

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



12 ŞUBAT 2021 - CUMA

16:50-17:00 Açılış: Dr. Bülent Karabulut, Dr. Murat Dinçer

17:00-18:15 Genitoüriner Kansер Oturumu

Mentorler:

Dr. Sevil Bavbek, Dr. Mert Başaran, Dr. Mustafa Erman, Dr. Aziz Karaoğlu,

Dr. Feyyaz Özdemir, Dr. Yüksel Ürün

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü : Dr. Ali Murat Tatlı

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Mustafa Karaca

1. Dr. Serkan Alemdar

Non metastatik Kastrasyon Dirençli Prostat Kansерinde yaklaşım nasıl olmalı? Bu hasta grubunda görüntülemeye PET PSMA tercih etmeli miyiz? Bu hastalarda yeni nesil androjen reseptör hedefli tedaviler için düşünceleriniz nelerdir? Seçim yaparken dikkat etmemiz gereken noktalar var mıdır?

Metastatik Clear cell RCC'de 1. Basamakta Immunoterapi-Immunoterapi kombinasyonu mu? Immunoterapi-anti vegf kombinasyonu mu ya da monoterapi tercihi nasıl olmalı? Kombinasyon tedavisi sonrası 2.basamakta seçim ne olmalı?

Oligometastatik RCC R0 rezeksiyon yapılmışsa izlem mi yoksa tedavi mi önerirsiniz? RCC adjuvan tedavisi tercih ettiğiniz hasta grubu var mı? Metastatik hastalarda sitoreduktif nefrektomi önerdiğiniz hasta grubu var mı?

Kastrasyon dirençli metastatik prostat kansерinde Lutesyum tedavisini hangi basamakta konumlandırıyorsunuz? Lutesyum tedavisi verdiğiniz hastalarda yeni nesil androjen reseptör hedefli tedaviler konusundaki yaklaşımınız nasıldır? Metastatik KDPK ideal sistemik tedavi sıralaması nasıl olmalıdır?

2. Dr. Cengiz Karaçin

Prostat kansерinde oligometastatik hasta grubunu tanımlayabilir miyiz ? Bu grupta sistemik tedaviye ek olarak Radyoterapi ve/veya SBRT ile küratif tedaviler ile ilgili görüşleriniz nedir ?

Son dönemlerde BRCA mutasyonu ve diğer homolog rekombinan bozukluklar ile ilgili çalışmalar hızla artmakta. Sizce hangi hasta grubunda mutasyon analizleri çalışmalıyız ?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



Metastatik prostat kanserinde platin dublet (ör: platin + dosetaksel) rejimleri hangi durumlarda tercih edersiniz ? BRCA ve diğer rekombinan bozuklukların rolü sizce nedir?

3. Dr. Nazan Demir

40 yaş erkek hasta 2016 yılında sol parsiyel nefrektomi yapılıyor. T1, tip2 papiller RCC saptanan hasta takibe alınıyor. 5yıl sonra karında şişlik ile başvuran hastada massif asit, peritonitis karsinomatoza saptanıyor. Peritondan alınan biyopsi sonucu papiller tip RCC ile uyumlu geliyor. Dış merkezde yapılan NGS'de driver mutasyon saptanmamış, PDL1 negatif, TMB skoru 4. Bu hastada 1. Ve 2. Basamak tedavilerde tercihiniz ne olurdu? Risk grubunun kararınıza etkisi olur muydu? PDL1 %90 pozitif olsaydı tedavi tercihiniz değişir miydi?

Orşiektomi yapılmış nonseminomatöz testis karsinomlu hastalarda adjuvan tedavi sonrası takipte marker yüksekliği gözleendiğinde ancak nüks lezyon saptanmadığında nasıl bir yol izlememiz gerekir? Nüks diyebilmemiz için bir marker sınırı var mıdır?

Radikal tedavisi tamamlamış takipte prostat Ca'lı hastanın takiplerinde progresif PSA yüksekliği geliştiğinde ancak görüntülemelerde nüks lezyon saptanmadığında nasıl bir yol izlememiz doğru olur? Tedavi başlama kararını neye göre vermeliyiz?

4. Dr. Canan Karan

Prostat kanserinde germ-line testleri hangi basamakta istiyorsunuz? Likit ya da doku biyopsisi tercihiniz nedir? Klinik uygulamanızdaki yeri nedir? ProFOUND çalışmasında öncesinde çoklu basamak tedavi almış kastrasyon dirençli hastalıkta olapariib enzalutamid ya da abiraterona karşı 18,5 aya 15 aylık bir genel sağkalım üstünlüğü sağlamıştı. BRCA pozitif hasta grubunda olapariib ilk basamakta kullanılabilir mi?

Prostat kanserinde androjen reseptör splice variant-7 (AR-V7)'nin tespitinin klinik pratiğinizde yeri var mı? Hangi basamakta istiyorsunuz? Tedavi şemanızı nasıl etkiliyor?

Kemonaif kastrasyon dirençli hasta grubunun alındığı 1. Basamak tedavi seçiminde prediktif değeri var mı?

Prostat kanseri evreleme ve tedavi yanıt değerlendirmesinde PSMA PET'in yeri nedir? Klinik pratiğimizde Lutesyum tedavisi son basamaklarda tercih edilmektedir. PSMA PET-FDG PET sonuçlarının birlikte değerlendirilip etkin Lutesyum tedavisinin uygulandığı hasta gruplarını gösteren çalışmalar mevcut. Buna göre Lutesyum tedavisini daha erkene çekebileceğimiz hasta grubunu nasıl belirleriz?

60 yaş hastanın PSA: 100 ng/dl. Prostat MR'da tutulum saptanması üzerine yapılan prostat iğne biyopsisi; prostat adenokarsinom ile uyumlu, gleason 4+5; 9.

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



P.S:1 olan hastanın Batın BT'sinde prostat tutulumu, prostat çevresinde ve pelvik lenf nodu tutulumu , TVKS'de T7 ve T9 tutulum var idi. Visseral tutulum yok idi.

İlk basamak tedavi yaklaşımınız ne olur?

Bu hastada ek genetik tetkikleri ister misiniz?

İlk basamak tedaviye primer tümörde ve batın içi lenf nod, kemik metastazda kısmi yanıt ve başka uzak organ metastazı gelişmez ise cerrahi ya da RT öneri durumunuz ne olur?

Renal hücreli kanserde 2. Basamak tedavide cabozantinib kullanımı önerir misiniz? Hangi hasta grubunda önerirsiniz?

Meteor çalışmasında öncesinde tedavi almış renal hücreli kanser tanılı hastalarda benzer prognostik hasta grupları içeren; öncelik nefrektomi öyküsü, IMDC risk skoru, kemik metastaz varlığı gibi, her yaş grubunda cabozantinib everolimus'a göre üstün bulundu. OS'de 65 yaş altı grupta 21.4'e 17.1 ay kadar üstünlük sağladı.

Bu çalışmaya göre günlük pratiğimizde 2. Basamakta nivolumab'ın yerini cabozantinibin alabileceği hasta grubu düşünülebilir mi?

5. Dr. Nurullah İlhan

Evre 1 seminomda aktif izlem yada kemoterapi tercihimizi nasıl belirlemeliyiz ? Kemoterapi kararı verdiğimiz hastalarda karboplatin 1 kür / 2 kür kar /zarar nedir ? Aktif izlem kararı verdiğimiz hastalarda görüntüleme sıklığı ve görüntüleme yöntemi ne olmalıdır ? Yine evre 1B mixt germ hücreli tümörlerde adjuvan BEP (1kür/2 kür) veya takip kararı verirken göz önünde bulundurmanız gereken durumlar nelerdir ? Non seminom grupta görüntülemeye pet ct nin yeri var mıdır

Checkmate 25 çalışmasında nivolumab ile progresyon gelişen 154 hastanın 62'sinde progresyon sonrası nivolumaba devam edildi ve 4.2 aya 2.6 ay PFS farkı görüldü. Siz hangi grup hastalarda progresyon sonrası tedaviye devam etmeyi tercih edersiniz ? Erken progresyon / geç progresyon/ hastalık yükü tedavi tercihinizi etkiler mi?

