

Bölüm 8

EVRE 3 AKCİĞER KANSERLERİNDE İDAME TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Polat OLGUN¹

GİRİŞ

Akciğer kanserinde tanı anında lokal evrede hastalık yakalama oranı %16, lokal ileri evrede %22, metastatik evrede ise %57 olarak saptanmıştır (Rebecca L. & ark. 2017). 2014 yılı Türkiye birleşik taban verilerine göre ise lokalize hastalık oranı %18 ,lokal ileri evre hastalık oranı %29.2, metastatik evre hastalık oranı %52.7 olarak belirtilmiştir (Türkiye Birleşik tabanı 2014). Tümör, lokal ve bölgesel anatomik özellikleri bakımından heterojen bir hastalık grubudur. Evre III Küçük hücre Dışı Akciğer Kanseri'nde (KHDAK) 5 yıllık sağkalım oranı %12-36 olarak belirtilmiştir. Hastalığın tanı ve tedavisi Multimodal ve Multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirir.

Klinik evreleme göz önüne alındığında 5 yıllık sağkalım Evre 3A hastalarda %36, Evre3B hastalarda %26, Evre3C hastalarda %13 olarak saptanmıştır. Patolojik evreleme ile 5 yıllık sağ kalım oranları Evre3A hastalarda %41, Evre3B hastalarda %24, Evre3C hastalarda %12 olarak bulunmuştur. (Goldstraw P & ark. 2016)

Evre 3 KHDAK rezektable hastalar; T3 N1 ve bazı T4 N0-N1 olarak, potansiyel rezektable hastalar; T 1 -3 N2 (Nonbulky N2) olarak, unrezektable hastalar ise tüm N3'ler, T4 N0-N1'lerin çoğu (Bulky N2) olarak kabul edilmektedir .Hastalarda, hangi durumların rezektabl kabul edileceğini net olarak belirten, spesifik kılavuz önerilerimiz henüz mevcut değildir.

REZEKTABLE HASTAYA YAKLAŞIM

Evre III hastaların yaklaşık 1/3 'ü küratif tedavi seçenekleri açısından uygun saptanabilmektedir. Bir grup Evre III hastalıkta cerrahi yararlı olabilir ve bu hastalarda uzun dönem sağkalımlar ve klinik fayda elde edilebilmektedir. Evre IIIA içerisindeki T3 ve T4 N0-1 tümörlerin bazıları rezektabl olarak değerlendirilebilir. Hasta istemi, performans statüsü, komorbidite, pulmoner fonksiyonlar,

¹ Uzm Dr Polat Olgun, kurum, olgunpolat100@gmail.com

RTOG 9410 çalışmasında RT (60Gy) ile birlikte Vinblastine (5mg/m2 haftalık/5 hafta+cisplatin (100mg/m2 1 ve 29. Günlerde) sonrasında konsolidasyon KT devam edilmiş Ortalama sağkalım 17 ay saptanmıştır.

LAMP çalışmasında RT (63Gy) ile birlikte paklitaksel (45mg/m2 haftalık)+carboplatin(AUC=2 haftalık) sonrasında 2 kür paklitaksel (200mg/m2) +carboplatin (AUC=6) verilmiş. Ortalama sağkalım 16.3 ay saptanmıştır.

PROCLAİM çalışmasında RT (60-66Gy) ile birlikte 3kür pemetrexet (500mg/m2)+cisplatin (75mg/m2) sonrasında 4 kür pemetrexet konsolidasyon kemoterapisi verilmiş. Ortalama sağkalım 26.7 ay saptanmıştır.(Senan S & ark.2016)

CALGB 39801 çalışmasında indüksiyon paklitaksel (200mg/m2)+carboplatin(AUC6) sonrasında RT (66Gy) ile birlikte paklitaksel haftalık (45mg/m2) +carboplatin(AUC2) verilmiş. Ortalama sağkalım 12 ay saptanmıştır (Rosenzweig &ark. 2017).

