

ONCO Life

Kanser tedavisinde yeni trendler

'Kanser Survivor'ı olmak...

Özel söyleşi dosyaları:

Prof. Dr. Benjamin Levy

Prof. Dr. Fevzi Altuntaş

Prof. Dr. Füsun Yarış

Doç. Dr. Gamze Gököz Doğu

Prof. Dr. Hakan Bozcuk

Prof. Dr. Manuela Schmidinger

Prof. Dr. Mehmet Kantar

Prof. Dr. Osman İlhan

Prof. Dr. Şuayib Yalçın

Prof. Dr. Tezer Kutluk

Kanser tanısı kalp krizi ve intihar riskini arttırıyor!

HCC tedavisinde kullanıma giren yeni nesil tedaviler

Akciğer kanseri tedavi planlarında neler değişti?

Kanserde 'hedefe yönelik' beslenme rejimi uygulanmalı

**Daha önce tedavi almış
ALK pozitif, non-skuamöz,
mKHDAK hastalarında**



Fark Yaratır¹

ALK: Anaplastik lenfoma kinaz
mKHDAK: Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri

Referans: 1. Subramaniam J, et al. Recent Advances in Lung Cancer. Journal of Thoracic Oncology; 2017;7:260-265.

XALKORI® 250 mg Kapsül

Etkin madde: Krizotinib 250 mg. **Terapötik endikasyonları:** XALKORI®, ALK (Anaplastik Lenfoma Kinas) pozitifliği FISH testi ile doğrulanmış, en az bir seri kemoterapi kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş metastatik non-skuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarını tedavisinde endikedir. ALK testi, üniversite hastanelerinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde veya bu test için sertifikalı özel hastaneler veya laboratuvarlarda yapılmış olmalıdır. **Pozoloji ve uygulama şekli:** Günde iki kez oral yolla alınan 250 mg. Hasta tedaviden yarar sağladığı sürece tedaviye devam edilir. **Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:** Padiyatrik popülasyon: XALKORI®'nin pediatrik hastalarda güvenliği ve etkinliği belirlenmemiştir. Geriyatrik popülasyon: Bu alt gruptaki hastalar için veriler kısıtlı olduğundan, formal bir doz önerisi, ilave veriler mevcut olana kadar verilememektedir. **Kontraindikasyonlar:** Bileşimindeki maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı bulunan kişilerde ve ciddi kalıcı karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır. **Özel kullanım uyarıları ve önlemleri:** **Karaciğer Yetmezliği:** XALKORI® tedavisi, karaciğer yetmezliği olan hastalarda dikkatli şekilde uygulanmalıdır. XALKORI® tedavisi alan hastalarda, ALT ve total bilirubini içeren karaciğer fonksiyon testleri ayda bir kez ve klinik açıdan gerekli olduğunda izlenmeli, transaminaz yükselmeleri oluşan hastalarda Grade 2, 3 veya 4 yükselme için tekrar testleri daha sık yapılmalıdır. **Böbrek Yetmezliği:** Klinik araştırmada hafif ve orta düzeyde böbrek yetmezliği olan hastalarda başlangıç dozu ayarlaması gerekmez. Şiddetli böbrek yetmezliği veya son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatli olunmalıdır. **Pnömoni:** XALKORI®, klinik çalışmalarda, şiddetli yaşamı tehdit eden veya ölümcül tedavi ile ilişkili pnömoni ile ilişkili bulunmuştur. Hastalar, pnömoni düşündürülen pulmoner semptomlar açısından izlenmelidir. **QTc uzaması:** Konjenital uzun QT sendromu olan hastalarda XALKORI® kullanılmamalıdır. QTc uzaması hikayesine sahip veya predispozisyonu olan veya QT aralığını uzattığı bilinen ilaçları kullanan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Grade 4 QTc uzaması oluşan hastalarda XALKORI® kalıcı olarak sonlandırılmalıdır. **Görme ile ilgili etkiler:** Şiddetli artarsa veya devam ederse oftalmolojik değerlendirme yapılmalıdır. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler:** Krizotinib'in dar terapötik endekse sahip CYP3A substratları ile, CYP3A inhibitörleriyle ve induktörleriyle ile eş zamanlı uygulamasından kaçınılmalıdır. Ayrıca, PXR tarafından regüle edilen enzimler örn. CYP3A4 hariç CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, UGT1A1), P-gp substratları olan tıbbi ürünlerle eş zamanlı uygulanması, krizotinibin plazma konsantrasyonlarını artırabilir. Bradikardi ajanları ile kombinasyon halinde kullanırken, aşırı bradikardi riski nedeniyle dikkatli olunmalıdır. **Gebelik kategorisi D'dir.** XALKORI® gerekli olmadıkça gebelik döneminde kullanılmamalıdır. Krizotinibin insan sütüyle atılıp atılmadığı bilinmemektedir. **Araç ve makine kullanma yeteneği üzerindeki etkiler:** XALKORI® kullanırken görme bozuklukları, baş dönmesi veya yorgunluk oluşan hastalar araç veya makine kullanırken dikkatli olmalıdır. **İstenmeyen etkiler:** Çok yaygın: Nötrojeni, iştah kaybı, baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı, ishal, kusma, kabızlık, ödem, yorgunluk, alenin aminotransferaz artışı. **Yaygın:** Lökopeni, lenfopeni, anemi, hipofosfitemi, bradikardi, pnömoni, özofageal hastalık, dispepsi, idüğüntü, aspartat aminotransferaz artışı, elektrokardiyogram QT uzaması, kanlı alkalim, ishal, artışı. **Yaygın olmayan:** Renal kist. **Doz aşımı ve tedavisi:** XALKORI® doz aşımının tedavisi, genel destekleyici tedbirlerden oluşmalıdır. XALKORI® için antidot bulunmamaktadır. **Raf ömrü:** 24 ay. **Saklamaya yönelik özel tedbirler:** 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklanmalıdır. **RUHSAT SAHİBİ:** Pfizer İlaçları Ltd. Şti. Muallim Naci Cad. No:55 34347 Ortaköy/ İSTANBUL. Tel: 0 212 310 70 00 Faks: 0 212 310 70 58. **Ruhsat Numarası:** 135/88 **Ruhsat Tarihi:** 03.04.2013. Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajında saklanmalıdır. Keçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. www.pfizer.com.tr

ONCOLife

Medikal Akademi
Gazetesinin ücretsiz ekidir.

Künye

İmtiyaz Sahibi

Medikal Akademi
Yayınılık ve Pro. Tic. Ltd. Şti.

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Mehmet Kantar,
Prof. Dr. Fevzi Altuntaş,
Doç. Dr. Yavuz Dizdar,
Dr. Candan Hızal

Genel Yayın Yönetmeni (Sorumlu)

Hüseyin Kandemir
haber@medikalakademi.com.tr

Medikal Editör

Uz. Dr. Erdinç Nayır

Sağlık Hukuku Danışmanı

Dr. Erkin Göçmen

Ankara Temsilcisi

Hatice Pala Kaya
hatice@medikalakademi.com.tr

Yayın Koordinatörü

Tuba Günvar
tuba@medikalakademi.com.tr

Haber Editörü

Mahir Kandemir
mahir@medikalakademi.com.tr

Grafik

Perihan Demirbaş

Adres

Halaskargazi Cd. No: 172 / 134
Şişli / İstanbul
Tel: 0549 360 67 67
Faks: (0212) 233 90 61
info@medikalakademi.com.tr
www.medikalakademi.com.tr

Abonelik

abone@medikalakademi.com.tr

Baskı

Promat Basım Yayın
San. ve Tic. AŞ.
Sanayi Mah. 1673 sok. No: 34
Esenyurt / İstanbul
Tel: (0212) 622 63 63

Sürelî yayın.
ONCOLife, evrensel yayıncılık
ilke ve etik kurallarına uymayı
taahhüt etmektedir.

Başlarken...

Dünyada pek çok örneği bulunan ikincil dergi formu akademi ile kliniği birleştiren önemli bir fonksiyona sahiptir! Hakemli makale dergileri ile popüler haber dergileri arasında kalan boşluğu dolduran bu tür yayınlar özellikle klinikte çalışan hekimlerin günlük pratiklerine önemli katkılar sunarlar. ONCOLife ülkemizde ikincil dergi formunun ilk örneği olarak yayın hayatına başlıyor.

Bilim dünyasında bilginin en hızlı değiştiği ve her gün yüzlerce çalışmanın yayınlandığı tıp ve sağlık bilimlerinde mevcut bilgiler her beş yılda önemli oranda güncelleniyor. Bu hızlı değişim, yarattığı hayati sonuçlar nedeniyle akademi ve klinikteki tüm hekimlerin kaçınılmaz olarak takibini gerektiriyor. Ancak bu yoğun bilgi üretimi ortaya başka önemli sorunlar çıkarıyor. Bilginin takibi, işlenmesi ve kullanılabilir hale getirilmesi; klinikte anlaşılır ve uygulanır sonuçlara dönüştürülmesi...

Son yıllarda tıp dünyasına bakıldığında yayınlanan çalışmanın önemli bir bölümünün onkoloji alanında yoğunlaştığı çok net şekilde görülmektedir. İlaç araştırmalarından genetiğe, kanser biyolojisinden psiko-onkolojiye, nano-teknolojiden kök hücre araştırmalarına kadar çok geniş bir alanda baş döndüren ve hayal gücünün sınırlarını zorlayan önemli çalışmalar yapılıyor. Pek çok farklı disiplinden gelen bilim insanlarının kanser araştırmalarına yoğunlaştığını görmek için güncel literatüre göz ucuyla bakmak bile yetiyor. Ama bu heyecan verici gelişmelerin yoğun iş temposuyla çalışan klinikteki hekimler için bir anlam ifade etmesi için ulaşılabilir ve anlaşılabilir sonuçlara dönüştürülmesi gerekiyor.

Tüm dünyada ikincil dergi formatının hızla ön plana çıkmasının en önemli nedenlerinden birisi de artık takip edilemez hale gelen bu bilgi akışının yeniden yorumlanmasına olan yoğun ihtiyaçtır. ONCOLife, hayatın dayattığı bu ihtiyacın somut bir örneği olarak yayın hayatına başlıyor. Amacımız akademi ve klinik arasında işlevsel bir köprü kurmak. Bu çetin patikada yürürken elbette en büyük yardımcımız yine akademinin saygın bilim insanları olacak.

ONCOLife ekibi olarak her zaman akademinin eleştiri ve katkılarına sayfalarımızı açık tutacağız. Klinikteki hekimlerin talepleri bizim için öncelikli olacak. Bu nedenle sadece literatürü takip etmekle yetinmeyeceğiz, klinikte çalışan hekimlerin sorunlarından onkoloji ile ilgili sağlık politikalarına, kanser hastalarının yaşadığı zorluklardan kongrelerde yaşanan önemli tartışmalara kadar onkoloji camiasındaki tüm gelişmeleri olabildiğince okurlarımıza ulaştırmaya çalışacağız.

Keyifli bir yolculuk olması dileğiyle...

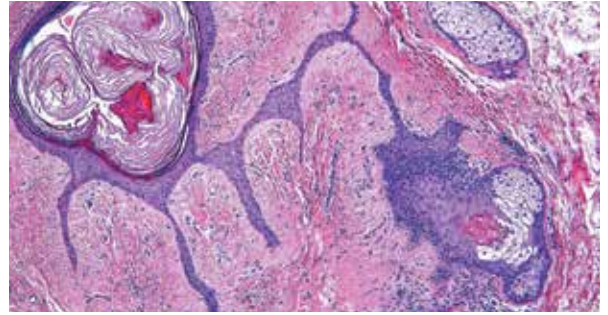
Saygılarımla
Hüseyin Kandemir

İçindekiler...

Stres, meme kanserinin kemiğe metastazını hızlandırıyor!	7
Nanoelmaslar meme kanseri tedavisinin etkinliğini artırabilir	8
Antitümör etkili kök hücre aşısı mümkün mü?	9
Metastazı durdurmak için yeni bir hedef: DOCK1	10
Meme kanseri rekürrensi DNA ile saptanabilir mi?	11
Meme kanserinde alt tipleri belirlemek için yeni bir yöntem!	12
Meme kanserinde nüksü saptamak için yeni bir kan testi	13
Nöroendokrin tümörlerde tedavi seçenekleri artıyor mu?	15
Radyoterapi almış hastalarda kalp cerrahisi mortaliteyi iki kat artırıyor	16
Yeni cerrahi teknikle kanser invazyonu florasanla tespit edilebilecek!	17
Kanser tedavisinde radyoterapinin etkinliği önemli oranda artırılabilir	22
Moleküler belirteçlerle kanserin yayılma şekli öngörülebilir!	23
Metformin karaciğer kanserini önlemekte kullanılabilir mi?	24
Aspirinin kanser önleme kılavuzlarında yer alma zamanı	25
Kanser tedavisinin ardından hastaları hangi ölümcül riskler bekliyor?	26
Kanseri yenen hastaların yarısı başka hastalıklardan ölüyor	27
Renal hücreli karsinom tedavisinde sağkalım oranı on yılda üçe katlandı.....	28
Akciğer kanserinde yeni tanı ve tedavi seçenekleri	35
Türkiye, kanserle mücadelede önemli gelişmeler sağladı ...	37
Çocukluk çağı kanserlerinde başarı oranları artmaya devam ediyor	38
Akciğer kanseri görülme sıklığı kadınlarda artıyor.....	40
Kanser hastalarının tedavi hakkında eğitilmesi başarıyı artırıyor	41
'Kanser Survivor'ı olmak.....	44
Kanser tanısı kardiyovasküler ölüm ve intihar riskini artırıyor	48
Kanser tedavisinde onkoloji hemşireliğinin yeri ve geleceği.....	49



Menopoz öncesinde saptanan düşük D vitamini düzeyi meme kanseri göstergesi olabilir 14



Yeni terapiler renal hücreli kanser tedavisinde başarıyı önemli oranda arttırdı! 18



Akciğer kanseri tanı ve tedavi planlarında neler değişti? 32



Kanser tedavisinde 'hedefe yönelik' beslenme rejimi uygulanmalı 42



iş birliği

Bilim ve tutku birleştğinde inovasyon gerçekleşir.

Novartis içinde ve dışında kurduğumuz iş birlikleri sayesinde biyobelirteçler ve kişiye özel hedefe yönelik tedavileri araştırıyoruz. Bu iş birlikleri, tedavi sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip ilaçların geliştirilmesini hızlandırıyor. Hep birlikte hastaların kanser ve kanser ile ilişkili hastalıklarla yaşama biçimlerini değiştirmeye yardımcı olan yenilikçi ilaçlar keşfediyoruz.

Stres, meme kanserinin kemiğe metastazını hızlandırıyor!

Vanderbilt Merkezi araştırmacıları, stresin meme kanseri hücrelerinin kemikte kolonizasyonunu teşvik ettiğini ileri sürdüler. PLoSBiyoloji’de yayımlanan bu çalışma, farelerde sempatik sinir sisteminin – strese “savaş veya kaç” yanıtı- aktivasyonunun, kemik ortamını meme kanseri hücrelerinin metastazı için hazırladığını gösterdi.

Araştırmacılar, kemikteki meme kanseri lezyonlarını, sempatik sinir sistemi sinyallerini inhibe eden bir kardiyovasküler ilaç olan propranolol kullanarak önleyebildi.

Vanderbilt Merkezi Kemik Biyolojisi müdürü Dr. Florent Elefteriou ve meslektaşları sempatik sinir sisteminin kemiğin yeniden biçimlenmesini stimüle ettiğini ve meme kanserinin kemiğe metastazında aynı sinyalizasyon moleküllerini kapsadığını daha önceki çalışmalarda göstermişlerdi. Dr. Elefteriou, çalışma ile ilgili şu bilgileri verdi: “Sempatik aktivasyonun kemik ortamını yeniden biçimlendirdiği ve kanser hücrelerinin buraya metastazı için daha uygun hale getirdiği hipotezine ulaştık. Klinik kanıtlar bu düşüncüyü destekledi. Primer tedavilerini takiben stresten veya depresyondan muzdarip olan meme kanseri hastaları daha kısa sağkalım sürelerine sahipler. Hem stres hem de depresyon sempatik sinir sistemini aktive eder.”

Bu muhtemel bağlantıyı araştırmak için, araştırmacılar farede kanser hücresi metastazını çalıştılar. Meme kanseri hücreleri primer bölgelerinden ayrılıp dolaşıma geçtikleri zaman

metastazın evresini modellemek için farenin kalbine enjekte edilen floresanla işaretlenmiş insan meme kanseri hücrelerini takip ettiler. Fareleri sempatik sinir sistemi aktivasyonunu taklit eden bir ilaçla tedavinin kemikte daha fazla kanser lezyonuna yol açtığını buldular. Fareleri strese karşı fiziksel olarak etkisiz hale getirmek ve sempatik sinir sistemi aktive etmek de ayrıca kemikte daha fazla kanser lezyonlarına yol açtı. Etkisiz hale gelen fareleri, beta bloker türü bir ilaç olan propranolol ile tedavi, kemik lezyonlarının sayısını azalttı.



Bulgular, beta blokerler veya denosumab gibi RANKL sinyalizasyonu ile etkileşen ilaçlar, meme kanseri

hücrelerinin kemiğe metastazını önlemede yararlı olabileceğini öne sürmektedir. Propranolol ve diğer beta blokerler pahalı değildir, özellikleri iyice belirlenmiştir ve pek çok hasta için güvenlidir. Elefteriou, “Eğer meme kanserli hastalarda gerçekleştirilecek gelecekteki çalışmalar kanser hücrelerinin kemiğe metastazını bloke etme yeteneğini doğrulayabilirse, uzun vadeli tedavi için iyi bir seçenek olabilirler. Eğer beta bloker kadar basit bir şey kemiğe metastazı önleyebilirse, bu durum dünya genelinde milyonlarca hastanın tedavisini etkileyecektir. Kanser hastalarında stres ve depresyonu önleme çabaları, metastazı önleme adına değer görmeyen faydalara sahip olabilir” dedi.

Kaynak: *Stimulation of Host Bone Marrow Stromal Cells by Sympathetic Nerves Promotes Breast Cancer Bone Metastasis in Mice.* P. Campbell, R. Karolak, Yun Ma, D. Perrien, S. Masood-Campbell, N. Penner, S. Munoz, A. Zijlstra, F. Elefteriou. *PLoS Biology*, July 17, 2012
DOI: 10.1371/journal.pbio.1001363

Türkiye'nin ilk Bilimsel Paylaşım Platformu hekimler için kuruldu



**Ücretsiz üyelik fırsatını kaçırmayın
Her ay 100 bin sağlık profesyoneli
bu adreste buluşuyor**

- tıp literatürünü
- güncel sağlık haberlerini
- sağlıkta yaşanan önemli tartışmaları
- tüm tıp sempozyum ve kongrelerini
- ayrıca sosyal medyanın tüm olanaklarını

Tek bir adresten takip ediyor

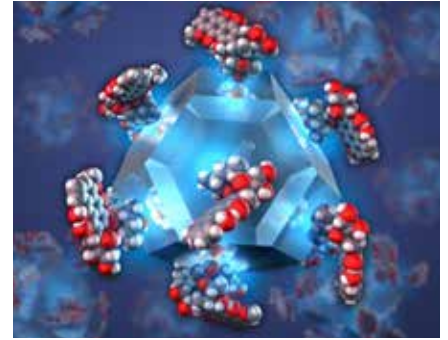


Nano-elmaslar meme kanseri tedavisinin etkinliğini arttırabilir

Advanced Materials dergisinde yayımlanan yeni bir çalışmaya göre, 'triple negatif' meme kanserine (TNBC) karşı daha etkili tedavi yöntemleri yakın bir gelecekte mümkün hale gelebilir. Araştırmacılar, nanoelmaslar olarak adlandırılan nano ölçekte elmas benzeri partiküller kullanarak, TNBC için daha etkili yeni bir tedavi geliştirdiklerini açıkladılar.

Meme kanserleri, hücrelerin genetik karakterine göre dört ana grupta kategorize edilmektedir. Hangi kategoride yer aldığı genellikle en iyi tedavi yöntemini belirlemektedir. Ancak dört gruptaki kanserlerden biri olan TNBC'yi tedavi etmek özellikle karmaşıktır. Çünkü genellikle diğer tiplerdeki meme kanserini tedavide çoğunlukla etkili olan 'reseptör-hedefli' tedavilere yanıt vermezler. TNBC diğer tiplerden daha agresif olma eğilimindedir ve rekürrense daha yatkındır ve ayrıca daha yüksek mortalite oranına sahip olabilmektedir. UCLA öğretim üyesi ve Weintraub

Üniversitesi Rekonstrüktif Biyoteknoloji Merkezinde müdürü Prof. Dr. Dean Ho'nun öncülük ettiği ortak çalışmada, nanoelmaslar olarak adlandırılan nano ölçekte elmas benzeri partiküller kullanarak, TNBC için potansiyel olarak daha etkili yeni bir tedavi geliştirildiği açıklandı. Nanoelmaslar, 4 ila 6 nanometre çapında ve minik futbol topuna benzer şekillidir. Geleneksel madencilik ve arıtma işlemlerinin yan ürünleri olan partiküller, ilaç bağlanmasını takiben kümeler oluşturabilir ve kanser ilaçlarının arzu edilen etkisini anlamlı olarak



iyileştiren, ilaçları tam olarak tümörlere ulaştırma yeteneğine sahiptirler. UCLA çalışmasında, nanoelmas dağıtım sistemi triple negatif meme kanserli farelerde tümör kütlelerinin içine ulaşabilmektedir.

Elmas Lipid Hibridleri Kemoterapötik Toleransı İyileştirir ve Tümör Regresyonuna Aracılık Eder

Abstract: Kendiliğinden bir araya getirilen nanoelmas lipid hibrid partikülleri (NDLPler), nanoelmas (ND) yüzey ve küçük moleküller arasındaki güçlü etkileşimden yararlanırken, hücre hedefli görüntüleme için bir mekanizma ve triple negatif meme kanserinin tedavisini sağlamaktadır. Epidermal büyüme faktörü reseptörünü hedefleyen NDLPler, hücreye spesifik görüntüleme sağlayan, ND kompleksinin tümörü engellemesini destekleyen, epirubisin toksisitesini önleyen ve triple negatif meme kanserinin regresyonuna aracılık eden, yüksek oranda biyoyoumlu partiküllerdir.

Kaynak: *Diamond-Lipid Hybrids Enhance Chemotherapeutic Tolerance and Mediate Tumor Regression.* Laura Moore, Edward Kai-Hua Chow, Eiji Osawa, J. Michael Bishop, Dean Ho. *Advanced Materials.* 2013; DOI: 10.1002/adma.201300343

Prof. Dr. Ho, çalışma ile ilgili şu bilgileri veriyor: "Bu çalışma nanoelmasların bir tümör bölgesine hedeflenen ilacın ulaştırılmasında çok yönlülüğünü gösterdi. Geliştirdiğimiz ajan tedavi ile ilişkili toksik yan etkileri azaltmakta ve tümör boyutunda anlamlı azalmalara aracılık etmektedir."

Ekip, diğer kanser ilaçlarıyla kombinasyon halinde uygulanan, son derece toksik fakat yaygın olarak kullanılan kemoterapi ilacı Epirubisin'in de dahil olduğu çeşitli önemli kanserle savaşılan bileşikler nanoelmas yüzeyinde kombine etti. Yeni bileşik daha sonra TNBC hücrelerinin yüzeyinde yüksek konsantrasyonda bulunan epidermal büyüme faktörü reseptörünü hedefleyen antikorlar ile kaplanmış hücre zarına bağlandı. Sonuçta oluşan ajan nanoelmas lipit hibrid bileşiği veya NDLP olarak adlandırılan bir ilaç ulaştırma ajanıdır. Fareler üzerine test edildiğinde, ajanın tümör büyümesini açıkça azalttığı ve kanser tedavisinin tahrip edici yan etkilerini ortadan kaldırdığı gösterilmiştir.

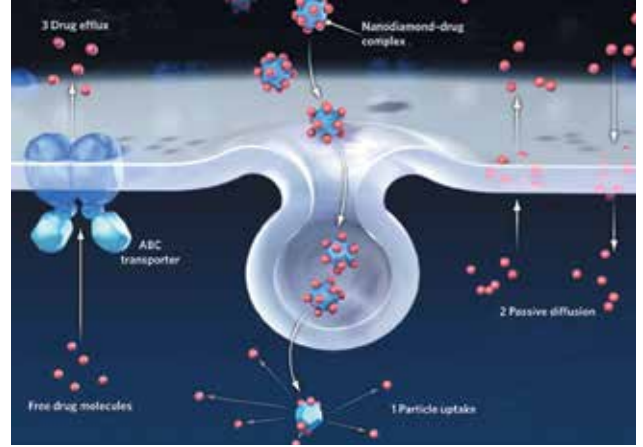
Toksisitesinden dolayı Epirubisin tek başına uygulandığında, kalp yetersizliği ve beaz kan hücresi sayısında azalmaya neden olur ve artmış lösemi riski ile bağlantılıdır. Çalışmada, tek başına Epirubisin verilen tüm fareler çalışmadan önce

Kemoterapi ilacı epirubisine bağlanmış olan nanoelmaslar bir lipit membranla çevrelenmiştir ve tedavisi zor tümörlere spesifik antikorlar ile eşleştirilmiştir. Bu hibrid ilaç ulaştırma ajanları tümörlerin boyutunda küçülmeye neden olurken, ilaç toleransını belirgin olarak iyileştirmektedir.

ölürken Epirubisin'in hedeflenmiş NDLPler aracılığıyla verildiği tüm fareler çalışma sonuna kadar sağ kaldı ve tümörlerde önemli oranda gerileme saptandı.

Çalışma yardımcı yazarlarından ve Singapur Kanser Bilim Enstitüsü öğretim üyesi Doç. Dr. Edward K. Chow, "Triple-negatif meme kanseri genellikle çok agresiftir ve tedavisi güçtür, bu durumu agresif kemoterapiyi bir zorunluluk haline getirmektedir. Nanoelmas lipit ajanlarının hedefleme ve terapötik etkililiği oldukça belirgindir. Eş zamanlı tümör regresyonu ve ilaç toleransında iyileşme, klinik uygulamaya dönüşmede nanoelmasların geliştirilmesine devam etmek için umut verici göstergelerdir" diyor.

Araştırma ekibi halen NDLPlerin büyük



hayvanlardaki etkinliğini çalışıyor. Ek araştırma amaçları ise, mevcut tedavi seçeneklerini ve sonuçlarını iyileştirebilecek olan, nanoelmasların geniş spektrumdaki toksik ilaç bileşiklerine tolerans sağlayıp sağlayamayacağını belirlemek. Araştırmacılar bu keşiflerin insan çalışmaları için öncülük edeceğini belirtiyor.

Çalışmanın yardımcı yazarlarından Dr. Laura Moore, ise şu bilgileri veriyor: "Bu çalışmada gerçekleştirilen nanoelmas lipit hibrid, modüler bir platformdur. Bu nedenle, çeşitli hastalıkların üzerine gidebilmek için geniş spektrumda bir hedef antikorlar ve ilaç bileşiklerini kolaylıkla bağlayabiliriz. Bu öncü çalışma, nanoelmas materyalinin yeteneğini daha iyi anlamayı sağlayacak ve bize göre bu çalışma olağanüstü önemlidir."

Antitümör etkili kök hücre aşısı mümkün mü?

Michigan Üniversitesi'nden bilim insanları, antikor ve T hücrelerini kanser kök hücreleri ile harekete geçirerek, kansere karşı yeni bir immünoterapi paradigması geliştirdi. Cancer Research'de yeni yayımlanan bir çalışmada, sitotoksik T lenfositlerinin de in vitro olarak kanser kök hücrelerini yok edebildiği gösterildi.

Kanser kök hücreleri, kemoterapi veya radyoterapi sonrasında da mevcut olan ve oldukça dirençli tümör hücreleridir. Bilim adamları, bu hücrelerin benzersiz özelliklere sahip olmadığını savunsa da, bazıları bu

hücrelerin hastalığın nüksüne neden olabilecek tümörleri üretebilecek düzeyde eşsiz olduğu kanısında.

Michigan Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Qiao Li ve ekibi, iki immünokompetent fare modeli kullanarak kanser kök



hücrelerini topladı ve daha sonra aşı geliştirdi. Araştırmacılar, bu kanser kök hücrelerinin immünojenik olduğunu ve antijen kaynağı olarak etkili olduklarını belirtti. Antikorlar kanser kök hücreleri ile tetiklendiğinde, kanser kök hücreleri daha iyi hedef alınabildi ve daha etkili bir antitümör immünitesi sergilendi. Araştırmacılar, ayrıca kanser kök hücrelerindeki aşı konaklarından elde edilen sitotoksik T lenfositlerinin de in vitro olarak kanser kök hücrelerini yok ettiğini gösterdiler.

KAYNAK: Cancer Stem Cell Vaccination Confers Significant Antitumor Immunity. N. Ning, Q. Pan, M. Li, C. Ginestier, M. S. Wicha, J. S. Moyer, Y. Xu, X.-L. Zhang, S. Huang, Q. Li. Cancer Research, 2012; 72 (7): 1853 DOI: 10.1158/0008-5472.CAN-11-1400

Metastazı durdurmak için yeni bir hedef: DOCK1

***Proceedings of the National Academy of Sciences* dergisinde yeni yayımlanan bir çalışmada, meme kanserinde progresyonu azaltmak için potansiyel bir hedef olan DOCK1 proteinini tanımladı. Araştırmada, HER2+ ve bazal meme kanseri alttiplerinde DOCK1'in yüksek düzeydeki ekspresyonunun insanlarda sağkalımla ters orantılı olduğu saptandı. Prof. Dr. Jean François Côté'in öncülük ettiği araştırma ekibinin yaptığı bu keşfin, meme kanseri tedavisinde önemli sonuçları olacağı ileri sürülüyor.**

Kanser hastalarının ölümünün yaklaşık %90'ı metastaza dayandırılabilir, bu ise altta yatan hücrel ve moleküler mekanizmaların önemini gösteriyor. IRCM'de Sitoskeletal Organizasyon ve Hücre Göçü araştırma birimi müdürü olan Prof. Dr. Cote, çalışma ile ilgili şu bilgileri veriyor: "Meme kanseri tedavisinde önemli ilerlemelere rağmen, metastazın yayılmasını açıklayacak az sayıda mekanizma biliniyor. Metastatik süreci düzenleyen proteinlere dikkat ediyoruz, böylece yeni ajanlar geliştirilebilir ve mevcut tedaviler ile kombine edilebilir."

