| Tablo 1-Devamı | | |
|---|---|---|
| Aksiller Değerlendirme | SLNB | 64 (%84,2) |
| | ALND | 12 (%15,8) |
| Ameliyat Türü | MKC | 12 (%15,8) |
| | MKC+SLNB | 48 (%63,2) |
| | MKC+ALND | 13 (%17,1) |
| | Mastektomi+SLNB | 2 (%2,6) |
| | Mastektomi+ALND | 1 (%1,3) |
| T Evresi | Tis | 16 (%21,1) |
| | T1 | 45 (%59,2) |
| | T2 | 15 (%19,7) |
| N Evresi | N0 | 75 (%98,7) |
| | Nmic | 1 (%1,3) |
| RT Fraksiyonasyon | 40 Gy/15fx | 4 (%5,3) |
| | 40 Gy/15fx+boost* | 72 (%94,7) |
| Hormonoterapi Alan | | 68 (%89,5) |
| Kemoterapi Alan | | 17 (%22,4) |
| HER2 İnhibitörü Alan | | 7 (%9,2) |
| Akut Toksisite | var | 38 (%50) |
| | yok | 38 (%50) |
| Dermatit Grade | Yok | 39 (%51,3) |
| | Grad1 | 25 (%32,9) |
| | Grad2 | 12 (%15,8) |
| Lokal Nüks | | 0 (%0) |
| Ölüm | | 0 (%0) |
| Plan | IMRT | 23 (%30,3) |
| | Hibrit | 53 (%69,7) |

*10 Gy/5fx tümör yatak boost RT. ALND: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu, IMRT: Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi, KPS: Karnofsky Performans Skoru, MKC: Meme Koruyucu Cerrahi, SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

## Meme Kanseri

*PB-264*

### MEME KANSERİ MİDE METASTAZI; İKİ OLGUNUN SUNUMU VE RADYOTERAPİNİN ROLÜ

Hatice Gültekin Büyükbaş[1], Berna Şahin Durmuş[1], Okan Orhan[1], Mevlüde İnanç[2], Celaleddin Eroğlu[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Meme kanseri(MK) dünyada kadınlarda en sık tanı konulan kanserdir.5 yıllık sağkalım %50-80 arasında değişmektedir. MK'de metastazlar kemik, akciğer ve karaciğer şeklinde ortaya çıkmaktadır ve gastrointestinal sistem(GİS) metastazlarının nadir görülür. Tanı anında en sık semptom karın ağrısıdır. Tanı endoskopik biyopsi ile konulur ve GATA 3 pozitifliği yüksek duyarlılıktadır. Metastatik MK hastalarında sistemik tedaviler standart tedavilerdir. Mide metastazı durumunda semptomlara yönelik yaklaşım konusunda standart yaklaşım yoktur. Bu vaka sunumunda metastatik MK tanısı almış, midede metastaz saptanmış ve palyatif Radyoterapi(RT) planlanmış 2 vakanın değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Olgu 1**:Postmenopozal 54 yaşında kadın hasta;sigara içmiyor bilinen hipertansiyon(HT) dışında hastalığı bulunmuyor. 10.2021 tarihinde İnvaziv Lobüler Karsinom (İLK) tanısı alan hastanın tanı anında cT1N2M1 evre hastalığı vardı; Östrojen Reseptör (ER) (+), Progesteron Reseptör (PR)(-), Ki67%20,CerbB2(-) olarak saptandı. Başlangıç metastazları kemik ve adrenal bezdeydi. Hastaya 11.2021 tarihinden itibaren 1 yıl boyunca Letrozol, Ribosiklib, Denosumab tedavisi ve palyatif RT verildi. 12.2022 yılında çekilen PET/CT'de metastatik lezyonlarda progresyon saptanması üzerine Dosetaksel tedavisi verildi. Ancak 9.kür Dosetaksel sonrası değerlendirilmesinde beyinde yeni oluşan metastatik odaklar saptandı; palyatif RT yapıldı ve Sisplatin, Gemsitabin kemoterapisine (KT) geçiş yapıldı. Hastanın disfaji şikayetinin başlaması üzerine endoskopik biyopsi yapıldı ve patoloji sonucu: İLK metastazı, GATA3(+),PR(+),ER(+),CerbB2(-) olarak geldi. Multidispliner konseyde değerlendirilen hasta cerrahi için uygun olduğu düşünülmedi ve palyatif RT verilmesi kararlaştırıldı. Hastaya tarafımızca 40Gy/16fx RT planlandı.