Oligometastatik mesane ca tanısı koyduğumuz hastalarda tedavi stratejimiz nasıl olmalı neoadjuvan tedavi sonrasında cerrahi ve ya definitif tedavilerin sağkalıma faydası var mı bu tedavileri hangi hastalarda düşünmeliyiz

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



18:45-20:00 Baş Boyun Kanseri

Mentorler:

Dr. Berksoy Şahin, Dr. Murat Dinçer, Dr. Hasan Şenol Coşkun, Dr. Özlem Er,

Dr. İrfan Çiçin

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Çiğdem Usul Afşar

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Nilüfer Avcı

1. Dr. Nail Paksoy

Rekürren/metastatik baş-boyun kanseri tanılı geriatrik hastalarda hangi rejimi tercih ediyorsunuz?

Rekürren/metastatik baş-boyun kanseri hastalarında immunoterapi sonrası ikinci seri tedavide tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

Adenoid kistik karsinomda tirozin kinaz inhibitörlerinin yeri nedir tedavi etkinliği nasıldır?

2. Dr. Mahmut Büyükşimşek

Lokal ileri nazofarenks ca nedeni ile KRT alan hastalarda adjuvan kemoterapi kullanımı konusundaki düşünceleriniz nelerdir ?

İndüksiyon tedavisi planlanan lokal ileri nazofarenks ca' da hangi kemoterapi rejimini tercih ediyorsunuz? EBV pozitifliği bu konuda belirleyici olabilir mi?

Metastatik baş-boyun SCC tanısı alan hastalarda birinci basamak tedavide immunoterapinin yeri var mı? CPS skoru bu noktada belirleyici olabilir mi?

3. Dr. Abdurrahman Yiğit

Metastatik ret-mutant tiroid medüller kanserlerde tirozin kinaz inhibitörlerinin kullanım endikasyonu nedir? Hangi tirozin kinaz inhibitörleri kullanılmaktadır? Ülkemizde hangilerine ulaşabiliyoruz?

HPV ilişkili orofarenks kanserlerinde p16 nin prognozdaki yeri nedir? Evrelemede yeri var mıdır? Tedavi seçeneklerini nasıl etkilemektedir?

Tükürük bezi tümörlerinde Her-2 ve androjen reseptörü bakılmalı mıdır? Tedavide yeri var mıdır?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



4. Dr. Burcu Caner

Baş boyun kanserlerinde PDL1 ve NGS'in yeri nedir? Hangi hastada hangi aşamada istemeliyiz? Her hasta için mutlaka gerekli midir?

Platinli 1. sıra tedavinin üzerinden 6 aydan fazla bir süre sonra progrese olan hastada tekrar platinli rejim düşünür müsünüz yoksa immunoterapi mi tercih edersiniz?

Orofarinks kanserlerinde HPV pozitifliği değerlendirilmeli mi? Tedavi planınızda değişikliğe sebep olur mu?

5. Dr. Ömer Faruk Akgül

Nazofarenks kanserlerinde cetuximab'ın etkinliğinin az olmasını neye bağlıyorsunuz? Bu ilaçtan daha fazla fayda gören bir alt grup var mı?

Baş-boyun tümörlerinde kemoradyoterapilerde cisplatinin haftalık mı yoksa 3 haftalık mı verilmesini öneriyorsunuz? Son yıllarda yapılan çalışmalar ışığında standardımız ne olmalıdır?

Metastatik baş-boyun kanserlerinde sistemik tedavi ile tam yanıt sonrası hasta izlemimiz nasıl olmalıdır? İdame tedavi vermeli miyiz?

20:00-20:25

Uydu Sempozyumu - Nivolumab ile mKHDAK'ın 2.Basamak Tedavisinde

İmmünoterapi Pratiği

 Bristol Myers Squibb™
www.bms.com/tr

Moderatör : Dr. Abdullah Büyükçelik

Konuşmacı : Dr. Ozan Yazıcı

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



13 ŞUBAT 2021 - CUMARTESİ

09:30-10:45 Meme Kanseri

Mentorler:

Dr. Nilüfer Güler, Dr. İdris Yücel, Dr. Handan Onur, Dr. Pınar Saip, Dr. Gül Başaran,
Dr. Yeşim Eralp

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Elanur Karaman

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Ali Alkan

1. Dr. Celal Alandağ

Postmenapozal HR+HER-2- meme kanserinde adjuvan hormonal tedavi kaç yıl olmalıdır? Tedavi kararımızı etkileyen faktörler nelerdir?

HR- Her-2 pozitif metastatik meme kanserinde TDM-1, lapatinip + kapesitabin ve sonraki basamaklarda kemoterapi + trastuzumab alan ve stabil yanıt elde edilen hastalarda yan etki nedeni ile kemoterapi kesildikten sonra idame tek ajan trastuzumab verilebilir mi?

Neoadjuvan kemoterapi almadan opere olan invaziv duktal meme kanseri pT1bN0M0, luminal A fakat 5 cm in-situ komponenti olan bir hastada adjuvan tedavi kararı verirken insitu komponentin yaygınlığı tedavi kararınıza etki ediyor mu?

Metastatik kolanjiyosellüler kanseri olan ve kemoterapi planlanan hastaya eş zamanlı erken evre invaziv duktal meme kanseri tanısı kondu. Meme klinik evre 1, hormon ve Her-2 pozitif, ki-67 %25. Böyle bir hastada memeye cerrahi düşünülmeli mi? Kolanjiyosellüler kanser için vereceğim kemoterapi (sisplatin/gemsitabin) yanına trastuzumab ekleyebilir miyim? veya hormonal tedavi verebilir miyim?

Meme kanseri (invaziv duktal karsinom, cT3N1, HR (+), Her-2 (+3)) nedeni ile neoadjuvan kemoterapi alan bir hastaya 4 Dosetaksel/trastuzumab/pertuzumab + 4 AC planlanmış, fakat 4 Dosetaksel/trastuzumab/pertuzumab aldıktan sonra MRM yapılmış ve patolojik tam yanıt var. Verilmemiş olan 4 AC adjuvan olarak verelim mi?

HR+ Her-2 – meme kanserinde cT3N2 neoadjuvan kemoterapiye yanıt vermeyen hastada, (pT3N2) adjuvan letrozol altında 5. ayda yaygın sistemik semptomatik metastazlar (akciğer, karaciğer, cilt, kemik) gelişti. Hastaya yaklaşımımız nasıl olmalıdır? CDK 4/6 inhibitörleri bu hastalarda düşünülebilir mi?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



2. Dr. Özgecan Dülger

Premenapozal hastalarda LHRH analogu pratiğiniz nasıl? Tamoksifen mi, AI mi?, kime? ne zaman başlıyorsunuz? 40 yaş üstü premenapozal hastalarda kemoterapi sonrası adjuvan endokrin tedaviye LHRH analogu ekliyor musunuz? Kemoterapinin indüklediği amenore tedavi kararınızı değiştiriyor mu? Ekliyorsanız kaç yıl veriyorsunuz?

Paloma 3'te daha riskli hastalar (kemoterapi alan hastalara da yer verildi ve primer dirençli hasta grubu diğer çalışmalara oranla daha yüksekti yaklaşık %40 civarında) yer almaktaydı. Hormon dirençli grupta genel sağkalım farkı olmadığı görüldü. Adjuvan tedavide Abemesiklibin Monarch E çalışmasında DFS farkı var iken, Palbosiklibin Pallas çalışmasında fark olmadığı için çalışmanın erken sonlandırıldı. Bu durum CDK4-6 inhibitörleri arasında etkinlik farkı olduğunu düşündürür mü?

İzole solid organ metastazı olan meme kanseri vakalarında primer cerrahisi ve metastazektomi yaklaşımınız nasıl oluyor?

Geri ödeme şartları göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de metastatik Her-2+ meme kanserinde anti-her-2 sıralamanız nasıl?

