



12 ARALIK 2020  
CUMARTESİ

# TAKD SANAL SEMPOZYUMU

BİLDİRİ KİTABI



[takdsanal.serenaslive.com](http://takdsanal.serenaslive.com)

## DERNEK SEKRETERYASI



Türk Akciğer Kanseri Derneği  
1357 Sokak Eray Sitesi No:5 K:1 D:4 Alsancak / İZMİR  
Tel: 0 232 465 00 17 • Faks: 0 232 465 33 09  
E-mail: [info@takd.org.tr](mailto:info@takd.org.tr) • Web: [www.takd.org.tr](http://www.takd.org.tr)

## ORGANİZASYON SEKRETERYASI



Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.  
Başöğretmen Cd. Mor Orkide Sk. No:3 Küçükbakkalköy-Ataşehir / İST  
Tel: 0 216 594 58 26 • Faks: 0 216 594 57 99  
E-mail: [takdsanal@serenas.com.tr](mailto:takdsanal@serenas.com.tr) • Web: [www.serenas.com.tr](http://www.serenas.com.tr)

# TAKD SANAL SEMPOZYUMU

takdsanal.serenaslive.com



## 12 Aralık Cumartesi

09:45-10:00

### AÇILIŞ

Erdem Göker, Meral Gülhan

### 1. OTURUM

#### TANI İÇİN MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Nil Molinas Mandel, Gökhan Demir, Deniz Yalman, Ülkü Yılmaz, Kutsal Turhan, Ayşegül Akgün

10:00-10:30 Radyolojide Gelişmeler: Non-invasiv/İnvasiv/Biyoinformatics&Radyogenomik  
**Selen Bayraktaroğlu**

10:00-12:30

10:30-11:00 Göğüs Hastalıkları Uzmanı Tanı için Ne Yapar? Girişimsel Yöntemlerde Yenilikler  
**Benan Çağlayan**

11:00-11:30 Tanısal Cerrahi – Evreleme Cerrahisi Endikasyonu Kim Koyar?  
**Berker Özkan**

11:30-12:00 Patolojik Tanının Sınırı Var mı? İHK-Moleküler Testler ve NGS  
**Nalan Akyürek**

12:00-12:30 **Oturum Başkanları Tartışıyor**

### Roche Diagnostics Uydu Sempozyumu

The Value of Genomic Profiling in Precision Oncology : Sample in & Result out

12:30-13:00

Moderatör: Erdem Göker

Konuşmacı: Carlo Messina, MD Medical Oncologist, Roche

13:00-13:30

**KAHVE MOLASI**

### 2. OTURUM

#### TEDAVİ İÇİN MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Hedefleyici Tedavilerin Getirdikleri: Yepyeni Kavramlar

Oturum Başkanları: Hakan Kutlay, Ufuk Yılmaz, Fulden Yumuk, Muhammed Ali Kaplan, Serap Akyürek, Deniz Nart

13:30-14:00 Minimal Cerrahi&VATS  
**Reha Çelik**

14:00-14:30 SBRT: Minimal Radyasyon  
**Uğur Selek**

14:30-15:00 Hedefleyici Tedaviler 1: Anti EGFR TKI  
**Fatih Selçukbiricik**

15:00-15:30 Hedefleyici Tedaviler 2: Anti ALK/ROS1  
**Murat Akyol**

13:30-17:30

15:30-16:00 Hedefleyici Tedaviler 3: Nadir Mutasyonlar İçin  
**Nuri Karadurmuş**

16:00-16:30 İmmünoterapiler 1: Kombinasyonlar  
**Yeşim Eralp**

16:30-17:00 İmmünoterapiler 2: Tek Başlarına  
**Mehmet Ali Şendur**

17:00-17:30 **Oturum Başkanları Tartışıyor**

Tartışmacılar: Eda Tanrikulu Şimşek, Meltem Topalgökçeli Selam, Duygu Derin, Didem Tunalı, Burçak Erkol, Sinem Akbaş, Hamza Uğur Bozbey, Damla Günaç, Hüseyin Engin

17:30-17:45

**KAHVE MOLASI**

### BMS Uydu Sempozyumu

Nivolumab ile mKHDAK'ın 2. Basamak Tedavisinde İmmünoterapi Pratiği

17:45-18:30

Moderatör: Özgür Özyılkan

Konuşmacı: Ali Murat Tatlı

18:30-18:45

**KAHVE MOLASI**

### Pfizer PFE İlaçları Uydu Sempozyumu

ALK+ mKHDAK Hastalarında Lorlatinib ile Geleceğe Net bir Adım

18:45-19:30

Konuşmacı: Umut Demirci

19:30-19:45

**KAHVE MOLASI**

### SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: Erdem Göker, Meral Gülhan

(Bildiriler 7 dakika sunum, 5 dakika tartışma şeklinde sunulacaktır.)

19:45-19:57 SB-01 Temadozol Kullanımına Bağlı Gelişen Yaygın Pnömoni Olgu Serisi  
**Nuran Katğı**

19:57-20:09 SB-02 Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri Nivolumab Ve Pembrolizumab: Gerçek Yaşam Deneyimi  
**Ömer Diker**

19:45-20:45

20:09-20:21 SB-03 Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri Sarkopeni Prognostik Mi, Prediktif Mi? İmmünoterapi Çağında Psoas Kas Hacmi Ölçümü  
**Ömer Diker**

20:21-20:33 SB-04 İki Olgu Eşliğinde Metakron Akciğer Kanseri  
**Nazan Erbaş Kanat**

20:33-20:45 SB-05 Tirozin Kinaz İnhibitörleri İle Tedavi Edilen Khdak Hastalarında Tedaviye Bağlı Mikroalbuminürinin Değerlendirilmesi  
**Şebnem Yücel**

20:45-21:00

### KAPANIŞ

Erdem Göker, Meral Gülhan

## **SB-01 TEMADOZOL KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN YAYGIN PNÖMONİ OLGU SERİSİ**

Nuran Katgı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.b.ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

### **Temadozol kullanımına bağlı gelişen yaygın pnömoni olgu serisi**

Dr. Nuran Katgı

S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Glioblastoma Multiforme (GBM) santral sinir sisteminin agresif bir tümörüdür. Standart tedavisi radyoterapiyle eş zamanlı verilen temadozolün (TMZ), radyoterapi sonrası 6-12 ay monoterapi olarak devamıdır. Alkilleiyici ajan olan TMZ verilen hastaların %80'inde grade 3-4 lenfopeni görülür. TMZ'a bağlı hücrel tip immün yetmezlik yanında kullanılan steroidlerin katkısıyla fırsatçı enfeksiyonlar görülebilir. En sık P. jiroveci olmakla birlikte sitomegalovirüs, V. zoster, aspergillus enfeksiyonları raporlanmıştır. Biz, GBM nedeniyle TMZ kullanırken yaygın pnömoni gelişen, ancak etiyojide herhangi bir patojen saptayamadığımız 3 olguyu paylaşmayı istedik.