**Olgu 2**:Postmenopozal 55 yaşında kadın; sigara içmiyor ve bilinen diabetis mellitus ve HT dışında ek hastalığı bulunmuyor. 2013 yılında sağ meme modifiye radikal mastektomi ve axiller diseksiyon yapılan hasta patoloji sonucu: İLK, ER(+),PR(+),CerbB2(-), Ki67(-) pT3N3 olarak değerlendirildi ve hastaya Siklofosfamid, Doksorubisin ve Paklitaksel KT'si ve sağ meme ve lenf nodlarına 50 Gy RT verildi ve letrozol tedavisi aldı. 03.2024 yılında çekilen PET/CT'de kemik metastazları saptanması üzerine Letrozol ve Palbosiklib tedavisi başlandı ve palyatif RT verildi.12.2024 tarihinde hastada gelişen disfaji şikayeti ile nedeniyle yapılan endoskopik biyopsi sonucu;İLK metastazı,GATA3(+),ER(+),PR(+),CerbB2 (-) idi. Multidisipliner konseyde değerlendirilen hasta cerrahi için uygun olduğu düşünülmedi ve palyatif RT verilmesi kararlaştırıldı. Hastaya tarafımızca 40Gy/16fx RT planlandı.

**Sonuç:** Mide, metastaz olarak nadir karşılaşılan organlardan biridir. Mide metastazına yol açan en sık histopatolojik İLK'dır.Sunduğumuz vakadaki her 2 kadın hastanın primer tümörlerinin İLK olması literatürdeki bilgileri desteklemektedir. Hastalığın sıklığının az olması tanıda gecikmelere yol açmaktadır. Bu konudaki bilgi birikimi literatürdeki vaka sunumlarına dayanmaktadır ve oldukça sınırlıdır. Semptomatik tedavi yönetimi konusunda fikir birliği oluşmamakla birlikte gastrektomi yapılmış hastalar bildirilmiştir; fakat bu hastaların operasyon sonrası durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmemiştir. Sunduğumuz vakadaki hastaların operasyona uygun olmaması nedeniyle semptomlarına yönelik palyatif RT planlanmıştır.Bu konuda çok merkezli ve hasta sayısının fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**: Mide Metastazı, Meme Kanseri, Radyoterapi

