



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

**Hibrit
Kongre**



**22
24
EYLÜL
2023**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

OLGU ÖZETLERİ

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER T HÜCRELİ LENFOMALARI NASIL TEDAVİ EDELİM?

Dr. Atakan TURGUTKAYA

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı /Aydın

Oturum Başkanları: Dr. Erdal KURTOĞLU, Dr. Oral NEVRUZ

Tartışmacılar: Dr. Meltem AYLI, Dr. Meltem Olga AKAY, Dr. İrfan YAVAŞOĞLU

Periferik T hücreli lenfomalar, non-hodgkin lenfomalar (NHL) arasında önemli bir alt grubu oluşturmaktadır. Bu hastalık grubu B hücreli NHL'lara göre daha nadir karşımıza çıksa da genel olarak tedavisinde hala tartışmalı noktalar mevcuttur (1,2). Örneğin, ilk hat CHOP kemoterapisinin yetersiz kalma durumu olabilmektedir, bu durumda kemoterapiye yeni ilaçlar ekleme ihtiyacı (örneğin CD30 pozitif ise brentuksimab vedotin-BV eklenmesi, anjioimmunoblastik alttıpte lenalidomid eklenmesi gibi) tartışmalıdır. Kemoterapi sonrası tam yanıt elde edilen hastaların hepsinde otolog kök hücre nakline (OKIT) ilerlenmeli midir veya hangi hastalarda vazgeçilmelidir? Bu durum da belirsizliğini korumaktadır. Bir diğer aydınlatılması gereken konu da yüksek riskli (IPI >1) ALK (+) Anaplastik Büyük Hücreli lenfoma (ALCL)'da OKIT'e ihtiyacımız olup olmadığı hususudur. Bu belirsizliklerin boyutu, geriatrik yaş grubunda olan hastalarda daha da artabilir. Daha da sık olarak karşımıza çıkabilecek durum, bu yaş grubunda kırılgeçirgenlik faktöründen dolayı sistemik kemoterapiye olan elverişsizliktir. Biz, bu sunumumuzda relaps refrakter ALCL tanısı almış geriatrik yaş grubundaki bir hastamızı takdim etmek istiyoruz.

Yetmiş üç yaşında erkek hasta, 1-2 aydır geçmeyen balgamsız öksürük ve boğazda şişlik ile dış merkeze başvurmuş. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan hastaya dış merkezde çekilen toraks BT'de sol hiler bölgeden başlayan ve sol mediastene doğru uzanım gösteren en geniş yerinde 3x4 cm'lik kitle saptanınca yine dış merkezde PET-BT çekilmiş: Bilateral servikal ve sol supraklavikuler alanda en büyüğü 24x13 mm, bilateral üst/alt paratrakeal, prevasküler, aortikopulmoner, subkarinal, paraaortik ve bilateral hiler alanlarda, bilateral retrokrural, peripankreatik, paraaortik alanlarda FDG tutan multiple lenfadenopatileri, karaciğer sol lob posteriorda ve sağ iliak kemikte artmış FDG tutulumları saptanmış.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kendi isteği ile merkezimize başvuran olgunun sağ servikal lenf nodundan alınan eksizyonel lenf bezi biopsisi ALK pozitif ALCL ile uyumlu saptandı. Evre 4 ALK (+) ALCL, ECOG:1, IPI: 2 (Düşük-orta risk) olan hastaya CHOP rejimi başlandı ve 6 kür verildi. Tedavi sonrası çekilen PET-BT kısmi remisyonla uyumlu bulundu [Sağ sternoklaidomastoid kasla ilişkili 7x8 mm nodüler yumuşak doku dansitesinde artmış FDG tutulumu izlendi (SUVmax:5.8)]. Tedavisiz izlenen olgu, 2 yıl sonra tarafımıza yaygın vücut ağrısı ile başvurdu. Çekilen PET-BT’de yüksek mediastinal, paraaortik, sağ alt paratrakeal, subkarinal ve bilateral hiler en büyüğü 2.3x1.0 cm multipl lenf nodlarında artmış FDG tutulumu izlendi (SUVmax:9.0). Baş boyun bölgesinde patolojik boyutta veya aktivitede lenf nodu saptanmadı. Relaps ALCL olarak değerlendirilen olguya BV tedavisi başlandı ve 3 kür verildikten sonra OKIT yapıldı. OKIT sonrası 3. ayda çekilen PET-BT’de yeni gelişen lenf nodları olduğu görüldü (yüksek mediastinal, paraaortik, sağ alt paratrakeal, subkarinal, distal bilateral paraözofageal ve bilateral hiler en büyüğü 3.6x2.2 cm multipl lenf nodları).

Hastaya progresyon nedeniyle bir histon deasetilaz (HDAC) inhibitörü olan romidepsin tedavisi başlandı ve performansı uygun olduğu için kardeşlerinden HLA taraması gönderildi. Tedaviden 3 ay sonra çekilen PET-BT’de tüm lenf nodlarında metabolik tam yanıt sağlandı (Deauville-1). Ancak romidepsin erişim gücü nedeniyle, başka bir HDAC inhibitörü olan belinostat tedavisi temin edilmeye çalışıldığı dönemde, hasta tedavi almak istemediğini belirterek uzun süreli olarak takibimizden çıktı. Olgunun bu tedaviden 1 yıl sonra çekilen PET-BT’de tedavisiz izleme rağmen bulgularının stabil olduğu ve relaps bulgusunun olmadığı öğrenildi. Olgumuz, yaşına göre performansının iyi olması sebebiyle sistemik kemoterapi alabilmiş ve relaps refrakter olduğu sürede OKIT dahil 2. ve 3. hat tedavileri tolere edebilmiştir. Sınırlı sürede verilen romidepsinden belirgin yarar gören olgunun tedavisine devam edilememiş olsa da herhangi bir relaps bulgusu olmaması ilgi çekicidir.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kaynaklar

- 1- Hoffman R, et al. Hematology Basic Principles and Practice Eighth Edition. Chapter 89 (T Cell Lymphomas)
- 2- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. T-Cell Lymphomas Version 1.2023 — January 5, 2023

SORULAR

1. Geriatrik yaş grubu hasta, ALK (+) ALCL, ilk hatta hangi rejimle tedavi edilmelidir?
Chop/Choep/Bv-Chp
Upfront OKIT ve izlem?
2. İlk tedavi bitiminden 20 ay sonra relaps olduğunda hangi tedavi başlanmalıdır?
İlk hatta brentuksimab kullanılmış olmasına göre tedavi değişir mi?
Erken/geç relaps olmasına göre tedavi değişir mi?
OKIT öncesi kaç kür verilmelidir?
OKIT uygun değilse hangi tedavi düşünülmelidir?
3. OKIT nakil öncesi PET (+) olan hastada
OKIT öncesi alternatif bir kurtarma rejimi kullanılmalı mı?
OKIT sonrası herhangi bir idame tedavi verilmeli mi? Sadece takip yeterli mi?
Ne kadar sürede bir, nasıl takip edilmelidir?
4. OKIT sonrası olduğunda bir sonraki alternatif tedavi seçeneklerinden hangisi tercih edilmelidir?
ALK İnhibitörleri? /HDAC İnhibitörleri? / Diğerleri?
Ne kadar süre ile?
Allojeneik kemik iliği naklinin yeri nedir?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER B HÜCRELİ LENFOMALARI NASIL TEDAVİ EDELİM?

Dr. Büşra Tuğçe AKMAN
Şırnak Devlet Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Burhan FERHANOĞLU, Dr. Muhit ÖZCAN

Tartışmacılar: Dr.Sema KARAKUŞ , Dr. Aynur Uğur BİLGİN

80 yaşında kadın hasta 1-2 aydır olan genital akıntı şikayetiyle kadın doğum hastalıkları polikliniğine başvurdu. Yapılan transvajinal USG de serviks ve vajen ön duvarında kitle tespit edilen hastanın vajenden alınan trucut biyopside Difüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL), germinal merkez tipi (c myc pozitif, bcl2 ve bcl6 negatif, ki67 %90) olarak belirlenmesi üzerine hematoloji bölümüne konsülte edildi. Hastanın ECOG performans skoru 0, B semptomları bulunmaktaydı. Hasta 11 yıl önce meme kanseri (CA) nedeniyle modifiye mastektomi geçirmiş, kemoradyoterapi ve 10 yıl boyunca anastrozol almış. 2018 yılında hasta sinüs sendromu nedeniyle kalp pili takılmış, 2 ay önce perikardit geçirmiş. Ayrıca eşlik eden hipotiroidi, hipertansiyon, anksiyete bozukluğu, peptik ülser mevcuttu. Kız kardeşinde endometrium ve kolon CA, annesinde meme CA olan hastanın BRCA 1-2 gen mutasyonu negatif gelmiş. Hastada geriatrik değerlendirme için yapılan testlerde Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) :12 (anksiyete bozukluğu ve gastrik ülser nedeniyle 3 puan üzeri 2 özellik mevcut), Activities of daily living (ADL)-independent:6, I-ADL (Instrumental-ADL):7 geldi. 80 yaşında olması ve komorbid durumları nedeniyle kırılğan hasta olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar değerleri; Kreatinin 1,91 mg/dL, Albumin 3,8 g/dL, Total Bilirubin 0,6 mg/dL, LDH 486 U/L, Hemoglobin 13,1 g/dL, Lökosit 6,17 bin/ μ L, Trombosit 203 bin/ μ L, Beta2 mikroglobulin 4,8 mg/L, Ürik Asit 6,2 mg/dL idi. Evreleme için çekilen Batın BT'de uterin serviks düzeyinde yaklaşık 5,5 cm çapta konturları düzgün kitle lezyonu izlendi. Toraks BT'de lezyon görülmedi. Pet CT: Uterus serviks düzeyinde 45x55 mm ölçülen (SUVmax: 24,07), düzensiz sınırlı kitlesel lezyon saptandı. Vajen ön duvarında (SUVmax: 17,37), 18x14 mm ölçülen kitlesel lezyon izlendi. Hasta Ann Arbor Evre 1E olarak değerlendirildi. IPI skoru 3, NCCN-IPI skoru 5, CNS risk score 3 idi. Hasta daha önceden Meme Ca nedeniyle yaklaşık 110 mg antrasiklin almıştı, RT dozu bilinmiyordu.

Çekilen EKO da EF %58, sol ventrikül diyastolik işlev bozukluğu tespit edildi. Hasta kemoterapi onayı için kardiyojoloji ile konsülte edilerek her tedavi öncesi EKO kontrolü ile 3 kür R mini CHOP ve beraberinde SSS profilaksisi planlandı. 3 kür tedavi sonrasında çekilen PET CT 'de deuville skor 1 olarak değerlendirildi. Tutulu alana 180 cGy/gün 20 gün boyunca RT verildi.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

RT sonrası 1. ayında hasta şiddetli karın ağrısı, kusma, sarılık şikâyeti ile başvurdu. Hastanın laboratuvar değerleri; Kreatinin 0,83 mg/dL, Albumin 3,1 g/dL, Total Bilirubin 5,6 mg/dL, Direkt Bilirubin 3,7 mg/dL, AST 248 U/L, ALT 391 U/L, ALP (Alkalen Fosfataz) 439 U/L, GGT 298 U/L, Amilaz 286 U/L, Lipaz 419 U/L, LDH 572 U/L, beta2 mikroglobulin 3,64 mg/L, CRP 41,6 mg/L, Hemoglobin 11,4 g/dL, Lökosit 3,85 bin/ μ L, Trombosit 211 bin/ μ L, INR 0,97 idi. Abdomen MR de Pankreas baş ve korpus kesimini, portal hilusu ve mezenter kökünü infiltrate eden yaklaşık 126x86x65 mm büyük boyutlu kitle izlendi.

Portal hilustaki infiltrasyona bağlı intrahepatik safra yollarında ileri derecede dilatasyon, pankreas baş ve korpus kesimindeki invazyona bağlı olarak ana pankreatik kanalda korpus ve kuyruk düzeyinde belirgin dilatasyon izlendi. Pelvik düzeyde mezenter kökünde de lobüle konturlu infiltratif kitle izlenmekte olup boyutları yaklaşık 104x80 mm olarak ölçüldü. Hasta pankreas başı kitle basısına bağlı olarak pankreatit ve kolesistit geçirdiği düşünüldü. Hastanın pankreas başından alınan trucut biyopsi DBBHL (germinal merkezli, cmyc ve bcl2 pozitif, bcl6 negatif, ki67 %90) ile uyumlu geldi. Hastaya 1. gün 100 mg prednol, 2. gün 100 mg prednol +rituksimab siklofosamid verildi. 4. gün KCFT değerlerinin gerilemesiyle doksorubusin +vinkristin mini dozda verildi. Tedavinin 10. gününde tüm değerleri normale döndü. Hastanın tedavisine R-CEOP ile devam edildi. 4 kür sonrası yanıt değerlendirme için çekilen PET-CT'de pankreas ve batin içi kitle kaybolduğu, uterus korpus ve serviks düzeyinde yeni gelişen kitle tespit edildi. Uterustan alınan biyopsi DBBHL ile uyumlu geldi. 3 kür R-GEMOX verilen hastada yanıt değerlendirme için çekilen PET-CT'de Sağ overde izlenen FDG artışının yoğunluğunun güncel çalışmada arttığı gözlemlendi (SUVmax: 8,85).