### **Olgular:**

Olgu-1

46y, erkek, 9 ay önce GBM tanısıyla radyoterapi + TMZ sonrasında 6 ay TMZ uygulanmış. Ateş, göğüs ağrısı, nefes darlığı ile başvurdu. Tetkiklerinde lenfosit  $0,3/mm^3$  ve crp 20gr/dl dışında özellik yoktu. BAL ve bronş aspirasyon sıvısında üreme olmayan, sitolojisi benign olan hasta yatışının 20. Gününde solunum yetmezliği nedeniyle exitus oldu.

Olgu-2

67y, erkek, 5 ay önce GBM tanısıyla 1,5 ay radyoterapi + TMZ, sonrasında 3,5 ay TMZ uygulanmış. 10 gündür olan nefes darlığı, ateşle başvurdu. Tetkiklerinde lenfosit  $1000/mm^3$  ve crp 7,1gr/dl dışında özellik yoktu. Bronş aspirasyon, BAL ve fırçada üreme saptanmadı, sitolojiler benign. TTİİAB ile mantar ve M. tüberkülozis üremesi yok. Sitolojide apseleşen enfeksiyon bulgusu izlendi. TMZ tedavisinin kesilmesinden sonra kliniği düzelen hastanın bir ay sonraki PAAC grafisi regrese olarak izlendi. (Şekil 1 ve 2) Kontrole gelmeyen olgunun son kontrolden bir ay sonra primer hastalık progresyonu nedeni ile ex olduğu öğrenildi.

Olgu 3

24y, kadın, GBM tanısıyla operasyon sonrası radyoterapi + TMZ, ardından 9 ay TMZ monoterapisi ile tedaviye devam edilmiş. 3 gün önce başlayan öksürük ve hemoptizi ile başvurmuş. Labortuarında lenfosit  $500/mm^3$ , crp 5,96gr/dl dışında özellik yoktu. Balgam kültüründe üreme olmadı. Tanısal amaçlı girişimsel hiçbir işlemi kabul etmeyen hasta 1 ay sonra exitus oldu.

**Tartışma:** Primer beyin tümörü olan GBM tedavisinde kullanılan TMZ ile gelişen bildirilmiş fırsatçı akciğer enfeksiyonları mevcuttur. Etiyolojik patojen saptanmamış da olsa bizim vakalarımızda nekrotizan pnömoni izlenmiştir.

Günümüzde primer akciğer kanserinin beyin metastazlarında da TMZ kullanımı ile ilgili klinik çalışmalar mevcuttur. Günlük pratikte TMZ'ün akciğer kanserinde kullanımının yaygınlaşması durumunda benzer olgularla daha sık karşılaşabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle TMZ kullanımında yakın lenfosit takibi yapılması, gereğinde tedaviye ara verilmesinin olası pnömoni insidansını da azaltabileceği kanaatindeyiz. Sonuç olarak TMZ

kullanımı ile ilgili deneyimlerimiz arttıkça bu konuda net bir yaklaşım oluşturulabilir diye düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler :** Primer veya metastatik beyin tümörleri, temadozol, nekrotizan pnömoni

