



GERİATRİK
ONKOLOJİ
DERNEĞİ

www.geriatrikonkoloji2024.com



6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

BİLDİRİ KİTABI

Geriatric Onkolojide Uygulamalı Geriatrik Değerlendirme Kursu

08-10 Kasım 2024
Royal Holiday Palace Lara
Antalya



Bilimsel Sekreteryası
Prof. Dr. Evrim Metcalfe
Doç. Dr. Baran Akagündüz



İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| DAVET | 5 |
| KURULLAR | 6 |
| BİLİMSEL PROGRAM | 7 |
| KONUŞMA ÖZETLERİ | 13 |
| YAŞLANMANIN MOLEKÜLER MEKANİZMALARI | 14 |
| YAŞLANMA FİZYOLOJİSİ | 17 |
| SARKOPENİ VE DÜŞME..... | 21 |
| UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI | 26 |
| MULTİMORBİDİTE YÖNETİMİ | 27 |
| GERİATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE UYGULAMALARI BARTHEL TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI, LAWTON BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI, MNA (MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME), CDR (KLİNİK DEMANS DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ) . | 28 |
| GERİATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE UYGULAMALARI: VES-13, G8, ECOG PERFORMANS SKALASI, MİNİ-COG TESTİ, SAAT ÇİZME TESTİ, MMSE (MİNİ-MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ) | 30 |
| KEMOTOKSİSİTE ÖNGÖRÜ MODELLERİ VE UYGULAMALARI | 32 |
| YAŞLI KANSER HASTASINDA GERİATRİK DEĞERLENDİRMEYE DAYALI KARAR VERME..... | 33 |
| SARKOPENİ NEDİR? ONKOLOJİ PRATIĞİNDE ÖNEMLİ MİDİR?..... | 35 |
| SARKOPENİ NASIL DEĞERLENDİRİLİR? | 36 |
| METASTATİK ÜÇLÜ NEGATİF MEME KANSERİNDE YÖNETİM..... | 37 |
| HER2+ METASTATİK MEME KANSERİNDE YÖNETİM..... | 38 |
| METASTATİK HEDEFLENEBİLİR MUTASYONU OLMAYAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE TEDAVİ..... | 39 |
| METASTATİK HEDEFLENEBİLİR MUTASYONU OLAN KHDK'DE TEDAVİ | 40 |
| AKCİĞER KANSERİNDE VCSS VE SPİNAL KORD BASISI YÖNETİMİ | 42 |
| AKCİĞER KANSERİNDE VENA KAVA SÜPERİOR SENDROMU VE SPİNAL KORD BASISI YÖNETİMİ..... | 44 |
| GASTROİNTESTİNAL KANSERLERDE KANAMA VE OBSTRÜKSİYON YÖNETİMİ | 46 |
| GENİTOÜRİNER KANSERLERDE KEMİK VE AKCİĞER METASTAZLARININ YÖNETİMİ..... | 47 |
| GENİTOÜRİNER KANSERLERDE KEMİK VE AKCİĞER METASTAZLARININ YÖNETİMİ..... | 48 |
| GERİATRİK HASTALARDA METASTATİK ENDOMETRİUM KANSERİ TEDAVİSİ..... | 49 |
| SÖZLÜ BİLDİRİLER | 50 |

| | |
|---|-----------|
| SB-1 - RADYOTERAPİ PRATIĞİNDE SEKSEN YAŞ ÜZERİ HASTALAR: TEK MERKEZ DEĞERLENDİRMESİ | 52 |
| SB-2 - YAŞLI DOSTU RADYASYON ONKOLOJİ KLİNİKLERİNİN BELİRLENMESİ: HASTANELERİN FİZİKSEL KOŞULLAR, ULAŞILABİLİRLİK VE MAHREMİYET BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI (TROD 013-005) | 55 |
| SB-3 - İLERİ YAŞ REKTUM KANSERİ İÇİN KEMORADYOTERAPİ SONRASI NON-OPERATİF YAKLAŞIM: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA, 14 YILLIK DENEYİM..... | 56 |
| SB-4 - SARKOPENİ VE KIRILGANLIK: DEFİNİTİF RADYOTERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN PROSTAT KANSERLİ YAŞLI HASTALARDA SAĞKALIMI ÖNGÖREBİLİR Mİ? | 60 |
| SB-5 - GERİATRİK UNREZEKTABL PANKREAS KANSERİ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ (NLR), LENFOSİT/MONOSİT ORANININ (LMR), PROGNOZİK NUTRİSYONEL İNDEKSİNİN (PNI) VE MODİFİYE GLASKOW PROGNOZİK SKORUNUN (MGPS) PROGNOZA ETKİSİ..... | 62 |
| SB-6 - 70 YAŞ VE ÜZERİ IDH WİLDE-TİP GRADE4 ERİŞKİN TİP DİFFÜZ GLİOMALI HASTALARDA SAĞ KALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER..... | 65 |
| S-7 - ENDOMETRİUM KANSERİ TANILI HASTALARDA RADYOTERAPİ ÖNCESİ GERİATRİK DEĞERLENDİRMENİN TEDAVİ TOKSİSİTESİNE ETKİSİ..... | 69 |
| SB-8 - SOLİD KANSER TANILI RADYOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN YAŞLI HASTALARDA GERİATRİK ONKOLOJİK TARAMA VE GERİATRİK DEĞERLENDİRMENİN PREDİKTİF DEĞERİ: PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA - ÖN SONUÇLAR..... | 70 |
| SB-9 - GENÇ VE GERİATRİK YAŞ GRUBU BAŞ BOYUN KANSERİ HASTALARINDA METABOLİZMA YAŞININ RADYOTERAPİ SİRASINDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ: BİR PİLOT ÇALIŞMA..... | 74 |
| SB-10 - SOLİD ORGAN MALİGNİTESİ TANILI GERİATRİK HASTALARDA ECOG SKORUNA GÖRE GERİATRİK SENDROMLARIN SIKLIĞI | 76 |
| SB-11 - MEME KANSERLİ YAŞLI KADINLARDA TEDAVİ SONUÇLARI VE PROGNOZİK FAKTÖRLER | 79 |
| SB-12 - PREOPERATİF RADYOTERAPİ UYGULANAN REKTUM KANSERLİ GERİATRİK HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN PROGNOZİK FAKTÖRLER..... | 81 |
| SB-13 - GERİATRİK YÜKSEK DERECELİ BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA TEMPORAL KAS KALINLIĞI VE PROGNOZİK NUTRİSYONEL İNDEKSİN PROGNOZİK ÖNEMİ | 82 |
| SB-14 - GERİATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDA NUTRİSYONEL DURUM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER | 86 |
| SB-15 - KANSER TANISI ALMIŞ GERİATRİK HASTALARDA GERİATRİK 8 (G8) SKORUNUN CRP/ALBUMİN ORANI (CAR) İLE İLİŞKİSİ..... | 88 |
| SB-16 - GERİATRİK KANSER HASTALARINDA RADYASYON ONKOLOJİSİ PRATIĞİNDE R-MAPP İLE HIZLI MALNÜTRİSYON VE SARKOPENİ TARAMASI..... | 90 |
| POSTER BİLDİRİLER..... | 91 |
| PB-1 - GERİATRİK YAŞ, OPERE NÜKS MİDE KANSERİNDE UZUN SÜRELİ KAPESİTABİN KULLANIMI ... | 93 |
| PB-2 - RİBOSİKLİB İLİŞKİLİ KALP YETMEZLİĞİ | 94 |
| PB-3 - İKİ PRİMERLİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU | 95 |

| | |
|--|-----|
| PB-4 - SENKRON SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE MİDE ADENOKARSİNOMU BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU..... | 96 |
| PB-5 - EVRE 4 MALİGN MELANOM OLGUSUNDA IMMUNOTERAPİ DENEYİMİ..... | 97 |
| PB-6 - 6 YILLIK SAĞ KALIM ELDE EDİLEN METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGU SUNUMU | 98 |
| PB-7 - YÜKSEK B 12 SEVİYESİNE RAĞMEN FONKSİYONEL B 12 EKSİKLİĞİ: AĞRILI POLİNÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN KANSER İLİŞKİLİ BİR OLGU | 99 |
| PB-8 - HODGKİN LENFOMA NÜKSÜ İLE EŞLİK EDEN 2. PRİMER; AKCİĞER KANSERİ OLGUSU | 101 |
| PB-9 - ADRENAL YETMEZLİK İLE PREZENTE OLAN NÖROENDOKRİN TÜMÖR OLGUSU | 103 |

DAVET

Sevgili Meslektaşlarım,

Geriatrik Onkoloji Derneği olarak VI. Geriatrik Onkoloji Kongresini **08-10 Kasım 2024** tarihleri arasında Antalya'da yüz yüze yapacağımızı duyurmaktan heyecan duyuyoruz. Bu sene gerçekleştireceğimiz kongremiz, yine mesleki ve bilimsel açıdan son gelişmelerin konuşulması ve tartışılması için tüm meslektaş ve paydaşlarımızı bir araya getiren önemli bir platform olacaktır. Alanında yetkin pek çok konuşmacının bizlerle birlikte olacağı kongremizde güncellenen bilgilerin klinik pratiğe ve akademik çalışmalara ışık tutmasını amaçlıyoruz. Bu kongremizin ana temalarını yine geriatrik onkolojinin önemli güncel konuları oluşturacaktır. Bunun yanında VI. Geriatrik Onkoloji Kongresinin 1. Günü **08 Kasım 2024** tarihinde "**Geriatrik Onkolojide Uygulamalı Geriatrik Değerlendirme Kursu**"nun yapılacağını da duyurmak isterim. Geriatrik değerlendirmelerin gündelik pratiğe aktarılmasında önemli katkısı olacağını düşündüğümüz kursumuzda geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi alanındaki meslektaşlarımızın yanı sıra gerontoloji ve diğer disiplinlerden meslektaşlarımızın da yararlanacağını düşünüyoruz.

Değerli meslektaşlarımız, kongremize göndereceğiniz bilimsel çalışma ve olgu raporlarınız bildiri ve poster olarak değerlendirilecektir. Bu vesile ile tüm meslektaşlarımızı bir kez daha geriatrik onkoloji alanında bilimsel çalışmalar yapmaya davet ediyor, yaşlı kanser hastalarında gerçekleştirdiğiniz özgün çalışmalarınızı göndermenizi bekliyoruz. Sözel bildiri ve poster şeklinde sunacağınız çalışmalarınız "Kongre Bildiri Kitapçığı"nda dijital olarak basılacaktır.

Bilimsel bir şölen olarak geçmesini arzu ettiğimiz VI. Geriatrik Onkoloji Kongresine tüm meslektaşlarımızı davet ediyoruz. Sizleri aramızda görmekten büyük mutluluk duyacağız.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Aziz Karaoğlu

Geriatrik Onkoloji Derneği ve Kongre Başkanı

KURULLAR

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Aziz Karaoğlu

DÜZENLEME KURULU

(Unvan ve Soy isim Alfabetik Sıraya Göre)

Prof. Dr. Aziz Karaoğlu
Prof. Dr. Evrim Metcalfe
Prof. Dr. İlkay Tuğba Ünek
Doç. Dr. Baran Akagündüz
Doç. Dr. Tarık Salman
Doç. Dr. Hüseyin Salih Semiz
Doç. Dr. Olçun Ümit Ünal

BİLİMSEL PROGRAM

6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

GERİATRİK ONKOLOJİDE UYGULAMALI GERİATRİK DEĞERLENDİRME KURSU



GERİATRİK ONKOLOJİDE UYGULAMALI GERİATRİK DEĞERLENDİRME KURSU 08 KASIM 2024 CUMA

| | |
|---------------|---|
| 14:00 - 14:05 | AÇILIŞ KONUŞMALARİ Geriatrik Onkoloji Derneği Başkanı <i>Aziz Karaoğlu</i> Kurs Başkanları <i>Pınar Soysal, Özgür Tanrıverdi, Evrim Metcalfe</i> |
| 14:05 - 14:50 | 1. OTURUM: DOĞAL YAŞLANMA SÜRECİ Oturum Başkanları: <i>Mehmet Niyazi Alakavuklar, Teslime Atlı</i> |
| 14:05 - 14:25 | Yaşlanmanın Moleküler Mekanizmaları <i>Özgür Tanrıverdi</i> |
| 14:25 - 14:45 | Yaşlanma Fizyolojisi <i>Pınar Tosun Taşar</i> |
| 14:45 - 14:50 | Tartışma |
| 14:50 - 15:55 | 2. OTURUM: YAŞLI KANSER HASTASINA YAKLAŞIM-1 Oturum Başkanları: <i>Sevnaz Şahin, Rüksan Çehrelı, Gamze Gököz Doğu</i> |
| 14:50 - 15:10 | Kırılganlık <i>Pınar Soysal</i> |
| 15:10 - 15:30 | Nutrisyon <i>Meltem Halil</i> |
| 15:30 - 15:50 | Sarkopeni ve Düşme <i>Hacer Doğan Varan</i> |
| 15:50 - 15:55 | Tartışma |
| 15:55 - 16:10 | KAHVE ARASI |
| 16:10 - 17:15 | 3. OTURUM: YAŞLI KANSER HASTASINA YAKLAŞIM-2 Oturum Başkanları: <i>Mehmet Akif Karan, Selçuk Seber</i> |
| 16:10 - 16:30 | Uyumsuz İlaç Kullanımı <i>Gülstan Bahat</i> |
| 16:30 - 16:50 | Nörokognitif ve Psikiyatrik Bozukluklar <i>Sevnaz Şahin</i> |
| 16:50 - 17:10 | Multimorbidite Yönetimi <i>Aslı Tufan</i> |
| 17:10 - 17:15 | Tartışma |



08-10 Kasım 2024 • Royal Holiday Palace Lara, Antalya

www.geriatrikonkoloji2024.com

Dalya



6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

Geriatrik Onkolojide Uygulamalı Geriatrik Değerlendirme Kursu



17:15 - 18:30

4. OTURUM: GERİATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE UYGULAMA

Oturum Başkanları: *Pınar Soysal, Özgür Tanrıverdi, Evrim Metcalfe*

17:15 - 18:15

Geriatric Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulamaları

- * VES-13
- * G8
- * Ecog
- * Mini-Nutrisyonel Değerlendirme Uzun Form
- * Timed Up and Go, Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme, 4 Metre Yürüme Testi
- * Kas Gücü, Biyoimpedans Analiz Ölçümlerinin Değerlendirilmesi
- * Geriatrik Depresyon Ölçeği Uzun ve Kısa Formları
- * Mini-Cog Test, Saat Çizme Testi, Mini Mental Durum Değerlendirme
- * 4 AT Deliryum Ölçeği
- * Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirme
- * Klinik Kırılabilirlik Ölçeği ve Fried Kriterleri

Hacer Doğan Varan, Pınar Tosun Taşar, Neslihan Kayahan

18:15 - 18:30

Kemotoksitate Öngörü Modelleri ve Uygulamaları

Eyüp Çavdar

18:30 - 18:45

KAHVE ARASI

18:45 - 19:25

5. OTURUM: YAŞLI KANSER HASTASINDA GERİATRİK DEĞERLENDİRMEYE DAYALI KARAR VERME: KONSEY

Konsey Üyeleri: *Tarık Salman, Nergiz Dağoğlu Sakin, Pınar Soysal, Rüksan Çehrelî*

1. Tıbbi Onkoloji Olgu Sunumları ve Değerlendirilmesi

Özgür Tanrıverdi

2. Radyasyon Onkolojisi Olgu Sunumları ve Değerlendirilmesi

Emine Elif Özkan

19:25 - 19:30

KURS DEĞERLENDİRMESİ VE KAPANIŞ



08-10 Kasım 2024 • Royal Holiday Palace Lara, Antalya

www.geriatrikonkoloji2024.com

Dalya



6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

Geriatric Oncology Uygulamalı Geriatric Değerlendirme Kursu



09 KASIM 2024 CUMARTESİ

| | |
|---------------|--|
| 09:05 - 09:10 | AÇILIŞ KONUŞMASI Geriatrik Onkoloji Derneği Başkanı <i>Aziz Karaoğlu</i> |
| 09:10 - 09:30 | 1. OTURUM: PERSPECTIVES IN GERIATRIC ONCOLOGY Oturum Başkanı: <i>Aziz Karaoğlu</i> Today and Future Perspective in Geriatric Oncology <i>Stuart Lichtman</i> Online |
| 09:30 - 10:00 | 2. OTURUM: YAŞLI KANSER HASTALARINDA İMMÜN SİSTEM Oturum Başkanları: <i>Mehmet Niyazi Alakavuklar</i> |
| 09:30 - 09:55 | Yaşlı Kanser Hastalarında İmmün Sistem <i>Emin Kansu</i> |
| 09:55 - 10:00 | Tartışma |
| 10:00 - 10:45 | 3. OTURUM: A'DAN Z'YE ONKOLOJİ PRATIĞİNDE SARKOPENİ Oturum Başkanları: <i>Gülistan Bahat, Aziz Karaoğlu</i> |
| 10:00 - 10:20 | Sarkopeni Nedir? Onkoloji Pratiğinde Önemli Midir? <i>Birkan İhan</i> |
| 10:20 - 10:40 | Sarkopeni Nasıl Değerlendirilir? <i>Serdar Özkök</i> |
| 10:40 - 10:45 | Tartışma |
| 10:45 - 11:00 | YAŞAM BOYU BİLİM VE ONUR ÖDÜL TÖRENİ |
| 11:00 - 11:30 | KAHVE ARASI |
| 11:30 - 12:20 | 4. OTURUM: YAŞLI HASTADA METASTATİK MEME KANSERLERİNE YAKLAŞIM Oturum Başkanları: <i>Türkkan Evrensel, Ahmet Taner Sümbül, Olçun Ümit Ünal</i> |
| 11:30 - 11:45 | Metastatik Üçlü Negatif Metastatik Meme Kanserinde Yönetim <i>Ali Oğul</i> |
| 11:45 - 12:00 | Her2+ Metastatik Meme Kanserinde Yönetim <i>Murat Ayhan</i> |
| 12:00 - 12:15 | Metastatik HR + Her2- Meme Kanserinde CDK 4-6 İnhibitörleri <i>Elif Atağ</i> |
| 12:15 - 12:20 | Tartışma |
| 12:20 - 13:30 | ÖĞLE YEMEĞİ |



08-10 Kasım 2024 • Royal Holiday Palace Lara, Antalya

www.geriatrikonkoloji2024.com

Dalya



6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

Geriatric Onkolojide Uygulamalı Geriatric Değerlendirme Kursu



| | | |
|---------------|---|-------------|
| 13:30 - 14:20 | 5. OTURUM: YAŞLI HASTADA METASTATİK AKCİĞER KANSERLERİNE YAKLAŞIM <i>Oturum Başkanları: Hande Turna, Mehmet Bilici, Muhammed Ali Kaplan</i> | |
| 13:30 - 13:45 | Metastatik Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Yönetimi <i>Sinan Ünal</i> | |
| 13:45 - 14:00 | Metastatik Hedeflenebilir Mutasyonu Olmayan KHDAK'de Tedavi <i>Yusuf Açıkgöz</i> | |
| 14:00 - 14:15 | Metastatik Hedeflenebilir Mutasyonu Olan KHDAK'de Tedavi <i>Zeki Gökhan Sürmeli</i> | Online |
| 14:15 - 14:20 | Tartışma | |
| 14:20 - 15:25 | 6. OTURUM: YAŞLI HASTADA METASTATİK GİS KANSERLERİNE YAKLAŞIM <i>Oturum Başkanları: İlkay Tuğba Ünek, Mesut Şeker, Berna Öksüzöğlü</i> | |
| 14:20 - 14:35 | Metastatik Mide Kanserinde Tedavi Yaklaşımları <i>Ahmet Şiyar Ekinci</i> | |
| 14:35 - 14:50 | Metastatik Kolon Kanserinde Tedavi Seçenekleri <i>Osman Köstek</i> | |
| 14:50 - 15:05 | Metastatik Pankreas ve Safra Yolları Tümörlerinde Tedavi Seçenekleri <i>Oktaay Halit Karatepe</i> | |
| 15:05 - 15:20 | Metastatik Hepatosellüler Karsinomda Tedavi Seçenekleri <i>Şahin Laçin</i> | |
| 15:20 - 15:25 | Tartışma | |
| 15:25 - 15:40 | KAHVE ARASI | |
| 15:40 - 16:15 | UYDU SEMPOZYUMU <i>Oturum Başkanı: Erdem Göker</i> | |
| | Lokal İleri KHDAK ve YE-KHAK Tedavilerinde Hayatın İzi: IMFINZI <i>Elif Atağ</i> | AstraZeneca |
| 16:15 - 17:05 | 7. OTURUM: GERİATRİK KANSER HASTALARINDA OLGULAR EŞLİĞİNDE PALYATİF RADYOTERAPİ GÜNCELİ <i>Oturum Başkanları: Rıza Çetingöz, İlknur Bilkay Görken, Uğur Selek</i> | |
| 16:15 - 16:30 | Akciğer Kanserinde Vena Cava Superior Sendromu ve Spinal Kord Basısı Yönetimi <i>Olgu: Alaettin Arslan</i> <i>Konuşma: Berrin Benli Yavuz</i> | |
| 16:30 - 16:45 | Gastrointestinal Kanselerde Kanama ve Obstrüksiyon Yönetimi <i>Olgu: Cumhuri Yıldırım</i> <i>Konuşma: Fatma Sert</i> | |
| 16:45 - 17:00 | Genitoüriner Kanselerde Kemik ve Akciğer Metastazlarının Yönetimi <i>Olgu: Mustafa Akın</i> <i>Konuşma: Havva Beyaz</i> | |
| 17:00 - 17:05 | Tartışma | |



08-10 Kasım 2024 • Royal Holiday Palace Lara, Antalya

www.geriatrikonkoloji2024.com



6. Geriatrik Onkoloji Kongresi ve

Geriatric Oncology Uygulamalı Geriatric Assessment Course



17:05 - 17:55

8. OTURUM: YAŞLI HASTADA METASTATİK GENİTOÜRİNER KANSERLERE YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Gamze Göksel Öztürk, Ahmet Alacacioğlu, Banu Öztürk

17:05 - 17:20

Yaşlı Metastatik Prostat Kanselerinde Tedavi Seçenekleri

Baran Akagündüz

Online

17:20 - 17:35

Yaşlı Metastatik Mesane Kanselerinde Tedavi

Hüseyin Salih Semiz

17:35 - 17:50

Metastatik Böbrek Kanseri Olgularında RCC Yönetimi

İsmail Ertürk

17:50 - 17:55

Tartışma

18:30 - 19:30

SOSYAL PROGRAM

Cumhuriyet Eğitim Devriminin Sessiz Mimarı Nafi Atuf Kansu
Emin Kansu

10 KASIM 2024 PAZAR

09:05 - 09:10

10 KASIM ATATÜRK'Ü ANMA

09:10 - 10:00

9. OTURUM: YAŞLI HASTADA METASTATİK JİNEKOLOJİK KANSERLERE YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Güzin Gönül Demirağ, Erdem Göker, Feyyaz Özdemir

09:10 - 09:25

Nüks Over Kanselerinde Tedavi

Aydın Aytekin

09:25 - 09:40

Metastatik Endometriyum Kanselerinde Tedavi

Nilüfer Bulut

09:40 - 09:55

Metastatik Serviks Kanselerinde Tedavi

Osman Sütçüoğlu

09:55 - 10:00

Tartışma

10:00 - 10:30

KAHVE ARASI

10:30 - 11:45

SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Asude Aksoy, Evrim Metcalfe, Pınar Soysal

11:45 - 12:00

AKILCI İLAÇ OTURUMU

Oturum Başkanı: Mehmet Niyazi Alakavuklar

Akılcı İlaç Sunumu

Eda Çalışkan Yıldırım

12:00 - 12:10

KAPANIŞ VE SÖZEL BİLDİRİ ÖDÜLLERİ



08-10 Kasım 2024 • Royal Holiday Palace Lara, Antalya

www.geriatrikonkoloji2024.com

Dalya



KONUŞMA ÖZETLERİ

YAŞLANMANIN MOLEKÜLER MEKANİZMALARI

Özgür Tanrıverdi¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla

1.GİRİŞ

Yaşlanma, biyolojik organizmaların zamanla fiziksel ve işlevsel kapasitesinde azalmaya yol açan doğal bir süreçtir. Bu süreç, hücresel ve moleküler seviyede karmaşık mekanizmalarla şekillenir ve organizmalar arasında farklı hızlarda meydana gelir. Yaşlanmanın temelinde genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve metabolik süreçler gibi bir dizi değişken yer alır.

Yaşlanmanın anlaşılması, yalnızca insan ömrünün uzatılması açısından değil, aynı zamanda yaşa bağlı hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir yaşlanma sürecinin sağlanması açısından da büyük bir öneme sahiptir. Bu metinde yaşlanma teorileri, moleküler mekanizmalar ve otofajinin yaşlanma üzerindeki rolü detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

2.YAŞLANMA TEORİLERİ

Yaşlanmanın moleküler ve hücresel düzeyde nasıl meydana geldiğine dair birçok teori geliştirilmiştir. Bu teoriler biyolojik süreçlerin çeşitli yönlerini açıklamaya çalışır. Başlıca yaşlanma teorileri aşağıda ele alınmaktadır:

2.1. PROGRAMLANMIŞ YAŞLANMA TEORİLERİ

Programlanmış yaşlanma teorileri, yaşlanmanın genetik olarak belirlenmiş biyolojik bir süreç olduğunu öne sürer. Organizmanın yaşam döngüsünün belirli bir zaman çizelgesiyle şekillendiği ve genetik mekanizmalar tarafından kontrol edildiği düşünülmektedir.

- Genetik Programlama Teorisi: Hücrelerin belirli bir yaşam süresi boyunca bölünebilme kapasitesine sahip olduğunu ve bu sürenin telomer uzunluğu tarafından kontrol edildiğini savunur.
- Endokrin Teori: Hormon seviyelerinin yaşlanma sürecinde kilit rol oynadığını belirtir. Hormon seviyelerindeki değişimler, yaşlanma hızını etkileyebilir.

2.2. HASAR BİRİKİMİ TEORİLERİ

Bu teorilere göre, yaşlanma hücresel düzeyde biriken moleküler hasarların bir sonucu olarak meydana gelir. Dış ve iç faktörlerin neden olduğu hasarlar zamanla hücresel işlevleri bozar ve organizmanın yaşlanmasına yol açar.

- Serbest Radikal (Oksidatif Stres) Teorisi: Reaktif oksijen türlerinin (ROS) hücresel bileşenlere zarar vererek yaşlanmayı hızlandırdığı savunulmaktadır.
- DNA Hasar Teorisi: Hücrelerde meydana gelen DNA mutasyonları ve genetik bozulmaların yaşlanma sürecini hızlandırdığı belirtilir.

2.3. METABOLİK VE ENERJİ TEORİLERİ

Bu teoriler, yaşlanmanın metabolik süreçlerde meydana gelen bozulmalar ve enerji üretimindeki azalmalar ile ilişkili olduğunu savunur.

- Kalori Kısıtlama Teorisi: Kalori alımının kısıtlanmasının, metabolik stresi azalttığı ve yaşam süresini uzattığı gösterilmiştir.
- Mitokondriyal Teori: Mitokondrilerin enerji üretimi sırasında ROS ürettiği ve bu durumun mitokondriyal disfonksiyona yol açarak yaşlanmayı hızlandığı düşünülmektedir.

3. YAŞLANMANIN MOLEKÜLER MEKANİZMALARI

Yaşlanmanın moleküler temeli, hücresel düzeyde bir dizi biyokimyasal ve genetik süreçle ilişkilidir. Bu mekanizmalar, oksidatif stres, DNA hasarı, telomer kısalması, epigenetik değişiklikler, mitokondriyal disfonksiyon ve otofaji gibi unsurlardan oluşur.

3.1. OKSİDATİF STRES VE SERBEST RADİKALLER

Oksidatif stres, hücredeki reaktif oksijen türlerinin (ROS) birikmesi sonucu oluşur. Mitokondriler, enerji üretiminin ana kaynağı olmasına rağmen ROS'un da başlıca üretim merkezleridir. ROS birikimi, DNA, protein ve lipidler gibi hücresel bileşenlere zarar vererek yaşlanma sürecini hızlandırır.

3.2. DNA HASARI VE ONARIM MEKANİZMALARI

DNA hasarı, yaşlanma sürecinde önemli bir rol oynar. Hücreler, DNA onarım mekanizmaları ile bu hasarları gidermeye çalışır; ancak yaşlanma sürecinde bu mekanizmaların etkinliği azalır.

-Telomer Kısalması: Her hücre bölünmesi sırasında telomerler kısalır ve belirli bir eşik aşıldığında hücre senesense girer.

3.3. EPİGENETİK DEĞİŞİKLİKLER

Epigenetik mekanizmalar, gen ekspresyonunun düzenlenmesinde kritik rol oynar. Yaşlanma sırasında epigenetik profilde meydana gelen değişiklikler, hücresel işlevlerin bozulmasına yol açar.

3.4. MITOKONDRIYAL DİSFONKSİYON

Mitokondrilerin yaşla birlikte disfonksiyona uğraması, enerji üretiminde azalmaya ve ROS birikimine yol açar. Bu durum, yaşlanmanın önemli bir belirteci olarak kabul edilir.

4. OTOFAJİ VE YAŞLANMA

Otofaji, hücresel bileşenlerin lizozomlar tarafından parçalanarak yeniden kullanıldığı bir hücresel geri dönüşüm sürecidir. Yaşlanma sürecinde otofajinin etkinliği azalır ve bu durum hücresel birikimlere ve işlev bozukluklarına yol açar.

-Moleküler Düzeyde Otofaji: Otofaji, yanlış katlanmış proteinlerin ve hasarlı organellerin yok edilmesinde kritik bir rol oynar.

-Mitofaji: Mitokondriyal otofaji, mitokondriyal disfonksiyonu önleyerek yaşlanmayı yavaşlatır.

Otofajinin artırılması, sağlıklı yaşlanmanın sağlanmasında potansiyel bir strateji olarak değerlendirilmektedir.

5. YAŞLANMA KARŞITI MÜDAHALELER

- Kalori Kısıtlama: Hücrel stresin azalmasına ve otofajinin artmasına yol açar.
- Sirtuin Aktivasyonu: Sirtuin gen ailesi, hücrel stres yanıtlarını düzenleyerek yaşlanmayı yavaşlatabilir.
- Senolitik İlaçlar: Senesens hücreleri hedef alarak yaşlanmayı yavaşlatan ilaçlar üzerinde çalışmalar devam etmektedir.

6. SONUÇ

Yaşlanma, genetik, metabolik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkan çok yönlü bir süreçtir. Otofaji, oksidatif stres, epigenetik değişiklikler ve mitokondriyal disfonksiyon yaşlanmanın temel moleküler mekanizmalarındandır. Bu süreçlerin daha iyi anlaşılması, yaşlanma karşıtı tedavilerin geliştirilmesi için yeni kapılar açmaktadır.

YAŞLANMA FİZYOLOJİSİ

Pınar Tosun Taşar¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzurum

Doğal yaşlanmayla birçok organ ve sistemde değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Fizyolojik olan bu değişimler patolojik bulgulardan farklı olarak az ya da çok tüm yaşlılarda gözlenmektedir. Değişikliklerin bilinmesi saptanan bulgunun, yaşa göre normal, hastalığa mı bağlı olduğunun saptanması açısından önemlidir. Aşağıdaki metinde sırasıyla sistemlerde olan değişimler özetlenmiştir.

Cilt

Yaşlanmayla birlikte ciltte atrofi, elastisite kaybı, metabolik ve onarım süreçlerine yanıtızlık meydana gelir. Epidermis inceler, dermoepidermal bileşke düzleşir. Kan akımının damarlara uyguladığı mekanik kayma kuvvetine karşı çapraz bir basınç oluşturur, Damarlarda kırılabilirlik meydana gelir (1). Stratum korneum tabakasındaki lipid düzeyi azalır, kserozise neden olur. Cilt bariyer bütünlüğü bozulur Epidermiste melanosit, langerhans hücre sayısı, ter, sebacea bezleri azalır, tırnak büyümesi yavaşlar. Dermis tabasında kanlanma azalır ve tabaka inceler. Fibroblast sentez kapasitesi azalır, gecikmiş yara iyileşmesine neden olur. Meissner, Pacini korpüskülleri azalır, vibrasyon, dokunma duyusuyla ilgili duysal algılama bozulur. Dermatoporozis meydana gelir, D vitamini sentezi azalır (2).

Santral Sinir Sistemi

Frontal ve temporal bölgelerde daha belirgin olmak üzere beyin hacmi ve serebral kan akımı azalır. Beyni besleyen damarlarda ateroskleroz meydana gelir. Nörogenез azalır, nöron kaybı serebellum ve serebral kortekste belirgindir. Sinaps kaybı meydana gelir. Nörodejeneratif hastalıkların şiddetiyle ilgilidir (3).

İleri yaşla beyinde nörofibriler yumak ve senil plaklar meydana gelir. Beyindeki asetilkolin kullanılabilirliği, sentezi, salınımı azalır. Dopamin düzeyi azalır, dopaminerjik yollar bozulur. Yaşlanmayla motor kontrol bozulur. Dopamin reseptör antagonistlerinin yan etkilerine daha hassastırlar. Kognitif fonksiyonlar bozulur. Kısa dönem ve gecikmiş hatırlamayla çalışan bellek en çok etkilenir. Beyinde glukozun kullanımı ve keton cisimlerinin oksidasyonu azalır. Mitokondri sayısı azalır, boyutu artar ve mitokondriyel DNA hasarı artar. Bu değişimlerin Alzheimer Parkinson, inme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (4).

Duyusal Sistem

Gözlerde orbital yağ kaybı olur, gözler içeri çöker. Lakrimal bez fonksiyonu azalır. Aydınlatma koşullarına uyum azalır. Pupil daha sert hale gelir ve lens opaklaşır. Işık refleksi ve akomodasyon yavaşlar. Presbiyopi artar. Konjunktiva atrofiye uğrar ve sararır. Korneada kolesterol yağ birikimi meydana gelir, arcus senilise neden olur. Lens sararır, mavi ışığın geçişi azalır (5).

Yüksek frekansta işitme keskinliği azalır. Gürültülü ortamlarda konuşmayı anlama bozulur. Yaşla birlikte kemikçik eklemleri dejenere olmasına rağmen kemikçikler tarafından ses iletilmesi korunmuştur(6). Yaşla birlikte tat kaybı meydana gelir. Esas nedeni koku almada azalmadır. Koku keskinliği azalır (7).

Hematopoetik Sistem

Yaşla birlikte kemik iliği kitlesi azalır, yağ infiltrasyonu artar, ihtiyaç halinde hematopoetik sistemin kompanze etme yeteneği azalır. Kök hücrelerin farklılaşması bozulmuştur, miyeloid yöne farklılaşma eğilimi artar. Hematolojik malignite, anemi sıklığı artar. Trombotik uyarıya platelet yanıtı artar, kanama zamanı azalır, Yaşla D-Dimer düzeyi artar. Plazminojen aktivatör -1 düzeyi artar tromboza yatkınlık artar (8).

Gastrointestinal Sistem

Oral kavite ve Orafarenks

Tükrük salgısı azalır, % 40 oranında ağız kuruluğu olabilir. Nedenleri tükrük bezlerindeki atrofi , sistemik hastalıklar, tütün kullanımı, anksiyete ve depresyon, kullanılan ilaçlardır. Oral mukoza epiteli inceler, aftöz lezyonlara yatkınlık meydana gelir. Dişetleri çekilir, diş kaybı artar. Yaşlanmayla oluşan yutma değişikliklerine presbifaji adı verilmektedir (9).

Özefagus

Üst 1/3'deki iskelet kasında hipertrofi meydana gelir. Peristaltizmi kontrol eden miyenterik gangliyon hücreleri azalır. Peristaltizm sırasında kontraksiyonların amplitüdüleri azalmasına rağmen yemeğin hareketi bozulmaz. Reflü asiti için önemli bir klirens mekanizması olan sekonder peristaltizm azalır, alt özefagus sfinkter tonusu azalır, Gastroözofageal reflü semptomları artar (10).

Mide

Gastrik mukoza atrofiye uğrar, bağ dokusuyla proliferer olur. Atrofik gastrit sıklığı artar. Mukozal prostaglandin ve gastrik HCO₃ sekresyonu azalır. Mukozal tabaka inceler. Gastrik mukozal defans mekanizması bozulur. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAI), bisfosfonatlara karşı duyarlılık artar. H.Pylori taşıyıcılığı sıklığı artar. Mide boşalım zamanı yavaşlar, tüm bu değişiklikler yaşlanma anoreksisine katkıda bulunur. Midenin endokrin fonksiyonları bozulur, gastrin, ghrelin düzeyi azalır (11).

İnce Bağırsak

Yaşlanmayla birlikte makronütrientlerin emilimi bozulmaz. Malabzorbsiyon yaşlılıkta her zaman patolojiktir. Vitamin D, folik asit, B12, Ca emilimi azalabilir ancak homeostazisi sağlamak için yeteri düzeydedir. Demir emilimi bozulmaz. Yüksek karbonhidrat tüketimi yüksek H atılıma neden olur, bu da gaz, şişkinliğe yol açar. Bakteriyel aşırı çoğalma nutrisyonel durumu ve mikronütrient emilimini bozabilir. Duysal miyenterik nöronlarda azalma meydana gelir, ağrısız ülser sıklığı artmıştır (12).

Kalın Barsak

Kolon mukozasında atrofi meydana gelir. Miyenterik pleksus nöronları azalır, kolonik motilite azalır, kronik konstipasyona katkıda bulunur. Perforasyon, distansiyon, iskemi varlığında dahi ağrı algılanması bozulur bu da tanının gecikmesine yol açar. Kolon duvarı direnci azalır, düzensiz kolon hareketliliği ve diyet lifinin az tüketilmesi divertikülozis prevelansının artışına neden olmaktadır. Potansiyel karsinojenlere uzun süre maruziyet, kolonik mukozada azalmış apoptoz, artmış proliferasyon, Kolon kanseri sıklığının artışına neden olacaktır. Fekal inkontinans her zaman patolojiktir (13).

Karaciğer

Karaciğer kan akımı ve kütlesi %35-40 azalır. Karaciğer sentez ve eksresyon fonksiyonları korunur. Albumin, INR, bilirübin düzeyleri ise değişmez. Sitokrom p450 içeriği azalır, faz 1 ilaç metabolizması azalırken, Faz 2 ilaç metabolizması değişmez. Faz 2 metabolize edilen ilaçları kullanmak daha uygun olacaktır. Vitamin K bağımlı faktörlerin düzeyi yaşlılarda antikoagülasyon için daha düşük dozda vitamin K antagonistleri yeterlidir. Safra daha litojenik hale gelir ve kolelitiyazis prevalansı artar. Düşük-dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol reseptörlerinin sayısı ve LDL kolesterol metabolizması azalır. Yaşlı bireylerde LDL düzeyi artar. Pankreasta yağlanma fibrozis olmasına rağmen ekzokrin pankreas fonksiyonları sindirim kapasitesi korunur (14).

