



MULTİDİSİPLİNER BAŞ BOYUN KANSELERİ KONGRESİ

22-24 Şubat 2024

Titanic Deluxe Golf Belek, Antalya

Turkish - British
Head and Neck Cancer Meeting

BAHNO
BRITISH ASSOCIATION OF
HEAD & NECK ONCOLOGISTS



KONGRE BİLDİRİ KİTABI

www.basboyunkongresi2024.org

22 Şubat 2024, Perşembe

14.00 - 14.20 Açılış Oturumu

1. OTURUM

14.20 - 15.40 **BAŞ BOYUN KANSERLERİNDE YENİ GELİŞMELER-1**

Oturum Başkanları: Murat Dinçer, Hakan Coşkun, Enis Özayar

14.20 - 14.40 Baş Boyun ve Diğer Kanserlerde UK Proton Çalışmaları
Chris Nutting, United Kingdom

14.40 - 15.00 Oral Kavite Cerrahisinde 3B Kemik Rekonstrüksiyonu
Sat Parmar, United Kingdom

15.00 - 15.20 Transoral Robotik Cerrahi Tekniği
Vin Paleri, United Kingdom

15.20 - 15.40 Tartışma

15.40 - 16.00 **Kahve Molası**

16.00 - 16.30 **UYDU SEMPOZYUMU**

Metastatik Skuamöz Hücreli Baş Boyun Kanserlerinin

2. Basamak Tedavisinde Nivolumab Deneyimi

Oturum Başkanı: H. İbrahim Güllü

Konuşmacı: Sercan Aksoy

 Bristol Myers Squibb®

2. OTURUM

16.30 - 18.10 **BAŞ BOYUN KANSERLERİNDE YENİ GELİŞMELER- 2**

Oturum Başkanları: Fazıl Aydın, Feyyaz Özdemir, Ahmet Köybaşıoğlu, Ömer Uzel

16.30 - 16.50 Disfaji-Optimize Radyoterapi - Baş-Boyun Kanser Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım
Chris Nutting, United Kingdom

16.50 - 17.10 "İlk Seferde Doğruyu Yapmak" - Baş Boyun Kanserinde Ulusal Tedavi Değişikliği
Programının Rolü
Jennifer Graystone, United Kingdom

17.10 - 17.30 Baş Boyun Kanserli Hastalarda İmmün Kontrol Noktası İnhibitörlerinin Ötesinde
Yeni Tedavi Yaklaşımları
Kevin Harrington, United Kingdom

17.30 - 17.50 Relaps/Metastatik Tükürük Bezi Tümörlerinin Tedavisinde Neden Çok Az İlerleme Kaydettik?
Kevin Harrington, United Kingdom

17.50 - 18.10 Tartışma

3. OTURUM

18.10 - 19.10 **SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**

SALON A

Oturum Başkanları: Özgür Tanrıverdi, Seda Türkoğlu Babakurban
S02, S03, S08, S09, S10, S11, S12, S13

SALON B

Oturum Başkanları: Murat Öztürk, Didem Karaçetin
S01, S04, S05, S18, S19, S20, S21, S22

23 Şubat 2024, Cuma

4. OTURUM

08.00 - 09.20 TÜRÖR KONSEYİ: LOKAL İLERİ LARİNGS KANSERLERİ

Oturum Başkanları: Ahmet Demirkazık, İsmet Aslan, Uğur Selek

Konsey Üyeleri

Sercan Aksoy, Güleser Saylam, Kerem Öztürk, Murat Çaloğlu, Akın Yıldız

Vaka Sunumları

Elif Berna Köksoy, Cömert Şen, Sümerya Duru Birgi

09.20 - 09.30 Kahve Molası

5. OTURUM

09.30 - 11.30 BAŞ BOYUN KANSERLERİNDE YENİ GELİŞMELER- 3

Oturum Başkanları: Mustafa Özdoğan, Hosseyin Ashrafi, Levent Soylu, Gökhan Özyiğit

09.30 - 09.50 Melanom Dışı Cilt Kanserinin Yönetimi - Genel Bakış
Rolan Giger, Switzerland

09.50 - 10.10 Bilinmeyen Birincil HNSCC: Güncel ve Gelecekteki Yönetim Paradigmaları
Somiah Siddiq, United Kingdom

10.10 - 10.30 Lokal İleri Evre Yüksek Riskli Baş Boyun Kanseri Olgularında Eşzamanlı Kemoradyoterapi ve Apoptoz Protein İnhibitör Antagonisti Kullanımı
Mahmut Özşahin, Switzerland

10.30 - 10.50 Baş ve Boyun Kanseri Takip: Sistemik mi? Yoksa Semptom Bazlı mı?
Olgun Eliçin, Switzerland

10.50 - 11.10 HPV ile İlgili Kanselerde İlaç Keşfinde Yenilikler
Okan Çakır, United Kingdom

11.10 - 11.30 Tartışma

6. OTURUM

11.30 - 12.30 TÜRÖR KONSEYİ: PAROTİS BEZİ MALIGN TÜRÖRLERİ

Oturum Başkanları: Banu Öztürk, Hakan Korkmaz, Durmuş Etiz

Konsey Üyeleri

Derya Kıvrak Salim, Bora Başaran, Utku Aydil, Sezin Yüce Sarı, Merva Soluk Tekkeşin

Vaka Sunumları

Selami Bayram, Ömer Bayır, Meltem Dağdelen

12.30 - 13.00 UYDU SEMPOZYUMU

Metastatik Skuamöz Hücreli Baş Boyun Kanserlerinin

1. Basamak Tedavisinde KEYTRUDA Deneyimi

Konuşmacı: Timuçin Çil

13.00 - 14.00 Öğle Yemeği



23 Şubat 2024, Cuma

7. OTURUM

- 14.00 - 15.55** **OROFARİNKS KANSERLERİNDE GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI**
Oturum Başkanları: H. İbrahim Güllü, Serdar Karahatay, Ömür Karakoyun Çelik
- 14.00 - 14.20 Oropharinks Kanseri Tanı ve Evrelemesindeki Değişikliklerin Tedavi Modalitesi Seçimi ve Prognosa Etkisi
Kürşat Gökçan
- 14.20 - 14.40 Oropharinks Kanselerinde Cerrahi Tedaviler
Vin Paleri, United Kingdom
- 14.40 - 15.00 Oropharinks Kanselerinde Cerrahi Dışı Tedavi Yöntemleri
Mehmet Şen, United Kingdom
- 15.00 - 15.20 Tekrarlayan Oropharingeal Kanselerde Transoral Robotik Cerrahiden Açık Kurtarma Cerrahisine
Vin Paleri, United Kingdom
- 15.20 - 15.40 Oropharinks Kanselerinde Hedefe Yönelik Tedaviler ve İmmünoterapinin Geleceği
Mehmet Akif Öztürk
- 15.40 - 15.55 Tartışma
- 15.55 - 16.10 **Kahve Molası**

8. OTURUM

- 16.10 - 17.00** **MÜNAZARA: ERKEN EVRE LARİNKS KANSERLERİ**
Oturum Başkanları: Görkem Eskiizmir, Gözde Yazıcı
Erken Larinks Kanseri: Radyoterapi ve Cerrahi
- 16.10 - 16.30 Cerrahi
Roland Giger, Switzerland
- 16.30 - 16.50 Radyoterapi
Olgun Eliçin, Switzerland
- 16.50 - 17.00 Tartışma

9. OTURUM

- 17.00 - 18.00** **TÜMÖR KONSEYİ: NAZOFARENKS KANSERLERİ**
Oturum Başkanları: Timuçin Çil, Emin Karaman, Mustafa Esassolak
Konsey Üyeleri
Özlem Sönmez, İmdat Yüce, Oğuz Kuşçu, Evrim Metcalfe, Akın Yıldız
- Vaka Sunumları
Pınar Kubilay Tolunay, Erim Pamuk, Özlem Aynacı

10. OTURUM

- 18.00 - 19.00** **SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**
Oturum Başkanları: Özgür Tanrıverdi, Seda Türkoğlu Babakurban, Murat Öztürk, Didem Karaçetin
S06, S07, S14, S15, S16, S17, S23, S24, S25, S26

24 Şubat 2024, Cumartesi

11. OTURUM

08.50 - 09.50 REKÜRREN BAŞ BOYUN KANSERLERİNE YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Hasan Şenol Coşkun, Çağatay Oysu, Mustafa Cengiz

08.50 - 09.10 Nüks ve Metastatik Baş Boyun Kanserlerinde Güncel Sistemik Tedaviler
Martin Forster, United Kingdom

09.10 - 09.30 Baş Boyun Kanserinde Palyatif Radyoterapi: Kanıt Nedir ve Hastalar ve Bakıcılar İçin
Nasıl Geliştirilebilir?
Sarah Hargreaves, United Kingdom

09.30 - 09.50 Tartışma

09.50 - 10.00 **Kahve Molası**

12. OTURUM

10.00 - 11.30 BAŞ BOYUN KANSERLİ HASTALARIN KANSERDEN KURTULMA SÜRECİNE GENEL BAKIŞ

Oturum Başkanları: Filiz Çay Şenler, Serdar Akyıldız, Yılmaz Tezcan

10.00 - 10.15 Kanserden Kurtulan Hastalarda Ağız Sağlığı ve Radyonekroz Yönetimi
Kıvanç Bektaş Kayhan

10.15 - 10.30 Disfaji, Lenfödem, Trismus ve Ağız Kuruluğu Yönetimi
Candan Demiröz

10.30 - 10.45 Baş Boyun Kanseri Hastalarda Sistemik Tedavi Toksisitesi
Ebru Çilbir

10.45 - 11.00 Baş Boyun Kanseri Hastaların Takip ve Tedavi Süreçlerinde
Multidisipliner Tümör Konseylerinin Yeri ve Önemi
Nilda Sütay Süslü

11.00 - 11.15 Baş Boyun Kanseri Hastalarda Psikososyal Değerlendirmeler
Fatma Buğdaycı Başal

11.15 - 11.30 Tartışma

11.30 - 12.00 UYDU SEMPOZYUMU

Baş Boyun Kanseri Nedeniyle RT Görmüş Hastalarda
Erken ve Geç Dönemde Ağız Kuruluğunun Tedavisi
Konuşmacı: Kıvanç Bektaş Kayhan

12.00 - 13.30 **Öğle Yemeği**

24 Şubat 2024, Cumartesi

13. OTURUM

13.30 - 14.50

SİNÖNAZAL KANSERLERDE GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Oturum Başkanları: Ahmet Özet, Özgür Özyılkan, Babür Küçük, Mine Genç

13.30 - 13.50

Sinonazal Kanserlerde Tanı ve Cerrahi Tedavi
Ozan Bağış Özgürsoy

13.50 - 14.10

Sinonazal Kanserlerde Neoadjuvan Kemoterapinin Yeri
Burak Bilgin

14.10 - 14.30

Sinonazal Kanserlerde Radyoterapi (Proton)
Özlem Akagündüz

14.30 - 14.50

Tartışma

14. OTURUM

14.50 - 16.10

TÜMÖR KONSEYİ: ORAL KAVİTE KANSERLERİ

Oturum Başkanları: Fuat Demirelli, Günter Hafız, Erkan Topkan

Konsey Üyeleri

Nebi Serkan Demirci, Murat Yener, Ersoy Doğan, Kezban Gürbüz, Vildan Kaya, Merva Soluk Tekkeşin

Vaka Sunumları

Mehmet Cem Fidan, Abdulvahap Akyiğit, Duygu Sezen

16.10 - 16.30

Kahve Molası

15. OTURUM

16.30 - 18.10

TİROİD KANSERİ PANELİ

Oturum Başkanları: Fulden Yumuk, Hakan Akbulut, Çetin Vural, Esengül Uzel

16.30 - 16.50

Preoperatif Değerlendirmede Ultrasonografinin Rolü
Seyfettin Ilgan

16.50 - 17.10

Anaplastik Medüller Kanserde Sistemik Yeni Tedaviler
Melek Karakurt Eryılmaz

17.10 - 17.30

Tiroid Kanseri Cerrahisinde Nöromonitorizasyon Yeri ve Son Gelişmeler
Ahmet Ömer İkiz

17.30 - 17.50

İleri Evre Dediferansiye Tiroid Kanserlerinde Adjuvan RT'nin Rolü
Eda Erdiş

17.50 - 18.10

Tartışma

18.10 - 18.30

KAPANIŞ VE TEMENNİLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER



[S01]

Lokal İleri Evre evre Nazofarinks Karsinomlu Hastalarda Radyasyona Bağlı Trismusun Yeni Bir Belirleyicisi; Kemoradyoterapi Öncesi Toplam Massester Kas Hacmi

Efsun Somay¹, Erkan Topkan², Umur Anıl Pehlivan³, Uğur Selek⁴, Berrin Pehlivan⁵

¹Baskent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye

²Baskent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi AD, Adana, Türkiye

³Baskent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Adana, Türkiye

⁴Koc Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi AD, İstanbul, Türkiye

⁵Bahçeşehir Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi AD, İstanbul, Türkiye

Amaç: Eş zamanlı kemoradyoterapi (E-KRT) alan lokal ileri nazofarinks karsinomlu (Lİ-NK) hastalarda tedavi öncesi toplam massester kas hacmi (TMKH) ölçümlerinin radyasyona bağlı trismus (RBT) tahmin edip edemeyeceğini belirlemeye çalıştık.

Gereç-Yöntem: E-KRT alan ve tedavi öncesi maksimum ağız açıklıkları (MAA) 35 mm'den fazla olan Lİ-NK hastalarının tıbbi kayıtlarını retrospektif olarak inceledik. E-KRT sonrası MAA'nın 35 mm veya daha az olması RBT olarak kabul edildi. Tedavi öncesi TMKH okumaları ile RBT durumu arasındaki korelasyonu araştırmak için ROC eğrisi analizini kullandık.

Bulgular: 112 hastanın %22,0'sine E-KRT sonrası RBT tanısı konuldu. E-KRT sonrası RBT oranlarıyla önemli ölçüde bağlantılı olan optimal TMKH sınırının 35,0 cc olduğu belirlendi [Eğri altındaki alan: %79,5; duyarlılık: %75,0; ve özgüllük: %78,6; ROC eğrisi analizinde Youden indeksi:0,536]. RBT insidansı TMKH ≤ 5.0cc olan hastalarda TMKH > 35.0 cc olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (%51.2 vs. %8.7; Odds oranı:6.79; P<0.001). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi, E-KRT öncesi MAA ≤ 41,6 mm (P=0,001), ortalama çiğneme aparatı dozu V56,5 > %34 grup (P=0,002) ve TMKH ≤ 35cc'nin anlamlı derecede yüksek RBT oranlarının bağımsız belirleyicileri olduğu ortaya çıktı.

Sonuç: Tedavi öncesi daha küçük TMKH'nin varlığı, E-KRT alan Lİ-NK hastalarında daha yüksek RBT oranlarını güvenle tahmin edebilen güvenilir ve bağımsız yeni bir biyolojik belirteçtir.

Anahtar Kelimeler: eş zamanlı kemoradyoterapi, massester kas hacmi, nazofarinks kanseri, radyasyona bağlı trismus

[S02]

Baş boyun kanserli hastalarda preoperatif nütrisyonel değerlendirilmenin, postoperatif komplikasyonlara etkisi

Sanem Okşan Erkan¹, Sercan Kırmızıgül¹, Zeynel Abidin Erkan², Talih Özdaş¹, Nur Yücel Ekici¹, İlhami Yıldırım¹

¹SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Anabilim Dalı, ADANA

²Özel KBB Kliniği, ADANA

Amaç: Baş boyun kanserli hastalarda malnutrisyon tanısı anında neredeyse hastaların yarısında görülmektedir. Bunun sebebi, alkol tüketimi ve kanserden kaynaklanan odinofaji, disfaji ve sonucunda oluşan diyetdeki azalmadır(1). Malnutrisyon değerlendirmesinde birçok risk skorlaması olmasına rağmen MNA-S (Mini nutritional assessment-short form) pratik, geçerli ve oldukça duyarlı bir yöntem olarak kabul edilmektedir(2). NRI (nütrisyonel risk indeksi) ise preoperatif albümin değerlerine bağlı hesaplanan, postoperatif komplikasyon, morbidite ve mortaliteyi öngörmeye yarayan bir nütrisyonel durum değerlendirme ölçөгüdür(3).

Malnutrisyon; birçok cerrahi prosedürün postoperatif döneminde yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır(4). Ancak baş-boyun kanser cerrahisinde postoperatif komplikasyonlara olan etkisi konusunda çok az çalışma mevcuttur. Bunun nedeni malnütrisyon ve komplikasyon değerlendirme kriterlerindeki çeşitlilik ve hastalardaki heterojenitedir ve bu durum, malnutrisyon ve komplikasyon ilişkisini değerlendirmesini zorlaştırmaktadır(5).

Gereç-Yöntem: Küratif cerrahi yapılan 20 larinks karsinomlu hasta prospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara total larenjektomi ve bilateral boyun disseksiyonu yapıldı. Preoperatif demografik ve klinikopatolojik veriler, hematolojik ve biyokimyasal parametreler, komorbid hastalıklar, BMI (body-mass indeksi), MNA-S, NRI değerlendirildi. MNA-S değerlerine göre 0-7 arasında olanlar malnutrisyon, 8-11 arasında olanlar riskli, 12-14 arasında olanlar ise normal olarak gruplandırıldı(6). Preoperatif olarak hastalara herhangi bir nütrisyonel destek başlanmadı. NRI değerlendirilmesinde ise %83,5 altı ağır malnütrisyon, %83,5-97,5 arası orta malnütrisyon, %97,5 üstü iyi beslenmiş olarak değerlendirildi(7). Postoperatif komplikasyonlar ve hastanede yatış süresi gün olarak not edildi.

Bulgular: Hastaların cinsiyet, yaş, T evre, komorbidite, sigara ve alkol kullanımı, komplikasyon ve hastane yatış süreleri ile MNA-S forma göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı ($p > 0,05$). Hastaların cinsiyet, yaş, T evre, komorbidite, sigara ve alkol kullanımı, komplikasyon ve hastane yatış süreleri ile NRI'ne göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmadı ($p > 0,05$). Komplikasyon oluşan hastalarda MNA-S ve NRI değerlerinin anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) görüldü (Tablo 1).

Sonuç: MNA-S ve NRI değerleri ile postoperatif komplikasyon oluşumu ve hastane yatış süreleri arasında anlamlı bir bağlantı saptanmamıştır. Çalışmamız az hasta ile yapılan ön çalışma niteliğindedir. Daha çok sayıda hasta ile yapılacak çalışmalar bulgularımızı sağlamlaştırmaya yarayacaktır.

Anahtar Kelimeler: MNA-S (mini nutritional assessment-short form), NRI (nutrition risk index), komplikasyon

Komplikasyon varlığının tüm parametrelere göre değerlendirilmesi

	komplikasyon yok(n=15)	komplikasyon var(n=10)	p
cins(n(%)) kadın	1(6,7)	2(20)	0,315
erkek	14(93,3)	8(80)	
yaş(med)	65(20)	65(10)	0,598
T evre(n(%)) T1-2	5(33,3)	4(40)	0,734
T3-4	10(66,7)	6(60)	
BMI(med)	25,3(7,05)	24(5,5)	0,718
MNA-S(med)	10(5)	10(6)	0,780
NRI(med)	95,5(12,18)	91(23,9)	0,292
komorbidite(n(%))	8(53,3)	4(40)	0,513
sigara(n(%))	14(93,3)	9(90)	0,763
alkol(n(%))	4(26,7)	4(40)	0,484

[S03]

Boyun Diseksiyonu Engellilik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Mehmet Ekrem Zorlu, Tugay Müderris

İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Boyun Diseksiyonu Engellilik Ölçeği boyun diseksiyonu yapılan hastaların operasyon sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmek için 2002 yılında Rodney Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Çalışmamızın amacı ölçeğin Türkçe çevirisini yapıp geçerlilik ve güvenilirliğini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Boyun Diseksiyonu Engellilik Ölçeği önce Türkçe'ye ardından İngilizce'ye uluslararası kılavuzlara uygun olarak çevrildi. Çalışmaya İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda son 24 ayda boyun diseksiyonu yapılan hastalar dahil edildi. 18 yaş üstünde baş boyun kanseri nedeniyle selektif ve modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılan hastalar dahil edildi. Operasyon öncesi primer hastalığından bağımsız olarak omuz veya servikal patolojisi bulunan hastalar, aktif olarak kemoterapi/radyoterapi gibi ek tedaviler alan hastalar, tümör nüksü olan hastalar ve operasyon veya kemoterapi/radyoterapiden sonraki ilk 3 ay içinde iyileşme sürecinde yer alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Üzerinde uzlaşılacak nihai ölçek 3 hafta arayla hastalar tarafından yanıtlandı.

Bulgular: Ölçeği tamamlayan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalamasının 60.83 ± 9.88 olduğu, 19 erkek (%79.2) ve 5 kadından (%20.8) görüldü. 9 hastaya (%37.5) oral kavite kanseri nedeniyle, 6 hastaya (%25) larenks kanseri nedeniyle, 2 hastaya orofarenks (%8.3), 2 hastaya (%8.3) hipofarenks ve 6 hastaya (%25) diğer nedenlerle boyun diseksiyonu yapıldığı görüldü. 6 hastaya bilateral, 18 hastaya unilateral toplamda 30 boyun diseksiyonu yapıldığı tespit edildi. 30 boyun diseksiyonundan 22'sinin (%73.3) selektif, 8'inin (%26.7) modifiye radikal boyun diseksiyonu olduğu görüldü. Ölçeğin iç tutarlılığının yüksek düzeyde anlamlı olduğu gözlemlendi (Cronbach alfa= 0.96). Test-tekrar test analizlerinde Spearman korelasyon katsayısının tüm sorularda 0.8'den büyük olduğu tespit edildi ($p < 0.001$).

Sonuç: Boyun Diseksiyonu Engellilik Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, boyun diseksiyonu yapılan hastaların operasyon sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: boyun diseksiyonu, ölçek, yaşam kalitesi

[S04]

Total Larenjektomi Sonrası Farengokutanöz Fistülü Önlemek Amacıyla Servikal Fasiyanın Kullanılması

Mehmet Ekrem Zorlu¹, Canberk Kertmen², Abdulhalim Aysel², Fatih Yılmaz², Abdullah Dalgıç², Togay Müderris¹

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İzmir

Amaç : Larenjektomi sonrası en sık karşılaşılan ve morbidite oluşturan komplikasyonlardan biri farengokutanöz fistül meydana gelmesidir. Çalışmamızın amacı total larenjektomi sonrası rekonstruksiyonda servikal fasiya kullanılan hastalar ile kullanılmayan hastaların fistül oranlarını karşılaştırmak ve fistül oranlarını etkileyen faktörleri incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Şubat 2021 - Mart 2023 arasında opere edilen ve servikal fasiya flebini kullandığımız yaklaşık 22 hasta ile Ocak 2018- Mart 2023 arasında opere ettiğimiz ve fasiya flebi kullanmadığımız 21 hasta dahil edilerek retrospektif olarak karşılaştırıldı. Çalışmamız Helsinki kriterlerine uyularak ve Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nin 2023/54 nolu kararıyla yapıldı. Çalışmaya evre 3 ve evre 4 yassı hücreli larenks kanseri nedeniyle total larenjektomi uygulanan hastalar dahil edildi. Çalışmaya klinik olarak strep kas invazyonu olan hastalar dahil edilmedi. Kontrol grubunu fasiya kullanılmayan hastalar oluştururken rutin rekonstrüksiyon dışında poliglolik asit keçesi gibi farklı materyaller kullanılan hastalar dahil edilmedi. Çalışma grubunda fasiya, hyoid kemik ortaya konacak şekilde submental bölgeye dek eleve edildi. Submukozal sütürler sonrası ve korunduysa inferior kontrüktör kaslar karşılıklı sütüre edildikten sonra fasiya sütür hattının üzerine gelecek şekilde yatırılarak tabandaki dokulara sütüre edildi. Tüm hastalar oral alıma 10. gün sonrasında yarı katı gıdalarla başladı.

Bulgular: Çalışmaya 22 flap kullanılan hasta (51.2 %) çalışma grubunda, 21 flap kullanılmayan hasta (48.8%) kontrol grubunda olmak üzere toplam 43 hasta dahil edildi. İki grup arasında yaş ve cinsiyet arasında farklılık izlenmedi (p:0.471, p:0.176 sırasıyla). Flep kullanılan ve kullanılmayan hastalarının cinsiyet, alkol kullanımı, KOAH, DM, KAH ve multiple komorbidite dağılımlarının benzer olduğu görüldü (p>0,05). Fasiya flebi kullanılan hastalardan 1 hastada (4.5%) postop fistül izlenirken, flep kullanılmayan grupta 7 hastada (33.3%) postop fistül görülmüştür. Postoperatif fistül oranının fasiya flebi kullanılan grupta istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük olduğu izlendi (p:0.021). Flep kullanımı ile risk faktörleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında flep kullanımı ile postop fistül varlığı arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulundu (p:0.015, r:-0.370).

Sonuç: Çalışmamızda tüm hastalarda fistül oranının %18.6 olduğu tespit edildi ve literatürle uyumlu olduğu izlendi. Servikal fasiya flebi kullanılan hastalarda ise %4.5 ile fistül oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görüldü. Servikal fasiya total larenjektomi sonrası fistül oranlarını düşürmekte etkili olup, alternatif tekniklere göre teknik olarak daha basit olması ve ucuz olması başlıca avantajlarıdır.

Anahtar Kelimeler: farengokutanöz fistül, servikal fasiya, total larenjektomi

[S05]

Dilin Skuamöz Hücreli Karsinomu: Klinik Sonuçlarımız

Sermin Can

Dicle Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Bu çalışmamızda kliniğimizde takip ve tedavi ettiğimiz dilin skuamöz hücreli karsinom hastalarını sunduk ve klinik deyimimizi raporladık.

Gereç-Yöntem: 2015-2023 yılları arasında Dicle Üniversitesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalında kliniğine başvuran dilin skuamöz hücreli karsinomunu tanısı alan 17 hastamızı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların yaş, cinsiyet ve komorbiditelerini belirledik. Ayrıca bu hastaların otolaringoloji ve baş boyun cerrahisi muayenelerini yapıp kontrastlı boyun Magnetik Rezonans (MR) görüntülerini, Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) görüntülerini isteyip hastaların TNM evrelemesini belirledik. Hastaların evrelemesini yaptıktan sonra TNM evrelemesine göre hastalara glossektomi+ boyun diseksiyonu, kemoterapi ve radyoterapi seçeneklerinden birini veya kombinasyonlarını uyguladık.

Bulgular: Tüm hastaların (min 37-mak 84) ortalama yaşlarını $59,29 \pm 14,3$ olarak raporladık. Hastalarımız 9 (%52,9) kadın ve 8 (%47,1) erkekten oluşmaktaydı. Hastalarımızın 5 (%29,4) inde komorbidite varken 12 (%70,6) sine komorbidite eşlik etmemektedir. T evrelemesine göre 4 (%23,5) hastamızı T1 evresi, 6 hastamızı (%35,3) T2 evresi, 5 (%29,4) hastamızı T3 evresi, 2 (%11,8) hastamızı T4 evresi olarak raporladık. Ayrıca 13 (%76,5) hastada lenf nodu metastazı saptamazken 4 (%23,5) hastada lenf nodu metastazı saptadık. 2 (%11,8) ünde uzak metastaz varken 15 (%88,2) hastada uzak metastaz izlemedik. Sadece 3 (17,6) hastamıza sadece kemaradyoterapi, 2 (%11,8) hastamıza cerrahi+kemoradyoterapi, 8(%47,1) hastamıza sadece cerrahi, 4 (%23,5) hastamızda cerrahi+radyoterapi uyguladık.

Sonuç: Dil skuamöz hücreli karsinomlarında uygun tedaviyi belirlemek tümörün yerleşim yeri ve klinik evresine göre yapılır. Tümör evresi, cerrahi sınır durumu, nodal metastazın yaygınlığı, ekstrakapsülüler yayılım, perineural invazyon ve lenfovasküler permeasyon gibi birçok faktör kötü prognoz belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. Erken evre dil karsinomlarında glossektomi+boyun diseksiyonu gibi radikal cerrahiler tercih edilirken ileri evrelerde kötü prognostik belirleyicilerine göre bu cerrahiler sonrası adjuvan radyoterapi veya adjuvan kemoradyoterapi seçenekleri eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: dil, skuamöz hücreli karsinom, radyoterapi, kemoterapi, cerrahi

[S06]

Baş boyun kanseri nedeniyle opere edilen hastalarda laboratuvar parametrelerinin prognostik değeri

Tunzala Yavuz¹, Özlem Yağız Ağayarov², Hicret Yeniay¹, İbrahim Çukurova²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç:

Çalışmamızda baş boyun kanseri nedeni ile opere olan hastaların preoperatif laboratuvar parametreleri (hemogram parametreleri, c-reaktif protein/albumin, nötrofil/lenfosit, platelet/lenfosit) ile hastaların YB (yoğun bakım) yatış ihtiyacı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Baş boyun kanseri nedeniyle 1 Nisan 2021- 1 Aralık 2022 tarihleri arasında kulak burun boğaz kliniği tarafından opere edilen hastaların klinik kayıtları etik kurul onayı alındıktan sonra taranmıştır. Hastaların demografik verileri, malignitenin kaynaklandığı anatomik bölge, preoperatif bakılan hemogram ve biyokimya testlerinden c-reaktif protein/albumin, nötrofil/lenfosit, platelet/lenfosit değerleri not edilmiştir. Postoperatif dönemde bu hastaların YB yatış ihtiyacı, YB'da kalış süresi, hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyon gelişimi (kanama ve faringokutanöz fistül gelişimi) ve 1 aylık ve 3 aylık mortalite oranları incelenmiştir. Preoperatif laboratuvar parametreleri ile YB yatış ihtiyacı karşılaştırılmıştır.

Bulgular:

Çalışmaya alınan 134 hastanın yaş ortalaması 61.63 ± 10.80 olup, 30 kadın (%22.4), 104 erkekten (%77,6) oluşmaktadır. Hastaların %64.2'si larenks, %12.7'si oral kavite, %11.2'si dudak, %6.7'si tiroid, %2.2 nazal-paranasal, %1.5'i orofarenks, %1.5'i parotis kanseri nedeni ile opere olmuştur. Hastaların 5'inde (%0,04) intraoperatif, 33'ünde (%24,6) postoperatif komplikasyonlar görülmüştür. Opere olan 134 hastadan 91'i postoperatif dönemde YB'a yatmıştır. YB'da yatan 91 hastanın 78'i izlem amaçlı, 13'ü ise YB ihtiyacı nedeni ile kabul edilmiştir. Ortalama YB'da yatış süresi 2.43 ± 6.41 gün olup, izlem amaçlı yatan hastalar 1.14 ± 0.38 gün, ihtiyaç nedeni ile yatan hastalar ise 10.15 ± 15.23 gün yatmıştır. Takip süresince 8 hastaya invaziv mekanik ventilasyon, 1 hastaya ise non-invaziv mekanik ventilasyon desteği uygulanmıştır. YB'da yatmayan hastalarda 6 aylık sağkalım %100 olup, YB'da takip edilen hastaların %1.1'inde 1. ay ve %9.9'unda ise 6.ay mortalite gelişmiştir. Yoğun bakımda yatmayan hastalarda sağkalım daha yüksek olup, bu hastalar istatistiksel olarak anlamlı yüksek hemoglobin, lenfosit, albümin ve düşük prokalsitonin, trombosit/lenfosit düzeylerine sahipti.