Uterusta izlenen FDG artışı gösteren lezyonların boyutunda ve FDG yoğunluğunda artış saptandı, ayrıca güncel çalışmada uterusta, sol adneksiyal lojda yeni, FDG artışı gösteren kitlesel lezyonlar izlendi (en büyüğü 31x20 mm; SUVmax: 17,64). Paraaortik, parakaval, aortokaval, bilateral parailiak, perivezikal, perirektal bölgede FDG artışı gösteren lenf nodları (en büyüğü aortokaval 20x14 mm; SUVmax: 12,83) saptandı. Pelviste sağ piriformis kasında metastatik olabileceği düşünülen, FDG artışı gösteren nodüler lezyon saptandı (14 mm; SUVmax: 4,80) yeni gelişen lezyonlar Deuville skoru 5 olarak değerlendirilen hastaya İbrutinib başlandı. 4. gününde sepsis şok exitus oldu.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. 80 yaşında, yakın zamanda perikardit geçirme öyküsü ve ritim problemi olan hastada ilk basamak tedavide ne vermek istersiniz?
2. Bu hastada intratekal SSS profilaksisi düşünür müsünüz?
3. Nakil adayı olmayan, kitlesel bası nedeniyle pankreatit ve kolesistit tablosuyla başvuran KCFT yüksekliği olan hastada 2. sıra tedavide ne tercih edersiniz?
4. Bu hastada Türkiye koşullarında 3. sıra tedavide ne vermek isterdiniz, geri ödeme koşulları olsaydı tedavide ne düşünürdünüz?
5. Literatürde nadir gördüğümüz, uterus ve vajende kitle ile tanı alan yaşlı lenfoma hasta deneyimi olan oldu mu? Deneyiminizi paylaşmak ister misiniz?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER MULTIPLE MİYELOMALARI NASIL TEDAVİ EDELİM?

Dr. Nihan ALKİŞ

Bursa Şehir Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Meral BEKSAÇ, Dr. Hayri ÖZSAN

Tartışmacılar: Dr. Zafer GÜLBAŞ, Dr. Sevgi KALAYOĞLU BEŞİŞİK, Dr. Ömür Gökmen SEVİNDİK

67 yaş, kadın hasta; yorgunluk, halsizlik, bel ağrısı şikayetleri mevcut. 2020 yılında Mide Ca sebebiyle opere olan hastanın 1. yıl kontrollerinde Batın BT de; sol iliak kanatta litik lezyonlar ve pelvik bölgede 32x41 mm kitle saptanmış. Yapılan kitle biyopsisi: Plazma hücreli neoplazi olarak sonuçlanması üzerine tarafımıza yönlendirildi

Bilinen sistemik hastalık: Meme Ca- 2004 de sağ radikal mastektomi- KT almadı- Evre I hastalık, DM+ HT+ Hiperlipidemi, Koroner by-pass (4 damar)- Ocak 2020, Mide Ca- Şubat 2020- Total gastrektomi, omentektomi, Evre I Mide taşlı yüzük hücreli karsinom- Medikal tedavi önerilmemiş, izlemde, Ocak 2021 Tıkaçıcı SVO

FM; Vital bulguları stabil, sistem muayeneleri doğal, sol bacakta 2/5 kas gücü kaybı mevcut. ECOG performans skoru: 2. Karnofsky performans skoru: 70

Kull. İlaçlar: Metoprolol 1x50 mg, klopidoğrel 1x75 mg, atorvastatin 1x40 mg, L-tiroksin 1x75mcg, kandesartan 1x16 mg, ketiapin 1x25 mg

Sol iliak kemikte dekstrüksiyon oluşturan kitleden alınan tru cut biyopsi: Plazma hücreli neoplazi.

Tanı anı laboratuvar değerleri; lökosit: 2760/mm³, nötrofil:1450/mm³, lenfosit:970/ mm³, Hb: 9,6 gr/dl, plt:241.000/mm³, kreatinin:0,76 mg/dl, LDH:241U/L, Ca:9,3 mg/dl, Beta 2 mikroglobulin:3,6 mg/dl

Protein elektroforezi; gama M spike %24,46, M protein miktarı: 1612 mg/dl, IgG:1880 mg/dl, IgA: 22 mg/dl, IgM: 19 mg/dl, Serum serbest kappa: 11,6 mg/L, Serum serbest lambda: 243 mg/L, L/K oranı: 20,9, Serum immünfiksasyon: IgG Lambda paraproteinemisi ile uyumlu

Periferik kan flowsitometri: CD38/CD138 (+) hücre oranı %0,41

Kemik iliği aspirasyonu; Normosellüler kemik iliği, %30 plazma hücre infiltrasyonu

Kemik iliği akım sitometri: %9 plazma hücresi

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kemik iliği biyopsi: %40 plazma hücre infiltrasyonu, Lambda monoklonal, Kongo red negatif
Kemik iliği FISH paneli: FISH paneli; p53 (17p13 del) negatif, t (4;14) negatif, t (14;16) negatif
Abdomen BT: Sol iliak kanatta litik destrüktif değişiklikler, pelvik yumuşak dokuda 32x41 mm kitle, sol asetabulumda 17 mm litik lezyon

PET-BT: İskelet sisteminde multipl litik/sklerotik lezyonlar, mesane superiorunda 25x13 mm kitle lezyonu, sol iliak kanatta yumuşak dokuya uzanan kitlesel lezyon

ISS Evre II, R-ISS Evre III Multipl myelom tanısı aldı. Hastanın sağ asetabulumdaki lezyonunda yüksek fraktür riski ve kemik ağrıları sebebiyle Medikal Onkoloji tarafından Torakal 10, Lomber 3. vertebralar, sağ femur boynu ve sol iliak kanattaki lezyona RT uygulandı. Daha sonra hastaya VCD + Zoledronik asit tedavisi başlandı. 2 kür sonrası protein elektroforezinde gama M spike %10,87, M protein: 637 mg/dl, tanı anından itibaren % 60 düşüş saptandı.

4 kür sonrası IgG: 19,58 gr/L den 8,02 gr/L ye, serum serbest lambda 243 mg/L den 53,4 mg/L ye geriledi. 4 kür sonrası protein elektroforezinde gama M spike %8,66, M protein: 487 mg/dl, tanı anından itibaren % 70 azalma saptandı, tedaviye kısmi yanıt olarak değerlendirildi.

OKIT: Melfalan 200 mg/m² 31.08.2021 tarihinde 5,1 MIU/kg CD34+ kök hc ile otolog nakil yapıldı. NES:10, TES:7.gün. Febril nötropeni (FEN) gelişti. Ciddi komplikasyon yaşanmadı. +17.günde taburcu edildi. Taburculuk reçetesi; flukonazol 2x100 mg, trimetoprim sulfometoksazol haftada 2 gün, valasiklovir 1x500 mg

OKIT sonrası +90.gün değerlendirme tetkiklerinde; lökosit: 3190/mm³, nötrofil: 1370/mm³, lenfosit:1590/ mm³, Hb: 11,2 gr/dl, plt:51.000/mm³, kreatinin:0,53 mg/dl, Ca:8,5 mg/dl, IgG:636 mg/dl, IgA: 31 mg/dl, IgM: 32 mg/dl, Serum serbest kappa: 30,7 mg/L, Serum serbest lambda: 18,6mg/L, L/K oranı: 0,6, protein elektroforezinde gama globülin bölgesinde yoğunlaşmalar, minör paraprotein? olarak sonuçlandı. Serum İFE de poliklonal zeminde IgG, kappa ve lambda sütunlarında bandlar izlendi. Batın BT de sol iliak kanattaki yumuşak doku komponentinde tam regresyon izlendi. Hasta ile konuşuldu, idame tedavi seçenekleri hakkında borte-zomib 14 günde bir sc, oral lenalidomid seçenekleri sunuldu. Komorbiditeleri sebebiyle sık sık hastaneye gelmek zorunda kaldığını, daha fazla hastaneye gelmek istemediğini belirtti, oral tedaviyi tercih etti. Riskler anlatıldı. İdame tedavi olarak lenalidomid 10 mg/gün başlandı. 1.ay kontrolünde nötropeni sebebiyle 5 mg/gün dozuna düşüldü. İdame tedavinin 3.ayında, meme ve mide Ca açısından yıllık takipte olan hastanın tüm vücut tomografileri çekildi, remisyonda olduğu saptandı.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Lenalidomid 3. ayında protein elektroforezinde; gama globülin bölgesinde poliklonalzeminde yoğunlaşmalar/ minör paraprotein bandı? İzlendi. Serum İFE de IgG, kappa ve lambda sütunlarında bandlar izlendi. IgG: 1068 mg/dl, Serum serbest kappa: 33,8 mg/dl, Serum serbest lambda: 26,4 mg/dl, L/K:0,78 idi. Lenalidomide idame tedavi 7. ayda düşme sonrası sol asetatulum fraktürü; opere oldu. Operasyon sırasında alınan kemik patolojisi: Normal kemik dokusu olarak raporlandı. 4 ay süre ile takipsiz kaldı.

Şubat 2023 de; otolog nakil sonrası toplamda 7 ay idame lenalidomide tedavisi aldı. 4 aydır takiplerine gelmediği için ilaç kullanmadı. Lökosit: 2820/mm³, nötrofil: 1840/mm³, Hb: 8,3 gr/dl, plt: 47.000/mm³, kreatinin: 1,06 mg/dl, Ca:8,6 mg/dl, IgG: 1662 mg/dl, IgA: 14 mg/dl, IgM: 9 mg/dl, Serum serbest kappa: 21,1 mg/L, Serum serbest lambda: 122 mg/L, L/K oranı: 5,78, protein elektroforezinde gama bölgesinde paraprotein bandı, Mprotein miktarı: 1337 mg/dl olarak sonuçlandı. Serum İFE IgG lambda paraproteinemisi ile uyumlu idi. PET-BT de; iskelette multipl litik/ sklerotik görünümlü lezyonların sayısı, boyut ve aktivitelerinde artış, T10 ve L3 vertebra korpusunda kompresyon fraktürü izlendi. Nüks hastalık sebebiyle hastaya Daratumumab- Bortezomib-Dexametazon tedavisi başlandı. 3 kür sonrası IgG: 552 mg/dl (Nüks anında 1662 mg/dl) idi. 4. kürden sonraprotein elektroforezinde gama bölgesinde poliklonal zeminde minör paraprotein bandı izlendi. IgG: 5,45 gr/L, M proteini: 234 mg/dl, nüks itibarıyla %85 düşüş; kısmi yanıt olarak değerlendirildi. Hastanın tedavisine devam edilmekte olup toplamda 6 kür tedavi aldı.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. Güncel bilgiler ve veriler ışığında bu hastaya 1.basamak tedavide farklı bir tedavi rejimi düşünülmüyor müydünüz?
2. 4 kür VCD tedavisi sonrası nakil öncesi kemik iliği biyopsisi ile kontrol remisyon değerlendirilmesi yapılmalı mı?
3. Solid tümör malignite öyküsü olan hastaya otolog kök hücre nakli yapılabilmesi için kriterler nelerdir? Solid malignite tedavi sonrası remisyon süresi otolog nakil yapıp yapılmayacağı kararında önemli midir?
4. 5. Otolog nakil öncesi yanıt düzeyi en az ne olmalıdır? Minimal yanıt? Kısmi yanıt? VGPR yanıt? Tam yanıt?
5. Otolog nakil sonrası konsolidasyon tedavisi bu hasta için düşünülmeli mi?
6. Bu hasta için idame tedavi seçenekleri nelerdir?
7. Nüks hastalıkta kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapıp genetik tekrarı gerekir mi?
8. 1.Nükste bu şekilde kırılğan geriatrik bir hastaya verilebilecek tedavi seçenekleri nelerdir?
9. Bu hasta için 2. Otolog nakil düşünülebilir mi? (Otolog nakilden nükse kadar geçen süre: 16ay)
10. 4 kür DVD tedavisi sonrası tedavisine nasıl devam edelim? Maliyet – etkinlik düşünüldüğünde başka bir tedavi düşünülebilir mi?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK HEMATOLOJİK HASTALIKLARDA ALLOJENİK KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONU

Cem KİS

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi

Oturum Başkanları: Dr. Seçkin ÇAĞIRGAN, Dr. Hakan GÖKER

Tartışmacılar: Dr. Can BOĞA, Dr. Mutlu ARAT, Dr. Emre TEKGÜNDÜZ

Multipl Miyelomda Allojenik Kök Hücre Naklinin Güncel Rolü

Allojeneik hematopoietik kök hücre nakli (alloHSCT), doğrudan sitotoksikite ve graft versus miyelom (GvMM) ikili etkisinden yararlanarak MM'de küratif potansiyele sahiptir.