**Resimler :**

**Resim**

**Açıklaması:** olgu-2



Olgu 2

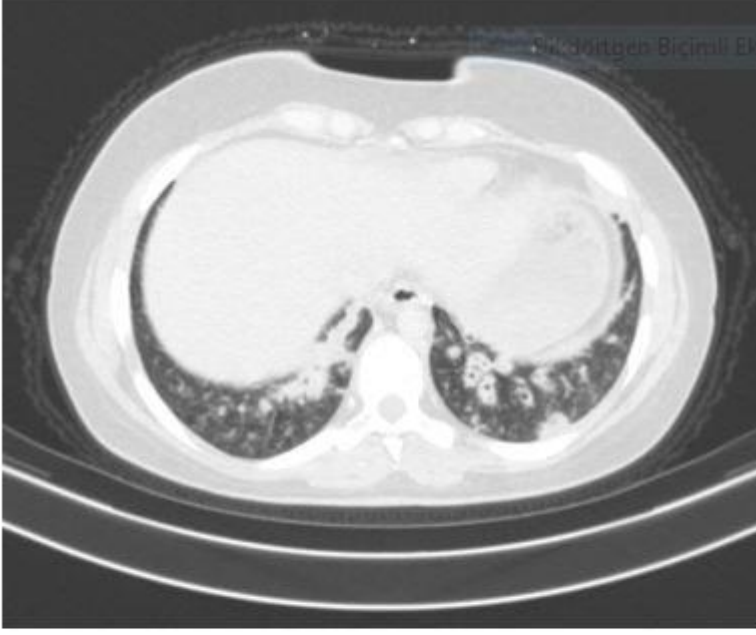
Başvuru grafisi



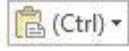
Tedavi sonrası kontrol grafisi

**Resim**

**Açıklaması:** olgu-3

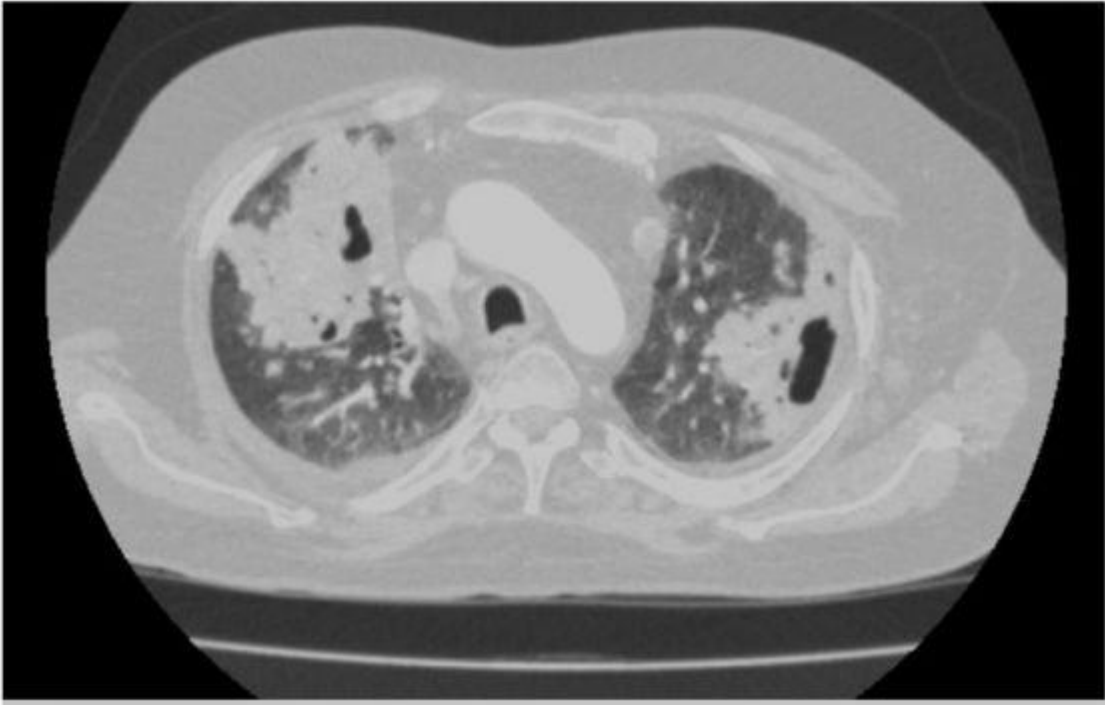


Olgu 3- Bilateral bazılarında erime alanı izlenen konsolidasyon



Resim

Açıklaması: olgu-1



Olgu 1- Bilateral yaygın erime alanları içeren konsolidasyon

**Notlar : Şekil sayısının 3 ile kısıtlı olması nedeniyle görseli biraz zayıf oldu.**

## **SB-02 KÜÇÜK HÜCRE DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE NİVOLUMAB VE PEMBROLİZUMAB: GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ**

Ömer Diker<sup>1,2</sup>, Polat Olgun<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Yakın

Doğu

Üniversitesi

Hastanesi

<sup>2</sup>Lefkoőa Dr. Burhan Nalbantoğu Devlet Hastanesi

### **AMAÇ**

Akcığer kanserlerinin yaklaşık %85'i küçük hücre dışı akciğer kanserleridir (KHDAK). Metastatik KHDAK alanında geçtiğimiz dekat içerisinde dramatik değişiklikler yaőanmıőtır. Çalıőmamızdaki temel amacımız, KHDAK tedavisinde kullanılan immunoterapilerin gerçek yaşam deneyimini sunmaktır.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Dr. Burhan Nalbantoğu Devlet Hastanesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji departmanlarında, immunoterapi almıő hastalar merkez veri tabanları ve gündüz tedavi ünitesi dosyalarından retrospektif olarak taranarak derlenmiőtir.

### **BULGULAR**

24 Mart 2017 ve 13 Kasım 2020 tarihleri arasında immunoterapi uygulanan 79 hasta çalıőmada yer almıőtır. Bu hastaların 39'u önceden tedavi almamıő Pembrolizumab uygulanan hastalarken, 40'ı platin refrakter hastalığa sahip Pembrolizumab veya Nivolumab almıő hastalardı.

#### ***Birinci Sıra Tedavi Kohortu***

Ortanca genel sağ kalım 9 ay (%95 GA 3,9–14,0 ay), progresyonsuz sağ kalım 4 aydı (%95 GA 0,3-7,6 ay). Objektif yanıt oranı %41'di.

#### ***Platin Refrakter Hasta Kohortu***

Ortanca genel sağ kalım 12 ay (%95 GA 4,1–19,8 ay), progresyonsuz sağ kalım 7 aydı (%95 GA 0-14,7 ay). Objektif yanıt oranı %52,5'tu.

### **SONUÇ**

Birinci sıra tedavide sağ kalım verilerimiz randomize kontrollü çalıőmalardan daha kötüydü. Platin refrakter hastalarda ise yanıt oranları ve progresyonsuz sağ kalımlar oldukça etkileyici gözükmele birlikte, genel sağ kalım literatüre benzer gözükmekteydi.

**Anahtar Kelimeler :** Nivolumab, Pembrolizumab

### **Kaynakça**

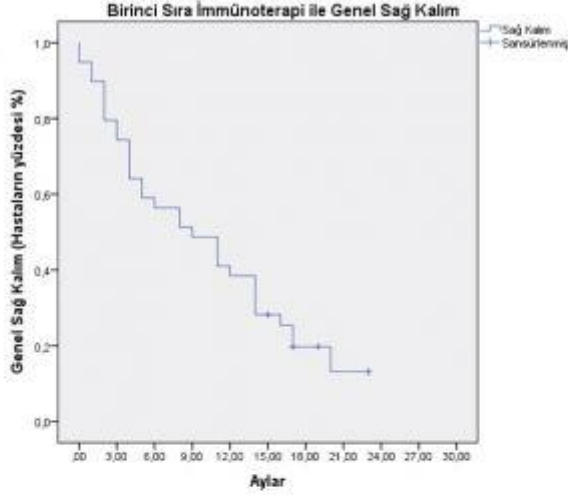
1. Borghaei H, Paz-Ares L, Horn L, et al. Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2015 Oct 22;373(17):1627-39.
2. Horn L, Spigel DR, Vokes EE, et al. Nivolumab Versus Docetaxel in Previously Treated Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Two-Year Outcomes From Two Randomized, Open-Label, Phase III Trials (CheckMate 017 and CheckMate 057). J Clin Oncol. 2017 Dec 10;35(35):3924-3933.
3. Herbst RS, Baas P, Kim DW, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. Lancet. 2016 Apr 9;387(10027):1540-50.
4. Reck M, Rodriguez-Abreu D, Robinson AG, et al. Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2016 Nov 10;375(19):1823-1833.
5. Gandhi L, Rodriguez-Abreu D, Gadgeel S, et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 May 31;378(22):2078-2092.
6. Mok TSK, Wu YL, Kudaba I, et al. Pembrolizumab versus chemotherapy for previously untreated, PD-L1-expressing, locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer

