Meme Derneği Samsun 2004

TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ
Hayat için bilimin izinde...

TÜRK RADYASYON ONKOLOJİSİ DERNEĞİ
Bilimin ışığıyla aydınlık yarınlara...

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE MEME HASTALIKLARI DERNEKLERİ FEDERASYONU

6. KARADENİZ MEME KONGRESİ

9-11 Mart 2023

Sheraton Otel, Samsun



CUMHURİYETİMİZİN 100. YILI

BİLDİRİ ÖZETLERİ

6. KARADENİZ MEME KONGRESİ

BİLDİRİ ÖZETLERİ

9-11 Mart 2023

Sheraton Otel, Samsun

CUMHURİYETİMİZİN 100. YILI

SÖZEL BİLDİRİLER

S01 Triple negatif meme kanserinde klinikopatolojik özellikler ve tedavi yanıtı, tek merkez deneyimi

Nargiz Majidova, Abdussamet Çelebi, Selver Işık, Osman Köstek, İbrahim Vedat Bayoğlu
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Triple negatif meme kanseri (TNMK) meme kanserlerinin %10-20'ni oluşturmakta olup, 40 yaş altı kadınlarda daha sık görülmektedir. Östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ve human reseptör büyüme faktörü-2 (HER-2) reseptörlerinin ekspresyonun olmayışı ile karakterize olup yüksek invaziflik ve yüksek metastatik potansiyeli ile kötü prognoz gibi klinik özelliklere sahiptir. Ensık nüks oranı ilk 3 yıldadır, 6.yıldan sonra nüksü nadir görülür. Nüks oranı her zaman evre ve nodal durum ile uyumlu değildir.

TNMK hastaların yaklaşık %20 kadarı ise BRCA1ve/veya 2 geninde patolojik varyasyon ile ilişkilidir. Bu çalışmada amacımız non-metastatik TNMK'li hastaların klinikopatolojik özellikleri ve tedavi yanıt sonuçlarını literatür eşliğinde sunmaktır.

Materyal metod:

Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde 18 yaş ve üstü, 500 erken evre meme kanseri tanılı dosya arasından merkezimizde tedavisi ve takibi yapılan 52 non-metastatik triple negatif meme kanseri hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, histolojik özellikleri, sağkalımı etkileyen faktörler, genel sağkalım süreleri incelendi.

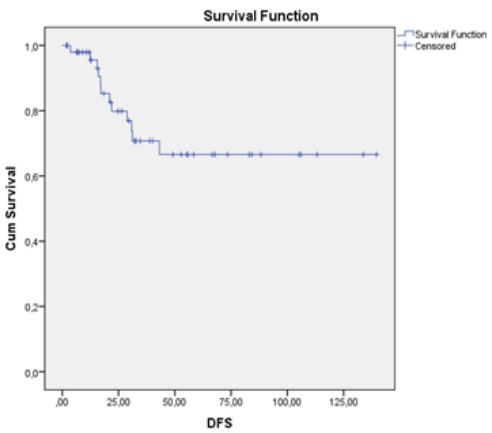
Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 52 hastanın hepsi kadındı. Hastaların medyan yaşı 49 (IQR: 43-60). Hastaların 48 (%92)'si ECOG 0'dı. Aile hikayesi 22 (% 42) hastada saptandı. Beş (%10) hastada BRCA1ve/veya 2 geninde patolojik varyasyon mevcuttu. En sık saptanan histolojik alt tip 42 (% 81) ile invaziv duktal karsinomdu. Hastaların 30 (%58)'i postmenapozal, 22 (%42)'si premenapozal idi. Otuzsekiz (%91) hastada grad 3 hastalık mevcut idi. Ki-67 proliferasyon indeksi ortalama % 40 (33-60) bulundu. Hastaların 37 (%71)'de klinik lenf nodu pozitifdi. Klinik olarak 6 hasta evre 1 iken 29'u evre 2 ve 17'si evre 3 idi. 36 (%69) hasta ise neoadjuvan kemoterapi (NAKT) aldı. Neoadjuvan tedavi olarak antrasiklin/siklofosfamid kombinasyonu ve sonrasında taksan verildi ve bunların 11(%26)'a karboplatin eklendi. Evre 2 NAKT verilen 20 hastanın 7'sinde tam yanıt, 9'da parsiyel yanıt ve 4'de stabil hastalık görüldü. Evre 3 NAKT verilen 16 hastada ise 1 patolojik tam yanıt, 3 stabil hastalık, 12 parsiyel regresyon görüldü. Post-op rezidü hastalığı kalan 28 hastanın 14 (%50)'si operasyon sonrası rezidü olması nedeniyle kapesitabin aldı. Hastaların 23 (%55)'i aksillar diseksiyon, 19 (%45)'i sentinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı. 24 (%53) hasta meme koruyucu cerrahi, 21 (%47) modifiye radikal mastektomi yapıldı. Takiplerinde sadece 11 (%24) hastada progresyon gelişti, bunların 3'ü lokal nüks ve 5'i akciğer diğerleri de 1'er tane olmak üzere karaciğer, beyin ve karşı meme metastazı şeklinde idi. Medyan takip süresi 30 ay (2-88) idi ve tüm hastaların sadece 5 (%10)'u vefat etmiş idi. 3 yıllık hastalıksız sağkalım (DFS) %70,7; iken 5 yıllık DFS %66.6 idi (Resim 1). Tam yanıt olan 2 hastada progresyon saptanmadı.

Sonuç:

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak tüm meme vakalarının %10'u idi, medyan yaş 49, gBRCA 1ve 2 mutasyonu %10 oranında idi. Triple negatif meme kanseri hastalarımız daha yüksek histolojik dereceye sahipti. Ki 67 proliferasyon indeks ortalaması %40 (23-60) saptandı. Hastaların daha yüksek oranda neoadjuvan kemoterapi aldığı görüldü. Neoadjuvan kemoterapi olarak da son bilgiler eşliğinde platin tedavisinin eklenme sıklığının da arttığı görüldü. Çalışmamızın alınma/dışlanma kriterleri göz önüne alındığı, yüksek hasta sayılı, çok merkezli çalışmalarla gücü artırılabilir.

Anahtar kelimeler: DFS, meme kanseri, triple negatif



Resim 1: 3 ve 5 yıllık DFS oranı

S02 Metastatik Her 2 Pozitif Meme Kanserinde Hastaların Demografik Özellikleri ve Tedavi Yanıt Sonuçları, Tek Merkez Deneyimi

Nadiye Sever, Alper Yaşar, Rukiye Arıkan, Özlem Ercelep, Murat Sarı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Meme kanseri en sık teşhis edilen kanserdir ve dünya çapında kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. Meme kanserlerinin yaklaşık yüzde 20' si HER2 reseptörü pozitifliğine sahiptir. Tarihsel olarak, bu reseptörün aşırı ekspresyonu, artan hastalık nüks riski ve genel olarak daha kötü bir prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Ancak HER2'yi hedefleyen tedaviler, metastatik meme kanserinin tedavisinde önemli ajanlar haline gelmiş ve HER2-pozitif meme kanserinin doğal seyrini değiştirmiştir.

Bu çalışmada amacımız HER2 hedefli tedavi alan metastatik meme kanserli hastaların demografik özelliklerini ve tedavi yanıt sonuçlarını sunmaktır.

Materyal metod:

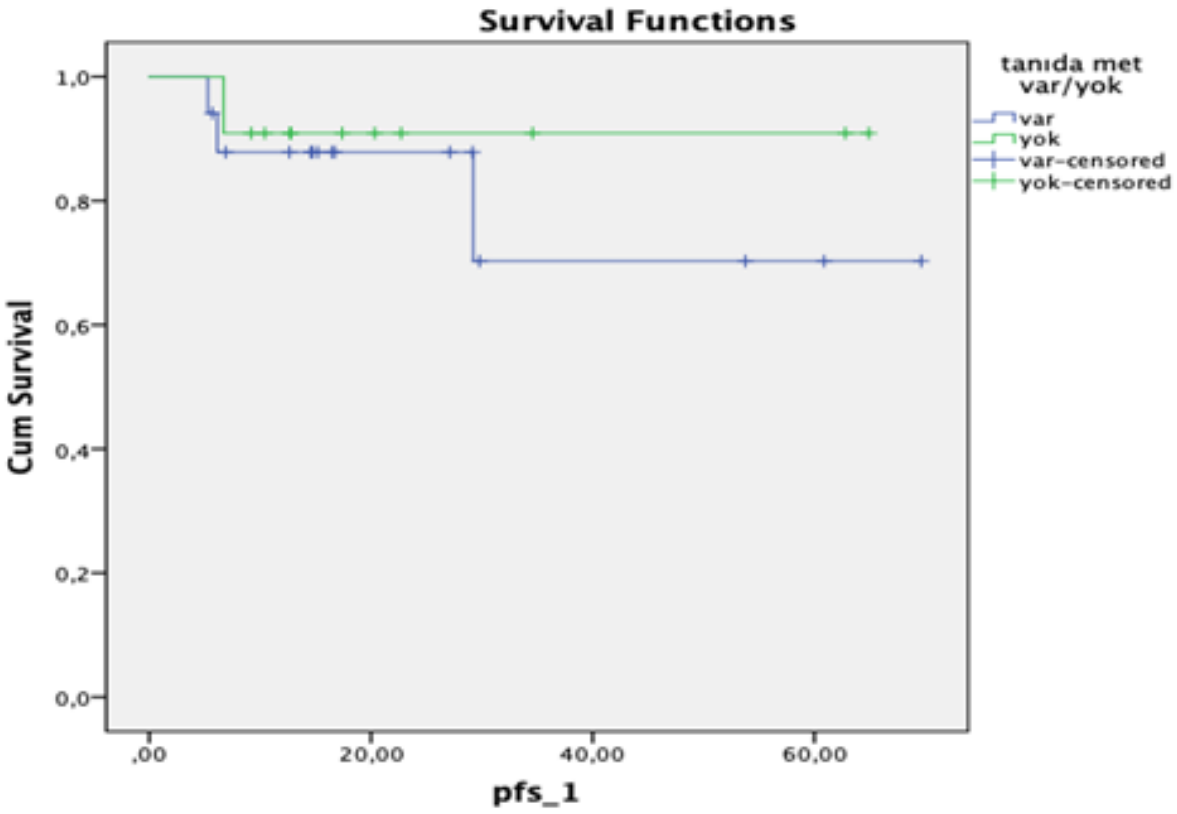
Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde 2017-2022 tarihleri arasında metastatik Her-2 pozitif meme kanseri tanısı konan 18 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplamda 28 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, histolojik özellikleri, sağkalımı etkileyen faktörler, hastalıksız ve genel sağ kalım süreleri değerlendirildi. Genel sağkalım metastatik 1.seri tedavi başlangıç tarihinden herhangi bir nedenle ölüme kadar geçen süre ve progresyonsuz sağkalım ise metastatik 1.seri tedavi başlangıç tarihinden ilk progresyona kadar geçen süre olarak tanımlandı. İstatiksel analiz için SPSS 22.0 programı kullanıldı. P≤0,05 istatiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

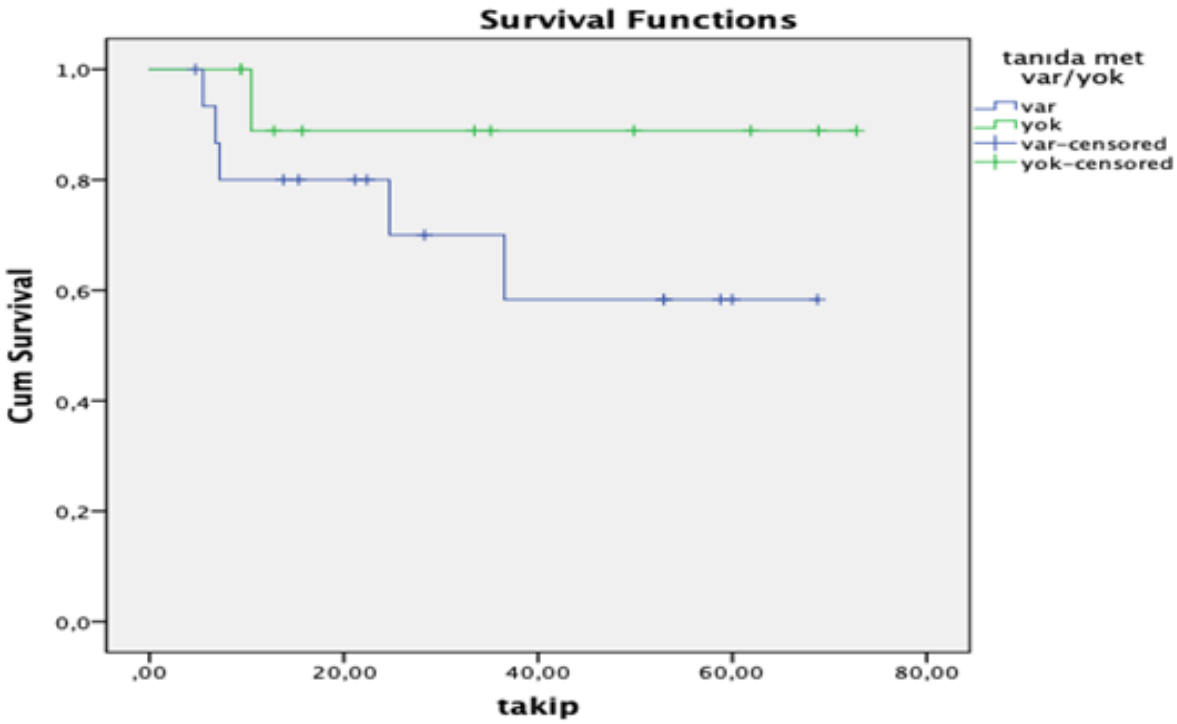
Çalışmaya dahil edilen 28 hastanın hepsi kadındı. Hastaların medyan yaşı 50,5 (26-85). En sık saptanan histolojik alt tip %89,3 (25 hasta) ile invaziv duktal karsinomdu. Hastaların yarısı postmenapoz ve diğer yarısı da premenapoz idi. 17 hasta (%60,7) tanı anında metastatik idi. 11 hastada takipte metastaz gelişti. 3 hastada (%10,7) tanı anında beyin metastazı vardı. 6 hastada (%20,4) ise takipte beyin metastazı gelişti. En sık metastaz görülen yer karaciğer idi. 23 hastada Her-2 İHK ile 3 pozitifti, 5 hastada ise HER-2 İHK ile 2 + olduğundan FISH ile pozitif saptandı ve bu hastalar aynı zamanda hormon pozitif idi. Ki-67 proliferasyon indeksi medyan 20 (10-70) bulundu. 15 hastaya (%55,6) idame endokrin tedavi verildi. EF düşüşü 3 hastada görüldü. EF düşüşü olan hastaların tedavisine ara verildi. 3 hastada da EF takiplerde normal aralığa geldi ve tedaviye tekrar başlandı. 1. Basamak dual anti-HER2 tedavi altında en iyi yanıtlara bakacak olursak; 3 hastada Tam yanıt (%11,5), 15 hastada (%57,7) kısmi yanıt, 4 hastada stabil yanıt (%15,4) ve 4 hastada (%15,4) progresif hastalık görüldü. Objektif yanıt oranı %69,2 idi. Medyan takip süresi 24,7 (4,7-72,7) ay idi ve Medyan PFS değerine tüm hasta grubunda ulaşılamadı. 6 hasta (%21) takipte vefat etti. Medyan OS değerine tüm hasta grubunda ulaşılamadı. 12.ay sağkalım oranı %84, 24.ay %78 ve 60.ay sağkalım oranı %70 bulundu. Tanı anında metastatik olan hastalarda olmayan hastalardakine benzer şekilde medyan PFS ve OS'ye ulaşılamadı ama istatistiksel anlamlı olmayan bir şekilde daha kötü sağkalım eğrilerine sahip oldukları görüldü (figür 1 ve 2). 14 hastaya 2.hat tedavi verildi ve 2.sıra tedavide en çok Trastuzumab+Kapesitabin verildi ve median PFS-2 10,4 ay görüldü.

Sonuç

Her2 pozitif metastatik meme kanserinde pertuzumabın tedaviye katılmasıyla dual blokaj tedavi yanıt oranlarını anlamlı attırmış ve uluslararası rehberlerde yerini almıştır. Bizim çalışmamızda da az sayıda hasta içeren bir grup olsa da, sonuçlarımız pertuzumab, trastuzumab ve taksan kombinasyon tedavisinin birinci basamak HER2 pozitif metastatik meme kanseri hastalarında kabul edilebilir bir toksisite profiline ve umut verici sağkalım sonuçlarına sahip, standart tedavi olduğunu desteklemektedir.


Survival Functions
tanıda met var/yok
var
yok
var-censored
yok-censored
Cum Survival
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
20,00
40,00
60,00
pfs_1

Figür 1:


Survival Functions
tanıda met var/yok
var
yok
var-censored
yok-censored
Cum Survival
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
20,00
40,00
60,00
80,00
takip

Pfs_2

S03 Meme kanseri ve yaygın duktal karsinoma instu odakları olan hastada bir cerrahi seçenek: redüksiyon mamoplasti ve implant kullanımı-Olgu sunumu-Özet

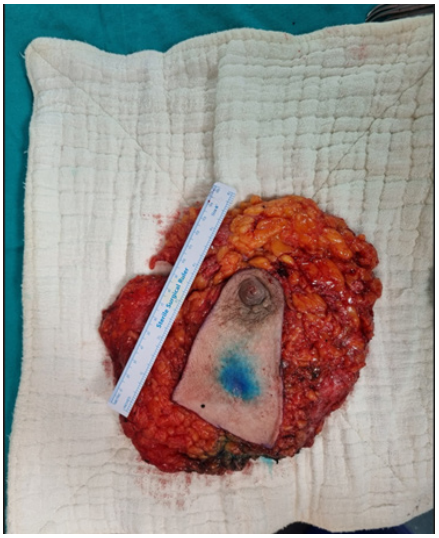
Dilan Pehlivan, Merve Aktaş, Ahmet Akbaş, Muhammet Uraloğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Meme kanserinde mastektomi dışında seçenekler olduğunu göstermek ve estetik kaygının ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: 44yaş kadın, sağ meme kanseri ve yaygın kalsifikasyon odakları mevcuttu. Preop işaretleme ve çizimlerden sonra hastaya sağ meme için skin,sparing mastektomi+sentinel lenf nodu eksizyonu+kas altı implant ve sol meme için redüksiyon mamoplasti uygulandı.