Miyeloablatif nakil ile yüksek nakil ilişkili mortalite (NRM) (%41) ve kronik graft-versus-host hastalığı (GvHD) insidansı, bu prosedürle ilgili önemli endişelere yol açtı. Daha sonra azaltılmış yoğunluklu (RIC) ve non-miyeloablatif (NMA) (%10-15) rejimleri önerildi, ancak bunlar daha yüksek bir nüks oranı geliştirdi. Şu anda, birçok merkez hiç yapılmaması gerektiğini öne sürmektedir.

IFM99-03 and IFM99-04 yüksek riskli hastalarda (oto-oto vs oto-allo) hazırlama rejimi, busulfan, fludarabin ve anti-timosit globülinden (ATG) oluşuyordu. Medyan OS (35 ay- 41 ay, $p = 0.27$) ve PFS (25 ay- 30 ay, $p = 0.56$) (1).

PETHEMA çalışması, VAD tabanlı indüksiyondan sonra 85 tandem OKIT ile karşılaştırmalı olarak autoallo HCT alan 25 hastayı içermektedir. AlloHSCT grubu için daha uzun medyan OS (ulaşılmadı vs.58 ay) ve medyan PFS (ulaşılmadı vs.31 ay) için bir eğilim vardı, ancak NRM daha yüksekti (%16'ya karşı %5) (2).

İtalyan çalışmasında, bir VAD indüksiyonu ve ologreft HSCT'yi NMA alloHSCT veya ikinci otoHCT izledi. Medyan OS (80 ay- 54 ay, $p = 0.01$) ve medyan PFS (35 ay-29 ay, $p = 0.02$). Bununla birlikte, %16'lık bir NRM rapor edildi (3).

2020'de, HLA uyumlu kardeş donörün varlığına veya yokluğuna, up-front allo HCT ve tandem otolog SCT ile prospektif denemeleri içeren bir analiz yayınlandı. Bu çalışma, daha önce tartışılan dört klinik çalışmayı içermektedir: Kan ve İlik Nakli Klinik Araştırmalar Ağı (BMT-CTN), EBMT, Torino ve PETHEMA: Oto- alloHSCT'deki hastalar, tandem otolog SCT daha iyi OS (HR 0.84, $p = 0.02$) ve PFS (HR 0.85, $p = 0.004$) (4).

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kümülatif relaps insidansı, 10 yılda oto-alloda daha düşüktü (%61,6'ya karşılık %77,2, $p < 0,001$). 10 yılda NRM oranı, oto- alloHSCT daha yüksekti (%19,7'ye karşı %8,3, $p = 0,001$). Relaps sonrası 5 yıllık sağkalım oranları, oto-allo ve tandem oto-HCT sırasıyla %51,1 ve %37,0 idi. Bu hastalar daha yeni ilaçlara maruz kalmamış olsa da, bu çalışma muhtemelen GvMM etkisinden kaynaklanan uzun vadeli bir faydayı açıkça göstermiştir.

EBMT-NMAM 2000 çalışmasında, 13q delesyonu olan hastalar için 5 yıllık OS (%69'a karşı %55, $p = 0,003$) ve PFS (%31'e karşı %10, $p = 0,002$) (5).

Alman Miyelom Çalışma Grubu (DSMM), 13q delesyonu olan NDMM hastalarında tandem OKIT ile oto-allo HCT'yi karşılaştırdı. Bu çalışma 126 alloHSCT hastasını ve 73 tandem OKIT OS fark yok, PFS oto-allo istatistiksel anlamlı (6).

Aynı çalışmada delesyon 13q ve delesyon 17p olan hastalarda, medyan OS (61,5 ay - 23,4 ay, $p = 0,0002$) ve PFS (37,5 ay - 6,5 ay, $p = 0,032$)

Bununla birlikte, yüksek riskli hastalığın tanımı son on yılda önemli ölçüde değişti ve 13q'nun delesyonu artık standart bir sitogenetik risk anormalligi olarak kabul ediliyor. Bu nedenle, bu çalışmalar yüksek riskli hastalarda alloHSCT sonucunun gerçek yansıması olmayabilir.

MM için allojenik transplantasyon, hastaları iyileştirme potansiyeline sahiptir ve dikkatle seçilmiş hastalarda uzun süreli sağ kalıma izin verebilir. NMA ve RIC rejimler, daha düşük NRM ve GvHD insidansından dolayı tercih edilmelidir. Daha düşük NRM'leri göz önüne alındığında, treosulfan gibi yeni hazırlama rejimleri düşünülebilir. AlloHSCT, daha derin yanıt elde etmek ve gelecekteki nüks riskini azaltmak için tercihen OKIT'den sonra yapılmalıdır (7).

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kaynaklar

1. Rosin˘ol L, Pe´rez-Simo´n JA, Sureda A, et al. A prospective PETHEMA study of tandem autologous transplantation versus autograft followed by reduced-intensity conditioning allogeneic transplantation in newly diagnosed multiple myeloma. Blood. 2008;112(9):3591–3.
2. Garban F, Attal M, Michallet M, et al. Prospective comparison of autologous stem cell transplantation followed by dose-reduced allograft (IFM99-03 trial) with tandem autologous stem cell transplantation (IFM99-04 trial) in high-risk de novo multiple myeloma. Blood. 2006;107(9):3474–80.
3. Giaccone L, Storer B, Patriarca F, et al. Long-term follow-up of a comparison of nonmyeloablative allografting with autografting for newly diagnosed myeloma. Blood. 2011;117(24):6721–7.
4. Costa LJ, Iacobelli S, Pasquini MC, et al. Long-term survival of 1338 MM patients treated with tandem autologous vs. autologous-allogeneic transplantation. Bone Marrow Transplant. 2020;55(9):1810–6.
5. Knop S, Engelhardt M, Liebisch P, et al. Allogeneic transplantation in multiple myeloma: long-term follow-up and cytogenetic subgroup analysis. Leukemia. 2019;33(11):2710–9.
6. Gahrton G, Iacobelli S, Bjo¨rkstrand B, et al. Autologous/reduced-intensity allogeneic stem cell transplantation vs autologous transplantation in multiple myeloma: long-term results of the EBMTNMAM2000 study. Blood. 2013;121(25):5055–63.
7. Current Role of Allogeneic Stem Cell Transplantation in Multiple Myeloma. Jean-Se´bastien Claveau . Francis K. Buadi . Shaji Kumar. Oncol Ther (2022) 10:105–122.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. MM Durie-Salmon Evre 3A 17p pozitif hastada güncel veriler ışığında 1.basamak tedavi yaklaşımınız nedir?
2. Remisyon sonrası MM Evre-III 17p pozitif hastada güncel veriler ışığında 1. basamakta nakil yaklaşımınız hangisi olur?
 - 1- Otolog nakil
 - 2- Oto-oto nakil
 - 3- Oto-allo nakil
 - 3-Otolog nakil sonrası ne zamana kadar idame tedavi verilmeli?
3. MM evre-III otolog, allojeneik nakil sonrası nüks olan çoklu tedavi alan bu hasta için güncel veriler ışığında nasıl bir tedavi önerilebilir?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

ALLOJENİK KÖK HÜCRE NAKLİNDE STREOİDE YANITSIZ AKUT ve KRONİK GVHD TEDAVİSİ

Fatma YILMAZ

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Hematoloji Kliniği

Oturum Başkanları: Dr. Osman İLHAN, Dr. Leyla Gül KAYNAR

Tartışmacılar: Dr. Şahika AKI, Dr. Atilla ÖZKAN, Dr. Filiz VURAL

62 yaş kadın hasta 2021 ağustos ayında AML-M2 tanısı almıştı. Tanı anındaki beyaz küre sayısı $79.4 \times 10^9/L$ idi. Hastaya tanı konulduktan sonra 3+7 idarabusun/Ara-C indüksiyon rejimi başlanılmıştı. Tedavi sonrası yapılan değerlendirme sonucu hasta tedaviye yanıtı olarak kabul edilip sonraki aşamada FLAG-ida kurtarma tedavisine geçilmişti. Kurtarma tedavisi ile remisyona giren hastaya AKHN kadar 1.kür pekiştirme FLAG-ida daha verildi. Bu tedaviyi alırken yapılan nakil öncesi değerlendirmede ECOG 1, KPS %90, EBMT 3, HCT-CI 1 (yaş:1) idi. Vericisi HLA 10/10 uyumlu 47 yaşında erkek akraba dışı vericiydi. AKHN hazırlık rejimi olarak Fludara-bin/Busulfan 3 protokolü uygulanmış ve sonrasında periferik kandan elde edilen kök hücre infüzyonu gerçekleştirilmişti. Nakil +5. günden itibaren engraftmana kadar granülosit koloni stimüle eden faktör (G-CSF) subkutan uygulanıp yüksek riskli hastalık nedeniyle; nakil +56. gün GvHH durumuna göre kalsinörin inhibitörü (CNI) doz azaltımı planlanmıştı.

Nakil +45.günde: vücut yüzey alanının %50-60'ını kaplayan makulopapuler döküntü, kızarıklık ve kaşıntı şikayeti oluştu. Döküntüden yapılan cilt biyopsi sonucu aGvHH ile uyumlu olarak raporlandı. aGvHH skoru MAGIC II IBMTR C olarak hesaplandı. Tedavi olarak; lokal + sistemik kortikosteroid (1 mg/kg/gün) başlandı ve tam yanıt elde edildi. Kortikosteroid doz azaltımı ile kesildi. Cilt lezyonları sekel hiperpigmentasyon ile geriledi.

Naklin +5.ayında hasta takrolimusu terapötik düzeyde alıyordu.7-8 kere/gün yüksek hacimli bazıları kanlı, kramp tarzı karın ağrısının eşlik ettiği diyare şikâyeti mevcuttu. Hastanın değerlendirmesinde KPS %50, ciltte sekel hiperpigmentasyon, tırnak tutulumu, kuru göz bulguları skor 2, GIS skor 3 (bulantı, diyare, kilo kaybı) mevcuttu. Diğer nedenler dışlanarak kortikosteroid 2 mg/kg/gün başlandı.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

Naklin +6. ayında yapılan değerlendirmede; kuru göz bulgularında artış olması üzerine otolog serum ve kontakt lens uygulaması uygulandı. Bunun dışında; steroid ilişkili belirgin miyopati, ciltte ülser lezyonlar mevcuttu. Balgam kültür; E.coli üremesi oldu. Trombositopeni $45 \times 10^9/L$ ve LDH artışı 466 U/L dı. Periferik yaymada belirgin şistositler görülmüyordu. Trombotik mik-roanjiyopati (TMA) nedeniyle takrolimus kesildi.

Nakil +8. Ayındaki değerlendirmede ise remisyonda ve tam kimerikti. Takrolimus kesilmesiyle trombosit $75-85 \times 10^9/L$ yükseldi. Steroid bağımlı GIS GvHH, eşlik eden oral, cilt ve oküler GvHH mevcuttu. Tedavisinde ruksolitini 2×10 mg/gün, lokal tedavi ve steroid doz azaltımı (2. Ay) uygulandı. 2-3 kere/gün diyare, azalan oküler bulgular , 3-4 kere/gün lubrikan ihtiyacı, Cilt te sekel hiperpigmentasyon ile takip devam etmekteydi. Ek olarak geçirilmiş COVID 19 enfeksiyonu öyküsü mevcuttu.

Naklin + 18. ayında Tekrarlayan pulmoner enfeksiyon öyküsüne kuru öksürük, efor dispnesi eşlik ediyordu. Ölçülen satürasyonu oda havasına 84 idi. Bunun üzerine çekilen HRCT si; Sağ akciğer üst lob ön segment ve orta lob medialde bronş duvarında variköz bronşektazi ve bu düzeyde mukus tıkaçlarına bağlı subsegmenter kollaps alanı, bronş duvarında kalınlaşmalar, santrilobüler noduler infiltrasyon alanları izlenmiştir. Bronşiolit? Şeklinde raporlanmıştı. Yapılan solunum fonksiyon testi sonucu tablodaki gibiydi.

	Nakil öncesi	Haziran 2023
FEV1 %	101	45
FVC %	119	87
FEV1/FVC %	85	51
FEF25-75	57	13
DLCO %	83	47

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Naklin 18. ayında hesaplanan Kronik GVHH Organ Skorlaması ise aşağıdaki tabloda verildiği gibiydi.