Böbrek

Böbrek kitlesi kortekste belirgin olarak azalır. Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 40 yaş yukarısında her dekatta 8 ml/ dk azalır. Sklerotik glomeruller artar, son dönem böbrek yetersizliğinin % 90 nedeni glomerulosklerozdur. Kalan nefronlarda proksimal tübüllerde hipertrofi hiperplazi meydana gelir. Nefron kaybıyla birlikte jeneralize Tubulointerstisyel nefrit (TIN) görülür. Yaşlanmayla birlikte kas kütlesi azalır, kreatinin üretimi azalır (15). Proteinüri her zaman patolojiktir. Yaşlanmayla idrarı dilüe etme ve su yükünü atma yeteneği azalır. Stres durumlarında volüm düzenlemesi bozulur. Total vücut suyu azalır, susama hissi azalır, dehidratasyon daha sık gelişir. İdrarın asidifikasyonu asit yükünden kurtulma yeteneği bozulmuştur; nefrotoksisiteye ve iskemik hasara yakalanmaya daha yatkındır (16).

Kardiyovasküler Sistem

Kalp yaşlanmayla birlikte kütlesinde azalma görülmeyen nadir organlardandır. Kalp hızı ve EF değişmez, efora yanıtta azalma meydana gelir. Yaşla birlikte kalbin sağ bölgesinde ılımlı değişiklikler meydana gelirken, solda atriyum genişler ve sol ventrikül sertleşir. Kollajen ve lipid birikimiyle aort ve mitral kapakları kalınlaşır ve skleroz meydana gelir. Aort ve mitral kapaklarda depozitler yaşlı bireyi ileti problemlerine daha yatkın hale getirir (17). Hipertansiyon genellikle sistolik ağırlıklıdır. Diyastolük kan basıncı azalırken, nabız basıncı artar. Baroreseptör duyarlılığı azalır ve yaşlı bireyler ortostatik hipotansiyon sıklığı artar. Prematür atriyal kompleks ve izole ektopik atım sıklığı artar. Elektrokardiyogramda (EKG) PR, QRS ve QT de uzama meydana gelir. Büyümüş Q dalgası, (-) T dalgası, sağ dal bloğu, atriyal flutter ve atriyal fibrilasyon sıklığı artan EKG bulgularındandır (18).

Solunum Sistemi

Alveolar kanallar elastik doku ve kolajen lif kaybına bağlı genişler, buna senil amfizem adı verilmektedir. Böylelikle gaz değişikliğine olanak sağlayan yüzey alanı azalır. Anatomik ölü boşluk artar. Elastik dokunun kaybıyla inspiyumda genişleyen akciğerin ekspirasyonda elastik geri çekilimi azalır. Alveolar sıvıda proinflamatuvar proteinler artarken, antiinflamatuvar proteinler azalır. Göğüs duvarı sertleşir, kompliyans azalır, abdominal kasların solunuma daha fazla katkısı olur (19).

Endokrin Sistemi

Endokrin hastalıklar atipik prezente olur. Hipo hipertroidi nonspesifik semptomlarla gelir. Yaşlı diyabetik hastalarda Non Ketotik Hiperozmolar Koma (NKHK) gelişebilir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aks rölatif olarak intakt kalır. Plazma kortizol salınımı azalır ancak klirensi de azalır; bu nedenle kortizol seviyesi değişmez. Strese kortizol yanıtı bozulmuştur. Stres sonrası pik kortizol seviyesi artıp uzun süre yüksek kalır (20). Kronik adrenal yetmezlik yaşlılarda non spesifik semptomlarla çıkabilir.

Growth Hormonu (GH) her dekatta % 14 oranında azalır; kas kitlesinde azalmaya neden olur. Antidiüretik Hormon (ADH) seviyesi rölatif olarak artar ancak hipovolemi hipotansiyona karşı baroreseptör yanıtı yetersizdir. Seks hormonu düzeyleri yaşlanmayla artarken SHBG artar; bu durum bu hormonların düzeylerinin daha belirgin olarak azalmasına yol açar. Vücut yağı artar ve insülin direncine yol açar (21).

Kas İskelet Sistemi

Kas kütlesi kaybı bacaklarda daha fazladır. Tip 2 hızlı kasılan lifler tip 1 yavaş kasılan liflere göre daha fazla etkilenir. Kaslarda hasarlanmaya karşı yenilenme gücü daha yavaştır. Miyostatin seviyesinde artma meydana gelirken, kasta protein sentezi azalır. Kortikal ve trabeküler kemikte mineral kaybı meydana gelir. Korteks incilir ve kemik iliği boşluklarına yağ infiltrasyonu olur. Kırık riski artar. Osteoblast sayısı ve aktivitesi azalırken, osteoklastlar değişmeden kalır.

İmmun Sistem

Yaşlanmayla immün sistemde değişimler olur, buna immünsenesens adı verilmektedir. Proinflamatuvar yanıt artar ve kronik hastalıkların etiopatogenezinde etkili olduğu düşünülmektedir. Doğal immün fonksiyonlar yavaşlar, NK sitotoksik aktivitesi, proinflamatuvar sitokin üretimi azalır, PMLF fagositoz ve öldürme yetenekleri azalır. Makrofajların fagositoz ve MHC-II ekspresyonu azalır. Timus küçülür. Naif T hücre sayısı azalır, T hücre yanıtı suprese olur.

Naif B hücre sayısı, spesifik antikor üretimi ve antikor afinitesi azalırken, otoantikor üretimi artar. İnfeksiyonlara ateş yanıtı azalır (22).

Sonuç olarak,

Yaşlılarda kronik hastalıklar artar. Normal yaşlılıkta fizyolojik süreçlerle ilgili birçok değişiklikler gözlenmektedir. Fizyolojik değişikliklerin/patolojik durumlardan ayırt edilmesi önemlidir. Birçok özellikle stres durumlarında organ sisteminin rezerv kapasitesi azalır. Homeostatik kontrolde azalma sonucunda dehidratasyon, hipotansiyonda toparlanma daha zordur. Fizyolojik değişikliklerin bilinmesi yaşlı bireyin tanı/tedavisinde çok önemlidir

SARKOPENİ VE DÜŞME

Hacer Doğan Varan¹

¹Gazi Üniversitesi, Ankara

Sarkopeni

Tanım:

Sarkopeni, yaşa bağlı olarak kas kütlesi ve kas fonksiyonlarının azalmasıyla karakterize edilen, genellikle yaşlı bireylerde görülen bir durumdur. Bu durum, kas kuvvetinde zayıflama, kas dayanıklılığında düşüş ve kas fonksiyonunun bozulmasıyla belgindir. Yaşlılarda, sarkopeni yalnızca kas kütlesindeki azalma ile sınırlı kalmayıp, fonksiyonel bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinin düşmesi ve artmış morbidite ve mortaliteye yol açar.

Epidemiyoloji:

Sarkopeni, yaşlı nüfus arasında yaygın olup, prevalansı yaş ilerledikçe artmaktadır. 60 yaş ve üzeri bireylerde sarkopeni prevalansı %10-20 arasında değişirken, 80 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %50'lere kadar çıkmaktadır. Küresel anlamda sarkopeni, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük bir sağlık sorunu oluşturmaktadır, özellikle kadınlarda menopoz sonrası hormon değişiklikleri ve erkeklerde ise kas kütlesi kaybı hızlanmaktadır. Sarkopeni, kas kütlesi kaybı, fizyolojik zayıflama, genetik faktörler, kronik hastalıklar ve fiziksel hareketsizlik ile ilişkilidir.

Tarama:

Sarkopeni, erken tespit edilmesi gereken bir durumdur. Bireylerin, özellikle yaşlı popülasyonun, sarkopeni riski taşıyıp taşımadığının belirlenmesi için tarama gereklidir. Tarama için EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) SARC-F tarama ölçeğinin kullanımı önermektedir. Bu tarama ölçeğinden >4 puan alınması durumunda tanısal ileri inceleme yapılması önerilmektedir.

Tanı Kriterleri:

Sarkopeni tanısı, EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) kriterlerine göre, kas kütlesi, kas fonksiyonu ve fiziksel performansın birleşik değerlendirilmesiyle konulur. EWGSOP kriterlerine göre sarkopeni tanısı koymak için üç temel bileşen şunlardır:

1. Kas Kütlesi:

Kas kütlesi, sarkopeninin belirlenmesinde temel bir parametredir. Kas kütlesini değerlendirmede altın standart BT veya MRG'dir. Ancak klinik pratikte sıklıkla DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometry), bioelektrik impedans analizi (BIA gibi yöntemler tercih edilmektedir. bu yöntemlerden dexa ve bia ile Total veya appendiküler kas kitlesi, BT VE MRG ile de L3 vertebra kas alanı değerlendirilir. Kas kütlesi, yaşa ve cinsiyete göre belirli eşik değerlerin altına düştüğünde sarkopeni riski artar.

2. Kas Gücü (Kas Kuvveti):

EWGSOP, kas gücünü değerlendirmek için **el kavrama gücü (grip strength)** testini önerir. Kas gücü, kas fonksiyonunun önemli bir göstergesidir. Erkeklerde grip strength <27 kg, kadınlarda ise <16 kg değerleri sarkopeniyi gösterebilir. El kavrama gücü testi, kas fonksiyonunu ve kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde gösterdikleri performansı ölçmede yardımcı olur.

3. Fiziksel Performans:

Fiziksel performans testleri, sarkopeninin fonksiyonel etkilerini değerlendirmek için kullanılır. Bunlar arasında **yürüme hızı (5 metre yürüme testi)**, **30 saniye otur kalk testi** ve **merdiven çıkma testi** yer alır. Özellikle yavaş yürüme hızı (≤ 0.8 m/s), sarkopeni ile güçlü bir ilişki gösterir ve bu durum, kas fonksiyonunun bozulduğunun bir göstergesi olabilir.

Tanı Koyma Süreci:

EWGSOP kriterlerine göre, tanı koyarken önce kas gücü ölçümü yapılır. Eğer kas gücü azalmışsa, olası sarkopeni olarak tanımlanır ve daha sonra kas kitlesi ve fiziksel performans (yürüme hızı testi gibi) değerlendirilir. Sarkopeni tanısı, şu durumlarda konulur:

- **Kas kütlesi:** Yaş ve cinsiyete göre belirli bir eşik değer altına düşmüşse.
- **Kas gücü:** Grip strength testi, belirlenen eşiklerin altındaysa.
- **Fiziksel performans:** Yavaş yürüme hızı ve düşük performans gösteriliyorsa.

Eğer bu üç kriterden ilk ikisi zayıflamışsa, sarkopeni tanısı konur. Her 3 kriterinde zayıflaması ciddi sarkopeni olarak tanımlanır.

Tedavi:

Sarkopeni tedavisi, egzersiz, beslenme düzenlemeleri, farmakoterapi ve komorbiditelerin yönetimini içeren multidisipliner bir yaklaşımdır.

1. Egzersiz:

- **Direnç egzersizleri:** Kas kütlesi ve gücünün artırılması için direnç egzersizleri önerilmektedir. Haftada en az 3 gün, 60-90 dakika direnç egzersizi, kas kütlesini artırır.
- **Aerobik egzersizler:** Kardiyovasküler sağlığı iyileştirir ve dayanıklılığı artırır.

2. Beslenme:

- **Protein Alımı:** Yeterli protein alımı, kas protein sentezini uyarır. Genellikle vücut ağırlığının kg başına 1.0-1.5 g protein önerilmektedir.
- **Vitamin D ve Kalsiyum:** Kas fonksiyonunu destekler ve kemik sağlığını korur.

3. Farmakoterapi:

- **Anabolik Steroidler ve SARMs:** Kas kütlesini artırmak için bazı farmakolojik tedaviler araştırılmaktadır.
- **Myostatin inhibitörleri:** Kas büyümesini teşvik etmek için potansiyel tedavi seçenekleridir.

Sonuç:

Sarkopeni, yaşla birlikte kas fonksiyonu ve kütlesinin kaybıyla karakterize edilen önemli bir geriatric durumdur. Erken tanı ve multidisipliner tedavi ile, sarkopeninin ilerlemesi önlenir ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesi artırılabilir. EWGSOP kriterleri, sarkopeninin tanı ve değerlendirilmesinde evrensel bir standart sunmaktadır. Sarkopeni, sadece kas kütlesi kaybını değil, aynı zamanda fonksiyonel bağımsızlık kaybını da içerdiğinden, erken tespiti ve uygun tedavi, sağlıklı yaşlanmanın korunmasında kritik bir öneme sahiptir.

Düşme

Tanım:

Düşme, vücudun dengeyi kaybedip yere düşmesi sonucu gerçekleşen istenmeyen bir olaydır. Yaşlılarda düşme, sıklıkla ciddi sonuçlara yol açabilen bir sağlık sorunu olup, fiziksel ve psikolojik etkiler yaratabilir.

Düşme, kas kuvveti kaybı, postural instabilite, çevresel faktörler, nörolojik bozukluklar ve kötü sağlık durumu gibi birçok faktörle ilişkilidir. Yaşlı bireylerde düşme, genellikle kas iskelet sistemi, nörolojik hastalıklar veya zayıf denge ile ilişkilidir ve bu durumlar, tedavi edilmediğinde yaşam kalitesinin düşmesine yol açar.

Epidemiyoloji:

Düşmeler, yaşlılar arasında yaygın ve ciddi bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %30-40'ı yılda bir kez düşme yaşamaktadır. 80 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme oranı daha yüksektir, bu da yaşla birlikte düşme riskinin arttığını göstermektedir. Düşme, yaşlılarda yaralanmaların (özellikle kırıkların) başlıca nedenidir ve aynı zamanda hastaneye yatışların önemli bir nedenidir. Düşmeler, yaşlıların bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve ölüm oranlarının artmasına da yol açabilir. Kadınlar, özellikle osteoporoz gibi kemik hastalıklarının yaygınlığı nedeniyle düşmelere daha duyarlıdır.

Tanı ve Değerlendirme:

Düşme, yalnızca bir olay olarak değerlendirilmemeli, aynı zamanda bu olayın nedenleri ve sonuçları üzerine kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Düşme riskinin belirlenmesi ve düşme sonrası tedavi yaklaşımının planlanması için aşağıdaki yöntemler kullanılır:

1. Düşme Geçmişi:

Yaşlı bireylerin daha önceki düşme öykülerinin sorgulanması önemlidir. Bir önceki düşme olayları, tekrar düşme riskinin yüksek olduğunu gösterir. Düşme öyküsü ve sıklığı, tedavi sürecinde yol gösterici olur.

2. Fiziksel Değerlendirme:

Fiziksel muayene, kas gücü, denge, yürüme hızı ve gait değerlendirmelerini içerir. Düşmeye yatkınlık gösteren faktörler arasında kas kuvvetinin azalması, postural instabilite ve koordinasyon bozuklukları yer alır.

- **Denge Testleri:** TUG (Timed Up and Go Testi), 5 metre yürüme testi gibi basit denge testleri, düşme riskini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılır. Bu testler, yaşlı bireylerin fiziksel performansını ve denge kabiliyetini ölçer.
- **Kas Gücü:** El kavrama testi ve alt ekstremitte kas gücü testi ile kas zayıflığına bağlı riskler değerlendirilir.

3. Laboratuvar ve Görüntüleme Testleri:

Düşme sebeplerini belirlemek için bazı laboratuvar ve görüntüleme testleri önerilebilir. Örneğin, osteoporoz varlığını değerlendirmek için DEXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) taramaları yapılabilir. Nörolojik değerlendirme (örneğin, beyin MR veya EMG testi) sinir sistemine bağlı düşmelerin nedenlerini araştırabilir.

4. Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi:

Düşme riski, çevresel faktörler (örneğin, kaygan zemin, kötü aydınlatma), farmakolojik tedavi (örneğin, antihipertansif ilaçlar, sedatifler), kardiovasküler hastalıklar, nörolojik hastalıklar (örneğin, Parkinson hastalığı), görme bozuklukları ve yaşa bağlı kas-iskelet problemleri gibi birçok faktöre dayanabilir.

5. Düşme Değerlendirme Araçları:

Düşme riskinin belirlenmesinde çeşitli değerlendirme araçları kullanılır. En yaygın araçlardan biri, **Timed Up and Go (TUG)** testidir, bu test yaşlı bireylerin düşme riskini belirlemeye yardımcı olur. Diğer bir araç ise ****Berg Denge Skalası (Berg Balance Scale)****'dir, bu da dengeyi objektif olarak değerlendirir.

Tedavi:

Düşme tedavisi, preventif ve rehabilitasyon odaklı yaklaşımları içerir. Tedavi, düşme riskinin azaltılması, düşme sonrası iyileşme sürecinin hızlandırılması ve tekrar düşmelerin önlenmesine yönelik stratejileri kapsar.

1. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz:

- **Denge Eğitimi:** Yaşlı bireylerde denge egzersizleri yapmak, düşme riskini önemli ölçüde azaltabilir. Tai Chi, yoga ve dengeli yürüyüş gibi egzersizler dengeyi geliştirir.
- **Güçlendirme Egzersizleri:** Kas kuvvetinin artırılması, düşme riskini azaltır. Direnç egzersizleri, kas kuvvetini artırarak fiziksel işlevselliği iyileştirir.
- **Aerobik Egzersizler:** Yürüyüş veya yüzme gibi aerobik aktiviteler, kardiyovasküler sağlığı destekler ve dayanıklılığı artırır.

2. İlaç Yönetimi:

- **Antihipertansif İlaçlar:** Hipotansiyon nedeniyle düşmelerin sıklığı artabilir, bu nedenle antihipertansif ilaçların dikkatli bir şekilde ayarlanması önemlidir.
- **Sedatif ve Hipnotikler:** Düşme riski artıran ilaçlar arasında yer alır. Bu ilaçlar, huzursuzluk veya uykusuzluk için kullanılan ilaçlardır. Gereksiz ilaç kullanımı azaltılmalıdır.
- **Antidönüş İlaçlar:** Parkinson hastalığı gibi hastalıklarda kullanılan ilaçlar, düşme riskini artırabilir, dolayısıyla tedavi takibi yapılmalıdır.

3. Çevresel Düzenlemeler:

- **Ev Modifikasyonları:** Kaymayı önleyici zeminler, iyi aydınlatma, tutunma çubukları ve engellerin ortadan kaldırılması gibi çevresel düzenlemeler, düşme riskini azaltabilir.
- **Yürüyüş Yardımcıları:** Baston, yürüteç gibi yardımcı araçlar, düşme riskini azaltabilir.

4. Osteoporoz Yönetimi:

- **Kalsiyum ve Vitamin D:** Osteoporoz riski olan bireylerde kemik sağlığını desteklemek için kalsiyum ve vitamin D takviyeleri önerilir. Ayrıca, osteoporoz tedavisi için bifosfonatlar gibi ilaçlar kullanılabilir.
- **Düşme Öncesi Değerlendirme:** Düşme öncesinde, bireylerin osteoporoz riski varsa tedavi edilmesi önemlidir.

5. Psiko-sosyal Destek:

- **Anksiyete ve Depresyon Tedavisi:** Düşme korkusu, yaşlı bireylerde psikolojik bir soruna yol açabilir. Psiko-sosyal destek, korku ve kaygı ile başa çıkmak için önemlidir.
- **Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi:** Fiziksel ve psikolojik iyileşme süreci, bireylerin tekrar düşme yaşamamaları için kritik rol oynar.

Sonuç:

Düşme, yaşlı bireylerde sıklıkla görülen ve potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğuran bir sağlık sorunudur. Erken tanı, risk faktörlerinin belirlenmesi ve kapsamlı bir tedavi planı, düşmelerin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Fiziksel egzersizler, çevresel düzenlemeler, ilaç yönetimi ve osteoporoz tedavisi gibi müdahaleler, yaşlı bireylerin düşme riskini azaltarak yaşam kalitesini artırabilir. Düşme tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve tedaviye erken başlamak, komplikasyonların önlenmesinde kritik bir adımdır.

UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI

Gülistan Bahat¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul

Polifarmasi ve Uygunuz İlaç Kullanımı (UİK) yaşlı kanser hastalarında yaygın bir problemdir. Prevalans, farklı çalışmalarda %30-90 arasında değişmekte olup, düşme, kognitif bozulma ve malnütrisyon gibi çeşitli problemlerin artışına neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca bu durum, sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmakta ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu nedenle, Polifarmasi ve UİK yönetimi hasta sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir.

TIME Kriterleri, yaşlı bireylerde UİK'i tespit etmek ve ilaç kullanımını optimize etmek amacıyla geliştirilmiş, uluslararası geçerliliği olan bir araçtır. Yan etki/ zarar potansiyeli yüksek olan gereksiz tedavilerin sonlandırılmasında ve sıklıkla gözden kaçan yararlı tedavilerin başlatılmasında klinisyenlere rehberlik etmektedir. Bu sunumda, Polifarmasi ve UİK yönetimi genel hatlarıyla ele alınmış, ardından TIME Kriterleri'nin yaşlı kanser hastalarında ilaç düzenlemelerini iyileştirme potansiyeli ve tedavi sonuçlarına katkıları incelenmiştir.

Sunum yaşlı kanser hastalarında ilaç yönetimi stratejilerini geliştirmeye yönelik güncel bir bakış açısı sunmayı ve klinisyenlere kılavuzluk etmeyi amaçlamıştır. Sunumun son bölümünde yer alan olgu sunumları ile pratik uygulama örnekleri verilmiştir.

MULTİMORBİDİTE YÖNETİMİ

Aslı Tufan Çiçin¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH, İstanbul

Geriatrik onkoloji, yaşlı kanser hastalarının tanı, tedavi ve takibini içeren bir alan olarak, multimorbidite ile sıkça karşılaşır. Multimorbidite, bir bireyde aynı anda birden fazla kronik hastalığın bulunmasıdır ve bu durum yaşlı popülasyonda yaygındır. Kanser hastalarının çoğu 65 yaş üstünde olduğundan, hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, aritmiler ve demans gibi ek hastalıklarla birlikte görülme oranı yüksektir.

Multimorbidite, kanserin yönetimini karmaşık hale getirir. Örneğin, kronik hastalıklar kanser tedavilerinin etkinliğini ve toleransını etkileyebilir. Kemoterapi veya radyoterapi gibi tedavilerin yan etkileri, önceden var olan komorbiditelerle daha ciddi hale gelebilir. Ayrıca, polifarmasi, ilaç etkileşimlerini artırarak tedavi sürecinde sorunlara yol açabilir.

Bu bağlamda, geriatric onkolojide hasta merkezli bir yaklaşım esastır. Tedavi planı hazırlanırken, sadece kanserin evresi değil, aynı zamanda hastanın kırılabilirliği, fonksiyonel kapasitesi ve yaşam kalitesi hedefleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kapsamlı geriatric değerlendirme (KGD) ölçekleri, yaşlı kanser hastalarının genel durumunu kapsamlı bir şekilde değerlendirerek, uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesine yardımcı olur.

Multimorbidite, yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp, psikososyal faktörleri de etkileyebilir. Yaşlı bireylerde depresyon ve anksiyete gibi durumlar, kanserle başa çıkmayı zorlaştırabilir. Dolayısıyla, multidisipliner bir ekip yaklaşımı, bu hastalarda optimal sonuçların elde edilmesi için kritik öneme sahiptir.

Sonuç olarak, geriatric onkolojide KGD ışığında multimorbidite yönetimi hastalarının ihtiyaçlarını anlamaya ve kişiselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirmeye yönlendirerek, tedavi başarı oranlarını artırır.

GERIATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE UYGULAMALARI BARTHEL TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI, LAWTON BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI, MNA (MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME), CDR (KLİNİK DEMANS DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ)

Pınar TOSUN TAŞAR¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzurum

Geriatrik onkoloji pratiğinde yaşlı hastaların fiziksel, kognitif ve fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasında kritik bir rol oynar. Bu amaçla kullanılan çeşitli ölçekler, hastaların bağımsızlık seviyelerini, düşme risklerini, bilişsel kapasitelerini ve beslenme durumlarını objektif bir şekilde değerlendirmeye yardımcı olur. Her ölçek, farklı bir parametre grubunu ele alarak kapsamlı bir değerlendirme sürecine katkıda bulunur. Aşağıda, Barthel Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, MNA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme), CDR (Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği) ve bu ölçeklerin özellikleri ile kullanım alanları detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Barthel Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Yaşlı bireylerin temel bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilme düzeylerini değerlendiren bir ölçektir. İlk kez 1965 yılında geliştirilen bu ölçek, banyo yapma, giyinme, tuvalet kullanma, kontinans, transfer ve beslenme gibi temel aktiviteleri değerlendirir. Maksimum skor 100 olup, tam bağımsızlığı ifade eder. Ölçek, hastanın son 24-48 saat içindeki performansını temel alır ve “gerçekte ne yaptığı” sorgulanır; “ne yapabileceği” değil.

Hastanın performansı sırasında yardımcı cihaz kullanması durumunda, cihazla birlikte gösterdiği bağımsızlık seviyesi dikkate alınır. Denetim gerektiren faaliyetlerde ise hasta bağımsız kabul edilmez. Örneğin, yemek yerken tamamen yardım alan bir birey, bu aktiviteden sıfır puan alır. Barthel skalasında, 0-20 puan tam bağımlılık, 21-60 puan ileri bağımlılık, 61-90 puan orta bağımlılık, 91-99 puan hafif bağımlılık ve 100 puan tam bağımsızlık olarak sınıflandırılır. Bu skalayla yapılan değerlendirme, hastanın rehabilitasyon hedeflerini belirlemede ve bakım planını optimize etmede önemli bir araçtır.

Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA), bireylerin daha karmaşık günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyelerini değerlendirir. Telefon kullanma, alışveriş, yemek hazırlama, ev temizliği, medikasyon yönetimi ve finansal işlemler gibi aktiviteler, EGYA'nın temel bileşenleridir. Her bir aktivite 0 ile 4 arasında puanlanır ve toplam puan 0-23 arasında değişir. Daha yüksek puanlar, bağımsızlığı ifade ederken, düşük puanlar bireyin destek ihtiyacını işaret eder.

Ölçek, hastanın yalnızca günlük temel ihtiyaçlarını değil, aynı zamanda sosyal ve bilişsel kapasitesini de değerlendirmeyi hedefler. Örneğin, finansal işlemleri yönetemeyen veya alışveriş yapamayan bir birey, hafif ila orta derecede bağımlılık gösteriyor olabilir. EGYA skorları, geriatrik olgularda depresyon, demans ve bilişsel bozuklukların erken belirtilerini tespit etmede yardımcıdır. 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı ve 17-23 puan bağımsız olarak değerlendirilir.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

MNA, geriatrik hastalarda malnütrisyon riskini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçek olup, özellikle ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) tarafından önerilmektedir. Ölçek, kısa

form (MNA-SF) ve tam form olarak iki kısma ayrılır. MNA-SF, hastanın gıda alımı, kilo kaybı, hareketliliği, akut stres durumu, depresyon belirtileri ve vücut kitle indeksi (VKİ) gibi parametreleri değerlendirir. 6 sorudan oluşan bu kısa form, hızlı bir tarama için idealdir.

Eğer MNA-SF skorları 12'nin altındaysa, tam forma geçilir. Tam form, hastanın ilaç kullanımı, cilt durumu, bağımsızlık düzeyi ve protein alımı gibi ek parametreleri değerlendirir. Skorlamada $\geq 23,5$ puan normal beslenme durumunu, 17-23 arası puan malnütrisyon riskini ve < 17 puan malnütrisyonu işaret eder. Test sırasında, antropometrik ölçümler ve hastanın kendi beslenme algısı dikkatle değerlendirilmelidir.

Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR)

CDR, Alzheimer hastalığı (AH) başta olmak üzere demans türlerinin evrelendirilmesinde kullanılan bir araçtır. Ölçek, bellek, oryantasyon, yargılama ve problem çözme, ev içi işlevsellik, hobiler ve kişisel bakım olmak üzere altı alanı değerlendirir. Her bir alan 0'dan 3'e kadar puanlanır. Toplam skora göre, 0 normal yaşlanmayı, 0,5 hafif bilişsel bozukluğu, 1 erken evre demansı, 2 orta evre demansı ve 3 ileri evre demansı ifade eder.

CDR, hasta yakınlarından alınan bilgilerle desteklendiğinde daha doğru sonuçlar verir. Özellikle oryantasyon ve kişisel bakım alanlarındaki düşük skorlar, hastalığın ilerlemiş olabileceğine işaret eder. Test sonuçları, tedavi stratejilerinin belirlenmesinde ve hastanın bakım gereksinimlerinin planlanmasında rehberlik eder.

GERİATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE UYGULAMALARI: VES-13, G8, ECOG PERFORMANS SKALASI, MİNİ-COG TESTİ, SAAT ÇİZME TESTİ, MMSE (MİNİ-MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ)

Neslihan Kayahan Satış¹

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH, Ankara*

Yaşlı kanser hastalarının fiziksel, psikososyal ve fonksiyonel durumlarını değerlendirerek tedavi kararlarını optimize etmeyi hedefleyen multidisipliner yaklaşımlar bu hasta grubu için gereklidir. Yaşlı bireylerde kanser tedavisi, kronolojik yaşın ötesinde, hastanın fizyolojik kapasitesine, eşlik eden hastalıklarına ve yaşam kalitesi üzerindeki potansiyel etkilerine göre kişiselleştirilmelidir. Bu bağlamda, kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) gibi araçlar, hasta yönetiminde kritik bir role sahiptir. Ancak KGD'nin zaman ve kaynak gereksinimi nedeniyle, pratik uygulamada daha kısa tarama araçları ve ölçekler sıklıkla tercih edilmektedir. Bu ölçekler, hem hasta değerlendirmesini hızlandırır hem de daha detaylı değerlendirme gerektiren hastaları belirleyerek klinik karar süreçlerini destekler. Aşağıda, geriatrik onkoloji pratiğinde sıklıkla kullanılan değerlendirme araçlarından VES-13, G8, ECOG Performans Skalası, Mini-Cog Testi, Saat Çizme Testi, MMSE (Mini-Mental Durum Değerlendirmesi) ve bu araçların klinik uygulamalardaki rolleri ele alınmıştır.

VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13)

Yaşlı bireylerde kırılabilirlik durumunu tespit etmek ve potansiyel prognostik riskleri öngörmek amacıyla geliştirilmiş bir tarama ölçeğidir. Ölçek, bireyin yaşı, sağlık durumu ve fiziksel fonksiyonlarını değerlendirir. 13 sorudan oluşan bu ölçekten alınabilecek maksimum puan 10'dur. Özellikle ≥ 3 puan alan bireylerde fonksiyonel bağımlılık ve mortalite riskinin belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir. Çalışmalar, bu ölçeğin yalnızca kısa sürede uygulanabilen bir araç olmasının ötesinde, kapsamlı geriatrik değerlendirme gereksinimi olan hastaları belirlemede etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. VES-13, kısa sürede uygulanabilmesi nedeniyle pratik avantajlar sağlar. Özellikle onkoloji kliniklerinde, yoğun hasta sirkülasyonu arasında kırılabilirlik durumunu hızlıca tespit etmek için idealdir.

G8 Geriatrik Değerlendirme Ölçeği

Yaşlı kanser hastalarında geriatrik değerlendirme ihtiyacını belirlemek için özel olarak geliştirilmiş bir tarama aracıdır. Ölçek, bireyin yaş, kilo kaybı, beslenme durumu, ilaç kullanımı ve öznel sağlık durumu gibi parametreleri değerlendirir. Toplam puan 0 ile 17 arasında değişir ve daha yüksek puanlar, daha iyi bir genel sağlık durumunu ifade eder. Özellikle ≤ 14 puan alan bireylerde kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılması önerilir. Literatürde, G8 ölçeğinin, ECOG performans skalası gibi geleneksel araçlardan daha üstün olduğu, yalnızca tarama amacıyla değil, aynı zamanda tedaviye bağlı toksisite risklerini öngörmek için de kullanılabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performans Skalası

Hastanın fiziksel aktivite düzeyini ve hastalık semptomlarının günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendiren bu ölçek, 0'dan 5'e kadar derecelendirilir. 0; tam bağımsızlığı ifade ederken, 5; ölümlü sonuçlanan bir durumu temsil eder. ECOG, tedaviye uygunluğun değerlendirilmesi ve toksisite risklerinin öngörülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak geriatrik hastalarda ECOG skorunun, özellikle kırılabilirlik ve eşlik eden komorbiditeler göz önünde bulundurulmadan tek başına kullanılması yetersiz kalabilir.

Mini-Cog Testi

Yaşlı bireylerde bilişsel işlev bozukluklarını hızlı bir şekilde tespit etmek için kullanılan pratik bir tarama testidir. Test iki bölümden oluşur: üç kelime hatırlama ve saat çizme. İlk olarak hastaya üç basit kelime (örneğin, “elma, masa, saat”) söylenir ve bu kelimelerin tekrarlanması istenir. Ardından, hastaya bir saat çizmesi ve saat üzerinde belirtilen bir zamanı (örneğin, 11.10) göstermesi talimatı verilir. Testin sonunda, hastanın başlangıçta söylenen üç kelimeyi hatırlayıp hatırlayamadığı değerlendirilir. Mini-Cog toplamda 5 puan üzerinden değerlendirilir; üç kelime hatırlama her biri için 1'er puan, saat çizme ise 2 puan ile değerlendirilir. 3 puan altındaki skorlar demans taraması için valide edilmiştir.

Saat Çizme Testi

Hem kısa süreli hafızayı hem de yürütücü işlevleri ölçen kognitif değerlendirme aracıdır. Birden fazla puanlama sistemi mevcut olmakla birlikte pratikte 4 puanlık değerlendirmenin kullanması uygun olabilir. 4 puanlık saat çizme formunda, saat dairesinin düzgün çizilmesi (1 puan), saat üzerindeki sayıların doğru yerleştirilmesi (1 puan), saat üzerindeki göstergelerin doğru çizilmesi (1 puan) ve belirlenen zamanın doğru gösterilmesi (1 puan) değerlendirilir. Test sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli noktalar, hastaya açık ve net talimat verilmesi ve müdahale edilmeden hasta gözlemlenmesidir. Ayrıca, saati düzgün çizemeyen hastalarda ileri bilişsel değerlendirme gereklidir.

Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMSE)

Bilişsel işlevlerin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesini sağlayan bir testtir. Test 30 puan üzerinden değerlendirilir ve oryantasyon, bellek, dikkat, hesaplama, dil ve görsel-mekansal beceriler gibi alanları kapsar. MMSE puanlarının değerlendirilmesinde 24-30 arası normal, 18-23 arası hafif bilişsel bozukluk ve 17'nin altı ciddi bilişsel bozukluk olarak sınıflandırılır. MMSE uygulanırken, hastanın dikkatini tam olarak teste odaklaması sağlanmalıdır. Özellikle eğitim durumu, işitme veya görme kaybı test sonuçlarını etkileyebilir. sonuçları, Alzheimer hastalığı ve diğer demans türlerinin erken tanısı ve ilerleyişinin izlenmesinde etkindir.

Sonuç

Geriatrik değerlendirme ölçekler ve araçlarının etkin kullanımı, hastaların yaşam kalitesini artırmada ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarını optimize etmede kritik bir rol oynamaktadır. Bu ölçeklerin doğru bir şekilde uygulanması ve yorumlanması, hasta güvenliğini artırırken tedavi sonuçlarını iyileştirecektir.

KEMOTOKSİSİTE ÖNGÖRÜ MODELLERİ VE UYGULAMALARI

Eyüp Çavdar¹

¹*Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ*

Yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıkların yükü daha fazladır ve performans durumları genellikle bozulmuştur, bu da kemoterapinin uygulanmasını daha zor hale getirir. Geriatrik hastalar için daha yoğun ve kabul edilebilir yan etkilere sahip tedaviler uygulanarak, genç hastalarla benzer onkolojik faydalar elde edilebileceği önceki çalışmalardan bilinmektedir.

ESMO, SIOG ve ASCO geriatrik kanser hastalarında kemoterapi toksisite tarama aracı olarak Cancer and Aging Research Group Chemotherapy (CARG) ve Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) araçlarını önerir. Bu tarama araçları kemoterapi alan kanser hastalarını içeren çalışmalardan oluşturulmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalar CRASH'ın hematolojik malignitelerde, CARG'ın ise hem hematolojik malignitelerde hem de kemoterapi dışı anti-kanser(target terapi, tirozin kinaz inhibitörü vb) tedavilerde etkin toksisite prediktörü olduklarını ortaya koymuştur. CARG ve CRASH'ın benzer etkinliğe sahip olduğu bilinirken, yakın zamanlı çalışmalar özellikle CARG'ın, Geriatric-8 (G8) gibi temel kırılabilirlik ölçeğine karşı daha etkin olabileceğini göstermiştir.

Kemoterapi toksisite tarama araçları, kemoterapi doz ayarlaması, uygun tedavi kararı (alternatif kemoterapi rejimleri), destekleyici tedavilerin uygulanması (G-CSF , beslenme ve destek tedavileri), Dikkatli İzlem ve Geriatrik Değerlendirme (GAM)'nin yapılabilmesi ve tedavi kararının kişiselleştirilmesi için büyük önem arz etmektedir. Artan yaşlı nüfusu, klinik uygulamalarında CARG ve CRASH'ın önemini arttırmaktadır.

YAŞLI KANSER HASTASINDA GERIATRİK DEĞERLENDİRMEYE DAYALI KARAR VERME

Emine Elif Özkan¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta*

Sunulan bu iki olguda tedavi sürecinde hastaların G8 skorunun iki farklı yönde değişimi görülmektedir.

Bu hastaları tedavi öncesi ve sırasında doğrulukla değerlendirebilmemiz için farklı değerlendirme yaklaşımları ve araçları kullanmamız gerekmektedir. Değerlendirilmesi gereken durumları; fonksiyonel durum, Düşme/düşme riski, Komorbidite durumu, beslenme durumu, kognitif durum, polfarmasi, sosyal fonksiyon / sosyal destek başlıkları altında inceleyebiliriz.

Fonksiyonel Durum: Onkolojide sıklıkla bir bireyin işlevsel durumu (ECOG) veya Karnofsky performans durumu ölçekleri gibi öznel ölçekler aracılığıyla ölçülür. Ancak yaşlı insanlarda activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) yalnızca performans durumunun ötesinde ek bilgi sağlar. ADL evde bağımsız olarak yaşamak için gereken temel öz bakım becerileri, IADL ise genellikle toplumda bağımsız olarak yaşarken tamamlanan görevlerden oluşur.

