

1. İtiraz

62. Melanoma tanılı ve klinik olarak N+ bir hastada nodal bölgelere göre yüksek yineleme riski aşağıdakilerden hangisinde doğru verilmiştir?

A) Aksiller >2 LN metastazı

B) Supraklavikuler >1 LN metastazı

C) Servikal >1 LN metastazı

D) İnguinal >2 LN metastazı

E) Femoral >2 LN metastazı

Yanıt:

Yazım yanlışı nedeni ile itiraz kabul edilmiştir.

2. İtiraz

42. Karaciğer metastazı nedeni ile 3 fraksiyon SBRT planlanan hastada radyasyonla indüklenmiş karaciğer hastalığının (RILD) gelişmemesi için önerilen volüm-eşik doz nedir?

A) 500 ml <10 Gy

B) 500 ml <15 Gy

C) 700 ml <10 Gy

D) 700 ml < 15 Gy

E) 1000 ml <15 Gy

Yanıt:

Yanlış şık sehven doğru yanıtlanmıştır. Doğru şık itirazlardaki gibi D şıkkı olarak düzeltilmiştir.

3. İtiraz

7. Hepatoselüler karsinomlarda lokal ablatif tedavinin küratif olması için maksimum tümör boyutu kaç cm olmalıdır?

A) 1

B) 2

C) 3

D) 4

E) 5

Yanıt:

PRINCIPLES OF LOCOREGIONAL THERAPY

I. General Principles

All patients with HCC should be evaluated for potential curative therapies (resection, transplantation, and for small lesions, ablative strategies). Locoregional therapy should be considered in patients who are not candidates for surgical curative treatments, or as a part of a strategy to bridge patients for other curative therapies. These are broadly categorized into ablation, arterially directed therapies, and radiotherapy. Multidisciplinary review is recommended.

II. Treatment Information

A. Ablation (microwave/radiofrequency, surgical, or percutaneous ethanol injection):

- All tumors should be amenable to ablation such that the tumor and, in the case of thermal ablation, a margin of normal tissue is treated. A margin is not expected following percutaneous ethanol injection.
- Tumors should be in a location accessible for percutaneous/laparoscopic/open approaches for ablation.
- Caution should be exercised when ablating lesions near major vessels, major bile ducts, diaphragm, and other intra-abdominal organs.
- Ablation alone may be curative in treating tumors less than or equal to 3 cm. In well-selected patients with small properly located tumors, ablation should be considered as definitive treatment in the context of a multidisciplinary review. Lesions 3 to 5 cm may be treated to prolong survival using arterially directed therapies, or with combination of an arterially directed therapy and ablation as long as tumor location is accessible for ablation.¹⁻³
- Unresectable/inoperable lesions greater than 5 cm should be considered for treatment using arterially directed therapy, systemic therapy, or RT.⁴⁻⁶

B. Arterially Directed Therapies:

- All tumors irrespective of location may be amenable to arterially directed therapies provided that the arterial blood supply to the tumor may be isolated without excessive non-target treatment.
- Arterially directed therapies include bland transarterial embolization (TAE),^{4,5,7,8} chemoembolization (transarterial chemoembolization [TACE]⁹ and TACE with drug-eluting beads [DEB-TACE]),^{4,10} and radioembolization (RE) with yttrium-90 (Y-90) microspheres.^{11,12}
- All arterially directed therapies are relatively contraindicated in patients with bilirubin greater than 3 mg/dL unless segmental treatment can be performed.¹³ RE with Y-90 microspheres has an increased risk of radiation-induced liver disease in patients with bilirubin greater than 2 mg/dL.¹²
 - With RE, delivery of 205 Gy or more to the tumor may be associated with increased overall survival.¹⁴
 - A dose of greater than 400 Gy to 25% of the liver or less in patients with Child-Pugh A liver function is recommended.^{15,16} For anatomically limited disease, radiation segmentectomy with Y90 or ablative dose stereotactic body radiation therapy (SBRT) should be considered.¹⁷⁻¹⁹
- Arterially directed therapies in highly selected patients have been shown to be safe in the presence of limited tumor invasion of the portal vein.
 - Randomized controlled trials have shown that Y-90 is not superior to sorafenib for treating advanced HCC. RE may be appropriate in some patients with advanced HCC,^{20,21} specifically patients with segmental or lobar portal vein, rather than main portal vein thrombosis.²²
- Systemic therapy may be appropriate following arterially directed therapies in patients with adequate liver function once bilirubin returns to baseline if there is evidence of residual/recurrent tumor not amenable to additional local therapies.

