

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

Doç. Dr. Erman Aytaç, EBSQ-C, FASCRS
Acibadem Üniversitesi

Metastatik kolon kanserinde tedavi yönetimi.
Primeri asemptomatik metastatik kolon kanserlerinde primer tümörün rezeksiyonunun yeri var mı?

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri

- Kolorektal kanser (KRK) hastalarının yaklaşık %20-25'ini eşzamanlı metastatik hastalık (evre IV) ile başvurur
- Evre IV kolon kanseri
 - Rezektabl (karaciğer ve akciğer)
 - Non-rezektabl

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri Rezektabl

- Kemoterapi → rezeksiyon (senkron veya aşamalı)
- Rezeksiyon (senkron veya aşamalı) → kemoterapi

NCCN 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri Rezektabl

- Tanı anında klinik evreleme (PET-MR-Biyopsi)
- Kemosensitivite ve tümörün doğal seyri belirlenebildiği için cerrahi öncesi kemoterapiye başlanması daha yaygın olarak tercih edilen bir yaklaşımdır
- Metastazların ve primer tümörün rezeksiyonu için en iyi yaklaşım konusunda fikir birliği yoktur

Abu Hilal Ann Surg 2018

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri Rezektabl

- Tedavi yaklaşımının vaka bazlı multi disiplinler tümör konseyi (MDTK) tarafından belirlenmesi tavsiye edilir
- Rezeksiyon senkron veya aşamalı olabilir
- Bu karar cerrahin tercihinin, rezeksiyonun genişliğine ve hastanın genel durumuna bağlıdır

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri Rezektabl

Cerrahinin prensipleri (Karaciğer)

- Karaciğer rezeksiyonu primer tedavi seçeneğidir
- Karaciğer fonksiyonlarını bozmadan R0 anatomik rezeksiyon yapmak olmalıdır
- Mümkün ise tek fazda primer ve metastazların rezeksiyonu yapılmalıdır (Kompleks olgularda aşamalı yaklaşım önerilir)

NCCN 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Rezektabl
Cerrahinin prensipleri (Karaciğer)

- Ablatif yaklaşımlar metastatik lezyonu ve primer tümörün rezeksiyonu ile kullanılabilir
- Debulgig cerrahisi önerilmez

NCCN 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Cerrahinin prensipleri
(Karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonları)

Kategori	Kontrendikasyon
Teknik	
1. Kesin	<ul style="list-style-type: none"> • R0 rezeksiyonun preoperatif olarak net bir şekilde mümkün olmaması • %30 un altında karaciğer volümünün kalması • Karaciğer dışı rezektabil olmayan metastaz varlığı

Van Cutsem Ann Oncol 2016 (ESMO Consensus)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Cerrahinin prensipleri
(Karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonları)

Kategori	Kontrendikasyon
Teknik	
2. Relatif	<ul style="list-style-type: none"> • R0 rezeksiyonun kompleks bir teknik ile mümkün olması ➢ Portal ven embolizasyonu ➢ 2 evreli hepatektomi ➢ Ablatif teknikler ile rezeksiyon

Van Cutsem Ann Oncol 2016 (ESMO Consensus)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Cerrahinin prensipleri
(Karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonları)

Kategori	Kontrendikasyon
Onkolojik	
1.	Rezektabl olmayan ekstrahepatik metastatik hastalık
2.	5 in üzerinde metastatik lezyonun varlığı
3.	Tümör progresyonu

Van Cutsem Ann Oncol 2016 (ESMO Consensus)

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Rezektabl
Cerrahinin prensipleri (Akciğer)

- Fonksiyon kaybı olmadan R0 rezeksiyon
- Rezektabl akciğer dışı metastazlar akciğer metastazının rezeksiyonuna engel değildir
- Uygun hastalarda eş zamanlı ya da evreli rezeksiyon yapılabilir
- Metastatik hastanın lokal tedaviye uygunluğu sistemik tedavi altında 2 aylık periyotlarda değerlendirilmelidir

NCCN 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Metastatik kolon kanseri
Oligometastatik hastalık

