

26 Eylül 2021 tarihinde yapılan TROD Yeterlik Yazılı Sınavında adayların itiraz ettikleri sorular ve itirazlarına yanıtlar şu şekildedir:

İtiraz edilen soru numarası 1:

SORU 1: 1Rektum ve sigmoid kanserinde aşağıda sayılan gen yapılarından hangisinde daha sık mutasyon gözlenir?

- a) BRAF
- b) PIK3CA
- c) Ras
- d) p53
- e) SMAD4

Doğru cevap d olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. **Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur.**

Adayın itiraz ettiği soruda sol taraf kolon kanserleri içinde özellikle rektum ve sigmoid de en sık hangi mutasyonun gözleendiği sorulmuştur. Adayın verdiği bilgiler tüm kolorektal bölge için geçerlidir. Oysa başvuru kitabı olan Gunderson 5th ed, sayfa 1012 de açıkça belirtildiği üzere rektum ve sigmoid kolon özelinde en fazla görülen mutasyon p53 mutasyonudur.

BIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND MOLECULAR BIOLOGY

The recent Cancer Genome Atlas project was based on wide-ranging genomic and transcriptomic characterization studies of colorectal cancer.¹² Two major groups have been identified: (1) hypermutated cancers with MSI due to defective mismatch repair; and (2) nonhypermutated, microsatellite stable (MSS) cancers with a high frequency of DNA somatic copy number alterations, which showed common mutations in *APC*, *TP53*, *KRAS*, *SMAD4*, and *PIK3CA*. Rectal cancer shares genomic profiles with nonhypermutated colon cancer. An international consortium has recently reported a molecular classification, defining four different subtypes of colorectal cancer: hypermutated MSI cancers with strong immune activation (CMS1; MSI immune), with the remaining MSS cancers subcategorized into three groups of CMS2 (canonical, epithelial, with marked *WNT* and *MYC* signaling activation), CMS3 (with evident metabolic dysregulation), and CMS4 (mesenchymal, prominent transforming growth factor β activation, stromal invasion, and angiogenesis).¹³ CMS profiles showed a decline in CMS1 and CMS3 and rise in CMS2 prevalence moving distally.¹⁴

Colorectal cancers are now also classified as right/left-sided based on whether they occur before or after the splenic flexure, with established differences in molecular subtypes and outcomes. Within the left-sided tumors, the sigmoid and rectal region showed more *p53* mutations, but less *PIK3CA*, *BRAF*, or *CTNNB1* mutations, and less MSI than other left-sided locations.¹⁴

İtiraz edilen soru numarası 5:

SORU 5: Altmış yaşındaki erkek hasta yaklaşık 3 aydır giderek artan yutma güçlüğü ve 12 kg kaybı şikayeti ile başvuruyor. Endoskopik incelemede kesici dişlerden itibaren 25.cm de lümenin %50'sini dolduran, yaklaşık 5 cm lik segmenti tutan ülserovejetan kitle gözlenerek tam kat biyopsi ile T3 evre özefagus skuamoz hücreli kanser tanısı konulmuş. Kreatinin değeri yüksek gözlenerek (olduğundan) kontrastsız PET/BT ile evrelenen hastanın (da) orta özefagus yerleşimli 55x32 mm kitle (SUVmax 13), paraözefageal 7 mm ve 8 mm iki adet lenf nodu (SUVmax 7) gözlenmiş. Bu hasta için hangi tedavi önerilmelidir?

- a) Neoadjuvan radyoterapi
- b) Definitif kemoradyoterapi
- c) Neoadjuvan kemoterapi
- d) Neoadjuvan kemoradyoterapi
- e) Tek başına cerrahi

Doğru cevap d olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. **Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur.**

Soruda tarif edilen hastanın özellikleri arasında belirtilmeyen her değer normal sınırlarda algılanmalıdır. Soruda Gunderson 920.sayfada belirtildiği gibi çok erken evre dışında non metastatik özefagus kanserinde kombine modalitenin standart olduğu cümle sorgulanmıştır. Hasta evre 3B olup neoadjuvan kemoradyoterapi sonra cerrahi için değerlendirilmelidir. Van Hagen ve ark çalışması haricinde 926-927.sayfalarda belirtilen neoadjuvan çalışmaları da var olup önemli olan neoadjuvan kemoradyoterapi açısından değerlendirilmenin sağlanmasıdır. Kaldı ki Van Hagen çalışmasının dışlanma kriterlerinden %10'dan fazla kilo kaybı olsaydı ve bu sorgulansaydı bu özellik soruda belirtilirdi.