Sonuç: Meme kanserinde her zaman öncelik hastayı tümörden kurtarmak olmalıdır. Ancak hastanın estetik kaygısı ve mastektomi sonrası hayat kalitesinde oluşabilecek değişiklikler de göz önüne alınmalı ve hastaya estetik kaygıyı ortadan kaldırmaya yardımcı olacak seçenekler de gözden geçirilmelidir.

S04 Opere mide kanseri, meme kanseri ve pleomorfik sarkomu olan hastada TP53 mutasyonu ve Li-Fraumeni sendromu

Mehmet Emin Büyükbayram, Alperen Akansel Çağlar, Mehmet Bilici, Salim Başol Tekin
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Li-Fraumeni ve Li-Fraumeni benzeri sendrom, meme kanseri, sarkomlar, beyin tümörlerine ve adrenokortikal kansere eğilimin olduğu durumlardır. Li-Fraumeni sendromu, TP53 germline mutasyonların tespitinden önce tanımlanan fenotipik klinik antitedir. Günümüzde TP53 germline mutasyonu bulunması ayrıca, 45 yaşından önce sarkomun eşlik etmesine ek olarak birinci derecede akrabada 45 yaşından önce herhangi bir kanser yada birinci veya ikinci derece akrabada 45 yaştan önce herhangi bir kanser veya herhangi bir yaşta sarkomun olmasıdır. TP53 mutasyonun tüm kanserlerdeki prevalansı %42-50 civarındadır ve genel sağkalımla ilişkili bulunmuştur. Neoplastik hücrelerde TP53 mutasyonu DNA tamir mekanizmasındaki problem nedeniyle genomik instabilite ile ilişkilidir.

TP53 tümör supressor geni, 17.kromzomun kısa kolunda 11 exon ve 10 intron içerir. TP53 proteini hücre siklusunun düzenlenmesinde, apoptozis ve DNA tamirinde rol alır. Gastirk kanser ile ilgili yapılan çalışmalarda hastanın evresi ve klinikopatolojik durumu ile TP53 mutasyonunun ilişkili olduğu görülmüştür. Kanser hastalarının hemen hemen yarısında TP53 mutasyonun bulunması ve genetik tetkiklerdeki gelişmeler prognoz ve hedefleyici tedavideki yeri ve önemi anlaşılabilecektir. Klasik Li-Fraumeni sendromunda TP53 germline mutasyonu %80 lere kadar tespit edilebilirken, Li-Fraumeni benzeri sendromda %20-60 civarında tespit edilebilmektedir. Bazı bengin tümörler adrenokortikal adenoma ve nörofibroma gibi eşlik edebilmektedir. Bunların etyopatogenezi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

OLGU: 34 yaşında bayan hasta 2013 yılında opere mide kanseri ve opere sağ meme kanseri nedeniyle adjuvan tedavisi tamamlanmış. Mide kanseri için T3N1 olan hasta FuFa+RT eş zamanlı, meme kanseri için hormon ve Her2 pozitif hastalık olduğundan Dozataksel, Cisplatin ve 5-FU + transtuzumab verilmiş, sonrasında goserelin ve tamoksifen devam edilmiş. 2016 yılında sol meme ca nedeniyle opere sağ aksiller bölgede kitle operasyon patolojisi pleomorfik sarkom geldi. 2. Meme ca için adjuvan tedavi aldı. Bu dönem bakılan genetik panelde BRCA ve TP53 mutasyonu negatifti. 2019 da nuks şüphesiyle tetkik edilip takibe alınan hastanın genetik paneli yeniden çalışıldı. Periferik kandan bakılan TP53 c.586c> p.R196 heterozigot patojenik varyant geldi. 2022 de hasta sarkom nüksüyle geldi (Figure 1.) ve metastatik hstalık mevcuttu. İfosfamid, adriamisin ve mesna kemoterapi rejimi başlandı. Progrese olunca pazopanib ve sonrasında gemsitabin, dosetaksel verildi. Takiplerinde hasta progrese olunca exitus oldu.



Figure 1.

TARTIŞMA: TP53 mutasyonunda mide, meme, beyin tümörleri ve sarkomlar gelişebilmektedir. Bizim hastamızda mide kanseri ve meme kanseri senkron tespit edilmiş olup sonrasında pelomorfik sarkom gelişmiştir. Hastada 40 yaşında sarkom gelişmiştir. Li-Fraumeni sendromunda 45 yaşından önce sarkom gelişmeside bir tanı kriteri olduğundan hastamızda Li-Fraumeni sendormu düşünülmüştür. Bu hastaların genetik panelinin ilk bakıldığında negatif gelmesi 3 yıl aradan sonra bakıldığında pozitif gelmesi genetik laboratuar ve merkezle veya çalışma yöntemi ile ilişkili olabilir. Bu hastalar için genetik danışmanlık ve aile içinde TP53 mutasyonu bakılabilir. TP53 mutasyonunda bazı tümörlerin gelişmesi ve tedavi ve prognozda önemi olduğu genetik testlerin gelişmesiyle daha iyi anlaşılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: TP53 mutasyonu, sarkom, mide kanseri, meme kanseri

S05 Heterozigot ATM mutasyonu olan primer meme kanseri ve primer kolon kanseri olgusu

Zekeriya Hannarici, Salim Başol Tekin, Mehmet Bilici
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

Giriş ve Amaç: Mutasyona uğramış ataksi telanjiektazi (ATM) gen ürünü olan ATM kinaz, DNA çift sarmal kırılmalarına karşı hücresel yanıtın düzenlenmesinde önemli rol oynayan bir protein kinazdır. Meme kanseri (BRCA) 1 ve 2 , TP53 ve ATM gibi DNA onarımında yer alan genlerin kalıtsal mutasyonları çeşitli kanserlere olan yatkınlığı belirgin bir şekilde artırmaktadır. ATM mutasyonu mantle hücreli lenfoma gibi hematolojik maliginiteler başta olmak üzere meme kanseri, pankreas kanseri,over kanseri ve mutlak risk için veriler yeterli değilse de bazı muhtemel diğer kanserlere (mide kanseri, kolorektal kanserler, melanoma ve erkek meme kanseri vs) yatkınlık oluşturmaktadır. Çalışmalar ATM heterozigot mutasyonu olanlarda 2-3 kat kanser riski ve kadınlarda 5-9 kat meme kanseri riski olduğunu ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda 50 yaş altında kanser ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bu genlerdeki mutasyonlar kemoterapi direnci ile birlikte olabilir veya platin gibi kemoterapötiklere duyarlılığı artırabilir. ATM mutant hastalar meme koruyucu cerrahi veya lumpektomiden çok mastektomi adayı olabilirler. Literatürde meme kanseri, kolon kanseri ve ATM mutasyonu birlikteliği nadir raporlanmaktadır. Biz kolon kanseri nedeniyle takip edilen bir hastada ATM mutasyonu olan ikinci primer meme kanseri sunmayı amaçladık.

Olgu: Biz 45 yaşında Evre-IIIA (T3,N2, M0) meme invaziv duktal karsinomu tanısı alan ve ATM pozitifliği saptanan bir kadın hasta rapor ettik. Hastanın 33 yaşında iken opere kolon adenokarsinomu öyküsü mevcut idi. Hastanın ek hastalığı yoktu. Sağ memede kitle ve sağ aksiler bölgede fikse lenfadenomegali nedeniyle başvurdu. Sağ memede kitle biyopsisinde invaziv duktal karsinom ER negatif PR %1 zayıf pozitif, HER-2 skor 3 pozitif, Kİ 67 %40 pozitif, P53 %80 pozitifti. Meme MR: Sağ memede 83x56x89 mm primer kitle ve sağ aksiler bölgede en büyüğü 23x14 mm bir kaç adet lenfadenopati mevcuttu. Hastaya neoadjuvan 4 kür doxorubisin (60mg/m2), siklosfosfamid (600 mg/m2) sonra 4 kür pertuzumab (840mg-420 mg), trastuzumab (8-6mg/m2) ve dosetaxel 75 mg/m2 verildi. Kontrol görüntülemede kısmi yanıt elde edildi. Hasta basit mastektomi oldu. Aksiler lenf nodu disseksiyonu olmadı. patoloji invaziv duktal karsinom (T2N0M0), ER negatif, PR %1-2 zayıf pozitif, HER-2 skor 3 pozitif, Kİ67 %80 ve 3 adet rekatif lenf nodu olarak raporlandı. Hastanın genç yaşta iki primer malignitesinin olması nedeniyle ailesel kanser paneli Next Generation Sequencing (NGS) ile çalıştırıldı. BRCA1,2 negatif ancak ATM (c6573-3C>T) heterozigot pozitifti. Hasta adjuvan tedavisini almakta olup tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Genç yaşta kolon kanseri ve meme kanseri tanısı alan hastalarda genetik panel araştırmanın önem arz ettiği bilinmelidir. Kolon ve meme kanseri birlikteliği olan hastalarda ATM mutasyonu bakılmalı ve ATM mutant hastaların mastektomi adayı olabileceği bilinmelidir. HER-2 hedefli tedaviler ile tam yanıt oranları yüksek olmasına rağmen hastamızdaki gibi kısmi yanıt olması muhtemel ATM mutasyonun kemorezistansı nedeniyle olabileceği düşünülerek anti HER-2 yanıtı düşük olan hastalarda ATM mutasyonu bakılması gündeme gelebilir.

Anahtar kelimeler: ATM, kolon kanseri, meme kanseri

S06 Sol taraf meme kanseri radyoterapisinde derin inspiryumda nefes tutma tekniğinin risk altındaki organ dozları üzerine etkisi: dozimetrik çalışma

Emine Canyılmaz, Seher Şahin, Özlem Aynacı
KTÜ Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Adjuvan radyoterapinin (RT) meme kanseri için lokal kontrolü ve genel sağkalımı arttırdığı gösterilmiş olsa da geç kardiyak toksisite bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda morbidite ve mortalitenin ortalama kalp dozu ile orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Derin inspiryumda nefes tutma (DINT) kalbin maruz kalacağı RT dozunu azaltmak için geliştirilen bir teknik olup, kalp-göğüs duvar mesafesini artırarak serbest solunuma (SS) kıyasla kalp dozunu azaltabilmektedir. Çalışmamızın amacı, sol taraf meme kanseri tanılı hastalarda DINT tekniği ile yapılan tedavi planlarını SS yapılan tedavi planları ile karşılaştırarak DINT tekniğinin risk altındaki organ dozları üzerine etkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmamıza sol meme kanseri tanısı ile kliniğimize başvuran 10 hasta dahil edilmiş olup hastalara hem SS hem de DINT tekniği ile iki ayrı bilgisayarlı tomografi çekimi yapılmıştır. Hastaların SS ve DINT görüntülerindeki hedef hacim, lenfatikler, kalp,Sol Anterior Descending (LAD),ipsilateral akciğer (İA),kontralateral akciğer,total akciğer (TA),karşı meme,tiroid,özefagus ve brakial pleksusun konturlaması kişiler arası farklılıkları bertaraf etmek için aynı radyasyon onkoloğu tarafından konturlanmış, tedavi planları da aynı amaç ile tek bir medikal fizik uzmanı tarafından oluşturulmuştur. Her hasta için hem SS hem de DINT ile çekilen görüntüler üzerinden 2 ayrı plan çalışılmıştır (Şekil 1). RT planlarında 6 MV'lik enerji kullanılarak oluşturulan Volümetrik Ark Terapi RT tekniği kullanılmıştır. Toplam doz 2 Gy fraksiyondan 50 Gy olarak uygulanmış olup yapılan planlarda doz hacim histogramı kullanılarak hedef hacim, kalp, LAD, İA, KA, TA, KM, tiroid, özefagus ve brakial pleksusun aldığı dozlar karşılaştırılmıştır.

Bulgular: SS ve DINT tekniği ile yapılan toplam 20 ayrı tedavi planı değerlendirilmiştir. Kalbin aldığı dozlar karşılaştırıldığında, Dmax, Dmean, V5, V10, V20, değerlerinin DINT'da yapılan tedavi planlarında SS'da yapılan tedavi planına göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 1)($p < 0.05$).LAD'nin aldığı dozlar karşılaştırıldığında da Dmax ve Dmean doz değerlerinin DINT'da yapılan tedavi planlarında daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 2). İA'de oluşan dozlar karşılaştırıldığında, Dmax, Dmean, V5, V10, V20, V30 doz değerlerinin, TA verileri karşılaştırıldığında da Dmax, Dmean, V10 doz değerlerinin DINT'da yapılan tedavi planlarında istatistiksel olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). DINT'da yapılan tedavi planlarında istatistiksel olarak düşük çıktığı gözlemlenmiştir. SS'na kıyasla DINT yapılan tedavi planlarında ortalama kalp dozunda %45,1 azalma (7,1 Gy–3,9 Gy)($p < 0,001$), ortalama LAD dozunda (17,2 Gy-9,5 Gy) %44,8 azalma, ortalama İA (16,7-14,4) ve ortalama TA dozlarında sırasıyla %13.8 ,13.7 azalma olmuştur ($p=0,03$, $p=0,02$). Diğer risk altındaki organ dozları arasında bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

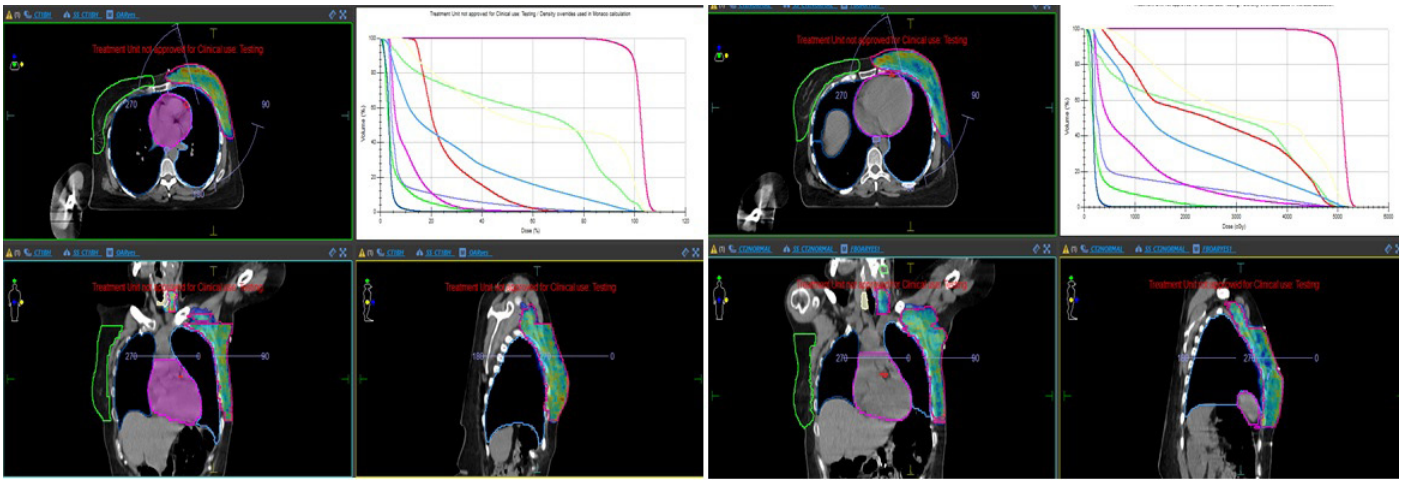
Sonuç: Lokal ileri evre sol meme kanseri nedeni ile adjuvan RT uygulanan hastalarda ortalama kalp, LAD,İA ve TA dozları göz önüne alındığında DINT ile yapılan RT tedavisi oldukça avantajlı görülmektedir. Uygun hasta seçimi ve yeterli eğitim ile DINT tekniği sol meme kanseri nedeni ile RT planlanan hastalar için kabul edilebilir ve ulaşılabilir bir teknik olup tüm uygun hastalar için düşünülmelidir. Bununla birlikte bu teknik zaman alıcı olup hasta işbirliğine ve teknik uzmanlığa ihtiyaç duymaktadır.

