



ULUSLARARASI KATILIMLI AKCİĞER KANSERLERİ KONGRESİ

20-23 Şubat 2025
Spice Hotel & SPA, ANTALYA

www.akad2025.org

BİLDİRİ KİTABI



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış-Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 330 90 20 • Faks: 0216 330 90 05

ULUSLARARASI KATILIMLI

AKCİĞER KANSERLERİ KONGRESİ

20-23 Şubat 2025
Spice Hotel & SPA
ANTALYA



www.akad2025.org

Değerli Meslektaşlarımız,

Derneğimizin 20. uluslararası katılımlı kongresini 20-23 Şubat 2025 tarihleri arasında Antalya Spice Hotel&SPA Belek'te gerçekleştirmeyi planladık.

Akciğer kanserleriyle ilgilenen tüm disiplinlerdeki son ve önemli gelişmeleri; kurs, panel, konferans, olgu sunumları ve konseyler eşliğinde tartışmayı ve pratik çıkarımlar sağlamayı amaçladık.

Akciğer kanseri alanında ülkemizde yapılan araştırmalar ve ilginç olgulara ait sözel ve poster sunumları programımızda yer alacak ve tüm bildiriler kongre özet kitapçığında yayınlanacaktır.

Siz değerli meslektaşlarımızı bilimsel ve sosyal açıdan doyurucu olmasını planladığımız kongremize davet ediyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla...

Prof. Dr. Ali Kadri ÇIRAK
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Murat KARA
Akciğer Kanseri Derneği Başkanı



KURULLAR

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Kongre Başkanı

Ali Kadri Çırak

Kongre Bilimsel Kurul Başkanları

Murat Kara, Özlem Er, Uğur Selek, Ayperi Öztürk

Kongre Sekreterleri

Hale Başak Çağlar, Naziye Ak

Kongre Sosyal İlişkiler ve Basın Sorumluları

Şükrü Mehmet Ertürk, Ali Cevat Kutluk, Ali Kadri Çırak

Kongre Dış İlişkiler Sorumluları

Turhan Ece, Serdar Evman, Mehmet Altan

Kongre Bildiri Sorumluları

Akif Turna, Birsen Pınar Yıldız, Yasemin Özlük, Nail Paksoy, Levent Cansever

Kongre Bilimsel Kurulu

Adnan Aydın

Ahmet Kizir

Ali Cevat Kutluk

Ali Kadri Çırak

Akın Eraslan Balcı

Akif Turna

Aydın Yılmaz

Atadan Tunacı

Aylin Pıhtılı

Ayperi Öztürk

Bala Başak Öven

Berrin Pehlivan

Birsen Pınar Yıldız

Büge Öz

Celal Karlıkaya

Çağatay Saim Tezel

Demet Yıldız

Didem Taştekin

Dilek Ernam

Doğu Vurallı Bakkaloğlu

Ethem Nezih Oral

Ferah Ece

Hale Başak Çağlar

Kerim Sönmezoğlu

Levent Cansever

Meftun Ünsal

Mehmet Altan

Melin Aydan Ahmed

Mert Saynak

Murat Kara

Murat Kılıç

Mustafa Yaman

Nail Paksoy

Naziye Ak

Özlem Er

Rabia Nergiz Dağoğlu Sakin

Serdar Evman

Sevda Şener Cömert

Sibel Arınç

Şebnem Batur

Şule Karaman

Şükrü Mehmet Ertürk

Turhan Ece

Uğur Selek

Yasemin Özlük

Züleyha Bingöl

**BİLİMSEL PROGRAM****20 Şubat 2025, PERŞEMBE**

14:00 - 18:00	KURS 1: AKCİĞER KANSERLERİNİN TANI, EVRELEME VE ENDOBRONŞİYAL TEDAVİSİNDE SON GELİŞMELER Kurs Başkanları: Ayperi ÖZTÜRK, Turhan ECE, Sunil SHARMA
14:00 - 14:10	Açılış Konuşması
14:10 - 14:30	Tanıda İdeal Örnekleme Yöntemleri Konuşmacı: Ali Kadri ÇIRAK
14:35 - 14:55	Robotic Bronchoscopy in the Diagnosis, Staging and Treatment Planning of Lung Cancer Konuşmacı: Sunil SHARMA
15:00 - 15:20	Materyal Yönetimi, Patolojik Tanı ve Moleküler Testler Konuşmacı: Yasemin ÖZLÜK
15:30 - 15:45	KAHVE ARASI
15:45 - 16:05	Noninvaziv Evreleme (Radyoloji/ Nükleer Tıp) Konuşmacı: Gözde ÖZKAN
16:10 - 16:30	EBUS-EUS Konuşmacı: Ayperi ÖZTÜRK
16:35 - 16:55	Endobronşiyal Tedaviler Konuşmacı: Mehmet Akif ÖZGÜL
17:00 - 17:15	KAHVE ARASI
17:15 - 18:00	EBUS Uygulama 1. Masa: Ayperi ÖZTÜRK 2. Masa: Ali Kadri ÇIRAK
14:00 - 18:50	KURS 2: VİDEOTORAKOSKOPI KURSU Kurs Başkanları: Ilgaz DOĞUSOY, Murat KARA
14:00 - 14:20	Uygulamada Temel Prensipler Konuşmacı: Burçin ÇELİK
14:20 - 14:40	Sağ Tarafli Lobektomiler Konuşmacı: Reha ÇELİK
14:40 - 15:00	Sol Tarafli Lobektomiler Konuşmacı: Levent CANSEVER
15:00 - 15:10	KAHVE ARASI

**BİLİMSEL PROGRAM****20 Şubat 2025, PERŞEMBE**

15:10 - 15:30	Sağ Tarafli Segmentektomiler Konuşmacı: <i>Selçuk GÜRZ</i>
15:30 - 15:50	Sol Tarafli Segmentektomiler Konuşmacı: <i>Murat KARA</i>
15:50 - 16:10	Kompleks Segmentektomiler Konuşmacı: <i>Akif TURNA</i>
16:10 - 16:20	KAHVE ARASI
16:20 - 16:40	Pnöminektomiler Konuşmacı: <i>Volkan BAYSUNGUR</i>
16:40 - 17:00	Genişletilmiş Rezeksiyonlar Konuşmacı: <i>Hüseyin MELEK</i>
17:00 - 17:20	Robot Yardımlı Cerrahi ve URATS Konuşmacı: <i>Erkan KABA</i>
17:20 - 17:40	Uniportal VATS Konuşmacı: <i>Ali Cevat KUTLUK</i>
17:40 - 17:50	KAHVE ARASI
17:50 - 18:10	Minimal İnvaziv Özofagus Cerrahisi Konuşmacı: <i>Atila EROGLU</i>
18:10 - 18:30	Minimal İnvaziv Timus Cerrahisi Konuşmacı: <i>Berker ÖZKAN</i>
18:30 - 18:50	Minimal İnvaziv Pektus Cerrahisi Konuşmacı: <i>Selçuk KÖSE</i>



BİLİMSEL PROGRAM

21 Şubat 2025, CUMA

08:30 - 09:45	PULMONER NODÜLLERE YAKLAŞIM Moderatör: Turhan ECE, Sunil SHARMA Panelistler: Aydın YILMAZ, Şükrü Mehmet ERTÜRK, Levent CANSEVER, Fazilet ÖNER DİNÇBAŞ
	Olgu 1 Erken Evre Tanısız Hastaya Yaklaşım Konuşmacı: Suna KAVURGACI
	Olgu 2 Multipl Nodül Konuşmacı: Abdülmünir AZİZY
	Tartışma
09:45 - 10:15	MİNİ KONFERANS: 9. TNM EVRELEMESİ, NELER DEĞİŞTİ? TNM 10'DAN NELER BEKLENİYOR? Oturma Başkanları: Meftun ÜNSAL, Alpay SARPER
09:45 - 10:05	Konuşmacı: Akif TURNA
10:05 - 10:15	Tartışma
10:15 - 10:30	KAHVE ARASI
10:30 - 11:00	UYDU SEMPOZYUMU Oligometastatik Akciğer Kanseri Radyoterapisinde Yeni Teknolojinin Kullanımı: Unity MR Linak Konuşmacı: Hale Başak ÇAĞLAR
11:00 - 12:30	ERKEN EVRE AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİ YENİ DÖNEM: İMMÜNOTERAPİ VE HEDEFLİ TEDAVİLER Oturma Başkanları: Murat KARA, Ferah ECE
11:00 - 11:15	Göğüs Cerrahisi Konuşmacı: Erkan DİKMEN
11:15 - 11:30	Radyasyon Onkolojisi Konuşmacı: Ufuk ABACIOĞLU
11:30 - 12:00	Medikal Onkoloji Konuşmacı: Mustafa ATÇI
12:00 - 12:30	Tartışma
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ



BİLİMSEL PROGRAM

21 Şubat 2025, CUMA

13:30 - 14:15	OLGULAR EŞLİĞİNDE TİMİK TÜMÖRLERE YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Serdar EVMAN, Esra KAYTAN SAĞLAM Panelistler: Berker ÖZKAN, Mert SAYNAK, Hüseyin ENGİN
	Olgu 1 Timoma Konuşmacı: <i>Salih DUMAN</i>
	Olgu 2 Timik Karsinom Konuşmacı: <i>Nihan EREN</i>
14:15 - 14:45	KONFERANS: AKCİĞER KANSERİ TANI VE TEDAVİ YÖNLENDİRMESİNDE MOLEKÜLER PATOLOJİNİN ÖNEMİ Moderatör: Nuri KARADURMUŞ, Ferah ECE Konuşmacı: Nalan AKYÜREK
14:45 - 15:00	KAHVE ARASI
15:00 - 15:30	OLGU EŞLİĞİNDE: KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Ilgaz DOĞUSOY, Berna ÇAKMAK ÖKSÜZOĞLU, Hale Başak ÇAĞLAR Panelistler: İlhan ÖZTOP, Gözde ÖZKAN, Serdar KARAKAYA, Şükrü Mehmet ERTÜRK
	Olgu 1 Sınırlı Evre Konuşmacı: <i>Menekşe TURNA</i>
	Olgu 2 İleri Evre Konuşmacı: <i>Elif ŞENOC AK TAŞÇI</i>
15:30 - 16:45	ZOR OLGULARDA (İPE, TBC, KOAH, OTOİMMÜN HASTALAR) AKCİĞER KANSERİ YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Aydın YILMAZ, Özlem ER
	Göğüs Hastalıklarının Bakış Açısı Konuşmacı: <i>Sevda ŞENER CÖMERT</i>
	Göğüs Cerrahisinin Bakış Açısı Konuşmacı: <i>Selçuk GÜRZ</i>
	Radyasyon Onkolojisinin Bakış Açısı Konuşmacı: <i>Banu ATALAR</i>
	Medikal Onkolojinin Bakış Açısı Konuşmacı: <i>Nail PAKSOY</i>
16:45 - 17:45	AÇILIŞ TÖRENİ Kanser ve Felsefe: Beden, Anlam ve Varolus Üzerine Düşünceler Leyla HASDIRAZ



BİLİMSEL PROGRAM

22 Şubat 2025, CUMARTESİ

08:30 - 09:30	AKCİĞER KANSERLERİNDE BEYİN METASTAZLARINDA DEĞİŞEN TEDAVİ YAKLAŞIMLARI Oturma Başkanları: Meriç ŞENGÖZ, Fulden YUMUK
08:30 - 08:50	Medikal Onkoloji Konuşmacı: Serdar KARAKAYA
08:50 - 09:10	Radyasyon Onkolojisi Konuşmacı: Kaan OYSUL
09:10 - 09:30	Tartışma
09:30 - 10:00	KAHVE ARASI
10:00 - 12:00	LOKAL İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ OLGU TARTIŞMALARI Oturma Başkanları: Adnan AYDINER, Şükrü DİLEGE Panelistler: Özlem ER, Hüseyin MELEK, Uğur SELEK, Aydın YILMAZ
	Olgu 1 Evre 3A Konuşmacı: Melin Aydan AHMED
	Olgu 2 Evre 3B Konuşmacı: Şükran ŞENYÜREK
	Tartışma
12:00 - 13:00	ÖĞLE YEMEĞİ
13:00 - 14:30	METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE HEDEFE YÖNELİK TEDAVİ UYGULAMALARINDAKİ YENİLİKLER Oturma Başkanları: Yasemin ÖZLÜK, Serdar ÖZKÖK, Teoman YANMAZ
13:00 - 13:15	EGFR, HER2 Konuşmacı: Elvina ALMURADOVA
13:15 - 13:30	ALK, ROS-1 Konuşmacı: Nail PAKSOY
13:30 - 13:45	K-RAS, BRAF, RET, MET Konuşmacı: Özkan ALAN
13:45 - 14:00	Hedefe Yönelik Tedavi Döneminde Radyoterapi Uygulamaları Konuşmacı: Nergiz DAĞOĞLU



BİLİMSEL PROGRAM

22 Şubat 2025, CUMARTESİ

14:00 - 14:30	Tartışma
14:30 - 15:00	KAHVE ARASI
15:00 - 16:45	KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İMMÜNOTERAPİDE GÜNCEL DURUM Oturma Başkanları: Rıza ÇETİNGÖZ, Adnan AYDINER, Aydın YILMAZ
15:00 - 15:30	Perioperatif ve Postoperatif Yaklaşımlar Konuşmacı: Saadettin KILIÇKAP
15:30 - 15:45	Metastatik Hastalık Yönetimi Konuşmacı: Nebi Serkan DEMİRCİ
15:45 - 16:00	Management Of Complications In Lung Cancer Immunotherapy Konuşmacı: Digambar BEHERA
16:00 - 16:15	İmmünoterapi Radyoterapi Etkileşimi Konuşmacı: Hale Başak ÇAĞLAR
16:15 - 16:45	Tartışma
16:45 - 17:00	ARA
17:00 - 18:00	MALİGN MEZOTELYOMADA GÜNCEL YAKLAŞIM Oturma Başkanları: Mustafa YAMAN, Murat KARA
17:00 - 17:15	Göğüs Hastalıkları Konuşmacı: Ali Kadri ÇIRAK
17:15 - 17:30	Göğüs Cerrahisi Konuşmacı: Burçin ÇELİK
17:30 - 17:45	Radyasyon Onkolojisi Konuşmacı: Hale Başak ÇAĞLAR
17:45 - 18:00	Medikal Onkoloji Konuşmacı: Naziye AK



BİLİMSEL PROGRAM

23 Şubat 2025, PAZAR

09:00 - 10:00

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Oturma Başkanları: Naziye AK, Akif TURNA, Ayperi ÖZTÜRK

SS-001 Erken Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Opere Edilen 70 Yaş ve Üstü Hastalarda Farklı Cerrahi Yöntemlerin Sağkalım ve Sonuçlara Etkisi

Ahmet Ubeyd BOZAN

SS-002 Yeni Nesil Dizileme Kullanımı Sonrası Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Hedef Analizi: Tek Merkez Deneyimi

Ahmet Emin ÖZTÜRK

SS-003 Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) Nedenli Anatomik Uniportal Akciğer Rezeksiyonları uygulanan 128 Hastanın Analizi Klinik Deneyimi

Mehmet Ali ÜNAL

SS-004 Pulmoner Hamartom: 15 Yıllık Klinik Deneyim

Aylin CANAVAR

SS-005 Yaygın Evre Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Profiltik Kranial Işınlama Tedavisinin Etkinliği

Beyza SOYLU USLU

SS-006 Pnömorektomi Uygulanan Hastalarda Tüp Torakostomisi Zorunlu Mudur?

Buse ATAY ÇETİNER

SS-007 Lokal İleri Evre KHDAK İçin Neoadjuvan Tedavide Güncel Durum

Erhan ÖZER

SS-008 Akciğer Kanseri Tedavisinde Video-Torakoskopik Lobektomi ve En-Blok Göğüs Duvarı Rezeksiyonunun Etkinliği: Retrospektif Bir Değerlendirme

Erhan ÖZER

SS-009 Nivolumab İlişkili Artrit

Erkan KAYAR

SS-010 Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseri Sağkalım Sonuçlarını Etkileyen Prognostik Faktörler: 14 Yıllık Akciğer Rezeksiyonlarının Ayrıntılı Analizi

Ezgi Nilay YAĞCI

SS-011 Yoğun Bakım Ünitesinde Yatışı Yapılan Akciğer Kanseri Hastalarının Değerlendirilmesi

Funda CANSUN

SS-012 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hedefe Yönelik Tedavi ile İmmünoterapinin; Sağ kalım, Hastalık Kontrolü ve Mortalite Üzerine Etkisi

Gudrat BADALOV

**BİLİMSEL PROGRAM****23 Şubat 2025, PAZAR****SS-013 Akciğer Kanseri Olgularımızda Tanı Yöntemlerimiz***Hasibe Çiğdem ERTEN***SS-014 Opere Edilen Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastalarında Ipsilateral Mediastinal Lenf Nodu (N2) Yayılımı Varlığında Visseral Plevral Tutulumunun Sağkalım Üzerine Etkisi***İsmail Can KARACAOĞLU***SS-015 Bir Göğüs Cerrahi Kliniğinde Bir Yılda Uygulanan Bronkoskopilerin Değerlendirilmesi***İsmail KILIÇ***SS-016 Akciğer Kanseri ve Yoğun Bakım: Ürik Asit/Albüminin Mortalite Tahmini Üzerindeki Rolü***Maşide ARI***SS-017 Bronşektazi ve Tipik Karsinoid Tümör***Mehmet Tarık KARAKAŞ***SS-018 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeni İle Pnömonektomi Yapılan HastalardaA Surveyi Etkileyen Faktör***Melek ERK***SS-019 Nadir Bir Pembrolizumab İlişkili Pnömonit Vakası***Nurgül NAURİZBAY***SS-020 Kadınlarda Akciğer Kanseri***Özlem Saniye İÇMELİ***SS-021 Uniportal VATS Yaklaşımı Hasta Güvenliği ve Onkolojik Prensipleri Etkiliyor mu? Anatomik Rezeksiyonlarımızın Analizi ve Yakın Dönem Sonuçları***Ece ÖZKURT***SS-022 EVRE III-IVA KÜÇÜK HÜCRE DİŞİ AKCİĞER KANSERİNDE KONSOLİDASYON HİPOFRAKSİYONE RADYOTERAPİ İLE TOKSİSİTE VE SAĞ KALIM SONUÇLARI***Nülfir Kılıç DURANKUŞ***SS-023 Akciğer Metastazektomisinde Karaciğer Metastazı ve Primer Tümör Lokalizasyonun Sağkalım Üzerindeki Rolü***Şeyhmus ÇUHATUTAR***SS-024 Preoperatif COVID-19 Enfeksiyonunun Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Cerrahisinde Klinik Sonuçlara Etkisi***Merve KARAŞALI***SS-025 İntratorasik Metastazı Olan Oligometastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Cerrahinin Rolü: Sağkalıma Etkisi***Gizem GEDİKOĞLU PİRİM*



BİLİMSEL PROGRAM

23 Şubat 2025, PAZAR

10:00 - 10:30

AKILCI İLAÇ SUNUMU
Konuşmacı: Suna KAVURGACI

10:30 - 11:00

POSTER SUNUMLARI
Oturma Başkanları: Nail PAKSOY, Cenk BALTA, Mehmet Akif ÖZGÜL**PS-001** Kemoterapi Yan Etkileri İzlenen Lokal İleri Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tanısı Alan Bir Olguda Cerrahi ve Postoperatif Yönetim
Ekin ZORLU**PS-002** Bir Hasta, Aynı Taraf, Farklı Lob, Benzer Radyoloji ve Farklı Patoloji:
Hayriye GÜNEŞ**PS-003** Solunum Rezervi Yetersiz Erken Evre Akciğer Kanseri Hastanın Operasyona Hazırlığı
Faris SÖNMEZ**PS-004** Akciğerin Çok Nadir Bir Malignitesi: Primer Pulmoner Osteosarkomun Klinik Süreci ve Tedavi Yaklaşımları
Gizem GEDİKOĞLU PİRİM**PS-005** Metastatik Akciğer Kanseri Taklit Eden Sarkoidoz Olgusu
Gudrat BADALOV**PS-006** Ewing Sarkomlu Olguda Cerrahi Tedavinin Yeri
Günel BABAYEVA ŞENKAYA**PS-007** Olgu Sunumu: Akciğer Large Cell Karsinom
Hülya Nur ÖZGE**PS-008** İnterstisyel Akciğer Hastalığı (İAH) ve Akciğer Kanseri(AK) Birlikteliği Olgu Konseyi
Mukaddes ŞİMŞEK**PS-009** Soliter Fibröz Tümörlerin Nüksü ve Çoklu Lezyon Oluşumu: Klinik ve Cerrahi Bir Deneyim
Murat KILIÇ**PS-010** Plevral Epiteloid Hemanjiyoendotelyoma: Nadir Bir Tümörde Multimodal Tedavi Yaklaşımı
Rasim KASIM**PS-011** İkinci Basamak Osimertinib Tedavisine Yanıtlı Bir Akciğer Kanseri
Selay ARTAN**PS-012** PD-L1 Pozitif Metastatik Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseri Progresyon Yönetimi: Pembrolizumab ve Lokal Ablatif Tedavilerin Kullanımı
Simay ÇOKGEZER**PS-013** İnsidental Saptanan Büyük Hücreli Karsinom
İhsan Tansel URHAN**PS-014** İnterstisyel Akciğer Hastalığı Şüphesinde Adenokarsinomlu Bir Olgu
Zeynep AYGÜN

**SÖZLÜ SUNUMLAR****SS-01**

Erken Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Opere Edilen 70 Yaş ve Üstü Hastalarda Farklı Cerrahi Yöntemlerin Sağkalım ve Sonuçlara Etkisi

Ahmet Ubeyd BOZAN1, Yunus SEYREK1, Ali Murat AKÇIL1, Aylin CANAVAR1, Levent CANSEVER1

1Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte, yaşlı bireylerde erken evrelerde tanı konulan küçük hücreli olmayan akciğer kanseri (KHDAK) sıklığı belirgin bir şekilde artmaktadır. Bu çalışmada, tümör çapı ≤ 3 cm olan ve lobektomi veya segmentektomi uygulanan 70 yaş ve üstü hastalarda postoperatif komplikasyonları, hastanede kalış süresini ve sağ kalım sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışma popülasyonu, 2009 ve 2022 yılları arasında opere edilen KHDAK tanısı almış tümör çapı ≤ 3 cm ve ≥ 70 yaşındaki hastalardan oluşuyordu. KHDAK'lı toplam 56 hastaya lobektomi (Grup 1) ve 10 hastaya segmentektomi (Grup 2) yapıldı. Hastanede kalış süresi, uzun süreli sağ kalım ve cerrahi komplikasyonlar açısından gruplar karşılaştırıldı.

BULGULAR: Lobektomi ve segmentektomi grupları arasında postoperatif komplikasyonlar açısından, lobektomi grubundaki hastalar segmentektomi grubundakilere kıyasla daha yüksek oranda cerrahi veya pulmoner komplikasyonları mevcuttu ($P < 0,01$). Ayrıca, tümör çapı ≤ 2 cm olan hastalar için lobektomi ve segmentektomi grupları arasında sağkalım süresinde anlamlı bir farklılık yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cerrahi açıdan, standart bir prosedür olarak lobektomi yaşlı hastalar için uygulanabilir. Tümör çapı ≤ 2 cm olan küçük hücreli olmayan akciğer kanseri hastalarında, segmentektomi yaşlı hastalar için lobektomiye kıyasla uzun vadeli sağkalım açısından karşılaştırılabilir faydalar sunar. Özellikle yaşlı hastalarda postoperatif yönetim stratejilerinin optimizasyonu, komplikasyonların azaltılması ve tedavi başarısının artırılması açısından öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, sağkalım, yaş, lobektomi, segmentektomi

**SS-02**

Yeni Nesil Dizileme Kullanımı Sonrası Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Hedef Analizi: Tek Merkez Deneyimi

Ahmet Emin ÖZTÜRK, Okan AYDIN

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinin (KHDAK) metastatik evrede tedavisinde büyük katkıları olan hedeflenebilir mutasyonlar artık erken evrelerin adjuvan tedavilerinde de kendine yer bulmuştur. Hedeflenebilir mutasyonları etkileyen ajanlarda yeni nesil ajanlar üretildikçe elde edilen başarılar gün geçtikçe artmaktadır. İlaçlara ulaşmak her zaman mümkün olamamakla birlikte karşılanması gereken ihtiyacı göstermek önemlidir.

AMAÇ: Yakın geçmişe kadar çoğunlukla EGFR, ALK ve Ros-1 üzerinden yapılan tetkikler Yeni Nesil Dizileme'ye (NGS) ulaşım sonrası daha geniş bir hedef mutasyon analizi ile yapılmaktadır. Amacımız NGS ulaşımı sonrası kurumumuzdaki KHDAK vakalarının mutasyon analizlerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Tetkikleri tamamlanabilmiş 165 KHDAK hastası değerlendirmeye alındı. Hastaların NGS ile ALK, BRAF, EGFR, ERBB2, FGFR1, FGFR2, FGFR3, KRAS, MET, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, NUTM1, PIK3CA, RET, ROS1 ve MET ekzon 14 skipping mutasyonlarına bakıldı. NGS için kalite skorunu geçemeyen hastalara EGFR, ALK, ROS1 immunohistokimyasal olarak bakıldı. PD-L1 düzeylerine immunohistokimyasal (İHK) olarak bakıldı. Dış merkezden değerlendirmeleri yapıp, kurumumuzda tedavi başlanmış hastalar da değerlendirmeye alındı.

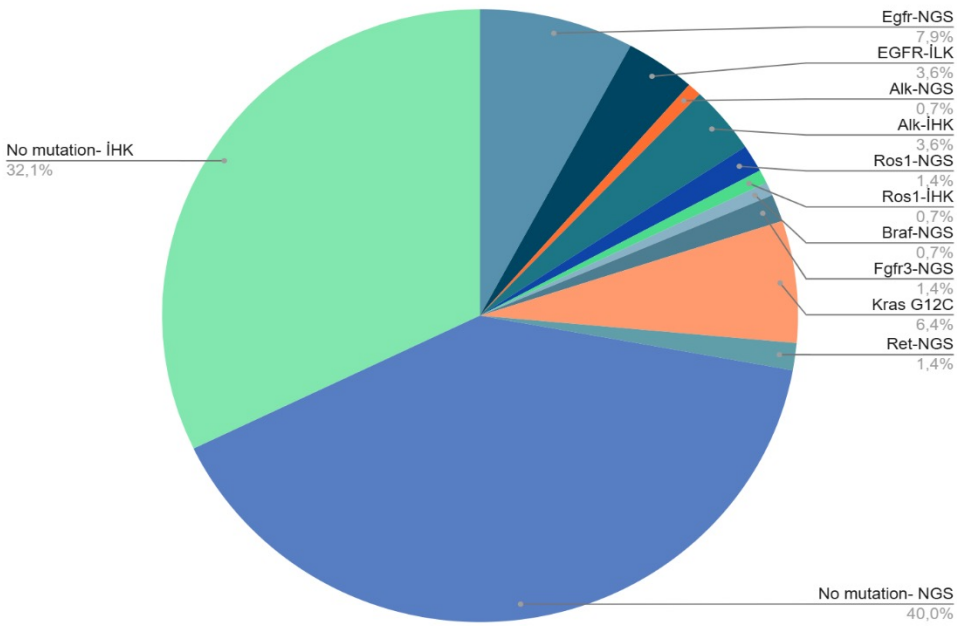
BULGULAR: 165 hastanın 109'unun(%66,1) mutasyon analizi NGS ile sonuçlandırılmıştır. İHK ile sonuçlandırılan hasta sayısı 56'dır(%33,9). NGS hastalarının %51,4'ünde herhangi bir mutasyona rastlanmaz iken %48,6'sında mutasyon saptanmıştır. İHK hastalarında mutasyon saptanmama oranı %80,3 olarak tespit edilmiştir. NGS hastalarında hedeflenebilir tedavisi olan mutasyon oranı %25,7, İHK'daki orana göre (%19,7) daha yüksektir. NGS hastalarında Kras G12C mutasyon oranı %8,2 olarak tespit edilmiştir. Tüm hastaların PD-L1 boyanma oranları ortalaması %14,5 olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ: Hedeflenebilir tedavilerin getirdiği tedavi başarıları ile birlikte mutasyon analizleri artık KHDAK hastalarının her evresinde hastayı değerlendirmenin değişmez parçalarından biridir. Elimizdeki NGS testi ile daha fazla hedeflenebilir mutasyon tespit edilmiştir. Direkt İHK bakılarak saptanan hastaların NGS ile de tespit edilebilirliği düşünüldüğünde bu oranların daha da yüksek çıkacağı düşünülmektedir. İHK ile bakılamayan diğer hedeflenebilir mutasyonlara ulaşılmış olması NGS'in üstünlüğüdür. Daha geniş standart profillemelerin maliyetleri ve ulaşılabilirliği ile hedefli tedavilere de ulaşım artması tedavi başarılarını daha yukarı taşıyacaktır.