- Karaciğer, akciğer, periton, lenf nodları, beyin, kemik gonadlar
- >4 organdan fazla tutulumda rezeksiyon sağ kalımı göreceli olarak uzatılabilir ancak bu durum tartışmalıdır

Weiser Oncology 2013

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

- Evre 4 kolorektal kanser hastalarını % 77' sinde rezeksiyona uygun olmayan hastalık vardır
- Konversiyon kemoterapisi alan ve rezektabl olan olguların yaşam beklentisi opere olduktan sonra başlangıçta rezektabl olan olgular ile benzerdir

Adam Ann Surg 2004

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

- Semptomatik primer tümörün palyatif rezeksiyonu sıklıkla **kanama, perforasyon ve/veya obstrüksiyon** durumunda yapılır
- Ancak asemptomatik primer tümörü olan hastalarda primer tümör rezeksiyonu (PTR) endikasyonuna ilişkin sınırlı kanıt vardır

van Rooijen Eur J Cancer 2018

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

Neden asemptomatik primere cerrahi önerilmiyor

- Sağkalım yararının prospektif olarak gösterilememesi
- Cerrahinin yaşamı uzatan ve yaşam konforunu arttıran sistemik tedaviyi geciktirmesi

van Rooijen Eur J Cancer 2018

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

Neden asemptomatik primere cerrahi önerilmiyor

- Primer tümör cerrahisi geçiren metastatik KRK hastalarında, %20-30 postoperatif morbidite ve %1-6 perioperatif mortalite riski vardır
- Birincil tümörün çıkarılmasında uzak metastazların vaskülarizasyonu üzerinde uyarıcı bir etki gösterebilmektedir

Galizia Arch Surg 2008
Van Der Wal Ann Surg 2012

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

Neden asemptomatik primere cerrahi yapılabilir

- Cerrahi, sistemik tedaviye bağlı miyelosupresyon sırasında ortaya çıktığında (%7) morbid ve mortal olabilen lokal komplikasyonları önleyebilir
- Kemoterapi sırasında primer tümör komplikasyonu yaşayan hastaların kötü prognostik sonuçlara sahiptir

Stillwell W J Surg 2010

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Metastatik kolon kanseri
Rezektabl olmayan**

Neden asemptomatik primere cerrahi yapılabilir

- Cerrahi ayrıca, özellikle peritoneal metastazların varlığı ile ilgili olarak, peritonun görüntülenmesiyle hastalığın daha iyi evrenmesini sağlar
- Senkronize mKRK'de primer tümör rezeksiyonunun sağkalım yararına yol açabileceğini gösteren vaka serileri vardır

Faron Eur J Cancer 2015

ORIGINAL CONTRIBUTION

The Role of Palliative Resection for Asymptomatic Primary Tumor in Patients With Unresectable Stage IV Colorectal Cancer

- 2000 - 2008, n=416 asemptomatik rezektabl olmayan evre 4 KRK
- n=218 palliyatif rezeksiyon ve n=198 palyatif sistemik tedavi (oksalaplatin temelli n=115, heterojen)
- Propensity skoru eşleme: Yaş, cinsiyet, BMI, ASA, tümör lokasyonu, Cea, tümör çapı, invazyon derinliği ve lenf nodu metastazı