İki majör meme kanseri alttipi, HER2+ ve Bazal, metastatik ve rekürren olma eğilimindedir, ve bunun sonucu olarak da kötü sağkalım oranı ile ilişkilidir. IRCM'deki araştırma, meme kanseri vakalarının yaklaşık %25'ini temsil eden HER2+ tip (İnsan Epidermal büyüme faktörü Reseptör 2) üzerinde gerçekleştirildi. HER2 pozitif tümörler diğer tipteki tümörlerden daha hızlı büyüme ve yayılma eğilimindedirler.



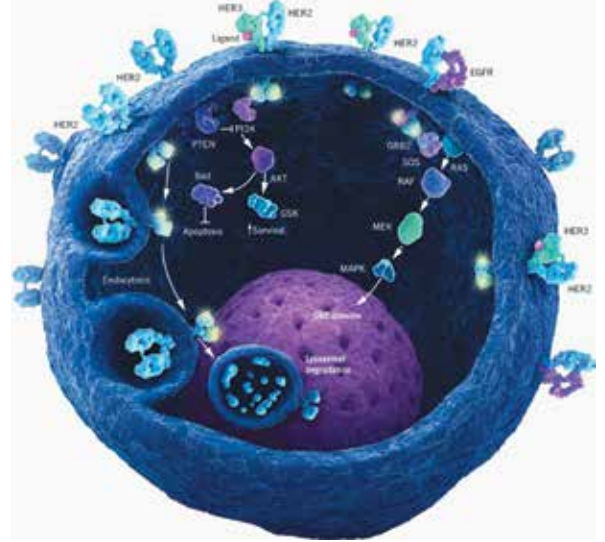
Rac-spesifik guanin nükleotid değişim faktörü DOCK1, HER2-aracılı meme kanseri metastazlarının kritik bir düzenleyicisidir.

Abstract: Kanser ile ilişkili ölümlerin büyük çoğunluğunun sorumlusu solid tümörlerin metastatik evreye progresyonudur. Metastazı yöneten moleküler mekanizmaların daha ileri anlaşılması, antimetastatik tedavilerin geliştirilmesi için elzemdir. Bura da, insan epitel büyüme faktörü reseptör 2'nin (HER2) akışı yönünde metastazı destekleyen Rac aktivatörlerini tanımlamayı amaçladık. Reseptör tirozin kinaz (RTKler) aracılı Rac aktivasyonu ve hücre invazyonunun, evrimsel korunmuş rolüne dayanarak Sitokinez 1 Atayıcısının (DOCK1) metastazın düzenleyicisi olup olmadığını araştırdık. HER2+ ve bazal meme kanseri alttiplerinde DOCK1'in yüksek düzeydeki ekspresyonunun insanlarda sağkalımla ters orantılı olduğunu sunuyoruz. Mekanik kurallarına göre, DOCK1 HER2 ile etkileşime girer ve HER2 ile uyarılan Rac aktivasyonu ve hücre göçünü destekler. İşin iç yüzünü daha iyi anlamak için, DOCK1 ile spesifik inaktivasyonlu HER2 meme kanseri fare modeli geliştirdik. Bu in vivo modelde, DOCK1'in inaktive edildiği hayvanlarda, tümör büyümesinde ve akciğerlere metastazda anlamlı bir azalma bulundu. Ayrıca, DOCK1'in iki HER2 efektörü olan c-JUN ve STAT3'ün maksimal aktivasyonu için gerekli olduğunu bulduk. Tarafsız gen profili yaklaşımını kullanarak, IFN tip 1'e yanıtı içeren genler için zenginleştirilmiş meme tümörü DOCK1-ilişkili gen imzası tanımladık. Bu analizler, HER2+ hastalarda meme kanseri sonlanımını bağımsız olarak tahmin etme için kullanılabilen ekspresyon düzeyleri için, Reseptör Taşıyıcı Protein 4 (RTP4) ve STAT1 de dahil olmak üzere, eşiz bir gen dizisi ortaya çıkardı. Çalışmamız HER2 efektör yolağı olarak DOCK1-Rac sinyalizasyonunun HER2 aracılı meme kanserinin metastaza progresyonu için elzem olduğunu ve metastatik meme kanserinin yayılmasını sınırlamada terapötik bir fırsat sunduğunu göstermiştir.

Çalışmanın başyazarı Dr. Melanie Laurin, "HER2+ meme kanseriyle bir genetik fare modeli çalışarak, metastazın önemli bir düzenleyicisi olan DOCK1 proteinini tanımladık. Farelerde bu proteini ortadan kaldırdığımızda, bulgularımız akciğer metastazında anlamlı bir azalma sergiledi. Ayrıca DOCK1 proteininin tümörlerin büyümesinde de katkısı bulunduğunu keşfettik" diyor.

Çalışma ekibinin bir başka üyesi olan Dr. Benjamin Haibe-Kains, ise "DOCK1 ekspresyonu ve meme kanseri prognozu arasındaki orantıyı gösterebilmek için, jenik hastaların çeşitli veritabanlarında analizler gerçekleştirdik. Gerçekten de HER2+ veya Bazal meme kanseri hastalarında yüksek DOCK1 düzeylerinin daha kötü prognoz veya hastalığın rekürrensi ile ilişkili olduğunu saptadık" diyor.

Çalışmadan elde edilen yeni bulgularla tedaviye yönelik yeni hedeflerin oluşturulabileceğini dile getiren Prof. Dr. Cote, şu bilgileri veriyor: "Çalışmamız meme kanserinin metastatik evreye progresyonu için gerekli olan yeni bir molekül belirledi ve metastazın progresyonunu durdurmak için potansiyel hedef olabilecek yeni belirteçleri tanımlamamıza imkan sağladı. Ayrıca Japonya'daki çalışma arkadaşlarımızdan Dr. Yoshinori Fukui tarafından geliştirilen DOCK1 proteininin kimyasal inhibitörünün kanserli hücrelerin göçünü durdurabildiğini gösterdik.



Çalışmadan elde ettiğimiz bu bulgular, sonuç olarak metastatik meme kanserinin progresyonunu sınırlandırabilecek ilaçların gelişmesine ve böylece hasta prognozunun iyileşmesine öncülük edebilir."

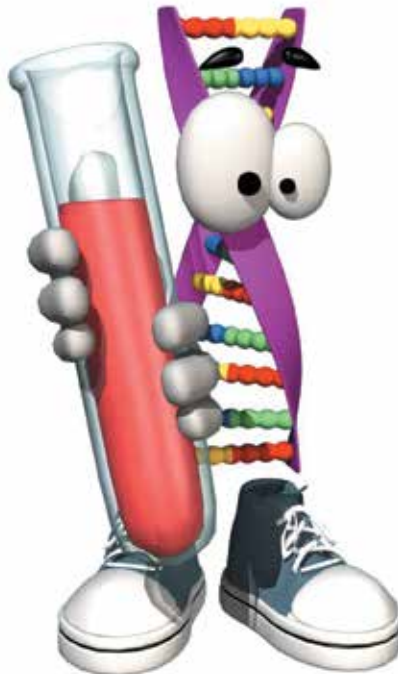
Meme kanseri rekürrensi DNA ile saptanabilir mi?

Alberta Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı, 300'den fazla kadının DNA'sını test etti ve hangi kadının yıllar sonra meme kanserinin tekrarlamaya daha eğilimli olduğunu doğru bir şekilde biçimlendirmeye yardımcı olacak bir 'genetik markır' yöntemi geliştirdi. Cross Kanser Enstitüsü'nden Prof. Dr. Sambasivarao Damaraju tarafından yürütülen ve PLoS One dergisinde yayımlanan çalışmada, meme kanseri tanısı almış 369 kadının tüm genomu tarandı. Teste tabi tutulan kadınların 155 tanesinde kanser tekrar ederken, 214'ünde tekrar etmedi.

Çalışmanın sonuçlarını değerlendiren Prof. Dr. Damaraju, şu bilgileri verdi: "Eğer hangi kadının yüksek meme kanseri rekürrensi riski altında olduğunu doğru bir şekilde öngörebilsek, hekimlere ve onkologlara bu kadınların kanserin geri gelmesini önleme umuduyla daha agresif bir tedavi tasarlama imkanı vermiş oluruz. Böylece tedavi stratejileri bu kadınlara özel olarak genetik yapılarına göre ve meme kanseri rekürrensine yatkınlıklarına göre yeniden planlanabilir."

Prof. Dr. Damaraju ve ekibi meme kanserinde iyi prognoza odaklandı. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık %70'i bu kategoriye girmektedir. Hali hazırda, meme kanseri hastaları için tedavi seçenekleri doktorların tümörün kendisi hakkında bildiklerine dayanmaktadır -büyüklüğü, gradı ve belirli markırların tümörde bulunup bulunmaması-. Prof. Dr. Damaraju, doktorların tümörde gördüklerine

dayanarak mükemmel bir prognoz verilen fakat kanserleri tekrarlayan hastalar olduğunu belirterek "Bazı kadınlar ise tümörlerinden toplanan verilere göre kötü prognoza sahip olmalarına rağmen kansersiz kalmaktadır. Basit kan testi yoluyla, tümöre dayalı markırların DNA markırlarıyla tamamlanarak prognozun doğruluğunun geliştirilebileceğini düşünüyoruz."



Halen genişletilerek sürdürülen çalışma sayesinde yakın gelecekte DNA öngörücü bu testin kullanıma hazır hale getirileceği belirtiliyor. Kanada Meme Kanseri Vakfı - Prairies/ NWT Bölgesi CEO'su Trish Bronsch, çalışma ile ilgili şu değerlendirmeyi yapıyor: "Dr. Damaraju'nun meme kanseri hastaları için kişiselleştirilmiş tedavi keşfi çok önemlidir. Meme kanserinin bireysel risklerini ve rekürrensini bilmek doktorlara ve onkologlara bireysel ihtiyaçlara uygun bir tedavi planı oluşturmak için büyük bir avantaj sağlayacaktır."

Kaynak: Germline DNA Copy Number Aberrations Identified as Potential Prognostic Factors for Breast Cancer Recurrence. S. Ghosh, R. Coe, C. Cass, Y. Yasui, J. Mackey, S. Damaraju. PLoS ONE, 2013; 8 (1): e53850 DOI: 10.1371/journal.pone.0053850

Gen ekspresyonu, tümörün dijital parmak izidir

Meme kanserinde alt tipleri belirlemek için yeni bir yöntem!

Klinik Onkoloji Dergisi'nde yayınlanan yeni bir çalışmaya göre, sınıflandırma hatalarını en aza indirerek meme kanseri alt tipine sahip hastalarda prognoz ve tedavi yaklaşımında iyileşme sağlayan yeni genetik markır geliştirildi. Vall d'Hebron Onkoloji Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Aleix Prat, tarafından yapılan bu çalışma, luminaller olarak bilinen hormona duyarlı meme tümörlerine odaklandı. Çalışma, gen ekspresyonu ile edinilen tümörlere ilişkin verileri histopatolojik veriler ile karşılaştırarak bu tümörlerin rutin klinik uygulamadaki mevcut sınıflandırmasını iyileştiren yeni bir tanım öneriyor.

Meme kanserindeki gen ekspresyonu, tanı, tedavi, nüks riski ve sağkalım oranını daha iyi belirlemeye yönelik değerli biyolojik bilgiler sunmaktadır. Ancak, meme kanserinin karakterize edilmesinin en yaygın formu, histopatolojik tekniklerle sağlanmaktadır. Herhangi bir meme kanseri vakasında, moleküler alt tipinin belirlenmesi esastır. Son zamanlarda, gen ekspresyonu, hormona duyarlı tümörlerden Luminal A ve Luminal B olarak bilinen iki majör grup tanımlamıştır. Tedavi, bunun sınıflandırmasına dayanmaktadır ve bu nedenle yüksek oranda kesin olması gerekmektedir.

Çalışma ile ilgili bilgi veren Prof. Dr. Prat, "Luminal B tümörleri daha az optimistik prognoz gösterip, çoğu vakada kemoterapi gerektirirken, Luminal A tümörleri hormon tedavisinde iyi prognoza sahiptir. Sorun, bu grupların histopatolojik verilerle tanımlanmasındaki mevcut yöntemin

mükemmel olmamasında yatmaktadır. Bu nedenle, bizim Luminal A ve B tümörlerinin histopatolojik tanısını daha ayrıntısına inerek ayarlayacak ek bir parametreye ihtiyacımız vardı" dedi.

Şuanda, luminal veya hormona duyarlı tümörlerin tanımlanmasının yolu, hormon reseptörlerine pozitif ve HER2 ekspresyonuna negatif test yapılmasıdır. Luminal A ve Luminal B tümörleri arasındaki fark, tümör hücrelerinde patolog tarafından tespit edilen Ki-67 proteininin miktarıdır. Tümör, Ki-67-pozitif hücre oranı %14'den daha düşükse, Luminal A olarak sınıflandırılmaktadır. Luminal A alt tipinin bu tanımındaki sorun, bu tümörlerin ~%30'unun aslında gen ekspresyonu ile Luminal B olarak gösterilmesi ve bu nedenle tek başına hormon tedavisinde olumsuz prognoz sergilemesidir.

Bu çalışmada, histopatolojik verilerin gen ekspresyonu profilleri ile uyuşup uyuşmadığının karşılaştırılması amacıyla, İspanya (GEICAM işbirliği grubu), Kanada (British Columbia Üniversitesi, Dr. Nielsen) ve ABD'deki (North Carolina Üniversitesi, Dr. Perou) üç bağımsız gruptan elde edilen binlerce tümör kontrol edilmiş ve bazı majör uyuşmazlıklar saptanmıştır.

Elde edilen verilerle ilgili bilgi veren Prof. Dr. Prat, "Yürüttüğümüz genomik çalışma progesteron reseptörü miktarının, bu iki biyolojik özelliğin ayırt edilmesinde önemli olduğunu göstermiştir. Bu yeni değişkeni Luminal A tümörlerinin mevcut histopatolojik tanımını iyileştirmek için bir marker olarak kullanabiliriz. Progesteron reseptörü pozitif tümör hücrelerinin sayısının artması ile birlikte tanının Luminal A tümörü olma ihtimali yükselmektedir. Luminal A tümörlerinin bu çalışma tarafından

önerilen yeni histopatolojik tanımı "hormon reseptörü pozitif, negatif HER2 ekspresyonu, %14'ten düşük Ki-67-pozitif ve %20'den yüksek progesteron-reseptörü pozitif" şeklindedir" dedi.

Her tümör için en doğru ve kapsamlı bilgiyi sağlayan yöntem gen ekspresyonu teknikleridir. Yakın zamanda, gen ekspresyon tekniklerini rutin klinik uygulamaya yaklaştırdığı için çalışmasından dolayı Ulusal Meme Kanseri Araştırması Ödülü alan Prof. Dr. Aleix Prat, şu değerlendirmeyi yaptı: "Histopatolojik verilere kıyasla gen ekspresyonuna dayanan testler bize her tümör için daha doğru bir moleküler profil sunuyor ve nüks ihtimalini daha iyi gösteriyor. Bunun nedeni, 3- 4 marker yerine, tek seferde binlerce markeri değerlendirmemizdir. Bu genomik teknikler, rutin klinik uygulamada kolayca bulunmamaktadır. Bu çalışmada,



mevcut diğer testlerin aksine meme kanserinin biyolojik düzeyde daha iyi karakterize edilmesine imkan veren, PAM50 olarak bilinen bir genomik testi değerlendirdik."

Kaynak: Prognostic Significance of Progesterone Receptor-Positive Tumor Cells Within Immunohistochemically Defined Luminal A Breast Cancer. A. Prat, E. Carrasco, R. Caballero, S. Tyldesley, K. Gelmon, P. Bernard, T. Nielsen, C. Perou. Journal of Clinical Oncology, 2012; DOI: 10.1200/JCO.2012.43.4134

Meme kanserinde nüksü saptamak için yeni bir kan testi

Amerikan Kimya Derneği'nin 243. Ulusal Toplantısı'nda sunulan bir çalışmaya göre, mevcut kan testlerine kıyasla, yeni geliştirilen hassas bir kan testi ile meme kanserinin tekrarlama riski 1 yıl önceden tespit edilebiliyor.

Çalışmanın araştırmacılarından Dr. Daniel Raftery, yalnızca Amerika'da 2.5 milyonu bulan sağ kalan meme kanseri hastalarında %1-5 oranında 10 yıl içerisinde kanserin nüks etme riski olduğunu belirtti. Tekrarlayan meme kanserinin sinyalini veren 9 biyobelirteçten oluşan bir dizi oluşturduklarını söyleyen Dr. Raftery, şu bilgileri verdi: "Bu belirteçlerin, CA belirteci ile aynı duyarlılıkta, hastalık nükslerini 2 kat daha fazla saptayabilme yeteneğine sahip. Bu belirteçler tekrarlayan kanseri 11-12 ay önceden yani erken evrede haber veriyor. Bu test, biyopsi gibi değil, yalnızca kana bakılarak yapılıyor"

Bu belirteçleri bulmak için Dr. Raftery ve Purdue Üniversitesi ve Matrix-Bio

Inc.'teki ekibi, sağ kalan meme kanseri hastalarının kanlarındaki yüzlerce metabolitin analizini yaptı. Metabolit profillemeye adı verilen son yıllarda gelişmekte olan bilimsel alanda da bu metabolitlerin insan sağlığını ve hastalıkları nasıl etkilediği anlaşılmaya çalışılmaktadır. Metabolit gruplarının şimdiden birçok hastalık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Dr. Raftery'nin de incelediği biyobelirteçlerin kanser ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak, daha önce kimse bu metabolitlerin tekrarlayan meme kanserinin belirteci olarak kullanılabileceğini göstermemiştir.

Belirteçlerin, kitle spektrometresi ile saptandığını belirten Dr. Raftery, şu bilgileri verdi: "Bu belirteçler CA 27.29 kan test sonuçları ile birlikte de kullanılabilecek. Bu sonuçları birlikte kullanıyor ve hastalık profiline uyarlıyoruz. Böylece elde ettiğimiz skor, hem CA değerini hem de 9 metabolitin bir sonucu oluyor. Skor kanserin geri döndüğünü gösteriyorsa,



tümörün yerini saptamak için hastaya görüntüleme testi yapılıyor."

Yeni testin önümüzdeki yıl piyasaya çıkacağını söyleyen Dr. Raftery, "Bu süre içinde, testin geliştirilmesi için ek çalışmalar yapacağız. Ayrıca ileride test yalnızca nükslerde değil, meme kanserinin erken teşhisinde de kullanılabilmesi için ek çalışmalar yapmayı planlıyoruz" dedi.

KAYNAK: Bu haber çalışması San Diego'da düzenlenen Amerikan Kimya Derneği'nin 243. Ulusal Toplantısı'nda Dr. Daniel Raftery sunulan çalışmadaki bilgiler ışığında hazırlanmıştır.



Menopoz öncesinde saptanan düşük D vitamini düzeyi meme kanseri göstergesi olabilir

Cancer Causes and Control dergisinde yayımlanan prospektif bir çalışmada, tanıdan önceki aylarda serumda saptanan düşük D vitamini düzeylerinin, menopoz öncesinde önemli bir meme kanseri göstergesi olabileceği ileri sürüldü. Çalışmada sağlıklı 1.200 kadının kan düzeyleri incelendi ve serum D vitamini düzeyleri tanıdan üç ay önce düşük olan kadınların meme kanseri riskinin kontrol grubundaki kadınlara oranla üç kat fazla olduğu saptandı.

Daha önceki çalışmalarda da düşük D vitamini düzeyi ile meme kanseri arasındaki ilişki konusunda kanıtlar saptandığını belirten çalışmanın başyazarı Prof. Dr. Cedric Garland, "D vitamininin meme kanserini nasıl önlediğine dair mekanizmalar tam anlaşılmamışken, bu çalışma kandaki düşük D vitamini ile kanser gelişimi arasındaki ilişki konusunda önemli veriler sağladı" diyor.



Mevcut kohortta, 90 günden daha erken ölçülen D vitamini düzeylerinin analizi, serum düzeyleri ve menopoz öncesi meme kanseri riski arasında kesin bir ilişki belirlemedi. Ancak, bu yeni çalışma tümör tanısından önceki üç ay içinde –tümörün büyümesinde fizyolojik olarak kritik bir zaman – kanserin önlenmesi için ilgili zaman penceresi olasılığını işaret etmektedir. Bu durumun tümörün büyümesi için gerekli kan damarlarını en aktif şekilde topladığı nokta gibi gözüktüğünü söyleyen Prof. Dr. Garland, "Bu veriye dayanarak, D vitamininin, özellikle menopoz öncesi meme kanserinin insidansını azaltma konusunda önemli bir işleve sahip olacağını söyleyebiliriz. Ancak bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç var" dedi.

Araştırmada, rutin hastalık taraması için 9 milyon kan serumu örneği kullandı. Araştırmacılar, 600'ünde daha sonra meme kanseri gelişen ve 600'ü sağlıklı kalan olmak

özere, 1.200 kadından aynı zaman aralığında alınan tanı öncesi serum numunelerini analiz ettiler. Prof. Dr. Garland ve meslektaşları tarafından gerçekleştirilen bir 2011 meta-analizi, 50 ng/ml serum düzeyinin yüzde 50 daha düşük meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu hesapladılar.

Mevcut verilerin konsantrasyondaki, serum 25-hidroksivitamin D olarak ölçülen D vitamininin bilinen bir riskle ilişkili olmadığını gösterdiğini belirten Prof. Dr. Garland, "Fakat hastaların D vitamini tüketimlerini artırmadan önce, serum 25 (OH)D düzeylerini ölçmelerini tavsiye etmekteyiz. D2 vitamini gibi D vitamininin diğer formlarına itimat edilmemesi ve doktor tarafından tavsiye edilenler dışında, mega dozlardan uzak durulması gerekir" dedi.

Kaynak: Serum 25-hydroxyvitamin D and breast cancer in the military: a case-control study utilizing pre-diagnostic serum. E. Gorham, C. Macera, J. Parsons, D. Wingard, C. Garland. *Cancer Causes & Control*, 2013; DOI: 10.1007/s10552-012-0140-6.

Nöroendokrin tümörlerde tedavi seçenekleri artıyor mu?

Nöroendokrin tümörlerin tedavisinde güncel gelişmelerle ilgili bilgi veren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Ünitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Şuayib Yalçın, tedavide cerrahinin yanı sıra sistemik tedavi seçeneklerinde önemli gelişmeler yaşandığını belirtti. Prof. Dr. Yalçın, ONCOLife Ankara Temsilcisi Hatice Pala Kaya'nın sorularını yanıtladı.

Nöroendokrin tümörler hakkında bilgi verebilir misiniz?

Prof. Dr. Yalçın: Nöroendokrin tümörler en çok sindirim sistemimizi ve gastrointestinal sistemimizi etkileyen tümörlerdir. Başlıca midede, özellikle ince barsakta, pankreas ve rektumda görülürler. Nöroendokrin tümörlerin nedeni tam olarak bilinmiyor fakat bazı alt tipleri örneğin; bunlar Multiple Endokrin Neoplazi dediğimiz MEN Sendromu ile birlikte ve bazen diğer birtakım genetik hastalıklarla birlikte olabilir.

Erken tanının önemi ve tedaviye etkisi nedir?

Prof. Dr. Yalçın: Nöroendokrin tümörler genellikle yavaş seyirli ve birçok kez kritik bir büyümeye, yaygınlığa ulaşmadan tanı koymak mümkün olabilmektedir. Ancak hekimler hastalarında nöroendokrin tümör olasılığını da akıllarında tutarlarsa ve tetkiklerini bu yönde yaparlarsa, hastalara daha erken dönemde tanı koymak mümkün olur. Çünkü nöroendokrin tümörler, her ne kadar yavaş seyirli hastalıklar olsa da, bu hastalar ileri evrede birçok kez tam kür olma şansını yakalayamamaktadırlar. Ayrıca günümüzde hastaların %50'den fazlası lokal ileri veya metastatik olarak tanı almaktadır. En azından bu oranın azaltılması için hekimler ve hastalar arasında farkındalığın artması önemli faydalar sağlayacaktır.

Nöroendokrin tümörlerde şu anda mevcut tedavi seçenekleri nelerdir?

Prof. Dr. Yalçın: Nöroendokrin tümörlerde öncelikli tedavi cerrahidir. Hastalığın evresine göre tedavi planlanmaktadır. Evresi

dışında hastalığın histopatolojik derecelendirmesi de önemlidir. Çünkü bu hastalıkların çoğu iyi diferansiye düşük dereceli tümörler olmakla birlikte, orta dereceli veya yüksek dereceli olduğu zaman hastaya yaklaşım farklılaşmaktadır. Aynı zamanda tümörün köken aldığı organ veya bölge çok önemlidir. Buna göre de yine farklı yaklaşım söz konusu olabilir. Tümörün kritik büyüklüğü de çok önemlidir. Tümör özellikle belli bir kritik büyüklüğe ulaşmamışsa, daha az invaziv cerrahi mümkün olabilmektedir. Tümör çapı büyüdükçe, özellikle 2 cm'nin üzerindeki durumlarda aynı adenokanserler gibi daha radikal cerrahi yapma gereği olabilir. Günümüzde o organa ait genel cerrahi prensiplerine göre hastalığın ameliyat edilmesi uygundur ama mümkün olmadığı durumlarda sistemik tedavi yapmak gerekebiliyor.

Sistemik tedavide de iki türlü yaklaşım söz konusu olabiliyor; birincisi tümörün büyümesinin engellenmesi, durdurulması, küçültülmesi veya mümkünse kaybedilmesi ya da tümöre bağlı yakınmaların yani semptomların giderilmesi ve tümörün fonksiyonel belirtilerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunlarla ilgili günümüzde tıbbi tedavide çok önemli gelişmeler söz konusu. Örneğin; özellikle pankreas nöroendokrin tümörlerde kemoterapinin bir miktar yeri vardı. Bunun dışında çok fazla tedavi seçeneğimiz yoktu.

Şimdi özellikle bu hastalıkta ortaya çıkan hedefe yönelik ajanlar hastalarımıza ağızdan tedavi seçenekleri sunmaya başladı. Bu konuyla ilgili özellikle Sunitinib ve



Everolimus isimli ilaçların pankreas nöroendokrin tümörlerde ve ileri evrede hastalığı yavaşlattığı gösterildi. Octreotide'in gastrointestinal nöroendokrin tümörlerde semptom kontrolünün yanı sıra, bu tümörleri yavaşlattığı da ortaya çıktı. Tümörü yavaşlatmak çok önemli o nedenle biz bunu önemsiyoruz. Ayrıca ülkemizde radyonüklid tedaviler de uygun hastalara yapılabilmektedir.

Nöroendokrin tümörlerde multidisipliner yaklaşımın yeri ve önemi nedir?

Prof. Dr. Yalçın: Onkoloji bilimi, birçok bilim dalını içeren multidisipliner bir yapıya sahiptir. Nöroendokrin tümörlerin özellikle bu konudaki uzman merkezlerde tedavi edilmesini öneriyoruz çünkü bu konuda ekspertizin ve deneyimin yeri çok önemlidir. Uzmanlaşmış bir kurumda multidisipliner bir yaklaşımın başarıda etkisi söz konusu olmaktadır. Hasta böyle merkezlere yönlendirildiğinde yaşam süresi artıyor ve ek tedavi seçeneklerinden yararlanabiliyor.



Radyoterapi almış hastalarda kalp cerrahisi mortaliteyi iki kat arttırıyor

Amerikan Kalp Birliğinin dergisi Circulation'da yeni yayımlanan araştırmaya göre, göğüs radyasyonu almış olan kanser hastaları radyasyon almayan hastalara oranla, majör kalp cerrahisinden sonraki dönemde iki kat daha fazla mortalite riskine sahip. Göğüs radyasyonu, tedavisinden on yıllar sonra bile, sağ kalanların majör kalp hastalığı riskini arttırıyor. Ancak yeni bulgular bu hastaların ayrıca kalp cerrahisi için de çok kötü adaylar olduğunu gösteriyor.

Araştırmanın verilerini değerlendiren Cleveland Clinic uzmanlarından ve çalışmanın yazarı Doç. Dr. Milind Desai, şu bilgileri veriyor: "1960'ların sonu, 70'ler ve 80'lerde çocuklar ve erişkinler üzerinde yapılan radyasyon tedavisi

kanser sağkalımında önemli bir rol oynarken, tedavi çoğunlukla kalbe büyük zararlar verdi. Sağ kalanlar, progresif koroner arter hastalığı, agresif vavular hastalığının yanında kalbi çevreleyen yapıları etkileyen

perikardiyal hastalıkların gelişmesinde radyasyon almamış olan kişilerden daha fazla riske sahiptir. Bu koşullar çoğunlukla majör kardiyak cerrahi gerektiriyor. Ancak bu hastalara uygulanacak cerrahi de risklidir."

Kardiyak Cerrahi Geçiren Radyasyon Almış Hastalarda Uzun Vadeli Sağkalım: Bir Kohort Çalışması.

Abstract: Bilimsel Zemin: Torasik radyasyon, çoğunlukla kardiyotorasik cerrahi (CTS) gerektiren radyasyonla ilişkili kalp hastalığına (RAHD) yol açar. CTS geçiren RAHD hastalarında, benzer cerrahi prosedürler geçiren eşleşmiş kontrol grubuyla kıyaslayarak uzun vadeli sağkalımı, ölçmeyi ve uzun vadeli sağkalımın potansiyel öngördürücülerini tanımlamayı amaçladık.