Düşme / Düşme Riski: Düşme öyküsü geriatrik bireyde genel işlevsel durumun önemli bir göstergesidir. 65 yaş ve üzeri yaşlıların üçte birinden fazlası her yıl düşmekte ve bu düşmelerin yaklaşık yarısı tekrarlayan nitelikte olmaktadır. Pek çok faktöre bağlı olmakla birlikte genel olarak İnterinsik (azalmış kas gücü, görme bozukluğu ve yetersiz denge), ekstrasik (ilaçların yan etkileri) ve çevresel faktörler (evdeki zeminin engebeli olması) olmak üzere 3 başlıkta incelenir. Geriatrik kanser hastalarında düşme riskini değerlendirmek özellikle önemlidir çünkü düşme, yaşlı kanser hastalarında ciddi kemoterapi toksisitesi için bir risk faktörüdür.

Ek hastalık durumu: Artrit, osteoporoz, iştih azlığı, görmede azalma, bellek bozukluğu, depresyon, efor kapasitesinde azalma, koroner hastalıklar, diyabet, konstipasyon, hemoroid ve benzeri pek çok hastalık uygulanacak kemoterapi ve radyoterapinin toksisitesini ve buna bağlı olarak tedavi toleransını değiştirir.

Beslenme durumu: Malnütrisyon ve kilo kaybı komplikasyonların artmasına neden olur. Örneğin, D vit eksikliği nedeni ile gelişen osteoporoz fraktür riskini artırır. Mini Nutritional Assessment (MNA) kemoterapi alan hastalarda hematolojik olmayan toksisite için bağımsız prediktif faktör olması nedeniyle başlangıç geriatric değerlendirilmede mutlaka içerilmelidir.

Kognitif Değerlendirme: Demans, deliryum yaşla artar. Uygun değerlendirme Formal kognitif değerlendirme, gözlem ve bakıcıların kayıtlarını içermelidir. Değerlendirmenin önemli bir parçası tedavi kararı verme kapasitesinin değerlendirilmesidir. Bu kapasiteyi değerlendirmek için testleri anlama, tedavi ile ilgili bilgileri anlama, hastalığının klinik durumunu anlama, tedavi sonuçlarını ve olasılıkları anlama değerlendirilmelidir. Kognitif fonksiyonların yetersizliği hastanın onkolojik tedavide gereken kompleks tedavi kararlarında rol almasını engeller, tedavi ile ilgili bilgilerin yetersiz anlaşılmasına neden olur ve tedavi komplikasyonlarının geç fark edilmesi söz konusu olabilir.

Polifarmasi: Tanım olarak çoklu ilaç kullanımı, uygunsuz ilaç kullanımı veya duplikasyonu içerir. Geriatric hastalarda %48 oranında raporlanmıştır. Polifarmasiye bağlı olarak ilaç etkileşimleri, morbidite ve yan etkiler artar.

Sosyal fonksiyon / Sosyal destek: Çoğu geriatric kanser hastasının yalnız yaşadığı saptanmıştır. Malignite tanısı sonucunda sosyal hayatta değişim meydana gelmekte. Bu hastaların genelde sağlıkla ilişkili ve duygusal problemlerden dolayı sosyal aktivitelerinde azalma bildirmektedir. Oysa bu bireyler kompleks kanser tedavisi altındayken aynı zamanda bakıcı ihtiyacı, transport destek ihtiyacı, evde bakım ihtiyacı gibi sıkıntılarla karşı karşıyadır. Sosyal izolasyon ve minimal sosyal destek kansere bağlı mortalitede artış ile birlikte. Sosyal izolasyon aynı zamanda tedavi toleransını düşürür.

Psikolojik Durum: Hastaların %41'inde belirgin psikolojik sıkıntı saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete aslında var olduğundan daha az saptanmakta (yaklaşık %30). Depresyondaki geriatric hastaların daha az definitif tedavi alabildiği ve genel sağkalımlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Geriatric Değerlendirmenin Tedavi Kararına Yansıtılması

Tedavi Faydasının Öngörülmesi: Tedavi kararının paylaşılması için tedaviden beklentinin net olarak tanımlanması gereklidir. Erken evrede küratif yaklaşım önerilmeli ancak ileri evre hastalarda öncelikli amaç semptom kontrolü, yaşam kalitesini korumak sonrasında sağkalımı uzatmak olmalıdır. Küratif tedavi önerilen hastalarda doğru yaklaşım için kanser spesifik mortalite ve başka nedenlerle mortalite riskinin karşılaştırılması gerekmektedir.

Hasta tercihi: Yaşlı hastalarda tedavi amacı sağkalım yaşam kalitesinin, fonksiyonel durumun ve kognitif fonksiyonun korunmasına odaklanmaktadır. NCCN tedavi kararlarına hastayı dahil etmeyi önermektedir. Geriatric kanser hastalarına sunulan seçeneklerde sonuçlar yakın ancak potansiyel olarak sağlıklarının bir yanına fayda sağlarken diğer yanını negatif olarak etkilemektedir. Burada açık bir yaklaşımla hastanın doğru bir şekilde tedavi kararına katılmasına izin verilmelidir.

Toksitenin Öngörülmesi: Geriatric hasta grubunda toksisite riski daha fazla. Kemoterapi toksisitesinin öngörülebilmesi için en sık kullanılan iki model; Cancer and Aging Research Group (CARG) ve Prediction Tool and the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) olarak tanımlanmaktadır.

Sonuç

Geriatric değerlendirmede amaç tedavi planlamasını yönlendirmek ve onkolojik tedavi öncesinde genel sağlık durumunu iyileştirmek için gerekli girişimleri belirlemek. Geriatric değerlendirme o ana kadar fark edilmemiş sağlık problemlerinin ortaya çıkmasını sağlayabilir dolayısı ile tedavi kararını yönlendirir. Çalışmalarda geriatric değerlendirme sonrası hastaların 1/3'ünde tedavi planının değiştiği gösterilmiştir. Bu değerlendirme ile toksisite ve prognoz öngörebiliyoruz ama bu değerlendirme sonuçlarını tedavi kararına nasıl entegre edebileceğimiz konusunda net bir kılavuz yok. Sonuç olarak bu noktada klinisyenin deneyimi ve hastanın ne kadar risk ve belirsizliği kabul edebileceği belirleyici olmaktadır.

SARKOPENİ NEDİR? ONKOLOJİ PRATIĞİNDE ÖNEMLİ MİDİR?

Birkan İlhan¹

¹*Liv Hospital Vadistanbul, İstanbul*

Sarkopeni, yaşlanmaya bağlı olarak kas kütlesi, kuvveti ve fiziksel performansın azalmasıyla tanımlanan bir sendromdur. Bu durum, yalnızca yaşlı bireylerde değil, genç yaşlardan itibaren başlayarak ilerleyen bir süreçtir. 30 yaşından sonra her 10 yılda bir %3-8 oranında kas kütlesi kaybı meydana gelir ve 60 yaş sonrası bu kayıp daha hızlı hale gelir. Sarkopeniye, yaşlanma dışında kronik hastalıklar (kalp, akciğer, böbrek hastalıkları), yüksek inflamasyonlu durumlar (infeksiyonlar, vaskülitler, maligniteler) ve hareketsizlik gibi faktörler de katkıda bulunur.

Onkolojik pratiğe bakıldığında, sarkopeni kanser hastalarında önemli bir komplikasyon olarak öne çıkmaktadır. Sarkopeni, kanser tedavisi sırasında kas kütlesinin kaybına neden olan kemoterapi ve diğer tedavilerle birleşerek yaşam kalitesini azaltabilir ve sağkalımı olumsuz etkileyebilir. Özellikle metastatik kanser olgularında sarkopeni oranları daha yüksektir (%55). Kanserli bireylerde sarkopeninin önlenmesi, hem tedavi etkinliğini artırabilir hem de tedaviye bağlı yan etkileri azaltabilir.

Sarkopeni prevalansı, tanı kriterlerine ve bireyin sağlık durumuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hastanede yatış sırasında yapılan çalışmalarda, sarkopeni prevalansının %14-55 arasında olduğu, yeni sarkopeni gelişim oranının ise %12-39 arasında olduğu görülmüştür. Bu oranlar, ileri yaş, uzun süreli yatak istirahati ve düşük beden kütle indeksi gibi risk faktörleriyle ilişkilidir.

Sarkopeninin yönetiminde egzersiz ve beslenme büyük bir öneme sahiptir. Direnç egzersizleri, kas protein sentezini artırarak kas kitlesinin korunmasına yardımcı olurken, aerobik egzersiz insülin direncini azaltır ve kardiyovasküler sağlığı destekler. Beslenme açısından, her öğünde ortalama 25-30 gram yüksek kaliteli protein alımı, kas protein sentezini maksimum düzeyde uyararak sarkopeninin önlenmesine katkı sağlar. Ayrıca protein alımının gün içerisinde dengeli şekilde dağıtılması önerilmektedir.

Sonuç olarak, sarkopeni özellikle yaşlı bireylerde, kronik hastalıklarda ve kanser pratiğinde dikkate alınması gereken önemli bir sağlık problemidir. Düzenli tarama ve uygun tedavi hem bireylerin yaşam kalitesini artırabilir hem de uzun dönem sağlık sonuçlarını iyileştirebilir.

SARKOPENİ NASIL DEĞERLENDİRİLİR?

Serdar Özkök¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul

Sarkopeni, kas kütle ve fonksiyonlarında progresif ve jeneralize kayıp olarak tanımlanmaktadır. Kas yetersizliği olarak da ifade edilebilen ve bir kas-iskelet hastalığı olarak kabul edilen sarkopeni, dizabillite, düşme, hospitalizasyon ve mortalite riskinde artış ile ilişkili olmasının yanısıra, Onkoloji hastalarında kemoterapi ve radyoterapi toksisitesinde artış, tedavi dozlarının azaltılması ve sürevide azalma ile de ilişkilidir. Dolayısıyla onkoloji pratiğinde sarkopeni değerlendirmesi, kötü prognozlu grubun saptanmasında önem arz eder.

Sarkopeni değerlendirmesinde ilk basamakta 'vaka bulma' yani tarama yer alır. 65 yaş üzerindeki tüm hastaların yıllık ve fırsatçı olarak taranması önerilmektedir. Bunun yanı sıra, hospitalizasyon veya cerrahi gibi durumlarda da sarkopeni riski arttığından, majör sağlık olayları sonrasında da tarama önerilmektedir. Taramada pratik ve özgüllüğü yüksek olan SARC-F testi kullanılabilir. SARC-F skoru 4 ve üzeri olan bireylerde sarkopeni riski yüksektir. Bu bireylerde 'ileri değerlendirme' gerekmektedir.

İleri değerlendirme için kas kuvvetinin ölçülmesi gerekir. Kas kuvveti ölçümü için en sık kullanılan yöntem el kavrama kuvveti ölçümüdür. Bunun için kalibre bir el dinamometresi kullanılır. Türk popülasyonunda erkekte 35 kg, kadında 20 kg'ın altındaki ölçümler düşük kas kuvvetini işaret eder. El kavrama kuvvetinin ölçülemediği durumlarda 'Sandalyeden Kalkma Testi' de uygulanabilir. Ellerini kullanmadan sandalyeden 5 kez kalkıp oturan bireyin testi tamamlama süresi 15 saniyeyi geçiyorsa kas kuvveti azalmış kabul edilir. Kas kuvvetinde azalma 'muhtemel sarkopeni' olarak ifade edilir.

Muhtemel sarkopenisi olan bireylerde tanının doğrulanması gerekmektedir. Bunun için kas kütleinin ölçülmesi gerekir. Klinik pratikte yaygın olarak çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisi (DXA) ve bioelektrik impedans analizi (BIA) cihazları kullanılır. Ölçülen kas kütleisi değerlendirilirken mutlak ölçüm değil, vücut büyüklüğüne (boyun karesi, ağırlık veya vücut kütle indeksi) göre düzeltilmiş kas kütleinin, yani kas kütleisi indeksinin değerlendirilmesi önerilir. Ölçülen kütleinin azalmış olup olmadığının değerlendirmesinde cihaza, cinsiyete ve mümkünse popülasyona spesifik eşik değerlerin kullanımı önerilir. Kas kuvvetine ek olarak kas kütleisi de düşük olan bireylerin sarkopeni tanısı doğrulanmış olur (konfirme sarkopeni).

Onkoloji pratiğinde malignite yönetimi için rutin olarak çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinden kas kesit alanının değerlendirilmesi kullanışlı bir yöntemdir. Bu bağlamda, en sık kullanılan yöntem abdomen görüntülemelerinden L3 vertebra düzeyindeki total kas kesit alanı ya da psoas kas kesit alanının ölçümüdür. Yine cinsiyete ve mümkünse popülasyona spesifik eşik değerler kullanılarak kas kesti alanında azalma olup olmadığı değerlendirilebilir.

Sarkopenisi doğrulanmış bireylerde hastalığın ciddiyetinin değerlendirilmesi takip stratejisinin belirlenmesinde önemlidir. Fiziksel performansı azalan bireyler ciddi sarkopenik kabul edilir ve daha yakın takip gerektirir. Fiziksel performans değerlendirmesinde en yaygın kullanılan test olağan yürüme hızı değerlendirmesidir. Konfirme sarkopenisi olan ve yürüme hızı ≤ 0.8 m/sn olan bireyler ciddi sarkopenik olarak kabul edilir.

METASTATİK ÜÇLÜ NEGATİF MEME KANSERİNDE YÖNETİM

Ali Oğul¹

¹Çukurova Üniversitesi, Adana

Üçlü negatif meme kanseri (ÜNМК) tüm meme kanserlerinin %15'lik bir kısmını oluşturmaktadır. BRCA pozitiflik oranı tüm meme kanserlerinde %6 civarında iken ÜNМК'de bu oran %20 civarındadır ve BRCA1 mutasyonu daha sık görülmektedir. ÜNМК'de tedaviye başlamadan önce eğer de-novo bir hastalık değilse mutlaka yeniden biyopsi yapılmalıdır. Çünkü ilk tanı patolojisi ile metastatik hastalık arasında ER düzeyinde %13, PR düzeyinde %18 ve HER2 düzeyinde %5'lik uyumsuzluk mevcuttur. ÜNМК'li bir hastada tedavinin tek ajanla mı yoksa kombine tedavi mi olacağını temel olarak organ krizi olup olmadığı belirler. Ülkemiz şartlarında hedeflenmiş tedaviye ulaşamadığı durumlarda sitotoksik ajanlar kullanılmaktadır. Eğer bir organ krizi yoksa veya organ krizi için sınırda bir hastalık yoksa hastalara tek ajan tedavi rejimlerinin uygulanmasının kombine rejimlere göre bir genel sağ kalım dezavantajı yoktur. Ancak unutulmamalıdır ki hızlı yanıt alınmak isteniyorsa kombine tedaviler tercih edilmelidir. Kombinasyon rejimleri incelendiğinde antrasiklin yanına taksan veya taksan dışı bir ajan eklemenin sağ kalım farkı yoktur ancak ORR açısından taksanlı rejimler %57'ye karşın %46 üstündür. Taksanlı rejimlerde febril nötropeni riski daha fazla iken siklofosamid kombinasyonunda trombositopeni daha sık görülmektedir. Antrasiklin yanına paklitaksel veya dosetaksel eklenmesinin sağ kalım farkı olmayıp 65 yaş üstü popülasyonda hangi rejimin seçileceği yan etki profiline göre belirlenmelidir. Üçlü rejimlerden ise ECF ve dosetaksel, doksorubisin ve siklofosamid kombinasyonlarının yanıt oranları %70 civarında olup 65 yaş üstü popülasyonda yan etki profili nedeniyle kullanılması tartışmalıdır. Platin içeren kombine rejimler ise özellikle BRCA mutant hasta popülasyonunda hızlı yanıt alınmak istenirse kullanılabilir. Eğer hedeflenmiş tedaviye ulaşabiliyorsa mutlaka her ÜNМК hastasında tanı anında BRCA mutasyon analizi ve PD-L1 CPS skoru ile birlikte raporlanmalıdır. İkinci basamak ve sonrasında tedavi seçenekleri açısından ise MSI/dMMR, TMB, NTRK ve RET mutasyon analizi bakılabilir. PD-L1 CPS >%10 olan hastalarda pembrolizumab-gemcitabin+karboplatin/nabpaklitaksel/paklitaksel kombinasyonunun 65 yaş üstü popülasyonda birinci basamak tedavide hem OS hem de PFS katkısı vardır. Atezolizumabın paklitaksel kombinasyonunun IMPASSION130 çalışmasında sağ kalım katkısı gösterilse de IMPASSION131 çalışmasında sağ kalım katkısı olmadığı için FDA onayı geri çekilmiştir. Atezolizumabın karboplatin kombinasyonunda ise PFS ve OS katkısı vardır ancak 65 yaş üstü popülasyonda tek ajan karboplatin ile arasında sağ kalım farkı yoktur. Tek ajan monoimmünoterapi çalışmalarında (pembrolizumab ve avelumab) ise yanıt oranları %20 ve %4 civarındadır. BRCA mutant ÜNМК hastaların alındığı OLIMPIA çalışmasında hastalar adjuvant veya metastatik dönemde antrasiklin almışlardı ve PFS katkısı varken OS katkısı yoktu. Bu çalışmada 65 yaş üstü hasta sayısı çok az olduğu için değerlendirme yapılamamıştı. Talozoparibin EMBRACA çalışması da aynı sonuca ulaşılmıştı. ÜNМК'de ikinci basamak tedavide 65 yaş üstü popülasyonda net sağ kalım katkısı gösterilen tek ajan TROP-2 hedefli tedavi sacizutumab govitecandır. 65 üstünde 65 yaş altına göre daha etkindir. Ancak febril nötropeni, nötropenik kolit ve ishal yan etkileri akılda tutulmalıdır. İkinci basamak tedavide HER2 düşük hasta grubunda Fam-trastuzumab deruxtecan akılda tutulması gereken diğer bir ajandır. Eğer üçüncü basamak ve sonrasında tedavi planı varsa MSI-H/dMMR hastalara pembrolizumab veya dostarlimab, NTRK füzyon pozitif hastada larotrektrinib, entrektrinib veya repotrektrinib, TMB-H hastaya pembrolizumab ve RET füzyon pozitif hastaya salpercatinib planlanabilir.

HER2+ METASTATİK MEME KANSERİNDE YÖNETİM

Murat Ayhan¹

¹ *Liv Hospital Vadistanbul Hastanesi, İstanbul*

Tüm meme kanserlerinin yaklaşık % 15'i HER2+ dir. 65 yaş üstü meme kanserinin yaklaşık % 10-15'i HER2+ dir. HER2 gen amplifikasyonu ve HER2 overekspresyonu daha agresif biyolojik davranış ile ilişkilidir.

MBC: TEDAVİ SIRALAMASI

1.basamak tedavi; Cleopatra çalışması (pertuzumab+docetaksel+trastuzumab) standart tedavidir. 65 yaş üstü de kullandığı zaman hem PFS ve OS etkinliği vardır. 65 yaş üzeri hastalarda diyare, asteni kusma daha sık görüldü. PERUSE çalışmasında diğer taksanlarında etkinliği araştırıldı. Özellikle yaşlı popülasyonda dosetaksel yerine paklitaksel kullanıldığında benzer etkinlik gösterdiği saptanmış. PERTAIN çalışmasında ise postmenopozal HER-2 pozitif, hormon pozitif hastalara trastuzumab+pertuzumab tedavisine aromataz inhibitörü eklenmiş. Özellikle indüksiyon kemoterapisi almayan hastalarda belirgin bir PFS faydası sağlamıştır (21.7&12.4 ay).

2.basamak tedavi; Standart yaklaşım ulaşabiliyorsa trastuzumab deruxtecan olmuştur. DESTINY-Breast03 çalışmasında trastuzumab deruxtecan karşı kolda TDM-1 tedavisine göre belirgin PFS ve OS faydası sağladı. Eğer ulaşamazsa trastuzumab deruxtecan tedavisine ulaşamıyorsa TDM-1 kullanılabilir. EMILIA çalışmasında TDM 1 karşı kolda lapatinib+kapesitabin ile karşılaştırılmış. TDM 1 lehine genel sağkalım faydası sağlanmış (30.9 & 25.1 ay). TH3RESA çalışmasında TDM-1 karşı kolda hekimin seçtiği trastuzumab+kemoterapi ile karşılatırıldı. Belirgin bir genel sağkalım faydası sağladı (22.7 & 15.8 ay)

3.basamak tedavide Tukatinib+trastuzumab+kapesibin veya TDM- 1 kullanılabilir.

4.basamak ve sonrasında trastuzumab+kemoterapi kombinasyonları veya kapesitabin+lapatinib kullanılabilir. Margetuximab—cmkb+kemoterapi de seçenekler arasındadır.

Trastuzumab deruxtecanın dahil olduğu breast01, breast02 ve breast03 çalışmasının havuzlanmış analizinde, 65 yaş üstü ve altı karşılaştırıldığında hem OS hem de PFS de benzer etkinlikte görüldü. Ancak 65 yaş üstü hastalarda grade 3 yan etkiler tüm çalışmalarda biraz daha fazlaydı.

METASTATİK HEDEFLENEBİLİR MUTASYONU OLMAYAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE TEDAVİ

Yusuf Açıkgöz¹

¹Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara

Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK), özellikle hedeflenebilir mutasyonu olmayan geriatric popülasyon bu grupta özel bir öneme sahiptir ve çoklu kronik hastalıklar, polifarmasi ve azalmış immünomodülatuar kapasite gibi sorunlar tedaviye yanıt etkiler. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri daha çok 65 yaş ve üzeri kişilerde görünmesi nedeniyle özellikle geriatric hasta popülasyonunu yoğunlukta olduğu bir kanser olması nedeniyle de önem arz etmektedir. Yaşlı hasta popülasyonunun KHDAK epidemiyolojisinde önemli bir yeri olmasına rağmen klinik çalışmalarda yeterli oranda temsil edilmemesi, yaşlılarda KHDAK tedavisi ile ilgili verilerin kısıtlılığına neden olmaktadır. Veriler incelendiğinde >75 yaş hastaların klinik çalışmalarda hastaların yaklaşık %10'unu, ≥65 ve <75 yaş arasındaki hastaların ise sadece %20 civarında bir oranla temsil ettiği görülmüştür. Geriatric hastalarda monoterapinin palyatif tedaviye üstünlüğü ELVIS çalışmasıyla gösterilmiştir. Bu nedenle kombinasyon tedavileri için uygun olmayan hastalarda bir seçenek olarak yer almaktadır. Diğer yandan ise kombinasyon tedavileri de geriatric hastalarda seçenek olarak yer almaktadır. Carboplatin bazlı doublet rejimleri, yaşlı hastalarda monoterapiye göre daha iyi sonuçlar sunmuş ve IFTC-0501 çalışmasında sağkalımı artırabileceği, toksisite profiliyle de tolere edilebilir bir alternatif olduğu ortaya koymuştur. Cisplatin bazlı doublet rejimleri ise progresyonsuz sağkalım (PFS) ve yanıt oranları (ORR) açısından avantajlar sunarken toksisite yükü fazladır ve genel sağkalımda (OS) anlamlı bir iyileşme sağlamamaktadır. MILES 3 ve MILES 4 çalışmaları bu bulguları desteklemektedir. Non-platin bazlı tedaviler ise monoterapiye kıyasla sağkalımda belirgin bir üstünlük göstermemiştir ve bu durum MILES çalışmasında da doğrulanmıştır. Yine kemoterapilere benzer şekilde immünoterapilerin de yaşlı hastalarda kullanımına dair veriler mevcuttur. Yakın tarihte yayımlanan ve içerisinde 12 çalışmanın yer aldığı bir FDA havuz analizi sonuçlarına göre, PD-L1 ≥50% olan hastalar için ilk basamak tedavide tek ajan immünoterapi (IO) etkili ve güvenlidir. Yine IPSOS çalışmasında yaşlı hastalarda tek ajan Atezolizumab'ın tek ajan kemoterapiye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı sağ kalım farkı yarattığı gözlenmiştir. Yine GFPC 08-2015 ENERGY çalışması, Nivolumab ve İpilimumab kombinasyon rejiminin performansı iyi olan yaşlı hastalarda etkinliğini vurgulamaktadır. Nivolumab ve İpilimumab kombinasyonu, hem progresyonsuz sağkalım hem de genel sağkalım açısından önemli avantajlar sunarken, toksisite yönetimi açısından dikkatli bir hasta seçimi gerektirmektedir. CheckMate 227 çalışması, nivolumab ve İpilimumab kombinasyonunun tümör mutasyon yükü yüksek hastalarda belirgin bir sağkalım avantajı sağladığını göstermiştir. 2. basamak tedavide, tek ajan immünoterapi geriatric hasta popülasyonu için en uygun seçenek olarak öne çıkmaktadır. Yine 2018 yılında yayımlanan bir FDA havuz analizine göre, tek ajan immünoterapötikler tek ajan kemoterapiye kıyasla daha iyi bir sağkalım verisi elde etmişlerdir. Yaşlı hastalar sıklıkla birden fazla kronik hastalık, polifarmasi, geriatric sendromları (örneğin, kırılabilirlik ve bilişsel bozukluklar) gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu faktörler, tedavi seçiminde dikkat edilmesi gereken önemli parametrelerdir. Faz III çalışmaların yetersizliği, yaşlı hasta grubunda ciddi bir veri açığı oluşturmaktadır. Bu nedenle tedavi kararları bireyselleştirilmeli ve hasta yaşı, performans durumu, komorbiditeler gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı hastalarda immünosenesens (bağışıklık sisteminin yaşa bağlı zayıflaması) immünoterapilerin etkinliğini azaltabilen bir faktör olarak karşımıza çıkmakla birlikte, subgrup analizleri PD-L1 ekspresyonu yüksek hastalarda immünoterapinin etkili olduğunu göstermektedir. ECOG PS iyi olan hastalarda immünoterapinin monoterapi veya kombinasyon rejimleriyle uygulanması mümkün olmaktadır. Hasta toleransı ve genel yaşam kalitesini artırmak, tedavi seçiminde temel hedefler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda bireyselleştirilmiş yaklaşımlar, geriatric popülasyonda en iyi sonuçları sağlamak için kritik bir öneme sahiptir.

METASTATİK HEDEFLENEBİLİR MUTASYONU OLAN KHDAK'DE TEDAVİ

Zeki Gökhan Sürmeli¹

¹King Hamad University Hospital, Bahreyn

Metastatik o küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (KHDAK) iki ana grupta incelenmektedir; adenokarsinomlar ve yassı hücreli karsinomlar. Hedeflenebilir mutasyonlar adenokarsinomlarda sıklıkla görülmekteyken yassı hücreli karsinomlarda nadiren saptanmaktadır. Tüm akciğer adenokarsinomlarında hedeflenebilir mutasyonlara yönelik test yapılması gerekmektedir. Yassı hücreli karsinom tanısında ise sigara kullanım öyküsü olmayan veya 15 paket yıldan az kullanımı olan veya 15 yıldan uzun süredir sigara kullanmayan olgularda mutasyon analizi yapılması önerilmektedir. Akciğer adenokarsinomlarında en sık görülen mutasyonlar KRAS (%25) ve EGFR (%15) mutasyonlarıdır ve bunları daha az sıklıkta gözlenen ALK, ROS1, RET rearranjmanları ile BRAF V600E, MET ex14 *skipping* mutasyonları izlemektedir. Olguların yaklaşık üçte birinde bir mutasyon saptanmamaktadır.

EGFR mutasyonları

Sigara içmemiş bireylerde, kadınlarda ve Asyalı popülasyonlarda daha sık olarak görülmektedir. EGFR pozitif akciğer kanserlerinde ortalama tanı yaşı 60 – 70 yıldır. Kadınlarda yaş arttıkça EGFR mutasyonu sıklığı artmakta iken erkeklerde yaş ile EGFR mutasyonu sıklığı arasında bir ilişki görülmemektedir. Yaş ile görülen EGFR mutasyonu türü arasında da ilişki gözlenmektedir; yaş arttıkça L858R mutasyonu sıklığı artmakta Ekzon 19 delesyonu sıklığı azalmaktadır.

EGFR mutasyonları üç ana gruba ayrılır.

1. EGFR ekzon 19 delesyonu veya ekzon 21 L858R mutasyonları
2. Nadir mutasyonlar (EGFR S768I, L861Q veya G719X mutasyonları)
3. EGFR ekzon 20 insersiyon mutasyonu

EGFR ekzon 19 delesyonu veya ekzon 21 L858R mutasyonu pozitif akciğer kanserlerinde standart tedavi seçeneği bir tirozin kinaz inhibitörü olan osimertinib tedavisidir. Faz 3 FLAURA çalışmasında ekzon 19 delesyonu veya L858R mutasyonu olan hastalar osimertinib ve erlotinib veya gefitinib kollarına randomize edilmiştir. Osimertinib kolunda progresyonsuz sağkalım (PFS) (18,2 aya karşın 10,9 ay) ve genel sağkalım (OS) (38,6 aya karşın 31,8 ay) daha uzun bulunmuştur. Her iki kolda diare, cilt döküntüsü, stomatit gibi yan etkiler görülmekle birlikte çoğunlukla düşük dereceli yan etkiler gözlenmiştir. Osimertinib kolunda grad 3 ve üzeri toksisite kontrol koluna göre daha az sıklıkla saptanmıştır.

FLAURA2 çalışmasında ise ilk basamak tedavide osimertinibe kemoterapi (pemetreksed platin kombinasyonu) eklenmesinin etkinliği sadece osimertinib tedavisi ile karşılaştırılmıştır. Osimertinib kemoterapi kombinasyonunun progresyonsuz sağkalımı (25,5 aya karşın 16,7 ay) arttırdığı görülmüş fakat genel sağkalımda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Kombinasyon kolunda yan etki sıklığı artmıştır.

MARIPOSA çalışmasında yine ilk basamak tedavide osimertinib ile amivantamab lazertinib kombinasyonu karşılaştırılmıştır. Amivantamab lazertinib kombinasyonu PFS'yi anlamlı olarak arttırmaktadır (23,7 aya karşın 16,6 ay). Alt grup analizinde 65 yaş üzeri hastalarda benzer etkinlik görülmektedir. Diğer taraftan kombinasyon kolunda yan etki sıklığı artmaktadır.

Nadir (S768I, L861Q veya G719X) EGFR mutasyonlarında afatinib ve osimertinibin etkinliği tek kollu çalışmalarda gösterilmiştir ve bu hasta grubunda bu ajanlar kullanılabilir.

Ekzon 20 insersiyon mutasyonları tirozin kinaz inhibitörlerinin etkinlik göstermemesi nedeniyle özellik teşkil etmektedir. PAPILLON çalışmasında, bu hasta grubunda pemetreksed platin kombinasyonuna amivantamab eklenmesinin progresyonsuz sağkalımı 6,7 aydan 11,4 aya arttırdığı bildirilmiştir.

ALK rearanjmanı

Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde %3-8 oranında ALK rearanjmanı görülmektedir. Genç ve sigara kullanmamış bireylerde sıklığı artmaktadır. Beyin metastazları tanı anında %30 oranında görülmektedir.

Metastatik ALK pozitif akciğer kanserinde ilk basamak tedavide kullanımda olan üç ajan bulunmaktadır. Bunlar alektinib, brigatinib ve lorlatinibdir. Her üç ajan da faz 3 çalışmalarda krizotinib ile karşılaştırılmıştır. ALEX çalışmasında alektinibin progresyonsuz ve genel sağkalımı arttırdığı görülmüştür. CROWN çalışmasında lorlatinibin etkinliği gösterilmiş, 5 yıllık takip sonrası medyan PFS'ye halen ulaşılmamıştır.

KRAS Mutasyonları

KHDAK'de KRAS mutasyonları %25 oranında saptanmaktadır. KRAS mutasyonlarının %40'ını G12C mutasyonları oluşturmaktadır. KRAS G12C mutasyonları sigara kullananlarda daha sık görülmektedir. Yüksek tümör mutasyon yükü, ko-mutasyonların sık saptanması ve immunoterapilere duyarlı olması nedeniyle diğer hedeflenebilir KHDAK'lerinden ayrılmaktadır. İkinci basamak tedavide sotorasib ve adagrasib etkinliği gösterilmiş ajanlardır. CODEBREAK 200 faz 3 çalışmasında ikinci basamak tedavide dosetaksel ile karşılaştırıldığında sotorasibin PFS'ı arttırdığı görülmüştür. Sotorasib ile diare ve karaciğer enzimlerinde yükselme sık görülen yan etkilerdir.

RET rearanjmanı

Selperkatinib ve pralsetinib RET pozitif KHDAK tedavisinde etkinliği gösterilmiş RET inhibitörleridir. Faz 3 LIBRETTO-431 çalışmasında ilk basamak tedavide hastalar selperkatinib ve kontrol kolunda pemetreksed + platin +/- pembrolizumab tedavilerine randomize edilmişlerdir. Selperkatinib ile PFS'nin 11,2 aydan 24,8 aya yükseldiği görülmüştür.

AKCİĞER KANSERİNDE VCSS VE SPİNAL KORD BASISI YÖNETİMİ

Alaettin Arslan¹

¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kayseri

Olgu 1: Vena Cava Superior Sendromu

Hikaye: 73 yaş erkek hasta (İ.G), ex-smoker, graves (Trimazol), toksik hipertroidi sebebiyle sık yatış, ileri derecede kifoza.

Fizik Muayene: Kaşektik görünüm, ronkus, akciğer sesleri kaba, minimal ortopneik hasta

Toraks BT: Sağ akciğer hiler bölgede üst lob anteriora doğru uzanım gösteren yaklaşık **5x4.5 cm boyutta kitle-lezyon** izlendi (akciğer CA?). Vena cava basısı? Histopatolojik konfirmasyon önerilir. Her iki hemitoraksta 2.5 cm effüzyon izlendi. Torakal kifoz artmıştır.

Trasntoraksik Biyopsi: Non-Small Cell Karsinom, Skuamöz Hücreli Karsinom lehine, Sağ akciğer üst lob kayıtlı trucut iğne biyopsi materyali Tümöröl yapıda yer yer **Pleomorfik Karsinomatöz** değişiklikler dikkati çekmektedir.

PET-CT: Sağ akciğer hiler bölgeden apikale doğru uzanım gösteren üst lob bronşunu daraltan **53x53x65 mm** boyutundaki yoğun hipermetabolik kitlesel lezyon (primer malign süreç)

Evreleme: cT2b-3N0

Tedavi: Nefes darlığında ilerleme, Ortopnede artış, Sağ kolda şişlik nedeniyle VCSS olarak değerlendirilen hasta; Göğüs cerrahisi ve Medikal onkoloji ile görüşülerek VCSS'na yönelik palyatif RT planlandı. Hastanın çok ileri derecede kifozu olması, lezyonun anteriorda oluşu, çenesini ve kollarını kaldıraması ve diğer immobilizasyon sebepleri kaynaklı VMAT tekniği uygun görülmeyip anteriordan 5 alan IMRT planı yapıldı. Hastaya 300 cGy/gün fraksiyon dozu ile RT başlandı. Hastanın hedef volümü hergün CBCT çekimi ile kontrol edildi. Üç gün sonunda hastanın kliniğinin belirgin derecede düzelmesi sonrası 200 cGy/gün fraksiyone doza geçildi. Bu ilk planda GTV volümü 96,3cc ve Tm en büyük çapı 5,5 cm idi. Hasta ayrıca tıbbi onkoloji bölümüne konsülte edildi ve definitif KRT ile devam edilmesine karar verildi. Bu karar sonucu hastaya haftalık karboplatin + paklitaksel planlandı. Sekizinci günde çekilen CBCT'de tm volümündeki küçülmeye istinaden 1.adaptif planlama yapıldı. Bu planda GTV volümü 82cc ve Tm en büyük çapı 4,3 cm idi. Hastaya 1.adaptif plandan 8 fraksiyon tedavi sonrası çekilen CBCT'de belirgin tümör küçülmesi sebebiyle 2.adaptif plan yapıldı. Bu planda GTV volümü 44cc ve Tm en büyük çapı 3,2 cm idi. İkinci adaptif planlamada hasta 11 fraksiyon RT aldı. Toplamda 27 fraksiyonda RT'si tamamlanan hasta BED olarak yaklaşık 59 Gy RT almış oldu. Ayrıca 4 hafta KT almış olan hasta tedavisi bitiminde 4 günlük klinik takibi sonrası externe edildi.

Takip: Hasta taburculuktan 1.5 ay sonra nefes darlığı sebebiyle Acil servise başvuruyor. Pnömoni saptanan hastanın yoğun bakım izlemi sonucunda (10 gün) Exitus olduğu öğrenildi.

Olgu 2: Spinal Kord Basısı

Hikaye: 66 yaş Kadın Hasta (S.Y), uzun zamandır devam eden öksürük ve bel ağrısı şikayetleri mevcut, KOAH, KAH. Acil servis başvurusu, yürümede zorlanma, sırt ağrısı, bilateral alt ekstremitelerde güçsüzlük.

Toraks BT: Sol üst lob posteriorıda 36x33 mm spikule konturlu kitle?, Sol hiler, prevasküler, paratrakeal LAP, T9 vertebrada destrüksiyona yol açmış kitle lezyonu (met?)

Torakolomber Vertebral MRG: T9 vertebra düzeyinde spinal kordda orta-ciddi derecede basılanmaya yol açan, sağ nöral foramen aracılığıyla paravertebral alana uzanım gösteren, en geniş yerinde 48x38x44 mm boyutlarda kitle lezyonu mevcuttur. Ayrıca T9 vertebra korpus sağ posterolateralinde, posterior elemanlarda ve sağ pars interartikularis düzeyine dek kemik yapılarında destrüksiyon ve kitlesel lezyonun bu alanlara uzanımı izlenmektedir.

Bronkoskopik Bx: NSCLC, Adeno ca

PET-BT: Sol üst lob 37x30 mm tanımlanan hipermetabolik lezyon(primer?), sol hiler, prevasküler, paratrakeal, subkarinal en büyüğü 18mm hipermetabolik LN (met?), T9 Vertebrada destrüksiyona yol açan kitle (met?)

Tedavi: Hasta Tarafımıza konsülte ediliyor. Beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, onkoloji ile konseyde görüşüldükten sonra Acil RT endikasyonu konuluyor. Hastaya palyatif olarak 10x300 cGy 5 alan IMRTteknigi ile RT planlanıyor.

Takip: Metastatik NSCLC hastaya Medikal Onkoloji tarafından KT planlanıyor. RT sonrası 6. ayda çekilen Torakal Vertebra MRG'da spinal basının tam olarak kaybolduğu ve metastatik kitlede belirgin küçülme olduğu tespit edilmiş olup hastanın takipleri devam etmektedir.