TABLE 54.9 Results of Randomized Trials of Preoperative Chemoradiotherapy Followed by Surgery Versus Surgery Alone

Investigators	Cohort	No. Patients	Treatment	3-Y Survival Rate (%)	p Value
Urba et al. ²⁹⁵	Esophageal carcinoma	50	Surgery	16	0.15
		50	45 Gy + CF + Surgery	30	
Walsh et al. ¹⁵⁸	Esophageal ACA	55	Surgery	6	0.01
		58	40 Gy + CF + Surgery	32	
Bosset et al. ²⁹³	Esophageal SCC	139	Surgery	37 ^a	0.78
		143	18.5 Gy + C + Surgery	39 ^a	
Burmeister et al. ²⁹⁴	Esophageal carcinoma	128	Surgery	32 ^a	0.38
		128	35 Gy + CF + Surgery	37 ^a	
Tepper et al. ²⁹⁶	Esophageal carcinoma	26	Surgery	20 ^a	0.002
		30	50.4 Gy + CF + Surgery	65 ^a	
van Hagen et al. ³⁶	Esophageal carcinoma	188	Surgery	44	0.003
		180	41.4 Gy + RP + Surgery	58	
Marriette et al. ¹⁴⁰	Esophageal carcinoma	98	Surgery	48	0.94
		97	45 Gy + CF + Surgery	53	

^aEstimated from survival curves.

ACA, adenocarcinoma; C, cisplatin; F, 5-fluorouracil; P, paclitaxel; R, carboplatin; SCC, squamous cell carcinoma.

TABLE 54.10 Patterns of First Recurrence in Trials of Preoperative Chemoradiotherapy Followed by Surgical Resection for Esophageal Cancer

Investigators	No. Patients	Treatment	Locoregional Recurrence Rate (%)	Distant Recurrence Rate (%)
Urba et al. ²⁹⁵	43	CRT + Surgery	19 ^a	65
	45	Surgery	42 ^a	60
Burmeister et al. ²⁹⁴	103	CRT + Surgery	11	49
	103	Surgery	14	52
Shapiro et al. ¹⁵³	178	CRT + Surgery	22 ^a	39 ^a
	188	Surgery	38 ^a	48 ^a
Robb et al. ²⁹²	81	CRT + Surgery	17 ^a	23
	89	Surgery	30 ^a	31

^ap < 0.05

CRT, Chemoradiotherapy.

primary and lymph node disease. Nevertheless, the available literature suggests that ACA of the stomach is radioresponsive. Wieland and Hymmen used 60 Gy when feasible (1.5 to 2.0 Gy daily) with 11% (9 of 82) 3-year and 7% (5 of 72) 5-year survival.¹⁶⁸ Takahashi found that the average survival for patients with unresectable tumors or patients who had a palliative procedure treated with radiation (unknown if chemotherapy was also used) was 74% 1-year (32 of 43) and 27% 2.5-year survival (12 of 43), which was 9 to 10 months longer compared with historical controls.¹⁶⁹

Combined-Modality Therapies

Combined-modality therapy has become the standard for the treatment of nonmetastatic esophageal and gastric cancer, except for very-early-stage disease, as the survival rates with single-modality therapy are poor.

lymph nodes.