Tablo 1. SS ve DINT tedavi planlarında kalp verilerinin sonuçları

	FB	BH	p değeri
Dmax (Gy) Ortalama±SS	45.27±5.06	33.12±9.36	<0.001
Dmean (Gy) Ortalama±SS	7.11±1.20	3.97±0.67	<0.001
V5 (%) Ortalama±SS	40.60±10.15	17.57±7.00	<0.001
V10 (%) Ortalama±SS	23.96±7.71	5.87±2.48	<0.001
V20 (%) Ortalama±SS	6.57±3.03	1.02±0.71	<0.001
V30 (%) Ortalama±SS	1.48±0.87	0.23±0.32	<0.001

Tablo 2. SS ve DINT tedavi planlarında LAD verilerinin sonuçları

	FB	BH	p değeri
Dmax (Gy) Ortalama±SS	33.96±4.40	22.73±9.30	0.001
Dmean (Gy) Ortalama±SS	17.20±3.45	9.50±2.92	<0.001



S07 Ribociclib Kullanımı İle İlişkili Depigmentasyon Gelişen Meme Kanseri Olgusu

Pınar Peker, Buket Şahin Çelik, Saadet Sim Yıldırım
Ege Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. CDK (Cyclin-dependent kinase) 4/6 inhibitörleri, hormon reseptörü (HR) pozitif, human epidermal growth faktör reseptör 2 (HER2) negatif metastatik meme kanserinde, kullanılmaya başlanan ilaçlardır. Postmenapozal hormon reseptörü pozitif hastalarda 1.veya 2.basamakta aromataz inhibitörü veya fulvestrant ile birlikte CDK 4/6 inhibitörlerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu grup ilaçların, yanıt oranları ve yan etkileri benzer olarak tanımlansa da ilaç spesifik yan etkiler gözlenmektedir CDK 4/6 inhibitörlerinin en sık yan etkileri; hematolojik toksisite, gastrointestinal yan etkiler ve yorgunluktur, kütanöz yan etkileri arasında, alopesi, kaşıntı ve makülopapüler raş sayılabilir Nötropeni, palbosiklib ve ribociclib'in doz sınırlayıcı bir yan etkisidir. Yorgunluk, palbosiklib ve abemaciclib kullanımıyla daha yaygındır ve gastrointestinal etkiler, abemaciclib kullanımıyla daha yaygındır.Metastatik meme kanseri tanılı ve ribociclib tedavisi sonrası vitiligo benzeri cilt lezyonları gelişen vaka bildirilecektir.

Vaka: 58 yaş kadın hasta, Mart 2019 da HR (+)/HER2 (-) lokal ileri meme kanseri tanısı aldı. Cerrahi tedavisi yapılan hasta, adjuvan kemoterapi, radyoterapisi tamamlandıktan sonra hormonoterapi başlanarak takibe alındı. Takiplerinde progresyon gelişmesi üzerine Nisan 2022'de hastaya ribociclib, letrazol başlandı.Hastanın 7. Ay kontrolünde, üst ekstremite ön planda olmak üzere, her iki elde , sırtta ve göğüs ön duvarında vitiligo benzeri cilt lezyonları görüldü. Bu alanlarda aralıklı görülen kaşıntı dışında şikayeti olmaması , tedavinin etkin olması ve mevcut tedaviden klinik ve radyolojik olarak fayda görmesi üzerine dermatoloji konsültasyonu istenerek, ilgili lokal tedavilerin desteği altında tedaviye devam edilmiştir.

Sonuç: Hasta dermatoloji bölümüne yönlendirildi,topikal tedavi ve oral kortikosteroid önerildi. Ribociclibe ait görülen vitiligo benzeri döküntü ile ilgili literatürde az sayıda vaka sunumu mevcuttur, aynı grup diğer ilaçlar da vaka bildirimi söz konusu değildir. Bu durumda bir diğer CDK 4/6inhibitörüne geçerek tedaviye devam etmek bir seçenektir. Bu ilacın ve benzer etki mekanizmasına sahip diğer ilaçların artan kullanımı göz önüne alındığında, bu yan etkinin farkındalığı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: CDK4/6, metastatik meme kanseri, ribociclib, vitiligo benzeri lezyonlar

.

S08 HER2+ saptama yöntemine göre metastatik meme kanserinde gruplar arasındaki klinikopatolojik özelliklerin kıyaslanması

Fahri Akgül, Erkan Özcan, İvo Gökmen, İsmail Bayrakçı, Didem Divriklioğlu
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ-AMAÇ: Human epidermal growth faktör reseptör2 (HER2) meme kanserinde prognostik ve prediktif değeri olan bir biyobelirteçtir.HER2; İmmunhistokimyasal (İHC) ve Floresan In Situ Hibridizasyon (FISH) yöntemi ile saptanabilmektedir. Çalışmamızda bu iki farklı yöntemle belirlenen hasta grupları arasındaki metastaz paternleri ve progresyonsuz sağkalım (PFS) farklarını inceledik.

MATERYAL-METOD: Mart 2014-Nisan 2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji bilim dalında takip ve tedavi edilen HER2 pozitif (HER2+) metastatik meme kanseri için 1.basamak sistemik tedavi olarak pertuzumab+trastuzumab+docetaxel alan hastalar çalışmaya dahil edildi. HER2 pozitifliği, IHC ile cERBB2 3+ veya cERBB2 2+ olup FİSH ile amplifikasyon saptanması olarak tanımlandı. PFS, tedavi başlangıcından progresyona kadar geçen süre olarak tanımlandı.

BULGULAR: 59 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsi kadın olup ortanca yaş 55 idi. HER2, hastaların 22 (%37,2)'sinde FİSH ile, 37 (%62,7)'sinde IHC ile saptandı. FISH yöntemi ile HER2 saptanan grupta HR pozitiflik oranı IHC ile saptanan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksekti. (Sırasıyla 19(%86.4) ve 13 (%35.1), p:<0,001). FISH yöntemi ile HER2 saptanan grupta akciğer metastazı görülme oranı IHC ile saptanan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksekti. (Sırasıyla 12 (%54.5) ve 7(%18.9), p:0,009). PFS, HER2 pozitifliği FISH ile saptanan grupta 9,9(p:0,45) ay iken, IHC ile saptanan grupta 18,3 (p:0,45) ay olup numerik fark olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Grupların klinikopatolojik özellikleri Tablo 1 'de gösterilmiştir.

SONUÇ: Hormon pozitiflik oranı ve akciğer metastaz oranı ,FİSH ile HER2+ saptanan grupta, İHC ile saptanan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek iken , PFS açısından her iki grupta istatistiksel anlamlı fark yoktu.

Bu çalışma metastatik 1. basamak tedavide dosetaksel, transtuzumab ve pertuzumab (CLEOPATRA Trial) tedavisi alan 59 kadın hastayı içermektedir.

Karakteristik özellikler	FİSH amplifikasyonu pozitif grup	CerBB2 3+ pozitif grup
Yaş, median	59±12.5 (range 40-79)	53±10.5 (31-76)
Menapoz durumu, n, % Pre Post	 7 (31.8 %) 15 (68.2%)	 12 (32.4%) 25 (67.6%)
Aile öyküsü Yok Var	 19 (86.4%) 3 (13.6%)	 29 (78.4%) 8 (21.6%)
Sigara öyküsü Yok Var	 19 (86.4%) 3 (13.6%)	 27 (73.0%) 10 (27.0%)
Histolojik subtip İnvaziv duktal Diğerleri	 20 (90.9%) 2 (9.1 %)	 33 (89.2%) 4 (10.8%)
Adjuvan tedavi Yok Var	 14 (63.6%) 8(36.4%)	 31 (83.8%) 6 (16.2%)

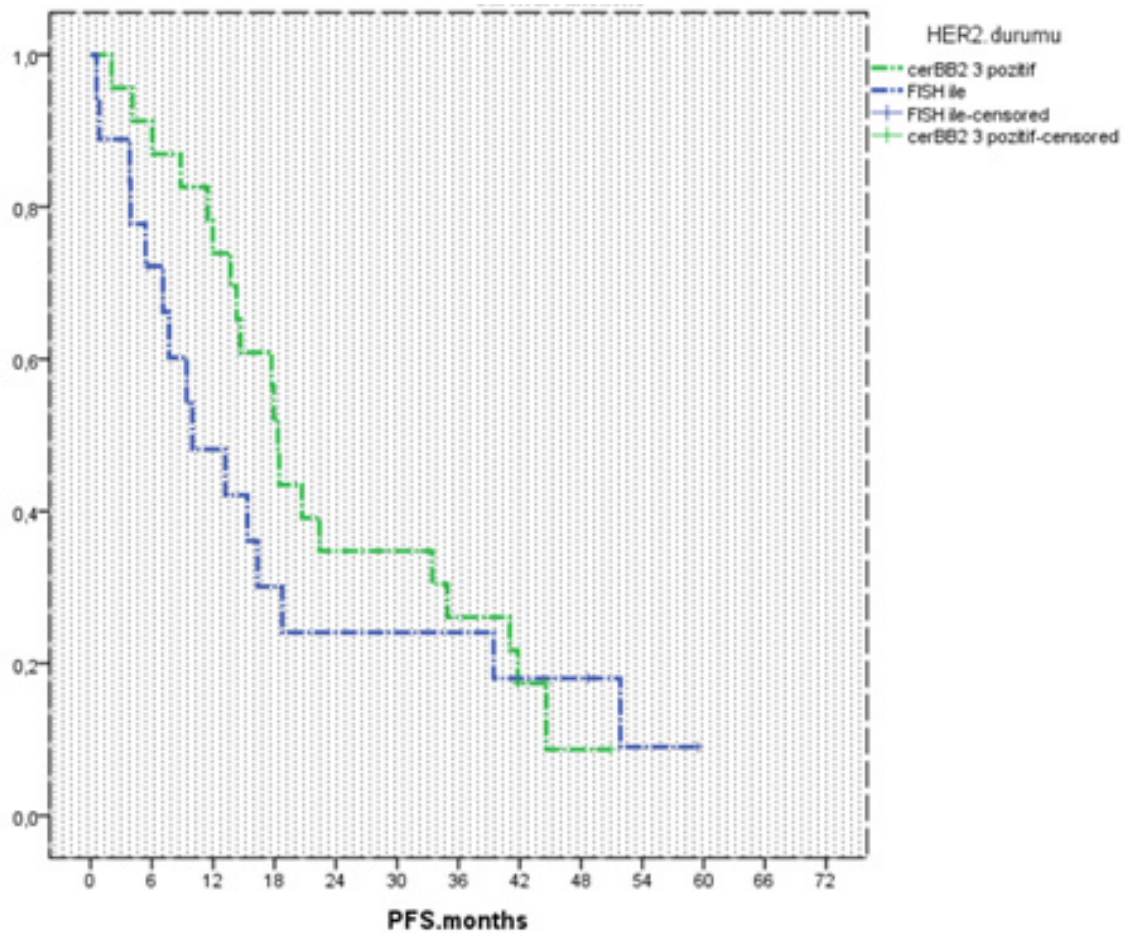
Ki67 0-14 15-30 31+	 4 (18.2 %) 12 (54.5%) 6 (27.3%)	 3 (8.1%) 21 (56.8%) 13 (35.1%)
HR durumu Negatif Pozitif	 3 (13.6%) 19 (86.4%)	 24 (35.1%) 13 (64.9%)
Metastaz tipi Denovo Nüks	 13 (59.1%) 9 (40.9%)	 27 (73.0%) 10 (27.0%)
Viseral metastaz Yok Var	 7 (31.8%) 15 (68.2%)	 19 (51.4%) 18 (48.6%)
KC metastazı Yok Var	 16 (72.7%) 6 (27.3%)	 24 (64.9%) 13 (35.1%)
AC metastazı Yok Var	 10 (45.5%) 12 (54.5%)	 30 (81.1%) 7 (18.9%)
Kemik metastazı Yok Var	 10 (45.5%) 12 (54.5%)	 16 (35.1%) 24 (64.9%)
SSS metastazı Yok Var	 20 (90.9%) 2 (9.1%)	 35 (94.6%) 2 (5.4%)
Tedaviye yanıt Tam Parsiyel Stabil Progrese	 2 (9.0%) 11 (50.0 %) 7 (32.0%) 2 (9.0%)	 11 (29.7%) 21 (56.8) 3 (8.1%) 2 (5,4%)
Progresyon Yok Var	 4 (18.2%) 18 (81.8%)	 14 (37.8%) 23 (62.2%)

Gruplar	FİSH amp pozitif grup	CerBB2 3+ grup	P valuae
Ki67 0--30 31+	 16 (72.7%) 6 (27.3%)	 24 (64.9%) 13 (39.1%)	 0.4
HR durumu Negatif Pozitif	 3 (15.6%) 19 (86.4 %)	 24 (35.1%) 13 (64.9%)	* <0.001
Viseral metastaz Yok Var	 7 (31.8%) 15 (68.2%)	 19 (51.4%) 18 (48.6%)	 0.2

KC metastazı Yok Var	 16 (72.7%) 6 (27.3%)	 24 (64.9%) 13 (35.1%)	 0.6
AC metastazı Yok Var	 10 (45.5%) 12 (54.5%)	 30 (81.1%) 7 (18.9%)	* 0.009
Kemik metastazı Yok Var	 10 (45.5%) 12 (54.5%)	 16 (35.1%) 24 (64.9%)	 0.6
SSS metastazı Yok Var	 20 (90.9 %) 2 (9.1%)	 35 (94.6 %) 2 (5.4%)	 0.6
Objektif yanıt Yok Var	 9 (41.0%) 13 (59.0%)	 5 (13.5%) 32(86.5%)	 0.026

*FİSH ile pozitiflerde hormon pozitiflik oranı 86.4%, akciğer metastazı oranı 54.5%

Kohortun median PFS 15.3 ay, median takip süresi 27.1 ay,
FİSH amplifikasyonu pozitif grup median PFS 9.9 ay (95% CI, 2.7 – 17.1)
CerBB2 3+ grup median PFS 18.3 ay (%95 CI, 17.1 – 19.5)
p=0.45



S09 Metastatik Meme Kanserli Olgularda Östrojen Reseptör Yoğunluğu ve Ki-67 Proliferasyon İndeksinin Cdk 4/6 İnhibitörülerine Yanıttaki Rolü

Mustafa Emre Duygulu, Atila Yıldırım, Evren Kara Fidan
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü

AMAÇ

Hormon reseptörü pozitif metastatik meme kanserinde visseral krizi olmayan hastalarda, CDK 4/6 inhibitörleri ve endokrin tedavi birinci sırada önerilmektedir. CDK 4/6 inhibitörü tedavileri ile bu hasta grubunda sağkalımda sistemik kemoterapiye göre belirgin artış sağlanmıştır. Çalışmamızda CDK 4/6 inhibitörü ile merkezimizde tedavi edilmiş hastalarda, tümörün Ki-67 proliferasyon indeksi ile, östrojen reseptör yoğunluğu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Temmuz 2020 ile Aralık 2022 arasında CDK 4/6 inhibitörleri ile tedavi almış olan toplamda 66 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tümörün östrojen reseptörü ile boyanma yüzdesi Allred skoruna göre katagorize edildi. SPSS programı ile, katagorik değişkenler arasında ilişki için Ki Kare testi, sağkalım analizi (OS ve PFS) için Kaplan Meier Testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Olgularında tümü kadın cinsiyetti, toplamda 66 olgu çalışma kapsamında değerlendirildi, ortalama yaş 56 (38-80), 65 yaş altı 54 olgu (%82), 65 yaş ve üstü 12 olgu (%18) vardı. Hastaların %75' i CDK 4/6 inhibitörü olarak ribosiklib, %58' i hormon tedavisi olarak fulvestrant almaktaydı. Çoğu hasta postmenapozal (%75,8) idi. Ki-67 ile boyanma durumuna göre Luminal A (%45,5) ve Luminal B (%54,5) olgular oranı benzerdi. Östrojen reseptörü boyanma yüzdesi çou hastada Allred skor 5 ve üzeri idi (≥%67) (Tablo 1). Ki-67 durumuna göre östrojen reseptörü boyanma durumuna göre iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2). Median PFS Luminal A grupta 16,1 ay (12,6-19,5), Luminal B grupta 27,1 ay (27,7-30,4) olarak p=0,036 olarak hesaplandı. Mean OS Luminal A grupta 22,2 ay (19,8-24,6), Luminal B grupta 29,0 ay (27,0-31,0) p=0,09 olarak hesaplandı. Östrojen boyanma Allred skoru ile PFS ilişkisi incelendiğinde Allred 1-4 olan grupta median PFS 12,6 ay (7,43-17,76), Allred 5 olan grupta ise 27,1 ay (14,6-39,5) p=0,041 olarak saptandı. Östrojen boyanma Allred skoru ile OS ilişkisi incelendiğinde Allred 1-4 olan grupta mean OS 22,23 ay (21,4-24,9), Allred 5 olan grupta ise 27,9 ay (25,7-30,1) p=0,283 olarak saptandı.