(KEYNOTE-042): a randomised, open-label, controlled, phase 3 trial. Lancet. 2019 May 4; 393(10183): 1819-1830.

11. Paz-Ares L, Luft A, Vicente D, et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 Nov 22; 379(21): 2040-2051.

## Resimler

**Resim** **Açıklaması:** Birinci Sıra Tedavide İmmünoterapi ile GSK



**Resim**

**Açıklaması:** Platin

Refrakter

Hastalarda

GSK



## Tables

:

**Tablo 1. Hastaların demografik ve klinikopatolojik özellikleri**

Değişkenler	Birinci Sıra Tedavi Kohortu	Platin Refrakter Hasta Kohortu
İmmünoterapi başlangıç yaşı		
Median	66	66
Aralık	47-86	35-88
Cinsiyet-sayı (%)		
Erkek	32 (82,1)	36 (90,0)
Kadın	7 (17,9)	4 (10,0)
Histoloji-sayı (%)		



Adenokarsinom	26 (66,7)	20 (50,0)
Yassı hücreli karsinom	11 (28,2)	17 (42,5)
Adenoskuamöz karsinom	1 (2,6)	1 (2,5)
Spesifiye edilememiş KHDAK	1 (2,6)	2 (5,0)
PD L1-sayı (%)		
Negatif	8 (20,5)	4 (10,0)
%1-49	2 (5,2)	-
%50 ve üzeri	4 (10,4)	3 (7,5)
Bilinmiyor	25 (63,9)	33 (82,5)
ECOG PS-sayı (%)		
0-1	21 (53,8)	19 (47,5)
2-4	18 (46,2)	21 (52,5)
Sigara içiciliği-sayı (%)		
Aktif içici veya içmiş bırakmış	37 (94,9)	38 (95,0)
Hiç içmemiş	2 (5,1)	2 (5,0)
Beyin metastazı-sayı (%)		
Var	3 (7,7)	3 (7,5)
Yok	36 (92,3)	37 (92,5)
Karaciğer metastazı-sayı (%)		
Var	14 (35,9)	4 (10,0)
Yok	25 (64,1)	36 (90,0)
Kemik metastazı-sayı (%)		
Var	14 (35,9)	16 (40,0)
Yok	25 (64,1)	24 (60,0)
Surrenal metastaz-sayı (%) Yok		
Var	10 (25,6)	7 (17,5)
Yok	29 (74,4)	33 (82,5)
Malign plevral effüzyon-sayı (%)		
Var	10 (25,6)	6 (15,0)
Yok	29 (74,4)	34 (82,5)
Tedavi sırası-sayı (%)		
Birinci sıra	39 (100,0)	-
İkinci sıra	-	33 (82,5)
Üçüncü sıra	-	7 (17,5)
İmmunoterapi rejimi-sayı (%)		
Birinci sıra		

Pembrolizumab + Pemetrexed-Carboplatin	20 (51,3)	-
Pembrolizumab + Paclitaxel-Carboplatin	12 (30,8)	-
Pembrolizumab monoterapi	7 (17,9)	-
İkinci sıra		
Nivolumab monoterapi	-	29 (87,8)
Pembrolizumab monoterapi	-	4 (12,2)
Üçüncü sıra		
Nivolumab monoterapi	-	7 (100,0)
Pembrolizumab monoterapi	-	-

**Tablo 2. İmmünoterapi ile elde olunan yanıtlar**

Yanıtlar	Birinci Sıra Tedavi Kohortu	Platin Refrakter Hasta Kohortu
Objektif yanıt oranı-sayı (%)	16 (41,0)	21 (52,5)
Tam yanıt-sayı (%)	2 (5,1)	7 (17,5)
Parsiyel yanıt-sayı (%)	14 (35,9)	14 (35,0)
Stabil hastalık-sayı (%)	2 (5,1)	3 (7,5)
Progresif hastalık-sayı (%)	21 (53,8)	16 (40,0)
Ortanca yanıt sürekliliği-ay aralık	10 1 — 15 +	26 1+ — 35+

## **SB-03 KÜÇÜK HÜCRE DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE SARKOPENİ PROGNOSTİK Mİ, PREDİKTİF Mİ? İMMÜNOTERAPİ ÇAĞINDA PSOAS KAS HACMİ ÖLÇÜMÜ**

Uğurcan Balyemez<sup>1</sup>, Ömer Diker<sup>1,2</sup>, Polat Olgun<sup>1,2</sup>, Sinem Őiđit İıkiz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Yakın

Doğu

Üniversitesi

Hastanesi

<sup>2</sup>LefkoŐa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Amaç:

Metastatik küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) tedavisinde, immünoterapi ajanları geçtiğimiz dekat içerisinde devrim niteliğinde değişiklikler oluŐturmuŐtur. Sarkopeni pek çok kanserde kötü prognostik bir risk faktördür. Diğer taraftan sarkopeni varlığında immünsupresyon geliŐtiđi de bilinmektedir. Psoas kas hacminin ölçümü, hastaların sarkopeni durumunu kantitatif olarak yansıtmaya yarayan bir veridir (3, 4). Biz bu çalıŐmada immünoterapi uygulanmış olan KHDAK hastalarında, Psoas kas hacmi ölçümünün prediktif ve prognostik olup olmadığını araŐtırdık.