TABLE 1. Patient demographics

	Study cohort			Matched cohort		
	FE (n=115)	AR (n=198)	P	FE (n=115)	AR (n=115)	P
Sex			0.83			0.49
Female	77 (67.0)	68 (34.3)		40 (34.8)	45 (39.1)	
Male	38 (33.0)	130 (65.7)		75 (65.2)	69 (60.2)	
Age, y (median [range])	59 (23-89)	59 (23-79)	0.88	59 (23-89)	60 (23-79)	0.92
BMI, kg/m ² (median [range])	23.4 (16.0-34.0)	23.3 (17.1-35.2)	0.58	23.4 (16.0-31.7)	23.3 (17.1-35.2)	0.19
ASA			0.45			0.52
I (1-2)	54 (47.0)	50 (25.3)		27 (23.5)	25 (22.7)	
II (3-4)	61 (53.0)	148 (74.7)		88 (76.5)	90 (78.4)	
III (5-6)	0	0		0	0	
Site of metastasis						
Liver	10 (8.7)	161 (81.3)	0.006	9 (7.8)	100 (88.2)	0.03
Lung	41 (35.6)	77 (38.9)	0.92	21 (18.3)	33 (29.2)	0.002
Distal LN	1 (0.9)	86 (43.4)	<0.001	1 (0.9)	73 (64.2)	0.001
Peritoneum	48 (42.0)	25 (12.6)	0.01	44 (38.4)	15 (13.3)	0.04
Brain	3 (2.6)	13 (6.6)	0.002	1 (0.9)	5 (4.4)	0.001
Other	19 (17)	13 (6.6)	0.41	5 (4.4)	5 (4.4)	1.00
Clinical stage			0.12			0.32
T2	4 (3.5)	11 (5.6)		2 (1.7)	4 (3.5)	
T3	100 (86.5)	177 (88.4)		103 (89.3)	101 (88.4)	
N0	21 (18.3)	16 (8.1)	0.44	8 (7.0)	6 (5.2)	0.55
Clinical N stage						
N0	27 (23.5)	26 (13.1)		13 (11.3)	17 (15.0)	
N1	80 (69.7)	70 (35.4)		52 (45.0)	58 (50.8)	
N2	8 (7.0)	102 (51.5)		40 (34.7)	38 (33.4)	
M stage			<0.001			0.78
M0	130 (114.0)	72 (36.4)		71 (61.6)	64 (55.7)	
M1	85 (74.0)	126 (63.6)		42 (36.5)	44 (38.6)	
Peritoneal CEA, >5 ng/mL	162 (141.0)	183 (92.4)	0.002	100 (86.9)	102 (89.2)	0.001
Cell type			0.002			0.001
MSI-H	172 (149.0)	179 (89.9)		98 (85.2)	100 (88.5)	
MSI-L	40 (34.7)	19 (9.6)		11 (9.6)	13 (11.3)	
MSI-E	3 (2.6)	4 (2.0)		2 (1.7)	2 (1.7)	

All values presented as n (% unless noted otherwise). FE = palliative resection; AR = resection; LN = lymph node; M0 = well-differentiated; M1 = moderately differentiated; M2 = poorly differentiated; M3 = mucinous; SR = sigmoid ring sign.

Yun Dis Colon Rectum 2014

TABLE 2. Univariate and multivariate analysis for prognostic variables for overall survival by type of palliative treatment

Variable	Univariate		Multivariate	
	HR (95% CI)	P	HR (95% CI)	P
Sex		0.82		0.82
Female	0.93 (0.79-1.09)			
Male	1.00			
Age		0.99		0.99
1-20	1.00			
21-30	1.00			
31-40	1.00			
41-50	1.00			
51-60	1.00			
61-70	1.00			
71-80	1.00			
81-90	1.00			
91-100	1.00			
101-110	1.00			
111-120	1.00			
121-130	1.00			
131-140	1.00			
141-150	1.00			
151-160	1.00			
161-170	1.00			
171-180	1.00			
181-190	1.00			
191-200	1.00			
201-210	1.00			
211-220	1.00			
221-230	1.00			
231-240	1.00			
241-250	1.00			
251-260	1.00			
261-270	1.00			
271-280	1.00			
281-290	1.00			
291-300	1.00			
301-310	1.00			
311-320	1.00			
321-330	1.00			
331-340	1.00			
341-350	1.00			
351-360	1.00			
361-370	1.00			
371-380	1.00			
381-390	1.00			
391-400	1.00			
401-410	1.00			
411-420	1.00			
421-430	1.00			
431-440	1.00			
441-450	1.00			
451-460	1.00			
461-470	1.00			
471-480	1.00			
481-490	1.00			
491-500	1.00			
501-510	1.00			
511-520	1.00			
521-530	1.00			
531-540	1.00			
541-550	1.00			
551-560	1.00			
561-570	1.00			
571-580	1.00			
581-590	1.00			
591-600	1.00			
601-610	1.00			
611-620	1.00			
621-630	1.00			
631-640	1.00			
641-650	1.00			
651-660	1.00			
661-670	1.00			
671-680	1.00			
681-690	1.00			
691-700	1.00			
701-710	1.00			
711-720	1.00			
721-730	1.00			
731-740	1.00			
741-750	1.00			
751-760	1.00			
761-770	1.00			
771-780	1.00			
781-790	1.00			
791-800	1.00			
801-810	1.00			
811-820	1.00			
821-830	1.00			
831-840	1.00			
841-850	1.00			
851-860	1.00			
861-870	1.00			
871-880	1.00			
881-890	1.00			
891-900	1.00			
901-910	1.00			
911-920	1.00			
921-930	1.00			
931-940	1.00			
941-950	1.00			
951-960	1.00			
961-970	1.00			
971-980	1.00			
981-990	1.00			
991-1000	1.00			

