



ISSN 2547-9946

İYİLİK SAĞLIK

Lösemisin dedi
ama doktorum
bana tedavi
vermiyor,

Asla
vazgeçmedim...

LLMBJR,
Dünya KML
Hastaları
Toplantısı
Çin
Frankfurt'ta

Lösemide
Hedefler
teker teker
vuruluyor



Lösemili
Lenfomalı
Miyelomlu
Hastalar
Çocuk Sahibi
olabilir mi?

2017

TEMMUZAĞUSTOSEYLÜL

Üç ayda bir yayımlanır.

İÇİNDEKİLER

- 1 Editörden**
Prof. Dr. Muhit ÖZCAN
- 2 Lösemisin dedi ama doktorum bana tedavi vermiyor;
buna da "bekleyip görelim" diyor!**
- 3 Asla
Vazgeçmedim...**
- 4 Lösemi'de Hedefler
Teker Teker Vuruluyor**
- 5 LLMBİR, Dünya KML Hastaları
Toplantısı için Frankfurt'ta**
- 6 Lösemili Lenfomalı Miyelomlu Hastalar
Çocuk Sahibi Olabilir mi?**

Teşekkür: Bültenimize dilbilgisi açısından vermiş olduğu katkıdan dolayı Türkçe Öğretmeni Sayın Füsun Dursun'a teşekkür ederiz.

Lösemi Lenfoma Miyelom Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği Adına Sahibi

Dr. Muhit ÖZCAN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Selami Koçak TOPRAK

Editör

Dr. Muhit ÖZCAN

Editör Yardımcıları

Dr. Sinem CİVRİZ BOZDAĞ (Koordinatör)

Dr. Meltem KURT YÜKSEL

Dr. Pervin TOPÇUOĞLU

Dr. Selami Koçak TOPRAK

İletişim

Lösemi Lenfoma Miyelom Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği (LLMBİR)

Hoşdere Caddesi No: 198/5

Yukarıyancı, Çankaya/ANKARA

Telefon : 0530 156 87 68

E-posta : editor@llmdergi.org

Web : www.losemilenfomamiyelom.org



Lösemi Lenfoma Miyelom Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği (LLMBİR)

YÖNETİM KURULU

Başkan

Dr. Muhit ÖZCAN

İkinci Başkan

Harun AKIN

Genel Sekreter

Dr. Selami Koçak TOPRAK

Sayman

Selma ULUSOY

Üyeler

Ertuğrul AKÇAOĞLU

Gürol DEMİR

Necdet KARADOĞAN

bilimsel tıp
yayınevi
www.bilimseltipyayinevi.com

Yayıncı

Osman ÇEVİK

Genel Koordinatör

Ecz. İbrahim ÇEVİK

Genel Koordinatör Yardımcısı

Özlem ÖZTÜRK

Yayın Koordinatörü

Buket ERARSLAN

Redaksiyon

Gülten AYDINOL

Grafik - Tasarım

Özlem ESEN

İletişim

Bükreş Sokak No: 3/20 Kavaklıdere-Ankara

Telefon : +90 312 426 47 47 • 466 23 11

Faks : +90 312 426 93 93

E-posta : bilimsel@bilimseltipyayinevi.com

Web : www.bilimseltipyayinevi.com



Prof. Dr. Muhit ÖZCAN

EDITÖRDEN

KAN KANSERLERİNDE AKILLI İLAÇ VEYA HEDEFE YÖNELİK TEDAVİ NE DEMEKTİR?

Gerçekten akıllı ilaçlar diye bir kavram var mıdır?

Hayır, bu kavram gerçeği tam olarak anlatmıyor. Akıllı arabalar ve bilgisayarlar ne kadar gerçek ise bu da o kadar gerçek. Lösemi ve diğer kan kanserlerinin tedavisinde kullanılan klasik tedavi ilaçları (yaygın adıyla kemoterapi) iyi ve kötü hücreleri ayırmaksızın hepsine saldırdıkları için, genellikle kötü hücreleri hedef alan bu yeni ilaçlar akıllı ilaçlar olarak adlandırılmakta. Oysa sanılanın aksine bu ilaçlar aynı zamanda başka hücrelere de zarar vermekteler.

Bu ilaçlar hedeflerini nasıl bulurlar?

Bu ilaçlara akıllı ilaç yerine hedefe yönelik ilaç ve tedaviye de hedefe yönelik tedavi demek daha uygun. Bu ilaçlar bir bilgiyi kullanarak hedef seçmiyorlar; önceden bilinen bir hedefe ulaşıp ona bağlanacak şekilde üretiliyorlar. Vücuda girince de o hedefe gidiyorlar ve onun işlevini durduruyorlar.

Hedefe yönelik ilacın hedefi nasıl belirleniyor?