3. Dr. Elif Merve

Neoadjuvan tedavi almamış opere triple negatif hastalarda idame kapesitabin hakkında pratiğiniz nasıl? Kime ne zaman öneriyorsunuz? SYSUCC-001 çalışmasının sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda, 1 yıl metronomik kapesitabin kullanmanın klinik pratiğimizi değiştirebileceğini düşünüyor musunuz? (çalışmaya alınan hastaların %62 si nod negatif olduğu göz önünde bulundurulursa genel sağ kalımda fark olmamasına rağmen 5 yıllık DFS (HR:0.63) anlamlı fark olduğu için verilmeli midir?) Özellikle iyi risk grubu hastalarda sonuçların daha iyi olması ile ilgili yorumlarınız nelerdir?

Luminal A, lokal ileri meme kanserinde antrasiklin bazlı tedavi ile yanıt elde edemediğimiz vakalarda direkt cerrahi mi, yoksa taksanlarla devam mı ediyorsunuz?

HR+ HER2- metastatik meme kanserinin 1. Basamak tedavisinde, visseral kriz olmadığı durumlarda endokrin tedavi + CDK4-6 inhibitörlerini standart olarak kabul edersek; PARSİFİAL çalışmasında endokrin tedaviler arasında OS farkı olmamasını da dikkate alarak, CDK4-6 inhibitörünün yanına endokrin tedavi eklerken kararınızı etkileyen faktörler nelerdir?

Her-2 pozitif meme kanseri olgularında, adjuvant trastuzumab altında intrakraniyel nüks vakalarında sistemik tedavi yaklaşımınız nasıl oluyor?

4. Dr. Mehmet Murat Zerey

Yeni tanı triple negatif veya HER2 pozitif meme karsinom hastalarına rutin beyin MR istemeli miyiz? Remisyonadaki tedavisiz izlemlerinde belirli aralıklarla kraniyal görüntüleme yapılmalı mıdır?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



Premenopozal erken evre hormon reseptör pozitif meme karsinom tanılı nüks skorlama testi yapamadığınız hastalarda kemoterapi kararı verirken en çok nelere dikkat ediyorsunuz?

ESMO 2020’de sunulan 40 yaş altı erken evre triple negatif meme karsinom tanısı olan adjuvan veya neoadjuvan kemoterapi almayan ve stromal tümör infiltrate lenfosit yüksek saptanan hastalarda 15 yıllık genel sağkalımın %93 olduğu gösterilmiş. Meme kanseri tedavisinde tümör infiltrate eden lenfosit oranını kullanıyor musunuz? Tedavi yaklaşımınızı nasıl etkiliyor? Bu çalışma doğrultusunda genç yaş erken evre triple negatif meme karsinom tanılı hastalarda sTIL bakılıp yüksek saptanması durumunda kemoterapi vermeyeceğimiz hastalar olabilir mi?

Lokal ileri evre HER2 pozitif meme karsinomda neoadjuvan trastuzumab pertuzumab verilen hastanın ameliyat patolojisinde rezidü tümör dokusu saptanan hastalarda HER2’nin negatifleştiği görülürse adjuvant tedavide anti-her-2 yaklaşımınız nasıl olur?

Metastatik meme karsinomlarda mastektominin sağkalıma anlamlı katkı sağlamadığı gösterildi. De novo İzole kemik metastazı olan meme karsinom hastalarında tedaviye iyi yanıt alınması durumunda meme cerrahisi yapılmasını önerir misiniz?

Beyin metastazı olan HER2 pozitif meme karsinom hastalarında intratekal tedavi yaklaşımınız (trastuzumab?) nedir?

5. Dr. Onur Yazdan Balçık

Nod negatif hormon pozitif meme kanserinde adjuvan tedavi kararını verirken Oncotype Dx testi önerilmektedir. Oncotype Dx yapılan ve risk skoru 16-25 arasında olan hangi hastalara kemoterapi tercih etmeliyiz? Kemoterapi kararı verdiğiniz bu grupta hangi rejimleri tercih ediyorsunuz (AC-T, TC..)?

Postmenopozal opere T1cN0 hormon reseptörü pozitif IHC ile Her 2 ++ pozitif olan hastalarda (FISH çalışılmakta olan) adjuvan tedavide yaklaşımımız nasıl olmalıdır? Ülkemize pandemi de olması nedeniyle bazı merkezlerde FISH sonucuna >2 hafta civarında ulaşılabilir. Antrasiklin bazlı kemoterapi tercih ettiğiniz bir grup var mı? Yoksa APT çalışmasını göz önünde bulundurarak FISH sonucunu mu beklemeliyiz? Ya da FISH sonucu çıkana kadar hormonal tedavi (aromataz inhibitörü) başlamayı önerir misiniz ?

Neoadjuvant tedavide antrasiklinsiz kombinasyonlarla ilgili epey çalışma çıktı. Pratiğinizde neoadjuvant tedavide antrasiklin vermediğiniz grup var mı?

10:45-11:10 Uydu Sempozyumu - mKRK’da İdeal Tedavi için Sıralama Nasıl Olmalı?

AMGEN®

Moderatör : Dr. Fulden Yumuk

Konuşmacı : Dr. Seher Nazlı Kazaz

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



11:10-12:25 KoloRektal Kanserler

Mentorler:

Dr. Faruk Aykan, Dr. Gökhan Demir, Dr. Mahmut Gümüş, Dr. Bülent Karabulut,

Dr. Mehmet Artaç, Dr. M. Ali Kaplan

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Turgut Kaçan

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Serdar Arıcı

1. Dr. Elvina Almuradova

T3NO + risk faktörleri olan pMMR hastaya adjuvan tedavi olarak ne ve ne kadar süreyle önerirsiniz?

Keynote 164 çalışmasında RAS mutant grupta Pembrolizumab Kt ye üstün görülmedi. Nedeni ne olabilir?

Kolon kanserinde FoxTrot verilerine göre Neoadjuvan tedavi yaklaşımınız nasıldır? Kimlere verilmeli?

Evre 2 dMMR ancak BRAF mutant hastada adjuvan tedavi verirmisiniz?

Rektum kanseri ras wild tm metastatik 1. Hat tedavide kombinasyonda Anti -Egfr mi anti -Vegf mi tercih edersiniz?

2. Dr. Orçun Can

Rektum Ca da TNT de indüksiyon mu konsolidasyon mu? Hasta seçimlerinde nelere dikkat etmeliyiz? Ara kontrolü yapalım mı en uygun zaman ne zaman olur?

MSI pozitif CRC tümörlerde pembrolizumab ile tedaviye başlamak uygun mudur? KT+Pembrolizumab hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

mCRC tümörlerinde hangi gruplarda FOLFOXIRI tedavisini seçerken nelere dikkat etmemiz gereklidir ve ne zaman önerirsiniz?

KC cerrahi olarak rezektabl olmadığı ve ekstrahepatik metastazı olan hastalarda Kc'e lokal ablatif tedavi düşünülmeli mi böyle bir hasta grubu var mı yönetimi nasıl olmalı?

Metastatik hstalıkta 3. Seride tedavi seçimi nasıl yapılmalı, Regorafenib seçimi kime veya rechallenge tedavi kimlere olmalıdır?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



3. Dr. Mustafa Atcı

Neoadjuvant kapesitabin eş zamanlı Rt sonrası opere lokal ileri Rektum Ca da adjuvant xelox sonrası 1 yıl içinde lokal nüks gelişmiş postop uzak meti olmayan hastada tedavi seçimi ne olmalı?

TARE nin diğer lokal ablatif işlemlerden önce düşünülmesi gereken durum var mıdır?

Periton metastazlı sol kolon Ras wild müsinöz tip kolon Ca da 12 uygulama folfox-anti Egfr sonrası BT görüntülemelerinde belirgin tümör yükü görünmüyor idame tedavi olarak fufa +anti Egfr mi tek ajan kapesitabin mi progresyona kadar kemoterapiye ara vermek mi? Tercihiniz ne olur?