	Skor
Performans	3
Cilt; hiperpigmentasyon, tırnak bulguları	0
Ağız	1
Gözler; kuru göz belirtileri	2
GIS; kilo kaybı	2
Karaciğer	0
Akciğer; öksürük, nefes darlığı, FEV1 %45	2
Eklem/Fasia	0
Genital	Muayene edilmedi
Diğer belirtiler; eozinofili, trombositopeni	
GvHH skor	Şiddetli krGvHH

SORULAR

1. Şiddetli oküler semptomları olan hastalarda sistemik immunsupresif tedavi katkı sağlar mı?
2. Bronkoscopide enfeksiyöz etken saptanmayan hastada akciğer bulgularını nasıl yorumlayalım? Tedavi öneriniz nedir?
3. Kortikosteroid bağımlı GvHH olan hastalarda destek tedavi planı nasıl olmalı? Profilaksi önerileriniz?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

RELAPS REFRAKTER GERİATRİK KML HASTALARINI NASIL TEDAVİ EDELİM?

Dr. Tuba Özkan TEKİN
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Oturum Başkanları: Dr. Osman İlhami ÖZCEBE, Dr. İ. Celalettin HAZNEDAROĞLU
Tartışmacılar: Dr. Mehmet YILMAZ, Dr. Emin KAYA, Dr. A.Emre EŞKAZAN

Sizlere başvuru sırasında 63 yaşında olan, 7 yıldır takipli refrakter bir KML olgusunu aktaracağım.

Olgumuz 2016 da nonspesifik şikayetler ile başvurdu. Başvuru sırasında trombositoz ve nötrofilik lökositoz saptanması üzerine tetkik edildi. DM, HT nedeniyle medikal tedavi altında olan hastanın öyküsünde sol radius baş kırığı ve uyku apne sendromu mevcuttu. 70 paket /yıl sigara kullandığı öğrenildi. Kot altı 10 cm aşan splenomegali ve hepatomegali saptandı. 3 pozitif pretibial ödem ve belirgin efor dispnesi nedeniyle eş zamanlı kardiyoloji takibinde olan hastaya yapılan koroner anjiyografi ile bypass kararı alındı. Ancak hematolojik yanıt sağlandıktan sonra işlem yapılmak üzere medikal tedavi ile izlenmesi planlandı.

Biyokimyasal tetkiklerinde kr 1.3, hba1c:8.5, KCFT normaldi. Rt-PCR %100 p210 paterninde BCR-ABL sonucu ile kronik faz KML olarak değerlendirildi. Sokal ve ELTS skorlamasında orta risk grubunda olan vakaya 400mg jenerik ilaç imatinib başlandı. 2. ay kontrolünde hematolojik yanıt sağlandı. Ancak grade-2 ishal nedeniyle jenerik üzerinden tedavi değişikliğine gidildi. Probiyotik ve magnezyum desteği ile şikayetler geriledi. 3. ay kontrolde ise makrositer anemi ve nötrofilik lökositoz tekrar baş gösterdi. Rt PCR'ın da ELN hedef seviyelerine ulaşmaması kronik faz kaybı? Kemik iliği aspirasyon biyopsisini tekrarlamamız gerektiğini düşündürdü. Karyogramda %93 oranında Ph pozitifliği izlendi.

Bu tetkiklerin sonuçlanmasını beklerken olgunun B semptom varlığı, ayakta akıntılı yara ve akut faz reaktan yüksekliğine yönelik yapılan tetkiklerinde batın ve toraks içinde yaygın efüzyon varlığı saptandı. Transuda mayi maligniteyi düşündürmedi. Romatolojik açıdan yapılan değerlendirmelerde anlamlı sonuç saptanmadı. 50 yaş sonrası kırık ve osteoporoz eğilimi nedeniyle kemik dansitometri kontrolü yapılan olgunun T skorunda gerileme olduğu görüldü.

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

22
24

EYLÜL
2023





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

Diyabetik ayak düşünülmedi, kısa süreli antibiyoterapi ve diüretik tedavi verildi. 2-3 kg kayırla hastanın durumu iyileşti. Akut tablo geriledi. Hemogram kontrolünün sağlanması ve organomegalinin gerilemesi nedeniyle mevcut tedaviye devam edildi.

Burada hastanın 6. ve 12. ay Rt-PCR seviyelerini görüyorsunuz. $<0,1$ olması gereken değerlerin halen $\%14$ olması tedavi üzerine düşündürdü. Kardiyak ve solunum sistemine yönelik değerlendirmeler 2. Dize tedavi seçenekleri açısından çok umut verici değildi. İlaç uyumu olan hastanın imatinib etkinliğini azaltacak bir ilaç etkileşimi yoktu. Bu nedenle biz dozu 600 mg/güne çıkararak tedaviye devam ettik.

21. ay değerlendirmesinde periferik kan rt pcr sonucu 2.1 geldi. Bu kontrolde mevcut KBY üzeri ABY nedeniyle glomerüler filtrasyon hızı gözden geçirildi. Ancak >65 olması nedeniyle doz değişikliğine ihtiyaç duyulmadı. Sonrasında sakral apse nedeni drenaj yapıldığı için de 1 aylık bir tedavi kopukluğu olduğu öğrenildi.

Bir sonraki kontrolde hematolojik yanıt korunsa da maalesef Rt-PCR değerinde yine bir dalgalanma saptandı. Doğruluğunu teyit ettikten sonra bakılan mutasyon analizi negatif sonuçlandı. 24. Ay kemik iliği aspirat-biyopsi benzer bulgular olarak raporlandı. Bu nedenle 2. Dize tedavi de pfs açısından olumlu etkileri olan Bosutinib başlanması uygun görüldü. GİS intoleransı nedeniyle düşük doz başlandı. Ancak düşük doz tedaviyi dahi düzenli alamadığı için olumlu bir yanıt alamadığımızı düşünerek tam doz bosutinib tedaviyi Lopermid takviyesi altında verdik Rt-PCR değeri $\%14$ den $3,8$ 'e kadar geriledi.

48. Ay hasta için yine bir tedavi değişikliği alarmı verdi. Rt-PCR düzeyi ile birlikte bu sefer hematolojik yanıtın da kaybolduğunu görüyorsunuz. Ancak orta şiddette renal yetmezlik ve kardiyak sorunlar tercih yelpazemizi biraz kısıtladı.

Vakaya dair sizlere yöneltmek istediğim 4 sorum olacak Sunumu sonlandırmadan önce ilk 2 sorumu sorarak kliniğimizin tercihini paylaşmak istiyorum ardından da izninizle kalan sorularımı ileteceğim.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. Her ne kadar 3. ve 6.ay da hedef değerleri elde edemesek de imatinib tedavi doz değişikliğini 12. aydan sonra uyguladık. Siz daha erken bir dönemi tercih eder miydiniz?
2. B) Doz değişikliği dışında tedavi değişikliği düşünür müydünüz?

Biz yakın kardiyak takip altında ASA 100mg eşliğinde Ponatinib 15 mg/gün olarak başladık. Tedavinin 7. gününde dispne ve belirgin Pro BNP artışı görüldü. Koroner anjiyografi bir önceki rapor ile benzer şekilde raporlandı. Bu süreçte ponatinib kullanmadığı öğrenildi. Yarılanma ömrü 22 saat olan ve ≥ 30 mg dozlar ile kararlı durum konsantrasyonuna ancak 7 günde erişebildiği bilinen bu ajanın anjina ilişkili olmadığı düşünüldü. 2 ay sonra ponatinib 15 mg /gün başladık. 1 aylık tedavi sonunda Rt-PCR düzeyinde gerileme izlendi. 9. ay sonunda ise 1,2 değerini gördük. Son 8 aydır hasta fark ücreti nedeniyle ilaç temin sorunu yaşıyor ve gınaşırı ponatinib 15 mg alıyor. Hematolojik yanıt korunmakta.

3. Ponatinib 9.ay sonunda majör moleküler yanıtın sağlanmadığı olguda sonraki adımınız ne olur?
4. Hematolojik yanıtın korunabildiği dalak boyutunun gerilediği görece daha masum imatinib 600mg tedavi devamı düşünülebilir miydi? düşünülebilir mi?

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkürler.

Kaynaklar

1. Baccarani M and et al., European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia: 2013. Blood. 2013 Aug 8;122(6):872-84. doi: 10.1182/blood-2013-05-501569. Epub 2013 Jun 26. PMID: 23803709; PMCID: PMC4915804.
2. Berman E and et al., Effect of long term imatinib on bone in adults with chronic myelogenous leukemia and gastrointestinal stromal tumors. Leuk Res. 2013 Jul;37(7):790-4. doi: 10.1016/j.leukres.2013.02.005. Epub 2013 Mar 6. PMID: 23473999.
3. BosuPeg TRIAL, NCMLSG study #NordCML012

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



22
24
EYLÜL
2023



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kısisellesmis ve Hedeflenmiş Tedavi

4. Cortes JE and et al., Ponatinib in refractory Philadelphia chromosome-positive leukemias. N Engl J Med. 2012 Nov 29;367(22):2075-88. doi: 10.1056/NEJMoa1205127. PMID: 23190221; PMCID: PMC3777383.
5. Cortes JE and et al., Matching-adjusted indirect comparison of bosutinib, dasatinib and nilotinib effect on survival and major cytogenetic response in treatment of second-line chronic phase chronic myeloid leukemia. Curr Med Res Opin. 2019 Sep;35(9):1615-1622. doi: 10.1080/03007995.2019.1605239. Epub 2019 May 15. PMID: 30964361.
6. Erçalışkan A and et al., Current evidence on the efficacy and safety of generic imatinib in CML and the impact of generics on health care costs. Blood Adv. 2021
7. Eskazan AE, Soysal T. Generic imatinib in the treatment of chronic myeloid leukemia: Cerrahpaşa experience. Journal of Oncology Pharmacy Practice. 2016
8. Hochhaus A, and et al., European LeukemiaNet 2020 recommendations for treating chronic myeloid leukemia. Leukemia. 2020 Apr;34(4):966-984. doi: 10.1038/s41375-020-0776-2. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32127639; PMCID: PMC7214240.
9. Lipton JH and et al., Long-term safety review of tyrosine kinase inhibitors in chronic myeloid leukemia. What to look for when treatment-free remission is not an option. Blood Rev. 2022 Nov;56:100968. doi: 10.1016/j.blre.2022.100968. Epub 2022 May 6. PMID: 35570071.
10. Mughal TI, Schrieber A. Principal long-term adverse effects of imatinib in patients with chronic myeloid leukemia in chronic phase. Biologics. 2010 Dec 2;4:315-23. doi: 10.2147/BTT.S5775. PMID: 21209726; PMCID: PMC3010822.
11. Pulte ED, Chen H, Price LSL, Gudi R, Li H, Okusanya OO, Ma L, Rodriguez L, Vallejo J, Norsworthy KJ, de Claro RA, Theoret MR, Pazdur R. FDA Approval Summary: Revised Indication and Dosing Regimen for Ponatinib Based on the Results of the OPTIC Trial. Oncologist. 2022 Mar 4;27(2):149-157. doi: 10.1093/oncolo/oyab040. PMID: 35641211; PMCID: PMC8895737.
12. Scalzulli E, Colafigli G, Latagliata R, Pepe S, Diverio D, Stocchi F, Di Prima A, Effice F, Martelli M, Foà R, Breccia M. Switch from branded to generic imatinib: impact on molecular responses and safety in chronic-phase chronic myeloid leukemia patients. Ann Hematol. 2020 Dec;99(12):2773-2777. doi: 10.1007/s00277-020-04096-1. Epub 2020 May 28. PMID: 32462330.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. İmatinib 400 mg tedavi değişikliğini daha erken düşünmeli miydik?
2. Bu aşamada siz hangi tedaviyi önerirdiniz?
3. Yüksek doz imatinib (600 mg)? İkinci kuşak TKİ?
4. Bosutinib tedavi yanıtı sonrası sizin tedavi öneriniz ne olurdu? Nilotinib /Dasatinib? Bosutinib +İnterferon? Ponatinib? Diğer?
5. Ponatinib 9. ay tedavi sonunda major moleküler yanıtın sağlanamadığı olguda sonraki adımınız ne olur?
6. Hematolojik yanıtın korunabildiği, dalak boyutunun gerilediği görece daha masum imatinib 600mg tedavi devamı düşünülebilir miydi? Düşünülebilir mi?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

GERİATRİK HEMATOLOJİDE TROMBOSİTOPENİ ve KANAMA DİYATEZİ YAKLAŞIM

Gülcan Kökçü
Ankara Tıp Fakültesi

Oturum Başkanları: Dr. Muzaffer DEMİR, Dr. Muhlis Cem AR

Tartışmacılar: Dr. Pervin TOPÇUOĞLU, Dr. Eren GÜNDÜZ, Dr. Nil GÜLER

GİRİŞ: İmmün trombositopeni (İTP), trombosit antijenlerine karşı gelişmiş antikorların neden olduğu kazanılmış bir trombositopenidir. Yıllık insidansı yaklaşık 1-6/100000, prevalansı 12/100000'dir. Primer İTP, trombositlere karşı antikorların sebep olduğu altta yatan herhangi bir durum saptanmayan kazanılmış immün trombositopenidir. Sekonder İTP; KLL, enfeksiyonlar, romatolojik hastalıklar, ilaç ya da aşı gibi altta yatan bir durumun olduğu antikor ilişkili trombositopenidir. Üç ay içerisinde tanı alanlarda yeni tanı, 3 aydan 12 aya kadar olanlarda persistan, 12 aydan sonra devam edenlerde kronik İTP terminolojileri kullanılmaktadır. Tanı anında hastaların yaklaşık 1/3-1/5'i asemptomatiktir. Kanama hastaların 2/3'ünde görülür ve genellikle peteşi, purpura ve mukozal kanamalar şeklindedir. Ciddi ve hayati tehdit eden kanama nadirdir. Periferik yayma, psödotroöbositopeni ayırımı için yapılmalıdır, yaymada trombositler normal ya da bazen iri görülebilir. Kemik iliği biyopsisi tanı için şart değildir ancak yapıldığında normal selülerite, normal eritrositer ve granülositer seri beklenmektedir. Megakaryositler normal ya da artmış olabilir.