Yöntem ve Bulgular: CTS geçiren hastalarla gerçekleştirilen bu retrospektif gözlemsel kohort çalışmasında, yaş, cinsiyet ve CTS tip/zaman bazında eşleşen 173 RAHD hastası (%75 kadın; yaş, 63±14 yaş) ve 305 karşılaştırma hastası (%74 kadın; yaş, 63±4 yaş) dahil edildi. RAHD hastalarının büyük çoğunluğu daha önce meme kanseri (%53) ve Hodgkin lenfomaya (%27) sahipti ve radyasyondan sonraki ortalama zaman 18±12 yıldır. Klinik ve cerrahi parametreler kaydedildi. Operasyon öncesi EuroSCORE ve tüm nedenlere bağlı mortalite kaydedildi. Ortalama EuroSCORE'lar RAHD ve karşılaştırma gruplarında benzerdi (sırasıyla, 7.8±3'e kıyasla 7.4±3; P=0.1). Proksimal koroner arter hastalığı, karşılaştırma hastalarına kıyasla RAHD hastalarında daha yüksekti (%38'e kıyasla %45; P=0.09), tekrarlayan CTS, RACD grubunda karşılaştırma grubuna kıyasla daha düşüktü (%20'ye kıyasla %29; P=0.02). Her iki gruptaki hastaların yaklaşık üçte ikisi kombinasyon cerrahi prosedür geçirdi. Ortalama 7.6±3 yıllık takip süresince, RAHD grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda hasta karşılaştırma grubuna kıyasla (%55'e kıyasla %28; P<0.001). Çok değişkenli Cox orantısız risk analizinde, RAHD (2.47; %95 güven aralığı, 1.82-3.36), artan EuroSCORE (1.22; %95 güven aralığı, 1.16-1.29), ve β-bloker eksikliği (0.66; %95 güven aralığı, 0.47-0.93) artmış mortalite ile ilişkiliydi (P<0.01).

Sonuç: CTS geçiren hastalarda, RAHD artmış uzun vadeli mortalite işaretiydi. RAHD'de uzun vadeli sağkalımı iyileştirmek için alternatif tedavi stratejileri gerekebilir.

Kaynak: Long-Term Survival of Patients With Radiation Heart Disease Undergoing Cardiac Surgery: A Cohort Study. W. Wu, A. Masri, Z. B. Popovic, N. G. Smedira, B. W. Lytle, T. H. Marwick, B. P. Griffin, M. Y. Desai. Circulation, 2013; 127 (14): 1476 DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.001435

Çalışma daha önce geçirilen radyasyonun majör kalp cerrahisini uzun vadede nasıl etkilediğiyle ilgili en kapsamlı araştırma olarak gösteriliyor. Araştırmacılar, kalp cerrahisine ihtiyacı olan ortalama 18 yıl önce kanser için radyasyon tedavisi alan 173 hastayı taradı. Kalp cerrahisi hastalarını ortalama 7.6 yıl takip etti ve radyasyon tedavisi almamış benzer kalp cerrahisi geçiren 305 hastayla karşılaştırdı. Doç. Dr. Desai, elde ettikleri verilerle ilgili şu bilgileri veriyor: "Bunlar kapakçık veya bypass prosedürlerinin dahil olduğu majör açık kalp prosedürleriydi ve büyük çoğunluk, örneğin çoklu kapakçık cerrahisi veya kapakçık artı bypass gibi çoklu eşzamanlı prosedürler geçirdi. Tekrarlayan cerrahiler geçiren hastalın yaklaşık dörtte biri, ilk prosedürleri geçiren kişilerden daha fazla riske sahip oluyorlar."

Radyasyon hastaları, radyasyon almamış hastalar gibi benzer cerrahi öncesi risk skorlarına sahiptir. Tipik

olarak, operasyon öncesi risk skorları hastaların cerrahiden sonra nasıl üstesinden geleceklerini belirlemeye yardım etmektedir. Hastalar ilk 30 günde majör kardiyak cerrahiden sonra daha önceki radyasyon durumlarından bağımsız olarak benzer bulgulara sahipti. Ancak ortalama 7.6 yıllık takip süresi boyunca, radyasyon almayan gruptaki yüzde 28'lik orana kıyasla, radyasyon grubundaki hastaların yüzde 55'i öldü.

Radyasyon almış kişilerin, kardiyak cerrahiden sonra ciddi bir mortalite riskine sahip olduğunu söyleyen Doç. Dr. Desai, "Bu durum rölatif olarak düşük risk skoruyla cerrahi uygulama yapılmasına rağmen. Daha önce torasik radyasyon alan hastalarda, cerrahi girişimden faydalanabilecek uygun hastaları tanımlamada daha iyi stratejilere ihtiyacımız var. Alternatif olarak, bazı hastalar perkutan prosedürlere daha iyi uyabilir" diyor.



Yeni cerrahi teknikle kanser invazyonu florasanla tespit edilebilecek!

Kanser cerrahlarının karşılaştığı en büyük sorunlardan birisi, hasta anestezi altındayken hangi dokunun alınıp hangisinin alınmayacağına tam olarak bilinmesindedir. California Üniversitesi San Diego Tıp Fakültesi'nden bilim insanları, cerrahların ameliyat esnasında hangi lenf nodlarının kanseröz olduğunu belirlemesine imkan vererek sağlıklı dokunun kurtarılmasını sağlayan yeni bir teknik geliştirmiştir. Cancer Research dergisinin yeni sayısında yayımlanan çalışma kanser tedavisinde başarı oranlarını etkileyecek nitelikte.

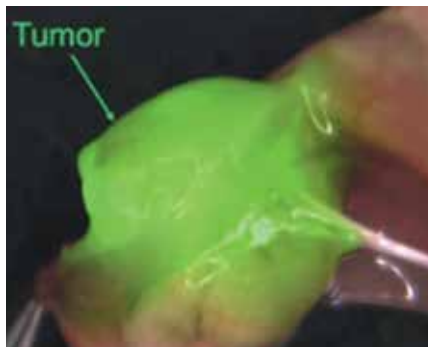
Çalışmayla ilgili bilgi veren San Diego Tıp Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Quyen T. Nguyen, "Bu araştırma, kanser metastazlarının gerçek-zamanlı intraoperatif tayinini göstermesi bakımından çok önemli bilgiler sağladı. Yakın gelecekte, cerrahlar, hastanın lenf nodlarına yayılan kanseri bu molekülleri kullanarak daha iyi

tespit edip, hangi evrede olduğunu belirleyecek. Cerrahlar, kanserin yayılıp yayılmadığını anlamak için nodları çıkarmaktadır. Ancak, milimetrik boyutlardaki insan nodlarının cerrahi operasyon sırasında çevre dokular arasında seçilmesi zordur. Yeni yöntem bu anlamda önemli faydalar sağlayacak" diyor.

UC San Diego Sağlık Sisteminde fasiyal sinir kliniği direktörü Dr. Nguyen, "Moleküler hedefli görüntüleme ile, cerrahlar, hastalar için uzun sürede

daha iyi olan sağlıklı lenf nodlarının gereksiz yere alınmasından kaçınılabilir. Bu yöntem, cerrahlara görsel alan aralığı sağlıyor ve metastazların tespit edilmesini kolaylaştırıyor. Böylece geride hiçbir tümör kalmaması sağlanıyor" dedi.

Ratiometrik aktive edilebilir hücre-penetrant peptidler (RACPP) olarak bilinen floresan ile etiketlenen moleküller enjekte edilebilir. Cerrahlar, metastatik bölgeler yalnızca birkaç milimetre boyutunda olduğunda dahi kanserin yüksek sensitivite ve spesifite ile yayılıp yayılmadığını anlayabilmektedir. Bu yeni teknik, cerrahi ekibin patoloji raporları için beklemesine gerek olmadığından, OR süresini düşürecek ve anestezi altında kalınan süreyi ve kanseröz olmayan lenf nodlarının alınması için yapılan gereksiz cerrahi operasyonları azaltacaktır.



Yeni terapiler renal hücreli kanser tedavisinde başarıyı önemli oranda arttırdı!

Renal hücreli kanser tedavisinde geçmiş yıllara göre önemli ilerlemeler sağlandığını söyleyen Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyesi

Doç. Dr. Gamze Gököz Doğu, “Hedefe yönelik ilaçlardan önce bu alanda sitokin bazlı tedaviler kullanılıyordu ve objektif yanıt oranları %5-27 aralığındaydı. Ancak hastalığın moleküler biyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla hem tedavi seçenekleri hem de tedavi başarısı önemli oranda arttı” dedi.

Renal hücreli kanser tedavisinde son yıllarda yaşanan gelişmelerle ilgili sorularımızı yanıtlayan Doç. Dr. Gamze Gököz Doğu, gelişen tedavi konseptleri ve kullanıma giren yeni nesil ajanlar hakkında değerlendirmelerde bulundu.

ONCOLife: Böbrek kanserlerinin toplumda görülme sıklığı nedir? Genel özellikleri hakkında neler söyleyebilirsiniz?

Doç. Dr. Doğu: Renal hücreli kanser olarak da adlandırdığımız böbrek kanserleri, tüm kanserlerin yaklaşık %2-3’ünü oluşturmaktadır. Son 65 yılda ise literatürde yıllık görülme sıklığında yaklaşık %2’lik bir artıştan bahsedilmekte ve erkeklerde 1.6:1 oranında daha sık görülmektedir. Tanı için median yaş 65 olarak bildirilmektedir. Böbrekte görülen tümörlerin

yaklaşık %90 kadarını renal hücreli kanserler oluşturmaktadır. Renal hücreli kanser ailesi tek bir üyeden oluşmaz; içinde klinik ve patolojik olarak farklı özellikler gösteren alt gruplar yer alır. En sık görülen ve vakaların %75 kadarını oluşturan alt grup, berrak hücreli dediğimiz sınıftır. Papiller (%15), kromofob (%5), onkositoma (%5) gibi diğer histopatolojik alt gruplar ise daha az gözlenmektedir.

Etiyolojik risk faktörleri içinde en çok üzerinde durulan faktörler

sigara, obezite, analjezik kullanımı, sanayide kullanılan kadmiyum gibi bazı maddelere maruziyet sayılabilir.

Ayrıca son dönem böbrek yetmezliği olup diyaliz tedavisi olan ve edinilmiş renal kistik hastalığı tespit edilen hastalarda da RHK gelişme riskinin arttığına dair veriler de mevcuttur. Hereditör risk faktörü olarak öne çıkan ise VHL (von Hippel-Lindau) gen mutasyondur.

ONCOLife: Bu alanda erken teşhis için özel tanı protokolleri var mı?

Doç. Dr. Doğu: Günümüzde sık görülen ve erken dönemde teşhis edilip tedavi edildiğinde sağkalımı uzattığı çalışmalarla gösterilen bazı kanserler için rutin tarama programları uygulanmaktadır. RHK, meme kanseri, kolorektal kanserler veya akciğer kanserine nazaran daha nadir görülmekte ve halen önerilen herhangi bir tarama programı söz konusu değildir. Vakaların çoğu rastlantısal olarak görüntüleme yöntemleriyle tesbit edilmektedir. Genelde şikayete neden olduğu zaman tümör çok büyük boyutlara ulaşmıştır veya metastaz yapmıştır. Böbrek bölgesinde kitle ve ağrı, kanlı idrar gibi böbrek kanseriyle ilişkili olabilecek şikayetler yanında diğer kanserlerde de gelişebilen iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, tekrarlayan ateş gibi belirtiler de olabilir. Tanı konduğu zaman vakaların %45 kadarı lokal-erken evrede, %25'i lokal ileri evrede, %30 kadarı ise metastatik evrededir. Klinik şüphe varlığında ultrason (USG), bilgisayarlı tomografi(BT) ve manyetik rezonans görüntüleme(MRG) teknikleri bireysel olarak hastalarda kullanılmaktadır.

ONCOLife: Erken evre hastalarda tedavi yaklaşımı nasıl olmalı?

Doç. Dr. Doğu: Erken evrede standart yaklaşım cerrahidir. Radikal nefrektomi veya nefron koruyucu yaklaşımlar vaka bazında değerlendirilmelidir. Günümüzde lenf nodu diseksiyonu önerilmemektedir. EORTC 30881 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) çalışmasına göre sağkalım üzerine herhangi bir katkı sağlamamakta... Erken evre lokal hastalıkta cerrahi sonrasında, şu ana kadar yararlı olduğu ispatlanan ve pratiğimize yansıyan herhangi bir tedavi modalitesi (kemoterapi, radyoterapi, interferon gibi) bulunmamaktadır. Cerrahi sonrası hastaların 1/3'ünde nüks gelişmekte; bu yüzden NCCN kılavuzu cerrahi sonrasında ilk 2 yıl 6 ayda bir, sonrasında yıllık kontrollerle takip önermektedir. Kontrollerde fizik muayene, hemogram ve biyokimyasal analizlerle batın±pelvik,



toraks görüntüleme yapılmasını önermektedir.

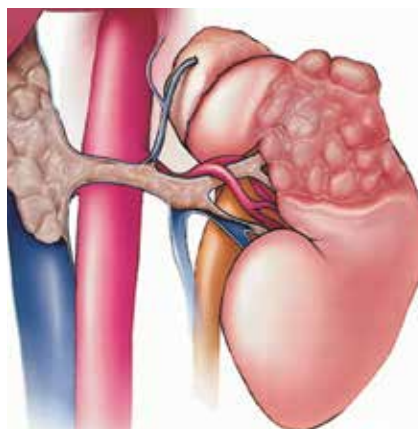
ONCOLife: İleri evre hastalar için yeni tedaviler var mı?

Doç. Dr. Doğu: İleri evre hastalıkta cerrahi seçilmiş hastalarda uygulanmaktadır. Faz III çalışmada tek başına interferona göre cerrahi sonrası interferon tedavisi ile cerrahi kolunda sağkalımda uzama tesbit edilmiştir (13.6 ay vs 7.8 ay). Seçilmiş hastalarda, özellikle izole akciğer metastazı olan, performansı iyi olan, iyi prognostik faktörlere sahip olan hastalarda sonuçlar daha yüz güldürücü olup, ileri evrede bu hasta grubunda cerrahi düşünmek gerekir. Metastatik RHK tedaviye en dirençli tümörlerden biridir. Klasik sitotoksik kemoterapinin RHK'da antitümoral aktivitesi çok azdır.

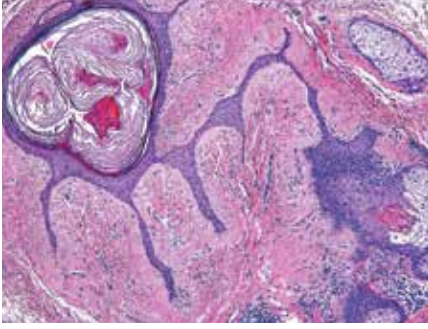
Hedefe yönelik tedavilerden önceki dönemde, ilk sıra tedavide sitokin bazlı (interferon ve/veya interlekin) kullanılmaktaydı ve elde edilen objektif yanıt oranı %5-27 arasında değişmekteydi. Ciddi yan etki profiline de sahip olan bu ajanlar, ancak bazı hastalarda etkili olabiliyor ve uzun

sürelili yanıt oranı oldukça düşüktür. RHK'nin moleküler biyolojisi son yıllarda daha iyi anlaşılmağa başlandı ve böylece hedef alınabilecek birçok moleküler yol belirlendi. RHK tedavisi son yıllarda dramatik olarak değişmiş ve değişmeye devam ediyor. VHL geninin de regülasyonunda rol aldığı anjiyogenez ile ilişkili büyüme faktörlerinin RHK için önemli olduğu gösterilmiştir. Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF – vascular endothelial growth factor) ve platelet kökenli büyüme faktörü (PDGF – platelet derived growth factor) gibi sitokinler ve mTOR (mammalian target of rapamycin) gibi sinyal yolları RHK'de önemli yere sahiptirler. Bu nedenle RHK tedavisinde bu hedeflerin inhibisyonuna yönelik tedaviler günümüzde öne çıkmaktadır.

Bu gelişmelerle birlikte artık elimizde FDA tarafından onaylanan farklı seçeneklerimiz var. Muti-kinaz inhibitörü olarak bilinen ve tirozin kinazın yanı sıra birçok reseptörü de inhibe ederek etki eden ve hedefe yönelik tedavi ilaçları olarak bilinen grupta toplam 6 ayrı seçeneğimiz bulunmaktadır. Şu an için FDA onayı olan tirozin kinaz inhibitörlerinden(TKI) sunitinib, VEGFR-1-2-3, PDGFR-α ve β, c-kit, FLT-3, CSF-1R, RET inhibisyonu yaparken; sorafenib VEGFR-1-2-3, PDGFR-β, FLT-3, c-kit, RET inhibisyonu yapar. Pazopanib VEGFR-1-2-3, PDGFR-α ve β, c-kit inhibisyonunu hedeflerken, axitinib daha selektif olarak VEGFR-1-2-3 inhibisyonu yapmakta. Axitinib dışında diğerlerine direk erişebiliyoruz.



İlk sıra tedavi seçiminde NCCN kılavuzu sunitinib, pazopanib, bevacizumab-interferon, seçilmiş hastalarda yüksek doz IL-2, sorafenib, kötü risk grubunda temsirolimus önermektedir. İkinci sırada ise; ilk sırada sitokin tedavisi aldıysa



sonrasında Axitinib, sorafenib, sunitinib, pazopanib gibi TKİ öncelikle düşünülmelidir. İlk sırada TKİ tedavisi kullanılan hastalarda ikinci sırada axitinib, m-TOR inhibitörü olan everolimus öncelikle önerilmekle beraber diğer seçenekler TKİ, bevacizumab, temsirolimus olarak sıralanmaktadır.

İlk sırada faz III çalışması olan TKİ arasında sunitinib, pazopanib yer alıyor. Faz III çalışmada Sunitinib ile IFN- α karşılaştırıldı ve güncellenen sonuçlara göre 26.4 vs 21.8 aylık median genel sağkalım avantajı elde edildi. Progresyonsuz sağkalımda (PFS) 11 aya 5 aylık yine sunitinib kolunda üstünlük sağlandı. Pazopanibin onay aldığı faz III çalışmasında ise ilk sırada bir tedavi almayan veya sitokin tedavisi alan hastalar plasebo veya pazopanibe randomize edilmişti. PFS anlamlı olarak pazopanib kolunda tüm grupta olduğu kadar, daha önce tedavi alan-almayan alt gruplarda da üstündü. (median, PFS 9.2 vs 4.2 ay). İlk sırada bildirilen diğer faz III çalışma da

bevacizumab- interferon çalışmasıydı. AVOREN çalışmasında progresyonsuz sağkalım avantajı kombine kolda bildirilirken, genel sağkalım avantajı gösterilemedi.

Hangi TKİ kullanalım sorusunun yanıtı için yapılan COMPARZ çalışmasında sunitinib ve pazopanib karşılaştırıldı ve iki ajan etkinlik açısından benzer bulunurken, pazopanib daha iyi tolere edildi. RHK tedavisinde yeni ilaçlarla ilgili çalışmalar hızla devam ediyor. Bu çalışmaların sonuçları olgunlaştıkça tedavi seçenekleri daha da artacak gibi görünüyor.

ONCOLife: Tedavi protokolünün seçiminde nelere dikkat edilmeli?

Doç. Dr. Doğu: Tedavi kararı vermeden önce prognostik modellerle hastanın riskini hesaplamak önemli olabilir. En sık kullanılan model Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) tarafından önerilen modeldir. Hastanın performansı, metastatik oluncaya kadar geçen sürenin 1 yıldan az olup olmadığı, düzeltilmiş kalsiyum düzeyi, serum LDH (Laktat dehidrogenaz) seviyesi, metastatik organ sayısı ilk modelde kullanıldı. Daha sonra bu modele anemi varlığı, nötrofil ve trombosit sayısı gibi farklı parametrelerin ilavesi ile farklı modeller oluşturuldu. Hangi model olursa olsun hastanın riskini belirlemek hem sağkalımı öngörme hem de tedaviyi yönlendirmede bizim için önem taşımaktadır. Bu modellerle yapılan son bir çalışmada, iyi riskli grupta henüz median sağkalıma ulaşamamışken, orta riskli grupta 27 ay, kötü risk grubunda ise 8.8 aylık

median bir sağkalım verisi bildirildi. Kötü risk grubunda m-TOR inhibitörü olan Temsirolimus 3.6 aylık median sağkalım avantajı sağladı ve onay aldı. Bu yüzden başlangıçta hastanın riskini hesaplamak tedavi kararında önemli olabilir; kötü risk grubunda m-TOR inhibitörleri kullanılabilir.

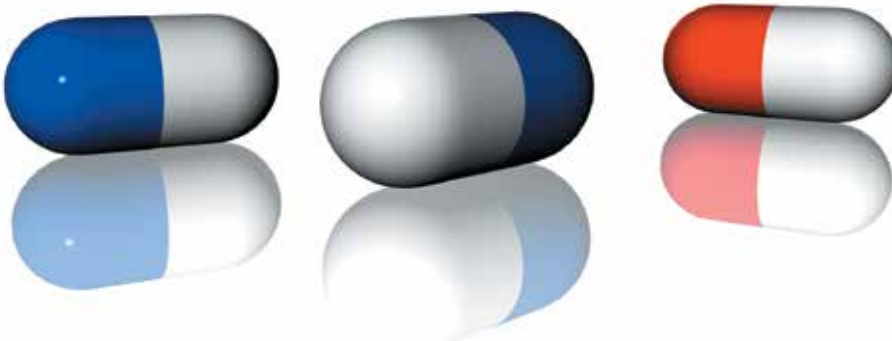
Ayrıca ardışık kullanımla ilgili çalışmaların ilk sonuçlarına göre, tirozin kinaz inhibisyonun başka bir ajanla devam ettirilmesinin, yani ardışık kullanımın avantajlı olabileceğini gösterdi. Bir TKİ ile progresyon olduğunda şu an biz m-TOR inhibitörü kullanıyoruz. Yakın gelecekte belki bu seçenekler genişleyecektir. İşin bir de maddi boyutu var, sağlık otoritelerinin yaklaşımı belirleyici olacaktır.

ONCOLife: Tedavi görenlerde en sık karşılaşılan sorunlar nelerdir?

Doç. Dr. Doğu: Hastaların karşılaştığı yan etkileri iyi yönetmek, yakın takip etmek son derece önemlidir. TKİ hedefe yönelik olsalar da çok farklı yan etkilerle karşıımıza çıkıyor. İshal ve hipertansiyon gibi grup etkisi olabilecek yan etkilerle sıklıkla karşılaşıyoruz. Birçok yolağı inhibe etmek bazı ek toksisiteyi de beraberinde getirebiliyor. Örneğin sunitinib kullanan hastalarda ciddi anemi, hipotiroidi gibi yan etkileri tesbit ederken, pazopanib kullanan hastalarda bunları deneyimlemedik.

ONCOLife: Tedavide multi-disipliner yaklaşımın yeri nedir, başarıyı ne kadar etkiliyor?

Doç. Dr. Doğu: Metastatik RHK tedavisini ve takibini tıbbi onkologlar yapmalı. Kullanılan hedefe yönelik tüm ilaçları sadece tıbbi onkolog yazabilir. Multidisipliner konseyler bu diyalogu daha artıracaktır. Biz kendi merkezimizde üro-onkoloji konseyi yapıyoruz. Ama bazı merkezlerde ben yaptım oldu mantığıyla bu hastaların tıbbi onkoloğa yönlendirilmediğini duyuyoruz. Bu büyük bir problemdir. Diyalog ve bilgi alışverişinin bir şekilde disiplinler arasında sağlanması gerekir.





VOTRIENT™:

Renal hücreli kanserin progresyonunu etkin şekilde yavaşlatır.^{1,2}

Metastatik RCC hastalarının tedavisinde kullanılan potent ve selektif bir tirozin kinaz inhibitörüdür.^{1,2}

☉ Plaseboya karşı progresyonsuz sağkalımda önemli düzelmeler sağlar:

- ☉ Tedavi görmemiş hastalarda: 2.8 aya karşı 11.1 ay^{1,2}
- ☉ Önceden sitokin tedavisi görmüş hastalarda: 4.2 aya karşı 7.4 ay^{1,2}
- ☉ Tüm popülasyonda: 4.2 aya karşı 9.2 ay^{1,2}

☉ Yorgunluk, el-ayak sendromu ve mukoziti/stomatit de dahil olmak üzere 3. ve 4. derece advers olay sıklığı düşüktür.^{1,2}

☉ Hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini korur.^{1,2}

VOTRIENT™ 200 mg ve 400 mg Film Tablet

Etkin Madde: Pazopanib (pazopanib hidroklorürü eşdeğer) 200 mg ve 400 mg film kaplı oral tablet.
Terapötik Endikasyonlar: Pazopanib, biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal lezyon ya da metastatik evredeki renal hücreli kanseri hastalarda endikedir. **Kontraindikasyonlar:** Etkin madde veya yardımcı maddelerden birine karşı aşırı duyarlılığı ve şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda ve gebelik döneminde kullanılmamalıdır. **Advers Etkiler:** Diyare, saç renginde değişiklik, hipertansiyon, bulantı, yorgunluk, anoreksi, kusma, dışkı, iştah azalması, alanin aminotransferaz düzeyinde artış ve aspartat aminotransferaz düzeyinde artış. Trombositopeni, nötrojeni, lökopeni, hipotroidizm, epistaksis, distoni. **Uyarılar/Önlemler:** Hafif ila orta şiddette karaciğer yetmezliği olan hastalara pazopanib uygulaması dikkatle ele alınmalı ve yakinen izlenmelidir. Şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda kontraindikedir. Tedaviden önce ve tedavinin ilk 4 aylık süresinde en az 4 haftada bir ve klinik açıdan endike olduğunda serum karaciğer test bulguları izlenmelidir. Tedaviden önce kan basıncı iyi kontrol edilmelidir. QT aralığı uzaması olan hastalarda, antiaritmikler veya QT aralığında uzamaya neden olabilen diğer ilaçları kullanan veya önceden mevcut önemli kardiyak hastalığı olan hastalarda dikkatli şekilde kullanılmalıdır.

Arteriyel trombotik olay için yüksek risk bulunan ve anamnezde hemorajik, GI perforasyonu veya fistül riski bulunan hastalarda dikkatli şekilde kullanılmalıdır. Klinik açıdan gerektğinde tedavi ile tiroid fonksiyon testlerinin proaktif olarak izlenmesi önerilmektedir. **İlaç Etkileşimleri:** CYP3A4 inhibitörleri veya indükleyicileri ile birlikte uygulandığında sırasıyla artan veya azalan pazopanib maruziyeti riskinden dolayı tedavi dikkatli uygulanmalıdır. Pazopanib ve simvastatinin eşzamanlı kullanımı, ALT değerlerinde yükseliş insidansını artırmaktadır. Gebelikte kullanım: **Gebelik kategorisi: D Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/Doğum kontrolü:** Doğurganlık çağındaki kadınlar, pazopanib tedavisi sırasında yeterli kontrasepsiyon kullanmaları ve gebelikten kaçınmaları konusunda uyarılmalıdır. **Laktasyon dönemi:** Emzirme döneminde kullanılmamalıdır. **Pozoloji ve uygulama şekli:** Önerilen pazopanib dozu günde bir kez alınan 800 mg'dır. Aç karına (yemeklerden en az bir saat önce veya iki saat sonra) uygulanmalıdır. **Doz aşımı:** Spesifik antidotu yoktur. **Raf ömrü:** 24 ay **Saklama koşulları:** 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. **Ambalajın niteliği ve içeriği:** 30 veya 60 tabletlik, çocuk emniyetli polipropilen kapaklı yüksek yoğunluklu polietilen (HDPE) şişeler. **Ruhsat sahibi:** GlaxoSmithKline İlaçları Sanayi ve Ticaret A.Ş. 1.Levent - İstanbul. Tel no: 0 212 339 44 00 **Ruhsat Tarihi ve No:** 200 mg film tablet

05.05.2011 - 131/35 ve 400 mg film tablet
05.05.2011 - 131/35 ve 400 mg film tablet
KDV dahili perakende satış fiyatı Votrient 200 mg film tablet 1.554,00 TL ve Votrient 400 mg Film Tablet 4.571,61 TL - **Reçete ile satılır.** Prospektüs

Votrient®
pazopanib

Yaşamaya değer günler için

Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. GlaxoSmithKline İlaçları Sanayi ve Ticaret A.Ş. Büyükdere cad. No: 173 1.Levent Plaza B Blok 34394, 1.Levent - İSTANBUL www.gsk.com.tr.

Referanslar: 1. Votrient Kea Ürün Bilgisi 2. Sternberg CN et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase III trial. J Clin Oncol 2010; 28 (6): 1061-8

GSK ürünleri ile ilgili advers olayları GSK Türkiye Ürün Güvenliği Departmanına doğrudan e-posta ile (tr_safety@gsk.com) veya GSK Türkiye çağrı merkezini (444 5 GSK - 444 5 475) arayarak iletebilirsiniz.

Folat reseptörlerini hedef alan yeni bir çalışma

Kanser tedavisinde radyoterapinin etkinliği önemli oranda arttırılabilir

Journal of Radiation Oncology’de yayımlanan bir çalışmada kanser tedavisinde radyoterapinin etkinliğinin iki katına çıkarılabileceği ve yan etkilerinin azaltılabileceği ileri sürüldü. ‘Potential To Double The Efficacy Of Radiation Therapy’ başlığıyla yayımlanan çalışmada, kanser hücrelerinin radyasyon tedavisinin neden olduğu letal çift sarmal DNA kırılmasını tamir etme yeteneğini azaltacak yeni bir yol bulunduğu açıklandı.

Georgia Üniversitesi Moleküler Tıp ve Gen Düzenleme Merkezi Direktörü Prof. Dr. William S. Dynan, çalışmayla ilgili şu bilgileri verdi: “Radyasyon terapisi mükemmel bir tedavi ancak sorun yan ciddi yan etkilerinin olması. Yeni geliştirilen yöntemle daha az radyasyon kullanarak aynı miktarda kanser hücrelerini öldürmek veya aynı miktarda radyasyon kullanarak daha önce iyileştirilemeyen bir hastayı iyileştirmek mümkün olabilir.”