Met kolon ca kc metastatik rf yada metastezektomi planlanıyorsa en uygun zaman ne olur? Sonrasında idame tedavi düşünülmüşünüz?

Evre 2-3 kolon da ctdna bakmak mümkün olsa klinik riski faktörleri yüksek te olsa ctdna negatif olsa gönül rahatlıkla takip için ne dersiniz maliyet etkinlik açısından ne düşünüyorsunuz

4. Dr. Jamshid Hamdard

Metastatik Kolon kanserinde HİPEC/peritonektomiye hangi hastalara önerelim? HİPEC sonrası idame tedavisi konusundaki önerileriniz nelerdir? İdame tedavi verelim mi yoksa takip mi edelim?

Sağ kolon MSI high bir hastada io ile konversiyon tedavisi yapabilir miyiz? Ya da en ideal konversiyon tedavisi nedir? İo+io, io+Kt,io+KT+anti vegf, sadec io

Metastatik kolorektal kanserli hastalarda birinci basamak tedavi sonrası RAS/RAF değişimi var mı diye biyopsi tekrarı yapmak gerekir mi? RAS/RAF WT/Mutant değişimi hakkındaki görüşlerinizi alabilir miyiz?

Çok sıralı tedavi alan hastalarda temodal başlamayı planladığımız hastalarda MGMT bakmamız gerekir mi yoksa bakmadan mı başlayalım?

5. Dr. Seval Ay

Metastatik kolon kanseri FOLFOX/FOLFİRİ+ ANTİ VEGF veya ile tam yanıt aldığımız bir hastada idame olarak kapesitabine/ 5-fu+ anti vegf tedavi planladık.tedavisi 3 yıldır devam ediyor; ne zaman stoplamalıyız? Nereye kadar idame tedavi ile izlemeliyiz? Benzer durumda RAS WT için nasıl davranılmalı?

Metastatik kolon kanserinde metastatik kolon kanserinde hangi durumlarda cerb B2 bakalım ve tedavi planlayacak isek hangi seride anti her2 tedavileri düşünmeliyiz

Sağ kolon ras wild braf mutant hastalarda ilk seri folfox/folfiri+ anti vegf ile tedavi sonrası en az 6 ay sonra progrese olan hastalarda 2. Seride anti egfr mi?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



Anti vegf ? Mi eklemeliyiz? kemoterapi+ anti vegf yanıtına verilen süre önemli mi?

İdea nın son Asco güncellemesi ile folfox ile 3 aylık adjuvan tedavi ve daha önce açıklanam sonuçlarla xelox 3 aylık adjuvan tedavi non inferior olarak görüldü. Mentorlarımız özellikle 65 yaş üstü hastalarda adjuvan tedavi için son idea çalışmasına göre ne öneriyor?

12:25-13:25 ARA

13:25-13:50 Uydu Sempozyumu - Prostat Kanseri Okulu-Metastatik Hastalıkta Sistemik Tedavi

DEVA
Onkoloji

Moderatör : Dr. Cem Mirili, Dr. İsmail Ertürk

Kastrasyon Duyarlı Hastalık

Konuşmacı : Dr. Serkan Değirmencioğlu

Kastrasyon Direnç Hastalık

Konuşmacı : Dr. Çağlayan Geredeli

Tartışma

13:50-15:05 Non Kolorektal Kanserler

Mentorler:

Dr. Hakan Akbulut, Dr. Fazıl Aydın, Dr. Ender Kurt, Dr. Okan Kuzhan, Dr. Arzu Yaren

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Erdiç Nayır

Soru Takım Lideri: Dr. Tolga Köşeci

1. Dr. Veysel Haksöyler

İleri evre birinci basamak kemoterapi sonrası progrese olan özefagial veya özefagogastrik bileşke tümörlerde MSI-H olan ama aynı zamanda düşük PD-L1 düzeyine sahip hastalarda immün checkpoint inhibitörü kullanalım mı?

Lokal ileri özefagus kanseri tanısı olan her hastada neoadjuvan tedavi ya da definitif kemoradyoterapi öncesinde PEG taktıralım mı ?

Siewert tip 1 veya yassı hücreli ileri evre özefagus kanserinde immunoterapi kararı verirken distal özefagus adenokanserleri gibi mi karar vermeliyiz?

Metastatik distal özefagus tümörleri için birinci basamakta mide perioperatif tedavideki yüksek yanıt oranlarından anoloji yapılarak FLOT tedavi protokolü verilebilir mi?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



2. Dr. Polat Olgun

Erken evre mide adenokanserinde 5 yıllık nüks oranı %60 larda iken FLOT tedavisi ile 5 yıllık OS %10-30 lardan %45 lere çıktı. FLOT alan opere olan hastalarda adjuvan tedavide RAMSES çalışmasına istinaden ramucirumab hakkındaki görüşünüz nedir? Ayrıca opere olup adjuvan tedavi alan hastalara rutin HER-2 bakıyormusunuz? Eğer pozitif saptanırsa PETRARCA çalışmasına göre trastuzumab+pertuzumab hakkındaki görüşünüz nedir?

ASCO 2019 KEYNOTE-062 ile pembrolizumab + kemoterapi CPS den bağımsız ortalama sağkalım ve progresyonsuz sağkalım katkısı gösterdi. ESMO 2020'de CHECKMATE-649 (HER2 bağımsız) ile Nivolumab+FOLFOX/XELOX ile CPS den bağımsız OS PFS katkısı gösterdi. Rutin pratiğinizde birinci sıra için değişiklik yaptınız mı? Yaptıysanız önceliğiniz hangisidir?

Sıralı tedavi düşünerek gerek ikinci basamak KEYNOTE-061, üçüncü basamakta ATRACTİON 2 ve KEYNOTE 059 çalışmaları neticesinde immunoterapi bu basamaklarda kullanmak daha mı avantajlı?

Trastuzumab deruxtecan üçüncü basamaktaki başarısını ilk basamaklarda gösterir mi? Sub grup analizinde çoğu hastanın trastuzumab almış olması herhangi dezavantaj oluşturur mu? Sizce deruxtecan ile tedavi potansiyelize edilecekse hangi yolak kullanılmalı?

3. Dr. Gülcan Bulut

FOLFİRİNOX rejiminin kullanımı ile sınırda inoperablite kabul edilen hastalar cerrahlardan daha çok gönderilir oldu. Sınırdan inoperabilite nedir? Neoadjuvan tedavi olarak başladığımız bu tedavi belki de çalıştığımız kurum ve konseyin yeterliliği ile değişmekle birlikte aslında metastatik birinci basamak tedavi olabiliyor. Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

PARP inhibitörlerinin kullanımı açısından yayınlanan POLO çalışması ile birlikte hangi hastada ne zaman BRCA testi istemeliyiz? PARP inhibitörü tedavimizin hangi aşamasında kullanmalıyız?

Adjuvan pankreas kanserinde hasta eğer platin uygun değil ise öneriniz ne olurdu?

Oldukça heterojen bir grup olan peri ampuller tümör tanısında kullanılan patolojik boyamalar nelerdir? Adjuvan tedavisi ne zaman verilmeli ve radyoterapinin hastalık tedavisindeki yeri nedir?

Pankreas adenokarsinomu tanısı alan hastalarda neoadjuvan veya adjuvan tedavi seçeneğinde radyoterapinin yeri neler? (Periampuller bölge tümörleri dışında katkısı düşündüğünüz hasta grubu var mı)

4. Dr. Özlem Özdemir

REACH çalışmasında ramucirumab'ın OS yararı AFP>400 ng/dl olan hasta gruplarında görüldü ve REACH-2 çalışmasında bu etki hem OS hem de PFS de

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



konfirme edildi. Bu bağlamda HCC tedavi yönetiminde AFP'nin prediktif önemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

HCC arteriyal directed tedavi yaklaşımlarında DEB-TACE tümöre daha uzun ve selektif ilaç salınımı yapması ve sistemik absorpsiyon ve toksisitesinin az olması nedeniyle son dönemlerde öne çıkmaktadır. Lokal ablatif tedavi seçimi ve Sorafenib +TACE kombinasyonu hakkında ne düşünüyorsunuz?