Gereç ve Yöntem:

Mart 2017-Kasım 2020 tarihleri arasında immünoterapi almıŐ hastaların tedaviye baŐlamadan önceki bir aylık süreçte elde edilmiş olan bilgisayarlı tomografi (BT) veya PET-BT görüntüleri kullanılarak, atanmıŐ bir çalıŐma istasyonu (FUJIFILM, Synapse, JAPAN) yardımı ile retrospektif olarak psos kas hacimleri (PH) hesaplandı.

### **BULGULAR**

41 hasta çalıŐmada yer almıŐtır. Ortanca genel sağ kalım (GSK) 12 ay (%95 GA 4,2–19,7 ay), progresyonsuz sağ kalım (PSK) ise 6 aydı (%95 GA 1,8–10,1 ay). Objektif yanıt oranı (OYO) %43,9'du. PH, hem GSK hem de PSK açısından prognostik değildi (Hazard Oranı (HO): 1,001 (%95 GA 0,998-1,005), p=,485 HO: 1,000 (%95 GA 0,996-1,003), p=,880 sırasıyla). Ayrıca yanıt açısından da prediktif özellikler göstermemekteydi (Odds Oranı (OO): 1,00 (%95 GA 0,99-1,01) p=,265).

### **SONUÇ**

Psoas kas hacmi ölçümünün immünoterapi tedavisi açısından prognostik veya prediktif olmadığını saptadık.

**Anahtar Kelimeler :** Nivolumab, Pembrolizumab, sarkopeni

### **Kaynakça**

Borghaei, H., et al., Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med, 2015. 373(17): p. 1627-39.

Brahmer, J., et al., Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Squamous-Cell Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med, 2015. 373(2): p. 123-35.

Reck, M., et al., Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med, 2016. 375(19): p. 1823-1833.

Gandhi, L., et al., Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med, 2018. 378(22): p. 2078-2092.

Anagnostou, V.K. and J.R. Brahmer, Cancer immunotherapy: a future paradigm shift in the treatment of non-small cell lung cancer. Clinical Cancer Research, 2015. 21(5): p. 976-984.

Nipp, R.D., G. Fuchs, A. El-Jawahri, et al., Sarcopenia is associated with quality of life and depression in patients with advanced cancer. The oncologist, 2018. 23(1): p. 97.

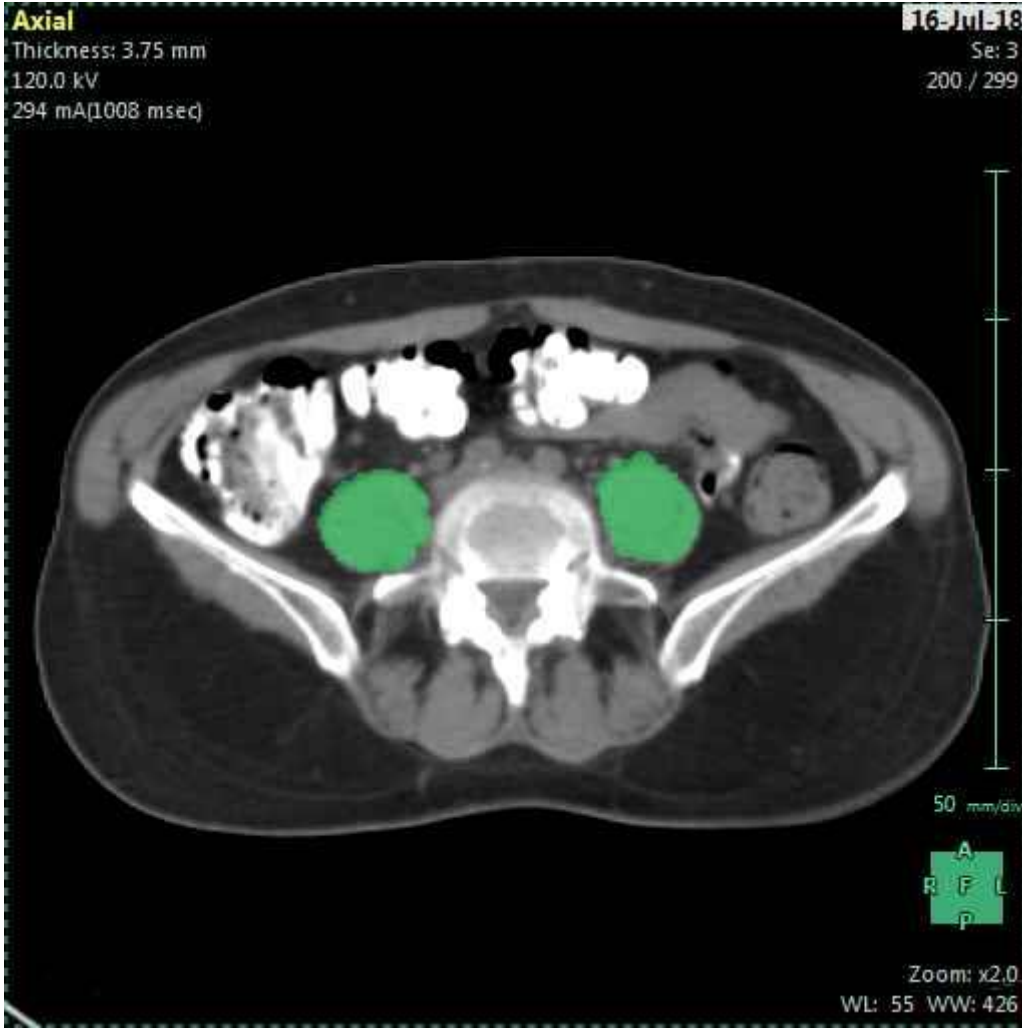
Matsubara, Y., K. Nakamura, H. Matsuoka, C. Ogawa, and H. Masuyama, Pre-treatment psos major volume is a predictor of poor prognosis for patients with epithelial ovarian cancer. Molecular and clinical oncology, 2019. 11(4): p. 376-382.