AKCİĞER KANSERİNDE VENA KAVA SÜPERİOR SENDROMU VE SPİNAL KORD BASISI YÖNETİMİ

Berrin Benli Yavuz¹

¹*Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya*

Vena Cava Superior Sendromu

Vena kava süperior sendromu (VKSS), VKS obstrüksiyonuna yol açan herhangi bir duruma bağlı gelişen klinik bulgu ve semptomlar grubudur. En sık malign hastalıklara (%60-85) bağlı gelişir. En sık sebep küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) olup bunu küçük hücreli akciğer kanseri ve lenfomalar izlemektedir. Benign sebepler içinde en sık tromboz görülmekte olup enfeksiyon ve fibroze bağlı da görülebilir.

Klinik özellikler: Yüz ve boyunda şişme, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı ve nörolojik yakınmalar (senkop, baş ağrısı, görme bozukluğu) görülebilir. Semptom şiddeti derecelendirildiğinde derece 4-5 yaşamı tehdit eden semptomları ifade eder ve %5-6 sıklığında görülmektedir.

Teşhis: Çoğu hastada klinik, tanı koymada yeterlidir. Önemli olan etyolojiyi belirlemektir. Görüntüleme tetkiklerinden akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi, MR ve PET BT kullanılabilir. Histolojik teşhisin tedaviye başlamadan önce yapılması önerilmektedir. Hem ana tedaviyi belirlemek hem de radyoterapi (RT) sonrası tanı zorlukları önlemek açısından önem taşımaktadır.

Tedavi: Amaç; semptom palyasyonu ve altta yatan hastalığın tedavisidir. Baş elevasyonu, glukokortikoidler, diüretikler, oksijen desteği ve antikoagülan tedavi (tromboz varsa) önerilmektedir.

Tedavi yöntemleri:

Endovasküler stent: Yaşamı tehdit eden semptom varlığında ve radyoterapi ve kemoterapiye dirençli mezotelyoma gibi tümörlerde önerilmektedir.

Kemoterapi: Küçük hücreli akciğer kanseri ve lenfoma gibi kemosensitif tümörlere önerilir.

Cerrahi: Çok nadir durumlarda tercih edilir.

Radyoterapi: Malign etyolojide en sık kullanılan yöntemdir. Semptomatik iyileşme genellikle ilk 72 saatte başlamakla beraber bazen 2-3 haftaya uzayabilmektedir. Hastaların %80'nde semptomatik rahatlama olmaktadır. KHDAK'nde stent sonrası önerilmektedir. RT her zaman acil bir tedavi olmayıp yaşamı tehdit eden semptom varlığında standart tedavi endovasküler stent uygulamasıdır. Histolojik teşhis öncesi RT verilen hastalarda %42 teşhis konamamaktadır. 3-4 Gy/gün ile tedaviye başlamak ile erken palyasyonda avantajlı görülmektedir. Küratif tedavide konvansiyonel 2 Gy/ gün dozları ile devam önerilmektedir. 30 Gy 10 fraksiyon ve 20 Gy 5 fraksiyon karşılaştırıldığında rekanalizasyon oranı, tümör cevabı ve 6 aylık genel sağ kalımda fark gösterilememiştir.

VCSS varlığı prognozu kötüleştirmemektedir ve hastanın evresine ve tanısına göre tedavi uygulanması önerilmektedir.

Spinal Kord Basısı

Tüm kanser vakalarının %5-10'unda görülmektedir. Gerçek acil durumdur. En sık nedeni akciğer kanseri (%25) dir. En sık torakal vertebrada görülmektedir (%60-80). %50 multipl seviyede gözlenebilir. O

nedenle tüm spine görüntülenmelidir. Eğer önceden kanser tanısı yoksa biyopsi önerilmektedir. Magnetik rezonans görüntüleme standart yöntemdir.

Klinik özellikler: Sırt ağrısı (%70-90), motor defisit (%60-90), duyu kaybı (%45-90) ve otonomik disfonksiyon (%40-75) gözlenebilir.

Hastanın başvurusunda; semptomların başlangıcı ve progresyonu, primer kanserini evresi, hastanın performansı dikkate alınmalıdır. Ayırıcı tanıda disk hernisi, travma, osteoporoz akılda tutulmalıdır.

Prognostik özellikler: Radyosensitif histoloji, tedavi öncesi ambulator durumu, primer hastalığın durumu, performans durumu

Tedavinin Amacı: Ağrı kontrolü, komplikasyonlardan kaçınmak, nörolojik fonksiyonları iyileştirmek ve korumak ve lokal kontrolü sağlamaktır.

Tedavi: Steroid hemen başlanmalıdır. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi uygulanabilir.

Cerrahi: 3 aydan fazla yaşam beklentisi varsa, parapleji 24 saatten daha kısa zamanda oluşmuşsa, hematolojik kanser değilse, unstabl ise, RT'ye rağmen progresyon varsa, RT sonrası relaps olmuşsa ve radyorezistan kanser ise tercih edilmelidir.

Cerrahi ve RT ile tek başına RT karşılaştırıldığında tedavi sonrası yürüyebilme yeteneği, ambulator durumun sürdürülebilmesi ve ağrı iyileşmesi daha iyi olarak gözlenmiştir.

Radyoterapi: Palyatif RT standart tedavidir. Fraksiyon şemaları: 37.5 Gy 15 fr, 40 Gy 20 fr, 30 Gy 10 fr, 20 Gy 5 fr, 8 Gy 1 fr olabilir. Kısa ve uzun şemalar karşılaştırıldığında motor fonksiyon ve genel sağkalım için fark gözlenmezken lokal kontrol uzun şemalarda daha iyi bulunmuştur. Daha iyi yaşam beklentisi olan hastalarda uzun şemalar tercih edilmelidir.

Sterotaktik vücut radyoterapisi: İnstabl olmayan, performansı iyi, lokalize metastazı olan, sistemik hastalığı kontrol altında, spinal kord ile epidural lezyon arası 3 mm'den daha fazla olan hastalar için uygun olabilir. Ancak semptomatik kord kompresyonu olan, radyosensitif tümörü olan ve 90 gün içinde RT alan hastalarda önerilmemektedir. SBRT, 1-3 fraksiyonda 18-30 Gy olarak uygulanabilir. Postoperatif hastalarda önerilen şema, 2 fraksiyonda 24 Gy'dir.

Spinal kord basısı ile gelen cerrahiye uygun hastalarda cerrahi sonrası RT planlanmalıdır. Cerrahiye uygun olmayan hastalarda da radyosensitivitesine ve hastanın prognozuna göre tek fraksiyon, kısa ve uzun şema tercihleri yapılabilir.

GASTROİNTESTİNAL KANSERLERDE KANAMA VE OBSTRÜKSİYON YÖNETİMİ

Cumhur Yıldırım¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul*

Hikaye:

- 85 yaşında kadın hasta, ev hanımı
- **Başvuru:** Son 3 ayda 20kg kayıp, makatta ağrı ve kanama, artan konstipasyon
- **Özgeçmiş:** Gastrit-mide op (non-malign), katarakt op
- **Soygeçmiş:** Kızkardeş meme CA
- Sigara ve alkol öyküsü yok
- Yandaş hastalıklar: HT, KAH

Laboratuvar, Şubat 2023:

- Hgb: 9.9 g/dL
- Total protein: 5.7 g/dL
- Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlarda

Batın USG VE BT, Şubat 2023:

- Koledok çapında hafif artış
- Abdominal aortada difüz kaba kalsifikasyon
- Pankreas atrofik
- Uterus atrofik

Endoskopi, Şubat 2023:

- **Üst GİS endoskopi:** Sliding hiatal herni, grad2 özefajit, antral eroziv alkalen reflü gastrit
- **Alt GİS endoskopi:** Anal kanaldan itibaren 10cm'de başlayan ülser-vegetan, yer yer hemorajik kitle

Patoloji, Şubat 2023:

- Üst GİS: Kronik gastrit, malignite bulgusu yok
- Alt GİS: Orta diferansiye Adenokarsinom

PET-CT, Şubat 2023

- Rektum yerleşimli kitle
- Peritümöral yağlı planlarda dansite artışları
- Transvers kolon 1.5cm metastatik implant
- Batın mezenterik milimetrik implantlar (metastaz?)
- Bilateral akciğer subsantimetrik nodüller (metastaz?)

Klinik:

- ECOG 2
- Boy:1.60, kilo: 68
- Rektal tuşe: ele gelen kitle saptanmadı
- G8 skor: 8

Radyoterapi, Mart 2023

- Rektum tümör loju
- 5 fraksiyonda 25 Gy

Takip:

- 1. ayda yakınmalarda belirgin azalma; rektal ağrı-kanama yok, konstipasyon kısmen devam ediyor
- Sistemik tedavi uygulanamamış
- Cerrahi uygun bulunmuyor
- 1. yılda exitus



GENİTOÜRİNER KANSERLERDE KEMİK VE AKCİĞER METASTAZLARININ YÖNETİMİ

Mustafa Akın¹

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir

1.olgu: Mesane ca – akciğer metastazı

RS, 82 yaş, erkek hasta.HT, DM, KOAH komorbiditeleri.

13.10.2022 'te hematüri şikayeti ile geliyor.

TUR: T2 mesane ca. Tanısı alıyor.

PET-CT (Mayıs 2024): Sağ akciğer üst lobda öncelikle metastaz lehine değerlendirilen hipermetabolik nodüler lezyon (SUV max: 8,7)

Akciğerdeki metastatik nodüle SBRT için yönlendirildi. G8 skoru: 9

5 fraksiyonda 50 Gy SBRT ile tam yanıtı.

2.olgu: Prostat ca – kemik metastazı

EK, 72 yaş. HT, KKY komorbiditeleri

30.11.2020 de prostat ca post-op 3. ay PSA:0.56

Patoloji: GS:5+4=9 VSI: (+) EKY: (+) CS: distal (+) LN: 0/6

PSMA PET-CT: Patolojik bulgu saptanmamış.

Post-op RT endikasyonu ile 66Gy/33 frx IGRT ile prostat lojuna RT Ocak 2021 de tamamlandı.

Takipte PSA: Mart 21: 0,26 - Haziran 21: 0,18 -Ocak 22: 0, 15 -Ocak 24: 1,4

PSMA PET-CT: Bir önceki çalışma ile karşılaştırıldığında; iskelet sisteminde güncel çalışmada torokal 6. vertebradaki lezyonda metabolik artış saptanmıştır (güncel SUVmax=27,0).

Sistemik tedavi için tıbbi onkoloji konsültasyonu (Enzalutamid+ MAB başlandı)

Tek fraksiyonda 18 Gy ile tam yanıtı.

Sonuç olarak geriatrik hastalarda SBRT palyasyon amacıyla da kullanılabilen, kısa sürede tamamlanabilen güvenli ve etkin bir tedavi yöntemidir.

GENİTOÜRİNER KANSERLERDE KEMİK VE AKCİĞER METASTAZLARININ YÖNETİMİ

Havva Beyaz¹

¹*Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir*

Geriatrik popülasyonda genitoüriner kanserlere bağlı kemik ve akciğer metastazları sıklıkla izlenmektedir. Bu önemli yaş grubunda primer hastalık değerlendirilmesinin yanı sıra metastatik hastalığın da tedavisine karar verilirken kapsamlı bir geriatrik değerlendirilme yapılması gerekmektedir. Metastatik hastalığın yaygınlığına göre yapılacak tedaviye ve radyoterapi (RT) alanına karar verilir. Tedaviden beklenen sonuç; semptom palyasyonu, lokal kontrol veya sağkalımda artış olabilmektedir.

Kemik metastazları sıklıkla ağrı, mobilite kaybı, radikülopati, patolojik fraktür veya spinal kord kompresyonu şeklinde semptom verir. Konvansiyonel palyatif RT ağrı palyasyonunda oldukça etkilidir; analjezik ihtiyacının azalmasına, olası kırıkların önlenmesine ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artmasına neden olur. Multiple metastazlarda öncelik ağırlık taşıyan, kırık riski olan, ağrı skoru daha yüksek olan bölgelerdir. Konvansiyonel palyatif RT, genellikle en fazla 10 fraksiyon olacak şekilde hastalara önerilmelidir. Prognozu kötü, sağkalımı düşük hastalarda ve hastaneye gelme sıkıntısı olan hastalarda tek doz 8 Gy güvenilir bir dozdur. Tek fraksiyon RT ile yeniden palyasyon ihtiyacı multiple fraksiyonlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Spinal kolon metastazları için öncelikle spinal instabilite değerlendirilmelidir. Hastaların prognoz, komorbidite, performans, metastaz yükü, histoloji, önceki RT öyküsü, cerrahi öyküsü, tedavi tercihi gibi faktörler ayrıntılı ve multidisipliner olarak değerlendirilip tedaviye karar verilmelidir.

Son yıllarda metastatik hastalıkta tanımlanan oligometastaz kavramının yaygınlaşmasıyla, metastaza yönelik ablatif RT dozlarının uygulanabildiği stereotaktik vücut radyoterapisi (SBRT) de gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. SBRT yöntemiyle küçük alanlara yüksek doz RT uygulanabilirken normal organlar oldukça iyi bir şekilde korunabilmektedir. Kemik metastazlarında da sıklıkla kullanılmaktadır ve lokal kontrol oranları oldukça yüksektir. Hatta son yıllarda yapılan çalışmalar oligometastatik hastalıkta yapılan ablatif tedavilerin sağkalımı da arttırdığını göstermiştir. Optimal doz ve fraksinyasyon net olmamakla birlikte genellikle 1-5 fraksiyonda tedavi tamamlanabilmektedir.

Akciğer, bir çok tümörün en sık metastaz bölgelerinden biridir. Daha önceki yıllarda akciğer metastazı gelişmiş hastalar sadece sistemik tedavi veya cerrahi ile tedavi edilirken, gelişen RT teknikleri sayesinde SBRT ile de kolaylıkla tedavi edilebilmektedir. SBRT, oligometastatik hastalıkta oldukça etkin ve toksisitesi düşük bir tedavi seçeneğidir. Tümör boyutu, yerleşim yeri (santral/periferik), metastaz sayısı, ve hastanın solunum kapasitesi tedavi kararında belirleyicidir. Tedavi öncesi ve sırasında solunum takibi olanağı, aynı anda birden fazla metastaz tedavi edebilme, 1-5 fraksiyonda tedavinin bitmesi, normal akciğer dokusunun maksimum düzeyde korunması önemli özellikleridir.

Geriatrik yaş grubunda; kemik ve akciğer metastazları için radyoterapi düşük toksisite ile yüksek lokal kontrol ve palyasyon oranlarıyla uygulanabilmektedir.

GERİATRİK HASTALARDA METASTATİK ENDOMETRİUM KANSERİ TEDAVİSİ

Nilüfer Bulut¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

75 yaş ve üstü geriatric yaş grubu olarak adlandırılır .Bu yaş grubunda tedavi planlanacağı zaman komorbiditye, kognitif fonksiyonlar , geriatric sendromlar (osteoporoz,depresyon,üriner inkontinas), polifarmasi, nütrisyonel status, kemoterapi toleransı değerlendirilir .

Geriatrik hastalarda endometrium kanserlerinin (EC) özellikleri ; ileri grade, yüksek risk histolojisi (seröz papiller, clear cell , high grade endometriot) ileri evre, derin myometrial invazyon ve alt servikal tutulumu ile karakterizedir.

MITO END-2 çalışmasında paklitaxel + karboplatin (TC) , TC+ bevacizumab ile kıyaslandı (1). PFS ve OS üçlü kombinasyon grubunda numerik olarak iyi olsa da istatistiki olarak anlamlı değildi .

Keynote -158 çalışmasında ; MSI-H/dMMR (mismatch repair gen bozukluğu) olan unrezektabil EC' inde tedavi intoleransı ya da progresyonu gelişenlere , pembrolizumab 200 mgr iv 2 yıl ya da progresyona kadar verildi. %48 yanıt oranları, 13 aylık median PFS sağlandı. Median OS ulaşamadı (2).

dMMR olan , adjuvan ya da 12 ay öncesinde bir seri kemoterapi alan, metastatik EC'li hastalar (mEC) pembro+TC ve idame pembro kolu TC ile kıyaslandı ; PFS daha iyi olmakla beraber median değere ulaşamadı ve OS anlamlı değildi (3).

dMMR olan , adjuvan ya da 12 ay öncesinde bir seri kemoterapi alan, m EC'li hastalar da , bir kola pembro 200 mgr + lenvatinib 20 mgr po ,diğer kola klinisyenin tercihi olan kemoterapi verildi. Tüm grupta ve özellikle dMMR olanlarda PFS ve OS belirgin iyi idi (6 ay ve 18 ay,sırasıyla) (4).

dMMR olan , adjuvan ya da 6 ay öncesinde bir seri kemoterapi alan mEC hastalarda dostarlimab 500 mgr + TC ve 3 yıl idame dostarlimab 1000 mgr ile karşı kolda TC rejimi kıyaslandı. PFS ve OS üçlü rejimde daha iyi idi (HR:0.28 ve HR:0.69, sırasıyla). Bu çalışmada tedavinin 13. siklusu ve tedavi bitiminde yaşam kalitesi, fizik, emosyonel , sosyal fonksiyonları üçlü rejim alan hastalarda daha iyi idi. Kognitif bozukluklar görülse de kemoterapi grubundan daha azdı (5).

dMMR olan , adjuvan ya da 12 ay öncesinde bir seri kemoterapi alan,önceden PARP inhibitörü almamış hastalara durvalumab (D) +TC ; D+TC sonu idame D 1500 mgr ve üçüncü kola D+TC sonu idame D 1500 mgr + olaparib 300 mgr (D+O)oral verildi. mEC olan ,65 yaş üstü ve dMMR hasta grubu da fayda gördü. dMMR olanlar ve tüm grupta TC grubuna göre D ve D+O kollarında PFS daha iyi , OS ise ulaşamadı (6).

Oral medroksiprogesteron asetat (MPA) tedavisinin 70 yaş üstü ,PR reseptörü >%50,ER >%10 olanlarda 200 mgr dozu ile 1000 mgr dozu kıyaslandığında; PFS ve OS düşük dozda daha iyi idi (3ay , 11 ay). Hastalar oral hormonal tedavileri iyi tolere ederler ,tromboflebit en sık görülen yan etkidir (7). Letrozol+ exemestan ve CDK-4 tedavileri ile ilgili geriatric hasta çalışmaları ise kısıtlıdır.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

| BİLDİRİ SUNUM LİSTESİ | | | | |
|--|---------------|--|-----------------------|---|
| 10 KASIM 2024 PAZAR, 10:35 - 11:55 | | | | |
| OTURUM BAŞKANLARI: ASUDE AKSOY, EVRİM METCALFE, PINAR SOYSAL | | | | |
| SÖZLÜ BİLDİRİLER | | | | |
| NO | SUNUM SAATI | YAZARLAR | SUNAN YAZAR | BAŞLIK |
| SB - 1 | 10:35 - 10:40 | Harun Demir, İbrahim Babaloğlu, İlyas Akkar, Muhammet Cemal Kızıllarslanoğlu | Harun Demir | RADYOTERAPİ PRATIĞİNDE SEKSEN YAŞ ÜZERİ HASTALAR: TEK MERKEZ DEĞERLENDİRMESİ |
| SB - 2 | 10:40 - 10:45 | Meltem Kırli Bölükbaş, Evrim Metcalfe, Emine Elif Özkan, Uğur Selek | Meltem Kırli Bölükbaş | YAŞLI DOSTU RADYASYON ONKOLOJİ KLİNİKLERİNİN BELİRLENMESİ: HASTANELERİN FİZİKSEL KOŞULLAR, ULAŞILABİLİRLİK VE MAHREMİYET BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI (TROD 013-005) |
| SB - 3 | 10:45 - 10:50 | Harun Demir, Gül Kanyılmaz, İbrahim Babaloğlu, Bedriye Doğan Meryem Aktan, Berrin Benli Yavuz, Ayşe Sümeyye Safi | Harun Demir | İLERİ YAŞ REKTUM KANSERİ İÇİN KEMORADYOTERAPİ SONRASI NON-OPERATİF YAKLAŞIM : ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA, 14 YILLIK DENEYİM |
| SB - 4 | 10:50 - 10:55 | Timur Koca, Durmuş Ali Çetmi, Rahmi Atıl Aksoy, Mehmet Kızılkaya, Aylin Fidan Korcum | Durmuş Ali Çetmi | SARKOPENİ VE KIRILGANLIK: DEFINİTİF RADYOTERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN PROSTAT KANSERLİ YAŞLI HASTALARDA SAĞKALIMI ÖNGÖREBİLİR Mİ? |
| SB - 5 | 10:55 - 11:00 | Gamze Emin, Görkem Turhan, Evren Fidan | Gamze Emin | GERIATRİK UNREZEKTABL PANKREAS KANSERİ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ (NLR), LENFOSİT/MONOSİT ORANININ (LMR), PROGNOSTİK NUTRİSYONEL İNDEKSİNİN (PNI) VE MODİFİYE GLASKOW PROGNOSTİK SKORUNUN (MGPS) PROGNOZA ETKİSİ |
| SB - 6 | 11:00 - 11:05 | Asım Armağan Aydın, Ahmet Ünlü, Kamuran Yüceer | Asım Armağan Aydın | 70 YAŞ VE ÜZERİ İDH WILDE-TİP GRADE4 ERİŞKİN TİP DİFFÜZ GLİOMALI HASTALARDA SAĞ KALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER |
| SB - 7 | 11:05 - 11:10 | Burcu Alan, Tuğba Turgut, Züleyha Akgün | Burcu Alan | ENDOMETRİUM KANSERİ TANILI HASTALARDA RADYOTERAPİ ÖNCESİ GERIATRİK DEĞERLENDİRMENİN TEDAVİ TOKSİSİTESİNE ETKİSİ |
| SB - 8 | 11:10 - 11:15 | Emin Mammadov, Emine Canyılmaz | Emin Mammadov | SOLID KANSER TANILI RADYOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN YAŞLI HASTALARDA GERIATRİK ONKOLOJİK TARAMA VE GERIATRİK DEĞERLENDİRMENİN PREDİKTİF DEĞERİ: PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA – ÖN SONUÇLAR |
| SB - 9 | 11:15 - 11:20 | Sedef Bilgin Çağlayan, Dilek Gül, Zehra Kazancı, Beste Atasoy | Beste Atasoy | GENÇ VE GERIATRİK YAŞ GRUBU BAŞ BOYUN KANSERİ HASTALARINDA METABOLİZMA YAŞININ RADYOTERAPİ SIRASINDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ: BİR PİLOT ÇALIŞMA |
| SB - 10 | 11:20 - 11:25 | Tural Guliyev, Betül Toru, Pınar Soysal | Tural Guliyev | SOLID ORGAN MALİGNİTESİ TANILI GERIATRİK HASTALARDA ECOG SKORUNA GÖRE GERIATRİK SENDROMLARIN SIKLIĞI |
| SB - 11 | 11:25 - 11:30 | Berrin Benli Yavuz, Gül Kanyılmaz, Meryem Aktan | Berrin Benli Yavuz | MEME KANSERLİ YAŞLI KADINLARDA TEDAVİ SONUÇLARI VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER |
| SB - 12 | 11:30 - 11:35 | Gül Kanyılmaz, Ayşe Sümeyye Safi, Meryem Aktan, Beyza Nur Yahşi, Berrin Benli Yavuz, Melek Harmancı, Nur Sena Kırılmaz, Havva Koçak, Ersin Kocacık | Gül Kanyılmaz | PREOPERATİF RADYOTERAPİ UYGULANAN REKTUM KANSERLİ GERIATRİK HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN PROGNOSTİK FAKTÖRLER |
| SB - 13 | 11:35 - 11:40 | Hatice Başaran Gökşen, Yusuf Türker, Alaettin Arslan | Yusuf Türker | GERIATRİK YÜKSEK DERECELİ BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA TEMPORAL KAS KALINLIĞI VE PROGNOSTİK NUTRİSYONEL İNDEKSİN PROGNOSTİK ÖNEMİ |
| SB - 14 | 11:40 - 11:45 | Kübra Çingar Alpay, Pınar Soysal | Kübra Çingar Alpay | GERIATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDA NUTRİSYONEL DURUM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER |
| SB - 15 | 11:45 - 11:50 | Özge Kahraman, Erkut Demirciler, İlky Tuğba Ünek | Erkut Demirciler | KANSER TANISI ALMIŞ GERIATRİK HASTALARDA GERIATRİK 8 (G8) SKORUNUN CRP/ALBUMİN ORANI (CAR) İLE İLİŞKİSİ |
| SB - 16 | 11:50 - 11:55 | Nesrin Aktürk | Nesrin Aktürk | GERIATRİK KANSER HASTALARINDA RADYASYON ONKOLOJİSİ PRATIĞİNDE R-MAPP İLE HIZLI MALNÜTRİSYON VE SARKOPENİ TARAMASI |

SB-1 - RADYOTERAPİ PRATIĞİNDE SEKSEN YAŞ ÜZERİ HASTALAR: TEK MERKEZ DEĞERLENDİRMESİ

Harun Demir¹, İbrahim Babalıoğlu¹, İlyas Akkar², Muhammet Cemal Kızıllarslanoğlu²

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Konya

Giriş ve Amaç: Kanser ve yaşlanan nüfusun küresel yükü her geçen gün daha da artmaktadır ve buda yaşlı kanser hastalarının insidansında artışa neden olmaktadır. Bu çalışmada, radyoterapi (RT) uygulanan seksen yaş ve üzeri kanser hastalarında sağkalım sonuçları, sağkalımla ilişkili prognostik faktörler ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma retrospektif yapıda olup, Ağustos 2021 ile Mayıs 2024 arasında tek bir merkezde radyoterapi alan seksen yaş ve üzeri hastaları kapsamaktadır. Hastaların demografik ve tümör özellikleri, tedavi ayrıntıları ile klinik sonuçları tıbbi kayıtlardan toplanmıştır. Verileri değerlendirmek için sağkalım ve alt grup analizlerini içeren istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 76 hasta (erkek-kadın oranı:1.37) dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 83 idi (80-92 yıl). En sık görülen üç primer kanser, kolorektal (%21,1, n:16), akciğer (%18,4, n:14) ve prostat kanseri (%18,4, n:14) şeklindeydi. (**Tablo 1**). Başvuru anındaki evreye göre en sık metastatik hastalık (%58,3, n:42) görülürken, bu hastalarda en sık kemik metastazı (%31, n:13) görüldü. Radyoterapi amacına göre sırasıyla en sık palyatif (%53,8, n:41), definitif (%18,4, n:14) ve adjuvan (%15,8, n:12) RT uygulandı. Hastaların medyan genel sağkalım (OS) süresi 10 ay olarak belirlendi. Tüm hastalar için, radyoterapiden sonraki 1 yıllık OS ve 2 yıllık OS sırasıyla %47,5 ve %34,6 idi (**Şekil 1**). Tek değişkenli analizlerde daha kısa sağkalım ile ilişkili olan faktörler; kötü PS (ECOG 3-4) ($p<0,001$), primer tanı ($p=0,016$), metastatik hastalık ($p<0,001$), serum CRP düzeyi ($p=0,049$), RT öncesi lökosit sayısı ($p=0,017$), RT uyumu ($p=0,001$), hospitalizasyon durumu ($p<0,001$) olarak tespit edildi. Çok değişkenli analizde kötü PS ($p<0,001$) ve RT uyumu ($p=0,035$) sağ kalımla ilişkili kalmaya devam etti (**Tablo 2**). RT sonrası ortalama takip süresi 8,6 aydı. 31 hasta (%40,8) RT sürecinde ya da erken dönemde öldüğü için takip edilemedi. Takip verilerine ulaşılabilen 45 hastanın 22'sinde (%48,8) kanser tedavisine tam yanıt ya da regresyon izlenirken, 10 hastada (%22,2) progresif seyir izlendi. Progresif seyreden hastaların 7 sinde (%70) uzak nüks, 2 hastada (%20) hem uzak hem de lokal nüks görülürken, 1 hastada (%10) sadece lokal nüks izlendi. RT uyumu açısından değerlendirildiğinde; hastaların büyük çoğunluğunda tedavi sürecine tam uyum (%69,7, n:53) olduğu, 14 hastada (%18,4) planlanan tedavinin tamamlanamadığı ve 9 (%11,8) hastanın ise tedavisini geç tamamlayabildiği (uzamış tedavi) tespit edildi. Tedavisini tamamlayamayan hastalarda en sık iki nedeni; ölüm (%42,8, n:6) ve genel durumunda kötüleşme (%42,8, n:6) oluşturmaktaydı. Tedavi süresi uzayan hastalarda en sık neden teknik sorunlar (%77,7, n:7) olarak tespit edildi. Performans durumu iyi olan (ECOG 1-2) hastalarda (%69,8'e karşı %30,2; $p=0,003$) ve ayaktan tedavi alan hastalarda (%83'e karşı %17, $p<0,000$) tedavi sürecine tam uyum oranı belirgin yüksek olarak tespit edildi. RT sonrası kısa dönem toksisite oranları incelendiğinde; 5 hastada (%6,6) grade-1, 14 hastada (%18,4) grade-2 toksisite izlenirken, yüksek dereceli toksisite (grade-3-4) izlenen hasta olmadığı görüldü.

Sonuç: Bu çalışma, radyoterapinin seksen yaş ve üzeri kanser hastalarında hem palyatif hem de küratif amaçlar için etkili ve güvenli bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir. Elde edilen veriler bu hasta grubunun onkolojik tedavi sürecinde RT'den belirgin fayda gördüğünü ve ciddi yan etkiler olmaksızın büyük oranda planlanan tedaviyi tamamlayabildiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçların, çok merkezli büyük vaka gruplarını içeren çalışmalar ile desteklenmesi bu hasta popülasyonunda tedavi stratejilerinin geliştirilmesi, hasta seçiminin optimize edilmesi ile nihayetinde tedavi sonuçlarının iyileştirmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı hastalar; kanser; radyoterapi; genel sağkalım; tedavi uyumu

Tablo 1: Hasta ve tedavi özellikleri

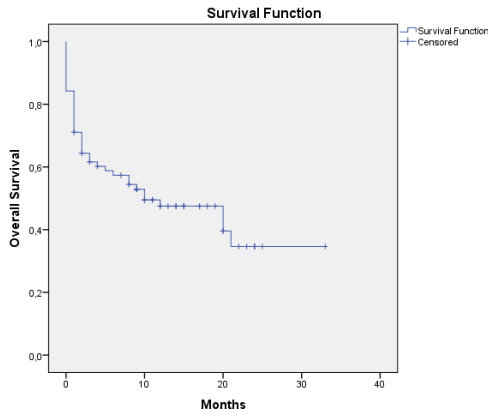
| DEĞİŞKENLER | DEĞER | |
|--|----------------------|------|
| | n | % |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 44 | 57,9 |
| Kadın | 32 | 42,1 |
| Performans (ECOG) | | |
| 1 | 11 | 14,5 |
| 2 | 33 | 43,4 |
| 3 | 21 | 27,6 |
| 4 | 11 | 14,5 |
| Primer hastalık | | |
| Akciğer | 14 | 18,4 |
| Meme | 10 | 13,2 |
| Prostat | 14 | 18,4 |
| Kolorektal | 16 | 21,1 |
| Diğer | 22 | 28,9 |
| Başvuru Evresi | | |
| 1 | 6 | 8,3 |
| 2 | 11 | 15,3 |
| 3 | 13 | 18,1 |
| 4 | 42 | 58,3 |
| Evre 4 Metastaz Bölgesi | | |
| Kemik | 13 | 31,0 |
| Visseral | 11 | 26,2 |
| Beyin | 7 | 16,6 |
| Miks | 11 | 26,2 |
| RT öncesi hemoglobin (gr/dL): ort±ss (min-maks) | 11,9 (7,5-16) | |
| RT öncesi lökosit sayısı (mCL): | 9000 (1400-31000) | |
| RT öncesi CRP düzeyi (mg/L): ort (min-maks) | 69,2 (0,6-267) | |
| RT Amacı | | |
| Palyatif | 41 | 53,8 |
| Definitif | 14 | 18,4 |
| Postoperatif | 12 | 15,8 |
| Neoadjuvan | 9 | 11,8 |
| Takip Verileri | | |
| Tam yanıtı | 13 | 17,1 |
| Kısmi yanıt | 9 | 11,8 |
| Stabil hastalık | 13 | 17,1 |
| Progrese hastalık | 10 | 13,2 |
| Takipsiz | 31 | 40,8 |
| Son Durum | | |
| Öldü | 41 | 53,9 |
| Sağ | 35 | 46,1 |

Tablo 2: Mortalite ile ilişkili faktörlerin incelenmesi (tek değişkenli ve çok değişkenli analiz)

| Parametreler | Tek değişkenli | | | Çok değişkenli | | |
|--|------------------|--------|-----------------|------------------|--------|-----------------|
| | p | HR | 95% CI | p | HR | 95% CI |
| Performans (ECOG) 3-4 vs. 1-2 | <0,001 | 16,991 | 7,437 38,817 | <0,001 | 16,335 | 4,102 65,054 |
| Primer hastalık Akciğer vs. diğerleri | 0,016 | 1,694 | 0,053 3,616 | 0,100 | | |
| Başvuru Evresi Metastatik vs. non-metastatik | <0,001 | 5,810 | 2,637 12,800 | 0,164 | | |
| CRP düzeyi >50 vs. ≤50 mg/L | 0,049 | 2,223 | 1,004 4,918 | 0,653 | | |
| Lökosit sayısı >8000 vs. ≤8000 | 0,017 | 2,203 | 1,133 4,281 | 0,615 | | |
| RT uyumu Eksik tedavi vs. diğerleri | 0,001 | 3,863 | 1,894 7,881 | 0,035 | 3,807 | 1,287 11,265 |
| Hospitalizasyon Yok vs. var | <0,001 | 5,731 | 2,923 11,240 | 0,234 | | |

CI, confidence interval; HR, Hazard ratio

Şekil 1: Radyoterapi sonrası tüm hastaların genel sağkalım oranını gösteren Kaplan-Meier grafiği.



SB-2 - YAŞLI DOSTU RADYASYON ONKOLOJİ KLİNİKLERİNİN BELİRLENMESİ: HASTANELERİN FİZİKSEL KOŞULLAR, ULAŞILABİLİRLİK VE MAHREMİYET BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI (TROD 013-005)

Meltem Kirli Bölükbaş¹, Evrim Metcalfe², Emine Elif Özkan³, Uğur Selek⁴

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul*

²*Medipol Üniversitesi, İstanbul*

³*Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta*

⁴*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Radyoterapi (RT), geriatric kanserlerde kullanılan yaygın bir tedavi yaklaşımı olmasına karşın, fraksiyonlar halinde verilmesi nedeniyle yaşlı hastaların radyasyon onkolojisi kliniklerine defalarca ziyaretini gerektirmektedir. Yaşlı bireylerin bu hizmetlere erişimi ve tedavi sürecinde karşılaştıkları zorluklar göz önüne alındığında, yaşlı dostu radyasyon onkolojisi kliniklerinin önemi tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışma, Türkiye'deki radyasyon onkoloji kliniklerinin yaşlı hastalar için konfor düzeylerini, fiziksel koşullar, ulaşım ve mahremiyet gibi çeşitli yönlerden değerlendirilmesini içermektedir.

Gereç ve Yöntem: Dünya Sağlık Örgütü'nün "Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Merkezleri El Kitabı" (Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit) önerileri temel alınarak radyasyon onkoloji kliniklerinin yaşlı dostu olma düzeyini belirlemek için oluşturulan ve 48 sorudan oluşan değerlendirme anketi (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAJYIYFdkrkGtJzoAquom-anFa3mkB2BtNXGQiWXQX1y1Q/viewform?usp=sf_link) yoluyla veriler toplanmıştır. İstatistiksel analizler, Jamovi (Sürüm 2.3.28) ve JASP (Sürüm 0.18.3) yazılımları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Doksan bir (% 65) radyasyon onkolojisi kliniğinden 155 hekim anketi yanıtlamıştır. Merkezlerin %42.9'u Marmara, %18.7'si İç Anadolu, %16.5'i Ege bölgesinde yer almaktadır. Kliniklerin toplam konfor puanları için medyan değeri 26 (12-31) olarak bulunmuştur. Özel hastanelerdeki kliniklerin konfor puanları (medyan=28, 18-31), devlet (medyan=25.5, 12-31) ve üniversite hastanelerindeki merkezler (medyan=26.0, 18-31) kıyasla daha yüksek bulunurken ($p=0.02$) devlet ve üniversite hastaneleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.6$). "Kliniğimiz geriatric hastalar için konforludur." ifadesine göre konforlu kabul edilen kliniklerin mahremiyet ($p<0.001$), ulaşım ($p<0.001$), fiziksel koşullar ($p=0.001$), işaretleme ($p=0.001$) ve toplam puanlarında ($p<0.001$) anlamlı biçimde daha yüksek değerler elde edilmiştir. Konforlu kabul edilen kliniklerde mahremiyet anketi puanının 6 ve üzerinde olma durumu daha yüksektir ($p=0.007$). ROC analizlerine göre, toplam puan için AUC değeri 0.844 bulunmuş ve kesme noktası >25 olarak belirlenmiştir, bu değer üzerinde olanların sensitivitesi %72.97, spesifitesi %76.47 olarak hesaplanmıştır (GA: %75.3–%91.1, $p<0.001$). Kesme noktası >25 olarak belirlendiğinde, 26 özel hastaneden 4'ü (%15.3), 37 üniversite hastanesinden 15'i (%40.5) ve 28 devlet hastanesinden 14'ü (%50), toplam puan açısından 25 ve altında kalmıştır. Bu bulgular, özel hastanelerin genellikle daha yüksek puan aldığını ve üniversite ile devlet hastanelerinde ise daha fazla sayıda merkezin düşük puan kategorisinde yer aldığını ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu çalışma ile, geriatric kanser hastalarının klinik konforunu etkileyen mahremiyet, fiziksel koşullar ve ulaşılabilirlik gibi faktörlerin önemini ortaya koymak hedeflenmiş olup Türkiye'de radyoterapi hizmeti veren hastaneler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yaşlı dostu kliniklerin oluşturulması ve klinikler arası standardizasyonun sağlanabilmesi için bazı düzenlemeler yapılması gerektiğine işaret eden bu anket çalışmasındaki ilk bulgular yaşlı hastalar için radyasyon onkolojisi kliniklerinin düzenlenmesinde önemli ipuçları sunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Radyasyon Onkolojisi, Yaşlı-dostu hastane, geriatric kanser, Ulaşılabilirlik

SB-3 - İLERİ YAŞ REKTUM KANSERİ İÇİN KEMORADYOTERAPİ SONRASI NON-OPERATİF YAKLAŞIM: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA, 14 YILLIK DENEYİM

Harun Demir¹, Gül Kanyılmaz², İbrahim Babalioğlu¹, Bedriye Doğan³, Meryem Aktan², Berrin Benli Yavuz², Ayşe Sümeyye Safi²

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya

³İnönü Üniversitesi, Malatya

Giriş ve Amaç: Rektum kanserinin küratif tedavisi için total mezorektal eksizektomi en uygun yaklaşım olmakla birlikte, özellikle yaşlı ve kırılabilir vakalar için her zaman uygulanamamaktadır. Bu hastalar için en uygun tedavi yaklaşımı hala bilinmemekle birlikte güncel pratikte standart kemoradyoterapi (KRT) veya sadece radyoterapi (RT) tedavileri uygulanabilmektedir. Bu çalışmada herhangi bir sebeple opere olamayan ileri yaş rektum kanseri vakalarında radyoterapi/kemoradyoterapi yaklaşımının çok merkezli uzun dönem sonuçlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada üç farklı üçüncü basamak hastanede 2010-2024 yılları arasında rektum kanseri tanısı ile primer bölgeye yönelik küratif tedavi planı yapılan ve opere edilmeyen 65 yaş ve üzeri hastaların retrospektif analizi yapılmıştır. Hasta ve tümör özellikleri, tedavi ayrıntıları ile takip sonuçları tıbbi kayıtlardan toplanmıştır. Verileri değerlendirmek için sağkalım ve alt grup analizlerini içeren istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 128 hasta (erkek:88, kadın:40) dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 75 (65-94 yıl) idi. Çoğunluğu adenokarsinom histolojisinde (%97,7, n:125) olan hastalarda en sık tümör yerleşim yeri distal rektum olarak saptanmıştır (%52,3). Başvuru anındaki TNM klinik evresine göre en sık T3 (%64), N1 (%50,8), M0 (%89,1), görülürken, tanı sırasında ortalama CEA düzeyi 10,7 (0-117) idi. **(Tablo 1)**

Hastaların çoğunluğu eş zamanlı kemoterapi (KT) alırken (%82), sadece 43 (%33,6) hastaya RT sonrası idame KT verildi. KRT/RT sonrası klinik değerlendirmesine ulaşılabilen 107 hastanın 25 inde (%23,3) klinik tam yanıt (TON0) izlenirken en sık opere olmama nedeni ise hasta tercihi (%63,3) olduğu anlaşılmıştır. Tedavi sonrası sadece 5 hastada (%3,4) grade 3 toksisite (tamamı diyare) görülürken, hiçbir hastada grade 4 toksisite izlenmemiştir.