Klinik sorularda kaynağımız NCCN olarak belirtilmiştir. Sorunun cevabı NCCN’de yukarıda sarı ile işaretlenmiştir. **İtiraz reddedilmiştir.**

4. İtiraz

6. Anal kanalda skuamöz hücreli karsinom tanısı ile definitif kemoradyoterapi uygulanan hastalarda tedavi bitimi sonrası ilk yanıt değerlendirmesi **en erken** kaçınıcı haftada olmalıdır?

- A) 4
B) 8
C) 12
D) 16
E) 20

Yanıt:

Klinik sorularda kaynak olarak NCCN gösterildiği ve soruda en erken kaçınıcı haftada değerlendirilmesi sorulduğu için **itiraz reddedilmiştir.**

5. İtiraz

8. Kolonoskopide rektum 10. cm'de derin infiltratif adeno karsinom saptanan olguda evreleme için rutinde aşağıdakilerden hangisi(leri) önerilir?

I. FDG-PET/BT

II. EUS

III. Alt abdomen MRG

IV. Toraks/abdomen BT

- A) Sadece I
B) I-II
C) I-III
D) III-IV
E) II-III-IV

Yanıt:

Klinik sorularda kaynak olarak NCCN gösterilmiştir. Soru 10. cm de yerleşik bir tümörde rutin evrelemeyi sorduğu için **itiraz reddedilmiştir.**

6. İtiraz

38. Meme kanseri şüphesi olan bir hastada aşağıda sayılan koşullardan hangisinin varlığında mutlaka

meme MRG çekilmesi önerilir?

- A) 40 yaşından genç olmak
B) Biyopside invaziv lobuler kanser varlığı
C) Dens meme yapısı
D) Biyopside lobuler karsinoma in situ varlığı
E) **Mamografide kitle saptanmayan meme başının Paget hastalığı**

Yanıt:

Soru kökünde tanıda kime MR istendiği sorulmuştur. Bir diğer endikasyon aksiller LAP olan okkült meme kanseridir. Diğer şıklarda verilen dens meme ve genç yaş ise meme kanseri tanısı olan hastaların takibinde önerilmektedir. NCCN'de aşağıda kırmızı ile işaretlenmiştir.

İtiraz reddedilmiştir.

Invasive Breast Cancer

Workup for Non-metastatic (M0) Invasive Breast Cancer

The recommended workup of localized invasive breast cancer (listed on BINV-1 in the algorithm) includes a history and physical examination. Complete blood count (CBC) and liver function tests (LFTs) have no added benefit in the detection of underlying metastatic disease in patients with asymptomatic early-stage breast cancers.⁶⁴ In addition, monitoring of disease relapse with any tumor markers is *not* recommended.

Imaging: Imaging with bilateral diagnostic mammography is recommended; breast ultrasonography is recommended only if necessary.

The use of MRI in the workup remains controversial. Breast MRI advocates note its high sensitivity for evaluation of extent of disease, particularly for invasive cancer and in dense breasts where mammographically occult disease is more likely to elude preoperative detection. MRI detractors note that MRI has a high percentage of false-positive findings, resulting in further diagnostic workup—including MRI-guided biopsy—in many circumstances.⁶⁵⁻⁶⁷ MRI findings tend to overestimate extent of disease,⁶⁸ resulting in increased frequency of mastectomies.⁶⁹⁻⁷²

MRI findings alone are not sufficient to determine whether BCT is optimal, as additional tissue sampling is needed to verify true malignant disease warranting excision. MRI use may increase mastectomy rates by identifying areas of mammographically occult disease that may have been adequately treated with radiation after BCS had the disease remained undiscovered without MRI.⁷²

