

1. İtiraz

91 cevap bulky ve deauville 2 nedeniyle cevap (C) 36 Gy olmalı?

- 91 Sol servikal seviye 1-3 arası tutulum saptanan, Evre IA noduler sklerozan Hodgkin lenfoma tanılı 40 yaşında erkek hastada, sedimantasyon hızı 25 mm/h, tutulu LAP paketinin maksimum çapı 10,7cm olarak ölçülmüştür. Hastaya 2 kür KT sonrası çekilen PET/BT de Deauville Skoru 2 olarak değerlendirilmiştir. Ek 2 kür KT sonrası ISRT planlanan hastada doz seçimi ne olmalıdır?
- a) 20 Gy
 - b) 30 Gy
 - c) 36 Gy
 - d) 40 Gy
 - e) 45 Gy

Cevap B

İtiraza Yanıt

DS 2: tam yanıt anlamına gelir. Sadece bulky hastalık olması nedeni ile 30 Gy gerekir. Gunderson da ilgili paragraf aşağıdaki gibi.

Recommendation on Treatment for Early-Stage Hodgkin Lymphoma The optimal treatment for early-stage HL is in evolution. In early-stage patients with favorable-prognosis disease based on GSHS criteria (no bulky mediastinal mass or extranodal disease, < 3 nodal sites, low sedimentation rate), 2 cycles of ABVD chemotherapy followed by ISRT to 20 Gy may be adequate. In patients with unfavorable-prognosis early-stage disease, 4 cycles of ABVD may be adequate, but 30 Gy of ISRT is needed after ABVD.

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

2. İtiraz

89. cevabı immunglobulin seviyeleri de olmalı ?

- 89 Aşağıdakilerden hangisi multipl myelomun evreleme sistemlerinde yer alan parametrelerden biridir?
- a) Hemoglobin düzeyi
 - b) Kanda lökosit sayısı
 - c) İdrarda Ig M düzeyi
 - d) Kanda globülin düzeyi
 - e) İdrarda kalsiyum düzeyi

Cevap A

İtiraza Yanıt

Gunderson 2021 Sayfa 1558 Tablo 90.1 ve 90.2'ye bakıldığı zaman gerek R-ISS, gerekse Durie-Salmon Evreleme Sistemlerinde yer alan kriterler tartışmaya yer vermeyecek netlikte görülmektedir. Seçenekler arasında yalnızca hemoglobin düzeyi bu kriterler arasında yer almaktadır.

Bu nedenle itiraz uygun bulunmamıştır. Doğru yanıt A'dır.

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

3. İtiraz

90. soru Gunderson 5th Edition, Chapter 91, sy 1579 'da Evre IIB tümörlerde lokal radyoterapinin de bir tedavi seçeneği olabileceği açıkça belirtilmiştir.

Bu durumda soruda birden fazla doğru cevap bulunmaktadır.

Cutaneous tumors: T3 N0-1 M0 (IIB): Radiotherapy is an important treatment modality for cutaneous tumors because of its ability to treat the full thickness of deeply infiltrative lesions. For the rare patient with asymptomatic tumors involving less than 10% of the skin, either topical skin-directed therapy, along with **local radiotherapy**, or TSEBT are reasonable first-line treatment options, with both producing a similar 5-year overall survival of roughly 50%.¹⁰⁹ However, most patients with T3 disease present with extensive, symptomatic tumors. Such patients often benefit from TSEBT as a first-line, palliative treatment because of a superior complete response rate as compared with topical HN2 plus localized radiotherapy, 44%–54% versus 8%.^{109,110}

Adjuvant therapy should be strongly considered for patients after completing a course of TSEBT, even as maintenance therapy after a complete response. Retrospective data suggest that adjuvant topical

- 90 Evre IIB mycosis fungoideste aşağıdakilerden hangisi önerilen tedavi seçeneklerinden biridir?
- a) Topikal kortikosteroid
 - b) UVB
 - c) Topikal mekloretamin
 - d) Lokal radyoterapi
 - e) PUVA

Cevap E

İtiraza Yanıt

Gunderson 2021, Sayfa 1574, Tablo 91.8'de görüldüğü üzere evre IIB Mycosis Fungoides'te primer tedavi şekli 3 seçenek olup İnterferon alfa, Total Cilt Elektron Tedavisi ve PUVA'dır. Tek başına lokal RT yalnızca erken evrede (IA, IB, IIA) önerilmektedir.

