

Bölüm 45

TİMOMA VE TİMİK KARSİNOMDA SİSTEMİK TEDAVİLER

Ali OĞUL

GİRİŞ

Timik tümörler ön mediasteninin nadir görülen tümörleridir. Timomalar medias-tinal neoplazmların yaklaşık %20'sini oluşturur. Timomanın insidansı kadın er-kek arasında eşit olup ortalama 40-60 yaş civarında görülür (Safieddine & ark., 2014). Bilinen bir risk faktörü olmamasına rağmen mynastenia gravis ve diğer nörolojik sendromlarla güçlü bir birlikteliği vardır. Timoma ve timik karsinom geleneksel görüntüleme yöntemleri ile tesadüfen saptanabileceği gibi lokal torasik semptomlar ve paraneoplastik semptomlarla da ortaya çıkabilir. Timik karsinom-lar timomalardan daha agresif seyreder (Eng & ark., 2004). Tanı anında hastaların yaklaşık %7'sinin daha azında toraks dışı yayılım mevcuttur. Sıklıkla böbrek lenf nodu, karaciğer, böbrek üstü bezi ve kemiğe yayılım gösterir (Lewis & ark., 1987).

Ön medistende saptanan bir kitlenin timoma mı yoksa timik karsinom mu olduğu kesin tanısı için doku teşhisi gereklidir. Eğer rezektabl hastalık mevcutsa ilk tercih kitlenin total rezeksiyonu olmalıdır. Rezeksiyona uygun olmayan hasta-larda iğne biopsi veya açık biopsi ile doku teşhisi gerekebilir.

TEDAVİ YAKLAŞIMI

Her malign hastalık gibi timik malignitelere de hastalık evresi tedaviyi belirleyen asıl faktördür. Timik neoplazmların evrelemesinde TNM evreleme sisteminin dı-şında yapılan çalışmalarda genellikle tablo 1'deki Masaoka evreleme sistemi kulla-nılmıştır. Bu yüzden tedavi kararlarını destekleyen verilerde genellikle bu sistem kullanılır (Masaoka & ark., 1981).

ise tam yanıt vardı. Hastaların ikisinde miyokardit olmak üzere altısında ciddi immün ilişkili yan etki gelişti (Giaccone & ark., 2018).

KAYNAKLAR

1. Davenport E, Malthaner RA. The role of surgery in the management of thymoma: a systematic review. *Ann Thorac Surg* 2008; 86:673.
2. Eng TY, Fuller CD, Jagirdar J, et al. Thymic carcinoma: state of the art review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 59:654.
3. Falkson CB, Bezjak A, Darling G, et al. The management of thymoma: a systematic review and practice guideline. *J Thorac Oncol* 2009; 4:911.
4. Fornasiero A, Daniele O, Ghiotto C, et al. Chemotherapy for invasive thymoma. A 13-year experience. *Cancer* 1991; 68:30.
5. Giaccone G, Ardizzoni A, Kirkpatrick A, et al. Cisplatin and etoposide combination chemotherapy for locally advanced or metastatic thymoma. A phase II study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Cooperative Group. *J Clin Oncol* 1996; 14:814.
6. Giaccone G, Kim C, Thompson J, et al. Pembrolizumab in patients with thymic carcinoma: a single-arm, single-centre, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2018; 19:347.
7. Kim ES, Putnam JB, Komaki R, et al. Phase II study of a multidisciplinary approach with induction chemotherapy, followed by surgical resection, radiation therapy, and consolidation chemotherapy for unresectable malignant thymomas: final report. *Lung Cancer* 2004; 44:369.
8. Lemma GL, Lee JW, Aisner SC, et al. Phase II study of carboplatin and paclitaxel in advanced thymoma and thymic carcinoma. *J Clin Oncol* 2011; 29:2060.
9. Lewis JE, Wick MR, Scheithauer BW, et al. Thymoma. A clinicopathologic review. *Cancer* 1987; 60:2727.
10. Loehrer PJ Sr, Kim K, Aisner SC, et al. Cisplatin plus doxorubicin plus cyclophosphamide in metastatic or recurrent thymoma: final results of an intergroup trial. The Eastern Cooperative Oncology Group, Southwest Oncology Group, and Southeastern Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 1994; 12:1164.
11. Loehrer PJ Sr, Wang W, Johnson DH, et al. Octreotide alone or with prednisone in patients with advanced thymoma and thymic carcinoma: an Eastern Cooperative Oncology Group Phase II Trial. *J Clin Oncol* 2004; 22:293.
12. Masaoka A, Monden Y, Nakahara K, Tanioka T. Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. *Cancer* 1981; 48:2485.
13. Safieddine N, Liu G, Cuningham K, et al. Prognostic factors for cure, recurrence and long-term survival after surgical resection of thymoma. *J Thorac Oncol* 2014; 9:1018.