SONUÇ

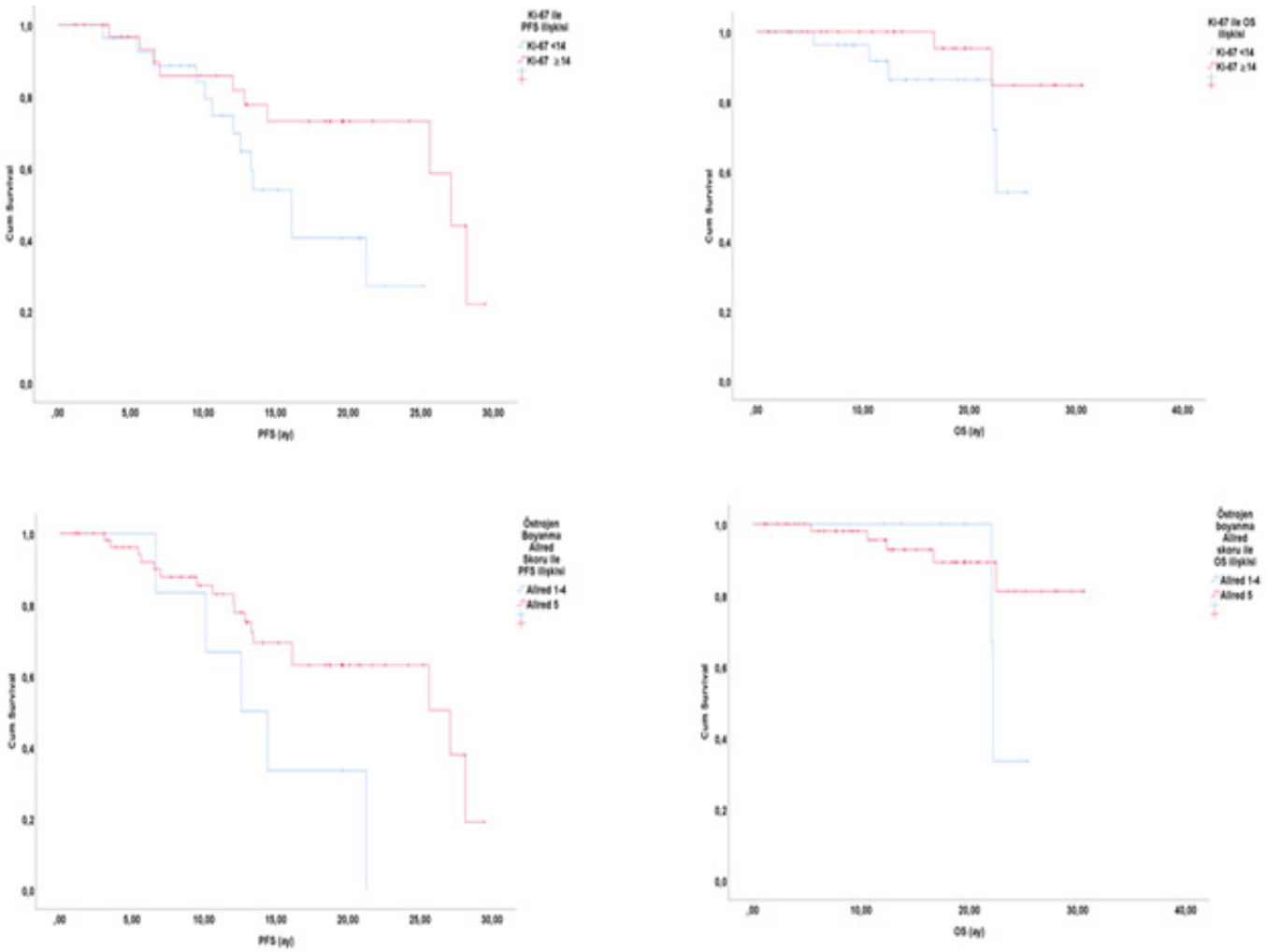
Metastatik meme kanseri tanısı ile CDK 4/6 inhibitörü tedavisi alan hastalarda, Ki-67 proliferasyon indeksi ≥14 olan grupta anlamlı PFS yüksekliği görüldü. Östrojen reseptör boyanma yoğunluğu ≥%67 ve üzerinde olan Allred skor 5 hastalarda anlamlı PFS yüksekliği görüldü. Yüksek proliferasyon oranı ve östrojen reseptör yoğunluğunun CDK 4/6 inhibitörüne yanıtta prediktif belirteç olabileceği düşünüldü.

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
CDK 4/6 inhibitörü		
Ribosiklib	50	75,8
Palbosiklib	16	24,2
Hormon İlacı		
Letrazol	28	42
Fulvestrant	38	58
Menapoz Durumu		
Premenapozal	16	24,2
Postmenapozal	50	75,8
Histolojik alt tip		
İnvaziv duktal karsinom	14	21,2
İnvaziv lobüler karsinom	5	7,6
İnvaziv karsinom spesifik olmayan tip	47	71,2
Ki-67 Boyanma		
Ki-67<14 Luminal A	30	45,5
Ki-67 ≥14 Luminal B	36	54,5
Östrojen reseptörü Allred skoru		
Skor 1-4	8	12,1
Skor 5	58	87,9
Progesteron reseptörü Allred skoru		
Skor 1-4	36	54,4
Skor 5	30	45,5
Metastaz Durumu		
Denovo metastaz	34	51,5
Takipte metastaz	32	48,5

Tablo 2. Olguların Ki-67 proliferasyon indeksine göre klinik özellikleri

	Ki-67<14 Luminal A Sayı (%)	Ki-67 ≥14 Luminal B Sayı (%)	İstatistiksel Anlamlılık (p)
Yaş			
65 yaş altı	23 (76)	31 (86)	0,322
65 yaş ve üstü	7 (24)	5 (14)	
CDK 4/6 inhibitörü			
Ribosiklib	20 (66)	30 (8,3)	0,116
Palbosiklib	10 (34)	6 (91,7)	
Hormon İlacı			
Letrazol	10 (34)	18 (50)	0,118
Fulvestrant	20 (66)	18 (50)	
Menapoz Durumu			
Premenapozal	5 (16)	11 (30)	0,190
Postmenapozal	25 (84)	25 (70)	
Histolojik alt tip			
İnvaziv duktal karsinom	8 (26)	6 (16)	0,432
İnvaziv lobüler karsinom	3 (10)	2 (5)	
İnvaziv karsinom spesifik olmayan tip	19 (64)	28 (79)	
Östrojen reseptörü Allred skoru			
Skor 1-4	3 (10)	5 (13,8)	0,719
Skor 5	27 (90)	31 (86,2)	
Progesteron reseptörü Allred skoru			
Skor 1-4	17 (5,6)	19 (52)	0,752
Skor 5	13 (94,4)	17 (48)	
Metastaz Durumu			
Denovo metastaz	12 (40)	22 (61)	0,087
Takipte metastaz	18 (60)	14 (39)	



Şekil 1. Ki-67 proliferasyon indeksi ve östrojen reseptörü boyanma yüzdesi ile sağkalım (OS ve PFS) ilişkisi

S10 Akademik amaçlı da kullanılabilecek hasta veri tabanı sistemini nasıl kurabiliriz? Meme kanseri için bir örnek

Adnan Gündoğdu[1], Mehmet Uluşahin[1], Hakan Küçükaslan[2], Süleyman Kaya[3], Ali Güner[1]

[1] Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon
[2] Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Trabzon
[3] Karadeniz Teknik Üniversitesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Trabzon

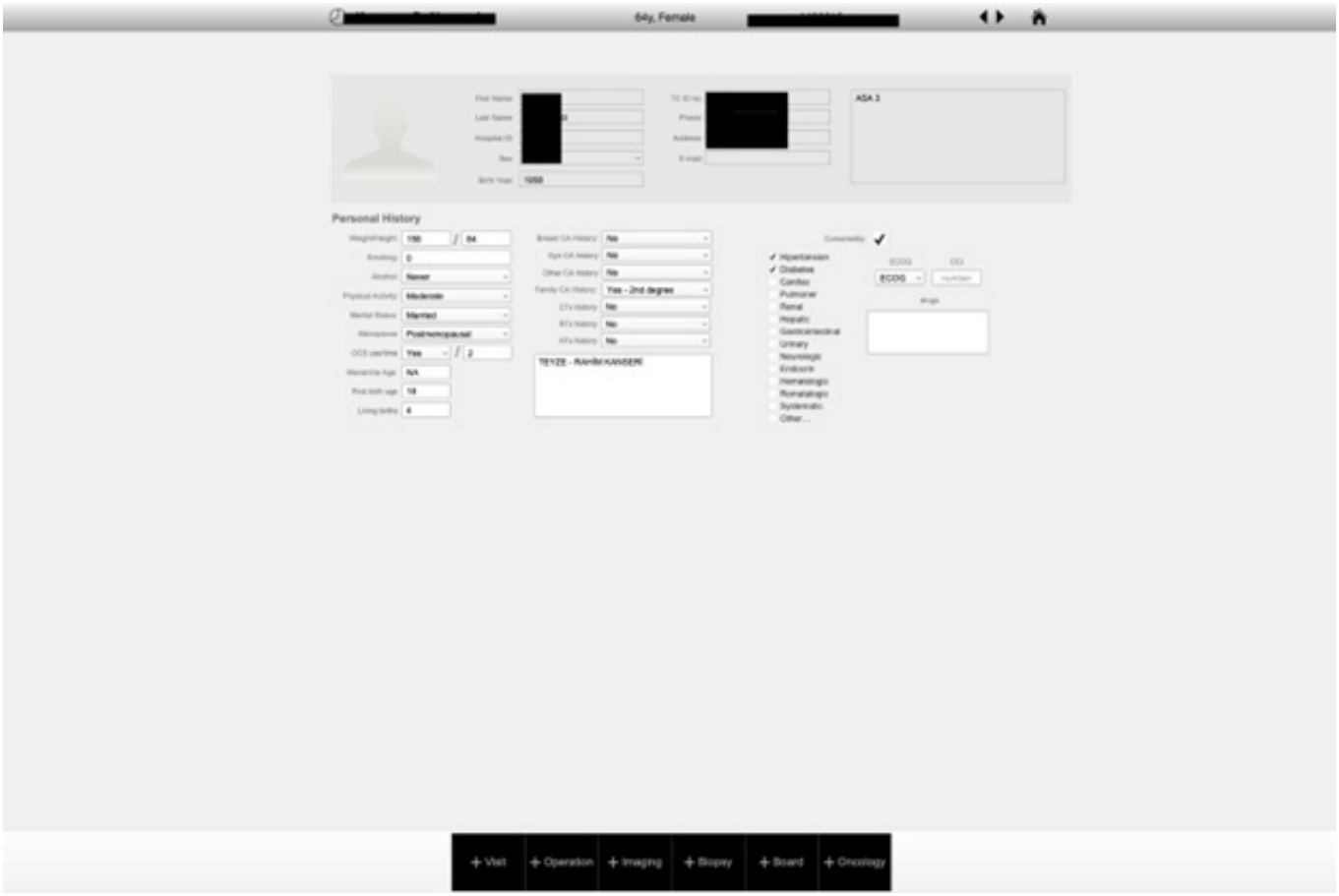
Amaç: Hastanelerde hasta verileri hastane bilgi yönetim sistemlerine kayıt edilmektedir. Bu sistem hasta takibinde kullanışlıdır ancak akademik amaçlı bir proje geliştirildiğinde istenilen verilere ulaşılması zorluk yaratmaktadır. Amaç; hem hasta takibinde, hem de akademik amaçlı kullanılabilecek bir veritabanı sistemi geliştirmektir.

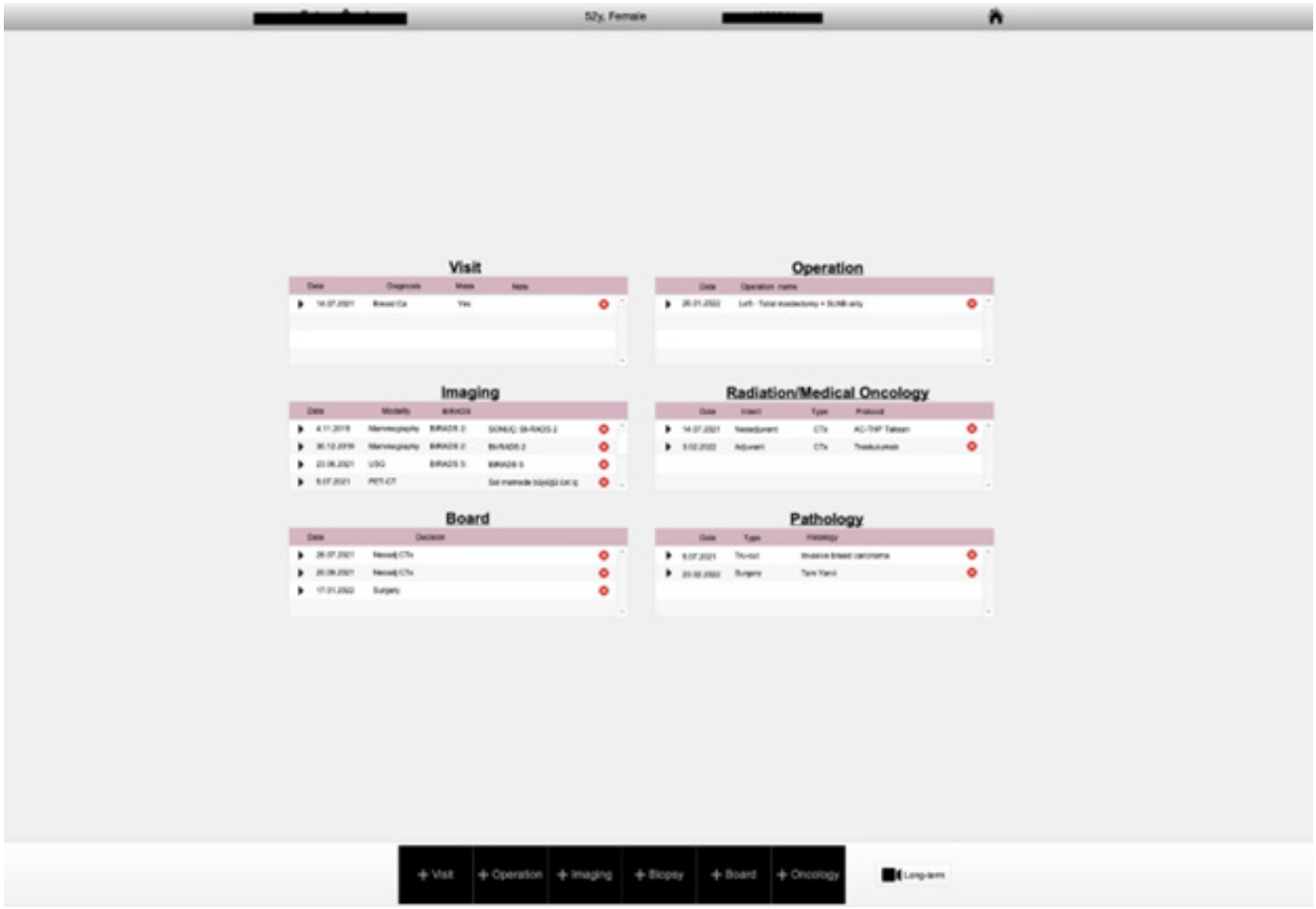
Yöntem: 2010-2020 arasında Meme kanseri ile ilgili yapılan yayınlar (pubmed) ve güncel tanı-tedavi kılavuzları değerlendirilerek en sık kullanılan değişkenler listesi çıkarıldı ve kategorize edildi. Ayrıca meme kanseri hastası için varlık-ilişki veri diyagramı hazırlandı. Potansiyel değişkenler için farklı veri tabloları hazırlandı ve diyagram baz alınarak ilişkisel veritabanı hazırlandı (filemaker yazılımı kullanılarak). Değer listesi lokal ve evrensel standartlara göre belirlendi. Hazırlanan veritabanı gerekli güvenlik aşamalarından sonra online serverlara yüklenerek farklı cihazlardan bu veritabanına erişim sağlandı. 2015 yılı sonrası tedavi edilen meme kanseri hastaları retrospektif ve prospektif olarak sisteme kaydedildi.

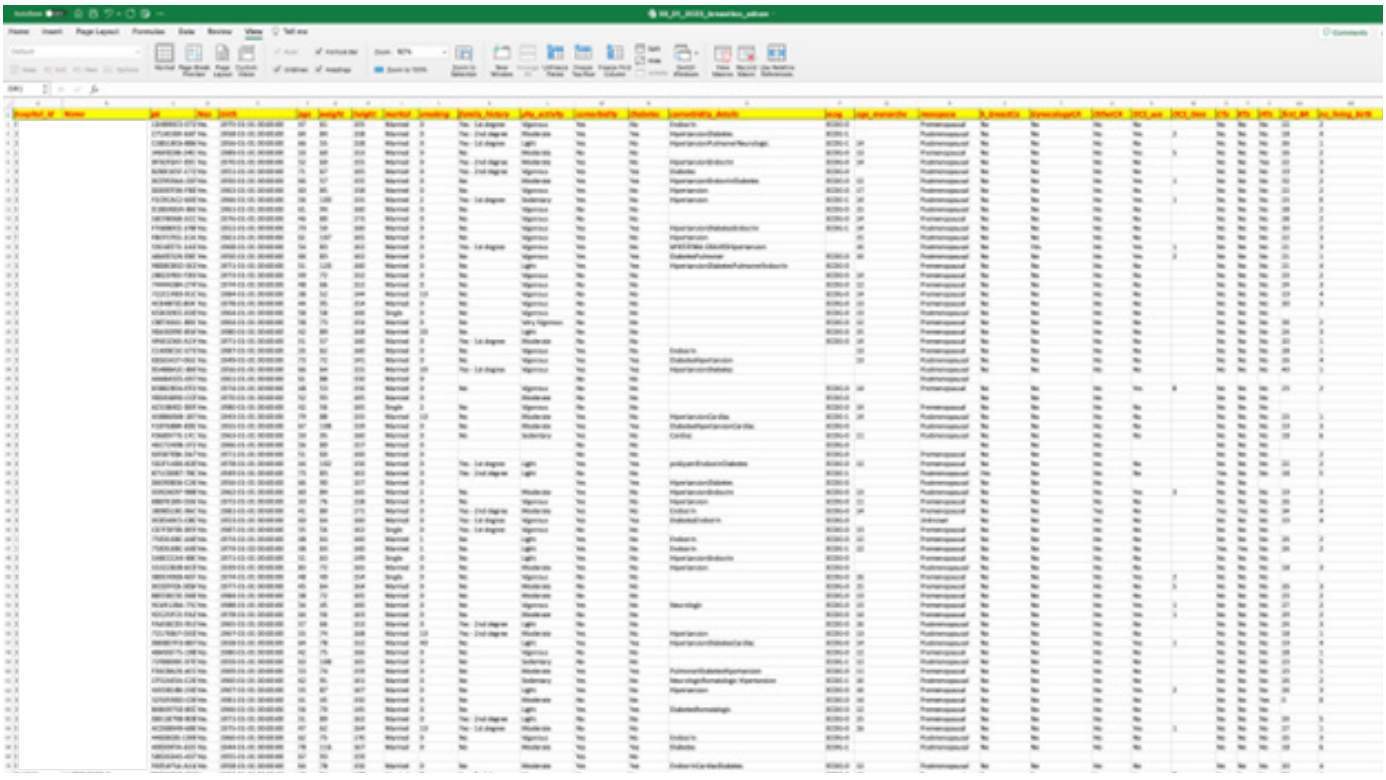
Bulgular: 2015 yılından bu yana meme kanseri nedeniyle ameliyat olan 659 hasta retrospektif ve prospektif olarak sisteme kaydedilmiştir. Akademik çalışma planları doğrultusunda öncelikle neoadjuvan kemoterapi (NAK) alan hastaların verileri kayıt altına alınmıştır. NAK alan 119 hastanın %20'si Luminal A , %38'i Luminal B, %32'si Luminal B Her2 (+), %16'sı Tripple (-) ve %11'i Her2 (+) idi. Meme için patolojik tam yanıt (pCR) 44 (%36.97) idi. Aksilla için pCR'nin %18 olduğu görüldü.