Yun Dis Colon Rectum 2014

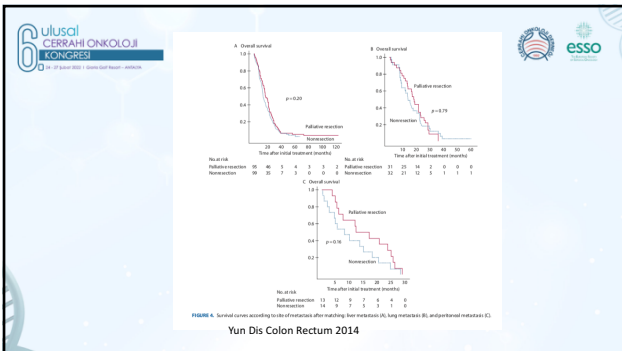
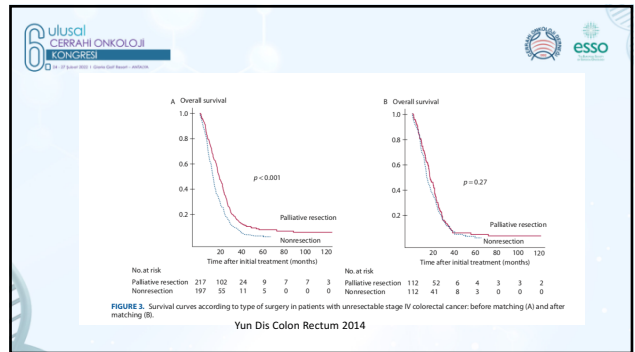


TABLE 4. Characteristics of patients who eventually underwent palliative resection after initial chemotherapy

Pt	Sex	Age	Primary tumor	M status	First-line chemo	Surgery-free time, mo	Reason for surgery	Surgery type	OS, mo	Death
1	M	53	Colon	M1a	XELOX	20.1	Perforation	Right colectomy	28.1	DOD
2	F	52	Colon	M1b	FOLFOX	8.3	Obstruction	Right colectomy	11.7	DOD
3	F	52	Colon	M1b	FOLFOX	4.0	Chemo response (+)	AR	17.5	DOD
4	F	72	Colon	M1a	FOLFOX + Avastin	12.2	Obstruction	Right colectomy	24.4	DOD
5	M	77	Colon	M1b	Xeloda	2.4	Perforation	AR	7.7	DOD
6	M	68	Colon	M1b	FOLFOX	3.0	Obstruction	AR	7.2	DOD
7	M	62	Rectum	M1b	XELRX	5.3	Obstruction	Hartmann procedure	12.2	DOD
8	M	75	Colon	M1a	XELOX + Avastin	4.5	Chemo response (+)	AR	24.0	DOD
9	M	32	Colon	M1a	FOLFOX	5.4	Perforation	AR	25.4	DOD

N = 9.
Chemo = chemotherapy; OS = overall survival; AR = anterior resection; DOD = died of disease.