En önemli nokta bu. Bu ilk olarak lenfomada lenfoma hücrelerinin üzerindeki (yüzeyinde) bir takım bölgelerin tanımlanmasıyla başladı. Ayın üzerindeki kraterler gibi lenfoma hücrelerinin üzerinde de bazı bölgeler var. Bunlar CD harfleriyle tanımlı ve ardından bir numara geliyor. Örneğin; CD19, CD20, CD22 ve CD79 gibi. Bu bölgelere karşı vücut dışında antikor üretiliyor ve bu ürün (adı rituksimab) lenfomalı hastaya verince gidip CD20 bölgesine bağlanıyor. Bu bağlanma sonrası lenfoma hücreleri yavaş yavaş yaşamını yitiriyor (belki insana saldıran kene örneği verilebilir). İşte bu ilaç hedefe yönelik ilk ilaçlardan biri olarak kullanımda ve tedavi başarısını önemli ölçüde yükseltti.

Ardından kronik miyelositer lösemi (KML) hastalığında, KML hücresinde yaklaşık 60 yıl önce saptanmış olan bir kromozom/gen bozukluğu hedef tahtasına konuldu. Filadelfiya kromozomu (Philadelphia = Ph kromozomu) denilen bu kromozom değişikliği (translokasyon) sonucu ortaya hücreye ölümsüzlük enerjisi veren bir ürün oluşmaktaydı. Bcr-abl denilen bu son ürün iyice tanımlandıktan sonra sıra buna karşı ilaç bulmaya gelmişti. Uzun çalışmalar semeresini 1998 yılında verdi ve bcr-abl'yi durduran ilaç(lar) üretildi (imatinib; sonra nilotinib, dasatinib, bosutinib, ponatinib). Ağız yolundan alınan bu ilaçlar başarıyı %10'lardan %80'lere çıkarttı. Bu tedavi minik bir devrim yapmıştı.

Bugünlerde her kanserli hücrenin destekçileri (onlara yaşam enerjisi veren, ab-ı hayat suyu sağlayan) genişçe araştırılıyor. Hücrenin içinde veya dışında bu destekçiler bulunup onları durduracak çeşitli ilaçlar geliştirilmekte. Bu sayıda ileri sayfalarda çeşitli yeni ilaç haberlerini bulacaksınız.

Kemoterapisiz tedavi mümkün olacak mı?

Bir başka yanlış anlama da burada var. Ağızdan aldığınız her ilaç aslında kemoterapidir; yani kimyasal maddelerle tedavidir. İdrar yolu iltihabı için kullanılan antibiyotikler de kimyasal maddelerdir ve dolayısıyla bir çeşit kemoterapidir. Ancak genelde kemoterapi denince anlaşılın, kanserlerin tedavisinde yaklaşık yarım asırdan fazla süredir kullanılan, saç dökülmesinden bulantı kusmaya kadar bir dolu yan etkiye yol açan ilaç tedavisidir. Akıllı ilaçlar veya hedefe yönelik ilaçlar da sonuçta kimyasal ve biyolojik ürünlerdir.

Hedefe yönelik ilaçların yan etkisi yok mu?

Olmaz mı! Aslında kemoterapisiz tedaviden beklenti yan etkisiz tedavi olması; ama maalesef bu mümkün değil. Bu yeni ilaçların da kendine özgü bazıları çok can sıkıcı ve hatta ilacın kesilmesini gerektirecek düzeyde çok çeşitli yan etkileri olmaktadır. Üstelik henüz bunların 20 yıl gibi uzun sürelerde nelere yol açacağını bilmiyoruz.

Her hastaya hedefe yönelik ilaç kullanılır mı?

Bu ilaçlar genellikle ilk olarak standart tedavi seçeneklerinin kullanılıp netice alınmadığı hastalarda araştırılır. Dolayısıyla da öncelikle bu hasta gruplarında kullanılır. Dolayısıyla her yeni ilacın yeni tanı almış hastalarda hemen kullanımı söz konusu değildir. Bu konularda her ülkenin sağlık otoriteleri (bizim ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı ve SGK) bir takım düzenlemeler yapar: hekimler de bu düzenlemelere uymak zorundadır.

Bu ilaçların maliyeti nasıldır?

En korkunç durum burada. Bunlar çok yüksek maliyetlerle satışa sunulmakta. Maalesef uzun araştırma ve geliştirme yatırımlarına ihtiyaç duyulması bunun temel sebebi. Ağız yolundan alınan ilaçların aylık masrafları birkaç bin TL'den başlıyor, yılda birkaç yüz bin TL'yi buluyor. Bu durum da gözönünde bulundurulduğunda bu ilaçların doğru hastaya doğru zamanda kullanılması çok ama çok büyük önem taşıyor.

LÖSEMİSİN DEDİ AMA DOKTORUM BANA TEDAVİ VERMİYOR; buna da “bekleyip görelim” diyor!

Çoğumuz lösemi, lenfoma ve miyelom denilen kan kanserlerinin tedavisinde çeşitli ilaçların, kök hücre tedavilerinin ve/veya ışın tedavisinin kullanıldığını biliyoruz. Peki, acaba hiç bir tedavi kullanmadan sadece düzenli kontroller yapılarak izlenen hastalar da olabilir mi: bekle gör yaklaşımı?