ASCO guidelinee HCC birinci basamak tedavisinde sorafenib veya lenvatinib monoterapisi yerine atezolizumab artı bevasizumab önermektedir. (IMbrave 150) Birinci basamak tedavi yaklaşım algoritmamız ne olmalı?

Sorafenibin sağkalım yararı, hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu olan hastalarda, çoklu meta-analizlere dayalı olarak hepatit B virüsü (HBV) dahil olmak üzere diğer altta yatan risk faktörlerine sahip olanlara göre daha yüksek görülmektedir. Hastanın hepatit geçmişi tedavi kararında önemsenmeli midir?

5. Dr. Ertuğrul Bayram

Safra yolları kanserinde güncel pratiğinizde ikinci basamakta tedavi seçeneğiniz nedir?

Metastatik safra yolları kanserlerinde birinci basamakta rutin genetik mutasyon istiyormusunuz? Sizce bakılmalı mı? (FGFR,NTRK,IDH) Rutin PD-L1, TMB, MSI bakıyormusunuz?

Metastatik safra yolları kanserlerinde hem mutasyon pozitif (FGFR-2, NTRK) hem de MSI high gelen bir hastada öncelikli tercihiniz ne olurdu?

Metastatik birinci basamakta gempitabine çok iyi yanıtı olgularda idame gempitabin önerir misiniz?

15:05-15:30 Uydu Sempozyumu - Adjuvan Melanom Tedavisinde İmmünoterapi'nin Yeri

 Bristol Myers Squibb™
www.bms.com/tr

Moderator: Dr. Arzu Yaren

Konuşmacı: Dr. Tülay Kuş

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



15:30-16:45 Akciğer Kanseri

Mentorler:

Dr. Nil Molinas Mandel, Dr. Fulden Yumuk, Dr. Türkkan Evrensel, Dr. Hakan Bozcuk

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Erdem Çubukçu

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Ahmet Özveren

1. Dr. Birol Ocak

PDL-1 düzeyi % 50 üzerinde olan hastalarda immunoterapiye kemoterapi eklenmesini hangi hasta grubunda düşünüyorsunuz?

Soru ile ilgili açıklama: Keynote 24, keynote 42 ve İmpower 110 daki gibi tekli immunoterapi mi? Checkmate 9LA gibi KT+ ipilimumab-nivolumab kombinasyonu mu seçelim? Bu seçimlerin birbirine üstünlüklerinin olduğunu düşünüyor musunuz?

Driver mutasyonu negatif ve PDL-1 negatif hastalarda pembrolizumab+ doublet kemoterapi mi nivolumab-ipilimumab kombinasyonu mu yoksa KT+ ipilimumab-nivolumab kombinasyonunu mu seçelim?

Soru ile ilgili açıklama: Keynote 189 daki gibi pembrolizumab+ doublet kemoterapi mi? Checkmate 227 de olduğu gibi nivolumab-ipilimumab kombinasyonu mu? Yoksa checkmate 9LA da olduğu gibi 2 kür KT+ ipilimumab-nivolumab kombinasyonunu mu seçelim?

Evre 4 EGFR mutant hastalıkta Osimertinib FLAURA ve Gefitinib + kemoterapi kombinasyonunu içeren NEJ009 çalışması ile OS ve PFS de etkileyici sonuçlar gördük. Sizin EGFR mutant hastalıkta kemoterapi artı TKİ düşündüğünüz bir hasta grubu olur mu?

KHDAK evre 3 N2 hastalıkta standart tedavi yaklaşımı KRT. Elimizin immunoterapiler açısından da güçlendiği bu dönemde bu hastalara sizin tedavi yaklaşımı öneriniz ne şekilde olur?

Soru ile ilgili açıklama: Tek istasyon N2 veya nonbulky nod tutulumu gibi belli bazı gruplarda neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi de önerilebiliyor. Neoadjuvan kemoterapi-immunoterapi ile başlanması düşünülebilir mi? –RT almadan Doğrudan opere olmuş olan ve patoloji sonucunda N2 hastalık olduğunu tespit ettiğimiz hastada ESMO 2020 de sunulan LUNG ART çalışmasını da göz önünde bulundurduğunuzda adjuvan radyoterapi yapalım/yapmayalım noktasında güncel pratiğinizdeki tercihiniz nedir?

EGFR + erken evre hastalıkta adjuvan TKİ kullanımı ile ilgili optimal süre nedir? Adjuvan dönemde osimertinib kullandığımız vakada nüks olursa tedavi yaklaşımını nasıl şekillendirirsiniz?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



2. Dr. Ahmet Bilgehan Şahin

Mutasyon analizlerinin yoğun kullanımı ve NGS in hayatımıza girmesiyle beraber EGFR –ALK veya ALK-ROS birlikteliği gibi kombinasyonları daha sık görmeye başladık. Bu hastaların tedavi seçiminde tercihimizi tedavi tercihini nasıl yapmalıyız?

Soru ile ilgili açıklama: dominant olduğunu düşündüğümüz mutasyon üzerinden mi, çalışma verilerindeki PFS analizleri üzerinden mi yapmalıyız?

Driver mutasyonu pozitif olan ve 1.basamak tedavi sonrasında progrese olan hastada likit biyopsi yeterli mi yoksa her zaman doku biyopsisini mi zorlayalım?

Erken evre akciğer kanserinde adjuvan osimertinib kullanımı ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

-EGFR + hastalarda adjuvan tedavide osimertinib, henüz OS datası net olmasa da, etkili sonuçlar elde etti. Ancak bu çalışmada pet-bt ve beyin MR ile kapsamlı evreleme sonuçları paylaşılmadı. Pnömonektomi oranının çok düşük olması ve çok merkezli olan bu çalışmada cerrahi kalitesindeki değişkenliğin değerlendirilememesi gibi limitasyonları söz konusu. EGFR mutant erken evre akciğer kanseri çalışmalarına baktığımızda gefitinib çalışmasında evre 2-3 tüm hastalar platin bazlı ikili kemoterapi kullanırken, osimertinib çalışmasında evre 1b-2-3 hasta popülasyonunun %60 ı platin bazlı ikili KT aldı. Bu durum sonuçları ne kadar etkilemiş olabilir?

ASCO ve ESMO da sunulmuş olan güncel çalışmalar üzerinden değerlendirildiğinde neoadjuvan immunoterapi monoterapisi veya kemoterapi artı immunoterapi kombinasyonu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

3. Dr. Okan Avcı

Evre 4 KHDAK de bakılmasını önerdiğiniz mutasyonlar nelerdir? Bu hastalarda mutasyon analizlerini isterken takip ettiğiniz sıralama veya algoritma ne şeklindedir?

Soru ile ilgili açıklama: Birçok durumda elimizde tümör dokusu çok kısıtlı oluyor. NGS ve likit biyopsi seçeneklerini klinik yaklaşımınızın hangi aşamasına yerleştiriyorsunuz?

KHDAK de EGFR mutasyonu olan grupta osimertinib e ulaşma imkanımız olmadığında elimizdeki seçenekler Afatinib vs erlotinib/gefitinib ilaçların etkinlik ve yan etki profilleri dikkate alındığında sizin yaklaşımınız nasıldır?

Soru ile ilgili açıklama: TOG projesi kapsamında Dr.Burak Bilgin ve arkadaşlarının yapmış olduğu exon 19 delesyonu olan hastalarda afatinib ile 1.nesil TKI lara göre özellikle 65 yaş altı hastalarda daha iyi sonuçlar elde edildiği ayrıca afatinib ile daha fazla grade 3-4 yan etki görüldüğü göz önünde bulundurulursa afatinib i 30 mg olarak başlayıp bu dozla devam etmek iyi bir tedavi alternatifi olabilir mi? Görüşleriniz nelerdir?