Sonuç: Klinisyen tarafından oluşturulan ve online server üzerinden erişilebilen meme kanseri veritabanı hem hasta takibi için hem de akademik ürün üretimi için kullanılabilecek bir veri yönetim sistemidir. Maliyet, zaman, eğitimli personel gibi problemler üzerinde geliştirmelere ihiyacı bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Veritabanı, meme kanseri, patolojik tam yanıt




52y, Female
Visit
Operation
Imaging
Radiation/Medical Oncology
Board
Pathology
+ Visit
+ Operation
+ Imaging
+ Biopsy
+ Board
+ Oncology



S11 CDK4/6 inhibitörleri ile tedavi edilen meme kanseri hastalarında HER2-düşük ekspresyonu durumunun progresyonsuz sağkalıma etkisi

Kadriye Bir Yücel, Nuriye Özdemir
Gazi Üniversitesi Hastanesi, Beşevler, ANKARA

Amaç: HER2 immünohistokimya (IHC) skoru 1+ veya 2+ olup negatif in situ hibridizasyon testi (FISH) ile HER2-düşük ekspresyonu olduğu saptanan hastalar meme kanserlerinin %50'sini oluşturur. Hormon pozitif (HR+) ve HER2-düşük tümörlü hastalarda sikline bağımlı kinaz (CDK) 4 ve 6 inhibitörlerinin etkinliğine ilişkin sınırlı ve çelişkili kanıtlar vardır. Bu çalışmada, CDK 4/6 inhibitörleri ile tedavi edilen metastatik meme kanserli hastalarda HER2-düşük ekspresyonunun progresyonsuz sağkalıma etkisi incelendi.

Yöntem: Hastanemizde Mayıs 2018 ile Aralık 2021 arasında CDK 4/6 inhibitörleri ve endokrin tedavi ile tedavi edilen metastatik meme kanserli hastalar HER2-0 (IHC skoru 0) ve HER2-düşük (HER2 IHC skoru 1+ ve 2+ olup FISH'te negatif) tümörler olarak iki kategoriye ayrılarak değerlendirildi. Progresyonsuz sağkalım (PFS) karşılaştırmaları log-rank testi kullanılarak Kaplan-Meier yöntemi ile yapıldı. HER2-düşük olmanın prognostik değeri, Cox regresyon modeli ile araştırıldı.

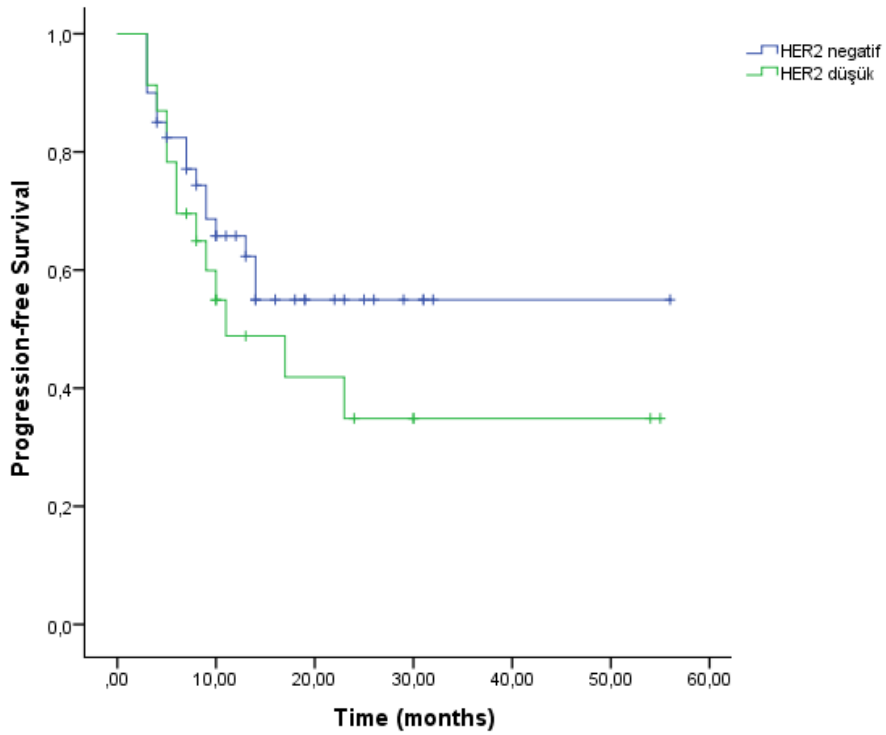
Bulgular: Çalışmaya 63 hasta dahil edildi ve medyan yaş 48'di (24-78). Hastaların çoğunluğunun ECOG performans durumu 0'dı (39, %61.9). Progesteron reseptörü 10 (% 30.7) hastada negatifti. Birinci basamakta CDK4/6 inhibitörleri ve endokrin tedavisi alan hasta sayısı 34 (%54)'tü. Ribociclib ile tedavi edilen hasta sayısı 39'ken (%61.9), bu sayı palbociclibte 24'tü (%38.1). Hastaların 38'inde, (%60.3) sadece kemik metastazı varken ve 25'inde (%39.7) kemik metastazının yanısıra visseral hastalık vardı. Toplam hasta grubunda 40 (%63.5) hasta HER2-0'ken, 23 (%36.5) hastada HER2-düşük ekspresyonu mevcuttu. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Her2-düşük hasta grubunda visseral metastatik hasta oranı, HER2-0 hasta grubuna göre daha düşüktü (%38.9' a karşılık % 45.2, p=0.669). Buna rağmen HER2-düşük hasta grubunda medyan PFS daha uzundu (HER2-0 ve HER-düşük hastalarda medyan PFS sırasıyla 14' e karşılık 10 ay, p=0.278) (Figür 1). Tek değişkenli analizde HER2 durumunun PFS açısından prognostik olmadığı görüldü (HR: 1.506, %95 CI: 0.704-3.222, p= 0.297).

Sonuç: Çalışmamızda, CDK 4/6 inhibitörleri ile tedavi edilen metastatik meme kanserli hastalarda HER2-düşük ekspresyona sahip olmanın PFS üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediği görüldü.

Tablo 1. Hastaların HER2 durumuna göre demografik ve patolojik özellikleri

Özellik	Tüm hasta grubu (n=63)	HER2-0 (n=40)	HER2- düşük (n=23)	p değeri
Yaş				0.357
<65 yaş	51 (%81)	31 (%49.2)	20 (%31.7)	
≥ 65 yaş	12 (%19)	9 (%14.3)	3 (%4.8)	
Hastalık durumu				0.306
De novo hastalık	30 (%47.6)	21 (%33.3)	9 (%14.3)	
Nüks hastalık	33 (%52.4)	19 (%30.2)	14 (%22.2)	
Metastaz yeri				0.342
Sadece kemik metastazı	39 (%61.9)	23 (%36.5)	16 (%25.4)	
Visseral hastalık	24 (%38.1)	17 (%27)	7 (%11.1)	
PR durumu				0.641
PR negatif (<%10)	10 (%15.8)	7 (%11.1)	3 (%4.8)	
PR pozitif	53 (%84.1)	33 (%52.4)	20 (%31.7)	
CDK4/6 türü				0.342
Ribociclib	39 (%61.9)	23 (%36.5)	16 (%25.4)	
Palbociclib	24 (%38.1)	17 (%27)	7 (%11.1)	
Eşlik eden hormon				0.758
Letrozol	34 (%54)	21 (%33.3)	13 (%20.6)	
Fulvestrant	29 (%46)	19 (%30.2)	10 (%15.9)	

Figür 1. HER2 durumuna göre progresyonsuz sağkalım grafiği



S12 Normal Meme Dokusunun Shear Wave Elastografi Değerleri: Mamografik Dansite, Ultrasonografik Meme Paterni ve Meme Kanseri Risk Faktörleri ile İlişkisinin Belirlenmesi

Dr. Serap Yücel[1], Dr. Ceren Varer Akpınar[2]
[1]Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü.
e-mail: serapyucl@gmail.com
Adres: Altunizade, 7, Kısıklı Caddesi, Oymacı Sk., 34662 Üsküdar/İstanbul.
[2]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
Adres: Giresun Tıp Fakültesi, Gazipaşa Yerleşkesi Debboy Mevkii-Merkez/GİRESUN

ÖZET:

Amaç: Normal meme dokusunun shear wave elastografi (SWE) değerlerini belirlemek ve bu değerlerin çeşitli meme kanseri risk faktörleri, mamografik (MG) dansite ve ultrasonografik (US) meme paterni ile ilşkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya meme kanseri taraması veya tanısal ultrasonografi amacıyla başvuran, görüntüleme sonucu BI-RADS 3 ve altında raporlanan 59 kadın hasta (ortalama yaş: 49±13,95, min:19, max:74) dahil edildi. Her iki meme için üst dış kadrandan normal parankim dokusundan 5 adet SWE ölçümü gerçekleştirildi. Ortalama değerler alındı. Tyrer-Cuzick risk skorlama sistemine göre hastaların hayat boyu meme kanseri risk grupları (düşük risk, orta risk, yüksek risk) hesaplandı. MG dansite (tip A, B, C ve D) ve US meme paterni (a, b, c) Amerikan Radyoloji Koleji tarafından belirlenen 5. BI-RADS atlasına göre sınıflandırıldı. Sağ ve sol meme için ortalama SWE (rmSWE ve lmSWE) değerlerinin meme kanseri risk faktörleri, mamografik dansite ve meme US paterni ile ilşkisi istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların 34'ü (%57,6) postmenopozal, 20'si (33,9) nullipar idi. Doğum yapan kadınlarda toplamda ortalama emzirme süresi 14 ay±20,4 (min: 0, max: 78 ay)'dı. 16 katılımcıda (%27,1) ailesel meme kanseri öyküsü mevcuttu. Tyrer-Cuzick risk skorlama sistemine göre 4 (%6,8) yüksek riskli, 3 (%5,1) orta riskli, 52 (%88,1) düşük riskli katılımcı tespit edildi. Mamografisi mevcut olan 47 (%79,7) kadından 13'ü (%27,6) dens meme yapısına (mamografik tip C, D) sahipti. Her iki meme için rmSWE ve lmSWE değerleri arasında anlamlı fark izlenmedi (p:0,310). Dens meme yapısında (MG tip C, D) SWE değerleri (rmSWE: 8,7±1,57 kPa ve lmSWE: 9,26±1,04 kPa), dens olmayan meme yapısına (rmSWE: 5,77±1,75 kPa ve lmSWE: 5,72±1,81 kPa) kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Meme US paterni ile SWE arasında anlamlı ilişki mevcuttu (p: 0,008, p: 0,007). Tip a dan c'ye gidildikçe ortalama SWE değeri artış göstermekteydi. Postmenopozal kadınlarda (rmSWE: 6,01±1,57 kPa ve lmSWE: 6,09±2,08 kPa), premenopozal gruba kıyasla (rmSWE: 7,67±2,25 kPa ve lmSWE: 7,78±2,25 kPa) SWE ortalaması anlamlı olarak daha düşüktü (p: 0,004, p: 0,01). Parite durumu, ilk doğum yaşı, ilk adet yaşı, emzirme durumu ve süresi, menopoz başlangıç yaşı, ailesel meme kanseri öyküsü ile ortalama SWE değerleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.

Sonuç: Mamografik dansite ve meme US paterni ile normal meme SWE değerleri arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Dens memelerde meme SWE değerleri daha yüksektir. Mamografik dansite gibi meme SWE değerleri meme kanseri risk faktörü olarak öngörülebilir.

S13 Imrt tekniği ile yapılan sol meme planlarına "Fluence Painting" yönteminin etkisi

Telat Aksu, Bilge Gürsel, Şevval Alan
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, SAMSUN.

ÖZ

Amaç: Yoğunluk ayarlı radyoterapi (Intensity Modulated Radiotheraphy - IMRT) Planlanan Target Volüm (PTV) ve kritik organlar (OAR) arasında yüksek doz gradiyentlerinin oluşturulduğu bir tekniktir. Bu tekniği sol yerleşimli meme kanserli hastalarda kullanırken, karşı meme, ilgili akciğer ve kalp dozunu azaltmak için optimizasyon yaparken maksimum dozda bir artışa neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı; Varian Marka Eclipse planlama sisteminde sol meme yerleşimli meme kanserlerinde IMRT planı yapıldıktan sonra tekrar optimizasyon yapmadan "Fluence Painting"yöntemini kullanarak, PTV' ye ait olan Homojenite İndex (HI), Korformalite İndeks (CI) ve OAR' lar üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamızda erken evre sol meme kanseri tanısıyla meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi endikasyonu konulan 20 hastanın dört boyutlu planlama bilgisayarlı tomografi görüntüleri (breath hold = nefes tutma tekniği) kullanılarak yapıldı. Her hastaya ait PTV ve OAR' lar çizildikten sonra IMRT tekniği uygulandı (I. Senaryo), sonrasında tekrar optimizasyon yapmadan"Fluence Painting"yöntemini kullanarak (II. Senaryo) hesap yapıldı. (Tablo 1). Tüm hastaların planlaması iki farklı teknikle yapıldıktan sonra doz-hacim histogramına göre değerlendirildi. Elde edilen dozlar minimum, maksimum, mean ± standart sapma şeklinde verildi. İstatistiksel değerlendirme SPSS software (Ver.16.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ile yapıldı. Karşılaştırma için Wilcoxon İşaret Sıra Testi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak seçildi. Dozimetrik parametreler Tablo 2 ve Tablo 3'te görülmektedir. OAR'ler için doz sınırlamaları; kalp V30<%10, sol akciğer V20<%30, sağ akciğer V5<%5, sağ akciğer mean<5 Gy, Sağ meme V10<%10 ve sağ meme mean<5 Gy kabul edildi.

Bulgular: PTV'den elde edilen dozimetrik değerler iki farklı senaryoda incelendiğinde, Fluence Painting"yönteminde PTV'nin maksimum dozu azalırken, HI ve CI indeksleri istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptandı ($p< 0.000$). Risk altındaki organlardan elde edilen kalp V30(%), sol akciğer V20(%), sol akciğer mean dozu ve sağ meme mean dozu değerleri iki farklı senaryoda benzerdi ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen dozimetrik değerler yorumlandığında, sol yerleşimli meme kanserlerinde "Fluence Painting"yöntemini kullanmak riskli organlardaki dozu arttırmadan PTV'deki maksimum dozu düşürüp daha homojen ve konformal plan yapılmasına yardım edebilecektir.

Tablo 1. Hedef ve normal dokuların hacim değerleri

	Hacim (cm3)		
	Minimum	Maksimum	Mean±SD
PTV	447	1494	909.78±319.98
Kalp	382	751	545.02±108.70
Sol akciğer	1102	2156	1724.33±285.61
Sağ akciğer	937	2403	1948.38±354.41
Sağ meme	358	1595	827.97±377.32

Table 2. PTV açısından iki farklı tekniğin dozimetrik değerlendirilmesi ve istatistiksel karşılaştırılması

	SENARYO	SENARYO					
	Minimum	Maksimum	Mean±SD	Minimum	Maksimum	Mean±SD	P
Mean Doz (cGy)	5015	5155	5102.05±38.62	5011	5155	5096.57±42.40	>0.05
Maksimum doz (cGy)	5388	5638	5504.72±59.64	5239	5429	5338.12±6376	0.000
D2 (cGy)	5130	5386	5327.96±53.92	5100	5423	5274.18±69.17	>0.05
D98 (cGy)	4496	4902	4797.56±94.43	4496	4942	4819.41±94.08	>0.05
D50 (cGy)	5030	5164	5113.45±36.09	5028	5273	5106.31±50.76	>0.05
HI	0.07	0.16	0.10±0.01	0.06	0.15	0.08±0.02	0.000
CI	0.61	0.92	0.77±0.08	0.66	0.92	0.80±0.07	0.000

Kısaltmalar: D2 = Hedef hacmin %2'si tarafından alınan doz; D98 = Hedef hacmin %98'i tarafından alınan doz; D50 = Hedef hacmin %50'si tarafından alınan doz; HI = Homojenite indeksi; CI = Konformite indeksi; SD= Standart hata

Tablo 3. Senaryolara göre plan-sum'da risk altındaki organların aldığı dozlar ve istatistiksel karşılaştırılması

	SENARYO	SENARYO					
	Minimum	Maksimum	Mean±SD	Mini-mum	Maksimum	Mean±SD	P
Kalp V30 (%)	350.50	640.60	473.83±88.99	350.40	640.50	473.64±89.11	>0.05
Sol akciğer V20 (%)	10.70	18.80	14.90±2.96	10.60	20.10	14.91±3.10	>0.05
Sol akciğer Mean (cGy)	787.30	1191.20	987.39±134.19	787.10	1191.10	986.97±134.35	>0.05
Sağ akciğer V5 (%)	0.10	3.60	0.95±0.98	0.10	3.60	0.95±0.98	>0.05
Sağ akciğer Mean (cGy)	55.80	117.20	86.11±22.17	55.70	117.10	86.02±22.17	>0.05
Sağ meme V10 (%)	0.00	8.80	2.76±2.49	0.00	8.80	2.74±2.48	>0.05
Sağ Meme Mean (cGy)	3.60	494.40	247.31±115.61	3.60	494.30	247.20±115.51	>0.05

Kısaltmalar:V30 = 30 Gy ve üzeri doz alan hacim; V20 = 20 Gy ve üzeri doz alan hacim; V10 = 10 Gy ve üzeri doz alan hacim; V5 = 5 Gy ve üzeri doz alan hacim; SD= Standart hata.