KRT/RT sonrası ortalama takip süresi 26,5 ay (7-159 ay) idi. Tüm hastalar için radyoterapiden sonraki medyan genel sağkalım (OS) süresi 39 ay iken, 1, 3 ve 5 yıllık OS sırasıyla %91, %53,6 ve %30,2 idi. **(Şekil 1)** Radyoterapiden sonraki medyan hastaliksiz sağkalım (HSK) süresi 41 ay iken, 1, 3 ve 5 yıllık HSK sırasıyla %84,5, %51 ve %38,4 idi. **(Şekil 1)** Tek değişkenli analizlerde daha kısa sağkalım ile ilişkili olan faktörler; tedavi öncesi klinik TNM evresi (p=0,003), yüksek CEA düzeyi (p=0,019), kısa fraksiyonlu tedavi (P<0,000), eş zamanlı KT almamak (P<0,000) ve tedavi sonrası klinik N evresi (p=0,029) idi. Çok değişkenli analizde tedavi öncesi klinik TNM evresi (p=0,024) ve eş zamanlı KT almamak (p=0,05) sağ kalımla ilişkili kalmaya devam etti. **(Tablo 2)** Lokorejyonel kontrol (LRFS) üzerine etkili anlamlı bir faktör bulunamamakla birlikte sadece tedavi sonrası yüksek klinik TNM evresinin (p=0,071) daha kötü LRFS a meyil oluşturduğu tespit edildi. Uzak hastalık kontrolü ile ilişkili faktörler ise tedavi öncesi klinik M evresi (p<0,00) ve KRT/RT sonrası idame KT alma durumu (p=0,037) olarak belirlendi.

Sonuç: Elde edilen veriler, cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı ileri yaş rektum kanseri hastalarında radyoterapi ± kemoterapi uygulamalarının etkin hastalık kontrolü, yüksek sağkalım oranı ve düşük yan

etki profili güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Alt grup analizlerine göre hastaların tedavi planlaması sürecinde göz önünde bulundurulması gereken ve uzun dönem tedavi sonuçlarında etkili hasta/tümör ilişkili pek çok faktör bulunmaktadır. Bu hasta grubunda karar verme sürecini iyileştirmek için non-operatif yaklaşım ile tedavi edilen vakaların onkolojik sonuçlarını ve yaşam kalitelerini inceleyen çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı hastalar; rektum kanseri; non-operatif yaklaşım; kemoradyoterapi

Tablo 1: Hasta ve tedavi özellikleri

| DEĞİŞKENLER | DEĞER | |
|----------------------------------|-------|------|
| | n | % |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 88 | 68,8 |
| Kadın | 40 | 31,2 |
| Performans (ECOG) | | |
| 0 | 26 | 20,3 |
| 1 | 44 | 34,4 |
| 2 | 46 | 35,9 |
| 3 | 12 | 9,4 |
| Lezyon yerleşimi | | |
| Distal | 67 | 52,3 |
| Orta | 39 | 30,5 |
| Proksimal | 22 | 17,2 |
| Başvuru TNM Evresi | | |
| 1 | 5 | 3,9 |
| 2A | 18 | 14,1 |
| 2B | 4 | 3,1 |
| 2C | 3 | 2,3 |
| 3A | 11 | 8,6 |
| 3B | 47 | 36,7 |
| 3C | 26 | 20,3 |
| 4A | 11 | 8,6 |
| 4B | 3 | 2,3 |
| Eş zamanlı KT | | |
| Var | 105 | 82,0 |
| Yok | 23 | 18,0 |
| İdame KT | | |
| Var | 43 | 3,6 |
| Yok | 76 | 59,4 |
| Bilinmiyor | 9 | 7,0 |
| Tedavi sonrası TNM Evresi | | |
| 0 (TON0) | 25 | 19,5 |

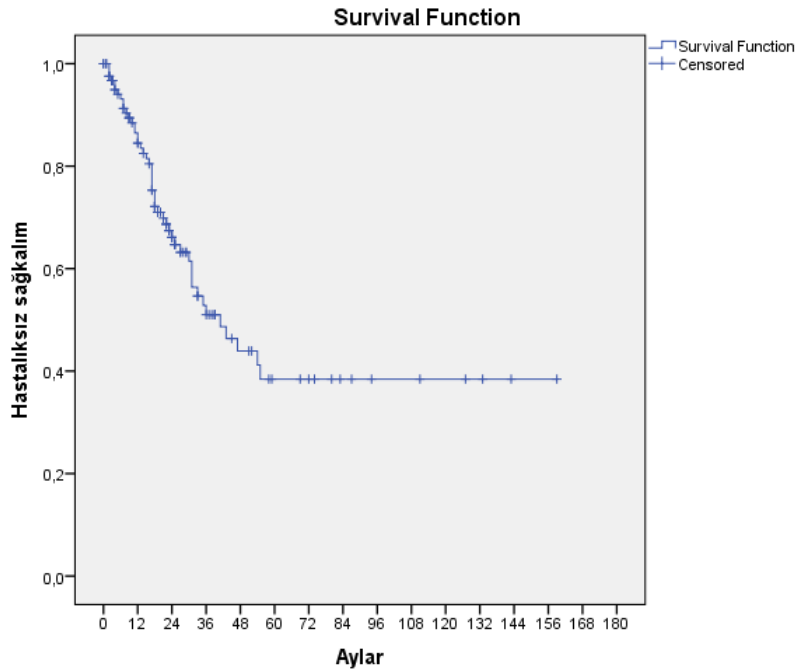
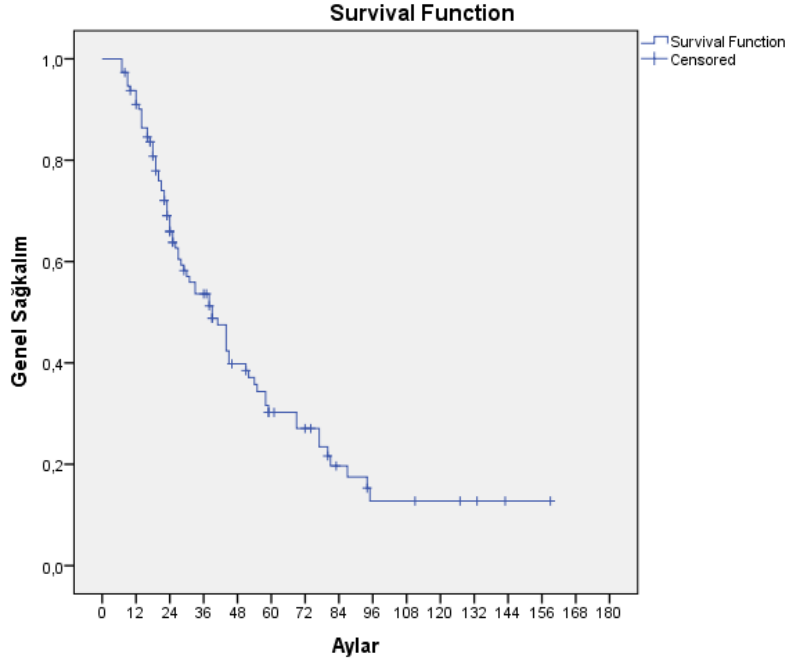
| | | |
|------------------------------|----|------|
| 1 | 28 | 21,9 |
| 2A | 24 | 18,8 |
| 2B | 14 | 10,9 |
| 3A | 2 | 1,6 |
| 3B | 11 | 8,6 |
| 3C | 3 | 2,3 |
| Bilinmiyor | 21 | 16,4 |
| Cerrahi olmama nedeni | | |
| Medikal inoperabl | 13 | 10,2 |
| Hasta isteği | 81 | 63,3 |
| Progresyon ilişkili | 3 | 2,3 |
| Bilinmiyor | 31 | 24,2 |
| Lokorejyonel nüks | | |
| Var | 30 | 23,4 |
| Yok | 98 | 76,6 |
| Uzak nüks | | |
| Var | 34 | 26,6 |
| Yok | 94 | 73,4 |
| Son Durum | | |
| Öldü | 88 | 65,6 |
| Sağ | 44 | 34,4 |

Tablo 2: Genel sağkalım ile ilişkili faktörlerin incelenmesi (tek değişkenli ve çok değişkenli analiz)

| Parametreler | Tek değişkenli | | | | Çok değişkenli | | | |
|---|------------------|-------|--------|-------|----------------|-------|--------|--------|
| | p | HR | 95% CI | | p | HR | 95% CI | |
| Tedavi öncesi klinik TNM evresi 4 vs. 1-2-3 | 0,003 | 3,981 | 1,764 | 8,983 | 0,024 | 4,235 | 1,409 | 12,726 |
| CEA düzeyi >3 vs. ≤3 | 0,019 | 1,938 | 1,115 | 3,369 | 0,200 | | | |
| Fraksiyon (fx) sayısı 5 fx vs. diğerleri | <0,000 | 4,509 | 2,166 | 9,385 | 0,124 | | | |
| Eş zamanlı KT Yok vs. var | <0,000 | 3,198 | 1,777 | 5,758 | 0,050 | 3,338 | 1,001 | 11,150 |
| Tedavi sonrası klinik N evresi N+ vs. N0 | 0,029 | 1,947 | 1,071 | 3,539 | 0,315 | | | |

CI, confidence interval; HR, Hazard ratio

Şekil 1: Radyoterapi sonrası tüm hastaların genel ve hastaliksız sağkalımlarını gösteren Kaplan-Meier grafiği.



SB-4 - SARKOPENİ VE KIRILGANLIK: DEFINİTİF RADYOTERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN PROSTAT KANSERLİ YAŞLI HASTALARDA SAĞKALIMI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Timur Koca¹, Durmuş Ali Çetmi¹, Rahmi Atıl Aksoy², Mehmet Kızılkaya¹, Aylin Fidan Korcum¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya

²İzmir Şehir Hastanesi, İzmir

Giriş ve Amaç: Sarkopeni ve kırılğanlık, hastanın fizyolojik durumunu ve tedavi dayanıklılığını değerlendirmede önemli belirteçlerdir. Önceki çalışmalarda, kemoterapi ve cerrahi gibi çeşitli tedavi yöntemleri uygulanan prostat kanseri hastalarında sarkopeni ve kırılğanlığın prognoz üzerindeki etkisi incelenmiş olmasına rağmen, radyoterapiye (RT) odaklanan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmamızda, definitif RT ile tedavi edilen yaşlı prostat kanserli hastalarda sarkopeni ve kırılğanlığın sağkalıma etkisi değerlendirilmiştir.

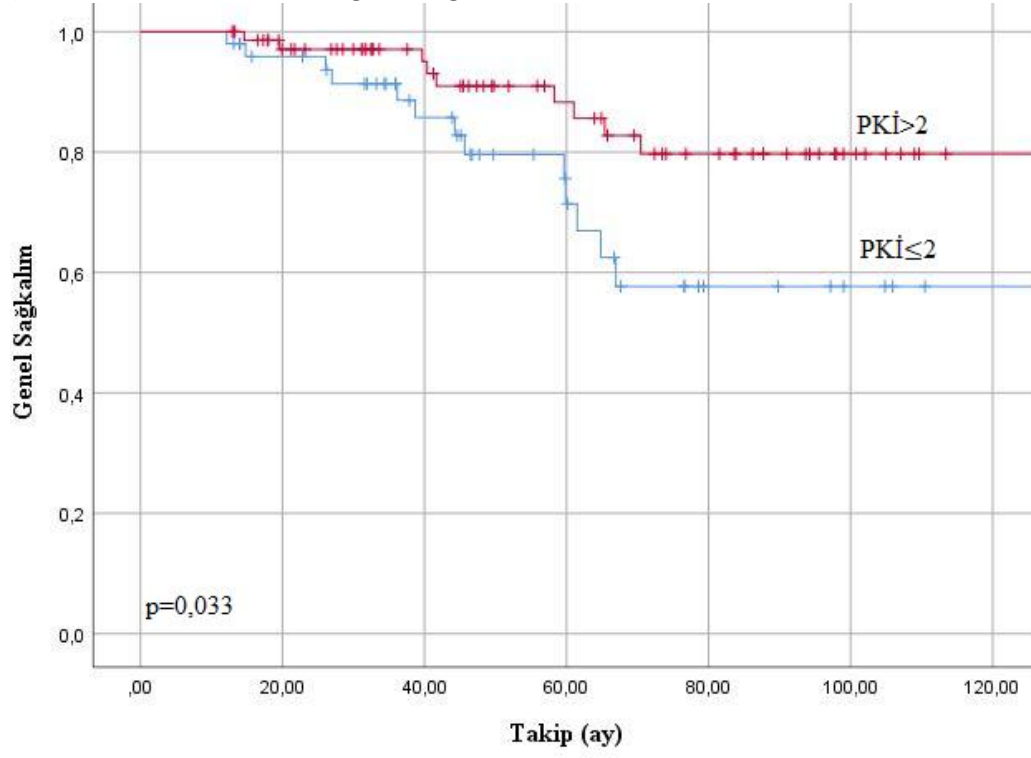
Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2014-Ocak 2023 tarihleri arasında kliniğimizde prostat kanseri nedeniyle definitif RT uygulanmış olan 65 yaş ve üstü toplam 124 hasta dahil edilmiştir. Radikal prostatektomi öyküsü olan veya ağır komorbiditeli hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Kırılğanlığın değerlendirilmesinde 11 komorbidite parametresinden oluşan modifiye kırılğanlık indeksi (mKİ) kullanılmıştır. Sarkopeni belirteçleri olarak ise psoas kas indeksi (PKİ) ve Hounsfield birim ortalama hesaplaması (HBOH) kullanılmıştır. RT simülasyon tomografilerinden dördüncü lomber kemik (L4) ve beşinci lomber kemik (L5) arasındaki psoas kasının ölçümleri değerlendirilmiştir. PKİ için (sağ + sol psoas alanı) / boy² formülü, HBOH için ise [(sağ psoas alanı x yoğunluk) + (sol psoas alanı x yoğunluk)] / total psoas alanı formülü kullanılmıştır. PKİ ve HBOH'nin sınır değerini belirlemek amacı ile ROC analizi yapılmıştır. Tek değişkenli ve çok değişkenli Cox regresyon analizi ile sarkopeni ve kırılğanlık belirteçlerinin progresyonsuz sağkalım (PS) ve genel sağkalım (GS) üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Kaplan Meier yöntemi ile sağkalım eğrileri oluşturulmuş ve p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 72 (aralık, 65-87)'dir ve bu hastaların ortalama takip süresi 48 (aralık, 12-167) aydır. Güncel kılavuzlara göre hastaların %24,2'si düşük riskli, %18,5'i orta riskli, %35,5'i yüksek riskli ve %21,8'i ise çok yüksek riskli prostat kanseri olarak değerlendirilmiştir. mKİ'ne göre değerlendirildiğinde hastaların %47,6'sı kırılğan olarak saptanmıştır. PKİ ve HBOH için sınır değerler sırasıyla 2 ve 37,7 olarak belirlenmiştir. Tek değişkenli analizde PS'yi istatistiksel anlamlı olarak etkileyen faktör bulunmaz iken, PKİ'nin GS'nin istatistiksel anlamlı bir prediktörü olduğu bulunmuştur (p=0,033). PKİ değeri ≤2 olan hastaların 5 yıllık GS'ı %71,4 iken PKİ değeri >2 olan hastaların 5 yıllık GS'ı %85,6'dır (Şekil 1).

Sonuç: PKİ, definitif RT ile tedavi edilen prostat kanserli yaşlı hastalarda GS'yi öngörebilir. Prostat kanserli yaşlı hastaların tedavilerinin yönetiminde ve yaşam beklentisinin değerlendirilmesinde PKİ gibi sarkopeni belirteçlerinin kullanılması düşünülebilir. Tedavi algoritmasında PKİ gibi belirteçlerin yer alabilmesi için çok merkezli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Prostat kanseri, Radyoterapi, Sarkopeni, Kırılğanlık, Sağkalım

Şekil 1. Psoas kas indeksinin genel sağkalıma olan etkisi.



SB-5 - GERIATRİK UNREZEKTABL PANKREAS KANSERİ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ (NLR), LENFOSİT/MONOSİT ORANININ (LMR), PROGNOSTİK NUTRİSYONEL İNDEKSİNİN (PNI) VE MODİFİYE GLASKOW PROGNOSTİK SKORUNUN (MGPS) PROGNOZA ETKİSİ

Gamze Emin¹, Görkem Turhan¹, Evren Fidan¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Trabzon

Giriş ve Amaç: Geriatrik yaş grubunda tanı konulan malignitelerde prognozu etkileyen faktörler, araştırılması gereken önemli bir konudur. Pankreas kanseri de 60 yaş ve üzerinde daha sık görülmektedir. Çalışmamızda Geriatrik Yaş Grubunda Unrezektabl Pankreas Kanseri tanısı ile takipli, patolojik tanısı olan ve en az bir seri kemoterapi tedavisi almış olan hastalarda Nötrofil/Lenfosit Oranının (NLR), Lenfosit/Monosit Oranının (LMR), Prognostik Nutrisyonel İndeksinin (PNI) ve Modifiye Glaskow Prognostik Skorunun(mGPS) prognoza etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Merkezimizde Ocak 2018-Aralık 2020 tarihleri arasında, Unrezektabl Pankreas Kanseri tanısı ile takipli geriatrik yaş grubundaki hastalar değerlendirildi. Dahil edilme kriteri; 65 yaş ve üstü olma, Pankreas malign neoplazmi patolojik tanısı olması, hastalığın unrezektabl olması, en az bir seri kemoterapi almış olması, hasta ve dosya bilgilerine ulaşılabilmesi olarak belirlendi. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri; ek malignite(iki primer kanser) tanılı olmak, kemoterapi almamış olması ve patolojik tanısı olmaması olarak belirlendi. Veriler SPSS programı ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Dahil edilme ve dışlama kriterleri uygulandıktan sonra Toplamda 31 hasta çalışma kapsamında değerlendirildi. 17 hasta erkek(%54,8), 13 hasta kadın (%45,2) idi. Hastaların median yaşı 73 (65-90) olarak saptandı. Hastaların 25'inde (% 87,5); tanı anında uzak metastaz vardı. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1' de gösterilmektedir.

Tüm popülasyonda median PFS 3,9 ay (%95 CI 1,3-6,4), median OS 7,2 ay (%95 CI 4,7-9,7) olarak saptandı. $NLR \geq 2,6$ olan hastalarda median PFS 4,5 ay (%95 CI 1,0-7,9), $NLR < 2,6$ olan hastalarda ise 3,8 ay (%95 CI 2,6-5,0), ($p=0,57$) olarak saptandı. $LMR \geq 3,4$ olan hastalarda median PFS 3,8 ay (%95 CI 0-7,7), $LMR < 3,4$ olan hastalarda ise 4,5 ay (%95 CI 0,7-8,2), ($p=0,92$) olarak saptandı. $PNI \geq 43$ olan hastalarda median PFS 3,9 ay (%95 CI 1,1-6,6), $PNI < 43$ olan hastalarda ise 3,2 ay (%95 CI 0-7,2), ($p=0,61$) olarak saptandı. mGPS skoru 0 olan hastalarda median PFS 3,9 ay (%95 CI 0,7-7,0), mGPS skoru 1 olan hastalarda 3,2 ay (%95 CI 0-8,8), mGPS skoru 2 olan hastalarda ise 1,6 ay (%95 CI 0-4,9), ($p=0,42$) olarak saptandı. $NLR \geq 2,6$ olan hastalarda median OS 7,9 ay (%95 CI 6,7-9,4), $NLR < 2,6$ olan hastalarda ise 5,9 ay (%95 CI 2,9-9,4), ($p=0,83$) olarak saptandı. $LMR \geq 3,4$ olan hastalarda median OS 7,9 ay (%95 CI 0-19,6), $LMR < 3,4$ olan hastalarda ise 7,2 ay (%95 CI 5,1-9,3), ($p=0,26$) olarak saptandı. $PNI \geq 43$ olan hastalarda median OS 7,9 ay (%95 CI 5,4-10,4), $PNI < 43$ olan hastalarda ise 4,5 ay (%95 CI 0-11,5), ($p=0,16$) olarak saptandı. mGPS skoru 0 olan hastalarda median OS 8,2 ay (%95 CI 4,1-12,3), mGPS skoru 1 olan hastalarda 7,2 ay (%95 CI 2,8-11,6), mGPS skoru 2 olan hastalarda ise 2,5 ay (%95 CI 0-5,1), ($p=0,06$) olarak saptandı. Hastaların sağkalım eğrileri Şekil 1, Şekil 2 ve Şekil 3'de gösterilmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda Geriatrik Unrezektabl Pankreas Kanseri tanılı PNI skorunun 43 ün altında olan ve mGPS skorunun yüksek olan hastalarda sağkalım süreleri sayısal olarak daha kısa izlenmiştir ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca ulaşmamıştır. PNI skorunun düşük olması ve mGPS skorunun yüksek

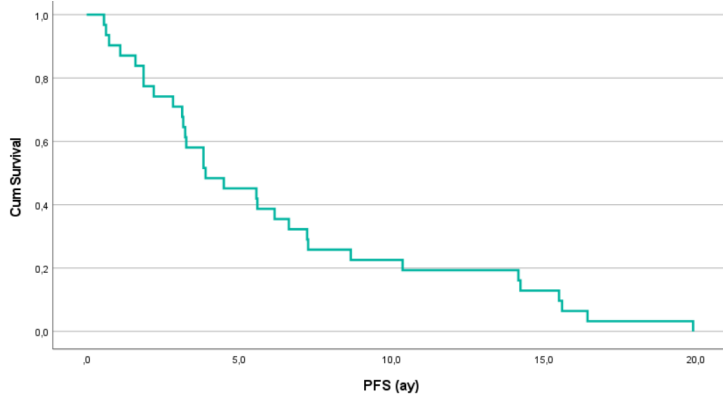
olması literatür ile benzer olarak kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Gelecekte fazla sayıda geriatric hasta içeren çalışmalar ile bu skorlamaların prognostik etkisinin daha ayrıntılı araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Geriatrik, Pankreas, PNI, mGPS

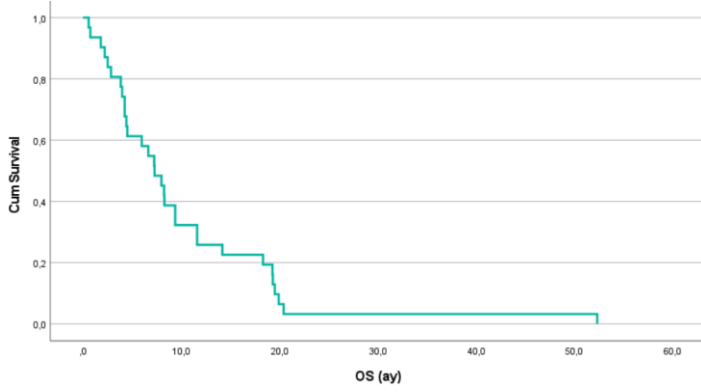
BULGULAR

| Tablo 1. Olguların klinik ve demografik özellikleri | | |
|---|----------------|-----------|
| Değişken | Sayı (n=31) | Yüzde (%) |
| Yaş median (min-maks) | 73 (65-90) | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 14 | 45.2 |
| Erkek | 17 | 54.8 |
| Uzak Metastaz | | |
| Yok | 6 | 12.5 |
| Var | 25 | 87.5 |
| Ölüm | | |
| Yok | 0 | 0 |
| Var | 31 | 100 |
| NLR median (min-maks) | 3.1 (1.8-13.0) | |
| LMR median (min-maks) | 2.2 (0.3-7.2) | |
| mGPS median (min-maks) | 1 (0-2) | |
| PNI mean \pm ss | 46.6 \pm 5.6 | |

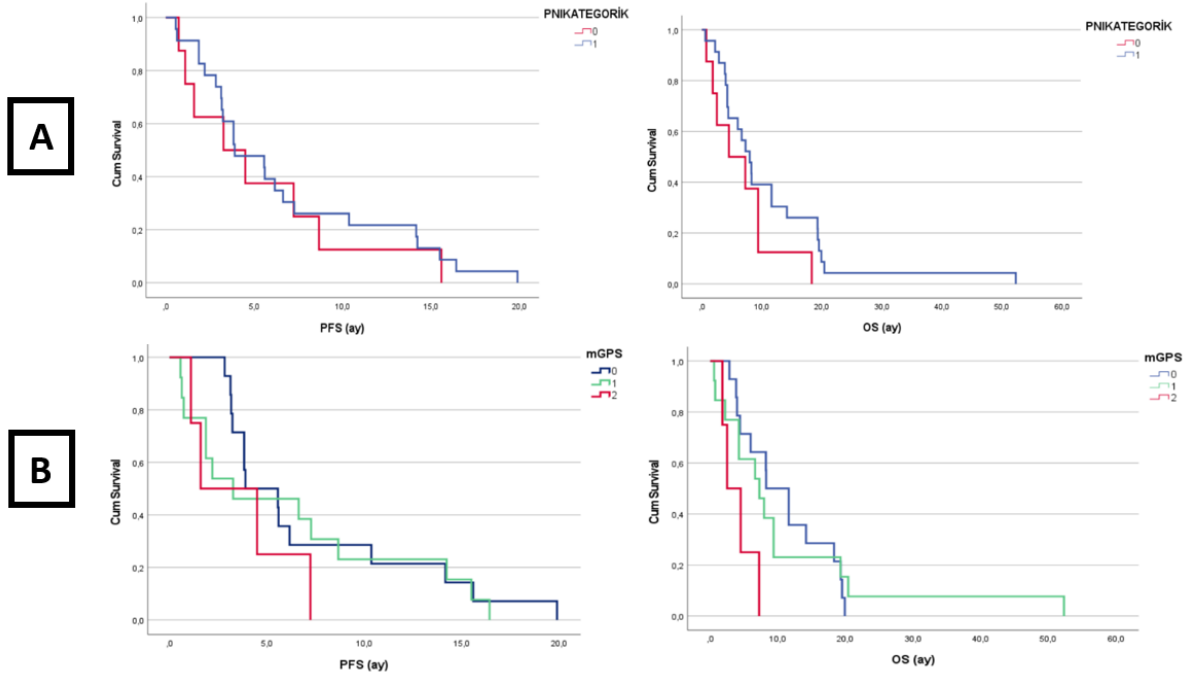
NLR:Nötrofil Lenfosit Oranı LMR:Lenfosit Monosit Oranı MGPS:Modifiye Glaskow Prognostik Skoru
PNI:Prognostik Nutrisyonel İndex



Şekil 1. Tüm olguların hastaliksız sağkalım (PFS) eğrisi
Tüm hastalarda median PFS 3.9 ay (%95 CI 1.3-6.4)



Şekil 2. Tüm olguların genel sağkalım (OS) eğrisi
Tüm hastalarda median OS 7.2 ay (%95 CI 4.7-9.7)



Şekil 3. A-Hastaların PNI skoruna göre PFS-OS Kaplan-Meier Eğrileri ; B-Hastaların mGPS skoruna göre PFS-OS Kaplan-Meier Eğrileri

SB-6 - 70 YAŞ VE ÜZERİ IDH WİLDE-TİP GRADE4 ERİŞKİN TİP DİFFÜZ GLİOMALI HASTALARDA SAĞ KALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Asım Armağan Aydın¹, Ahmet Ünlü¹, Kamuran Yüceer²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Antalya*

²*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kayseri*

Giriş ve Amaç: Glioblastoma Multiforme (WHO 2021 yeni sınıflamasına göre IDH wilde erişkin tip grade 4 diffüz glioma), santral sinir sistemi tümörleri içerisinde agresif seyri, yüksek rekürrens oranları, düşük tedavi yanıtları ve 9-15 ay median sağ kalım oranları ile ölümcül seyreden bir tümördür [1]. Son yıllarda özellikle immünoterapi ve hedefe yönelik ajanları içeren yoğun klinik çalışmalara rağmen etkili tedavi yöntemlerinin kısıtlı olduğu bir alanı temsil etmektedir. IDH ve MGMT gibi tedavi yanıtlarını ve prognozu öngörebilen bir takım yeni moleküler keşiflere rağmen özellikle progresyonda cerrahi ve medikal tedavilerin etkinliği düşüktür [2]. Bu çalışma temelinde, dar bir kohortu içeren 70 yaş ve üstü geriatric popülasyonda yer alan glioblastomalı hastaların klinik gidişi ve genel sağ kalım sonuçlarını etkileyen sosyodemografik ve kliniko-patolojik verileri araştırmayı hedefledik.

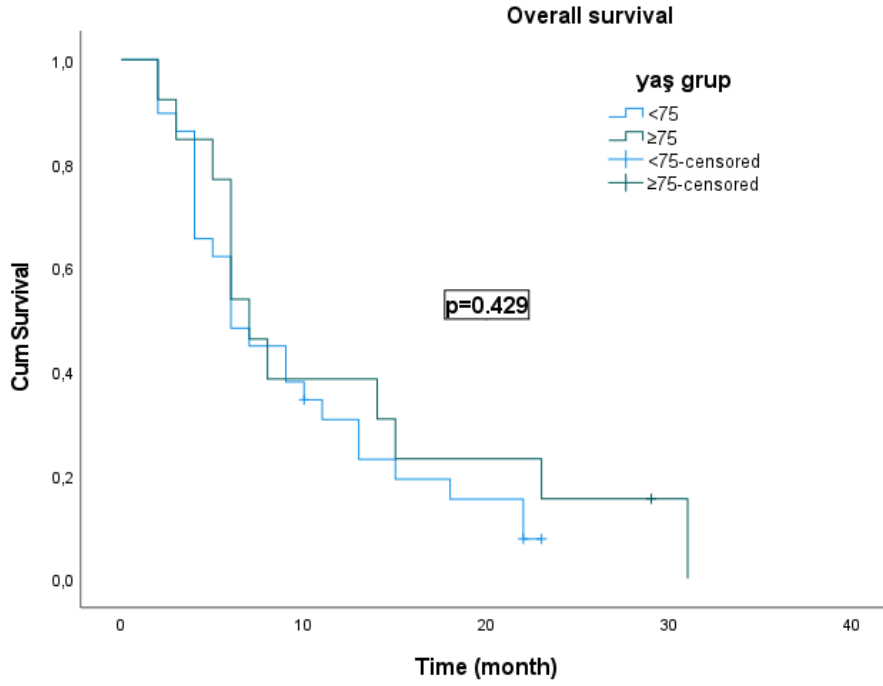
Gereç ve Yöntem: 2014 Ocak ve 2023 nisan tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji departmanında takip edilen patolojik olarak doğrulanmış glioblastoma tanısı alan 70 yaş ve üstünde hastalar retrospektif olarak tarandı. Herhangi bir nedenle cerrahi rezeksiyon uygulanamayan ve IDH mutasyonu pozitif olan (WHO 2021 yeni sınıflamasına göre farklı kategoride yer aldığından) hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Final analizde 42 hastadan oluşan kohort 75 yaş altı ve üstü gruplara ayrılarak demografik, kliniko-patolojik, radyolojik özellikler ve sağ kalım açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya kohortunun median yaşı 73 (70-86) yılı. Yetmiş beş yaş altı 29(%79), 75 yaş ve üzeri ise 13(%31) hasta vardı. Cerrahi öncesi MR ile değerlendirilen median tümör boyutu 44.5 (18-76) mm'idi. Hastaların 22'si (%52.7) erkek, 20'si (%47.3) kadındı. ECOG PS'leri %64.2'sinde 0-1, %35.8'nde 2 idi. On üç vakada en az bir komorbid hastalık eşlik ederken, 14 olguda sigara içme öyküsü vardı. Olguların 5'ini (%11.9) ikincil GBM vakaları oluşturmaktaydı. Tümör lateralizasyonu homojen dağılım gösterdi. En sık lokalizasyon pariyetal lobda (%40.5) iken en az oksipital lobda (%9.5) izlendi ve literatürle uyumluydu [3]. Cerrahi prosedür olarak 26 (%61.9) olguda subtotal rezeksiyon, 16(%38.1) olgu da ise gros total rezeksiyon yapıldı. Tümörlerin %76.2'si tek odaklı iken, %23.8'i multifokal gözlendi. Otuz beş hastada radyoterapi, 25 hastada ise kemoterapi tedavisi uygulandı. ATRX kaybı 7 (%16.7) olguda izlendi. Hastaların tamamında takip süresinde progresyon saptandı ve 38 vaka exitus olarak raporlandı. Yetmiş beş yaş altı ve üzeri olarak sınıflanan gruplar ile klinik verileri arasında yalnızca komorbidite ile anlamlı ilişki bulundu (p=0.029). Tüm kohort için hesaplanan median PFS 6 (2-23) ay, OS ise 8 (2-31) aydı. Yetmiş beş yaş altı grupta PFS daha uzun gözlenirken, 75 yaş ve üzeri grupta ise OS daha uzun saptandı, fakat bulgular istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p>0.05).

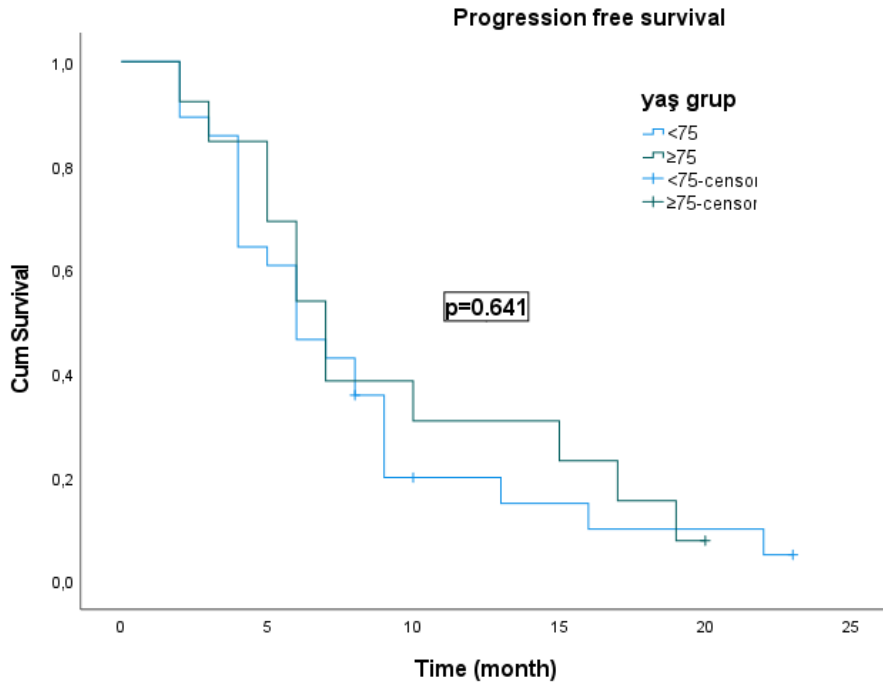
Tablo 1: 70 yaş ve üzeri IDH wilde-tip glioblastoma hastalarının demografik, kliniko-patolojik ve radyolojik özelliklerinin 75 yaş altı ve üstü gruplara göre dağılımı (n=42)

| Değişkenler | | <75 yaş | ≥ 75 yaş | p |
|---------------------|-----------|-----------|------------|--------------|
| | | n, (%) | n, (%) | |
| Cinsiyet | Erkek | 17 (58.6) | 5 (38.5) | 0.191 |
| | Kadın | 12 (41.4) | 8 (61.5) | |
| Komorbidite | Yok | 12 (41.4) | 1 (7.7) | 0.029 |
| | Var | 17 (58.6) | 12 (92.3) | |
| Sigara alışkanlığı | Yok | 18 (62.1) | 10 (76.9) | 0.282 |
| | Var | 11 (37.9) | 3 (23.1) | |
| İkincil GBM | Yok | 24 (82.8) | 13 (100.0) | 0.140 |
| | Var | 5 (17.2) | 0 (0.0) | |
| ECOG PS | 0-1 | 19 (65.5) | 8 (61.5) | 0.472 |
| | 2 | 10 (34.5) | 5 (38.5) | |
| Lateralizasyon | Sol | 12 (41.4) | 9 (69.2) | 0.090 |
| | Sağ | 17 (58.6) | 4 (30.8) | |
| Lokasyon | Pariyetal | 10 (34.5) | 7 (53.8) | 0.398 |
| | Frontal | 7 (24.1) | 3 (23.1) | |
| | Temporal | 10 (34.5) | 1 (7.7) | |
| | Oksipital | 2 (6.9) | 2 (15.4) | |
| Tümör odak sayısı | Solid | 20 (69.0) | 12 (92.3) | 0.102 |
| | Multiple | 9 (31.0) | 1 (7.7) | |
| Cerrahi prosedür | STR | 17 (58.6) | 9 (69.2) | 0.382 |
| | GTR | 12 (41.4) | 4 (30.8) | |
| ATRX kaybı | Yok | 24 (82.8) | 11 (84.6) | 0.630 |
| | Var | 5 (17.2) | 2 (15.4) | |
| Adjuvan rt | Yok | 5 (17.2) | 2 (15.4) | 0.630 |
| | Var | 24 (82.8) | 11 (84.6) | |
| Adjuvan temozolomid | Yok | 13 (44.8) | 4 (30.8) | 0.305 |
| | Var | 16 (55.2) | 9 (69.2) | |

Kısaltmalar: GBM, glioblastoma multiforme; ECOG PS, Eastern Collaborative Oncology Group performance status; ATRX, alpha-thalassemia/mental retardation syndrome X-linked; STR, subtotal rezeksiyon; GTR, gros total rezeksiyon.