Miyake, M., Y. Morizawa, S. Hori, et al., Clinical impact of postoperative loss in psos major muscle and nutrition index after radical cystectomy for patients with urothelial carcinoma of the bladder. BMC cancer, 2017. 17(1): p. 1-11

## Resimler

:

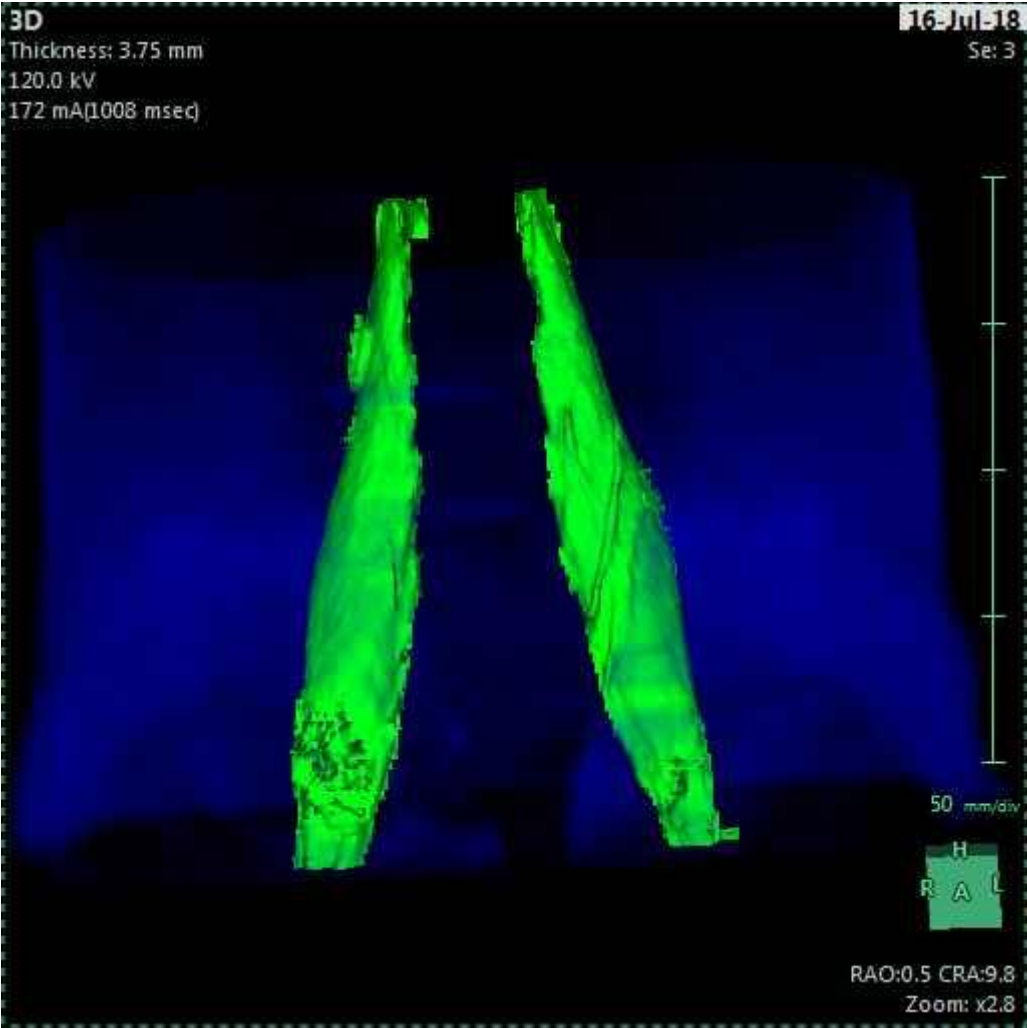
**Resim Açıklaması:** Aksiyel imajlarda bilateral her iki Psoas kas hacminin yazılım aracılığı ile hesaplanması.



**Resim Açıklaması:** Koronal imajlarda bilateral her iki Psoas kas hacminin yazılım aracılığı ile hesaplanması.



**Resim Açıklaması:** 3D Volume Rendered imajlarda bilateral her iki Psoas kas hacminin yazılım aracılığı ile hesaplanması.



## **SB-04 İKİ OLGU EŞLİĞİNDE METAKRON AKCİĞER KANSERİ**

Nazan Erbaş Kanat<sup>1</sup>, Ayşe Naz Taşkın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sbü Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eah

### **AMAÇ-GİRİŞ**

Daha önce tedavi edilmiş akciğer kanseri öyküsü olan hastalar ikinci primer akciğer kanseri gelişimi için risk altındadır. Primer akciğer kanseri nedeniyle küratif tedaviyi izleyen süreç içinde gelişen yeni bir primer akciğer kanserine metakron akciğer kanseri denir. İkinci kez gelişen tümörün metakron olarak adlandırılması için lezyonların farklı tip histolojilerde olması ya da aynı tip histolojide sistemik metastaz bulgusu olmadan iki tümör gelişimi arasında 4 yıldan uzun süre bulunması gerekir(1,2). Biz de biri farklı histolojik tipte diğeri ise aynı histolojik tipte gelişen metakron tümörü bulunan iki olgu eşliğinde metakron akciğer kanserine vurgu yapmayı amaçladık.

### **OLGU 1**

İlk tanı anında 56 yaşında erkek hasta; Nisan 2006'da çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde( BT) sağ akciğer(AC) üst lobda lobüle konturlu yumuşak doku lezyonu tespit edilmiş olup fiberoptik bronkoskopi(FOB) ile yapılan biyopsi sonunca küçük hücreli akciğer kanseri(KHAK) tanısı aldı. Eş zamanlı kemoradyoterapi uygulanması sonrası takibe alınan hasta 6 yıl hastaliksız geçen sürenin ardından Temmuz 2012'de çekilen kontrol ac grafisinde sağ hiler opasite artışı izlenmesi sonrası FDG-PET BT çekildi(**şekil 1**). Sağ hilusta intermedier bronş distal kesimi komşuluğunda yaklaşık 2.5x1.5x2 cm boyutlu yumuşak doku lezyonu (SUVmax:9.88) tespit edilmesi sonrası FOB biyopsi ile adenokarsinoma tanısı konuldu. Lomber manyetik rezonans görüntüleme(MRG) L1-2 ve S2 vertebralarda metastaz tespit edilen hastaya sistemik kemoterapi ve lumbosakral palyatif radyoterapi uygulandı.

