLOJİK KANSERLER SEMPOZYUMU

21-22 EYLÜL 2024 TITANIC BUSINESS KARTAL HOTEL İSTANBUL

BİLDİRİ ŞEKLİ	ÇALIŞMA BAŞLIĞI	SAYFA NO
SÖZEL SUNUM 01	SERVİKAL KANSER TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN REKTOVAJİNAL FİSTÜLLERE CERRAHİ YAKLAŞIM 8 YILLIK DENEYİM	4
SÖZEL SUNUM 02	LOKAL İLERİ KOLOREKTAL KARSİNOMLU HASTALARDA MESANE İNVAZYONU	5
SÖZEL SUNUM 03	İNVAZİV MESANE KANSERİNDE RADYOTERAPİ DOZ ESKALASYONUNUN LOKAL KONTROL VE SAĞKALIMA ETKİSİ: RETROSPEKTİF TEK MERKEZ DENEYİMİ	6
SÖZEL SUNUM 04	LOKALİZE KASA İNVAZE MESANE KANSERİNDE KEMORADYOTERAPİ YANITI VE BUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER, TEK MERKEZ DENEYİMİ	7
POSTER SUNUM 01	NÖROENDOKRİN DİFERANSİYASYON GÖSTEREN METASTATİK PROSTAT KANSERİ	8
POSTER SUNUM 02	PROSTAT KARSİNOMU VE METASTATİK MESANE KARSİNOMU OLAN VAKA YÖNETİMİ	10
POSTER SUNUM 03	RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN NADİR LOKALİZASYONLU GEÇ NÜKSÜ: OLGU SUNUMU	12
POSTER SUNUM 04	NÜKS MESANE KANSERİ TANILI HASTADA ATEZOLİZUMAB'IN UZUN DÖNEM KULLANIMI	13
POSTER SUNUM 05	METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOM HASTALARINDA İLK SIRA TİROZİN KINAZ İNHİBİTÖR TEDAVİSİ SONRASI TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	15



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**

SÖZEL SUNUM 01

SERVİKAL KANSER TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN REKTOVAJİNAL FİSTÜLLERE CERRAHİ YAKLAŞIM 8 YILLIK DENEYİM

MAHMUT KAAAN DEMİRCİOĞLU¹, MUHAMMED TAHİR AKÇA¹, ÖZGÜL DÜZGÜN¹

¹ SBÜ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Lokal ileri servikal kanserli kadınlar için, eşzamanlı kemoradyasyon tedavisi standart tedavi yöntemidir. Günümüzde radyoterapi sırasında veya sonrasında rektovajinal fistül insidansı sık görülmemekle birlikte hayatı tehdit edici sonuçları olabilir. Biz bu çalışmamızda servikal kanser tedavisi sırasında kliniğimize rektovajinal fistül nedeniyle başvuran olgularımızın cerrahi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Haziran 2016-2024 tarihleri arasında servikal kanser tanısı nedeniyle kemoradyoterapi alan kliniğimize rektovajinal fistül nedeniyle başvuran olguların verileri retrospektif olarak klinik bilgi sisteminden tarandı. Hastaların demografik verileri, rektoskopik bulguları, yapılan cerrahi girişimler, 30 günlük morbidite ve mortalite verileri derlendi.

BULGULAR: Rektovajinal fistül nedeniyle 11 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm olgulara rektoskopi yapıldı ve Pelvik MRI çekildi. Olguların ortalama yaşı 54 (34-71) yıl, ASA skoru 1.8 (1-3), vücut yüzey alanı 1.7 (1.4-2.1) m², Karnofsky performans skoru 85 (70-100), vajenden gaita gelme süresi 4 hafta (3-8), operasyon süresi 3 (2-6) saat, hastanede yatış süresi 10 (6-15) gün idi. Beş olguya very low anterior rezeksiyon +TAH+BSO+vajen arka duvar rezeksiyonu+koloanal anastomoz+koruyucu loop ileostomi operasyonu, 3 olguya very low anterior rezeksiyon +TAH+BSO+vajen arka duvar rezeksiyonu+koloanal anastomoz+koruyucu loop ileostomi operasyonu, 3 olguyada laparoskopik sigmoid loop kolostomi operasyonları yapıldı. İlk 30 günde 1 olguda anastomoz kaçağı gelişti. Koruyucu loop ileostomisi olan olgu medikal takip edildi. Hiçbir olguda mortalite görülmedi.

TARTIŞMA: Servikal kanser nedeniyle kemoradyoterapi alan hastalarda hayatı tehdit edici rektovajinal fistüller gelişebilir, deneyimli tersiyer cerrahi merkezlerde bu fistüller başarı ile yönetilebilir.

Anahtar kelimeler: servikal kanser, kemoradyoterapi, rektovajinal fistül

LOKAL İLERİ KOLOREKTAL KARSİNOMLU HASTALARDA MESANE İNVAZYONU

PIRILTI ÖZCAN1, MAHMUT KAAAN DEMİRCİOĞLU2

1 İstanbul Üniversitesi ,Cerrahpaşa,Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

2 SBÜ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Kolorektal kansere bağlı mesane invazyonu uzak metastazı olmayan olgularda negatif cerrahi sınırlar sağlanması amacıyla parsiyel ve/veya total mesane rezeksiyonları gerektirebilir. Bu çalışmadaki amacımız mesane invazyonu olan lokal ileri kolorektal karsinomların yönetimini ve kendi deneyimlerimizi literatür eşliğinde sunmaktır.