Figür1: 75 yaş altı ve üstü gruplara göre sınıflanan IDH wilde erişkin tip diffüz glioma hastalarının sağ kalımını gösteren Kaplan-Meier eğrisi



Figür 2: 75 yaş altı ve üstü gruplara göre sınıflanan IDH wilde erişkin tip diffüz glioma hastalarının progresyonsuz sağ kalımını gösteren Kaplan-Meier eğrisi

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen veriler geriatrik glioblastomalı hastalarda eşlik eden komorbiditelerin genel sağ kalımı olumsuz etkilediği fikrini desteklemektedir. 75 yaş altı ve üstü iki ayrı grupta klinik sonuçların birbirine benzerlik gösterdiğinden sözedilebilir. Temelde sağ kalım sonuçlarına

etkileri iyi bilinen cinsiyet, performans skoru düşüklüğü ve sigara alışkanlığı gibi etkenlerin geriatrik popülasyonda nispeten etkisinin daha az olduğu yorumu çıkarılabilir. Yine yaşlı glioblastoma hastalarında tümörün lateralizasyonu ve lokasyonu gibi faktörlerin genel yaş grubu ile çok fazla değişkenlik göstermediği, 70 yaş üstü hastalarda radyoterapi tolerabilitesinde belirgin bir değişiklik gözlenmezken, adjuvan tedavide verilen temozolomide tolerasyonun daha düşük olduğu sonucuna varıldı. Geriatrik popülasyonda olası komorbiditeler nedeniyle total cerrahi rezeksiyon oranlarının genel popülasyona göre daha düşük seyretmesi yanında, 75 yaş üstü grupta solid tümör insidansı nispeten yüksek olsa da bu durumun gros total rezeksiyon oranlarına yansımadağı görüldü. Yine de, prospektif olarak tasarlanan ve daha geniş kohortu içeren araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: erişkin-tip diffüz glioma, glioblastoma multiforme, IDH wilde-tip, santral sinir sistemi tümörleri, sağ kalım

S-7 - ENDOMETRİUM KANSERİ TANILI HASTALARDA RADYOTERAPİ ÖNCESİ GERİATRİK DEĞERLENDİRMENİN TEDAVİ TOKSİSİTESİNE ETKİSİ

Burcu Alan¹, Tuğba Turgut¹, Züleyha Akgün^{2,3}

¹*Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Antalya*

²*Memorial Şişli Hastanesi, İstanbul*

³*Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul*

Amaç: Bu prospektif kohort çalışmanın amacı, endometriyal kanserli (EK) yaşlı hastalarda global sağlık durumu değerlendirme araçlarının tedavi toksisitesi üzerindeki prognostik etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve yöntemler: 65 yaş üstü EK'li kadınlarda radyoterapi öncesi kırılgnlık durumu G8 geriatric screening tool (G8 Score), Lee Schonberg prognostic index (Lee-index), Charlson comorbidity index (CC-Index), SARC-F Screen for Sarcopenia, Skeletal muscle mass index (SMI) ile değerlendirildi. Tedavi sırasında ve sonrasındaki toksisite CTCAE, version 5.0 ile değerlendirildi.

Çalışmamızda kliniğimize başvuran 65 yaş üstü Endometrium kanseri tanılı hastalara tedavi öncesi 1.hafta da G8 geriatric screening tool (G8 Score), Lee Schonberg prognostic index (Lee-index), Charlson comorbidity index (CC-Index) Geriatri Uzmanı tarafından değerlendirildi. G8 geriatric screening tool (G8 Score), SARC-F Screen for Sarcopenia, Skeletal muscle mass index (SMI) ise Radyasyon Onkoloji Uzmanı tarafından değerlendirildi. Hastaların radyoterapi sırasındaki ve sonrasındaki 5.hafta, 3.ay, 6. Aydaki yan etkileri CTCAE, version 5.0 skorlaması ile testi Radyasyon Onkoloji Uzmanı tarafından yapıldı. Radyoterapi sonrasında 6. ayda ayrıca SARC-F Screen for Sarcopenia, Skeletal muscle mass index (SMI) testi yapıldı.

İlk değerlendirmede Body mass index, Karnofsky performance score, Komorbiditeler, kullandığı ilaçlar, Hemoglobin, Albümin, TNM, Grade, Cerrahide lenf nodu diseksiyonu, kemoterapi protokolleri de değerlendirme kriterlerine eklendi.

Bulgular: 2024 yılı içinde kliniğimizde opere edilen ve radyoterapi endikasyonu olan toplam 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Her iki uzman doktor tarafından değerlendirilen SARC-F, G8 testleri skorları ile 5.hafta, 3.ay, 6.ay toksisiteyi arasında istatistiksel ilişki gözlenmemiştir(p:0.09, 0.07, 0.4). Farklı disiplinler tarafından değerlendirilen test skorları arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan fark mevcuttur(p:0.09).

RT öncesi albümin ile RT sonrası albümin düzeyleri arasında %20'den fazla fark gözlenen hastaların 3.ay toksisiteyi daha yüksek bulunmuştur(p: 0.05).

Sonuçlar: Çalışmaya hasta alımı devam etmektedir. Yaşlı kanser hastalarının bireysel hassasiyetini tahmin etmek için kırılgnlık durumunun değerlendirilmesi, radyoterapi planlarının bireyselleştirilmesi açısından faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Endometrium karsinomu, Kırılgnlık; G8 testi; Toksisite, Radyoterapi

SB-8 - SOLİD KANSER TANILI RADYOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN YAŞLI HASTALARDA GERİATRİK ONKOLOJİK TARAMA VE GERİATRİK DEĞERLENDİRMENİN PREDİKTİF DEĞERİ: PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA - ÖN SONUÇLAR

Emin Mammadov¹, Emine Canyılmaz¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Trabzon

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, ilk defa radyoterapi tedavisi gören solid kanser tanısı almış yaşlı hastalarda geriatrik tarama ve Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmenin (KGD) tedavi süreçleri ve sonuçları üzerindeki prediktif değerini değerlendirmektir. Etik kurul onayına dayanarak, bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun şekilde yürütülecektir. Hastaların tedaviye verdikleri yanıtları, yaşam kalitelerini ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmek için Geriatrik 8 (G8) kırılma skoru kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesi değerlendirmesi EORTC QLQ-C30 anketi ile yapılmış olup, bu anket radyoterapi öncesi ve radyoterapi sonrası 3., 6., 9. ve 12. aylarda uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif kohort çalışması, Haziran 2023 ile Ekim 2024 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde yerel etik kuruldan (2023/94,08.05.2023) onay alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, 70 yaş ve üzeri solid kanser tanısı almış toplam 153 yaşlı hasta dahil edilmiştir. Hastalar, kırılma (G8 \leq 14) veya kırılma olmayan (G8 $>$ 14) olarak sınıflandırılmıştır. Demografik ve klinik özellikler **Tablo 1**'de özetlenmiştir. Kırılmanın sağkalım üzerindeki etkisine yönelik Cox regresyon analizi **Tablo 2**'de sunulmuştur.

Bulgular: 153 hastanın %81.7'si kırılma olarak sınıflandırılmıştır. Ortalama yaş 74.5 olup, hastaların %60.8'i erkektir. Hastaların çoğunluğuna konvansiyonel radyoterapi (%75.2) uygulanmış, %22.9'una eşzamanlı kemoterapi verilmiştir (**Tablo 1**). Kırılma hastalar ile kırılma olmayan hastalar arasında tedavi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Ayrıca, kırılma hastaların %10.5'ine radyoterapi tedavileri sırasında beş günden fazla ara verilmiştir. **EORTC QLQ-C30** anket sonuçlarının gruplar arası yapılan karşılaştırmasında, 3. ayda anlamlı fark gözlenmezken, 6. ayda kırılma hastaların yaşam kalitesindeki düşüş belirgin olmuştur. **p = (0.043)** . (**Tablo 2**). (**Şekil 1**).

Cox regresyon analizi, kırılmanın radyoterapi uygulanan hastalarda genel sağkalım üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (**p = 0.040**) . (**Tablo 3**). (**Şekil 2**).

Sonuç: Bu ön sonuçlar, geriatrik kırılmanın yaşlı kanser hastalarının radyoterapi tedavi toleransı ve sağkalımı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. KGD'nin rutin klinik uygulamalara entegre edilmesi, yaşlı hastaların tedavi planlamasında daha etkili stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir. Devam etmekte olan çalışmamızın nihai sonuçları hasta alımı tamamlandığında kapsamlı analizlerle raporlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik onkoloji, kırılma, radyoterapi, yaşam kalitesi, sağkalım,

Tablolar ve Şekiller

Tablo 1. Demografik ve Klinik Özellikler Tablosu

| Özellik | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|--|-------------|-----------|
| Ortalama Yaş (Yıl) | 74.5 | - |
| Cinsiyet | | |
| - Erkek | 93 | 60.8 |
| - Kadın | 60 | 39.2 |
| Kırılganlık (G8 Skoru) | | |
| - Kırılgan (G8 ≤ 14) | 125 | 81.7 |
| - Kırılgan Değil (G8 > 14) | 28 | 18.3 |
| Karnofsky Performans Skoru | | |
| > 70 | 119 | %77.78 |
| ≤ 70 | 34 | %22.22 |
| Kanser Evresi | | |
| - Evre I | 5 | 3.3 |
| - Evre II | 23 | 15.0 |
| - Evre III | 29 | 19.0 |
| - Evre IV | 49 | 32.0 |
| Tedavi Türü | | |
| - Konvansiyonel RT | 115 | 75.2 |
| - SBRT | 8 | 5.2 |
| - Palyatif RT | 26 | 17.0 |
| - SRS/SRT | 3 | 2.0 |
| Eşzamanlı Kemoterapi | | |
| - Karboplatin-Paklitaksel | 14 | 9.2 |
| - Leuprorelin-Bikalutamid Asetat | 20 | 13.1 |
| - Kapesitabin | 17 | 11.1 |
| - Temozolomid | 4 | 2.6 |
| Radyoterapi Durdurma | | |
| - Evet | 2 | 1.3 |
| - Hayır | 151 | 98.7 |
| Radyoterapi Kesintisi (>5 gün) | 16 | 10.5 |
| Alkol Kullanımı | | |
| - Evet | 18 | 11.8 |
| - Hayır | 135 | 88.2 |
| Sigara Kullanımı | | |
| - Evet | 45 | 29.4 |

| Özellik | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|----------------------------------|-------------|-----------|
| - Hayır | 108 | 70.6 |
| Komorbidite Durumu | | |
| - Var | 92 | 60.1 |
| - Yok | 61 | 39.9 |
| Radyoterapi Sonrası Durum | | |
| - Yaşıyor | 113 | 73.9 |
| - Ex | 40 | 26.1 |

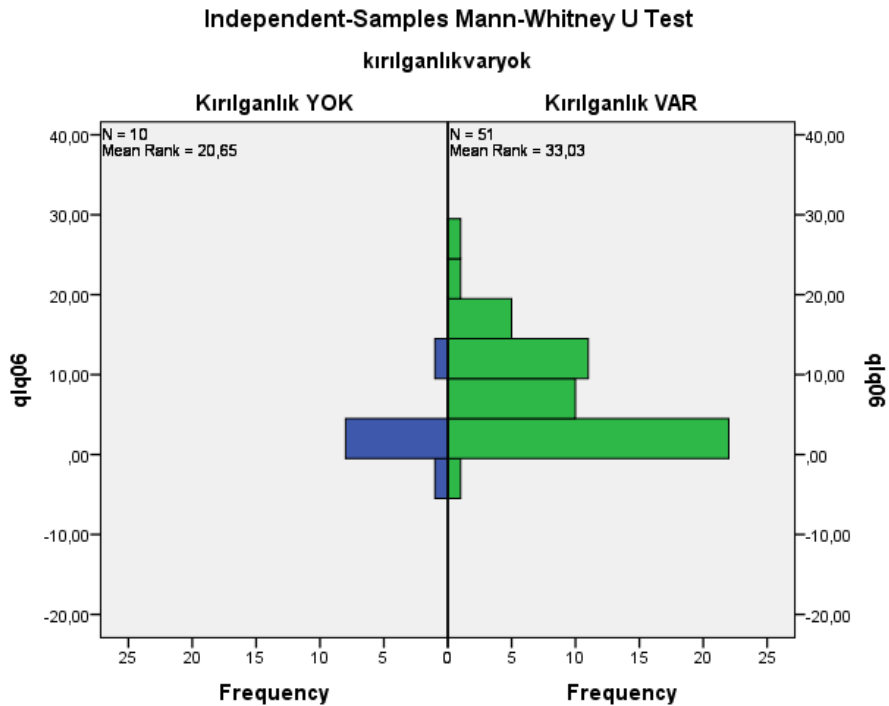
Tablo 2: Gruplar Arası Karşılaştırmalar

| Değişken | Mann-Whitney U | p-değeri (2-tailed) |
|---------------------|----------------|---------------------|
| QLQ-30C Skoru 3. Ay | 1.037.000 | 0.078 |
| QLQ-30C Skoru 6. Ay | 358.500 | 0.043 |

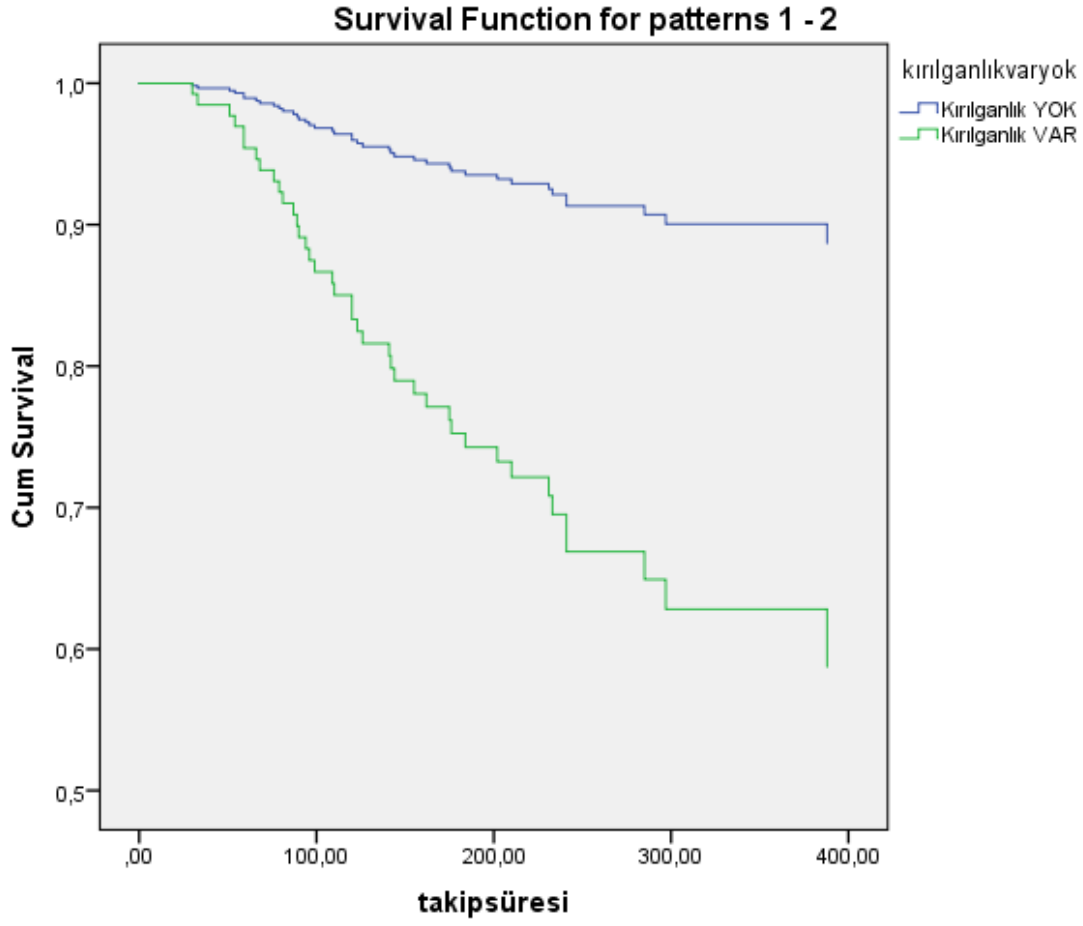
Tablo 3: Sağkalım İçin Cox Regresyon Analizi

| Değişken | B | SE | Wald | p-değeri | Exp(B) | 95% CI (Alt) | 95% CI (Üst) |
|----------------------|-------|-------|-------|----------|--------|--------------|--------------|
| Kırılgnlık (G8 ≤ 14) | 1.490 | 0.726 | 4.214 | 0.040 | 4.435 | 1.070 | 18.392 |

Şekil 1.



Şekil 2: Kırılgnlık Durumuna Göre Sağkalım Fonksiyonu



SB-9 - GENÇ VE GERIATRİK YAŞ GRUBU BAŞ BOYUN KANSERİ HASTALARINDA METABOLİZMA YAŞININ RADYOTERAPİ SIRASINDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ: BİR PİLOT ÇALIŞMA

Sedef Bilgin Çağlayan¹, Dilek Gül¹, Zehra Kazancı², **Beste Atasoy²**

¹*SB-Marmara Üniversitesi Pendik EAH, İstanbul*

²*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Metabolizma yaşı, bazal metabolizma hızının (BMR) aynı kronolojik yaştaki insanların ortalama BMR değerleriyle karşılaştırılması sonucu elde edilen bir değerdir. Bazal metabolizma hızı, bedenin dinlenme durumunda harcadığı minimum kalori miktarıdır. Yağsız kas kütlesi miktarı yüksek olan kişilerde bazal metabolizma hızı yüksektir ve aynı kronolojik yaştaki kişilere göre metabolizma yaşları düşüktür. Bu çalışmada baş boyun kanseri tanısıyla radyoterapi alan genç ve yaşlı hastalarda metabolizma yaşının tedavi başı ve sonu arasındaki değişiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Aralık 2022 ve Ekim 2023 tarihleri arasında tedavi görmüş, haftalık nütrisyonel takipleri yapılmış 28 hastadan verileri eksiksiz olan 18'i (n=9, ≥65 yaş) analizlere dahil edildi. Hasta, hastalık ve tedavi özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. İncelenen hastaların altısı postop, geri kalanı definitif endikasyonla volümetrik ayarlı ark tekniği medyan 66 Gy (60-68 Gy) radyoterapi almıştı. İki hasta dışında tüm hastalara eş zamanlı sisplatin (40 mg/m²/haftalık) uygulanmıştı. Tüm hastalar haftalık olarak hekim ve diyetisyen tarafından değerlendirilmiş, yan etkilere bağlı medikasyon uygulanmıştı. Hastaların haftalık beden kompozisyonu değişimi TANITA BC-420MA cihazında ölçülerek kaydedildi.

Bulgular: Tüm hastalarda tedavi planlandığı şekilde tamamlandı ve hastalık progresyonu izlenmedi. Genç (medyan yaş: 53) ve yaşlı (medyan yaş: 73) hastalarda tedavi başı ve sonu arasındaki performans (KPS), BKİ ve metabolizma yaşı, yüzde yağsız kas ve yüzde toplam yağ değişimine ait sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir. Tedavi sonu her iki yaş grubunda tarama puanları ve BKİ anlamlı olarak kötüleşmişti. Buna karşılık, metabolizma yaşı genç hastalarda radyoterapi sonu anlamlı olarak iyileşirken (p=0.007) geriatric grupta herhangi bir değişim olmadı (p=0.438).

Sonuç: Metabolik yaş, kişinin genel sağlık durumuyla ilgili beden kütle indeksi (BKİ) gibi fikir veren bir değer olup tek başına anlamlı değildir. Malignite tanılı hastalarda, radyoterapiye bağlı değişimlerde ve prognozdeki yerine dair literatürde yeterli veri yoktur. Çalışmamız retrospektif bir pilot çalışma niteliğinde olup, metabolizma yaşında kronolojik olarak yaşlı hastalarda radyoterapi sonunda herhangi bir iyileşme olmadığı gözlenmiştir. Konuyla ilgili araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Baş boyun kanseri, geriatric, metabolizma yaşı, nütrisyon, radyoterapi

Tablo 1. Hasta, hastalık ve tedavi özellikleri (n=18)

| | <i>n (%)</i> |
|-----------------------|------------------------|
| Tanı | |
| Larenks | 7 (38,8) |
| Nazofarenks | 3 (16,6) |
| Oral kavite | 3 (16,6) |
| Sinonazal | 2 (11,1) |
| Orofarenks | 2 (11,1) |
| Tükürük bezi | 1 (5,8) |
| Evre | |
| I-II | 6 (33) |
| III-IV | 12 (66) |
| Cinsiyet | |
| Erkek | 15 (83,3) |
| Kadın | 3 (16,7) |
| | Medyan (aralık) |
| Yaş (yıl) | 64 (26-89) |
| Radyoterapi dozu (Gy) | 66 (60-68) |
| Eş zamanlı kemoterapi | 12 (66) |
| KPS-RT başı | 80 (70-90) |
| KPS-RT sonu | 80 (70-90) |

Tablo 2. Bulguların yaş gruplarına göre dağılımı ve istatistiksel özellikleri

| | <65 yaş <i>n=9</i> | | ≥65 yaş <i>n=9</i> | |
|-----------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| Evre | | | | |
| I-II | 2 (22,2) | | 4 (44,4) | |
| III-IV | 7 (77,8) | | 5 (55,6) | |
| | Medyan | | | |
| Kronolojik yaş | 56 (26-63) | | 73 (66-89) | |
| | Medyan (aralık) | <i>p</i> | Medyan (aralık) | <i>p</i> |
| KPS-RT başı | 90 (70-90) | 0.447 | 80 (80-90) | 0.004 |
| KPS-RT sonu | 80 (70-90) | | 70 (70-80) | |
| | Ortalama ± SS | <i>p</i> | Ortalama ± SS | <i>p</i> |
| SGA puanı-RT başı | 3,77±3,49 | 0.006 | 7,55±6,34 | 0.014 |
| SGA puanı-RT sonu | 10,22±3,66 | | 14,0±4,71 | |
| BKI-RT başı | 27,05±2,27 | 0.006 | 25,56±4,50 | 0.018 |
| BKI- RT sonu | 25,26±2,32 | | 23,61±4,24 | |
| MY-RT başı | 53,77±11,60 | 0.007 | 63,22±12,15 | 0.438 |
| MY-RT sonu | 46,11±10,43 | | 61,88±11,67 | |
| Yağsız kas kaybı (%) | 2,54±4,32 | - | 2,01±2,55 | - |
| Yağ kaybı (%) | 3,35±3,27 | - | 2,33±2,98 | - |

SB-10 - SOLİD ORGAN MALİGNİTESİ TANILI GERİATRİK HASTALARDA ECOG SKORUNA GÖRE GERİATRİK SENDROMLARIN SIKLIĞI

Tural Guliyev¹, Betül Toru¹, Pınar Soysal¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

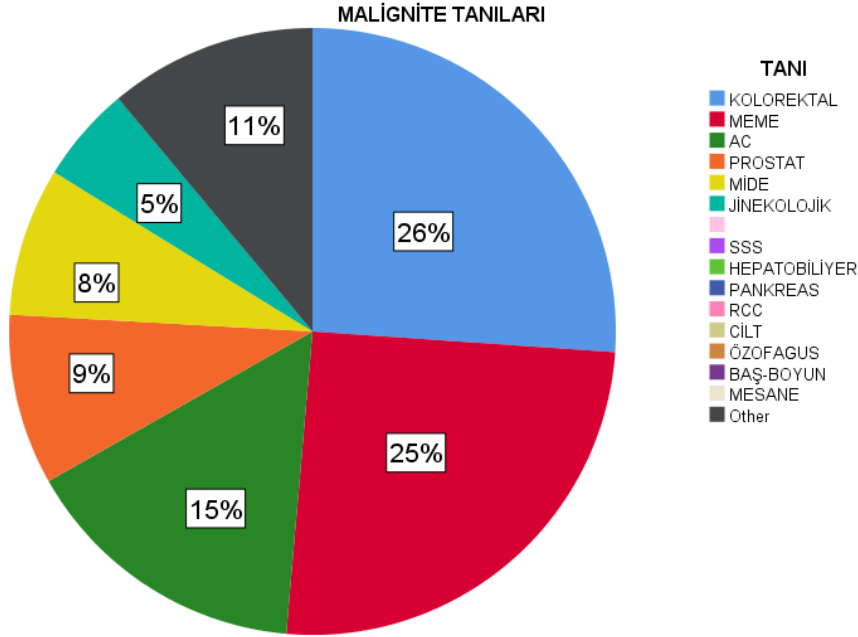
Giriş: Geriatrik sendromlar, kansersiz olanlara göre yaşlı kanser hastalarında daha yaygın olabilir. ECOG-PS genellikle onkoloji pratiğinde klinik olarak bildirilen bir işlevsel durum puanı olarak kullanılır. ECOG-PS, onkologlar tarafından güçsüzlük değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılmasına rağmen, güçsüzlüğün tek sorun olmadığı, geriatrik sendromların yaşam kalitesini bozabileceği ve kanser hastalarının genel sağkalımını azaltabileceği bilinmektedir. Çalışmanın amacı, yaşlı kanser hastalarında ECOG-PS'ye göre geriatrik sendromların sıklığının saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Şubat 2020 tarihinden itibaren onkoloji polikliniğine başvuran 65 yaş üstü malignite tanılı hastalara ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılmıştır. Sarkopeni tanısı SARC-F ≥ 4 olanlarda dinapenin olması muhtemel sarkopeni olarak kabul edilmiştir. Dinapeni varlığına kas gücüne el dinamometresi ile bakılarak (kadınlarda <16 , erkeklerde <27) karar verilmiştir. Nutrisyonel durum MNA ≤ 23 olanlar bozulmuş malnütrisyon olarak kabul edildi. Kırılgan hastalara Fried Frailty Score'a bakılarak 3 ve üzeri kırılgan olarak değerlendirildi. Geriatrik depresyon Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası-15 baz alınarak 5 ve üzeri geriatrik depresyon olarak düşünüldü. Onkoloji uzmanı kanser hastalarının evrelerini ve primer tanılarını kaydetti. ECOG-PS ≥ 3 olan hastalar, 65 yaşın altındaki hastalar, demans veya deliryumu olanlar, değerlendirme sırasında komutları algılayamayan görme ve işitme engeli olanlar ve kontrol edilemeyen komorbid bozuklukları olanlar hariç tutuldu.

Bulgular: 256 hasta dahil edildi. ECOG-PS arttıkça kırılganlık, bozulmuş nutrisyonel durum, sarkopeni, geriatrik depresyon, düşmeleri içeren geriatrik sendromların yaygınlığı artmaktaydı ($p < 0.05$). Geriatrik sendromlar ve bunların birlikteliği, normal performans durumunda bile yaşlı kanser hastalarında yaygındı. ECOG-PS skoru arttıkça hastaların ortalama yaşı ($p < 0,001$) ve metastatik evrenin yaygınlığı artıyordu. ($p < 0,001$).

Sonuç: Onkologlar, kanserli yaşlı hastalarda klinik sonuçlar üzerindeki etkiyi en üst düzeye çıkarmak için geriatrik sendromları kanser tedavisinin karar alma sürecine dahil etmelidir. Mümkünse geriatristler ve onkologlar yaşlı kanser hastalarını birlikte değerlendirmelidir.

Anahtar sözcükler: sarkopeni, dinapeni, yaşlı kanser, geriatrik sendrom



| Değişkenler | Tüm hastalar (n = 253) | ECOG-PS 0 (n = 119) | ECOG-PS 1 (n = 105) | ECOG-PS 2 (n = 29) | p-değeri |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------|
| Yaş (ortanca, IQR) | 73 (69-77) | 73 (69-76) | 72 (69-77) | 77 (73-81) | 0.003 |
| Cinsiyet (K,%) | 125 (49) | 57 (48) | 57 (54) | 11 (38) | 0.268 |
| Polifarmasi (≥5 ilaç) (n,%) | 23 (12) | 11 (11) | 10 (14) | 2 (10) | 0.753 |
| Malignite Evresi (n,%) | | | | | 0.001 |
| Evre-1 | 21 (8) | 15 (13) | 4(4) | 2 (7) | |
| Evre-2 | 47 (19) | 29 (25) | 16 (15) | 2 (7) | |
| Evre-3 | 69 (28) | 37 (31) | 26 (25) | 6 (21) | |
| Evre-4 | 113 (45) | 36 (31) | 58 (56) | 19 (65) | |
| Vücut kitle indeksi (ortanca, IQR) | 27 (24-31) | 27 (24-31) | 27 (24-31) | 26 (24-28) | 0.834 |
| Bozulmuş nutrisyonel durum (n,%) | 77 (35) | 24 (23) | 38 (42) | 15 (56) | 0.001 |
| Malnütre | 145 (65) | 81 (77) | 52 (58) | 12 (44) | |
| Malnütre değil | | | | | |
| Üst kol çevresi, cm (ortanca, IQR) | 27 (25-30) | 27 (25-30) | 27 (25-30) | 26 (23-29) | 0.344 |
| Baldır çevresi, cm (ortanca, IQR) | 35 (32-39) | 36 (33-38) | 36 (32-40) | 34 (32-37) | 0.173 |
| El sıkma testi (ortanca, IQR) | 23 (19-30) | 26 (22–32) | 22 (17-29) | 21 (14-24) | <0.001 |
| Dinapeni (n,%) | | | | | <0.001 |
| Kas gücü düşük | 64 (30) | 17 (16) | 32 (39) | 15 (60) | |
| Kas gücü normal | 149 (70) | 89 (84) | 50 (61) | 10 (40) | |
| Muhtemel sarkopeni (n, %) | 23 (11) | 4 (4) | 12 (15) | 7 (28) | 0.001 |
| Kırılganlık (n,%) | 130 (52) | 39 (33) | 69 (66) | 22 (76) | <0.001 |
| Depresyon (n,%) | 68 (27) | 21 (18) | 35 (34) | 12 (43) | 0.004 |
| İştahsızlık (n,%) | 84 (34) | 33 (28) | 39 (37) | 12 (43) | 0.187 |
| Düşme (n,%) | 45 (18) | 14 (12) | 23 (22) | 8 (28) | 0.048 |



Geriatrik hasta popülasyonunu takip eden onkoloğun odasında bulunması gereken en basit cihaz.

1)Cruz-Jentoft, Alfonso J., et al. "Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis." *Ageing* 48.1 (2019): 16-31.

2) Prevalence and co-occurrence of geriatric syndromes according to the ECOG performance status in older cancer patients.
doi: [10.3389/fmed.2024.1331246](https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1331246)

SB-11 - MEME KANSERLİ YAŞLI KADINLARDA TEDAVİ SONUÇLARI VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Berrin Benli Yavuz¹, Gül Kanyılmaz¹, Meryem Aktan¹

¹*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya*

Giriş ve amaç: Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda görülen en sık kanser türüdür. Yaşla beraber sıklığı artmaktadır ve rutin onkoloji pratiğinde önemli bir yer almaktadır. Bu yaş grubunda hastaların çoğunda komorbidite mevcut olup klinik çalışmalara dahil edilmemişlerdir ve bu yaş grubu yan etkilere daha yatkındır. Bu çalışma ile çalışmada kliniğimizde adjuvan radyoterapi uygulanan hastalarda hasta ve tedavi karakteristiklerini, yan etkilerini ve 65 yaş altı ve üstü gruplar arasında sağkalım farklılıklarını göstermek amaçlandı.

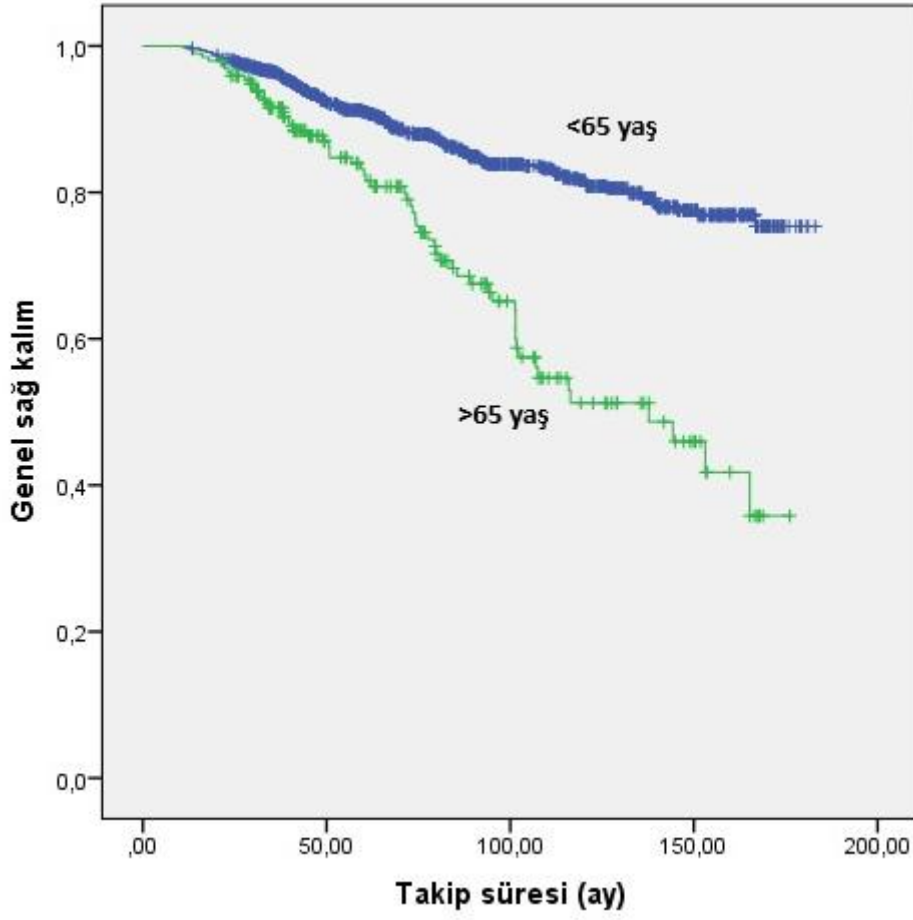
Gereç ve yöntem: Ocak 2010- Kasım 2020 tarihleri arasında kliniğimizde meme kanseri nedeni ile adjuvan radyoterapi uygulanan 1265 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya patolojik tanısı konfirme edilmiş, 18 yaş üstü, en az bir yıl takibi bulunan, invaziv meme kanseri olan, tanı anında metastazı olmayan hastalar dahil edildi. Hastalar 65 yaş üzeri ve altı olarak iki gruba ayrıldı ve gruplar arasında demografik özellikler, tedavi şekilleri ve tedavi sonuçları karşılaştırıldı. Hastaların verileri SPSS 21 ile analiz edildi. Ki-kare testi, kaplan meyer analizi ve cox proportional analiz uygulandı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların %14,7'si 65 yaş ve üzeri grupta idi. Medyan yaş 51 (25-87) ve medyan takip süresi 81 ay idi. 65 yaş altı hastalarda genel sağ kalım (GS) 158,4 ay iken 65 yaş üstü grupta ise 122,7 ay idi ($p > .001$) (şekil-1). 65 yaş altı grupta 5 ve 10 yıllık sağ kalım oranları %90,9, %81,7 ; üstü grupta ise %83,9, %51,9 bulundu. Her iki grup karşılaştırıldığında, 65 yaş ve üzeri olan grupta kemoterapinin daha az uygulandığı, hipofraksiyone uygulama sıklığının ve ölüm oranının daha fazla olduğu gözlemlendi. Yaş grupları açısından toksisitede bir farklılık gözlemlenmedi. Tüm grupta GS etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; neoadjuvan kemoterapi almak ($p < 0,001$), üçlü negatif olmak ($p < 0,001$), 65 yaş ve üzeri olmak ($p < 0,001$), T3-4 ve N2-3 olma ($p < 0,001$), ektrakapsüler yayılımın olması ($p < 0,001$), lenfovasküler alan invazyonunun olması ($p < 0,001$), metastaz varlığı ($p < 0,001$) ve grad23 ($p = 0,002$) olmak negatif etkili olarak bulundu. 65 yaş ve üzeri grupta ise hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizde ileri evre olmak ve metastaz varlığı prognozu etkileyen faktörler olarak bulundu.

Sonuç: Postoperatif radyoterapi 65 yaş üstü hastalarda iyi tolere edildi. Tedavi kararı almada yaş tek belirleyici faktör olmamalı ve bu grupta geriatik değerlendirme yapılarak karar verilmelidir. Yaşlı hastalarda genç hastalardaki tedavi ile benzer tedavi uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, radyoterapi, yaşlı hasta

Şekil-1: 65 yaş altı ve üstü grupta genel sağkalım eğrisi



SB-12 - PREOPERATİF RADYOTERAPİ UYGULANAN REKTUM KANSERLİ GERİATRİK HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Gül Kanyılmaz¹, Ayşe Sümeyye Safi¹, Meryem Aktan¹, Beyza Nur Yahşi¹, **Berrin Benli Yavuz¹**, Melek Harmancı¹, Nur Sena Kırılmaz¹, Havva Koçak¹, Ersin Kocacık¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

Giriş ve Amaç: Rektum kanseri yaşlılarda sık karşılaşılan kanserler arasında yer almaktadır. Yaşlı hastalar için preoperatif dönemde etkinliği gösterilmiş olan tedavi yaklaşımları standart fraksiyon şeması kullanılarak uygulanan kemoradyoterapi ve hipofraksiyone şema kullanılarak uygulanan radyoterapidir. Bu retrospektif çalışmada, merkezimizde preoperatif radyoterapi uygulanan geriatrik hastaların sağkalımına etki eden prognostik faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2010 ile Kasım 2021 tarihleri arasında kliniğimizde preoperatif radyoterapi almış 65 yaş üstü hastaların verilerine ulaşıldı. Hastaların sağkalıma etki edebilecek demografik, klinikopatolojik özellikleri ve tedavi bilgileri belirlenerek SPSS üzerinden sağkalım analizleri yapıldı. Primer sonlanım noktası genel sağkalım (GS) ve hastalısız sağkalım (HS) idi.