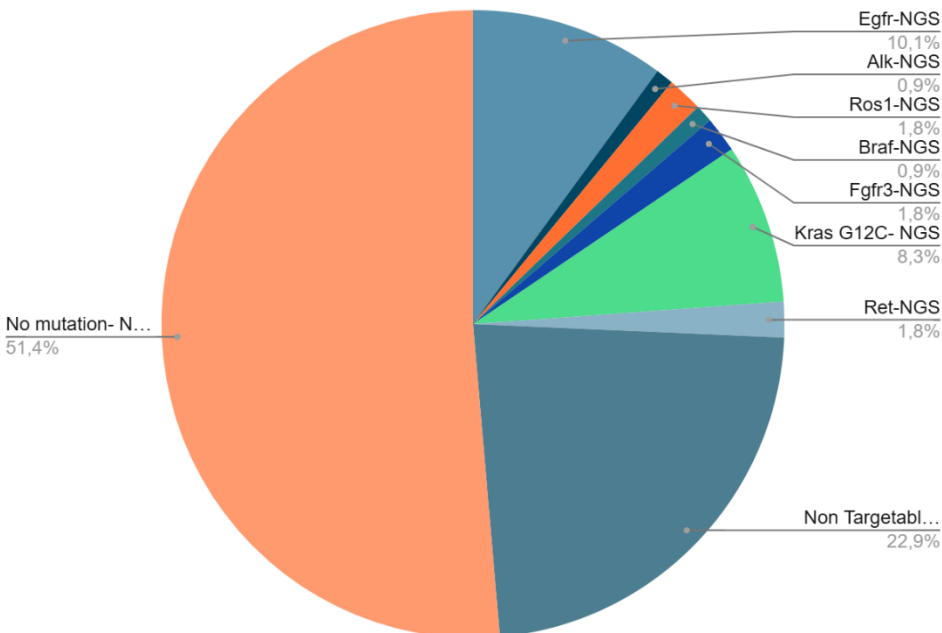
Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli dışı Akciğer Kanseri, Hedeflenebilir mutasyonlar, Yeni nesil dizileme

**TABLolar**

Mutasyon Dağılımı (Tüm Hastalar)



Mutasyon Dağılımı (NGS)



**SS-03**

Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) Nedenli Anatomik Uniportal Akciğer Rezeksiyonları Uygulanan 128 Hastanın Analizi Klinik Deneyimi

Mehmet Ali ÜNAL, Ezgi KILIÇASLAN, Dilan CANYURT, NisaYıldız İLHAN, M.Selin Onay MAHMUTİ, Ayşegül ÇİFTÇİ, Anıl DEMİREL, Civan TURAN, Volkan ERDOĞU, Yaşar SÖNMEZOĞLU, Ali YEGİNSU, Ali Cevat KUTLUK, Muzaffer METİN

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Akciğer Kanseri insidansı yıllar içinde artış göstermektedir halen mortalitesi ve morbidite oranları en yüksek kanser grupları arasında yerini korumaktadır, güncel tedavi alanındaki gelişmelerle birlikte onkoloji, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahları uzmanlık alanında çalışan hekimlerin multidisipliner tedavi yaklaşımları yıllar içerisinde büyük gelişimi gözler önüne sermektedir. Cerrahi tedavi seçenekleri teknolojik ilerlemelerin eşliğinde son 30 yılda VATS cerrahi tedavi seçenekleri büyük gelişim göstererek açık rezeksiyonun aynı onkolojik etkinliğini sahip minimal invaziv cerrahi kesinin büyüklüğünün azaltarak ameliyat sonrası daha az ağrı, hastanede kısa kalış süresi ve daha kozmetik gibi avantajlar sunmaktadır özellikle son 10 yıllık periyotta Akciğer kanserinin anatomik rezeksiyonlarında daha tek ve küçük kesilerden uniportal minimal invaziv cerrahi girişim seçenekleri ortaya çıkmıştır

GEREÇ ve YÖNTEM: Haziran 2015-Ekim 2024 yılları arasında nedenli rezeksiyon uygulanan Uniportal VATS (tek kesiden video yardımcı torakoskopik cerrahi) yapılmak üzere planlanan 195 hastanın dataları retrospektif olarak değerlendirildi. 2014-2020 tarihleri arasında opere edilen hastalar Grup 1 olarak adlandırılıp, 2020-2024 tarihleri arasında opere edilenler Grup-2 olarak sınıflandırıldı. Her iki grubun yaş, cins, rezeksiyon tipi, operasyon süresi, hastanede kalış süreleri, komplikasyon, açık cerrahiye geçme nedenleri, yıllar içindeki dağılımları açısından karşılaştırıldı

Veriler ortalama olarak ifade edilmiştir değerler $\pm$ standart sapma veya yüzde. Karşılaştırmada Mann Whitney U ve Ki kare testleri kullanıldı. Gruplar. Veriler Microsoft Excel 2010 kullanılarak analiz edildi (Microsoft Corp. Redmond, WA, ABD) ve SPSS sürüm 20.0 yazılımı (SPSS,Inc., Chicago, IL, ABD).

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 62,3(+/-20) Her iki grup arasında yaş ortalamaları ve demografik verilerinde anlamlı fark bulunmamıştır. 191 hastaya 128;sine uniportal rezeksiyon (%65), 32 hastada açık cerrahiye geçilmiş(%16) 19 hastaya ek port (%9,7) açılmış,16 hastada kesi büyütülerek (%8,2) tamamlanmış olup Operasyon Tipi 24 Hastaya Segmentektomi(%17) LS1,2,3 6, 5 Hastaya LS 6, 5 Hastaya R S6, 5 Hastaya Lingulektomi,,3 Hastaya L 7,8,9,10 yapıldı 102 Hastaya Lobektomi(%79) , (31 RUL,30 LLL,14 LUL,7 RML,20RLL) Pnömenektomi(%1,5) (2 LP) 2 grup arasında anlamlı fark mevcuttur, Grup 1 ile Grup 2 arasında Uniportal rezeksiyonlarında açık cerrahiye geçiş oranları arasında anlamlı fark mevcut idi p 0,001 (Tablo-1) Hastanede Kalış Süresi ve komplikasyon açısından anlamlı fark bulunmamıştır.



	Total	Grup1 (2015-2020)	Grup2 (2020-2024)	P
Un i p o r t a l rezeksiyon planlanan hasta sayısı	191	71	121	
Açık Cerrahiye geçiş	32(%16)	21(%30)	11(%9)	0,001
Ek port açılması	19(%9,7)	8(%11)	11(%9)	
K e s i n i n B ü y ü t ü l m e s i	12(%8,2)	5(%7)	7(%6)	
Yaş ortalaması	62,3+/-20	61	64	
Cins (E/K)		20/17	49/42	
U n i p o r t a l Rezeksiyon	128(%65)	37(%52)	91(%75)	
Segmentektomi	24(%19)	6(%25)	19(%75)	
Lobektomi	102(%80)	31(%30)	71(%70)	
pnömenektomi	2	0	2	
Hastanede Kalış Süresi		4,1	4,3	

TABLO-1

SONUÇ: Yıllar içerisinde uniport rezeksiyon oranlarının ve segmentektomi oranlarının sayıca arttığı kanama nedenli açık cerrahiye geçiş olarak azaldığını, segmentektomi, lobektomi ve pnömenektomi sayılarında artış görülmekte olup donanım ve tecrübe artışının yıllar içerisinde uniportal rezeksiyon sayılarına yansıdığı görülmektedir.

**SS-04**

Pulmoner Hamartom: 15 Yıllık Klinik Deneyim

Levent CANSEVER, Aylin CANAVAR, Yunus SEYREK, Mehmet Ali BEDIRHAN

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Pulmoner hamartomlar (PH), akciğerin en sık görülen benign tümörleri olup, tüm benign akciğer tümörlerinin %75'ini oluşturur. Genellikle asemptomatik seyreden PH'ler, radyolojik görüntüleme sırasında tesadüfen tespit edilir. Histolojik olarak heterojen bir yapı sergileyen bu lezyonlar, malign akciğer tümörlerinden ayırt edilmelidir. Cerrahi eksizyon, kesin tanı ve tedavi için en önemli yöntem olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde cerrahi tedavi uygulanmış PH hastalarının klinik ve cerrahi verileri değerlendirildi.

YÖNTEMLER: Ocak 2009- Aralık 2024 arasında hastanemizde PH tanısıyla cerrahi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik verileri, radyolojik bulguları, cerrahi prosedürler ve histopatolojik sonuçları analiz edildi. Ortalama takip süresi 0.5-14 yıl arasında değişmekte olup, Şubat 2025'e kadar olan veriler değerlendirildi. Takip sürecinde nüks izlenmedi.

BULGULAR: Çalışmaya 101 hasta dahil edildi. Hastaların 61'i (%60,4) erkek, 40'ı (%39,6) kadındı ve ortalama yaş 55,0 yıl (18-79) olarak hesaplandı. Hastaların %76,9'u öksürük, balgam çıkarma ve göğüs ağrısı gibi semptomlarla başvurmuş, kalan hastalar ise asemptomatik olarak tespit edilmiştir. Sigara içen hasta oranı %77,8 olup, ortalama paket-yıl değeri 57.1 (20-150) idi. Lezyon lokalizasyonu en sık sağ alt lobda (%32,7) olup, bunu sol üst lob (%23,8), sağ üst lob (%21,8) ve sol alt lob (%16,8) izledi. Ortalama lezyon çapı 22.0 ± 9.5 mm idi. Çalışmada 77 hastaya (%76,2) VATS, 24 hastaya (%23,8) torakotomi uygulandı. En sık uygulanan cerrahi yöntem wedge rezeksiyon (%66,3) olup, bunu pnömotomi ile eksizyon (%18,8) ve lobektomi (%12,9) takip etti. Perioperatif mortalite ve morbidite izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: PH'ler çoğunlukla asemptomatik olup, erkeklerde daha sık görülmektedir. Tanı ve tedavi için cerrahi eksizyon önemlidir. Minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanılması, akciğer fonksiyonlarının korunması açısından avantaj sağlamaktadır. Çalışmamız, cerrahi tedavinin etkinliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hamartom, benign akciğer lezyonlar, soliter fibröz tümörler



SS-05

Yaygın Evre Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Profilaktik Kranial Işınlama Tedavisinin Etkinliği

Beyza SOYLU USLU¹, Mert ERCİYEŞTEPE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Akciğer kanseri vakalarının yaklaşık %14'ü küçük hücreli akciğer kanseridir (SCLC). Agresif yapısı nedeniyle SCLC hastalarında erken nüks görülür, bu hastaların üçte birinde ilk yer beyin metastazlarıdır. Bazı verilere göre profilaktik kranial ışınlama (PCI), yaygın evre SCLC (ES-SCLC) hastaları için rutin olarak sağkalım avantajlarına sahipti; buna rağmen bazı çalışmalar, genel sağkalımın PCI tedavisiyle gözetim görüntülemesine kıyasla iyileşmediğini buldu. Mevcut çalışmanın amacı, ES-SCLC hastalarında PCI tedavisinin etkinliğini analiz etmektir.

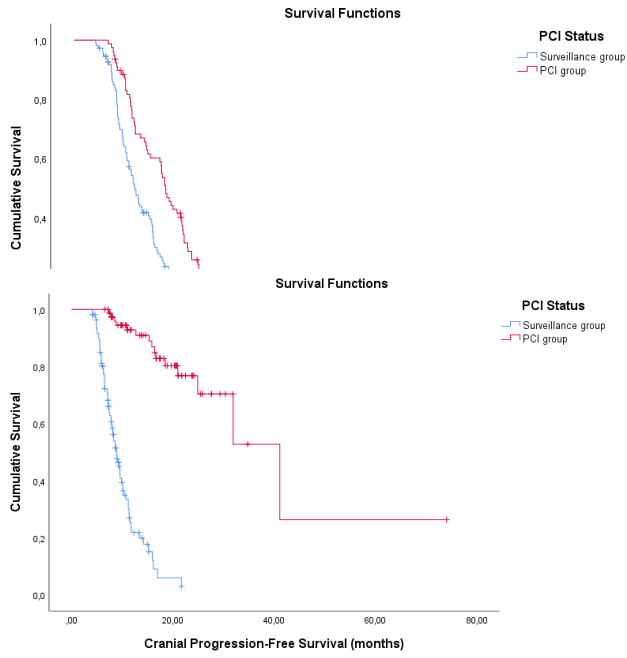
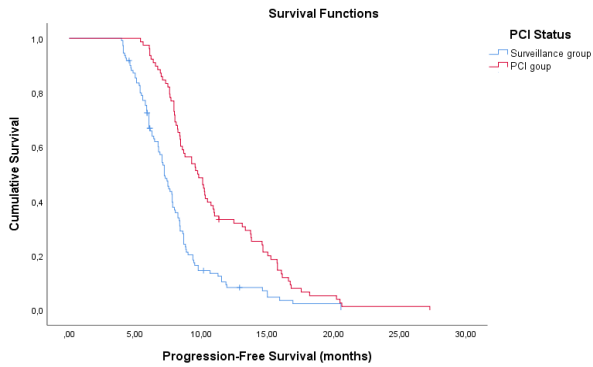
YÖNTEMLER: Tek merkezli retrospektif, gözlemsel bir çalışma yürüttük ve Haziran 2009'dan Ekim 2021'e kadar ES-SCLC tanısı alan hastaları değerlendirdik. Etkinlik, genel sağkalım (OS), kranial progresyonsuz sağkalım (CPFS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) ile ölçüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR: Toplam 188 ES-SCLC hastası retrospektif olarak analiz edildi. 78 hasta (%41,5) PCI ile tedavi edilirken 110 hasta (%58,5) PCI olmadan gözlendi. Hastalar PCI grubuna göre iki gruba ayrıldı. Ortanca OS, PCI grubunda gözetim grubundan daha iyiydi (17,5 ay - 11,6 ay; $P<0,001$) Şekil 1. Ortanca CPFS, PCI grubunda gözetim grubundan daha iyiydi (41,1 ay - 8,9 ay; $P<0,001$) Şekil 2. Ortanca PFS de PCI grubunda gözetim grubundan daha iyiydi (9,7 ay - 7,2 ay, $P<0,001$). Tedavi protokolüne PCI eklenmesi, birinci basamak tedaviden sonra tam veya kısmi yanıt elde eden ES-SCLC hastalarında beyin metastazlarının insidansını daha da azaltabilir ve OS, CPFS ve PFS'yi aktif gözetime göre iyileştirebilir.

Table 1. Categorical variables according to the PCI status

Values	PCI Status		P
	Control Group n (%)	PCI group n (%)	
Number of metastatic sites*			
1 site	57 (68,7)	27 (32,1)	0.042
2 sites	31 (51,7)	29 (48,3)	
3 or more sites	22 (50,0)	22 (50,0)	
First-line chemotherapy choice			
Cisplatin+etoposide	91 (61,1)	58 (38,9)	0.163
Carboplatin+etoposide	19 (48,7)	20 (51,3)	
First-line treatment response			
PR	108 (72,0)	42 (28,0)	<0.001
CR	2 (5,3)	36 (94,7)	

Chi-square test, *Fisher's Exact test, $p<0.05$ statistically significant. Data are n (%). PCI, Prophylactic cranial irradiation; VCS, vena cava superior syndrome; PR, partial response; CR, complete response.

**Şek.1.** OS according to PCI status**Şek.3.** PFS according to PCI status.

Anahtar Kelimeler: yaygın evre küçük hücreli akciğer kanseri, profilaktik kranial ışınlama, kranial progresyonsuz sağkalım

**SS-06**

Pnöminektomi Uygulanan Hastalarda Tüp Torakostomisi Zorunlu Mudur?

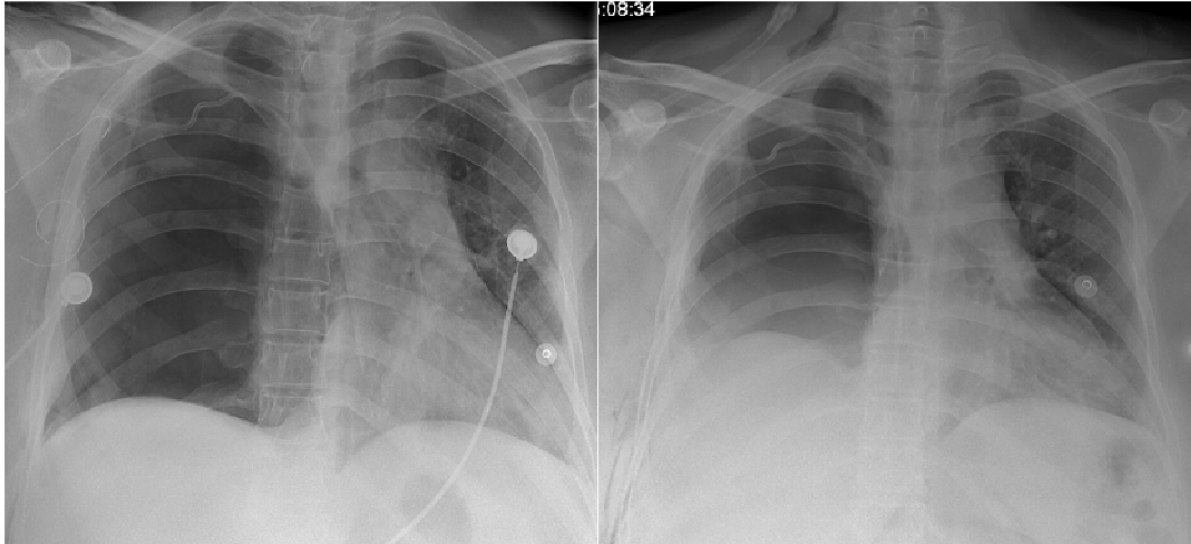
Ömer ÖNAL¹, Ahmet ORAL¹, Buse ATAY ÇETİNER¹, Leyla HASDIRAZ¹

1-Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Akciğer kanserinin cerrahi tedavisinde pnöminektomi sonrası tüp torakostomi uygulanması yaygın bir yaklaşım olmasına rağmen, bu işlemin gerekliliği halen tartışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, standart pnöminektomi sonrası tüp torakostomi uygulanmaksızın takip edilen hastaların klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ocak 2000-Aralık 2024 tarihleri arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle standart pnöminektomi yapılan 257 hasta (239 erkek, 18 kadın) retrospektif olarak incelenmiştir. Cerrahi sırasında ana bronş, pulmoner arter ve venler staplerle kapatılmış, mediastinal lenf nodu örnekleme yapılmıştır. Kanama ve hava kaçağı kontrolü sonrası tüp torakostomi uygulanmadan toraks kapatılmıştır. Postoperatif erken dönemde ve ameliyat günü akşamı akciğer grafileri çekilmiştir. Ateş, nabız, kan basıncı, santral venöz basınç, oksijen satürasyonu, aldığı ve çıkardığı sıvı takibi saatlik olarak izlenmiştir.

BULGULAR: Hastaların özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Çalışma grubundaki hiçbir hastada akut hemoraji ya da acil tüp torakostomi gerektiren komplikasyon saptanmamıştır. Üç hastada şilotoraks gelişimi nedeniyle tüp torakostomi uygulanmış, 27 hastada ise mediastinal şift ve hemodinamik instabilite bulgularına bağlı olarak torasentezle 400-600 ml hava aspire edilmiştir. Yapılan müdahaleler sonrasında tüm hastalarda klinik ve radyolojik düzelme sağlandığı gözlemlenmiştir (Resim 1, 2).



Resim 1

Resim 2

karşı akciğerin
ip torakostomi
ip torakostomi
komplikasyon
birlikte, plevral
lmamalıdır. Bu
if takibin etkin

eğerlendirmek
ıptanmıştır. Bu
kli olmadığına

**Tablo-1: Hasta Özellikleri ve Bulguları**

	Sağ Pnöminektomi	Sol Pnöminektomi	Toplam
Yaş	42-73	45-71	42-73
Erkek/Kadın	93/11	146/7	239/18
Tedavi Gerektirmeyen Cilt Altı Amfizem	104	153	257
Klinik Bulgu Vermeyen Mediastinal Sift	31 (%30,6)	44 (%28,7)	75 (%29,1)
Torasentez Gerektiren Mediastinal Sift	10 (%9,6)	17 (%11,1)	27 (%10,5)
Tüp Torakostomi Gerektiren Sift	yok	yok	yok
Silotoraks	2 (%1,9)	1 (%0,06)	3 (%1,1)
Reoperasyon Gerektiren Kanama	yok	yok	yok
Ampivem	4 (%3,8)	3 (%1,9)	7 (%2,7)
Bronkoplevral Fistül	4 (%3,8)	3 (%1,9)	7 (%2,7)
Hastanede Kalış Süresi	7-25	7-20	7-25

**SS-07**

Lokal İleri Evre KHDAK İçin Neoadjuvan Tedavide Güncel Durum

Hüseyin MELEK¹, Erhan ÖZER¹, Ahmet Bilgehan ŞAHİN², Adem DELİGÖNÜL², Süreyyan SARIHAN³, Türkan EVRENSEL², Ahmet Sami BAYRAM¹, Cengiz GEBİTEKİN¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.B.D.

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji A.B.D.

³Bursa Uludağ Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi A.B.D.

AMAÇ: Yıllar içerisinde onkolojik ve cerrahi tedavideki gelişmeler neticesinde lokal ileri evre akciğer kanseri için neoadjuvan tedavi yaklaşımında önemli değişiklikler ortaya çıktı. Bu çalışmanın amacı neoadjuvan tedavi yaklaşımındaki değişiklikleri tespit ederek onkolojik ve cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisini göstermektir.

MATERYAL METOD: Kliniğimizde 1996 ile 2023 yılları arasında KHDAK nedeniyle anatomik akciğer rezeksiyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların verileri prospektif kaydedildi ve retrospektif incelendi. Hastalar yıllara göre iki gruba ayrıldı. Grup 1: 1996 ile 2016 yılları arasındaki hastalar (verileri daha önce yayınlanmıştı), Grup 2: 2016-2023 yılları arasındaki hastalar. Gruplar hastalara uygulanan neoadjuvan tedavi sıklığı, neoadjuvan tedavi çeşidi, uygulanan cerrahi yaklaşım, yapılan akciğer rezeksiyonu, postoperatif cerrahi sonuçları, patolojik evre, uygulanan adjuvan tedavi ve onkolojik sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: 1850 hasta (grup 1 n=1076, grup 2 n=774) çalışma grubumuzu oluşturdu. Hastaların 754'üne (%40,75) neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulandı (grup 1 n=416 (%38,7), grup 2 n=338 (%43,7), p=0,031). Uygulanan NT; 553 (%73,3) hastada KT (Grup1 n=288 (%69,2), Grup 2 n=265 (%78,4)), 173 (%22,9) hastaya KTRT (Grup1 n=128 (%30,8), Grup 2 n=45(%13,3)) ve 28 (%3,7) hastada immünoterapi (Grup1 n=0), Grup 2 n=28(%8,3)) şeklindeydi (p<0,05). Hastaların 1501'ine (%81,1) lobektomi ((grup 1 n= 846 (%78,6), Grup 2 n=655 (%84,6)), 150'sine(%8,1) segmentektomi ((grup 1 n= 76 (%7), Grup 2 n= 74(%9,6)) ve 199'una (%10,7) pnömonektomi (grup 1 n= 154 (%14,3), Grup 2 n= 45 (%5,8), p<0,01) yapıldı.

Yalnız neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi yapılan hastalar analiz edildiğinde 609(%80,8) hastaya lobektomi ((grup 1 n= 323(%77,6), Grup 2 n= 286 (%84,6)), 34 (%4,5) hastaya segmentektomi (grup 1 n= 20(%4,8), Grup 2 n= 14(%4,1), ve 111(%14,7) hastaya pnömonektomi (grup 1 n= 73(%17,5), Grup 2 n= 38(%11,4), p=0,04) yapıldığı tespit edildi. Hastaların 654'ünde (%35,3) morbidite (grup 1 n= 364(%33,8), Grup 2 n= 290(37,4), p=0,1), 55'inde (%2,9) mortalite saptandı (grup 1 n= 29 (%2,7), Grup 2 n=26 (%3,3), p=0,4). Yalnız neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi yapılan hastalar analiz edildiğinde 302'sinde (%40) morbidite (grup 1 n= 150 (%36), Grup 2 n=152 (%44,5), p=0,01), 27'sinde (%3,5) mortalite saptandı (grup 1 n= 14 (%3,3), Grup 2 n= 13(%3,8), p=0,84). Patolojik incelemede 118 (%15,6) hastada tam yanıt varlığı tespit edildi (grup 1 n= 72(%17,2), Grup 2 n=46(%13,6), p=0,16).

SONUÇ: Çalışmamız göstermektedir ki cerrahi sonrası benzer sonuçlar ile neoadjuvan tedavi, segmentektomi ve minimal invaziv cerrahi sıklığı giderek artarken pnömonektomi sıklığı azalmaktadır.

**SS-08**

Akciğer Kanseri Tedavisinde Video-Torakoskopik Lobektomi ve En-Blok Göğüs Duvarı Rezeksiyonunun Etkinliği: Retrospektif Bir Değerlendirme

Erhan ÖZER, Hüseyin MELEK, Ahmet Sami BAYRAM, Cengiz GEBİTEKİN

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.B.D.

AMAÇLAR: Göğüs duvarına invazyon gösteren akciğer kanserinin tedavisinde lobektomi ve en-blok göğüs duvarı rezeksiyonu etkili ve güvenli bir cerrahi yaklaşımdır. Ancak standart lobektomiye göre potansiyel olarak daha morbidite riski taşır. Bu çalışmada en-blok göğüs duvarı rezeksiyonu ve lobektomi uygulanan hastalar retrospektif incelenerek videotorakoskopik yaklaşımın rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER: Kliniğimizde Ocak 2016 ile Ocak 2024 arasında primer küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle anatomik akciğer rezeksiyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapılan 842 hastanın verileri retrospektif incelendi. Akciğer rezeksiyonu ile birlikte en-blok göğüs duvarı rezeksiyonu yapılan 47 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar cerrahi yaklaşıma göre torakotomi ve VATS olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar, cerrahi ve onkolojik veriler açısından karşılaştırılarak analiz edildi.

BULGULAR: Hastaların 46'sı erkek, 1'i kadın olup ortalama yaş 63(34-79) idi. Cerrahi öncesi hastaların 33'ü onkolojik tedavi aldı. Cerrahi yaklaşım olarak 31 hastada torakotomi, 16 hastada ise vats tercih edildi. Hastalarda çıkartılan ortanca kaburga sayısı 2 (1-5) idi. 2 hastada vertebra rezeksiyonu, 9 hastada pankoast tümör rezeksiyonu yapıldı. Hastaların %89,3 inde komplet rezeksiyon sağlandı (torakotomi n=28(%90.3), VATS n=14 (%87.5). Dört hastada VATS ile başlanarak torakotomiye dönüldü. Toplam 29 hastada morbidite (Torakotomi n=21 (%67.7), VATS n=8(%50)) ve 2 hastada mortalite saptandı (Torakotomi n=1(%3,2), VATS n=1(%6.25). Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 11.57(3-92) gün idi (Torakotomi ort 13,63 gün, VATS ort 7,69 gün, p = 0.037).

SONUÇ: Video-torakoskopik lobektomi ve göğüs duvarı rezeksiyonu seçilmiş hastalarda uygulanabilir ve etkili bir yaklaşımdır. Pankoast tümörü ve vertebra invazyonu olan hastalardaki yeri ile ilgili daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

**SS-09**

Nivolumab ilişkili Artrit

Erkan KAYAR, Adnan AYDINER, Pınar SAİP

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Akciğer kanseri dünya genelinde görülen ikinci en sık kanser, ölüme neden olan en sık kanser türüdür. PDL-1 pozitifliği ve anti PDL-1 ilaç tedavileri akciğer kanserinde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle gelişen yan etkileri yönetebilmek ve tedaviye devam edebilmek önemli bir yere sahiptir. Bir anti PDL-1 olan Nivolumab'a bağlı inflamatuvar poliartrit vakasını sunuyoruz.

VAKA: 68 yaşında erkek hasta, Nisan 2023'te 4 aydır devam eden öksürük şikâyeti ile doktora başvurdu. Yapılan görüntülemelerde Sağ akciğer üst lobda 2cm, orta lobda 2.5cm kitlesel lezyon, sağ akciğer parankiminde çok sayıda nodüler lezyon, sağ ve sol hiler, parahiler ve mediastinal metastaz şüpheli lenf nodları saptandı. EBUS eşliğinde İİAB yapıp Lokal ileri evre (Evre 3C (T4N3M0)) KHDAK tanısı konuldu. Birinci seri KT (paklitaksel+karboplatin) verildi. Tedavi yanıtı ve yeniden evreleme amaçlı görüntüleme yapılan, tedavi sonrası progresyon gelişen hastada ALK, ROS, EGFR, BRAF negatif olup PDL-1 bakıldı. PDL-1 :%40 gelen hastaya Nivolumab başlandı. Nivolumab tedavisi sırasında birçok eklemde ağrı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı şikayetleri gelişen hasta romatolojiye konsülte edildi. Yapılan görüntülemelerde artrit bulgusu, sedimentasyon, CRP yüksekliği, RF ve anti CCP pozitifliği saptanması üzerine Nivolumaba bağlı inflamatuvar poliartrit teşhisi konulup prednisolon tedavisi başlandı. Prednisolon sonrası hastanın şikayetlerinde düzelme, sedimentasyon ve CRP düzeylerinde gerileme görüldü. Nivolumab tedavisine devam edildi.

TARTIŞMA: Nivolumab etkin anti PDL-1 ilaç olup metastatik KHDAK'de birinci seri KT sonrası progresyon gelişen hastalarda ikinci seri tedavide verilen immunoterapötik ajandır. Immunoterapilerin birçok yan etkisi bildirilmiştir ve bu yan etkiler arasında otoimmun yan etkiler (inflamatuvar artrit) de yer almaktadır. Nivolumaba bağlı inflamatuvar artrit görülme sıklığı %1'in altındadır. Immunoterapötik ajanların otoimmun yan etki profiline sahip olduğunun bilinmesi; görülen otoimmun yan etkinin saptanması, yönetilmesi ve immunoterapinin devamının sağlanması açısından önem arz etmektedir.

**SS-10**

Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseriinde Sağkalım Sonuçlarını Etkileyen Prognostik Faktörler: 14 Yıllık Akciğer Rezeksiyonlarının Ayrıntılı Analizi

Ezgi Nilay YAĞCI KAZANASMAZ¹, Mustafa Vedat DOĞRU¹, Celal Buğra SEZEN¹, Oğuzhan BAYRAKTAR¹, Özkan SAYDAM¹, Muzaffer METİN¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Skuamöz hücreli akciğer kanseri hastalarının cerrahi rezeksiyon sonrası sağkalım oranları önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada, skuamöz hücreli karsinom nedeniyle rezeksiyon yapılan hastaların sağkalımını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi planlıyoruz.

YÖNTEM: Bu retrospektif çalışma, 2007'den 2021'e kadar skuamöz hücreli karsinom nedeniyle rezeksiyon yapılan 1118 hastanın sonuçlarını, etik yönergeler ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak analiz etmektedir. İstatistiksel analizler için SPSS 26'yı kullanarak demografik verileri, cerrahi teknikleri, tümör özelliklerini ve patolojik evrelemeyi incelemektedir. Sağ kalım süreleri Kaplan-Meier yöntemi ve log-rank testi ile değerlendirildi (p<0,05).

BULGULAR: Bu çalışmada analiz edilen 1118 hastanın çoğunluğu erkektir (%93,6). Uygulanan cerrahi rezeksiyonlar arasında lobektomi (%64,4), pnömonektomi (%35,1) ve segmentektomi (%0,5) yer almaktadır ve tümörlerin ortalama çapı 4,80±2,46 cm'dir. Bulgular, genel ortalama sağ kalım süresinin 101 ay olduğunu ve 5 yıllık sağ kalım oranının %59,6 olduğunu ortaya koymuştur. 5 yıllık sağ kalım oranının istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen kadın hastalarda (%64,7) erkeklere (%59,3) kıyasla daha yüksek olduğu dikkat çekicidir (p=0,14). Lobektomi (%63,2) olan hastalar, pnömonektomi (%52,2) olan hastalara kıyasla, önemli ölçüde daha iyi 5 yıllık sağ kalım gösterdi (p<0,001). Sağ kalım oranları patolojik evrelemeye göre evre I'de %67,1, evre II'de %61,4 ve evre III'te %48,8 olarak saptandı (p<0,001). 70 yaşın altındaki hastalarda 5 yıllık sağ kalım %61,4 iken, 70 yaş ve üzeri hastalarda bu oran %51'di (p<0,001). Vasküler ve lenfatik invazyon varlığı, yokluğuna kıyasla daha düşük sağ kalım oranlarıyla (sırasıyla %52,3 p=0,003 ve %56,7 p=0,025) ilişkilendirildi. Çok değişkenli analize göre, kötü prognostik faktörler arasında 70 yaş ve üzeri olmak (OR=1,5, %95 CI 1,2-1,9, p<0,001), pnömonektomi olmak (OR=1,3, %95 CI 1,1-1,6, p<0,001), pN2 (HR=0,718, %95 CI 0,54-0,94, p=0,019) ve erkek cinsiyet (HR=0,56, %95 CI 0,36-0,87, p=0,009) yer almaktadır.