YÖNTEMLER: Mayıs 2017-2024 tarihleri arasında kliniğimizde lokal ileri kolorektal kanser nedeniyle opere edilen hastaların verileri hastane bilgi sistemi üzerinden retrospektif olarak tarandı.Çalışmaya 18-75 yaş arasında uzak metastazı olmayan,acil nedenlerle operasyona alınmayan,sitoredüktif cerrahi yapılmayan olgular dahil edildi.Olguların

demografik verileri,tümör yerleşimleri,endoskopik ,patolojik ve görüntüleme raporları incelendi. Yapılan operasyon teknikleri morbidite ve mortalite verileri analiz edildi.

BULGULAR: Kolorektal kanserin mesane invazyonu olan 10 olgu çalışmaya dahil edildi.Olguların 6(%60) ı erkek ve 4(%40) ı ise kadın cinsiyetten oluşmaktaydı.Ortalama yaş 56 (32-75) idi. Yedi (%70) hastada primer sigmoid kolon tümörü ve üç (%30) hastada primer rektal tümör tanısı mevcuttu.Kolon tümörü olan olgular neoadjuvan tedavi almamışken ,rektum tümörü olan olgular neoadjuvan FOLFOX tedavisi almışlardı. Radyolojik olarak olguların 8(%80) i T4 ve iki side de T3 (%20) tümöre sahiptiler. Dokuz(%90) olgu ya kolorektal cerrahiye ek olarak partial mesane rezeksiyonu yapılmışken 1(% olguya ise total sistektomi+ ileal loop diversiyon işlemi yapıldı. İki (%20) olguda mesane atonisi gelişti bu olgular mesane jimnastiği ile tedavi edildi.Hiçbir olguda idrar kaçağı ve mortalite saptanmadı.

TARTIŞMA: Kolorektal kanserin mesane invazyonların rezeksiyonları deneyimli tersiyer merkezlerde morbi-mortalite oranını arttırmadan, negatif cerrahi sınırlar ile başarı ile yapılabilir ,bunun sonucunda iyi lokal kontrol ve prognoz sağlar.

Anahtar kelimeler: kolorektal kanser, lokal ileri, mesane

İNVAZİV MESANE KANSERİNDE RADYOTERAPİ DOZ ESKALASYONUNUN LOKAL KONTROL VE SAĞKALIMA ETKİSİ: RETROSPEKTİF TEK MERKEZ DENEYİMİ

1AYŞEGÜL ÜÇÜNCÜ KEFELİ

1Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ABD.

AMAÇ: İnvaziv mesane kanserinde kemoradyoterapi ile 5-yıllık sağkalım halen %50'lerin altındadır. Literatürde, lokorejyonel kontrol süresi (LKS), progresyonsuz sağkalım (PS) ve genel sağkalım (GS) süresini arttırmaya yönelik radyoterapi (RT) doz eskalasyon verileri yetersizdir. Çalışmamızda mesaneye verilen yüksek doz RT'nin standart tedaviye kıyasla LKS, PS ve GS üzerine etkisi araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2010-Aralık 2022 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde, küratif dozda RT uygulanan ve klinik takip verilerine ulaşılabilen invaziv mesane kanseri tanılı 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yüksek doz grubu (≥ 66 Gy) ve standart doz grubu olarak (< 66 Gy) iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Tüm grubun medyan takip süresi 26 ay (Aralık; 5-99), medyan yaş 74 (Aralık; 48-85) idi. Hastaların %90.4'ü 65 yaş üzeriydi. %54'ünün 2'den fazla komorbid hastalığı mevcut idi. Hastaların çoğunluğu T1-2 (%71.4) tümördü ve 8 hastada (%12.7) lenf nodu pozitifliği mevcuttu. Otuz dört hastaya (%54) yüksek doz, 29 hastaya (%46) ise standart doz RT uygulanmıştı. Akut ve kronik toksisite toksisite açısından iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu ($p > 0.05$). Hastaların 25'inde lokal nüks (39.7), 33'ünde (%52.4) uzak metastaz saptandı. 3-yıllık LKS (%63,5 vs %50,4 $p=0.55$), PS (%36,9 vs %32,4 $p=0.42$) ve GS (%47,6 vs 43,5% $p=0.65$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Tüm grup için tek değişkenli analizde, radyoterapi yöntemi, tedavi öncesi hidronefroz ve tam transüretal rezeksiyon (T-TUR) hem LK hem de PS için anlamlı prognostik faktörler olarak saptandı ($p < 0.05$). Sağkalım için ise yaş, Ecog performans durumu ve RT öncesi hemoglobin düzeyi (≥ 12 g/dL) istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). Çok değişkenli analizde ise T-TUR (HR:0.36, %95 CI 0.14-0.91) lokal kontrol için, RT öncesi hemoglobin düzeyi (HR:0.42, %95 CI 0.21-0.83) ise sağkalım için bağımsız prognostik faktör olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ: Lokal kontrol için RT öncesi T-TUR yapılması önemlidir. RT öncesi hemoglobin düzeyinin ≥ 12 olması ise sağkalım için bağımsız bir prognostik faktördür. Mesane kanserinin tedavisinde yüksek doz radyoterapi ile tedavi sonuçları değişmemiştir. Daha fazla hasta sayılı prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, radyoterapi, doz eskalasyon

LOKALİZE KASA İNVAZE MESANE KANSERİNDE KEMORADYOTERAPİ YANITI VE BUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER, TEK MERKEZ DENEYİMİ

AKGÜN KARAKÖK, AYDIN ACARBAY, FATİH ATALAH

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prf. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesini

GİRİŞ: Lokalize mesane kanserinde standart yaklaşım neoadjuvan kemoterapi sonrası radikal sistektomidir. Birçok hasta komorbidite veya kendi seçimi nedeni ile radikal sistektomiye uygun olmamaktadır. Günümüzde trimodal tedavi radikal sistektomiye yaklaşan DFS ve OS sonuçları nedeni ile seçilmiş hasta gruplarında kategori 1 olarak önerilmektedir.