Two prospective randomized studies have examined the utility of preoperative MRI in determining disease extent, and neither demonstrated improvement in rates of re-excision after initial BCS.^{73,74} Retrospective

review of the utility of MRI showed conflicting outcome results—one with benefit⁷⁵ and another without.⁷⁶ One systematic review⁶⁷ documented that breast MRI staging altered surgical treatment in 7.8% to 33.3% of patients,⁶⁷ however, no differences in local recurrence or survival have been demonstrated. In addition, there is no evidence that use of breast MRI increases rates of margin-negative resection.^{77,78}

Breast MRI may assist with identification and management of clinically occult primary tumors presenting with axillary nodal metastases.⁷⁹ In patients with Paget disease not identifiable on mammography, breast MRI may help determine the extent of disease.^{80,81} Breast MRI also has utility in screening patients with higher than average risk based on family history.⁸²

If breast MRI imaging is performed, a dedicated breast coil, an imaging team experienced with reading breast MRI and performing MRI-guided biopsy, and multidisciplinary management are the standard of care.

According to the NCCN Panel, the use of MRI is optional and is not universally recommended by experts in the field. Breast MRI may be used for staging evaluation to define extent of cancer, in the adjuvant or neoadjuvant setting, to detect the presence of multifocal or multicentric cancer in the ipsilateral breast or as screening of the contralateral breast cancer at time of initial diagnosis. Additional indications for breast MRI include: clinical axillary metastasis with an occult primary cancer; Paget disease of the nipple with breast primary not identified by other breast imaging modalities or physical examination; follow-up screening of patients with prior mammographically undetected breast cancers; and those whose lifetime risk of a second-primary breast cancer is >20% (based on models largely dependent on family history).

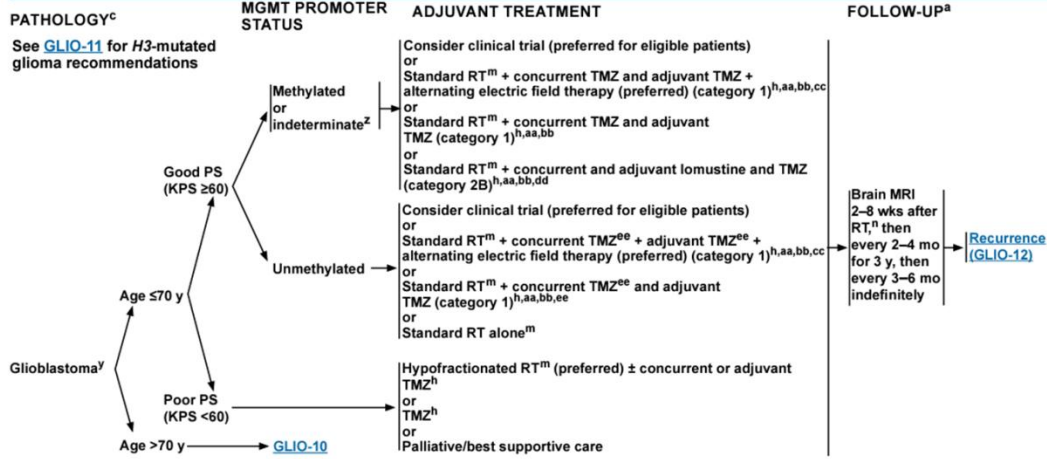
Pathology Assessment: A central component of the treatment of breast cancer is full knowledge of extent of disease and biologic features. Full

7. itiraz

3. Alterne elektrik alan tedavisi için aşagidakilerden hangisi dogrudur?

- A) Yalnızca rekurren hastalıkta kullanılır
- B) Eş zamanlı temozolamid kullanılmaz
- C) Gros total rezeksiyon uygulanan hastalarda katkısı yoktur
- D) Yalnızca supratentorial lezyonlar için uygundur
- E) Alterne elektrik akımı apoptozu artırır

Yanıt:



^a Principles of Brain and Spine Tumor Imaging (BRAIN-A).