Yun Dis Colon Rectum 2014

ORIGINAL CONTRIBUTION

The Role of Palliative Resection for Asymptomatic Primary Tumor in Patients With Unresectable Stage IV Colorectal Cancer

- Rezeke edilemeyen metastazı olan kolorektal kanserli hastalarda primer asemptomatik bir tümörün rezeksiyonu genel sağ kalımda katkı sağlamamıştır

Yun Dis Colon Rectum 2014

Prognostic value of primary tumour resection in synchronous metastatic colorectal cancer: Individual patient data analysis of first-line randomised trials from the ARCAD database*

European Journal of Cancer 91 (2015) 99–106

Included trials in IPD analysis from ARCAD database:

Study name	Treatment arm	No. of patients	No. of patients with available data (%)
CAIRO1 [13]	CAP + IR1 → CAPOX	410	401 (98%)
	CAPIR1 → CAPOX	410	402 (98%)
CAIRO2 [14]	CAPOX/B	378	370 (98%)
	CAPOX/B/C (KRASwt)	99	98 (99%)
05-TD44 [15]	CAPOX/B/C (KRASwt)	162	159 (98%)
	FOLFOX	174	161 (93%)
MACRO [16]	CAPOX	174	151 (87%)
	CAPOX/B → CAPOX/B	241	228 (95%)
GONO [17]	FOLFIRI	239	229 (96%)
	FOLFIRI	122	27 (22%)
FIRE II (CROK) [18]	FOLFIRI	122	15 (12%)
	CAPR1C (KRASwt)	31	28 (90%)
FIRE III [19]	CAPR1C (KRASwt)	44	39 (89%)
	CAPOX/C (KRASwt)	20	18 (90%)
FIRE III [19]	CAPOX/C (KRASwt)	51	47 (92%)
	FOLFIRI/B	295	270 (92%)
TRIBE [40]	FOLFIRI/B	297	275 (93%)
	FOLFIRI/B	256	254 (99%)
	FOLFIRI/B	252	251 (100%)

n=3423

8 RKT öncelikli sistemik tedavi

Abbreviations: CAP = capecitabine, OX = oxaliplatin, IR1 = irinotecan, B = bevacizumab, FOLFIRI = 5FU/LV + irinotecan, FOLFLOXIRI = 5FU/LV + oxaliplatin + irinotecan, FU = 5FU, wt = wild-type, nt = mutant, IPD, individual patient data.

Prognostic value of primary tumour resection in synchronous metastatic colorectal cancer: Individual patient data analysis of first-line randomised trials from the ARCAD database*

Fig. 1. Overall survival (OS), univariate analysis.

Group	Eventual	Median OS	Unadjusted HR (95% CI)
Synchronous unresected	536/707	16.4 m	1.79 (1.59–2.01)
Synchronous resected	1188/1700	22.2 m	1.12 (1.02–1.23)
Metastatic	712/1005	22.4 m	Ref.

1.40 (1.44–1.76)

Prognostic value of primary tumour resection in synchronous metastatic colorectal cancer: Individual patient data analysis of first-line randomised trials from the ARCAD database*

Fig. 2. Progression-free survival (PFS), univariate analysis.

Group	Eventual	Median PFS	Unadjusted HR (95% CI)
Synchronous unresected	649/706	7.3 m	1.42 (1.28–1.57) < 0.0001
Synchronous resected	1517/1700	9.7 m	1.08 (0.99–1.18)
Metastatic	912/1005	8.8 m	Ref.

1.31 (1.19–1.44) p < 0.0001

Prognostic value of primary tumour resection in synchronous metastatic colorectal cancer: Individual patient data analysis of first-line randomised trials from the ARCAD database*

European Journal of Cancer 91 (2015) 99–106

- Primer tümör rezeksiyonun öncelendiği olgularda RO a ulaşıldığında en iyi sağ kalım sonuçları alınmaktadır

Primary Tumor Resection Plus Chemotherapy Versus Chemotherapy Alone for Colorectal Cancer Patients With Asymptomatic, Synchronous Unresectable Metastases (COG1007; iPACS): A Randomized Clinical Trial

Journal of Clinical Oncology 37(12):1255-1263 (2019)

- Faz III, Primer tümör rezeksiyonu (PTE) + kemoterapi vs sadece kemoterapi
- 3 ya da daha az organı etkileyen metastatik hastalık (Karaciğer, akciğer, lenf bezi ve periton)
- Kemoterapi (mFOLFOX6 + bevacizumab ya da CapeOX + bevacizumab)
- 2012-2019 n=165 sadece KT n=84 ve PTE + KT n=81