TABLE 91.8 Treatment Recommendations, Early and Advanced Mycosis Fungoides/ Sézary Syndrome

Stage	Initial Treatment	Treatment for Relapsed or Refractory Disease
Early (IA, IB, IIA)	Topical corticosteroids	Retinoids, rexinoids
	PUVA	Interferon- α
	UVB	Low-dose MTX
	Topical HN2	HDACi
	Local radiotherapy	Denileukin diftitox
	TSEBT	Localized, superficial radiotherapy TSEBT Evaluate for allogeneic stem cell transplant with refractory disease
Advanced (IIB)	Interferon- α	Retinoids, rexinoids
	TSEBT	Interferon- α alone
	PUVA	PUVA + interferon- α
		HDACi
		Denileukin diftitox
		Novel agents Chemotherapy Evaluate for allogeneic stem-cell transplant with refractory disease
Advanced (III to IV)	Interferon- α	Rexinoids
	PUVA	HDACi
	PUVA + interferon- α	Denileukin diftitox
	TSEBT	Alemtuzumab or other monoclonal antibody
		Novel agents Chemotherapy TSEBT Evaluate for allogeneic stem cell transplant with refractory disease

BCNU, Bischloroethylnitrosourea; HDACi, histone deacetylase inhibitors, HN2, mechlorethamine; MTX, methotrexate; PUVA, psoralen plus ultraviolet A; TSEBT, total skin electron beam therapy; UVB, ultraviolet B.

Sayfa 1579’da yer alan ve itiraz eden aday tarafından eklenen aşağıdaki metin daha dikkatli incelenirse; evre IIB içinde cildin %10’undan daha azını kaplayan asemptomatik tümörlü nadir hastalarda 2 tedavi seçeneği önerildiği görülmektedir.

1. Topikal cilde yönelik tedavi ile birlikte lokal radyoterapi (tek başına lokal radyoterapi değil)
2. Total Cilt Elektron Tedavisi

Cutaneous tumors: T3 NO-1 MO (IIB). Radiotherapy is an important treatment modality for cutaneous tumors because of its ability to treat the full thickness of deeply infiltrative lesions. For the rare patient with asymptomatic tumors involving less than 10% of the skin, **either topical skin-directed therapy, along with local radiotherapy, or TSEBT** are reasonable first-line treatment options, with both producing a similar 5-year overall survival of roughly 50%.¹⁰⁹ However, most patients with T3 disease present with extensive, symptomatic tumors. Such patients often benefit from TSEBT as a first-line, palliative treatment because of a superior complete response rate as compared with topical HN2 plus localized radiotherapy, 44%–54% versus 8%.^{109,110}

Seçeneklerde lokal radyoterapi tek başına yer aldığı için - topikal ajan ile birlikte lokal radyoterapi şeklinde yer almadığı için – adayın itirazı uygun bulunmamıştır. Doğru yanıt E’dir.

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

4. İtiraz

66. soru da PSMA PET olmayınca şıklarda kesin F-18 NaF PET diyebilir miyiz.

Okuduğum bu makaleye göre biraz tartışmalı olabilir mi ...saygılar

.....Ancak radikal prostatektomi yapılan yeni tanı orta-yüksek riskli prostat kanserinde Tc-99m MDP tüm vücut kemik sintigrafisi negatif olan hastalarda F-18 NaF PET/BT'nin herhangi bir tanısal katkı sağlamadığı da gösterilmiştir (30). Dolayısıyla prostat kanseri uygulama kılavuzlarında F-18 NaF PET'in yer alabilmesi için daha kuvvetli kanıtlara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Zacho HD, Jochumsen MR, Langkilde NC, et al. No Added Value of 18F-Sodium Fluoride PET/CT for the Detection of Bone Metastases in Patients with Newly Diagnosed Prostate Cancer with Normal Bone Scintigraphy. J Nucl Med 2019;60:1713-1716

66 Aşağıdaki seçeneklerden hangisi prostat kanseri kemik metastazını saptamada daha yüksek özgüllük ve duyarlılığa sahiptir?