## Akciğer Kanseri

*PB-265*

### LOKAL İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA NÜKS SONRASI RE-İRRADYASYON SONUÇLARI

İpek Sucak, Oğuzhan Başçik, Yunus Babayiğit, Sümerya Duru Birgi, Serap Akyürek

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

**Amaç:** Re-irradyasyon tanımı farklılık göstermekle birlikte ESTRO 2022 konsensusuna göre re-irradyasyon; daha önce radyoterapi (RT) uygulanmış bir alana veya kümülatif doz nedeni ile organ içinde toksisite artma riski olan bir lokalizasyona tekrar RT uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Kliniğimizde bu tanıma göre stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT), hipofraksiyone RT, definitif RT olarak re-irradyasyon yapılan lokal ileri akciğer kanseri tanılı hastaların tedavi sonuçlarının ve toksisitenin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç-Yöntem:** Kasım 2011-Ekim 2024 arasında kliniğimizde re-irradyasyon uygulanan lokal ileri evre akciğer kanseri tanılı 40 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Nüks evrelemesi toraks BT, FDG PET-BT ve beyin MRG ile yapıldı. Re-irradyasyon uygulamaları sırasında görüntü kılavuzluğunda 4D tekniği kullanıldı. Akut ve geç yan etkilerin derecelendirilmesinde CTCAE v5.0 kullanıldı. Sağkalım analizi için Kaplan Meier, prognostik faktörlerin incelenmesi için bağımsız gruplarda Mann-Whitney U ve ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların 32'si (%80) erkek, 8'i (%20) kadın olup ortanca yaş 66.5 yıl (38-79) idi. Evre III hastalar kohortun %92.5'ini (37 hasta) oluşturmaktaydı. Tümör histopatolojileri sırasıyla hastaların 16'sında (%40) skuamöz hücreli karsinom, 15'inde (%37.5) adenokarsinom, 6'sında (%15) küçük hücreli karsinom (KHAK), 3'ünde (%7.5) az differansiye küçük hücreli dışı karsinomdu. Ortanca takip süresi tüm kohortta 37 ay (10-145) idi.

İlk RT hastaların çoğunda definitif kemoradyoterapi (%82.5) şeklindeydi ve ortanca RT dozu (EQD2, α/ß=8) 60 Gy (48.9-66) idi. İlk RT ile lokorejyonel nükse kadar geçen medyan süre 16 ay (3-77) olup re-irradyasyon 40 hastanın 21'inde (%52.5) alan içi nüks sebebiyle uygulanmıştı. Re-irradyasyon 16 hastada (%40) SBRT, 17 hastada (%42.5) hipofraksiyone RT, kalan 7 hastada (%17.5) definitif RT idi. Re-irradyasyon sırasında definitif RT ile birlikte 2 (%5) hastada eş zamanlı kemoterapi uygulanmıştı. Ortanca re-irradyasyon dozu (EQD2, α/ß=8) 49.5 Gy (30-138) idi. Takipte re-irradyasyon sonrası 40 hastada nükslerin 17'si (%42.5) RT alanı içerisindeydi. Re-irradyasyon sonrası KHAK tanılı hastaların %83.3'ünde alan içi, adenokarsinom tanılı hastaların %73.3'ünde alan dışı nüks gözlendi (p=0.031). Alan içi nüks ile kümülatif EQD2 dozu (p=0,21), re-irradyasyon dozu (p=0,24), tanıdaki T evresi (p=0,08) ve N evresi (p=0,66) arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Re-irradyasyon sonrası ortanca tahmini lokorejyonel nüks süresi 8 ay (SE: ±2.34)) olarak saptandı.

Bir, 2 ve 3 yıllık genel sağkalım oranları sırasıyla %79,%51 ve %32 olarak saptandı.Takiplerde radyasyon pnömonisihastaların 4'ünde (%10) grade 1, 3'ünde (%7.5) grade 2 ve 3'ünde (%7.5) grade 3 olarak gözlendi. Hastaların hiçbirinde grade 4 ve 5 geç toksisite gözlenmedi. Hasta, tümör ve tedavi özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışma ile lokal ileri akciğer kanserli hastalarda definitif radyoterapi sonrası ileri teknoloji teknikler ile akciğer re-irradyasyon uygulamalarının sınırlı toksisite, iyi lokal kontrol ve genel sağkalım oranları ile etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler**: lokal ileri, akciğer kanseri, re-irradyasyon, lokal kontrol, genel sağalım, nüks, radyoterapi