KHDAK ve hedef mutasyonu bulunan, asemptomatik beyin metastazı olan hastalarda lokal tedavi olarak cerrahiye bağlı postop komplikasyonlar veya radyoterapiye bağlı nörokognitif değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda lokal tedavi uygulamadan direk TKI ile başlamak bir seçenek olabilir mi?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



Driver mutasyonu olmayan de novo oligometastatik KHDAA hastalarında cerrahi ve/veya ablatif tedavileri hangi hastalarda ve ne zaman düşünüyorsunuz?

Günlük pratikte nöroloji bölümünden çok da seyrek olmayan bir sıklıkta nörolojik şikayetleri olan küçük hücreli akciğer kanseri tanılı hastalar ile ilgili konsültasyonlar alıyoruz. Sizin KHAK de paraneoplastik sendromlar (LEMS, GBS, Limbik ensefalit vb) ile ilgili tecrübeniz oldu mu? takip ve tedavi ile ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

4. Dr. Emir Çelik

Evre 4 KHDAA EGFR mutant hastalarda 1.basamak tedavi sonrası progresyonda mutasyon analizi baktık ve T790M hem likit hem doku biyopsisinde negatif geldi. Tedavi tercihiniz ne şekilde olur?

Soru ile ilgili açıklama: Lokal tedavi artı aynı TKİ ile devam etmeyi mi Kemoterapiye geçmeyi mi yada T790M negatif gelse de bu hastalara osimertinib vermeyi mi düşünüyorsunuz?

KHAK yaygın evre olan hastalıkta 1.basamakta her hastaya standart kemoterapiye immunoterapi de ekleyelim mi?

Yaygın evre KHAK de platin-etoposid sonrası 6 aydan erken dönemde progrese olan hastaya 2.basamak tek ajan kemoterapi mi yoksa platin bazlı kombinasyon tedavisi mi düşünüyorsunuz?

Evre 4 KHDAA PDL-1 düzeyi %50 üzerinde ve ek olarak driver mutasyon tespit ettiğimiz hastalarda tedaviyi nasıl planlayalım?

Soru ile ilgili açıklama: Bu hasta grubunda immunoterapinin yeri nasıl olmalıdır?

5. Dr. Seher Yıldız Tacar

KHDAA immunoterapi tercih ederken tedavi etkinliğini belirleyecek optimal bir marker var mı? PDL-1 düzeyini sizce optimal bir marker olarak kabul edebilir miyiz? Kabul edersek hangi düzeyler bizim için yol gösterici olur?

Evre 4 akciğer kanseri hastalarında immunoterapi ile tam yanıt aldıktan sonra tedaviyi kesiyor musunuz?

Soru ile ilgili açıklama: Tedaviyi kestiyseniz progresyon durumunda aynı tedavi ile başlamayı mı yada kemoterapiye geçmeyi mi düşünüyorsunuz? Progresyon süresi tercihimizi etkiler mi?

İmmunoterapi ile grade 3-4 yan etki gözlemlendiği zaman immunoterapiden tamamen vazgeçiyor musunuz yoksa yan etki kontrolü sonrasında immunoterapiye devam ediyor musunuz? Devam ettiğiniz herhangi bir hasta grubu var mıdır?

16:45-17:15 ARA

17:15-17:40 Uydu Sempozyumu - Hedef Mutasyon: BRAF



NOVARTIS | Reimagining Medicine

Moderatör : Dr. Olçun Ümit Ünal

Konuşmacı: Dr. Murat Keser

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



17:40-18:55 İmmünoterapi

Mentorler:

Dr. Serdar Turhal, Dr. Başak Oyan Uluç, Dr. Gamze Gököz Doğu, Dr. Nuri Karadurmuş

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Çiğdem Usul Afşar

Soru Takım Lideri: Dr. Hüseyin Salih Semiz

1. Dr. İzzet Doğan

İmmünoterapiler kanser tedavisinde gerçekten bir devrim midir? Her türlü metastatik kanserde tedavinin herhangi bir aşamasında kullanılabilecek ajanlar mıdır? Hangi hastalara önerilmeliyiz?

İmmünoterapiye yanıtı predikte eden faktörler nelerdir? Farklı tümör tiplerinde farklı prediktörler var mıdır?

İmmünoterapi ilişkili toksisiteler hangi hasta gruplarında daha sık gözükmemektedir ve tedavi öncesi toksisiteyi predikte eden belirteçler var mıdır?

2. Dr. Mert Tohumcuoğlu

İmmünoterapi tedavisi esnasında gözlenen psödoprogresyonu gerçek progresyondan ayırmada neler yol gösterici olabilir?

İmmünoterapi ilişkili ciddi pnömonitis durumunda tedavi kesilmeli midir? Steroid tedavisi ve tedavi kesilmesi dışında kullanılabilecek başka tedavi edici yöntem var mıdır?

İndüklenebilir T hücre kostimülatörü (ICOS) nün immünoterapideki rolü hakkında görüşleriniz nelerdir?

3. Dr. Oğuzhan Selvi

Önceden PDL-1 inhibitörü ile tedavi edilerek komplet remisyon sağlanmış metastatik melanomlularda (BRAF, KRAS, CKİT wild type); nüks sonrası immünoterapilerle başarı oranı oldukça düşük. Bu konuda yaklaşımınız ne şekilde olurdu?

Sağ veya sol akciğer santralde büyük primer kitlesi olup atelektazi gelişmeye meyilli akciğer ca hastalarında, kemoterapi / kemoradyoterapi tedavileri ile bazen akut komplikasyonlar gelişebilmektedir. Acaba bu hasta grubunda immünoterapi bir seçenek olabilir mi?

Anti PDL-1 tedavisi altında tüberküloz reaktivasyonları olduğuna dair yayınlar mevcut. Ülkemizde de endemik görülen bu basil, sebebi açıklanamayan klinik kötüleşmelerde yer alabilir. Benzer vakanız olsa tedaviye ne kadar süre ara verip, sonrasında yeniden değerlendirmek istersiniz? Bu yan etki, etkinlik içinde bir prediktör olabilir mi?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



4. Dr. Bilgin Demir

Adjuvan amaçlı olarak nivolumab tedavisi verdiğimiz bir olguda immunoterapiye bağlı grad 4 miyopati geliştiğinde yan etki için tedavi yönetiminiz nasıl olur? Yan etki durumunu tedavi edersek başka bir immunoterapi (farklı bir grup CTLA4?, PDL-1 inh?) kullanabilir miyiz?

Metastatik bir olguda tek ajan immunoterapi ile tam yanıt aldıktan sonra ne kadar süre immunoterapiye devam etmeliyiz? Tedaviyi kesip beklemek ile sürekli tedavi arasında sağkalım farkı var mıdır?

İmmunoterapi tedavisi alan hastalarda covid 19'a karşı aşılama yapılmalı mıdır? Yapılacak ise covid 19 karşı geliştirilen aşıardan özellikle seçebileceğimiz bir aşı tipi var mıdır?

5. Dr. Hüseyin Kanmaz

Driver mutasyon pozitifliği olan Evre IV Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri olgularında PDL-1 düzeyi % 100 Pozitif olsa dahi postprogresyon Anti-PD1, Anti-PDL1 yanıtızlığı hakkındaki görüşleriniz nedir?

Ülkemizde immunoterapinin sadece HL, RCC, malign melanomda SGK geri ödemesi olduğu gerçeğinden yola çıkarsak - yasal anlamda diğer tümör tiplerinde FDA ve EMA onaylı endikasyonlarda immunoterapinin ülkemizde bir tıbbi onkolog tarafından önerildiği halde hastanın ulaşamaması veya hekimin önermemesi-ileride doğabilecek dava sürecinde hekime hukuki yükümlülük getirebilir mi? Eğer öyle ise özellikle taşrada daha immunohistokimyanın bile yapılamadığı merkezlerde çalışan tıbbi onkoloğun hastasını ileri bir merkeze sevkini gerektirir mi?

PDL-1 pozitifliğinde; IC (immün Cell) vs TC (Tumor Cell) vs TPS (Total PDL1 Skor), CPS (kombine pozitif skor) Hangisi baz alınmalı?