AMAÇ: Merkezimizde definitif KRT (kemoradyoterapi) alan hastaların demografik özelliklerini, tedavi yanıtını predikte eden faktörleri ve sağkalım verilerini ortaya koymak.

GEREÇ VE YÖNTEM: Şubat 2017 ile Ocak 2024 tarihleri arasında definitif KRT alan 24 hastanın verisini retrospektif olarak inceledik.

BULGULAR: Hastaların 83,3%'ü erkek, 16,7%'si kadındı. Hastaların 75%'inde en az bir kronik hastalık mevcuttu. 87,5% hastanın sigara özgeçmişini vardı. KRT öncesi komplet rezeksiyon oranı 25%'ti. Hastaların hepsinin patolojik tanısı ürotelyal karsinomdu ve 87,5%'i yüksek grade idi. T3 ve T4 olan hasta oranı 16,7%'ydi. Hastaların hepsi 6 hafta KRT'yi tamamladı. KRT sonrası 42,7% hastada tam yanıt izlendi. Median takip süresi 16,7 ay olarak hesaplandı. Takip süresince median OS'ye ulaşamadı. 1 yıllık ve 2 yıllık OS oranları sırası ile 78,6% ve 53,4% olarak saptandı. Medyan DFS 15,8 ay (11,9-19,7 95% CI) olarak saptandı. 6. ay, 12. ay ve 15. ay DFS oranları sırası ile 87,5%, 65,3% ve 42% olarak saptandı. KRT öncesinde komplet TUR yapılan hastaların takibinde medyan OS'ye ulaşamadı, inkomplet TUR yapılan hastalarda medyan OS 23,6 ay (10,1-37,1 95% CI) p=0,203 olarak saptandı. Komplet TUR yapılanlarda medyan DFS'ye ulaşamadı, inkomplet TUR yapılan hastalarda median DFS 12,6(9-20,3 95% CI) p=0,067 olarak saptandı. TUR ile KRT arasındaki süreye göre değerlendirildiğinde ≤ 8 hafta için median OS ulaşamadı, > 8 hafta medyan OS 15,5 ay (12,2-18,9 95% CI) p=0,027, ≤ 8 hafta için medyan DFS'ye ulaşamadı, > 8 hafta medyan DFS 13,3 ay (9,2-17,4 95% CI) p=0,3 olarak bulundu.

SONUÇ: Merkez deneyimize göre KRT öncesi yapılan TUR'un şekli (komplet veya inkomplet) ve TUR ile KRT arası geçen süre yanıtı predikte eden faktörler olarak bulunmuştur. Sonuçlar hasta sayısının ve takip süresinin azlığı nedeni ile istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da numerik olarak anlamlıdır.

NÖROENDOKRİN DİFERANSİYASYON GÖSTEREN METASTATİK PROSTAT KANSERİ

RIDVAN GÖNÜL¹, METİN ÖZKAN²

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Kayseri

² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Kayseri

GİRİŞ: Prostat adenokarsinomu, erkeklerde görülen kanserler içerisinde ikinci sırada yer almakta ve prostat kanserlerinin yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır (1). Prostat adenokarsinomu, prostat bezinin epitel hücrelerinden köken alır ve genellikle periferik zon içinde gelişir. Diğer nadir görülen prostat kanseri türleri arasında skuamöz hücreli kanser, transizyonel hücreli (ürotelyal) karsinom ve nöroendokrin kanserler bulunur. Prostat kanseri, genellikle yavaş ilerler ve erken evrede tespit edildiği takdirde daha uzun bir sağkalım şansı elde edilebilir. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyoterapi, hormonoterapi ve kemoterapi bulunmaktadır (1, 2)

Nöroendokrin diferansiyasyon (NED), prostat kanserinde nadir görülen bir durum olup, prostat adenokarsinomlarının %1-5'inde görülür. Kastrasyon dirençli prostat kanseri (KDPK) hastalarında ise bu oran %10-20'ye kadar çıkabilir (3, 4). NED açısından en önemli klinik uyarıcı tablo, PSA artışı olmadan radyolojik progresyonun olmasıdır. NED'li prostat kanseri, geleneksel prostat adenokarsinomuna göre daha agresif bir seyir izler ve tedaviye dirençli olabilir (5).

Bu çalışmada, prostat adenokarsinomu tanısı konulan bir hastada gelişen NED'in klinik seyri ve bu duruma yönelik verilen tedavi ele alınmıştır.

OLGU: 1 yıldır idrar yapmada zorluk, kasık bölgesinde gittikçe artan ağrı şikayeti ile üroloji polikliniğine başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde PSA >100 ng/mL olarak tespit edilmiş. Bakılan görüntülemelerde prostat bezinin normalden büyük olduğu ve mesaneye indante olduğu, paraaortik alanda ve derin pelviste konglomere lenfadenopati (LAP) odakları tespit edilmiş. Prostat biyopsisi yapılmış ve patolojisi prostat adenokarsinom, Gleason Skor 5+4=9, perinöral invazyon pozitif, damar invazyonu ise negatif olarak raporlanmıştır. Dış merkezde yapılan işlemlerden sonra hastaya leuprorelin asetat ile bikalutamid tedavisi başlanıp tarafımıza yönlendirilmiştir.