Sonuç:

Baş boyun kanseri nedeni ile opere olacak hastalarda düşük hemoglobin, lenfosit ve albümin, yüksek prokalsitonin ve trombosit/lenfosit oranının YB yatış ihtiyacını öngörebileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: baş-boyun kanseri, prokalsitonin, trombosit/lenfosit oranı

Tablo1. Opere olan hastalarda gelişen komplikasyonlar

Operasyon sırasında gelişen komplikasyonlar:	n (%)
Yok	129 (%96.27)
Solunum yetmezliği	1 (%0.75)
Aritmi	1 (%0.75)
Pnömotoraks	1 (%0.75)

Diğer	2 (%1.49)
Operasyon sonrasında gelişen komplikasyonlar:	
Yok	101 (%75.4)
Kanama	3 (%2.2)
Faringokütanoz fistül	8 (%6.0)
Pnömotoraks	1 (%0.7)
Ciltaltı amfizem	6 (%4.5)
Fasiyal paralizi	1 (%0.7)
Yara yeri enfeksiyonu	7 (%5.2)
Pnömoni	2 (%1.5)
Pulmoner tromboemboli	1 (%0.7)
Solunum yetmezliği	4 (%3.0)

YB'da yatan ve yatmayan hastaların laboratuvar verilerinin ve yatış sürelerinin karşılaştırılması

	YB yatmayan, n=43	YB yatan, n=91	P değeri
Hb, g/dL, Ort ± SS	13.96 ±1.49	13.23±1.8	0.01
Lökosit, x10 ³ /uL	8.40±3.16	8.88±2.95	0.18
Nötrofil, x10 ³ /uL	61.8±13.31	71.57±72.08	0.09
Trombosit, x10 ³ /uL	272.72±71.83	279.22±89.49	0.84
Lenfosit, x10 ³ /uL	27.02±11.27	22.49±9.46	0.02
Albümin, g/dL	4.56±3.04	3.96±0.51	0.04
Prokalsitonin	0.037±0.06	0.097±0.39	0.03
CRP, mg/dL	24.07±43.06	21.93±41.03	0.34
CRP/Albumin	5.99±10.44	6.36±12.98	0.27
Nötrofil/Lenfosit oranı	3.87±5.47	5.53±11.71	0.06
Trombosit/Lenfosit oranı	13.89±12.20	19.76±31.06	0.04
KBB servis yatış süresi, gün	14.23±6.86	17.6±11.75	0.19
Hastanede yatış süresi, gün	14.23±6.86	20.35±13.04	0.00

YB: yoğun bakım, Hg: hemoglobin, Ort± SS: ortalama± Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, KBB: Kulak Burun Boğaz

[S07]

Parotidektomi sonuçlarımız: Tek merkez verisi

Seval Akay¹, Özlem Yağız Agayarov²

¹İzmir Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Tükürük bezi tümörleri, benign veya malign olabilen çok çeşitli tümör tiplerini içerir. Yaklaşık %85'i parotisten kaynaklanır. Parotiste kitle nedeniyle parotidektomiye giden hastaların histopatolojik özelliklerini inceledik.

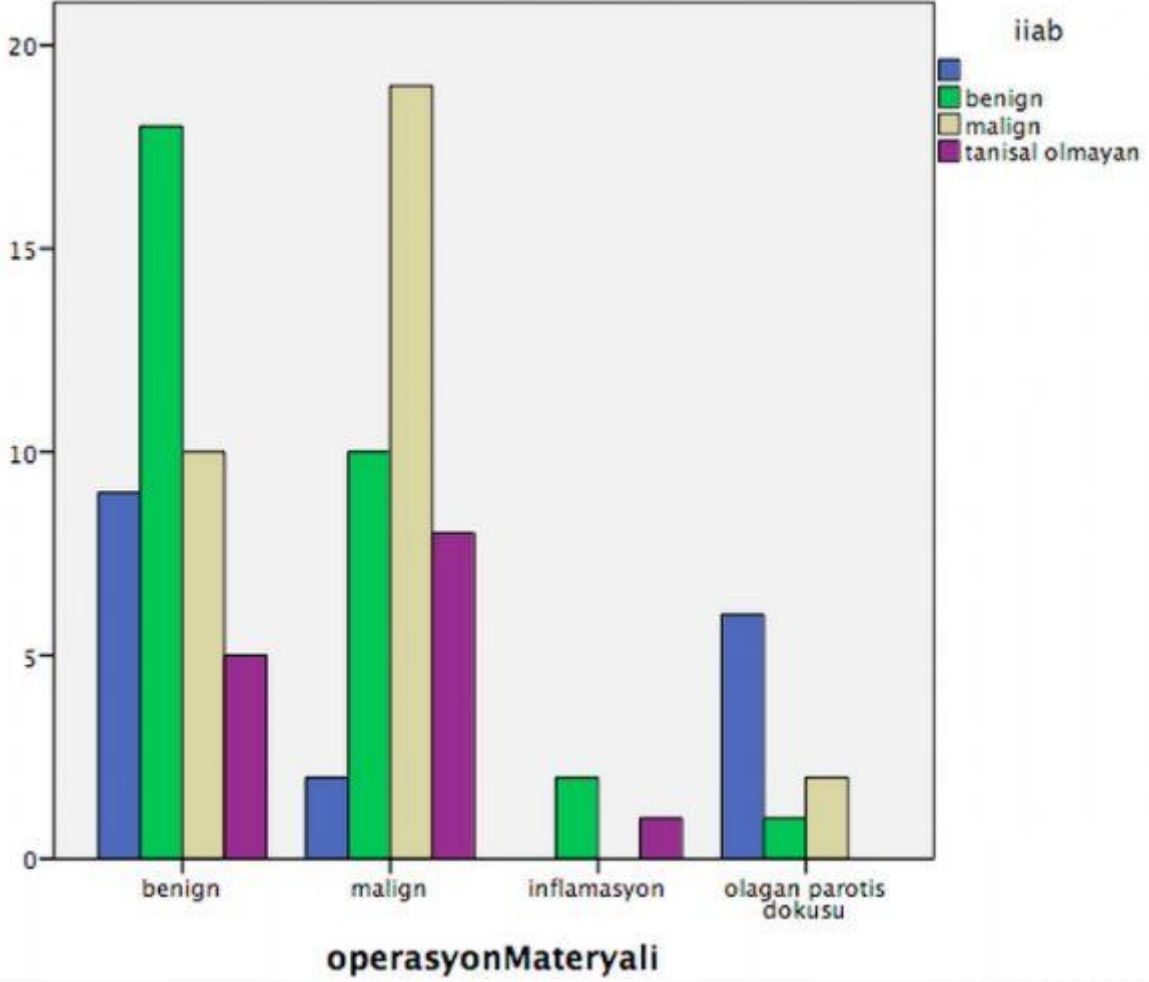
Gereç-Yöntem: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB kliniğinde paratidektomi yapılan hastaların verilerine hastane bilgisayar sistemi üzerinden ulaşıldı. Histopatolojik özelliklerine göre gruplanırken preoperatif dönemde iyab yapılmışsa sonuçları karşılaştırıldı. Fasyal paralizi geçmiş olan hastaların bilgisi not edildi.

Bulgular: 93 parotidektomili olgudan 40'ı kadın 53'ü erkekti. 76 hastaya ameliyat öncesinde iyab yapılmıştı ve bu biyopsilerin %36'sı benign, %26'sı malign ve %20'si de tanısal olmayan sitoloji olarak değerlendirilirken 93 operasyon materyalinin %43'ü benign %44'ü malign, %3'ü inflamasyon ve %9'u olağan parotis dokusu olarak değerlendirildi. Parotidektomilerin %58'i sağ, %39'u sol taraftan yapılmışken %3'ünde yön bilgisi tanımlanmamıştı. %69'u R0 ve %25'i R1 rezeke edilmişken operasyon materyallerinden 6'sı parçalı olarak çıkarıldığı için cerrahi sınır değerlendirilememişti. 93 hastadan 12'sinde (%13) postoperatif dönemde lagoftalmi ve/veya ağız köşesinde çekilme şeklinde fasyal paralizi izlenmişti. Fasyal paralizi geçiren 7 hastada R0, 5 hastada R1 rezeksiyon yapılmıştı. 12 olgudan 10'u malign patolojiyi işaret etmekteydi. Diğer ikisi ise warthin tümörü ve pleomorfik adenom histolojisindeydi. Olağan parotis dokusu şeklinde raporlanana 9 olgudan 6'sında aurikula, preaurikula, göz çevresi ya da dış kulak yolu scc eksizyonu sırasında; biri de servikal lenf nodlarının primerini araştırırken parotis çıkartılmıştı. Paratidektomi materyali benign olarak sonuçlanan 40 hastadan 29'u R0, 7'si R1 rezeke edilmişken malign olarak sonuçlanan 41 hastadan 23'ü R0, 16'sı R1 rezeke edilmişti. İnflamasyon ya da olağan parotis dokusu olarak raporlanan toplam 12 materyal R0 olarak rezeke edilmişti. Malign dokuları R1 rezeke edilme oranı istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0.02). Maligniteyi tespit etmede İİAB'den faydalanılsa da yaklaşık %35-40'lık bir yanılma payı izlenmektedir. (tablo-1)

Sonuç: Malign tümörlerde R0 rezeksiyon oranları düşükken olağan parotis dokusu ya da inflamasyon olarak değerlendirilen materyaller kolaylıkla ve R0 rezeksiyonla çıkarılabilmektedir. Tümöre bağlı fasyal sinir felci, tanı anında malign parotis lezyonlarının yüzde 15 ila 23'ünde mevcuttur ve daha kötü bir prognozla ilişkilidir. Fasyal sinirin korunması patolojik olarak pozitif bir sınırla sonuçlanabilir. Fasyal paralizi oranlarının düşük olmasında histolojik yapı kadar ekibin tecrübesi de önemli bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: benign, fasyal paralizi, malign, paratidektomi

Resim-1



İİAB kıyasla parotidektomi materyalinde benign&malign ayrımı

[S08]

Metastatik baş boyun kanseri hastalarında setuksimabın etkinliği: tek merkez deneyimi

Shamkhal Safarov, Murad Guliyev, Nebi Serkan Demirci

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Çalışmamızda 2016-2023 yılları arasında setuksimab tedavisi alan metastatik baş boyun kanseri tanıları hastaların klinik özellikleri, progresyonsuz sağkalımı (PFS ve genel yaşam süreleri (OS) geriye dönük olarak incelemeyi amaçladık.

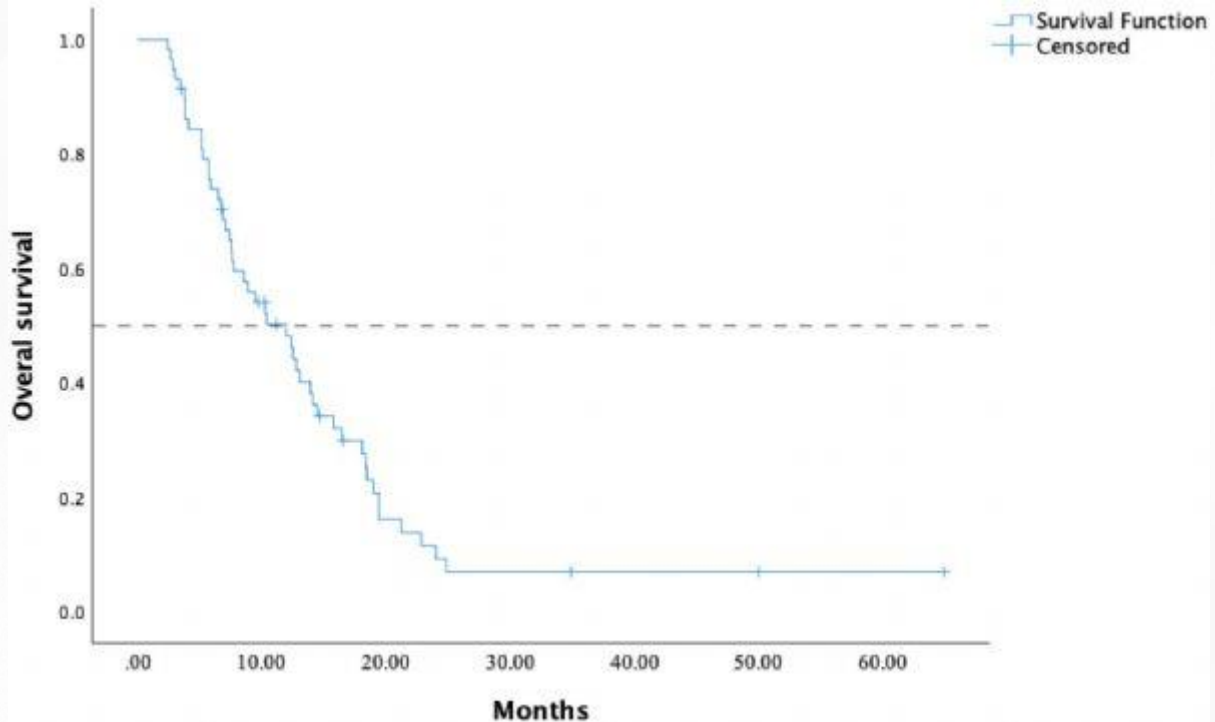
Gereç-Yöntem: Metastatik baş boyun kanseri hastaların komorbidetleri, genel özellikleri, takip süreleri ve yan etki profilleri retrospektif olarak irdelendi.

Bulgular: Çalışmaya 58 hasta dahil edildi. Erkek kadın oranı 3/1 (43 vs 15) şeklinde idi. Tüm hastalar yassı hücreli karsinom alt tipine sahipti. Ortanca yaş 60 (aralık: 18-84) idi. 36 hastada daha önce cerrahi uygulanmıştı. 11 hastada operasyon sonrası rezüdi vardı. 21 hasta post-op radyoterapi almıştı. 31 hastada visseral metastaz vardı. Hastaların median vücut kilo indeksi (BMI) 24.4 (aralık: 15.6-45.3) idi. Ortanca takip süresi 10.1 ay (aralık: 2.4-64.9) idi. Median OS 11,97 ay (aralık: %95 CI: 7.83-16.11), median PFS 6.1 ay (%95 CI:5.57-6.43) idi. Visseral metastaz olan ve olmayan hastalar arasında PFS (5.8 vs 6.1 ay; p=0.635) ve OS (8.8 vs 13.3 ay; p=0.9) farkı yoktu. Median BMI olan 24.4 altı ve üstü olan iki grup arasında PFS ve OS farkı yoktu. Daha önce radyoterapi alan ve almayan grupta PFS (7.9 vs 9.1 ay; p=0.38) ve OS (10.2 vs 11.9 ay; p=0.882) farkı yoktu. En görülen toksisite dermatit idi. Toksikite olan ve olmayan gruplar arasında PFS (5.7 vs 7.2 ay; p=0.635) farkı yoktu ancak toksisite olanlarda OS (13.9 vs 7.5 ay; p=0.09) numerik olarak daha uzundu lakin istatistiksel olarak anlamlı değildi.

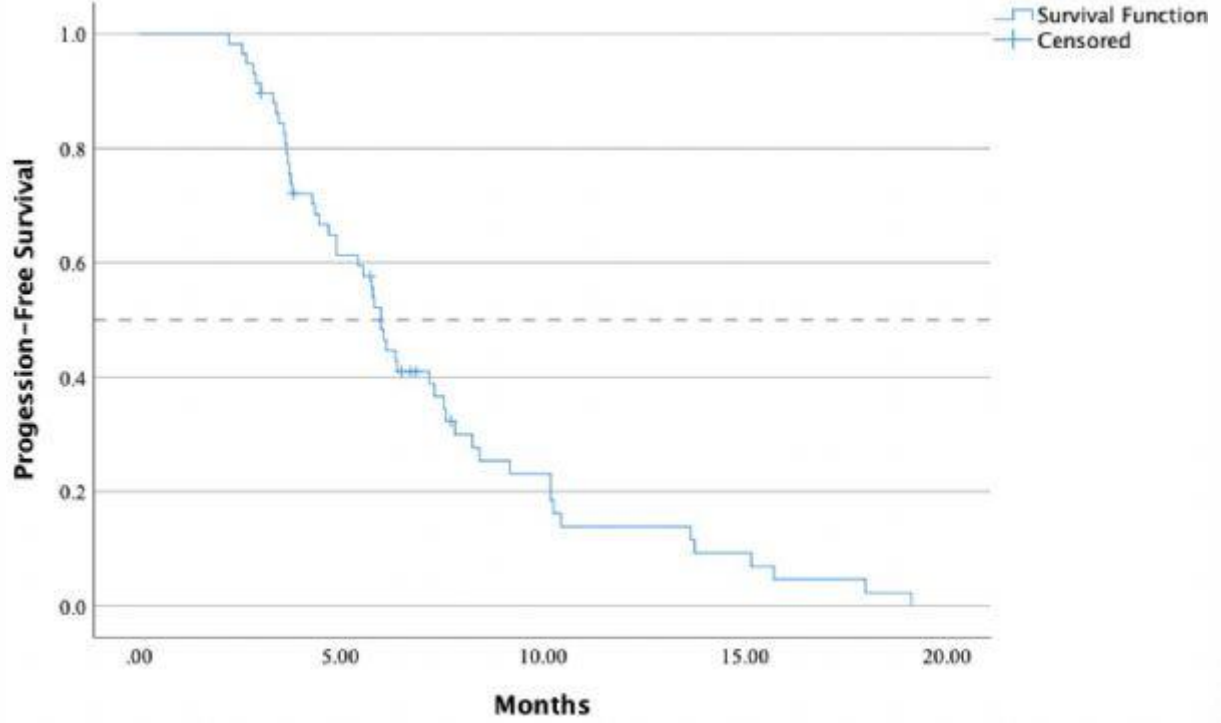
Sonuç: Setuksimab platin bazlı kemoterapiler ile birlikte halen günümüzde metastatik baş boyun kanserlerinde standart ilk seri tedavidir. Çalışmamızda geriye dönük incelemeler literatürle uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: baş boyun kanseri, setuksimab, retrospektif

Overall Survive



Progression Free Survival



[S09]

Supraklavikular lenf nodları bize ne anlatır?

Seval Akay

İzmir Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Supraklaviküler lenf nodu (SKLN), maligniteler için sık görülen bir metastaz bölgesidir. Açık biyopsi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) için kolayca erişilebilir bir bölgedir. Bu çalışmada, SKLN biyopsilerinin tanı ve yardımcı çalışmalar için kullanılabilirliği analiz edilmiştir.

Gereç-Yöntem: Hastane bilgisayar sisteminden SKLN açık biyopsisi yapılan hastalar taratıldı. (1/2008-12/2023). Hastaların demografik özellikleri, tanıları ve yardımcı çalışmaları kaydedildi. SPSS 20.0 programında grup karşılaştırmaları için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Hastalar cinsiyet, yaş, 45 yaş ve altı/üzeri, prosedür esnasında kanser tanısı var/yok, işlem sonucu (lenfoma/metastaz/benign), histolojik tanı, lateralizasyon (sağ/sol) ve eşlik eden İİAB sonuçlarına göre değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubu 7-80 yaş aralığında 75 hastadan oluşmaktaydı. Hastaların 46'sı kadındı. Medyan yaş 45±19 yıl idi. 75 hastadan 29'unda SKLN biyopsisi öncesinde İİAB denenmişti ancak İİAB yapılan hastaların 14'ünde benign ya da malign ayrımı yapılamadı. Patoloji sonuçları 36'sı lenfoma, 16'sı metastaz, 21'i benign ve biri de RT'ye bağlı değişiklik olarak sonuçlandı (biri kedi tırmığı hastalığı olmak üzere granülomatöz lenfadenit 13, sinüs histisitozis 1, castleman hastalığı 2, lenfoid hiperplazi 6). Metastazı yansıtan 16 hastanın 8'i mevcut malignitenin progresyonunu yansıtırken kalan 8'i ise bu prosedür ile kanser tanısı aldı. Bu 8 hastanın tümü sol SKLN'dan tanı aldı ve 5'i akciğer kanseri, biri mide, biri over ve diğeri de küçük mavi yuvarlak hücreli tümör idi. Metastazı yansıtan 16 biyopsinin 14'ü sol yerleşimliydi ve sol SKLN tutulumunun metastazı yansıması istatistiksel olarak daha belirgindi ($p=0.008$) Sağ vs sol SKLN ile lenfoma tanılı hastaların sayısı birbirine yakındı (17 vs 19). 45 yaş altında SKLN değerlendirmesinin metastaz olma olasılığı anlamlı derecede düşüktü ($p=0.001$). SKLN patolojik incelemesi ile kanser tanısına ulaşılması 45 yaş üzerine göre 45 yaş ve altı grupta istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.02$).

Sonuç: SKLN saptandığında malign süreçler ekarte edilmelidir. Özellikle sol yerleşimli SKLN'da diafram altı bir organın (mide, pankreas, kolon, genitoüriner) malignitesi düşünülürken metastatik sağ SKLN için öncelikle diafram üstü organ kanserleri (baş boyun, akciğer) akla getirilmelidir. Bu çalışma, SKLN ile gelen hastada endemik hastalıkların hakim olmadığı bir bölgede SKLN değerlendirilmesi sonuçlarını sunmaktadır. İİAB tanıya giden yolda her zaman yol gösterici olmadığı ve kesin tanı için açık biyopsinin altın standart olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: biyopsi, supraklavikular lenf nodu, metastaz

[S10]

Baş ve boyun yassı hücreli karsinom tanısı olan hastalarda nütrisyonel parametreler ve sistemik inflamatuvar yanıt indeksi ile tedavi yan etkileri arasındaki ilişki

Hatice Bölek¹, Sümerya Duru Birgi², H. Arzu Yaşar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Baş ve boyun yassı hücreli karsinom (HNSCC) tanısı olan ve radyoterapi (RT) veya kemoterapi (KT) ile tedavi edilen hastalarda oral alımın bozulmasına neden olan mukozit, disfaji gibi semptomlar sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmada, lokal ileri HNSCC tanısı olan ve definitif kemoradyoterapi (KRT) veya adjuvan (kemo)radyoterapi tedavisi alan hastalarda sistemik inflamatuvar yanıt indeksi (SIRI), prognostik nutrisyonel indeks (PNI), vitamin B12 ve folik asit eksiliği ile mukozit, disfaji gelişimi ve tedavi tamamlanma oranları arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda 01/01/2019-30/06/2023 tarihleri arasında HNSCC tanısı ile takip edilmiş; RT veya KRT alan ve tedavi başlanmadan önceki son 3 ay içerisinde vitamin B12 değeri olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların kayıtları retrospektif olarak taranmıştır. Hastalarda Vitamin B12, folik asit düzeyleri ve SIRI, PNI ile mukozit gelişimi, disfaji gelişimi ve tedavi tamamlama oranları arasındaki ilişki incelenmiştir. SIRI ve PNI sırasıyla, SIRI= nötrofil sayısı x monosit sayısı /lenfosit sayısı ve PNI= albumin (g/L) + 5 x lenfosit sayısı(109/L) sayısı formülleri ile hesaplanmıştır.

Bulgular:

Radyoterapi başlamadan son 3 ay içinde vitamin B12 değerleri olan 65 hasta çalışmaya dahil edildi (Tablo-1). Hastaların 20 (%30,8)'si kadındı ve ortalama yaş 59,3 (min-max: 29,4-87,1) tü. 30 (%46,6) hasta larinks kanseri tanısına sahipti. Hastaların 57'si (%87,7)'si KRT, 8'i (%12,3) RT ile tedavi edilmişti. Hastaların 64'ünde (%98,5) planlanan RT, 34'ünde (%61,8) ise planlanan KT tamamlanabilmişti. Dokuz (%13,8) hastada RT'ye ara verilmesi gerekmişti. Mukozit görülme oranı %60, disfaji oranı ise %55,4 idi. Hastaların %47,7'sinde vitamin B12 düşüklüğü (<=300pg/mL) ve 13,1'inde folik asit düşüklüğü (<=4ng/mL) mevcuttu (Tablo-2). Vitamin B12 düşüklüğü olan hastalarda sayısal olarak mukozit (%64,5-%55,9), disfaji (%61,3-%50) ve RT'ye ara verilme (%22,6-5,9) daha fazla görülürken KT tamamlama oranları (%57,7-65,5) daha düşüktü. Aynı bulgular folik asit eksikliği olan grup içinde geçerliydi. SIRI yüksek olan hastalarda mukozit (%62,5-%58,5), disfaji (%56,1-%54,2), RT'ye ara verilme (%17,1-8,3) ve KT tamamlanma oranları (%81-%50) daha yüksekti (Tablo-3).PNI yüksek olan hastalarda da KT tamamlanma oranları sayısal olarak daha fazlaydı (%72,7-%59,1).

Sonuç:

Vitamin B12 eksikliği ve folik asit eksikliği sayısal olarak daha fazla mukozit, disfaji, RT ara verilmesi ve KT tamamlanamama ile ilişkili olarak bulunsa da istatistiksel olarak fark saptanamamıştır. SIRI yüksek olan hastalarda mukozit, disfaji ve RT ara verilmesi sayısal olarak yüksek iken PNI ve SIRI değeri yüksek olan hastalarda KT tamamlanma oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Önceki çalışmalarda gösterilen SIRI yüksekliğinin kötü prognozla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu konunun netleşmesi için daha fazla hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: disfaji, mukozit, PNI, SIRI

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri ve genel bulgular

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri ve genel bulgular		
Hasta sayısı		65
Kadın		20 (30,8)
Yaş (ortanca, Min-max)		59,3 (29,4-87,1)
Sigara(N:63)	Hiç içmemiş	12 (18,5)
	Ex-smoker	27 (41,5)
	Aktif	24 (36,9)
Alkol (N=45)		5 (11,1)
BMI (kg/m ²) (SD)		25,3 (4,9)
Tanı	Larinks	30 (46,2)
	Hipofarinks	7 (10,8)
	Oral kavite/orofarinks/dil	13 (20)
	Nazofarinks	12 (18,5)
	Sinus	3 (4,6)
Evre	1	1 (1,5)
	2	10 (15,4)
	3	19 (29,2)
	4A	33 (50,8)
	4B	2 (3,1)
PS (N=63)	0	11 (26,9)
	1	47 (72,4)
	2	4 (6,2)
	3	1 (1,9)
DM		11 (16,9)
HT		19 (29,2)
KAH		10 (15,4)
KBH		6 (9,2)
Cerrahi		28 (43,1)
Tedavi modalitesi	RT	8 (12,3)
	KRT	57 (87,7)
Tedavi amacı	Adjuvan	27 (41,5)
	Definitif	38 (58,5)
KT ajanı (N=57)	Sisplatin	45 (69,2)
	Karboplatin	7 (10,8)
	Setuksimab	4 (7)
	CF	1 (1,8)
RT tamamlanan hasta sayısı		64 (98,5)
RT ara verilen hasta sayısı		9 (13,8)
Planlanan KT tamamlanan hasta sayısı*		34 (61,8)
Mukozit		39 (60)
Disfaji		36 (55,4)
Enteral ürün kullanımı		59 (90,8)
Vitamin B12 (median, min-max)		300 (50-3198)
Vitamin B12 ≤ 300 pg/mL (N=65)		31 (47,7)
Folik asit (median, min-max) (N=61)		6,42 (2,42-14,1)
Folat ≤ 4 ng/mL		8 (13,1)

* KT ye 1 haftadan fazla ara verildiyse veya KT tümden kesildiyse başlangıçta planlanan tedavi tamamlanmadı kabul edildi.

RT: radyoterapi, KT: kemoterapi CF: sisplatin-5Flourourasil

Tablo 2: Vitamin b12 ve folik asit değerleri ile tedavi yan etkisi ve tedavi tamamlanma oranları ilişkisi

	Vitamin B12 ≤ 300 (N:31)	Vitamin B12 >300 (N:34)	p	Folat ≤ 4 (N:8)	Folat >4 (N:53)	p
Mukozit	20 (64,5)	19 (55,9)	0,48	3 (37,5)	33 (62,3)	0,18
Disfaji	19 (61,3)	17 (50)	0,26	3 (37,5)	30 (56,6)	0,31
RT ara verilme	7 (22,6)	2 (5,9)	0,05	1 (12,5)	7 (13,2)	0,95
KT tamamlanma	15 (57,7)	19 (65,5)	0,55	5 (62,5)	27 (61,4)	0,97

Tablo 3: SIRI ve PNI ile tedavi yan etkisi ve tedavi tamamlanma oranları ilişkisi

	SIRI < 1,8 (N:41)	SIRI ≥ 1,8 (N:24)	p	PNI < 45 (N:52)	PNI ≥ 45 (N:13)	p
Mukozit	24 (58,5)	15 (62,5)	0,75	29 (55,8)	6 (46,2)	0,25
Disfaji	13 (54,2)	23 (56,1)	0,88	29 (55,8)	7 (53,8)	0,90
RT ara verilme	2 (8,3)	7 (17,1)	0,32	3 (13,5)	2 (15,4)	0,85
KT tamamlanma	17 (50)	17 (81)	0,023	26 (59,1)	8 (72,7)	0,41

PNI: prognostik nutrisyonel indeks SIRI: sistematik inflamatuvar yanıt indeksi

[S11]

Lokal ileri/Metastatik baş boyun kanserlerinde setuksimab tedavisi ile ilişkili elektrolit bozukluklarının sağkalım ile ilişkisi

Mustafa Emre Duygulu, Görkem Turhan, Elanur Karaman
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Setuksimab epidermal büyüme faktörü (EGFR) inhibisyonu yapan, kimerik yapıda monoklonal antikordur. Metastatik skuamöz hücreli baş boyun kanserinde kemoterapi ile kombinasyon halinde veya tek ajan tedavi olarak kullanılabilir. Çalışmamızda lokal ileri/metastatik skuamöz hücreli baş boyun kanseri tanısı ile takipli, tedavisinin herhangi bir basamağında setuksimab tedavisi almış olan hastaların retrospektif değerlendirilmesini, takiplerinde gelişen elektrolit bozuklukları ile sağkalım süreleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. **Gereç-Yöntem:** Merkezimizde Ocak 2010-Haziran 2023 tarihleri arasında, ileri evre skuamöz hücreli baş boyun kanseri tanısı ile takipli, sistemik tedavinin herhangi bir basamağında setuksimab alan hastalar değerlendirildi. Dahil edilme kriteri; 18 yaş ve üstü olma, lokal ileri/metastatik hastalık evresi olması, hasta ve dosya bilgilerine ulaşılabilmesi olarak belirlendi. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri; Ek malignite tanılı olmak, diüretik tedavi alıyor olmak olarak belirlendi. Veriler SPSS programı ile analiz edildi.