Radyasyon tedavisi, radyasyonun DNA’da çift sarmal kırılmaları neden olarak, hücre öldürme yeteneğinden yararlanır. Ancak çeşitli düzeyde radyasyon aslında her yerde bulunuyor – yiyecekler, hava, yer vs. – kanser hücreleri de dahil olmak üzere tüm hücreler, letal kırılmayı önleyecek iç mekanizmalara sahip. Araştırmacılar, bir miktar antikor kanser hücrelerine kolaylıkla giren folat ile paketleyerek, doğal savunma mekanizmalarını hedeflediler. Çalıştıkları akciğer kanseri de dahil olmak üzere pek çok kanser çok sayıda folat reseptörüne sahip, dolayısıyla kanser hücreleri orantısız olarak bu paketleri paylaşıyorlar.

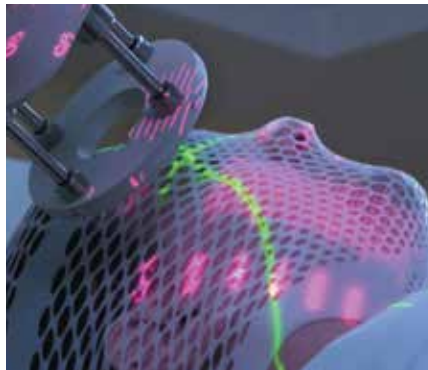
International Journal of Radiation Oncology sorumlu yazarı moleküler biyolog Prof. Dr. Shuyi Li, çalışma ile ilgili şu değerlendirmeyi yapıyor: “Kanser hücrelerinin radyasyon hasarını bertaraf etmesini engellemek için gösterilen daha önceki çabalar yüzeydeki reseptörlere odaklanmıştı. Ancak yeni yöntem tamamen başka bir alana odaklanmış durumda.”

Daha fazla direkt vuruş için bilim insanları giriş noktası olarak ScFv 18-2 antikoruyla folatı kimyasal olarak bağlayarak folat reseptörlerinin avantajını kullandılar. Paket başları hücre çekirdeği için düzdü. Hücre çekirdeğinde farklı bir kimyasal çevre,

DNA tamirinde elzem bir enzim olan DNA bağıntılı protein kinazın düzenleyici bölgesine saldırmak için, ScFv 18-2’yi serbest bırakarak bağını kopartmaktadır. Çalışmanın detayları ile ilgili bilgi veren Prof. Dr. Dynan, “Hedef bir molekülü bir yük ile bağlıyoruz. Bu strateji anahtar enzimlerden birini hedeflemektedir, böylece tamiri daha zor olmaktadır. Bu durum kanser hücrelerini radyasyona karşı daha hassas kılmaktadır. Bu yaklaşım herhangi bir sayıdaki ilacı direkt olarak kanser hücrelerine ulaştırmak için de kullanılabilir” dedi.

Yaklaşımları endositoz adı verilen doğal bir süreci taklit etmektedir. Endositozda, hücreler proteinleri ve diğer maddeleri yutar, içine girmek ister fakat normal girişe uymazlar. Folat reseptörleri, ovaryum kanseri için yeni bir stratejinin klinik çalışmasının da dahil olduğu, kemoterapötik ilaçlar için direkt giriş noktası olarak halihazırda kullanılmaktadır.

KAYNAK: *Potential To Double The Efficacy Of Radiation Therapy. William S. Dynan, Shuyi Li. Georgia Health Sciences University.*



Moleküler belirteçler kanserin yayılma şeklini öngörebilir!

Primer tümörden sınırlı sayıda uzak bölgeye sıçrayan kanser hücrelerinde bulunan moleküler belirteçler, hangi metastatik hastaların agresif ve hedeflenmiş radyoterapiden (RT) faydalanabileceğini gösterebilir. PloS One dergisinde yayımlanan yeni bir çalışmada, metastatik tümörlerden elde edilen hücrelerin mikroRNA düzeyi yüksekse, agresif tedavinin işe yaradığı; bu biyolojik belirteç düzeyi düşükse, odaklanılmış lokal tedavinin etkili olduğu saptandı.

Chicago Üniversitesi Onkoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ralph Weichselbaum, daha önceki çalışmalarda metastatik hastalığı olan kişilerin belirli bir yüzdesinde uzun süreli hastalısız sağkalımı yakalayabildiklerini ve bunun ileride hangi hastalarda tedavinin daha fazla işe yarayacağını bilmelerine yardımcı olacağını belirtti. Prof. Dr. Weichselbaum, bu sayede odaklanmış, lokal tedavinin işe yaramadığı hastalara derhal sistemik tedavi verilebileceğini vurguladı.

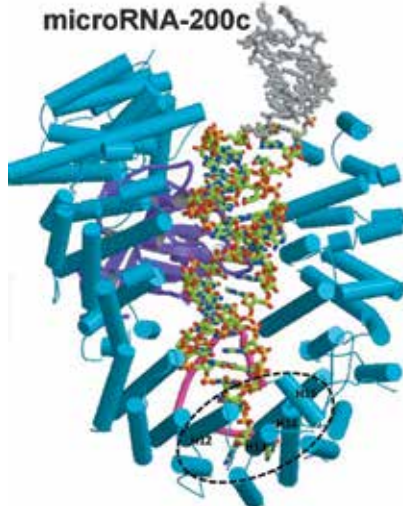
Kanser hastaları, genellikle uzak metastazlar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. 1994 yılında Prof. Dr. Weichselbaum ve meslektaşları Samuel Hellman, tamamen yayılmayan ve geniş bir çevreye yayılan kanserlerin ortasında olan ve iyileşmesi muhtemel bir hastalık halinin mevcut olduğunu dile getirmişti. Araştırmacılar bu fenomene, kanserin birkaç uzak bölgeye sıçradığını ifade etmek için "oligometastaz" adını vermişti.

Araştırmacılar, 2004 yılında bu teoriyi test etmek için küçük çaplı bir çalışma yaptı. Çalışmaya 1-5 uzak metastazı olan ve 10 cm'den büyük tümörü olmayan evre IV kanser hastalarını dahil etti. 2008 yılında yayımlanan çalışma sonuçları, kesin olarak hedeflenmiş RT'nin hastaların %20'sinde tüm hastalık bulgularını ortadan kaldırdığını gösterdi.

Prof. Dr. Weichselbaum, tümörün uzak bölgelere sıçradığı evre IV kanser hastalarında bu tür bir sonuç elde etmenin ümit verici olduğunu ve bunun standart tedavilere yanıt

vermeyen hastalarda hedeflenmiş tedavi kullanımını teşvik etmeye yönelik bir kanıt olduğunu açıkladı.

2011'de yayımlanan çalışmada ise, başlangıç çalışmasına katılan hastaların %18'inde çalışma süresince progresyon görülmediği ve %27'sinde yeni tümör bölgesine rastlanmadığı bildirildi. Bir sonraki aşama, hangi hastaların bu tür hedeflenmiş tedavilerden ve hangi



hastaların kemoterapi gibi tüm vücut tedavilerinden faydalanabileceğini belirlenmesiydi. Bu nedenle, araştırmacılar ilk çalışmada tedaviye iyi yanıt veren hastaların sekonder tümörlerinden aldıkları hücreleri, metastatik kanser hastalarından aldıkları hücreler ile karşılaştırdı.

Çalışma sonunda, yüksek düzeyde proliferatif olan ve çok sayıda metastazı olan hastaların mikroRNA ekspresyonunun, diğerlerinden daha farklı olduğu belirlendi. Yayılması muhtemel tümörlerin mikroRNA-200c olarak bilinen küçük nükleik asit

düzeyleri daha yüksekti. Bu sonuç araştırmacılar için de şaşırtıcıydı. Önceleri mikroRNA-200c'nin metastazı baskıladığı düşünülüyordu. Fakat kanserli fare modelinde yapılan çalışmada mikroRNA-200c'nin metastazı anlamlı düzeyde artırdığı gözlemlendi. Ve mikroRNA-200c'nin kanserin yayılmasını önleyen diğer genlerin aktivitesini azalttığı kaydedildi.

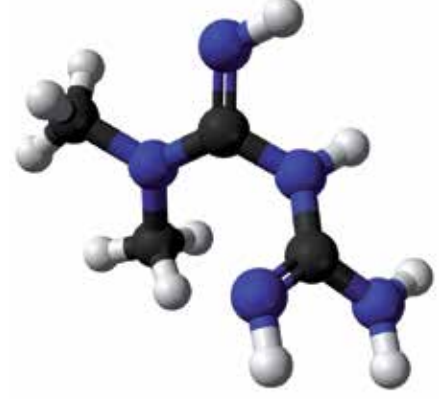
Fare modeli üzerinde yapılan diğer testler de, mikroRNA-200c düzeylerinin artması ile yayılmaya yatkın olmayan tümörlerin bile metastaz riskinin anlamlı düzeyde arttığını gösterdi. Bu bulgular, birkaç tedavi edilebilir bölgenin bulunduğu hastalar ile odaklanmış RT ile tedavi edilemeyen ve birçok bölgeyi tutma riski taşıyan hastaların ayırt edilmesi için ilk adımdır ve tedavi edilebilir bir hastalık haline yönelik bir moleküler zemin geliştirilmesi açısından ümit vericidir. Araştırmacılar, başlıca ölüm nedeni olan metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastaların %50'sinin oligometastatik olabileceğini belirtiyor.

Metastaz sayısı ve büyüklüğü, primer tümörün tedavisinden metastaz gelişene kadar geçen süre ve tümör dokusunun mikroskopik yapısı ve görünümü gibi faktörler ile birleştirildiğinde, mikroRNA-200c'nin varlığı, hedeflenmiş RT'ye uygun hastaların belirlenmesinde çok önemli bir işleve sahip olabilir.

KAYNAK: MicroRNA Expression Characterizes Oligometastasis(es). Y. Lussier, J. Salama, M. Hasselle, T. Darga, R. Malik, S. Perakis, M. Filippo, M. Posner, S. Chmura, S. Hellman, R. Weichselbaum. PLoS ONE, 2011; 6 (12): e28650 DOI: 10.1371/journal.pone.0028650

Metformin karaciğer kanserini önlemekte kullanılabilir mi?

Amerikan Kanser Araştırma Derneği'nin yayın organı olan Cancer Prevention Research'te yeni yayımlanan ve derginin kapak konusu olan araştırmaya göre, tip II diyabetin tedavisinde sıkça kullanılan metformin, primer karaciğer kanserini önlemeye yardımcı olabilir. Araştırmacılar yiyeceklerine karıştırılan metformin ile tedavi ettikleri farelerin %57'sinde daha az karaciğer tümörü saptarken, tümörün boyutunda da %37 oranında küçülme olduğunu ileri sürdüler.



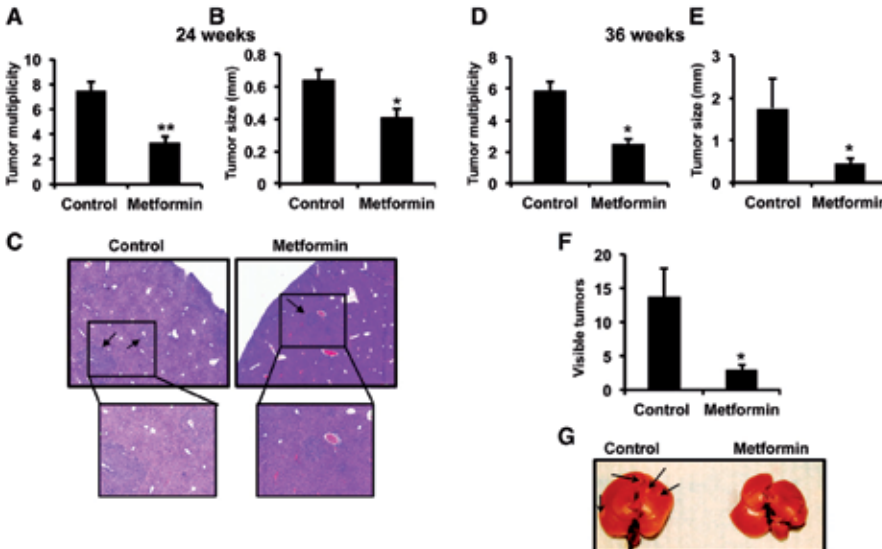
Greenebaum Kanser Merkezi araştırmacılarından Doç. Dr. Geoffrey D. Girnun, yaptıkları çalışmada metforminin hayvan modellerinde primer karaciğer kanserinin önlediğini saptadıklarını belirterek şu bilgileri veriyor: "Bu bulgulara dayanarak, metforminin yüksek riskli kişilerde önleyici bir ilaç olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Birçok diyabet hastası bu ilacı kullanıyor. Üstelik ilacın yan etkileri çok az. Metforminin karaciğer kanseri riskini azalttığını öne süren çeşitli retrospektif epidemiyolojik çalışmalar mevcut. Ancak bu çalışma, metforminin karsinogeneze karşı, diğer bir deyişle tümör büyümesi ve gelişimi açısından değil, karaciğerde tümör oluşumuna karşı

koruyuculuğunun değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliğini taşıyor. Glukoz, lipogenez adı verilen bir süreç ile karaciğerde yağ asitlerine dönüşür. Diyabet, hepatit, karaciğer yağlanması ve kanser hastalarında bu işlem daha fazladır.

Metforminin glukoz düzeyini azalttığını ve bu yağ asit sentezini baskıladığını belirten Dr. Girnun, şu değerlendirmede bulunuyor: "Bu işlemi bloke ederseniz, hücrelerin daha fazla hücre yapmak üzere daha fazla katman oluşturmaları da önlersiniz. Ayrıca bu katmanları inşa etmek için enerji de mevcut olmadığından, hücreler proliferasyon olamaz ve böylece tümörleşemez." Hepatoselüler karsinomun tüm

dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu söyleyen Maryland Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Dr. E. Albert Reece, "Obezite, tip II diyabet ve hepatit B ve C insidansındaki artış nedeniyle, ileride büyük bir kitle kanser riski altında. Bu nedenle hem daha etkili tedaviler bulmamız hem de kanseri önlememiz gerekiyor. Dr. Girnun ve meslektaşları tarafından yapılan bu çalışma, hedeflenmiş popülasyonda karaciğer kanserinin önlenmesine yardımcı olmak amacıyla atılmış önemli bir adım niteliği taşıyor."

Yeni yapılan bu çalışmanın kanser hücresi metabolizmasına ilişkin mevcut bilgiyi önemli oranda arttırdığını dile getiren Dr. Girnun, "Çalışmadan elde edilen bilgiler tedavisi zor kanserleri önlemek için yeni bir içgörü kazandırıyor. Translasyonel araştırmalar, kanser merkezimizde yapılan önemli birer adımdır. Hastalar için faydalı olacağını düşündüğümüz bu çalışmanın bir parçası olarak bu konudaki araştırmalarımızı sürdürmeyi düşünüyoruz" dedi.



KAYNAK: Metformin Prevents Liver Tumorigenesis by Inhibiting Pathways Driving Hepatic Lipogenesis. K. Bhalla, B. J. Hwang, R. E. Dewi, W. Twaddel, O. G. Golubeva, K.-K. Wong, N. K. Saxena, S. Biswal, G. D. Girnun. Cancer Prevention Research, 2012; 5 (4): 544 DOI: 10.1158/1940-6207.CAPR-11-0228.

Aspirinin kanser önleme kılavuzlarında yer alma zamanı

Amerikan Kanser Derneği'nin yeni raporuna göre, aspirinin kansere bağlı ölüm riskini azaltmadaki muhtemel rolü, aspirinin koruyucu tıpta kullanımına ilişkin klinik kılavuzlarda yer alma zamanının geldiğini gösteriyor.

Nature Reviews Clinical Oncology'de yayımlanan raporda, ilk 10 yıllık tedaviyi takiben genel kanser insidansında %10'luk bir düşüşün bile, ortalama riske sahip popülasyonlarda aspirinin yarar ve risk dengesini gösterdiği vurgulandı.



Yeni yayımlanan sekonder çalışma analizleri, günlük aspirin kullanımının, düşük dozlarda bile (günlük 75-100 mg), tüm kanserlerin insidansını azaltabileceğini gösteren ilk randomize bulguları doğruluyor.

Amerikan Kanser Derneği Epidemiyoloji ve Gözetim Araştırma Kurulu Başkan Yardımcısı Prof. Dr. Michael J. Thun tarafından yapılan bu derleme, aspirinin kanseri önleme aracı olarak kullanılabileceğini gösteren veriler sundu. Raporda randomize çalışmalardan alınan yakın zamanda yayımlanan meta-analiz sonuçlarının vasküler olayları önlemek

için günlük aspirin tedavisinin 75 mg ve yukarıdaki dozlarda hem genel kanser insidansını hem de genel kanser mortalitesini azalttığı belirtildi. Günlük düşük doz aspirinin kullanıldığı altı primer korunma çalışmasında, aspirin tedavisi, tedaviye başladıktan 3-5 yıl içinde genel kanser insidansında %20'lik düşüş (meta OR = 0.81; %95 CI 0.67-0.98) ve 5 yıl sonra %30'luk bir düşüş ile (meta OR = 0.70; %95 CI 0.56-0.88) ile ilişkilendirildi. Günlük aspirinin çeşitli dozlarda araştırıldığı 34 çalışmada da kanser mortalitesi 5 yıldan fazla takip sırasında düştü (meta OR = 0.63; %95 CI 0.49-0.82).

Randomize klinik çalışmalardan elde edilen veriler, aspirinin kanserin önlenmesinde muhtemel rolünü yeniden düşünmemiz için heyecan verici bir fırsat veriyor. Genel kanser yararının derecesi ve hangi kanser merkezlerinin bu yarara katkıda bulunabilecekleri gibi bazı sorulara henüz yanıt verilememiş olsa da, yeni veriler, FDA ve Avrupa İlaç Ajansı'nın yasal incelemesinden sonra profilaktik tedaviler ile kanserin önlenmesinin klinik kılavuzlara girmesinin çok yakın olduğunu gösteriyor.

KAYNAK: *The role of aspirin in cancer prevention. Michael J. Thun, Eric J. Jacobs, Carlo Patrino. Nature Reviews Clinical Oncology, 2012; DOI: 10.1038/nrclinonc.2011.199*

Heparin bileşikleri meme kanserinin kemiğe metastazını inhibe edebilir

Molecular Cancer Research dergisinde yayımlanan çalışmaya göre, Finlandiya'da VTT Teknik Araştırma Merkezinden araştırmacılar, meme kanseri kemik metastazının gelişmesini düzenleyen yeni bir

mekanizma keşfettiler ve heparin-benzeri bileşiklerin meme kanserinin kemiğe metastazını inhibe ettiğini gösterdiler.

Araştırmacılar, meme kanseri hücrelerinde RNA etkileşimine dayalı tarama kullanarak heparan sülfat glikosaminoglikanları değiştiren bir enzimin, HS6ST2, meme kanseri hücresi-kemik etkileşiminde önemli bir düzenleyici olduğunu buldular. Meme kanseri kemik metastazı fare modelindeki çalışmalar, heparin

benzeri bileşiklerin kemik yıkımını ve kemikteki tümör çoğalmasını azalttığını gösterdi. Bu heparin benzeri bileşiklerden biri, heparine kıyasla antikoagülan aktiviteyi anlamlı bir şekilde azaltarak, potansiyel bir kanser terapötik ajanı olarak uygulanabilirliğini artırdı.

Kaynak: *Heparin-like Polysaccharides Reduce Osteolytic Bone Destruction and Tumor Growth in a Mouse Model of Breast Cancer Bone Metastasis. S. Pollari, J. Rissanen and S. Käkönen. Molecular Cancer Research. May 2012 10; 597. 2012; doi: 10.1158/1541-7786.MCR-11-0482*





Kanser tedavisinin ardından hastaları hangi ölümcül riskler bekliyor?

Kanseri yenen pek çok kişi özellikle kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle hayatını kaybediyor. Wake Forest Baptist Tıp Merkezi'nde yeni yapılan bir araştırma, KVH risk faktörlerinin sağ kalım bakımı süresince gözden kaçabileceğini gösteriyor. Journal of Cancer Survivorship'te yeni yayımlanan bir çalışmada Prof. Dr. Kathryn E. Weaver ve meslektaşları meme, prostat, kolorektal ve jinekolojik kanserlerden sağ kalanların karşılaştıkları sağlık sorunlarını ve ölüm nedenlerini ele aldılar.

Meme, prostat, kolorektal ve jinekolojik kanserlerden sağ kalanlarda kardiyovasküler risk faktörleri: sağ kalım tedavisinde bir boşluk mu?

Abstract: Amaç: Yüksek sağkalımlı kanser tanısı alan bireyler genellikle kanserlerinin rekürensinden ziyade kardiyovasküler hastalıktan (KVH) yaşamlarını kaybetmektedir, fakat KVH risk faktörleri sağkalım tedavisi süresince gözden kaçmış olabilir. Kanserden uzun süreli sağkalanlarda KVH risk faktörlerinin prevalansını değerlendirdik ve sonuçları aynı coğrafik bölgedeki genel popülasyondan elde edilen tarama verileri ile karşılaştırdık. Ayrıca, riskli sağ kalanların ne sıklıkta KVH ile ilişkili sağlık davranışlarını sağlık uzmanlarıyla görüştüklerini karakterize ettik.

Yöntemler: Tanıdan 4-14 yıl sonra meme, prostat, kolorektal ve jinekolojik kanserlerden sağkalanlar (n=1.582), iki Kaliforniya kanser kaydından kesitsel mail anketi için toplandı. Sigara kullanımı, vücut kitle indeksi, fiziksel aktivite, hiperkolesterolemi, hipertansiyon ve diyabetin dahil olduğu KVH risk faktörlerinin yanında, diyet, egzersiz, sigara kullanımı ve yaşam tarzı değişimi yardımıyla ilgili sağlık uzmanlarıyla görüşmelerin bildirilmesini değerlendirdik.

Bulgular: Mevcut sigara kullanıcıları dışında, KVH risk faktörleri sağ kalanlarda genel popülasyondan daha yaygındı. Sağ kalanların %62'si şişman veya obezdi, %55'i hipertansiyon bildirdi, %20.7'sinde diyabet vardı, %18.1'i aktif değildi ve %5.1'i halihazırda sigara kullanıyordu. Asyalı olmayan beyazlara kıyasla, Hispanik olmayan sağkalanlar, Hispanik (b = 0.37, p=0.007) ve Afrika kökenli Amerikalı sağkalanlar (b=0.66, p<0.0001), daha fazla risk faktörü bildirdiler. Bir veya daha fazla KVH risk faktörüne sahip sağ kalanların yaklaşık üçte biri sağlık uzmanlarıyla sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bir görüşme bildirmediler.

Sonuçlar: KVH risk faktörleri uzun süreli sağkalanlar arasında yaygındır, fakat risk altında olan çok sayıda sağkalan, sağlık ekipleriyle yaşam tarzıyla önlemeyi görüşmeyebilir. Yaygın hastalıklar kadar KVH risk faktörlerinin de irdelendiği optimum sağkalım tedavisini sağlamak için, birinci basamak ve onkoloji birlikte çalışmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklar kanserden sağkalanların uzun vadeli sağlık ve zindeliğini tehlikeye atabilir, fakat kardiyovasküler risk faktörleri sağkalım tedavisi süresince gözden kaçabilir. KVH risk faktörlerinin kanserden sağkalanlar arasında yaygın olduğunu belgeledik, fakat sağkalanların yaklaşık üçte biri sağlık ekipleriyle sağlığı geliştirici bir görüşme yaptıklarını bildirmediler. Sağkalanlar kardiyovasküler risklerinin farkında olmalıdır ve eğer uygunsa, sağlık ekipleriyle sağlığı geliştirici konular hakkında görüşmeye başlatılmalıdır.

Kaynak: Cardiovascular risk factors among long-term survivors of breast, prostate, colorectal, and gynecologic cancers: a gap in survivorship care? Kathryn E. Weaver, Randi E. Foraker, Catherine M. Alfano, Julia H. Rowland, Neeraj K. Arora, Keith M. Bellizzi, Ann S. Hamilton, Ingrid Oakley-Girvan, Gretchen Keel, Noreen M. Aziz. Journal of Cancer Survivorship, 2013; 7 (2): 253 DOI: 10.1007/s11764-013-0267-9

Çalışmadan elde edilen verileri değerlendiren Prof. Dr. Weaver, şu bilgileri veriyor: “Artan oranda, kanserden sağ kalanlarda uzun vadede kardiyovasküler sağlıktan endişe duyuyoruz ve bu kişilerin yakın dikkat gerektiren yüksek risk grubu olduğuna inanıyoruz. İyi bir sağkalım tedavisinin bir parçası olarak, kanserden sağ kalanlarda kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi ve irdelenmesi, sağlık çalışanları için artan oranda önemli hale geliyor.”

Özellikle erken evre meme kanseri hastalarının KVH nedeniyle hayatlarını kaybetmeye yatkın olduklarını söyleyen Prof. Dr. Weaver, “Kanserden sağ kalanların neden daha yüksek KVH riskine sahip olduğuna ilişkin pek çok neden bulunuyor. Çünkü kanser, sigara kullanımı, düşük fiziksel aktivite ve obezite gibi aynı risk faktörlerinin çoğunu paylaşıyor. Ayrıca, kanser hastalarının maruz kaldığı bazı tedaviler bu hastaların risklerini arttırabiliyor” diyor.

Çalışmaya alınan katılımcılar iki kanser kaydından toplandı. Tanıdan sonra dört ila on dört yıl geçmiş olan toplam 1.582 sağ kalana, KVH risk faktörlerini değerlendirmek için bir anket uygulanarak, sigara kullanımı, obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi sağlık sorunları soruldu. Katılımcılara ayrıca sağlık uzmanlarıyla yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili bir görüşme yapıp yapmadıkları soruldu.

KVH risk faktörleri sağ kalanlarda genel popülasyondan daha yaygındı. Sağ kalanların %62’si şişman veya obezdi, %55’i hipertansiyon bildirdi, %20.7’sinde diyabet vardı, %18.1’i aktif değildi ve %5.1’i halihazırda sigara kullanıyordu. KVH risk faktörü bulunan sağ kalanların yaklaşık üçte biri tıbbi ekipleriyle sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bir görüşme bildirmedi.

Çalışma sonuçlarının hekimler için önemli uyarılar içerdiğini söyleyen Prof. Dr. Weaver, “Kanserden sağ kalanların genel popülasyondan daha fazla kardiyovasküler risk faktörüne



sahip olduğunu bulduk. Hastalar sağlık uzmanlarıyla risklerini yaşam tarzı değişiklikleriyle azaltma yolu hakkında konuşmadıklarını bildirdiler. Bu kişilerin daha fazla farkındalığa ihtiyaçları olduğu aşikar. Mesajımız, kardiyovasküler hastalık riskinin, kötü kalp hastalığı ve kanser sonlanımı nedeniyle, kapsamlı sağkalım planının bir parçası olarak değerlendirilmesidir. Kanserle ilgili sağlık uzmanları sadece yaşam tarzı faktörlerinden sorumlu olmamalı, ayrıca sağ kalan kişiler diğer risk faktörleri açısından daha fazla irdelenmeli ve izlenmelidir” dedi.

Kanseri yenen hastaların yarısı başka hastalıklardan ölüyor

Amerikan Kanser Araştırmaları Derneği Yıllık Toplantısında sunulan çalışmaya göre, kanser tedavisi gören ve sağ kalan hastaların neredeyse yarısı, başka bir hastalığa bağlı olarak hayatını kaybediyor. Araştırmacılar, NHANES çalışmasına katılan hastaları 18 yıldan fazla bir süre takip etti. Çalışma sırasında 776 kanser hastası hayatını kaybetti. Bunların %51’i kansere bağlı, %49’u da başka hastalıklardan öldü. Çalışmanın başyazarı Prof. Dr. Yi Ning, meme kanseri gibi bazı kanser türlerinde mortalite oranının düştüğünü belirterek şu bilgileri veriyor: “Kanseri yenen hastalar artık daha uzun süre yaşıyor. Ancak bu hastaların genel sağlık durumlarına da daha fazla dikkat etmemiz gerekiyor.”

Çalışmada en sık görülen kanser türleri meme, prostat, rahim, akciğer ve kolorektal kanserdi. NHANES

çalışmasına katılan bu hastalarda kanser haricinde başka hastalıklar da mevcuttu. Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet bunların başında geliyordu. Kardiyovasküler hastalıklar, kansere bağlı olmayan ölümlerin başlıca nedeniydi. Araştırmacılar kanseri yenen hastaların yaşam süresi arttıkça, başka hastalıklara bağlı ölüm oranlarının da arttığını saptadı. Bu hastaların 5 yıl içerisinde %32.8’i; 20 yıl içerisinde ise %62.7’sinin başka bir hastalığa bağlı olarak hayatını kaybettiği gözlemlendi.

Kanseri yenen hastaların başka risk faktörlerine karşı takibinin devam etmesi gerektiğini belirten Dr. Ning, “Bu nedenle hekimlerin bu riskleri en aza indirmek için ek çalışmalar yapması gerekiyor. Kanser

tanısı koyduktan sonra hekimler ve hastalar başka hastalıkların önlenmesi ve tedavisi üzerinde pek durmuyor. Oysa çalışmanın gösterdiği gibi kanseri yensek bile başka sağlık sorunları oldukça ölümcül olmaya devam edecektir” dedi.

KAYNAK: Bu haber Amerikan Kanser Araştırmaları Derneği Yıllık Toplantısında Dr. Yi Ning, tarafından yapılan sunumdan elde edilen bilgiler dikkate alınarak yapılmıştır.



Renal hücreli karsinom tedavisinde sağkalım oranı on yılda üçe katlandı

20. Ulusal Kanser Kongresi'ne konuşmacı olarak katılan Viyana Üniversitesi Tıp Fakültesinde Onkoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Manuela Schmidinger ile renal hücreli karsinom (RCC) tedavisindeki güncel gelişmeler ve hedefe yönelik terapilerle ilgili kapsamlı bir söyleşi yaptık. Renal hücreli karsinom tedavisi konusunda uluslararası bir uzman olarak kabul edilen Prof. Dr. Schmidinger, şimdiye kadar hedefe yönelik ajanlarla 400'ün üzerinde hastanın tedavisini bizzat yürütmüş bir uzman ve klinik pratik ile ilgili de önemli bir deneyime sahip.