Locoregional failures after gastric cancer surgery occur commonly within the region of the gastric bed and nearby lymph nodes (Table 54.3; Fig. 54.2). Tumor relapse in anastomoses, the gastric remnant, or the duodenal stump is also frequent. In a University of Minnesota reoperative analysis,^{170,171} locoregional failure occurred as the only evidence of relapse in 29% of the 86 patients with relapse (23% of the 105 evaluable patients at risk) and as any component of failure in 88%. More extensive operative procedures—including routine splenectomy, omentectomy, and radical lymph node dissection—neither improved survival¹⁷⁰ nor decreased the incidence of locoregional failure in the reoperative analysis.^{170,171} Subsequent relapse within the scope of the initial node dissection occurred in a high percentage of the patients even when radical node dissections were performed (removal of N1

TABLE 54.3 Gastric Cancer: Patterns of Locoregional Relapse in Clinical, Reoperation, and Autopsy Series

İtiraz edilen soru numarası 9:

SORU 9: Sağ preauriküler bölgede Merkel hücreli karsinomu olan, 62 yaşındaki kadın hastaya lokal eksizyon ile birlikte sentinel lenf nodu örnekleme yapılmıştır. Hastanın patoloji raporuna göre: tümör çapı 0.7X0.5X0.3 cm, lenfovasküler ve perinöral invazyon negatif, en yakın cerrahi sınır 0.8 cm, lenf nodu tutulumu negatif (0/2) olarak bildirilmiştir. Hastanın bundan sonraki tedavisi nasıl olmalıdır?

- a) İzlem
- b) Radyoterapi
- c) Kemoterapi
- d) Radyoterapi + kemoterapi
- e) Cerrahi sınırı genişletmek için Re-eksizyon

Doğru cevap a olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. **Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur**

Gunderson, Chapter 47, sayfa 800, 6.paragraf, 7.cümle:

Patients who may be considered for close observation because of the relatively low risk of recurrence include those with small lesions (<10 mm), that are widely excised (5-mm to 10-mm margins), without the presence of lymphovascular invasion, SLNB negative, and not immunosuppressed.

Gunderson'da konuyla ilgili olarak net bir şekilde tümör yerleşimine bakmaksızın 'düşük riskli hastalarda (1 cm'den küçük tümörlerde, 5mm ve 1 cm marjinle çıkarılmış tümörlerde, lenfovasküler olmayan, SLNB'si negatif olan tümörlerde ve immünesüpresif olmayanlarda) yakın takip düşünülebilir' demektedir.

İtiraz edilen soru numarası 10:

SORU 10: Alt ekstremitte yumuşak doku sarkomlarında CTV'yi oluşturmak için GTV'ye verilecek marjinler hangi seçenekte doğru olarak verilmiştir?

- a) CTV=GTV+ 2 CM LONGITUDINAL, GTV+ 1 CM RADIAL
- b) CTV=GTV+ 1 CM LONGITUDINAL, GTV+0.5 CM RADIAL
- c) CTV=GTV+ 4 CM LONGITUDINAL, GTV+1.5 CM RADIAL
- d) CTV=GTV+ 3 CM LONGITUDINAL, GTV+1.5 CM RADIAL
- e) CTV=GTV+ 1.5 CM LONGITUDINAL, GTV+0.5 CM RADIAL

Doğru cevap d olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

c ve d şıkları doğrudur. **Aday itirazında haklı bulunmuştur. Soru iptal edilmiştir.**

İtiraz edilen soru numarası 23:

SORU 23: "Alan kanserizasyonu" kavramı dikkate alındığında aşağıda belirtilen erken evre tümörlerden hangisinde küratif tedavi sonrası takiplerde ikincil kanser görülme riski en düşüktür?

- a) Dudak
- b) EBV negatif nazofarenks
- c) HPV pozitif orofarenks
- d) Supraglottik larenks
- e) Hipofarenks

Doğru cevap c olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. **Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur**

Bu soru itiraz sahibinin de yazısında belirttiği gibi "p53 mutasyonu olan ve sigara/alkol tüketimi ile ilişkilendirilmiş" baş boyun kanserlerinde bu etkenlerin alan kanserizasyonu ile ilişkili olduğu bilgisini sorgulamak amacıyla hazırlanmıştır. Belirtilen konu kaynak kitaplara ve uygulamaya girecek sayıda ve düzeyde kanıta sahiptir. Kanıta dayalı bu bilgi cevaplar arasında "a, b, d ve e" seçeneklerinde verilen tümörler için söz konusudur.