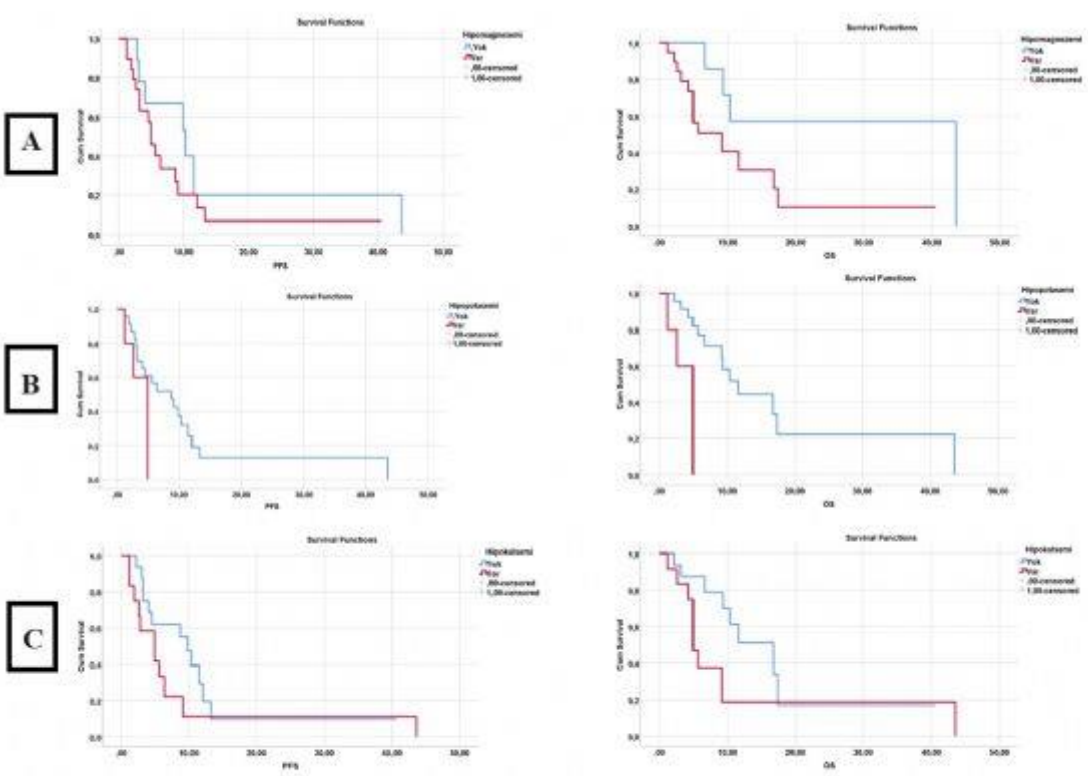
Bulgular: Dahil edilme ve dışlama kriterleri uygulandıktan sonra toplamda 29 hasta çalışma kapsamında değerlendirildi. Yirmi iki hasta (%75.9) erkek, 7 hasta kadın (%24.1) cinsiyet idi. Hastaların median yaşı 58 (29-80), kadınlarda 74.0 (29-80), erkeklerde 57.5 (41-75) olarak saptandı. En sık primer tümör yerleşim lokalizasyonları oral kavite (%44.8) ve larinks (%44.1) idi. Hastaların 22'sinde (%75.8) setuksimab tedavisi sonrasında kalsiyum-potasyum-magnezyum elektrolitlerinden en az birinde düşüş görüldü (Tablo 1).

Tüm popülasyonda median genel sağkalım (OS) 9.3 ay (%95 CI 4.5-14.1), median progresyonsuz sağkalım (PFS) 5.6 ay (%95 CI 1.5-9.6) olarak hesaplandı. Hipomagnezemi gelişenlerde median PFS 4.9 ay (%95 CI 3.5-6.3), gelişmeyenlerde 10.3 ay (%95 CI 2.3-18.3) (p=0.2), hipopotasemi gelişenlerde mean PFS 3.7 ay (%95 CI 2.1-5.3), gelişmeyenlerde 11.4 ay (%95 CI 5.5-17.4) (p=0.09), hipokalsemi gelişenlerde median PFS 4.9 ay (%95 CI 1.3-8.5), gelişmeyenlerde 9.9 ay (%95 CI 7.3-12.4) (p=0.158) olarak hesaplandı. Hipomagnezemi gelişenlerde mean OS 11.5 ay (%95 CI 5.4-17.6), gelişmeyenlerde 28.6 ay (%95 CI 13.8-43.4), (p=0.07), hipopotasemi gelişenlerde mean OS 3.7 ay (%95 CI 2.1-5.3), gelişmeyenlerde 17.5 ay (%95 CI 9.2-25.8) (p=0,001), hipokalsemi gelişenlerde median OS 4.9 ay (%95 CI 3.9-6.0), gelişmeyenlerde 16.8 ay (%95 CI 8.8-24.7) (p=0.085) olarak saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda ileri evre skuamöz hücreli baş boyun kanseri tanılı olup, setuksimab tedavisi esnasında elektrolit düşüklüğü gelişen hastalarda sağkalım süreleri literatür verileri ile uyumlu bir şekilde düşük saptandı. Daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalar ile setuksimab tedavisine bağlı elektrolit düşüklüğünün prognostik öneminin değerlendirilebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Setuksimab, toksisite, OS, PFS

Hipomagnezemi (A), hipopotasemi (B) ve hipokalsemi (C) gelişen hastaların PFS ve OS Kaplan-Meier eğrileri



Hastaların klinik ve demografik özellikleri

Değişken	Sayı-n	Yüzde-%
Yaş		
Genel median (min-maks)	58 (29-80)	
Kadın median (min-maks)	74.0 (29-80)	
Erkek median (min-maks)	57.5 (41-75)	
Cinsiyet		
Kadın	7	24.1
Erkek	22	75.9
Tanı		
Larinks	12	41.4
Nazofarinks	2	6.9
Oral kavite	13	44.8
Hipofarinks	1	3.4
Cilt	1	3.4

ECOG		
<=2	27	93.1
>2	2	6.8
Tedavi basamağı		
1	27	93.1
2	1	3.4
3	1	3.4
Metastaz durumu		
Nüks	24	82.8
De novo	5	17.2
Akciğer metastazı		
Var	11	37.9
Yok	18	62.1
Karaciğer metastazı		
Var	2	6.9
Yok	27	93.1
Kemik metastazı		
Var	8	27.6
Yok	21	72.4
Lenf nodu metastazı		
Var	19	65.5
Yok	10	34.5
Kemoterapi rejimi		
5-Fluorourasil-Sisplatin	22	75.7
Diğer (tek ajan setuksimab. karboplatin -paklitaksel. sisplatin-kapesitabin)	7	24.3
Hipopotasemi		
Var	6	20.7
Yok	23	79.3
Hipokalsemi		
Var	13	44.8
Yok	16	55.2



MULTİDISİPLİNER
BAŞ BOYUN KANSERLERİ
KONGRESİ 22-24 Şubat 2024 / Antalya



Hipomagnezemi		
Var	20	69.0
Yok	9	31.0
Cilt Toksisitesi		
Var/Yok	6/23	20.7/79.3

[S12]

Metastatik Adenoid Kistik Karsinomlu Hastalarda Tirozin Kinaz İnhibitörlerinin Gerçek Yaşam Verisi

Duygu Ercan Uzundal, Nigar Rustamova Cennet, Ahmet Özet, Ozan Yazıcı
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Adenoid kistik karsinom (AKK), sekretuar bezlerden kaynaklanan nadir bir malignitedir ve en sık tükürük bezlerini tutar. Baş ve boyun bölgesindeki tüm malignitelerin yaklaşık %1'ini oluşturur. Rekürren/ metastatik (R/M) durumda yanıt oranları genellikle yetersiz olup halihazırda standart bir palyatif sistemik tedavi mevcut değildir. Nadir görülmesi nedeniyle ileri evre hastalığın yönetimi ile ilgili sınırlı veri mevcuttur. Tirozin kinaz inhibitörlerinin etkinliği metastatik AKK'li hastalarda faz II çalışmalarla gösterilmiştir. Ancak literatürde bu konuda gerçek yaşam verisi sınırlı sayıdadır. Biz de bu çalışmada, metastatik AKK'lu hastalarda tirozin kinaz inhibitörleri tedavisinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

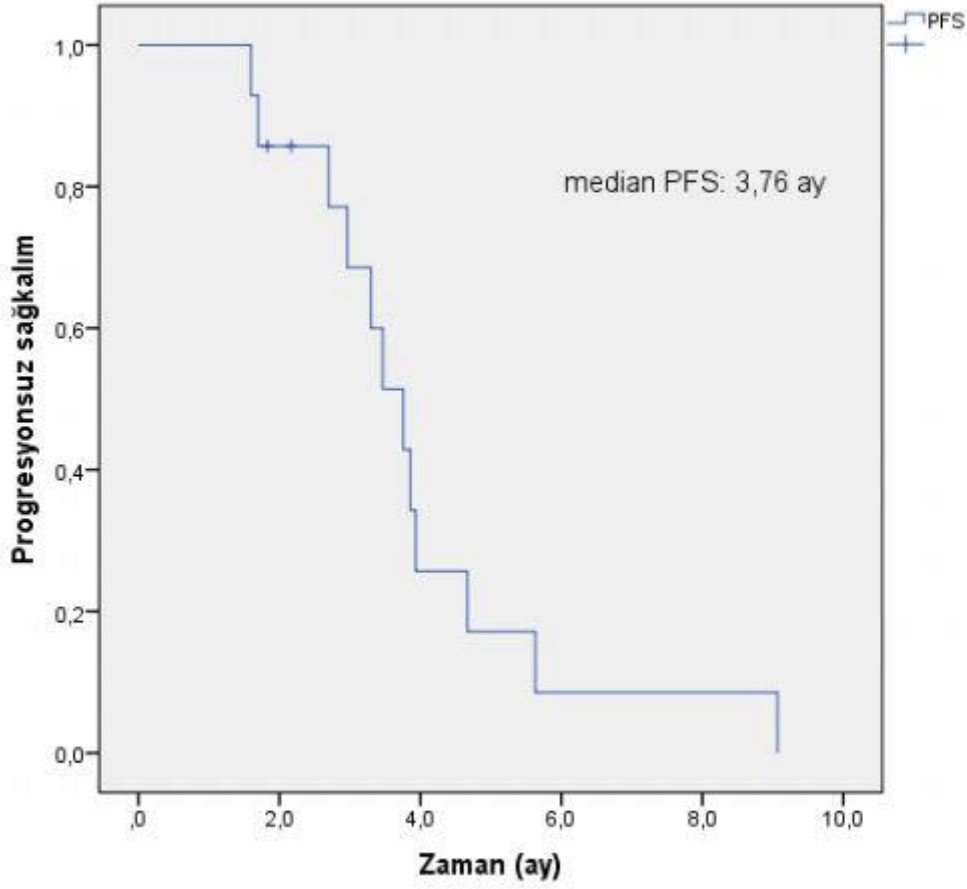
Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2010- 2023 tarihleri arasında adenoid kistik karsinom tanısı alan, Gazi Üniversitesi Tıbbi Onkoloji bölümüne başvuran, 18 yaş ve üzeri tirozin kinaz inhibitörü (aksitinib ve sorafenib) tedavisi alan rekürren/metastatik adenoid kistik karsinom tanılı hastalar alındı. Hastaların bu tedaviden önce hangi tedavileri aldığı, tirozin kinaz inhibitörü tedavisi sonrasındaki tedavileri kayıt edildi. Hastaların bu tedaviler altındaki progresyonsuz sağ kalım, genel sağ kalım süreleri ve yanıt oranları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza toplam on dört hasta dâhil edilmiştir. Hastaların %64,3 kadın ve ortalama yaş 54 idi. Hastaların metastaz tutulumlarında bakıldığında, en sık akciğer (%78,6) sonra kemik metastazı (%28,6) saptanmıştır. Hastalarda medyan iki organ sisteminde metastaz saptanmıştır. 11 hastada aksitinib verilmiş, 3 hastada sorafenib tercih edilmiştir. Hastaların çoğu (%92) tirozin kinaz inhibitörü tedavisini ikinci basamak tedavi olarak almıştır. Hiçbir hastada objektif yanıt saptanamamış, altı hastada (%42) stabil yanıt elde edilebilmiştir. Medyan progresyonsuz sağ kalım 3.7 ay (3- 4.5 ay), medyan genel sağ kalım 17.2 ay olarak saptanmıştır.

Sonuç: Nadir görülen bir patoloji olan adenoid kistik karsinom (AKK) tedavisinde sistemik tedavilerle ilgili veriler kısıtlıdır. Aksitinibin en yaygın histotiplerden biri olan adenoid kistik karsinomlu (AKK) hastalardaki etkinliğini gösteren faz II çalışmada, %9 parsiyel yanıt, %75 hastada stabil yanıt izlenmişti. Bizim de sınırlı sayıda yaptığımız bu çalışma gerçek hayat verisi sonuçlarımız olup medyan progresyonsuz sağ kalım 3.7 ay olarak saptanmış ve % 42 hastada stabil yanıt izlenmiştir. Çok merkezli çalışmalarla bu tedavi etkinliğinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: adenoid kistik karsinom, aksitinib, sorafenib

Şekil-1: Medyan progresyonsuz sağ kalım (PFS)



Tirozin kinaz inhibitörlerinin tüm hasta popülasyonundaki progresyonsuz sağ kalım eğrisi

[S13]

Hedgehog yolağı inhibitörü Vismodegib ile tedavi edilen, baş boyun bölgesinin unrezektabl bazal hücreli cilt kanserleri vaka serisi: tek merkez deneyimi (10 yıllık deneyim)

Ahmet Ünlü, Asım Armağan Aydın, Banu Öztürk

S. B. Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ

Epidermin bazal tabakası ve eklerinden köken alan bazal hücreli karsinom (BCC), en sık görülen cilt kanseri türüdür ve vakaların yaklaşık %80'i baş boyun bölgesinde görülmektedir. Lokal ve lokal ileri hastalıkta standart tedavi cerrahi eksizyon yada radyoterapidir. Ancak medikal yada kozmetik nedenlerle unrezektabl olan, rekürrens riski yüksek vakalar oldukça nadirdir ve bu vakaların yönetimi önemli bir klinik problemdir. Bu bildiri, merkezimizde Hedgehog yolağı inhibitörü Vismodegib ile tedavi edilen, baş boyun bölgesinin rekürrens riski yüksek unrezektabl bazal hücreli cilt kanseri vakalarının retrospektif olarak analiz edilmesi, demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması ve güncel literatür eşliğinde yorumlanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bildiri, Ocak 2014-Haziran 2023 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğine başvurup baş boyun bölgesinin rekürrens riski yüksek unrezektabl bazal hücreli cilt kanseri tanısı alan ve Vismodegib başlanan; 18 yaş ve üzeri 13 hastaya ait anamnez ve laboratuvar bilgilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi ile hazırlanmıştır.

BULGULAR

13 hasta dahil edilme kriterlerini karşılamıştır. 13 hastanın 6'sında tam yanıt, 5'inde parsiyel yanıt, 2'sinde stabil hastalık elde edilmiştir. Medyan takip süresi 64 ay olarak hesaplanmıştır. 64 ayda progresyonsuz sağ kalım %69 olmuştur. Medyan 64 aylık takip süresince tam yanıt elde edilen 6 hastanın sadece 1'inde rekürrens gözlenmiştir. 5 hasta, hastalık dışı nedenlerden yaşamını yitirirken, 8 hasta halen yaşamını sürdürmektedir. 13 hastanın 6'sında Vismodegib ilişkili grade 1-2 toksisite [kilo kaybı (2), tat değişikliği (2), kas krampları (2)] gözlenmiştir.

SONUÇ

Baş boyun bölgesinin rekürrens riski yüksek, unrezektabl bazal hücreli cilt kanserlerinde, Hedgehog yolağı inhibitörü Vismodegib; tolere edilebilir yan etkili profili ve sağladığı yüksek yanıt ve progresyonsuz sağ kalım oranları ile iyi bir tedavi seçeneğidir.

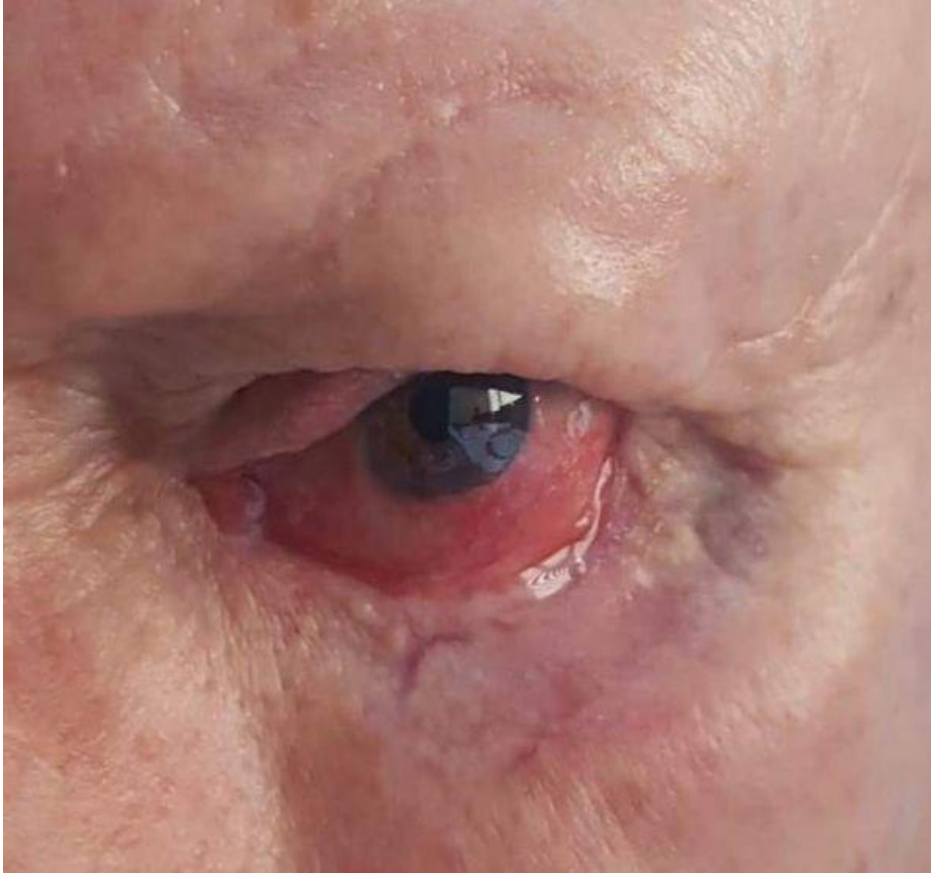
Anahtar Kelimeler: Baş boyun kanserleri, bazal hücreli cilt kanseri, vismodegib

sol göz kapağını içine alan bcc lezyonu (tanı anında)



Sol göz kapağını içine alan bcc lezyonu olan hastanın tanı anındaki görünümü

Sol göz kapağını içine alan bcc lezyonu (vismodegib sonrası 1.yıl)



Sol göz kapağını içine alan bcc lezyonu olan hastanın vismodegib sonrası 1.yıl kontrolündeki görünümü

[S14]

CRP/Albümin oranı skorunun baş-boyun skuamöz hücreli kanserli hastalarda prognostik önemi

Mehmet Cem Fidan, Nebi Serkan Demirci

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: CRP/Albümin Oranı (CAR) sistemik inflamasyon durumunu ve nutrisyonel indeksi yansıtan bir parametredir. Bu çalışma ile metastatik/unrezektabl evrede ilk sıra tedavide Platin-5FU-Cetuksimab tedavisi alan baş-boyun skuamöz hücreli kanser (HNSCC) hastalarında CAR skorunun prognostik önemini araştırmayı amaçladık.

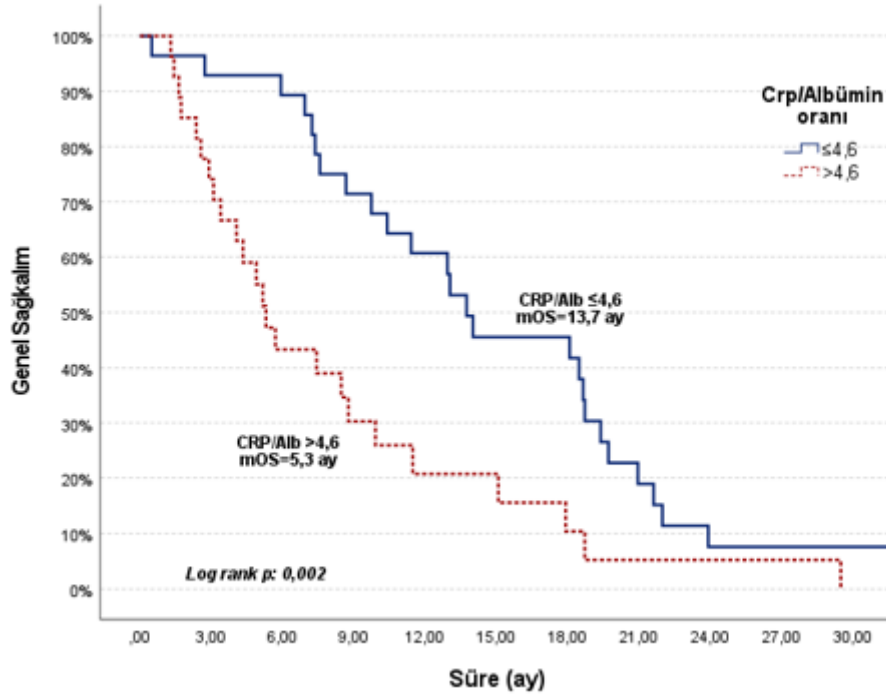
Gereç-Yöntem: Çalışmaya Ocak 2013 ile Ekim 2022 tarihlerinde tanı almış ve unrezektabl/metastatik evrede ilk sıra tedavide en az 1 kür Platin-5FU-Cetuksimab tedavisi almış olan 55 hasta dahil edildi. Retrospektif olarak hastaların yaş, cinsiyet, sigara-alkol kullanımı, primer odak, tanı tarihi, uygulanan ilk tedaviler, nüks/metastatik olma tarihleri ve ilk sıra tedavi öncesinde laboratuvar parametreleri kaydedildi. İlk sıra tedavi öncesi CRP, Albümin(Alb) oranları hesaplandı. CAR medyan değeri kesim noktası kabul edilerek Kaplan Meier ile düşük ve yüksek CAR skoruna göre hastaların progresyonsuz sağkalım (PFS) ve metastatik/unrezektabl evrede ilk sıra tedavi başlangıç tarihi ile ölüm tarihine kadar geçen süre olarak hesaplanan genel sağkalım (OS) analizleri yapıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 50,9 (min:33, max:76) olup hastaların %78 erkek, %22 kadın idi. Denovo unrezektabl/metastatik HNSCC'li hasta sayısı 13 idi. (%23,6). CAR skoru için bakılan median±S.D değeri 4,6±12,4 olarak saptandı. CAR skoru için kesim noktası 4,6 kabul edilerek Kaplan Meier yöntemi ile yapılan analizde median CAR skoru ≤ 4,6 olan hastaların median progresyonsuz sağkalım (mPFS) süresi, CAR skoru >4,6 olan hastaların mPFS sürelerine göre daha uzun bulundu. (sırasıyla; 6.2 vs 4.3 ay; Log rank p: 0.03) (Şekil 1). Tüm hastaların mPFS süresi ise 5.7 ay (4.6-6.8, %95 CL) olarak saptandı. Median CAR skoru ≤ 4,6 olan hastaların median genel sağkalım (mOS) süresi, CAR skoru >4,6 olan hastaların mOS sürelerine göre daha uzun bulundu. (sırasıyla; 13.7 vs 5.3 ay; Log rank p: 0,002) (Şekil 2). Tüm hastaların mOS süresi ise 9,7 ay (6.3-13.1 %95 CL) olarak saptandı.

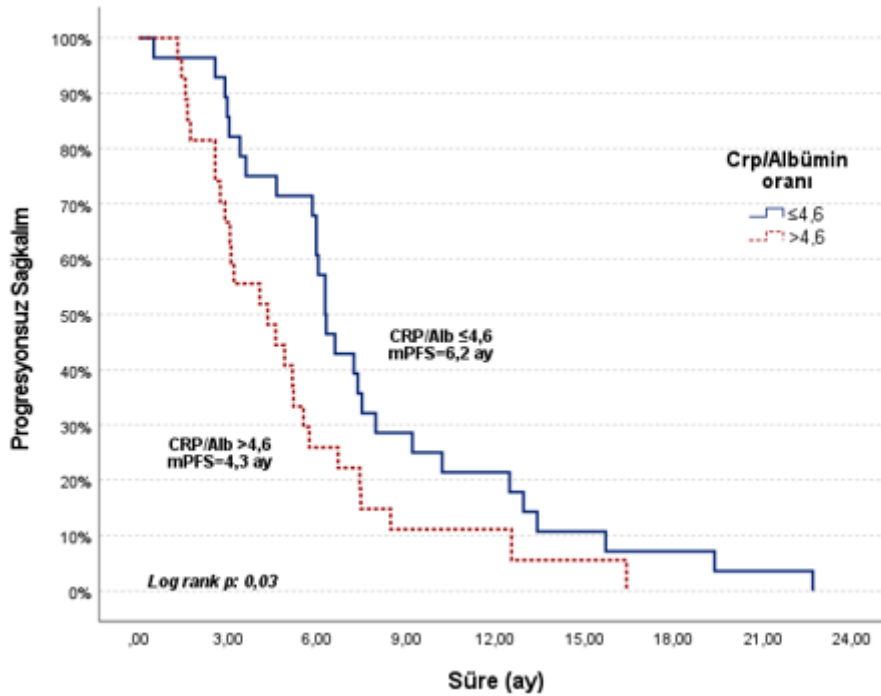
Sonuç: Unrezektabl/Metastatik HNSCC hastalarda CAR skorunun PFS ve OS ile anlamlı ilişkili olduğu bulundu. Yüksel CAR skoru, unrezektabl/metastatik HNSCC'li hastalarda kötü PFS ve OS ile ilişkilendirildi.

Anahtar Kelimeler: CAR skoru, baş-boyun kanseri, sağkalım

CAR skoru ve genel sağkalım ilişkisi



CAR skoru ve progresyonsuz sağkalım ilişkisi



Hastaların demografik bulguları

		n	%
Cinsiyet	kadın	12	21,8
	erkek	43	78,2
Sigara	yok	9	16,4
	aktif içici	29	52,7
	eski içici	6	10,9
	bilinmeyen	11	20,0
Alkol	yok	30	54,5
	var	11	20,0
	Bilinmeyen	14	25,5
Primer Odak	oral kavite	12	12
	orofarenks	1	1
	hipofarenks	1	1
	nazofarenks	6	6
	larenks	28	28
	nazal kavite, sinüs	2	2
	primeri bilinmeyen baş-boyun	5	5

[S15]

Definitif kemoradyoterapi almış larenks kanserli hastalarda RDW/Albümin oranının prognostik önemi

Mustafa Özgür Arıcı, Banu Öztürk

SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Antalya

Amaç: Eritrosit dağılım genişliği (RDW) hem inflamasyonu hem de nutrisyonu yansıtan hematolojik bir parametredir. RDW/albumin oranının (RAR) çeşitli hastalıklarda ve malignitelerde prognostik önemi değerlendirilmiştir. Çalışmamızda definitif kemoradyoterapi (KRT) almış larenks skuamöz hücreli karsinomlu (LSCC) hastalarda RAR'ın prognostik rolünü belirlemeyi amaçladık.

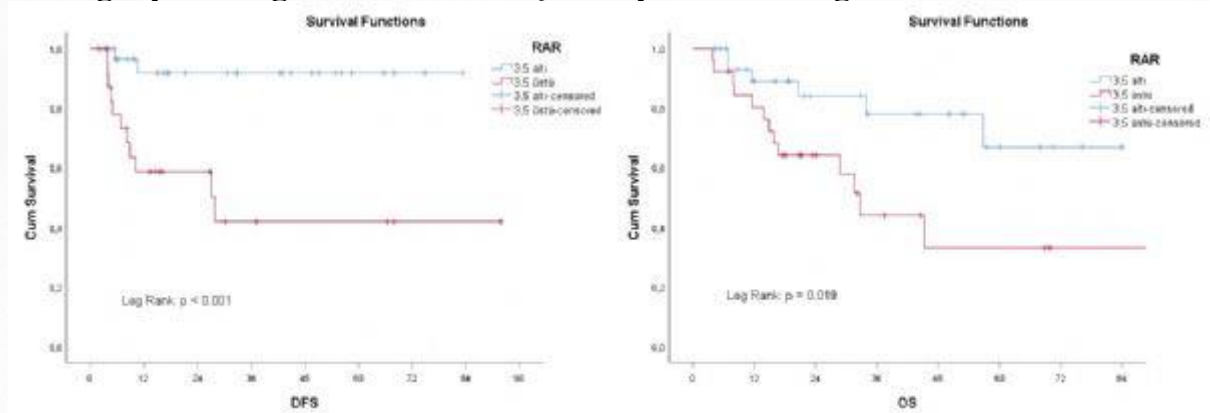
Gereç-Yöntem: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji ünitesi dosya arşiv sistemine 2015-2023 yılları arasında kaydedilmiş 251 LSCC'li hastadan kriterlere uyan 57 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik, klinikopatolojik veriler ile tedavi ve takip bilgileri retrospektif olarak kaydedildi. KRT öncesi laboratuvar sonuçlarından RAR ve nötrofil/lenfosit oranı (NLR) hesaplandı. Genel (OS) ve hastalıksız sağkalım (DFS) üzerine etkili cut-off değerleri ROC analiziyle belirlendi. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler SPSS programı ile yapılarak DFS ve OS üzerine etkili faktörler saptandı.