PASIFIC çalışması Randomize Faz III 712 hastanın dahil edildiği Evre III A-B Unrezektabl KHDAK KRT Sonrası Durvalumab 10 mg/kg 14 günde bir 12 aya kadar uygulanmış.18. ayda yanıtı devam eden hasta gurubu %72.8 /%46.8 ,18 Aylık PFS 16.8 ay/5.6 ay, uzak metastaza kadar geçen süre 23.2 ay/14.6 ay Durvalumab lehine saptanmıştır.(Scott J & ark.2017)

SONUÇ

Evre III KHDAK heterojen bir hastalık grubudur. Multidisipliner ekip ve multimodal tedavi yaklaşımı gerektirmektedir. Cerrahiden fayda görecektir bir grup Evre III hasta çok iyi seçilmeli ve bireyselleştirilmiş multimodal tedavi seçenekleri açısından değerlendirilmelidir. A-Rezekte edilemeyen hastalık varlığında günümüzde KRT standart tedavi seçeneğidir. İmmünoterapi ile konsolidasyon tedavileri umut vaat etmektedir.

KAYNAKLAR

- Rebecca L&ark.(2017). Cancer Statistics, 2017.CA cancer J clinic; 67:7-30. doi: 10.3322. Türkiye Birleşik tabanı 2014
- Goldstraw P &ark(2016). The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer.J Thorac Oncol; 11:39-51. doi: 10.1016
- The diagnosis and treatment of lung cancer (update)Nice Guideline 2011
- MacManus &ark(2001). High rate of detection of unsuspected distant metastases by pet in apparent stage III non-small-cell lung cancer: implications for radical radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001; 50 :287-93.
- Weder &ark(2010). Pneumonectomy is a valuable treatment option after neoadjuvant therapy for stage III non-small-cell lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg ;139 :1424-30. doi: 10.1016

- Lee &ark(2015). The BIM Deletion Polymorphism and its Clinical Implication in Patients with EGFR-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer Treated with EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors. *J Thorac Oncol*;10 :903-9. doi: 10.109
- Hochstenbag &ark(2003). MR-imaging of the brain of neurologic asymptomatic patients with large cell or adenocarcinoma of the lung. Does it influence prognosis and treatment? *Lung Cancer* ;42(2):189-93.
- Detterbeck &ark(2010). Classification of the thoroughness of mediastinal staging of lung cancer. *Chest* ;137(2):436-42. doi: 10.1378
- Doddoli &ark.(2005). Lung cancer invading the chest wall: a plea for en-bloc resection but the need for new treatment strategies. *Ann Thorac Surg* ; 80:2032-40.
- Cerfolio &ark(2008). Survival of patients with unsuspected N2 (stage IIIA) nonsmall-cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* ;86:362-6. doi: 10.1016
- Albain &ark(2009), Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial. *Lancet* ;374:379-86. doi: 10.1016
- Van Meerbeeck &ark(2007). Randomized controlled trial of resection versus radiotherapy after induction chemotherapy in stage IIIA-N2 non-small-cell lung cancer. *J Natl Cancer Inst*; 99:442-50.
- Shah AA &ark (2012). Induction chemoradiation is not superior to induction chemotherapy alone in stage IIIA lung cancer. *Ann Thorac Surg*; 93:1807-12. doi: 10.1016
- Thomas M &ark(2008). Effect of preoperative chemoradiation in addition to preoperative chemotherapy: a randomised trial in stage III non-small-cell lung cancer. *Lancet Oncol* ; 9:636-48. doi: 10.1016
- Lardinois &ark(2003). Postinduction video-mediastinoscopy is as accurate and safe as video-mediastinoscopy in patients without pretreatment for potentially operable non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* ;75:1102-6.
- Auperin A. &ark(2010). Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* ;28 :2181-90. doi: 10.1200
- O'Rourke N &ark(2010)Concurrent chemoradiotherapy in non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 16:CD002140. doi: 10.1002
- Everett E &ark(2007). Induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy compared with chemoradiotherapy alone for regionally advanced unresectable stage III Non-small-cell lung cancer: Cancer and Leukemia Group B. *J Clin Oncol* ;25 :1698-704.
- Tsujino &ark(2013). Is consolidation chemotherapy after concurrent chemo-radiotherapy beneficial for patients with locally advanced non-small-cell lung cancer? A pooled analysis of the literature. *J Thorac Oncol* ;8:1181-9. doi: 10.1097
- Senan S(2016). Treatment of Stage IIIA Non-Small-Cell Lung Cancer: Charting the Next Steps. *J Oncol Pract* ;12:609-10. doi: 10.1200
- Antonia &ark(2017) Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *Nengl Med* ;377:1919-1929. doi: 10.1056