S14 Meme kanserli hastalarda modern radyoterapi teknikleriyle tümör yatağının ve internal mammaryan lenf nodunun ardışık ışınlamasında optimal boost tekniği ve doz ne olmalıdır?

Alparslan Serarslan, Yalçın Daştan, Telat Aksu, Rana Elif Yıldız, Bilge Gürsel
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, SAMSUN.

ÖZ

Amaç: Meme koruyucu cerrahi uygulanan sol yerleşimli meme kanserli hastalarda modern radyoterapi (yoğunluk ayarlı radyoterapi + solunum kontrolü) teknikleriyle tümör yatağı (TY) ve internal mammaryan lenf nodunun (IMLN) ışınlamasında optimal boost tekniğini ve dozu saptamak.

Yöntem: Çalışmamız sol alt iç kadran yerleşimli meme kanseri tanısıyla meme koruyucu cerrahi uygulanan 20 hastanın dört boyutlu planlama bilgisayarlı tomografi görüntüleri (breath hold = nefes tutma tekniği) kullanılarak yapıldı. Hastaların cerrahi sınırı (CS) ve IMLN'de karşımıza çıkması muhtemel sonuçlara (CS negatif + IMLN negatif veya CS negatif + IMLN pozitif veya CS pozitif + IMLN pozitif) göre her hastaya 5 farklı senaryo (I. Senaryo, TY = 60 Gy + IMLN = 50 Gy; II. Senaryo, TY = 60 Gy + IMLN = 60Gy; III. Senaryo, TY = 66 Gy + IMLN = 60 Gy; IV. Senaryo, TY = 60 Gy + IMLN 66 Gy veya V. Senaryo, TY = 66 Gy + IMLN = 66 Gy) olabileceği düşünüldü (Tablo 1). Tüm hastaların geniş alan planlaması yoğunluk ayarlı radyoterapi tekniği ile ve boost teknikleri de ardışık olarak planlandı. I. senaryoda sadece tümör yatağına boost yapılırken, diğer senaryolarda hem TY'ye hem de IMLN'ye boost yapıldı. Her boost planlaması da hem elektron hem de foton olarak iki farklı şekilde planlandı. Tüm tedavi planlamaları doz-hacim histogramına göre değerlendirildi. Değerlendirilen dozimetrik parametreler Tablo 2 ve Tablo 3'te görülmektedir. PTV karşılaştırılması IMLN'de 10 Gy boost dozunda yapılırken, OAR'ler plan-sum'da değerlendirildi. OAR'ler için doz sınırlamaları; kalp V30<%10, sol akciğer V20<%30, sağ akciğer V5<%5, sağ akciğer mean<5 Gy, sağ meme V10<%10 ve sağ meme mean<5 Gy kabul edildi.

Bulgular: PTV'den elde edilen dozimetrik değerler incelendiğinde D2 dozu dışında elektron ve foton boost teknikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Risk altındaki organlardan elde edilen kalp V30(%), sol akciğer V20(%), sol akciğer mean dozu ve sağ meme mean dozu değerleri iki farklı boost tekniğinde tüm senaryolarda benzerdi (p>0.05). Sağ akciğer V5(%) değeri 10 ve 16 Gy foton boostlarında hem doz sınırlamalarını aşıyordu hem de elektron boost tekniğine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (p = 0.000). Sağ Akciğer V5(%) dozunun sadece 16 Gy elektron boost uygulanan planlamalarda doz sınırlamalarını aştığı saptandı. Sağ akciğer mean dozu her üç senaryo içinde foton boost tekniğinde elektron boost tekniğine göre istatistiksel olarak daha yüksekti (p = 0.000). Sağ meme V10(%) değeri ise 16 Gy foton boostlarında doz sınırlamasını aştığı saptandı.

Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen dozimetrik değerler yorumlandığında, modern radyoterapi teknikleri ile birlikte yapılan IMLN tutulu hastalarda hem TY'ye hem de IMLN'ye ardışık boost optimal olarak elektron tekniğiyle 60 Gy'e kadar uygulanabilmektedir.

Tablo 1. Radyoterapi planlama senaryoları

Senaryo	Cerrahi sınır	Lenf nodu metastazı	Radyoterapi bölgeleri / Doz (Gy)						
		IMLN	Aksilla	Sol meme	Sol GD	TY	Aksilla	Supra	IMLN
I	Negatif	Negatif	Pozitif	+ / 50	+ / 50	+ / 60	+ / 50	+ / 50	+ / 50
II	Negatif	Pozitif	Pozitif	+ / 50	+ / 50	+ / 60	+ / 50	+ / 50	+ / 60
III	Pozitif	Pozitif	Pozitif	+ / 50	+ / 50	+ / 66	+ / 50	+ / 50	+ / 60
IV	Negatif	Pozitif	Pozitif	+ / 50	+ / 50	+ / 60	+ / 50	+ / 50	+ / 66
V	Pozitif	Pozitif	Pozitif	+ / 50	+ / 50	+ / 66	+ / 50	+ / 50	+ / 66

Kısaltmalar: IMLN = internal mammaryan lenf nodu; TY = tümör yatağı; GD = göğüs duvarı

Tablo 2. IMLN 10 Gy boost uygulamasında teknikler arasındaki dozimetrik karşılaştırma

	Elektron boost	Foton boost					
	Minimum	Maksimum	Mean±SD	Minimum	Maksimum	Mean±SD	P
Mean Doz (cGy) TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	5588	6036	5816±142	5570	5995	5777±117	> 0.05
D2 (cGy) TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	6172	6370	6261±63	6088	6261	6186±53	0.000
D98 (cGy) TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	3691	5514	4927±451	3931	5496	4939±412	> 0.05
D50 (cGy) TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	5688	6097	5893±142	5662	6054	5860±122	> 0.05
HI TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	0.10	0.40	0.22±0.07	0.10	0.40	0.21±0.07	> 0.05
CI TB (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	0.02	0.19	0.07±0.05	0.02	0.30	0.09±0.07	> 0.05

Kısaltmalar: D2 = Hedef hacmin %2'si tarafından alınan doz; D98 = Hedef hacmin %98'i tarafından alınan doz; D50 = Hedef hacmin %50'si tarafından alınan doz; HI = Homojenite indeksi; CI = Konformite indeksi.

Tablo 3. Senaryolara göre plun-sum'da risk altındaki organların aldığı dozlar

Senaryo	mean (cGy) ± SD	P					
	Elektron boost	Foton boost					
	Minimum	Maksimum	Mean	Minimum	Maksimum	Mean	
Kalp V30 (%) TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy) TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy) TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy) TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy) TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)	 3.20 3.70 5.80 5.60 5.30	 9.70 13.10 15.70 16.50 10.20	 6.31±2.00 7.35±2.32 9.77±2.99 9.93±3.15 8.40±1.47	 2.30 2.80 3.80 3.80 3.70	 10.80 13.20 16.60 17.40 15.40	 6.01±2.17 6.70±2.63 8.27±2.76 8.28±.89 8.21±3.25	 >0.05 >0.05 >0.05 >0.05 >0.05
Sol akciğer V20 (%) TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy) TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy) TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy) TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy) TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)	 16.40 18.00 18.20 19.00 19.00	 29.40 31.80 32.90 33.80 34.80	 23.92±3.34 25.37±3.20 26.37±3.83 26.90±3.60 26.81±3.57	 16.40 17.90 18.00 18.80 18.80	 31.70 31.10 33.50 33.70 33.00	 24.40±3.79 25.63±3.50 26.82±3.66 27.66±3.68 26.98±3.45	 >0.05 >0.05 >0.05 >0.05 >0.05

Sol akciğer Mean (cGy)							
TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy)	1102.10	1722.80	1461.95±158.17	1102.00	1869.40	1490.11±178.76	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	1171.00 1197.80	1851.50 1926.20	1530.29±154.82 1584.61±179.05	1207.50 1207.00	1775.90 1904.70	1527.85±145.37 1617.17±171.81	>0.05 >0.05
TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy)	1234.90	1947.30	1602.69±166.36	1173.90	1912.40	1605.81±186.56	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy)	1225.00	1991.80	1602.73±172.41	1283.70	1871.10	1603.39±150.59	>0.05
TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)							
Sağ akciğer V5 (%)							
TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy)	0.70	7.60	3.37±1.91	1.30	8.00	3.82±2.12	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	1.50 1.70	8.90 11.60	3.90±1.97 5.37±3.37	2.90 3.40	19.50 24.70	9.82±5.43 12.25±5.10	0.000 0.000
TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy)	2.10	11.80	5.30±2.80	2.30	30.10	14.63±6.95	0.000
TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy)	1.90	11.60	5.13±2.74	3.70	29.60	13.90±5.75	0.000
TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)							
Sağ akciğer Mean (cGy)							
TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy)	112.90	245.80	177.18±33.97	131.90	326.70	200.10±53.61	0.000
TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	140.60 155.90	260.10 281.90	195.21±34.01 208.71±39.05	174.40 186.60	664.80 410.00	331.47±169.54 277.51±65.77	0.000 0.000
TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy)	163.40	290.40	218.00±39.63	189.40	445.40	292.30±74.15	0.000
TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy)	152.70	311.20	213.93±42.94	203.10	409.50	290.93±67.96	0.000
TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)							
Sağ meme V10 (%)							
TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy)	0.20	6.20	3.35±1.93	0.20	8.60	3.99±2.08	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	0.20 0.30	8.10 7.10	3.61±2.18 3.88±1.99	0.30 0.40	9.20 9.90	4.38±2.05 5.23±2.17	0.000 >0.05
TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy)	0.30	8.70	3.98±2.29	0.50	11.00	5.53±2.66	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy)	0.30	8.40	3.96±2.25	0.40	14.40	5.81±2.93	0.000
TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)							
Sağ Meme Mean (cGy)							
TY (60 Gy) + IMLN (50 Gy)	176.30	512.30	321.45±95.76	207.40	527.90	362.39±23.26	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (60 Gy)	177.60 179.80	492.90 545.10	314.62±86.90 327.84±102.07	238.30 243.30	666.80 599.10	414.73±120.81 413.83±98.89	>0.05 >0.05
TY (66 Gy) + IMLN (60 Gy)	181.10	499.80	325.84±89.08	246.40	680.90	423.07±109.46	>0.05
TY (60 Gy) + IMLN (66 Gy)	179.80	545.10	330.02±103.73	243.30	652.90	423.41±106.28	>0.05
TY (66 Gy) + IMLN (66 Gy)							

Kısaltmalar: V30 = 30 Gy ve üzeri doz alan hacim; V20 = 20 Gy ve üzeri doz alan hacim; V10 = 10 Gy ve üzeri doz alan hacim; V5 = 5 Gy ve üzeri doz alan hacim; TY = Tümör yatağı; IMLN = internal mammaryan lenf nodu.

S15 Aksiller web sendromu-Olgu sunumu-Özet

Dilan Pehlivan, Adnan Gündoğdu, Ahmet Akbaş
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Aksiller web sendromu meme kanseri aksilla cerrahisinden sonra erken post-operatif dönemde gözden kaçan önemli bir morbidite nedenidir.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: 37yaş kadın hasta, triple negatif sağ meme kanseri nedeniyle BRCA2 pozitif olması nedeniyle bilateral cilt koruyucu mastektomi+sağ aksilla sentinel lenf nodu eksşzyonel biyopsisi+bilateral implant uygulandı. Postoperatif 20.gün kontrolünde sağ aksillada abduksiyon kısıtlılığı ve ağrı saptandı.



1 ay süren fizik tedavi egzersizleri sonrasında hastada tama yakın iyileşme sağlandı.



Sonuç: Aksilla cerrahisi sonrası aksiller web sendromu önemli bir morbidite nedenidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile tam iyileşme sağlanabilir. Etiyoloji net olarak bilinmemesi ve en iyi tedavi yönetiminin belirlenmesi için daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

S16 CDK 4/6 Kullanımı Sonrasında Gelişen Grade-4 Trombositopeni Vakası

Murat Alan, Bahiddin Yılmaz
OMÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Anahtar kelime : metastatik meme kanseri, cdk-4 inhibitörü, trombositopeni

Giriş : Sikline bağımlı kinazlar (CDK'ler), hücre döngüsünün düzenlenmesindeki önemli rol oynayan moleküllerdir. CDK'lerin işlevini inhibe eden CDK inhibitörleri (ribosiklib, palbosiklib, abemasiklib), kanser hücrelerinin proliferasyonunu inhibe ederek etkilerini gösterirler. Burada, ribosiklib ile tedaviden sonra grade-4 trombositopeni gelişen bir metastatik meme kanseri hastasının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu : altmış beş yaşında kadın . 9 yıl önce sağ meme de kitle nedeniyle yapılan mamografisinde üst dış kadranda 22 x 30 mm düzensiz sınırlı görüldü. Yapılan kitle biyopsisi invaziv duktal karsinom , östrojen reseptörü pozitif (er), progesteron reseptörü negatif (pr) , cerb-b2 negatif idi. Sağ segmental mastektomi sonrası adjuvan 4 kür doxorubicin-siklofosfamid artı 12 hafta paklitaksel aldı. Ardından adjuvan radyoterapi aldı. Adjuvan hormona terapi olarak letrozol verildi. 7 ci yıl adjuvan letrozol tedavisi içinde iken yaygın kemik ağrısı nedeniyle yapılan pet ct sinde karaciğer, kemik, mediastinal lenf nodlarında ve sol aksiller lenf nodunda metastaz görüldü. Sol aksiller lenf nodu biyopsisi er pozitif, pr pozitif, cerb-b2 negatif olarak geldi. Yaygın kemik ağrısı olması nedeniyle kemik metastazlarına yönelik palyatif radyoterapi verildi. Tümör yükü fazla olan hastaya 6 kür paklitaksel artı karboplatin tedavisi verildi. 6 kür kemoterapi sonrası çekilen pet ct sinde iyi derece yanıt vardı. İdame tedavi olarak cdk-4 inhibitörü (ribosiklib) 600 mg artı fulvestrant başlanıldı. Ribosiklib başlarken trombosit değeri periferik yaymada 80 bin-100 bin ile uyumlu idi. 1 hafta sonraki kontrol hemogramda trombosit değeri 22 bin idi. Ribosiklib tedavisi kesildi. 1 hafta sonra ölçülen trombosit değeri 10 bin ile uyumlu görüldü. Kemik iliği aspirasyonunda blast yok, selülerite az idi. Kemik iliği biyopsisinde hiposelüler ilik olarak görüldü. 2ü aferez trombosit süspansiyonu verildi. 1 hafta sonra trombosit değeri 151 bin olarak gelmesi üzerine ribosiklib 400 mg artı fulvestrant olarak tekrar başlanıldı. 1 hafta sonraki trombosit değeri 48 bin gelmesi üzerine ribosiklib kesildi. 2 hafta aradan sonra trombosit değeri 143 bin idi. Ribosiklib 200 mg olarak doz redüksiyonu yapıldı ve tekrar başlanıldı. 3 hafta sonraki nötrofil değeri 800 idi. Ribosiklib kesildi. Kontrol pet ct sinde progresyon görüldü. Ribosiklib fulvestrant tedavisine son verildi.

Tartışma : hormon pozitif her-2 negatif metastatik meme kanserinde visseral krizsiz hastalarda ilk basamak tedavide cdk-4 inhibitörleri ile aramatöz inhibörleri önerilmektedir. Cdk-4 inhibitörlerinin progresyonsuz sağkalımı ve genel sağkalımı uzattığı görülmüştür. Cdk-4 inhibitörlerinin en çok görülen yan etkileri nötropeni trombositopeni, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve QT uzaması olarak görülür. Faz-3 MONALEESA-3 çalışmasında, ribosiklib ile tedavi edilen gruptaki en yaygın ciddi yan etkiler, sırasıyla katılımcıların > %30'unda meydana gelen nötropeni ve lökopeni idi. Trombositopeni % 9 oranında görülebilmektedir. Bu vakada tümör yükü fazlalığı ve semptomatik olması nedeniyle kemoterapi ile başlanılmış ve ardından idame tedavi olarak cdk-4 inhibitörü artı fulvestrana geçilmiştir. Grade 4 trombositopeni gelişmesi üzerinede gerekli doz modifikasyonları sonrası tedavi kesilmiştir.

Sonuç : hormon pozitif metastatik meme kanseri tedavisinde cdk-4 inhibitörleri sonrası grade 4 trombositopeni sıklıkla olmasa da görülebilmektedir. Cdk-4 inbitörleri başlanan hastalarda özellikle ilk 10-14 gün sonrasında hemogram takibi yapılmasını önermekteyiz.