Bulgular: Hastalara ait demografik ve klinikopatolojik veriler tablo 1'de özetlenmiştir. Medyan yaş 61 (43-75), medyan takip süresi ise 21.8 ay (3.8-93.3) idi. Hastaların 39'unda (%66.7) cisplatin eş zamanlı KRT'ye tam yanıt alındığı saptandı. Takipte 13 hastada nüks (%22.8) gelişirken 20 hastanın exitus (%35.1) olduğu görüldü. ROC analizinde DFS ve OS'yi en iyi tahmin eden cut-off değerler RAR için 3.5, NLR için 2.5 olarak saptandı. Tek değişkenli analizlerde DFS üzerine tedaviye tam yanıt alınması, NLR ve RAR'ın; çok değişkenli analizde ise tedaviye tam yanıt alınması ($p=0.021$) ve RAR'ın ($p=0.012$) etki ettiği belirlendi. OS için yapılan tek değişkenli analizlerde komorbidite, performans statusu, evre, tedaviye tam yanıt alınması ve RAR'ın sağkalıma etkili olduğu görüldü. Çok değişkenli analizde RAR'ın sağkalıma istatistiksel etkisinin kalmadığı ($p=0.522$); komorbidite ($p=0.011$) ve tedaviye tam yanıt alınmasının ($p=0.033$) sağkalıma etki ettiği saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Literatürde çeşitli akut ve kronik hastalıklarda ve malignitelerde RAR ile sağkalım arasında ilişki araştırılmış olsa da LSCC'de böyle bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız LSCC'de RAR ile özellikle nüks veya metastaz gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren literatürdeki ilk çalışma olması açısından önemlidir. Daha fazla hasta sayısı ile yapılacak prospektif çalışmalarla da doğrulanırsa, RAR, günlük pratikte kolay uygulanabilir ve ucuz bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kemoradyoterapi, Larenks kanseri, RDW, Albumin

RAR gruplarına göre DFS ve OS için Kaplan-Meier eğrileri



Tablo 1. Demografik ve klinikopatolojik veriler

Değişkenler n(%)	Tüm hastalar (n=57)	RAR<3.5 (n=31)	RAR>3.5 (n=26)	P
Yaş				<0.001*
≤61	30 (54.4)	23 (74.2)	7 (26.9)	
>61	27 (45.6)	8 (25.8)	19 (73.1)	
Cinsiyet				0.587**
Erkek	54 (94.7)	30 (99.7)	24 (99.3)	
Kadın	3 (5.3)	1 (0.03)	2 (0.07)	
Sigara, paket/yıl				0.153*
≤35	30 (52.6)	19 (61.3)	11 (42.3)	
>35	27 (47.4)	12 (38.7)	15 (57.7)	
Komorbidite				0.346*
Var	29 (50.9)	14 (45.2)	15 (57.7)	
Yok	28 (49.1)	17(54.8)	11 (42.3)	
ECOG PS				0.206*
0	18 (31.6)	12 (38.7)	6 (23.1)	
1-2	39 (68.4)	19 (61.3)	20 (76.9)	
Lokalizasyon				0.544**
Glottik	26 (45.6)	16 (51.6)	10 (38.5)	
Supraglottik	18 (31.6)	10 (32.3)	8 (30.8)	
Subglottik	4 (7)	2 (6.5)	2 (7)	
Transglottik	9 (15.8)	3 (9.7)	6 (15.8)	
Evre				0.066*
2-3	18 (31.6)	13 (41.9)	5 (19.2)	
4A-B	39 (68.4)	18 (58.1)	21 (80.8)	
Tedavi yanıtı				0.015*
SD/PR	19 (33.3)	6 (19.4)	13 (50)	
CR	38 (66.7)	25 (80.6)	13 (50)	

RAR: RDW/Albumin oranı; SD: Stabil hastalık; PR: Parsiyel yanıt; CR: Tam yanıt
**Ki kare; **Fisher's exact test*

Tablo 2. Tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizi

DFS için Cox regresyon		Tek değişkenli				Çok değişkenli			
Değişken		OR	%95CI (min)	%95CI (max)	p değeri	OR	%95CI (min)	%95CI (max)	p değeri
Yaş	<=61 (ref.) vs. >61	1.41	0.47	4.22	0.530				
Sigara, paket/yıl	<=35 (ref.) vs. >35	2.21	0.68	7.2	0.185				
Komorbidite	Yok (ref.) vs. Var	1.31	0.44	3.93	0.621				
ECOG PS	0 (ref.) vs. 1-2	3.65	0.79	16.7	0.095				
Lokalizasyon	Glottik (ref.) vs. diğer	1.32	0.43	4.06	0.621				
Evre	2-3 (ref.) vs. 4A-B	7.15	0.92	55.1	0.059				
Tedavi yanıtı	CR (ref.) vs. SD/PR	7.13	2.16	23.5	0.001*	5.02	1.27	19.7	0.021*
NLR	<2.5 (ref.) vs. >2.5	4.29	1.32	13.9	0.015*	2.42	0.7	8.36	0.160
RAR	<3.5 (ref.) vs. >3.5	9	2.01	41.1	0.004*	7.42	1.55	35.4	0.012*

OS için Cox regresyon		Tek değişkenli				Çok değişkenli			
Değişken		OR	%95CI (min)	%95CI (max)	p değeri	OR	%95CI (min)	%95CI (max)	p değeri
Yaş	<=61 (ref.) vs. >61	2.03	0.79	5.18	0.138				
Sigara, paket/yıl	<=35 (ref.) vs. >35	1.12	0.45	2.79	0.794				
Komorbidite	Yok (ref.) vs. Var	3.55	1.27	9.93	0.016*	4.17	1.38	12.6	0.011*
ECOG PS	0 (ref.) vs. 1-2	3.56	1.02	12.3	0.045*	3.13	0.88	11.1	0.078
Lokalizasyon	Glottik (ref.) vs. diğer	1.60	0.62	4.11	0.323				
Evre	2-3 (ref.) vs. 4A-B	5.11	1.17	22.3	0.030*	3.66	0.78	17.1	0.097
Tedavi yanıtı	CR (ref.) vs. SD/PR	4.24	1.63	11	0.003*	3.36	1.10	10.2	0.033*
NLR	<2.5 (ref.) vs. >2.5	1.99	0.81	4.92	0.133				
RAR	<3.5 (ref.) vs. >3.5	3.04	1.14	8.08	0.026*	1.46	0.45	4.65	0.522

DFS: Hastaliksız sağkalım; OS: Genel sağkalım; OR: Odds ratio; CI: Confidence interval; ref.: Referans; CR: Tam yanıt; SD: Stabil hastalık; PR: Parsiyel yanıt; NLR: Nötrofil/lenfosit oranı RAR: RDW/Albümin oranı *İstatistiksel anlamlı değer

[S16]

Sinonzal Kanserlerde Tek Merkez Deneyimi

Elif Serteser Çamöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Ankara

Amaç: Sinonzal kanserler nadir tümörler olup baş-boyun kanserlerinin %3'ünü oluşturmaktadır. Hastalık tanı anında sıklıkla lokal ileri evrelerde olup lokal nüksler sıktır. Yerleşim yeri ve tümör histolojisi heterojenite göstermektedir. Optimal tedavi için randomize kontrollü çalışma mevcut olmadığından gözlemsel çalışmalar ve tek merkez tecrübeleri tedavide önem teşkil etmektedir. Çalışmamızın amacı Ankara Onkoloji Hastanesi'nde takipli sinonzal kanseri olgularının verilerini paylaşmaktır.

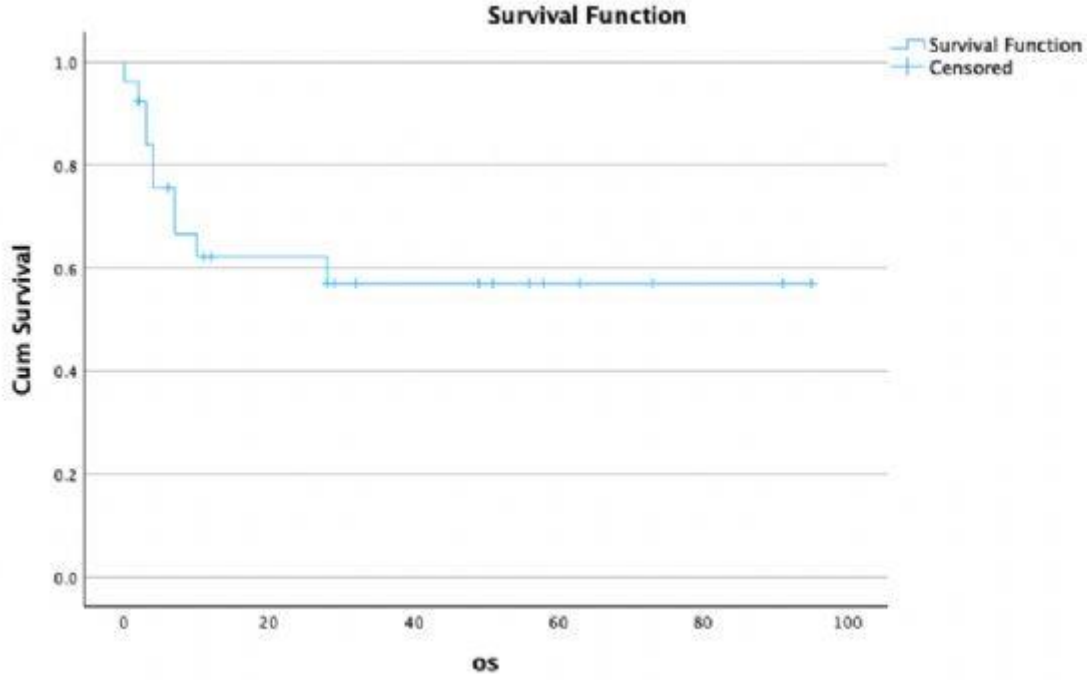
Gereç-Yöntem: Ankara Onkoloji Hastanesi'nde takipli, 18 yaş ve üzeri, sinonzal karsinom tanısı ile izlenen hastaların demografik, patolojik, uygulanan tedavi modaliteleri, nüks bilgileri ve genel sağ kalım verileri retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmanın sonuçları ortalama \pm SD, medyan, sayı (n) ve yüzde (%) olarak bildirilmiştir. Kategorik ölçümler Ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız gruplar arasında t-testi kullanılmıştır. Medyan PFS ve OS'yi tahmin etmek için Kaplan Meier yöntemi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki hayatta kalma dağılımlarını karşılaştırmak için log-rank testi kullanılmıştır. p değeri <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Hazard oranını (HR) tahmin etmek için Cox orantılı regresyon modeli kullanılmıştır. Analiz SPSS v28.0.1.0 istatistik paketi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: 2013-2023 tarihleri arasında hastanemizde takipli 26 sinonzal karsinom tanılı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 20 hasta (%76.9) erkekti. Tanıda median yaş 56 (IQR 45-66) idi. 21 hastada (%80.8) primer tümör lokalizasyonu maksiller sinüstü. En sık görülen histopatoloji skuamöz hücreli karsinomdu (n=17, %65.5). Hastaların %61.5'u tanıda T4 evresinde iken %65.4'ü evre 4'tü. Hastaların %7'si primer cerrahi ile tedavi edilirken, %11.5'i indüksiyon kemoterapisi almıştı. %53.8 hasta kemoradyoterapi aldı. Median genel sağkalıma ulaşamadı. Genel sağkalım üzerinde tümörün intrakraniyal uzanımı olması (p=0.025) ve evre 4 olması (p=0.017) negatif prognostik faktördü. T4 hastaların diğer hastalar göre daha fazla nutrisyonel desteğe ihtiyacı vardı (p=0.031).

Sonuç: Tek merkez deneyimi olan bu çalışmada literatür ile uyumlu olarak sinonzal karsinomlar en sık erkek hastalarda ve maksiller sinüste görülmekteydi. Skuamöz hücreli karsinom en sık görülen histopatolojidi. Beslenme desteği özellikle T4 hastalarda dikkat edilmesi gereken bir unsurdur.

Anahtar Kelimeler: maksiller sinüs, sinonzal kanser, skuamöz hücreli karsinom

Şekil 1: Tüm Popülasyonda Genel Sağkalımı Gösteren Kaplan Meier Eğrisi



Tablo 1: Genel Sağkalım Üzerinde Etkili Olabilecek Prognostik Faktörler

	OS (%95CI)	p-değeri
Cinsiyet	NR	0.877
ECOG	NR	0.132
Histopatoloji	NR	0.342
İntrakraniyal Uzanım	NR	0.025
Evre	NR	0.017
Beslenme Destek İhtiyacı	NR	0.118
Diplopi Varlığı	NR	0.732
Primer Cerrahi	NR	0.139
İndüksiyon Kemoterapisi	NR	0.165
Kemoradyoterapi	NR	0.109
Lokal Rekürrens Varlığı	NR	0.927
Kemik Destruksiyon Varlığı	NR	0.734
Aile Öyküsü Varlığı	NR	0.391
Sigara Öyküsü	NR	0.270

[S17]

Baş ve Boyun Primer Diffüz Büyük B hücreli Lenfoma Hastalarının Demografik ve Sağlık Verileri: Tek Merkez Deneyimi

Mehmet Mutlu Kızı, Sedat Biter, Yasemin Aydınalp Camadan, İsmail Oğuz Kara
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Lenfomalar, baş ve boyun malignitelerinin yaklaşık %10'unu temsil eder ve bunlar arasında diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) en yaygın histolojik alt tiptir. Baş ve boyun lenfoma, gastrointestinal sistemden sonra ekstra-nodal lenfomaların en sık görüldüğü ikinci anatomik bölgedir. Bu çalışmamızda, Çukurova Üniversitesi Tıbbi Onkoloji kliniğindeki baş boyun lenfoma hastalarının demografik parametreleri, anatomik bölgeleri ve sağlık sürelerini inceledik
Gereç-Yöntem: Tek merkezli 97 baş ve boyun DBBHL hastalarını 2011-2020 yılları arasında retrospektif olarak taradık. Hastaların verileri elektronik tıbbi kayıtlardan elde edilmiştir. Hastaların tümör lokalizasyonuna göre sağlık verileri hesaplandı.

Bulgular: DBBHL hastalarında en sık görülen primer baş ve boyun tümörü lokalizasyonu Waldeyer % 42,4 halkasıydı. Diğer anatomik bölgeler nazofarenks % 30.8, nazal kavite % 10.3, tiroid % 6.2, parotis % 5.2, oral kavite %3.9 diğer anatomik bölgeler % 1.2 oranında görüldü. Hastaların 48'i (%49.5) kadın, 49'u (%50.5) erkek idi. Hastaların median yaş ortalaması 59.5 idi. Ann arbor evreleme sistemine göre vakaların %65'inin evresi I-II idi. Hastaların 3 yıllık sağlık oranı %71, 5 yıllık sağlık oranı %61 idi. Nazofaringeal kaynaklı lenfoma hastalarının sağ kalımı nazofarenks dışı lenfomalara kıyasla anlamlı olarak kısa idi ($p=0.0372$).

Sonuç: Baş boyun bölgesindeki DBBHL'li lenfomaların verilerini inceledik. Çalışmamızda nazofaringeal tutulumun kötü prognozla ilişkili olup daha agresif tedavi ihtiyacı olabilmektedir. Çalışmamız tek merkezli retrospektif çalışma olup daha fazla hasta sayısını içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Baş-Boyun, DBBHL, Demografik veriler

[S18]

Cerrahi Sınırı Pozitif veya Yakın Olan Larenks Kanserli Hastalarda 60 Gy Radyoterapi Yeterli Midir?

Meltem Dağdelen¹, Ceren Barlas², Mehmet Polat Demirhas¹, Merve Şahin³, Songül Çavdar Karaçam¹, Günay Can⁴, Kimia Çepni⁵, Ömer Erol Uzel¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Sivas Numune Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Sivas

³Erzurum Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Erzurum

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı cerrahi sınırı pozitif veya yakın olan larenks kanserli hastalarda post-operatif 60 Gy radyoterapinin (RT) lokal kontrol için yeterli doz olup olmadığını araştırmaktır.
Gereç-Yöntem: Çalışmaya larinks ca tanılı pariyel (n: 58) veya total larenjektomi (n: 54) ile tedavi edilmiş, adjuvan 60 Gy RT uygulanan 112 hasta dahil edilmiştir. Medyan yaş 58 ve kadın / erkek oranı 5/107'dir. Elli dokuz hastada cerrahi sınır pozitifken, 53 hastada cerrahi sınır yakınlığı (< 5mm) mevcuttur (Tablo 1). Primer tümör yatağına 60 Gy/30 fr ve elektif volüm olarak (lenfatik alana) radyoterapi dozu olarak 54 Gy/ 27-30 fr şeklinde planlama yapılmıştır. Eş zamanlı olarak 45 hastaya platin bazlı kemoterapi verilmiştir. Hastaların yaş, tümör-lenf nodu evresi, tümör gradı, metastatik lenf nodu sayısı, cerrahi sınır özelliği, toplam tedavi süresi, cerrahi sonrası RT'ye başlangıç süresi ve ekstrakapsüler invazyon (EKE), lenfatik invazyon (LI), vasküler invazyon (VI), perinöral invazyon (PNI) varlığı gibi parametreler değerlendirildi. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler için Cox regresyon analizi kullanılırken, sağ kalım analizleri için Kaplan-Meier testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama takip süresi yaşayan hastalarda 109.5 aydır (12-229). Beş (%4.5) hastada lokal, 7 (%6.3) hastada bölgesel rekürrens saptanmıştır. Beş yıllık lokorejyonel kontrol (LRK), hastaliksiz sağkalım (HSK), genel sağkalım(GSK) oranları sırasıyla % 89.7, %67.7, %68.7'dir. Sekiz yıllık LRK, HSK, GSK oranları sırasıyla % 88.2, %48.4, %50.7'dir. Metastatik lenf nodu sayısında artış kötü prognostik faktör olarak gösterilmiştir. Metastatik lenf nodu sayısı artışı ile LRK (p:0.017), HSK (p:0.028) ve kansere bağlı sağkalımda (p:0.005) istatistiksel anlamlılık gösterilmiştir (Tablo 2). Çalışmamızda toplam tedavi süresi veya cerrahi sonrası RT'ye başlangıç süresi ile LRK, HSK ve GSK oranları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Sonuç: Bu sonuçlar ışığında, larenks kanserli hastalarda postoperatif cerrahi sınır pozitifliği veya yakın olması durumunda 60 Gy yeterli bir doz olarak önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Larenks kanseri, Cerrahi sınır, Radyoterapi, Radyoterapi dozu

Tablo 1

Patolojik özellikleri	n (%)
T evresi	
1-2	20 (17.9)
3-4	92 (82.1)
N evresi	
0	69 (61.6)
1	13 (11.6)
2a	2 (1.8)
2b	10 (8.9)
2c	16 (14.3)
3b	2 (1.8)
TNM evresi	
1	5 (4.5)
2	12 (10.7)
3	39 (34.8)
4	56 (50)
Pozitif lenf nodu sayısı	
0-1	80 (71.4)
>= 2	32 (28.6)
[Ortanca: 3 (2-23)]	
EKE	
negatif	93 (83)
pozitif	17 (17)
Cerrahi sınır	
yakın	53 (47.3)
pozitif	59 (52.7)
LI	
negatif	33 (29.5)
pozitif	79 (70.5)
VI	
negatif	68 (60.7)

pozitif	44 (39.3)
PNI	
negatif	56 (50)
pozitif	56 (50)
Grad	
1	4 (3.6)
2	51 (45.5)
3	54 (48.2)
Bilinmiyor	3 (2.7)
Toplam tedavi süresi	
< 90	53(47.3)
>=90	59(52.7)
Cerrahi –RT arası süre	
< 50	66(58.9)
>=50	46(41.1)

Patolojik özellikleri

Tablo 2

Değişkenler	RR	%95 CI	p
LRK			
Pozitif lenf nodu sayısı	Referans 4.81	1.32-17.46	0.017
<2			
>=2			
HSK			
Yaş			
<60	Referans 2.45	1.35-4.44	0.003
>=60			
Cerrahi sınır	Referans 2.00	1.07-3.71	0.028
Yakın			
Pozitif	Referans 2.16	1.10-4.22	0.024
Pozitif lenf nodu sayısı			
<2			
>=2			

GSK			
Yaş <60 >=60	Referans 1.97	1.12-3.46	0.018
CSS			
Pozitif lenf nodu sayısı <2 >=2	Referans 4.60	1.58-13.37	0.005

Prognostik faktörlerin çok değişkenli Cox regresyon analiz sonuçları

[S19]

Definitif Radyoterapi Uygulanmış Nazofarenks Kanserli Hastalarda Alt Kranial Sinir Dozları ve Hasarı Arasındaki İlişki

İsmail Fatih Demirel, Meltem Dağdelen, Ömer Erol Uzel

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Amaç: Nazofarenks kanserinde primer tedavi radyoterapi (RT) ± kemoterapidir (KT). Özellikle yoğunluk ayarlı radyoterapi (YART) sonrasında lokal kontrol oranları %90 ve üzerindedir. Nazofarenks kanserlerinin yerleşimi sebebiyle retrofarengeal alanda alt kranial sinirler (CN) tedavi volümü içerisinde kalmaktadır. Lokal kontrolün artmasıyla kronik yan etkilerin yönetimi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde yoğunluk ayarlı radyoterapi uygulanmış nazofarenks kanserli hastalarda alt kranial sinir dozları ve hasar arasındaki ilişki incelendi.

Gereç-Yöntem: 2010-2022 yılları arasında kliniğimizde definitif RT ± KT uygulanmış 116 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara YART tekniğiyle yüksek riskli volüme 66-70 Gy, orta riskli volüme 60 Gy, düşük riskli volüme 50-54 Gy uygulandı. Seksen altı hastanın alt kranial sinirleri RTOG atlasına göre konturlandı. Ortanca CN9-11 volümü 19.5 cc (8.5-35.7); CN12 volümü 18.75 cc'dir (8.4-34.8). Dmax, Dmean, D2cc, D1cc, D0.5cc değerleriyle alt kranial sinir hasarı arasındaki ilişki incelendi. Hasta özellikleri tablo1'de özetlendi. Tek değişkenli analizler Cox regresyon analizine göre yapıldı.

Bulgular: Medyan takip süresi yaşayan hastalarda 44.5 (4-119) aydır. Kranial sinirlerin ortalama dozları sırasıyla CN9-11: 75.04 Gy; CN12: 75.09 Gy'dir.

Beş hastada (%4.3) hipoglossal sinir hasarına bağlı dilde atrofi ve deviasyon mevcuttur. Bu olguların ortalama Dmean CN12: 68.6 Gy'dir. İstatistiksel analizde Dmean CN12 dozunda sinir hasarı arasında anlamlılık sağlanırken (p:0.005) diğer dozlar ve sinir hasarı arasında anlamlılık saptanmadı.

Sonuç: Retrospektif çalışmalarda %5.1-8.7 arasında hipoglossal sinir hasarı saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların %4.3'ünde 12. sinir hasarı gözlemlendi. Endemik bölgelere göre hasta sayımızın ve tedavi edilen olgulardaki sinir hasarının az olması nedeniyle istatistiksel anlamlılık sadece Dmean CN12 dozuyla ortaya çıktı (p:0.005). RT planlamasında önemli doz kısıtlayıcı yapı olan alt kranial sinirler konturlanmalı ve plan değerlendirmesinde dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: nazofarenks kanseri, kranial sinir hasarı, radyoterapi, kemoterapi

Tablo 1

Hasta Özellikleri	Hasta Sayısı
Median yaş	49
Erkek	89
Kadın	27
T0	3
T1	39
T2	36
T3	15
T4	23
N0	21
N1	22
N2	58
N3	15
Keratinize	2
Non-keratinize andiferansiye	114
Radyoterapi	15
Eşzamanlı kemoradyoterapi	57
İndüksiyon kemoterapi → Eşzamanlı kemoradyoterapi	41
İndüksiyon kemoterapi → Radyoterapi	3
Simultane İntegre Boost (SIB)	92
Sekansiyel	24

[S20]

Baş boyun paragangliomalarının tedavisinde stereotaktik radyoterapi: tedavi yanıtı için ne kadar beklenmeli?

Alper Kahvecioğlu, Gözde Yazıcı, Sezin Yüce Sarı, Gökhan Özyiğit, Mustafa Cengiz
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Stereotaktik radyoterapi (SRT), baş boyun (B&B) paragangliomaları için etkin bir tedavidir. SRT sonrası tümör regresyonunun (TR) gerçekleşmesi için gereken zaman belirsizdir. Bu çalışmada B&B paraganglioma tanısı nedeniyle SRT uygulanan hastaların tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: B&B paraganglioma tanısı nedeniyle definitif SRT uygulanmış olan 63 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sürüm 23.0 (IBM, Armonk, NY, USA) kullanıldı.

Bulgular: Toplam 68 tümöre SRT uygulanmıştır. Ortanca yaş 54 yıldır (aralık, 18-76 yıl). Hastaların %78'i kadındır. Glomus jugulotimpanikum en yaygın tümör lokalizasyonudur (%44). Ortanca tümör çapı ve hacmi sırasıyla 3 cm (aralık, 1-7.6 cm) ve 15.4 cc (aralık, 1-185 cc)'dir. Ortanca SRT dozu ve fraksiyon sayısı sırasıyla 25 Gy (aralık, 12-37.5 Gy) ve 5 fraksiyon (aralık, 1-5 fraksiyon)'dur. Hastaların ortanca takip süresi 40 ay (aralık, 3-184 ay)'dir. İlk tedavi yanıt değerlendirmesi, SRT'den ortalama 4.6 ay (aralık, 3-11 ay) sonra gerçekleştirilmiş ve 26 (%41) hastada TR gerçekleştiği gözlenmiştir. Takip sırasında, 13 hastada daha TR gözlenmiş ve toplam TR oranı %62 (n=39) olarak saptanmıştır. SRT sonrası çekilen kontrol MRG'lerinin zamanlamaları ve tümör yanıt durumları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastalarda TR'nun gerçekleşme zamanı SRT sonrası ortalama 9 ay (aralık, 3-36 ay) olarak saptanmıştır. Hastaların %42'sinde SRT sonrası ilk 1 yılın ardında TR meydana gelmiştir. Daha önce cerrahi öyküsü bulunmayan (p=0.03) ve SRT sonrası daha uzun takip süresine sahip olan hastalarda (p=0.04) TR gözlenme oranı istatistiksel anlamlı ölçüde daha yüksek olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, SRT dozu arttıkça TR gözlenme olasılığının arttığı görülmüştür (p=0.06). SRT ile lokal kontrol (LK) oranı %100 olarak saptanmış ve hiçbir hastada >=derece 3 akut veya geç toksisite gözlemlenmemiştir. Ek olarak tanı anında semptomatik olan 50 hastanın 31'inde (%62) tümör ilişkili semptomlarda subjektif gerileme gerçekleştiği izlenmiştir.

Sonuç: SRT, BB paragangliomalar için mükemmel LK ve semptomatik iyileşme sağlamasına rağmen TR'nun gerçekleşebilmesi için zaman gerekmektedir. TR, hastaların önemli bir bölümünde tedavinin ilk yılından sonra da devam edebilir.

Anahtar Kelimeler: paraganglioma, radyoterapi, stereotaktik radyocerrahi

SRT sonrası yanıt değerlendirme MRG'ları

	İlk MRG (n=63)	İkinci MRG (n=50)	Üçüncü MRG (n=30)	Dördüncü MRG (n=19)
Zamanlama (ay, ortanca)	4.6 (aralık, 3-11)	10.9 (aralık, 6-57)	18.9 (aralık, 8-60)	25.7 (aralık, 12-184)
TR* var (n)	26 (41%)	10 (20%)	4 (13%)	3 (16%)
TR* yok (n)	37 (59%)	40 (80%)	26 (87%)	16 (84%)

*Bir önceki MRG'a göre Kısaltmalar: MRG = manyetik rezonans görüntüleme, n = numara, SRT = stereotaktik radyoterapi, TR = tümör regresyonu

[S21]

Erken Evre Larinks Kanserinde Ultrahipofraksiyone Radyoterapinin Klinik ve Dozimetrik Değerlendirilmesi

Mete Gündoğ, Esin Kiraz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Son yıllarda erken evre glottik tümörlere tek kord ışınlama gündemdedir. Bu çalışmada amacımız, sadece ilgili vokal kordun ışınlanması yapılan hastalarda onkolojik sonuçları, larinksin alt ünitelerinin ve riskli organların aldığı dozları araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Retrospektif bu çalışmada 2012-2022 yılları arasında LINAC tabanlı ultrahipofraksiyone radyoterapi (RT) alan yeni tanı erken evre glottik larinks kanserli (Tis-T1-2, N0, M0) hastalar incelenmiştir.

BULGULAR

22 hasta çalışmaya dahil edildi. Median yaş 64.5(51-87) idi. 2(%9.1) Tis, 15(%68.2) T1, 5(%22.7) T2 tümör mevcuttu. 15(%68.2) hastada ön komisür tutulumu mevcuttu.

Genel sağkalım median 50(7-57) aydı. Lokal kontrol %95.5, organ koruma oranı %86.4 idi.

T evresi (Tis-T1 vs T2) ve ön komisür tutulumu ile larinks korunma süresi arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=0.37, p=0.98).

Son kontrolde 7(%31.8) hasta hastalık dışı sebeplerle ex idi (4-kardiyak hastalık, 2-2. primer akciğer kanseri komplikasyonu, 1-tromboemboli)

Nekroz ile larinks yapıları arasındaki ilişkiler:

Maksimum ipsilateral (İL) ve kontralateral (KL) arytenoid dozları arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla p=0.3, p=0.41)

Mean İL ve KL arytenoid dozları (sırasıyla p=0.07, p=0.72) bulunmuş olup anlamlı fark saptanmamış olsa da mean İL arytenoid dozları anlamlı olmaya yakındı.

Maksimum ve mean cricoid dozları anlamlı bulunmadı (sırasıyla p=0.69, p=0.32)

Maksimum PTV dozu, PTV-D98 ve tüm larinksin mean dozu anlamlı bulunmadı (sırasıyla p=0.69, p=0.07, p=0.66).

Anterior komisür tutulumu ile, T evresi ile ve tedavinin gūnaşırı veya ardışık olması ile de anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=1.00, p=0.69, p=1.00).

ROC analizinde İL mean arytenoid dozunun cut off değeri 82.2 Gy bulundu (p=0.07, UAC:0.765 %95 CI 0.53-0.99). <82.2 Gy olan hastaların larinks korunma süreleri ile >82.2 Gy olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.04). <82.2 Gy grubunda 4 yıllık larinks korunması %100 iken >82.2 Gy grupta %62.5 idi. Ancak iki grup arasında tümör kontrolü açısından anlamlı fark yoktu.