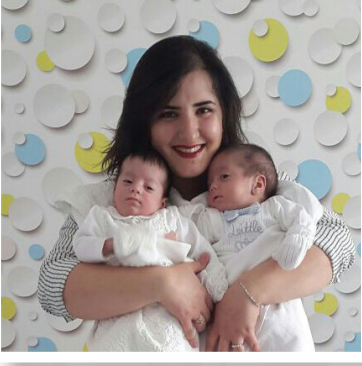
Evet, lösemi, lenfoma ve miyelom hastalarının bazılarında hastaya tedavi (ilaç) vermek yerine sadece düzenli aralıklarla izlemenin hiç bir zararı olmadığını biliyoruz. Bu durumda hastalığın tedavisiz kalması hiçbir sakınca yaratmadığı gibi, hasta hem ilaçlardan hem de sık sık hastaneye gidip gelmekten uzak kalmakta; böylece yaşam kalitesi mükemmel olarak sürmektedir. Bu durumda hastanın kafasına ister istemez “Kansersem neden bundan kurtulmak varken bekleniyor? Ya sonra çok geç olursa?” veya “Aslında durumum çok kötü bana ilaç bile vermeden eve gönderiyorlar” gibi sorular gelir. Hatta hasta hekimini sorgular ve “Acaba bir yanlış mı yapıyor?” diye düşünebilir. Oysa tüm hekimler hekim olduklarında bir yeminle kendilerini bağlarlar ve bu yemin sırasındaki en önemli sözlerden biri “asla hastama zarar vermeyeceğim”dir. Gene de bu durumda bir başka hekimden ikinci görüş almak hastanın rahatlaması açısından uygun olabilir.

Peki, hangi hematolojik malignitelerde tedavisiz izlem mümkün olabilir? Bir grup hasta aylarca ve bazen yıllarca ilaçsız/tedavisiz sağlıklarında bozulma olmaksızın yaşamlarını mükemmel şekilde sürdürebilmekte.

Lenfoma hastalarının %30’unda tedavisiz izlem söz konusu olabilir. Hekim bunu kararlaştırırken patoloji raporunda yazanlara, muayenede elde ettiği bulgulara, tomografi ve gerekirse kemik iliği biyopsi sonuçlarına bakar. Tedavisiz izlem gerektiren lenfomalar genelde yavaş seyirli olanlardır (örn. bazı folliküler lenfomalar, marjinal zon lenfomalar). Bunlar uzun süre ilerlemeden sessiz kalabilmekte; hatta bazen kendiliğinden bir miktar küçülebilmektedirler. Hastanın yaşam kalitesini bozmadıkça ve bir yakınmaya yol açmadıkça tedavisiz gidebilirler. Bu yaklaşım lenfomalar dışında en çok kronik lenfositik lösemi ve erken evre multipl miyelom olarak adlandırılan plazma hücre hastalıklarında uygulanabilmekte.

Tedavisiz izlenen hastalıklar bazen aylar bazen de yıllar içinde ilerleme gösterebilir. Bu noktada önemli olan düzenli doktor kontrollerinin aksatılmaması ve doktorun önerilerine tam olarak uyulmasıdır.





ASLA VAZGEÇMEDİM...

Geriye dönüp baktığımda ne kadar uzun ve zor bir yol katettiğimi görüp, "aferin sana" derken yakalıyorum kendimi. Zor, sıkıntılı ama umutla dopdolu geçmiş günler. Eski bir "KML"liyim. Şu an 31 yaşında olan; KML ile 23'ünde tanışan ve hiç pes etmeyenlerdenim. Yirmi üç yaşında yaşamaya başladığım bu kötü tecrübe 26 yaşında kök hücre nakli ile noktalandı. Aradaki üç yılda neler yaşandığının bu durumu yaşayan hemen herkesin malumu olduğunu düşünüyorum. Çeşitli sebeplerle sıkça hastanede geçirilen günler, poşetler dolusu ilaçlar... Hayat kalitemi yerlere seren günlerdi. Üniversiteden yeni mezun olmuştum. Öğretmen olacağım günleri hayal ediyordum. Hem KPSS sınavına hazırlanıyor hem de çalışıyordum. Birkaç küçük şikayetle yaptırdığım tetkikler sonucu KML tanısı aldım. Hem dershaneyi hem de işi bırakmak zorunda kaldım. Bir süre evden çıkmadım. Büyük hayal kırıklığı yaşıyordum. Sağlık problemleri, gelecek kaygısı... Her şeyimi kaybetmiş gibi hissediyordum. Birkaç ay böyle geçti. Sonra bir gün kaybettiğim her şeyi geri almak istediğime karar verdim. Kendime iki öğüt vermekle başladım işe.

Birinci öğüdüm; Değiştiremeyeceğin şeyler için üzülme! Sonuçta hasta olmak benim tercihim değildi ve bu benim değiştirebileceğim bir şey değildi. O halde üzülmecektim.