Tarafımıza başvurusu sonrası bakılan PET/BT görüntülemelerde prostat bezinde yoğun tutulum, bilateral seminal vezikül ve mesane posterolateral kesiminde yoğun Ga-68 PSMA tutulumu (invazyon), sol supraklaviküler ve mediastinel lenf nodları ile bilateral paraaortik, retrokrural, iliak zincir, obturator lenf nodlarında yoğun Ga-68 PSMA tutulumları ile aksiyel ve apendiküler iskelette multiple odakta yoğun Ga-68 PSMA tutulumu gösteren litik/sklerotik metastazlar tespit edildi.

Kırık riski olan lomber bölge için radyasyon onkolojisine konsülte edildi ve bu bölgeye radyoterapi verildi. Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile takipli hasta GFR düşüklüğü (4 ml/dk) nedeni ile nefrolojiye konsülde edildi ve hasta kalıcı hemodiyaliz programına alındı. Ardından hastaya abirateron 1x100 mg, prednizolon 1x5 mg ve leuprorelin asetat 3 ayda bir 22.5 mg tedavisi planlandı.

Yaklaşık 1 yıl sonrasında bakılan PET görüntülemelerde primer kitlede progresyon, sağ böbrek alt polde perirenal yağlı dokuda yeni ortaya çıkan implant, akciğer ve karaciğerde yeni ortaya çıkan metastatik lezyonların olduğu görüldü. Progresyon nedeni ile abirateron tedavisi stoplandı ve dosetaksel (60 mg/m², 1.gün, 21 günde bir) tedavisine geçildi. Ara değerlendirmelerde stabil hastalık olarak takip edilen hasta yaklaşık 14 ay (19 kür) kemoterapi aldı. Sonrasında bakılan PET görüntülemelerde belirgin regresyon olduğu görüldü. Tedavisiz izlemde iken tekrar progresyon olması üzerine enzalutamid tedavisi başlandı. Bu tedavi

altında yaklaşık 9 ay sonra PSA progresyonu geliştiği gözlemlendi. Ayrıca NSE değerinde de artış olduğu gözlemlendi (29.4 ng/mL).

Pansitopenik seyretmesinden dolayı kemik iliği tutulumu şüphesi ile kemik iliği biyopsisi yapıldı. İndiferansiye karsinom metastazı olarak raporlandı. Hormonoterapi stoplandı ve kabazitaksel (20 mg/m² 1. gün 21 günde bir) tedavisi planlandı. 2 kür sonraki değerlendirmede NSE değerinin 32 ng/mL'ye yükseldiği görüldü. Bunun üzerine hastada nöroendokrin diferansiyasyon düşünülerek sisplatin-etoposid 2 kür verildi. Sonrasında yapılan değerlendirmede NSE değerinin 9 ng/mL'ye gerilediği ve klinik olarak toparlanma olduğu gözlemlendi. 2 kür daha alması planlansa da takibinde gelişen ve ağır seyreden piyelonefrit sonrası hasta exitus oldu.

TARTIŞMA: Bu vaka ile prostat adenokarsinomu tanısı konulan bir hastada gelişen NED'in klinik seyrini ve tedaviye yanıtını göstermek istedik. Vakamızda, verilen tedaviye rağmen hastalık progresyonu ile NSE artışı önemli bir klinik uyarıcı olmuştur. Bu vakada olduğu gibi progresyon gösteren ve verilen tedaviye istenilen yanıt alınamayan tüm kanser tedavilerinde NED akla gelmesi gereken önemli bir klinik durumdur.

Vakamız NED'li prostat kanseri yönetiminde erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamaktadır. NED'in erken tespiti ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi, hastaların prognozunu iyileştirebilir.

KAYNAK:

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. Wein AJ, K, Louis R. and Novick, Andrew C. and Partin, Alan W. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
3. Aggarwal R, Huang J, Alumkal JJ, Zhang L, Feng FY, Thomas GV, et al. Clinical and genomic characterization of treatment-emergent small-cell neuroendocrine prostate cancer: a multi-institutional prospective study. Journal of Clinical Oncology. 2018;36(24):2492-503.
4. Beltran H, Rickman DS, Park K, Chae SS, Sboner A, MacDonald TY, et al. Molecular characterization of neuroendocrine prostate cancer and identification of new drug targets. Cancer discovery. 2011;1(6):487-95.
5. Conteduca V, Oromendia C, Eng KW, Bareja R, Sigouros M, Molina A, et al. Clinical features of neuroendocrine prostate cancer. European journal of cancer. 2019;121:7-18.

PROSTAT KARSİNOMU VE METASTATİK MESANE KARSİNOMU OLAN VAKA YÖNETİMİ

SAMET ADA, TUBA BAYDAŞ, MEHMET BEŞİROĞLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Ürolojik maligniteler arasında mesane kanseri prostat kanserini takiben en sık görülen kanser türüdür. Aynı embriyolojik orijinden köken almaları sebebiyle sıklıkla senkron olarak prezente olabilmektedir. Bu hastalıklar semptomatik veya asemptomatik olabilirler. Aynı anda birden fazla malignite olunca hasta yönetimi normalden biraz daha zor olabilir.

Biz de bu vakamızda prostat kanseri ve metastatik mesane kanseri tanıları olan hastamızın yönetiminden bahsettik.