OLGU: 66 yaşında erkek hasta, 11 yıl önce (2012) tarafımıza kolay morarma, diş etlerinde kanama şikayetleri ile başvurdu. 1 yıl önce de başka bir merkeze benzer şikayetler ile başvurmuş ve trombositlerinin düşük saptandığı söylenmiş. Özgeçmişte hipertansiyonu, umbilikal ve lumbal disk hernisi mevcuttu. Düzenli kullandığı ilaç yoktu. Fizik muayenesinde kollarda ve bacaklarda yaygın peteşi, purpura ve ekimoz mevcuttu. Bakılan kan tetkiklerinde wbc:11,6 x10⁹/L, nötrofil:7,8x10⁹/L, lenfosit:2,7x10⁹/L, hemoglobin:16,5 gr/dL, hematokrit: %47,8, MCV:94 fL, trombosit:3x10⁹/L, MPV:8,9 fL idi. Periferik yaymada bazı alanlarda ve tek tük trombosit mevcuttu. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları, LDH, bilirubinler, nutrisyonel parametreler, immünolojik-romatolojik markerlar ve hepatit ve HIV serolojileri negatifti. Batın USG'de dalak 11x6 cm idi ve tüm vücut tomografide herhangi bir patoloji yoktu. Kemik iliği aspirasyonunda selülerite %60 idi, megakaryositik seride artış mevcuttu.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Tüm bu veriler ile hastaya immün trombositopeni tanısı koyuldu. 1 mg/kg metil prednizolon ve yanıt alınmayınca IVIG ve eltrombopag tedavileri sırasıyla verildi. Bu tedaviler sonrası hastanın trombosit değerleri $4-6 \times 10^9/L$ civarında seyretmiş olup medikal tedavi yanıtsız olan hastaya splenektomi yapıldı, patolojisinde konjesyon bulguları dışında bulgu saptanmadı. Splenektomi sonrası trombosit değerleri normale çıksa da bir hafta sonra tekrar düştü. Hastaya 2012-2018 yılları arasında danazol, eltrombopag, azatiopürin, immünadsorbsiyon, vinkristin, siklosporin, ritüksimab tedavileri uygulandı. Kanama bulgularının yoğunlaştığı dönemlerde steroid ve IVIG tedavileri uygulandı ve birkaç gün süren kısa süreli trombosit değerleri $100 \times 10^9/L$ üzerine çıksa da hızla düştüğü gözlemlendi. 2018'de g-CSF ile mobilizasyon yapıp ardından 4 gün siklofosfamid 50 mg/kg/gün ile hazırlık rejimi verilerek otolog periferik kök hücre nakli yapıldı.

Trombosit +14.günde $21 \times 10^9/L$, +21.günde $106 \times 10^9/L$ oldu ancak +41.günde $10 \times 10^9/L$ 'e düştüğü saptandı. Takibinde semptomatik tedaviler ile izlendi. 2021 yılında faz 3, çok merkezli, randomize kontrollü, çift kör efgartigimod çalışmasına alındı. Önce çift kör olarak takip edilen hasta altı ayın sonunda yanıtsız olunca açık etiketli efgartigimod koluna alındı, üç ay sonunda yanıtsız olması nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Hastaya 65 yaşında 2022 yılında 9/10 HLA uyumlu akraba dışı, kan grubu uyumlu erkek vericiden fludarabin-siklofosfamid hazırlık rejimi uygulanarak allojenik periferik kök hücre nakli uygulandı. ATG, siklosporin ve metotrekstat ile immüsupresyon yapıldı. Hazırlık rejimine uygun olarak 1 ve 8.günde IVIG uygulandı. 20.gün trombosit engraftmanı oldu ancak 24.günde tekrar trombosit değerinin $6 \times 10^9/L$ olduğu görüldü. 28.günde bakılan kemik iliğinde selülerite %70 ve megakaryositlerin dağınık interstisyel yerleşimli olduğu görüldü, kimerizm T hücrelerde %46, ayrılmamış %49 saptandı. 60.gün periferik kandan bakılan kimerizm T hücrelerde %90, ayrılmamış %72 saptandı. 3.ayda bakılan kemik iliği aspirasyonunda megakaryositlerde oran artışı tesbit edildi. Hastanın trombositopenisinin devam etmesi nedeniyle 3.ayda eltrombopag başlandı. 6.ayda bakılan kimerizm T hücrelerde %94, ayrılmamış %83 görüldü. 7.ayda grade 2 alt ve üst gis graft versus host hastalığı gelişmiş olup steroid başlandı, bu esnada trombosit kısa süreliğine $100 \times 10^9/L$ üzerine çıktı, ardından 9.ayda tekrar IVIG verildi, takibinde hastanın trombosit 248 $\times 10^9/L$ 'e kadar yükseldi, hasta halen trombosit normal olarak izlenmektedir.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SONUÇ: İTP’de tedavi; trombosit sayısı, kanamanın ciddiyeti ve kolaylaştırıcı faktörün olup olmamasına göre şekillenmektedir. Trombosit transfüzyonu, kritik kanaması olan hastalarda en hızlı verilmesi gereken tedavidir. İTP’nin ilk sıra tedavisinde diğer kullanılacak ilaçlar glukokortikoidler ve IVIG’dir. Yanıtsız hastalarda trombopoetin reseptör agonisti olan eltrombopag öncelikle tercih edilmektedir. Siklosporin, azatiopürin, mikofenolat mofetil gibi immunsupresifler, ritüksimab gibi monoklonal antikorlar, danazol, immunadsorbsiyon gibi teröpatik aferez işlemleri yanıtsız hastalarda diğer tedavi seçenekleridir. Trombopoetin’in bir füzyon protein analogu olan romiplostim ve ikinci jenerasyon oral trombopoetin reseptör agonisti olan avaltrombopag, oral tirozin kinaz inhibitörü olan fostamatinib de dünyada kullanılabilmekte olup ülkemizde henüz rutin olarak erişilememektedir. Splenektomi hala seçilmiş dirençli vakalarda uygulanabilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Abrahamson, P.E., et al., The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. European journal of haematology, 2009. 83(2): p. 83-89.
2. DeSouza, S. and D. Angelini, Updated guidelines for immune thrombocytopenic purpura: Expanded management options. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2021. 88(12): p. 664-668.
3. Ghanima, W., B. Godeau, D.B. Cines, and J.B. Bussel, How I treat immune thrombocytopenia: the choice between splenectomy or a medical therapy as a second-line treatment. Blood, The Journal of the American Society of Hematology, 2012. 120(5): p. 960-969.
4. Markham, A., Avatrombopag: A Review in Thrombocytopenia. Drugs, 2021. 81(16): p. 1905-1913.
5. Neunert, C., et al., American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood advances, 2019. 3(23): p. 3829-3866.
6. Park, Y.H., et al., Management of immune thrombocytopenia: 2022 update of Korean experts recommendations. Blood research, 2022. 57(1): p. 20-28.
7. Provan, D. and J.W. Semple, Recent advances in the mechanisms and treatment of immune thrombocytopenia. EBioMedicine, 2022. 76.

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

22
24

EYLÜL
2023





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

8. Rodeghiero, F., et al., Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood, 2009. 113(11): p. 2386-93.
9. Terrell, D.R., et al., The incidence of immune thrombocytopenic purpura in children and adults: A critical review of published reports. Am J Hematol, 2010. 85(3): p. 174-80.
10. Terrell, D.R., et al., Prevalence of primary immune thrombocytopenia in Oklahoma. American journal of hematology, 2012. 87(9): p. 848-852.
11. Vaillant, A.J. and N. Gupta, ITP-immune thrombocytopenic purpura. StatPearls, 2023.

SORULAR:

1. 2012 yılında steroid, IVIG ve eltrombopag yanıtızsız hastada hangi tedaviler verilebilirdi?
2. Splenektomi hangi vakalarda düşünülmeli?
3. Splenektomi yanıtızsız hastalarda alternatif tedavi seçenekleri nelerdir?
4. OKIT kime? Ne zaman?
5. Klinik araştırma seçenekleri? Belirli merkezlerde? 65 yaş üstü hastalarda klinik araştırma?
6. AlloHSCT kime? Ne zaman?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER HODGKIN LENFOMADA NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Dr. Müzeyyen Aslaner AK

Bülent Ecevit Üniversitesi- Hematoloji Bilim Dalı

Oturum Başkanları: Dr. Şehmus ERTOP, Dr. Harika OKUTAN

Tartışmacılar: Dr. İsmet AYDOĞDU, Dr. Mehmet ŞENCAN, Dr. Gürhan KADIKÖYLÜ

Olgu: 72 yaş erkek hasta.

Hasta, 2015 yılında 63 yaşında iken kilo kaybı, gece terlemesi, sol koltuk altı bölgesinde ele gelen şişlik nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın anamnez sorgulamasında 2009 yılında 57 yaşında iken dış merkezde evre-3 Nodüler Sklerozan Hodgkin Lenfoma (HL) tanısı ile 6 kür ABVD (adriamisin, bleomisin, vinblastin, dakarbazin) almış olduğu önerildi. FM de sol aksiller bölgede 3x4cm palpabl LAP palpe edildi. Yeni oluşan sol aksiller LAP eksizyonel biyopsisi yapıldı.

Patoloji sonucu: **klasik hodgkin lenfoma nodüler sklerozan** tanısı ile uyumlu geldi. Hasta nüks kabul edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 115, Wbc 13000 /mm³ Hgb 9,4gr/dl, Plt 373000/ mm³, Ans 7300/mm³, Als 700/mm³, T.protein 7,7gr/dl, Alb 3,5gr/dl saptandı. PET-BT: Diyaframın her iki tarafında lenfadenopatiler mevcut olup iskelet sisteminde, dalak ve kemik iliği tutulum (+). Hasta Evre 4 B, IPS yüksek risk, Performans skoru iyi (CIRS-G skoru 5). Hastaya Hastaya 2 kür DHAP kemoterapi sonrası Kasım 2015 de otolog nakil yapıldı. Ocak 2016 da pet-ct: remisyonla uyumlu iken 2017,2018,2019 yıllarında pet-ct remisyonla uyumlu seyretti. 2020 yılındaki pet-ct: 2019 tarihli PET/BT ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde; Sağda daha belirgin olmak üzere her iki eksternal iliak alanlarda büyüğü 2,5 cm çapında belirginleşen yoğun hipermetabolizma gösteren nodüler görünümüne mevcuttur (SUVmax: 8.9) (lenf nodları?) (deauville 5).