- a) AP ve lateral direkt grafiler
- b) Kemik sintigrafisi
- c) 18F-FDG PET-BT
- d) MIBG
- e) 18F-Fluoride PET-BT

Cevap E

İtiraza Yanıt

Yeterlilik sınavlarında kaynakça olarak ,Gunderson and Tepper's Clinical Radiation Oncology' kullanılmaktadır. Bu kitapta konuyla ilgili bölümdeki (sayfa 1071) açıklamalar aşağıya yapılmıştır.

'PET bone imaging with 18F sodium fluoride appears to have superior sensitivity to traditional 99mTc bone scans (18F sodyum florür ile PET kemik görüntülemenin, geleneksel 99mTc kemik taramalarına göre üstün hassasiyete sahip olduğu görülmektedir).'

'The sensitivity and specificity for detection of bone metastases was 70% and 57% for planar bone scan, 92% and 82% for bone SPECT, 100% and 62% for 18F- fluoride PET, and 100% and 100% for 18F-fluoride PET/CT, respectively.396 The authors concluded that 18F-fluoride PET/ CT is a highly accurate imaging modality for the detection of bone metastases in patients at high risk of prostate cancer. (Kemik metastazlarının saptanması için duyarlılık ve özgüllük sırasıyla planar kemik taraması için %70 ve %57, kemik SPECT için %92 ve %82, 18F-florür PET için %100 ve %62 ve 18F-florür PET/BT için %100 ve %100 idi. Yazarlar, 18F-florür PET/BT'nin yüksek prostat kanseri riski taşıyan hastalarda kemik metastazlarının saptanması için oldukça doğru bir görüntüleme yöntemi olduğu sonucuna varmışlardır.)

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

5. İtiraz

40. cevap düşük gradeli hasta verildiği için ödem alınmamalı sadece kitle için preop CT de yeterli olabilir , iki cevap olabilir mi?

- 40 Düşük gradlı glial tümörlerin adjuvan radyoterapisinde aşağıdakilerden hangisi GTV'yi tarif etmektedir?(alanlar MRG'da T1, T2 ve FLAIR ağırlıklı görüntülere göre tarif edilmiştir)
- a) Postoperatif T1'deki kontrastlanan rezidü tümör
 - b) Postoperatif tümör kavitesi ve preoperatif T2'deki tümör ve ödem alanı
 - c) Postoperatif tümör yatağı ve tüm FLAIR anormallikleri
 - d) Preoperatif T1'deki tümör
 - e) Preoperatif T2'deki tümör ve ödem alanı

Cevap C

İtiraza Yanıt

Kaynak kitapta (sayfa 486, dose/fractionation) GTV'nin tanımı :

' LGGs are treated with limited RT fields. Gross tumor volume (GTV) includes the postoperative tumor bed and should encompass all FLAIR abnormalities on MRI. (LGG'ler sınırlı RT alanları ile tedavi edilir. Gross tümör hacmi (GTV) postoperatif tümör yatağını içerir ve MRG'deki tüm FLAIR anormalliklerini kapsamalıdır.' Şeklinde.

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

6. İtiraz

98 cevap (B)LENTİGO olmalı ?

- 98 Malign melanomun hangi alt varyantında neotropizm (perinöral yayılım) özelliği nedeniyle primer tümörün geniş eksizyonu sonrası tümör yatağına adjuvan radyoterapi önerilir?
- a) Desmoplastik
 - b) Lentigo
 - c) Akral lentiginos
 - d) Nodüler
 - e) Nevoid

Cevap A

İtiraza Yanıt

Menü Gunderson_& Tepp... Oluştur Giriş yap

Tüm araçlar Düzenle Dönüştür İmza Metin veya araç bul

Characteristic	%	References
Breslow thickness ≥ 4 mm	6-14	35,49-53
Head and neck location	5-17	32,49,50,52,54-58
Ulceration	10-17	32,35,50,52
Satellitosis	1416	59,60

Modified from Ballo MT, Ang KK. Radiotherapy for cutaneous malignant melanoma. Rationale and indications. *Oncology*. 2004;18:99–107.

3 cm, 45 Gy in 10 fractions over 2 weeks for primary tumors of 3 cm to 4.9 cm, and 50 Gy in 15 to 20 fractions over 3 to 4 weeks for tumors 5 cm or larger.