TARTIŞMA: Skuamöz hücreli karsinom ile ilgili bu kapsamlı çalışma, lobektominin pnömonektomiye göre üstünlüğünü, daha genç hastaların ve kadın cinsiyetinin daha iyi sağ kalım sonuçlarına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Tümör evresi ile sağ kalım süreleri arasındaki ilişki göz önüne alındığında, erken teşhisin kritik rolünü vurgulamaktadır.

**SS-11**

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatışı Yapılan Akciğer Kanseri Hastalarının Değerlendirilmesi

Funda CANSUN, Elif Savaş ÖZER, Namigar TURGUT

Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatışı Yapılan Akciğer Kanseri Hastalarının Değerlendirilmesi

GİRİŞ: Akciğer kanseri, dünya genelinde hem insidans hem de mortalite açısından en yaygın malignitelerden biridir. Ancak bu hasta grubunun Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki (YBÜ) klinik seyri, prognostik faktörleri ve mortalite oranları hakkında net veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, YBÜ'ye yatışı yapılan bu özel hasta grubunun yönetimine yönelik farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: YBÜ'ye yatırılan 435 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir, akciğer malignitesi tanısı bulunan 47 hasta (%10,8) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, primer tanıları, YBÜ yatış nedenleri, klinik seyirleri, mekanik ventilatör ihtiyacı, vazopressör kullanımı ve mortalite oranları değerlendirilmiştir [2].

BULGULAR DEMOGRAFİK VERİLER VE TANILAR:

- Hastaların %89,4'ü erkek, %10,6'sı kadın olup yaş ortalaması 64,81±10,50 yıl olarak hesaplanmıştır.
- **Tanı Dağılımı:**
 - Skuamöz hücreli karsinom: 29 hasta (%61,7)
 - Adenokarsinom: 14 hasta (%14)
 - Nöroendokrin karsinom: 2 hasta (%4,3)
 - Akciğer metastazı: 2 hasta (%4,3)
- Tanı anından YBÜ yatışına kadar geçen süre ortalama 17,32±34,95 ay olarak hesaplanmıştır [1]. Çalışmada, solunum yetmezliği ve sepsis en sık yatış nedenleri olarak belirlenmiş olup, bu durum akciğer kanseri hastalarının enfeksiyonlara ve solunum yetersizliğine yatkınlığı ile ilişkilidir [1].
- APACHE ve SOFA skorları, hasta prognozu açısından yüksek risk taşıdıklarını göstermektedir [3]. Sonuç olarak, akciğer malignitesi ile YBÜ'ye yatırılan hastaların mortalitesi oldukça yüksektir ve bu durum klinisyenlerin dikkatini çekmeli, hasta yönetiminde erken önlemler alınmalıdır [4].

Solunum yetmezliği (%25,5), sepsis (%25,5) ve postoperatif takip (%25,5) en sık yatış nedenleri olarak saptanmıştır. Akut böbrek yetmezliği (%10,6), serebrovasküler olay (%6,4) ve post-CPR takip (%6,4) gibi nedenler de YBÜ yatışına sebep olmuştur [2]. %48,9 hastada vazopressör kullanımı gerektiği görülmüştür. Ortalama mekanik ventilatör desteği süresi 6,17±10,11 gün, ortalama YBÜ yatış süresi 9,15±11,22 gün olarak hesaplanmıştır. Mortalite oranı %55,3 olup, 26 hasta YBÜ sürecinde exitus olmuştur [3]. (Tablo 1)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde akciğer kanseri hastalarında YBÜ'ye yatış sonrası mortalitenin %40-70 arasında değiştiği bildirilmiştir [2,4]. Mevcut çalışmada bu oran %55,3 olarak saptanmış ve literatür ile uyumlu bulunmuştur [4].



Kaynaklar

1. Yıldırım F, Akpınar S, Yurdakul AS. Akciğer kanseri ve yoğun bakım: hangi hasta ne kadar? Tuberk Toraks.2017;65 (4):317-326.
2. Tunay B, Erdoğan C. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Olgularının Yoğun Bakım Ünitesindeki Mortalite Tahmini: APACHE II ve MPM II-0 Skorlarının Değerlendirilmesi. Journal of Izmir Chest Hospital.2022;36(3):162-168.
3. Kıraner E. Yoğun Bakımda Akciğer Rezeksiyonu Sonrası Hasta Bakımı: Bir Olgu Sunumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):88-94.
4. Azoulay E, Mokart D, Pène F, et al. Akciğer Kanseri ve Yoğun Bakım Uygulamaları. Solunum. 2016;18(2):45-52.

Tablo 1.

Özellik	Değer
Yaş (yıl)	64,81±10,50
Cinsiyet (erkek (%))	42 (89,4)
Tanı (%)	
☐ Skuamöz hücreli karsinom	29 (61,7)
☐ Adenokarsinom	14 (14)
☐ Nöroendokrin karsinom	2 (4,3)
☐ Akciğer metastazı	2 (4,3)
Tanı anından YBU yatışına kadar geçen süre (ay)	17,32±34,95
YBU yatış endikasyonu	
☐ Solunum yetmezliği	12 (25,5)
☐ Sepsis	12 (25,5)
☐ Postoperatif takip	12 (25,5)
☐ Akut böbrek yetmezliği	5 (10,6)
☐ Serebrovasküler olay	3 (6,4)
☐ Post-CPR takip	3 (6,4)
Vazopressör kullanımı (%)	23 (48,9)
Mekanik ventilatör desteği (gün)	6,17±10,11
YBU yatış süresi (gün)	9,15±11,22
Mortalite (%)	26 (55,3)
PaO ₂ /FIO ₂	283,72±128,39
APACHE skoru	59,72±31,01
SOFA skoru	7,13±5,63

**SS-12**

Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Hedefe Yönelik Tedavi ile İmmünoterapinin; Sağ kalım, Hastalık Kontrolü ve Mortalite Üzerine Etkisi

Gudrat BADALOV¹, Gökhan ALTAN¹, Doğu Vuralı BAKKALOĞLU², Turhan ECE¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) yaygın görülen ve mortalitesi yüksek bir kanser türüdür. KHDAK'de son yıllarda genetik değişikliklerden yola çıkılarak geliştirilen hedefe yönelik tedaviler sağ kalım avantajı sağlamaktadır. İmmünoterapi ise özellikle PD-L1 immünoekspresyonu varlığında umut verici sonuçlar göstermiştir. Bu çalışmada KHDAK olgularında, genetik mutasyon sonuçlarının ve güncel tedavi modalitelerinin sağ kalım, hastalık kontrolü ve mortalite üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya 2021-2023 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde takipli KHDAK olguları dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, kanserin patolojik alt tipleri, genetik mutasyon test sonuçları, hastalık evreleri, operasyon öyküleri, sağ kalım süreleri, progresyon ve mortalite oranları, tedavilerin yan etkilerinin türü ve görülme sıklıkları retrospektif değerlendirildi. Olgular çalışma grubu (genetik mutasyon tespit edilip hedefe yönelik tedavi veya immünoterapi alanlar) ile kontrol grubu (mutasyon tespit edilmeyip kemoterapi alanlar) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Toplam 155 olgu (kadın/erkek: 44/111, ortalama yaş:63.4±9,2 yıl) dahil edildi. Çalışma grubunda 78 (kadın/erkek: 26/52, ortalama yaş:62.1±10,6 yıl) ve kontrol grubunda 77 (kadın/erkek: 18/59, ortalama yaş:64.7±7,5 yıl) olgu vardı (Tablo 1). Kemoterapi ve hedefe yönelik tedaviyle karşılaştırıldığında immünoterapi alan olguların yaş ortalaması daha düşüktü (p=0,039). Çalışma grubunda 42 olguda (%33,9) PD-L1, 27 (%22,1) olguda EGFR, 10 olguda (%10,5) ALK, 4 olguda (%4,2) ROS1, 2 olguda (%4,9) KRAS ve 1 olguda (%3,4) RET mutasyonu saptandı. EGFR mutasyonu adenokarsinom olgularında daha sıkı (p=0,026) ve diğer mutasyonlar açısından patolojik alt tipler arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Evre 1 olgu oranı kontrol grubunda daha fazlaydı (p<0.001). Diğer evreler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 2). Ortalama 26 ay takipte çalışma grubunda 21 olgu opere edildi ve opere olan 7 olgu kaybedildi. Ortalama 19,5 ay takipte kontrol grubunda 31 olgu opere edildi ve opere olan 13 olgu kaybedildi. Çalışma grubunun 1, 2 ve 3 yıllık sağ kalım oranları daha yüksekti (Tablo 3). Genel sağ kalım oranı çalışma grubunda %44,6 iken kontrol grubunda %33,5 idi (p=0,028). Tedaviye yanıt oranı çalışma grubunda %56,4 iken kontrol grubunda %32,5 idi (p=0,003) ve kemoterapinin progresyon riskini artırdığı görüldü (OR=2.65; p=0,004).

Mortalite oranı çalışma grubunda %35 ve kontrol grubunda %55 saptandı (p=0,012). Çalışma grubundaki olguların %27'sinde ve kontrol grubundaki olguların %51'inde yan etki görüldü (p=0,002).

SONUÇ: KHDAK'de hedefe yönelik tedavi ve/veya immünoterapi, standart tedavi rejimlerine göre daha iyi tolere edilen ve daha fazla sağ kalım avantajı sağlayan tedavilerdir. Bulgularımız erken evre olgular da dahil olmak üzere KHDAK'de genetik mutasyon testlerinin yaygınlaştırılması ve bu tedavilerin erken dönemde de kullanılması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Gen Mutasyonu, Hedefe Yönelik Tedavi, İmmünoterapi, Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

**Tablo 1: Çalışma ve kontrol grubu olgularının patolojik alt tiplere göre dağılımları**

Kanser patolojik türü	Çalışma grubu	Kontrol grubu	Toplam
Adenokanser	N= 52 (%66.6)	N=37 (%48)	N= 89
Skvamöz hücreli	N=19 (%24.4)	N= 31 (%40.3)	N= 50
Küçük hücreli dışı	N=7 (%9)	N=9 (%11.7)	N=16
Toplam	N=78 (%100)	N=77 (%100)	N=155

Tablo 2: Çalışma ve kontrol grubu olgularının hastalık evrelerine göre dağılımları

Evre	Çalışma grubu	Kontrol grubu	Toplam
Evre 1	N=2 (%2.6)	N=9 (%11.6)	N=11
Evre 2	N=4 (%5.1)	N=17 (%22.1)	N=21
Evre 3	N=25 (%32.1)	N=31 (%40.3)	N=56
Evre 4	N=47 (%60.2)	N=20 (%26)	N=67
Toplam	N=78 (%100)	N=77 (%100)	N=155

Tablo 3: Çalışma ve kontrol grubu olgularının 1, 2, 3 yıllık sağ kalım oranları

Sağ kalım	Çalışma grubu	Kontrol grubu
1. yıl	%82,1	%71,4
2. yıl	%63,2	%45,5
3. yıl	%53,8	%33,5

**SS-13**

Akciğer Kanseri Olgularımızda Tanı Yöntemlerimiz

Hasibe Çiğdem ERTEN¹, Özlem Saniye İÇMELİ¹, Berrin Zinnet ERASLAN¹, Ayşe HAVAN¹, Sümeyye KODALAK CENGİZ¹, Elif YILMAZ¹, Fulya ELMASTAŞ AKKUŞ¹, Sevda Şener CÖMERT¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Akciğer kanseri en sık mortalite sebep olan kanser türüdür. Tanı konulması için kullanılabilecek fleksible bronkoskopi (FOB) enbronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), transtorasik iğne aspirasyonu (TTİAB) gibi farklı yöntemler mevcuttur. Uygun yöntemin seçimi lezyonun yerine, hastalığın evresine, merkezin elindeki imkanlara ve hekimin yetkinliğine göre değişiklik gösterebilir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde son üç yılda akciğer kanseri tanı yöntemlerimizi ve yöntemi etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2022-Aralık 2024 tarihleri arasında göğüs hastalıkları polikliniğimizde akciğer kanseri tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik verileri, tanı yöntemi, patolojik tanıları ve uygulanan tedavi yöntemleri kaydedildi. İstatistiksel analizler ki-kare ve student-T test kullanıldı, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Toplam 312 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 266'sı (%85,3) erkek ve 46'sı (%14,7) kadındı. Yaş ortalamaları 67.1 ± 10.2 yılı. 263'ü (%84,3) küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanısı almışken 49'unda (%15,7) tanı küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) olarak belirlenmişti. KHDAK olgularının alt gruplarında en sık skuamöz hücreli akciğer kanseri ($n=117$), adenokarsinom ($n=114$) görülmüş olup 12'sinde alt tiplendirme yapılamamıştı. 140 (%44,9) hastada bronkoskopik yöntemlerle tanı konulduğu görüldü. Olguların 43'ünde EBUS ve 97'sinde FOB ile tanıya ulaşılmıştı. Diğerlerinde ise endoskopik olmayan yöntemlerle tanı konulduğu görüldü. 144 (%46,2) olgu primer odaktan TTİAB ile kalan 27(%8,6) olguda cerrahi biyopsi ve metastaz biyopsisi tanı koydurucuydu. Hastaları 13'ü (%4,2) tedavi almazken, 148 (%47,4) hasta kemoradyoterapi, 82'si (%26,2) kemoterapi, 13'ü (%4,2) radyoterapi almıştı. Cerrahi tedavi olan 56(%18) hastanın 10 tanesi neoadjuvan kemoterapi, 37 tanesi ise adjuvan kemoterapi almıştı. Tanı yöntemleri açısından bakıldığında KHAK olgularının %63'ü endoskopik yöntemlerle tanı almışken bu oran KHDAK olgularında %41 idi. KHDAK olgularında hâkim tanı yöntemi endoskopik olmayan yöntemleriydi.

SONUÇ: KHDAK olgularında hâkim tanı yöntemi olarak endoskopik olmayan yöntemler, KHAK olgularındaysa endoskopik yöntemler ön plandaydı. KHAK daha çok santral yerleşimli olması ve merkezimizin EBUS için bir referans merkez olmasının bu tanı yöntemleri seçiminde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, tanı yöntemleri, bronkoskopi, EBUS

**SS-14**

Opere Edilen Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastalarında İpsilateral Mediyastinal Lenf Nodu (N2) Yayılımı Varlığında Visseral Plevral Tutulumunun Sağkalım Üzerine Etkisi

İsa MİRZAYEV, Alper AVCI, İsmail Can KARACAOĞLU

Bakü 1 numaralı Şehir Hastanesi, Göğüs cerrahisi, Adana Başkent Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Çukurova Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi

GİRİŞ: Çalışmamızda akciğer rezeksiyonu yapılan, küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanılı olgularda patolojik inceleme sonrası ipsilateral lenf nodu tutulumu(N2) saptanan hastaların visseral plevral tutulumunun sağkalım üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık. Bu amaçla; ipsilateral lenf nodu pozitif olan hastalarda plevra tutulumu olan ve plevra tutulumu olmayan hastalar sağkalım açısından karşılaştırıldı ve literatür eşliğinde tartışıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Eylül 2011 ile Temmuz 2020 tarihleri arasında primer akciğer kanseri nedeniyle opere edilen 1581 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı. Dışlanma kriterlerinin uygulanması sonrası çalışma gurubu 1400 hastadan oluştu. Taranan hastalar arasında 233 ipsilateral lenf nodu tutulumu olan hasta vardı. Bu hastalardan otuzbeş tanesinde visseral plevra tutulumu pozitif olarak saptandı. Takip süresi 12-72 ay olarak belirlendi. Hastaların dijital ortamdaki verileri ve arşiv dosyaları geriye yönelik incelenerek tanı anındaki yaş, cinsiyet, tümörün tarafı, yapılan cerrahi prosedür, tümörün histolojik tipi, tümör boyutu, visseral ve pariyetal plevra tutulumuna göre hastalık evrelemesi TNM8 esas alınarak yapıldı. İstatiksel çalışmalarda SPSS sistemi kullanıldı.

BULGULAR: Bakılan hastalardan 233'ünde ipsilateral lenf nodu(N2) pozitif olarak değerlendirildi. Bakılan N2 pozitif olan hastaların 186'sı (79.8%) i erkek 47 si (20.2%) i kadındı. N2 pozitif olan hastaların 35 de (15%) visseral plevra invazyonu mevcuttu. N2 pozitif hasta grubunun, visseral plevra invazyonu olmayanlarında median yaşam süresi 23,37 ay (95% güven aralığı 8:7.27-29.47) iken visseral plevra invazyonu olan grupta 19.83 ay (95% güven aralığı 9.71-29.96) buludu. İki grup arasında istatiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı.

SONUÇ: N2 lenf nodlarının tutulumu prognozu keskin biçimde ve en etkili olarak kötüleştiren faktör olarak görülmektedir. Visseral plevra invazyonu da bağımsız olarak kötü prognoz gösterse de N2 pozitif hastalarda bu etkisi ön plana çıkmamakta ve N2 pozitif hastaların kötü prognozunda N2 hastalığın diğer faktörlerden daha etkili olduğu görülmektedir. N2 hastalık varlığında viseral plevra invazyonunun survi sürelerine etkisinin olmadığı görülmektedir.

**SS-15**

Bir Göğüs Cerrahi Kliniğinde Bir Yılda Uygulanan Bronkoskopilerin Değerlendirilmesi

İsmail KILIÇ, Cenk BALTA, Şamil GÜNAY, Mehmet Tarık KARATAŞ, Faris DÖNMEZ, Ezgi ÇELİK, Özgür CENGİZ, Ahmet Bülent KARGI, Ayşe Naz BOZAN, Hasan Çağrı ÇETİN

Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya, Türkiye

ÖZET: 1897 yılında başlayan günümüzde hala devam eden bronkoskopi işlemi trakeobronşial ağacın doğrudan görüntülenmesinde, solunum yollarının tanısal mikrobiyolojik ve patolojik örneklenmesinde, solunum yolları açıklığının sağlanması amacıyla müdahalelerde bulunulmasında, solunum yolları komşuluğundaki lezyonların örneklenmesi ve tedavi edilmesi gibi durumlarda fayda sağlamaktadır. 1 yıl önce kurulan Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde son 1 yılda yaptığımız bronkoskopi işlemlerimizi literatür eşliğinde derledik. Amacımız yeni kurulan bir klinik olarak yaptığımız bronkoskopik işlemler ile, yeni kurulacak kliniklere örnek teşkil edecek planlamalar sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, terapötik, tanısal, müdahale, endobronşial

GİRİŞ: Yazılı tarihte yabancı cisim aspirasyonuna ilişkin bilinen ilk olgu MÖ 475 yılında üzüm çekirdeği aspirasyonu sonucu ölen Yunanlı şair Anacreon'dur (1). Üst hava yolları ilk kez 1807'de Philip Bozzini tarafından görüntülenmiştir. Benjamin Babington 1829'da ayna ve güneş ışığını kullanarak üst hava yollarını gösteren bir cihaz yapmıştır (2).

Trakeobronşial ağacın doğrudan görsel olarak değerlendirildiği sistem bronkoskopi olarak bilinmektedir. Zamanla gelişen teknolojiler ile beraber sadece görsel olarak değerlendirme ile kalmayıp tanı ve tedavi amacıyla; solunum yollarına ait sekresyonlar toplanması, alt solunum yolları mukozasından, akciğer parankiminden, komşu lenf nodlarından ve trakeobronşiyal lümenin dışında hemen bitişiğindeki kitlelerden biyopsi alınması, lümen dışı yapılar bronkoskopik ultrason kullanılarak görüntülenmesi, hava yolundaki obstrüksiyonlar temizlenmesi, kanama kontrolünde tedavi amacıyla kullanılabilir (3).

Havayollarının ilk endoskopik incelenmesi işlemi 1897 yılında Almanya'da Freiburg Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Profesörü Dr. Gustav Killian tarafından 63 yaşındaki bir orman işçisine yemek sonrası dispne bulguları ile yapılmış olup, hava yollarından rijit özofagoskop ile kemik parçası çıkarılmıştır (4). İlk rijit bronkoskopi prototipi Amerika'da 1904 yılında Masechutes State Hospital'de Dr. Chevalier Jackson tarafından ortaya çıkarılmıştır (5)(6). Optik teleskop Broyles tarafından ve rod lens optik sistem ise Hopkins tarafından geliştirilmiştir (7). Geliştirilen bu sistemler ile optik teleskoptan ışığın uca kadar dağılmadan ulaşması sağlanmış ve akciğer görüntülenmesinin kalitesi artırılmıştır. Rijit bronkoskopinin amacı hava yollarındaki yabancı maddeleri ve lezyonları görme, tanımlama ve son olarak örneklemede kullanılmak üzere zamanla gelişim göstermiştir. İlk Fleksible fiberoptik bronkoskop prototipi Japonya'da Dr. Shigeto Ikeda tarafından Machida ve Olympus firmaları ile 1968 yılında üretilmiştir.

Amacı bronş kanserlerinin tanısındaki imkanları genişleterek mümkün olan en erken tanıyı oluşturabilmektir (8). Yine Dr. Ikeda öncülüğünde 1987 yılında ilk videobronkoskop kullanıma sunulmuştur (9).

Bu yazımızda Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği olarak 2024 yılı boyunca yapmış olduğumuz bronkoskopilerimizi tartışacağız

ARAÇLAR VE YÖNTEM: Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği'nde servis, ameliyathane ve poliklinikten 2024 yılı içerisinde tüm bir yılı kapsayacak şekilde rijit yada fleksible bronkoskopi yapılmış tüm hastaların retrospektif olarak kayıtları alındı. Bronkoskopi ihtiyacı klinik, radyolojik ve hemodinamik olarak belirlendi. Kayıtlarda havayollarında görüntüleme yapılamamış, işlem esnasında ekstrapulmoner instabilite gelişen, tam eksplorasyon yapılamamış hastalar çıkarıldı. Kalan hastalar yaş, cinsiyet, bronkoskopi amacı, bronkoskopi şekli ve örnek alınma durumuna göre değerlendirildi.



Rijit bronkoskopiler genel anestezi altında, oral yoldan görsel bakı altında girilir. İlk Epiglot ve vocal kordlar geçilerek trakeaya girilir. Trakeanın membranöz ve kartilaj kısmı değerlendirilir. Ana karinaya ilerlenir. İlk önce lezyonun olmadığı taraf ana bronş ve segment bronşları değerlendirilir. Daha sonra lezyon tarafına girilir. Ana bronş ve segment bronşları değerlendirilir. Lezyondan punch biyopsiler alınabilir, bronkoalveolar lavaş (BAL) alınabilir. Tuvalet bronkoskopi yapılarak trakeobronşial sistem temizlenebilir. Trakeal stenozlarda balon dilatasyon veya argon lazer ile dilate edip sonrasında istenirse stent işlemi uygulanır. Yabancı cisimler bronkoskopik forceps yardımı ile alınır, Endobronşial lezyonların total eksize edilebilenleri argon lazer, koter ve forceps yardımı ile eksize edilir. Edilemeyenlerinden forceps ve punch yardımı ile biyopsiler gönderilir. Sağ veya sol ana bronşu kapatan lezyonlar palyasyon sağlama amacıyla argon lazer yardımı ile debulking yapılarak hava yolu açıklığı sağlanır. Hemoptizilerde aktif kanama odakları soğuk izotonik solüsyon ile irrigasyon, argon lazer ve koter yardımı ile durdurulur. Fleksible bronkoskopiler topikal, sedasyon ve genel anestezi altında olacak şekilde gerçekleştirilir. Oral yolu tolere edebilen hastalarda sedasyon ve topical anestezi altında, tolere edemeyenlerde genel anestezi altında laryngeal maske yada endotrakeal tüp içerisinden vokal kordlar geçildikten sonra trakea gözlenir. Membranöz ve kartilaj kısımları değerlendirilir. Ana karinaya ulaşılır. Önce yine lezyon olmayan taraf sonra da lezyon olan taraf değerlendirilir. Sonra bakı altında hava yollarından çıkılır. Bu işlem esnasından görülen pürülan sekresyonlardan BAL ve trakeal aspirat alınır. Lümene doğru uzamış veya dış bası yapan lezyonlardan punch biyopsi alınır. Mukozal atipilerden fırça ve bronkoalveoler lavaj alınır. İşlem komplikasyonsuz sonlandırılır. Alınan numuneler ilgili birimlere gönderilir.

Travma hastalarına tuvalet bronkoskopi uygulanarak yoğun bakım yatış sürelerini ve mekanik ventilatöre bağımlı geçirdikleri süreler azaltılıp, hastanede yatış sürelerini kısaltılır (Resim 1). Tuvalet bronkoskopi genel anestezi altında hasta entübe edildikten hemen sonra yada postop ekstübe olmadan hemen önce endotrakeal tüp içerisinden videobronkoskop ile girerek vocal kordları geçtikten hemen sonra önce trakeadaki sekresyonları aspire edilerek başlanır.

Devamında ana karinaya ulaştıktan sonra sağ ana bronşu aspire ederek sağ sisteme girip üst, orta, alt lob ve segment bronşlarını izotonik solüsyon ile sık irrigasyon ve aspirasyon ile mukus tıkaçları ve sekresyonlarından temizlenir. Sonra sol sisteme girilir, sol ana bronşu, sol alt lob, üst lob ve segment bronşlarına da aynı işlem uygulanır. Aspire edilerek bronkoskopi sonlandırılır. Çalışma, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi "İnsan Deneklerini İçeren Tıbbi Araştırmalar İçin Etik İlkeler"e uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

**SS -16**

Akciğer Kanseri ve Yoğun Bakım: Ürik Asit/Albüminin Mortalite Tahmini Üzerindeki Rolü

Maşide ARI¹, Murat YILDIZ¹, Oral MENTEŞ², Canan YILMAZ ŞAHİN¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitesine kabul edilen akciğer kanseri hastalarında mortalite oranları yüksektir. Mortaliteyi öngörmek için çeşitli prognostik araçlar kullanılmakla birlikte, ürik asitin albümine oranı (UAR) gibi yeni parametrelerin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Bu çalışma, UAR'ın mortaliteyi tahmin etmedeki etkinliğini ve diğer prognostik skorlarla ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma 2014-2020 tarihleri arasında retrospektif olarak tasarlandı. Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilen 159 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Kan tetkikleri arasında ürik asit, albümin, CRP ve prokalsitonin değerleri incelendi. Mortalite tahmini için ROC analizi yapılarak AUC, sensitivite ve spesifite değerlendirildi.

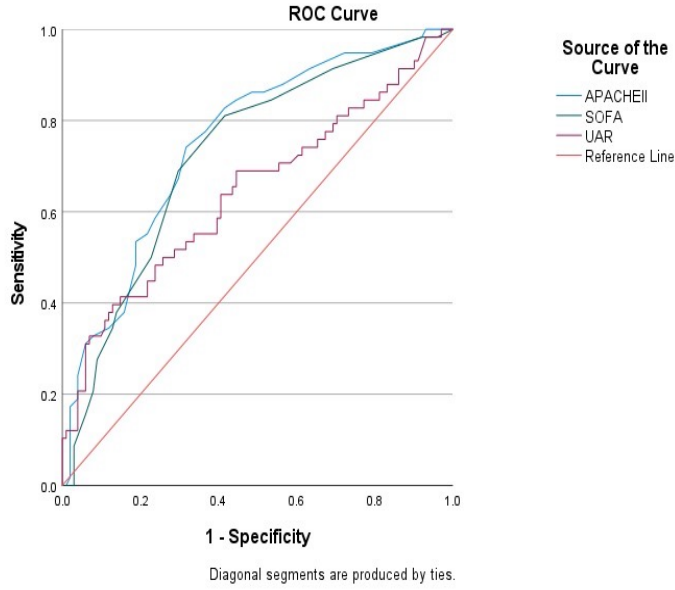
BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 159 hastanın %36,5'i mortalite ile sonuçlandı. Mortalitesi yüksek olan hastalarda SOFA ($p<0.001$), APACHE-II ($p<0.001$) ve UAR ($p=0.003$) değerleri anlamlı derecede yüksekti. ROC analizi sonuçlarına göre, APACHE-II skoru (AUC=0.753) ve SOFA skoru (AUC=0.727) mortalite tahmininde en yüksek performansı gösterirken, UAR'ın kesme değeri $>3,14$ olarak belirlendi (AUC=0.643). UAR, mortalite ile ilişkili bağımsız bir belirteç olarak değerlendirildi.

Tablo 1. Hastaların başvuru kan tetkiklerinin değerlendirilmesi

Laboratuvar bulguları	Tüm hastalar (N=159) (Min-Maks)	Yaşayan hastalar (N=101) (Min-Maks)	Vefat eden hastalar (N=58) (Min-Maks)	p değeri
Ürik asit (mg/dL)	6.31 (2.10-16.70)	5.91 (2.10-13)	7.01 (2.20-16.70)	0.023
Albumin (g/L)	2.86 (1.70-4.70)	2.97 (1.70-4.70)	2.67 (1.70-4.10)	0.003
UAR*	2.32 (0.70-7.84)	2.05 (0.70-4.70)	2.79 (0.73-7.8)	0.003
CRP (mg/L)**	116 (3-538)	102 (3-538)	139 (8-428)	0.017
Prokalsitonin (ng/mL)	2.45 (0.01-79)	1.57 (0.01-27)	3.97 (0.07-78)	0.011

* UAR: Ürik Asitin albümine oranı ** CRP: C-Reaktif Protein

Hastalar mortalite durumuna göre değerlendirildiğinde APACHE II, SOFA skoru ve UAR grupları arasında anlamlı farklılık izlendi ($p<0.001$). Ayrıca ROC analizi sonrası her birinin mortalitede belirleyici olduğu saptandı. SOFA, APACHE-II ve UAR'ın ROC analiz sonuçları Tablo 5'te verildi. ROC analiz eğrisi ise Şekil 1'de verildi.



Şekil 1. Mortalite Tahmininde APACHE-II, SOFA Skoru ve UAR'ın ROC Analizi

Tablo 2. APACHE-II, SOFA Skoru ve Ürik Asitin Albümine Oranı'nın Mortalite Tahminindeki ROC Analizini Sonuçları

	AUC	%95 Güven Aralığı	Kesme Değeri	Sensitivite	Spesifite	PPV	NPV	LR+	LR-	p değeri
APACHE-II	0.753	0.676-0.831	15.50	74.1	68.3	57.3	82.1	2.34	0.38	<0.001
SOFA Skoru	0.727	0.646-0.808	4.50	81	58.4	52.8	84.3	1.95	0.32	<0.001
UAR*	0.643	0.550-0.737	3.14	39.7	87.1	63.9	71.5	3.08	0.69	<0.001

* UAR: Ürik asitin albümine oranı

SONUÇ: UAR, akciğer kanseri hastalarında mortalite tahmininde etkili bir parametre olarak gösterildi. UAR'ın prognostik ve klinik öneminin değerlendirilmesi için daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**SS-17****BRONŞEKTİZİ ve TİPİK KARSİNOİD TÜMÖR**

Mehmet Tarık KARAKAŞ, Cenk BALTA, Şamil GÜNAY, Faris DÖNMEZ, İsmail KILIÇ, Ezgi ÇELİK, Özgür CENGİZ, Sezen KOÇARSALAN**

*Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya, Türkiye.