OLGU: 65 yaşında erkek hastaya hematüri nedeniyle Mayıs 2023'te yapılan TUR-M patoloji sonucunda non-papiller high grade ürotelyal karsinom saptanmış. Lamina propria invazyonu mevcut olup muskularis propria invazyonu gözlenmemiş. Hastanın Aralık 2023'te kemik ağrıları olması nedeniyle çekilen PET-CT'de mesane orta kesim anteriorda, batında renal hilus düzeyinden itibaren; interaortakaval, sol paraaortik, parakaval, bilateral common iliakta multipl FDG tutan LAP'lar, prostat mid-gland düzeyinde periferik sol kesimde artmış FDG tutulumu (ikincil primer?), sağ humerus proksimali, sol humerus metafizi, bilateral klavikula, sternum, bilateral skapula, lomber vertebralarda, bilateral pelvik kemiklerde sakrumda, sol femur subtrokanterik bölgede multipl metastatik lezyonlar saptanmış. İkincil primer şüphesi nedeniyle prostat biyopsisi yapılmış. Yapılan biyopside 12 kadrandan 2 kadranda Gleason skor 3+3 olan prostat asiner adenokarsinomu saptanmış.

Bunun ardından hastaya PSMA PET görüntüleme yapılmış. Prostat glandı santral zonda ve posterior orta hatta minimal hafif PSMA tutulumları, batında interaortakaval, sol preaortik, bilateral common iliak lenfatik istasyonlarda minimal artmış PSMA tutulumu gözlenmiş. İskelet sisteminde her 2 humerusta, her 2 klavikulada, vertebral kolonda multipl odakta, pelvik kemiklerde multipl odakta heterojen karakterde yer yer belirginleşen yoğun PSMA tutulumları izlenmiş.

Hasta onkoloji poliklinik başvurusunda değerlendirildi. Kemik ağrıları olduğu için radyoterapi açısından radyasyon onkolojisi görüşü alındı. L1-5 vertebra, sakrum ve her 2 sakroiliak eklemi içeren alana 2 fraksiyonda 1200 cGy palyatif radyoterapi uygulandı. Sol iliak kanattan yapılan biyopsi metastazların kaynağının mesane kanseri olduğunu gösterdi, immünohistokimyasal boyamalarla da teyit edildi.

Hastada prognozu belirleyecek malignitenin mesane kanseri olduğu düşünülüp hasta sisplatin eligible olduğu için sisplatin ve gemitabin tedavisi başlandı. Prostat kanseri low risk olduğu için LHRH agonisti ile takip edildi. Hastanın takiplerinde acile karın ağrısı nedeniyle başvurusu oldu. Bu başvuruda yapılan batın USG'de karaciğerde şüpheli metastatik odaklar olduğu belirtildi. Hastanın tedaviye başlamadan önce çekilen PET görüntülerinde karaciğerde metastaz saptanmamıştı. Çekilen batın MR'da karaciğerde en büyüğü segment 4A'da 38x32 mm belirgin kontrast tutan kitle lezyonu olduğu raporlandı. Bu MR tedaviye başladıktan 1 kür sonra çekildiği için tedaviye yanıtı olarak değerlendirilmedi, takip planlandı. Hastaya yapılan karaciğer biyopsisinde metastatik lezyonların mesaneden kaynaklandığı öğrenildi.

Hastaya 4 kür sisplatin ve gemitabin uygulandıktan sonra yapılan PET-CT görüntülemesinde batın içindeki LAP'ların morfolojik ve metabolik olarak tama yakın yanıtı olduğu, kemik lezyonlarının metabolik aktivitelerinin tama yakın regrese olup sklerotik özellik kazandığı, karaciğerde segment 4A'da 15 mm boyutlu minimal FDG tutan hipodens lezyon olduğu gözlemlendi. Karaciğer lezyonları tedavi öncesi PET-CT'de olmadığı

için batın MR ile bu lezyonlar için tedavi yanıt değerlendirme yapıldı. MR raporunda karaciğerdeki lezyonların tama yakın yanıtı olduğu görüldü.

Hastanın sisplatin ve gemsitabin tedavisinden fayda görmesinden sonra bakılan PD-L1 düzeyi %10 olarak sonuçlanınca idame avelumab tedavisine geçildi. Hasta şu anda avelumab tedavisiyle takip edilmektedir.

SONUÇ: Eğer hastada birden fazla malignite varsa ve metastatik lezyonlar mevcutsa bu lezyonların kaynağını doğrulamak tedaviyi yönlendirmek açısından faydalı olacaktır. Hastalıkların seyirleri farklı olacağı için önceliği daha agresif olana vermek uygun bir yaklaşım şeklidir.

Anahtar Kelimeler: prostat adenokarsinomu, mesane karsinomu, avelumab

RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN NADİR LOKALİZASYONLU GEÇ NÜKSÜ: OLGU SUNUMU

TUBA BAYDAŞ, MEHMET BEŞİROĞLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Renal hücreli karsinomlar renal korteksten köken almakta ve böbrek kaynaklı neoplazmların yaklaşık yüzde 85'ini oluşturmaktadır. Yaygın bir metastatik yelpazesi mevcut olan RCC, tanıdan yıllar sonra bile atipik lokalizasyonlarda nüks etmektedir. Bilinen en sık metastaz bölgeleri akciğer, lenf nodları, karşı böbrek, sürrenal gland, kemik, beyin ve karaciğerdir. Ancak; göz, pankreas, dil, cilt gibi atipik lokalizasyonlar da literatürde bildirilmiştir. Biz de 20 yıl önce radikal nefrektomi yapılmış, günümüzde pankreas metastazı saptanan olgumuz paylaşmak istedik.

OLGU: 70 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikâyeti ile başvuruyor. Özgeçmişinde 20 yıl önce sol radikal nefrektomi öyküsü mevcut olan hastanın 20 yıl önceki patoloji sonucu klasik tip renal hücreli karsinom olarak raporlanıyor. Tümör boyutu en uzun aksta 7,5 cm ve çıkarılan 3 adet lenf nodunda tümör gözlenmiyor. Prognostik olarak evre 2 olan hasta takiplerine 8 yıl kadar düzenli olarak devam ediyor.