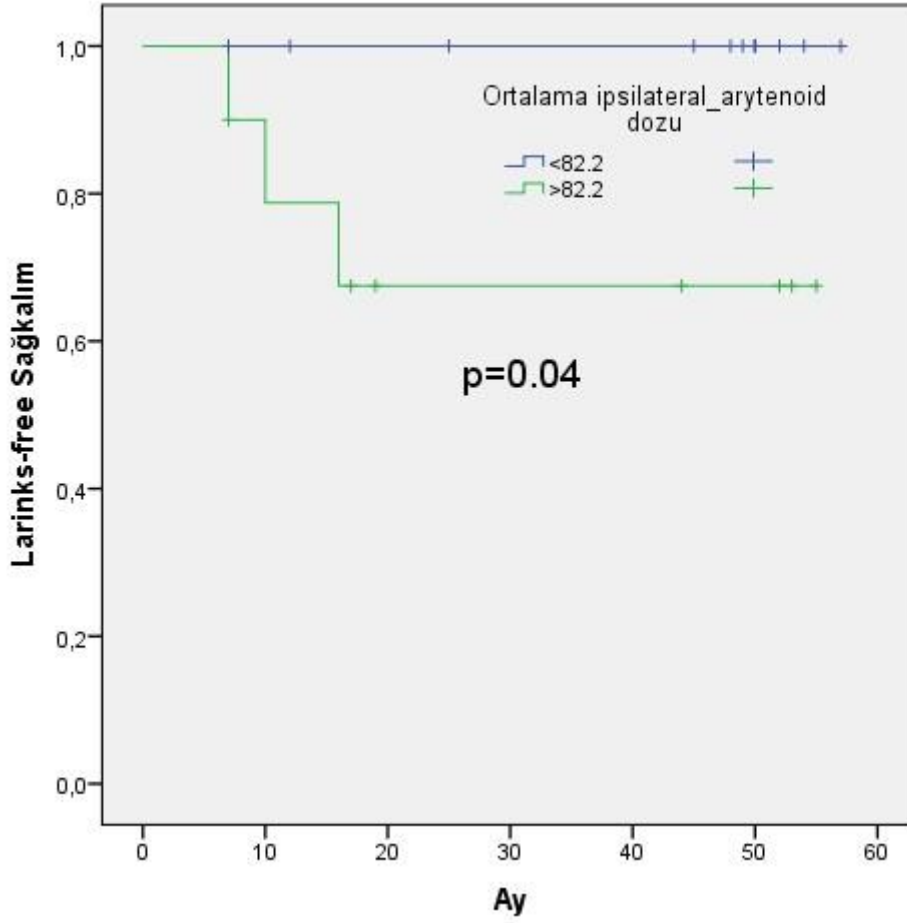
5 hastada nüks şüphesi olması üzerine 2 hastaya total larenjektomi (TL) (10. ve 16. ay), 1 hastaya endolarengeal lazer ile lezyon eksizyonu (22. ay) uygulandı, 1 hastaya tekrarlayan biyopsiler sonucu fistül gelişmesi nedeniyle trakeostomi açılmış olup (5. ay), 1 hastadan muayenede biyopsi (3. ay) alınmıştır. Patolojik sonuçlar nekroz geldi. 16. Ayda TL yapılan hastanın cerrahi öncesi biyopsisi SCC olmasına karşın nihai patolojide %90 nekroz, %10 tümöral doku raporlanmıştır.

SONUÇ

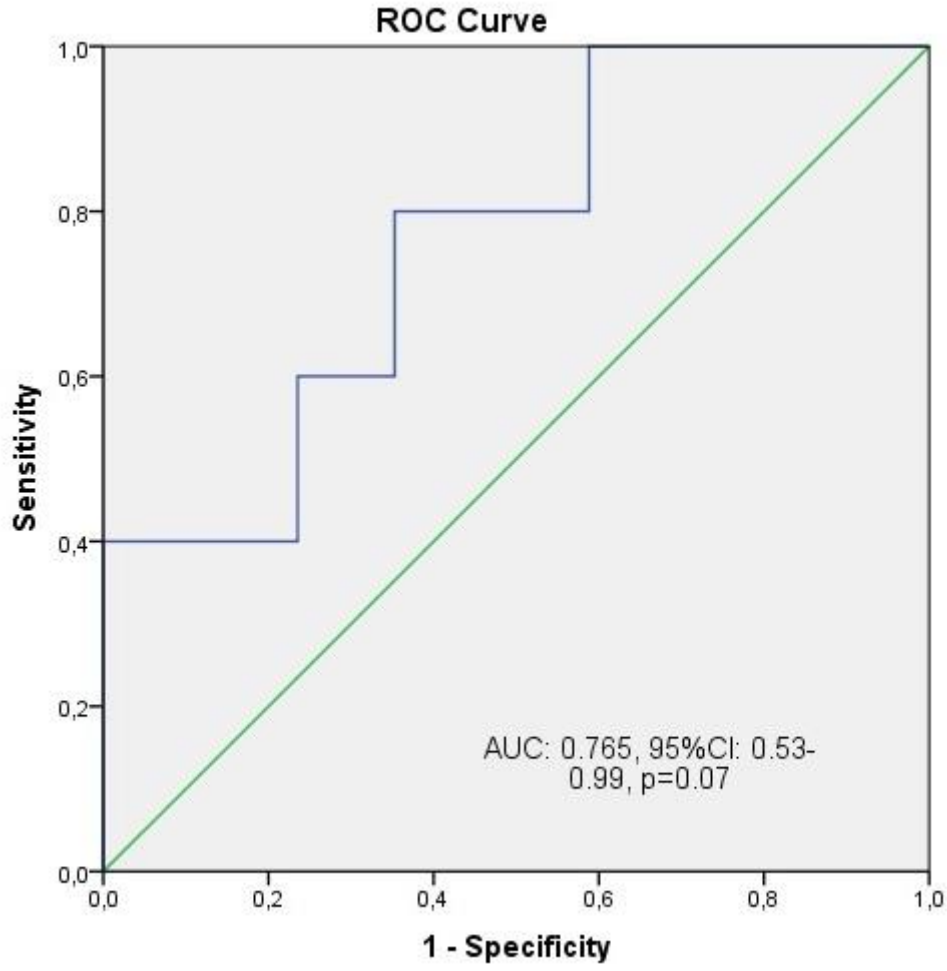
Literatürde erken evre SBRT ile tedavi edilmiş larinks kanserleri için sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışma kondronekroz-mukozal nekroz ile İL arytenoid dozunun ilişkisini gösteren ilk çalışmadır. Erken evre glottik tümörler için SBRT'nin tümör kontrol oranları kabul edilebilir olmakla beraber nekroza bağlı komplikasyonlar akılda tutulmalıdır. Larinks alt ünitelerinin tolerans dozlarının netleşmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: glottik tümör, ipsilateral arytenoid dozu, nekroz, SBRT

Şekil 1: Gruplar arası larinks-free sağkalım eğrileri



Şekil 2: Ortalama ipsilateral arytenoid dozu ile nekroz için ROC eğrisi



[S22]

Hipofarinks Karsinomlarında Sağkalım Sonuçları: Ege Üniversitesi Deneyimi

Emre Karaman, Lina Elarnaut, Özlem Özkaya Akagündüz, Mustafa Esassolak
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Hipofarinks karsinomları, baş boyun kanserleri arasında görece nadir görülen bir tümör grubudur. Olguların genellikle lokal ileri evrede başvurusu nedeni ile kemoradyoterapi (KRT), tümörün yerel kontrolünü sağlamak, metastatik yayılımı önlemek ve hastanın yaşam kalitesini artırmak için tedavi stratejilerinin önemli bir parçasını oluşturur. Bu çalışmada tek merkezde hipofarinks karsinomu tanısı ile küratif KRT uygulanan olguların demografik özellikleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bölümümüzde 2013-2022 yılları arasında biyopsi ile hipofarinks yerleşimli skuamöz hücreli karsinom tanısı almış, non-metastatik, küratif KRT uygulanan olgular çalışmaya dahil edildi. Olgulara YART tekniği ile primer tümör bölgesi ve metastatik lenf nodlarında 66-70 Gy, risk altındaki boyun bölgelerinde elektif 54-60 Gy radyoterapi uygulandı. Olgu özellikleri ve sonuçlar için dosya ve elektronik hasta kayıt verileri kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS v25 ile yapıldı.

Bulgular: 41 olgu çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaş 58 (34-88) olarak bulundu. Olguların %58.5'i (24) erkek cinsiyetteydi. 20 olgu (%48.8) sigara kullanımı tarifledi. Sigara kullanan olgularda medyan paket*yıl 40 olarak bulundu. Beş olgu (%12.2) düzenli alkol kullanım öyküsü tarifledi. Tümör yerleşimleri, 22 olguda piriform sinüs, 7 olguda hipofarinks posterior duvar ve 12 olguda postkrikoid alan ve tümör boyutu 40 mm (10-70) olduğu izlendi. Tanıda olguların %29,3 ve %43,9'u sırasıyla T3 ve T4 evresindeydi ve %75,6'sında nodal metastaz saptandı. N+ olguların %40'ında retrofaringeal lenf nodu metastazı da vardı.

Medyan radyoterapi süresi 47 gün (42-62) olarak bulundu. 38 (%92,7) olguya eş zamanlı kemoterapi uygulandı. 34 olgu KRT sonrası radyolojik ve klinik tam yanıt olarak değerlendirildi.

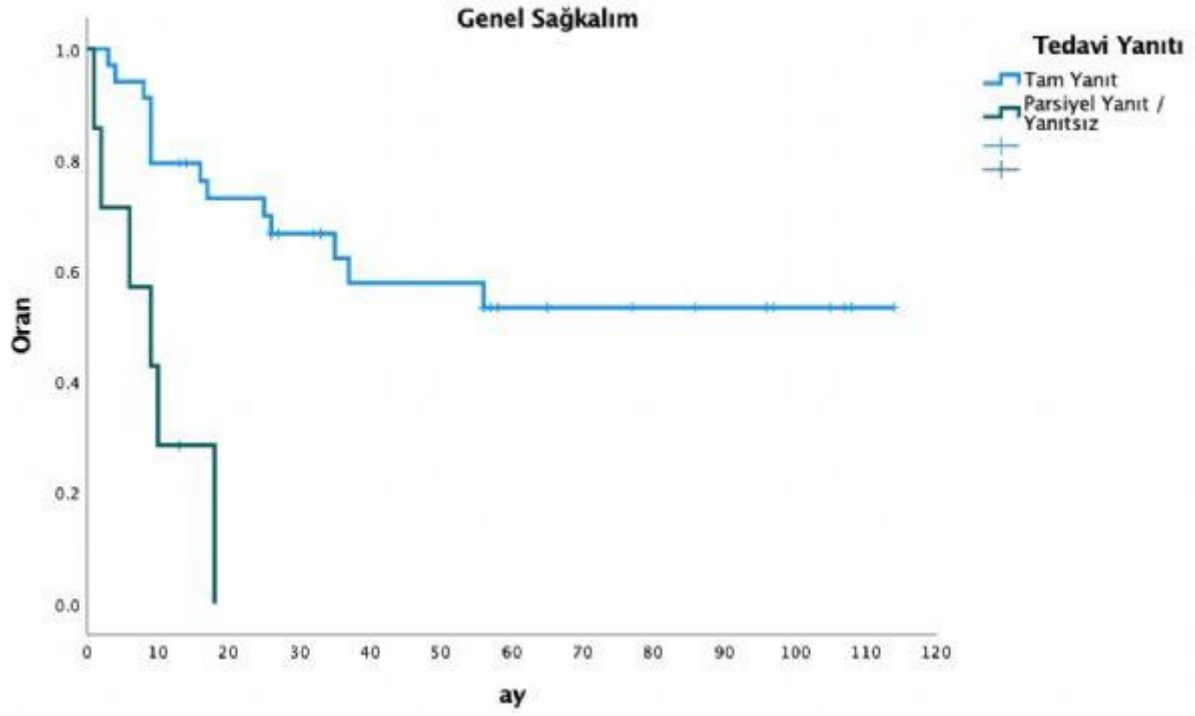
Medyan takip süresi 26 ay(1-113) olarak bulundu. Takipte 20 olguda (%48.8) ölüm izlendi. Onsekiz hastada ölüm nedeni hastalığa veya toksisiteye bağlıydı ancak 2 olguda ölüm sebebine ulaşamadı. 1,2 ve 5 yıllık genel sağ kalım sırasıyla; %70.7, %62.6 ve %45.7 olarak bulundu. Cinsiyet, sigara kullanımı, indüksiyon KT, T ve N evresinin sağkalımla istatistiksel anlamlı ilişkisi gösterilemedi. Sadece RT sonrası tam yanıt varlığının sağkalıma istatistiksel anlamlı olumlu katkı sağladığı izlendi.(p<0.001)

1,2 ve 5 yıllık lokorejyonel yinelemesiz sağ kalım sırasıyla %80,9, %70,8 ve %53,4 olarak bulundu. İzlemde 14 olguda lokorejyonel yineleme saptandı. Uzak metastaz ise 7 olguda görüldü. 1,2 ve 5 yıllık uzak metastazsız sağ kalım %88,9, %85,5 ve %75,2 olarak bulundu.

Sonuç: Hipofarinks karsinomları, tanıda ileri evrede saptanması nedeni ile prognozu görece olumsuz izlenen bir tümör grubudur. Tedavisinde kemoradyoterapi etkin bir seçenek olarak kabul edilmektedir. Tedavi sonrası radyolojik/klinik yanıt sağlanması prognostik olarak önemli bir belirteçtir. Bu tümör grubunun baş boyun kanserleri arasında görece nadir izlenmesi nedeni ile çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hipofarinks kanseri, Kemoradyoterapi, Radyoterapi, Sağkalım

Tedavi yanıtına göre genel sağkalım eğrileri



[S23]

Evre II nazofarinks kanseri tanılı hastalarda definitif radyoterapi ile kemoradyoterapinin karşılaştırılması

Melek Tuğçe Yılmaz Aslan¹, Alper Kahvecioğlu¹, Sepideh Mohammadipour¹, Sezin Yüce Sarı¹, Mustafa Cengiz¹, İbrahim Güllü², Sercan Aksoy², Gökhan Özyiğit¹, Gözde Yazıcı¹
¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, Ankara
²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Erken evre nazofarenks kanseri (NK) için standart tedavi yaklaşımı definitif radyoterapi (RT)'dir. Evre II hastalarda eşzamanlı kemoterapi (KT)'nin rolü belirsiz olmasına rağmen, lenf nodu metastazı varlığı, bulky tümöre hacmi veya yüksek serum EBV-DNA kopya sayısı gibi risk faktörleri varlığında tercih edilebilir. Bu çalışmada, evre II NK tanılı hastalarda definitif RT ile kemoradyoterapi (KRT)'nin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

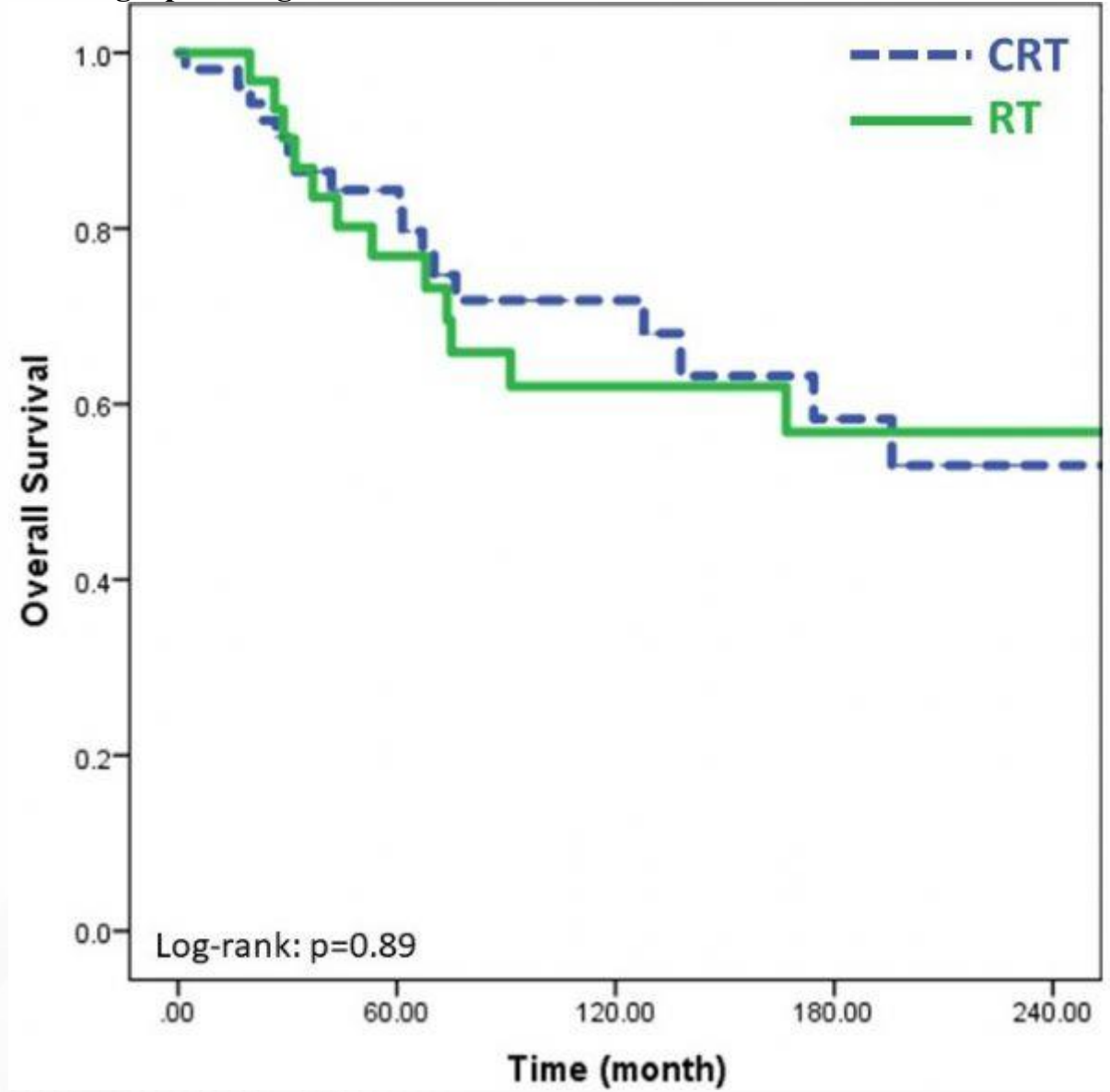
Gereç-Yöntem: 1994 ile 2021 yılları arasında definitif RT veya KRT ile tedavi edilen evre II (AJCC 8. Evreleme) NK'li 85 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. İndüksiyon veya adjuvan KT alan hastalar dışlandı. Tüm istatistiksel analizler için SPSS 23.0 (IBM, Armonk, NY, ABD) kullanıldı.

Bulgular: Temel hasta, tümör ve tedavi özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. AJCC 8. evreleme sistemine göre, 52 (%61) hasta T1N1M0, 16 hasta (%19) T2N0M0, ve 17 (%20) hasta T2N1M0 hastalığa sahiptir. Otuz iki hasta (%38) sadece definitif RT ile tedavi edilmişken 53 hastada (%62) KRT uygulanmıştır. Hastalara ait özelliklerin, tedavi grupları arasında genel olarak dengeli dağılım gösterdiği izlenmişken, lenf nodu metastazı olan hastalar KRT kolunda istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha fazladır. Tedavi sonrası ortanca takip süresi 83 ay (aralık, 11-329 ay)'dır. Beş yıllık genel (GS), lokal bölgesel rekürrensiz (LBRS), ve uzak metastazsız sağkalım (UMS) oranları sırasıyla %81, %77, ve %77 olarak saptanmıştır. Tek değişkenli analiz sonuçlarında (Tablo 2), yaş (<=50 yıl) hem GS hem de LBRS için anlamlı prognostik faktör olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet ise artmış LBRS ve UMS ile ilişkili saptanmıştır. Definitif RT ile KRT arasında herhangi bir sağkalım parametresi için anlamlı farklılık saptanmamıştır (Şekil 1). Çok değişkenli analiz sonuçlarında GS için tek bağımsız prognostik faktörün yaş olduğu saptanmıştır (Hazard oranı [HR]: 2.2, %95 güven aralığı [GA]: 1-4.9, p=0.03). Alt grup analizlerinde, definitif RT'ye eşzamanlı KT eklenmesinin N1 hastalık varlığında da ek bir katkısı tespit edilememiştir.

Sonuç: Definitif RT'ye eş zamanlı KT eklenmesi, evre II NK tanılı hastalarının onkolojik sonuçlarını iyileştirmemektedir. KRT grubundaki lenf nodu metastazı olan hastaların sayısı daha yüksek olmasına rağmen, sınırlı lenf nodu metastazının sağkalım oranları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı izlenmiştir. Eşzamanlı KT'nin atlanması kararı, tedavi ile ilişkili toksisitenin azaltılmasında fayda sağlayabilir. Ancak, eşzamanlı KT'den maksimum fayda sağlayabilecek alt grupların belirlenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kemoradyoterapi, nazofarinks kanseri, radyoterapi

Tedavi gruplarına göre GS oranları



Tek değişkenli analiz sonuçları

	5y-GS (%)	p	5y-LBRS (%)	p	5y-UMS (%)	p
Yaş						
<=50 y	84	0.01	77	0.04	77	0.09
>50 y	79		76		76	
Cinsiyet						
Male	78	0.07	72	0.01	72	0.02
Female	88		88		88	
WHO tipi						
Tip 1	100	0.72	100	0.89	100	0.91
	77		74		74	
	82		76		76	

Tip 2 Tip 3						
Tedavi RT KRT	77 84	0.89	71 81	0.6	71 81	0.85
N Evresi N0 N1	79 93	0.12	73 93	0.14	73 93	0.06
T Evresi T1 T2	84 80	0.60	81 75	0.79	81 74	0.62

Temel hasta, tümör ve tedavi karakteristikleri

	RT (n=32)	KRT (n=53)	p
Yaş (ortanca)	50 yıl (aralık, 17-74 yıl)	50 yıl (aralık, 21-74 yıl)	0.7
Cinsiyet Erkek Kadın	21 (66%) 11 (34%)	38 (72%) 15 (28%)	0.5
WHO tümör tipi Tip 1 Tip 2 Tip 3	3 (9%) 8 (25%) 21 (66%)	2 (4%) 22 (41%) 29 (55%)	0.4
AJCC Evre (8.) T1N1M0 T2N0M0 T2N1M0	18 (56%) 10 (31%) 4 (13%)	34 (64%) 6 (11%) 13 (25%)	0.8
LN metastazı Yok Var	10 (31%) 22 (69%)	6 (11%) 47 (89%)	0.02

[S24]

Oral kavite kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanan hastalarda prognostik faktörlerin incelenmesi: Tek merkez sonuçlarımız

Sümevra Öz¹, Sümerya Duru Birgi¹, Hatime Arzu Yaşar², Aslı Sabah¹, Serap Akyürek¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Oral kavite kanseri tüm baş boyun kanserlerinin %40'ını oluşturmaktadır. Ana tedavi modalitesi cerrahi, olmakla birlikte adjuvan veya medikal inoperabl hastalarda veya cerrahi kabul etmeyen grupta definitif radyoterapi(RT) ile birlikte kemoterapi(KT) uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda prognozu etkileyen bazı klinik ve patolojik faktörler bildirilmektedir. Bu çalışmamızda merkezimizde definitif veya adjuvan olarak RT uygulanan oral kavite kanseri tanıli hastalarda sağkalım sonuçları ve prognozu etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2010-2023 yılları arasında merkezimizde RT uygulanan 91 oral kavite kanseri tanıli hasta retrospektif olarak incelendi. Veri toplama ve analizler için SPSS v26. Kullanıldı. Sağkalım ve sağkalımı etkileyen faktörlerin tek değişkenli analizi için Kaplan Meier yöntemi, çok değişkenli analiz için Cox Regresyon analizleri uygulandı. $p < .05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 57 yıl (20-87 yıl) olup 52 (%57) hasta erkek cinsiyette idi.

Hastaların tanı ve tedavi ilişkili özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Radyoterapi 17 (%19) hastada definitif; 74(%81) hastada adjuvan olarak uygulandı. Hastaların 47(%51)'sinin T4 ve 64(%70)'ünün Evre 4 olduğu görüldü. Maksimum tümör boyutu ortanca 35 mm (6-90 mm) idi. Boyun diseksiyonu yapılan 56 hastanın $n=36$ (%64)'sında nod pozitifliği saptanmış olup bunların 17 (%47)'sinde ekstrakapsüler yayılım mevcut idi. Patolojik evreleme yapılan hastaların 38(%55)'i Evre 4 olarak izlendi. Patolojik cerrahi sınır durumu 42 (%57) hastada pozitif olarak bildirilirken 21(%23) hastada yakın (<5mm) olarak raporlanmıştı. Radyoterapi modalitesi hastaların 65 (%71)'inde IMRT, 26 (%29)'sında VMAT idi. Ortanca 33 aylık izlem sonrasında 2-;5- yıllık genel sağkalım(GS), lokal nüksüz sağkalım(LNS), bölgesel nüksüz sağkalım(RNS) ve uzak metastazsız sağkalım(UMS) değerleri sırası ile %67;%46, %63;%45, %64;%46 ve %63;%46 olarak hesaplandı. Tek değişkenli analiz sonucunda ECOG performans skorunun (PS) 1'den büyük olması (<0,001), eşlik eden diyabetes mellitus (DM) olması (0,031), radyolojik ve patolojik T4 evresi (0,002), Evre 4 olması (0,01), definitif uygulanan RT (<0,001), tümör boyutunun 40'mm den büyük olması (<0,001), invazyon derinliğinin 10 mm'den büyük olması (0,014), nötrofil/lenfosit oranı(NLO)'nın ortanca değer olan 2.7'den büyük olması (0,017) ve cerrahi sınırın pozitif olması (<0,001) genel sağkalımı(GS) olumsuz etkileyen faktörler olarak görülürken çok değişkenli analizde ECOG PS (HR:23 (2,8-198), $p=0,003$) ve cerrahi sınır durumunun (HR:12,4 (1,9-79), $p=0,008$) sağkalımı etkileyen en önemli prognostik belirteçler olduğu saptandı.

Sonuç: Oral kavite kanseri için önerilen primer tedavi modalitesi cerrahi olmakla birlikte prognoz açısından ECOG PS ve cerrahi sınır önem teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Combined Modality Therapy, Mouth Neoplasms, Prognosis, Radiotherapy

Tablo 1:Hasta, Hastalık ve Tedavi İlişkili Veriler

Hasta ve Hastalık İlişkili Bazal Veriler	Sayı/Ortanca (Aralık/yüzde)	Hasta ve Hastalık İlişkili Bazal Veriler	Sayı/Ortanca (Aralık/yüzde)	Tedavi İlişkili Veriler	Sayı/Ortanca (Aralık/yüzde)
Yaş	57 (20-87)	Patolojik T T1 T2 T3 T4a Tümör boyutu (mm)	74 (%100) 9 (%12) 21 (%28) 15 (%20) 29 (%39)	Definitif tedavi tür RT Cerrahi	17 (%19) 74 (%81)

Cinsiyet K E	39 (%43) 52 (%57)	Tümör boyutu (mm)	35 (6-90)	Cerrahi genişlik Lokal eksizyon Lokal eksizyon + ipsilateral boyun diseksiyonu Lokal eksizyon + bilateral boyun diseksiyonu	18 (%24) 46 (%62) 10 (%14)
Komorbidite Yok Var Çoklu	34 (%37) 57 (%63) 26 (%28)	Histopatolojik tip SCC Diğer	81 (%89) 10 (%11)	Eksize edilen LN sayısı	25 (6-67)
DM Var Yok	14 (%15) 77 (%85)	Diferansiyasyon İyi Orta Kötü Bilinmiyor	20 (%22) 42 (%46) 8 (%9) 21 (%23)	RT doz (Gy)	66 (40-79)
ECOG PS 0-1 2-3	80 (%88) 11 (%12)	Patolojik N N0 N1 N2 N3	20 (%37) 12 (%21) 12 (%21) 12 (%21)	RT fraksiyonasy on SIB Sekansiyel	32 (%35) 59 (%65)
Sigara Yok Bırakmış Aktif	46 (%50) 27 (%30) 18 (%20)	Ekstrakapsüler yayılım Var Yok	17 (%47) 19 (%53)	RT genişlik Lokal Lokal + ipsilateral boyun Lokal + bilateral boyun	9 (%10) 16 (%17) 66 (%73)
Alkol Var Yok	11 (%12) 80 (%88)	Patolojik Genel evre Evre 1 Evre 2 Evre 3 Evre 4a Evre 4b	5 (%7) 13 (%19) 13 (%19) 26 (%38) 12 (%17)	RT tip IMRT VMAT	65 (%71) 26 (%29)
Tümör yerleşim	34 (%37) 19 (%21)	Derinlik/İnvazy on Derinliği	8 (%11) 13 (%18)	RT Eş zamanlı KT	56 (%62) 35 (%38)

bölgesi Dil Ağız tabanı Retromolar Bukkal Sert damak Alveolar- gingival	11 (%12) 10 (%11) 9 (%10) 8 (%9)	(mm) < 5 mm >5, < 10 mm >10 mm Bilinmiyor	24 (%32) 29 (%39)	Var Yok	
Dil bölge Lateral Posterior Anterior İnferior Superior	13 (%38) 8 (%23) 6 (%18) 5 (%15) 2 (%2)	Metastatik LN sayısı	1 (0-13)	RT Eş zamanlı KT Tür Haftalık sisplatin Haftalık karboplatin Diğer	49 (%88) 3 (%5) 4 (%7)
Klinik T T1 T2 T3 T4a T4b	9 (%10) 25 (%28) 10 (%11) 43 (%47) 4 (%4)	Metastatik lenf nodu oranı	0,05 (0,02- 0,3)	RT yanıt Tam Parsiyel Stabil Progresyon Yanıt değerlendirm e yok	6 (%35) 6 (%35) 1 (%6) 1 (%6) 3 (%18)
Klinik N N0 N1 N2 N3	35 (%38) 11 (%12) 41 (%45) 4 (%4)	Cerrahi sınır Pozitif Negatif	42 (%57) 32 (%43)		
Klinik Genel Evre Evre 1 Evre 2 Evre 3 Evre 4a Evre 4b	4 (%4) 15 (%17) 8 (%9) 56 (%61) 8 (%9)	LVI Pozitif Negatif Bilinmiyor	10 (%13) 62 (%84) 2 (%3)		
PreRT serum Hb (gr/dL)	12.4 (8-17)	PNI Pozitif Negatif	32 (%43) 42 (%57)		
PreRT serum Nötrofil/Lenfo sit oranı	2.7 (0,9-15)	PreRT serum Platelet/Lenfosit oranı	162 (38- 1823)		

PreRT serum Platelet (x109/L)	291 (45-2005)	PreRT serum Albumin (gr/L)	39 (29-49)		
		PreRT BKI (kg/m2)	25 (14-38)		

Tablo 2: Genel Sağlık için Tek ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Değişkenler	Tek değişkenli analiz		Çok değişkenli analiz	
	HR	p	HR	p
ECOG PS 2-3 vs 0-1	4,8 (2,7-10,3)	<0,001	23 (2,8-198)	0,003
DM Var vs yok	2,2 (1,05-4,5)	0,031		
Yerleşim yeri Ağız tabanı vs diğer	1,6 (0,8-3)	0,15	1,7 (0,3-8,7)	0,5
Definitif tedavi Cerrahi vs RT	0,3 (0,2-0,5)	<0,001		
T evre T4 vs T1-2-3	2,5 (1,4-4,6)	0,002	0,2 (0,02-1,3)	0,1
Genel evre Evre 4 vs evre 1-2-3	2,5 (1,2-5)	0,01	1,9 (0,2-16)	0,5
Tümör boyutu >40 mm vs <40 mm	4,2 (2,1-8,2)	<0,001		
DOİ/Derinlik >10 mm vs <10 mm	3,9 (1,2-13)	0,014		
Cerrahi sınır Pozitif vs negatif	3,9 (1,7-9)	<0,001	12,4 (1,9-79)	0,008
LNO >0,05 vs < 0,05	2,4 (0,8-7)	0,12	3,8 (0,7-21)	0,1
NLO >2.7 vs <2.7	2 (1,1-3,7)	0,017	2,1 (0,5-8)	0,3

[S25]

Nazofarenks Kanseri Tanılı Hastalarda Geç Dönem Yan Etkiler: Cerrahpaşa Sonuçları

Sevda Yener, Meltem Dağdelen, Ömer Uzel

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı

Amaç:

Baş boyun bölgesinin kompleks anatomisinden kaynaklı olarak pek çok kritik yapı hastalığa bağlı veya radyoterapiye bağlı hasar görebilir. Nazofarenks kanseri tedavisinde YART (Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi) kullanılmasının sağ kalım oranlarını iyileştirdiği bilinmektedir. Hastaların yaşam süresinin uzamasıyla hastalarda geç dönemde gelişebilecek yan etkiler ve bu yan etkilerin yönetimi önem kazanmıştır. Çalışmamızda kliniğimizde nazofarenks kanseri tanısıyla küratif radyoterapi + kemoterapi uygulanan hastalardaki uzun dönem yan etkileri araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde 2010-2021 yılları arasında nazofarenks kanseri tanısıyla küratif YART yapılan, lokorejyonel nüksü veya uzak metastazı olmayan ve asgari 2 yıl takipli 60 hasta retrospektif olarak incelendi. Hasta özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Erişkin hastalarda primer tümör, tutulu lenf nodunu içeren yüksek riskli volüme 66-70 Gy, orta riskli volüme 60 Gy, düşük riskli volüme 54 Gy RT planlandı. Çocuk ve ergen hastalarda ise yüksek riskli volüme 61,2 Gy, orta riskli volüme 54 Gy, düşük riskli volüme 45 Gy doz tanımlandı. Yan etkilerin değerlendirilmesinde hastanın kendi değerlendirmesi, hekimin değerlendirmesi, klinik ve laboratuvar bulgularından yararlanıldı. Yan etkilerin derecelendirilmesi CTCAE V5'e göre yapıldı.