### **OLGU 2**

İlk tanı anında 43 yaşında erkek hasta Kasım 2001'de myokard infarktüsü geçirmesi sonrası rutin kontrollerde çekilen ac grafisinde üst mediastende genişleme, sağ üst zonda heterojen dansite tespit edilmiş olup çekilen toraks BT'sinde sağ ac üst lobda medialde kaviter kitle lezyonu tespit edildi. Kasım 2001-Ocak 2002 tarihleri arasında 3 kür neoadjuvan kemoterapi sonrası sağ torakotomi ve üst lobektomi operasyonu geçirdi. Postoperatif patolojik değerlendirmesinde adenokarsinoma, 4, 7, 10, 11 nolu lenf nodları antrakotik, bronş cerrahi sınırında tümör tespit edilmemiş olup visseral plevra invazyonu saptanmadı. Radyolojik takibe alınan hasta 17yıllık hastaliksız geçen sürenin ardından Nisan 2019'da çekilen kontrol toraks BT'sinde sağ akciğer üst zon anteriorda pleural çekintilerin eşlik ettiği 12x7 mm ölçülen çekintili konturlu nodüler dansite tespit edildi(**şekil 2b**). Ardından çekilen FDG-PET BT'de lezyon; sağ akciğer üst zon anteriorda majör fissür komşuluğunda yaklaşık 14x10 mm boyutlarında düzensiz sınırlı nodüler dansite (SUVmax: 9.46) olarak raporlandı, uzak organ ve mediastinal bölgede metastaz tariflenmedi. Güncel kranial MRG'de metastaz saptanmadı. Hasta radyolojik takibe alındı. Haziran 2019 kontrol toraks BT'sinde kitlede progresyon(**şekil 2a**) saptanan hastaya sağ reterakotomi-orta lob wedge rezeksiyon ameliyatı uygulandı. Operasyon materyali patolojisinde; asiner patern baskın tip adenokarsinoma , 11 nolu lenf nodu antrakotik saptandı ve bronş cerrahi sınırdaki ve plevrada tümör hücresi saptanmadı.

### **TARTIŞMA-SONUÇ**

İkinci primer akciğer kanseri tüm akciğer malignitelerinin %0.39'unu oluşturur.(3) Küratif tedavi edilmiş akciğer kanseri öyküsü olan her hasta metakron tümör riski taşımaktadır. Radikal tedavi sonrası yaşam boyu yeni bir primer akciğer kanserine yakalanma oranı; küçük hücreli dışı akciğer kanseri için ortalama yılda %1, KHAK için yılda %6'dır.(4) Malign hastalarda takibin önemi bilinmekle birlikte ilk malignitesi başarılı şekilde tedavi edilmiş olgular takipten çıkarılmamalıdır. Metakron tümörlerde de ilk kez tanıda olduğu gibi erken tanının prognozdaki önemi unutulmamalıdır.

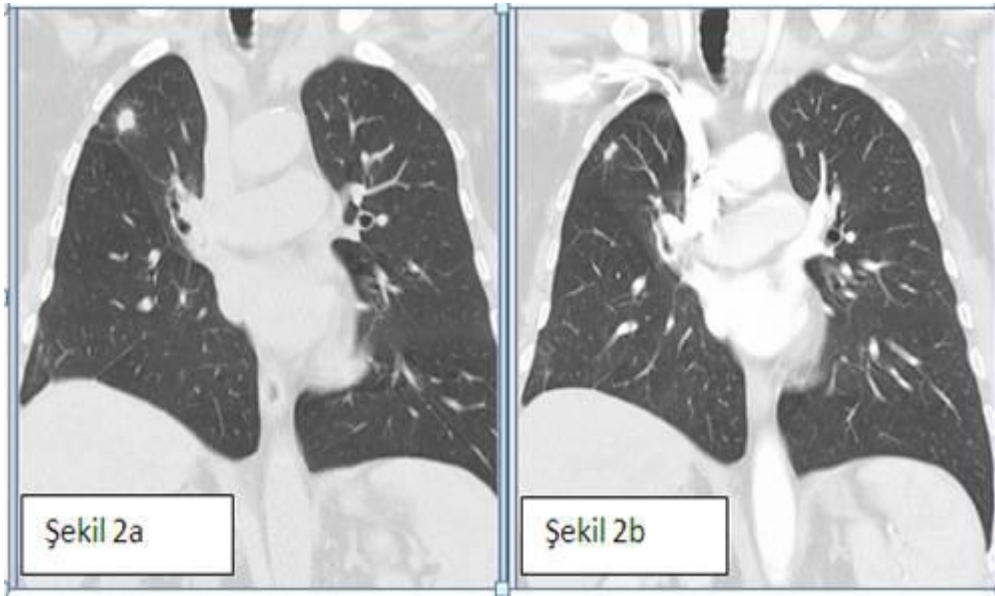
**Anahtar Kelimeler :** metakron akciğer kanseri

## Kaynakça

- 1- Shen K.R, Meyers B.F, Larner J.M, et al. Special treatment issues in lung cancer,ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest 2007; 132: pp. 290S-305S
- 2- <https://www.uptodate.com/contents/multiple-primary-lung-cancers#H25476971>
- 3- Zhao J, Zhang DC, Wang LJ, Zhang RJ. Diagnosis and treatment of multiple primary lung cancers. Ai Zhang 2002; 21: 764-7.
- 4- ŞEHİTOĞULLARI A., AYDEMİR Y., Synchronous and Metachronous Tumors of the Lung, Türkiye Klinikleri J Thor Surg-Special Topics. 2017;8(1):210-4