İkinci öğüdüm ise; Bu duruma olabilecek en az tavizi vermektir. KML kendi isteği ile hayatıma girmişti. O zaman ben ona değil o bana uyacaktı. Öyle de oldu. İşe geri döndüm. Yarım gün çalışıyordum ama yine de bu iyi bir başlangıçtı. Aynı zamanda sınava evde çalışarak hazırlanmaya devam ettim. Sınava girdim, kazandım ve atandım. Artık öğretmendirim. Uygun koşulları oluşturup

başka bir şehire giderek mesleğimi icra etmeye başladım. Tabii davetsiz misafirim sorunlar yaratmaya devam ediyordu. Nihayetinde nakil kararı almak zorunda kaldık. O başlı başına zor bir süreci ama altından kalkamayacağımı asla düşünmedim. İyi bir psikoloji ve moralle bu süreci de başarıyla atlattık. Nakil süreci ve sonrasında bir yıl istirahatten sonra hayatıma kaldığım yerden devam ettim. "Normal insanlar" gibi. Bu aşamada hayatıma yaydığım ve alışkanlık haline getirdiğim birkaç güzellik daha var. Şöyle ki; makul ölçülerde istediğim her şeyi yapıyorum. Gezmek, farklı hobiler ve etkinlikler gibi. Bir de canımı kimsenin sıkmasına izin vermiyorum. En kıymetli ve önemli benim. Bunun dışındaki herkes ve her şey ikinci sırada. Kendimi normal insan moduna aldıktan iki ay sonra ruh eşimi buldum. Geçirdiğim süreci asla bir kusur ya da eksiklik olarak görmeyen biriyle tanıştım, zira aksini düşünen biri yanıma bile yaklaşamazdı.

Ve evlendik. Evliliğimizin üçüncü yılını yaşıyoruz. Allah nasip etti, bu birlikteliği 2 küçük mucizeyle de taçlandırdık. Evet anne oldum. İki kızime sahibim. Hayatın anlamını eksik biliyordum, onlarla tamamlandı. Bu eşsiz duyguyu tattığım için yaşadığım her şeye rağmen çok şanslı olduğumu düşünüyorum.

Hayatta hem olumsuzluklar hem de güzellikler var. Ne kadar olumsuzluk yaşarsak yaşayalım umutlu olmayı, kendine acımayı bir kenara bırakıp dik durmayı ve güçlü olmayı ve de güzellikleri görerek yaşamımıza yaymayı başarmalıyız.

Kendinize inanın, sevin ve sağlıklı kalın...

Betül AKBAU ÖZGEN

LÖSEMI'DE

HEDEFLER TEKER TEKER VURULUYOR

Lösemi, lenfoma ve miyelomun her geçen gün arttığı bir gerçek. Ancak, ümitsizliğe yer yok; her gün yeni geliştirilen tedavi seçenekleri de umut vermeye devam ediyor. Amerika Birleşik Devletleri'nin ilaçlar konusunda en yetkili kurumu olan "Gıda ve İlaç Yönetimi = Food and Drug Administration (FDA)" kanser alanında yeni çok sayıda ilaca onay veriyor.

Bu onay alan ilaçların arasında yeni kemoterapi ilaçlarının yanında artık daha çok hedefe yönelik tedaviler veya bağışıklık sisteminin tümörü yok etmesine yardımcı olan ilaçları görmekteyiz.

2016-2017 yıllarında hematoloji alanında onay alan ilaçlara göz gezdirecek olursak;

2016 yılının başında ofatumumab hastalığı iki sıra tedavi ile kontrol altına alınamayan kronik lenfositik lösemi (KLL) hastaları için onaylandı. Hemen arkasından yine benzer bir etki mekanizmasına sahip olan ve daha önce KLL hastalarında onay almış obinutuzumab isimli ilaç bu seferde dirençli folliküler lenfoma (Hodgkin dışı lenfoma) hastalığının tedavisinde yer buldu. Yine, bazı spesifik genetik bozuklukların bulunduğu (17p delesyonu) KLL hastaları için venetoclax isimli ilaca onay verildi. 2016 yılının sonlarına gelindiğinde ise tedaviye dirençli Hodgkin lenfoma hastalarına umut ışığı yakan ve hastanın bağışıklık sisteminin tümörü yok etmesini sağlayan nivolumaba onay verildiğini görüyoruz.