BRAF mutant Evre IV Malign Melanomda; 1. Basamak BRAF/MEK inhibitörleri sonrası progresyonda 2. Basamak İmmunoterapinin yanıt oranları ve PFS düşük olduğunu baz aldığımızda ; BRAF Mutant hastalarda tümör yükü az olanlarda BRAF MEK inhibitörlerini 1. Basamak İmmunoterapi sonrasına saklamak konusunda görüşleriniz nedir ?

18:55-19:20 Uydu Sempozyumu - Metastatik Kastrasyona Dirençli Prostat Kanseri

Enzalutamid: Veriler, Vakalar, Sonuçlar



Oturum Başkanı: Dr. Sabri Barutça

Konuşmacılar: Dr. Olçun Ümit Ünal, Dr. Esin Oktay

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



19:20-20:35 **Melanom ve Diğer Cilt Tümörleri**

Moderatör: Dr. Bülent Karabulut, Dr. Murat Dinçer, Dr. Aytuğ Üner

Mentorler:

Dr. Saadettin Kılıçkap, Dr. Lütfiye Demir

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü ve Sözcüsü: Dr. İbrahim Petekkaya

1. Dr. Mustafa Solak

Mukoza melanomlu hastalarda uygun hastalarda sentinel lenf nodu veya lenf nodu diseksiyonunu önerirmisiniz?

Çıkarılabilir lenf nodu pozitifliği olan ekstremitte cilt melanomlarında uzak metastaz yokluğunda öncelikle operasyon mu neoadjuvant kemoterapi mi düşünürsünüz?

Lokal ileri ekstremitte melanomlarda operasyon ve adjuvant kemoterapi haricinde lokal tedavileri kullanıyormusunuz? Klinik katkıları açısından düşünceleriniz nelerdir?

Türkiyede Melanom taraması gereklimi? Self-examination yöntemi hakkında ne düşünürsünüz, bunu anlatan ulusal kampanya düşünülebilir mi?

2. Dr. Burçin Çakan Demirel

Adjuvan tedavide immunoterapi alan hastada adjuvan tedavi sırasında nüks-progresyonda başka bir immunoterapi seçeneği çok parlak değil yanıt yok gibi burada rebiopsi mi ya da başlangıç preparatından mutasyon bakılması önerilir mi?

Metastatik melanomlu hasta grubunda progresyon ikinci secenekte NTRK, NRAS mutasyonu açısından güncel tedavi seçenekleri mevcut, hastalarda başlangıçta rutine bu mutasyonlara bakmayı da katmak gerekir mi? Yoksa progresyon halinde mi yeniden değerlendirme gerekir?

İlk basamakta BRAF inh ya da immunoterapi altında izole beyin metastazı gelişen hastada tedavi yönetiminiz nasıl olurdu?

Metastatik melanomlu hastalarda ipi-nivo başlanmış idamede nivo ile devam eden hastalarda 2 yıl sonrasında tedavi kesilme bir seçenek mi?

BRAF mutasyonu pozitif olan Metastatik melanomlu hastada İmmunoterapi ve BRAF inhibitörü seçeneği açısından değerlendirirken ikisinden birini öne geçirebilecek durumlar nelerdir, Braf mutant ama immunoterapi ilk seçenek dedigimiz hasta grubu var mı , ne?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



3. Dr. Zeynep Oruç

Melanomada neoadjuvan tedaviyi hangi hasta gruplarına önermeliyiz?

Adjuvanda BRAF mutasyonu olan melanomalı hastada immunoterapi mi? BRAF+mek inh? Tedavi tercihimizi etkileyen faktörler nelerdir?

Adjuvan tedavi döneminde BRAF mutasyonu bakılmış olan hastalarda metastatik dönemde de BRAF mutasyonuna tekrar bakılmalı mı? adjuvan ile metastatik dönem arasında diskordans var mı?

Akciğer kanserlerinde driver mutasyonu olan hastalarda İmmunoterapi etkinliği sınırlıyken,melanomalı BRAF mutasyonu olan hastalarda İmmunoterapinin etkin olmasını nasıl açıklayabiliriz?

BRAF mutasyonu negatif adjuvan immunoterapi alırken progrese olan metastatik melanomalı hastalarda tedavi yaklaşımımız ne olmalı?

4. Dr. Emre Çakır

İn-transit ve satellit metastazda adjuvan tedavi öneriyor musunuz?

Melanom hastalarında adjuvan tedavi kararı verirken ct-DNA ‘nın rolünü nasıl görüyorsunuz?

Klinik pratiğinizde NCCN’ de önerilen satellit lenf nodu örneklemesi için gereken kriterlere ek olarak hangi kriterleri kullanıyorsunuz?

İmmünoterapi çalışmalarında tam yanıt elde edilen hastalarda uzun dönem yanıtların devam ettiği görülmüştür. Bu tür tam yanıt elde edilen hastalarda tedaviyi kesip hastalar takibe alınabilir mi ? Günlük pratiğinizde bu yaklaşımı kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız hasta seçerken kullandığınız kriterler nelerdir?

İmmün kaynaklı hastalığı olan metastatik melanom hastasında immünoterapi tercih eder misiniz?

5. Dr. Şafak Yıldırım Dışlı

COMBI-v ve COMBI- d çalışmalarının 5 yıllık uzun dönem sonuçlarına bakarak BRAF inhibitörlerinin de immünoterapiler gibi uzun dönem sağ kalım faydası gösterdiğini göz önüne alırsak BRAF mutant hastada başlangıç tedavisi olarak öncelikle BRAF-MEK inhibitorü mü yoksa immünoterapi mi düşünürsünüz?

Genel durumu iyi olan BRAF pozitif metastatik hastalarda triplet rejim uygulanabilir mi?(IMspire çalışmasını düşünerek)

BRAF inhibitörleri ile immünoterapilerin yan etki profilleri ve yan etki yönetimi kıyaslandığında hangi ilaçlar daha güvenilir diyebiliriz?

Progrese hastalıkta yeniden bx düşünmelimiyiz yada.liquid bx

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



ESMO 2020 de sunulan SECOMBIT çalışmasına dayanarak BRAF-MEK inhibitörleri sonrası immünoterapi kullanımı ileriki yıllarda bir seçenek olabilir mi?

20:35-21:00 Uydu Sempozyumu - Akciğer Kanserinde Vakalarla Atezolizumab Tedavisi

Konuşmacı : Dr. Dilek Erdem

Roche

14 ŞUBAT 2021 - PAZAR

09:30-10:45 Nadir Tümörler (NET, GİST, Sarkom, SSS Tümörleri)

Mentorler:

Dr. Sabri Barutça, Dr. Işıl Somalı, Dr. Ahmet Bilici, Dr. Oğuz Kara,

Dr. Yüksel Küçükzeybek

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Elanur Karaman

Soru Takım Sözcüsü: Dr. Sercan Ön

1. Dr. Damla Gönenç

Gastrointestinal stromal tümörlerde saptanan mutasyonlar tedavi kararlarına nasıl rehberlik etmektedir? GİST’de c-KIT ve PDGFR mutasyonu oranı sırasıyla %80 , %12dir. Ancak c-KIT ekzon 11 ve 9 dışındaki mutasyonlarında ve PDGFR nin D842V mutasyonu varlığında imatinib tedavi direncini hesaba kattığımızda, GIST tanılı hastaya imatinib verebilmek için CD117 postive c-KIT mut var demek yeterli midir?

Bir GIST vakasına (adjuvan- neoadjuvan veya metastatik hatta) tirozin kinaz inhibitörü başlanabilmesi için asgari olarak bakılması gereken moleküler tetkikler nelerdir ? Türkiye şartlarında klinik pratiğinizde siz neler yapıyorsunuz?

Büyük bir GIST tümörü olduğunu düşündüğümüz bir kitleyi cerrahla konuştuğumuzda R1 rezeksiyon ile çıkarabileceğini belirtti. (Biliyoruz ki eğer tümör rüptürü yok ise R1 ile çıkan post-op hastalarda da sağkalım R0 hastalarla benzer.) Öncelikle opere ettirip adjuvan tedavi mi verirdiniz? Ya da neoadjuvan tedavi verip mi opere ettirirdiniz?