Bulgular:

Medyan 81 ay takip sonrası 29 hastada grad 2 kserostomi, 13 hastada trismus görüldü. Dokuz hastada akut dönemde gelişen tat alamama şikayeti takiplerde devam ediyordu. Rekürren otit ve sinüzit şikayeti olan 47 hasta görülürken, 42 hastaya diş kaybı nedeniyle diş tedavisi uygulandı. Yirmi iki hastada devam eden disfaji (grade2) şikayeti vardı. Hastaların %26.7'sinde aspirasyon görüldü. Hastaların %55'inde boyunda grad 2-3 fibrozis görüldü. Hastaların %65'ine hipotiroidi nedeniyle medikal tedavi başlandı. %30 hasta grad 3 işitme kaybına bağlı cihaz kullandı. Daha nadir görülen ve hayat kalitesini daha fazla etkileyen yan etkiler sırasıyla; oküler yan etkiler (%10), karotis arter darlığı (%13.3), hipopituitarizm (%1.7), kranial sinir disfonksiyonu (%11,7), temporal lob nekrozu (%5) ve osteoradyonekroz (%1.7) oranında görüldü.

Sonuç:

Nazofarenks kanseri tanısıyla radyoterapi yapılan hastalarda kronik dönemde bir çok yan etki gelişebilmektedir. Çalışmamızın sonucunda hiçbir hastamızda grade 4 geç yan etki görülmemekle birlikte yan etkilerin tanınması ve tedavisi, hastaların sağlığını, uzun süreli sağkalımını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilir. Bu nedenle kronik yan etkilerin dokümantasyonu ve yönetimi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: nazofarenks kanseri, YART, geç dönem toksisite, yan etki

Hasta Karakteristikleri

Yaş (ortanca)	44(69-14)
<25 yaş	6 (%10)
>25 yaş	54 (%90)
Cinsiyet	
Kadın	12 (%20)
Erkek	48 (%80)
Sigara	
Var	26(%43.3)
Yok	34(%56.7)
Sigara pkt/yıl (ortanca)	22 (150-2)
T evresi	
T0	2 (%3.3)
T1	23 (%38.3)
T2	21 (%35)
T3	4 (%6.7)
T4	10 (%16.7)
N evresi	
N0	10 (%16.7)
N1	13(%21.7)
N2	24(%40)
N3	13(%21.7)
Tedavi şeması	
RT	7(%11.7)
Eşzamanlı RT+KT	30(%50)
Neoadj KT sonrası RT	1(%1.7)
Neoadj KT sonrasında RT+KT	22(%36.7)
Fraksiyonasyon şeması	
SIB(Simültane İntegre Boost)	43 (%71.7)
Sekansiyel	17 (%28.3)

[S26]

Orofarenks Kanserli Hastalarımızın Sağkalım Ve Hpv Araştırılma Durumu

İrem Pinar Aydın, Mevsim Elif Güntülü Bütün, Emriye Güler, Ebru Karakaya, Fatih Göksel
Dr. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ EAH

2013-2023 yılları arasında orofarenks kanseri kodlaması ile hastanemizde tedavi edilen orofarenks kanseri hastaları hastane veri tabanından retrospektif olarak taranmıştır. Amacımız sağkalım süresini ve HPV durumu araştırılma sıklığını tespit etmektir.

Materyal-Metod:

Toplam hasta sayısı 27'dir. Hastaların tanı anındaki yaşları 41-94 yaş arasında değişmekte olup median yaş 61'dir. Hastaların 21'i (%75) erkektir. Hastaların medyan ECOG performans skoru 2 (0-3) 'dir. Hastaların evreleri T1N0 (Evre I) - T3N2Mx (Evre IV) (çift primerli bir hasta mesane kanseri sebebi ile metastatiktir.) arasında değişmektedir. Toplam 3 hastanın çift primer kanseri vardır. 14 hastanın (%52) HPV durumu p16'ya immünohistokimyasal olarak bakılarak kontrol edilmiştir. HPV durumu bilinen hastalardan 7'si (%50) p16 pozitiftir.

Hastaların ortalama radyoterapi süresi 44 gündür. Yalnızca 1 (%3.7) hasta konformal teknik ile tedavi edilmiş iken; diğer hastalar ise yoğunluk ayarlı radyoterapi (IMRT) ile (7 hasta arc-IMRT, 19 hasta helikal IMRT) tedavi edilmiştir. Eş zamanlı tedavi alan 25 hasta vardır. 23 hasta eş zamanlı haftalık sisplatin, 2 hasta da eş zamanlı setuksimab almıştır. 2 hasta ise sadece radyoterapi almıştır.

Sonuçlar:

Hastaların ortalama takip süresi 11.7 aydır. Kemoradyoterapi alan bir hasta tedavi sırasında pulmoner emboli nedeni ile kaybedilmiştir. Tüm hastaların 1 ve 2 yıllık ortalama sağ kalımları sırası ile % 58 ve %39 olarak bulunmuştur.

HPV pozitif olan 7 hastanın 1 ve 2 yıllık sağkalımları %71.4 iken; HPVsi negatif olan 7 hastanın 1 yıllık sağkalımı % 71, 2 yıllık sağkalımı % 47.6 'dır. HPV pozitif ve negatif olan hastalar kendi aralarında ki-kare testine göre kıyaslandığında anlamlı farklılık sağlanmamıştır (p=0.577).

Yorum:

Merkezimizdeki yıllık ortalama hasta sayısının 2500 olduğu düşünüldüğünde 10 yıllık orofarenks kanseri tanılı hasta sayımızın, tarama sonucu elde edilenden daha fazla olduğu öngörülmektedir (tanıda eksik kodlama nedeni ile). Mevcut hastalarımızın sağ kalımının literatüre göre düşük olması hastaların performanslarının genel olarak düşük olmasına ve çift primer kanserli hastaların da örnekleme dahil edilmesine bağlı olabilir. HPV durumu ise son yıllarda daha çok araştırılmakta olup, halen araştırılma sıklığı yetersizdir. Buna rağmen HPV pozitif olan hastaların sağ kalımı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (örneklem azlığı sebebi ile) daha yüksek (2 yıllık sağkalım % 71.4 vs %47.6) izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Orofarenks kanseri, radyoterapi, HPV

POSTER BİLDİRİLER



[P01]

Diferansiye Tiroid Kanserlerinin Larinks İnvazyonu: Nadir Görülen Bir Olgu

Sermin Can, Mehmet Önür, Muhammed Ayrıl, Günay Kozan, Mehmet Akdağ, İsmail Topçu
Dicle Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Foliküler hücre kökenli diferansiye tiroid kanserleri (DTK) nispeten iyi bir prognoza sahip olsa da bazı hastalarda lokal invaziv seyredebilir bu da önemli morbidite ve mortaliteye yol açabilir. DTK lokal invaziv tiroid kanserlerinin %54-94'ünü oluşturur. En sık rekürren laringeal sinir, trakea ve strep kaslara invazyon görülür. Larinks, özefagus, internal juguler ven ve karotid artere invazyonda görülebilir.

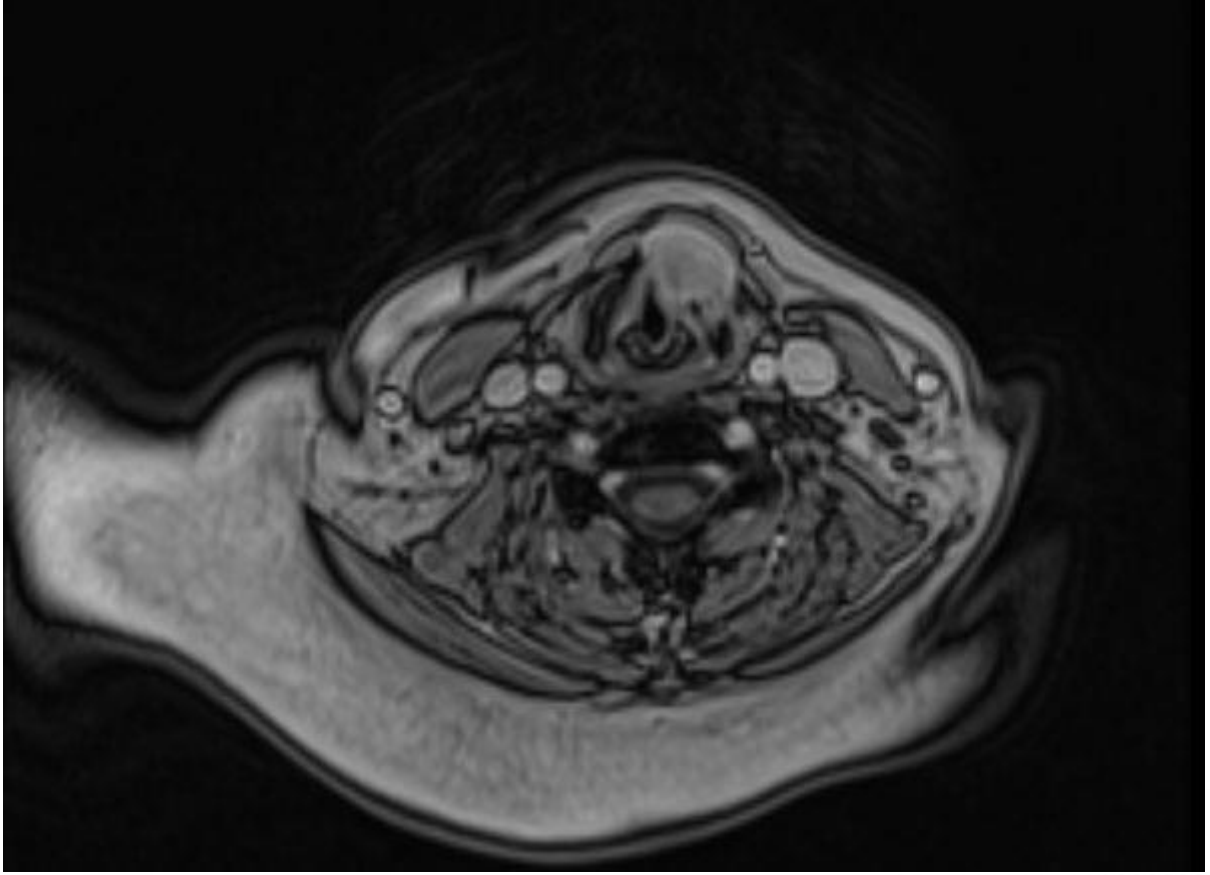
Olgu: 58 yaşında kadın hasta yaklaşık bir senedir arada olan ses kısıklığı huzursuzluk şikayetleri mevcutmuş. İki ay önce dış merkezde muayene olmuş ve kontrastlı boyun Magnetik Rezonans (MR) çekilmiş. MR raporu tiroid bezi sol kısmında bulunan ve sol tiroid kartilajı invaze eden kitle mevcut şeklinde raporlanmış. Tetkik sonuçlarıyla hastanemize başvuran hastanın yapılan laringoskopik muayenesinde vokal kordlar hareketli görünümde olup larinks doğal izlenmiştir. Baş boyun muayenesinde tiroid kartilaj sol kısmında şişlik mevcut olup palpabl lenf nodu izlenmemiştir. Yapılan kontrastlı boyun Bilgisayarlı Tomografi (BT) raporu sol tiroid kartilajı destrükte eden kitlesel lezyon görünümü izlenmektedir şeklinde raporlanmıştır. Çekilen Ultrasonografide (USG) de tiroid bezinin piramidal lobunda kaba kalsifikasyon içeren hipoekoik 15x20 mm boyutunda nodül izlenmiştir (TI-RADS 4). Sol lobda hipoekoik heterojen vaskülaritesi artmış siliik sınırlı kaba kalsifikasyon içeren 15x32 mm TI-RADS 4-5 ile uyumlu nodül izlenmektedir şeklinde raporlanmıştır. Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde patoloji raporu papiller tiroid karsinomu şeklinde raporlanmıştır. Hastaya Pozitron Emisyon Tomografisi (PET-CT) görüntülemesi yapıldı ve tiroid bezi sol lobunda malign nodül, tiroid bezi superior komşuluğunda tiroid kartilajın sol kısmını destrükte eden artmış FDG tutulumu izlenen yumuşak doku dansiteli lezyon ve boyun sol yarısında patolojik artmış FDG tutulumu izlenen lenf nodları mevcut şeklinde raporlanmıştır.

Hasta TNM evrelemesinde göre T4aN1bM0 olarak kabul edildi ve tiroid konseyinde değerlendirildi. Hastaya total tiroidektomi, sol tiroid kartilaj eksizyonu ve eş zamanlı sol posterolateral ve sol santral boyun diseksiyonu planlandı. İntraoperatif olarak total tiroidektomi sonrası tiroid kartilajın sol kısmı çıkarıldı ve larinks iç mukozası korundu. Krikotiroid membranda tümör invazyonu görülmedi. Cerrahi sonrası hastaya adjuvan radyoaktif iyot tedavisi verilmesi planlandı.

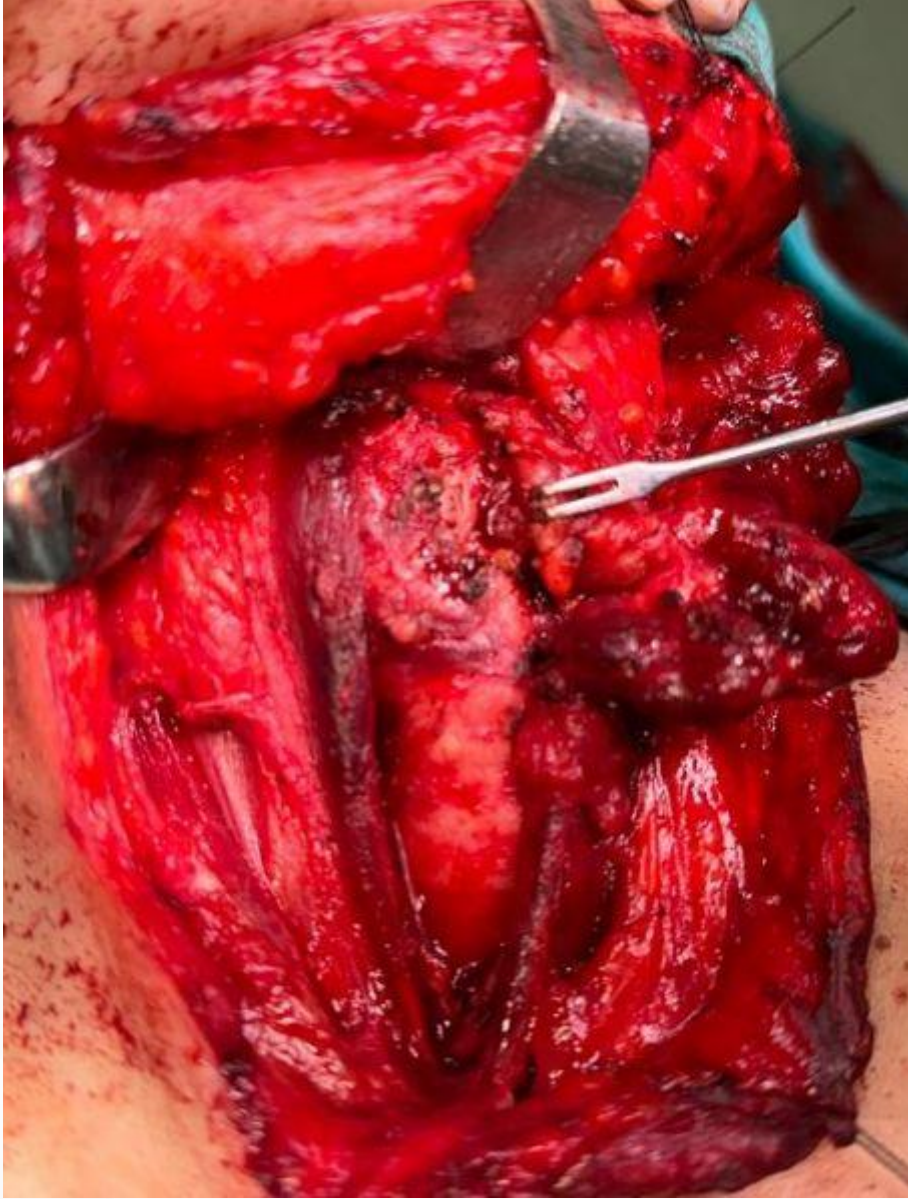
Sonuç: Lokal ileri DTC için ilk tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyondur.. Lokal ileri DTC'li hastalarda optimal cerrahi yaklaşım konservatif tıraş eksizyonundan tümör ve hayati yapıların agresif en blok rezeksiyonuna kadar değişen tartışmalı bir konudur. Lokal ileri düzeyde DTC'nin cerrahi rezeksiyonundan sonra postoperatif TSH baskılaması ile radyoaktif iyot ablasyonu önemlidir. Cerrahi rezeksiyondan sonra mikroskobik veya küçük brüt rezidüel hastalığı olan hastalara, hastalığın lokal kontrolü için postoperatif eksternal radyoterapi verilebilir.

Anahtar Kelimeler: Papiller tiroid karsinom, larinks, tiroid kartilaj, lenf nodu

PTK larinks invazyonu MR görüntüsü



PTK larinks invazyonu total tiroidektomi sonrası intraoperatif görüntü



[P02]

Venöz yetmezlik sebebiyle başarısız olan bir pektoral flep olgusu

Mustafa Güllüev¹, Abitter Yücel²

¹Develi Devlet Hastanesi

²Konya Şehir Hastanesi

Amaç: Baş boyun kanserlerinde, halen en sık tercih edilen tedavi yöntemi cerrahidir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan, sağlık kuruluşuna ulaşma güçlüğü yaşayan ya da çeşitli sebeplerle geç ve/veya ileri evrede tanı almış hastalarda geniş eksizyonlar yapılan cerrahiler gerekebilmektedir. Bu cerrahiler esnasında oluşan defektlerin kapatılmasında çeşitli flepler kullanılmaktadır. Pektoralis major myokutan flep (PMMF), baş-boyun bölgesi, thorax, aksiller bölge gibi birçok alanda kullanılabilen, değişik kompozisyonlarda kullanılabilen, uygulanması nispeten kolay, rotasyona elverişli yapısı nedeniyle sık tercih edilen bir flep çeşididir.

Bu yazımızda oral kavite kanseri nedeniyle geniş bir eksizyon cerrahisi yapılan ve PMMF ile defekt kapatımı yapılan bir olgu sunumu yapılacaktır.

Olgu: 86 yaşında bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, gut, kronik böbrek yetmezliği hastalıkları olan erkek hasta, boyun sol tarafta 3-4 aydır olan ve giderek büyüyen şişlik, akıntı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde sol submandibuler alanda cilde invaze görünümde, içerisinde sıvı komponenti içeren yaklaşık 5 cm'lik tümöral görünümde kitle tespit edildi. Yapılan değerlendirmeler sonucu submandibuler beze ve mandibulaya invaze T4aN2cM0 Evre 4b oral kavite kanseri tanısıyla cerrahi planlandı. Hastaya sol submandibuler bezi, mandibulanın invaze kısmı, invaze cilt kısmı dahil edilerek kitle eksizyonu, sol modifiye radikal boyun diseksiyonu, sağ anterolateral boyun diseksiyonu yapıldı. Mandibuladaki defekt plak ile, submandibuler alandaki cilt defekti ise PMMF ile kapatıldı. Postop 2. gün hastanın PMMF'indeki kanlanmanın yetersiz olması ve flep altında hematoma oluşması nedeniyle yeniden opere edildi, hematoma boşaltıldı, kanama kontrolü sağlandı, PMMF'in thorakstan boyuna geçirildiği tünel genişletildi. Hastanın flebinin kanlanması artırılması amacıyla flebe kesiler ve heparinli pansumanlar yapıldı. Takip eden günlerde flep kanlanması yeterli olmadığı, flepte yoğun ödem izlendiği için heparinli pansumanlara devam edildi ve flep bölgesine sülük uygulandı. Postop 33. günde hastanın PMMF bölgesinde nekrozun ilerlemesi üzerine flep çıkarıldı ve yeni bir flep planıyla cerrahi planlandı. Fakat hastanın genel durumundaki bozulma nedeniyle bu cerrahi yapılamadı ve hasta postop 36. günde gelişen multiorgan yetmezliği sonucu ex oldu.

Sonuç: Baş boyun kanserlerinde özellikle ileri evre tanı alan hastalarda cerrahi tedavi sonrası oluşan defektlerin kapatılmasında flepler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu fleplerin en sık kullanılanlarından birisi de PMMF'tir. Uygulanmasındaki nispeten kolaylık ve yüksek başarı oranına rağmen başarısızlıkla sonuçlanan vakalar olabilmektedir. Bu başarısızlıkta etkili olan birçok faktör tartışılabilir. Bu yazımızda, venöz yetmezlik nedeniyle başarısız olduğunu düşündüğümüz ileri yaş ve ileri evre bir oral kavite kanseri vakasındaki tecrübemizi paylaştık.

Anahtar Kelimeler: Pektoral flep, oral kavite kanseri, baş boyun kanserleri, boyun diseksiyonu

Şekil 1



Şekil 2



[P03]

Agresif seyirli kötü diferansiye tiroid karsinom metastazı: Nadir görülen olgu

Sermin Can, İbrahim Kabak, Muhammed Ayrıl, Günay Kozan, Mehmet Akdağ, İsmail Topçu
Dicle Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

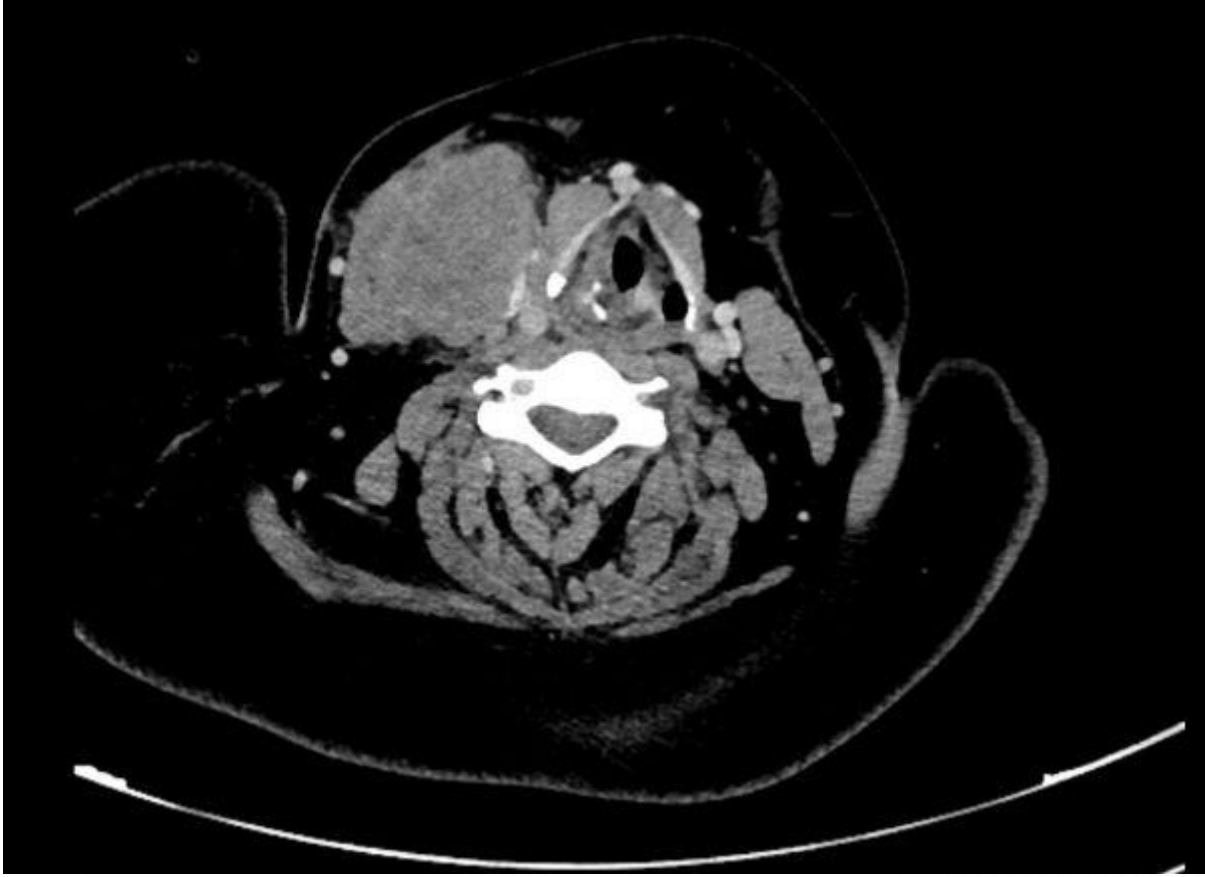
Giriş: Kötü diferansiye tiroid karsinomları, iyi diferansiye ve anaplastik tiroid karsinomları arasındaki morfolojik ve biyolojik olarak orta bir yerde bulunan tiroid kanserleri için kullanılan bir terimdir. Tiroid karsinomlarının yaklaşık %4-7 sini oluşturur. Oldukça agresif seyirlidir. Ortalama 35-55 yaşlar arasında görülür. Sıklıkla ileri evrede tanı konulur. Bu hastalarda lokal rekürrens sıklığı ve %50-84 oranında servikal ve mediastinal lenf nodu metastazı görülebilir.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta yaklaşık bir sene önce dış merkezde total tiroidektomi olmuş ve patoloji sonucu benign olarak raporlanmış. Hasta bize boyun sağ tarafında ani başlangıçlı yaygın şişlik şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde boyun sağ level 2 de 6x5 cm boyutlarında sert ağrısız solid kitle mevcuttu. Laringoskopik muayenesinde bilateral vokal kordların hareketli olduğu görüldü. Hastanın çekilen kontrastlı Boyun Tomografisinde sağ servikal zincirde seviye 2 düzeyinde 60x39 mm boyutunda lezyon dikkati çekmiştir ve her iki servikal zincirde büyüğü submandibular bez komşuluğunda 16x11 mm boyutlarında birkaç adet lenfadenopati izlenmiştir şeklinde raporlanmıştır. Çekilen boyun ultrasonografi sağ üst servikal bölgede submandibular bez komşuluğunda tiroid lojuna uzanan düzensiz konturlu, hipoekoik hipervasküler, tamamı görüntü alanına sığmayan yaklaşık 4.5x7x10 cm boyutlu kitle izlenmiştir. Kitle komşuluğunda birkaç adet fuziform şekilli milimetrik lenf nodu mevcuttur şeklinde raporlanmıştır. Hastaya insizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu tiroid kaynaklı kötü diferansiye karsinom metastazı olarak raporlanmıştır. Hastanın çekilen Pozitron Emisyon Tomografisi primer odak bulunamamakla beraber boyun sağ servikal zincirde level 2, 3, 4 ve 6 yı neredeyse dolduracak şekilde izlenen konglomere yapıdaki multiple lenf nodlarında belirgin artmış FDG tutulumları mevcuttur (SUVmax:15,3) malignite düzeyinde artmış lenf nodları mevcut şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya radikal boyun diseksiyonu kararı verildi. Cerrahi sırasında kitlenin juguler ven ve sternokleidomastoid kasına (SKM) invaziv olduğu gözlemlendi ve Tip 2 radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Sağ juguler ven, Sağ SKM alındı. aksesuar sinir korundu. Cerrahi sonrası hastanın patolojisi kötü diferansiye tiroid karsinom metastazı olarak raporlandı. Hasta tiroid ve tümör konseyine sunuldu. Hastaya radyoterapi ve radyoaktif iyot verilmesi kararı alındı.