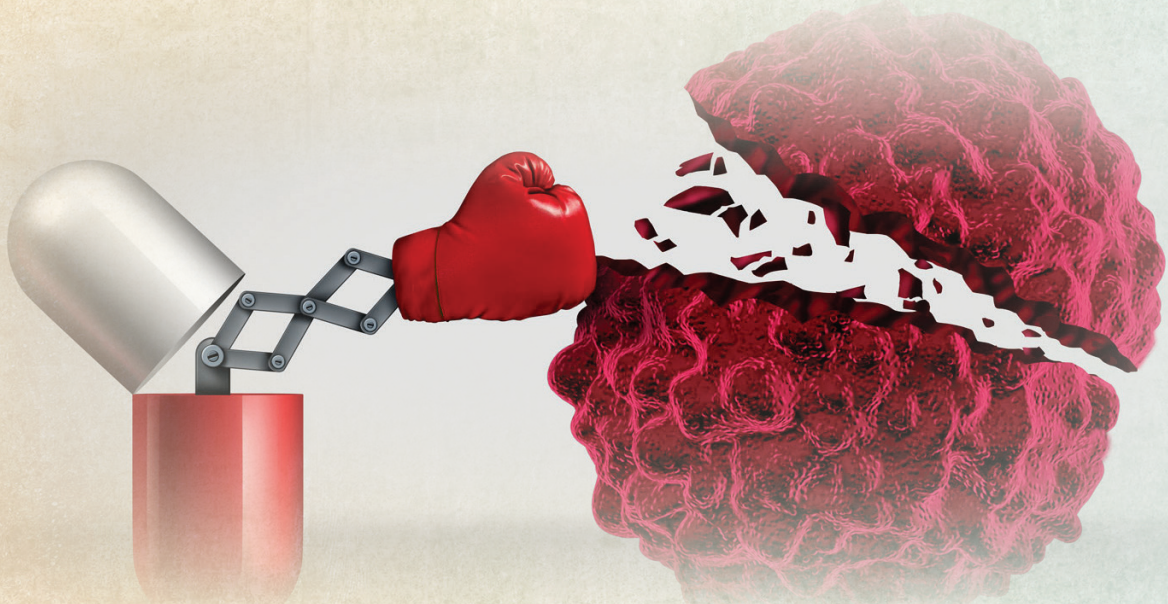
Sadece lenfomada değil multipl miyelom hastalığında da gelişmeler devam etti; oldukça başarılı sonuçlarını gözlediğimiz daratumumab hastalığın tedavisinde daha önceden onay almış ve kullanılan bortezomib, lenalidomid gibi ilaçlarla birlikte kullanımda onay aldı.

Kök hücre nakli lösemi, lenfoma, miyelom hastalarının tedavisinin vazgeçilmez bir parçası. Ancak tedavi döneminde gelişebilen ciddi bir komplikasyon olan veno-oklüziv hastalığa çözüm bulduğu gösterilen defibrotid isimli bu komplikasyon riskini çok azaltmakta. FDA bu nedenle bu ilacın kullanımını da onayladı.

2017 yılında da gelişmeler devam etti. FLT-3 mutasyonu denilen bir mutasyonu bulunduran akut miyeloblastik lösemi hastalarında bu mutasyona yönelik -yani hedefe yönelik etki eden midostaurin isimli ilaç başarılı bulundu ve standart tedavinin yanına eklenmesi önerisiyle FDA tarafından kabul edildi.

Son olarak da, birçok başka kanser tedavisinde de yer bulan pembrolizumab isimli ilaç hem erişkin hem de çocuk dirençli Hodgkin lenfoma hastaları için onaylandı. Pembrolizumab da nivolumab gibi etki göstererek bağışıklık sistemini tümöre karşı kıskırtan bir ilaç olarak lenfoma tedavisinde yer buldu.

Tedavilerdeki yeni gelişmeler ile ilgili bilgileri FDA internet adresinden veya derneğimizin internet/sosyal medya (Facebook) adreslerinden takip edebilirsiniz.



LLMBİR, DÜNYA KML HASTALARI TOPLANTISI İÇİN FRANKFURT'TA

Sloganı "ÖĞREN. PAYLAŞ. GELİŞ." olan; dünya çapında tüm KML hastalığı derneklerini bir araya getiren "CML Horizons" toplantısı bu sene 15. defa Almanya'nın Frankfurt şehrinde yapıldı. LLMBİR'i temsilen orada bulunan Yaprak DÖLEK AYDAN ve Bahri GENÇSOY güncel bilgileri öğrenmek ve KML hastalığı için geliştirilen ilaçlarla ilgili verileri toplamak için oradaydı. Şimdi Yaprak ve Bahri'ye kulak veriyoruz.



Bu seneki buluşmanın dikkat çeken konusu dünya çapında yaşanan ilaçlara erişim sıkıntılıydı. KML hastaları için hayati önem taşıyan ilaçların muadillerinin çıkmasıyla yaşanan; hastaların ilaçlara olan güvenleri, ilacı almak için ödemek zorunda kaldıkları ek masraflar ve ilaçlara ulaşmak için yaşanan çeşitli bürokratik sıkıntılar gündeme getirildi. İşte burada devreye giren hasta hakları savunucusu olan derneklerin verdikleri mücadeleler ve yöntemler konuşuldu. Sadece ilaçlara erişim değil, hala rutin kan tahlillerini yapmakta zorlanan ülkelerin varlığından bahsedildi ve bu ülkelerdeki derneklerin yaptıkları çalışmalardan örnekler verildi.