| Tablo 1- Hasta, Tümör ve Tedavi Özellikleri (n=40) | | Sayı (%) |
|---|---|---|
| Yaş (yıl) (ortanca, min-max) | | 66.5 yıl (38-79) |
| Cinsiyet | Erkek | 32 (%80) |
| | Kadın | 8 (%20) |
| Performans (KPS) | 0 | 6 (%15) |
| | 1 | 29 (%72.5) |
| | 2 | 5 (%12.5) |
| Sigara Öyküsü | Var | 37 (%92.5) |
| | Yok | 3 (%7.5) |
| Komorbidite | Var | 27 (%67.5) |
| | Yok | 13 (%32.5) |
| Tanı T Evresi | T1 | 5 (%12.5) |
| | T2 | 11 (%27.5) |
| | T3 | 10 (%25) |
| | T4 | 14 (%35) |
| Tanı N Evresi | N0 | 1 (%2.5) |
| | N1 | 5 (%12.5) |
| | N2 | 25 (%62.5) |
| | N3 | 9 (%22.5) |
| Tanı Evre | III | 37 (%92.5) |
| | IV | 3 (%7.5) |
| Primer Tümör Histolojisi | Küçük hücreli karsinom | 6 (%15) |
| | Adenokarsinom | 15 (%37.5) |
| | Skuamöz hücreli karsinom | 16 (%40) |
| | Az differansiye KHDAK | 3 (%7.5) |
| İlk Radyoterapi | Definitif KRT | 33 (%82.5) |
| | PORT | 7 (%17.5) |
| Re-irradyasyon Öncesi Lokorejyonel Nüks Türü | Alan içi | 21 (%52.5) |
| | Alan dışı | 19 (%47.5) |
| Re-irradyasyon | Definitif RT | 7 (%17.5) |
| | Hipofraksiyone RT | 17 (%42.5) |
| | SBRT | 16 (%40) |
| İlk RT ve Re-irradyasyon Grupları | Definitif KRT – Definitif RT | 6 (%15) |
| | Definitif KRT – Hipofraksiyone RT | 16 (%40) |
| | Definitif KRT – SBRT | 11 (%27.5) |
| | PORT – Definitif RT | 1 (%2.5) |
| | PORT – Hipofraksiyone RT | 1 (%2.5) |
| | PORT – SBRT | 5 (%12.5) |
| Re-irradyasyon Sırasında Eş KT Varlığı | Var | 2 (%5) |
| | Yok | 38 (%95) |
| Re-irradyasyon Sırasında Akut Toksisite | Grade 0 | 28 (%70.8) |
| | Grade 1 | 11 (%24.6) |
| | Grade 2 | 1 (%4.6) |
| Re-irradyasyon Sonrasında Geç Toksisite (RP) | Grade 0 | 30 (%75) |
| | Grade 1 | 4 (%10) |
| | Grade 2 | 3 (%7.5) |
| | Grade 3 | 3 (%7.5) |
| Re-irradyasyon Sonrası Lokorejyonel Nüks | Var | 26 (%65) |
| | Alan içi | 17 (%42.5) |
| | Alan dışı | 9 (%22.5) |
| | Yok | 14 (%35) |

*KHDAK: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu, KPS: Karnofsky Performans Skoru, KRT: Kemoradyoterapi, KT: Kemoterapi, PORT: Post-operatif radyoterapi, RP: Radyasyon pnömonisi, RT: Radyoterapi*

| Tablo 1-devamı | |
|---|---|
| | Ortanca (Min-Max) |
| Ortanca takip süresi (ay) | 37 (10-145) |
| İlk Radyoterapi | |
| Ortanca doz (EQD2,α/ß=8) (Gy) | 60 (48.9-66) |
| Ortanca fraksiyon sayısı | 30 (17-35) |
| Ortanca fraksiyon başına doz (Gy) | 2 (1.8-3) |
| Re-irradyasyon | |
| Ortanca doz (EQD2,α/ß=8) (Gy) | 49.5 (30-138) |
| Ortanca fraksiyon sayısı | 10 (4-30) |
| Ortanca fraksiyon başına doz (Gy) | 3 (2-15) |
| Ortanca ilk RT sonrası nükse kadar geçen süre (ay) | 16 (3-77) |
| Ortanca ilk ve 2. RT arası süre (ay) | 19 (4-81) |
| Ortanca re-irradyasyon sonrası nükse kadar geçen süre (ay) | 4 (0-68) |