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Hasta genel cerrahiye eksizyonel biyopsi açısından konsülte edildi. Haziran 2021 kontrol amaçlı gelen hastanın kaşıntı ve gece terlemesi şikayetleri (+). Haziran 2021 de Pet-CT:2020 tarihli PET/BT çalışması ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde; Sağ meme üst iç kadran düzeyinde cilt yüzeyine bitişik yaklaşık 1 cm çapında yeni gelişmiş malignite şüpheli orta düzeyde hipermetabolizma gösteren nodüler lezyon izlenmiştir. Batın- pelviste paraaortik, aortakaval ve her iki ana iliak alanlarda 1,5 cm çapında yoğun hipermetabolik primer hastalığın tutulumu ile uyumlu yeni gelişmiş lenf nodları görülmüştür (deauville skoru 4- 5). Yapılan eksizyonel LAP biyopsi inguinal bölge LAP eksizyonel biyopsi sonucu: Hodgkin lenfoma, nodüller sklerozan tip ile uyumlu geldi. Evre-4 B HL. Hastaya 2 kür Brentuximab (BV)+İCE tedavisi sonrası GCSF ile kök hücre mobilizasyonu yapıldı. Bir doz daha brentuximab+İCE tedavisi uygulandı. BEAM hazırlık rejimi ile periferik kaynaklı kök hücre ile otolog nakil yapıldı. Hastaya post-HSCT konsolidasyon olarak her 3 haftada bir 1,8 mg/kg 30 dakikada intravenöz infüzyon şeklinde tedavi planlandı. Otolog nakil öncesi BV uygulamaları dahil olmak üzere toplam 16 döngüye tamamlaması planlandı. Hasta halen 3 haftada bir 1.8mg/kg/gün BV almaktadır.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

Yeni tanı HL geriatrik hastada evrelemeye göre;

1. Tedavi seçenekleri
 2. Tedavi süresi
 3. Tedavi yanıt değerlendirme ile yönetim nasıl olmalıdır?
 4. Bleomisin içerikli rejimler kullanılmalı mı? Alternatif seçenekler ne olmalı?
 5. Relaps HL da tedavi seçeneklerimiz nelerdir?
 6. Erken ya da geç relaps tedavi kararımızı etkiler mi?
-
1. PET-CT'de En belirginleri sternum, T10 vertebra korpusu sol posterior, T12 vertebra korpusu, sol iliak kemik posterioru, sakrum, sağ iliak kemik inferoanteriorunda ve her iki femur proksimalinde olmak üzere iskelet sisteminde yeni gelişmiş yoğun FDG tutulumu gösteren (SUVmax: 13.9) primer hastalığın tutulumu ile uyumlu litik lezyonlar izlenmiştir → kemik iliği biyopsi yapmak gerekir mi?
 2. Daha önce OKIT olan patoloji raporu nüks ile uyumlu gelen 72 yaşındaki hastayı nasıl yönetelim?
 - ✓ Hangi kurtarma rejimini kullanalım?
 - ✓ 2. OKIT yapalım mı?
 - ✓ OKIT için hangi hazırlama rejimini kullanalım?
 1. Otolog nakil sonrası taburcu olan hastayı bundan sonra nasıl takip edelim?
 2. Pet-BT ne zaman çektirelim?
 3. Herşey yolunda giderse takip aralığı ne kadar olmalı (poliklinik kontrol süresi, Pet-BT isteme sıklığı...vb)
 4. Hastanın takiplerinde tekrar nüks olursa AlloHSCT düşünelim mi? Vericiyi kimlerden seçelim? Nasıl bir hazırlama rejimi ile nakil yapalım?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK MYELOPROLİFERATİF HASTALIKLARDA TEDAVİ

Dr. Zafer Serenli YEĞEN

Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Meliha NALÇACI, Dr. Birol GÜVENÇ

Tartışmacılar: Dr. Güray SAYDAM, Dr. Orhan AYYILDIZ, Dr. Burhan TURGUT

64 yaş kadın hasta 10.01.2018 tarihinde karın ağrısı ve karında şişlik şikâyeti ile hematoloji polikliniğine başvurdu. Hipertansiyon dışında komorbid hastalık öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde dalak kot altı 6 cm palpabl saptandı. Yapılan tetkiklerinde lökosit: 20,600 mm³ nötrofil: 17,900 mm³ hemoglobin :13,2 g/dl trombosit: 164.000 mm³ saptandı. Kreatinin 1,1 mg/dl olan hastanın ürik asit değeri 4,4 mg/dl LDH değeri 715 u/l tespit edildi. Yapılan periferik yaymasında özellik saptanmadı. Çekilen batın usg de dalak boyutu 245 mm ve karaciğer boyutu 60 mm saptandı. Mevcut bulgular ile yapılan kemik iliği biyopsi incelemesinde selülarite %90-95 olup granülopoetik ve megakaryositik seride hiperplazi ile birlikte eritroid seride hafif derecede azalma saptandı. Bulgular öncelikle prefibrotik primer miyelofibroz ile uyumlu olarak kabul edildi ve kemik iliğinden gönderilen jak-2 v 617 pozitif saptandı. Hasta jak-2 pozitif prefibrotik miyelofibroz olarak takibe alındı ve hidroksiüre başlandı. Ancak aralık 2018 – Şubat 2023 tarihleri arasında takipten çıkan hasta takibe Şubat 2023 tarihinde tekrar halsizlik, karında şişlik, kilo kaybı şikayetleri ile hematoloji polikliniğine tekrar başvurdu. Fizik muayenesinde masif splenomegali (dalak kotaltı 7-8 cm palpabl) ve hepatomegali (krc kotaltı 3-4 cm palpabl) tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde lökosit:24,180 mm³ nötrofil: 20,560 mm³ hemoglobin :14 g/dl Trombosit : 85.000 mm³ saptandı. Periferik yaymasında lökoeritroblastozis tablosu saptanan hastanın kontrol kemik iliği biyopsisinde selülarite %15 ve retiküln fibrozis saptanmış olup bulgular öncelikle Primer miyelofibrozis olarak değerlendirildi. Kemik iliğinden gönderilen tetkiklerinde JAK-2 V 617 F %93,5 pozitif saptandı. DIPPS plus skoruna göre Intermediate -2 kabul edilen hasta yüksek riskli primer miyelofibroz olarak kabul edildi ve transplant için uygun olmaması nedeniyle 30.03.23 tarihinde ruxsolitinib 10 mg günde 2 kez başlandı.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

12.05.23 tarihinde nefes darlığı, göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastanın Lökosit:12.000 hemogloblin: 5,9 trombosit:31.000 ve kreatinin:4,4 tespit edildi. Çekilen toraks BT sinde sağda kalınlığı 3 cm ve solda 3,5 cm'e ulaşan plevral koleksiyon ve bilateral alt lobda hava bronkogramı içeren konsolide değişiklikler saptandı. Yatışında rüksolitinib kesildi ve tedrici kreatinin yükselmesi nedeniyle hemodiyaliz uygulandı. 26.05.23 de taburcu edilen hastaya rüksolitinib 5 mg sabah akşam tekrar başlandı. Ancak 29.05.23 de hasta lökosit:46,980 hemogloblin:9,3 trombosit:36.000 ve kreatinin:9 LDH:1089 olarak tekrar acil servise başvurdu.

29.05.23 ve 20.06.23 tarihlerinde yatarak tedavi edilen hastanın tekrar ruxolitinib tedavisi kesildi ve hemodiyaliz ihtiyacı oldu.20.06.23 de taburcu edilen hastaya hidroksiüre 500 mg günde 1 ve danazol 200 mg sabah akşam başlandı. Ancak hasta 3. Kez 03.07.23 tarihinde acil servise karın ağrısı, halsizlik ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde Lök:16,000 hemogloblin:7,0 trombosit:8.000 kreatinin:4,6 ürik asit:10,6 LDH:365 tespit edildi. Yapılan kontrol kemik iliği biyopsisi Primer miyelofibroz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Belirgin sol alt kadranda ağrısı tarifleyen hastanın kontrol batın usg sinde dalak enfarktını düşündürür bulgu saptanmadı ve portal ven çapı 17 mm olarak ölçüldü.09.08.23 tarihinde hastaya splenik radyoterapi (RT) başlandı. Ancak 14.08.23 tarihinde septik şok nedeniyle hasta ex oldu.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. Klinik pratikte hastayı en çok rahatsız eden ve hekimin yönetmek zorunda olduğu en önemli MF komplikasyonu, dalak büyüklüğü iken günümüzde kullanılan skorlama sistemlerinde SPLENOMEGALİ yer almamaktadır.
Sizce bunun nedeni nedir?
DIPPS/DIPPS plus?
MIPPS70+v2.0?
GIPSS?
2. Semptomatik sitopenileri olan MF hastalarında ruxsolitinib kullanıyor musunuz? Bizzat Ruxsolitinib'in derinleştireceği "anemi, lökopeni, trombositopeni" ile nasıl mücadele edilebilir?
3. MF hastalarında düşünülebilecek ruxsolitinib kombine tedavilerinin 'kanıt düzeyleri' ve 'klinik pratikte kullanım olasılıkları' nedir?
Ruxsolitinib+danazol?
Ruxsolitinib+prednizon?
Ruxsolitinib+talidomid+danazol?
Ruxsolitinib+azasitidin?
Ruxsolitinib+hidroksiüre?
4. IFN/Klasik IFN/ peg-IFN alfa-2b ; tek başına veya Ruxolitinib ile kombine MF yönetiminde kullanılabilir mi?
5. Renal yetmezlik, karaciğer enzimlerinde bozulma, kemik iliği yetmezliğinde artış gibi yan etkilerle ruxolitinib kesilen hastada; ruxsolitinib kesilme sendromu beklenir mi?

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



22
24
EYLÜL
2023



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

6. MF de masif splenektomi yönetimi nasıl olabilir?
Splenektomi?
Dalak RT?
Dalak embolizasyonu?
7. NGS'de yüksek riskli mutasyon varlığı, MF yönetiminde (örneğin; allojenik nakil, kombine tedaviler, kemoterapi) karar verdirici olabilir mi?
8. MF hastalarında bizzat allojeneik nakil komplikasyonu olarak gelişen mortalite ve morbidite nasıl minimize edilebilir?
(Hasta seçimi, Donör seçimi, Kök hücre kaynağı, Hazırlama rejimi, Spesifik profilaksiler...)

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network*

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Dr. Turhan KÖKSAL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Oturum Başkanları: Dr. Önder ARSLAN, Dr. Mehmet TURGUT

Tartışmacılar: Dr. Mehmet SÖNMEZ, Dr. Vahap OKAN, Dr. Fahri ŞAHİN

OLGU SUNUMU:

Eylül 2014'te:

67 Yaş kadın, Servikal LAP ve Lenfositoz nedeni ile başvuran hastada KLL tanısı konularak tedavi endikasyonu olmayan hasta takip edilmiş.

Özgeçmiş: HT

Soygeçmiş: Özellik yok

FM: Bilateral servikal zincirde en büyüğü 18*11 mm multiple LAP, Hepatosplenomegali yok.

Laboratuar: Wbc: 21370/6820 / μ L , Hb:13,6 gr/dl, Plt:330,000, Demir:83, Demir bağlama kapasitesi:368, Beta2 mikroglobulin:2572, B 12 vitamini:394, Folik Asit:11,14, Ferritin:57, Sedim:33, CRP:3

Periferi yayma: %70 olgun lenfositler.

Kemik iliği Sitogenetik: p53 (%20) (+), 14q32(%17) (+)

Flow: CD5 ve CD19 (%25), CD22 (%64), CD 20 ve CD79a (%7), CD23 (%60) (+), CD10, CD25, CD103 ve FMC7 Negatif.

Kemik iliği biyopsisi: B hücreli indolent lenfoma

KLL Evre 2 kabul edilip takibe alınmış.

Mayıs 2016:

Yaygın LAP'larda progresyon, del p53 (+) ve semptomatik hastalık.

O dönem CIRS kriterleri tedavi endikasyonu mevcut.

Boyun CT (27.04.2016): bilateral infraklavikular ve ve supraklavikular, bilateral aksiller, bilateral anterior ve posterior servikal, en büyüğü 45*27mm multiple LAP.

Torax CT (27.04.3023): bilateral aksiller bölgede multiple en büyüğü 45*27 mm LAP, paraaortik, paratrakeal aortikopulmoner, bilateral hiler, subkarinal en büyüğü 24*14 mm LAP.

Abdomen BT (27.04.2016): Karaciğer TVU 177mm, Dalak 140mm, portal hilus çölyak turunkus çevresinde, paraaortik, parailiak, obturator-inguinal bölgelerde, mezenterde yaygın en büyüğü 51*34 mm multiple LAP.

27-28/05/2016: 1.FCR (Rituximab 600mg (375mg/m²) Siklofosfamid 400mg (250mg/m²), Fludarabin 40mg (25mg/m²).

30.05-01.06/2016: 2.FCR

27-28/06/2016: 3.FCR

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

3 Kür FCR tedavisi sonrası kontrol tomografi istenildi.

Boyun BT (15.08.2016):

27.03.2017 Rituksimab-Bendamustin (600 Mg-147 Mg)

24.04.2017 Rituksimab-Bendamustin

12.10.2017Rituksimab-Bendamustin

12.10.2017 Rituksimab

13.11.2017 Rituksimab

09.01.2018: İbrutinib 1*420 Mg 1 yıl süre ile Kullanımı mevcut, Ciltte Yara ve nekroz gelişen Hastada ibrutinib kesiliyor

06.01.2021: Rituksimab verilen hastaya venetoklaks başlanıyor. 2yıl süre ile kullanan hastada tam yanıt elde ediliyor. 6 Ay Takipsiz ve tedavisiz kalan hastaya 06.06.2023 tarihinde venetoklaks tedavisi başlanıyor.