J Clin Oncol 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

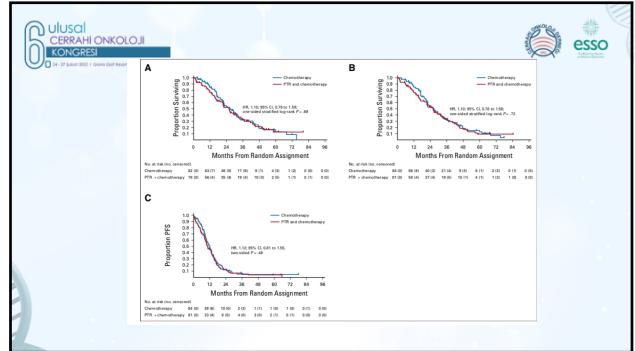
Primary Tumor Resection Plus Chemotherapy Versus Chemotherapy Alone for Colorectal Cancer Patients With Asymptomatic, Synchronous Unresectable Metastases (JCOG1007; iPACS): A Randomized Clinical Trial

Yakuplu Kavutcu, MD¹, Kemal Sıkıç, MD², Jale Mısıroğlu, MD³, Tamer Hamoğlu, MD, PhD⁴, Özgür Dülücü, MD, PhD⁵, Kadir Karaman, MD, PhD⁶, Mustafa Kaya, MD, PhD⁷, Mustafa Öner, MD, PhD⁸, Mustafa İnan, MD, PhD⁹, Ömer Şenol, MD¹⁰, Ali Rızaoğlu, MD, PhD¹¹, Tamerhan Taş, MD¹², Fazıl Hamoğlu, MD¹³, Kemal Karaman, MD, PhD¹⁴, Mustafa İnan, MD, PhD¹⁵, Jale Mısıroğlu, MD, PhD¹⁶, Recep Yıldırım, MD¹⁷, Mustafa Öner, MD, PhD¹⁸, Mustafa Kaya, MD, PhD¹⁹, Mustafa Öner, MD, PhD²⁰, Mustafa Öner, MD, PhD²¹, Mustafa Öner, MD, PhD²², Mustafa Öner, MD, PhD²³, Mustafa Öner, MD, PhD²⁴, Mustafa Öner, MD, PhD²⁵, Mustafa Öner, MD, PhD²⁶, Mustafa Öner, MD, PhD²⁷, Mustafa Öner, MD, PhD²⁸, Mustafa Öner, MD, PhD²⁹, Mustafa Öner, MD, PhD³⁰

Abstract:

- Ortanca takip süresi 22 ay, ortanca sağ kalm süresi 26 ay
- n=3 PTE sonrası erken portop mortalite
- Laparoskopik ve açık cerrahi
- Lenf adenektomi seviyesi : D1-3

J Clin Oncol 2021



6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

TABLE 2. Morbidity and Mortality Post PTE

Characteristic	PTE Plus Chemotherapy (n = 77)*
PTFE performed	74 (96%)
Operative time (minutes)	189 (146-248)
Surgical approach	
Open surgery	42 (55%)
Laparoscopic surgery	39 (45%)
Surgical procedure	
Partial resection of colon	23 (27%)
Sigmoidectomy	27 (35%)
High anterior resection	14 (18%)
Low anterior resection	11 (14%)
Stoma	2 (3%)
Lympho	1 (1%)
Other	1 (1%)
Multicenter resection	
No	74 (96%)
Yes	3 (4%)
Postoperative morbidity	3 (4%)
Early postoperative morbidity	29 (38%)
Grade 3/4	16 (21%)
Grade 4	2 (3%)

Abbreviations: PTE, primary tumor resection.
*Four patients who did not undergo surgery were excluded. Some percentages do not add up to 100 because of rounding.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

TABLE 3. Hematological and Nonhematological Adverse Events Associated With Chemotherapy