Seçenekler hazırlanırken viral etkenlerin de neden olabileceği tümörlerle karışmaması için örnek olarak b seçeneğinde "EBV negatif nazofarenks kanseri" yazılmıştır. Bu haliyle seçenekler hiçbir şekilde çeldirici özellik de içermemektedir.

Baş boyun kanserinde HPV'nin alan kanserizasyonu ile ilişkilendirilebileceğine dair itirazda yer alan yoruma atfen değerlendirmem şu şekildedir. Sınav için kaynak gösterilmiş Gunderson ve Tepper'in editörlüğünü yaptığı Clinical Radiation Oncology kitabının 597. sayfasında yer alan paragraftan yaptığım alıntılar konuyu açıklar niteliktedir:

PREVENTION OF HEAD AND NECK CANCERS

"The concept of field cancerization was first described by Slaughter et al.¹⁵⁸ in 1953 and has long been validated by clinical data."

"The exception may be for patients with HPV-associated malignancies in which the pathogenesis may not yield the same pattern of field cancerization seen in smoking and alcohol-related malignancies.¹⁶² In a retrospective review comparing 406 patients in Alberta with HPV-associated and HPV-unassociated oropharynx cancer, the second primary rate within the upper aerodigestive tract was 2.8% for the HPV-associated population versus 10.2% in the HPV-unassociated population.¹⁶³ These data are similar to a population-based cohort study looking at the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) registry showing a significant decline in the excess risk for second primary tumor among oropharynx patients after 1991.¹⁶⁴ "

Burada da ifade edildiği gibi bir etken olarak HPV'nin de alan kanserizasyonuna neden olabileceği ancak bu viral etkenin tütün ürünlerinin ya da alkolün neden olduğu ikincil malignitelerden patogeneze ve yayılım olarak farklı olduğu; retrospektif verilerden ve SEER veri tabanından anlaşıldığı üzere ikincil kanser riskinin HPV ilişkili tümörlerde ilişkisiz tümörlere göre daha düşük olduğu vurgulanmaktadır.

Eğer soru “... ikincil kanser görülme riski yoktur?” şeklinde sorulmuş olsaydı itiraz sahibi yorumunda haklıydı.

Tüm bunlara dayanarak itirazın kabul edilmesi mümkün değildir.

İtiraz edilen soru numarası 25:

SORU 25: Aşağıdaki radyoterapi modifiye edici ajan ve kullanım amacı eşleşmelerinden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Misonidazole-Radyosensitizer
- b) Amifostine-Radyoprotektör
- c) Nicotinamid-Radyoprotektör
- d) 5-bromodeoxyuridine-Radyosensitizer
- e) Tirapazamine-Radyoprotektör

Doğru cevap c olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

Tirapazamine radyosensitizer özelliği olan bir ajandır. Bu nedenle iki şık (nicotinamid ve tirapazamine) doğrudur. **Aday itirazında haklı bulunmuştur. Soru iptal edilmiştir.**

İtiraz edilen soru numarası 45:

SORU 45: Evre IIIB, bulky vaginal tutulumu olan NO, non-metastatik endometrium karsinomunda tedavi şeması aşağıdakilerin hangisinde yer almaktadır?

- a) Cerrahi + EBRT
- b) Cerrahi + KT + EBRT
- c) Cerrahi + KT + EBRT + brakiterapi
- d) EBRT ± KT + cerrahi
- e) EBRT + brakiterapi ± cerrahi

Doğru cevap e olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. **Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur**

Gunderson chapter 68, sayfa 1230, 1.paragraf

Stage IIIB Disease

Because stage IIIB disease is rare (<1% of all endometrial carcinomas), outcome data are scarce. FIGO 2009 staging has included tumors with parametrial extension in the 3B category (for adjuvant treatment see the earlier sections).⁹² Treatment of patients with macroscopic stage IIIB disease should be individualized with respect to sites and volume of disease and the degree of vaginal extension, which may include the use of combination external beam and possibly interstitial

brachytherapy. If vaginal extension is present, upfront surgery is not recommended to prevent tumor cut-through. Initiating treatment with radiation is recommended. Management may involve surgery after RT and brachytherapy or primary pelvic RT and brachytherapy without surgery. (Evre IIIB'de vajinal tutulum varsa, tümörün kesilmesini önlemek için önceden operasyon önerilmez. Radyasyonla tedaviye başlanması önerilir. Tedavinin yönetimi, RT ve brakiterapi sonrası cerrahi veya cerrahi olmadan primer pelvik RT ve brakiterapiyi içerebilir.)