Sadece zorluklardan bahsedilmedi elbette; KML hastalığı için geliştirilen ilaçların çeşitlilikleri, tedavide elde edilen başarılar, tedavi sırasında yaşanan ilaç değişiklikleri ve bunlardan elde edilen veriler de toplantının en önemli konularındandı. Hasta-doktor-ilaç firmaları arasındaki iletişimin önemi üzerinde de önemle duruldu. Hastanın doktoruyla paylaştığı şikayetler-memnuniyetler, rutin kontrollerden elde edilen verilerin düzenliliğinin ilaç geliştirmedeki önemi vurgulandı.

Her sene olduğu gibi bu yıl da KML hastalarının ilaç tedavilerine göstermeleri gereken özen, ilaçların yan etkileri ve ilaç kullanımı sırasında doğurganlık ve gebelik verileri anlatıldı. Bir kere daha hasta ve doktorun işbirliğiyle ve çok dikkatle ilerlenmesi gerektiği, doktor kontrollerinin hiçbir dönemde ihmal edilmemesi gerektiği önemle vurgulandı.

LLMBİR Derneği olarak; başta Dünya KML Farkındalık Günü'nde yaptığımız çalışmalar olmak üzere diğer etkinliklerimizi de paylaştık ve tüm derneklerle ortak çalışmaya devam edeceğiz.

Lösemili Lenfomalı Miyelomlu Hastalar

Çocuk Sahibi olabilir mi?



Dr. Murat Seval

1. Kendinizi ve kliniğinizi bize tanıtır mısınız?

2001 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum, 2002-2007 yılları arasında aynı üniversitenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında ihtisas eğitimi aldım. Devlet hizmet yükümlülüğü ve askerlik görevini takiben halen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Uzman Doktor olarak çalışmaya devam etmekteyim.

2. Tedavi alan kanser hastalarında kısırlık önemli bir problem midir?

Kanser hastalarındaki takip ve tedavi seçeneklerinin gelişmesi kansere bağlı ölüm oranlarının azalmasına ve bu hastalarda yaşam kalitesi ile doğurganlık konusunda daha fazla odaklanılmasına sebep olmuştur. Yüksek doz kemoterapi veya radyoterapi seçenekleri ile sağlanan başarı, uygulanan tedavilerin uzun dönem etkileri konusunda farkındalığı artırmaktadır. Özellikle üreme çağındaki genç hastalar ve çocuklarda başarılı bir kanser tedavisi sonrası doğurganlığın korunması talebi sıklıkla gündeme gelmektedir.

Kemoterapi ve radyoterapinin doğurganlık üzerine uzun dönem etkileri tahmin edilenden çok daha belirgindir. Kemoterapi açısından baktığımızda yerine yenisi konulmayan sayıda yumurta hücresi içeren yumurtalıklar pek çok kemoterapötik ajana karşı aşırı duyarlılık göstermektedir. Ayrıca kemoterapi yumurtalıklarda bulunan ve hormon üreten hücrelere de zarar vermektedir ki bu durum doğurganlığı etkilemenin yanı sıra kadınlarda erken menopoz gibi önemli sağlık sorunlarına da yol açmaktadır. Radyoterapi açısından bakıldığında iyonize radyasyonun kısırlığın iyi bilinen nedenleri arasında olduğunun altının

çizilmesi gerekir. Sadece pelvik veya abdominal ışınlamanın direkt etkileriyle değil, yumurtalıklar ışınlama sahası dışında kalsalar bile yansıyan ışınlar kısırlığa neden olabilmektedir.

Kanser hastaları için doğurganlık açısından önemli bir diğer risk de; kanser tedavisini takiben ilerleyen süreçte eğer elde edilebilirse gebelik sırasında rahim içinde büyüme ve kan akımındaki azalmaya bağlı erken gebelik kayıpları, prematüre doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi gebelik komplikasyonlarıdır.

Günümüzde, yardımcı üreme teknikleri ile birlikte kriyoprezervasyon alanındaki sürekli gelişmeler kanser tedavisi sonrasında doğurganlığın korunması konusunda önemli avantajlar sağlamaktadır. Ancak kemoterapi ve radyoterapinin olumsuz etkileri hakkında önemli bilgi birikimine sahip olsak da, kanser tedavisi sunan merkezlerin bir çoğu günümüzde dahi bu konuda hastalara yeterli bilgi aktarmamakta ve koruyucu tedavi seçeneklerini etkin bir şekilde kullanamamaktadır.