AE	Chemotherapy Alone (n = 70)		PTE Plus Chemotherapy (n = 83)	
	Grade 1,2, n (%)	Grade 3, n (%)	Grade 1,2, n (%)	Grade 3, n (%)
Leukopenia*	34 (49)	7 (10)	30 (36)	6 (7)
Neutropenia*	32 (46)	2 (3)	24 (29)	4 (5)
Anemia*	69 (98)	2 (3)	58 (70)	1 (1)
Thrombocytopenia*	46 (66)	0	39 (48)	0
Fatigue*	2 (3)	0	0	0
Hypokalemia*	4 (6)	0	4 (5)	0
Hypomagnesemia*	42 (60)	0	49 (60)	3 (4)
Increased ALT†	36 (51)	3 (4)	37 (45)	3 (4)
Increased alkaline phosphatase†	81 (115)	0	83 (101)	0
Anorexia	36 (51)	0	36 (44)	2 (3)
Diarrhea	39 (56)	2 (3)	21 (26)	1 (1)
Nausea	24 (34)	1 (1)	1 (1)	0
Dyspepsia	23 (33)	1 (1)	21 (26)	4 (5)
Abdominal pain	11 (16)	0	11 (13)	0
Abdominal tenderness	19 (27)	1 (1)	19 (23)	3 (4)
Mucositis††	6 (9)	0	4 (5)	0
Oral mucositis	28 (39)	0	27 (33)	2 (3)
Stomatitis††	4 (6)	0	0	0
Dysphagia	22 (31)	0	24 (29)	0
Difficulty swallowing	1 (1)	0	2 (3)	0
Stomatitis††	61 (87)	4 (6)	49 (60)	6 (7)
Mouth sore††	3 (4)	1 (1)	8 (10)	1 (1)
Headache	23 (33)	0	19 (23)	1 (1)
Maximum grade of any nonhematological AE	52 (74)	28 (40)	33 (40)	2 (3)

Abbreviations: AE, adverse event; PTE, primary tumor resection.
*The patient missing in chemotherapy group because of the history test at baseline.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

Primary Tumor Resection Plus Chemotherapy Versus Chemotherapy Alone for Colorectal Cancer Patients With Asymptomatic, Synchronous Unresectable Metastases (JCOG1007; iPACS): A Randomized Clinical Trial

Yakuplu Kavutcu, MD¹, Kemal Sıkıç, MD², Jale Mısıroğlu, MD³, Tamer Hamoğlu, MD, PhD⁴, Özgür Dülücü, MD, PhD⁵, Kadir Karaman, MD, PhD⁶, Mustafa Kaya, MD, PhD⁷, Mustafa Öner, MD, PhD⁸, Mustafa İnan, MD, PhD⁹, Ömer Şenol, MD¹⁰, Ali Rızaoğlu, MD, PhD¹¹, Tamerhan Taş, MD¹², Fazıl Hamoğlu, MD¹³, Kemal Karaman, MD, PhD¹⁴, Mustafa İnan, MD, PhD¹⁵, Jale Mısıroğlu, MD, PhD¹⁶, Recep Yıldırım, MD¹⁷, Mustafa Öner, MD, PhD¹⁸, Mustafa Kaya, MD, PhD¹⁹, Mustafa Öner, MD, PhD²⁰, Mustafa Öner, MD, PhD²¹, Mustafa Öner, MD, PhD²², Mustafa Öner, MD, PhD²³, Mustafa Öner, MD, PhD²⁴, Mustafa Öner, MD, PhD²⁵, Mustafa Öner, MD, PhD²⁶, Mustafa Öner, MD, PhD²⁷, Mustafa Öner, MD, PhD²⁸, Mustafa Öner, MD, PhD²⁹, Mustafa Öner, MD, PhD³⁰

Abstract:

Asemptomatik primer tümörün rezeksiyonu ve senkronize rezeke edilemeyen metastazları olan KRK'lı hastalar için onkolojik sağ kalımı uzatan standart tedavi yaklaşımı değildir

J Clin Oncol 2021

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

Çıkarım

Asemptomatik primer tümörün rezeksiyonu ve senkronize rezeke edilemeyen metastazları olan KRK'lı hastalar için onkolojik sağ kalımı uzatan standart tedavi yaklaşımı değildir