*Gy: Gray, RT: Radyoterapi*

## Meme Kanseri

*PB-266*

### MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI HİPOFRAKSİYONE RADYOTERAPİ UZUN DÖNEM SONUÇLARI-TEK MERKEZ DENEYİMİ

Hüseyin Tepetam[1], Şule Karabulut Gül[2], Duygu Gedik[1], Duygu Akıncıoğlu Saraç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, suam, İstanbul

**Amaç:** Çalışmamızda, meme kanserli hastalarda, neoadjuvan kemoterapi (NAK) yanıtının değerlendirilmesi ve sonrası uygulanan hipofraksiyone radyoterapi (HFRT) tedavisinin etkinliğinin ve yan etkilerinin sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 2014-2022 yılları arasında NAK sonrası HFRT uygulanmış 173 hasta dahil edidi. Medyan takip süresi 42,45 aydı. Hastaların ortalama yaşı 53,46 (24-91) olup %46,8'inde ek komorbid hastalık mevcuttu. Tedavi öncesi hastaların %86,5'i PET-CT ile evrelendi. %60.1 oranda tümör sol meme yerleşimliydi. Luminal B hastalık %60,1 oranı ile en fazla görünen alt tipti. Patolojik olarak hastaların %80,3'ünde invaziv karsinom (NST), %7,5'inde de invaziv lobüler karsinom tümör alt tipleri tespit edildi. 147 hastada (%85) aksilla radyolojik olarak, 116 hastada (%67,1) biopsi ile doğrulanmış, patolojik olarak pozitifti. 25 hasta (%14,5) cN0 olarak değerlendirildi. Hastaların cerrahi sırasında %78,1'ine sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) uygulanmış,%22 hastada direkt aksiller lenf nodu diseksiyonuna (ALND) gidilmişti. SLNB negatif olan hastaların %38,2'sinde aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Kemoterapi ajanı olarak %96.5 oranda antrasiklinli,%95 taksanlı rejimler uygulanmıştı. Trastuzumab ve Pertuzumab tedavisi alanlar sırasıyla %33,5, %12,7 oranındaydı. Hastaların %50,9'una meme koruyucu cerrahi (MKC) uygulanmıştır. Tüm memeye/göğüs duvarına ve bölgesel lenfatiklere radyoterapi doz şeması olarak 40-42,6 Gy/15-16 fraksiyonda (frx) tedavi verildi. MKC'li hastaların %87,6'sına 10 Gy/4frx ek doz boost tedavisi eklendi. Bölgesel lenfatik ışınlama 15 (%8,6) hastaya uygulanmamıştır.

Sağkalım analizleri Kaplan Meier testiyle değerlendirildi. Kategorize veriler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS 25 kullanıldı ve p<0,005 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların %35,8'inde patolojik tam tümör yanıt (pT0 ve pTis)), %49,7'sinde aksiller tam yanıt (pN0) elde edilmiştir. %26,3'ünde ise hem tümör hem de aksiller alanda patolojik tam yanıt (pCR=pT0-isN0) sağlanmıştır. Üçlü negatif ve HER2 pozitif hastalarda diğer tiplere göre KT'ye yanıt (ypT0,ypN0 ve ypT0N0) istatistiksel olarak (p:0.000) anlamlıydı. Operasyon sırasında, SLNB negatif olan 20 hastanın 5'i ALND pozitif, SLNB pozitif olan hastanın 23'ü ALND sonrası negatif olarak bulundu. Aksilla değerlendirmede SLND'nin yalancı negatiflik oranı (FNR) %8,9 olarak hesaplandı.

Genel Sağkalım (GSK) üç yıllık %97,2, beş yıllık %94,5, HSK üç yıllık %95,5 beş yıllık %77,9'du. Lokal Yinelemesiz Sağkalım üç yıllık