3. Her kanser hastasında risk benzer midir? Özellikle jinekoloğa yönlendirilmesi gerekenler hangi hastalardır?

Doğurganlık üzerine olan riskler söz konusu olduğunda, kanser hastalarına ait yaş, tedavi seçimi, ek jinekolojik sorunlar gibi birçok faktör doğurganlık üzerine olan etkileri doğrudan etkilemektedir. Elbette kanser tedavilerinin hastalar üzerine olan olası yan etkileri kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir, ancak bazı kanserlerin ve bir takım tedavilerin doğurganlık üzerine olan etkileri net bir şekilde bilinmektedir. Çocuk veya genç erişkin kanser hastalarında yüksek doz kemoterapi, karın ve kasık bölgesine radyoterapi maruziyeti riski önemli ölçüde artırmaktadır. Lenfo-

ma, lösemi, Ewing sarkomu, nöroblastom, Wilms tümörü, pelvik osteosarkom veya rabdomiyosarkom gibi çocukluk çağı kanserleri, ayrıca erişkin dönemde görülebilen meme kanserleri, jinekolojik maligniteler doğurganlığı koruyucu yaklaşımların uygulanmasını gerektiren malign hastalıklar olarak göze çarpmaktadır. Özellikle hematopoietik kök hücre nakli uygulanacak hastalar kemik iliğini baskılamak amacıyla yüksek doz kemoterapi ve/veya radyoterapiye maruz kaldığından, kısırlık riski oldukça yüksektir.

4. Kısırlık olmaması için ne gibi önlemler alınabilir?

Genel hatları ile ele alırsak kanser hastalarında kemoterapi veya radyoterapiyi takiben doğurganlığın korunması amacıyla seçilebilecek tedavi yöntemlerini "medikal (ilaç verilen) yöntemler, cerrahi yöntemler ve kriyoprezervasyon (dondurma) teknikleri" olarak üç grupta değerlendirmek doğru olur.

Medikal yöntemlerde gonadotropin releasing hormon (GnRH) analogları denen ilaçlar verilerek yumurtalık fonksiyonlarını baskı altına alan ilaçlarla özellikle hızlı bölünen hücrelerde etkisi daha belirgin olan kemoterapötik ajanlardan overleri korumak amaçlanmaktadır. Cerrahi yöntemler ise kasık bölgesine radyoterapi alacak hastalarda

tercih edilen bir yöntem olup, bu yöntemle cerrahi olarak yumurtalıkların yerleri değiştirilerek radyoterapi sahasının dışına alınması hedeflenmektedir.

Kriyoprezervasyon yöntemleri ise yardımcı üreme teknikleri ve kriyobiyolojideki gelişmelere paralel olarak erkekte sperm hücresi, kadında ise oosit hücresi veya yumurtalık (over) dokusu ve hatta döllenmiş embriyoların vücut dışında uzun süreler saklanması ve istenildiğinde tekrar kullanılabilmesi esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla kriyoprezervasyon teknikleri ile diğer yöntemlerin aksine hem kemoterapi hem de radyoterapiye karşı koruyuculuk sağlamaktadır.

5. Bu yöntemlerin başarı oranları nasıldır?

Medikal yöntemler içerisinde yer alan GnRH analoglarının kemoterapi veya radyoterapi sırasında yumurtalık fonksiyonlarının korunması amacıyla kullanılması yeteri kadar etkili olmamaktadır. Bunun nedeni olarak kemoterapi veya radyoterapi sırasında önemli ölçüde etkilenen öncül yumurtaların hormonlardan bağımsız bir gelişim göstermeleri dolayısıyla da GnRH analoglarının bu hücreler üzerinde yeterli koruyucu etki oluşturamamasıdır. Erkeklerdeki gonadal fonksiyonlar üzerine de GnRH analoglarının yeterli koruyucu etkisinin olmaması medikal yöntemlerin üreme koruyucu yaklaşım olarak günümüzde pek tercih edilmemesine neden olmaktadır.

Cerrahi yöntemler içerisinde yer alan "over transpozisyonu" özellikle pelvik bölgeye uygulanacak radyoterapi öncesinde iyi seçilmiş hastalarda başarılı sonuçlar sunmaktadır.

Günümüzde yoğun ilgi odağı olan kriyoprezervasyon yöntemleri ise diğer yöntemlere kıyasla daha başarılı sonuçlar sunabilmektedir. Özellikle yardımcı üreme teknikleri ve kriyobiyolojideki gelişmeler başarıyı artıran en önemli faktörlerdir. Kullanılan tüm üreme koruyucu teknikler içerisinde **embriyo dondurma** en çok gelişme kaydedilen ve dünya genelinde yaygın bir şekilde kullanılan yöntemdir. Sadece kanser hastalarına yönelik üreme koruyucu yaklaşımlar çerçevesinde değil çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde uygulanan yardımcı üreme tedavileri kapsamında da dondurulmuş-çözülmüş embriyolar, taze embriyolar ile sağlanan başarı oranına benzer sonuçlar elde edilmektedir. Kümülatif doğum oranı %50-60'lara kadar çıkabilmektedir. Bu yöntemin en büyük dezavantajı ise kemoterapinin acil uygulanması gerektiği durumlarda hazırlık için yaklaşık iki haftalık zamana ihtiyaç duyulması ve bu nedenle kemoterapide gecikmelere yol açması olarak görülebilir. Her bir kemoterapi kürü prosedürün başarı oranını düşürmekte ve genetik olarak hasarlı gametin döllenme olasılığı artmaktadır. Bu nedenle yardımcı üreme tekniği ile elde edilecek ve dondurulacak embriyonun kemoterapi başlanmadan önce elde edilmesi daha uygundur.