Bulgular: Toplam 171 hasta verisi incelendi. Ortalama takip süresi 56 (3-173) ay idi. Analizler sırasında 69 hasta hayatta iken bunlardan 65'i hastalısız olarak yaşıyordu. Ortalama GS süresi ise 82 (72-93) ay idi. 2, 5 ve 10 yıllık GS süresi sırasıyla %86, %66 ve %43 idi. Tanı anında klinik pozitif lenf nodu olması durumu ($p=0.003$), tanı anında uzak metastaz olması durumu ($p=0.001$), CEA düzeyi ($<2,90$ vs $\geq 2,91$; $p=0.006$), preoperatif tedaviden sonra cerrahi olması durumu ($p<0.0001$), cerrahi sonrası ypN0 olması durumu ($p=0.001$), cerrahi sonrası lenfovasküler invazyon (LVI) olması durumu ($p<0.001$), ve takipte uzak metastaz olması durumu ($p<0.0001$) GS' yi etkileyen faktörler olarak bulundu. Ortalama hastalısız sağkalım süresi ise 58 (48-68) ay idi. 2, 5 ve 10 yıllık HS süresi sırasıyla %86, %66 ve %42 idi. Tanı anında klinik pozitif lenf nodu olması durumu ($p=0.003$), tanı anında uzak metastaz olması durumu ($p=0.002$), CEA düzeyi ($<2,90$ vs $\geq 2,91$; $p=0.01$), preoperatif tedaviden sonra cerrahi olması durumu ($p<0.0001$), cerrahi sonrası ypN0 olması durumu ($p=0.002$), cerrahi sonrası perinöral invazyon (PNİ) olması durumu ($p=0.05$), cerrahi sonrası LVİ olması durumu ($p<0.001$) HS' i etkileyen prognostik faktörler olarak bulundu. Çok değişkenli analizlerde tanı anında klinik pozitif lenf nodu olması durumu ve CEA düzeyi hem GS'yi hem de HS' yi etkileyen istatistiksel anlamlı faktörler olarak bulunmuşken LVİ durumu ise HS' yi etkileyen faktör olarak bulundu.

Sonuç: Geriatrik rektum kanseri tanısıyla preoperatif radyoterapi almış hastalarda tanı anında klinik pozitif lenf nodu olması durumu, tanı anında uzak metastaz olması durumu, CEA düzeyi, preoperatif radyoterapi sonrası cerrahi olması durumu, cerrahi sonrası ypN0 olması durumu, cerrahi sonrası LVI olması durumu hem GS hem de HS'yi etkilerken, PNİ olması durumu sadece HS üzerine etkili bulunmuştur. Yapılan çok değişkenli analizlerde ise tanı anında klinik pozitif lenf nodu olması durumu ve CEA düzeyi hem GS'yi hem de HS' yi; LVİ durumu ise sadece HS' yi etkileyen faktör olarak bulundu.

Anahtar Sözcükler: Rektum Kanseri, Radyoterapi, Sağkalım Sonuçları

SB-13 - GERİATRİK YÜKSEK DERECELİ BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA TEMPORAL KAS KALINLIĞI VE PROGNOSTİK NUTRİSYONEL İNDEKSİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

Hatice Başaran Gökşen¹, Yusuf Türker¹, Alaettin Arslan¹

¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kayseri

Giriş ve amaç: Yüksek dereceli beyin tümörleri özellikle genç hasta popülasyonunda daha sıklıkla tanı alan ve yaşam süresini kısıtlayan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıyı alan geriatric hasta grubu için ise standartize bir tedavi olmamakla beraber, hastaların eşlik eden komorbiditeleri, ilaç kullanımları, düşük performans durumları nedenli modifiye tedavi metodları kullanılmaktadır. Yaşlı hastalarda da yaşam süresini etkileyen bu durum için hastalık tanısı, patolojisi gibi bilinen prognostik durumlar dışında performans-nutrisyonel status gibi tedavi tolerasyon ve cevabını indirekt öngören parametreler de non-invaziv, maliyet etkin ve etkili metodlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz bu çalışmada merkezimizde tanı-tedavi almış yüksek grade beyin tümörlü geriatric hastalarda nutrisyonel parametrelerin prognostik açısından değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve yöntem: 2014 Haziran-2024 Haziran zamanları arası merkezimizde tanı ve tedavi almış 78 adet grade 3 ve grade 4 beyin tümörlü hastalar çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesi hematolojik-biyokimyasal parametrelerine ulaşılamayan, takip devamlılığı sistemden gözlenemeyen, <18 yaş, senkron tümörü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Prognostik nutrisyonel indeks (PNI) hesaplaması : Albümin (g/L) + 0.005 x Lenfosit sayısı (mikrolitrede) şeklinde hesaplandı. Hastaların biyopsi-tedavi gibi girişimsel işlemler öncesi olan hematolojik ve biyokimyasal parametreler baz alınarak hesaplamalar yapıldı. Hastaların tanı anındaki, cerrahi öncesindeki beyin manyetik rezonans görüntüleri (MRG) baz alınarak temporal kas kalınlıkları hesaplandı. Bunlar dışında tümör yerleşimi, lateralitesi, operasyon durumu, rezeksiyon tipi, tümör grade, kan grubu, tümör hacmi ve cinsiyet durumlarına göre de analizler yapıldı. İstatistiksel analizler IBM SPSS İstatistik 21 programında gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmaya merkezimizde tanı-tedavi almış toplamda 78 hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 60 idi. 65 yaş ve üzeri olan 33 hasta ile subgrup analizlerine devam edildi. Geriatric hastaların median yaşı 72 idi. 33 hastanın 1 tanesi grad 4 gliosarkom ve diğerleri grad 4 yetişkin tipi glial tümör idi. 45 hasta ise 65 yaş altı idi ve bu hastaların median yaşı 51 idi. Geriatric grubun median genel sağkalım süresi 6 ay iken (aralık: 1-19 ay), <65 yaş grubun median genel sağkalım süresi 16 ay idi (aralık: 1-100 ay). Geriatric olmayan hasta grubunun 32 tanesi grad 4 patoloji raporuna sahipken, kalanı grad 3 patolojide idi. Grad 4 patolojiye sahip hastaların genel sağkalım süreleri ise 1-70 ay aralığında idi. Non-geriatric hasta grubunda 17 kadın (%37,8) ve 28 erkek hasta (%62,2) var iken geriatric hasta grubunda 16 kadın (%48,5) ve 17 erkek hasta (%51,5) var idi. Hastaların yaş, başlangıç tümör volümü (ITV), başlangıç temporal kas kalınlığı (ITMT), tanı anında albümin değeri, lenfosit değeri, prognostik nutrisyonel indeks (PNI) sayısal verileri için ROC analizi yapılarak cut-off değerleri belirlendi. Bunların dışında ise cinsiyet, tanı tipi (radyolojik-patolojik), eksizyon tipi (gros-total rezeksiyon, subtotal rezeksiyon, biyopsi, inoperabl), tümör lateralitesi (sağ, sol, bilateral, midline), tümör alanı (temporal, parietel, oksipital, serebellar, beyin sapı), kan grubu (O, A, B, AB), Rh grubu (negatif, pozitif), radyoterapi öyküsü klinik durumlarına göre de değerlendirmeler yapıldı. Geriatric hastalarda yaş (72 üzeri ve altı), eksizyon tipi, tanı tipi, ITV ve radyoterapi öyküsü değişkenleri sağkalıma istatistiksel etkili faktörler iken (p değerleri sırasıyla 0.016, 0.00, 0.00, 0.015, 0.001); non-geriatric hastalarda ise eksizyon tipi, tanı tipi, kan grubu, ITV, PNI değeri istatistiksel olarak sağkalıma etkili bulundu (p değerleri sırasıyla 0.007, 0.00, 0.009, 0.022, 0.05). Çok değişkenli analizde ise non-geriatric hastalarda eksizyon tipi ve ITV bağımsız etkili faktörler idi (p değerleri sırasıyla 0.00, 0.05). ITMT non-geritrik hastalarda (>7,05mm ve <7,05mm) istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da cut-off değer üzeri olanlarda median genel sağkalım 21 ay iken,

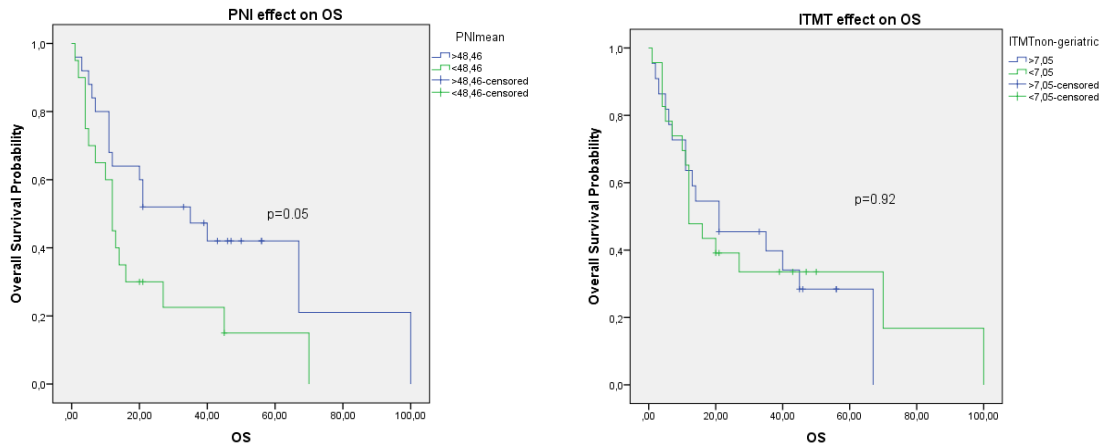
değer altında kalanlarda 12 ay idi ($p=0.92$). Geriatrik hastalarda albümin (>38 ve <38) sağkalıma istatistiksel etkili çıkmamış olsa da median genel sağkalım 10 ay ve 5 ay gibi dramatik farklı idi ($p=0.95$). Geriatrik hastalarda ise çok değişkenli analizde eksizyon tipi ve yaş bağımsız etkili faktör idi (p sırasıyla 0.00 ve 0.08). Yine bu grupta tümör lateralite durumu istatistiksel anlamlı etki yaratmasa da bilateral tutulumu olan hastada beklendiği üzere sağkalım dramatik düşük idi (sağ yerleşim median genel sağkalım 8ay, sol yerleşim için 11ay, bilateral yerleşim için 2ay, $p=0.07$). Geriatrik hasta grubunda 27 hasta 30-60 Gy arası radyoterapi almışken, 6 hasta tedavi almamıştı. Tedavi alan hastalarda median genel sağkalım 10 ay iken almayan grupta 2 ay idi ($p=0.001$).

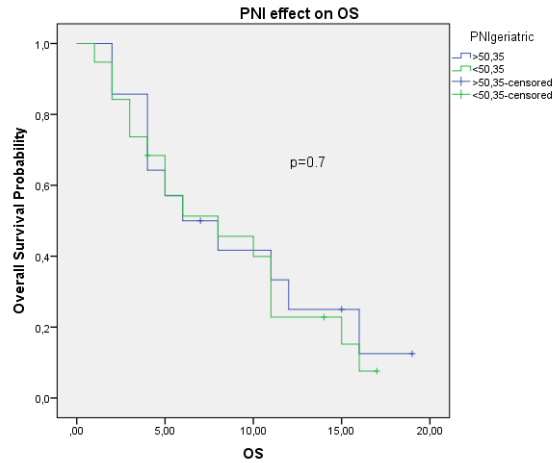
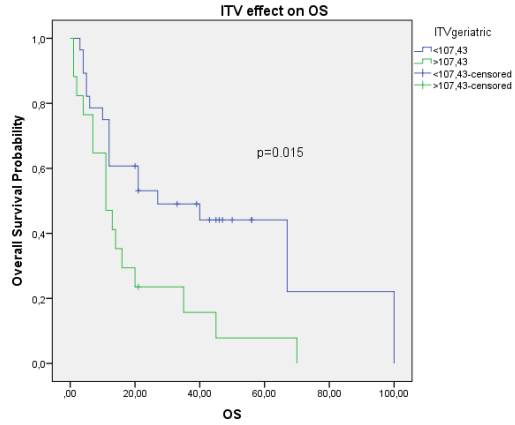
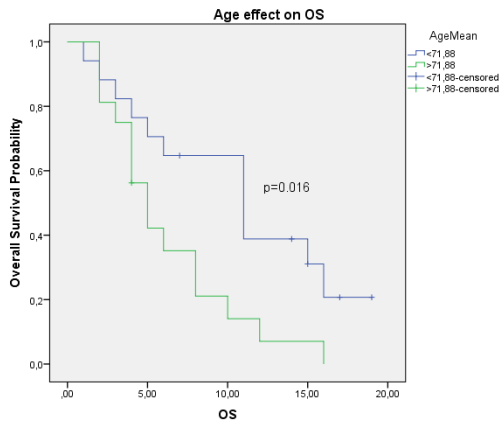
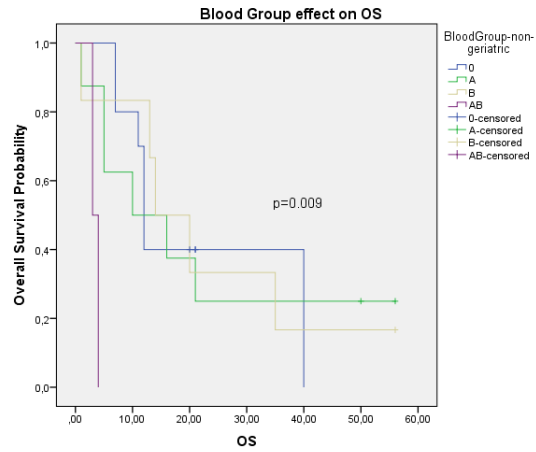
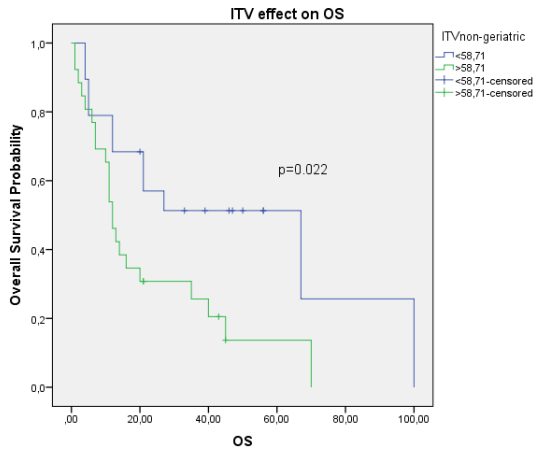
Sonuç: Bu çalışmanın sonucu olarak geriatrik hasta grubunda da total eksizyon, cerrahi müdahale ve radyoterapi alınmış olması şeklindeki tedavi basamaklarının ana kriterlerinin oluşturan etkenlerin sağkalıma etkili ve vazgeçilmez olduğunu görmekteyiz. Bunun yanında ise muhtemel kısıtlı hasta sayısı kaynaklı istatistiğe yansımayan ITMT değeri ve albümin değeri parametrelerinin de hasta sağkalımında destekleyici olduğunu görmekteyiz. Bu çalışma için geriatrik hasta grubunu ayırarak mevcut parametreleri değerlendirmiş olmamız ve geriatrik olmayan hasta grubuyla kıyaslama yapmamız orijinal taraflardı. Çalışma kısıtlılıkları ise hasta popülasyonunun kısıtlı olması, tek merkezli olması, yeni patolojik evrelemeye göre yeniden değerlendirme yapılmamış olması (özellikle 2018 öncesi hastalar için IDH mutasyonu yönünden) olarak sayabiliriz.

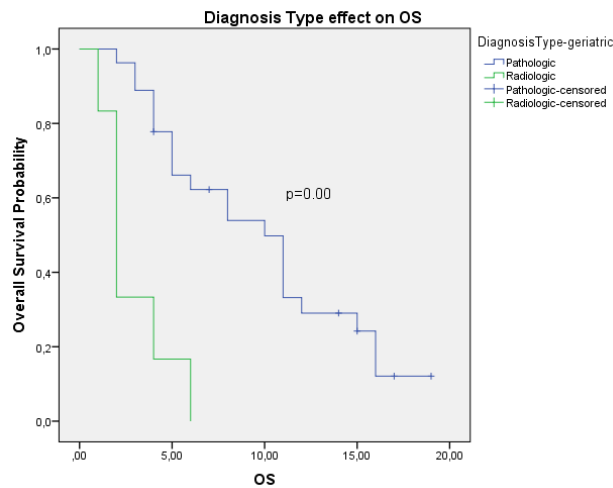
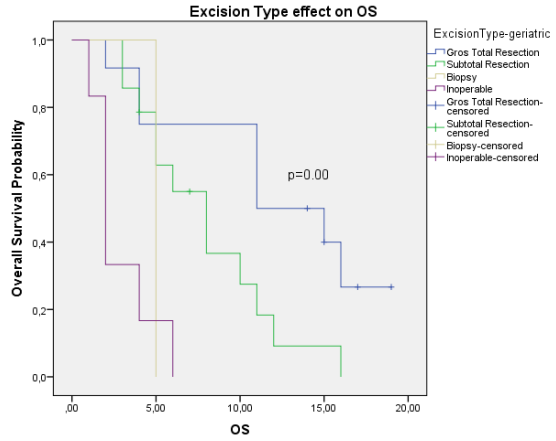
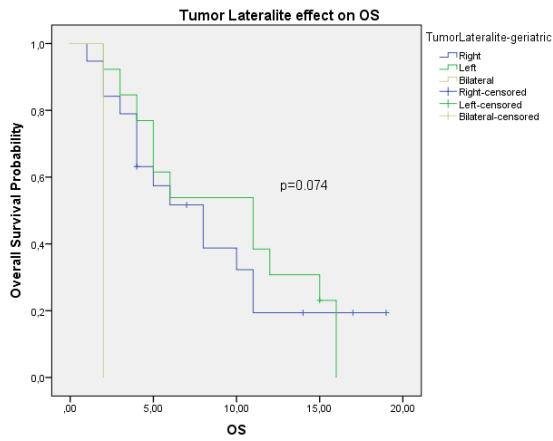
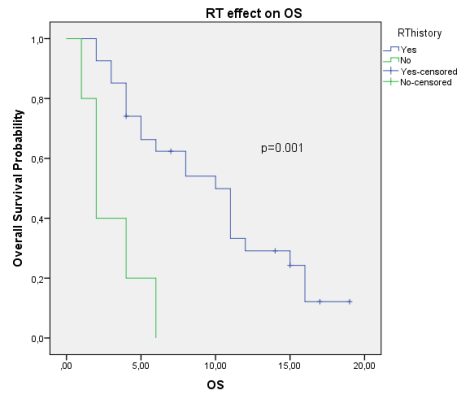
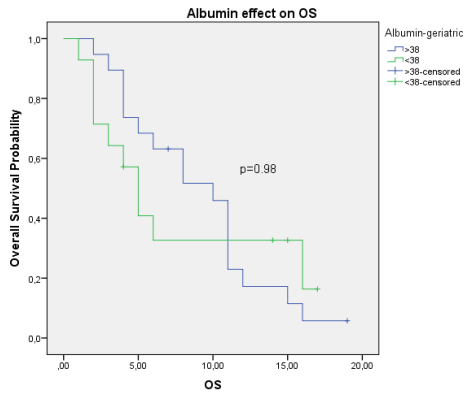
Bu çalışmanın desteklenmesi için daha geniş hasta sayılı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Geriatri, beyin tümörü, yüksek grade glial tümör, temporal kas kalınlığı, prognostik nutrisyonel indeks

Aşağıdaki figürlerin ilk dördünde; PNI, ITMT, ITV ve kan grubunun non-geriatrik hastalarda genel sağkalıma etkisi görülürken; diğer sekiz figürde ise, yaş, ITV, PNI, albümin, radyoterapi öyküsü, tümör lateralite, eksizyon tipi ve tanı tipinin geriatrik hastalarda sağkalıma etkisini görmekteyiz.







SB-14 - GERİATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDA NUTRİSYONEL DURUM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Kübra Çingir Alpay¹, Pınar Soysal²

¹*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hastanesi, İstanbul*

²*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, İstanbul*

Giriş-Amaç: İlerleyen yaş ile malign hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Meme kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık %30'u 70 yaş üstü kadınlardan oluşmaktadır. Kanser tanılı hastalarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski tümör tipi, evresi, tedavi türüne göre %75'e varan sıklıkta görülebilmektedir. Malnütrisyon riski olan hastalarda komplikasyon görülme ihtimali daha fazladır ve bu durumun prognoz üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada geriatrik meme kanseri hastalarında nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya tıbbi onkoloji polikliniğine başvuran, 65 yaş üzeri meme kanseri tanısı olan toplam 57 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların nutrisyonel durum değerlendirilmesi için Mini Nutrisyonel Değerlendirme kullanıldı. Hastaları sarkopeni durumunu değerlendirmek için SARC-F anketi, el dinamometresi ile el sıkma testi; denge ve düşme riskini değerlendirmek için Kalk ve Yürü Testi ile Tinetti Denge ve Yürüme Ölçeği; depresyon durumunu değerlendirmek için Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası; insomniayı değerlendirmek için İnsomnia Şiddeti İndeksi (ISI) kullanıldı. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, komorbiditeleri, meme kanserinin evresi ve aldığı tedaviler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 57 hastanın yaş ortalaması 71 (69-77), %97'si kadındı. Mini nutrisyonel değerlendirmeye göre çalışmaya katılan hastaların %37'sinde malnütrisyon veya malnutisyon riski olduğu, %63'sinde normal nutrisyonel durum olduğu tespit edildi. Hastaları normal nutrisyonel durum ve malnütrisyon veya malnütrisyon riski olanlar olarak 2 gruba ayırdığımızda; yaş, kadın-erkek cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), hastalık evresi arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışmaya dahil edilen hastalarda düşme riski, sarkopeni, dinapeni ve depresyon olan ve olmayan hastalar arasında da nutrisyonel değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Bozulmuş nutrisyonel durumu olan meme kanseri hastalarında normal nutrisyonel durumu olanlara göre insomnia daha sık olarak bulundu ($p: 0.012$).

Sonuç: Yaşlı meme kanseri olan her üç hastanın birinde nutrisyonel durumda bozulma mevcuttur; ancak, VKİ gibi parametrelerle ya da sarkopeni gibi nutrisyonun kötüleşmesiyle ortaya çıkabilecek geriatrik sendromların değerlendirilmesiyle bu durum gözden kaçabilir. Bu nedenle, özellikle malnutrisyon riskinin saptanabilmesi için valide edilmiş tarama yöntemlerinin kullanılması gereklidir. Ayrıca geriatrik meme kanseri hastalarında bozulmuş nütrisyonu olanlarda insomnia daha fazladır. Bu nedenle, insomniası olan yaşlı bir hastayı değerlendirirken, yetersiz beslenme de değerlendirilmelidir veya yetersiz beslenmesi olan yaşlı bir hastada insomnia da sorgulanmalıdır. Böylece, 2'sinin daha etkili bir şekilde yönetilmesi mümkün olabilir.

Anahtar Sözcükler: İnsomnia, Malnutrisyon, Meme Kanseri

Tablo 1: Geriatrik Meme Kanseri Hastaların Nutrisyonel Durumlarına Göre Demografik ve Klinik Özellikler ile Karşılaştırılması

| | Toplam (n=57) | Malnutrisyon ve Malnütrisyon Riski (n=21) | Normal Nutrisyonel Durum (n= 36) | p-değeri |
|--------------------------------|---------------|---|----------------------------------|----------|
| Yaş (ortanca ,IQR) | 71 (69-77) | 71 (69-78) | 71 (69-75) | 0.600 |
| Cinsiyet (K, %) | 55 (97) | 20 (95) | 35 (97) | 1 |
| VKi (ortanca ,IQR) | 28.1(25.9-32) | 30.5 (25.9-33) | 28.1(25.4-32) | 0.754 |
| Evre (n, %) | | | | |
| 1 | 13 (23) | 5 (24) | 8 (23) | 0.972 |
| 2 | 13 (23) | 5 (24) | 8 (23) | |
| 3 | 12 (22) | 5 (24) | 7 (20) | |
| 4 | 18 (32) | 6 (28) | 12 (35) | |
| SARC-F (ortanca, IQR) | 1 (0-3) | 2 (1-5) | 1(0-2) | 0.059 |
| SARC-F <4 | 44 (77) | 14 (67) | 30 (83) | 0.195 |
| 4 ve üzeri | 13 (23) | 7 (33) | 6 (17) | |
| Sarkopeni | | | | |
| Var | 6 (11) | 2 (10) | 4 (12) | 1 |
| Yok | 47 (89) | 18 (90) | 29 (88) | |
| El sıkma testi (ortalama±SS) | 19.3±5.5 | 19.4 ±6.2 | 19.3±5.2 | 0.937 |
| Üst kol çevresi (ortalama ±SS) | 29±4.7 | 30±4.6 | 29±4.7 | 0.494 |
| Baldır çevresi (ortalama ±SS) | 36.4±5.4 | 36.6±6.1 | 36±5 | 0.845 |
| Dynapeni | | | | |
| Düşük | 14 (27) | 4 (20) | 10 (30) | 0.527 |
| Normal | 39 (73) | 16 (80) | 23 (70) | |
| Tinetti | | | | |
| Düşme riski var | 1(2) | 1(5) | 0 | 0.368 |
| Düşme riski yok | 56(98) | 20(95) | 36(100) | |
| Kalk ve Yürü Testi | | | | |
| Düşme riski var | 36(68) | 9(47) | 8 (23) | 0.124 |
| Düşme riski yok | 17(32) | 10 (53) | 26 (77) | |
| Depresyon | | | | |
| Var | 21 (37) | 11 (52) | 10 (28) | 0.089 |
| Yok | 36 (63) | 10 (48) | 26 (72) | |
| İnsomnia-ISI | | | | |
| İnsomnia var | 33(58) | 17 (81) | 16 (44) | 0.012 |
| İnsomnia yok | 24(42) | 4(19) | 20(56) | |

SB-15 - KANSER TANISI ALMIŞ GERİATRİK HASTALARDA GERİATRİK 8 (G8) SKORUNUN CRP/ALBUMİN ORANI (CAR) İLE İLİŞKİSİ

Özge Kahraman¹, **Erkut Demirciler¹**, İlkay Tuğba Ünek¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

Amaç: Yaşlanma ve kanser ilişkili kronik inflamasyon arasındaki bağlantı, tümör ilerlemesi ve kırılabilirlik açısından önemlidir. Kırılabilir hastaları belirlemek için geriatrik tarama ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden biri, geçerliliği kanıtlanmış pratik bir tarama aracı olan G8'dir. CAR ise immün inflamasyon parametrelerinden biri olup bu parametrenin çeşitli kanser türlerinde prognostik değer taşıdığı gösterilmiştir. Çalışmamızda, G8 tarama ölçeği kullanılarak elde edilen G8 skoru ile CAR arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde, 07.06.2023-06.10.2023 arasında yeni tanı almış 65 yaş ve üzeri kanser hastalarına yüz yüze G8 tarama ölçeği uygulandı. Ölçekteki maddelerin puanları toplanarak G8 skoru hesaplandı. G8 skoru azaldıkça hastanın potansiyel kırılabilir olduğu kabul edildi. G8 skoru 14 ve altında olanlar potansiyel kırılabilir grupta, 14 üzerinde olanlar normal grupta yer aldı. Hastaların CRP değerinin albümin değerine oranlanması ile CAR hesaplandı. CAR'ın kırılabilirlik için prediktif değeri ROC analizi ve tek değişkenli regresyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 206 hastanın ortalama yaşı 72 yıldır. Ortalama G8 skoru 13 idi, hastaların %68'i potansiyel kırılabilir, %32'si normal gruptaydı. Hastaların ortalama CAR değeri 1,77 idi (Tablo 1). Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Potansiyel kırılabilir grupta ortalama CAR 2,9 normal grupta ise ortalama CAR 1,0 olarak hesaplandı. Gruplar arası CAR karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 2). ROC analizinde CAR 2,2 cut-off değerinde %56,1 sensitivite ve %83,1 spesifisite ile prediktif değere sahipti (Şekil 1, Tablo 3). Tek değişkenli regresyon analizinde de CAR'ın kırılabilirlik için prediktif olduğu gösterildi (Tablo 4).

Sonuç: Çalışmamızda geriatrik kanser hastalarının önemli bir kısmının potansiyel kırılabilir olduğu ve hastaların G8 skorlarının CAR ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız, bu ilişkiyi gösteren ilk çalışma olup immün inflamasyon parametrelerinin geriatrik tarama ölçekleri ile kullanılabilirliği açısından rehberlik edebilir.

Anahtar Kelimeler: CAR, G8, geriatri, kanser

Tablo 1. Hastaların yaş, cinsiyet ve CAR değerleri

| | |
|--|-------------------|
| Yaş yıl ortalama (minimum -maksimum) | 72 (65-94) |
| Cinsiyet n (%) | |
| Erkek | 115 (55,8) |
| Kadın | 91 (44,2) |
| CRP/Albumin oranı (CAR) ortalama (minimum -maksimum) | 1,77 (0,10-90,04) |

Tablo 2. G8 skoruna göre oluşturulan gruplar arasında yaş, cinsiyet ve CAR değerlerinin karşılaştırılması

| | Potansiyel kırılğan grup (G8 skoru 14 ve altı) n=140 | Normal grup (G8 skoru 14 üzeri) n=66 | P değeri |
|--|--|---|----------|
| Yaş yıl ortanca (minimum -maksimum) | 73 (65-94) | 69,5 (65-81) | <0,001 |
| Cinsiyet n (%) | | | 0,145 |
| Erkek | 83 (59,3) | 32 (48,5) | |
| Kadın | 57 (40,7) | 34 (51,5) | |
| CRP/Albumin oranı (CAR) | 2,9 (0,1-90,0) | 1,0 (0,1-49,3) | <0,001 |

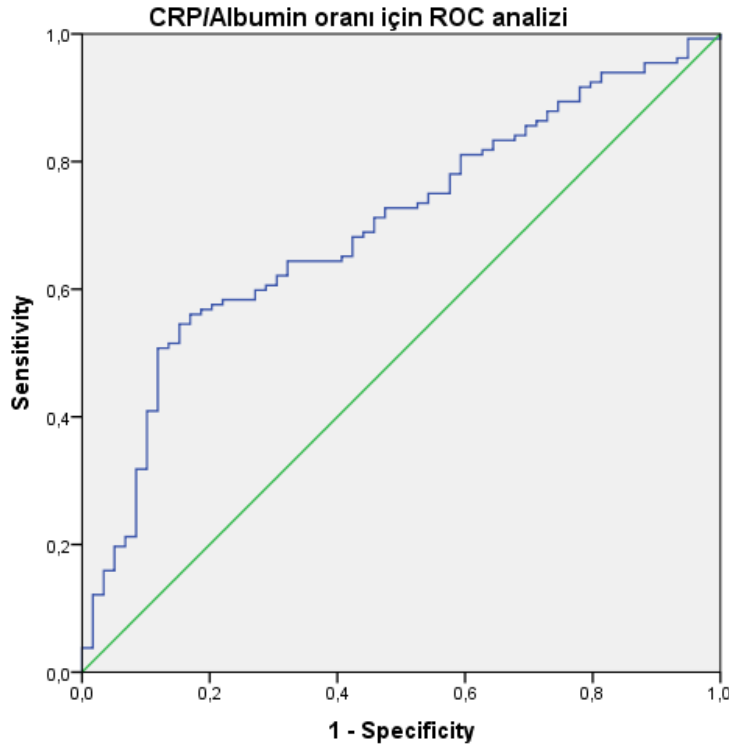
Tablo 3. CAR değerinin kırılğanlık için prediktif değeri

| | AUC | %95 GA | P değeri | Cut-off değer | Sensitivite | Spesifisite |
|-------------------------|-------|-----------------|----------|------------------|-------------|-------------|
| CRP/Albumin oranı (CAR) | 0,698 | 0,621- 0,776 | <0,001 | 2,23 | 56,1 | 83,1 |

Tablo 4. Tek değişkenli regresyon analizine göre CAR' in kırılğanlık için risk faktörü olarak incelemesi

| | Tek değişkenli regresyon analizi | | |
|---|----------------------------------|----------|----------|
| | OR | %95 GA | P değeri |
| CRP/Albumin oranı (CAR) <2,2 vs >2,2 | 6,3 | 2,9-13,4 | <0,001 |

Şekil 1. CAR değerinin kırılğanlık için prediktif değeri (ROC Analizi)



SB-16 - GERİATRİK KANSER HASTALARINDA RADYASYON ONKOLOJİSİ PRATIĞİNDE R-MAPP İLE HIZLI MALNÜTRİSYON VE SARKOPENİ TARAMASI

Nesrin Aktürk¹

¹*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

Giriş ve Amaç: Kanser pratiğinde giderek artan bir çoğunluğu oluşturan geriatric hasta grubunda kanser tanısı almadan önce de çoklu komorbiditeler ve azalmış hareketlilik nedeniyle malnütrisyon ve sarkopeni riski yüksektir. Onkolojik tedavilerle birlikte artan katabolizma ile süreç daha hızlı ilerlemekte ve destek tedavi gereksinimleri doğmaktadır. Bu durumun erkenden ve özellikle yoğun onkoloji poliklinik şartlarında hızlı tespiti önem kazanmaktadır. R-MAPP (*Remote-Malnutrition APP*) hasta tarafından doldurulan bir hızlı tarama testidir. İçeriğinde malnütrisyonu değerlendirmek için üç soruluk MUST (Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı) ve kas yoğunluk ve fonksiyon kaybını değerlendirmek için beş soruluk SARC-F testleri (Sarkopeni Tarama Testi) mevcuttur. Bu çalışmada R-MAPP anketiyle radyoterapi (RT) sırasında malnütrisyon ve sarkopeninin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Birimi'nde 22/10/2024 tarihinde tedavi cihazlarında RT uygulanmakta olan 126 hasta içerisinde ≥ 65 yaşında olanlar çalışmaya dahil edildi. O gün tedaviye giren hastalardan, tedaviye girmek için sıralarını beklerken hazır matbu formula verilen R-MAPP testini doldurmaları talep edildi. Anketler tedavi cihazlarında çalışan teknikerler tarafından hastaya verildi ve doldurulan anketler tedaviye girerken toplandı. Elli iki geriatric hastanın hepsi çalışmaya katılmaya gönüllü oldu. İstatistiksel analizler Excel 2016 kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Toplam 52 hastanın medyan yaşı 72 (65 - 91), kadın/erkek sayısı 23/29 idi. En sık görülen tanılar prostat (18 hasta) ve meme (11 hasta) kanseri şeklidedi. Hastaların sadece dokuzu palyatif tedavi alırken, 15'ine postoperatif, diğerlerine radikal RT ve yedi hastaya da eşzamanlı kemoterapi uygulanmaktaydı. Anketin doldurulduğu sırada medyan fraksiyon sayısı 13 (1 - 37) idi. Hastalarda medyan MUST skoru 0 (0 - 2) idi. Hastaların %10'u yüksek risk, %73'ü düşük risk, diğerleri orta risk grubundaydı. Medyan SCAR-F skoru 1 (0 - 9) idi. Hastaların %15'i ≥ 4 puanla sarkopeni açısından yüksek risk grubundayken diğerleri düşük risk grubundaydı. Düşme skoru 43 hastada sıfır (%83), yedi hastada 1 (%13), bir hastada ise skor 2 idi. Çalışmada hastaların anketi doldururken zorlanmadığı ve uyumun tam olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Literatürde onkoloji hastalarında yapılan benzer bir çalışmaya rastlanmamış olup bu çalışma radyasyon onkolojisi uygulama sahasında R-MAPP kullanılarak yapılan bilinen ilk çalışmadır. Çalışmada geriatric onkoloji hastalarının anketi doldurmada uyum sorunu yaşamadığı görülmüş ve R-MAPP'in radyoterapi pratiğinde malnütrisyon ve sarkopeni açısından kolay ve etkin bir tarama yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Geriatri, onkoloji, R-MAPP, sarkopeni, malnütrisyon

POSTER BİLDİRİLER

| POSTER BİLDİRİLER | | | | |
|-------------------|--|---|-------------------|--|
| NO | | YAZARLAR | SUNAN YAZAR | BAŞLIK |
| PB - 1 | | Pınar Çoban Eşdur, Mehmet Bilici, Salim Başol Tekin | Pınar Çoban Eşdur | GERİATRİK YAŞ, OPERE NÜKS MİDE KANSERİNDE UZUN SÜRELİ KAPESİTABİN KULLANIMI |
| PB - 2 | | Selay Artan, Adnan Aydınır | Selay Artan | RİBOSİKLİB İLİŞKİLİ KALP YETMEZLİĞİ |
| PB - 3 | | Burak Tok | Burak Tok | İKİ PRİMERLİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU |
| PB - 4 | | Elif Bayraktar, Alperen Akansel Çağlar, Mehmet Bilici, Salim Başol Tekin | Elif Bayraktar | SENKRON SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE MİDE ADENOKARSİNOMU BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU |
| PB - 5 | | Canan Çolak, Recep Türkel, Teyfik Demir, Bahiddin Yılmaz | Canan Çolak | EVRE 4 MALİGN MELANOM OLGUSUNDA IMMUNOTERAPİ DENEYİMİ |
| PB - 6 | | Doğan Pakalın, Banu Öztürk | Doğan Pakalın | 6 YILLIK SAĞ KALIM ELDE EDİLEN METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGU SUNUMU |
| PB - 7 | | Ela Güven Avcı, Hasret Demirel, Zeynep Dilek Erzenin | Ela Güven Avcı | YÜKSEK B 12 SEVİYESİNE RAĞMEN FONKSİYONEL B 12 EKSİKLİĞİ: AĞRILI POLİNÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN KANSER İLİŞKİLİ BİR OLGU |
| PB - 8 | | Ümmügülsüm Durak, Kübra Çınar Alpay, Tuğrul Elverdi, Deniz Suna Erdinçler | Ümmügülsüm Durak | HODGKİN LENFOMA NÜKSÜ İLE EŞLİK EDEN 2. PRİMER; AKCİĞER KANSERİ OLGUSU |
| PB - 9 | | Ümmügülsüm Durak, Kübra Çınar Alpay, Deniz Suna Erdinçler | Ümmügülsüm Durak | ADRENAL YETMEZLİK İLE PREZENTE OLAN NÖROENDOKRİN TÜMÖR OLGUSU |

PB-1 - GERİATRİK YAŞ, OPERE NÜKS MİDE KANSERİNDE UZUN SÜRELİ KAPESİTABİN KULLANIMI

Pınar Çoban Eşdur¹, Mehmet Bilici¹, Salim Başol Tekin¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzurum

Giriş: Mide kanseri gastrointestinal sistemin agresif seyirli tümörlerinden birisidir. Dünyada 4.en sık görülen kanser türüdür. Mide kanseri olan hastaların çoğu semptomatiktir ve ileri evrede tanı almaktadır. Kilo kaybı ve inatçı karın ağrısı ilk tanıda en sık görülen semptomlardır. Helicobacter pylori enfeksiyonu mide kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Mide kanseri olan bireyler H. pylori enfeksiyonu için taranmalı ve pozitif çıkarsa tedavi edilmelidir. Serum tümör belirteçleri (CEA ve CA 125 dahil) seçilmiş hastalarda sınırlı fayda sağlar. Düşük duyarlılık ve özgüllük oranları, bu serolojik belirteçlerden herhangi birinin mide kanseri için tanı testi olarak kullanılmasını engeller. Mide kanseri tedavisinde lokal ileri hastalıkta ilk tercih cerrahi olup (evresine göre neoadjuvan ve adjuvan tedavi altında) metastatik hastalıkta ilk seride oksaliplatin ve 5 FU bazlı kemoterapiler, PD-L1 düzeyi yüksek olan yada dMMR/MSI-H olan hastalarda immunoterapi ve HER-2 pozitif olan hastalarda anti HER-2 bazlı tedaviler ve bunların birlikte pozitif olduğu hastalarda kombine tedaviler tercih edilmektedir. Yaşlı hastalar veya performans durumu zayıf olan hastalar için uygun alternatifler arasında sadece lökovorin modüasyonlu FU, tek ajan kapesitabin, tek ajan irinotekan, doz azaltılmış kapesitabin artı oksaliplatin veya düşük doz haftalık taksanlar yer alır. Kapesitabin pirimidin analogu olan anti-metabolit oral olarak kullanılan kemoterapotik bir ajandır.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta öncesinde bilinen sistemik hastalık öyküsü yok. Haziran 2020'de mide kanseri tanısı konuyor. ECOG performans skoru 1 olan hastaya neoadjuvan olarak 4 kür FLOT tedavisi veriliyor. Hastanın neoadjuvan tedavi sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmiyor. Tedavi sonrası Ekim 2020 de opere olan ve patolojik evresi T3N0 olan hasta adjuvan 4 kür daha FLOT tedavisi veriliyor. Hasta adjuvan tedaviyi tölere etmekte zorlanıyor fakat tedavisi tamamlanıyor ve sonrasında hasta takibe alınıyor. Mart 2021 takiplerinde tümör markılarında (CEA) artış olması üzerine çekilen PET CT de peritoneal metastazları saptanan hastaya kapesitabin tedavisi başlandı. Kontrol PET CT de karaciğerde de birkaç adet yeni metastatik odak saptanması üzerine hastaya 6 kür paklitaksel+kapesitabin tedavisi verildi. Takiplerinde regresyon saptanan (karaciğer ve peritonda ki tutulumlarda tam regresyon) hastaya kapesitabin idame tedavisine geçildi. Hasta Ekim 2021 den beri kapesitabin tedavisi altında stabil olarak takip ve tedavisi devam etmektedir (Hastada grade 1-2 el ayak sendromu gelişti lokal tedavilere yanıtı olması üzerine tedaviye ara verilmedi).