S17 Meme kanseri hastalarında sağlıklı beslenme engellerinin yaşam kalitesi, vücut kompozisyonu ve depresyon durumu üzerine etkisi

Dilşat Baş[1 2], Nihan Çakır Biçer[3]
[1]İstanbul Galata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul,Türkiye
[2]Acıbadem Altunizade Hastanesi, Beslenme ve Diyet Bölümü, İstanbul, Türkiye
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Amaç: Meme kanserinde beslenme müdahaleleri, yağlanmanın azaltılması, hayatta kalma, nüks riski veya prognoz üzerinde olumlu değişiklikler sağlayabilmektedir. Meme kanseri hastaları beslenme davranışlarını iyileştirmek için motive olmalarına rağmen, beslenme engelleri nedeniyle optimal diyet programının uygulaması ile ilişkili engeller mevcuttur. Sağlığın geliştirilmesi isteğiyle, sağlıklı beslenme önerilerine uyum arasındaki boşluk, meme kanserinden kurtulanların önündeki engellerinin belirlenmesine yönelik ihtiyacı vurgulamaktadır.Bu araştırmanın amacı, meme kanseri hastalarında sağlıklı beslenme engellerinin saptanması, yaşam kalitesi, psikolojik durum ve vücut kompozisyonu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma verileri, 2019-2022 yılları arasında Acıbadem Altunizade Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvurmuş, meme kanseri tedavisini en az 6 ay önce tamamlamış 125 hastanın hastane kayıtlarından retrospektif olarak elde edilmiştir. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümü ve Tanita MC 980 ile vücut kompozisyon analizi yapılmış, sağlıklı beslenme engellerini değerlendirmek için Ventura ve ark.'nın araştırmasından uyarlanan Sağlıklı Beslenme Engelleri (SBE) Anketi 5'li likert şeklinde uygulanmış (puan yüksekliği sağlıklı beslenme bariyerinde artış olarak değerlendirilmiştir),yaşam kalitesi SF-36 Ölçeği, depresyon durumları Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (EAMDÖ) ile değerlendirilmiş olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Meme kanseri tanısı ile medyan 28 (range:6-192) aydır takip edilan 125 hastanın özellikleri Tablo 1'de tanımlanmıştır. Tablo 2'de yaş ve antropometrik ölçümler ile SBE ve EAMDÖ puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir, yaş ve SBE puanı arasında zayıf negatif korelasyon saptanmıştır (r=-0.209; p=0.020). Hastaların SBE, EAMDÖ ve SF-36 alt boyut ve toplam puanları Tablo 3'de verilmiştir. SBE puanı arttıkça emosyonel rol güçlüğü (r=-0.29), enerji/canlılık/vitalite (r=-0.29), ruhsal sağlık (r=-0.34), sosyal işlevsellik (r=-0.24), ağrı (r=-0.18) ve genel sağlık (r=-0.21) SF-36 alt boyut puanlarının; benzer şekilde EAMDÖ puanı arttıkça da fiziksel rol güçlüğü (r=-0.23), emosyonel rol güçlüğü (r=-0.47), enerji/canlılık/vitalite (r=-0.41), ruhsal sağlık (r=-0.49), sosyal işlevsellik (r=-0.46), ağrı (r=-0.24) ve genel sağlık (r=-0.21) SF-36 alt boyut puanlarının düştüğü saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca hastaların SBE puanı arttıkça EAMDÖ puanının arttığı görülmüştür (r=0.25; $p<0.01$).

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre meme kanseri hastalarında sağlıklı beslenme engelleri, yaşam kalitesi ve depresyon durumu üzerinde negatif etki oluşturabilen değiştirilebilir risk faktörüdür. Aktif tedavi sürecinin ardından hastaların beslenme engellerinin saptanması, beslenme planının oluşturulması ve izlemi meme kanseri hastalarında prognostik bir faktör olan obezitenin önlenmesinde ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili bir adım olabilir.

Kaynaklar

Ventura, E. E., Ganz, P. A., Bower, J. E., Abascal, L., Petersen, L., Stanton, A. L., & Crespi, C. M. (2013). Barriers to physical activity and healthy eating in young breast cancer survivors: modifiable risk factors and associations with body mass index. Breast cancer research and treatment, 142, 423-433.

Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., & Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC public health, 6, 1-8.

Lehmann, V., Makine, C., Karşıdağ, Ç., Kadıoğlu, P., Karşıdağ, K., & Pouwer, F. (2011). Validation of the Turkish version of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in patients with type 2 diabetes mellitus. BMC Medical Research Methodology, 11: 109.

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics

Tablo 1: Hasta özellikleri

				SBE		EAMDÖ			
(N=125)		n	(%)	Ortalama	(SD)	p	Ortalama	(SD)	p
Yaş (yıl)	<50	72	(57.6)	42.54	(10.50)	0.106a	36.22	(6.78)	0.386a
	≥50	53	(42.4)	39.28	(10.97)		35.58	(8.17)	
Menopoz durumu	Hayır	89	(71.2)	42.81	(10.83)	0.014a*	36.38	(6.76)	0.092a
	Evet	36	(28.8)	37.08	(9.63)		34.89	(8.74)	
BKİ	Normal	38	(30.4)	41.29	(12.32)	0.798b	35.87	(7.73)	0.474b
	Kilolu	47	(37.6)	41.02	(9.95)		36.17	(6.06)	
	Obez	40	(32.0)	41.20	(10.43)		35.78	(8.54)	
Düzenli aktivite	Evet	67	(53.6)	39.09	(8.80)	0.034a*	34.76	(7.39)	0.044a*
	Hayır	58	(46.4)	43.55	(12.35)		37.33	(7.18)	
Diyet	Evet	53	(42.4)	39.00	(10.34)	0.036a*	34.49	(6.95)	0.042a*
	Hayır	72	(57.6)	42.75	(10.89)		37.03	(7.54)	
Lenf ödem	Evet	43	(34.4)	41.23	(12.57)		34.88	(8.39)	
	Hayır	82	(65.6)	41.12	(9.80)		36.51	(6.78)	
Tanı üzerinden geçen zaman	6-36 ay1	77	(61.6)	40.84	(10.99)	0.028b*	35.34	(6.88)	0.706b
	37-60 ay2	28	(22.4)	45.21	(11.25)	dif**:3<2	37.54	(8.55)	
	≥61 ay3	20	(16.0)	36.70	(7.10)		36.10	(7.55)	
Cerrahi tedavi tipi	Mastektomi	33	(26.4)	41.48	(11.38)	0.797a	37.36	(7.74)	0.137a
	MKC	92	(73.6)	41.04	(10.62)		35.45	(7.22)	
KT	Evet	103	(82.4)	40.50	(10.53)	0.203a	36.16	(7.05)	0.382a
	Hayır	22	(17.6)	44.27	(11.65)		35.00	(8.86)	
RT	Evet	99	(79.2)	41.22	(11.25)	0.793a	35.91	(7.15)	0.954a
	Hayır	26	(20.8)	40.92	(8.96)		36.12	(8.32)	
HT	Evet	103	(82.4)	41.60	(11.23)	0.487a	36.17	(7.91)	0.917a
	Hayır	22	(17.6)	39.09	(8.24)		34.95	(4.01)	
Anti-HER2	Evet	29	(23.2)	40.41	(10.27)	0.535a	36.38	(6.06)	0.281a
	Hayır	96	(76.8)	41.39	(10.97)		35.82	(7.76)	

*p<0.05, a: Mann-Whitney U test, b: Kruskal Wallis-H Test, **:Bonferroni test, dif: difference

BKİ: Beden kütle indeksi; KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormon tedavisi; Anti-HER2: Human epidermal growth factor receptor-2; SBE: Sağlıklı Beslenme Engelleri; EAMDÖ: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

Tablo 2: Yaş ve antropometrik ölçümler ile EAMDÖ ve SBE puanları arasındaki ilişki

		EAMDÖ		SBE	
An	Ortalama (SD)	r	p	r	p
Yaş (yıl)	48.75 (9.65)	-0.125	0.164	-0.209	0.020*
BKİ (kg/m2)	28.30 (5.48)	-0.046	0.613	0.064	0.481
Yağsız kütle (%)	64.90 (6.35)	0.132	0.144	-0.107	0.235
Kas (%)	61.16 (7.76)	0.112	0.215	-0.106	0.240
Yağ (%)	34.65 (6.38)	-0.118	0.190	0.132	0.142
İskelet kası (%)	37.20 (3.54)	0.040	0.684	-0.177	0.072
BMH (kkal/gün)	1513.81 (1126.8)	-0.080	0.374	0.018	0.845
Abdominal yağlanma	7.14 (3.10)	-0.006	0.953	0.077	0.438
BKO	0.81 (0.08)	-0.104	0.250	-0.047	0.600

*p<0.05, Spearman's correlation test, SD=Standard deviation

BKİ: Beden kütle indeksi; BMH: Bazal metabolik hız; BKO: Bel/kalça oranı; SBE: Sağlıklı Beslenme Engelleri; EAMDÖ: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

Tablo 3: SF-36, EAMDÖ ve SBE alt boyut ve toplam puanları arasındaki korelasyon

No.	Ölçekler	Ortalama (SD)	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SF36-Fiziksel Fonksiyon	75.79 (20.03)	.85	NA								
2	SF36-Fiziksel Rol Güçlüğü	68.61 (37.56)	.82	.441**								
3	SF36-Emosyonel Rol Güçlüğü	71.73 (33.88)	.62	.243**	.478**							
4	SF36-Enerji/Canlılık/Vitalite	64.68 (20.84)	.75	.330**	.259**	.377**						
5	SF36-Ruhsal Sağlık	70.13 (19.16)	.78	.233**	.212*	.416**	.713**					
6	SF36-Sosyal İşlevsellik	79.00 (22.54)	.68	.347**	.459**	.513**	.532**	.559**				
7	SF36-Ağrı	71.70 (22.56)	.77	.419**	.461**	.345**	.431**	.365**	.533**			
8	SF36-Genel Sağlık	65.61 (18.90)	.77	.431**	.387**	.324**	.544**	.427**	.447**	.421**		
9	EAMDÖ	35.95 (7.38)	.74	-.139	-.227*	-.467**	-.412**	-.485**	-.457**	-.235**	-.210*	
10	SBE	41.16 (10.78)	.81	-.054	-0.138	-.287**	-.290**	-.338**	-.244**	-.181*	-.210*	.254**

**p<0.01, *p<0.05, Spearman's correlation test, Sd=Standard deviation, α=Cronbach's alpha, NA=Not available

EAMDÖ: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği; SBE: Sağlıklı Beslenme Engelleri

S18 Meme kanseri hastalarında radyoterapiye bağlı radyolojik akciğer hasarının klinik ve dozimetrik faktörlerle ilişkisi

Uğur Yılmaz[1] [2], Murat Köylü[1], Recep Savaş[3], Senem Alanyalı[1]
[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ABD
[2] Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği
[3] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

Amaç

Meme kanseri hastalarında radyoterapi (RT)'ye bağlı akciğer hasarının radyolojik özelliklerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek ve akciğer değişikliklerinin dozimetrik parametreler ve hastaya ait özellikler ile ilişkisini incelemek.

Yöntem

Meme kanseri nedeni ile RT uygulanan toplam 76 hasta; tedavi planları, dozimetrik parametreler ve RT sonrası çekilen akciğer bilgisayarlı tomografi (BT)'leri (her hasta için bir veya birden çok; toplam 116 BT) ile geriye dönük olarak incelendi. BT'ler; çekildiği tarihe göre RT sonrası 1-6 ay, 7-12 ay, 13-18 ay ve > 18 ay olarak gruplandırıldı ve buzlu cam, septal kalınlaşma, konsolidasyon/yamalı pulmoner opasite/alveolar infiltrasyon, subplevral hava kisti, hava bronkogramı, parankimal bantlar, traksiyon bronşektazisi, plevral/subplevral kalınlaşma ve pulmoner hacim kaybı açısından değerlendirildi. Bu değişiklikler Nishioka sınıflamasına göre; derece 0, RT alanlarında önemli bir değişiklik yok; derece 1, RT alanlarında sadece plevral kalınlaşma; derece 2, RT alanlarının < %50'sinde akciğer değişiklikleri olması; derece 3, RT alanlarının > %50'sinde akciğer değişikliği olması olarak derecelendirildi (Resim 1). Nishioka skorlarının klinik ve dozimetrik faktörlerle ilişkisi analiz edildi (Nishioka skorları RT'den 12 ay sonrasından itibaren değişmediği için RT sonrası 13-18 ay ve > 18 ay grupları istatistiksel analizde > 12 ay grubu olarak değerlendirildi).

Bulgular

Ortanca takip süresi 49 aydı. Olgu özellikleri ve doz-volüm histogram (DVH) parametreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu sürede kortikosteroid gerektiren radyasyon pnömonisi gözlenmedi. RT sonrası BT çekimi zaman aralıklarına göre Nishioka dereceleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

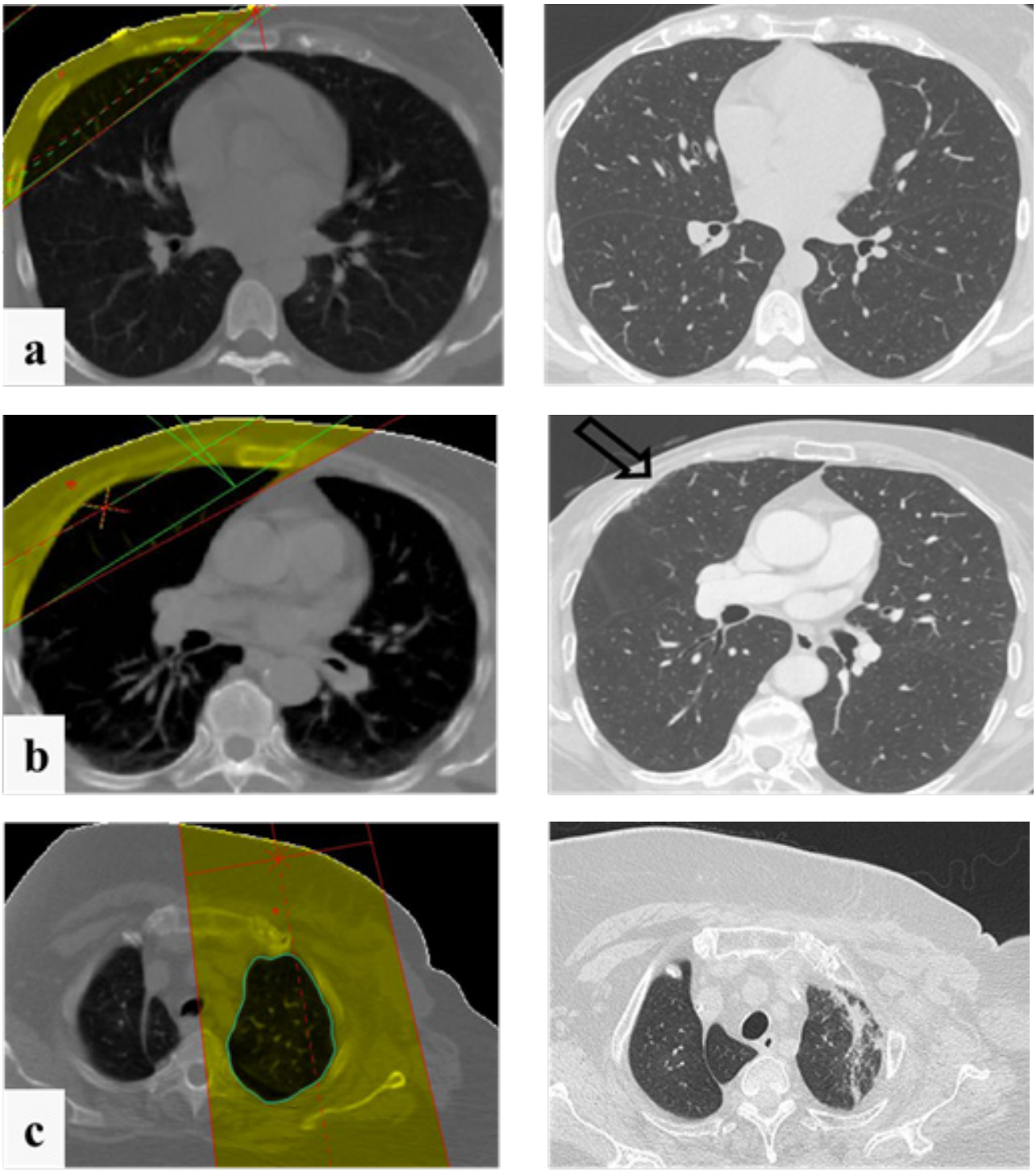
Tek değişkenli analizde; yaş ile 1-6 aylık dönem Nishioka skorları arasında pozitif korelasyon bulundu (rs: 0,572 ve p=0,000). Ki-kare testi aromataz inhibitörü (Aİ) kullanımının 1-6 aylık dönem için daha yüksek Nishioka skorları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (p=0,045); ancak sonraki dönemler için herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir. Çok değişkenli analizde, ne yaş ne de Aİ kullanımı ile radyolojik akciğer değişikliği (derece 0 vs derece 1, 2, 3) arasında istatistiki anlamlı bir ilişki bulunamadı.

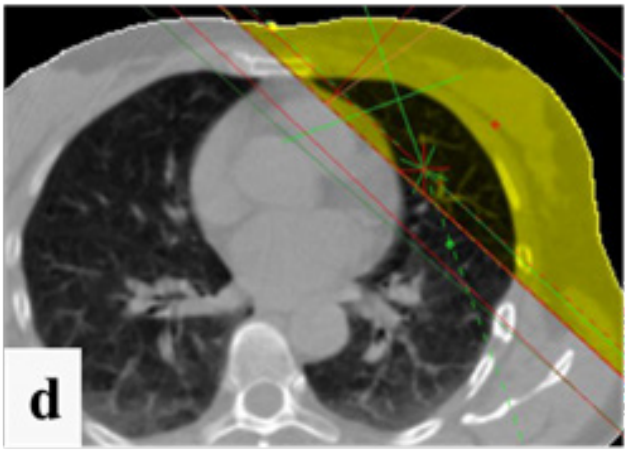
DVH parametreleri, 1-6 aylık ve 7-12 aylık dönemlerdeki Nishioka skorları ile korele değildi. Buna karşılık, RT sonrası > 12 ay daki BT'lerin Nishioka skorları ile ortalama akciğer dozu (p=0.036, rs= 0,320); V5 (p=0.036, rs=0,320); V20 (p=0.034, rs=0,324); V30 (p= 0.037, rs=0,320) ve V40 (p=0.027, rs=0,338) arasında istatistiki anlamlı ilişki mevcuttu. ROC analizi, V5'in kronik radyolojik akciğer değişikliklerini -fibrozisi- öngörmede en belirleyici dozimetrik parametre (AUC: 0.766, p= 0.028) olduğunu ortaya koydu. V5 > %41; radyolojik fibrozis gelişimi için eşik değer olarak bulundu (duyarlılık: %64 ve özgüllük %86).