^c For recommended molecular diagnostics, see Principles of Brain Tumor Pathology (BRAIN-E).

^h Systemic Therapy Options (GLIO-A).

^m Principles of Radiation Therapy for Brain and Spinal Cord (BRAIN-C).

ⁿ Within the first 3 months after completion of RT and concomitant TMZ, diagnosis of recurrence can be indistinguishable from pseudoprogression on neuroimaging.

^y This pathway also includes gliosarcoma.

^z Consider pyrosequencing if not done (Mansouri A, et al. Neuro Oncol 2019;21:167-178).

^{aa} Combination of modalities may lead to increased toxicity or radiographic changes.

^{bb} There are no clear data that treatment with TMZ beyond 6 months is beneficial, even in patients with MGMT-methylated disease.

^{cc} Alternating electric field therapy is only an option for patients with supratentorial disease.

^{dd} Moderate to significant myelosuppression was observed, but the toxicity profile for this regimen is not yet fully defined.

^{ee} Clinical benefit from TMZ is likely to be lower in patients whose tumors lack MGMT promoter methylation.

Klinik sorularda kaynağımız NCCN olarak belirtilmiştir. Sorunun cevabı NCCN de yukarıda kırmızı ile işaretlenmiştir. NCCN de mezotelyoma ve pancreas için önerilerde yer almamaktadır.

İtiraz reddedilmiştir.

8. İtiraz

59. Yüksek dereceli kondrosarkoma tanısı ile preoperatif radyoterapi uygulanan hastaya R2 rezeksiyon uygulanabilmiştir. Postoperatif radyoterapi planlanan hastanın preoperatif dozu da göz önüne alınarak toplam doz önerisi kaç Gy'dir?

- A) 60-64
- B) 64-68
- C) 68-72
- D) 72-78
- E) 78-82

Yanıt:

Yanlış şık sehven doğru yanıtlanmıştır. Doğru şık itirazlardaki gibi D şıkkı olarak düzeltilmiştir.

İtiraz kabul edilmiştir.

9. itiraz

46. Brakiterapide klinik kullanımda olan radyoizotoplardan hangisi beta emisyonuna sahiptir?

- A) İyot-125
- B) Palladyum-103
- C) Sezyum-137
- D) İridyum-192
- E) Stronsiyum-90

Yanıt:

Isotope	Half-Life	Emission Type	Mean Therapeutic Energy	Half Value Layer mm of Lead
Radium-226	1626 y	Alpha, beta, and gamma	830 keV	16
Iodine-125	59.6 d	Gamma	28 keV	0.025
Palladium-103	17 d	Gamma	21 keV	0.013
Cesium-131	9.6 d	Gamma	29 keV	0.030
Cesium-137	30 yr	Gamma	662 keV	3.28
Iridium-192	74.2 d	Gamma	380 keV	6
Strontium-90/ Yttrium-90	28.8 y/ 2.7 d	Beta	2.27 MeV	<1.
Ruthenium-106	373 d	Beta	3.54 MeV	<1

Cesium-137 ve Iridium-192, sınavın referans kaynağı olan Gunderson'ın Brakiterapi bölümündeki "Brakiterapide kullanılan izotopların fiziksel özellikleri" ile ilgili tabloda (Gunderson 2021, Chapter 20 Brachytherapy, Sayfa 326, Tablo 20.1), Gunderson'ın "İzotopların Özellikleri ve Uygulamaları" başlıklı tablosunda (Gunderson 2021, Section I, Sayfa 140, Tablo 6.14) ve diğer birçok kaynakta "gamma emitter" olarak geçmektedir. Her ikisi de bozunma ürünü olarak ağırlıklı gamma yaydıkları için bu iki izotopun brakiterapideki kullanım tipini gamma emisyonu belirlemektedir. Oysa Stronsiyum-90 saf "beta emitter" olup bozunma ürünü de beta olarak geçmektedir. Cesium-137 ve Iridium-192'nin brakiterapide klinik kullanımda yararlanılan özelliği de dozun beta emisyonuna göre daha derine penetre olduğu gamma emisyonuna ilişkin endikasyonlardır. Öte yandan Stronsiyum-90 saf beta emisyonu nedeniyle dozun daha yüzeysel penetrasyonunun tercih edildiği oküler melanomun plak brakiterapisi (eye-plaque brachytherapy) ile tedavisinde kullanılmaktadır.