Sonuç: Kapesitabin metastatik ve ya nüks mide kanserinde performans skoru düşük olan yada geraitrik popülasyonda monoterapi olarak tercih edilebilen bir ajandır. Bizim hastamıza operasyon sonrası nüks etmesi üzerine paklitaksel + kapesitabin tedavisi sonrası periton ve karaciğer metastazları tamamen kaybolması; tümör markır ve görüntüleme yöntemleri ile tespit edilmesi üzerine kapesitabin tedavisi re-challenge yapılarak idame olarak verilmiştir. Yapılan çalışmalar performans skoru kötü olan, ek komorbit durumu olan yada geriatrik yaş hasta gruplarında tek başına lökovorin modüle edilmiş FU veya tek ajan kapesitabin yoğun kemoterapi tedavisine kıyasla daha tolerabl ve daha uzun süre kullanım olanağı sağladığını göstermiştir. Yine aynı grupta tek ajan irinotekan, düşük doz haftalık taksanlar veya doz azaltılmış XELOX/CAPOX'ta tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, geriatrik hasta, kapesitabin

PB-2 - RİBOSİKLİB İLİŞKİLİ KALP YETMEZLİĞİ

Selay Artan¹, Adnan Aydın¹

¹*İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Onkolojik tedavi alan ileri yaş hastalarda kardiyak komplikasyonlarla ilgili farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta baş dönmesi ve yürürken yalpalama şikayetleriyle dış merkeze başvurdu. Bilinen tip 2 diyabetes mellitus ve esansiyel hipertansiyon tanıları mevcut. Çekilen kraniyal MR'da sağ serebellumda 30x40 mm kitle saptanan hasta, nöroşirurji tarafından opere edilmiş ve patolojisi meme karsinomu metastazı olarak sonuçlandırıldığından tarafımıza sistemik tedavi için yönlendirilmiş.

Hastaya çekilen PET-BT'de kemiklerde, mediastinal-hiler-aksiller-batın için lenf nodlarında yaygın ve karaciğerde en büyüğü 9 cm çaplı multipl metastaz saptandı. Kraniyal kitle rezeksiyonu için istenen patoloji konsültasyonunda östrojen reseptörü:%100, progesteron reseptörü:%20, CerbB2 negatif sonuçlandı.

Radyasyon onkolojisi tarafından kraniyal alanın yönelik yapıldı.

Visseral kriz olarak değerlendirildiğinden tedaviye kemoterapi ile başlanması planlandı. Yapılan kan tetkikleri, EKG ve EKO'da majör patoloji izlenmedi. Hastaya dozetaksel 75 mg/m² 21 günde bir dört kür verildi. Dört kür kemoterapi sonrası kısmi yanıt elde edilen hastanın tedavisine letrozol ve ribosiklib ile devam edildi.

Tedavinin dördüncü ayında nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede taşipneik ve taşikardik olan hastanın akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon ve EKG'sinde sinüs taşikardisi görüldü. Yapılan EKO'da EF:%30 ve sol ventrikül duvarlar global hipokinetik saptandı.

Hasta, dekompanse kalp yetmezliği tanısıyla kardiyojoloji yoğun bakımına yatırıldı. Antiartimik ve diüretik tedavisi düzenlendi. Yapılan koroner anjiyografide majör patoloji saptanmadıç Kardiyojoloji ve tıbbi onkoloji tarafından ortak değerlendirilen hastada ön planda CDK 4/6 inhibitörü ilişkili kalp yetmezliği düşünüldü. Ribosiklib kesildi, dekompanse bulguları geriledikten sonra tedavisine vinorelbin ile devam edildi, vinorelbin altında üçüncü ayda yapılan kontrol görüntülemeye stabil hastalık olarak takibi ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: CDK 4/6 inhibitörlerinden özellikle ribosiklib ile QT uzaması, atrial fibrilasyon, hipotansiyon gibi kardiyak komplikasyonlar görülebilmektedir. QT uzaması genellikle tedavinin ilk haftalarında görüldüğünden tedaviye başlamadan önce bazal EKG görülmesi ve QTc < msn olması halinde ilaca başlanması ve tedavinin 14 ile 28. günlerinde de kontrol EKG görülmesi önerilmektedir. Bu vakada EKG takiplerinde patoloji saptanmamasına rağmen tedavinin yaklaşık beşinci ayında kardiyak komplikasyon gelişmiştir. Komorbid hastalıkları olan ve ileri yaşta hastalarda yeni bir onkolojik tedavi başlandıktan sonra klinik takibin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, ribosiklib, kalp yetmezliği

PB-3 - İKİ PRİMERLİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

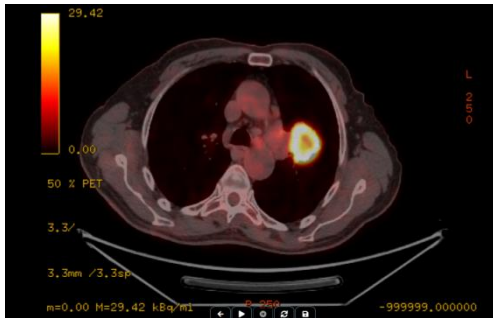
Burak Tok¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çanakkale

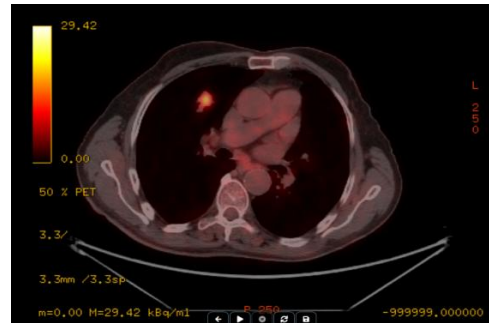
Giriş: Akciğer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümlerde ilk sırada yer almaktadır(1-2). Küçük hücreli ve küçük hücre dışı olarak iki gruba ayrılmaktadır. Büyük kısmını küçük hücreli dışı akciğer karsinomları (KHDAK) oluşturmaktadır. Skuamöz hücreli karsinomlar (SCC), küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarının bir türü olup yaklaşık olarak %20-30'unu kapsamaktadır(1-3). Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ise tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %13-20'sini oluşturmaktadır(4). Akciğer kanserinin en agresif formudur. Kemoterapiye hızlı yanıt veren ve radyoterapiye duyarlı bir kanser türü olmasına rağmen 5 yıllık sağkalım %10'un altındadır(5).

Olgu: 80 yaşında erkek hasta öksürük nedeni ile göğüs hastalıklarına başvuruyor. Çekilen Toraks BTde sol akciğer üst lobda hilusa invaze 6 cm malign kitle ve sağ akciğer üst lobda metastaz şüpheli 2 cm lobule konturlu nodül görüldü. Hastadan Pet-CT istendi. Pet-CT'de sol akciğer üst lobdan hilusa uzanım gösteren düzensiz sınırlı 46x37 mm çaplı kitlesel lezyonda artmış FDG tutulumu, sağ akciğer üst lob anterior segmentte düzensiz sınırlı 20x21 mm çaplı hipermetabolik noduler lezyon; sol prevasküler, sol alt paratrakeal-aortopulmoner ve sağ hiler alanda hipermetabolik lenf nodları izlendi.

Sol akciğerdeki lezyondan yapılan biyopsi skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Sağ akciğerdeki lezyon için konsey biyopsi kararı verdi. Alınan biyopsi yüksek dereceli nöroendokrin tümör olarak sonuçlandı. Hasta toraksa sınırlı nöroendokrin tümör ve T4N3M0 (evre 3c) skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Göğüs cerrahisi tarafından nöroendokrin tümör pulmoner artere invaze olduğu için, skuamöz hücreli karsinom ise T4N3M0 (evre 3c) ileri evre olması nedeni ile cerrahiye uygun görülmedi. Hastaya iki kanser türünü de kapsayacak şekilde ve öncelikle nöroendokrin tümör göz önünde bulundurularak sisplatin etoposid eş zamanlı radyoterapi tedavisi başlandı.



Pet-CT KHAK lezyon görüntüsü



Pet-CT KHDAK lezyon görüntüsü

Sonuç: Takip ve tedavi edilen hastaların primer lezyonlarına ve metastaz yerlerine dikkat edilmelidir. Bazen metastaz olarak değerlendirilen lezyonlar ikinci primer olarak karşımıza gelebilir. Bu durum hastanın tedavi yöntemini dahi değiştirebilir. Bu yüzden tümörün radyolojik özelliğine ve gösterdiği klinik bulgulara göre 2. Primer kanser olasılığını göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekli halde biyopsi yapılarak durum netleştirilmelidir.

PB-4 - SENKRON SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE MİDE ADENOKARSİNOMU BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Elif Bayraktar¹, Alperen Akansel Çağlar¹, Mehmet Bilici¹, Salim Başol Tekin¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzurum

Giriş: Mide kanseri ise tüm dünyada görülme sıklığı açısından beşinci sırada yer almasına karşın kansere bağlı ölümlerin en yaygın üçüncü nedeni olarak yer almaktadır. Akciğer kanseri ise Globocan 2020 verilerine göre tüm yaş gruplarında meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Tüm dünyada kansere bağlı ölüm sıralamasında ise ilk sırada yer almaktadır. Akciğer ve mide kanserinin aynı anda görülmesi ise oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. Her iki hastalığın tedavi süreçlerinin birbirinden farklı olması ve tedavide farklı ajanların kullanılması sebebiyle çoklu primer tümörler klinisyenleri oldukça zor durumda bırakmaktadır. Biz de burada kliniğimize başvuran senkron skuamöz hücreli karsinom ve mide adenokarsinom tanılı olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı planladık.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta mide ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus dışında ek bir özellik yoktu. Hastanın yapılan endoskopisinde mide korpusta küçük kurvatur angulus bileşkesinde 1 cm çapında ülser alan saptandı. Mide endoskopik biyopsi patolojisi adenokarsinom olarak raporlandı. Cerb-b2 negatif, PMS-2 ve MLH-1 nükleer ekspresyon kaybı mevcuttu. Hastaya PET-CT çekildi. Çekilen PET-CT sinde primer malignite ile uyumlu değerlendirilen sağ akciğer alt lobda yaklaşık 102x100x92 mm ebatlı yoğun hipermetabolik geniş kitle lezyon saptanması üzerine histopatoloji verifikasyon amaçlı bronkoskopi yapıldı. Fırça biyopsi ve lavaj sitoloji patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. PDL-1 CPS <%1 olan hastanın moleküler genetik sonucu PIK3CA ve KRAS p.G13D patojenik olarak raporlandı. Mide adenokarsinom ve akciğer skuamöz hücreli karsinom senkron malignite tanılı olgumuzun PET-CT sinde ayrıca malign plevral efüzyon ve karaciğerde metastatik hipermetabolik yer kaplayıcı kitle lezyonları mevcuttu. Hastanın akciğer kanseri için klinik evrelemesi evre 3C-4 kabul edildi. Mide kanseri için de lokal ileri ya da metastatik ayrımı yapılamadı. Hasta karaciğerdeki metastatik lezyondan biyopsiyi kabul etmedi. Hastaya hem akciğer hem de MSI-H mide kanseri için etkili olabileceği düşünülen pembrolizumab, paklitaksel ve karboplatin kombinasyon tedavisi planlandı.

Tartışma: Senkron akciğer skuamöz hücreli karsinom ve gastrik adenokarsinom nadir görülen bir olgudur ve önemli tanı ve tedavi zorlukları sunar. Bu tür nadir vakaların bildiri ve analizi, optimal hasta yönetimi için kanıta dayalı kılavuz geliştirmek için çok önemlidir. Gelecekteki araştırmalar hedefe yönelik tedavi stratejileri geliştirmek için senkron malignitelerin genetik ve moleküler temellerine odaklanmalıdır.

Anahtar Sözcük: Senkron tm, skuamöz hücreli akciğer karsinomu, gastrik adenokarsinom

PB-5 - EVRE 4 MALİGN MELANOM OLGUSUNDA IMMUNOTERAPİ DENEYİMİ

Canan Çolak¹, Recep Türkel¹, Teyfik Demir¹, Bahiddin Yılmaz¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Çanakkale

Giriş: Malign melanom ciltteki melanositlerden köken alan malign bir hastalıktır. Cilt kanserinin en ciddi formudur. Sıklığı yaşla beraber artan bu malignitede geriatric vakamızda immunoterapinin faydasını ve hastamızda ulaştığımız sonucu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 81 yaşında bayan hasta Haziran 2021de malign melanom tanısı almış ve opere olmuş. Patoloji sonucu malign melanom nodüler tip (breslow kalınlığı 4,5 mm, mitoz oranı 10/12 mm², vertikal yayılım mevcut, radial yayılım yok, vasküler invazyon yok) BRAF negatif saptanan hasta onkoloji polikliniğine başvurmuş. Çekilen PET BT de metastaz saptanmayan hasta birimizce takibe alındı. Mart 2023 de Torax bt de metastaz ile uyumlu multiple nodülleri olan hastaya nivolumab başlanmasına karar verildi. Hasta düzenli olarak takiplerine geldi ilacını aldı. Takibinde metilprednizolonla kolayca kontrol altına alınan öksürüğü oldu, ilacın kesilmesine gerek kalmadı. Metilprednizolon doz azaltılarak kesildi. PET BT takipleri önce stabil seyretti son çekilen PET BT de regresyon saptanan hasta 34. Kür Nivolumabını aldı. Tedaviye devam ediliyor.

Sonuç: Malign melanom özellikle ileri yaşta görülen agresif seyirli giden bir cilt kanseri türüdür. İmmünoterapi ileri evre malign melanom tedavisinde yerini almış ve oldukça iyi sonuçlar görülmeye başlanmıştır. Geriatric hastalarda kırılabilirlik ve yan etki riski daha yüksektir ancak yine de hastanın tedaviye ulaşmasına engel değildir. Vakamızda başka yan etki ve toksisite görülmeden başarı sağlanmıştır ve halen tedaviye devam etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Geriatri, malign melanom , immunoterapi

PB-6 - 6 YILLIK SAĞ KALIM ELDE EDİLEN METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGU SUNUMU

Doğan Pakalın¹, Banu Öztürk¹

¹*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya*

Giriş: Akciğerin küçük hücreli karsinomu (SCLC) , yaygın evrede median OS 8-13 ay, relaps/refrakter dönemde median OS 4-5 ay gibi çok kısa sürelerle sahip bir malignitedir.

Olgu: Öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle başvuran 67 yaşındaki erkek hastanın çekilen Toraks CT'sinde sol akciğer hiler bölgeden başlayıp plevraya doğru uzanan, en geniş boyutları 50x45mm ölçülen kitlesel lezyon ve sol hemitoraksta derinliği 2cm'ye ulaşan plevral sıvı saptandı. PET/CT'sinde sol akciğerde 77x46mm primer kitle (SUVmax:25.38), mediastende sol hiler bölgede kitlesel lezyon ile birleşme eğiliminde en büyüğü 3cm boyutlarında sol hiler (SUVmax:11.46) , 32x26mm boyutlarında subkarinal (SUVmax:17.37) aortikopulmoner, sağ üst paratrakeal, sol prevasküler, prekarinal ve paraaortik lenf nodları (SUVmax:23) izlenmiştir. Karaciğer parankiminde dağınık yerleşimli multiple sayıda sağ lobta en büyüğü posterior segment 6'da 28x23mm boyutlarında (SUVmax:17.24), sağ lob segment 5'te ve segment 8'de en büyüğü 21x17mm boyutlarında (SUVmax:10.06), sol lobta en büyüğü 4A'da 18x15mm boyutlarında (SUVmax:9.91) olmak üzere dağınık yerleşimli multipl sayıda hipermetabolik kitlesel lezyonlar izlenmiştir. Kranium oksipital kemikte, kolumna vertebralis vertebra korpuslarında her iki skapula, sternumda, her iki humerus başında, bilateral klavikulada, her iki hemitoraksta kostalarda multipl sayıda, sakral kemikte multipl sayıda metastatik litik lezyon izlenmiştir.

Hastanın ünitemize başvurusunda ECOG PS 1 olarak saptanmıştı. İlk basamakta 6 kür cisplatin(75 mg/m²)+Etoposide(100mg/m²) sonrası tam yanıtı olan hastaya PCI yapıldı. Takiplerinde karaciğerde nüks saptanması üzerine Carboplatin (AUC6)+ Etoposide (100mg/m²) 6 kür verildi ve tam yanıtı olarak saptandı. 1 yıl sonra karaciğer progresyonu olan hastaya 3. Basamakta tekrar Carboplatin (AUC5)+ Etoposide (100mg/m²) 6 kür verildi. 1 yıl sonrası tekrar nüks olması üzerine 4. Sırada tekrar Carboplatin (AUC5)+ Etoposide (100mg/m²) 4 kür sonrası PET/CT'si parsiyel yanıtı olması üzerine 7 küre tamamlandı. Hastalığı stabil seyretmesi üzerine tek ajan irinotekan (65mg/m²) 12 kür verildi. Kontrollerinde karaciğerde progresyon olması üzerine 6. Sırada haftalık carboplatin(AUC2)+ Paklitaksel (80mg/m²) başlandı. Hastanın takip ve tedavisi halen devam etmektedir.

Sonuç: Akciğerin küçük hücreli karsinomu, genel olarak düşük median OS datalarına sahip olmakla beraber hastamızda 6 yıllık bir sağ kalım sağlanmış olup halen tedavi ve takipleri devam etmektedir.

PB-7 - YÜKSEK B 12 SEVİYESİNE RAĞMEN FONKSİYONEL B 12 EKSİKLİĞİ: AĞRILI POLİNÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN KANSER İLİŞKİLİ BİR OLGU

Ela Güven Avcı¹, Hasret Demirel¹, Zeynep Dilek Erzenin¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Isparta

Giriş: Kanser, en zorlu kronik ağrı nedenlerinden biridir. Kanser ilişkili ağrılı hastalarda nöropatik ağrı %19 oranındadır [1]. Kanser ilişkili nöropatik ağrı ya tümörün direkt santral veya periferik sinir sistemini invazyonunun bir neticesi olarak; ya da kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi tedavi modalitelerinin bir komplikasyonu olarak sınıflandırılmaktadır [2]. B 12 eksikliği nöropatik yakınmaların iyi bilinen bir nedenidir. Bununla birlikte B 12 yüksekliğine rağmen ortaya çıkan nöropatide B12'nin fonksiyonel eksikliği gözden kaçabilecek bir durumdur.

Olgu: Kolon adenokarsinom ile takipli 93 yaşında erkek hasta bize başvurusundan bir ay önce kolon rezeksiyonu ve kolostomi açılması operasyonu olmuş, kt ve rt için uygun görülmemiş. Bir aydır giderek artan bacaklarda ağrı, yürüyeme, yatağa bağımlı olma, bilinç durumunda bozulma ve akabinde gelişen bası yarası ile başvurdu. Periyodik olarak gelen ajitasyon ve bağırmaları mevcuttu. Sorgulandığında ağrı yerini tarif edemiyordu. CRP 70 mg/L, AST: 215 U/L, ALT: 158 U/L, ALP: 257 U/L, GGT 154 U/L, T. bil.: 2,6 mg/dL, D. Bil.: 1,1 mg/dL olan hastanın PET görüntülemesinde karaciğer metastazı bulundu. Hemogramında hafif anemi (Hgb: 12 gr/dL) mevcuttu. Tit de pyüri mevcuttu. Geriatri servisine yatırılan 5*5 cm evre 4 sakral dekübit ülseri olan hastaya ampicilin-sulbaktam ve siprofloksasin başlandı. İlk nörolojik muayenesinde bilinç konfü, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, motor emirleri uygulamıyor, boş bakış mevcuttu. Diğer muayene bulguları kooperasyon güçlüğü nedeniyle değerlendirilemedi. Ayaklarını hareket ettirmekle belden alt ekstremiteye doğru yayılan ağrısı nedeniyle nörolojiye danışıldı. Beyin BT: Normal basınçlı hidrosefali açısından şüpheli bulgular ve kronik iskemik gliotik odaklar vardı. Hastanın belden başlayıp alt ekstremiteye yayılan, sadece ayak tabanı yere değmesiyle bile tetiklenen ağrısı vardı. Yanma, karıncalanma, ağrının tipi vb. açısından sorulan soruları net cevaplayamıyordu. Üst ekstremitelerde uyuşukluk ağrı yanma olmadığını ifade ediyordu. Pet görüntülemesinde karaciğer metastazı vardı. Nöropatik ağrı için çekilen enmg: Aksonal tip ağır düzeyde sensorimotor polinöropati ile uyumlu elektrofizyolojik bulgular vardı. Paraneoplastik polinöropati ve Guillain-Barre Sendromu ayrımı açısından nöroloji tarafından lomber ponksiyon önerildi fakat hasta yakını tarafından kabul edilmedi. Nöropatinin ilerlemesini engellemek için gbs dışlanamadığından dolayı nöroloji tarafından 5 gün boyunca 20 gr intravenöz immunglobulin (ivig) verilmesi önerildi. Ivig tedavisi sırasında Crp progresyonu olan hastada dekübit yarasında pürülan akıntı ve kötü koku artış gözlemlendi. Antibiyotikleri seftazidim 3x2, metronidazol 2x500 mg olarak revize edildi. 2 gün ivig tedavisi almış olup tedavi sonrası nörolojik muayenesinde progresyon veya regresyon izlenmedi. Enfektif parametrelerinde ve yara yeri akıntısında artış olduğundan ivig tedavisine devam edilmedi. Hastada B 12 kullanımı olmamasına rağmen iki kere bakılan B 12 değerleri >1500 pg/ml idi. Yüksek B 12'nin altta yatan maligniteye bağlı olabileceği düşünüldü. Hastanın şiddetli ağrılı nöropatisinin olması hastanın mobilizasyonunu engelliyordu, bu da dekübit yarasının ilerlemesine yol açıyordu. Literatürde bazı kanser olgularında B 12 yüksek olmasına rağmen fonksiyonel defisit olduğu bildirilmiş olmasına dayanarak (bkz. tartışma) hastaya B 12 replasmanı başlandı. Hasta yakını tedavi aldığı ilk günden itibaren semptomlarında ve uykusunda dramatik düzelme olduğunu ifade etti. Hasta tedavinin ikinci gününde aspirasyon nedeniyle ex oldu.

Tartışma: B 12 düzeyi kanser hastaları için önemli bir parametredir. Eksikliği, DNA sentez yollarının inhibe olmasından ötürü ve diğer B 12 eksikliği komplikasyonlarından ötürü istenmeyen bir tablodur.

B 12 vitamini yüksekliği ise daha nadir rastlanılan ve genellikle hafife alınan bir anomalidir. Öncelikle tedavi veya takviye olarak alım sorgulanmalıdır. Hiperkobalaminemi nedenleri arasında solid neoplazmlar, miyeloproliferatif kan hastalıkları, karaciğer metastazları, karaciğer hastalıkları ve böbrek yetmezliği sayılabilir. Özellikle karaciğer kanserinde B 12 düzeyinin çok yüksek olduğu bilinmektedir. Solid tümörlerin önemli bir kısmında hiperkobalaminemi transkobalaminlere ilişkin kantitatif anomalilerle ilgilidir [3]. Özellikle transkobalaminin 1 ve 3'ün artması, hücrelere B 12 taşınmasını sağlayan transkobalaminin 2'ye B 12 bağlanması azalmaya ve dolayısıyla fonksiyonel defisite neden olur. B12'nin görünürde yüksek olması hastalarda replasman ihtiyacı açısından soru işareti yaratmaktadır. Fonksiyonel B 12 eksikliği herhangi bir serum seviyesinde ortaya çıkabilir. Metilmalonik asit ve homosistein, fonksiyonel B 12 eksikliği tanısı için bakılabilen biyobelirteçlerdir ancak B 12 eksikliğinin tanısı için hala altın standart olmadığından, klinik semptomlar B 12 eksikliğiyle uyumluysa hematolojik ve nörolojik sekelleri önlemek için replasman önerilmektedir [3, 4].

B 12 yüksek olmasına rağmen B 12 eksikliği klinik bulguları olan hastalarda B 12 tedavi denemesinin yapılması, alttaki hastalık tam tedavi olmasa bile yaşam kalitesinin daha iyi olmasını sağlayabilir.

Anahtar Sözcük: B 12 Yüksekliği, Paraneoplastik Nöropati, Fonksiyonel B 12 Eksikliği

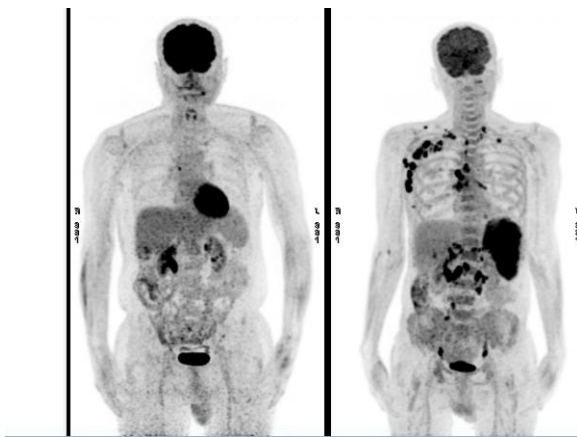
PB-8 - HODGKİN LENFOMA NÜKSÜ İLE EŞLİK EDEN 2. PRİMER; AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

Ümmügülsüm Durak¹, Kübra Çingar Alpay¹, Tuğrul Elverdi¹, Deniz Suna Erdinçler¹

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul*

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 74 yaşında erkek hasta, Ağustos 2020’de kilo kaybı şikayetiyle geriatri polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede; sol submandibuler bölgede yaklaşık 4 cm ele gelen kitle ve tetkiklerinde; anemi ve hiperkalsemi saptanması, görüntülemeye; supra-infradiafragmatik yaygın, bazıları konglomerasyon gösteren lenfadenopatiler (LAP) ve dalakta tutulum izlenmesi üzerine, lenfoma ön tanısı ile sol submandibuler bölgeden eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Klasik Hodgkin Lenfoma, mikst selüler tip olarak raporlanan ve Evre IIIBS kabul edilen hasta 6 kür Brentuksimab vedotin (BV) + doksorubisin-vinblastin-dakarbazin (AVD) aldı. Takiplerinde refrakter hastalık nedeniyle ifosfamid, karboplatin, etopozid (ICE) salvage tedavisi planlanan hastaya ICE sonrası otolog kemik iliği nakli önerildi ancak hasta kabul etmedi. 3 kür ICE sonrası remisyonda takip edildi. Hastanın tanı anında mevcut olan hiperkalsemisi zoledronik asit ve kemoterapi sonrasında geriledi.

Hasta remisyonda takip edilirken Haziran 2024 kontrolünde serum düzeltilmiş kalsiyum:12,58 mg/dL görüldü. Son 2 aydır halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri olan hastanın fizik muayenesinde sağ aksillada yaygın lenf nodları saptanması üzerine hiperkalsemi tedavisi (iv hidrasyon + zoledronik asit) başlandı. Yüzeysel USG’de büyüğü 2x1,5 cm çapında santrali nekrotik çok sayıda lenf düğümü izlendi. Sağ aksiller lenf düğümünden tru-cut biyopsi alındı. Biyopsi sonucu; immüno histokimyasal olarak atipik büyük hücreler CD30(+), CD15(-), Pax5 soluk(-), in situ hibridizasyon yöntemiyle atipik büyük hücrelerde EBV erken RNA transkriptleri izlendi (EBER pozitif). Tanı: Klasik Hodgkin Lenfoma olarak raporlandı. PET-BT’de; supra-infradiafragmatik lenf nodlarında multipl progrese - yeni gelişmiş hipermetabolik lenf nodları izlendi (Deauville 5). Dalakta yeni gelişmiş multiple primer hastalığın tutulumu ile uyumlu hipermetabolik odaklar, sağ akciğer üst lob anterior segmentte önceki çalışmaya kıyasla progrese görünümde hipermetabolik nodüler lezyon izlendi(Resim 1)



Resim 1: PET- BT görüntüsü

Takiplerinde hiperkalsemi devam etmesi ve akut böbrek hasarı saptanması üzerine yakın takip amaçlı geriatri servisine yatırışı yapıldı. Hastanın genel durumu iyi, bilinç açık, oryante-koopere, vital bulguları: ateş 36 °C, nabız 99 atım/dk, solunum sayısı 22, saturasyonu %99 (oda havasında), kan basıncı 113/61 mmHg idi. Fizik muayenede sağ aksiller bölgede ele gelen yaklaşık 2 cm LAP dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hidrasyon ve furosemid tedavisi uygulandı. Sağ akciğer üst lob anterior segmentte en

geniş yerinde 22 mm çapında PET-BT'de tutulumu olan lezyondan, Hodgkin lenfoma seyrinde beklenmeyen bir tutulum olması ve verilebilecek kemoterapi rejimini etkilemesi nedeniyle endobronşial ultrasonografi (EBUS) eşliğinde biyopsi alındı. Biyopsi sonrasında malign hiperkalsemisi olan hastaya deksametazon tedavisi eklendi. Kreatinin ve kalsiyum değerinde gerileme izlendi. EBUS biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanan hastaya radyoterapi önerildi. Hasta tedaviyi reddetti.

Sonuç: Beklenen yaşam süresinin uzaması, modern tedavi seçenekleriyle sağkalımın artması ile ikincil primer kanser görülme ihtimali artmaktadır. Özellikle geriatric hastalarımızda hastanın primer malignitesi dışında atipik tutulumlar görülebilmektedir. Nüks ile seyreden hematolojik malignitelerde beklenmeyen bölge tutulumu görüldüğünde nüks dışında ikincil primer hastalık olabileceği akılda tutulmalı ve bu yönde ileri değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin lenfoma, skuamöz hücreli akciğer kanseri, geriatri

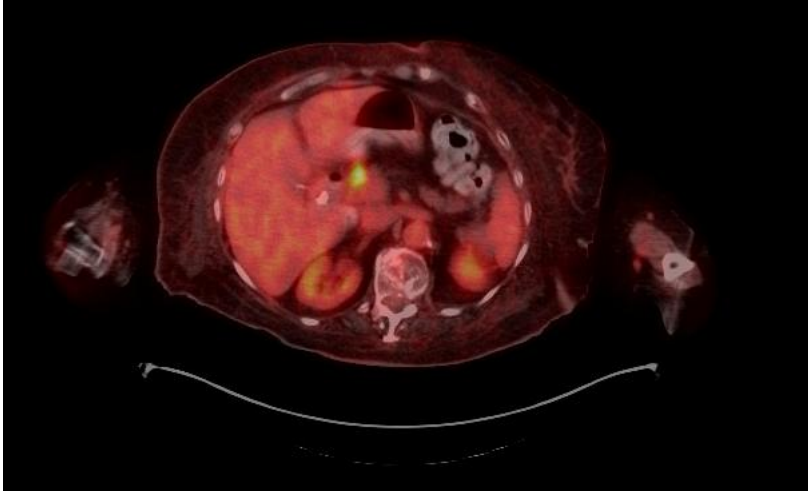
PB-9 - ADRENAL YETMEZLİK İLE PREZENTE OLAN NÖROENDOKRİN TÜMÖR OLGUSU

Ümmügülsüm Durak¹, Kübra Çıngar Alpay¹, Deniz Suna Erdinçler¹

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul*

Olgu: 87 yaşında kadın, bilinen kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon, diyafragma hernisi, iskemik serebrovasküler olay ve 20 yıl önce meme kanseri nedeniyle sağ mastektomi, sağ aksiller lenf nodu disseksiyonu, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü olan hasta, 2 haftadır yürüyememe ve genel durumda bozulma şikayetleri ile ileri tetkik amaçlı servisimize yatırıldı. Hastanın genel durumu orta, kalp tepe atımı 76/dk, satürasyon %95 (oda havasında), ateşi 36.8 °C, kan basıncı 125/70 mmHg idi. Destekle yürüyebilen hastanın fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde krepitan ralleri ve bilateral 1+ pretibial ödem mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak saptandı. Hastanın yapılan geriatrik değerlendirmesinde mini mental testi 22/30, Yesavage geriatrik depresyon skalası 2 puan, Basit sarkopeni sorgulama formu (SARC-F) 7/10, FRAIL kırılabilirlik anketi 2/5 olarak saptandı. Malignite öyküsü olan hastaya ileri tetkik amaçlı kontrastlı batin ve toraks bilgisayarlı tomografileri (BT) çekildi. Kadın doğum muayenesi de yapılan hastanın muayene bulguları yaşıyla uyumlu görülerek herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın takiplerinde vajinal kanama gelişmesi üzerine hastaya kadın doğum muayenesi tekrarlandı ve sonrasında endoservikal küretaj yapıldı. Hastada endometrial polip ve polibe bağlı kanama düşünüldü. Polip eksize edildi, patoloji sonucu benign polip olarak raporlandı. Malignite lehine bulgu görülmedi. Servis takiplerinde hipotansif seyir gözlenen, aktif kanaması olmayan hemogram düşüşü görülmeyen hastada hipotansiyon nedeni olabileceği düşünülerek bakılan tiroid fonksiyon testleri normal aralıkta saptandı. Aynı amaçla bakılan sabah kortizol değeri 1,53 mg/dl, ACTH: <1,5 pg/ml görüldü. Hastanın ön hipofiz hormonları yaşına göre normal aralıkta, Synacten testi 0-30-60. dakikada kortizol değerleri sırasıyla 3,76 mg/dl, 8,94 mg/dl, 7,95 mg/dl saptandı. Hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) herhangi bir patoloji saptanmadı. Adrenal görüntüleme için batin BT çekildi, adrenal glandlar normal olarak değerlendirildi. Hasta adrenal yetmezlik kabul edilerek, hidrokortizon sabah 20 mg, akşam 10 mg olarak başlandı.

Meme kanseri öyküsü olan, vajinal kanama ve yeni tanı adrenal yetmezlik tablosu olan hastaya ileri tetkik amacıyla PET-CT çekildi. Pankreas baş - unsinat prosesi düzeyinde pankreas parankimi/peripankreatik lenfadenopati (LAP) ayrımı yapılamayan 15 mm çapa ulaşan hipermetabolizma gösteren lezyon ve endometriyumda nonspesifik hafif heterojen metabolizma gösteren alanlar saptandı. Hastaya öncelikle galyum-68 PET/BT (DOTA-PET/BT) çekildi. Pankreas baş - unsinat prosesi düzeyinde pankreas parankimi/peripankreatik LAP ayrımı yapılamayan yaklaşık 16 mm çapa ulaşan lezyonda fokal yoğun somatostatin reseptör ekspresyonu saptandı(Resim 1).



Resim 1: DOTAPET- BT görüntüsü

Hastaya endoskopik ultrasonografi (EUS) yapıldı. Pankreas başındaki kist-kitle ayrımı yapılamayan lezyondan nöroendokrin tümör ön tanısıyla biyopsi alındı. Hastanın patoloji sonucu; keratin+, sinaptofizin+, kromogranin+, malign nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Somatostatin analogu (oktreotid) tedavisi başlandı.

Sonuç: Geriatrik ve frajil popülasyondaki hastalarda yeni tanı maligniteler sıklıkla saptanmakta olup, prezentasyonları beklediğimiz klinik tablolarda olmayabilir. Hastaları dikkatle inceleyip şikayetlerini önemsemek, ileri tetkiklerini ihmal etmemek ve tedavi seçiminde kırılganlığı göz önüne alarak tetkik etmek, tanı koymamızı ve klinik faydamızı artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nöroendokrin tümör, adrenal yetmezlik, geriatri



GERİATRİK
ONKOLOJİ
DERNEĞİ



www.geriatrikonkoloji2024.com