Radiotherapy is rarely recommended as an adjuvant to wide local excision, as local recurrence rates are generally low (< 10%). High-risk features—such as primary thickness greater than 4 mm, head or neck primary site, and primary ulceration or satellitosis—have been reported to significantly increase the risk of local recurrence, but few series report recurrence rates much higher than 15%^{32,49-60} (Table 48.5).

One variant of melanoma, the desmoplastic subtype with neurotropism, has historically been associated with recurrence rates as high as 50% after wide local excision alone.⁶¹⁻⁶⁸ In a nonrandomized series specifically examining the role of radiotherapy in 150 patients with desmoplastic melanoma, a recurrence rate of 24% (14 of 59 patients) was reported without irradiation and 7% (5 of 71 patients) with irradiation.⁶⁷

that elective lymph node dissection improved the survival rates of patients with intermediately thick melanomas (0.76–4.0 mm); however, four prospective Phase III trials did not confirm these results.⁷⁰⁻⁷³

The surgical community has embraced sentinel lymph node biopsy with selective lymph node dissection as a replacement to elective lymph node dissection, despite no reported therapeutic benefits in terms of OS. This choice depends on several lines of reasoning.^{74,75} The status of the sentinel lymph node is a powerful determinant of subsequent survival and provides prognostic information to the patient; it identifies patients with early regional lymph node metastases that might benefit from nodal dissection as a way of avoiding advanced regional recurrence; and it identifies patients who may be candidates for investigational systemic therapy trials.

Morton et al.⁷⁶ randomly assigned 1269 patients with intermediate-thickness primary melanoma to wide excision and postoperative observation of regional lymph nodes with lymphadenectomy if nodal relapse occurred or to wide excision and sentinel lymph node biopsy with immediate lymphadenectomy if nodal micrometastases were detected on biopsy. This trial, known as the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-I), reported improved 5-year disease-free survival (DFS) when patients undergoing sentinel lymph node biopsy with selective lymph node dissection were compared with patients who were observed. There were no differences in melanoma-specific survival. In a subgroup analysis confined to patients with nodal metastases, there was improved melanoma-specific survival in patients undergoing immediate lymphadenectomy compared with those in whom delayed lymphadenectomy was required for recurrent disease. Although the validity of this postrandomization analysis has been questioned by many,⁷⁷ the prognostic information provided by sentinel lymph node

Regional Nodes

Ara 100% 20°C TUR 9:20 AM 12/18/2023

İTİRAZ REDDEDİLMİŞTİR

7. İtiraz

39. soru, Aşağıdaki metinde de görüldüğü üzere (Gunderson 5th Edition, Chapter 31, sy 483) artmış rölatif serebral kan hacmi malign transformasyon için risk faktörü olup , düşük rölatif serebral kan hacmi risk faktörlerinden değildir. Bu nedenle soruda 2 tane doğru cevap bulunmaktadır.

Advanced Imaging/Metabolic Imaging

Spectroscopy-MRI (SRM) measures the main metabolites in the tumor. A typical spectrum for an LGG shows an increased choline peak, which reflects an increase of the membrane turnover; a decrease of the N-acetyl-aspartate peak, reflecting neuronal loss, and an increase of the myoinositol peak, indicating glial proliferation. However, these metabolic abnormalities are also noted in some nonneoplastic lesions. Although the presence of lactates and lipids (suggesting necrosis) is associated with higher proliferative activity and more aggressive behavior,³³ it is not possible to determine the tumor grading on the sole basis of SRM. Despite these limitations, SRM can be helpful for guiding a surgical biopsy in inoperable LGG and for monitoring the tumor in response to treatment.^{36,34}

Dynamic susceptibility contrast (DSC) imaging perfusion MRI helps calculate relative cerebral blood volume (rCBV), which is correlated with microvascularization. Increased rCBV in LGG is a marker of malignant transformation prior to development of enhancement.³⁵ Of

39 Düşük dereceli astrositoların malign transformasyonu için aşağıdakilerden hangisi risk faktörü değildir?

- Cerrahi sonrası radyoterapi uygulanması
- Tümör boyutunun büyük olması
- Kontrast tutulumunun olması
- Subtotal rezeksiyon uygulanması
- MRG'de düşük rölatif serebral kan hacmi

Cevap A

İtiraza Yanıt

İTİRAZ KABUL EDİLMİŞTİR