Oosit (yumurta) kriyoprezervasyonu (dondurma) ise yumurtalıklar uyarıldıktan sonra toplanan oositlerin döllenme olmadan dondurularak saklanması anlamına gelmektedir ki bu yöntemle elde edilen başarı oranı kriyoprezervasyon protokollerindeki gelişmeler sayesinde önemli ölçüde artmıştır. Bu yöntem özellikle evli olmayan hastalarda makul bir yöntem olarak gözükmektedir. Embriyo kriyoprezervasyonuna benzer şekilde yumurtalık uyarılması için yaklaşık iki haftalık bir süre gerektirmektedir.

Over (yumurtalık) dokusu kriyoprezervasyonu (dondurma) ise ilaçlarla yumurtalığı herhangi bir uyarma veya hazırlık aşaması olmadan dokunun yaklaşık 1/3'ünün laparoskopik yöntemlerle cerrahi olarak çıkarılması, bu dokunun bir takım özel işlemlerle hazırlanması ve tekrar kullanılacağı zamana kadar dondurulması esasına dayanmaktadır. Bu yöntem özellikle kemoterapinin acil olarak başlanması gereken hastalarda veya oosit toplamanın mümkün olmadığı genç veya çocuk yaştaki bekar hastalarda daha çok uygulanabilir bir seçenek olarak görülebilir. Bu tekniğin önemli bir avantajı yumurtalıkların hormonal fonksiyonlarının da korunabilir olması ve yardımcı üreme tekniklerine ihtiyaç duymadan doğurganlığın tekrar kazanılabilme ihtimaline sahip olmasıdır. Elde edilen yumurtalık dokusu hazırlanarak dondurulması ve saklanmasını takiben, doku aynı bölgeye ya da ön kol cilt altı, karın ön duvarı gibi farklı bölgelere yerleştirilebilir. Günümüzde bu yöntemle gebelikler elde edilebilmiş olsa da embriyo ve oosit kriyoprezervasyonuna (dondurma) göre başarı şansı belirgin şekilde daha düşüktür. Ayrıca, dondurularak saklanmış yumurtalık dokusunun naklindeki diğer bir önemli sıkıntı da yumurtalık dokusunda gizli kalmış kanser hücrelerinin tekrar vücuda alınması ve asıl hastalığın nüks etmesi riskidir.

Kadın hastalardakine benzer şekilde erkek hastalar açısından da sperm ve testis dokusu dondurma başarı ile uygulanan yöntemler olup, benzer esaslarla günümüzde birçok merkezde yaygın ve etkin bir şekilde yapılabilmektedir.

5. LÖSEMİ LENFOMA MİYELOM HASTALARI KONGRESİ

YOĞUN İLĞİ GÖRDÜ



DAVET

15 Eylül 2017 Hastalara Yönelik Lenfoma Eğitimi Toplantısı

Lenfoma
Hastaları
Soruyor

Lenfoma
Hakkında
Bilmek
İstedğiniz
Her şey

Uzmanlar
Yanıtıyor



Tarih

15 Eylül 2017, Cuma

Yer

Sheraton Otel - Ankara

Saat

13:30 - 16:00

Katılım ve Otopark Ücretsizdir



Lösemi Lenfoma Miyelom
Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği

LENFOMAYA KARŞI YÜRÜ BİZİMLE

Piknikte Buluşalım



17 Eylül 2017, Pazar

Çansera Kent Bahçesi
Öğretmenler Caddesi Çankaya Üniversitesi Yanı
Çukurambar/ANKARA

• 16:30 Buluşma ve Kayıt • 17:00 Yürüyüş • 17:30 Konser

4. BÜYÜK LENFOMA ETKİNLİĞİ

"Çocuk Çocuk, Konu Komşu Hep Beraber Oradayız"



Lösemi Lenfoma Miyelom

Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği

Kronik Miyelositer Lösemi Dünya KML Farkındalık Günü

**Bu hastalık hakkında bilmek istediğiniz her şey...
Hastalar ve uzmanlar konuşuyor.**



TÜM KML HASTALARI
onların yakınları ve bu alanda çalışanlar davetlidir.

22.09

Tarih
22.09.2017

Yer
Sheraton Otel, Ankara

Saat
14:00 - 17:00



BAĞIŞLARINIZ İÇİN;

**LÖSEMİ LENFOMA MİYELOM HASTALARI VE ARAŞTIRMA
EĞİTİM BİRLİĞİ DERNEĞİ
GARANTİ BANKASI
KUĞULUPARK ŞUBESİ**

IBAN: TR02 0006 2001 3610 0006 2936 42

ONLINE BAĞIŞ İÇİN:

www.losemilenfomamiyelom.org