Soruda, yukarıdaki tabloda da gösterildiği gibi, izotopların brakiterapide klinik kullanımda yararlanılan yönüyle bağdaştırılarak emisyon tipi sorulmaktadır.

Sonuç olarak **itiraz reddedilmiştir.**

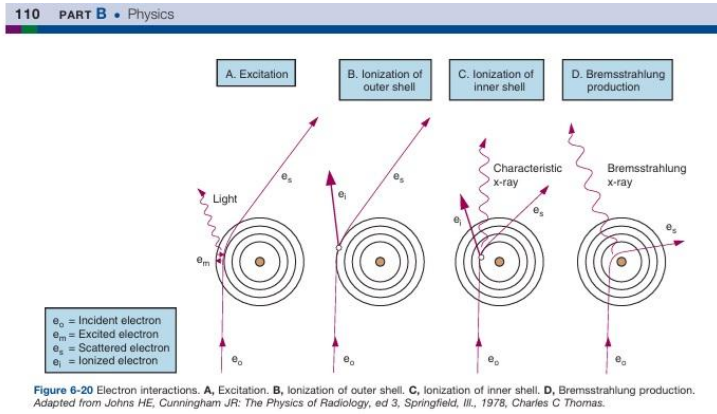
10. İtiraz

76. Elektron ile madde etkileşimlerinden hangisinde karakteristik X ışını oluşur?

- A) Uyarma
- B) İç yörünge elektron etkileşimi
- C) Dış yörünge elektron etkileşimi
- D) Bremsstrahlung üretimi
- E) Fotoelektrik olay

Yanıt:

Fotoelektrik olayı foton-madde etkileşiminin sonucunda görülen bir olaydır. Soruda foton-madde etkileşimi değil elektron-madde etkileşimi sorulmaktadır. Sorunun cevabı 'Gunderson and Tepper Clinical Radiation Oncology'de sayfa 110'da figüre 6-20'de gösterildiği gibidir. Aşağıdaki şekilde olduğu gibi iç yörünge elektron etkileşiminde karakteristik X ışını oluşuyor.



Sonuç olarak **itiraz reddedilmiştir.**

11. İtiraz

73. Yüksek veya çift enerji üreten linak cihazlarında, mikrodalga kaynağı için aşağıdakilerden hangisi yer almalıdır?

- A) Klystron
- B) Magnetron
- C) Flattening filter (Düzleştirici filtre)
- D) Scattering foil (saçıcı folyo)
- E) Bending magnet (bükme mıknatısı)

Yanıt:

Bu soruda klystron'un mikrodalga kaynağı olmadığını Khan Fizik kitabı kaynak gösterilerek itiraz edilmiş. Ancak sınavın kaynak kitabı 'Gunderson and Tepper Clinical Radiation Oncology' olup sayfa 99 (e-kitapta sayfa 100), tablo 6.5 ve satır 3'de bu bilgiye ulaşabilirler.

Sınavın kaynak kitabına göre sorunun cevabı doğru olup **itiraz reddedilmiştir**.