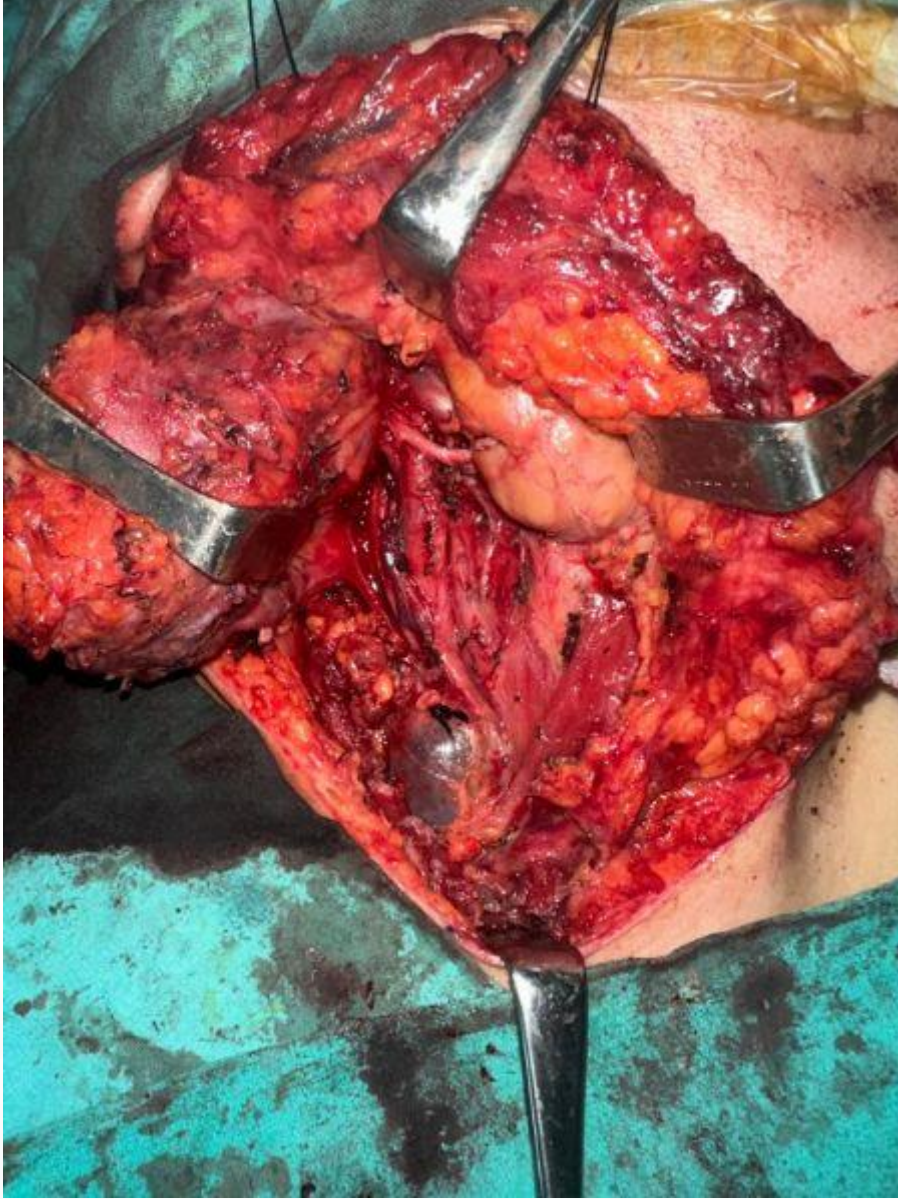
Sonuç: Kötü diferansiye tiroid karsinomları çoğu zaman metastaz şeklinde görülür. Çoğu hastaya total tiroidektomi yapılmış, bunların bir kısmına boyun diseksiyonu ilave edilmiş, bir kısmına da eksternal radyoterapi uygulanmıştır. Kemoterapinin etkinliği kanıtlanmamıştır. Bu tümörlerin I131'i tutma özelliklerinin olup olmadığı belli değildir. Ancak literatürde radyoaktif iyot verilmesinin yararlı olabileceği raporlanmıştır. İnoperabl olgularda kemoterapi ile kombine radyoterapi etkindir. Prognozları oldukça kötü, 5 yıllık yaşam oranı %50 dir.

Anahtar Kelimeler: tiroid, kötü diferansiye, metastaz

Boyun BT aksiyel görüntüsü



Kitlenin intraoperatif görünümü



[P04]

Metastatik nazofarinks kanserinde immunoterapi ile tam yanıtı olgu sunumu

Harun Muğlu, Ömer Fatih Ölmez, Erdem Sünger
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

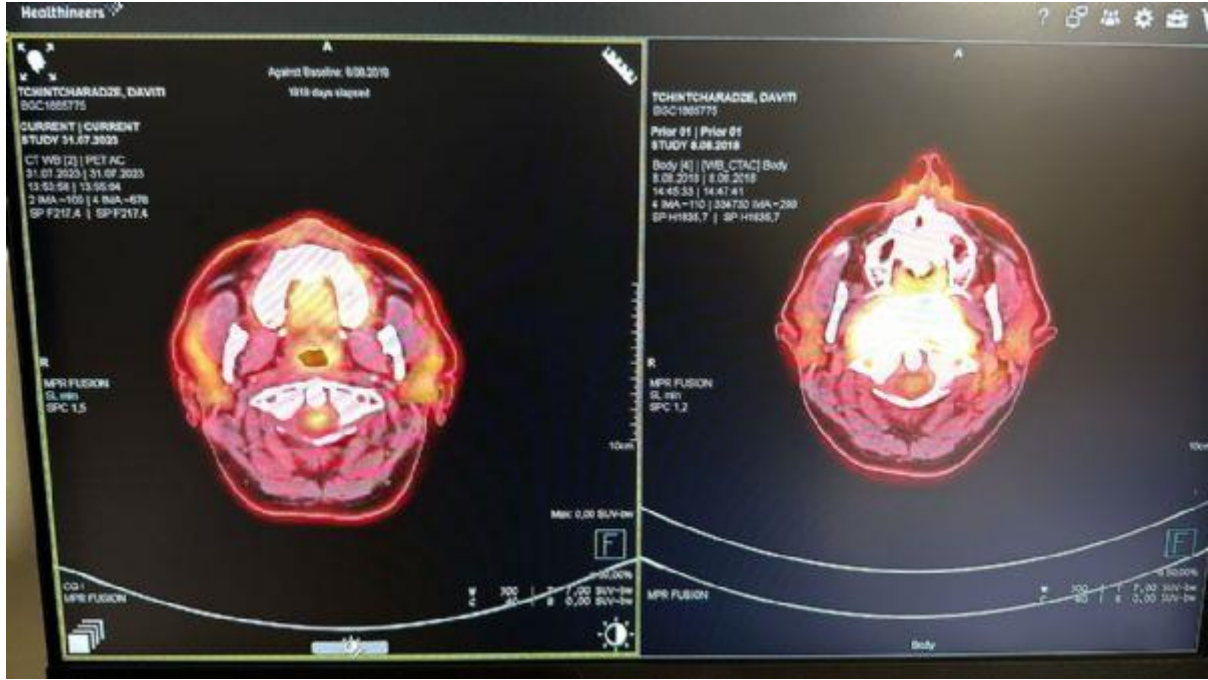
Giriş: Nazofarenks kanseri, baş-boyun kanserleri arasında nispeten nadir bir kanser olsa da, fark edildiği takdirde oldukça agresif bir seyir izleyebilir. Nazofarenks kanserinde immünoterapi, son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilen bir tedavi yöntemidir. Nivolumab, önceden yoğun şekilde tedavi edilmiş tekrarlayan ve/veya metastatik NPC'de umut verici klinik aktiviteye sahiptir. Yapılan faz II çalışmada 1 yıllık genel sağkalım oranı %59 ve 1 yıllık progresyonsuz sağkalım (PFS) oranı idi.

Vaka: 55 yaşında erkek hasta, Haziran 2018 de kulakta çınlama ve tıkanıklık nedeniyle yapılan tetkiklerde nazofarenkste kitle saptanan hastanın yapılan biyopsi Keratinize skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. EBV için yapılan EBNA IGG ve VCA IGG pozitif saptandı. Evreleme amaçlı yapılan boyun MR ve PET-CT de nazofarenks den kaynaklanan kitle, bilateral supraklavikuler lenfnodlarına yayılım gösteren tutulumlar, kemiklerde multiple seviyelerde metastatik tutulumlar tespit edildi. Ağustos 2018 de Sistemik 1. sıra gemsitabin+Cisplatin planlandı. 6 kür kemoterapi sonrası tam yanıt elde edildi. Konsolidasyon amaçlı primer eş zamanlı sisplatin ve RT planlandı. Şubat 2019 da KRT bitti. Mayıs 2019 da yapılan yanıt değerlendirme PET CT de yeni gelişen kemik ve sağ servikal metastatik lezyonlar tespit edildi. Metastatik 2. Seri paklitaksel-Karboplatin tedavisi planlandı. 6 kür tedavi sonrası ekim 2019 da yapılan yanıt değerlendirme PET CT de kemik lezyonlarında progresyon sağ aksiller ve sol aksiller ve sol external iliak progresse LAP, Visseral organ tutulumu izlenmedi. Ekim 2019 da 3. Seride tek ajan kapesitabin planlandı. 6 aylık tedavi sonrası yanıt değerlendirmede tama yakın yanıt izlendi. Ağustos 2020 de arttan kemik ağrıları nedeniyle yapılan PET CT de mediastende yeni gelişen lenf nodları, kemik lezyonları progresse ve batın içi lenf nodlarında progresyon izlendi. Ağustos 2020 da hastaya Nivolumab tedavisi başlandı. Aralık 2020 de oligoprogrese kemik lezyonları gelişmesi nedeniyle palyatif radyoterapi yapıp Nivolumab tedavisine devam edildi. Şubat 2021 de baş ağrısı nedeniyle yapılan kranial MR de vertekste sol parasagittal leptomeningeal 1 cm kalınlığa ulaşan, lobule yüzeyle malign kitle tespit edildi. Kranial RT sonrası Nivolumab tedavisine devam edildi. İmmün ilişkili hipotiroidi nedeniyle L_tiroksin replasmanı yapıldı. Yanıt değerlendirme amacıyla Mayıs 2021 de yapılan kranial MR ve PET CT de tam yanıt izlendi. Takiplerde grade 2 immün kolit gelişmesi nedeniyle anti-diyareik tedavi ile kontrol altında alındı. Tedavi aralıkları 480 mg olarak aylığa çıkarıldı. Ağustos 2023 yanıt değerlendirme PET CT ve kranial MR tam yanıt devam etmektedir.

Sonuç: Rekküren/Metastatik Nazaofarenks kanserinin tedavisi büyük zorluk olmaya devam etmektedir. İmmünoterapi, standart bir tedavinin mevcut olmadığı R/M NPC'li hastalar için şüphesiz umut sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: EBV, Nazofarinks kanseri, Nivolumab, İmmunoterapi

Tanı anı ve nivolumab sonrası PET CT



[P05]

Immunoterapi sonrası hiperprogrese olan metastatik subkutan nodüller gelişen larinks kanseri

Sait Kitaplı, Ali Alkan, Özgür Tanrıverdi
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji, Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Metastatik larinks kanseri nedeniyle kemoterapi ile birlikte verilen pembrolizumab tedavisi sonrası hiperprogrese olan alt extremitede ve sırtında nadir görülen metastatik subkutan nodüller gelişen bir vakayı paylaşmak

Olgu: 55 yaş erkek hasta yutarken ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede boyunda ele gelen servikal lenfadenopatileri (LAP) mevcuttu. Boyun Manyetik Rezonans Görüntülemesinde; solda transglottik larinks malignitesini destekleyen bulgular, D1-2-3-5'te sayı ve boyutsal artış gösteren metastatik natürde lenf nodları saptandı. Biyopsi skuamöz hücreli karsinom (SCC) olarak değerlendirildi. Lokal ileri evre Larinks SCC tanısıyla radyoterapi (RT) eş zamanlı cisplatin ile planlandı. Hasta kemoradyoterapi (KRT) sonrası görüntülemesinde; primer lezyonda regresyon, sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte hipermetabolik yeni gelişen kaviter nodül yeni ortaya çıkmıştı. Sağ akciğer Wedge rezeksiyonu olan hastanın patolojisi SCC ile uyumluydu, larinksin SCC metastazı olarak değerlendirildi. Metastatik larinks kanseri olması nedeniyle sistemik tedavi planlandı. Bilinen ek hastalığı olmayıp, 80 paket/yıl sigara kullanım öyküsü, her gün alkol kullanımı mevcuttu. Soy geçmişinde anne akciğer kanseri, amcası larinks kanseri nedeniyle exitusdu. Yeniden değerlendirildiğinde ses kısıklığı mevcuttu. FM'de ECOG 1, sağ akciğerde yaygın ralleri vardı. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. PET CT'sinde sağ akciğerde plevral kalınlaşma, kalınlığı yaklaşık 1 cm düzeyine ulaşan plevral effüzyon, mediastende, subkarinal bölgede 1.5 cm, sağ alt paratrakeal bölgede 1.1 cm lenf nodu mevcuttu. Hastalık progresyeydi. Akciğerden bakılan PDL-1 düzeyi %70 idi. Metastatik larinks SCC tanısıyla 1. Basamakta pembrolizumab ile cisplatin- 5 Flurourasil tedavisi 4 kür olarak verildi. PET CT'de larinkste hastalık progresye, akciğerde yeni gelişen lezyonlar, kemiklerde yaygın metastatik lezyonlar vardı. Sırtında ve ayaklarında ise subkutan nodüller lezyonları olan hasta hiperprogresyon olarak değerlendirildi. Yüzeysel doku ultrasonografi'de (USG) subkutan 16x12x27 mm, içerisinde kalsifik alanlar içeren izoekoik nodüler lezyon metastaz ile uyumluydu. (Şekil 1) Sonraki basamakta cetuksimab-docetaksel ve zoledronikasit verildi. 2 kür sonra hemoptizi ve nefes darlığı ile servise yatırıldı. ECOG 2, oksijenli saturasyon düzeyi %90 idi. Toraks CT'de her iki akciğerde dağınık yerleşimli, büyüğü sağ akciğerde 7 cm boyutta kitlesel lezyonlar, sağda 3. kotta destrükte kitlesel lezyon ve sağda plevral efüzyon görüldü (Şekil 2). Aktif kanaması nedeniyle palyatif RT planlandı. Akciğerdeki lezyonlara 10 gün RT verildi. Yakın takibe alındı.

Sonuç: Larinks karsinomunun uzak metastazları nadirdir. Özellikle immunoterapi sonrası bu şekilde prezente olan vakaya literatürde rastlanmamıştır. PD-1/PD-L1 inhibitör tedavisine uygun hastaların seçilmesi, hiperprogresyon insidansını azaltmak için kombinasyon tedavisi dahil olmak üzere ilgili stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

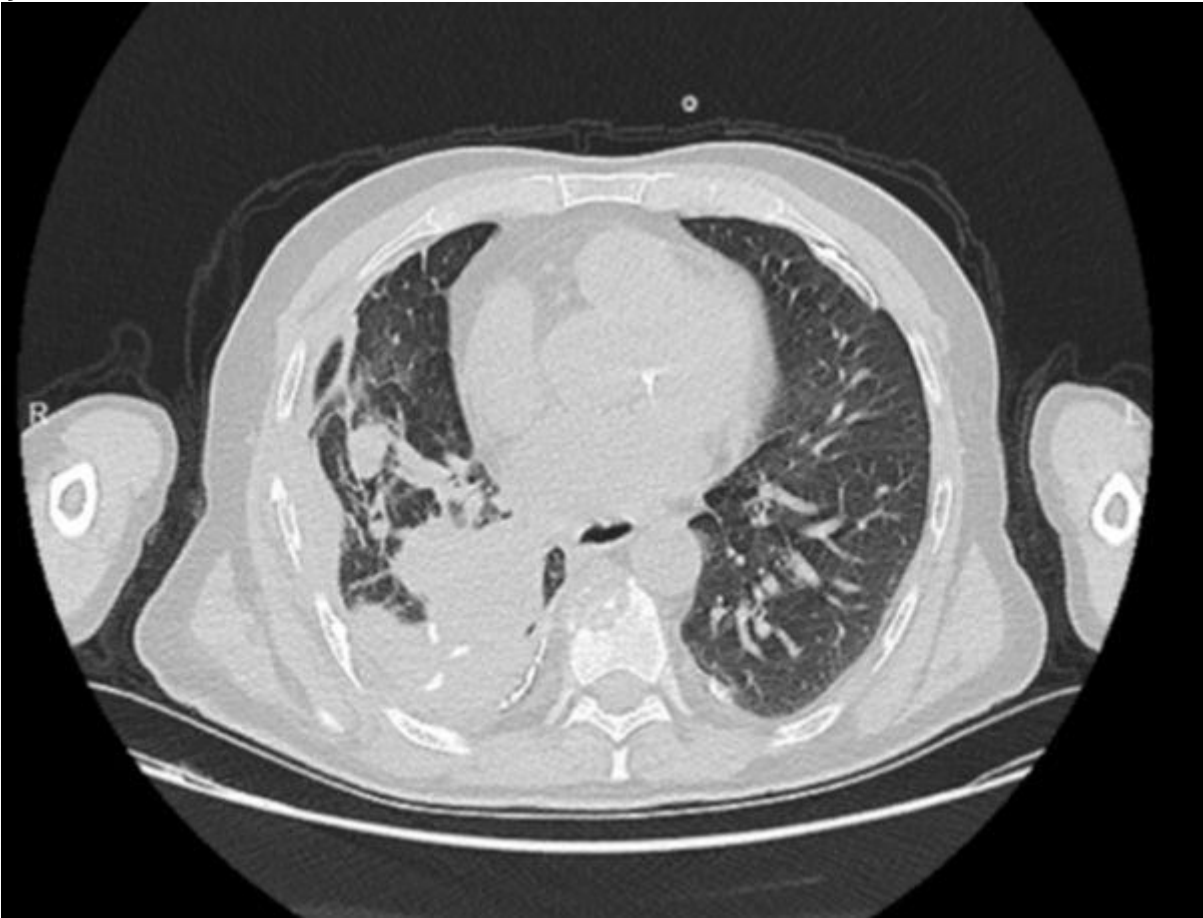
Anahtar Kelimeler: Hiperprogresyon, immünoterapi, Larinks kanseri, subkutan metastaz

Şekil 1



sol alt ekstremite ekstensor yüzeyde subkutanöz nodüler metastatik lezyon

Şekil 2



Sağ akciğer plevra tabanında en büyüğü 7 cm'lik nodüler lezyon ve plevral efüzyon

[P06]

Pembrolizumab Tedavisi İle Remisyona Giren Metastatik Larenks Karsinomu

Utku Burak Bozbulut

Özel İskenderun Gelişim Hastanesi

Amaç: Pembrolizumab ile tedavinin yanıtı değerlendirilimesi

Olgu: 63 yaşında erkek hasta 2020 temmuzda larenks karsinomu tanısı almış olup tanın anında lokal ileridir. Kemoradyoterapi sonrası remisyona giren hastanın 2021 Eylül'de nefes darlığı gelişen hastanın PET-BT'sinde akciğerde metastazı saptandı. Pembrolizumab tedavisi başlanan hastamız 3 ayında kısmi yanıt gözlenirken 6. ayın sonunda tam yanıt göstermiştir. Hastamız ocak 2022'den bu yana pembrolizumab tedavisi ile tam remisyonda izlenmektedir.

Sonuç: İmmünoterapi tedavisinin etkisi geç ortaya çıksada daha uzun ve derin olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: larenks kanseri, immünoterapi, pembrolizumab

[P07]

Abdusens sinir felci ile prezente olan nazofarenks adenoid kistik karsinom vakası

Ece Ulukal Karancı, Banu Öztürk, Esmâ Uğuztemur
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Antalya

Amaç: Adenoid kistik karsinom(AKK) nadir görülen tümörlerden olup tüm baş boyun kanserlerinin %1'ini oluşturmaktadır.(1) Sıklıkla oral kavitedeki minör tükürük bezlerinden kaynaklanır. Uzun ve yavaş progresyon, perinöral invazyon ve multiple lokal nüks ile karakterizedir. (2) Uzak metastaz %40 hastada ve en sık akciğerde görülür. Bu vaka sunumunun amacı nazofarenksde görülen bir metastatik AKK vakasını sunmaktır.

Olgu: 39 yaşında metastatik nazofarenks adenoid kistik karsinom tanılı kadın hasta, 2 yıl önce abduzens felci ile başvurduğu sırada hastanın sfenoidi destrükte eden kitlesi, bilateral servikal lenf nodu ve yaygın akciğer metastazları mevcuttu. Hastaya 3 kür siklofosfamid, adriamisin, karboplatin indüksiyon kemoterapisi sonrası çekilen pet ct stabil hastalık ile uyumlu gelmesi üzerine hastaya cisplatin eş zamanlı radyoterapi verildi. Tanı sonrası 9. ayda çekilen pet ct'de akciğerdeki lezyonlarda progresyon saptandı.(ilk progresyonsuz sağ kalım 9 ay).Sonrasında hastada c- kit mutasyon pozitifliği saptanması üzerine imatinib tedavisi planlandı ancak başvuru reddedildi, sunitinib tedavisi endikasyon dışı onay ile başlandı ancak sunitinib kısa süre kullanımından sonra çekilen mr'da sellar kaviteyi dolduran kavernöz sinüsleri invaze eden 5.5 x 4.5 mm boyutlarında kitle lezyonu saptandı. Ayrıca kitle lezyona benzer şekilde sağ frontal bölgede dural tabanlı olduğu düşünülen oldukça büyük boyutlu beyin parankiminde ödeme neden olan yaklaşık 4.5 x 4 x 3.5 cm boyutlarda kitlesel lezyon izlenmekteydi. Bu lezyonlar da metastatik olarak değerlendirildi. Hasta metastatik 27. ayda halen yaşamaktadır.

Sonuç: AKK gibi tükürük bezi kaynaklı neoplazilerin yavaş ilerleyen fakat komşu yapılara agresif infiltrasyon, uzak metastaz ve rekürrens olasılıkları nedeniyle uzun dönem takipleri çok önemlidir. Unrezekeable metastatik ve nüks hastalarda birinci sıra kemoterapilere yanıt vermeyen hastalarda sunitinib, lenvatinib ve axitinib kategori 2B kanıt düzeyi olarak bir tedavi seçeneğidir.(3,4) Ancak mevcut çalışmalar faz 2 ve az sayıda olması nedeniyle daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynak:

- 1-Harish K, Mangala Gouri SR. Adenoid cystic carcinoma of the parotid metastasizing to liver: case report. BMC Cancer. 2004;4:41-5.
- 2-Bradley PJ. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a review. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2004;12:127-32.
- 3-Ferrarotto R, Sousa LG, Feng L, et al. Phase II clinical trial of axitinib and avelumab in patients with recurrent/metastatic adenoid cystic carcinoma. J Clin Oncol 2023;41:2843-2851.
- 4- Tchekmedyian V, Sherman EJ, Dunn L, et al. Phase II study of lenvatinib in patients with progressive, recurrent or metastatic adenoid cystic carcinoma. J Clin Oncol 2019;37:1529-37.

Anahtar Kelimeler: Adenoid Kistik Karsinoma, baş ve boyun neoplazileri, tükürük bezi tümörleri

[P08]

Nadir Yavaş Seyirli Bir Baş Boyun Tümörü: Sebace Karsinom

Haydar Çağatay Yüksel, Gökhan Şahin, Pınar Gürsoy
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Lakrimal bezin primer sebace karsinomu en nadir lakrimal bez tümörlerinden biridir sıklıkla geç teşhis edilir, bu sebeple prognozu kötüdür. Sıklıkla baş boyun bölgesindeki nükslerle ilerler ve primer kitle tedavi edilse de lokal nüksler sık görülmektedir. Bu vakada tekrarlayan lokal nükslerle ilerleyen sebace karsinom vakası tartışılacaktır.

Olgu: Olgu: 68 yaş erkek hasta Mayıs 2018'de sağ üst göz kapağında saptanan kitle nedeniyle opere edilmesi ardından sebace karsinom tanısı almış. Hastanın evreleme amaçlı yapılan görüntülemesinde metastaz bulgusu saptanmaması nedeniyle T2N0M0 olarak değerlendirilen hasta takibe alınmış. Haziran 2019'de kontroller sırasında servikal alanda multiple en büyüğü 25x16 cm'lik birkaç adet lenf nodu saptanması ardından eksize edilen lenf nodu sebace karsinom metastazı olarak raporlanmış. Lokal nüks olarak değerlendirilen hastaya Sisplatin ve flourouracil kombinasyonu ile tedavi edilmiş. Hasta 9. Kür sonrası çekilen Pozitron Emisyon Tomografisi'(PET)nde tam yanıtı görülmesi üzerine tedavi kesilmiş ve takibe alınmış. Yaklaşık 13 ay sonra kontrol görüntülemelerde servikal lenf nodlarında progresyon gösteren lenf nodlarının izlenmesi sonrasında hastaya çekilen PET'te servikal bölgede en büyüğü yaklaşık 29x12 mm boyutunda SUV max değeri 4,5 olarak görülen lenf bezi saptanmış. Hastada nüks düşünülerek sisplatin, flourouracil ve cetuksimab kombinasyonu verilmiş. Hastada 10. Kür ardından çekilen PET'te tam yanıt alınması sonrasında hastaya setuksimab ile idame planlanmış, ancak hastanın onam vermemesi nedeniyle kemoterapi kesilerek izleme alınmış. Takibin 14. ayında servikal ve supraklavikuler lenf nodu ile tekrar nüks olan hastaya 10 kür sisplatin, flourouracil ve cetuksimab verilmiş. Hastanın çekilen PET'te hastalık yanıtı izlenmiş. Cetuksimab idamesi ile hasta takibe devam edilmiş. Hasta takibi boyunca grade 1-2 deri döküntüsü dışında ek yan etki tariflememiş. Halen setuksimab idamesi altında 3. Küründe takibi devam etmektedir.

Sonuç: Nadir gelişen ve genellikle progresif seyirli olan lakrimal gland kökenli sebace karsinom bu vakada yaklaşık 5 yıldır lokal nükslerle takip edilmekte ve yanıtı bir şekilde izlemi sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: sebace karsinom, lakrimal bez, anti EGFR tedavi

[P09]

Anaplastik tiroid kansinömlü bir olguda böbrek, akciğer, karaciğer ve kemik metastazları ile 5 yıllık sağkalım

Vali Aliyev, Nebi Serkan Demirci
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Anaplastik tiroid kanserleri (ATK) tiroid foliküler epitelinin farklılaşmamış tümörleridir. ATK'leri son derece agresiftir ve hastalığa özgü mortalite %100'e yaklaşmaktadır. Tanıdan itibaren medyan sağkalım üç ila yedi ay arasında değişmektedir. Biz de kliniğimizde 5 yıldır takipli olan metastatik olguyu sunmak istedik.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta, 2019 yılında sağ omuz ağrısı ile tetkik edilmiş. Dev tiroid nodülü nedeniyle 01.2019 total tiroidektomi yapılmış, patolojisi onkositik hücreli karsinom zemininde gelişmiş anaplastik tiroid kansinömlü olarak raporlanmış (BRAF, NTRK-negatif), postoperatif görüntülemelerde bilateral akciğer, böbrek, kemik ve karaciğer metastazları mevcut. Renal biyopsi yapılmış patolojisi ATK metastazı ile uyumlu. Radyoaktif iyot tedavisi sonrası tarafımıza yönlendirilen hastaya 06.2019'da sisplatin+doksorubisin rejiminde kemoterapi ve kemik metastazları için zoledronik asit başlandı. Takiplerinde paklitaksel geçildi ve progresyon nedeniyle sırasıyla 02.2020-10.2020 temozolamid, 12.2020-04.2021 karboplatin, 05.2021-08.2021 kapesitabin, 09.2021-12.2021 arası dozetaksel kemoterapisi aldı. Eylül 2022'de progresse olması nedeniyle gemesitabin başlandı, kasım 2022'de akciğer, kemik, böbrek ve karaciğer lezyonları progresse ve tedavi seçenekleri tükendiği için Yeni nesil dizileme (NGS) paneli istendi, daha sonra bir süre hasta takiplerine gelmemiş. 2023 yılında yapılan NGS çalışmasında hedeflenebilir bir mutasyon saptanmadı. Mikrosatellit instabilite: kararlı, tümör mutasyon yükü (TMB): 9,4 muts/m bulundu. Hastanın tedavi seçenekleri tükendiği ve tümör mutasyon yükü sınırdan yüksek olduğu için pembrolizumab tedavisi planlandı.

Sonuç: Tiroid malignitelerinde prognozu etkileyen en önemli faktörler yaş, cinsiyet ve tümörün histopatolojik tipidir. Anaplastik kansinömlüde, kötü prognozu öngörebilecek değişkenler arasında tanı anında ileri yaş, uzak metastaz, erkek cinsiyet ve başvuru semptomu olarak dispne yer alır. Kliniğe ilk başvurusunda uzak metastazları saptanan ve tedavilerle 5 yıllık sağkalımı olan olguyu ilginç ve literatürde nadir olması nedeniyle sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: tiroid kanseri, anaplastik tiroid kanseri, metastaz

[P10]

Nadir görülen bir baş boyun kanseri olgusu: Larinks leiomyosarkomu

Mustafa Emre Duygulu, Görkem Turhan, Feyyaz Özdemir
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Trabzon

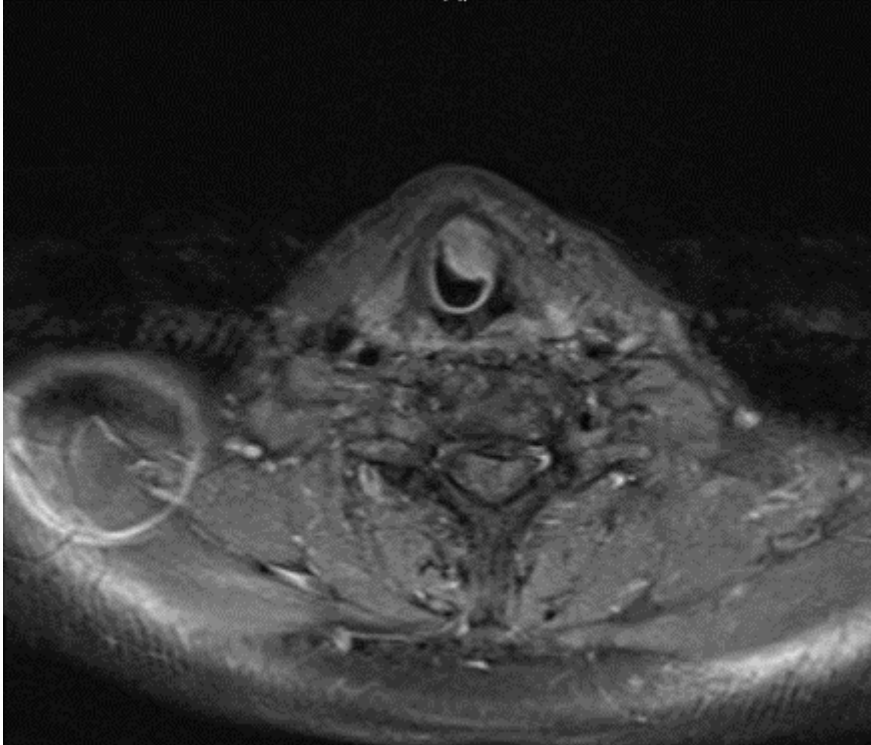
Amaç: Baş boyun kanserlerinin yaklaşık yarısını larinks kanserleri oluşturmaktadır. Larinks primer sarkomları oldukça nadir görülmekte olan kanser türleridir. Merkezimizde oldukça nadir görülmesi nedeniyle primer larinks leiomyosarkomu tanısı alan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastaya çekilen boyun MR'da, sağ vokal kord düzeyinde superiorda ariepiglottik folda doğru uzanan, anteriorda anterior komissüre invazyon gösteren sol inferiorda krikoid kartilaja kadar uzanan 15x12 mm boyutlarında kitle lezyonu izlendi. Sağ kord kaynaklı kitle biyopsi sonucu leiomyosarkom (PanCK (-), p40 (-), p63 (-), CK5/6 (-), Vimentin (+), MSA yamasal (+), Desmin (-), Kaldesmon yamasal (+), SMA fokal zayıf (+), Myogenin (-), MyoD1 (-), CD34 (-), S-100 (-), SOX10 (-), Ki-67 indeksi %20-25) olarak raporlandı. Evreleme görüntülemelerinde uzak metastazı olmayan hastaya, total larenjektomi yapıldı. Hastanın patoloji sonucu, leiomyosarkom, tümör çapı 3,5 cm, grade 2, cerrahi sınırlar sağlam, pT2N0Mx olarak raporlandı. Hastaya adjuvan radyoterapi tedavisi sonrasında izlem planlandı.