Hastaya mevcut şikâyeti nedeni ile 2023 temmuz ayında yapılan batın MR görüntülemesinde; pankreas başında 34x28x40 mm malign görünümlü lezyon haricinde patoloji saptanmıyor. Bunun üzerine yapılan FDG PET CT görüntülemesinde pankreas başında ekspansil kitle ve karaciğerde segment 5'te 1,5 cm hafif FDG tutulumu gösteren şüpheli hipodens lezyon saptanıyor. Bu lezyon için nükleer tıp önerisi üzerine GA-68 DOTATE PET CT görüntüleme de yapılıyor. Pankreas başındaki lezyonda yaygın GA-68 DOTATE tutulumu gözleniyor ancak karaciğer segment 5'teki hipodens lezyonda tutulum izlenmiyor. Daha önce yapılan MR görüntülemelerde de karşılığı izlenmiyor. Multidisipliner konseyde whipple operasyonu kararı alınıyor. Operasyon sonrası patolojisi berrak hücreli malign epitelyal tümör olup tümör boyutları 3x2.5x2.5 cm ve toplam çıkarılan 5 lenf nodu da reaktif olarak değerlendiriliyor. Lenfatik veya perinöral invazyon saptanmıyor ayrıca cerrahi sınırları salim ve 1 mm'den uzak olarak değerlendiriliyor. Hastanın patolojik bulguları berrak hücreli renal hücreli karsinom lehine yorumlanıyor. Post-op ilk görüntülemelerinde rezidü veya nüks hastalık saptanmayan hasta 1 yıldır kliniğimizde remisyonda izlenmektedir.

SONUÇ: RCC metastazları senkron ve metakron gelişmekle birlikte küratif nefrektomiye takiben uzun yıllar sonra da görülebilmektedir. Günümüzde prediktif bir biyomarker veya prediktif modelin güncel kullanımda yer edinmemiş olması nedeniyle RCC'de geç rekürrensi ön görecektir bir modalite yoktur. Optimal izlem süresine dair net bilgi olmamakla beraber takip süreleri maliyet ve yarar oranı da düşünülerek uzatılabilir. Daha önce RCC tanısı almış ve küratif cerrahi yapılmış hastalarda uzun yıllar sonra dahi yeni bir lezyon gelişiminde RCC öyküsü göz önüne alınarak iyi bir multidisipliner yaklaşım ile yönetilmeli ve mümkünse tam rezeksiyon ile tümörsüz cerrahi sınır sağlanmalıdır. Vakamız literatür taramamızda 20 yıl ile en uzun süre sonra nüks eden hastalardan biri olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: RCC, geç rekürrens

NÜKS MESANE KANSERİ TANILI HASTADA ATEZOLİZUMAB'İN UZUN DÖNEM KULLANIMI

BETÜL AYAZ, MAHMUT GÜMÜŞ, MEHMET BEŞİROĞLU

İstanbul Medeniyet üniversitesi, Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Mesane kanseri genitoüriner sistemin en sık görülen kanserlerinden biri olup genellikle yaş arttığı zaman görülme sıklığı artar. En önemli risk faktörleri sigara, obezite, toksik madde, kimyasal ajanlar, parazitler vb olup sigara içiyor olmak bilinen en sık sebeptir. Transizyonel hücreli karsinom, mesane kanser tiplerinin en sık görülen türüdür. Tanı anında yaklaşık %75-80'ni yüzeysel tümördür, kas invazyonu yoktur. Yayılım açısından bakıldığında en sık lokal invazyon yapmaktadır. Lenfatik yayılımda da en sık pelvik lenf nodlarında görülmektedir. Hematojen yayılım ise daha az sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Tedavi öncesi evreleme önemli yer tutmaktadır ve kanseri nasıl tedavi edeceğine karar vermede ve tedavinin ne kadar başarılı olabileceğini tahmin etmede en önemli faktörlerden biridir.

Bu olguda mesane kanseri nedeniyle opere olduktan sonra lokal nüks gelişen hastada uzun dönem immünoterapinin tek ajan olarak kullanılarak hastanın parsiyel yanıtı izlemine paylaşacağız. İmmünoterapinin metastatik mesane kanserinde etkili bir tedavi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur ancak uzun dönem kullanımı ile veriler yetersiz olduğu için bu vakayı yönetilebilir yan etkiler ve tam yanıt ile izlemde olması nedeniyle değerlendirdik.

Bu yazıda, klinik olarak opere olduktan sonra lokal nüks ile prezente olan unrezektable mesane tümörünün kemoterapiye uygun olmaması nedeniyle tek ajan atezolizumab ile uzun dönem tedavisini ve yönetilebilir yan etkilerini güncel literatür bilgileri eşliğinde sunuyoruz.

OLGU: 59 yaş erkek hasta, M.Ç. nisan 2016 da hematüri gelişmesi sonrasında tespit edilen mesane ürotelyal karsinomu nedeniyle radikal sistoprostotektomi olmuştur.(pT2a, N0,Mx). Onkolojik izlemdeyken operasyondan 1 yıl sonra karın ağrısı gelişmesi nedeniyle yapılan tetkiklerde pelvik sağ paramedian alanda 78x64x67 mm boyutlu malign görünümlü kitlesel lezyon tespit edildi. Kitleye yönelik yapılan tru-cut biyopside, sonuç mesane kanseri tanılı olguda; yüksek dereceli ürotelyal karsinom nüksü olarak raporlandı. Cerrahi konseyinde in-operable olarak değerlendirmesi nedeniyle sistemik tedavi kararı verildi. Renal fonksiyonları bozuk ve diğer komorbid durumlar nedeniyle kemoterapiye uygun olmayan hastanın nüks dokusundan PDL-1 düzeyi çalışıldı. PDL-1 düzeyin %60 gelen hasta immünoterapi seçenekleri açısından değerlendirildi. Hastaya 31.05.2017 de tedavi öncesi detaylı (kan tetkikleri, tüberküloz testleri, viral seroloji, ekokardiyografi, endokrin değerlendirme ve otoimmün hastalıklara yönelik anemnez vb) değerlendirme yapılarak 1200mg atezolizumab 21 günde bir olacak şekilde intravenöz yoldan infüzyon tedavisi başlandı.