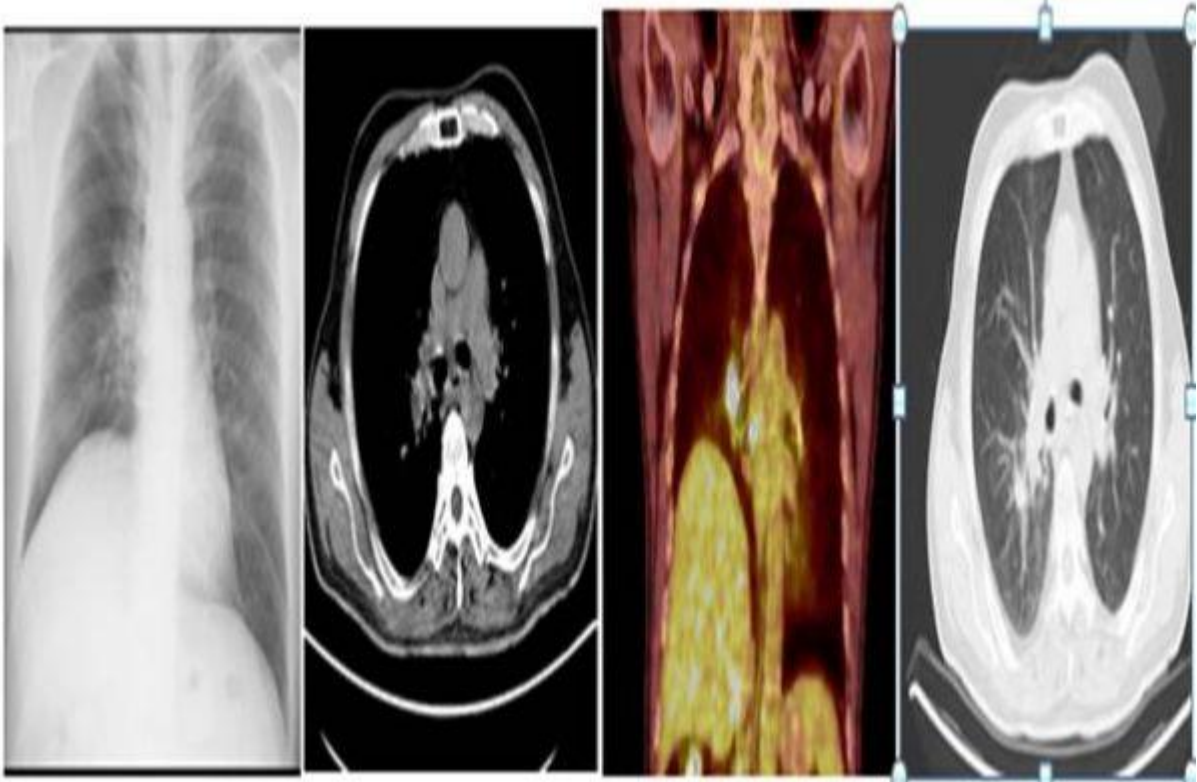
## Resimler

**Resim Açıklaması:** şekil 2a:Haziran 2019 Toraks BT/şekil 2b:Nisan 2019 Toraks BT



**Resim Açıklaması:** şekil 1:Temmuz 2012 AC grafisi ve FDG-PET BT görüntüleri





## **SB-05 TİROZİN KİNAZ İNHİBİTÖRLERİ İLE TEDAVİ EDİLEN KHDK HASTALARINDA TEDAVİYE BAĞLI MİKROALBUMİNÜRİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sebnem Yücel<sup>1</sup>, Burak Bilgin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eah

Giriş: Epidermal büyüme faktörü reseptörü(EGFR) ;hücrelerde proliferasyonu ve apoptozisi düzenleyen sinyal ileti yollarını kontrol eden hücre yüzey reseptörüdür. EGFR mutasyonu akciğer kanseri olgularının yaklaşık %15-20 sinde tespit edilebilmektedir. Günümüzde erlotinib,afatinib ,gefitinib ve osimertinib EGFR mutasyonu saptanan hastalarda tedavi onayı olan tirozin kinaz inhibitörleridir EGFR inhibitörleri genellikle iyi tolere edilirler ve genelde sitotoksik ilaçların yol açtığı sistemik yan etkilere yol açmazlar. TKI ile gözlemsel düzeyde hipertansiyon sıklığının arttığı bildirilmiştir. Ancak bu ajanların hastalarda yan etki profilinde mikroalbuminüriye etkileri tam olarak bilinmemektedir.

Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Polikliniği'nde takip edilen ve EGFR mutasyonu pozitif saptanan 41 Evre-4 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDK) hastası dahil edildi.

Sonuçlar: TKI (erlotinib %61, afatinib %27 ve gefitinib %12) tedavisi alan hastalar tedavi başlangıcında ve tedavinin 3. ayında 24 saatlik idrarda albumin değerlerine göre karşılaştırıldı. Hastaların tedavi başlangıcında 25'inde (%61) hipertansiyon tanısı mevcuttu. 3.ay takiplerinde yeni tanı HT tespit edilmedi. Hastaların serum kreatinin değerlerinde tedavi süresince anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Tanı anında HT olan ve olmayan hastalarda mikroalbuminüri açısından anlamlı fark yoktu (p=0,9). Ancak 3.ayda HT grubunda mikroalbuminüri miktarı HT olmayan gruba göre yüksek tespit edildi (p=0,027).

Tartışma: Çalışmalar KHDK'de, EGFR driver mutasyonlarının varlığında, tirozin kinaz inhibitörlerinin (Erlotinib, Gefitinib ve Afatinib) kullanımının, standart kemoterapiye göre, hem ortanca genel sağ kalımda (mOS) hem de ortanca hastalıksız sağ kalımda (mPFS) anlamlı bir artış sağladığını göstermiştir. Bu grup ilaçların nefrolojik yan etkileri tam olarak bilinmemektedir.Henüz çok yeni kullanımda olan TKI ile HT hasta gruplarında yakın nefrolojik klinik takip ve mikroalbuminüri yanında aşikar proteinuri gelişme riski açısından da değerlendirme gerekebilir. Uzun süreli hasta verileri bu açıardan da takip edilmelidir

**Anahtar Kelimeler :** Tirozin kinaz inhibitörleri, yan etki, mikroalbuminüri