**Antalya Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, Antalya, Türkiye.

ÖZET: Bu vaka sunumunda polikliniğimize tekrarlayan öksürük balgam şikayetleri ile gelen hastanın tarafımızca yapılan lobektomi sonrası wedge rezeksiyon örneği patoloji raporunun nöroendokrin tümörlerin alt tipi tipik karsinoid tümör olarak sonuçlanmasından kısaca bahsedilecektir. Preoperatif ön planda kronik bronşektazi zemininde gelişen atelektazik alanın rezeksiyonu olarak planmış olsa da patoloji raporunun tipik karsinoid tip tümör lehine olması ve tek küratif tedavi opsiyonunun komplet cerrahi rezeksiyon olması ile vakanın başarılı olması ile sonuçlanmıştır.

GİRİŞ: Pulmoner nöroendokrin tümörler, bronkopulmoner epiteldeki nöroendokrin hücrelerden köken alan, nodüler veya multifokal hiperplazi gösteren, periferik veya santral yerleşimli tüm akciğer, kanserlerinin %20 sini oluşturan heterojen bir grup kanserdir. (1) Küçük hücreli akciğer karsinomu %15-20, Büyük Hücreli Nöroendokrin karsinom %3, Karsinoidler %1-2 görülürken en nadir görüleni ise atipik karsinoidler oluşturur. Atipik karsinoidler tüm karsinoid tiplerinin %10 u kadardır.

Akciğer karsinoid tümörleri, nöroendokrin morfoloji ve diferansiasyon gösteren, pulmoner diffüz nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerdir. Akciğer tümörlerinin mevcut WHO sınıflandırması, bronşiyal tipik karsinoidi düşük dereceli nöroendokrin tümörler olarak kabul etmektedir. Düşük dereceli olanları tipik karsinoid, orta derece olanları atipik karsinoid tümör olarak da sınıflandırılmaktadır. (1). Bu tümörler yavaş büyür ve bölgesel lenf nodlarına ve ekstratorasik bölgelere çok nadiren metastaz yapabilir. (5).

Santral yerleşimli tümörler bronşiyal bası obstrüksiyon nedeniyle semptomatiktir. Hava yolu tıkanıklığına bağlı olarak dispne, öksürük, hırıltı, hemoptizi, tekrarlayan enfeksiyon ve pnömoni ile ortaya çıkabilir. Paraneoplastik sendromlar nadirdir ve genellikle karaciğer metastazları ortamında görülür. Karsinoid sendromu ve Cushing sendromu nadir görülür. Periferik tümörler ise genellikle asemptomatiktir ve rastlantısaldir (2). Toraks BT ve göğüs grafisinde görülebilir. Altın standart kontrastlı bilgisayarlı tomografidir. Tipik ve atipik karsinoidlerin BT’de radyografik özellikleri benzerdir (3).

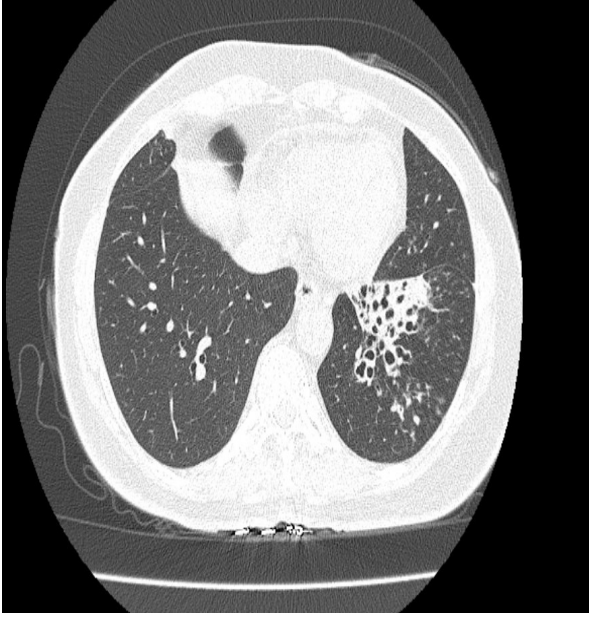
VAKA SUNUMU: 68 yaşında kadın bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hasta, polikliniğimize dispne, hemoptizi, öksürük balgam şikayetleri ile başvurdu. Toraks BT’sinde sol akciğer alt lobda yaygın dilate bronşiolle, peribronşiyal mikronodüler infiltrasyon sahaları mevcuttu. Sol akciğer alt lobe bronşektazi tanısıyla RATS lobektomi ve mediastinal lenf nodu örneklemesi yapıldı. Hasta postoperatif 2. Günde taburcu edildi.

Histopatolojik incelemesinde mikroskopik olarak en büyüğü 0,4 cm, en küçüğü 0,1 cm boyutta, %1 mitotik aktivitesi olan Ki67 indeksi %1 ve kromagranin A boyama pozitifliği gösteren altı ayrı odakta tümör izlendi. Çevre akciğer parankiminde bronşiollede dilatasyon ve bronşiollelerin içerisinde yoğun inflamatuvar hücresel elemanlar izlendi. Bronş çevresinde yer yer abseleşen yoğun kronik inflamasyon, interstisyel yoğun fibrozis alanları ve amfizematöz değişiklikler mevcuttu. Hafif antrakozis bulguları görüldü.

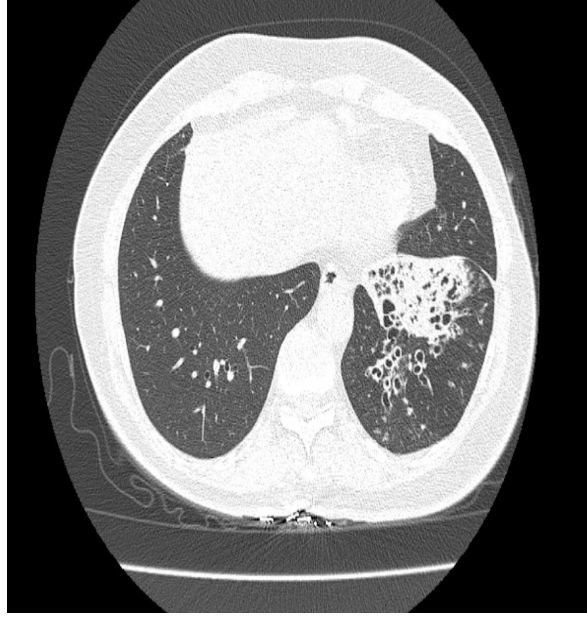
İyi diferansiye Nöroendokrin Tümör, Grade 1 olarak değerlendirildi.



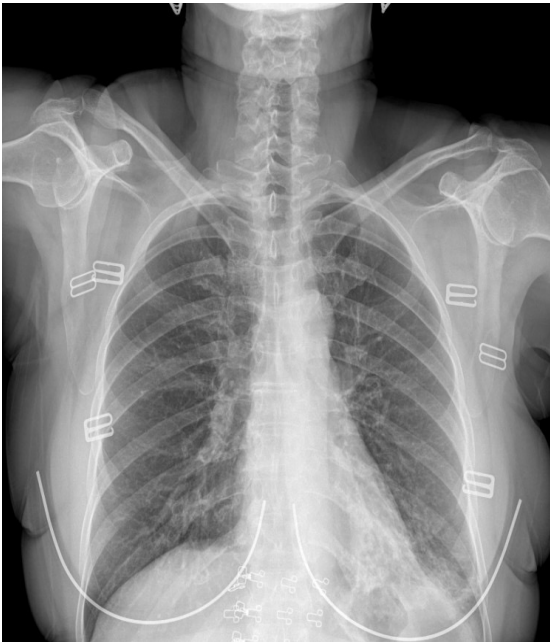
Hasta multidisipliner konseyde incelendi. Cerrahi küratif tedavi uygulandığı kararı alındı. Takiplerinin 6. Ayında nüks saptanmadı.



Şekil 1 SOL ALT LOBTA YAYGIN BRONŞİEKTAZİ
KONTRASTSIZ TORAKS BT PRE OP



Şekil 2 SOL ALT LOBTA ATEKETAZİK ALANLAR
VE BRONŞİEKTAZİ



Şekil 3 PRE OPERATİF AKCİĞER GRAFİ

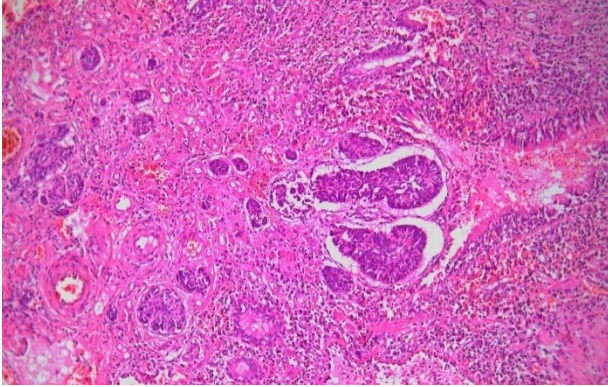


Şekil 4 POST OP PAAG

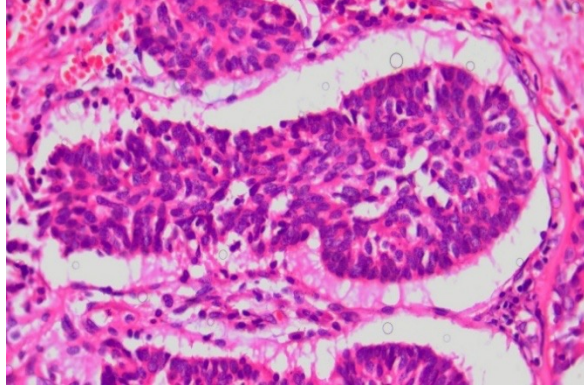
**TARTIŞMA VE SONUÇ**

Tüm akciğer kanserlerinin %1'inden azı ve rezeke edilen akciğer tümörlerinin %2'sinden azı tipik karsinoid tümör olarak saptanmıştır. Atipik karsinoidlerin daha çok periferik, tipik karsinoidler ise merkezi daha çok merkezi yerleşimlidir ve bu sebeple semptomlar sıktır. (1,2) En sık karşılaşılan semptomlar; Dispne, hemoptizi postobstrüktif pnömonidir. Bizim vakamızda 68 yaşında kadın hastaydı ve semptomları hemoptizi, dispne, öksürük ve balgamdı. Hastanın yılda en az 4 defa pnömoni atakları mevcuttu. Akciğer tipik karsinoidlerinin, bronşiyal obstrüksiyona yol açtığı vakalarda tekrarlayan pnömoni nedeniyle bronşektazi geliştiği düşünülmekte olup kronik bronşektazi varlığının pulmoner nöroendokrin tümörlerinin oluşumu için yatkınlık yaratan bir faktör olduğu birkaç çalışmada bildirilmiştir.

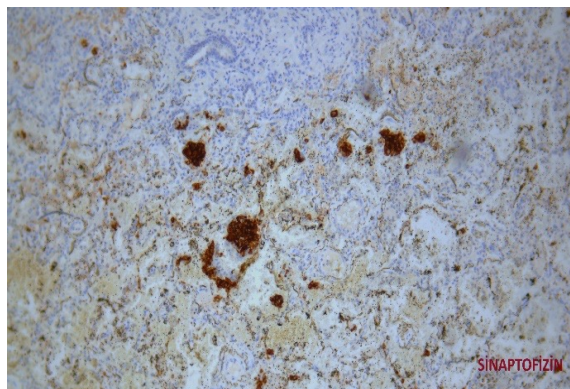
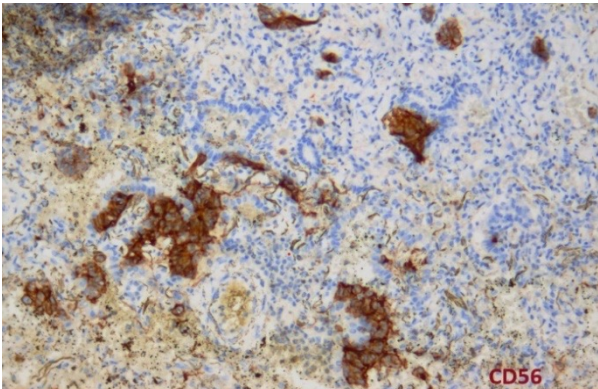
Karsinoid tümörlerin ayırıcı tanısında yassı hücreli karsinom, lenfoma, metastatik meme kanseri bulunmaktadır. Histopatolojik olarak ameliyat esnasında alınan frozen örnekleri mitotik aktivite göstermede zayıf olması sebebiyle yanlış sonuçlar verebilmektedir. Ayırıcı tanıda en yararlı markerlar; KromagraninA, CD56, TTF-1, AE1/AE3 ve Synaptofizindir (5). Mitotik aktivitenin %2'den küçük olması nekroze doku olmaması ve 0.5cm den küçük lezyonlar tipik karsinoid lehinedir. Cerrahi wedge rezeksiyon yaptığımız parankim dokudan alınan biyopsinin patolojik incelemesinde kromogranin boyama pozitifliği mevcuttu. Mitotik aktivite %1'den azdı. Ki67 aktivitesi %1 olarak saptandı. Tanımız tipik karsinoid tümördü.



Şekil 5 Küçük odaklar halinde, yer yer ayrışma artefaktı gösteren yuvalar şeklinde tümör adaları



Şekil 6 Tümör; poligonal şekilli, eozinofilik sitoplazmalı, belirsiz nükleollü ve tuz-biber görünümüne sahip kromatin içeren hücrelerden



Şekil 7-8 CD56 ve Sinaptofizin güçlü boyanmaları.



Cerrahi olarak çıkarılmış akciğer karsinoidli hastaların biyopsi örneklerindeki eş zamanlı patolojik bulguları tanımlamak ve sağkalım oranlarıyla ilişkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada bulguların görüldüğü 82 hastanın %52,4'ünde atelektazi, %13,4'ünde deskuamatif interstisiyel pnömoni, %24,4'ünde amfizem ve %9,8'inde bronşektazi görülmüş. Atelektazili hastalarda sağ kalım oranı %100 e yakın, amfizemli hastalarda %90 ve bronşektazili hastalarda %75 olarak bulunmuştur. (6) Atelektazili hastaların yaşam sürelerinin görece daha uzun oluşu vasküler şantlar nedeniyle tümör içi kan akımının ve beslenmesinin azalmasıyla ilişkili olabileceği ve bunun da malign hücrelerden inflamatuvar sitokin ve fibrinojen salınımının azalmasına yol açabileceği ileri sürülmüştür. (7)

Pulmoner tipik karsinoidlerde, cerrahi rezeksiyon tek tedavi seçimi ve tek küratif opsiyondur. Santral tümörlerde, bronşiyal sleeve rezeksiyon veya sleeve lobektomi ile akciğer parankim koruyucu cerrahi, periferik tümörlerde ise lobektomi veya segmentektomi ile tam anatomik rezeksiyon önerilmektedir. Karsinoidler kemoterapi ve radyoterapiye rölatif olarak dirençlidir. Bu nedenle metastatik hastalar da öncelikle cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

Cerrahi opsiyonu olmayan olgularda kemoterapi deneyimi ve yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmalarda cisplatin ve etoposid kullanılmış olup yanıt oranları düşüktür. Tipik karsinoidlerde cerrahi tam rezeksiyon sonrası 5 yıllık sağkalımın %100'e yakın olması nedeniyle kemoterapi önerilmemektedir. Daha fazla çok merkezli çalışma, neoadjuvan veya adjuvan kemoterapi veya radyoterapiden fayda görece yüksek riskli bir kohortu belirleyebilir (4)

Akciğerin nöroendokrin tümörleri, tespit edilme sıklıkları son yıllarda artmıştır. Bunun temel sebebi cerrahi rezeksiyon tekniklerinin gelişmesi ve cerrahi merkezlerin tecrübesinin günden güne artmasıdır. Kliniğimizde bu tür operasyonlar uygun hasta profilinde robotik cerrahi ile yapılmaktadır. Olası ameliyat komplikasyonları ve taburculuk süresi ciddi anlamda azalmıştır.

KAYNAKÇA

- 1-Ebru Çakır İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye TÜRK TORAKS DERNEĞİ AKCİĞERİN NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİ NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE LUNG İ. DOI: 10.5578/tcb.2017.009 Toraks Cerrahisi Bülteni 2017; 10: 7-18
- 2-Gagné A, Joubert P. Tipik karsinoid tümör / nöroendokrin tümör, derece 1. PathologyOutlines.com websitesi. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/lungtumorcarcinoid.html>. Erişim tarihi 29 Aralık 2024.
- 3-Panunzio A, Sartori P. Lung Cancer and Radiological Imaging. Curr Radiopharm. 2020;13(3):238-242. doi: 10.2174/1874471013666200523161849. PMID: 32445458; PMCID: PMC8206195.
- 4-Okereke IC, Taber AM, Griffith RC, Ng TT. Outcomes after surgical resection of pulmonary carcinoid tumors. J Cardiothorac Surg. 2016 Mar 2; 11:35. doi: 10.1186/s13019-016-0424-0. PMID: 26935588; PMCID: PMC4774181.
- 5-Morandi U, Casali C, Rossi G. Bronchial typical carcinoid tumors. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2006 Fall;18(3):191-8. doi: 10.1053/j.semctvs.2006.08.005. PMID: 17185178.
- 6-Georgakopoulou VE Zygouris E, Papalexis P, Gkoufa A, Damaskos C, Pierrakou A, Mantzouranis K, Chlapoutakis S, Aravantinou-Fatorou A, Sklapani P, Trakas N, Janinis J, Dahabreh J, Spandidos DA. Simultaneous pathological findings in biopsy specimens of patients with surgically resected lung carcinoids and their role in survival. Oncol Lett. 2022 Jul 15;24(3):313. doi: 10.3892/ol.2022.13433. PMID: 35949610; PMCID: PMC9353869.
- 7-Bulbul Y, Eris B, Orem A, Gulsoy A, Oztuna F, Ozlu T, Ozsü S. Pulmonary atelectasis and survival in advanced non-small cell lung carcinoma. Ups J Med Sci. 2010 Aug;115(3):176-80. doi: 10.3109/03009731003695624. PMID: 20636252; PMCID: PMC2939518.

**SS-18**

Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeni ile Pnöminektomi Yapılan Hastalarda Surveyi Etkileyen Faktör

Ali Murat AKÇIL, Melek ERK, Levent CANSEVER, Mehmet Ali BEDİRHAN

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Göğüs Cerrahi Kliniği

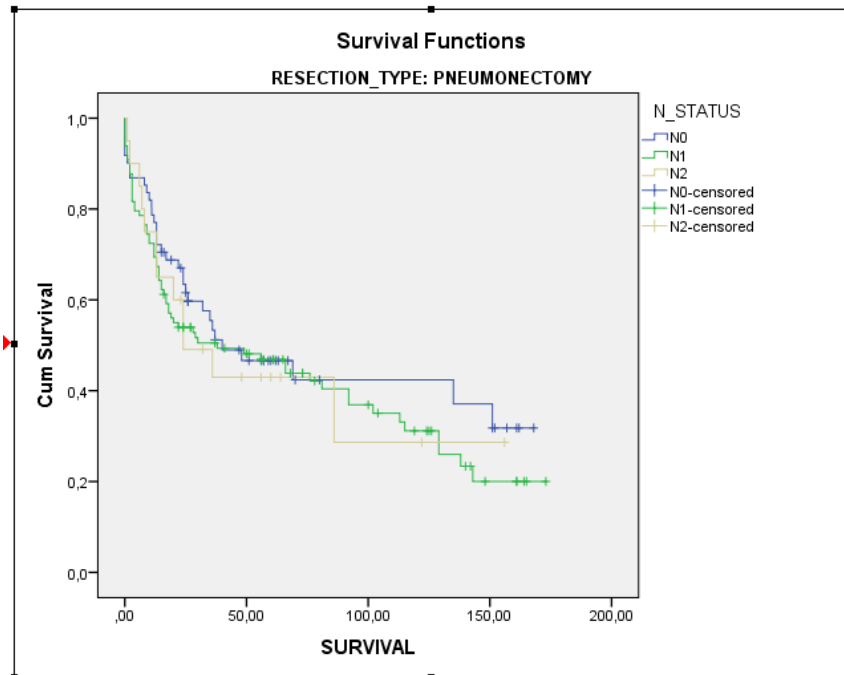
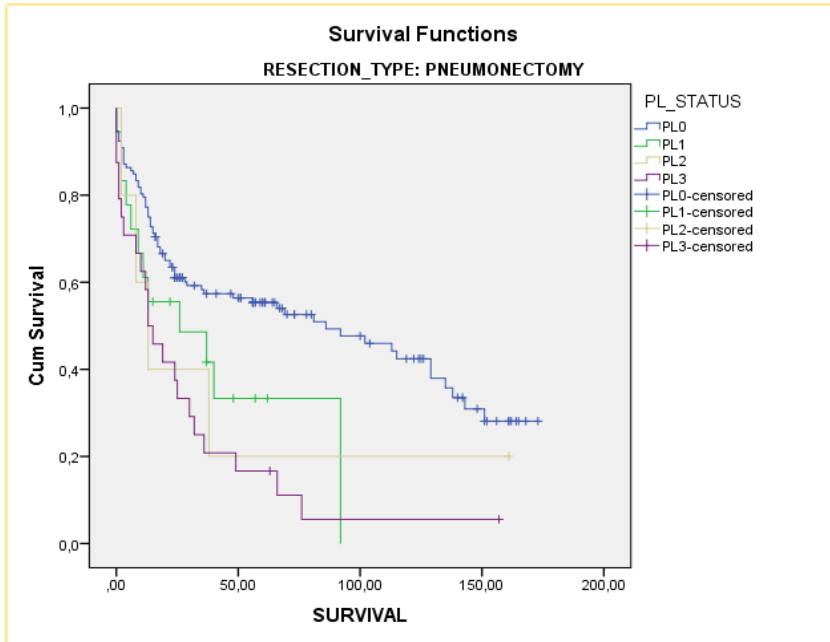
GİRİŞ: Plevra tutulumu (PI) küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) kötü prognozün göstergesi olarak tanımlanmakta olup TNM evreleme sistemine T faktörünü yükseltmesi gereken bir faktördür. PI'nin standart tanımları ve patolojik değerlendirmeleri, karakterize etmeyi zorlaştırmış ve T faktöründeki rolü tartışmalıdır. KHDAK'de plevra invazyonu kötü prognoz gösteren faktör olarak kabul edilse de, diğer klinikopatolojik prognostik faktörlerle ilişkisi hakkında fazla bilgi yoktur. Biz, plevra invazyonu ile N durumuna göre karşılaştırmalı survival hesabı yaparak, plevra invazyonunun pnöminektomi yapılan KHDAK'li hastalar için N durumundan bağımsız olarak survival üzerine etkisini inceledik.

METHOD: Kliniğimizde Ocak 2009-Aralık 2023 arasında KHDAK nedeniyle pnöminektomi yapılan 179 hastayı retrospektif olarak inceledik. PI0 grubunda 132(%73,8), PI1 grubunda 18(%10,1), PI2 grubunda 5(%2,8), PI3 grubunda 24(%13,4) hasta saptadık. Aynı hastalar N faktörü için de karşılaştırıldığında N0 grubunda 61(%34,04), N1 grubunda 98(%54,7), N2 grubunda 20 (%11,2) hasta saptandı. İncelemeye dahil edilen iki grup hasta; yaş, cinsiyet, tümör boyutu, patolojisi, postoperatif komplikasyon, klinik takiplerde saptanan sağkalım açısından karşılaştırmalı analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların %14,5'i kadın (n=26), %91 erkek (n=163) idi. Ortalama yaş 54.8 ±9,46 yıl (min 35 yıl, maks 78 yıl) idi. Çalışmamızda; sağ pnöminektomi oranı %35,2 (n=63) iken sol pnöminektomi oranı %64,8 (n=116) idi. Adenokanser 36 (%20,1), skuamöz hücreli kanser 123 (%68,7) saptanırken diğer patolojik tiplerden 20 (%11,2) izlendi. Ortalama tümör boyutu 4,86±2,52 cm idi. Komplikasyon oranı %29,1 (n=52) idi.

Ortalama sağkalım; genel hasta grubunda 73,78±5,6 ay saptandı. PI ve N durumuna göre hesaplama yapıldı. PI0 grubunda 86,46±6,72 ay, PI1 grubunda 40,98±9,8 ay, PI2 grubunda 44,40±26,6 ay, PI3 grubunda 28,81±7,98 ay saptandı(p<0,001). N0 grubunda 80,93±10,14 ay, N1 grubunda 70,55±7,29 ay, N2 grubunda 65,31±15,82 ay tespit edilmiş olup istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır(p=0,635).

SONUÇ: Çalışmamıza göre KHDAK nedeniyle pnöminektomi yapılan hastalarda plevra invazyonu olan hastalar ve N durumuna göre karşılaştırmalı survival hesabı yaparak, plevra invazyonunun pnöminektomi yapılan KHDAK'li hastalar için N durumundan bağımsız kötü prognostik faktör olarak saptandı.



**SS-19**

Nadir Bir Pembrolizumab İlişkili Pnömonit Vakası

Nurgul NAURZVAI¹, Gersi ALISHA¹, Yıldız OKUTURLAR², İbrahim YILDIZ³

1.Göğüs Hastalıkları Bölümü, Acıbadem Atakent Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

2.İç Hastalıkları Bölümü, Acıbadem Atakent Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

3.Onkoloji Bölümü, Acıbadem Atakent Hastanesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Pembrolizumab, bağışıklık sistemini aktive ederek kanser hücrelerini hedef almasını sağlayan antikordur. Programlanmış hücre ölümü proteini 1 (PD-1) reseptörünü hedef alan bir monoklonal antikor olan pembrolizumab, çeşitli kanser türlerinin tedavisinde etkili bir ajandır. Özellikle tekrarlayan, kalıcı veya metastatik serviks kanseri gibi belirli kanser türlerinde önemli bir tedavi seçeneğidir. Bununla birlikte, bu yenilikçi tedavi bağışıklıkla ilgili ciddi yan etkiler de doğurabilir; bunlardan biri pnömonittir ve erken tanı konulmazsa ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilir. Bu bildirimizde pembrolizumab tedavisinin 1,5 yılında ağır pnömonit gelişen 40 yaşındaki bir kadın hastayı sunuyoruz.

VAKA SUNUMU: Hasta üç haftadır ilerleyen dispne, kuru öksürük ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Gelişinde hastanın dakikada 24 takipnesi vardı. Oda havasında oksijen satürasyonu %80 ölçüldü ve her iki akciğerde yaygın bilateral interstisyel opasiteler ve yamalı konsolidasyonlarla birlikte buzlu cam opasiteleri saptandı. Hasta hemen yatırıldı ve enfeksiyon etkenlere yönelik tetkikleri istendi ve ampirik tedavisi başlandı. Tüm kültürleri ve viral paneller negatif saptandı ve enfeksiyöz etiyolojiler dışlandı. Takibinde oksijen ihtiyacı artarak devam eden hastaya bronkoskopi yapıldı ve bronkoalveolar lavaj (BAL)'da %25 hemosiderin yüklü makrofaj saptandı. Diğer olası nedenler dışlandıktan sonra, hastaya pembrolizumab kaynaklı pnömonit tanısı konuldu. Pembrolizumab tedavisi kesildi ve hastaya yüksek doz intravenöz metilprednizolon ile destekleyici oksijen tedavisi başlandı. Takibinde öksürük atakları devam eden hastada pnömomediastinum gelişti. Hastanın oksijen ihtiyacı gerilemekle birlikte 45 günlük tedaviye rağmen hastanın akciğerlerdeki opasiteleri sebat etti. Hasta 1mg/kg metilprednizolon tedavisi ve 2lt/dk oksijen desteği ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Pembrolizumab ilişkili pnömonit, genellikle immün aracılı inflamasyonun bir sonucudur ve akciğer dokusunda hasara yol açabilir. Bu vakada BAL sıvısında hemosiderin yüklü makrofajların bulunması, önceki alveolar hemorajiyi ve bu olayın immün inflamatuvar sürecin bir parçası olabileceğini göstermektedir. Pembrolizumab kullanan hastalarda solunum semptomları geliştiğinde, enfeksiyöz nedenler dışlandığında bu ciddi komplikasyon düşünülmelidir. Hemosiderin yüklü makrofajlar gibi bulgular, inflamasyonun şiddeti ve süresi hakkında ipuçları verebilir ve tedavi stratejilerini yönlendirebilir. Kortikosteroid tedavisi ile hızlı müdahale edilmezse ciddi akciğer hasarı ve solunum yetmezliği gelişebilir.

SONUÇ: Pembrolizumab kaynaklı pnömonit nadir ve ölümcül olmakla birlikte, bu vakada görüldüğü gibi erken tanı ve tedavi ile yönetilebilir. Bu nedenle, bu tür vakalarla karşılaşan klinisyenler için erken tanı ve tedavi hayati önem taşır.



SS-20

Kadınlarda Akciğer Kanseri

Özlem Saniye İÇMELİ¹, Hasibe Çiğdem ERTEN¹, Nesrin KIRAL¹, Ali FİDAN¹, Ersin DEMİRER¹, Seda Beyhan SAĞMEN¹, Sevdâ Şener CÖMERT¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Akciğer kanseri birçok ülkede kadınlar için ölüme neden olan kanserlerden biridir. Kadınlar, iç mekân kirliliği, sigara içimi, pasif sigara maruziyeti, biyolojik farklılıklar, tedaviye yanıtındaki cinsiyet farklılıkları gibi yeterince çalışılma bilgisi olmayan risk faktörlerine maruz kalmaktadır. Çalışmamızın amacı kliniğimizde son üç yılda akciğer kanseri tanısı alan kadın hastaların özelliklerini ortaya koymaktır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2022-Aralık 2024 tarihleri arasında göğüs hastalıkları polikliniğimizde akciğer kanseri tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik verileri, sigara öyküleri, patolojik tanıları, moleküler belirteçleri, uygulanan tedavi yöntemleri kaydedildi. İstatistiksel analizler ki-kare, student-T test kullanıldı, p<0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 266'sı(%85,3) erkek, 46'sı(%14,7) kadın toplam 312 hasta alındı. Hastaların cinsiyete göre demografik verileri, sigara anamnezileri, patolojik tanıları, moleküler belirteçlerinin sonuçları tabloda verilmiştir.