Component	Purpose
Electron gun	Source of electrons to be accelerated
Microwave source	Provides accelerating potential and amplitude (power). Typically, magnetrons are used for ≤ 10 MV; klystrons are used for >10 MV and for most dual-energy machines.
Pulse-forming network	Synchronizes electron bunches with microwave phase
Transmission waveguide	Carries microwave power from its source to the accelerating waveguide
Injector	Injects pulses of current to the electron gun (i.e., drives electron gun)
Accelerating waveguide	Location of electron acceleration through multiple coupled cavities in a linear geometry (i.e., the linear accelerator)
Bending magnet	Used in horizontally oriented accelerating waveguides to redirect the electron beam, for electron energy selection, and for beam focusing
Target (for x rays)	Placed in electron beam for x ray production on electron impact
Scattering foils (for electrons)	Scatter electrons to produce a uniform beam of electrons for treatment
Flattening filter (for x rays)	Flattens the highly peaked x-ray beam exiting the target to produce a uniform beam of x rays for treatment
Monitor chambers	Ionization chambers that monitor the amount of radiation in the beam; count dose and turn machine off when set dose is reached; monitor beam flatness and symmetry
Collimators (secondary)	Provide rectangular field shaping for x rays and set field sizes for electrons
Accessories and beam modifiers† Interlocks‡	Define or modify beam shape or intensity With other control systems, ensure proper operation of linear accelerator for dose assurance and safety

*Components are shown in Figure 6-5.

†Components are not shown in Figure 6-5.

12. itiraz

83. Aşağıdakilerden hangisi klasik folliküler lenfomada kullanılan FLIPI-1 olumsuz prognostik faktörlerinden biridir?

- A) Yaş > 50
- B) Ann-Arbor evresinin >II olması
- C) Hemoglobin <13 g/dL
- D) Serum albümin >2 x normal düzey
- E) Tutulu nodal yerleşim sayısı >3

Yanıt:

FLIPI - 1 CRITERIA ^{a,c,d}	
Age	≥60 y
Ann Arbor Stage	III-IV
Hemoglobin level	<12 g/dL
Serum LDH level	>ULN (upper limit of normal)
Number of nodal sites ^d	≥5
Risk group according to FLIPI chart	
	Number of factors
Low	0-1
Intermediate	2
High	≥3

İtirazda “FLIPI-1 kriterlerine göre yaş>50; yaş>60’ı da kapsamaktadır. Hemoglobin>13 hemoglobin>12’yi de kapsamaktadır. Tutulu nodal yerleşim sayısı>3 tutulu yerleşim sayısı>5’i de kapsamaktadır. Aradaki değerleri de kapsadığı için sorunun tekrar değerlendirilmesini rica ederim.” denilmektedir.

Yukarıdaki tablo ışığında örneğin evre II klasik foliküler lenfoma tanılı 55 yaşında, Hb 12.5 g/dL, LDH değeri normal ve tutulu yerleşim sayısı 4 olan bir hastanın FLIPI-1 kriterlerine göre gerçekte hiçbir olumsuz faktörü olmadığı için düşük risk grubuna girmesi gerekir.

Ancak;

İtiraz eden adayın iddiasına göre “yaş>50; yaş>60’ı da kapsamaktadır” ve bu hastada 55 yaş olumsuz prognostik faktördür. Oysa gerçekte 60 ve üstü yaş prognozu olumsuz hale getirir. Bu nedenle FLIPI-1 kriterlerine göre bu çıkarım yanlıştır.

Yine itiraz eden adayın iddiasına göre “Hemoglobin>13 hemoglobin>12’yi de kapsamaktadır.” ve bu hastada Hb’in 12.5 g/dL olması olumsuz prognostik faktördür. Oysa gerçekte Hb’in 12 g/dL altındaki düzeyi prognozu olumsuz hale getirir. Bu nedenle FLIPI-1 kriterlerine göre bu çıkarım yanlıştır.

Son olarak itiraz eden adayın iddiasına göre “Tutulu nodal yerleşim sayısı>3 tutulu yerleşim sayısı>5’i de kapsamaktadır.” ve bu hastada tutulu yerleşim sayısının 4 olması olumsuz prognostik faktördür. Oysa gerçekte tutulu yerleşim sayısının 5 ve üstü olması prognozu olumsuz hale getirir. Bu nedenle FLIPI-1 kriterlerine göre bu çıkarım yanlıştır.

Sonuç olarak sorunun yapısı doğru tasarlanmış olup **itiraz kabul edilmedi.**

13. İtiraz

85. Non-hodgkin lenfomada, Lugano yanıt kriterlerine göre tam metabolik yanıt için PET-BT'de Deauville skoru kaçın altında olmalıdır?