Tarih:	Wbc:	Lenfosit:
25.03.2015	25,490/ μ L	16,330/ μ L (%64,1)
26.04.2016	76,980/ μ L	67,530/ μ L (%87,7)
22.03.2017	30,660/ μ L	22,580/ μ L (%73,7)
15.08.2018	4,430/ μ L	2,110/ μ L (%47,6)
23.01.2019	6,810/ μ L	3,050/ μ L (%51,4)
23.01.2020	6,790/ μ L	3.080/ μ L (%45,4)
05.01.2021	6,870/ μ L	2,110/ μ L (%29,1)
11.02.2022	8,560/ μ L	2,710/ μ L (%25,4)
28.02.2023	42,610/ μ L	36,390/ μ L (%85,4)

□

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24
EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. İlk sıra tedavide FCR yerine bendamustin verilebilir miydi?
2. İbrutinib kullanımında en sık tedavi sonlandırma nedenleri?
3. Venetoklaks tedavisi doz ve süre nasıl olmalı?
4. Hematolojik yan etkilerde doz azaltımında etkinlikte azalma olabilir

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER ALL TEDAVİSİ

Dr. Gülten KORKMAZ
Ankara Şehir Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Ali ÜNAL, Dr. Gülsüm ÖZET

Tartışmacılar: Dr. Oktay BİLGİR, Mustafa Nuri YENEREL, Dr. Ramazan ESEN

Giriş

Akut lenfoblastik löseminin (ALL) tahmini yıllık insidansı 100.000 1-5'tir, vakalarının üçte ikisinden fazlası B hücre fenotipindedir. B-ALL, esas olarak çocukların hastalığıdır ve vakaların dörtte üçü <6 yaş çocuklarda görülür, >60 yaşındaki erişkinlerde ikinci bir pik görülmektedir. (1,2) Philadelphia kromozomu (Ph) erişkin ALL hastalarının yaklaşık %25'inde görülen en sık sitogenetik anomalidir ve insidansı yaşla artmaktadır. (3,4) Tirozin kinaz inhibitörleri (TKİ) öncesi dönemde Ph+ALL'nin prognoz oldukça kötüydü ve alloHSCT yapılan hastalar dışında uzun süreli sağkalım söz konusu değildi. (5-8) Son 20 yılda TKİ'lerin kullanıma girmesiyle tam yanıt oranları, yanıt süresi ve derinliği ve sağkalım önemli ölçüde iyileşmiştir. Bununla birlikte, nüksler tedavi başarısızlığının ana nedeni olmaya devam etmektedir.

Olgu

65 yaşında, kadın, ev hanımı, bir aydır olan son hafta artan halsizlik yorgunluk, kol ve bacaklarda morarma şikayetiyle dahiliye hekimine başvurmuş WBC: 20.000 /mm³, Hb: 6.3 g/dl, Plt: 19 bin saptanmış ve hematolojiye yönlendirilmiş. 4 yıldır Diabetes Mellitus tanısı olan, 3 yıl önce koroner arter by-pass graft ve 5 yıl önce TAH-BSO operasyon öyküsü olan hasta. Metformin 2x1000 mg/gün, metoprolol 50 mg/gün, asetil salisilik asit 100 mg/gün kullanmaktaydı. Periferik yaymada %80 oranında dar sitoplazmalı, mononükleer blastik hücreler görüldü. Akut lösemi (ALL?) ön tanısı ile yatışı yapıldı. Yapılan kemik iliği aspirasyonunda (KİAS) diffüz dar, agranüler sitoplazmalı blastik hücre infiltrasyonu saptandı.

Akım sitometride: TDT (+), CD 38 (+), CD34 (+), CD 79a (+), CD20 (+), CD10 (+), HLA DR (+), CD 33 (+), CD 5 (+) Common B- ALL ile uyumlu, CD 5 ve 33 aberan ekspresyon olarak değerlendirildi. Kromozom analizi t(9;22)+ 46,XX (16 metafaz), ALL FISH panelinde 11q23 (MLL), t(4;11), t(11;19), t(12;21), t(1;19), t(8;14) negatif, t(9;22) pozitif olarak sonuçlandı. Bcr-abl PCR p 190 pozitif.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Kardiyak değerlendirmede EF %50, kapak patolojisi saptanmadı, PAB: normal, antrasiklin tedavisi verilecekse kardiyak açıdan dikkatli olunması, mümkünse ASA'nın devam edilmesi önerildi. ECOG performans skoru 0-1, Karnofsky: %80-90 olarak değerlendirildi.

Yüksek risk Ph (+) B-ALL tanısı ile CD 20 pozitif olan olgumuza R-Mini CVD (Rituksimab, Sikofosfamid, Deksametazon, Vincristine, Metotreksat, Cytarabin) tedavisi başlandı. Koroner by-pass grefti ve EF %50 olması nedeniyle antasiklin verilmedi ve standart hyper-CVAD tedavisine göre vinkristin hariç ilaç dozları azaltıldı. Onbeşinci günde bcr-abl PCR testi sonuçlandı p190 pozitif olarak raporlandı. Tedaviye imatinib 600 mg/gün eklendi ancak yoğun bulantı ve kusma nedeniyle tedaviyi tolere edemedi ve dasatinib tedavisine geçildi. Birinci kür 1. ayak sonrasında; Yapılan BOS incelemesinde, morfolojik, sitolojik ve akım sitometrik analizinde tutulum saptanmadı. Tedavinin 28. gününde yapılan kemik iliği değerlendirilmesinde morfolojik remisyonda olduğu, akım sitometrik MRD'nin 3/10.000 (%0,03) pozitif olduğu görüldü. Tedavi süresinde grade IV hematolojik toksisite, yoğun eritrosit ve trombosit transfüzyon ihtiyacı oldu ve büyüme faktörü desteği verildi. Toplam 4.kür R-mini CVD tedavisi aldı. İntratekal tedavileri tamamlandı. Tedavi sonu kontrol WBC 8500/mm³, neu 4000/mm³, hgb:13,5gr/dl, trombosit sayısı 145000/mm³ idi. KİAS ve biyopsisinde morfolojik remisyonda, normosellüler kemik iliği, kromozom analizi:46 XX (20), FISH: t(9;22) negatif, bcr-abl p190 PCR negatif saptandı. PCR takipleri periyodik olarak devam edildi. POMP (MTX/hf-6- MP/gün-vincristin-prednizolon/ay) idame tedavisi başlandı, dasatinib tedavisi devam edildi. Bir yıl süre ile POMP idame ve dasatinib tedavisini aldı. Pandemi döneminde 1 yıl takibe gelmeyen hasta son 6-7 aydır iyi olduğunu düşünerek dasatinib tedavisini kestiği öğrenilen hasta, bir aydır olan ve son hafta artan halsizlik ve yorgunluk şikayeti ile polikliniğe başvurdu. HGB:6 gr/dl ve periferik yaymada blast sapanan hastaya, yapılan KİAS ve biyopsisinde %40-50 blastik hücre infiltrasyonu olduğu görüldü. Akım sitometri tanı ile benzer özellikte idi. (TDT (+), CD 38 (+), CD34 (+), CD 79a (+), CD19 (+), CD20 (+), CD 22(+), CD10 (+), HLA DR (+), CD5 (+), Common B- ALL, CD 5 aberan ekspresyon olarak değerlendirildi). Kromozom analizinde t(9;22)+ 46,XX (20 metafaz), ALL FISH panelinde t(9,22): pozitif, diğerleri negatif saptandı. Bcr -abl PCR p190 pozitif saptandı. ABL1 mutasyon profilinde mutasyon saptanmadı.

İki yıl sonra son aylarda dasatinib tedavini kestiği öğrenilen relaps Ph(+) ALL olgumuzun, kardiyak değerlendirmede EF %45, ECOG performans skoru 2, 67 yaşında, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal, akım sitometride CD19, CD20 ve CD 22 pozitif olan olgumuz.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

SORULAR

1. Tedavi seçiminiz ne olur?
2. Seçimi etkileyen unsurlar nelerdir?
3. Tirozin kinaz inhibitör tedavi değişikliği düşünür müsünüz? Düşünürseniz seçiminiz
4. Tedavi yönetimi (kaç kür, ne kadar süre?)

Kaynaklar

1. Redaelli A, Laskin BL, Stephens JM, et al. A systematic literature review of the clinical and epidemiological burden of acute lymphoblastic leukaemia (ALL). Eur J Cancer Care (Engl) 2005; 14:53.
2. Dores GM, Devesa SS, Curtis RE, et al. Acute leukemia incidence and patient survival among children and adults in the United States, 2001-2007. Blood 2012; 119:34.
3. Iacobucci I, Kimura S, Mullighan C.G. Biologic and Therapeutic Implications of Genomic Alterations in Acute Lymphoblastic Leukemia. J. Clin. Med. 2021;10: 3792
4. Burmeister T., Schwartz S., Bartram C.R., Gökbuget N., Hoelzer D., Thiel E. GMALL study group Patients' Age and BCR-ABL Frequency in Adult B-Precursor ALL: A Retrospective Analysis from the GMALL Study Group. Blood. 2008;112: 918–919.
5. Thomas D.A., Faderl S., Cortes J., O'Brien S., Giles F.J., Kornblau S.M., Garcia-Manero G., Keating M.J., Andreeff M., Jeha S., et al. Treatment of Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphocytic Leukemia with Hyper-CVAD and Imatinib Mesylate. Blood. 2004;103: 4396–4407
6. Fielding A.K., Rowe J.M., Richards S.M., Buck G., Moorman A.V., Durrant I.J., Marks D.I., McMillan A.K., Litzow M.R., Lazarus H.M., et al. Prospective Outcome Data on 267 Unselected Adult Patients with Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia Confirms Superiority of Allogeneic Transplantation over Chemotherapy in the Pre-Imatinib Era: Results from the International ALL Trial MRC UKALLXII/ECOG2993. Blood. 2009;113: 4489–4496.
7. Annino L., Vegna M.L., Camera A., Specchia G., Visani G., Fioritoni G., Ferrara F., Peta A., Ciolli S., Deplano W., et al. Treatment of Adult Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL): Long-Term Follow-up of the GIMEMA ALL 0288 Randomized Study. Blood. 2002;99: 863–8719.
8. Thomas X., Boiron J.-M., Huguet F., Dombret H., Bradstock K., Vey N., Kovacsovics T., Delannoy A., Fegueux N., Fenaux P., et al. Outcome of Treatment in Adults with Acute Lymphoblastic Leukemia: Analysis of the LALA-94 Trial. J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol. 2004;22: 4075–4086.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK RELAPS REFRAKTER AML TEDAVİSİ

Dr. Ayşe Hilal EROĞLU KÜÇÜKDİLER

Aydın Devlet Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Bedii OMAV, Dr. Zahit BOLAMAN

Tartışmacılar: Dr. Mehmet Ali ÖZCAN, Dr. Yahya BÜYÜKAŞIK, Dr. Ozan SALİM

Giriş

Akut miyeloid lösemi (AML), ortanca yaşı 68 olan, yaşlı erişkinlerde görülen bir hastalıktır (1). Yaşlı hastaların tedavisi; hasta çeşitliliği, heterojen hastalık biyolojisi ve hızla gelişen tedavi ortamında hematologlar için bilinen bir zorluktur. Burada, yaşlı AML hastalarına yönelik bireyselleştirilmiş tedavi konusunda rehberlik sağlamak ve en son terapötik gelişmeleri gözden geçirip tartışmak için bu vakayı sunuyoruz.

VAKA: 2011'den beri Primer miyelofibrozis (Tip 1 majör CALR pozitif) tanısı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Hematoloji Kliniği'nde düzenli takipte olan hasta Ocak 2020'de halsizlik ve kemik ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın 10-15 metre yürüyemeyecek kadar halsizliği, istirahat dahil sürekli olan özellikle bacaklarda belirgin kemik ağrısı ve eşlik eden terleme şikâyeti mevcuttu. Özgeçmişinde PMF ek olarak tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, lokal cerrahi eksizyon ile remisyonda olan dudak ve cilt skuamoz hücreli karsinom tanısı mevcuttu. Ruksolitinib (2018), deferasiroks, losartan, insülin detemir ve insülin aspart tedavileri almaktaydı. Fizik muayenesinde ECOG performans skoru 3, konjunktivalar soluk, sternal hassasiyeti, tüm vücutta ekstremitelerde daha belirgin peteşi ve purpurası mevcut olup dalak kot altı 16cm palpabl saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 8.1 g/dL, MCV: 95 fL, Lökosit: 14.600/mm³, Nötrofil: 9780/mm³, Monosit: 1870/mm³, Trombosit: 18.000/mm³, LDH: 686 U/L, Ferritin:1498 ng/mL, Cre:0.91 mg/dL idi. Periferik yaymasında; eritrositler normokromik makrositer, gözyaşı hücreleri ve %1 polikromazik eritrositler, %5 miyelosit ve normoblast izlendi. Trombositler 2-3'lü kümeler halinde görüldü. %10 oranında çekirdek/stoplazma oranı artmış, stoplazmasında granül içermeyen, nükleolusu net seçilemeyen blastik karakterde hücreler izlendi. Hastaya PMF sonrası gelişen AML öntanısı ile yapılan kemik iliği aspirasyon ve imprint (KİAB) yaymasında; kemik iliği yaşa göre hipersellüler, %80'i çekirdek/stoplazma oranı artmış, stoplazmasında granül içermeyen, nükleolusu belirgin, büyük

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

22
24

EYLÜL
2023





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

blastik hücrelerden oluşmakta olup eritroid, miyelositer ve megakaryositer seri elemanları basılanmıştı.