	Kadın	Erkek	p
Hasta sayısı(n/%)	46 / %14,7	266/%85,3	
Yaş ortalaması-yıl	67,3±10,1	67,0±10,7	
Sigara içme(n/%)	23/%50	218/%82	p<0.01
Sigara-paket/yıl	24	42	
KHAK(n/%)	5/%11	44/%16	
KHDAK(n/%)	41/%89	222/%84	
•Adenokarsinom(n)	23	91	
•Skuamöz hücreli karsinom(n)	13	104	
•Diğer(n)	4	16	
•Tanısız(n)	1	11	
Moleküler Belirteç Çalışılanlar-Mutasyon Olanlar(n)			
•EGFR	14-4	93-4	p<0.05
•ALK	15-2	93-3	
•ROS-1	14-0	93-1	
•BRAF	10-0	68-2	
•PDL-1	10-5	79-41	



Sigara içme açısından kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ($p<0.01$). Kadınlarda, KHK'de adenokarsinom en sık rastlanan alt tip idi. EGFR mutasyonu beklendiği üzere kadınlarda anlamlı olarak pozitif bulundu ($p<0,05$). Her iki grupta kitlenin santral ve periferik olması açısından anlamlı fark yoktu. Tanı anında plevral sıvı kadınlarda (21-%45) erkeklere (81-%31) oranla daha yüksek oranda tespit edildi ($p<0,05$). 187(%70) erkek, 29(%63) kadın hasta tanı anında evre 4'tü. Tedavi modaliteleri ve mortalite oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

SONUÇ: Çalışmamızda literatüre uygun olarak kadınlarda adenokarsinom ve EGFR mutasyonu sıklığı yüksek bulunmuştur. Tanı ve tedavi modaliteleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Dünya literatüründe belirtildiği gibi çevresel, toplumsal faktörlerin kadınlardaki akciğer kanseri tanı yöntemlerine etkileri ve cinsiyete dayalı tedavi yaklaşımları oluşturmada önce ek araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, cinsiyet, kadın

**SS – 21**

Uniportal VATS Yaklaşımı Hasta Güvenliği ve Onkolojik Prensipleri Etkiliyor mu? Anatomik Rezeksiyonlarımızın Analizi ve Yakın Dönem Sonuçları

Selçuk GÜRZ, Esra Nur KAYA, Ece ÖZKURT, Ayşen ŞENGÜL, Ahmet BAŞOĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

ÖZET

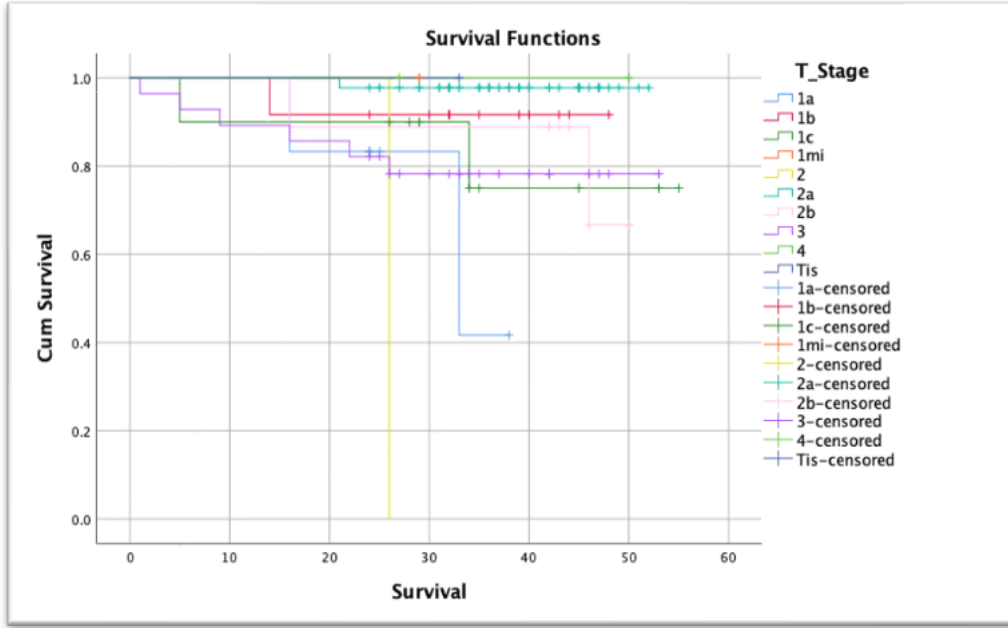
GİRİŞ: Uniportal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (U-VATS), minimal invaziv akciğer rezeksiyonlarında önemli bir teknik haline gelmiştir. Bu çalışmada, akciğer kanseri nedeniyle U-VATS anatomik akciğer rezeksiyonu yaptığımız olgularımızın analizlerini ve erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Bu retrospektif çalışmaya, Mayıs 2020 ile Aralık 2022 yılları arasında merkezimizde U-VATS ile anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan primer akciğer kanseri hastaları dahil edildi. Hastaların demografik verileri, tümöre ait veriler, cerrahi özellikleri, postoperatif sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. Ayrıca hastalara ait sağkalım analizleri yapıldı ve sağkalımı etkileyen faktörler incelendi.

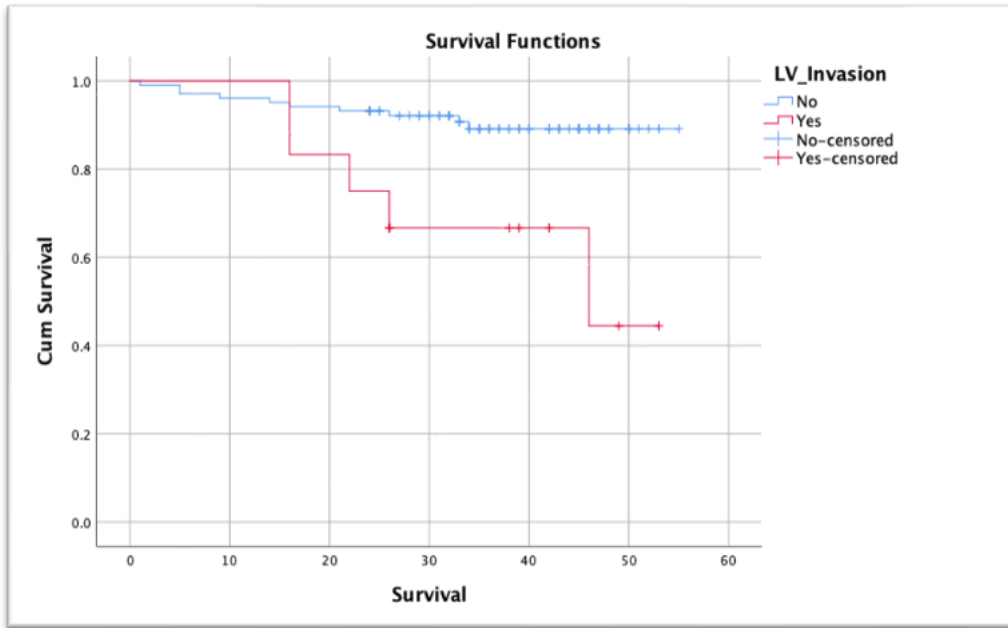
BULGULAR: Çalışmaya toplam 115 hasta dahil edildi. Ortalama yaş $65 \pm 8,48$ olup, hastaların %78,3'ü erkekti. Gerçekleştirilen anatomik rezeksiyonların %81,7'si lobektomi, %11,3'ü segmentektomiydi. Tamamı R0 olan rezeksiyonlarda, ortalama 5 istasyona lenf nodu diseksiyonu yapıldığı ve bu sırada ortalama 9 lenf nodu toplandığı tespit edildi. Peroperatif komplikasyon oranı %15,7'di ve en sık komplikasyon uzamış hava kaçağıydı. En sık karşılaşılan histopatolojik tanı %56,5 oranında adenokarsinomdu. Patolojik Evre 1A %23,5 , Evre 1B %36,5 , Evre 2A %5,2, Evre 2B %25,2 ve Evre 3A %8,7 oranındaydı. Otuz gün mortalitesi %0,87, olan çalışmamızda hastaların ortalama takip süresi $35,1 \pm 10,7$ aydı. Bu süreye göre, genel sağkalım oranı %87 olarak tespit edildi. Evrelemede kullanılan T faktörünün ($p=0,046$) ve histopatolojik lenfovasküler invazyonun ($p=0,002$), mortalite üzerinde etkili faktörler olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu sonuçlara göre sağkalım analizleri yapıldı (Resmi 1-2).

SONUÇ: Uniportal VATS ile anatomik rezeksiyon, hasta güvenliği açısından düşük komplikasyon oranları ve onkolojik prensiplere uygun lenf nodu diseksiyonu ile başarılı bir cerrahi seçenek sunmaktadır. Çalışmamız, bu tekniğin minimal invaziv cerrahi avantajlarını koruyarak onkolojik etkinliği sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, lobektomi, segmentektomi, uniportal, VATS



Resim 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların T evresine göre sağkalım analizi (Log rank: 18.118, df: 9, p=0,034)



Resim 2. Çalışmaya dahil edilen hastaların lenfovasküler invazyon bulgusuna göre sağkalım analizi (Log rank: 8.596, df: 1, p=0,003)

**SS-22**

Evre III-IVA Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanserinde Konsolidasyon Hipofraksiyone Radyoterapi ile Toksisite ve Sağ Kalım Sonuçları

Şükran ŞENYÜREK¹, Merve DUMAN¹, Nülfir KILIÇ DURANKUŞ¹, Duygu SEZEN¹, Saliha Ezgi OYMAK², Fatih SELÇUKBİRİCİK³, Nil Molinas MANDEL⁴, Yasemin BÖLÜKBAŞI¹, Uğur SELEK¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Amerikan Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, İstanbul

⁴Amerikan Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: İnoperabl küçük hücre dışı akciğer kanserinde (KHDAK) eş zamanlı konvansiyonel fraksiyonasyon ile kemoradyoterapi ve sonrasında idame immünoterapi altın standarttır. Eş zamanlı kemoradyoterapi uygulanamayan olgularda ise indüksiyon sistemik tedaviyi takip eden konsolidasyon radyoterapi ile ardışık tedavi uygulanmaktadır. Ardışık tedavide hipofraksiyone radyoterapi (HF-RT) uygulanmasının tolerabl ve etkin olduğunu gösteren çalışmalar ışığında, HF-RT uyguladığımız KHDAK tanılı hastalarımızın toksisite profili ve sağ kalım sonuçları değerlendirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2013-2024 yılları arası KHDAK tanılı HF-RT uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Tüm olgularımızda 4B_BT simülasyonu ve görüntü klavuzluğunda yoğunluk ayarlı radyoterapi standarttı. Takip verileri eksiksiz olan ve ilk basamak sistemik tedavi sonrası uzak metastaz gelişmeyen hastalar dahil edildi. Hastaların evresi, başlangıç sistemik tedavileri, özofajit ve radyasyon pnömonisi toksisite verileri ve nüks paternleri kaydedildi. Hastalıksız sağ kalım(HSK) ve genel sağ kalım(GSK) süreleri Kaplan-Meier analizi ile hesaplandı.

BULGULAR: Dahil edilme kriterlerini karşılayan 57 hastanın medyan yaşı 65 (aralık; 33-80), ortalama takip süresi medyan 19 (aralık; 2-60) aydı (Tablo 1). Hastaların evreleri, %12,3 IIIA, %24,6 IIIB, %22, IIIC ve %40,4 IVA idi. Medyan HSK ve GSK sırasıyla 23 ve 33 ay, 2 yıllık HSK ve GSK ise sırasıyla %43,8 ve %69,3 idi. Hastaların yarısında indüksiyon kemoterapisi ile eş zamanlı immünoterapi, %40'ında ise immünoterapinin radyoterapi ile eş zamanlı uygulandığı görüldü. Radyoterapi şeması %84,2'sinde 52,5Gy/15fr idi. Derece 1, 2 ve 3 özofajit oranı sırasıyla %28,1, %64,9 ve %7 olarak saptandı. Derece 2 radyasyon pnömonisi görülme oranı %14 idi. Hastaların %38,6'sında nüks saptanmazken; %5,3'ünde izole lokal, %35,1'inde uzak ve %21,1'inde lokal ve uzak nüks birlikte saptandı. İlk basamak tedavide immünoterapi uygulanan hastalarda medyan HSK ve GSK daha iyi (HSK: 15 ay vs 36 ay, p: <0,001; GSK: 22 ay vs 39 ay, p: 0,14) saptandı (Şekil 1,2).

SONUÇ: İnoperabl KHDAK tanılı olgularımızda sistemik tedavi sonrası konsolidasyon HF-RT'nin tolerabl olduğu izlendi. Ayrıca immünoterapi ile eş zamanlı uygulanmış olgularımızda da güvenli olduğu kaydedildi.

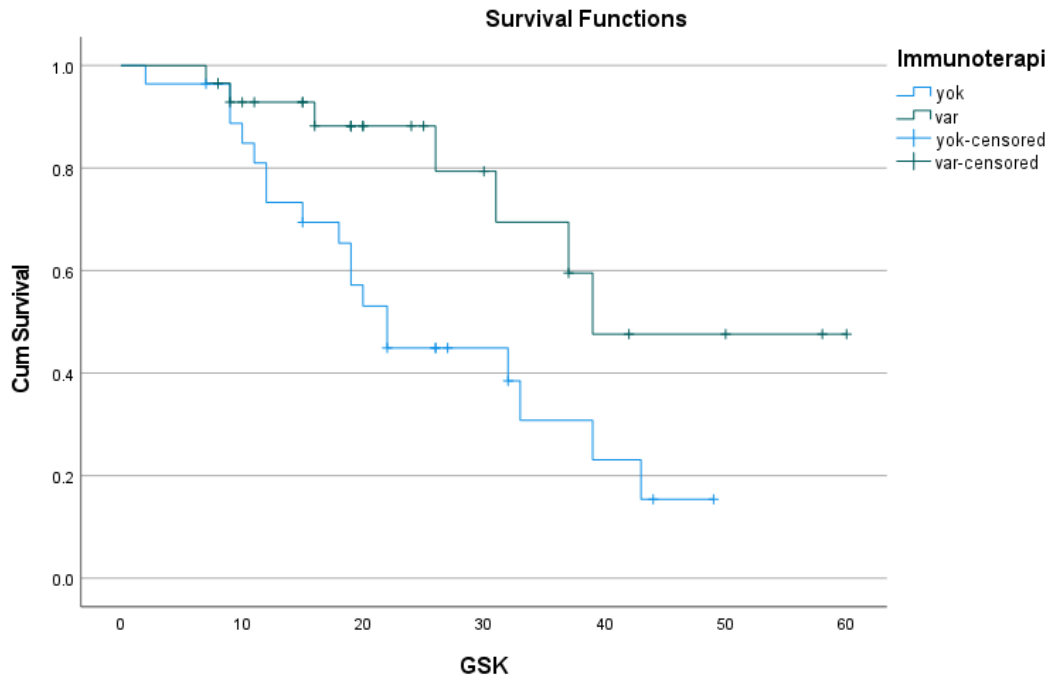


Tablo 1: Hasta ve Tedavi Özellikleri

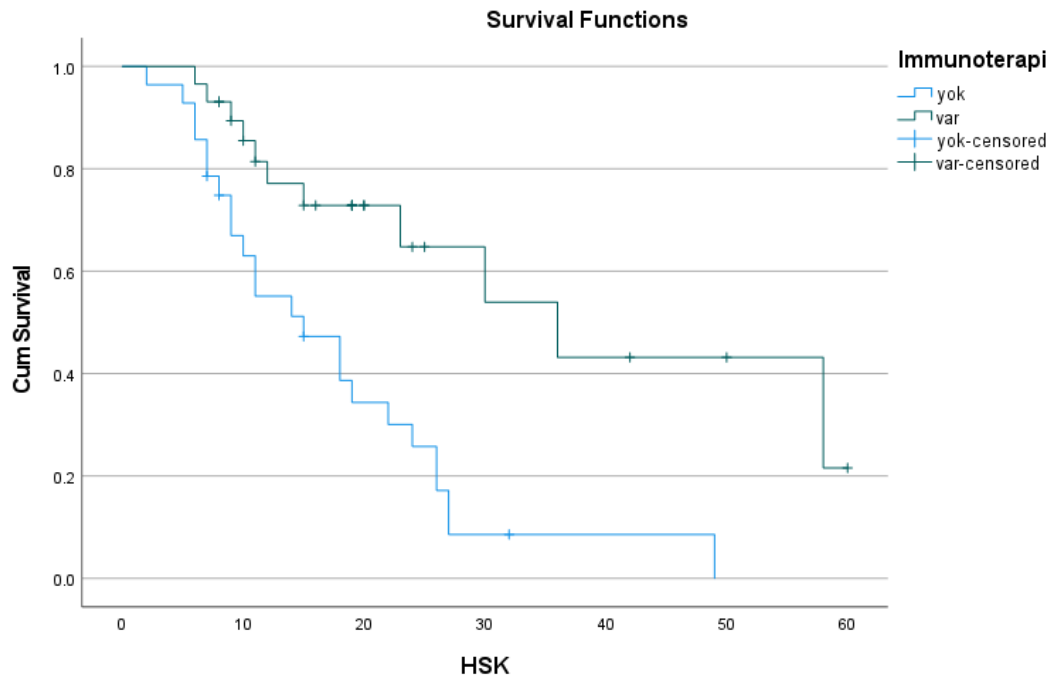
Özellik	Grup	Hasta Sayısı (%)
Cinsiyet	Erkek	17 (%29,2)
	Kadın	40 (%70,8)
Patoloji	Adenokarsinom	27 (%47,4)
	Skuamöz Hücreli Karsinom	25 (%43,9)
	Diğer	5 (%8,8)
Klinik T Evresi	T1c	2 (%3,5)
	T2a	5 (%8,8)
	T2b	2 (%3,5)
	T3	24 (%42,1)
	T4	24 (%42,1)
Klinik N Evresi	N0	6 (%10,5)
	N1	5 (%8,8)
	N2	23 (%40,4)
	N3	23 (%40,4)
Klinik M Evresi	M0	34 (59,6)
	M1a	18 (%31,6)
	M1b	5 (%8,8)
Prognostik Evre	IIIA	7 (%12,3)
	IIIB	14 (%24,6)
	IIIC	13 (%22,8)
	IVA	23 (%40,4)
Birinci Basamak Sistemik Tedavi Yanıtı	Tam Yanıt	8 (%14,4)
	Parsiyel Yanıt	42 (%73,7)
	Progresyon (izole lokal)	7 (%12,3)
Birinci Basama Sistemik Tedavide İmmünoterapi	Yok	28 (%49,1)
	Var	29 (%50,9)
Radyoterapi Eş Zamanlı İmmünoterapi	Yok	34 (%59,6)
	Var	23 (%40,4)
Radyoterapi Doz/Fraksiyon	60Gy/15fr	3 (%5,3)
	52,5Gy/15fr	48 (%84,2)
	45Gy/15fr	3 (%5,3)
İdame Kemoterapi	Yok	46 (%80,7)
	Var	11 (%19,3)
İdame İmmünoterapi	Yok	30 (%52,6)
	Var	27 (%47,4)
Nüks Paterni	Yok	22 (%38,6)
	Sadece Lokal	3 (%5,3)
	Sadece Uzak	20 (%35,1)
	Lokal ve Uzak	12 (%21,1)



Şekil 1: İmmünoterapi Uygulanan ve Uygulanmayan Hasta Grubunda Genel Sağ Kalım Grafiği



Şekil 2: İmmünoterapi Uygulanan ve Uygulanmayan Hasta Grubunda Hastalısız Sağ Kalım Grafiği



**SS-23**

Akciğer Metastazektomisinde Karaciğer Metastazı ve Primer Tümör Lokalizasyonunun Sağkalım Üzerindeki Rolü

Salih DUMAN¹, Eren ERDOĞDU¹, Şeyhmus ÇUHATUTAR¹, Berker ÖZKAN¹, Adalet DEMİR¹, Murat KARA¹, Alper TOKER²

- 1- Department of Thoracic Surgery, Istanbul University Istanbul Medical Faculty, Istanbul, Turkey
- 2- Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, West Virginia University Heart and Vascular Institute, Morgantown, West Virginia, US

ÖZET

GİRİŞ: Akciğer metastazektomisi, metastatik kolorektal kanseri (KRK) olan seçilmiş hastalar için potansiyel sağkalım avantajları sunan cerrahi bir yönüymdür. Sağ kolon tümörlerinin, sol kolon ve rektal tümörlere kıyasla daha kötü genel sağkalım (OS) ve hastalıksız sağkalım (DFS) ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak, primer tümör lokalizasyonunun akciğer metastazektomisi sonrası sağkalım sonuçları üzerindeki etkisi geniş vaka serileri ile araştırılmamıştır.

YÖNTEMLER: KRK nedeniyle akciğer metastazektomisi uygulanan 131 hastanın geriye dönük analizi yapıldı. Hastalıksız sağkalım (DFS) ve genel sağkalım (OS), karaciğer metastazı varlığı, lenf nodu diseksiyonu, nodal durum, karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyleri ve primer tümör lokalizasyonu ile ilişkileri değerlendirildi. Anlamlı prognostik faktörleri belirlemek için tek değişkenli analiz yapıldı.

BULGULAR: Karaciğer metastazı varlığı, DFS veya OS üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildi. Lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar, daha iyi DFS (%49,1 vs. %20, $p = 0,045$) ve OS (%64,9 vs. %20, $p = 0,080$) gösterdi. Lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar arasında, nodal metastazı olmayan (N0) hastalar belirgin şekilde daha iyi DFS (%51,3 vs. %30,8, $p = 0,024$) ve OS (%51,1 vs. %25,6, $p = 0,030$) oranlarına sahipti. Yükselmiş CEA düzeyleri DFS ile ilişkili değilken, daha iyi OS (%63,7 vs. %0, $p = 0,004$) ile bağlantılıydı. Primer tümör lokalizasyonu sağkalımı önemli ölçüde etkiledi; sağ kolon tümörleri, sol kolon tümörleri (DFS %51,0, OS %52,8) ve rektal tümörlere (DFS %50,4, OS %52,2) kıyasla daha kötü DFS (%24,2) ve OS (%15,2) ile ilişkiliydi ($p < 0,002$ ve $p < 0,001$, sırasıyla).

SONUÇ: Sağ kolon tümörleri, en kötü DFS ve OS ile ilişkilendirilerek primer tümör lokalizasyonunun prognostik önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, lenf nodu diseksiyonu ve nodal metastazın olmaması, belirgin şekilde daha iyi sağkalım sonuçlarıyla bağlantılı olup, cerrahi sırasında kapsamlı nodal değerlendirme yapılmasının önemini ortaya koymaktadır.



	N (%)	Mean ± SD	Min	Max
Age		57.2 ± 11.5	20	79
Sex				
Male	77 (58.8)			
Female	54 (41.2)			
Lymph Node Dissection				
Absent	10 (7.6)			
Present	121 (92.4)			
Lymph Node Dissection				
None	10 (7.6)			
N0	108 (81.7)			
N1 metastasis	9 (6.9)			
N2 metastasis	5 (3.9)			
Lymph Node Metastasis				
No dissection	10 (7.6)			
No nodal metastasis	107 (81.7)			
Nodal Metastasis	14 (10.7)			
Lymph Node Metastasis				
No nodal metastasis	107 (81.7)			
Nodal Metastasis	14 (10.7)			
Liver metastasis				
Absent	92 (70.2)			
Present	39 (29.1)			
CEA		12 ± 45	0.74	361
Colon side				
Rectum	61 (46.6)			
Left colon	48 (36.6)			
Right colon	22 (16.8)			
Lung Side				
Left	52 (39.7)			
Right	51 (38.9)			
Bilateral	28 (21.4)			
Side				
Unilateral	103 (78.6)			
Bilateral	28 (21.4)			
Surgery				
Wedge	69 (52.7)			
Lobectomy	29 (22.1)			
Segmentectomy	33 (25.2)			
Surgery				
Anatomical resection	62 (47.3)			
Non-anatomical resection	69 (51.7)			
Resection Type				
Lobectomy	29 (22.1)			
Sublober resection	102 (77.)			
Surgery Type				
Thoracotomy	55 (42.0)			
VATS	73 (55.7)			
Sternotomy	2 (1.5)			
RATS	1 (0.8)			
Surgery Type				
Conventional	57(43.5)			
Minimally invasive	74 (56.5)			



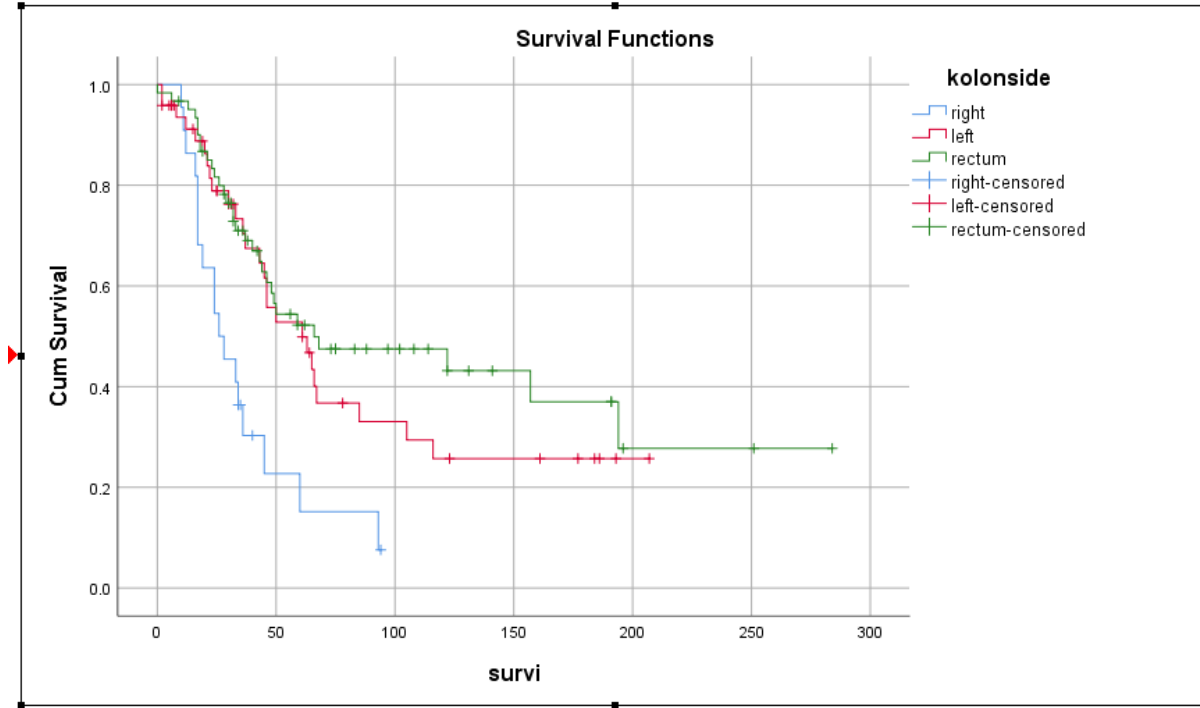
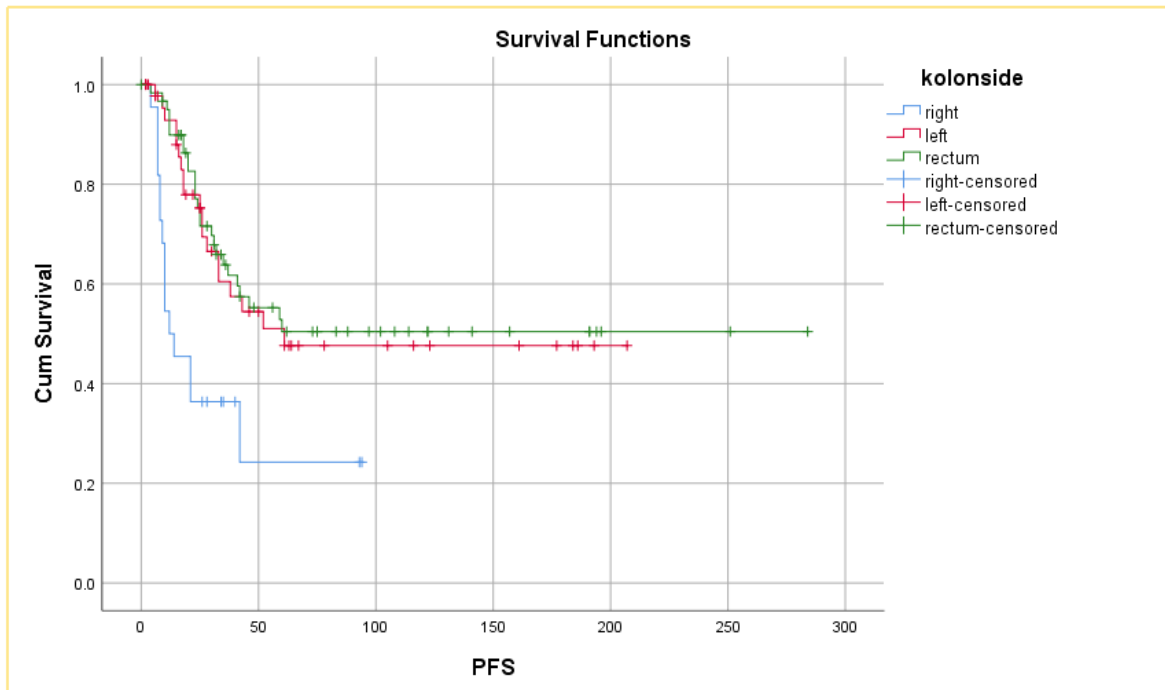
	DFS	p	OS	
Overall	64.7		46	
Age				
<58	33		45.5	
>58	61.9	0.063	46.8	0.784
Sex				
Female	46.9		53	
Male	47.1	0.363	41.1	0.127
Lymph Node Dissection				
Absent	20		25	
Present	49.1	0.045	64.9	0.080
Lymph Node Metastasis				
No nodal metastasis	51.3		51.1	
Nodal Metastasis	30.8	0.024	25.6	0.030
Liver metastasis				
Absent	52		50	
Present	35	0.079	35.3	0.198
CEA				
<14.5	63.2		63.7	
>14.5	62.5	0.721	0	0.004
Colon side				
Rectum	50.4		52.2	
Left colon	51		52.8	
Right colon	24.2	0.002	15.2	0.001
Lung Side				
Left	50.8		42.3	
Right	41.5		46.1	
Bilateral	48.1	0.642	52.6	0.818
Side				
Unilateral	46.1		44.3	
Bilateral	48.1	0.835	52.6	0.574
Surgery				
Wedge	42.2		43.8	
Lobectomy	48.1		40.1	
Segmentectomy	54.1	0.613	56.5	0.509
Surgery				
Anatomical resection	42.2		48.9	
Non-anatomical resection	51.2	0.434	43.8	0.631
Resection Type				
Lobectomy	48.1		40.1	
Sublober resection	46.2	0.915	49	0.505
Surgery Type				
Thoracotomy	42.4		43.2	
VATS	52.5		49.9	
Sternotomy	50	0.677	50	0.850
Surgery Type				
Conventional	42.8		43.5	
Minimally invasive	52.5	0.370	49.9	0.751
Time to occurrence of lung metastasis				
≤36	48.9		45.7	
>36	44.1	0.919	48.9	0.349