Halen yürütmekte olduğunuz bilimsel çalışmalarla ilgili bilgi verebilir misiniz?

Prof. Dr. Schmidinger: Merkez olarak halen çeşitli renal hücreli karsinom çalışmalarını sürdürüyoruz.

Örneğin aksitinibin faz 3 çalışmasına katıldık. Dovitinibin sorafenible karşılaştırıldığı GOLD çalışmasını yaptık. Sunitinibin insani amaçlı erken erişim programı ve sorafenibin insani amaçlı erken erişim programında yer

alıyoruz. Şu an pazopanibin faz 4 çalışması olan PRINCIPAL çalışmasını sürdürüyoruz. Ayrıca bir üstünlük çalışması olan tivozanib-pazopanib çalışmasına da katılacağız.



Avusturya'da Viyana Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Onkoloji Bölümü öğretim üyesi olan Prof. Dr. Manuela Schmidinger, aynı üniversitenin Renal Hücreli Karsinom Programı direktörüdür. Araştırdığı konular arasında in vitro tirozin kinaz ve mTOR inhibitörleri ile metastatik ürotelyal ve renal hücreli karsinomlar bulunmaktadır. Prof. Scimidinger'in hakemli dergilerde yayımlanan 55'ten fazla araştırma makalesinin yanı sıra yazdığı ve yazılmasına katkıda bulunduğu çok sayıda kitap bulunmaktadır.

Tümöre karşı gerçek bir mücadele verilmediği sürece yaşam kalitesini arttırmak da mümkün değil!

Onkolojide multidisipliner yaklaşımın rolü konusunda neler düşünüyorsunuz?

Prof. Schmidinger: Multidisipliner yaklaşımın değerine kesinlikle inanıyorum. Öncelikle, birlikte çalıştığım diğer uzmanlarla sıkı bir işbirliği içindeyim. Öncelikle hastanın değerlendirilmesi için, patologumla görüşüyorum. Patologlar bazen tümörün nasıl davrandığını, hatta tam olarak hangi histolojik alt tipte olduğunu söyler. Ayrıca, kemik metastazı için birçok hastamı ameliyata gönderdiğim ortopedik cerrahımla görüşüyorum ve kendisinden her zaman görüş alıyorum. Yine akciğer metastazını yok etmek için göğüs cerrahlarıyla, örneğin karaciğer metastazı için abdominal cerrahlarla birlikte çalışıyorum. Tüm bu alanda rolü olan birçok disiplin var ve onlarla işbirliği içinde çalışmak gerekiyor.

Ancak tıbbi tedavi kararı tamamıyla onkolog tarafından alınmalıdır. Ortopedik cerrahın yeni ilaçlar hakkında bilgisi olmaz. Diğer disiplinlerin teknik açıdan cerrahinin uygun olup olmadığını, hasta açısından tehlikeli olup olmadığını ya da nasıl bir ameliyat olacağı konusunda bana bilgi vermeleri gerekir. Onlara daha çok bu konularda ihtiyaç duyuyorum. İlaçlarla ilgili tedavi kararı vermek tamamen tıbbi onkoloğun sorumluluğunda olmalıdır.

Geçtiğimiz on yılı düşünürsek, gelişme sağlanan en önemli konu ne oldu?

Prof. Schmidinger: On yıl önceye göre bence en büyük fark hastaların artık daha uzun yaşamasıdır. Artık elimizde birçok tedavi seçeneği var. On yıl önce, RCC tedavisinde elimizde sitokinlerden başka hiçbir tedavi alternatifi olmadığı bir dönemden, hedefe yönelik tedavi seçeneklerinin hızla arttığı bir çağa geldik. Eskiden interferon kullanırken progresyon görüldüğünde sadece deneysel tedavi seçeneğimiz vardı. Genelde bu tip

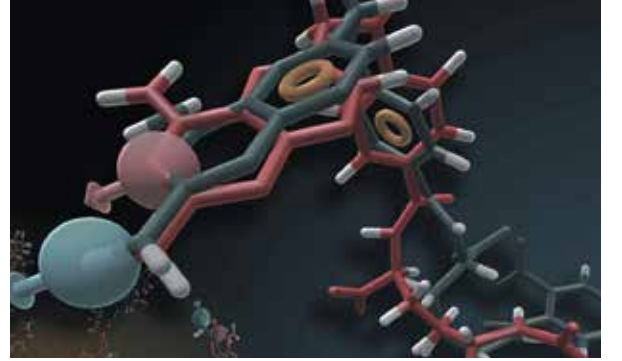
ilaçlarla, kemoterapi veya buna benzer tedavilerle çok fazla başarı sağlayamıyorduk. Hastaların medyan genel sağkalımı 13 ay civarındayken bu gün artık medyan sağkalım 32 aya çıktı, bunun büyük bir fark olduğunu düşünüyorum.

Size yeni bir hasta geldiğinde en etkili tedavi planını oluşturmak için nasıl ilerliyorsunuz?

Prof. Schmidinger: Elbette önce metastazın nerede olduğunu saptayabilmek için BT taramasını yapıyoruz. Hasta geldiğinde öncelikle performans durumuyla ilgili bir fikriniz oluşuyor. Hastada bulunan komorbid durumlar ve kullanılan ilaçların bir değerlendirmesini yapıyoruz. Ondan sonra hastaya göre tedavi hedefi oluşturuyoruz. Hastanın uzun süre hayatta kalabileceğini düşünerek cerrahi gibi oldukça agresif stratejilere ihtiyaç duyduğumuz oluyor.

RCC tedavisini nasıl planlıyorsunuz, diğer kanser tedavilerinden hangi noktalarda ayrılıyor?

Prof. Schmidinger: Renal hücreli karsinomda çeşitli tedavi seçeneklerimiz var. Bunların hepsi bir şekilde tedavi algoritmasında yer alıyor. Beta prognostik özellikler taşıyan hastalarda üç tedavi seçeneğimiz var: bevasizumab antikoru ve interferon, sunitinib veya



pazopanib. Tüm risk özelliklerini taşıyan hastalarda ise temsirolimus iyi bir tedavi seçeneğidir. Yani, risk grubu sınıflandırmasına ve her bir hastadan beklenen tedavi sonucuna göre planlama ve seçim yapıyoruz. Tümör hacmi büyük genç bir hastamız var ise, bu durumda sunitinib kullanmayı tercih ederim. Birkaç morbiditesi olan yaşlı bir hasta ise, birincil sonlanım noktasının yaşamı uzatmak değil, stabil bir yaşam kalitesi olduğunu düşünüyorum. Bu durumda pazopanib çok iyi bir seçenek olur. Sitokin bazlı bir tedaviyle iyileşeceğini düşündüğüm olgularda bevasizumab ve interferon tedavi seçeneği olabilir.

Mevcut RCC'de tedavi algoritmaları ve tedavi yönetimi hakkında bilgi verebilir misiniz?

Prof. Schmidinger: Sunitinib ve pazopanibi birbirleriyle kıyaslayan iki randomize çalışmanın sonuçları geçtiğimiz aylarda açıklandı. Bu çalışmaların sonuçlarını doğru yorumlamak gerekir. PISCES Çalışması'nda, her iki ilacı ardışık olarak kullanan hastalara, eğer iki ilaç etkinlik açısından eşit olsaydı yaşam kalitesi açısından hangisini kullanmayı tercih edeceklerini sordular. Hastaların büyük çoğunluğu, tercihini pazopanibden yana kullandı. Çünkü bu soru hastalara sunitinib tedavisi şemasındaki rutin iki haftalık aradan hemen önceki en zorlu gün olan 28. günde sorulmuştu. Hastaların büyük çoğunluğu, her iki ilacın etkinliğini denk varsayarak tercihlerini pazopanibden yana kullandılar.



>>> Sayfa 29'dan devam :

Diğer yandan, sonuçları birkaç ay sonra açıklanan COMPARZ Çalışması'nın verileri incelendiğinde, sunitinib ile elde edilen 10.2 aylık medyan progresyonsuz sağkalım süresinin pazopanib ile elde edilen 8.4 aylık süreden istatistiksel anlamlı olarak daha uzun olduğunu görüyoruz. Bunun gibi non-inferiyorite çalışmalarında, tedaviye yönelinen (ITT) hasta grubunda elde edilen verilerle per protokol analiz sonuçlarının tutarlı olması beklenir –ki maalesef bu çalışmada bu tutarlılık elde edilemedi. Bu durumda, yaşlı ve komorbiditeleri olan hastalarda, bazen yaşam kalitesini belirli bir düzeyde tutmak, daha uzun sağkalım beklentisinden daha öncelikli bir kriter olabiliyor ki bu durumda pazopanib daha iyi bir seçenektir.

RCC'de tedavide altın standart şudur deme imkanı var mı?

Prof. Schmidinger: Berrak hücreli kanser hastasında bir standart var. Bu standart üç seçenekten oluşuyor: oldukça yeni bir hastaysa ya da orta derecede risk taşıyorsa ve en kötü derece hastada birinci öneri temsirolimustur. Ancak bu hastada Sunitib seçeneği de vardır. Yani tedavi algoritmasına dayalı bir tedavi standardı var. Ancak bu tedavi standardı berrak hücreli kanser hastaları için geçerli, berrak hücreli olmayan histolojiye sahip hastalarda henüz bir standart yok ve yanıtı bulunmamış pek çok soru var. Ayrıca



mevcut standartlara rağmen hala bireye göre karar verilebilecek açıktaki kalmış pek çok konu var.

MRCC tedavisinde birincil hedefiniz nedir?

Prof. Schmidinger: Birincil hedefim daha sağlıklı genç hastalarda kesinlikle uzun süreli sağkalımdır. Tümör nedeniyle değil, çeşitli komorbid durumlar nedeniyle yaşamının sonlarına yaklaştığını söyleyebileceğim birkaç hastada tedavi hedefim onlara zarar vermemek, yaşam süresini uzatmak, ama daha çok yaşam kalitelerini devam ettirmelerini sağlamaktır. Temel fark aslında uzun süreli sağkalımın gerçekçi bir hedef olup olmadığını belirleyebilmektir. Gerçekçi bir hedef tespit edebilmek gerekiyor.

Mevcut tedavi seçeneklerine baktığınızda daha fazla kombinasyon tedavisi çalışmasına olan gereksinim nedir? Bir hastada yeni bir tedaviye nasıl ve hangi durumlarda geçiyorsunuz?

Prof. Schmidinger: Birincisi kombinasyonların oynadığı rolü araştıran çalışmalar sürüyor. Mevcut ilaçlarla şimdiye kadar yapılan kombinasyonların gerçek bir rolü maalesef yok. Çünkü daha toksik oldukları, ama daha etkili olmadıkları ortaya çıktı. Tabii bu, kombinasyonların ileride ilgi çekici olmayacağı anlamına gelmez. Ayrıca, piyasaya yeni ilaçlar çıkıyor, belki bunların biriyle yeni kombinasyonları olabilir. O yüzden kombinasyonun ileride de çekici olacağına inanıyorum.

Tedavide değişiklik yaparken veya tedaviye yeni ilaç eklerken nasıl karar veriyorsunuz?

Prof. Schmidinger: Tedaviyi sadece progresyon olması durumunda ya da kontrol altına alınamayan yan etki durumunda değiştiririm. Aksi takdirde hastalıkta progresyon olana kadar tedaviye devam ederim. Bu durum yıllarca böyle devam edebilir. Halen yedi yıldır aynı ajanla tedavisini sürdürdüğüm hastalarım var.

**Tedavi sürecinde yan etkilerin azaltılması için neler önerirsiniz?**

Prof. Schmidinger: Bence yan etkilerin azaltılması söz konusu olduğunda en önemli konu tedaviyi uygulayan doktorun deneyimidir. Doktorun renal hücreli karsinomu olan çok hasta görmesi ve bu ilaçları kullanması lazım. Yan etkiler düzgün bir şekilde kontrol edilemediğinde hastanın tedavinin ilk üç ayında yakından izlenmesi ve her tür yan etki için çeşitli destekleyici önlemler önerilmesi gereklidir. Elbette hastanın da ne olabileceği, ne beklenebileceği konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Hastaya ayrıca yüksek dozlu tedaviye uyumunu artırmak için doz ile yanıt arasında çok yakın bir ilişki olduğu bilgisi verilmelidir. Çünkü doz ne kadar yüksekse progresyona kadar geçen süre ve genel sağkalım o kadar iyi olur. Ancak hastanın yan etkilerle baş edebilmesi ve tedavide olabildiğince fazla kalabilmesi için gerekli önlemleri zamanında almak gerekiyor.

Yaşam kalitesi kavramı giderek önem kazanıyor. Sizce hangisi daha önemli: Yaşam kalitesini artırmak mı yoksa daha agresif bir tedavi mi?

Prof. Dr. Schmidinger: Benim için önemli olan şey etkinliktir. Çünkü tümördeki etkileyici küçülmenin ve yaşamın uzatılmasının yaşam kalitesine çok katkı sağladığına inanıyorum. Tümöre karşı gerçek bir mücadele verilmediği sürece yaşam kalitesinin fazla olabileceğine inanmıyorum. Hasta kendini sürekli depresif durumda hissedecektir. Bence onkolojinin hedefi hastayı semptomsuz öldürmek değil, tümöre karşı mücadele ederek hayatta tutmaktır.

Metastatik renal hücreli karsinom tedavisinde



TECRÜBE

160.000'den fazla sayıda hasta ve bilinen güvenlik profili*1

ETKİNLİK

2 yılı aşkın sağkalım²

KANIT

En yüksek kanıt düzeyi ile önerilen standart tedavi³

*Ocak 2006 - Ocak 2012 yılları arasında farklı endikasyonlarda SUTENT kullanmış hastalar.

Referanslar *1. Data on file. 2. Motzer RJ, et al. J Clin Oncol. 2009;27(22):3584-90. 3. Escudier B, et al. Ann Oncol. 2012;23 (Suppl 7):v65-v71.

SUTENT® 12,5, 25 ve 50 mg KAPSÜL

FORMÜLÜ: Her kapsül 12,5 mg, 25 mg ve 50 mg sunitinib (malat) içerir. **FARMAKOKİNETİK ÖZELLİKLERİ:** Sunitinib malat, protein-kinaz inhibitörüdür. Tümör gelişimi, patolojik anjiyogenez ve kanserin metastatik progresyonunda etkili olan çoklu reseptör tirozin kinazları eş zamanlı olarak inhibe eden küçük bir moleküldür. **FARMAKOKİNETİK ÖZELLİKLERİ:** Sunitinib ağızdan uygulanması takiben genel olarak doz sonrası 6-12 saat (T_{max}) içinde maksimum konsantrasyona (C_{max}) ulaşmak suretiyle tamamen emilir. Yıyeceklerin sunitinib biyoyararlanımına hiçbir etkisi yoktur. Sunitinib ve primer aktif metabolitinin in vitro tayinlerde konsantrasyonundan bağımsız olarak plazma proteinine bağlanma derecesi sırasıyla %95 ve %90 olmuştur. Sunitinib asıl olarak, bir sitokrom P450 enzimi olan ve primer aktif metabolitini üreten CYP3A4 tarafından metabolize olur ve bu metabolit tekrardan CYP3A4 tarafından metabolize edilir. **ENDİKASYONLAR:** SUTENT®, inatlı mesilek tedavisine dirençli veya intoleran anoreksiz ve/veya metastatik gastrointestinal stromal tümörlerin (GIST) tedavisinde, ilerlemiş ve/veya metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) tedavisinde ve metastatik veya lokal ileri evrede olan, cerrahi tedavinin mümkün olmadığı iyi diferansiyeli, Ki-67 indeksi 5 ve altında bulunan, RECIST kriterlerine göre hastalık progresyonunun bulunduğu, semptomatik ve bir sıra kemoterapi uygulanmış olan pankreatik nöroendokrin tümörlerin (pankreatik NET) tedavisinde endikedir. **KONTRENDİKASYONLAR:** Sunitinib malat veya SUTENT® kapsülleri bileşenlerinden herhangi birine aşırı hassasiyetli olan hastalarda kontrendikedir.

UYARILAR / ÖNEMLER: Cilt ve dokular: İlaç reçine (sarı) bağlı ciltte renk değişimi hastaların yaklaşık %30'unda yaygın olarak görülen tedaviye bağlı advers bir olaydır. Hastalar aynı zamanda SUTENT® ile tedavi boyunca saç veya ciltte depigmentasyon olabileceği konusunda uyarılmalıdır. **Gastrointestinal olaylar:** Mide bulantısı, diyare, stomatit, dispepsi ve kusma tedaviye bağlı olarak en çok rapor edilen gastrointestinal olaylardır. **Hemoraji:** GIST'li hastaların yaklaşık %2'sinde tedaviye bağlı tümör hemorajisi meydana gelir. Diğer solid tümörlü hastalarda tümör hemorajisi gözlemlenmiştir. Solid tümörlü hastaların %8'inde tedaviye bağlı burun kanaması bildirilmiştir. Bu olayları hiçbir ciddi değildir. **Hipertansiyon:** Solid tümörlü hastaların yaklaşık %16'sında tedaviye bağlı hipertansiyon bildirilmiştir. Bu hasta popülasyonunun yaklaşık %2,7'sinde SUTENT® dozu azaltılmış veya geçici olarak ertelenmiştir. Bu hastaların hiçbirinde SUTENT® ile tedaviye son verilmemiştir. **Hematoloji:** Hastaların sırasıyla %13,1 ve %0,9'unda Derece 3 ve 4 şiddetinde, azalmış multipl nötrofil sayısı bildirilmiştir. Hastaların sırasıyla %4 ve %0,5'inde Derece 3 ve 4 şiddetinde azalmış trombosit sayısı bildirilmiştir. Yukarıda adı geçen olaylar kümülatif değil, tipik olarak reversibl olup genellikle tedaviye son vermiye gerektirmemiştir. SUTENT® ile tedavi gören hastalarda, her tedavi kurşununa başlangıçta tam kan sayımı yapılmalıdır. **Kardiyovasküler:** SUTENT® ile tedavi gören GIST'li hastaların yaklaşık %2'sinde, mRCC'li hastaların %4'ünde ve plasebo ile tedavi gören hastaların %2'sinde, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda (LVEF) normalin en düşük sınırı altında veya %20 altında azalmalar olmuştur. LVEF'deki bu düşüşler dönebilir bir etkiye arz etmeyip, daha çok tedavinin devamında iyileşme göstermiştir. **Pulmoner emboli:** SUTENT® kullanan solid tümörlü hastaların yaklaşık %1,1'inde tedaviye bağlı pulmoner emboli bildirilmiştir. Bu olayları hiçbir hastanın SUTENT® ile tedavisine son verilmesiyle sonuçlanmamıştır, ancak bazı vakalarda doz azaltılmış veya tedaviye geçici olarak ara verilmiştir. **Pankreatik fonksiyon:** SUTENT® kullanan çeşitli solid tümörlü hastalarda serum lipaz ve amilaz artışı gözlemlenmiştir. Lipaz seviyelerindeki artışlar geçici olmuştur. Solid tümörlü hastaların %0,4'ünde pankreatit gözlemlenmiştir. Eğer pankreatik semptomları mevcutsa, hastalar uygun bir tıbbi takip altında olmalıdır. **Gebelik ve Laktasyonda Kullanım:**

Gebelik Kategorisi: D. Potansiyel yaranan fetüse olan potansiyel riski doğrulamıyorsa, SUTENT® gebelik esnasında veya yeterli doğum kontrolü uygulanmayan kadınlarda kullanılmamalıdır. İlaç gebelik esnasında kullanılacak olursa veya ilacı kullanımı sırasında hasta gebe kalacak olursa, fetüse olabilecek potansiyel tehlike konusunda hasta uyarılmalıdır. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar, SUTENT® tedavisinde gebelik kalmama konusunda uyarılmalıdır. İlaçları genelde insan sütüne geçmesi ve emzirilen bebekler üzerinde ciddi advers etki potansiyeli nedeniyle SUTENT® tedavisi sırasında emzirmeye ara verilmelidir. **Araç ve Makine Kullanmaya Etkisi:** Araç veya makine kullanmaya etkisi üzerinde bir çalışma yapılmamıştır. Hastalar SUTENT® ile tedavi sırasında baş dönmesi olabileceği konusunda uyarılmalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Solid tümörlü hastaların SUTENT® tedavisi ile ilişkili tedaviye bağlı en önemli ciddi advers olaylar arasında pulmoner emboli (%1), tromboz (%1), tümör hemorajisi (%0,9), febril nöropati (%0,4), ve hipertansiyon (%0,4) sayılabilir. Yorgunluk, diyare, bulantı, stomatit, dispepsi ve kusma gibi gastrointestinal bozukluklar, ciltte renk değişikliği, disgezi ve anoreksi tedaviye bağlı en yaygın olarak (hastaların en az %20'sinde) görülen her nedenden advers olaylardır. Yorgunluk, hipertansiyon ve nöropati tedaviye bağlı en yaygın Derece 3 maksimum şiddetli advers olaylardır ve lipaz artışı solid tümörlü hastalarda en sık meydana gelen Derece 4 maksimum şiddetli tedaviye bağlı advers olaydır. **BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORunuza BAŞVURUNUZ KULLANIM**

ŞEKLİ VE DOZU: SUTENT®, aç karına veya yemekle beraber, oral olarak alınabilir. Bir doz atlandıysa hastaya ilave doz verilmemelidir. Hasta bir sonraki gün önerilen normal doz ile devam etmelidir. Tedavi kanser ilaçlarının uygulama konusunda tecrübeli bir hekim tarafından başlatılmalıdır. GIST ve mRCC için: önerilen SUTENT® dozu 4 hafta kesintisiz günde 50 mg ağızdan alınarak ve daha sonra 2 hafta ara vermek suretiyle 6 haftalık kürü tamamlanacaktır. Pankreatik NET için SUTENT®'in önerilen dozu; planlı bir ara verme dönemi olmaksızın günde bir kez oral yolla 37,5 mg'dır. GIST ve mRCC için, 12,5 mg'lık artış veya azaltımları doz modifikasyonları bireysel güvenlik ve tolerabiliteye bağlı olarak uygulanabilir. Günlük dozu 25 mg'ın altına düşürmeli ve 75 mg'ı geçmemelidir. Bireysel güvenlik ve toler edilebilirlik göz önüne alınarak, pankreatik NET için 12,5 mg'lık adımlarla doz ayarlaması yapılabilir. Faz 3 pankreatik NET çalışmasında uygulanan maksimum doz günde 50 mg olmuştur. Bireysel güvenlik ve tolerabiliteye bağlı olarak doza ara vermek gerekebilir. Ritapimisin gibi kuvvetli CYP3A4 (sitokrom P) indükleyici ile birlikte SUTENT® kullanılmadan sakınılmalıdır. Eğer kullanılması gerekiyorsa, kullanan hastalarda dozun 12,5 mg'lık miktarlarla (GIST ve mRCC için günde 87,5 mg'a kadar veya pankreatik NET için günde 62,5 mg'a kadar) artırılması gerekebilir. Klinik yanıt ve tolerabilite dikkate alınmalıdır. Ketokonazol gibi CYP3A4 inhibitörü ile birlikte SUTENT® kullanılmadan sakınılmalıdır. Eğer birlikte kullanılması mutlaka lazmısa kullanan hastalarda tolerabilite ve/veya klinik yanıtı bağlı olarak SUTENT® dozu 12,5 mg'lık kademelele GIST ve mRCC için günlük minimum 37,5 mg'a veya pankreatik NET için günde 25 mg'a düşürülebilir. CYP3A4'ü indükleyici veya inhibe edici potansiyel çok düşük olan veya hiç olmayan alternatif egzanerli ilaç seçimi dikkate alınmalıdır. **DOZ AŞIMI:** SUTENT® kullanımına bağlı akut doz aşımı gözlemlenmiştir. SUTENT® kullanımında doz aşımı için spesifik bir antidot yoktur ve doz aşımı tedavisi için genel destek tedavisi gerekmektedir. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 25°C'nin altında oda sıcaklığında saklanmalıdır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** SUTENT® 12,5 mg ve 25 mg kapsül, 28 kapsül içeren HDPE şişelerde. SUTENT® 50 mg kapsül, 14 kapsül içeren A/PVC'li blisterlerde. **PIYASADA MEVCUT FARMASÖTİK DOZAJ ŞEKLİLERİ:** SUTENT® 12,5 mg, 25 mg ve 50 mg kapsül.

PERAKENDE SATIŞ FİYATI (KDV dahil): 12,5 mg için 2.994,33 TL (Nisan 2013); 25 mg için 5.959,91 TL (Nisan 2013); 50 mg için 5.959,91 TL (Nisan 2013). **RUHSAT TARİHİ:** 06.12.2007 (12,5 ve 25 mg kapsül), 18.02.2008 (50 mg kapsül) **RUHSAT NO:** 123/70 (12,5 mg kapsül; 123/71 (25 mg kapsül), 124/18 (50 mg kapsül) **RUHSAT SAHİBİ:** PFIZER İLAÇLARI LTD.ŞTİ. 34347 Ortaköy/İSTANBUL ÜRETİCİ FİRMA: Pfizer Italia S.r.l. 61046 Ascoli Piceno (ITALYA). **ONAY TARİHİ:** 20.11.2009. **Doktora dargenilmeden kullanılmamalıdır. Çocuklara ulaşmayacakları yerlerde ve ambalajında saklayınız. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.** www.pfizer.com.tr * SIB 1316 (Haziran 2013)

Akciğer kanseri tanı ve tedavi planlarında neler değişti?

Antalya'da düzenlenen 20. Ulusal Kanser Kongresi için Pfizer'in davetlisi olarak Türkiye gelen Beth Israel Kapsamlı Onkoloji Merkezi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Benjamin Levy ile akciğer kanseri tedavisindeki güncel gelişmeleri konuştuk. Kendi alanında saygın bir kariyere sahip olan Prof. Dr. Levy, sorularımızı yanıtlarken güncel verilerin klinik pratikteki yeri ile ilgili kendi kişisel deneyimlerini de aktardı.

Akciğer kanserinde hasta tanı aldığı andan itibaren nasıl bir tedavi planı belirliyorsunuz? Karar verirken kullandığınız yeni kriterler var mı? Sizce en iyi tedavi planı nasıl yapılmalı?

Prof. Dr. Levy: Akciğer kanserli hastalar için yaptığımız tedavi planları geçtiğimiz 5-10 yıl içinde hızla ve büyük ölçüde değişti. Bunun nedeni akciğer kanserinin büyümesine neden olan genlerin daha iyi anlaşılmasıdır. Hastanın ilk değerlendirmesi elbette biyopsi ile yapılıyor. Karar almamız için gerekli olan doku çok değerli ve önemli. Ne yazık ki çoğu hasta tümörün rezeke edilemediği ileri evrede geliyor. Bu hastalar için biyopsiye ek olarak elbette evreleme değerlendirmesi için BT (bilgisayarlı tomografi) veya PET-BT (Pozitron emisyon tomografisi) kullanıyoruz ama en önemli faktör dokudur. Son 5 yıldır yapmaya başladığımız bir diğer şey, akciğer kanserini farklı genlere

göre alt gruplara ayırmak oldu. Akciğer kanseri tedavisinde çığır açan en önemli gelişmelerden birisi budur.

Tanıda kullanıma giren yeni genetik belirteçler veya testler var mı?

Prof. Dr. Levy: Son yıllarda literatürde yer bulan, akciğer kanserinde "actionable" (ilaç verilebilir, hedeflenebilir) olarak tanımladığımız iki mutasyon var. Bunlardan biri EGFR. Akciğer kanserlerinin %15-20'si EGFR pozitif. Bugün artık biliyoruz ki, EGFR pozitif bir hastaya erlotinib (Tarceva) veya gefitinib (Iressa) tedavisi verilirse, kemoterapiye göre daha iyi yanıt oranları, daha iyi progresyonsuz sağkalım süreleri ve daha iyi yaşam kalitesi sağlanabilir. EGFR verileri ile uyumlu şekilde, yeni bir biomarker (biyo-belirteç) var ki, o da ALK. Akciğer kanserlerinin %5-7'si ALK pozitif. ALK pozitif hastalara krizotinib (XALKORI) tedavisi verildiğinde, geçmişte benzeri görülmemiş yanıt oranı ve progresyonsuz sağkalım süresi elde edilebiliyoruz. Bunlar günümüzde kliniklerde rutin olarak test ettiğimiz iki mutasyon. Bunlar sayesinde sadece daha iyi sağkalım sonuçları elde etmekle kalmıyor, aynı zamanda hastaya daha iyi yaşam kalitesi sağlanmış oluyoruz. Ayrıca, vücudun geri kalanını etkilemeden tümörü hedeflemek mümkün olabiliyor. Bu ilaçların yan etkilerine bakıldığında, kemoterapiye nazaran minimum olduklarını söyleyebiliriz. Kısacası tüm akciğer kanseri hastalarımızda EGFR



ve ALK'yı rutin olarak test ediyoruz ve tedaviyi bu sonuçlara göre planlıyoruz.

Planınızı yapıp tedaviye başladıktan sonraki süreç nasıl ilerliyor? Yeni bir test yapmaya veya tedavinizi değiştirmeye ne zaman ve nasıl karar veriyorsunuz?

Prof. Dr. Levy: Bu, esas olarak hastalarda mutasyon saptanıp saptanmamasına bağlıdır. Hastalar EGFR veya ALK pozitif saptanırsa, tümörlerini hedefleyen basit birer hap alıyor. Hastalar, tümörleri büyümeye başlayana kadar bu tedaviye devam ediyor. Genel olarak, kliniğimizde ben şöyle ilerliyorum: 2 ay tedaviden sonra görüntüleme tetkiklerini (BT) tekrarlıyorum, kanserin en azından başlangıçtaki boyutunda kalıp kalmadığına bakıyorum. Kanser en azından tedavi başlangıcındaki boyutunda kaldıysa veya küçüldüyse, aynı tedaviye devam ediyorum. Hastaların büyük bölümünde yanıt elde ediliyor. Böylece bu hastalarda ilk kontrolde bir şey yapmıyorum, aynı tedaviye devam ediyorlar.