Sonuç: Baş boyun sarkomları genellikle paranazal sinüslerden ve servikal özofagustan köken almaktadır. Larinks mezenkimal maligniteleri oldukça nadir görülmektedir. Etiyolojik faktörler net olarak bilinmemektedir. Larinks primer leiomyosarkomu ilk olarak 1939 yılında tanımlanmıştır (2). Klinikte hava yolu obstrüksiyonu sonrasında trakeostomi uygulanan olgular bildirilmiştir. Nadir görülen bir kanser türü olduğu için cerrahi sonrası standart bir hasta yönetim yaklaşımı bulunmamaktadır. Larinkste kitlesel lezyon saptanan hastalarda, nadir görülmesine rağmen, primer larinks leiomyosarkomunun da ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Larinks, leiomyosarkom, mezenkimal tümör

MR görüntülemelerde sağ vokal kord düzeyinde kitlesel lezyon



[P11]

Frontal Sinüs Karsinom Akciğer Metastazı: Nadir Bir Vaka

Hamza Ekmel Nazlı¹, Seval Akay², Özlem Yağız Aghayarov³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Paranasal sinüslerden kaynaklanan kanserler nadirdir ve baş ve boyun malignitelerinin yaklaşık yüzde 3'ünü oluşturur. Bu tümörlerin çoğunluğu maksiller sinüslerde ortaya çıkar ve geri kalanların çoğu etmoid sinüslerde başlar. Sfenoid ve frontal sinüs kanserleri oldukça nadirdir. Paranasal sinüs kanserleri erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (1). Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Kontrolü Birliği (UICC) tarafından geliştirilen sekizinci (2017) tümör, düğüm, metastaz (TNM) evreleme sistemi, maksiller ve etmoid sinüs tümörleri için ayrı T evrelemesini tanımlar (2). Frontal veya sfenoid sinüs tümörleri için standart bir evreleme sistemi yoktur. Başvuru anında uzak metastazlar nadirdir. Tedaviden sonra uzak metastaz oluştuğunda veya tanı anında mevcut olduğunda akciğer, karaciğer ve kemik en sık tutulan bölgelerdir. BT ile toraks görüntülemenin klinik olarak endike olduğu düşünülebilirken, pozitron emisyon tomografisi (PET)/BT başvuru anında evre III veya IV hastalık için düşünülmelidir.

Olgu

Hipertansiyon, osteoporoz ve fibromiyalji tanıları olan 68 yaşında kadın 1 aydır gelişen, gittikçe artan şaşılık, çift görme ve görmede azalma yakınmasıyla başvurdu (Resim1). Fizik muayenede gözde inferiora deviasyonu saptanan hastaya kontrastlı maksillofasial MR planlandı. MR görüntülemesinde sağ frontal sinüs içerisinde sağ orbita superior duvarında etmoid kemiğe doğru uzanım gösteren 39*29 mm boyutunda kitle lezyonu saptandı (Resim2). Kitleden yapılan endoskopik biyopsi sonucu sinonasal skuamöz hücreli karsinom(IDH-1(-), CK5/6(+)) olarak saptandı. Evreleme amaçlı yapılan PET/CT görüntülemesinde sağ akciğer üst lobda 33*25 mm malignite kuşku nodül saptanan hastaya yapılan biyopside sinonasal karsinom(PAN CK(+), TTF1(-), P63(-) CK7(fokal+) CD56(fokal+)) metastazı olarak yorumlandı. Evre 4c olarak belirlenen hastaya 21 günde bir sisplatin ve 5-florourasil(5-FU), beraberinde haftalık setuksimab tedavisi planlandı. Hasta henüz tedavi aşamasındadır.

TARTIŞMA

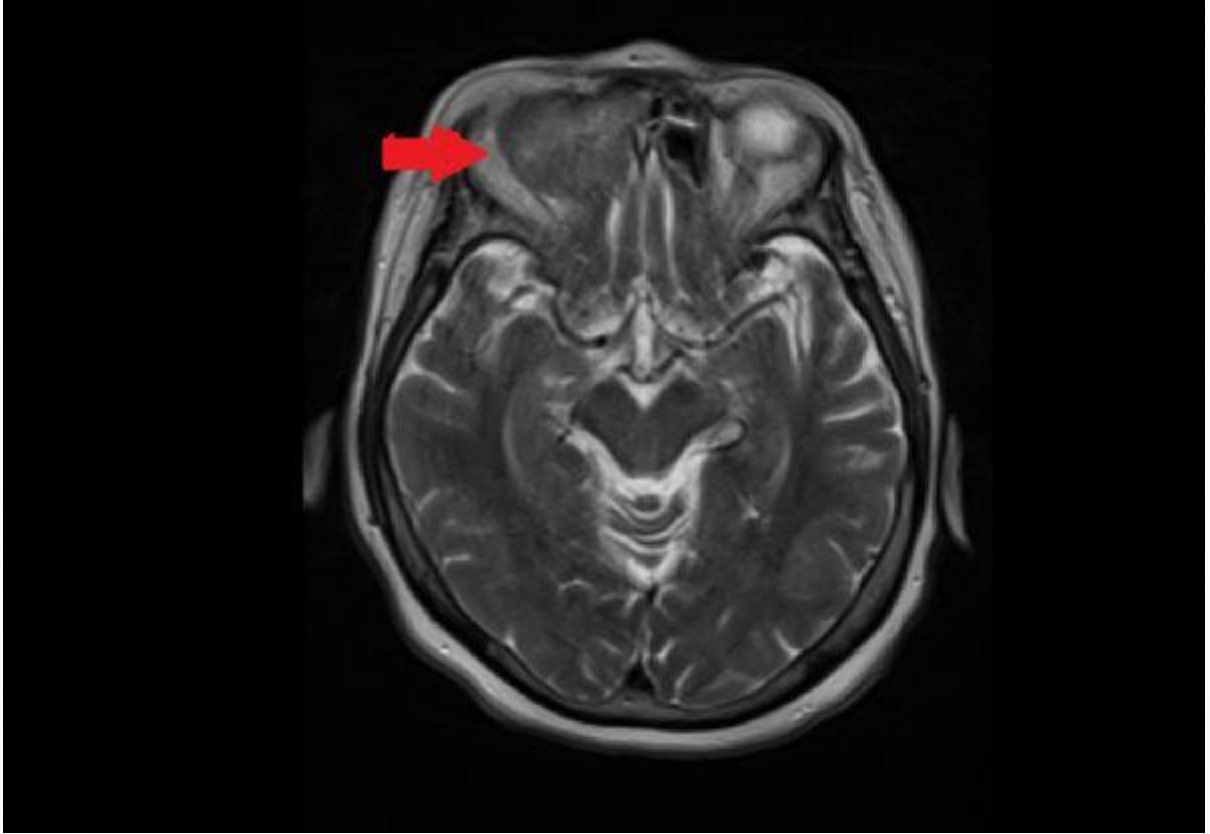
Paranasal sinüs maligniteleri asemptomatik olma eğilimindedir veya komşu yapıları istila edene kadar benign hastalığı taklit edebilen spesifik olmayan sinonasal semptomlara sahiptir. Bu nedenle çoğu hastada tanı konduğunda hastalık ileri düzeydedir. En sık görülen semptomlar arasında yüz veya diş ağrısı, burun tıkanıklığı ve burun kanaması yer alır. Daha az görülen semptomlar kranyal nöropati (özellikle ekstra oküler hareketlerde anormallikler veya trigeminal hipoestezi), kronik sinüzit, yüz ödemi, görme kaybı, baş ağrısı, burun akıntısı ve hiposmi yer alır. (1,3,4,5) Ayrıca paranasal sinüs kanserleri baş boyun kanserleri içerisinde oldukça nadir görülmesinin yanı sıra frontal sinüs de yerleşimi paranasal sinüs karsinomları içerisinde oldukça nadirdir. Olgumuzu ilginç kılan kısmı hastanın şaşılık ve çift görme yakınmasının oldukça nadir gözlenmesinin yanı sıra frontal sinüs yerleşimli paranasal sinüs karsinomlarının sıklığının oldukça az olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Sinonasal karsinom, Akciğer Metastazı, Skuamöz hücreli kanser, Görme kaybı, Şaşılık

Resim1



Resim2



[P12]

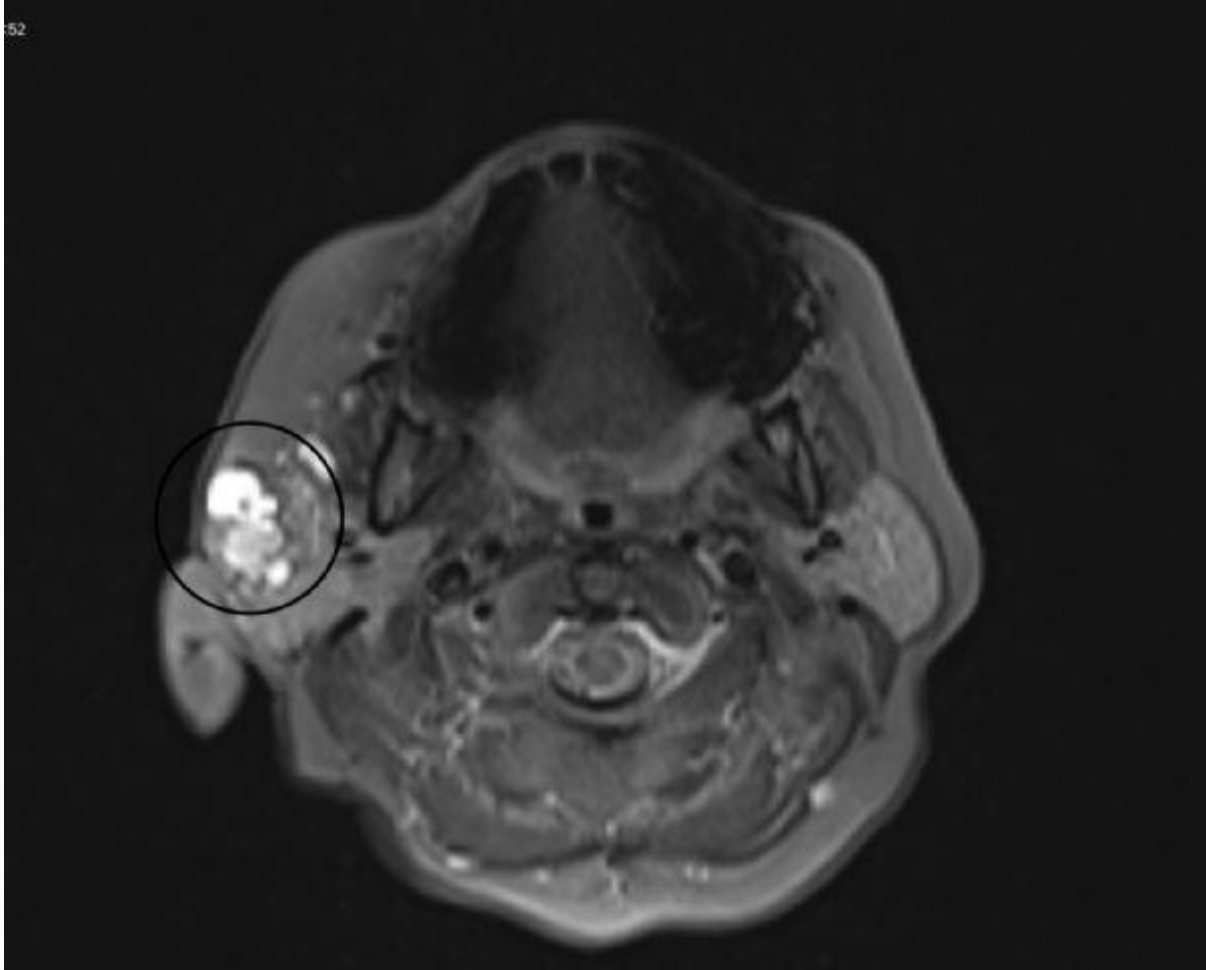
Karsinom ex Pleomorfik Adenom

Cem Murat Söylemez, Seval Akay, Özlem Aghayarov
İzmir Şehir Hastanesi

Karsinom ex pleomorfik adenom, primer veya tekrarlayan benign pleomorfik adenomdan kaynaklanan bir karsinomdur. Karışık bileşenli yapısından dolayı patolojik değerlendirme tanı koymada altın standarttır. Karsinom ex pleomorfik adenomun en yaygın klinik presentasyonu parotis bezinde kitledir. Tedavinin genelini cerrahi rezeksiyon ve radyoterapi oluşturur; ancak nadir vakalar sistemik tedavi gerektirebilir. Hastaların $\leq 25\%$ 'inde daha önce tedavi edilmiş pleomorfik adenom öyküsü vardır. Bu bildiride tekrarlayan pleomorfik adenomdan kaynaklanan sağ parotis karsinom ex pleomorfik adenomu olan 70 yaşında kadın hastayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: pleomorfik adenom, karsinom ex pleomorfik adenom, parotis bezi

sağ parotid kitle lezyonu



[P13]

Metastatik larinks skuamöz hücreli kanser tedavisinde anti-HER2 tedavisi: Olgu sunumu

Sedat Biter, Semra Paydaş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Baş ve boyun skuamöz hücreli kanseri (BBSHK), dünyada en sık görülen altıncı kanser türüdür. Lokorejyonel nüks yaygındır, rezeke edilemeyen veya metastatik hastalığı olan hastalarda medyan genel sağ kalımı bir yıldan azdır. EGFR overekspresyonu BBSHK'lerde yaklaşık %80dir ve kötü prognozla ilişkilidir. EGFR'yi hedefleyen bir monoklonal antikor olan setuksimab, BBSHK tedavisinde onaylanan hedefe yönelik tek tedavidir. İnsan epidermal büyüme faktörü 2 (HER2) amplifikasyonu BBSHK'li hastaların yalnızca %1,8'inde görülür. HER2 mutasyonu veya HER2 overekspresyonu varlığı, meme, akciğer ve mide kanseri gibi çoğu malignitede anti-HER2 tedavisi ile hedeflenebilmekte ve iyi yanıtlar alınabilmektedir. Anti-HER2 tedaviye iyi yanıt alınan bir BBSHK olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta 2019 Ekim ayında larinks skuamöz hücreli karsinom (SHK) tanısı aldı. Larenjektomiyi kabul etmeyen hastaya dönem kemoradyoterapi aldı ve takibe alındı. Haziran 2021'de larinkste nüks saptan hastaya larenjektomi yapıldı. 4 ay sonra metastatik hastalığı olan hastanın metastaz patolojisi SHK olarak geldi. Hastaya 4 siklus 5-FU, cisplatin ve setikusumab tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası progresyonu olan, PDL-1 düzeyi %5 saptanan hastaya 6 siklus immunkontrol nokta inhibitörü (İKİ) nivolumab verildi. Tedavi sonrası progresyonu olan hastanın tanı biyopsisinden yapılan moleküler analizde HER2 amplifikasyonu saptandı. Sağlık bakanlığından endikasyon dışı onay alınarak hastaya 3 haftada bir 175 mg/m² paklitaksel ve 8 mg/kg ilk siklus ve takip eden sikluslarda 6 mg/kg trastuzumab tedavisi başlandı. 4 siklus tedavi sonrası kontrol PET görüntülemesinde boyunda, trakeostomi etrafındaki kitlede, akciğer metastazlarında regresyon saptandı. Klinik olarak da daha iyi olan hastanın mevcut tedavisine devam edilmektedir. Şuanda 8.kür tedavisini alıyor. Metastatik hastalıkta 3. Basamakta anti-HER2 tedavi ile iyi yanıt alınan nadir bir olguyu sunduk. Literatürde hastamıza benzer şekilde İKİ sonrası trastuzumab ve taksan ile uzun süreli yanıt alınan (14 ay) bir vaka mevcuttur. İKİ tedavisinin kemoterapi duyarlılığını arttırdığını düşündüren çalışmalar mevcuttur. İKİ sonrası anti-HER2 tedavinin etkinliğinin değişip değişmediğini bilmiyoruz. Bu nedenle olgumuzda İKİ sonrası taksan duyarlılığının arttığını bilemiyoruz. Trastuzumab, HER2+ meme ve metastatik mide kanserlerinde iyi yanıt nedeniyle FDA onaylıdır. Trastuzumabın BBSHK'de kemoterapi ile kombine edildiği faz 2 çalışmasında yanıt oranını arttırmadığı gösterildi. Ancak çalışmada EGFR ekspresyonu >%10 olanlara göre ekspresyonu < %10 olan hastalarda PFS anlamlı olarak daha iyiydi. Bizim olgumuzda da moleküler değerlendirmede EGFR ekspresyonu saptanmaması tedaviye iyi yanıtı açıklayabilir. Sonuç: olarak 3. Basamakta cerbB2 amplifikasyonu olan metastatik larinks SHK olgusunda iyi yanıt aldık. İKİ, trastuzumab ve cerrB2 amplifikasyonu ve EGFR'nin rolünün daha iyi anlaşılması için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HER2, Larinks SCC, Trastuzumab

[P14]

Prospective Evaluation of the Relationship of Tubarial Gland Doses with Acute Dysphagia and Treatment Tolerance in Patients with Head and Neck Cancer

İpek Pınar Aral¹, Binnur Dadak¹, Gonca Altınışık İnan², Yılmaz Tezcan²

¹Ankara Bilkent City Hospital, Radiation Oncology, Ankara Turkey

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Radiation Oncology, Ankara Turkey

Purpose: In this study, the clinical significance of tubarial gland(TG) doses in head and neck cancer(HNC) patients was analyzed prospectively.

Methods: The median volume of the TG was 3.5(2.1-5.9)cc. The median value of the right TG SUVmean was 1.69(range1.07-2.39); right TG SUVmax was 2.61(range1.72- 3.67). The median value of the left TG SUVmean was 1.58(range0.99-2.10); left TG SUVmax was 2.47 (range 1.39-3.60).TG dose values were as follows: TGDmax median 67.1(range12.2-76.5) Gy; TGDmean median 29.5(range2.9-73.6) Gy, TGV25(%) median 85(range0-100); TG V30(%) median 83(range0-100); TGV40(%) median 69(range 0-100); TGV50(%) median 56 (range 0-100); TGV60(%) median 37(range0-100). There was no significant relationship between interruption of RT and TG values. There was a significant relationship between grade 2 and higher dysphagia and TGDmean (p0.020); TGV25(%) (p0.007); TGV30(%) (p0.009); TGV40(%) (p0.011); TGV50(%) (p0.010), TGV60(%) (p0.045). In terms of the risk of grade \geq 2 dysphagia, the cut-off value of the TGDmean was analyzed for 50 Gy, with 75% sensitivity and 73.3% specificity (p0.020;AUC0.746; 95%CI0.561-0.929). In terms of the risk of grade \geq 2 dysphagia, the cut-off value of the TGV25(%) was analyzed 78 with %81.3 sensitivity and 80.0 % specificity(p0.011;AUC 0.769; %95CI0.591-0.947).

Conclusion: A significant correlation was found between TG values and dysphagia during RT. TGV25(%) value showed higher significance. In future studies, clinical significance of TG can be studied especially on this value.

Anahtar Kelimeler: Acute Side Effect, Tubaryal Glands, Radiotherapy, Head and Neck Cancer, Salivary Glands

[P16]

Dil Kökü Kanserli Hastalarda Pozitron Emisyon Tomografisi Görüntülerinden Elde Edilen Semikantitatif Parametreler ile Tümörün Histopatolojik Özellikleri ve Sağkalım Arasındaki İlişki

Merve Nur Güven¹, Emre Uysal¹, Müge Öner Tamam², Berna Akkuş Yıldırım¹

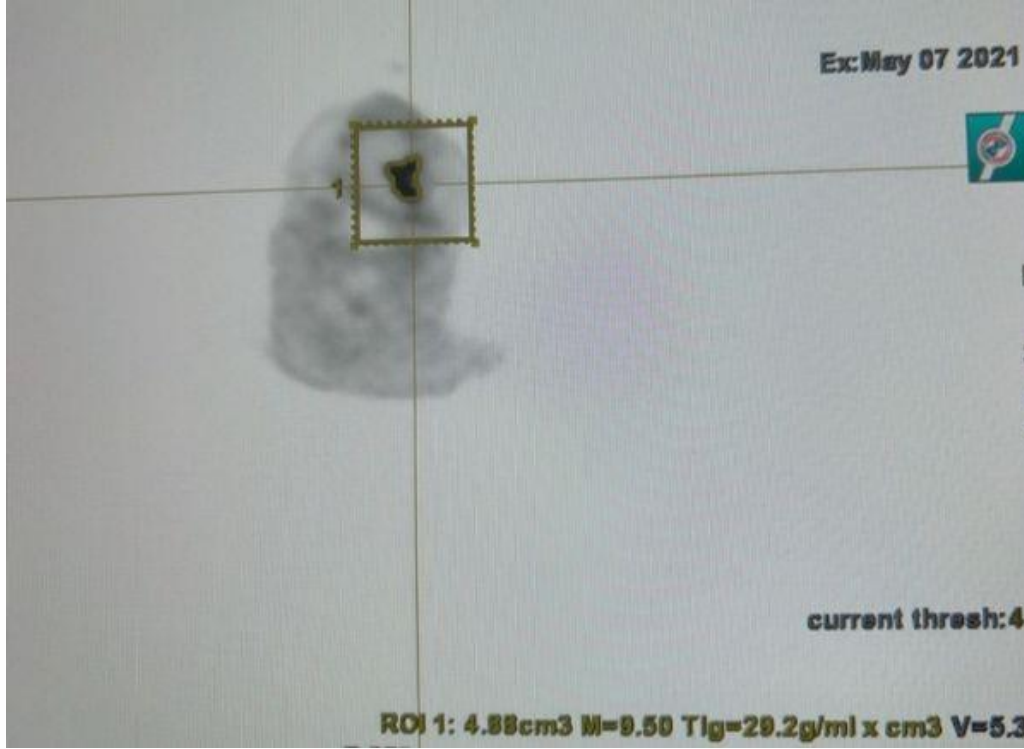
¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dil kökü kanserleri genellikle lokal ileri evrede tanı alan, rekürrens ve metastaz yapma olasılığı yüksek olduğu için kötü prognozla seyreden bir orofarinks kanseri türüdür. 18F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi (FDG-PET) tümör metabolik aktivitesi ve proliferasyonuna dayalı olarak prognozu öngörmede kullanımıyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, dil kökü karsinomu olan hastalarda FDG-PET görüntülerinden elde edilen tümör metabolizmasını yansıtan semi-kantitatif parametrelerin, tümörün klinik evresi, histopatolojik özellikleri ve tedavi sonrası tümör yanıtı ile ilişkisinin araştırılmasıdır. **Gereç-Yöntem:** Çalışmaya 2020 tarihinden sonra histopatolojik olarak squamöz hücreli karsinom tanısı almış, tanı anında metastatik olmayan, evre 2-4a dil kökü kanseri olan 28 hasta dahil edildi. Tedavi öncesi FDG-PET'ten yüksek standart uptake değeri (SUVmax), metabolik tümör volümü (MTV) ve total lezyon glikolizis (TLG) değerlerinden oluşan metabolik semi-kantitatif parametreler hesaplandı. FDG-PET metabolik parametreleri ile tümörün klinik evresi, histopatolojik özellikleri (perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon, ekstrakapsüler tutulum) ve tedavi sonrası tümör yanıtı arasında bir ilişki olup olmadığı istatistiksel olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Tümör evrelerine göre gruplar arasında, tüm evreleri birbirinden ayırmada SUVmax, MTV ve TLG ortalama değerlerinde anlamlı farklılık gözlenmezken TLG parametresi Evre II-IV arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Ancak hiçbir parametre Evre III ve IV'ü birbirinden ayıramamıştır. Tümörün MR görüntülemelerinin RECIST kriterlerine göre verdiği yanıt değerlendirilmesiyle ilişkiye bakıldığında; SUVmax ve MTV değerlerinin yanıt değerlendirilmesiyle istatistiksel bir ilişkisi bulunmazken, TLG parametresi tam yanıt ile stabil hastalık ve tam yanıt ile progresif hastalığı ayırt etmek için istatistiksel anlamlı olarak farklılık göstermektedir ($p=0.014$; $p=0.05$). SUVmax değeri ile tümör çapı arasındaki regresyon analizinde ise tümör çapı arttıkça SUVmax değerinde anlamlı olarak arttığı görülmüştür ($p=0.04$). SUVmax, MTV ve TLG parametrelerinin lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon ve ekstrakapsüler yayılımla ilişkisi gösterilememiştir. Optimal cut-off SUVmax değeri PFS için 9 idi. SUVmax değeri 9'un üzerinde olan hastalarda tüm evrelerde PFS görülme ihtimali istatistiksel anlamlı artış gösterdi. ($p=0.019$) Optimal cut-off TLG değeri PFS için 29 idi. İstatistiksel anlamlılık göstermese de TLG değeri 29'un üzerinde olan hastalarda tüm evrelerde PFS görülme ihtimali artmaya eğilimliydi. ($p=0.006$) **Sonuç:** Evre II, III ve IVa dil kökü kanseri tanılı hastalarda, FDG PET metabolik parametreleri ile tümörün tedaviye vereceği yanıt ve histopatolojik özellikleri korelasyon göstermekte olup hastalığın klinik sonuçlarını non-invaziv olarak öngörmede bu parametreler yardımcı rol oynayabilir. Ayrıca FDG-PET parametreleri ile PFS'yi ve OS'yi öngörmede prognostik faktör olarak kullanımında etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: dil kökü kanseri, FDG-PET CT, prognostik faktörler

Şekil1 FDG-PET'te SUVmax, MTV ve TLG değeri ölçüm örneği



Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve semikantitatif veriler

Yaş	56.9
Kadın/Erkek	18/10
Evreleme	
Evre 2	11
Evre 3	10
Evre 4a	7
FDG-PET semikantitatif verileri	
SUVMAX	13.25
MTV	7.67
TLG	340.2

Parotis Bezinde Lenfoepitelyal Karsinom Olgusu

Berkay Anıl¹, Emriye Güler¹, Arzubetül Duran², Mevsim Elif Güntülü Bütün¹

¹Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Major ve minör tükürük bezlerinin malign tümörleri nadirdir ve tüm baş boyun kanserleri arasında yaklaşık %3 gibi küçük bir kısmı oluşturur. Görece az görülen bu malign tümörler içinde yer alan lenfoepitelyal karsinom histolojik alt tipi oldukça nadir olup, parotis lojunda giderek büyüyen kitle ve servikal lenfadenopati ile prezente olabilir ve Epstein-Barr Virüs (EBV) pozitifliği ile ilişkisi bulunmaktadır. Biz de boyunda şişlik şikayeti ile başvurup, yapılan ileri tetkiklerinde lenfoepitelyal karsinom tanısı alan ve tarafımıza post-operatif radyoterapi amacıyla yönlendirilen hastamızı sunuyoruz.

Olgu: 69 yaş erkek hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan, soygeçmişinde özellik bulunmayan hasta nisan 2020'de boynunun sol tarafında farketildiği şişliğin ardından dış merkeze başvurmuş. Yapılan muayenesinde solda parotis lojunda şişlik ve her iki servikal zincirde palpabl lap saptanmasının ardından yapılan kontrastlı MR görüntülemesinde, 12x24mm sol submandibuler gland derin ve yüzeysel bileşkesinde homojen kontrast tutan düzgün konturlu kitle ve bilateral servikal zincirde 8-10 adet ovoid görünümde LN saptanmış.

Hastaya dış merkezde yapılan sol yüzeysel parotidektomi sonrası gönderilen spesimen en büyük çapı 2.5cm'e ulaşan lenfoepitelyal karsinom ile uyumlu olarak raporlanmasının ardından ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize yönlendirildi.

Hasta (T2) (N0) (M0), (Evre 2) olarak değerlendirildi. Literatür bilgisi bu patoloji için vaka raporu düzeyinde sınırlı olup, hastanın literatürde cerrahi, daha az sayıda cerrahi ve post-operatif radyoterapi ile tedavi edildiği görüldü. Mevcut vakamızda yüzeysel parotidektomi yapılması ve cerrahi sınır belirtilmemesi nedeniyle postoperatif radyoterapi endikasyonu konuldu. Radyasyon onkolojisi kliniğimizce hastamıza 25.08.2020 ila 06.10.2020 tarihleri arasında Sol parotis loju ve sol level 1B, 2 ve 3 e yönelik 31 fraksiyonda olmak üzere 200cGy/günden toplam 62Gy, Tomoterapi cihazında helikal IMRT (yoğunluk ayarlı radyoterapi) ile eksternal radyoterapi uygulandı.

Hasta tedavi sonrası 39 aydır MR BT ve muayene ile değerlendirilmekte ve hastaliksız olarak takip edilmektedir. Akut ve kronik ciddi yan etkimiz olmamıştır.

Sonuç: Lenfoepitelyal karsinom nadir görülen bir tümör olup, literatürde yeterli veri bulunmamakla birlikte tedavi sonrası 39 aydır hastaliksız izlediğimiz olgumuzu sizlere sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: lenfoepitelyal karsinom, parotis bezi, radyoterapi

Bilimsel Sekretarya



Dr. Ali Alkan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
alkanali@yahoo.com

Dr. Arzu Yaşar
Ankara Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
arzuyasar@gmail.com

Dr. Evren Erkul
Anadolu Sağlık Merkezi, Kulak Burun Boğaz
evrenerkul@yahoo.com

Dr. Ömür Karakoyun Çelik
Celal Bayar Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi
okarakoyuncelik@yahoo.com

Organizasyon Sekretaryası



Şakir KARAAĞAÇ
Pin Kongre Organizasyon
Moment Beştepe
Beştepe Mahallesi 32. Cadde No: 1/123 06560 Yenimahalle / Ankara
E-posta: sakir.karaagac@pinkongre.com
GSM: +90 532 054 10 99

www.basboyunkongresi2024.org