	DFS			OS		
	HR	CI	P	HR	CI	P
Lymph node dissection	2.101	0.995 – 4.438	0.079	1.846	0.916 – 3.719	0.076
Lymph Node Metastasis N2+1 vs N0	2.041	0.958 – 4.438	0.065	1.986	1.007 – 3.915	0.116
Liver Metastasis	1.588	0.941 – 2.679	0.083	1.370	0.844 – 2.222	0.298
Colon side Left vs right and rectum	2.806	1.552 – 5.069	0.001	2.718	1.573 – 4.694	<0.0001

Table 2. Comparison of Clinicopathological Characteristics Based on Primary Tumor Location in Metastatic Colorectal Cancer Patients Undergoing Lung Metastasectomy

	Right Colon Tumors	Left Colon Tumors	Rectum Tumors	p
	N(%) / Mean $\pm$ SD	N(%) / Mean $\pm$ SD	N(%) / Mean $\pm$ SD	
Number of patients	22 (16.8)	48 (36.6)	61 (46.6)	
Age	55 $\pm$ 12.3	60 $\pm$ 9.1	55.4 $\pm$ 12.4	0.041
Sex				
Male	13 (59.1)	28 (58.3)	36 (59)	0.997
Female	9 (40.9)	20 (41.7)	25 (41)	
Lymph Node Dissection				0.508
Absent	3 (13.6)	3 (6.3)	4 (6.6)	
Present	19 (86.4)	45 (93.8)	57 (93.4)	
Lymph Node Metastasis				0.355
No nodal metastasis	2 (10.5)	3 (6.7)	9 (15.8)	
Nodal Metastasis	17 (89.5)	42 (93.3)	48 (84.2)	
Liver metastasis				0.127
Absent	13 (59.1)	31 (64.6)	48 (78.7)	
Present	9 (40.9)	17 (35.4)	13 (21.3)	
CEA	6.5 $\pm$ 10	25 $\pm$ 81	7.6 $\pm$ 18	0.502
Lung Side				0.490
Left	6 (27.3)	21 (43.8)	25 (41.2)	
Right	10 (45.4)	20 (41.7)	21 (34.4)	
Bilateral	6 (27.3)	7 (14.5)	15 (24.6)	
Side				0.342
Unilateral	16 (72.7)	41 (85.4)	46 (75.4)	
Bilateral	6 (27.3)	7 (14.6)	15 (24.6)	
Surgery				0.531
Wedge	12 (54.5)	22 (45.8)	35 (57.3)	
Lobectomy	3 (13.7)	14 (29.2)	12 (19.7)	
Segmentectomy	7 (31.8)	12 (25)	14 (23)	
Surgery				0.479
Anatomical resection	12 (54.5)	22 (45.8)	35 (57.4)	
Non-anatomical resection	10 (45.5)	26 (54.2)	26 (42.6)	
Resection Type				0.285
Lobectomy	19 (86.4)	34 (70.8)	49 (80.3)	
Sublober resection	3 (13.6)	14 (29.2)	12 (19.7)	
Surgery Type				0.366
Minimally Invasive	14 (63.6)	24 (50)	38 (62.3)	
Thoracotomy-sternotomy	8 (36.4)	24 (50)	23 (37.7)	

**Genel Sağkalım Tablo****DFS: Tablo**

**SS- 24**

Intratorasik Metastazı Olan Oligometastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Cerrahinin Rolü: Sağkalıma Etkisi

Gizem GEDİKOĞLU PİRİM, Hüseyin MELEK, Ahmet Sami BAYRAM, Cengiz GEBİTEKİN

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi

GİRİŞ ve AMAÇ: Evre 4 küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) 'nin özel bir grubu olan oligometastatik hastalarda, agresif tedavi seçenekleriyle beklenenden iyi bir sağkalım elde edilebilir. Akciğer metastazı olan KHDAK'lı hastalarda genellikle başka organ metastazının da olması beklenir; bu gruba sistemik tedavi önerilir. Nadir de olsa yalnızca akciğer metastazları olan hastalar daha iyi bir prognoza sahiptir ve ameliyat için adaydırlar. Bu çalışmada intratorasik metastazı olan oligometastatik KHDAK'lı hastalarda cerrahinin yerinin ve etkinliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 1996-2023 yılları arasında kliniğimizde KHDAK nedeniyle anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan 1747 hastanın verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya Evre 4 oligometastatik hastalık olduğu tespit edilen ve metastazına yönelik lokal ablatif tedavi alan 80 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, metastaz organları ve organdaki metastaz sayıları, yapılan cerrahi ve sonuçları, metastaza yönelik tedavileri, patolojik T (pT) evresi, patolojik N (pN) evresi, tümörün histolojik tipine göre sağkalım analizleri yapıldı.

BULGULAR: Hastaların 7'si (%8,75) kadın, 73'ü erkek (%91,25) ortalama yaş 60,21'di. En sık görülen metastaz organı beyin (n=33, %41,2), ardından akciğerdi (n=17, %25). Histopatolojik en sık görülen alt tip adenokarsinomdu (n=48, %60). Genel sağkalım bir yıllık %67,5; iki yıllık %48,5 ve beş yıllık %28,7 olarak hesaplandı. Hastalıksız sağkalım medyan 19±9,2 aydı. En iyi sağkalıma sahip metastaz organı akciğerdi, ortanca sağkalım süresi 40±16,9 aydı; 1,2 ve 5 yıllık sağkalımları sırasıyla %80, %50,9 ve %34,9 olarak bulunmuştu. Akciğer metatazı için cerrahi olan hastalar ile yalnızca sistemik tedavi alan hastaların sağkalımları arasında anlamlı fark mevcuttu (p=0,046). Genel sağkalımda anlamlı fark yaratan faktörler, mediastinal lenf nodu pozitifliği, metastaz organı sayısı ve organdaki metastaz sayısıydı (p<0,05).

SONUÇ: Bu çalışmamız metastatik KHDAK'lı hastaların seçilmiş bir grubu olan oligometastatik hastaların tedavisinde akciğer rezeksiyonu ve metastaza yönelik lokal ablatif tedavinin yerini vurgulamakta, intratorasik metastazı olan oligometastatik KHDAK'lı hastaların sağkalımlarının cerrahi ile artabileceğini göstermektedir.

**POSTER SUNUMLAR****PS - 02**

Bir Hasta, Aynı Taraf, Farklı Lob, Benzer Radyoloji ve Farklı Patoloji:

Preoperatif İşaretlemenin VATS Cerrahisindeki Rolü

Hayriye GÜNEŞ¹, Erhan ÖZER¹, Hüseyin MELEK¹, Mehmet İNECİKLİ², Cengiz GEBİTEKİN¹

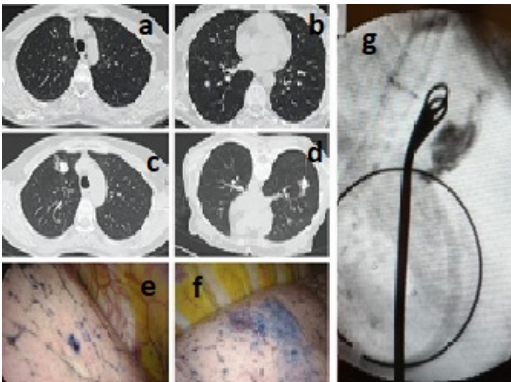
1 Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.B.D.

2 Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.B.D.

GİRİŞ: Sub-santimetrik ve sub-solid akciğer lezyonlarının minimal invaziv yönetimi, göğüs cerrahları için önemli zorluklar içermektedir. Hibrit ameliyathaneler, gerçek zamanlı görüntülemeyi cerrahi müdahaleye entegre ederek lezyonların tespit edilme yeteneğini artırmaktadır; ancak maliyetleri yüksektir. Alternatif olarak, kanca tel yerleştirilmesi, metilen mavisi veya indosiyanin yeşili kullanımı gibi preoperatif işaretleme teknikleri tanımlanmıştır. Bu olgu sunumunda, aynı hemitoraksta farklı loblarda yerleşimli benzer görünümlü nodüllerin lipiodol ve metilen mavisi ile işaretleme sonrası gerçekleştirilen VATS cerrahisi ve sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 53 yaş kadın hasta, rutin tetkikleri sırasında Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer alt lob laterobazalde 10x7,5 mm boyutunda ve üst lob anterior segmentte 5 mm boyutunda subsolid nodüler lezyonlar izlendi (Şekil 1a-b). Malignite şüphesi nedeniyle çekilen PET BT’de metabolik aktivite artışı izlenmedi. Hastaya işaretleme sonrası operasyon planlandı. Girişimsel radyoloji tarafından preoperatif BT eşliğinde metilen mavisi ve lipiodal ile işaretleme yapıldıktan ameliyathaneye alındı (Şekil 1c-d). Metilen ile işaretli bölgeye klemp yerleştirilmesi sonrası skopi altında görüntüleme alındı (Şekil 1g). Hem lezyonun yeri hem de cerrahi sınıra uzaklığı değerlendirilerek iki lezyona sırasıyla wedge rezeksiyon yapıldı ve lenf nodu diseksiyonu eklendi (Şekil 1e-f). Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 2. gün toraks dreni sonlandırılarak taburcu edildi. Patolojik inceleme üst lob nodül nekrozlaşan granülomatöz iltihap, alt lob nodül adenokarsinom, lenf nodları benign ve cerrahi sınırlar negatif olarak sonuçlandı. Hasta T1aN0M0 olarak evrelendi ve tüberküloz tedavisi başlanarak takibe alındı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Nadir de olsa, akciğer adenokarsinomu ve tüberküloz birlikteliği görülebilmektedir. Hastalarda daha iyi prognoz için erken tanı esastır. Yeni işaretleme yöntemimiz, küçük çaplı nodüllerin erken tanı ve tedavisi için yapılacak olan VATS operasyonunda nodüllerin büyük kısmına ulaşma imkânı sağlayabilir ve torakotomi gereksimini azaltabilir.



**PS – 03**

Solunum Rezervi Yetersiz Erken Evre Akciğer Kanseri Hastanın Operasyona Hazırlığı

Faris DÖNMEZ, Cenk BALTA, Şamil GÜNAY, Mehmet Tarık KARABAŞ, İsmail KILIÇ, Ezgi ÇELİK, Özgür CENGİZ, Ahmet Bülent KARGI

*Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya, Türkiye.

ÖZET: Tüm kanserler arasında en mortal seyreden akciğer kanserinin erken evrede cerrahi tedavisinin sağ kalım oranları oldukça yüksektir. Sigara kullanımı, hava kirliliği, KOAH gibi sebeplerle solunum rezervi kısıtlanan hastalarda akciğer cerrahisi oldukça zor hale gelmektedir. Bu tip hastalara uygulanan sigara bıraktırma ve solunum fizyoterapileri preoperatif spirometrik ölçümleri olumlu yönde etkileyebilmektedir. Çalışmamızda solunum rezervi ilk değerlendirmede pulmoner lobektomiye uygun olmayan hastanın belirtilen yöntemler kullanılarak operasyona uygun hale getirilme sürecini anlatacağız.

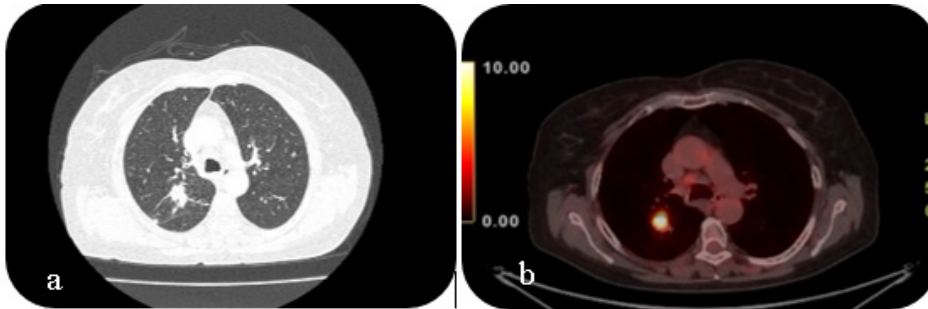
Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, spirometri, sigara, acapella, solunum fizyoterapisi

GİRİŞ: Tüm dünyada kanser olgularının %12.4'ünden ve kanser ölümlerinin %17.6'sından akciğer kanseri sorumludur (1). Akciğer kanseri tedavisinde özellikle erken evre olgularda anatomik cerrahi rezeksiyon sağ kalımı arttırmakta ve önde gelen tedavi biçimi olmaktadır. Akciğer kanserlerinin %80-90'ı, sigara içenlerde ortaya çıkmaktadır. Uzun süre sigara içimi, solunum yollarındaki fizyolojik fonksiyonların bozulması ve akciğer hacim ve kapasitelerini etkilemektedir (2). Aktif sigara içimi ile artan mukus yükü ve bozulmuş bronşiyal krilens mekanizmaları morbidite ve mortaliteyi arttırmakta ve uzun süreli sağ kalımı azaltmaktadır. Perioperatif riski en aza indirmek için ameliyattan 4 haftalık bir aralık optimal görünmektedir (2).

Spirometre ile ölçülen FEV1 değeri, postoperatif komplikasyon tahmini için anlamlı ve kolay bir yöntemdir. FEV1 değerinin 2 L'nin üzerinde olduğu ya da beklenenin %80'inin üzerinde olduğu olgularda daha ileri bir araştırmaya gerek olmaksızın pnömonektomi dahil tüm rezeksiyonlar uygulanabilmektedir (2). FEV1 değeri 1.5 L'nin üzerinde ise ileri bir tetkike gerek olmaksızın lobektomi yapılabilir (4). FEV1 değeri 0.8 L rezeksiyon için alt limit olarak kabul edilmektedir. FEV1 değeri %40'ın altında ise mortalite ve morbidite anlamlı olarak artmaktadır (3).

Çalışmamızda tanı esnasında solunum fonksiyonları operasyona uygun olmayan hastaya sigara bıraktırılması ve eş zamanlı yapılan solunum fizyoterapisinin hasta solunum rezervine etkilerini belirtmeyi amaçladık.

OLGU: Altmışaltı yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 senedir devam eden öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Bilinen hipertansiyon hastalığı olan hastanın, 60 paket yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda lezyon görülmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ akciğer üst lob posterior segmentte spiküle kontürlü yaklaşık 2 cm çapa ulaşan periferde retiküler buzlu cam dansitelerinin eşlik ettiği kitle konsolidasyon alanı izlendi (Resim 1).



Resim 1. a: Preop Toraks BT görüntüsü, **b:** Preop PET/BT görüntüsü



Bunun üzerine çekilen pozitron emisyon tomografisi-BT’de sağ akciğer üst lob posterior segmentte yerleşimli 20x16mm boyutlu hipermetabolik (Standardize edilmiş maksimum tutulum (SUVmax): 17) yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu ve sağ alt paratrakeal ve sağ hiler yaklaşık boyutu 1cm ölçülen hipermetabolik (SUVmax: 5.5) lenf nodları tespit edildi.

Beyin manyetik rezonansında patoloji tespit edilmedi. Hastaya primer akciğer kanseri ön tanısıyla robot yardımcı göğüs cerrahisi sağ üst lobektomi ve mediastinel lenf diseksiyonu operasyonuna karar verildi. Tanı anında yapılan spirometrik değerlendirmede birinci saniye zorlu ekspirasyon hacmi (FEV1) değeri 1.32 L(%70) olarak saptandı. Hastaya sigara bırakması önerildi. İki haftalık sigara bırakma sonrası hastanın FEV 1 değeri 1.45 L(%71) olarak saptanması üzerine hastaya solunum fizyoterapisi başlandı. Operasyon öncesi 5 gün boyunca hastaya pozitif ekspirasyon basıncı(PEP) terapisi (Acapella®) ve günde 4 defa bronkodilatör tedavisi (ipratropium bromür) verildi. Operasyondan 1 gün önce yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1 değerinin 1.90 L(%76) olduğu görüldü. Hastaya robot yardımcı göğüs cerrahisi ile sağ üst lobektomi ve mediastinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Postoperatif 2. günde taburcu edilen hastanın patoloji sonucu T1bN0M0 skuamöz hücreli karsinom olarak saptandı. Hasta 6. ay takibinde nüks saptanmadı.

TARTIŞMA: Akciğer kanseri dünyada en sık görülen kanser türüdür. Araştırmalar sonucu kanser tanısı alan ve operasyon ihtiyacı olan hastaların ameliyat sonrası komplikasyonları en aza indirmek amacıyla preoperatif hazırlığı en iyi şekilde yapılmalıdır. Akciğer rezeksiyonuna bağlı olarak aerobik kapasiteyi düşmektedir. Bu düşüş, rezeksiyonun genişliğine ve egzersiz sırasında hastanın respiratuvar, kardiyovasküler, nöromusküler, motivasyonel ve hematolojik durumuna bağlıdır. 2011 yılında Avrupa Kardiyolo-Göğüs Cerrahisi Derneği tarafından yayınlanan akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda preoperatif fizyoterapi/pulmoner rehabilitasyonun faydasının varlığının araştırıldığı bir çalışmada torakotomi ile akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda preoperatif pulmoner rehabilitasyon programının solunum kapasitesini artırdığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışma, inhaler farmakoterapilerin preoperatif kullanımının, ameliyattan önce sadece 1 aylık bir süre kullanılsa bile solunum fonksiyonlarının korunmasında etkili olduğunu göstermiştir. Hastaların perioperatif FEV1 değerlerini iyileştirmede ve postoperatif FEV1 değerlerini korumada en etkili olduğu bulunmuştur. (5).

Operasyon öncesi hastaya başlatılan Akapella® (Resim 2), solunum yolundaki salgıları gevşetmeye ve merkezi olarak hareket ettirmeye yardımcı olan hava yollarına salınım sağlayan bir salınlı PEP cihazıdır. Acapella®, karşı ağırlıklı bir kol ve miknatıs kullanarak yüksek frekanslı salınım ve PEP sağlar. Dışarı verilen gaz, kol üzerine takılı bir tıkaçla aralıklı olarak kapatılan bir koniden geçer ve hava akışı salınımları üretir. Cihazın distal ucunda bulunan bir düğme, miknatısın ve karşı ağırlıklı tıkaçın yakınlığını ayarlayarak frekansı, genliği ve ortalama basıncı ayarlamayı da sağlar.(6)



Resim 2. Acapella®

SONUÇ: Sigarayı preoperatif erken dönemde bıraktırmak postoperatif dönemde komplikasyonları azaltmaktadır. Sigaranın bırakılmasıyla solunum yolunun kimyasal maruziyeti sonlandırılarak solunum epitelinin yenilenmesi sağlanır. Hasara uğramış silyaları yerine yenileri oluşur ve sekresyon birikimi ve tıkaç oluşumu engellenir. Yapılan pozitif ekspirasyon basıncı terapisi yenilenmeye başlayan epitele yardımcı olarak sekresyonların atılmasını sağlar. Yüksek hava salınımı sayesinde de akciğer periferine oksijeni taşır ve aktif solunum katılan akciğer kapasitesini arttırmış olur.



KAYNAKLAR

1. Dela Cruz CS, Tanoue LT, Matthay RA. Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med 2011; 32: 605-44.
2. Zhou W, Heist RS, Liu G, et al. Smoking cessation before diagnosis and survival in early stage non- small cell lung cancer patients. Lung cancer .2006; 53:375-80
3. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, et al. The physiologic evaluation of patients with lung cancer being considered for resectional surgery. Chest 2003; 123: 105-14.
4. BTS-guidelines: guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery. Thorax 2001; 56: 89-108.
5. Kumaresan N, Ashley B, Paula A, Babu N. Is preoperative physiotherapy/pulmonary rehabilitation beneficial in lung resection patients. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 13 (2011) 300-302
6. Faarc, Kacmarek Robert PhD Rrt, et al. Workbook for Egan's Fundamentals of Respiratory Care. 12th ed., Mosby, 2020

**PS -04**

Akciğerin çok nadir bir malignitesi:

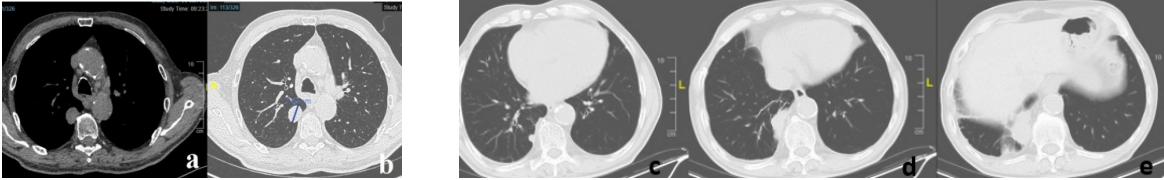
Primer Pulmoner Osteosarkomun Klinik Süreci ve Tedavi Yaklaşımları

Gizem GEDİKOĞLU PİRİM, Hüseyin MELEK, Ahmet Sami BAYRAM, Cengiz GEBİTEKİN

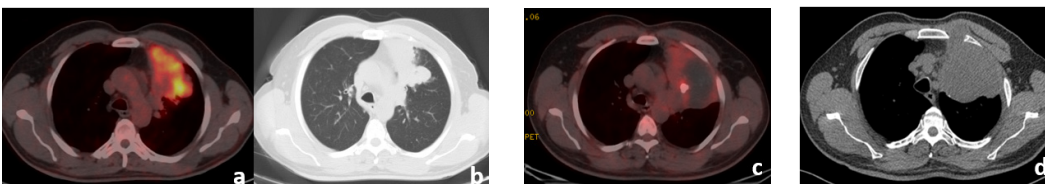
GİRİŞ: Ekstraskeletal osteosarkom nadir görülen ileri derecede agresif seyreden malign yumuşak doku tümörü olup akciğerde görülmesi oldukça şaşırtıcıdır. Bu sebeple primer pulmoner osteosarkom insidansı son derece nadirdir. Çalışmanın amacı, aynı klinikte 2 yıl içinde histopatolojik olarak doğrulanmış 2 ayrı primer pulmoner osteosarkom olgusunu sunmak, literatürde bildirilen olgularla karşılaştırmaktır.

OLGU 1: Larenks skuamöz hücreli karsinomu tanısıyla cerrahi uygulanan ve adjuvan tedavi sonrası takipte olan 67 yaşındaki erkek hasta toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) sağ akciğer üst lobda progrese nodül saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi (Resim 1a,b). Tanı ve tedavi amaçlı VATS ile yapılan vakada, üst lob posterior yerleşimli alt lob superior segmente invaze, plevraya yaslanan 3 cm çaplı kitle üst ve alt loba wedge rezeksiyon yapılarak çıkartıldı ve mediastinal lenf nodları örnekledi. Histopatolojik inceleme sonucunda akciğerin primer osteosarkomu tanısı konuldu. Lenf nodları ve paryetal plevrada tümör saptanmadı. Olası primer odak açısından çekilen pozitron emisyon tomografisinde patolojik tutulum mevcut değildi. Takiplerinde 7 ay sonra toraks BT'sinde sağ üst ve alt lobda en büyüğü yaklaşık 5x3 cm nodüller oluşumlar görüldü (Resim 1c,d,e) Hastaya re-VATS sağ alt lob kitle biyopsisi yapıldı. Nüks primer akciğer osteosarkomu tanısı aldı, KT önerilen hasta tedavi sürecindeyken cerrahi sonrası 22. Ayında kaybedildi.

Resim 1:



OLGU 2: Öksürük şikayeti ile hastanemize başvuran 53 yaşındaki erkek hastanın görüntülemeleri sonucunda sol akciğer üst lob anterior segmentte plevraya invaze 9x5 cm kitle (suvmax 9,77) tespit edildi (Resim 2a,b) ve tarafımızca yapılan mediastinotomi ile malign mezenkimal tümör tanısı alarak neoadjuvan 4 kür KT aldı. Tedavi sonrası PET-CT'de sol akciğerde üst lobda total obstrüksiyona neden olan konturları atelektazik parankimden ayırt edilemeyen kitle (suvmax 3,99) raporlandı (Resim 2c). Hastaya torakotomi ile sol üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapıldı; histopatolojik verifikasyonu akciğerin primer osteosarkomu olarak geldi, lenf nodları ve plevrası negatifti. Adjuvan tedavi kararı alındı ancak hastanın reddi sebebiyle verilmedi, 3 ay sonra çekilen BT'sinde sol hemitoraksta 11x9 cm nüks yumuşak doku lezyonu (Resim 2d) mevcut olması üzerine hastaya öncelikle KT verildi ardından RT planlandı, hasta cerrahi sonrası 12. ayında takibine devam ediyor.



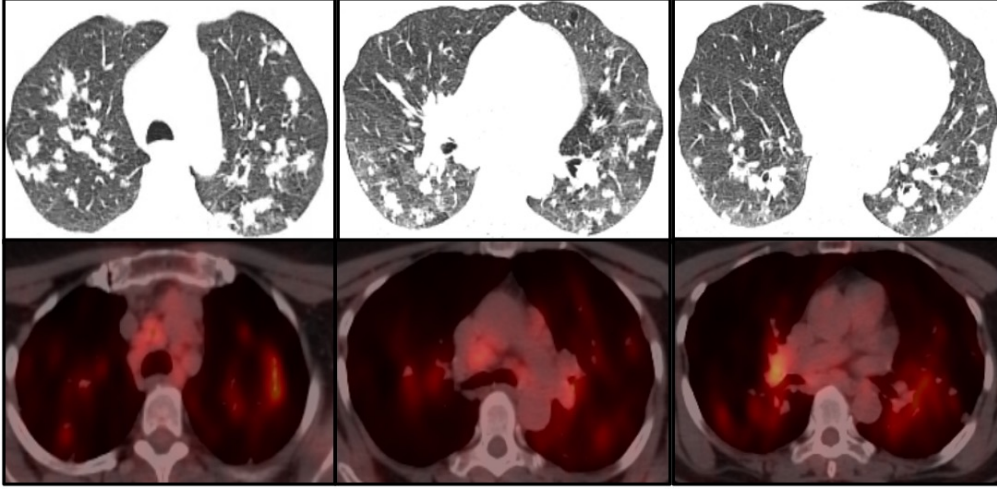
TARTIŞMA SONUÇ: Literatürde 2024 yılına kadar bildirilen primer pulmoner osteosarkom vaka sayısı sadece 31'dir. İdeal tedavisi netlik kazanmamış olmakla birlikte öncelikle cerrahi rezeksiyon ve ardından adjuvan tedavidir. Komplet rezeksiyona rağmen hastalarda metastaz/nüks oldukça sık görülmektedir. Tüm tedavi yöntemlerine rağmen ortalama sağ kalım süresi 11 aydır.

**PS – 05****Metastatik Akciğer Kanserini Taklit Eden Sarkoidoz Olgusu****Gökhan ALTAN¹, Sama HASANOVA¹, Gudrat BADALOV¹, Turhan ECE¹**¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

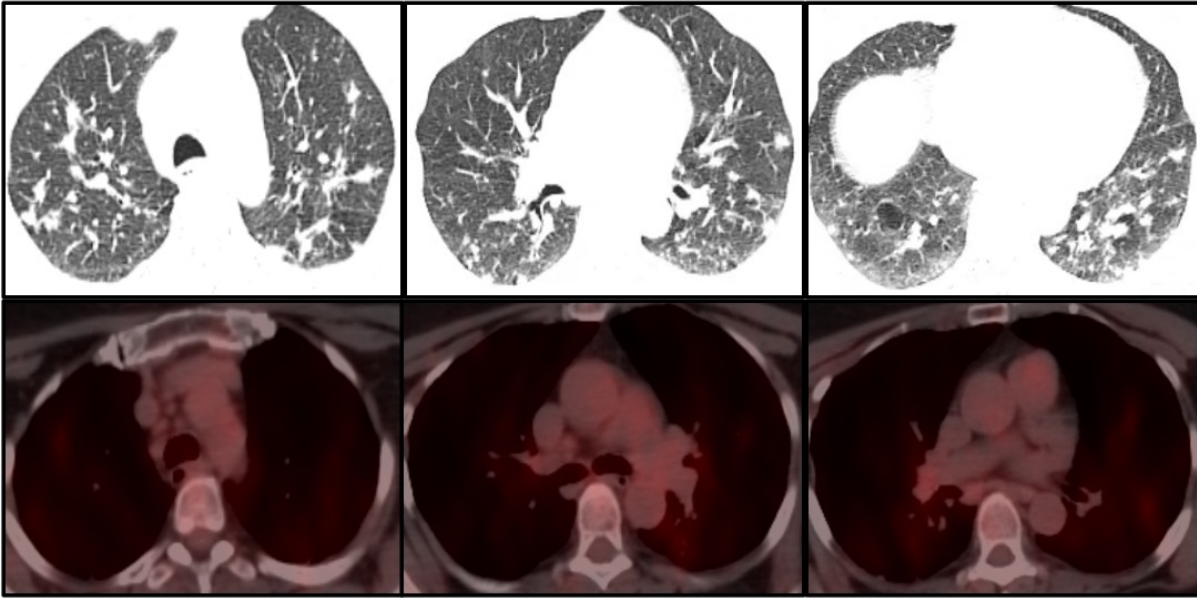
GİRİŞ: Sarkoidoz etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Bu yazıda metastatik akciğer kanserini klinik ve radyolojik olarak taklit eden birçok organ sistemini tutan sarkoidoz olgusu sunulmuştur.