İlk dozlarda atezolizumab bağlı olduğu düşünülen grade 1 bulantı kusma; ilerleyen dönemelerde otoimmün troidit tablosu gelişmiştir. Kronik böbrek yetmezliği olan ve sistostomi ve hidronefroza yol açan tıkanıklar nedeniyle süreçte açılmak durumunda kalınan bilateral nefrostomi nedeniyle immünoterapiden bağımsız olarak hastalık ilişkili olduğu düşünülen dirençli üriner sistem enfeksiyonları gelişmiş aralıklı antibiyotik tedavileri ile izlemi devam etmiştir. Yine takibinin 2. Ayında kitle etkisi ile ileus tablosu gelişmiş, medikal tedavi ile klinik bulgular düzelmesi ile atezolizumab tedavisine devam edilmiştir.

Hastanın 4. Kür atezolizumab tedavisi sonrası yapılan ilk görüntülemelerde, mevcut lokal nüks kitlenin boyutlarında regresyon saptanmış ve yanıt alındığı için tedaviye devam edilmiştir. Tedavide 2. Ve 3. 4. Çeyrek de yapılan görüntülemelerde parsiyel yanıtın devam ettiği gözlenmiştir.

Tedavinin 1. Yılıın sonunda hasta 15 kür atezolizumab almış ve görüntülemelerde nüks kitle 45x35mm ye kadar gerilemiş yeni bir metastatik lezyon gelişmemiştir.

Hastanın tedaviye yanıtı olduğu için hasta 100 siklüs atezeluzumab aldı. Bu süreçte bahsedilen grade 1-2 yan etkiler tedavi kesmeyi gerektirmediğinden semptomlara yönelik tedaviler ile yönetildi. Hastanın lezyonu 2. Yıla kadar pasiyel yanıtı olup regrese olurken, 2. yıldan itibaren stabil lezyon olarak izlendi, 6. Yılın sonunda tedavi stoplanarak tedavisiz izleme geçildi ve hasta günümüzde takiplerine düzenli olarak gelmekte ve mevcut tedavi yanıtı devam etmektedir.

SONUÇ: Mesane kanseri ülkemizde en sık görülen ürolojik kanserlerden biri olup ülkemizde ve dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte görülme sıklığı artmaktadır ve kanserle ilişkili morbidite ve mortalite de halen yüksek olduğu bilinmektedir.

Aynı zamanda mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bu tümörün metastazlı ve nüks olan olgularda sağ kalım daha kısa süreli olup genellikle kötü seyretmektedir. Yapılan çalışmalarda bu durumu desteklemektedir.

Olgumuzun tanı ve operasyondan kısa bir süre sonra nüks etmiş, kemoterapiye uygun olmadığı için 1. Seri de immünoterapi tek ajan olarak verilmiş ve yanıt alındığı ve grade 3-4 yan etki gelişmediğinden progresyona kadar devam edilme önerisi ile tedavi 100 siklüs kadar tamamlanmıştır. Litaratürde immonuterapinin nüks/metastatik 1. Seri tedavide platin bazlı kemoterapiye aday olmayan hastalarada tek ajan olarak faydasını gösteren çalışmalar mevcut ancak uzun süreli kullanımı ile bilgiler kısıtlıdır ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOM HASTALARINDA İLK SIRA TİROZİN KİNAZ İNHİBİTÖR TEDAVİSİ SONRASI TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

ENDER DOĞAN¹, SEDAT TARIK FIRAT¹, AHMET KÜRSAD DİŞLİ²,
ŞAFAK YILDIRIM DİŞLİ¹, OKTAY BOZKURT², MEVLÜDE İNANÇ², METİN ÖZKAN²

1. Kayseri Şehir Hastanesi Medikal Onkoloji

2. Erciyes Üniversitesi Medikal Onkoloji

GİRİŞ: Metasta'k renal hücreli karsinom hastalarının yaklaşık üçte biri metasta'k evrede hastaneye başvururlar. Metasta'k renal hücreli karsinomda VEGF inhibisyonu yapan 'rozin kinaz inhibitörleri ve immunoterapiler monoterapi ya da kombinasyon halinde tedavide kullanılabilirler. Biz bu çalışmamızda ilk sıra 'rozin kinaz inhibitörü sonrası tedavileri karşılaştırmayı planladık.

METHOD: Kayseri Şehir Hastanesi ve Erciyes Üniversitesi Medikal Onkoloji bölümlerine başvuran metasta'k renal hücreli karsinom tanısı olan ve ilk sıra 'rozin kinaz inhibitörü tedavisi sonrası ikinci sıra tedavi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların genel özellikleri kaydedildi. İkinci sıra tedaviler progresyonsuz sağ kalım açısından karşılaştırıldı.