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4
- E) 5

Yanıt:

Printed by Ayşe Demiral on 11/06/2024 3:35:49 PM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All Rights Reserved.

Q complete response

National Comprehensive Cancer Network*

NCCN Guidelines Version 3.2024
B-Cell Lymphomas

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

LUGANO RESPONSE CRITERIA FOR NON-HODGKIN LYMPHOMA
PET should be done with contrast-enhanced diagnostic CT and can be done simultaneously or at separate procedures.

Response	Site	PET-CT (Metabolic response)	CT (Radiologic response) ^d
Complete response	Lymph nodes and extralymphatic sites	Score 1, 2, 3 ^a with or without a residual mass on 5-point scale (5-PS) ^{b,c}	All of the following: Target nodes/nodal masses must regress to ≤1.5 cm in longest transverse diameter of a lesion (LD) No extralymphatic sites of disease
	Non-measured lesion	Not applicable	Absent
	Organ enlargement	Not applicable	Regress to normal
	New lesions	None	None
	Bone marrow	No evidence of FDG-avid disease in marrow	Normal by morphology; if indeterminate and flow cytometry IHC negative
Partial response	Lymph nodes and extralymphatic sites	Score 4 or 5 ^b with reduced uptake compared with baseline. No new progressive lesions. At interim these findings suggest responding disease. At end of treatment these findings may indicate residual disease.	All of the following: ≥50% decrease in SPD of up to 6 target measurable nodes and extranodal sites When a lesion is too small to measure on CT, assign 5 mm x 5 mm as the default value. When no longer visible, 0x0 mm For a node ≥5 mm x 5 mm, but smaller than normal, use actual measurement for calculation
	Non-measured lesion	Not applicable	Absent/normal, regressed, but no increase
	Organ enlargement	Not applicable	Spleen must have regressed by >50% in length beyond normal
	New lesions	None	None
	Bone marrow	Residual uptake higher than uptake in normal marrow but reduced compared with baseline (diffuse uptake compatible with reactive changes from chemotherapy allowed). If there are persistent focal changes in the marrow in the content of a nodal response, consider further evaluation with biopsy, or an interval scan.	Not applicable

Reprinted with permission. © 2014 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved. Cheson B, Fisher R, Barrington S, et al. Recommendations for initial evaluation, staging and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol 2014;32:3059-3068.

Referans kaynak olan NCCN'deki B-cell lymphomas NHODG-C 1 OF 3, Lugano Yanıt Kriterleri Tablosu yukarıda yer almaktadır. Burada da çok net görüldüğü üzere mevcut durumda NHL için Lugano Yanıt Kriterlerinde "Deauville skoru 1, 2 ve 3 herhangi bir rezidüel kitle eşlik edip etmediğine bakılmaksızın" TAM YANIT olarak kabul edilmektedir.

Tablonun devamındaki dipnotta itiraz eden adayın da belirttiği üzere "Score 3 in many patients indicates a good prognosis with standard treatment, especially if at the time of an interim scan. However, in trials involving PET where deescalation is investigated, it may be preferable to consider score 3 as an inadequate response (to avoid under-treatment)." ifadesi yer almaktadır. Burada kastedilen, yalnızca PET yanıtına dayalı doz de-

eskalasyonunun araştırıldığı klinik çalışmalarda DS 3'ün yetersiz yanıt kabul edilmesinin tercih edilebileceğidir. Bu öneri, standart tedavilerin uygulandığı, kemoterapi veya radyoterapinin dozunun düşürülmeksizin verildiği rutin klinik pratik için geçerli değildir. Söz konusu öneri yalnızca klinik çalışmalardan doz de-eskalasyonu yapılanlar için geçerlidir. Nitekim bu öneri rutin klinik pratikte tüm hastalar için geçerli olsa yukarıdaki tabloda DS 3 TAM YANIT değil PARSİYEL YANIT kategorisinde sınıflandırılmış olurdu.

Sonuç olarak **itiraz kabul edilmedi.**