OLGU: Altmış yedi yaşında kadın hasta, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle acil polikliniğimize başvurdu. Son 3 aydır ara ara gece terlemesi, iştahsızlık ve 3 ayda 5 kg kaybı olduğunu ifade etmişti. Özgeçmişinde diyabetes mellitus ve hiperlipidemi bulunmaktaydı. Soygeçmişinde anlamlı özellik, sigara ve alkol kullanımı ile mesleki maruziyeti yoktu. Fizik muayenesinde sağ supraklaviküler bölgede lenfadenopati ele geliyordu, akciğer oskültasyonu doğaldı, oda havasında parmak ucu satürasyonu %99, solunum sayısı 14/dk, nabız sayısı 110/dk idi. Laboratuvar incelemelerinde karaciğer enzimlerinde yükseklik (alanin aminotransferaz 219 U/L, aspartat aminotransferaz 136 U/L, alkalen fosfataz 305 U/L, gama glutamil transferaz 466 U/L) ile hiperkalsemi (10,36 mg/dL) saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide mediastende çok sayıda lenf nodu olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT)'de sağ supraklaviküler alanda multipl lenf nodları (SUDmax: 4.4), her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli büyüğü 18x12 mm düzensiz sınırlı nodüler lezyonlar (SUDmax: 6), mediastende çok sayıda büyüğü 20 mm lenf nodları (SUDmax: 6), karaciğer her iki lobunda dağınık yerleşimli hipermetabolik odaklar (SUDmax: 7.5), batında portal, peripankreatik ve parakaval yerleşimli büyüğü 20 mm lenf nodları (SUDmax:5.6) saptandı (Resim 1). Sağ supraklaviküler lenf nodundan yapılan tru-cut biyopsinin patolojik incelemesinde granülamatöz lefadenit saptandı. Tarafımızca bronkoalveolar lavaj (BAL), sağ alt lob bronşundan mukoza biyopsisi ile sağ üst ve alt paratrakeal lenf nodlarından transbronşial ince iğne aspirasyon biyopsileri alındı. BAL'ın mikrobiyolojik incelemelerinde üreme olmadı, hücre sayımında %30 lenfosit ve CD4/CD8 oranı 3.43 saptandı. Biyopsilerin patolojik incelemesinde nonnekrotizan granülamatöz lefadenit saptanan ve atipik hücre görülmeyen olgu sarkoidoz kabul edildi. Solunum fonksiyon testinde 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim (FEV₁) 2000 mL (%135) zorlu vital kapasite (FVC) 2500 mL (%136) FEV₁/FVC 79, karbon monoksit difüzyon kapasitesi %106 idi. Olguya metilprednizolon tedavisi verildi ve 6 ay sonra kontrol PET-BT çekildi. Boyunda, mediastende ve batındaki lenf nodları ile bilateral akciğer parankimindeki lezyonlarda anatomik ve metabolik regresyon saptandı (Resim 2).

SONUÇ: Sarkoidoz birçok organ sistemini tutabilen multisistemik bir hastalıktır. Bu nedenle bazen metastatik hastalıklarla karışabilmektedir. Bu durumlarda non-kazeifiye epiteliyoid hücre granülomlarının varlığına dayalı histopatolojik veriler ile tanıya gidilmektedir.



Resim 1: Her iki akciğer parankiminde çok sayıda hipermetabolik düzensiz sınırlı nodüler lezyonlar ile supra-infradiafragmatik alanda multipl sayıda hipermetabolik lenf nodlarının görüldüğü PET-BT görüntüsü.



Resim 2: Boyunda, mediastende ve batındaki lenf nodları ile bilateral akciğer parankimindeki lezyonlarda anatomik ve metabolik regresyon görülen PET-BT görüntüsü.

**PS -06**

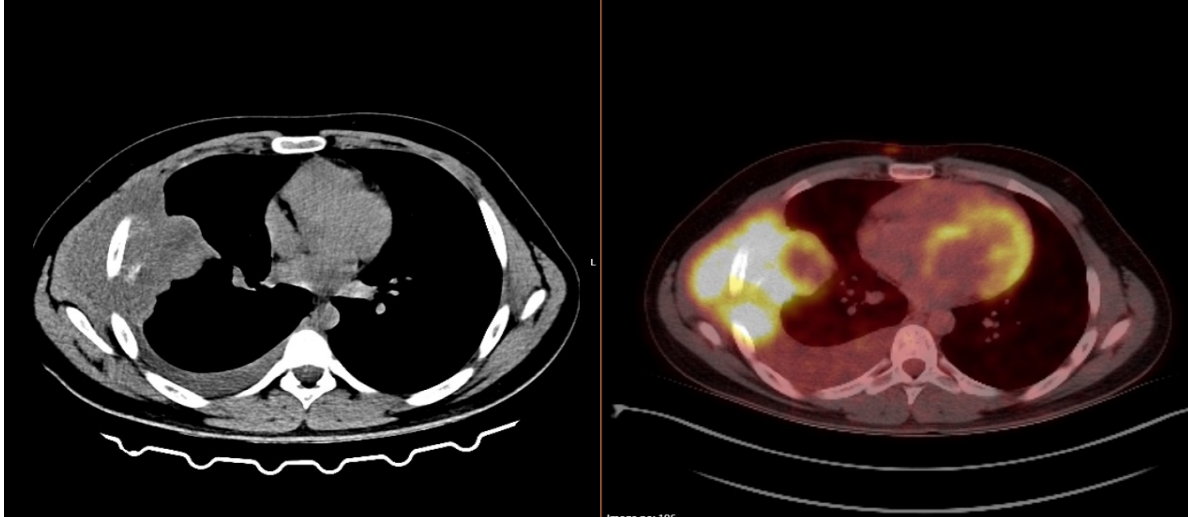
Ewing Sarkomlu Olguda Cerrahi Tedavinin Yeri

Günel Babayeva ŞENKAYA , Emrah KARCI, Berfin KIZILDAĞ AKTAŞ, İlkay KAYA, Nigar ALİZADE , Aydın ŞANLI, Volkan KARAÇAM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

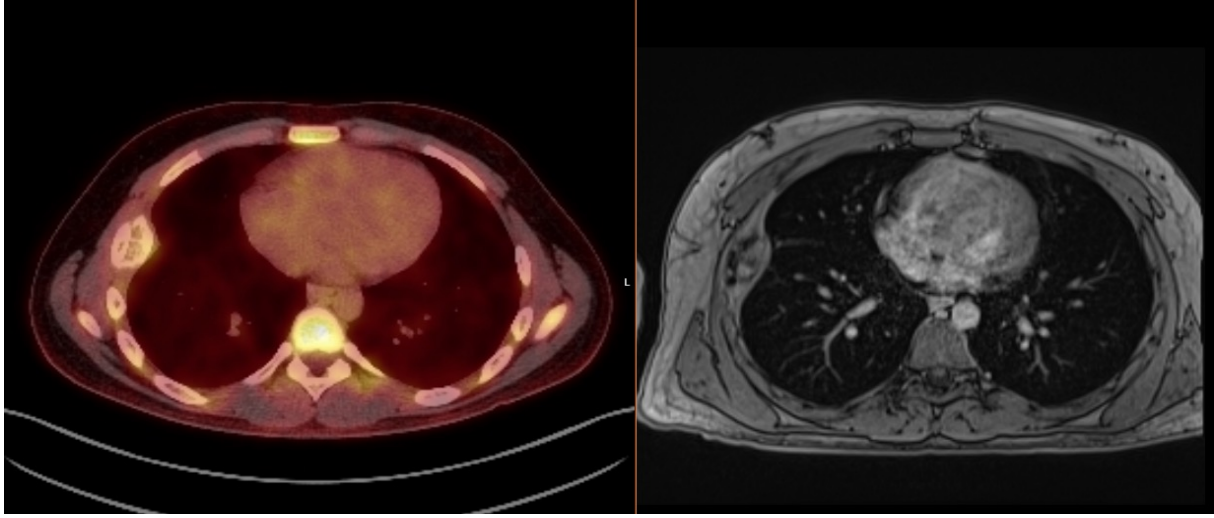
GİRİŞ: Ewing sarkomu (ES) , primordiyal kemik iliğinden köken alan mezenkimal kök hücrelerden kaynaklanan küçük yuvarlak hücreli tümördür. Erkeklerde daha sık olmakla birlikte , ortalama görülme yaşı 15'dir. Multidisipliner yönetim gerektiren ES için genel tedavi yaklaşımı, induksiyon kemoterapisini takiben cerrahi ve/ veya radyoterapidir.

OLGU: 14 yaş erkek olgu sağ göğüs duvarında şişkinlik ve ağrı şikayeti ile çekilen Toraks BT'de, 4.5.6. kostayı çevreleyen ekstraosseöz tümöral lezyon ve plevral efüzyon izlenmiştir. Kitle lateralde göğüs duvar kaslarına; medialde sağ akciğer orta ve alt lobuna uzanmaktadır. PET-CT'de ise lezyonda ve plevral efüzyonda artmış F-18 FDG tutulumu izlenmiştir (sırasıyla; SUVmax: 8,10 ve 1,73). (Şekil 1)



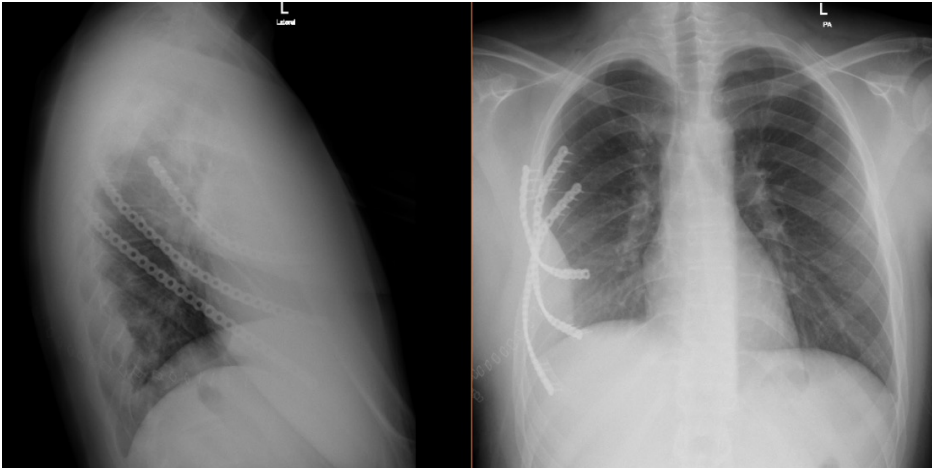
Şekil 1. **Toraks BT:** Sağda göğüs yan duvarında 4. ve 6. kostalar düzeyinde başlayıp hem göğüs duvarına hem de akciğer parankimine doğru büyüme gösteren boyutları yaklaşık 10x11x9.5 cm (MLxAPxSi) ölçülen yumuşak doku kitlesi izlenmiştir. Bu seviyede 5. kostada periost reaksiyonu mevcuttur. Sağda 2 cm kalınlıkta plevral efüzyon izlenmiştir.; **PET-CT:** Toraks sağ lateral duvarında yerleşim gösteren 5. kostayı saran, oblik fissüre uzanan(bu kısmı nekrotik alan içermektedir), serratus anterior kasını laterale iten kitlesel lezyonda patolojik F-18 FDG tutulumu mevcuttur (SUVmax: 8,10). Sağ hemitoraksta plevral efüzyonda artmış F-18 FDG tutulumu izlenmiştir (SUVmax: 1,73).

Tru-cut biyopsi sonucu: Küçük Yuvarlak Hücreli Malign Tümör (CD99 pozitif); EWİNG SARKOM lehine yorumlanmıştır. Olgu 6 kür induksiyon kemoterapisi (doxorubicin, cyclophosphamide, vincristine) verildikten sonra çekilen PET-CT'de kitlesel lezyonda belirgin boyutsal ve metabolik regresyon izlenmiş ve sağ plevral efüzyon tamamen kaybolmuştur. (Şekil 2)



Şekil 2. PET-CT: Toraks sağ lateral duvarında yerleşim gösteren 5. kostayı saran ve oblik fissüre uzanan kitlesel lezyonda artmış F-18 FDG tutulumu izlenmiştir (SUVmax: 3,13). Sağ akciğer alt lob bronşu posterior kesiminde patolojik F-18 FDG tutulumu mevcut değildir. Toraks MRG: Sağ 5.kosta lateralinde ekstraösoöz yumuşak doku komponenti bulunan tümöral lezyon izlenmektedir.

Multidisipliner konseyde tartışılan hastaya cerrahi kararı alınmıştır. Olguya sağ Torakotomi ile 4.5.6. pasriyel kot rezeksiyonu, total dekortikasyon uygulanmıştır. Göğüs duvarındaki defekt titanyum plak ve goretex mesh ile rekonstrükte edilmiştir. (Şekil 3,4)





Şekil 3. Sağ 4.5.6. kosta rezeksiyonu ve titanyum plak ve gorete mesh ile rekonstruksiyonu



Şekil 4. Sağ 4.5.6. kosta parsiyel rezeksiyonu ; Kemik Plak ve Gortex mesh yardımı ile Göğüs duvarı rekonstruksiyonu.

Patoloji sonucu küçük yuvarlak hücreli malign tümör (ES ile uyumlu), rezidü canlı tümör %4, 5. kosta kemik iliğinde mikrometastatik tümör odakları (%2), kemoterapiye bağlı değişiklikler, yumuşak ve kemik cerrahi sınırlar sağlam olarak sonuçlanmıştır.

TARTIŞMA: ES'de lokal nüksü belirleyen önemli faktörlerden biri tümörün tam rezeksiyonudur. Neoadjuvan KT ile tümör boyutunun tam gerilemiş olması önemlidir. Benjamin J. ve arkadaşları, tek başına cerrahinin ES olgularında en iyi genel sağkalımı sağladığı göstermiştir. Lin ve arkadaşları, hastalığın lokal kontrolünde ve uzun dönem sağkalım oranlarının artırılmasında cerrahi tedavinin multimodal tedavinin önemli parçası olduğunu göstermiş ve total eksizyonun mümkün olduğu ES olgularında adjuvan radyoterapiye olan ihtiyacın azaldığını göstermiştir. Bizim olguda yeterli cerrahi sınır bırakılmasına rağmen kemik iliğinde mikrometastaz olması nedeniyle adjuvan Kemoterapi ve Radyoterapi planlanmıştır.

SONUÇ: ES'da ideal lokal tedavi stratejisini belirlemek için multidisipliner yönetim çok önemlidir. Kabul edilebilir fonksiyonel sonuçla tam bir rezeksiyon mümkün olduğunda genellikle cerrahi önerilir.

**PS- 07**

Olgu Sunumu:Alk Pozitif Akciğer Adenokarsinomu

Hülya Nur ÖZGE, Abdulmunir AZİZY , Pınar SAİP

İstanbul Üniversitesi , İstanbul Onkoloji Enstitüsü ,Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı,İstanbul

GİRİŞ: ALK pozitifliği olan ileri evre akciğer adenokarsinomu olan hastalarda, hedefe yönelik tedavi genellikle kemoterapiye kıyasla daha iyi etkinlik ve tolerans gösterir. Burada, ALK-TKI (Tirozin kinaz inhibitörü) olan lorlatinib tek ajan tedavisi alan beyin metastazlı bir akciğer kanseri hastasını sunuyoruz

OLGU SUNUMU: 60 yaşında bilinen esansiyel hipertansiyon tanısı ve 56 paket-yıl sigara içme öyküsü olan erkek hasta, Ekim 2023'te baş ağrısı, bacaklarda güç kaybı ve yürüme güçlüğü şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Çekilen kraniyal MR'da, malign süreçle uyumlu çok sayıda lezyon tespit edilmiş. Primeri değerlendirme amacıyla çekilen PET/BT taramasında, sağ alt paratrakeal ve hiler lenfadenopatilerde yüksek FDG tutulumu gözlemlenmiş, ayrıca inguinal bölgede de yüksek FDG tutan bir başka LAP bulunmuş. Hastaya deksametazon ve levetirasetam tedavileri verilmiş ve Radyasyon Onkolojisi'ne sevk edilmiş. 25.10.2023-06.11.2023 tarihleri arasında toplam 10 seans, 300 cGy dozunda kraniyal radyoterapi almış. Inguinal bölgeden alınan biyopsi, akciğer adenokarsinomu (TFF-1 +) ile uyumlu bulunmuş. Hasta, Evre IV NSCLC (Küçük Hücreli Dışındaki Akciğer Kanseri) olarak sınıflandırılmış ve hasta tarafımıza refere edilmiştir. Hastanın başvurusunda genel durumu iyi ECOG skoru 1 idi. Hastadan moleküler testler istendi ve hastaya bir kür Gemcitabin/Cisplatin tedavisi verildi.

Moleküler testlerde EGFR, ROS-1 ve BRAF normal bulundu. ALK füzyon rearrengment tümör hücrelerinin %76'sında gözlemlendi ve PD-L1 tümör hücrelerinin %85'inde pozitif bulundu. Lipid profili normal olan , tetkiklerinde başka anormal özellik olmayan hastaya aralık 2023 itibariyle hastaya günde 100 mg lorlatinib başlandı. Tedaviye başlanmasından 10 gün sonra, hasta iyi durumda olup yalnızca grade 1 uykusuzluk ve değişen lipid profilleri (HDL: 39 mg/dl, LDL: 210 mg/dl, Total Kolesterol: 335 mg/dl, Trigliserit: 315 mg/dl) saptandı. 10 mg Rosuvastatin başlandı ve lorlatinib aynı dozda kullanımına devam edildi.

Birinci ayın sonunda hasta baş ağrısı ve halüsinasyonlar ile başvurdu. Yapılan kraniyal MR, metastazlarda regresyon ile uyumlu olup yeni metastaz saptanmadı. Lipid profilleri de düzelmeye başladı. (HDL: 41 mg/dL, LDL: 105 mg/dL, Trigliserit: 163 mg/dL). Hasta psikiyatriye konsülte edildi ve mirtazapin başlandı. Lorlatinib dozu azaltılarak 75 mg olarak düzenlendi. Sonraki ay hasta genel ödem ve alt ekstremitte ağrısı ile başvurdu. Halüsinasyonlar ve baş ağrısı kısmi olarak kontrol altına alındı. Hastanın ekokardiyografisi spesifik olmayan bulgular mevcuttu. 40 mg/gün furosemid başlandı ve lorlatinib dozu günde 50 mg olarak düzenlendi. Doz azaltılmasından 10 gün sonra semptomlar tamamen kayboldu. Haziran 2024'te yapılan yanıt değerlendirmesinde hastalık neredeyse tamamen yanıt verdiği gözlemlendi (Şekil-2). Hasta, herhangi bir grade 3 veya üzeri yan etki olmadan günde 50 mg lorlatinib kullanmaya devam etti.

SONUÇ: ALK gen rearrangement, küçük hücreli dışındaki akciğer kanseri (NSCLC) vakalarının yaklaşık %5-6'sını oluşturan bir driver mutasyondur. NSCLC'ler, ALK inhibitörleri ile etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Her NSCLC hastası moleküler testler ve NGS (Next-Generation Sequencing) için test edilmelidir. ALK pozitif NSCLC'ler, beyin metastazlarına daha yatkındır. Özellikle beyin metastazlı NSCLC'ler için lorlatinib, tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır ve beyin metastazlarının daha iyi kontrolü ve tedavisini sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: akciğer adenokarsinomu, lorlatinib

**PS – 08**

İnterstisyel Akciğer Hastalığı (İAH) ve Akciğer Kanseri (AK) Birlikteliği Olgu Konseyi **Ayperi ÖZTÜRK1, Figen ÖZTÜRK ERGÜR1, Mukaddes ŞİMŞEK1, Suna KAVURGACI1, Melahat UZEL ŞENER1, Emire Pınar SEYFETTİN ÇELİK1, Özge ŞAFAK KOŞAN1, Zeynep ERAYMAN ÖZEN1, Aydın YILMAZ1**

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları1

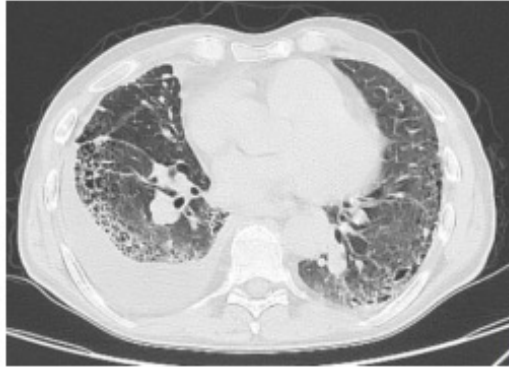
GİRİŞ: AK ve İAH birlikteliği, sigara kullanımı ve fibrojeniz-kanserogenez fizyopatolojisi gibi ortak risk faktörleriyle açıklanabilir. İAH'da AK görülme sıklığı 3,5 ila 7,3 kat daha yüksek olup, insidansı %10-20 iken, AK tanısı sırasında İAH insidansı %2,4-10,9 arasında değişmektedir. Her iki hastalıkta ortalama 60 yaş erkeklerde daha sık görülür. AK, çoğunlukla İAH'dan sonra ve tesadüfen tespit edilir. Sıklıkla periferik tümörler olup, fibrotik alanların içinde ve alt loblardan gelişir. İAH tanısı ile takip ettiğimiz süreçte AK tanısı alan dört olgumuzun klinik seyrini sunmaktayız.

Olgu 1: 74 yaşında, 45 paket-yıl sigara öyküsü olan erkek hasta, 3 yıldır fibrotik nonspesifik interstisyel pnömoni(NSİP) tanısı ile takipteyken Ocak 2024'de çekilen toraks ve PET- BT'de sağ hemitoraks pleural yüzeylerde yer yer kitlesel görünüm oluşturan multiple sayıda malign karakterde lezyonlar saptandı.(RESİM 1) Transtorasik biyopsi ile Skuamöz Hücreli Karsinom (SCC) tanısı konuldu.

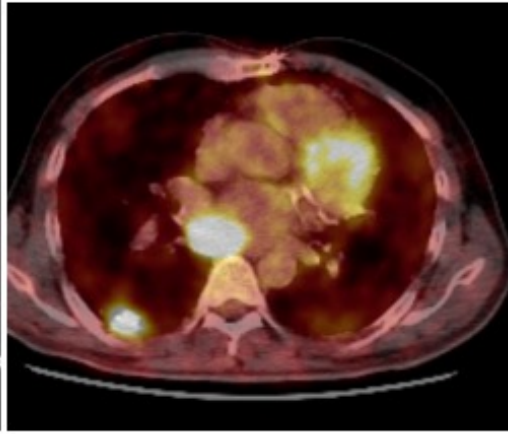
Olgu 2: 60 yaşında, 100 paket-yıl sigara öyküsü olan erkek hasta,idiopatik pulmoner fibrozis(İPF) tanısı ile 7 yıldır takipteyken Temmuz 2024'de çekilen PET-BT: Sağ akciğer alt lob süperior segmentte subpleural alanda 23 mm çapında nodül ve mediastinal lenfadenopati saptandı.(RESİM 2) Endobronşiyal ultrasonografi ile Adenokarsinom tanısı aldı.

Olgu 3: 83 yaşında, 60 paket-yıl sigara öyküsü olan erkek hasta 2 yıl önce İAH tanısı almış, kontrollere düzenli gelmemiş ve Aralık 2024'de çekilen PET-BT: Sağ akciğer üst lob anterior segmentte nodül ve kemik metastazı saptandı.(RESİM 3) Hasta biyopsi işlemini kabul etmedi, klinik-radyolojik evre 4 akciğer kanseri kabul edildi.

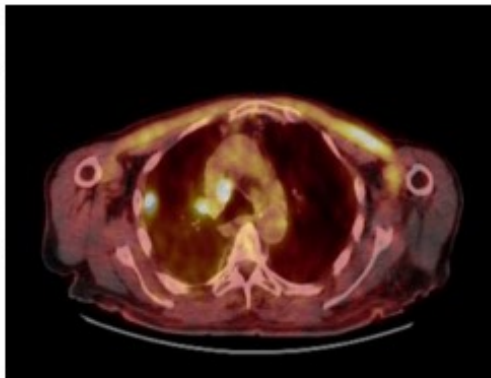
Olgu 4: 47 yaşında, 20 paket-yıl sigara öyküsü olan erkek hasta,hipersensitivite pnömonisi(HP) tanısıyla 4 yıldır takipteyken Ağustos 2024'de çekilen PET-BT: sağ akciğer alt lobda görülen konsolide alana yapılan transtorasik biyopsi ile SCC tanısı kondu.(RESİM 4) Sonuç: İAH'da potansiyel bir AK'ni fokal fibrozdan ayırt etmek güçtür. Tanıda duyarlılığı %98 ve özgüllüğü %86 olan PET-BT yol göstericidir. İAH'nın akut alevlenme riski ve buna bağlı morbidite-mortalitenin artması AK'nin histolojik tanısını koymayı ve tedavi sürecini zorlaştırır.



RESİM 1



RESİM 2



RESİM 3

**PS-09**

Soliter Fibröz Tümörlerin Nüksü ve Çoklu Lezyon Oluşumu: Klinik ve Cerrahi Bir Deneyim

Murat KILIÇ¹, Merve BIYIKLI¹, Zehra BOZDAĞ²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

ÖZET: Soliter fibröz tümör (SFT), nadir görülen ve genellikle benign özellikler gösteren, ancak tekrarlama ve metastaz yapma potansiyeli taşıyan bir yumuşak doku tümördür. Bu çalışmada daha önce sol hemitorakstan soliter fibröz tümör eksizyonu yapılan ve yıllar sonra aynı tarafta multiple sayıda soliter fibröz tümör gelişen bir hasta literatür bilgileride gözden geçirilerek sunuldu.

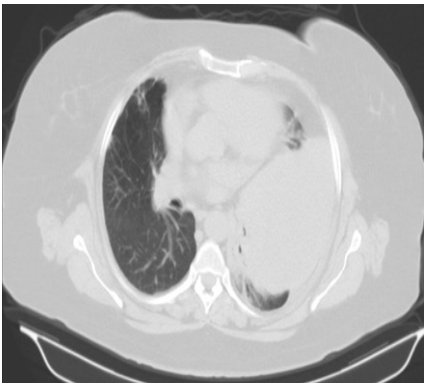
GİRİŞ: Soliter fibröz tümör, plevranın nadir görülen genellikle benign yapıda, ancak tekrarlama ve metastaz yapma potansiyeli taşıyan bir mezodermal tümördür. Tümör, cerrahi olarak çıkarıldığında nüksetme riski taşıyabilir, ancak nüks vakaları oldukça nadirdir. Bu olguda yedi yıl önce soliter fibröz tümör nedeniyle opere edilen 55 yaşındaki bayan hastanın 7 yıl sonra, sol hemitoraksında nüks eden çok sayıda SFT varlığı belirlenmiştir. Bu yazıda tekrarlayan soliter fibröz tümörlerin tanı, tedavi süreçleri ve uzun dönem takipleri literatür eşliğinde ele alınmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Soliter fibröz tümör, akciğer, torakotomi

Olgu

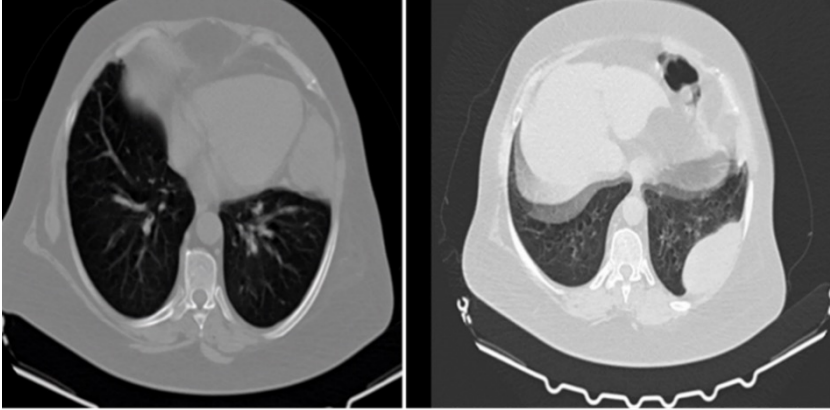
Elli beş yaşında bayan hasta, 7 yıl önce sol hemitoraksını tamamen dolduran dev kitle sol torakotomi ile kapsüllü, düzgün sınırlı, solid yapıda, 20x16x8,5 cm, 1713gr ağırlığında kitle eksize edildi(Resim 1).

Resim 1: Sol hemitorakstaki kitlenin ameliyattan önceki görünümü



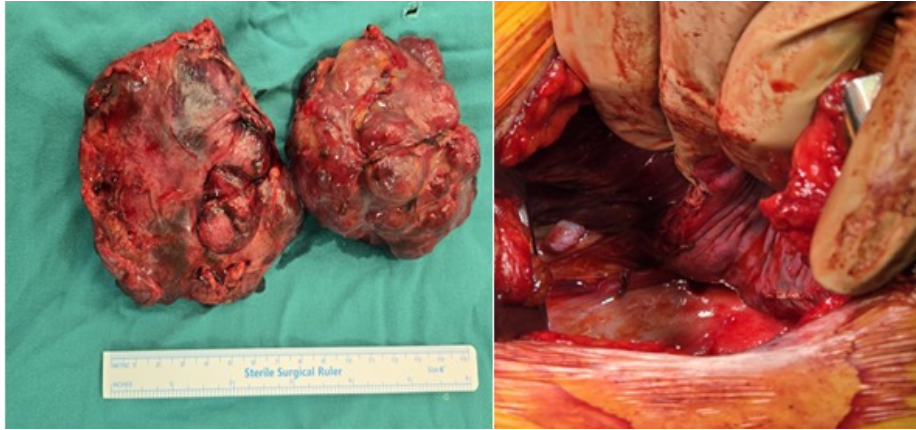


Patloji sonucu soliter fibröz tümör olarak raporlandı. Hastanın rutin takipleri sırasında çekilelen toraks BT sinde, sol hemitoraksta 10 cm ve 7 cm büyüklüğünde iki adet kitle izlendi (Resim 2).



Resim 2: Sol hemitoraksta posterirde ve anteriorda kitle görünümü

Hastaya tekrar sol torakotomi ile kitle eksizyonu yapıldı. Eksize edilen 228 gr ve 151 gr ağırlığındaki kitlelerin haricinde, visseral plevra üzerinde ve diyafragma üzerinde farklı büyüklükte dış yüzeyi düzgün, pembe- beyaz renkli, sert, kapsüllü tümöral oluşumlar görüldü(Resim 3).



Resim 3: Solda tümörlerin makroskopik görünümleri. Sağda yeni gelişmekte olan küçük bir tümörün görüntüsü (Okla işaretli alan)

Hastanın alınan bu tümörlerin patoloji sonucu soliter fibröz tümör olarak raporlandı.

SONUÇ: Soliter fibröz tümör serozal membranlardan gelişen oldukça nadir görülen tümörlerdendir. Çoğunlukla 5. dekattan sonra ve her iki cinste eşit olarak görülen, benign, ancak tekrarlama ve metastaz yapma potansiyeli taşıyan bir tümördür(1,2). SFT'ler cerrahi olarak çıkarıldıklarında nüks etme riski vardır ancak nüks soliter fibröz tümör oldukça nadir rastlanabilecek bir durumdur. İlk eksizyondan 16 yıl sonrasına kadar oluşan rekürrensler bildirilmiştir(3). Nüks soliter fibröz tümörler oldukça nadir bir durumdur. Ancak multiple sayıda soliter fibröz tümörün nüksüyle görülen bu tarz bir olgu çok daha nadir görülebilecek bir durumdur. Bazı çalışmalarda nüks tümörlerin primer tümöre göre daha agresiv davranış gösterdikleri ve genellikle cerrahi eksizyona uygun oldukları belirtilmiştir(4).



Sonuç olarak soliter fibröz tümör genellikle benign seyirli bir tümör olsada, cerrahi sonrası görülen nükslerde çok sayıda tümör oluşumu ile karşımıza çıkabilir. Bu nedenle hastaların hem cerrahi öncesi tomografi görüntüleri, hemde cerrahi sırasında yeni gelişen tümörün olup olmadığı detaylıca araştırılmalıdır.