Bu paragrafta kemoterapiden hiç bahsetmemekte olup, başlangıç için eksternal RT ile brakiterapiyi önermekte ve sonrasında cerrahi tedavi eklenebilir denmektedir.

İtiraz edilen soru numarası 81:

SORU 81: Düşük doz banyosunu en fazla arttıran konformal radyoterapi tekniği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 3 alan üç-boyutlu konformal RT
- b) 4 alan IMRT
- c) 6 alan IMRT
- d) Yarım ark VMAT
- e) Tam ark VMAT

Doğru cevap e olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

Gunderson 21. Chapter'ın 353. Sayfasında *"It is much easier to control low-dose spillage (to normal tissues around the target) with a step-and-shoot IMRT plan than a VMAT plan, mainly due to the fact that VMAT plans are delivering dose from all angles as the gantry rotates around the patient."* cümlesi yer almaktadır.

goals without use of nonaxial beams. One feature of most IMRT plans still remains the same: typically, the use of opposed beams is avoided because opposing beams tend to lead to degenerate solutions that can cause difficulties for some optimization search algorithms, preventing them from reaching the optimal solution. Additionally, when targets are well lateralized, it is generally preferred to use lateralized beams or restricted partial arcs to avoid entrance in the contralateral part of the body.

- Another type of IMRT, VMAT, uses one or more arc beams along with intensity modulation during the arc delivery. VMAT plans often consist of two or three arcs to allow the optimization process enough degrees of freedom to achieve the desired plan. The most standard VMAT delivery method consists of axial arcs, but now the use of arcs outside the axial plane are sometimes used to improve conformality. Typically, the collimator is rotated from the default position differently for each arc to ensure that there are independent degrees of freedom for the optimization process and to make sure that the tongue-and-groove issues associated with the MLC orientation do not line up consistently in the different arcs.
- Often, particularly for central targets, complete arcs are used for VMAT (although technically commonly limited to 358 or 359 degrees to avoid identical start/stop gantry angles), while lateralized targets may be best treated with partial arcs. The number of arcs used is dependent on the planner, protocol, and complexity of the case. Two arcs are most common, while the most complex cases with forced heterogeneity and challenging geometry may require three arcs, and a simple small, round tumor may be well treated with a single arc. **It is much easier to control low-dose spillage (to normal tissues around the target) with a step-and-shoot IMRT plan than a VMAT plan, mainly due to the fact that VMAT plans are delivering dose from all angles as the gantry rotates around the patient.** On the other hand, VMAT reduces the jagged edges often seen with a step-and-shoot IMRT plan.

tissue sparing or target coverage that can be achieved. For example, if beams are placed so that they shoot through the kidneys, no matter what IMRT cost function is used, kidney dose will be higher than if the beams are aimed outside of the kidneys. For arc therapy or VMAT, if the arc is defined to avoid a particularly crucial organ, sparing will be improved.

Beam Shaping With Blocks and Multileaf Collimator

Although beam directions are important, shaping the radiation field to conform to the shape of the target volume is one of the crucial and defining concepts for 3D CRT. The shaping can be accomplished equally well by focused blocks or with an MLC, as illustrated in Fig. 21.6. The conformal shaping of focused blocks is, in fact, "more conformal" than the jagged shape created by an MLC, although the MLC has a number of other advantages that have led to its popularity.