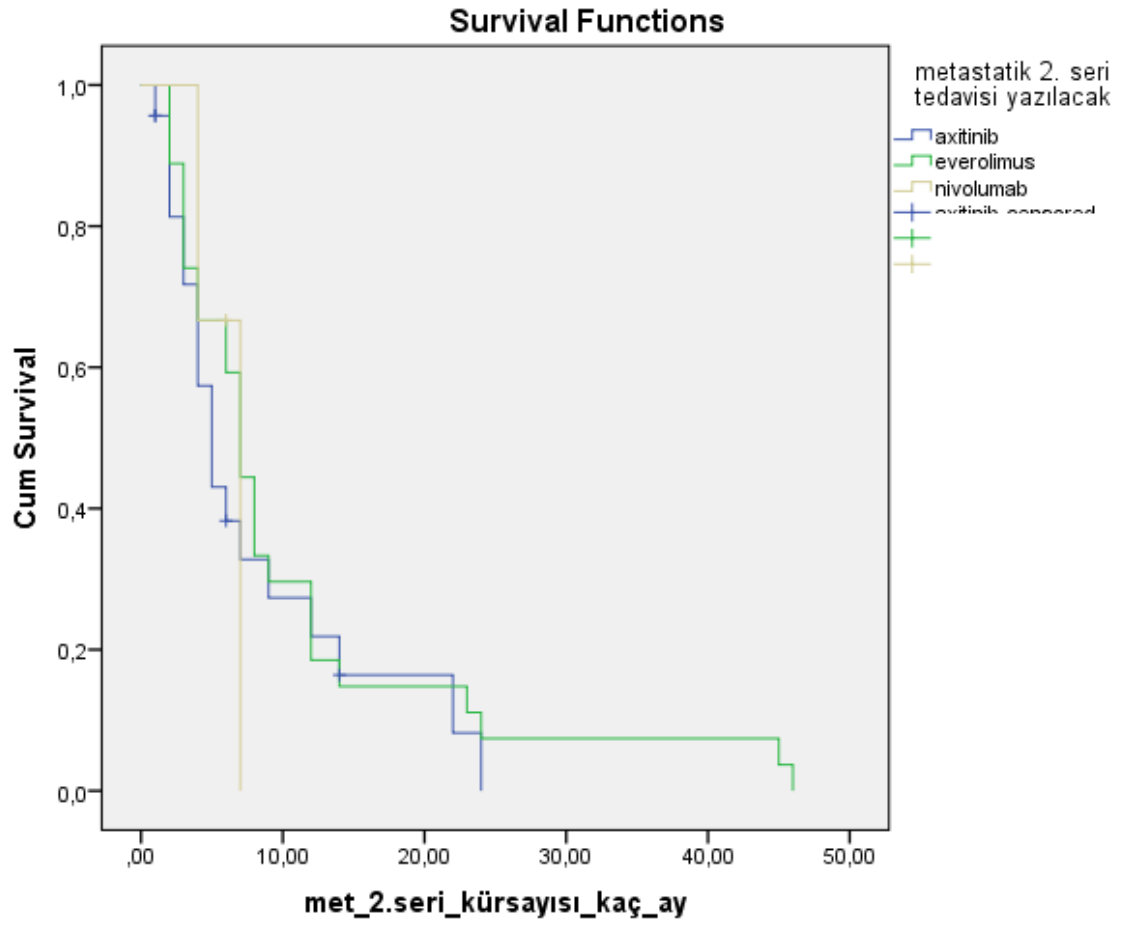
SONUÇ: Çalışmaya 56 hasta dahil edildi. Axi'nib kolunda 25, everolimus kolunda 28, nivolumab kolunda 3 hasta vardı. Genel özellikler Tablo 1'de özetlendi. Progresyonsuz sağkalım axi'nib için 5 (4,97-11,54) ay, everolimus için 7 (6,28-14,97) ay, nivolumab için 7 (3,73-8,26) ay idi ve istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,714). (Figür 1)

SONUÇ: Çalışmamızda metasta'k renal hücreli karsinomda ilk sıra 'rozin kinaz inhibitörü sonrası tedaviler arasında progresyonsuz sağkalım farkı yoktu ancak hasta sayıları çok az olması sebebiyle geniş çaplı çalışmalarda karşılaştırılması gerekmektedir.

Table 1: Genel Özellikler

	Axitinib (N=25)		Everolimus (N=28)		Nivolumab (N=3)	
Yaş	59	(40-77)	59	(24-74)	60	(36-62)
Cinsiyet						
Kadın		8 (32)		4 (14)	1	(33)
Erkek	17	(68)	24	(86)	2	(67)
Birinci sıra tedavi						
Sunitinib	16	(62)	16	(57)	2	(67)
Pazopanib	6	(24)	3	(11)	1	(33)
Sorafenib	3	(12)	9	(32)	0	
Denovo metastatik						
Yok	14	(56)		11 (39)	1	(33)
Var		11 (44)	17	(61)	2	(67)
MSKCC Risk						
İyi		9 (36)	4	(14)	1	(33)
Orta	13	(52)	20	(72)	2	(67)
Kötü		3 (12)	4	(14)		
Karaciğer metastazı						
Yok	16	(64)	22	(79)	3	(100)
Var	9	(36)	6	(21)	0	(0)
Akciğer metastazı						
Yok		5 (20)	7	(25)	1	(33)
Var	20	(80)	21	(75)	2	(67)
Kemik metastazı						
Yok	16	(64)	22	(79)	2	(67)
Var	9	(36)	6	(21)	1	(33)
Beyin metastazı						
Yok	25		24	(86)	3	
Var	0		4	(14)	0	

Figür 1: Progresyonsuz sağkalım



KANSER GÜNCEL

Kanserde Güncel Gelişmeler 2024

ÜROLOJİK VE JİNEKOLOJİK KANSERLER SEMPOZYUMU

21-22 EYLÜL 2024 TITANIC BUSINESS KARTAL HOTEL İSTANBUL

BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



**ONKOLOJİK KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DERNEĞİ**