KAYNAK:

1. Fırat H, Öztürk C. Benign plevral mezotelyoma kavramı. Solunum Hastalıkları 1997;8:325-33.
2. Shields TW, Yeldandi AV. Localized tumor of the pleura. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, eds. General Thoracic Surgery. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2000:757-66.
3. Utley J.R., Parker J.C., Hahn R.S., Bryant L.R., Mobin-Uddin K. Recurrent benign fibrous mesothelioma of the pleura. J Thorac Cardiovasc Surg 1973; 65: 830-834.
4. Briselli M., mark E.J., Dickersin G.R. Solitary fibrous tumors of the pleura: Eighth new cases and review of 360 cases in the literature- Cancer 47: 2678,1981.

**PS-10**

Plevral Epiteloid Hemanjioendotelyoma: Nadir Bir Tümörde Multimodal Tedavi Yaklaşımı

Rassım KASSIM, Berna KARATAŞ, Salih DUMAN, Berker ÖZKAN, Murat KARA, Adalet DEMİR
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET: Epiteloid hemanjioendotelyoma (EHE), histopatolojik olarak hemanjiom ve anjiyosarkom arasında yer alan nadir bir vasküler tümördür. Plevral yerleşimli EHE, literatürde oldukça az sayıda bildirilmiştir. Sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve dispne şikayetleri ile başvuran 29 yaşındaki erkek hasta, VYTC (Video yardımlı torakoskopik cerrahi) plevra biyopsi sonucunda EHE tanısı almıştır. Hastaya plevrektomi ve dekortikasyon uygulanmış, ardından pazopanib tedavisi almıştır. Olgumuzda üç aylık takip sürecinde, radyolojik ve klinik değerlendirmede nüks izlenmedi.

GİRİŞ: Epiteloid hemanjioendotelyoma (EHE); hemanjioma ile anjiyosarkoma arasında klinik seyir gösteren vasküler endotelial orijinli nadir görülen bir tümördür (1,2). Beyin, kemik, karaciğer, gastrointestinal sistem, deri, meme, testis ve mediastinal dokularda görülmektedir. Plevra kökenli EHE literatürde son derece nadir bildirilen bir tümör olup, genellikle daha kötü bir prognoz ile ilişkilendirilmektedir (2,3). Dispne ve tek taraflı plevral efüzyon nedeniyle tetkik edilen, plevral EHE olgumuzu sunacağız.

OLGU SUNUMU: Bilinen kronik hastalığı olmayan 29 yaş erkek hasta; üç aydır olan nefes darlığı, sol plöretik göğüs ağrısı ile tetkik edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol alt lobda atelektazi, sol hemitoraksta plevral sıvı ve plevral kalınlaşma izlendi (Şekil 1). Yapılan sol örnekleyici torasentezde sıvı eksüda vasfında; sitoloji sonucu eozinofilden zengin mikst inflamatuvar hücreler, arada hafif atipi gösteren epitelyal hücreler olarak sonuçlandı. Kan biyokimya tetkiklerinde lökositoz ve akut faz reaktan yüksekliği saptanan hastaya, parapnömonik efüzyon düşünülerek non-spesifik antibiyoterapi uygulandı. Antibiyotik tedavisi sonrasında klinik ve radyolojik bulgulara gerileme olmaması üzerine FDG PET-BT çekildi. Sol akciğer alt lob bazalde hipermetabolizma gösteren plevral kalınlaşma alanı (SUDmaks:1.8) mevcuttu. Yapılan sol VYTC ile plevral kalınlaşma alanlarından biyopsi alındı. Patolojik inceleme plevral epiteloid hemanjiyoendotelioma olarak sonuçlandı. Multidisipliner torasik onkoloji konseyinde değerlendirilen hastaya plevrektomi ve dekortikasyon kararı alındı.

Sol posterolateral torakotomi ile total plevrektomi ve dekortikasyon yapıldı (Şekil 2). Toraks drenleri ikinci ve beşinci günde çekilerek komplikasyonsuz taburcu edildi.

İmmünopatolojik incelemede visseral ve pariyetal plevra örnekleri; CD31: (+), CD34: (+), ERG: (+), Ki-67'si fokal alanda %15 olan EHE şeklinde raporlandı. Mediastinal ve hiler lenf nodlarında metastaz izlenmedi. Multidisipliner tümör konseyinde değerlendirilen hastaya adjuvan kemoterapi kararı alındı. Adjuvan pazopanib tedavisi alan hasta, üçüncü ay takiplerinde nüks saptanmaksızın izlenmiştir.

TARTIŞMA: Plevral epiteloid hemanjioendotelyoma (EHE), biyolojik davranışı açısından hemanjiyom ile anjiyosarkom arasında yer alır. EHE ilk defa 1982'de Weiss ve Enzinger tarafından intravasküler bronkoalveolar bir tümörden tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2007 sınıflamasında, grade 1 benign lezyon olarak tanımlanmış, 2016'da ise malign vasküler neoplazmlardan biri olarak grade 3'de değerlendirilmiştir (3,4). Vasküler kökeni nedeniyle plevral EHE oldukça nadir olup tanı ve tedavi süreçlerinde önemli zorluklar oluşturur (5).

Plevral EHE vakalarının ortalama yaşı 45,7 yıl, kadın/erkek oranı 1:2.4 ve ortalama sağkalım süresi 9.6 aydır. Antibiyotik tedavisine yanıt alınamayan, tek taraflı plevral efüzyon ve plevral kalınlaşma ile seyreden bu klinik tablo, parapnömonik efüzyon, mezotelyoma veya metastatik plevral maligniteler gibi diğer plevral patolojileri taklit edebilmektedir. Bu durum, tanının sıklıkla gecikmesine veya atlanmasına yol açabilmektedir (4,6). Kesin tanı, VYTC ile elde edilen plevral biyopsinin histopatolojik incelenmesi sonucunda konulmuştur. İmmünohistokimyasal incelemede CD31, CD34 ve ERG pozitifliği saptanmıştır ki bu bulgular, EHE'nin endotelial orijinini destekler niteliktedir. Ayrıca, fokal alanlarda %15 Ki-67 indeksi, tümörün proliferatif ve agresif potansiyeline işaret etmiştir (7).



Plevral EHE'nin multimodal tedavi yaklaşımında plevrektomi -dekortikasyon ve adjuvan kemo/immunoterapi güncel tedavi yöntemidir. Sunulan olguda bu yaklaşım, adjuvan pazopanib ile desteklenmiştir. Kim ve ark ile Yu ve ark, cerrahinin özellikle etoposid ve karboplatin kombinasyonu kemoterapi ile 14 aydan uzun hastalıksız sağkalımı bildirmiştir (8). Postoperatif üç aylık takip sürecinde rekürrens gözlenmemesi, literatürde multimodal tedavi yaklaşımlarının sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Bununla birlikte, daha geniş vaka serilerinde agresif tedaviye rağmen rekürrens saptanan vakalar bildirilmiştir (3,9).

SONUÇ: Nadir görülen ve agresif seyir gösterebilen plevral epitelioid hemanjioendotelyoma için standart bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Erken histopatolojik tanı ve multidisipliner yaklaşım, hasta odaklı tedavinin temelini oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Sasaki A, Egashira H, Sugimoto H, et al.: CT-guided biopsy for the diagnosis of pulmonary epithelioid hemangioendothelioma mimicking metastatic lung cancer. Intern Med. 2018, 57:3631-3635. 10.2169/internalmedicine.1063-18
2. Martínez D, Iturbe J, Buzeki R, Caffaratti E. Hemangioendotelioma epitelioid de pleura. Presentacion de un caso con hemotorax. Rev Am Med Respir. 2008;8(2):73-76.
3. Pinet C, Magnan A, Garbe L, Payan MJ, Vervloet D. Aggressive form of pleural epithelioid haemangioendothelioma: complete response after chemotherapy. Eur Respir J. 1999;14(1):237-238.
4. Lee YJ, Chung MJ, Jeong KC, et al. Pleural epithelioid hemangioendothelioma. Yonsei Med J. 2008;49(6):1036-1040.
5. Weiss SW, Enzinger FM. Epithelioid hemangioendothelioma: A vascular tumor often mistaken for carcinoma. Cancer. 1982 Sep;50(5):970-81.
6. Chou YY, Hsieh YS, Wu CC, How SW. Epithelioid hemangioendotheliomas of the lung and pleura: Report of three cases. Formosan J Surg. 2011 Aug;44(4):163-7.
6. Takenaka M, Ichiki Y, Nabe Y, et al. Difficulty of treatment for pleural epithelioid hemangioendothelioma: a report of a case. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2019;68:1-4.
7. Kim EA, Lele SM, Lackner RP. Primary pleural epithelioid hemangioendothelioma. Ann Thorac Surg. 2011;91:301-2.
8. Yu L, Gu T, Xiu Z, Shi E, Zhao X. Primary pleural epithelioid hemangioendothelioma compressing the myocardium. J Card Surg. 2013;28:266-8.
9. Takamori S, Saito M, Kondo Y, et al. Epithelioid hemangioendothelioma with pleural involvement: Long-term survival following multimodal treatment. Lung Cancer. 2015 Feb;89(3):342-5.

**PS – 11**

İkinci Basamak Osimertinib Tedavisine Yanıtlı Bir Akciğer Kanseri

Uzm. Dr. Selay ARTAN¹, Uzm. Dr. Abdulmunir AZİZY¹, Prof. Dr. Adnan AYDINER¹

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Metastatik küçük hücre dışı akciğer kanserinde hedef mutasyonların mutlaka incelenmesi ve tedavilerin buna göre planlanması önerilmektedir.

VAKA: 59 yaşında kadın hasta, bel ağrısıyla başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol meme üst kadranda sert vasıfta 2 parmak çaplı kitle palpe edildi. Yapılan mamografi ve meme ultrasonografisinde sol meme üst iç kadranda 18 mm çaplı kitle görüldü, aksillada patolojik lenf nodu izlenmedi. Bel ağrısı için çekilen direkt grafilere sağ kalça ve vertebrada litik lezyonlar görülmesi üzerine yapılan MR'da torakal ve lomber vertebralarda yaygın, lomber vertebra L2 düzeyi, sol ilyak kemik ve sağ femur başında metastatik lezyonlar görüldü. Ön planda metastatik meme kanseri düşünülen hastaya evreleme PET-BT'si çekildi. PET-BT'de ek olarak sağ akciğer alt lob superior segmentte 24 mm spiküle konturlu lezyon izlendi. Hastaya çift primer kanser şüphesiyle meme ve akciğerden tru-cut biyopsi yapıldı. Meme biyopsisi invaziv duktal karsinom, ER:%100, PR:%90, CerbB2 negatif, Ki-67:%15 saptandı. Akciğerden alınan tru-cut biyopsi adenokarsinom (TTF-1 ve napsin A pozitif) olarak sonuçlandı. Sağ femur başı fraktür açısından riskli görüldüğünden ortopedi tarafından operasyon yapıldı, operasyonda gönderilen materyalin patolojisi TTF-1 pozitif adenokarsinom olarak sonuçlandı.

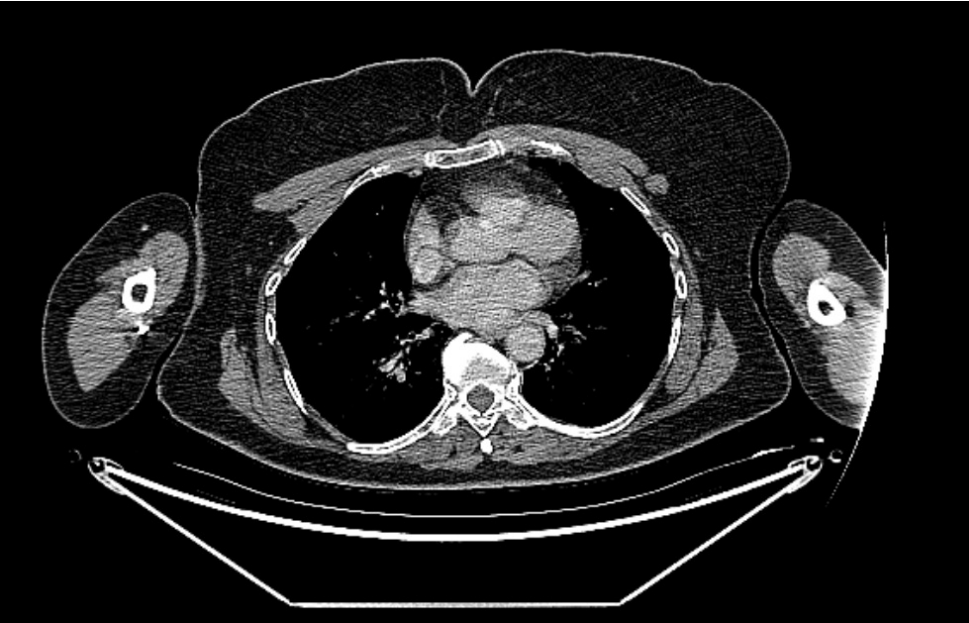
Hasta luminal a ve T1N0 meme kanseri ile evre 4 (kemik metastatik) akciğer kanseri kabul edildi. Hastanın sürvisini akciğer kanseri belirleyeceğinden öncelikle akciğere yönelik tedavi planlandı. IHC ile bakılan EGFR ekzon 21 L858R mutasyonu saptandı. Hastaya kemiklere yönelik palyatif radyoterapi yapıldı. Sistemik tedavi olarak erlotinib 150 mg/gün, letrozol 2500 mg/gün ve denosumab 120 mg/ay başlandı. Erlotinib tedavisinin altıncı ayında mediastinal ve servikal lenf nodlarında progresyon izlenen hastanın servikal lenf nodundan tru-cut biyopsi yapılarak EGFR T790M mutasyonu saptandı ve erlotinib tedavisi kesilerek osimertinib 80 mg/gün başlandı.

Osimertinib altında akciğer tama yakın yanıtlı ve letrozol tedavisi altında meme kanseri de tama yakın yanıtlı olan hastaya meme koruyucu cerrahi önerildi ancak hasta kabul etmedi, mevcut tedaviye izlemine devam edilmektedir.

SONUÇ: Metastatik akciğer kanserinde hedef mutasyona yönelik tedavi altında progresyon saptandığında yapılabiliriyorsa yeniden doku biyopsisi ve yapılamıyorsa likit biyopsi ile direnç mekanizmalarının değerlendirilmesi hastaların prognozunu belirlemektedir. Bu vaka sunumunda progrese hastaların yeni biyopsi açısından değerlendirilmesini vurgulamak amaçlanmıştır.



Resim 1: Erlotinib kullanırken yapılan görüntüleme



Resmi 2: Osimertinib sonrası görüntüleme

**PS-12**

PD-L1 Pozitif Metastatik Skuamöz Hücreli Akciğer Kanserinde Progresyon Yönetimi: Pembrolizumab ve Lokal Ablatif Tedavilerin Kullanımı

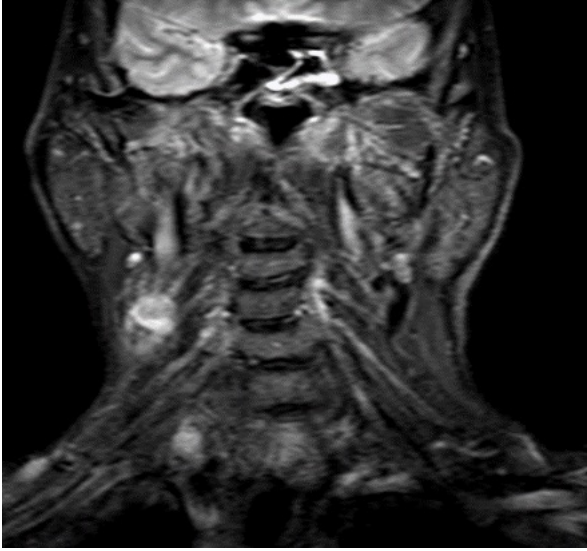
Simay ÇOKGEZER¹, Abdulmünir AZİZY¹, Adnan AYDINER¹

¹ İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

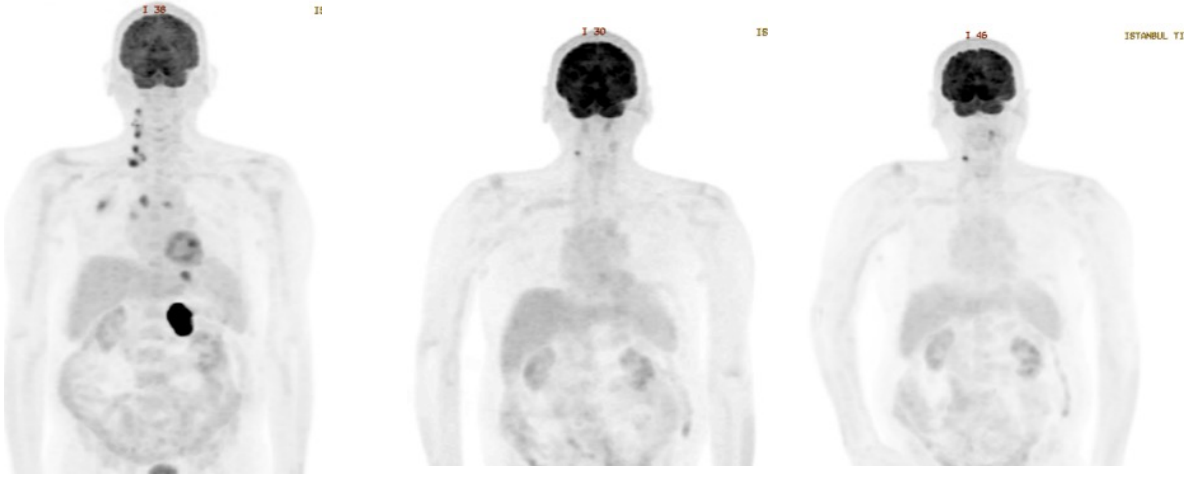
ÖZET: Bu olgu, PD-L1 ekspresyonu %60 olan, metastatik skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı almış 71 yaşındaki bir hastanın tedavi sürecini sunmaktadır. Başlangıçta gemcitabin/sisplatin ile tedavi edilen hasta, progresyon sonrası pembrolizumab monoterapisine geçmiştir. Tedaviye olumlu yanıt alınmasına rağmen servikal lenf nodlarında oligoprogresyon saptanmış ve lokal ablatif tedavi olarak stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT) uygulanmıştır. Tedaviye pembrolizumab ile devam edilmiş ve hasta, herhangi bir majör yan etki olmaksızın stabil seyretmektedir. Bu vaka, ileri evre küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde (KHDAK) oligoprogresyon yönetiminde ve lokal ablatif tedavilerin rolünü ve bağışıklık sistemini aktive eden abskopal etki olasılığını vurgulamaktadır.

GİRİŞ: KHDAK'lerin birinci basamak tedavisi genetik değişikliklerin varlığına dayanır. Çok yakın bir geçmişe kadar, platin bazlı çift sitotoksik ajanlarla tedavi ediliyordu. Ancak pembrolizumabla genel sağkalımın daha iyi olduğunu gösterdikten sonra metastatik KHDAK'de önerilmektedir.

VAKA: Kronik inaktif hepatit B ve esansiyel hipertansiyon öyküsü olan 71 yaşında hastamız, iki aydır sağ boynunda ağrısız şişlik şikayetiyle başvurdu. Ateş, kilo kaybı veya ağrı şikayetleri yoktu. 35 paket yıl sigara içme öyküsü olan aktif bir sigara içicisi. Lenf nodundan alınan tru-cut biyopsisi skuamöz hücreli karsinom infiltrasyonunu (TTF-1: -, P16: -) olarak sonuçlandı (Şekil-1a). Primer tümörü bulmak için PET/BT taraması yapıldı ve sağ servikal seviye 2-4'te en büyüğü 1,5 cm olan birçok hipermetabolik lenf nodu, sol akciğer posterobazal lobunda 18x16 mm hipermetabolik nodül tespit edildi. Sağ alt paratrakeal alanda 23x17 mm lenf nodu vardı. Akciğerde bulunan lezyondan TTFNA (Transtorasik İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi) biyopsisi (Şekil-1b) yapılmasına karar verildi ve akciğerin skuamöz hücreli karsinomu olduğu gösterildi. Moleküler testler PD-L1'in %60 olması dışında herhangi bir sürücü mutasyonu gösteremedi. Kranial MRI'da beyin metastazı saptanmadı. Hastalık Evre IV akciğer kanseri olarak evrelendi. Gemcitabine/sisplatin planlandı. 3 kür sonra yapılan yanıt değerlendirmesi servikal ve mediastinal LAP'lerde kısmi gerileme ancak yeni sol adrenal bez metastazı gösterildi (Şekil-2a). Pembrolizumab Eylül 2023'ten itibaren planlandı. 6 kür pembrolizumab'dan sonra hastalık tüm alanlarda neredeyse geriledi (Şekil-2b). Pembrolizumab ile devam ettik. 6 kür daha pembrolizumab tedavisinden sonra PET/BT servikal lenf düğümlerinde progresyon gösterildi (Şekil-2c). SBRT için Radyasyon Onkolojisi Bölümüne danıştık, sağ servikal LAP'a 30 Gy/3 Fr SBRT uygulandı. Hasta herhangi bir büyük yan etki olmaksızın aynı tedaviye devam ediyor.



Şekil 1: Boyun MR'ında sağda kontrast tutulumu gözükten lezyon (a), Akciğer lezyonunda TTFNA prosedürü ile örnek alınması (b).



Şekil 2: Gemcitabine/sisplatin tedavisinden sonra hastalığın progresyonunu (a), 6 kür Pembrolizumab'dan sonra hastalığın neredeyse tamamen regresyonunu (b) ve SBRT ile tedavi edilen servikal lenf nodu progresyonunu (c) göstermektedir.

TARTIŞMA: Pembrolizumab veya pembrolizumab artı sitotoksik kemoterapi, PD-L1 tümör oranı skoru (TPS) $\geq$ %50 olan ve herhangi bir hedefleme mutasyonu olmayan ileri evre küçük hücreli olmayan akciğer kanseri (KHDAK) için birinci basamak standart bakımdır. OS ve PFS'de klinik olarak anlamlı iyileşmeler gösteren iki önemli çalışma vardır. Birincisi, metastatik skuamöz olmayan KHDAK'de birinci basamak pembrolizumab artı pemetreksed-platin ile plasebo artı pemetreksed-platin karşılaştırmalı faz III KEYNOTE-189 çalışmasıdır. [1] Ve ikinci çalışma, Skuamöz Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri Pembrolizumab Artı Kemoterapi'yi karşılaştıran KEYNOTE-407'dir.



[2] Burada vakamızda, ulusal sigorta şirketinden geri ödeme alamadığımız için birinci basamak tedaviye pembrolizumab ekleyemedik. Ancak sitotoksik kemoterapiden sonra hastalık progresyonunda hastaya iki seçenek sunduk, biri konvansiyonel docetaxel, diğeri ise sigorta sistemi tarafından karşılanmayan pembrolizumab. Kendisi ödemeyi göze alarak pembrolizumab'ı seçti. Platin bazlı dublet kemoterapiye başladıktan sonra pembrolizumab'ın verileri, daha önce tedavi görmüş ileri KHDAK'lı ve PD-L1 (Tümör orantı skoru) TPS $\geq$ 1% olan hastalarda docetaxel ile karşılaştırıldığında pembrolizumab ile iyileşmiş OS gösteren II/III faz KEYNOTE-010 çalışmasından gelmektedir. [3] 6 siklus pembrolizumab tedavisinden sonra hastalık servikal lenf düğümlerinde oligoprogresyon gösterdi. SBRT'yi seçtik ve pembrolizumab ile devam ettik. Radyasyona maruz kalan bölgenin dışında tümör gerilemesi olarak tanımlanan "abskopal etki"yi hatırlamak faydalıdır. Radyasyon kaynaklı bağışıklık sistemi aktivasyonu bu fenomenin bir nedeni olabilir. [4] Bu nedenle bu hastada abskopal etki için tasarlanmış radyasyon tedavisini tercih ettik.

REFERANSLAR

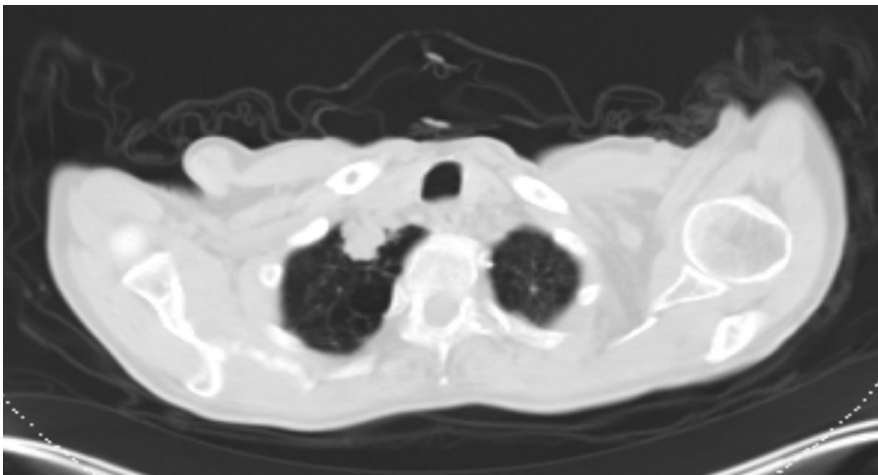
1. Garassino, M.C., et al., Pembrolizumab plus pemetrexed and platinum in nonsquamous non-small-cell lung cancer: 5-year outcomes from the phase 3 KEYNOTE-189 study. *Journal of Clinical Oncology*, 2023. 41(11): p. 1992-1998.
2. Paz-Ares, L., et al., A randomized, placebo-controlled trial of pembrolizumab plus chemotherapy in patients with metastatic squamous NSCLC: protocol-specified final analysis of KEYNOTE-407. *Journal of Thoracic Oncology*, 2020. 15(10): p. 1657-1669.
3. Barlesi, F., et al., Health-related quality of life in KEYNOTE-010: a phase II/III study of pembrolizumab versus docetaxel in patients with previously treated advanced, programmed death ligand 1-expressing NSCLC. *Journal of Thoracic Oncology*, 2019. 14(5): p. 793-801.
4. Dagoglu, N., et al., Abscopal effect of radiotherapy in the immunotherapy era: systematic review of reported cases. *Cureus*, 2019. 11(2).

**PS – 13****İnsidental Saptanan Büyük Hücreli Karsinom****İhsan Tansel URHAN¹, Zeynep AYGÜN¹, Makbule ERGİN¹, Alpay SARPER¹**¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ANTALYA

GİRİŞ: Büyük hücreli karsinom (LCC), küçük hücreli akciğer kanseri (SCLC), adenokarsinom (ADC) veya skuamöz hücreli karsinom (SQC)'nun spesifik özellikleri olmayan bir akciğer kanseri alt tipini belirten yalnızca tanımlayıcı bir terimdir.

OLGU: 76 Yaşında erkek hasta, aktif dispne şikayeti yok. 80p/y sigara öyküsü mevcut. Ecog 1, hasta oda havasında desatüre olmuyor. Solunum fonksiyon testinde fev1 değeri 1.23 %52.1 olan İnfiltratif Ürotelyal karsinom ile üroloji tarafından takipli hastanın kontrol amaçlı çekilen PET CT' sinde "Sağ akciğerde üst lobda apikalde anteriorda lokalize sınırları düzensiz yaklaşık 1.8 cm çaplı yumuşak doku dansitesinde hipermetabolik (SUVmax: 12.9, patolojik FDG tutulumu gösteren lezyon alanı izlenmiştir. (metastaz? 2. primer ?)" olarak yorumlandı. Kranial MR' da metastaz saptanmadı. Hastaya cerrahi önerildi. Operasyon sırasında sağ akciğer üst lobdaki lezyonun plevral çekintiler yaptığı görüldü. Lezyon stapler ile wedge rezeksiyon yapıp frozena gönderildi. Metastaz /primer ayrımı yapılamadı. Ancak frozen malign olarak sonuçlanması üzerine sağ üst lobektomi yapıldı. Hastanın patolojisinde yeterli spesifik boyanma izlenmedi. Ancak tümörün üst lob yerleşimli olması, radyolojik olarak tek kitle olması ve metastaz belirteçlerinin boyanmaması nedeniyle olgu 'Büyük hücreli karsinom' lehine yorumlandı.

SONUÇ: Akciğer büyük hücreli karsinomu nadir görülen bir malign tümördür. Bu vakada ikinci primer olan insidental olarak saptanan LCC'yi sizlere sunduk.

**Mart 2022 PET CT'si****Kaynaklar:**

Non-Small Cell Lung Cancer, Shane B. Clark, Saud Alsubait ¹In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.2023 Sep 4.

Large cell carcinoma of the lung: A tumor in search of an author. Aclinically oriented critical reappraisal Giuseppe Pelosia,b, Mattia Barbareschi, Alberto Cavazzad, Paolo Grazianoe, Giulio Rossif, Mauro Papotti

**PS -14**

İnterstisyel Akciğer Hastalığı Şüphesinde Adenokarsinomlu Bir Olgu

Zeynep AYGÜN¹, İhsan Tansel URHAN¹, Aysu Ece ŞAN¹, Alpay SARPER¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ANTALYA

GİRİŞ: Akciğer adenokarsinomu, dünyada görülen en yaygın birincil akciğer kanseridir. Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri şemsiyesi altına girer. Akciğer adenokarsinomu genellikle mukozal bezlerden gelişir ve tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %40'ını temsil eder. Hiç sigara içmemiş kişilerde teşhis edilen en yaygın alt türdür.

OLGU: 51 yaşında kadın hasta, 1,5 aydır geçmeyen öksürük şikayeti ile başvurdu. Sık sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren, ek hastalığı olmayan, öğretmenlik yapan, sosyal sigara içicisi olan hastaya dış merkezde antibiyoterapi başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen hastaya göğüs hastalıkları tarafından bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon görülmedi. Alınan lavaj örneğinde malignite ayırt edilemedi. Çekilen toraks tomografisi "Sağ akciğer üst lob anterior ve posterior segment ağırlıklı, sağ orta lobda, sağ alt lob anterior segment ağırlıklı, sol akciğer üst lob anterior ve lingular segment ağırlıklı, sol alt lobun tamamını tutan buzlu cam atenuasyon artış alanları ve crazy-paving görünümü izlenmektedir." şeklinde yorumlandı. Kriptojenik organize pnömoni, alveolar proteinozis (interstisyel akciğer hastalığı) ön tanılarıyla solda lezyonlar daha yaygın olduğu için sol akciğer üst, alt lob ve linguladan wedge biyopsi yapıldı. Hastadan alınan tüm materyallerde patoloji sonucu "mikropapiller ve solid alt tipte baskın, invaziv adenokarsinom," olarak geldi. Hasta tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Buzlu cam dansiteleri akla ilk etapta akciğer enfeksiyonları ve interstisyel akciğer hastalıklarını getirir de ayırıcı tanıda adenokanserin atipik olarak karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

Akciğer Adenokarsinomu, [David J. Myers¹](#), [Jason M. Wallen²](#), içinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Ocak, 2023 12 Haziran.

25.09.2024 Toraks tomografisi