The routine use of conformally shaped fields designed during treatment planning depends in large part on the availability of the BEV display in the planning system because this view of the target shows the projection of the shape of the targets from the point of view of the radiation beam, which is what is needed to design field shaping. The simplest method used to conformally shape the fields (with either blocks or MLC) is to create a uniform geometric margin around the projection of the targets in the BEV and to set the shape to that margin, as shown in Fig. 21.7. This method, the basis of the simplest type of conformal therapy, is sometimes called *geometric conformation*, or *BEV targeting*. Shaping a block to a given contour is easy, but with an MLC it is more complicated. The most commonly used method for an MLC is the so-called *equal area method* (see Fig. 21.7).

Using a uniform geometric margin for field shaping does not lead to the most conformal dose distribution. To truly conform the dose distribution to the target, one must optimize the shaping of each of the beams so that the dose distribution is conformal. Fig. 21.8 demonstrates the types of differences that occur when beam shapes are designed

İtiraz eden kişinin belirttiği gibi MU konusunda VMAT'ın IMRT'ye göre daha avantajlı olduğu net olarak linen bir gerçek olup bu durum itirazda yer alan 2. Tabloda (IJROBP'de yer alan çalışmaya ait Tablo) OAR Dmean dozlarında IMRT ve VMAT arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmamasıyla kendini göstermektedir. Ancak soruda yer alan düşük doz banyosu olup OAR Dmean dozu kastedilmemektedir.

İtirazda yer alan 4. Tablodaki Wolff ve ark.'larının çalışmasında ise 76 Gy RT uygulanan prostat kanserli hastalarda 3D KRT, IMRT (7-alan), VMAT ve serial tomoterapi karşılaştırılmıştır. Bu tabloda görülen Vtissue10% parametresi düşük doz banyosunu temsil edebilir. Ancak çalışmanın içeriğine bakıldığında Vtissue10% yönünden istatistiksel analiz yöntemiyle tekniklerin karşılaştırılması yapılmamıştır. Bu nedenle tablodaki Vtissue10% yönünden IMRT ile VMAT arasında IMRT biraz daha dezavantajlı görünmekle birlikte bu farkın anlamlı olup olmadığı bilinmemektedir.

IMRT alan sayısı arttıkça MU yönünden dezavantaj belirginleştiği için full-arc VMAT'ın tüm açılardan ışınlanmasının yarattığı geniş doz-banyosu dezavantajının görece azalabileceği ve böylece 6-7 alan IMRT'de düşük doz banyosu yönünden benzer hale gelebilecekleri düşünülebilir. Nithya L, ve ark.'larının (Dosimetric comparison of different planning techniques in left-sided whole-breast irradiation: A planning study. J Med Phys 2020;45:148-55) çalışmasında düşük doz banyosu yönünden istatistiksel karşılaştırma yapılmamış olmakla birlikte 6 alan IMRT ile full-arc VMAT değerleri yakındır.

Soru seçeneklerinde 6 alan IMRT yerine 4 alan IMRT olsaydı sorunun tek doğru yanıtı E seçeneği olacaktır. Yukarıda belirtilen gerekçelerle hem C hem de E seçenekleri doğrudur. Her iki seçenek de doğru sayılmalıdır. Aday itirazında haklı bulunmuştur. Soru iptal edilmiştir.

İtiraz edilen soru numarası 95:

SORU 95: GEC/ESTRO kriterlerine göre aşağıdaki hasta özelliklerinden hangisi akselere parsiyel meme ışınlaması için uygun değildir?

- a) Yaş < 40
- b) pT1-2 (\leq 3 cm)
- c) EIC (-)
- d) DCIS (-)
- e) pN1a

Doğru cevap a olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

İlgili metinde sorunun yanıtı açıkça belirtilmiştir. Cevap doğrudur. Adayın itirazı reddedilmiştir. Soruda yanlışlık yoktur.

Akselere parsiyel meme ışınlamasında hasta seçimi ile ilgili farklılıklar bulunmaktadır. Gunderson 5th edition section II, chapter 20, pg 332 de yer alan table 20-4 de GEC ESTRO'ya göre akselere parsiyel meme ışınlaması için uygun olan ve olmayan gruplar net olarak belirlenmiştir. pN1a olgular Possible Candidate (Intermediate Risk) olarak tanımlanmıştır. Referans kitapta adı geçen bölümde GEC-ESTRO kriterlerine göre akselere parsiyel meme ışınlaması için uygun olmayan hasta grubu cevap seçenekleri arasında sadece "A. 40 yaş altı" seçeneğidir.