İzole karaciğer metastazlı GEP/NET’lerde karaciğer transplantasyonuna bakış açınız nedir?

Nüks high grade gliomlarda ikinci basamak tedavi seçiminizi etkileyen faktörler nelerdir? Tedavi önerileriniz nelerdir?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



2. Dr. Ramazan Coşar

GİST te adjuvan tedavi endikasyonları nelerdir? Adjuvan tedavi için kontrendike mutasyonlar var mıdır, nelerdir? Bunlarda yaklaşım nasıl olmalıdır?

Metastatik GİST de ikinci hat ve sonrası tedavi yaklaşımları nelerdir, bunlarda c-KIT mutasyonu önemli midir?

Gastrointestinal stromal tümörlerde immunoterapinin rolü nedir? GIST tedavisinde yeni gelecek vadeden tedaviler nelerdir?

3. Dr. Ali Caner Özdöven

Glioblastom tanılı hastalarımızın bir yıllık genel sağkalımı gross total rezeksiyon sonrası adjuvan KRT ile %40 civarındır. Bununla beraber konvansiyonel tedavilere göre immunoterapi çalışmalarının genel sağkalım avantajı göstermemesinin nedeni nedir? Beyindeki immün hücrelerin farklı davranışları veya tümör mikroçevresi ile ilgili olabilir mi?

Beyin tümörlerinde EGFR veya PIK3CA mutant olan hasta grubunu düşündüğümüzde hedefe yönelik tedavilerle bir gelecek düşünebilir miyiz?

4. Dr. Neslihan Özyurt

Sarkomlarda (yumuşak doku ve kemik) genetik danışma isteyeceğimiz bir grup var mı? Bu hastaları genetik danışma için ülkemizde hangi merkezlere yönlendirmeliyiz?

Yumuşak doku sarkomlarında adjuvan kemoterapi vereceğimiz hasta grubu hangisidir?

Bu hastalarda monoterapi mi kombinasyon tedavisi mi tercih etmeliyiz?

Adjuvan tedavi vermeyi düşünmeyeceğimiz hasta bir histolojik grup var mı?

Metastatik yumuşak doku sarkomlarında birinci hatta, asemptomatik ve palyatif amaçla tedavi verdiğimiz hastalarda tek ajan mı? kombinasyon tedavilerini mi tercih etmeliyiz?

Histolojik alt gruba göre farklar var mıdır?

Osteosarkom tanılı ve akciğer metastazı olan vakalarda metastazektomi hangi durumlarda düşünmeliyiz?

Rezeksiyon yapılan hastalarda sistemik tedavi yaklaşımınız nasıldır? (kemoterapi? Hangi ajanlar?)

Metastatik osteosarkomlu ve çoklu hat sitotoksik tedavi almış hastalarda tirozin kinaz inhibitörleri ya da immün kontrol noktası inhibitörlerinin yeri var mıdır?

Neoadjuvan 2 kür Metotreksat+/- Doksorubisin+sisplatin alan lokalize Osteosarkomlu hastanın patolojisinde %10 ve üzeri viable hücre varlığında adjuvan tedavi vermeli miyiz? Adjuvan tedavi düşünüyorsak hangi ajanları seçmeliyiz?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



5. Dr. Selami Bayram

Nöroendokrin tümör (NET) tanılı hastalarda kromogranin A rutin pratikte istenmeli midir? Prognostik önemi nedir? Takip ve tedavi yanıtını değerlendirmede de yeri var mıdır?

Metastatik GEP NET tanısı alan hastalarda cerrahinin yeri nedir? Küratif rezeksiyon mümkün olmadığında Debulking cerrahinin yeri var mıdır?

Metastatik GEP NET tanısı alan her hastaya somatostatin reseptör analogu (SSA) başlanmalı mıdır?

Tedavi kararımızı belirleyen faktörler nelerdir?

SSA altında progrese olan metastatik GEP NETli hastalarda ikinci basamak tedavi ile birlikte SSA'larına devam etmenin rasyoneli var mı?

Metastatik GEP-NET tanılı unrezektable tümör yükü fazla, semptomatik hastalarda tedaviye nasıl başlanmalıdır?

SSA+ Hedefli tedaviler? Kombinasyon kemoterapileri?

10:45-11:10 Uydu Sempozyumu - HR+ HER2- mMK Hastalarının Yaşamında VALAMOR ile Fark

Yaratmak Elinizde



NOVARTIS



FARMANOVA

Moderatör : Dr. Rüçhan Uslu

Konuşmacı : Dr. Atike Pınar Erdoğan

11:10-12:25 Kanserde Destek Tedaviler

Mentorler:

Dr. Özgür Özyılkan, Dr. Ulus Ali Şanlı, Dr. Tuğba Yavuzşen, Dr. Timuçin Çil,

Dr. Fatih Köse

Gençler:

Soru Takım Koordinatörü: Dr. Serdar Arıcı

Soru Takım Lideri: Dr. Osman Bütün

1. Dr. Serdar Arıcı

Düşük ECOG PS olması nedeniyle BSC kararı aldığımız hastalarda belirli aralıklarla performans durum değerlendirmesi yapmalı mıyız? Gördüğümüz en düşük PS yeterli midir?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



2. Dr. Şaban Seçmeler

Kanser ilişkili kaşeksi sistemik tedavi için kontrendikasyon oluşturur mu? Kaşeksi klinik progresyon olarak kabul edilmeli midir?

Şiddetli ağrı kemoterapi için kontrendikasyon oluşturur mu? Ağrı palyasyonu ile birlikte kemoterapi verilmesi uygun mudur?

3. Dr. Deniz Tataroğlu Özyükseler

Bleomisin içeren kemoterapi rejimi alan hastalarda primer profilakside veya febril nötropeni gelişmesi durumunda filgrastim kullanabilir miyiz? Kullanmamamız gereken özel bir hasta grubu var mıdır?

Palyatif kemoterapi alan hastalarda KT seçeneklerinin tükenmesi durumunda BSC veya kemoterapi re-challenge kararını nasıl almalıyız?

Uzun süreli anti-koagulan tedavi alması gereken kanser hastalarında DMAH' lar yerine tercih edilebilecek yeni nesil anti-koagulanlar hangileridir?

4. Dr. Sabin Göktaş Aydın

Kemik metastazlı hastalarda maliyet etkinlik göz önüne alındığında bifosfonat / denosumab seçiminde nelere dikkat etmeliyiz?

Leptomeningeal metastazlı meme kanserlerinde intratekal tedavi yapılamıyorsa en uygun yaklaşım ne olmalıdır?

Palyatif sedasyon hangi durumlarda uygulanabilir?

5. Dr. Ruhper Çekin

Filgrastim profilaksisi için belirlenen >%20 FN riski ülkemizde maliyet etkinlik açısından %10-20 aralığı olarak kabul edilebilir mi?

Covid-19 pandemisinde febril nöropeni profilaksisi açısından yeni sınırlar belirlenmeli midir?

Kemoterapi ilişkili dirençli stomatitlerde yaklaşımınızı öğrenebilir miyiz?

4. GENÇLERLE ONKOLOJİYE BAKIŞ KONGRESİ

12-14 ŞUBAT 2021

CANLI
YAYIN



**12:25 – 12:50 Uydu Sempozyumu - Palbociclib:HR+ HER2-Mmk Hastalarınızın Tedavisine Güç
Katın,Yaşamı Uzatın**



Moderatör : Dr. Ender Kurt

Konuşmacı : Dr. Gürbüz Görümlü

12:50-13:00 Kapanış

Dr. Bülent Karabulut, Dr. Murat Dinçer, Dr. Erdinç Nayır, Dr. İbrahim Petekkaya, Dr. Erdem Çubukçu,
Dr. Elanur Karaman, Dr. Ali Murat Tatlı, Dr. Serdar Arıcı, Dr. Çiğdem Usul Afşar

Prof. Dr. Uğur Yılmaz Anısına...