Yeni nesil dizileme ile ASXL-1, NRAS, CALR VE PTEN mutasyonu saptanan hastaya endikasyon dışı onay alınarak rüksolutinib ile azasitidin tedavisi başlandı. 6 kür tedavi sonunda parsiyel remisyon elde edilen hastanın tedavisine devam edildi. Şubat 2021’de, 12 kür tedavi sonrası, sitopenilerde derinleşme olan ve periferik yaymasında %5 blastik hücre saptanan hastaya yapılan KİAB ‘de %30 blast saptanması üzerine relaps/refrakter AML tanısı ile erken erişim programıyla temin edilen düşük doz subkutan sitarabinle birlikte glasdegib tedavisi başlandı. 1 kür tedavi sonrası periferik kanda blast saptanmayan hastanın 3 kür sonrası yapılan KİAB’de %7 blast saptanarak tedavisine devam edildi. Aralık 2021’ de, tedavinin 8. ayında, halsizlik ve nefes darlığı şikayetiyle başvuran hastanın yapılan muayene ve tetkikleri sonrasında COVID-19 pnömonisi ve hastalık nüksü saptandı. COVID pnömonisi geriledikten sonra Ocak 2021’de hastaya 3. basamak tedavi olarak düşük doz subkutan sitarabin ile venetoklaks tedavisi başlandı. 1. kür tedavinin 14. gününde nötropenik ateş ile yatışı yapılan hasta ESBL negatif E. Coli sepsisi ve septik şok sebebiyle exitus oldu.

Tartışma

Yeni ilaçlar ve kombinasyon tedavileri, yaşlı AML hastalarına yönelik tedavi seçeneklerini artırmıştır ancak hastaya özel tedavilerin seçilmesi için geriatrik değerlendirmelerin yapılması ve hastalık biyolojisinin belirlenmesi esastır. İntensif tedaviye uygun olmayan hastalarda indüksiyon tedavisinde hipometile edici ajanlarla birlikte venetoklaks tedavisi günümüzde ilk seçenek olarak yer almaktadır (2). Relaps/refrakter olgularda ise hastaların mümkünse klinik çalışmalara alınması önerilmektedir. Klinik çalışmanın seçenek olmadığı durumlarda ise gilteritinib, sorafenib, enasidenib, ivosidenib, olutasidenib, gemtuzumab ozogamisın gibi hedefe yönelik ajanlar veya düşük doz sitarabin tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır. Ancak çoğu hasta için; çok yaşlı, kötü risk grubunda olan ve/veya erken nüks gösteren hastalar için tedavi esas olarak palyatiftir (3). Bu hastaların sonuçlarını iyileştirmek için yeni tedaviler ve kombinasyonlar araştırıldığı için tüm hastaların klinik araştırmalara katılımı teşvik edilmektedir.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**



SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

SONUÇ: AML'li yaşlı hastanın tedavisi, komorbid hastalıkların varlığı ve hastalık biyolojileri arasındaki heterojenite nedeniyle zordur. Yeni ilaçların kullanıma sunulması tedavi seçeneklerini artırmıştır. Yaşlı hastalarda özellikle yaş, performans durumu, komorbidite, bilişsel ve fiziksel işlevsellik, sosyal destek ve hastalık biyolojisi gibi faktörler farklı yanıt oranları ve yan etkilere sahip çeşitli tedavi seçenekleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Bu nedenle en uygun tedaviyi seçmek için bireyselleştirilmiş yaklaşım ve kişiye özel ilaçlara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Davidoff A, Ma X, Shallis RM, Wang R, Zeidan AM. Epidemiology of acute myeloid leukemia: recent progress and enduring challenges. Blood Rev. 2019;36:70–87
2. National Comprehensive Cancer Network. Acute Myeloid Leukemia Version 4.2023. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aml.pdf
3. de Leeuw DC, Janssen JJWM, Ossenkoppele GJ. Older patients with acute myeloid leukemia deserve individualized treatment. Curr Oncol Rep 2022;24:1387–400

SORULAR

1. Vakada 2. basamak tedavide desitabin + venetoklaks mı yoksa ara-C + venetoklaks mı tercih ederdiniz? Neden?
2. İlk basamakta HMA + venetoklaks verebilmiş olsaydık 2. ve 3. basamak tercihleriniz ne olurdu?
3. Kemoprofilaksi (bakteriyel, viral, fungal) planlar mıydınız? Hangi ilaçları ve dozda tercih ederdiniz?
4. Nüks hastada aktif COVID enfeksiyonu varlığında yeni basamak tedaviye başlamak için bekler misiniz? Ne kadar süre ile? Beklemeden başlamayı tercih edebileceğimiz ajan var mı?
5. Ruksolitinib (trombositopeniden dolayı kullanım zorluğu yaşanmasa) her basamak tedavide devam eder miydiniz?
6. İleri yaş hastada polifarmasi, fayda- yan etki düşünülerek deferasiroks tedavisine devam eder misiniz? Ne zaman başlamayı ve kesmeyi düşünelim?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

GERİATRİK MİYELODİSPLASTİK SENDROM TEDAVİSİ

Dr. Selin BERK

Acıbadem Maslak Hastanesi

Oturum Başkanları: Dr. Meliha NALÇACI, Dr. Hasan KAYA

Tartışmacılar: Dr. Mustafa ÇETİNER, Dr. Sinem CİVRİZ BOZDAĞ, Dr. Selami KOÇAK TOPRAK

Giriş ve Amaç: Ring sideroblastlar ile birlikte miyelodisplastik sendrom, çoklu seride displazi (MDS-RS-MLD) tanılı bir olguda inatçı anemi yönetiminin bir olgu örneği üzerinden tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta, Haziran 2021'de kliniğimize 6 aydır süren halsizlik, iştahsızlık, efor dispnesi ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde appendektomi öyküsü ve bilinen talasemi minör tanısı olup 2014 yılından beri anemik olduğu öğrenildi. Hastanın 2014 yılında yapılan kemik iliği biyopsisi normoselüler, her 3 seride hafif düzeyde dismorfik değişiklikler izlenen, blastik hücre artışı izlenmeyen, karyotiplemede 46 XY ile uyumlu, MDS paneli negatif kemik iliği olarak raporlanmış. MDS tanısı ekarte edilememiş. 2 yıl boyunca hasta tedavisiz izlemde tutulmuş olup Hgb 8.5-10 gr/dl aralığında ve hasta asemptomatik seyretmiş. Haziran 2016'da Hgb 8 gr/dl'nin altına inip hastanın semptomatik hale gelmesi (hafif egzersizle ileri derecede yorgunluk) üzerine öncelikle eritrosit süspansiyonu transfüzyonlarına başlanmış. Mayıs 2017 itibarı ile Darbopoetin 150 mcg 2 haftada bir başlanmış. Hastanın eritroid stimüle edici ajan tedavisine rağmen transfüzyon ihtiyacında azalma olmamış (Ocak 2017'de ayda 1 ünite ES, Haziran 2021 haftada 2 ünite ES). 2019 yılında tekrar edilen kemik iliği biyopsisinde ilk biyopsiye ek olarak dağınık ring sideroblastlar tespit edilmiş. Hastaya 10 ünite eritrosit süspansiyonu (ES) transfüzyonu sonrası sekonder hemokromatoz nedeni ile demir şelatörü tedavisi başlanmış. Hasta merkezimize Haziran 2021 tarihinde başvurduğunda ECOG performans skoru 1, ileri derecede soluk, taşikardik idi. Laboratuvar testleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, B12 ve folik asit düzeyleri normal idi. Hastanın kemik iliği biyopsisi tekrar edildiğinde her 3 seride displazik değişiklikler izlendi, immatür hücre artışı izlenmedi, ring sideroblastlar >%15 idi, ring sideroblastlar ile birlikte MDS, çoklu seride displazi tanısı konuldu. Karyotiplemede 46 XY, NGS ile SF3B1 ve BRAF mutasyonları pozitif saptandı. IPSS-R skoru düşük risk, IPSS-M skoru orta düşük risk olarak belirlendi.

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

**22
24**

**EYLÜL
2023**





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Darbopoetin dozu 150 mcg/hafta olarak arttırıldı, G-CSF başlandı, gereğinde transfüzyon uygulandı ve şelatör tedavisine devam edildi. Transfüzyon ihtiyacında azalma sağlanamayan hastaya Mart 2022'de insani erken erişim programı kapsamında Luspatersept tedavisi başlandı. Tedavi detayları Tablo 2'de gösterilmiştir. Aralık 2022'de kemik iliği biyopsisi yapıldı ve ring sideroblast oranı %40 olarak belirlendi, SF3B1 ve BRAF mutasyonlarının sebat ettiği görüldü. DSÖ 2022 sınıflamasına göre düşük blastlı MDS, SF3B1 mutasyonu ile/düşük blastlı MDS, RS olarak değerlendirildi. IPSS-R skoru halen düşük riski göstermekteydi. Luspatersept tedavisine yanıt alınmadığına karar verilen hastaya Ocak 2023'te Desitabin 20 mg/kg/gün D1-5 tedavisi başlandı. Tedavi sonrası transfüzyon ihtiyacında azalma gözlemlendi (ayda 1-2 ünite ES). 6. kür sonrası yapılan kemik iliği biyopsisinde RS %1-2, maddi nedenlerle genetik inceleme yapılamadı, ECOG:0, Hgb:9 gr/dl saptandı.

Tartışma: Bu olgu örneği ile ring sideroblastlar ile MDS tanılı hastalarda anemiye yaklaşım, eritroid stimüle edici ajanlara yanıt/yanıtsızlık, Luspatersept tedavisi deneyimi/dozu/yanıt/yanıtsızlık, mutasyonların rolü, hipometile edici ajan tedavisi yeri/dozu ve allojeneik kök hücre naklinin yeri tartışılmak istenmiştir.

Tablo 1. Başvuruda laboratuvar testleri

Test sonucu	Sonuç (Referans aralığı)
Lökosit	3900/mm ³ (4060-10600)
Nötrofil	1100/mm ³ (1900-7000)
Hemoglobin	9,7 gr/dl (13.5-16.2)
MCV	109 fl (81-94.6)
Trombosit	278000/mm ³ (150-439000)

Hibrit
Kongre

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>

22
24

EYLÜL
2023





SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network®

12. ULUSAL GERİATRİK HEMATOLOJİ KONGRESİ

Kişiselleşmiş ve Hedeflenmiş Tedavi

| Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Binası |

Tablo 2. Luspatersept tedavi şeması

Date	Dose of Luspatercept	ES transfusion	hemoglobin
22.03.2022	1 mg/kg	2 U	5.4 g/dL
27.03.2022	---	2 U	6.4 g/dL
20.04.2022	1 mg/kg	---	7.2 g/dL
06.05.2022	---	2 U	5.8 g/dL
10.05.2022	1.3 mg/kg	2 U	7.2 g/dL
24.05.2022	---	2 U	6.0 g/dL
30.05.2022	1.3 mg/kg	---	8.5 g/dL
10.06.2022	---	2 U	5.8 g/dL
21.06.2022	1.75 mg/kg	---	6.9 g/dL
01.07.2022	---	2 U	5.7 g/dL
14.07.2022	1.75 mg/kg	2 U	6.3 g/dL
26.07.2022	---	---	8.8 g/dL
04.08.2022	1.75 mg/kg	---	7.7 g/dL
22.08.2022	---	2 U	5.9 g/dL
26.08.2022	1.75 mg/kg	---	8.7 g/dL
05.09.2022	---	2 U	6.9 g/dL
16.09.2022	1.75 mg/kg	---	7.6 g/dL
10.10.2022	1.75 mg/kg	---	7.7 g/dL
27.10.2022	---	2 U	6.9 g/dL
31.10.2022	1.75 mg/kg	---	7.5 g/dL
10.11.2022	---	2 U	8.3 g/dL (palpitation)
21.11.2022	1.75 mg/kg	---	8.1 g/dL
03.12.2022	---	2 U	6.3 g/dL
10.01.2022	STOP treatment	2 U + BM biopsy	6.5 g/dL

SORULAR

1. Luspatersept yanıtızsızlık nedenleri?
2. BRAF mutasyonunun rolü?
3. BRAF inhibitörleri?
4. Diğer HMA (5-AZA) veya Lenalidomid?
5. Düşük risk MDS'de HMA dozu?
6. AlloHSCT?

**Hibrit
Kongre**

<http://www.geriatrikhematoloji2023.org/>



**22
24**

**EYLÜL
2023**