İtiraz edilen soru numarası 96:

SORU 96: Duktal karsinoma in situ tanısı ile meme koruyucu cerrahi yapılan bir hastada önerilen cerrahi sınır nedir?

- a) Boyalı yüzde tümör olmaması
- b) 1 mm
- c) 2 mm
- d) 3 mm
- e) 5 mm

Doğru cevap d olarak açıklanmıştır.

İtiraza yanıt:

Gunderson 5th ed. Sf 1323; Tablo 72.6

DKIS tedavi algoritma şemasında açıkça gerekli cerrahi sınırın 3 mm olduğu belirtilmiştir. Ancak adayın belirttiği gibi metin içinde ise 2 mm ve üzerinde cerrahi sınır varlığında lokal nüksün azaldığı belirtilmektedir. Son NCCN kılavuzunda da cerrahi sınır 2 mm olarak belirtilmektedir.

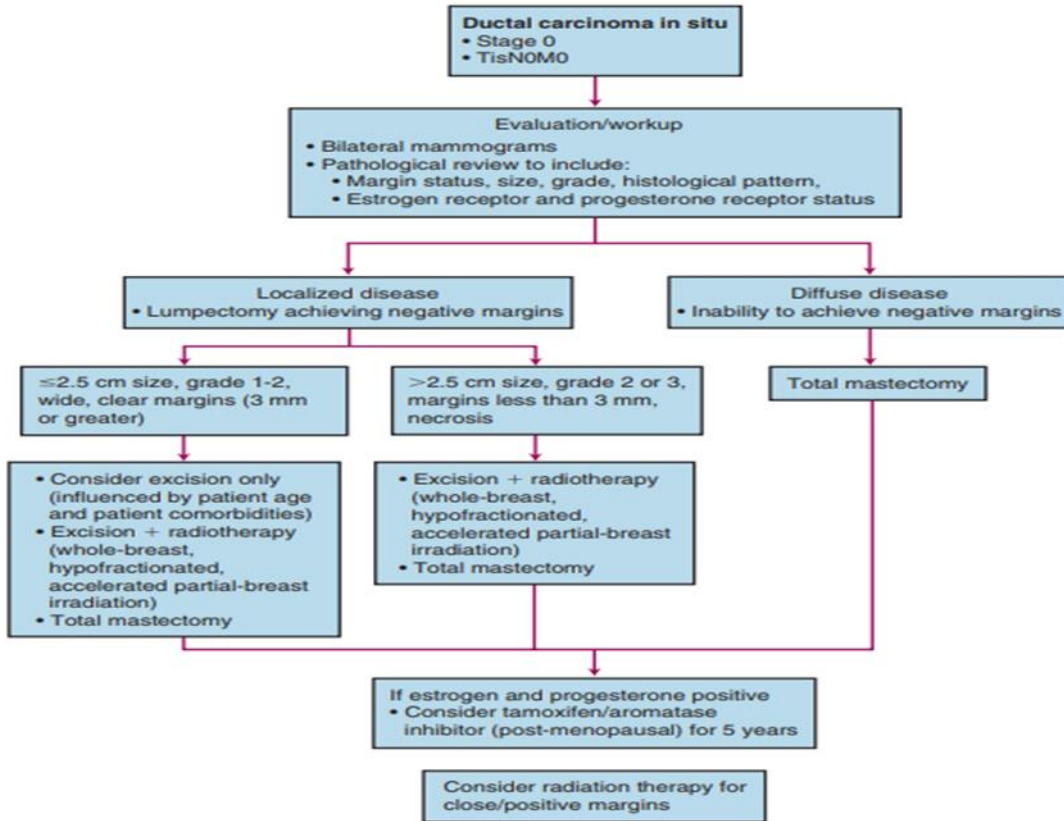


Fig. 72.1 Management decision tree for ductal carcinoma in situ.

Aday itirazında haklı bulunmuştur. Soru iptal edilmiştir.