Devamı sayfa 33'te >>>



>>> **Sayfa 32'den devam :**

Daha sonra ilaca yanıtın nasıl seyrettiğini değerlendirmek amacıyla, BT kontrolü için hastaları 3 ayda bir çağırıyorum. Bunun yanında ilaç toksisitelerini değerlendirmeleri için hastaları aylık olarak da kontrole çağırıyorum. Yani, ilacın yan etkilerini değerlendirmek için ayda bir ve ilacın etkililiğini değerlendirmek amacıyla BT için 3 ayda bir kontrole geliyorlar. Bu ilaçları kullanırken tümörleri büyümeye başlayan hastalarda ne yapılacağı halen tartışma konusu. Benim gibi bazı hekimler, hedefe yönelik bir tedavi verirken tümörde hafif bir büyüme olursa ilaca devam etmenin gerekli olduğuna inanıyor. Bunun temelindeki düşünce, vücutta hala bu ilaca duyarlı olan hücrelerin var olmasıdır. Bu nedenle, örneğin ALK pozitif tümörü olan hastalara krizotinib veriyor ve onu takip ediyorum, 9-12 ay sonra tümörde hafif bir büyüme olabiliyor, bu durumda genellikle krizotinib tedavisine devam ediyorum, bazen yanına kemoterapi de ekliyorum. Bu, henüz netleşmemiş olan bir yaklaşım ve halen araştırılıyor. Bu hastaları da aynı şekilde toksisite değerlendirmesi için ayda bir kontrole çağırıyorum, ayrıca 3-6 ayda bir BT taraması yapıyorum. Hasta kemoterapi altındayken tümör büyürse tedaviyi değiştiriyorum. Biz ABD'de kanda bakılan belirteçleri kullanmıyoruz. Ama bazı ülkelerde bu belirteçler tedavi yanıtını değerlendirmek için kullanılıyor. Biz genellikle BT tetkiklerini ve radyolojiyi esas alıyoruz.

BT mi yoksa biyomarkerlar mı daha duyarlı?

Prof. Dr. Levy: Belirteçlerin tedaviye nasıl rehberlik edebileceği konusunda yeterli data yok. Aslında ihtiyacımız

olan, hastalarımızdan 3-6 ayda bir BT veya PET tetkiki istemektense, kan testleri yapmak. Fakat ABD'de kullandığımız tek kan test CEA. Avrupa'da başka testler de var fakat biz onları kullanmıyoruz ve bunların tedaviye nasıl rehberlik edeceği konusunda yeterli veri yok.

Daha da mı komplike hale getiriyor?

Prof. Dr. Levy: Evet, daha komplike hale getiriyor. Çünkü kanda yükselen bir marker varken BT tümörde büyüme olmadığını gösteriyorsa, BT'ye göre karar vermeyi tercih ederim. Bu nedenle rutin olarak kullanmıyorum. BT yerine basit bir kan testi ile tedavi yanıtının nasıl saptanacağı konusunda çok sayıda çalışma devam ediyor.

Zaman zaman tedavinizi değiştirip cerrahi gibi başka yöntemlere başvurduğunuz oluyor mu?

Prof. Dr. Levy: Hastalarımın %60-70'ini oluşturan ileri evre 4 hastalarda, cerrahinin sağkalımı uzattığına dair bir veri yok. Bu nedenle, evre 4 hastalara genellikle cerrahi önermiyorum. Cerrahi önerdiğim tek durum, palyatif yaklaşımlar. Örneğin hastalık göğüs kafesinde fakat aynı zamanda adrenal bezde büyüme var ve şiddetli ağrıya yol açıyorsa, ağrıyı azaltmak için hasta ile cerrahinin rolünü konuşurum ve hastaya yaşam süresini uzatmak için değil ama ağrısını azaltmak için cerrahi öneririm. Bunların yanı sıra, mutasyonları bulunan hastalarda bu konuda az miktarda veri bulunuyor. Şöyle ki, krizotinib kullanmakta olan

ALK pozitif bir hastada göğüs kafesi dışında bir yerde hastalık gelişecek olursa, bu alanlara radyasyon verilebileceği veya cerrahi ile çıkarılabileceğine dair veriler bulunuyor fakat bu konu henüz net değil. Hasta ile bu konu üzerinde tartışıyoruz,

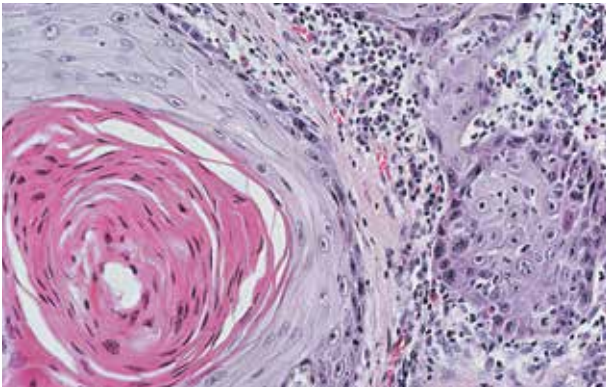


avantaj ve dezavantajları hakkında konuşuyoruz, henüz az miktarda veri olduğunu söylüyoruz. Fakat evre 4 hastalarımı cerrahi nadiren öneriyorum.

Hedefli tedaviler hakkındaki yeni çalışmalar ve veriler nelerdir? Aynı zamanda yaşam kalitesi üzerine de odaklanabiliriz. Gerçekten büyük bir fark var mı?

Prof. Dr. Levy: Büyük bir fark var. ALK pozitif hastalarda krizotinib ile faz 1,2 ve 3 çalışmaları var. Bu çalışmalarda ALK pozitif hastalara bu ilacın verilmesi ile %60-70 yanıt oranları ve minimal toksisite gösterilmiştir. Faz 1 çalışmadaki Grade 3 ve 4 yan etkilere bakıldığında kemoterapiye nazaran çok daha az sıklıkta olduğu gözlenmiştir. Hastalarımın, krizotinibi, kemoterapiye göre çok daha iyi tolere ettiklerini söyleyebilirim ve bence bu çok önemli. Yaşam süresini uzatmak önemli fakat bunu toksisite pahasına yapıyorsanız, hasta buna değer diye düşünmeyebilir. Hedefli tedavilerin güzelliği de burada, hastada "kollateral hasara" yol açmadan tümörü hedefleyebiliyoruz. Bu nedenle hedefli tedavilere çok inanıyorum ve bunu tutkuyla söylüyorum. Fakat henüz buzdağının tepesinden söz ediyoruz, bence mutasyonları saptamaya ve bunlara karşı ilaç geliştirmeye ve toksisiteyi azaltmaya henüz yeni başladık.

Devamı sayfa 34'te >>>



>>> Sayfa 33'ten devam :

Sizin için hangisi daha önemli, yaşam kalitesi mi, sağkalım süresi mi- özellikle de farklar küçükken?

Prof. Dr. Levy: Bu, zor bir soru. Bazı onkologlar bu konuda farklı düşünebilir, tıbbın sadece bir bilim olmadığı, bir sanat olduğu alan da tam burasıdır. Eğer toksisite pahasına sadece 1 aylık sağkalım faydasından söz ediyorsanız, ben hasta olsam buna değmez diye düşünebilirim, bazı hastalarım ise buna değeceğini düşünebilir. Bu gerçekten de bireysel bir karar. Hastalarım, toksisite pahasına 1 ay daha yaşamayı tercih edip etmeyeceklerini sorsam, çoğu hastam "evet" der, "beni hayatta tutabildiğiniz sürece, buna değer".

Bu yüzdeni ben, hastalarım "Size ek bir tedavi verebilirim, bu tedavi hayatınızı sadece birkaç ay daha uzatabilir. Hasta olarak siz, bahsettiğim toksisiteyi bilerek, bu tedaviyi istiyor musunuz?" diyorum. Bu, hastaya göre çok değişiyor. Hastanın "savunucusu" olmaya çalışıyorum. Bazen bir hasta 6., 7., basamak tedavisini alıyor ve tedavi almaya devam etmek istiyorsa, duruyorum, bunu kabul etmiyorum, çünkü bundan sonra verilecek herhangi bir ek tedavinin ona ancak zarar vereceğini biliyorum. Hipokrat Yemini etmiş biri olarak, işimin bir parçası da zarar vermemek. Bu nedenle dikkatli olmalı ve hastaların ne istediğine kulak vermeliyiz.

Peki kombinasyon tedavileri ve hedefli tedavilerin birlikteliği ile ilgili yeni çalışmalar var mı?

Prof. Dr. Levy: Bildiğim kadarıyla bu konuda çalışma yok. Zaten hedefli tedavinin güzelliği de burada. %60-

70'lik yanıt oranlarına ulaşmak için iki ilaç vermenize gerek yok, sadece bir ilaç yeterli. Geleneksel kemoteraplere yanıt oranları sadece %30 civarında ve hedefli tedavi yaklaşımı ile -günde bir veya iki kez alınan haplarla- bunu ikiye katlıyoruz. Yeni tedavi paradigması, bu. Ağır kemoterapileri terk ediyoruz. Sonuçta, bu genleri hedefleyen ilaçlarla kemoterapinin kombine edildiği çalışmalar yok ve umarım bu yöne gitmeyiz.

Biraz da idame tedavisi hakkında konuşabilir miyiz?

Prof. Dr. Levy: Mutasyon saptanmayan hastalarda, idame tedavi ile daha iyi sağkalım sonuçlarını kabul edilebilir toksisite ile elde etmek mümkündür. İdame tedavisinin işe yaraması için pek çok sebep var. Eski paradigma, hastaların 4 veya 6 siklus platin bazlı ikili kemoterapi almaları idi. Daha sonra tedavi durdurularak hastalar takip edilirdi. Türkiye'deki en iyi onkolog ve en iyi hastalar bile söz konusu olsa, hastaların sadece üçte ikisi, tümörleri yeniden büyüdüğünde bir tedavi alabilirler. Bu onkoloğun hatası değildir. Tümör hızla büyümeye başlar ve hastaların genel durumlarını bozar ve hastalar ikinci basamak tedavi alamazlar. İdame tedavi konsepti, birinci basamakta aldığı tedaviden yarar gören hastaların tedavi altında kalmaları esasına dayanır. Ben idame tedaviye çok inanıyorum ve hastalarımın çoğuna öneriyorum. İdame tedavinin iki tipi var: switch (farklı ilaçla) idame ve continuation (aynı ilaçla) idame.

Bu konuda tartışmalar var, değil mi?

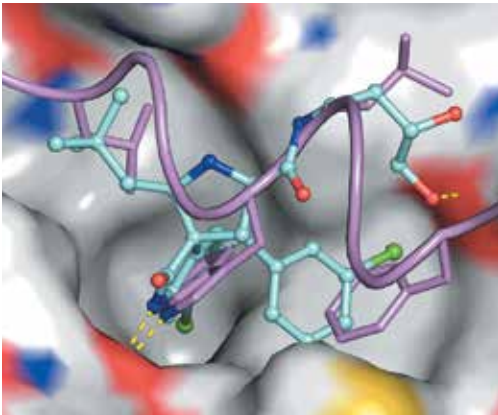
Prof. Dr. Levy: Evet. Her bir yaklaşım ile sağkalım faydası göstermiş iki çalışma var. Özellikle pemetreksed (Alimta) ile yapılmış çalışmalar var. Bu çalışmalarda 3-4 aylık genel sağkalım faydası gösterilmiş. Bu kulağa az gelebilir ama bir akciğer kanseri hastası olarak başlangıçtaki toplam yaşam beklentiniz sadece 10 ay ise, 3 aylık artış, belirgin bir artıştır. Bu nedenle hastalarım



tedaviye platin ve pemetreksed ile başlıyorum ve pemetreksed ile devam ediyorum. Yeni yayınlanan PARAMOUNT Çalışması verilerine göre, bu yaklaşım ile sağkalım faydası elde edilmiştir. Pemetreksed tedavisinin iyi tarafı, kabul edilebilir düzeydeki toksisitesidir. Hastalarım toksisiteden çok fazla şikâyet etmiyor. Hastalarımı olabildiğince uzun süre idame tedavide tutmaya çalışıyorum, çünkü tedaviye ara verdiğimde hastanın geri geleceğinden emin olamam. Bu da idame tedavinin işe yaradığını düşünmemin nedenlerinden biri. Bu sebeple de özellikle pemetreksed ile continuation (aynı ilaçla) idame tedaviye inanıyorum.

Farklı uzmanlıklardan farklı tedaviler veya yöntemler için destek alıyor musunuz? Hedefe yönelik ajanlar geleceği nedir?

Prof. Dr. Levy: Bu benim favori sorum, en iyi soruyu sona saklamışsınız. Hedefli tedavilere başladığımızda, hastaya multi-disipliner bakım veriyoruz. Göğüs hastalıkları uzmanı, patolog ve onkolog, hastayı birlikte tedavi ediyorlar. Çünkü göğüs hastalıkları uzmanı dokuyu temin etmediği ve patolog testi istemediği / uygulamadığı sürece ben bir tedavi kararı veremem. Bu yeni yaklaşımla birlikte, "actionable" (ilaç verilebilir, hedeflenebilir) mutasyonları saptamaya başladık ve bunları tedaviye başlamadan önce, tanı konduğu zaman saptamak kesinlikle çok önemli. Bunun için onkolog, göğüs hastalıkları uzmanı ile konuşuyor olmalı. Kurumumuzda biz bunu haftada bir yapıyoruz ve tartışıyoruz. Bir yandan bu multi-disipline bakım için tüm hekimler arasında sürekli iletişim gerekiyor.



Akciğer kanserinde ALK testi ve yeni tedavi seçenekleri

Akciğer kanseri tedavisinde kullanıma yeni giren testler ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgi veren Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hakan Bozcuk, ALK testi ve beraberinde kullanıma giren Krizotinib tedavisinin onkolojide yeni bir zirve olduğunu uygun hastalarda başarı ve yaşam kalitesini önemli oranda arttırdığını söyledi.

Akciğer kanserinde kullanıma giren yeni nesil tedavilerle ilgili ne tür gelişmeler söz konusu?

Prof. Dr. Bozcuk: Son yıllarda bu alanda önemli gelişmeler sağlandığını söyleyebiliriz. Krizotinib ve onun temel aldığı ALK testi bu anlamda onkolojide yeni bir zirve oldu. 2010 yılında krizotinib ile ilgili ilk veriler yayınlandı. Biz de kendi hastanemizde aynı dönemde ALK testini kullanmaya başladık. Ama her tedavinin bir öğrenme süreci var. Biz ALK testlerini kendi patolojimiz bakmadan önce yurtdışına yönlendiriyorduk. Zamanla bizim patoloji birimimiz işin içine girdi ve sertifikalı bir şekilde bu testi yapmaya başladı. Testin kullanım sayısı arttıkça daha iyi sonuçlar almaya başladık. Tabi ki süreç içinde sistemin oturması gerekiyor. Bir hastanın ALK+ olması illa bu tedaviyi alacağı anlamına gelmiyor. Çünkü ilaç burada masanın üzerinde değil. Bir şekilde onu yazıyorsunuz, izinler alıyorsunuz, bir takım bürokratik işlemleri çözüyorsunuz. Ayrıca hasta takibi de çok önemli; tedaviyi verdiğinizde yan etkilerinin ne olacağını literatürden biliyorsunuz ama gerçek hayatta gözlemlemek başka bir şey. Bunların hepsi bir araya

geldiğinde hastaya daha etkili bir tedavi önerebiliyorsunuz.

Bu tedaviyi ne kadar hastada uygulama şansınız oldu? Sonuçları ile ilgili kişisel gözleminiz nelerdir?

Prof. Dr. Bozcuk: Tüm Türkiye’de kullanım şu ana kadar 35 civarında. Bizim kendi merkezimizde 4 hasta bu kritere ulaştı. Tüm küçük hücreli akciğer karsinomu hastalarının %4’ü bu gruba giriyor. Çok ufak bir grup gibi görülebilir. Ama tüm dünyaya baktığınızda toplamda büyük bir sayı oluyor. Kişisel gözlemim bu ilacın zamanında ve uzun süreli kullanımı yönünde. Çok fayda gördüğümüz hastalarımız oldu. Elimizdeki bilimsel verilere göre; hastaların genel durumu iyiyken gecikme yaşanmadan bir ALK testi uygular ve devamında Krizotinib’le tedavi ederseniz sağlayacağımız fayda çok daha yüksek oluyor. Ayrıca yaşam kalitesindeki iyileşme çok daha belirgin oluyor. Krizotinib tedavisinin avantajlarından birisi de yan etkilerinin kontrol edilebilir olması ve dolayısıyla hastanın günlük yaşamını sekteye uğratmamasıdır.

Yaşam kalitesi kavramına her hekim farklı yaklaşıyor. Yaşam kalitesi ve yaşam süresi tartışmasında sizin tercihiniz hangi yönde?

Prof. Dr. Bozcuk: Bu konuda her onkoloğun farklı düşünceleri olabilir. İdeal olan tabii ki hem yaşam süresini hem de yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunda hiçbir soru işareti yok. Benim öncelik sıralamam şöyle; eğer en ideal şey genel sağ kalımsa, onu



birinci sıraya koyarım, ikinci sıraya metastatik hastalar için progresyonsuz sağ kalımı koymam, onu 3’e koyarım, ikinci sıraya yaşam kalitesini koyarım. Çünkü aslında hasta benim hastalığım progrese oldu mu diye merak etmiyor. Hasta progrese olduğunda ciddi bir endişe yaşıyor, depresyon yaşıyor, yaşam kalitesi bozuluyor. Hastalıkla ilgili semptomlar oluyor. Yeni tedaviler aldığı için onların toksisitelerine maruz kalıyor. Sonuçta progresyon olduğunda hastanın gene etkilenen bozulan durumu yaşam kalitesi oluyor. Onun için benim için tartışmasız ikinci sırada yaşam kalitesi gelir. Eğer iki ilaç, A ve B ilacı genel sağ kalımı çok az etkiliyorsa ya da değiştirmiyorsa benim için yaşam kalitesini arttıran tartışmasız açık ara öndedir.

Maliyet etkinlik giderek daha çok tartışılan bir konu. Bazı tedavilerin geç başlaması ayrı bir sorun, toksititesi olan, yaşam kalitesi daha düşük olan bir ajan yerine bu anlamda fayda sağlayan terapilerin ön plana çıkması konusunda sorunlar yaşanıyor mu?

Prof. Dr. Bozcuk: Bence üzerinde hepimizin düşünmesi gereken bir soru bu. Çünkü örneğin Amerika’ya baktığınızda Krizotinib adlı ilaç birinci basamakta kullanılıyor.

Devamı sayfa 36’da >>>



>>> Sayfa 35'ten devam :

Hastanın öncesinde kemoterapi alması gerekmiyor. Ama Türkiye'de büyük ihtimalle ikinci basamakta kullanılacak. Önemli mi? Şöyle bir hasta için çok önemli olabilir. Eğer o hastanın kemoterapiyi tolere edemeyeceğini düşünüyorsanız, yaşam kalitesinin hızla düşeceğini düşünüyorsanız bu hasta için çok önemlidir. Gelelim işin finansal boyutuna. Tabii her ülkenin kendi sağlık sistemi içinde sağlık harcamaları ve politikaları farklı oluyor. Ama Türkiye'de yaşanan sorunlardan birisi kısıtlı verilerdir. Biz planlama yaparken Avrupa ya da ABD verilerini kullanıyoruz. Bu bizi yanlış yönlendiriyor. Belki kendi sistemimiz içerisinde başka kalemler daha öne çıkacak, bazıları daha geride kalacak. Tabi burada felsefi ve teorik bir soru da ortaya çıkıyor. X süresi kadar fazla yaşamının maliyeti ne olursa tolere edilebilir? Buna cevabı her ülke kendi sağlık politikaları içinde vermelidir.



Son dönemlerde öne çıkan konulardan birisi de multidisiplinel yaklaşım ve uzmanlaşmış merkezler. Bu açıdan bakıldığında Türkiye'de ne durumdayız?

Prof. Dr. Bozcuk: Onkoloji sizin de belirttiğiniz gibi bir ekip hizmetini gerektiriyor. Biz üniversite hastanesinde çalıştığımız için bu açıdan şanslıyız. Çünkü bu dediğiniz şeylerin çoğunu yapabiliyoruz. Bu kolay olmadı. Örneğin akciğer kanserleri için konuşalım; düzenli konseyimiz oluyor, haftalık toplantılarımız.

Yine radyasyon onkolojisi, tıbbi onkoloji ve cerrahi onkoloji yakın iletişim içerisinde. Toraks tümörleri için ayrı patologlarımız var. Ayrıca araştırma hemşirelerimiz ve diğer hemşirelik hizmetlerimiz son derece iyi bir yerde. Bu açıdan çok önemli bir yerde olduğumuzu düşünüyorum.

Fakat Türkiye'de her bölüm bu noktada değil. Olamaz da zaten. Belki gelecekte A kanseri için bölgesel bir merkez, B kanseri için başka bir merkez olabilir. Dünyada bunu yapanlar var. Örneğin İngiltere'de sarkoma cerrahisini sadece belirli bir merkez yapıyor. Türkiye'de o noktada değiliz, çünkü daha öncelikli sorunlarımız var. Örneğin, onkolog sayısı, yardımcı personel sayısı, radyasyon onkolojisi teknisyenleri gibi çok daha hayati ihtiyaçlarımız ve eksiklerimiz var. Onlar tamamlandıktan sonra bu soruna yeniden eğilebiliriz.

20. Ulusal Kanser Kongresi yoğun katılımı ile düzenlendi

20. Ulusal Kanser Kongresi yaklaşık 1500 kişinin katılımıyla 19-23 Nisan tarihleri arasında Antalya'da düzenlendi. Türk Pediatrik Onkoloji Grubu, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği ve Türk Radyasyon Onkoloji Derneği tarafından ortaklaşa organize edilen kongre bu yıl yine kapsamlı bir bilimsel programla gerçekleşti.

Kongrede öne çıkan konularla ilgili bilgi veren Prof. Dr. Tezer Kutluk, şu verileri paylaştı: "Kongrede 900'e yakın sözel ve poster bildirisi ile bugüne kadar olan en yüksek sayıya ulaştık. Ayrıca kongre süresince 41 panel, 29 konferans, 10 tartışma, 14 sözel bildiri, 8 olgu sunumu, 42 kurs oturumu gerçekleşti. Kongrede 400 konuşmacı yer alırken 900'e yakın bildiri sunuldu.

Bu yıl kongreye davetli uluslararası konuşmacılar arasında Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü Başkanı ve Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği Başkanları da yer aldı."

Kanserin gündemdeki yerinin artmaya devam edeceğini söyleyen Prof. Dr. Kutluk, "Öte yandan kanserin yarattığı ekonomik yük de artıyor. 2030 yılında

dünya genelinde yıl başına kanser harcaması 458 milyar dolara ulaşacak. Dünyadaki tüm ölümlerin %60'ı kalp, kanser, diyabet kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle gerçekleşiyor. Bu 4 hastalığın ortak noktası, ise tütün, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve alkoldür. Bu nedenle bunlara yönelik stratejiler sağlığın geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır" dedi.



Türkiye, kanserle mücadelede önemli gelişmeler sağladı

Kanserle mücadele konusunda son yıllarda pek çok açıdan önemli gelişmeler sağlandığını dile getiren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Tezer Kutluk, "Ancak 75 milyonluk bir ülke söz konusu olduğunda kanserle mücadele sadece tedavi boyutuyla ele alınmamalıdır. Bu nedenle koruyucu önlemlerin kamuoyunda ön plana çıkarılması için daha fazla çaba sarf edilmesi gerektiğini düşünüyoruz" dedi.

20. Ulusal Kanser Kongresi'nin ardından kanserle mücadele politikaları ve güncel gelişmeler konusunda ONCOLife'in sorularını yanıtlayan Prof. Dr. Kutluk, şu değerlendirmeleri yaptı: "Türkiye'de kanserle mücadele yıllar içerisinde resmi devlet politikası içerisinde hep yukarıya doğru giden bir çizgi izledi. Kanserden korunma politikaları açısından önemli adımlar atıldı. Türkiye 2008 yılında bir kanser kontrol planı yaptı. Bu çok önemli bir gelişmeydi. Kanser tarama oranları yükseliyor ve kanser kayıtlarındaki düzelme devam ediyor. Ama 75 milyonluk bir ülke kanserin diğer öncelikler içerisinde kaybolmaması gerekiyor. Tartışmasız bir biçimde devlet ve toplum bütün yasaklarına sahip çıkmaya devam etmeli. Obeziteye ve fiziksel aktivitelerle yönelik çalışmalar başlatıldı ama bunun etkilerinin ölçülmesi ve değişimlerin takip edilmesi gerekir."

Son 40 yıla bakıldığında Türkiye'nin kanser tedavisi açısından da çok önemli bir gelişme sağlandığını dile getiren Prof. Dr. Kutluk, "Pilotlara ilaçların ısmarlandığı bir dönemden ilaçların bulunduğu bir döneme, kanserli hastaların tedavi için yurt dışına gittiği bir dönemden ülke içerisinde birçok merkezde tedavi imkanı sunan bir döneme gelindi. Bu açıdan bakıldığında çok ciddi bir gelişme var. Kanser tedavisinde ulaşılan başarı tüm kanserler birlikte ele alındığında, erişkin kanserlerinde

%68'lere, çocuk kanserlerinde ise %80'lere ulaşmış durumda. Ama hizmetin kalitesi ile ilgili iyileştirmeler ve uygulanan programların ölçümü ile ilgili pek çok şey yapılabilir. Ayrıca toplumsal farkındalığın artırılması için ek programlara ihtiyaç var" dedi.

Türkiye'de kanser için tedavi hizmeti sunan uzman ve yardımcı personel sayısı için yatırıma ihtiyaç olduğunu belirten Prof. Dr. Kutluk, sözlerini şöyle sürdürdü: "Ülkemizde tahmini olarak 250 civarında medikal onkolog, 100 civarında pediatrik onkolog ve 750 civarında radyasyon onkoloğu var. Bu rakamlara bakıldığında insan kaynaklarına daha fazla yatırım yapılması gerektiği görülecektir. Ayrıca arka planda kanserde sahip olduğumuz planlayıcı, yönetici kadronun ötesinde bir kadroya da ihtiyaç duymaktayız. Bu hem devlet, hem de sivil toplum için elzem bir görev. Çünkü sayıları az olduğu için bugünkü onkoloji camiası ağırlıklı olarak tedaviyle uğraşmak zorunda. Ancak bunun dışında bütünle mücadele ile uğraşan, sağlık politikalarıyla uğraşan çok sayıda insana ihtiyaç var. Örneğin; batı toplumlarında hekimin dışında hemşire, psikolog, ekonomist, avukat gibi farklı meslek gruplarının



bu amaçla sivil toplum örgütlerinde çalıştığını görüyoruz. Türkiye'de de hasta örgütlerinde bir kıpırdanma var ama hala yetersiz. Mevcut kurumların ise rehberliğe ihtiyacı var. Dolayısıyla mesleğinin dışındaki konularla uğraşan insanlara ihtiyaç var. Bu konuda çalışmak isteyen insanları da yönlendirmek gerekiyor."

Ülkemizde de her yıl 200 bin kişinin kanser teşhisi aldığını dile getiren Prof. Dr. Kutluk, sözlerini şöyle noktaladı: "TÜİK 2009 istatistiklerine göre, kanser ülkemizde tüm ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır. O halde kanserle baş etmek için devlet, sivil toplum, sağlık kuruluşları, yani herkes birlikte çalışmak zorundadır. Kansere karşı 3 temel strateji önemlidir. Bunlar korunma, kanser taramaları ve etkili tedavi hizmetleridir. Tüm kanserlerin %30'undan korunmak mümkündür. Bu açıdan bilinen en yaygın kanser yapıcı olan tütünden korunma öne çıkmaktadır. Herkesin bütün mücadeleyi desteklemesi gerekiyor."

20. ULUSAL KANSER KONGRESİ





Çocukluk çağı kanserlerinde başarı oranları artmaya devam ediyor

Türkiye'nin çocuk onkolojisi alanında bilgi birikimi ve altyapı açısından dünyada çok iyi bir yere geldiğini söyleyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Kantar, bu gruptaki kanserlerde tedavi başarısının %80'lerin üzerine çıktığını dile getirdi. Lösemi ve lenfoma gibi çocukluk çağı kanserlerinde sağlanan başarının pek çok nedeni bulunduğunu belirten Prof. Dr. Kantar ile yeni tedaviler ve gelecek perspektifi üzerine konuştuk.

Çocukluk çağı kanserlerinin Türkiye'deki durumu ve dağılımı nasıl?

Prof. Dr. Kantar: Buradaki tedavi başarısı erişkin onkolojiden çok daha yüksek. Çocuğa özgü kanserler çok farklı; örneğin en sık (% 30-35) lösemilerle karşılaşıyoruz. Arkasından lenfoma türü lenf bezi kanserleri geliyor. Onun da lenfoma ve non-hoçkin dediğimiz iki farklı tipi var. Bunun dışında üçüncü sırada beyin tümörlerini görüyoruz. Arkasından sadece çocuklara özgü olan nöroblastom denilen, daha çok karında olan tümörler görülmüyor. Ya da böbrekten köken alan virüs tümörü dediğimiz tümörler söz konusu.



Bu kanserlerin Türkiye'deki prevalansı nasıl?

Prof. Dr. Kantar: Sağlık Bakanlığı 2008 yılında, bu alanda bir insidans rakımı verdi. Her sene ülkemizde 15 yaş altında 1 milyon çocuk ve ergenden 120 tanesinde kanser gelişiyor. Genel tahminlere bakıldığında Türkiye'de her yıl 15 yaş altında 2400 kişide kanser geliştiği düşünülüyor. Bakanlığın kendi kayıt sistemi var ayrıca bizimde online bir veri tabanımız bulunuyor. Her merkezde tedavi edilen tüm kanser olguları sisteme giriliyor. Veri tabanımızın geçmişi on yıla yaklaştı.

Tedavideki başarı oranlarına baktığımızda lösemilerde çok yüksek olduğunu görmekteyiz. Lösemilerde ALL ve AML denilen iki tipi var. ALL tipinde başarı oranları, % 80-85'lere kadar çıkıyor. Artık, lösemi gerçekten tedavi edilebilir bir hastalık haline geldi. Yüksek riski olmayan bir lösemide kemik iliği nakli yapılması gerekmiyor. Lösemi tekrar ederse belki kemik iliği nakli düşünülebilir. İkinci grupta gördüğümüz, lenfoma türü lenf bezi kanserlerinde ise başarı oranları daha da artıyor. Örneğin Hoçkin lenfoma da % 80-85'in üzerinde. Erken evre bir Hoçkin lenfoma da başarı % 95'lere kadar çıkabiliyor. Keza non-hoçkin lenfomanın daha sık görülen grubunda ise başarı ileri evrelerde bile % 70-75'lere yaklaşmış durumdadır. Bu çocuk onkoloji için büyük başarıdır.

Türkiye'de bilgi ve teknoloji olarak tedavi olanaklarına baktığımızda yapılanmanın çok iyi olduğu görülüyor. Hekim, kalifiye eleman, onkoloji hemşireliği açısından yapılanma oldukça iyi bir yerdeyiz. Ayrıca, iyi radyoterapi merkezlerimiz olduğu bir gerçek. Yine kan ve cerrahi merkezleri de çok iyi çalışıyor. Ekip çalışması başlığı altında bütün büyük hastanelerde konseyler var. Onkolojiyle ilgili bütün doktorlar bir araya gelip tartışarak hastanın tedavisine karar veriyorlar.

Bu alanda kullanıma yeni giren ilaçların ve organizasyon yapısının başarıya etkisi nasıl oldu?

Prof. Dr. Kantar: Yeni tedaviler kadar merkezlerin niteliği ve organizasyon yapısı da tedavide çok önemli bir işleve sahiptir. Dünyanın en iyi tedavi protokolü elinizde olsun, siz o yoğun tedavi protokolünü eğer (ki bu alanda başarıyı arttıran en önemli konu yoğun dozlardır) iyi yapılmış merkezlerde uygulayamıyorsanız istediğiniz hedefe ulaşamazsınız. Hastaya kemoterapi vermek maharet değil, sonradan ortaya çıkabilecek yan etkileri göğüsleyebilecek bilginiz, birikiminiz, alt yapınız, hekiminiz ve yoğun bakımınız yoksa yeterince başarılı olamazsınız.

Devamı sayfa 39'da >>>

Uzmanlaşmış merkezler tedavi başarısı için hayati değere sahip

>>> **Sayfa 38'den devam :**

Yetkin ve uzmanlaşmış merkezler tedavi başarısını etkiler. Tedavi sürecinde hastalarda pek çok ciddi sorunlar oluşabiliyor. Bu nedenle hastaların takibi ve zamanında müdahale edilmesi hayati değere sahiptir. Çünkü tedavide sadece kanser hücreleri ölmüyor, vücudun sağlıklı hücreleri de ölüyor. Hastanın saçlar dökülüyor, ağızda yaralar çıkıyor, kan hücreleri sayısı düşüyor ve hasta enfeksiyonlara açık hale gelebiliyor. Çocuğun kendi bedeninde bulunan bakteriler bile bu tür durumlarda ciddi bir risk haline gelebiliyorlar. Siz bu enfeksiyonları çok iyi tedavi etmezseniz, kan gerektiği zaman kan merkeziniz trombosit veremezse, eritrosit gibi ürünleri hazırlayıp zamanında size sunmaz ise, yada iyi bir yoğun bakım üniteniz yok ise gerekli durumlarda bu hastalara etkili müdahale yapamazsınız. Dolayısıyla bu olanak ve altyapıların olmadığı yerlerde kanser tedavisi yapmanın çok fazlam anlamı da bulunmuyor.

Dolayısıyla kanser tedavisinin son derece özelleşmiş yerlerde, onkolog ve hematologların gözetimi altında yapılmak zorundadır.

Çocukluk çağında kanser yaşayan çocukların yetişkinlik döneminde takibinin önemine işaret eden veriler var; özellikle kardiyovasküler risklerin arttığı ve farklı kanser türlerinin gelişebileceğine dair. Bu hastaların takibi konusunda ne tür protokoller var? Türkiye'de bu hastalar risklere karşı takip edilebiliyor mu?

Prof. Dr. Kantar: Bu gerçekten çok önemli bir konu, benim kişisel olarak kalpte oluşan yan etkilerle ilgili araştırmalarım var. Gerçekten hiçbir bulgu vermeden, sadece laboratuvar tetkikleriyle ortaya konulabilen kalp değişiklikleri söz konusu. Kullanmak zorunda olduğumuz bazı ilaçların erken ya da geç dönemde kalp üzerinde ciddi etkileri olabiliyor. Geçirilen ameliyatlara verilen radyoterapiler, kemoterapi



ilaçlarının yan etkileri ileri dönemlerde farklı sorunlara neden olabiliyor. Bu nedenle hastaların uzun dönemler bu tür risklere karşı takip edilmesi ve bilgilendirilmesi gerekiyor. Bunlar aslında ulusal düzeyde düşünülmesi ve planlanması gereken sorunlar.

Hekimin bilgilendirmesi tedaviyi etkiliyor

Annals of Internal Medicine'da yayımlanan yeni bir araştırmaya göre, doktorları tarafından yazılan sonuçlara ulaşan hastalar kendilerini daha güvende hissediyor ve tıbbi durumlarını daha iyi anlıyor; muayenelerine sadık kalarak ilaçlarını düzenli kullanıyor.

Harborview Medical Center'da OpenNotes çalışmasına katılan doktorlar, hastaları endişeye itmemek için raporları onlarla paylaşmanın ekstra bir zaman kaybına neden olmadığını ve bu sayede hastalarıyla daha güvenli ve şeffaf bir iletişim kurabildiklerini belirtti. Çalışmanın başyazarı Prof. Dr. Tom Delbanco, "Hastaların %85'inden fazlası doktorların yazdığı raporları okuyor ve araştırmaya katılan doktorların %99'u

bunun hasta ve doktor arasındaki şeffaflığı sağladığını belirtiyor. Açık notlar hem hastaların tedaviye daha fazla uyum göstermesine yol açıyor hem de daha güvende hissettiriyor. Bu sonuçlar oldukça heyecan verici ve hasta bakımı konusunda devrim yaratacak nitelikte olabilir" dedi.

Araştırma sonuçları, birinci basamakta çalışan 105 doktorun ve yıl boyunca en az bir gönüllü programına katılan 13.564 hastanın görüşlerini yansıtıyor. En az bir rapor okuyan ve araştırmaya dönen 5391 hastanın %77-87'si açık raporların kendilerini daha güvende hissettirdiğini belirtirken, %60-78'i bu sayede ilaçlarını daha düzenli kullandıklarını ifade etti.

Hastaların yalnızca %1-8'i raporları okuduktan sonra kafalarının karıştığını ve endişelendiğini dile getirdi. Hastaların %86'sı ise, bu raporların ileride doktor seçimini etkileyeceğini belirtti. Doktorların maksimum %5'i vizit süresinde uzama bildirirken, %8'i vizit saati dışında hastaların sorularını yanıtlamak için ekstra zaman harcadığını ifade etti. Maksimum %21'i rapor yazmak için ekstra zaman harcadığını, %3-36'sı ise, raporun içeriğini değiştirdiğini bildirdi. Deneme süresi bittikten sonra doktorlar rapor yazmayı bırakmadı.



KAYNAK: Inviting Patients to Read Their Doctors' Notes: A Quasi-experimental Study and a Look Ahead. J. Walker, S. Bell, J. Darer, N. Farag, H. Feldman, R. Mejilla, J. Ralston, S. Leveille. *Annals of Internal Medicine*, 2012; 157 (7): 461-470



Akciğer kanseri görülme sıklığı kadınlarda artıyor

Türk Akciğer Kanseri Derneği (TAKD) tarafından düzenlenen Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi, Ürgüp yapıldı. Üç gün süren kongre kapsamında düzenlenen basın toplantısında konuşan TAKD Başkanı Prof. Dr. Nil Molinas Mandel, akciğer kanserinin dünyada ve Türkiye’de kanserden ölümlerin en sık nedeni olduğunu söyledi. Akciğer kanseri olgularında sigara kullanım oranının %85-90 arasında olduğunu dile getiren Prof. Dr. Mandel, 2008 verilerine göre, Türkiye’de yıllık yeni akciğer kanseri hasta sayısının 33 bin’i aştığını açıkladı.

Kapalı alanlarda sigara içme yasağının ardından erkeklerde akciğer kanserine yakalanma oranında ciddi bir düşüş gözlenmesine karşın, kadınlarda bu oran arttığına dikkati çeken Prof. Dr. Mandel, şu bilgileri verdi: “Sağlık Bakanlığı’nın getirdiği kısıtlamalarla sigara hayatımızdan uzaklaşmaya başladı. Ancak, kadınlarda devam eden sigara kullanımı kanser oranını arttırmaktadır. Sigara kısıtlaması ile akciğer kanseri önlenemez bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de 16 milyon kişi sigara içiyor. Akciğer kanseri, %85-90’a varan oranda sigarayla ilgili. Erkeklerde kanser görülme oranı %31’den %27’ye indi ama kadınlarda %9’dan %10’a çıktı. Erkekler sigarayı azaltmaya devam ediyor. Kadınlarda da benzer bir gelişme sağlanırsa akciğer kanseri görülme oranı azalacaktır.”

Kongrede yeni ilaçlar, tedavide yeni yaklaşımlarla ilgili konuların da ele alındığını vurgulayan Prof. Dr. Mandel,

“Son yıllarda kullanıma giren yeni ilaçlarla hastalara kemoterapinin yanı sıra bazen tek başına bu yeni moleküllerden faydalanma imkanı sunabiliyoruz. Akciğer kanserinde hücre tipine ve molekül yapılarına göre farklı ilaçları kullanmak mümkün. Bunun yanı sıra, bazı hücresel gen yapısındaki özellikler, bazı mutasyonların varlığı ve bunların gen kopya sayısı ile ilişkili olarak “hedefli tedavi” kullanma olanakları artmaktadır. Özellikle bazı özel mutasyonların varlığı gösterildikten sonra, bu mutasyonu taşıyan hücreleri hedef alan ilaçlarla tedavi şansı doğdu; hatta kemoterapiden kaçınma yolları açıldı. Bu tedaviler, sağlam hücrelere zarar vermeden, yalnızca bu kanserli ve mutasyon taşıyan hücreleri yok etmeye yöneliktir. Tabii bu ilaçların da kendilerine özgü yan etkileri olabilmektedir. Her yıl birçok yeni molekülün bu kervana katılmakta olduğunu, bazılarında çok iyi sonuçlar alındığını görüyoruz. Günümüzde

bu amaçla onaylanmış üç molekül bulunuyor; erlotinib, gefitinib ve axitinib. Ayrıca, ALK mutasyonu bulunan hastaların tedavisinde crizotinib önemli bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaya başlandı” dedi.

Akciğer kanserinin ağırlıklı olarak sigara ile ilişkili bir hastalık olduğunu dile getiren Doç. Dr. Ufuk Yılmaz, ise şu bilgileri verdi: “Hiç sigara içmemiş kişilere göre, sigara içenlerde akciğer kanseri görülme riskinin 20 misli fazla olduğunu biliyoruz. Sigara içmeyi bırakanlarda, içmeye devam edenlere göre akciğer kanseri riskinin azaldığı gösterilmiştir. Akciğer kanserine yol açan bir başka neden radon gazıdır. Başta asbest olmak üzere çeşitli kimyasal maddelerin de kansere yol açabileceği bilinmektedir. Mesleki olarak ortamda asbest, nikel, arsenik gibi çeşitli kanserojenlere maruz kalan kişilerde akciğer kanseri görülme oranında % 9-15 oranında artış saptanmıştır.”

Kanser hastalarının tedavi hakkında eğitilmesi başarıyı artırıyor

Kanser hastalarının bilgilendirilmesinin tedavinin sonuçlarını doğrudan etkilediğini söyleyen Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Klinik Şefi ve Kök Hücre Nakli Merkezi Direktörü Prof. Dr. Fevzi Altuntaş, hastaların eğitiminin tedavi başarısını önemli oranda arttırdığını belirtti. ONCOLife Ankara Temsilcisi Hatice Pala Kaya'nın sorularını yanıtlayan Prof. Dr. Altuntaş, bu alanda yürüttükleri eğitim çalışmaları hakkında bilgi verdi.

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Hasta ve Yakınları Eğitim ve Bilgilendirme Programı"na 2009 yılında başladıklarını söyleyen Prof. Dr. Altuntaş, "Programı üç yıldır sürdürüyoruz. Bu sadece kendi hastalarımıza yönelik bir program değil, tüm halka açık ve isteyen herkes ücretsiz katılabiliyor. Bu toplantılarla oluşan farkındalık tedaviye uyumu ve başarıyı artırıyor" dedi.

Kanser tedavisinde eğitim

Hasta ve yakınlarının eğitiminin hastalık sürecinde başarıyı artırdığına işaret eden Prof. Dr. Altuntaş, sözlerine şöyle sürdürdü: "Bu toplantılarda hasta ve yakınları hastalıklar, psikoloji, beslenme, temizlik, kanser tedavileri, destek tedavisi, sosyal destek, evde bakım, acil durumlar ve kendine yeterlik konularında eğitiliyor. Hasta ve yakınlarına hastalıklar hakkında bilgi veriliyor. Hastalık sürecinde karşılaşılabilecek durumlar anlatılıyor. Bu tedaviye uyumu artırıyor. Kendi gözlemimiz bu tür eğitimlerin çok faydalı olduğu yönündedir".



Hasta ve hasta yakınlarına yönelik psikolojik bir eğitim formatı geliştirdiklerini söyleyen Prof. Dr. Altuntaş, sözlerini şöyle sürdürdü: "Hastanın bu şekilde daha umutlu yaşadığını gözlemledik. Bazen ölüm duygusu yaşayan hastaların hayata ve tedaviye daha sıkı bağlandığını gördük. Bu toplantılar sayesinde hastaların dünya ile bağlarını güçlendirip, çatışmalarını aşip, ilgilerini canlı tutmalarını sağlıyoruz. Hastalar bu toplantılarda iyileşmiş hastaları görünce ve süreç hakkında konuşunca bir grup psikoterapisi yapılmış oluyor."

Kanserde beslenme ve diyet konusunda bilgilendirme önemli

Kanser hastalarında beslenme konusunun da çok önemli olduğunu dile getiren Prof. Dr. Altuntaş, "Hemen her hasta ne yeyip ne yemeyeceğini soruyor. Bazen bunu büyük sorun haline getiriyorlar. Bu program sayesinde hastalıkları nasıl beslenmeleri gerektiği konusunda eğiterek olumsuzlukların önüne geçmeye çalışıyoruz. Hastalar

çok ön yargılı bir şekilde uzun bir yasaklar listesi ile bize başvuruyorlar. Bu eğitimlerde nötropenik dönemde uyulması gereken kurallar ve vücut direncinin artırılması için yapması gerekenler anlatılıyor" dedi.



Tedavi sürecinin ve sonuçlarının hasta ve yakınlarına kapsamlı şekilde anlatılması gerektiğini belirten Prof. Dr. Altuntaş, şu bilgileri verdi: "Bu hastaların en doğal hakkıdır. Bu bağlamda genel kanser tedavi prensiplerini anlatıyoruz. Ayrıca tedavilerin olası yan etkilerini ve risklerini anlatıyoruz. Yine bu sorunlardan korunma yöntemleri de program kapsamında anlatılıyor. Bulantı-kusma tedavisi, ağrı tedavisi, kan ürünleri tedavisi, beslenme mamaları gibi olası destek tedavileri hakkında da bilgi veriliyor. Böylece tedaviye uyum ve olası istenmeyen durumların önüne geçilmiş olunuyor."

Kanser tedavisinde evde bakım dönemi başladı

Kanser tedavisinde evde bakımın giderek daha fazla ön plana çıkmakta olduğunu dile getiren Prof. Dr. Fevzi Altuntaş, sözlerini şöyle noktaladı: "Evde uyulması gereken kurallar, hijyen, beslenme, ilaç kullanma, acil durumlar ve ne zaman doktoru arayacağı ve hastaneye geleceği anlatılmaktadır. Bu şekilde insan gücü etkin kullanılmış olmaktadır. Ayrıca acil durumlar ve neler yapılması gerektiği anlatılarak tedavi sürecinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır."

Kanser tedavisinde 'hedefe yönelik' beslenme rejimi uygulanmalı

Kanser tedavisinde beslenmenin öneminin daha iyi anlaşılmaya başlandığını söyleyen Hücresel Tedavi ve Rejeneratif Tıp Derneği Başkanı ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Osman İlhan, artık hastalığın durumuna göre 'hedefe özel' beslenme yöntemlerinin ön plana çıktığını ve bunun tedavi başarısını doğrudan etkilediğini belirtti. Kanserde beslenme ile ilgili çok sayıda bilimsel çalışması bulunan Prof. Dr. Osman İlhan, ONCOLife Ankara Temsilcisi Hatice Pala Kaya'nın sorularını yanıtladı.

Kanser ve beslenme hakkında pek çok şey yazılıp, söyleniyor. Bu konuda doğru bilgiye ulaşmanın hasta ve hasta yakınları açısından önemi nedir?



Prof. Dr. İlhan: Görsel ve yazılı medyada bu konu ile ilgili pek çok bilgi yer alıyor. Fakat bazı konular çok tartışıldığı için bunun bir bilimsel dayanağı olması gerekir. Otuz beş yıllık tıp doktorluğum süresince hematoloji ve onkoloji hastalarının tedavi planlaması sırasında hastalar daima bana 'ne yemeli ne yememeliyim?' diye sordular. Ben de güncel literatüre dayalı önerilerde bulunurdum. Ama onların tatmin olmadıklarını anladım. Araştırmalarım sırasında ESMO (Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği) tarafından 'Kanser ve Beslenme' isimli bir kitap yayınlandığını gördüm. Avrupa Kanser Birliği'ne başvurarak kitabın tercüme hakkını aldık. Bu kitabı Türkçe'ye çevirmemin en önemli nedeni hematoloji - onkoloji hastalarına ve hasta yakınlarına

bilimsel veriler ışığında yardımcı olacak bir kaynak oluşturmaktır. Bu kitap, hasta ve hasta yakınlarının kanser ve beslenme arasındaki karmaşık ilişkiyi daha iyi anlamalarına yardım etmek için hazırlandı. Yani, iddiamız temel bir yaklaşımı ortaya koymak. Birinci olarak 'Beslenme ile kanserin ilişkisi var mıdır?', 'Kanserli hasta nasıl beslenmelidir?' ve 'Kanserin ileri döneminde bu tedavi nasıl yönlendirilmelidir?' gibi sorulara temel cevaplar vermektedir. Bu kitabın tartışmalara sağlam bir dayanak olacağına inanıyorum.

Kanser hastaları beslenmeyle ilgili ne tür bilgilere ihtiyaç duyuyor?

Prof. Dr. İlhan: Her ne kadar kanser hastalarının kanser tedavisi seçenekleri, hastalığın seyri, kanser riski ve bu tür tedavinin uzun dönem komplikasyonlarını içeren çeşitli konularda eğitim talepleri mevcut ise de defalarca dile getirilen soruların büyük bölümü daha gündelik konulara odaklanmaktadır. Şöyle özetlenebilir; Ne yemeliyim? Zebrack, 879 erişkin kanser hastası üzerinde yaptığı araştırmada, bu hastaların en fazla gereksinim duyduğu bilgileri derinlemesine inceledi. Beklendiği gibi listenin başında diyet ve beslenme konusunda daha fazla bilgi ihtiyacı yer alıyordu. Ancak ilginç bir şekilde cevap verenlerin yaklaşık %50'si eğitim ihtiyaçlarının karşılanmadığını söylediler. Bu dizinin amacı bu eğitim ihtiyaçlarını karşılamaktır. Kitapçık, sağlık hizmeti sunanlar, yani doktorlar için nutrisyon ve kanser konusunda hazırlanan eğitim kaynaklarının, hizmet verenlerin daha bilgili

olmalarını ve hastalar ile ailelerini nutrisyon ve kanserle ilgili konularda eğitmek amacıyla hazırlanmıştır.

Kanser tedavisinde uzmanlardan farklı görüşler geldiği zaman hastaların kafası karışıyor ve hasta neye inanacağını şaşıyor. Bu konuda nasıl bir yaklaşım sergilemek gerekli?

Prof. Dr. İlhan: Aslında güncel toplantılarda hastaların sorularına cevap vermek istiyoruz ama bazı konularda fikir ayrılığı doğuyor. Söylenenlerin hepsi doğru ama yaklaşımlar farklı. İşte bu kitap başta hekimleri daha sonra da hastaları eğitiyor. Ama bundan sonra bir hekim kendi deneyimlerinden yola çıkarak her hasta için kişiselleşmiş bir beslenme programı yapabilir diye düşünüyorum. Genelleşmiş tedavi değil hastaya yönelik yani hedeflenmiş tedavi, hedeflenmiş beslenme yaklaşımı benimsenmelidir.





Kanser tedavisinde beslenme faktörünün önemi göz ardı edilemez

>>> Sayfa 44'ten devam :

Ayrıca kanser tedavisinde tıbbi onkolog, beslenme uzmanı ve psikiyatrist tarafından multidisipliner bir yaklaşım olmalı. Bir de tedavi sırasında sadece hasta değil, hasta yakınının da doğru davranış şekli içinde olması gerekir. Kanserli hasta kemoterapi sırasında ne yapmalı, ilerlemiş durumda ne yapmalı veya hasta yakını ne yapmalı? Mesela; hasta kemoterapi almış, yemek yiyemiyor, hasta yakını 'ye' diye zorluyor. Bu durumda hasta nasıl yiyecek? Bu kitapta hastanın hangi durumlarda ağızdan, damardan veya sondayla beslenmesi gerektiği anlatılıyor.

Son yıllarda üzerinde en çok durulan konulardan bir tanesi de obezite ve kanser ilişkisi. Bu konu hakkında neler söylemek istersiniz?

Prof. Dr. İlhan: Obezite oldukça tehlikeli bir durum ve obez kişilerde pek çok sorun görülüyor. Ben diyetten ziyade kalori sınırlaması görüşündeyim. Bugün Türkiye'de herkes diyet yapıyor ama bence bu sakıncalı. Çünkü tedavi süreci zaten stresli bir süreçtir. Hasta bir de diyetle sokularak ayrıca bir

stres içinde olmamalı. Örneğin; hastaya kemoterapi yapıldı, yaşam süresi uzatıldı ama yaşam kalitesi bozuldu, amaç bu değil. Önce yaşam kalitesi ve yaşam süresi birlikte düşünülmelidir. Beslenme ve kanserde asıl önemsedğim konu hastayı tedavi eden hekimlerin bilmesi gereken bilgilerdir. Siz tüm bu bilgileri beraber takip etmedikçe sorun var demektir.

Hücrel Tedavi ve Rejeneratif Tıp Derneği Başkanı olarak derneğinizi çalışmalar hakkında bilgi verir misiniz?

Prof. Dr. İlhan: Türk hemotolojisi son yıllarda sadece ulusal değil uluslararası alanda belli bir yere geldi ve çok başarılı bir grafik çiziyor. Ama ortalama yapılan tedavilerin istenilen sonucu elde etmediğinin farkına vardık. Bilindiği üzere 2000'li yıllardan itibaren hedefe yönelik tedaviler ön plana çıkmaya başladı. Bunların en önemlisi de hücrel tedavidir. Hücrel tedavi, başta kök hücre olmak üzere tümör aşısı, doku mühendisliği, gen tedavisi ve son olarak da plastik cerrahiye yönelik hücrel tedavi uygulamalarıdır. Burada amacımız hücrel tedavi ve rejeneratif tıp'ta standardizasyon ve son gelişmelerin

Türkiye'de uygulanması ile bunun bir çatı altında olmasını sağlamak.

Derneğimiz resmi olarak 2008 yılında kuruldu. Dernek kurucuları hematologlar, kardiyologlar, kardiyovasküler cerrahlar, genetik uzmanları, doku mühendisleri, patoloğlar ve embriyologlar gibi bir gruptan oluşuyor. Derneğimiz multidisipliner bir dernek. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle ANTKÖK, şimdi de 20 fakülteden oluşan TÜRKÖK grubunu kurduk. Bugün Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi ve Hücrel Tedavi ve Rejeneratif Tıp Derneği tarafından organize edilen Rejeneratif Tıp Sempozyumu'nda hücrel tedavinin geldiği son nokta, hücreden doku mühendisliği gibi konuları ele aldık. Toplantıda amacımız, Çanakkale Üniversitesi işbirliğinde Türkiye'nin en önemli tarih dokusu olan bir bölgede bilim insanları ile tıp fakültesi öğrencileri işbirliğinde farkındalık yaratmaya çalışmak. Artık sadece kemik iliği naklinden ziyade organ ve doku nakli ve tamirine, yenilenmeye doğru da gitmeye çalışacağız. Bugünkü toplantıda bu konuyu da tartışmaya açtık.

Bir hekim ve bilim insanının gözünden kanserle mücadele öyküsü:

'Kanser Survivor'ı olmak...

Dört yıla yaklaşan kanserle mücadele serüvenini bir akademisyen hekim olarak nasıl yürüttüğünü ONCOLife'a anlatan Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Füsun Yarış, ileri evre bir kanser hastası olmasına rağmen kararlı mücadelesi ile hala mesleğinin başında. Hayatla bağını koparmayan Prof. Dr. Füsun Yarış, tedavisi süresince defalarca ölüm riski yaşamasına rağmen azimli tavrıyla tüm aksiliklerin üstesinden gelebilmiş bir 'Kanser Survivor'ı.

Kanserle mücadelenin tedaviyle sınırlı olmadığını ve hayatta kalma sürecinde kanser hastalarının sayısız risklere maruz kalabildiğini dile getiren Prof. Dr. Yarış, kanser öyküsünde en kritik zamanın kötü haberin hastaya verildiği an olduğunu düşünüyor. Kansere yakalanmadan önce hastaya 'Kötü haber' verme konusunda da çalışmaları olan Prof. Dr. Yarış, bunun önemini en çok kendisi kanser haberini aldığı anda anladığını söylüyor. Kanserle mücadelenin bir süreç olduğunu ve kanser hastasının bir nesne değil hayatını sürdüren bir insan olduğunu belirten Prof. Dr. Yarış, tedavi sürecinde kendisini en çok yıpratıcı konulardan birisinin

hastaların kişi olarak değil nesne olarak algılanması ve hiçleştirilmesi olduğunu dile getiriyor.

Kanser olduğunuzu ne zaman ve nasıl öğrendiniz? 'Kötü Haber'i aldığınızda nasıl hissettiniz? Hekim olduğunuz halde çok ciddi sorunlar yaşadığınızı biliyoruz, özellikle teşhis anını ve sonrasını anlatır mısınız?

Prof. Dr. Yarış: Hekim olduğum için avantajlı mıydım? Belki de değildim. Aslında sıradan bir insan, sıradan bir hastaydım ben de. Kötü haberin iyi bir şekilde verilmesi herkes için ne kadar haksa, benim için de o kadar haklı. Ama ultasonun probu daha

üzerimdeyken 'A evet, Füsun hanım bu çok kötü bir şey, kocaman iki tane kitlen var. Üstelik asit de var, bu belki de evre 4 C, öbür organlara da bakmak lazım' denildi. Muayeneyi yapan hekim yanındaki asistana 'Gel, bak. Böylesini çok nadir görürsün' diyecek kadar mesleğinin etik değerlerini unutmuştu. On dakika önce Füsun abla'ydım, Füsun hocaydım. Ama o dakikada artık, evre 3C, belki evre 4C isimli bir varlığa dönüştürüldüm. O anda bütün hayatın değişiyor. Ve bu durumu karşıdaki hekimin anlamasını bekliyorsun. Bir hasta olarak o anı daha insani koşullarda yaşamak ve o ağır haberi daha doğru şekilde öğrenme hakkım yok edildi.



KANSER SURVIVOR'U OLMAK

Kanserle mücadelesini sürdüren Prof. Dr. Füsun Yarış, 4 yıla yaklaşan bu dönem boyunca yaşadığı pek çok olumsuz gelişmeden elde ettiği deneyimlerini artık meslektaşlarıyla paylaşıyor. 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde bu konuda bir sunum yapan Prof. Dr. Yarış, hastalığı döneminde ayrıca "New Challenges in Cancer Patients Communication" isimli bir kitap bölümü de kaleme almış.

>>> **Sayfa 44'ten devam :**

Peki o kötü haber doğru şekilde verilseydi, tedavi sürecinde daha sağlıklı karar verebileceğinizi düşünüyor musunuz?

Prof. Dr. Yarış: Kesinlikle. Bana ilk noktada o kadar ciddi bir umutsuzluk aşılandı ki, ben hiçbir şeye karar veremedim. Sadece ölmek için uygun bir yer aradım kendime. Ölmem için de ellerinden geleni yaptılar zaten, bana ilk tanıyı koyan insanlar. Çok etkilendim, o gece evde yalnız olsaydım büyük ihtimalle intihar ederdim. Yalnız olmadığım için beceremedim. Bir de akşam saat beşti ve evre 3C'miyim 4C'miyim bilmiyordum. Tetkik yaptırıp öğrenebilmek için başka bir yerde radyolojiye gittim. O ilk anlar benim için hayati öneme sahipti. Bu etik bir tartışma konusu aslında. Evet, ertesi gün de yapılabilirdi o BT, fakat ben o geceyi nasıl geçireceğim? Ne kadar yaşayacağımı o gece yaptıracağım bir tomografi belirleyecek. Sonunda çok zorlayarak ve imkanım olduğu için yaptırabildim. En azından büyük ihtimalle 3C evresinde olduğunu o gece öğrendim.

Bu küçük bilgi bile bir kanser hastası için o kadar önemlidir ki. Bunu karşımdakilerin anlamasını bekledim. Aslında hayatı rakamlarla ifade etmek çok yanlış ama bunu onkoloğuma da soruyorum. 'Kaç yıldır takip ettiğiniz over kanseri hastalarınız var, en fazla kaç yıl yaşayabiliyorlar?' Tabii doktorum anlıyor benim ne istediğimi. 'Benden ipucu almaya çalışıyorsun' diyor. 'Evet' diyorum. '21 yıldır takip ettiğim senin durumunda olan hastam var' diyor. Böyle bir bilgi hastayı inanılmaz rahatlatıyor ve kanser hastaları için önemli anlamlar taşıyor.

Hastaya 'kötü haber verme'nin eğitimini veriyorsunuz ve üstüne böyle bir deneyim yaşadınız. Bu tür uygulamaların eğitimi ne kadar önemli? Hasta ve hekim açısından neyi değiştiriyor?

Prof. Dr. Yarış: Biz kötü haber verme eğitimini fakültemizde 2006'dan beri uyguluyorduk. Hatta çok büyük tesadüf, 2009'da 'kötü haber verme'

eğitiminden çıktığımda, yani o günün sonunda aldım kendi 'kötü haber'imi, hem de çok kötü bir şekilde.

Hastaya 'kötü haber'in doğru şekilde verilmesi çok önemlidir ve pek çok şeyi değiştirebilir. Tedavi uyumunda fark yaratır, başarıyı arttırır, hastanın tedaviyi sahiplenmesini ve vazgeçmemesini sağlar. Yani aslında her şeyi değiştirir.

Bazen bir insanın birkaç ay daha fazla yaşaması, yakınları için çok önemlidir. Belki o 'kötü haberi' iyi bir şekilde alan kişi daha iyi destekle, daha iyi bir tedavi uyumuyla daha uzun yaşayabilir. Yaşayabileceğine inanır, tabii hastayı gereksiz beklentilere de sokmamak gerekir. 'Kötü haber'de durumu ağır olan bir hastaya 'iyileşeceksin' dememek de lazım. Yani bu doğru şekilde yapılması gereken bir şey ve mucize beklentisi de yaratmamalı, gerçeği de söylemeli, fakat bu işin halledilebilir bir şey olabileceğini de kötü haber verirken mutlaka vurgulamak gerekiyor. 'Becerebiliriz, halledebiliriz, elimizden gelen her şeyi yaparız, bunun örnekleri var' denmesi gerekiyor. Şu kadar yıl yaşarsın, hastaların yüzde bilmem kaç şu kadar yıl yaşıyor demek ise çok yanlış. Çünkü her hasta ayrı bir vakadır, fizyolojin farklı, her şeyi farklıdır bir diğer hastadan.

Kötü haberi doğru bir şekilde vermek çok zor mu zor? Hastanın doğru bilgilendirilmesinin ne tür yararlar sağlayabilir?

Prof. Dr. Yarış: Aslında bu daha çok empati eksikliğinden ya da mesleki körlükten kaynaklanıyor.

Hastayı bir nesne olarak görme alışkanlığı var. İnsan gibi değil de over CA'li bir varlık olarak görme alışkanlığı. Onu sadece bir over CA hastası gibi gördüğünüzde böyle bir durum oluşuyor. Bu empati eksikliği maalesef özellikle cerrahlarda çok fazla. Medikal onkologlar bu açıdan çok daha iyi bir yerde ve daha insani davranıyorlar.



Bence dahiliyecilerin iyileri, daha insani olanları medikal onkolog oluyor. Ben bunu gerçekten gözlemledim. Ama bunu sadece iyilik kötülük meselesi olarak algılamamak gerekiyor. Bu daha çok eğitim eksikliği ile ilgili. 'Kötü haber verme' eğitimi verdiğinizde pek çok şey değişiyor.

Bir de akademisyen olarak yıllardır kanserli hastaların bakımı konusunda, çalışma yürüttüğüm için konunun önemini biliyordum. Hatta hastalığım esnasında bir kitap bölümü yazdım; "New Challenges in Cancer Patients Communication" diye. Yıllardır kafa yoruyordum bu işe. Hastalığımla birlikte yapılması gerekenlerin Türkiye'de pek uygulanmadığını gördüm ve bu tür destek uygulamaların hastaya çok büyük katkıları olduğuna tanık oldum.

Örneğin Ankara'daki doktorum beni ameliyat etmeden önce, bana olabilecekler hakkında o kadar ayrıntılı bilgi verdi ki, ben başıma gelebilecek her türlü kötü şeyin farkındaydım. Çok ağır bir ameliyattı, masada da kalabilirdim. Bir pulmoner emboli olabilir, sonrasında yara iyileşmesi çok uzayacak, kemoterapi süreçleri çok ağır olacak, ama bunların hepsini bana anlatan cerrahım ve onkologum sayesinde kendimi hazırladım. Bunun çok faydasını gördüm.

Devamı sayfa 45'te >>>



>>> Sayfa 45'ten devam :

Doktorum 'Bunların hepsi yaşanacak ve geçecek. Geçmesi için elimizden geleni yapacağız ve uğraşacağız.' Bunu diyen cerrah da var. O zaman aradaki farkın önemini daha iyi anlıyorsunuz. Mesela ilk ameliyatımı yapan cerrah tek bir lenf almamış karnımdan. Bir kanser ameliyatında lenf bezi alınmaz mı? Nasıl olsa ölecek diye almamış. Ama 7 ay sonra başka bir cerrah 50 tane lenf bezi aldı karnımdan.

Tedavi sürecinde pek çok sorun yaşadığınızı belirttiniz, o hataların herhangi birinde ölebilirdiniz...

Prof. Dr. Yarış: Evet. Karnımda 12 kiloya kadar çıkan asitle 8 gün bekletildim. Neden? Çünkü hoca kongrede. 8 boyunca sürekli laksatifler veriliyor, filmler çekiliyor. Ama hiçbir şeye gerek yok ki. Açılıp bakılacak sadece. Manasız bir şekilde bekletildim. Hareketsiz bir hastayım ve çok tehlikeli bir şekilde kan sulandırıcı ilaç verilmiyor. Penisilin ve sefalosporin anafleksim var. Her gün günde iki kere ziyaret yapılıyor ama bana kimse soru sormuyor. 'Nasılsın, ağrın var mı, bir şeye alerjin var mı' denmiyor. Ben de iletişim kurmaya çalışıyorum, ağzımı açtığım anda susturuluyorum. En iyisi bunu bir kağıda yazayım, başucuma asayım

dedim. Kırmızı yazıyla, 'penisilin ve sefalosporin anafleksim var' diye yazarak başucuma astım. Ama yine de sefalosporin verildiğini son anda fark edip engelledim, verilseydi ölecektim. Kayıtlara da kanserden öldü diye geçecekti. Kanserle mücadelede başlamadan saçma bir antibiyotik anafleksisinden ölecektim.

Şöyle bakıyorlar; o yatakta yatan varlığın bir an önce halledilip savuşturulması lazım, muayenesi önemli değil. Karnıma kimse dokunmuyor. Komik bir anekdot daha anlatayım, karnımda asit nedeniyle beni hamile sanan bir asistan benim için obstetrik USG istemiş ve randevu almıştı. Bir hafta bu istem kağıdı asılı kaldı yanımda, uyarınca kaldırdılar.

Hastaya soru bile sorulmadan tetkik istenip tedavi edilmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Prof. Dr. Yarış: Sanal ziyaretler yapılıyor artık. Orada ben yokmuşum gibi davranılarak, 'biyokimyası iyi, operasyon bekleniyor, bugün toraks BT için girecek' şeklinde konuşuluyor. Ama o ziyaret mutlaka her gün yapılıyor. Bu çok aşağılayıcı bir şey, kişiliğini dümdüz ediyor. Hiçlik yaratıyor. Seni kaale alan, adam yerine koyan yok, nasılsın diyen, elini tutan yok.

Hastayla doğru iletişim ve hasta öyküsü alınması çok önemli değil mi? Siz aile hekimi olarak bunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Prof. Dr. Yarış: Bununla ilgili tonlarca araştırma var. Hastayla iyi iletişim hastaya şirin görünmek için yapılmaz. Biz işimizi iyi yapabilmek için iyi davranmak durumundayız. Hastayla iyi iletişim kurarsanız, daha iyi öykü alabilirsiniz, hastayla ilgili daha çok bilgi edinebilirsiniz, hasta verdiğiniz tedaviye daha iyi uyum gösterir ve verdiğimiz ilaçları size güvendiği için kullanır. Kapıdan çıkarken reçetemizi çöpe atmaz ve dolayısıyla sonuç değişir, hastanın sorununa çözüm bulunur. Biz de işimizi yapmış oluruz. Bu profesyonel bir iş. Onunla konuşmalıyız ki bilgi almalıyız. Soru sormalıyız ki alerjisi var mı öğrenebilelim. Çünkü hastaya sormazsanız öğrenemezsiniz ve basit bir alerji yüzünden hastanızı kaybedebilirsiniz. Her şeyi test yaptırarak öğrenemezsiniz. Araştırmalara göre tanının %80'i sadece öyküyle konuyor. Hastayla iyi iletişim kurmak zorundayız. Benimde hekimlerimden talebim sadece buydu. Benimle iletişim kursunlar, derdin ne diye sorsunlar, ben de ağrım var diyeyim, bana ağrı kesici yapsınlar.

Devamı sayfa 47'de >>>

>>> Sayfa 46'dan devam :

Son yıllarda pek çok uzman kanserde ağrı konusunun altını çiziyor. Buna rağmen ağrı tedavisinde neden sorun yaşıyor?

Prof. Dr. Yarış: Ben de bunu anlamakta zorlanıyorum. Bazı cerrahların bakış açısı böyle. Önemsemiyor, ya da empati eksikliği var. Kanser hastası olduğunuz için ağrı çekmeniz normal kabul ediliyor. Kanser hastasıyım diye illa acı çekmem mi gerekiyor? Oysa ağrı tedavisi her şeyi değiştiriyor. İnsan o ağrıyla imkan bulsa kendini yüksek bir yerden atar. Ben o ağrıyla yattığım serviste camdan bakıyorum, aşağıda bir teras var. Terasa atlarsam ölmeyeceğimi düşündüğüm için atlamadım. Ama o teras olmasaydı yada daha yüksek bir katta olsaydım, o ağrıyla gerçekten atardım. Belki ölmem diye vazgeçtim.

Ben daha sonra ağrı sorunuma, kendi imkanlarımla algoloji uzmanlarına danışarak çözüm buldum. Ondan sonra her şey değişti. İmmunitem arttı, iştahım arttı. Kanserde bir şey yiyebilmek çok önemlidir. Kendimi yeniden insan gibi hissetmeye başladım. Ağrı tedavisi aslında çok basit ama nedense önemsenmiyor. Doktorlarda saçma bir bağımlılık korkusu var. 'Hastaya morfin verirse bağımlı olur' diye düşünüyorlar. Öncelikle bu farmakolojik olarak mümkün değil. Eğer morfin ağrı için veriliyorsa, bağımlılık yapmaz. Nitekim ben de bağımlı olmadım.

Kanserde tedavisinde psikolojik destek konusu giderek daha çok önemseniyor. Bu konuda nasıl bir deneyim yaşadınız?

Prof. Dr. Yarış: Psiko-onkoloji çok önemli bir alan. Türkiye'de çok az kişi bu işle uğraşıyor. Kanser hastasına psikiyatrik destek pek çok şeyi değiştiriyor. Mesela antidepresanlar gerçekten çok faydalı oluyor. Kötü dönemlerde antidepresan tedavisi hastalara önemli katkılar sunuyor.

Siz antidepresan kullandınız mı? Sistem mi size önerdi, yoksa siz kendi tercihinizle mi kullandınız?

Prof. Dr. Yarış: Antidepresan kullandım ama sistem önermedi. Sistem içerisinde böyle rutin bir uygulama yok. Ben bir hekim olarak katkısının olacağına inandığım için kullandım. Antidepresan tedavisi depresyondaki her hastada neyi değiştiriyorsa bende de onu değiştirdi. Yaşama bakış açım düzeldi, yaşama ilgilim arttı, mücadele etmeye başladım ve daha az üzülür oldum.

Antidepresanla kanser hastasının yaşam kalitesini yükseltiyorsunuz. Ağrı tedavisi de, antidepresan tedavisi de nedense rutin uygulamada pek akla gelmiyor. Bu çok yaygın yapılan bir hata.

Geriye baktığınızda ne görüyorsunuz? Genel olarak hekimlere tavsiyeleriniz var mı?

Prof. Dr. Yarış: Mesela anafaksi

geçirdim. Pulmoner emboli geçirdim, hastaların % 50'sini öldürür. Neden anafaksi geçirdim? Kemoterapi premedikasyon yapılmadan verildi. Ölmememin nedeni başımda iki aile hekiminin olmasıydı. Yüksek ölüm ihtimali olan anafaksi ve pulmoner emboliden kurtuldum. Mesela Febril nötropeniden de çok sayıda kanser hastaları ölür. Çünkü enfeksiyonla mücadele edecek direnciniz kalmaz. Kemoterapi esnasında febril nötropeni oldum ama iyi bir bakımla kurtuldum.

Kanser hastalarına danışmanlık yapılmasının önemli olduğunu düşünüyor musunuz?

Prof. Dr. Yarış: Hem de çok. Ciddi faydalar sağlıyor. Şu an over ve meme kanserli hastalara danışmanlık yapıyorum. Hekimlerin yönlendirdiği, o kadar çok hastam var ki. Mutlaka buluyorlar beni, çok şey değişiyor, yaşama sebepleri artıyor. Kanser hastanın vazgeçmemesi için önce hekimin hastadan vazgeçmemesi gerekir. 'Kanserle mücadele edilebilir, başarılıdır' denenmesi lazım. Bu noktada hekimlere çok iş düşüyor. Hastayı bırakırsan hasta gider. Ama sen asılırsan hasta da asılır. Mesela sahibi olmayan hastalar daha kısa sürede ölüyor. Ben sevililiyordum, benden kimse vazgeçmedi. Ben de insanları üzmemek için vazgeçmedim. İlk başlarda intihar edersem beni sevenler üzülür diye vazgeçmedim. Benim için üzülecek kişiler olduğunu bildiğim için vazgeçmedim.



Kanser tanısı kardiyovasküler ölüm ve intihar riskini artırıyor

New England Journal of Medicine’da yeni yayımlanan bir çalışmaya göre, kanser tanısı almak, ölüm ile sonuçlanabilecek kardiyovasküler (KV) olayları ve intiharı tetikliyor. Çalışmada kanser tanısından sonraki ilk haftada, KV ölüm oranı, kontrol grubuna kıyasla, 5 kat daha yüksekti; ancak KV ölümler zamanla keskin bir düşüş gösteriyordu. Bu da, tanıdan sonraki ilk haftada her 1000 kişi/yılda 116 kişinin KV nedeniyle ölmesi anlamına geliyor.

Kanser tanısının ani ve kritik sağlık riski oluşturabilecek şekilde şiddetli düzeyde stresli bir yaşama neden olduğunu belirten çalışmanın baş araştırmacısı Karolinska Enstitüsü uzmanı Dr. Fang Fang, şu değerlendirmeyi yaptı: “Bu önemli bilgi, yeni kanser tanısı konan hastaların aktif olarak izlenmesi ve psikolojik ve kardiyovasküler semptomlarının tedavi edilmesi ile hem sağlık çalışanları hem de hasta yakınları için bir fırsat niteliğindedir.”

Elde edilen bulguların bu konuda bilinenleri doğruladığını söyleyen Dr. Fang, şu değerlendirmede bulundu: “Her gün hastalar, aile bireyleri ve onkoloji uzmanları arasında kanser tanısının duygusal sonuçlarının nasıl yönetilebileceğine ilişkin güç konuşmalar yapılıyor. Benim kanımcamca, bu konuda atılacak daha çok adım var; ancak değişim rüzgarı esmeye başladı. Önümüzdeki on yıl içerisinde kanser tedavisinin bu yönü ile ilgili

önemli gelişmeler kaydedileceğini düşünüyorum.”

Fang ve ekibi, 1991-2006 yılları arasında 6.073.240 İsveçli’den oluşan retrospektif bir kohort çalışması yaptı ve yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi açısından düzenlemeler yaparak, yeni kanser tanısı konmuş hastaların ve kanser tanısı konmamış kontrol grubunun kardiyovasküler ölüm ve intihar risklerini karşılaştırdı. Takip sırasında, kardiyovasküler ölüm oranı, kanser tanısı almamış her 1000 kişi yılında 7.53 iken, hasta grubunda bu oran 23.10’du.

Tanıdan sonraki ilk haftada, KV ölüm oranı, kontrol grubuna kıyasla, hasta grubunda 5 kat daha yüksekti; ancak KV ölümler zamanla keskin bir düşüş gösteriyordu. İlk dört hafta içerisinde, hasta grubunda KV ölüm oranı, kontrol grubuna kıyasla, üç kat daha fazlaydı. Bu da, tanıdan sonraki ilk

haftada her 1000 kişi yılında 116.8’lik bir KV ölüm oranı görülmesi, ancak dört hafta sonra bu oranın 65.81’e düşmesi anlamına geliyordu.

Kontrol grubunda intihar oranı, 1000 kişi yılında 0.18 idi; bu oran hasta grubunda 0.36 idi. Tanıdan sonra ilk 12 hafta içerisinde, kanser hastalarının intihar girişimleri beş kat daha fazlayken, 12 ay içerisinde üç kat daha fazlaydı.

Dr. Fang, kanser tanısının ciddi sonuçlarının olduğunu gösteren bu yeni anlayışın, hem hekimler hem de kanser hastası yakınları için önem taşıdığını belirtti ve ekledi: “Bu çalışmanın, yeni kanser tanısı konmuş hastaların tedavisinde birtakım iyileşmelere yol açarak, strese bağlı hastalık ve ölüm riskini azaltacağını ümit ediyoruz.”

KAYNAK: *Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. Fang F, Fall K, Mittelman MA, et al. N Engl J Med 2012; 366:1310-1318.*

Kanser tedavisinde onkoloji hemşireliğinin yeri ve geleceği...

Onkoloji hemşireliğinin kanser tedavisi süresince ve sonrasında tedavi başarısı ve yaşam kalitesi için çok önemli bir işleve sahip olduğunu söyleyen Onkoloji Hemşireliği Dernek Başkanı Yrd. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan, Türkiye’de bu alandaki gereksinimin son yıllarda anlaşılmaya başlandığını belirtti. Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan, ONCOLife Ankara Temsilcisi Hatice Pala Kaya’nın soruların Onkoloji Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu adına yanıtladı.

Kanser tedavisinde onkoloji hemşireliğinin nasıl bir işlevi var, bu alanda uzmanlaşma neden önemli?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan: Kanser, hastalık doğası gereği uzun süreli bir tedaviyi gerektirmektedir. Tedavi sürecinde, hasta ve ailesi zaman zaman tedaviye bağlı gelişebilen yan etkiler, komplikasyonlar nedeniyle güçlüklerle karşılaşmaktadır. Hasta ve ailesinin, günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu süreçte eğitilmiş ve deneyimli hemşirelerden eğitim ve danışmanlığı büyük öneme sahiptir. Onkoloji hemşiresinin; hasta ve ailesinin tedavinin etki ve yan etkileri konusunda eğitim gereksinimlerini değerlendirilmesinde, hastaya tedavinin güvenli olarak uygulanmasında, tedavi sonrası gelişebilecek yan etkilerin (bulantı, kusma, enfeksiyon vb.) kontrolünde, hasta ve ailesinin kanserin kendisi

ve tedavisine bağlı oluşabilecek yan etkilerle psiko-sosyal sorunlar ile baş etmesinde, hasta ve ailesine yönelik eğitim materyallerinin hazırlanmasında, hastanın tüm kayıtlarının tutulmasında, ve bireyin öz bakım gücünü kazanmasında çok önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Tüm bu nedenle onkoloji hemşireliği özel eğitim gerektiren bir hemşirelik dalıdır.

Türkiye’de onkoloji hemşireliğinde yaşanan temel sorunlar nelerdir?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan: Ülkemizde hemşirelik alanında yaşanan sorunlar onkoloji hemşireliği alanında da yaşanmaktadır. Özellikle hasta popülasyonu açısından bakıldığında ülkemiz istatistiklerine göre prevalansı giderek artmakta olan hasta sayısı ile karşılaştırıldığında onkoloji alanında çalışan hemşire sayısı aynı paralellikte ne yazık ki ilerlememektedir. Burada bir diğer sorun da onkolojide özel eğitim almış, sertifikalı hemşirelerin sayısının az olmamasıdır. Diğer bir sorun ise, özel eğitim alan sertifikalı hemşirelerin, yönetsel kararlarla farklı kliniklerde çalışmak üzere alan değişikliklerinin yapılmasıdır. Yine onkolojinin özellikli alan olarak kabul görmüş olmaması nedeniyle maddi anlamda diğer dahiliye birimleriyle eşdeğer görülmesi sorun yaratmaktadır.

Hasta tedavi ve bakım sürecinde yukarıda ana başlıklarını verdiğimiz hemşirelik uygulamalarının geri



ödeme sisteminde hiçbir şekilde yer almaması, tedavide uygulanan ilaçlar güvenlik koşullarında hazırlanmadığında hemşirenin sağlığına zarar vermektedir. Güvenli ilaç uygulamalarında zaman zaman maliyeti çok yüksek olmayan gözlük, maske ve eldiven vb. malzemelere ulaşamamakta ve sonuçta hemşirenin sağlığını riske sokmaktadır. Kanser hastalık ve tedavi süreci açısından hasta ve ailenin iyileşme periyotlarını takiben kötüleşme dönemlerinde öfke ve krizlere neden olan bir hastalıktır. Bu duyulanım değişikliklerini sağlık profesyonelleri içerisinde en çok hemşire ile yaşamaktadır. Bu ise meslektaşlarımızı tükenmişliğe doğru itmektedir. Ayrıca ölüm süreci ve baş etme zaman zaman bizleri zorlamaktadır.

Maalesef uzmanlaşmış hemşire sayısı sınırlı sayıdadır. Onkoloji hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi sadece bir üniversitede verilmektedir. Ancak onkoloji alanında kliniklerde çalışan hemşirelere derneğimiz tarafından Kemoterapi Hemşireliği, Temel Düzey Psikolojik Bakım, Onkoloji Hemşireliği’nde Temel Kanser Eğitimi ve TITAN-Hematolojik Toksisiteler Kursu, Kanser Tedavisinde Hedeflenmiş Tedaviler Kursu, Meme Kanseri Kursları ulusal düzeyde veriliyor.



Onkolojide çalışan hemşirelere derneğimiz Sağlık Bakanlığı'yla yaptığı protokol doğrultusunda kemoterapi kursu vermekte ve belgelendirmektedir. Kemoterapi eğitimi verdiğimiz hemşire sayısı yaklaşık 600'dür. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın sertifika yönetmeliğinin mahkemece yürütmesinin durdurulmasından sonra sertifikalar konusunda sıkıntı yaşanmaktadır.

Onkoloji hemşirelerinin ne gibi özelliklere sahip olması gerekiyor?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan: Onkoloji hemşiresinin mesleki ve etik değerlere sahip olması, alanında bilgi sahibi olması, güncel gelişmeleri ve literatürü takip eden, etkili iletişim becerilerine sahip, empatik iletişim kurabilen, ulusal ve uluslararası meslek kuruluşlarına üye ve işbirliği içerisinde olan ve ekip çalışması anlayışı içerisinde olması gerekir.

Onkoloji hemşireliği eğitimi almış bir hemşire ile bu eğitimi almamış hemşirelerin verdikleri hizmetler açısından ne gibi farklar bulunuyor?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan:

Onkoloji hemşireliği eğitimi alan hemşireler öncelikle tedavilerin güvenli koşullarda hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlar. Bu süreçte kendini ve çevresinde çalışan bireylerini güvenliğini sağlamayı da öğrenir. Eğitim almayan bireyler hem kendileri hem de çevresi için risk kaynağıdır.

Ülkemizde onkoloji hemşireliğinin gelişimini değerlendir misiniz? Dernek olarak onkoloji hemşireliğinin gelişmesi için ne gibi çalışmalar yapıyorsunuz?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan:

Derneğimizin vizyonunu şöyle özetleyebiliriz; onkoloji hemşireliği alanında sürekli gelişimi sağlayarak ulusal ve uluslararası düzeyde lider olmak. Onkoloji hemşireliğini güçlendirmek, birey ve toplumun bu alanda bilinçlenmesini sağlamak, bakım kalitesini yükseltmektir. Vizyonumuz ve misyonumuz doğrultusunda hedeflerimize ulaşmak için belirli aralıklarla yenilenen "Stratejik Planlama" çerçevesinde onkoloji hemşireliğinin geliştirilmesine yönelik komisyonlarımız; araştırma, eğitim, rehberlik, iletişim, savunuculuk, üyelik, rehber oluşturma komisyonları, çalışma gruplarımız, meme kanseri hemşireliği, psikiyatrik onkoloji, palyatif bakım hemşireliği, hematopoetik kök hücre nakil hemşireliği, jineonkoloji hemşireliği, radyasyon onkoloji hemşireliği bulunmaktadır. İlgili komisyonlarımız ve çalışma gruplarımız güncel gelişmeler doğrultusunda ulusal ve uluslararası düzeyde işbirlikleri ile kurs, kongre ve sempozyumlar düzenlemektedir.

Onkoloji hemşireliğinin gelişimi ve özlük hakları konusunda gerekli işbirliklerini yapıyoruz. Kanserde erken tanı, taramaya yönelik toplum eğitimi ve afiş, broşürlerle farkındalığı oluşturmaya çalışıyoruz. Web sayfamız aracılığı ile elektronik posta yoluyla güçlü bir etkileşim ağını oluşturduk. Onkoloji Hemşireliği alanında ilgi uyandırmak, farkındalık yaratmak amacıyla alanla ilgili araştırma yapan öğrencilere Ulusal Öğrenci Hemşireler Kongresi'nde sunulan bildirilere ödüllendirerek mesleki duyarlılığı oluşturmaya çalışıyoruz.

Her yıl dernek kurucumuz Prof. Dr. Leman Birol adına onkoloji alanındaki faaliyetleri ile fark yaratan başarılı meslektaşlarımıza "Leman Birol ödülü"nü veriyoruz. Onkoloji alanında çalışan hemşirelere ulusal ve uluslararası düzeyde gelişmeleri takip edebilmeleri için kurs, kongre ve sempozyumlara katılımlarını destekliyoruz. Aynı zamanda onkoloji hemşireliği alanında ilgili platformlarda örneğin; Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği Danışma Kurulu Üyesi vb. rollerle ülkemiz adına temsilci olup, söz sahibi olmalarını sağlıyoruz. Onkoloji alanında yapılan araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansımaları konusunda bilinçlendirmek amacıyla üyelerimizi kurs, kongre ve sempozyumlarda paylaşımlarda bulunuyoruz. Hasta bakım standartlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması için gerekli rehber çalışmalarını yönlendiriyoruz.

Sorunların çözümü için neler yapılabilir ve neler öneriyorsunuz?

Yrd. Doç. Dr. Kutlutürkan: Onkoloji hemşireliği ile ilgili karar sistemi içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın ilgili resmi kurullarında onkoloji hemşirelerinin yer alması, onkoloji alanındaki sertifikalı hemşire sayısının arttırılmasına yönelik sertifika yönetmeliği sürecinin hızlandırılması, onkoloji alanında eğitim alan ve deneyimli hemşirelerin farklı birimlerde çalıştırılmaması, onkoloji alanında hemşire sayısının arttırılması ve güvenli çalışma koşullarının oluşturulması, onkoloji alanının özellikli alan olarak kabul görmesi ve maaş farklılıkları olması gibi konular ön plana çıkmaktadır.

medikal Akademi

**Türkiye'nin ilk bilimsel paylaşım platformu
hekimler için kuruldu**



**Ücretsiz üyelik fırsatını kaçırmayın
Her ay 100 bin sağlık profesyoneli bu adreste buluşuyor...**

- tıp literatürünü
- güncel sağlık haberlerini
- sağlıkta yaşanan önemli tartışmaları
- tüm tıp sempozyum ve kongrelerini
- ayrıca sosyal medyanın tüm olanaklarını

Tek bir adresten takip ediyor

Üstelik hem webten hem de cepten.

Ayrıca ücretsiz profil sayfası oluşturma ve üyelik sistemi, tartışma gruplarına katılım, online konferanslar, kitap çekilişleri ve daha pek çok şey artık sadece bir tık uzağınızda

Amacımız:

Hayata değer katmak

Son elli yıl boyunca, yenilikçi ilaç şirketlerinin bir araya gelmesiyle oluşturduğumuz ailemiz tek bir misyon etrafında toplandı: günümüzün en önemli ve karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlarına odaklanmak ve bunları çözmek.

Janssen şirketleri olarak beş önemli tedavi alanında çığır açan tedaviler geliştirmeye odaklanıyoruz: Sinir Sistemi, Bulaşıcı Hastalıklar, Onkoloji, İmmünoloji ve Kardiyovasküler/Metabolizma Hastalıkları. Ürün portföyümüz diğer önemli tedavi alanları için de çözümler sunmaktadır.

Bizler birlikte çalışarak, bilgi ve kaynak alışverişi yapıyor, yenilikçi bilimin gücünü ve verdiği sözü ileriye taşıyor ve tüm dünyadaki insanların yaşam sürelerini ve kalitelerini iyileştiriyoruz.

Janssen olarak dünyanın her yerinde hastaların iyiliği için tutkuyla bilimin yolunda ilerliyoruz.



Mario Mesa, **Sosyal Yangın**
Ruh Sağlığı Hastalıkları Ulusal Sanat Eserleri III'den bir eser.
Janssen tedavi etmeyi ve önlemeyi hedeflediği hastalıklardan etkilenen insanların yarattığı eserleri takdim etmekten onur duyar.