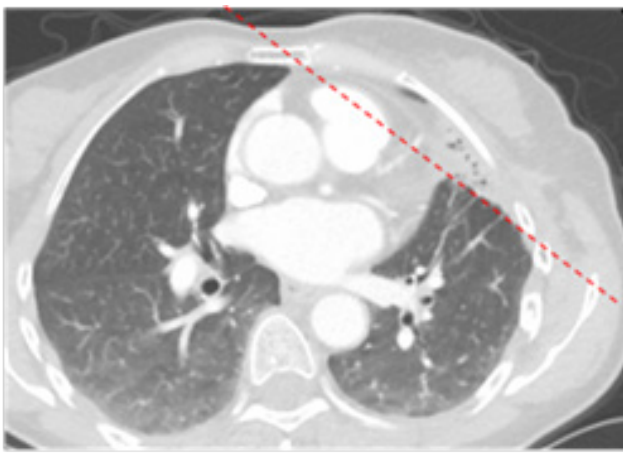
Sonuç

Meme kanseri RT'sinde ipsilateral akciğer için V5 ≤ %41 tutulması kronik akciğer sekellerinin önlenmesinde önemlidir.

Resim 1: Radyoterapi (RT)'ye bağlı akciğer hasarının Nishioka sistemi ile değerlendirilmesi. Sol tarafta RT planlama bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri ve sağ tarafta takipteki akciğer BT görüntüleri. Nishioka dereceleri; a-) Derece 0, b-) Derece 1, c-) Derece 2 ve d-) Derece 3







Tablo 1: Hasta özellikleri ve doz-volüm histogram parametreleri

Yaş, ortanca (aralık)	53 (31-81)
Menopoz durumu Premenopoz Postmenopoz Perimenopoz	 29 (38.2 %) 45 (59.2 %) 2 (2.6 %)
Cerrahi PM+AD/SLNB TM+AD/SLNB Sadece AD (okkült meme ca)	 22 (28.9 %) 53 (69.8 %) 1 (1.3 %)
Histoloji IDK ILK Diğerleri	 44 (57.9 %) 4 (5.3 %) 28 (36.8 %)
Evre (AJCC Kanser Evreleme Kılavuzu; 7. edisyon) I II III IV	 2 (2.7 %) 31 (42.4 %) 37 (50.6 %) 3 (4.1 %)
Akciğer komorbiditesi Asthma Asbestosis	 6 (7.9 %) 1 (1.3 %)
Sigara kullanımı Var Yok	 27 (40.2 %) 40 (59.8 %)
Radyoterapi dozu 50 Gy 50 Gy + 10 Gy boost 50 Gy + 16 Gy boost	 51 (67.1 %) 20 (26.3 %) 5 (6.6 %)
Kemoterapi Adjuvan Neoadjuvan Yok Taksan-bazlı	 62 (81.6 %) 11 (14.5 %) 3 (3.9 %) 67 (88.2 %)

Hormonoterapi Tamoksifen Aromatase inhibitörleri Her ikisi (ardışık) Yok	 17 (22.3 %) 36 (47.4 %) 5 (6.6 %) 18 (23.7 %)
Trastuzumab Var Yok	 18 (24 %) 57 (76 %)
İpsilateral akciğer DVH parametreleri; ortanca (aralık) V5 V10 V13 V20 V30 V40 Ortalama akciğer dozu	 % 44 (19-92) % 34 (12-74) % 32 (11-70) % 30 (9-51) % 28 (8-47) % 24 (3-44) 16 Gy (7-26)
PM, Parsiyel mastektomi; TM, Total mastektomi, AD, Aksiller diseksiyon; SLNB, Sentinel lenf nodu biyopsisi; İDK, İnvaziv duktal karsinom; İLK, İnvaziv lobüler karsinom; AJCC, American Joint Commitee on Cancer; DVH, Doz-volüm histogram	

Tablo 2: Radyoterapi sonrası çekilen toraks bilgisayarlı tomografilerindeki akciğer radyolojik değişikliklerinin Nishioka skorlaması.

	1-6 ay (ortanca 3.6 ay)	7-12 ay (ortanca 10 ay)	13-18 ay (ortanca 15 ay)	> 18 ay (ortanca 32 ay)
Derece 0	12 (34 %)	5 (17 %)	4 (20 %)	6 (19 %)
Derece 1	1 (3 %)	7 (23 %)	5 (25 %)	9 (29 %)
Derece 2	16 (46 %)	17 (57 %)	9 (45 %)	15 (48 %)
Derece 3	6 (17 %)	1 (3 %)	2 (10 %)	1 (3 %)
Toplam hasta sayısı	35 (100 %)	30 (100 %)	20 (100 %)	31 (100 %)

S19 Geriatrik Meme Kanseri Hastalarında CDK4/6 İnhibitörlerine Bağlı Gözlenen Toksisiteler ve Yönetimi Tek Merkez Deneyimi

Şafak Yıldırım Dişli[1] Evren Fidan[2]
[1]Kayseri Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, Kayseri
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Tıbbi Onkoloji BD, Trabzon

Amaç: Hormon reseptörü (HR) pozitif, Her2 negatif ileri evre meme kanseri tanısı olan ve visseral kriz düşünülmeyen hastalarda, tedaviye CDK4/6 inhibitörlerinin hormonal tedaviye ilavesi ile başlanmaktadır. Bu çalışmada klinik araştırmalarda yeteri kadar temsil edilmeyen geriatrik hastalarda, CDK4/6 inhibitörlerine bağlı gözlenen toksisiteleri ve bu toksisitelerin yönetimini tek merkez deneyimi olarak paylaşmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Ocak 2020-Temmuz 2022 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran HR pozitif, Her2 negatif ileri evre meme kanseri tanısı olan 65 yaş ve üzeri, en az 3 ay Ribosiklib veya Palbosiklib kullanan hastalara ait veriler incelendi. Hastalarda gözlenen yan etkiler, doz modifikasyonları ve ilaç bırakma durumu analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya Ribosiklib kullanan 18, Palbosiklib kullanan 10 olmak üzere toplam 28 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 69,93(min:65 max:82) saptandı. Tüm hastalara tam doz tedavi başlandı. 5 (%17.8) hastada herhangi bir yan etki gözlenmedi. Ribosiklib kullanan 10, palbosiklib kullanan 6 toplam 16 (%57.14) hastada doz redüksiyonu yapıldı. Kalan 12 (%42.85) hastada ise tam doz ilaç kullanımına devam edildi. Doz modifikasyonun her iki ilaç içinde en sık sebebi nötropeni gözlenmesiydi (%71.4). Ancak hiç bir hastada febril nötropeni gözlenmedi. Hastaların 7 (%35)'sinde grade1 nötropeni gözlendi. Bu hastaların tümü ribosiklib kullanan hastalardı. 12 (%60) hastada grade3 nötropeni izlendi. Bu hastaların 8 tanesi palbosiklib, 4 tanesi ribosiklib kullanıyordu. Ribosiklib kullanan 1 hastada (%5) ise grade4 nötropeni gözlendi. GFR de düşme nedeniyle ribosiklib kullanan 2, palbosiklib kullanan 2 olmak üzere toplam 4 hastada doz redüksiyonu yapıldı. Ribosiklib kullanan 1 hastada ödem, asit ve KCFT yüksekliği nedeniyle, palbosiklib kullanan 1 hastada ise yumuşak doku enfeksiyonu nedeniyle doz redüksiyonu yapıldı. Ribosiklib kullanan 1 hastada ilacı tolere edememe, doz modifikasyonlarına rağmen tekrarlayan grade3-4 nötropeni nedeni ile tedavi tamamen kesildi. Kalan 27 hastanın hiçbirinde ilaç kesilmedi ve doz modifikasyonu ile tedaviye devam edildi.

	Ribosiklib(n=18)	Palbosiklib(n=10)
Grade 1 nötropeni	7	-
Grade 2 nötropeni	-	-
Grade 3 nötropeni	4	8
Grade 4 nötropeni	1	-
Grade 1 KCFT yüksekliği	1	-
Grade 2 KCFT yüksekliği	-	-
Grade 3 KCFT yüksekliği	1	-
Grade 4 KCFT yüksekliği	-	-
GFR de bozulma	2	2
Yumuşak doku enfeksiyonu	-	1

Tablo 1. CDK 4/6 inhibitörleri ile gözlenen yan etki sıklığı

Sonuç: Geriatrik hasta grubunda da diğer yaş grupları ile benzer şekilde en sık nötropeni yan etkisi gözlemledik. Literatür verilerine benzer şekilde nötropeni , palbosiklib kullanan hastalarda daha sık gözlemlendi. Bu hasta grubunda da benzer şekilde febril nötropeni saptanmadı. Geriatrik hasta grubunda gelişen yan etkilerin ve yan etki yönetiminin diğer gruplarla benzer olduğunu ve bu tedavilerin ileri yaş hastalarda da benzer güvenlilikle kullanılabileceğini saptadık.

S20 Filloides Tümörlere Klinik Yaklaşım-Vaka Serisi

Arş Gör Dr. Meliha Ülkü GÜZEL, Doç. Dr. Veli VURAL, Prof. Dr. Emel DURMAZ, Prof. Dr. Cumhur ARICI
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Filloides tümörler memenin nadir görülen bir fibroepitelyal tümör tipidir. Görülme sıklığı %1'in altında olan bu tümörler özellikle malign alt tipinin nadir görülmesi nedeniyle sıklıkla olgu sunumlarına konu olmaktadır. Yaklaşık 2,1/1.000.000 oranla düşük bir insidansa sahiptirler.

Her yaşta görülebilirler fakat adölesanlarda ve yaşlılarda nadir olarak görülürler. Ortalama 45-49 yaşlarında artış gösterirler.

Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre filloides tümörler 3 grupta incelenmektedir: benign, borderline ve malign. Bu sınıflama tümörün histopatolojik karakterine göre yapılmıştır.

HİSTOPATOLOJİK PATERN	BENİGN	BORDERLİNE	MALİGN
MİTOZ SAYISI	0-4 (10 HPF)	5-9(10 HPF)	10'DAN FAZLA (10 HPF)
SELÜLER PLEO-MORFİZM	AZ	ORTA	İLERİ DERECEDE
STROMAL HİPER-SELLÜLERİTE	AZ	ORTA	İLERİ DERECEDE
STROMA BÜYÜME	YOK	YOK	VAR
TÜMÖR MARJİNİ	İYİ SINIRLI	İNVAZYON GÖSTER-EN	İNFİLTRASYON GÖSTEREN

Tedavide öncelikli yaklaşım cerrahi olup cerrahi tedavide negatif marjinler sağlanabildiği takdirde meme koruyucu cerrahi (lumpektomi, parsiyel mastektomi) tercih edilen ilk yöntemdir. Negatif marjinlerin sağlanamadığı durumlarda mastektomi yapılabilir. Tedavide lokal rekürrensleri önlemek amaçlı negatif marjin sağlamak ortak amaç olup axiller metastaz nadir görüldüğü için axiller cerrahi sıklıkla uygulanmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre lokal rekürrens oranı totalde %21 olup benign tümörlerde %17, borderline tümörler için %25, malign tümörler için %27'dir.

METOD VE MATERYAL:

Çalışmada 2015-2022 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi'nde takibi olan filloides tümör tanısı almış 28 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Hastalar merkezimizde veya dış merkezlerde mamografi, ultrasonografi, MR gibi görüntüleme yöntemleri ile filloides tümör ön tanısı almış olup bütün hastaların biyopsi veya operasyon sonucunda kesin patolojik tanıları mevcuttur.

Hastaların bazılarında karsinom vb. tanılar ile yapılan operasyonlar sonrası insidental olarak filloides tümör bulunmuştur.

Hastalar epidemiyolojik olarak, tümör boyutu, eksizyon sınırları, lokal rekürrensler, operasyon türleri ve re-operasyon ihtiyaçları, takip süreleri açısından incelenmiştir.

Ayrıca malign tanılı hastalar tanı anında metastaz ve tanı sonrası uzak metastaz açısından değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR:

Hastaların yaş aralığı 27-70 olup ortalama yaş 47,9 olarak görülmüştür.

Hastaların 17'si benign tanılı (%60,79), 3'ü borderline tanılı (%10,71), 8'si malign tanılıdır. (%28,6)

	Sıklık	Yüzde(%)
MALİGN	8	28,6
BORDERLİNE	3	10,7
BENİGN	17	60,7
TOTAL	28	100

Biyopsi sonrası benign filloides tümör tanısı alan 2 hasta operasyonu kabul etmeyip görüntüleme ile takip edildiği için incelemeye dahil edilmemiştir.

13 hastada sol memede , 14 hastada sağ memede ve 1 hastada bilateral memede tümör yerleşimi görülmüştür.

	LOKALİZASYON	
	SAYI	YÜZDE
SAĞ	14	50
SOL	13	46,4
BİLATERAL	1	3,66
TOTAL	28	100

En büyük tümör boyutu malign hastaların olduğu grupta görülmüş olup 23x20x20 cm'dir.

En küçük tümör boyutu ise benign hastaların olduğu grupta görülmüş olup 1,5x2x0,4 cm'dir.

Malign hastaların olduğu grupta ortalama boyut 10,83 cm, borderline grupta 12,03 cm, benign grupta 4,24 cm olarak görülmüştür.

Malign hastaların olduğu grupta ortalama tümör hacmi 795,2395 cm3, borderline'da ortalama hacim 871,635 cm3, benign hastaların olduğu grupta 30,6051 cm3 olarak ölçülmüştür.

Toplam 4 hastada simple mastektomi uygulanmış olup hastalardan 3'ü malign tanılı, 1'i borderline tanılıdır.

Malign tanılı hastalardan 5 hastaya meme koruyucu cerrahi, 3'üne simple mastektomi uygulanmıştır.

Borderline tanılı hastalardan 2'sine meme koruyucu cerrahi, 1'ine simple mastektomi uygulanmıştır.

Benign tanılı 3 hasta eksizyonel meme biyopsi ile tanı almış olup 2 hastaya telle işaretli eksizyonel biyopsi sonrası tanı konulmuştur.

Benign tanılı hastaların hepsinde meme koruyucu cerrahi uygulanmış olup mastektomi uygulanan hasta yoktur.

Çalışmamızda cerrahi sınır histopatolojik tip farketmeksizin 1 cm olarak belirlenmiştir.

Malign tanılı hastaların 4'ünde cerrahi sınır negatif olarak görülmüştür. Bu hastaların 3'üne meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır. Diğer 4 hastanın cerrahi sınırı pozitif olup birine önce meme koruyucu cerrahi uygulanmış 2.operasyonla re-eksizyon yapılmıştır.

Kalan 3 hastanın 2'sine simple mastektomi yapılması nedeniyle re-operasyon yapılmamıştır. Bu 2 hastanın cerrahi sınırlarının en yakın olduğu alanda 0,4 ve 0,3 cm olduğu görülmüştür.

Cerrahi sınır pozitifliği olan hastalardan birine postoperatif dönemde kemoterapi, ikisine radyoterapi tedavisi verilmiştir.

Borderline tanılı hastaların üçünde de cerrahi sınır pozitif izlenmiş bu nedenle 3 hasta da tekrar opere edilmiştir. Hastalardan birine ilk operasyona meme koruyucu cerrahi uygulanmış ardından cerrahi sınır poztifiliği nedeniyle simple mastektomiye geçilmiştir. Diğer 2 hasta 2 kere re-opere edilmiş olup son operasyon sonrası cerrahi sınır negatifliği sağlanmıştır ancak simple mastektomiye gidilmemiştir.

Hiçbir hastada takiplerde lokal rekürrens görülmemiştir.

Benign tanılı hastalardan yalnızca 4'ünde cerrahi sınırların negatif olduğu görülmüştür.

Bir hastada cerrahi sınır pozitifliği sonrası re-operasyon ile negatiflik sağlanmıştır.

Kalan 13 hastada cerrahi sınır 1 cmden yakın izlenmiştir.

Malign tanılı hastalarda ortalama takip süresi 42,7 ay, borderline'da 22,3 ay, benign hastalarda 36,5 ay olarak görülmüştür.

Tüm hastaların ortalama takip süresinin 36,55 ay olduğu görülmüştür.

Malign tanılı hastaların yalnızca 1'inde tanı anında metastaz görülmüştür. Hastanın yapılan PET-CT'sinde

tanı anında akciğer metastazı olduğu farkedilmiştir. Hastanın kitlesinin dev olması, enfekte olması ve kitle üzerinden sık sık aktif kanama gelişmesi nedeniyle hastaya simple mastektomi uygulanmıştır.

Sağ memede kitlesi olan hastanın sağ akciğer alt lobda multiple metastazları olduğu izlenmiştir.

Tanı anında ve takipte axiller metastaz izlenmemiştir.

Dev kitle sonrası mastektomi yapılan hastanın meme dokusu cilt ile eksize edilmesi nedeniyle cilt primer kapatılamamış bu nedenle plastik cerrahi tarafından sol uyluk anteriordan 10, 15, 12 cm olmak üzere 3 adet greft alınarak operasyon bölgesi kapatılmıştır.Bu hastada akciğer metastazı dışında takipte multiple metastaz gelişmiştir





Malign tanılı hastaların takiplerinde toplamda 2 hastada uzak metastaz görülmüştür. Diğer malign hastalarda tanı veya takipte metastaz görülmemiştir. Takipte metastaz gelişen hastalardan biri cerrahi sonrası herhangibir tedavi almamıştır. Hastada operasyondan 44 ay sonra uzak metastaz ve lokal rekürrens görülmüştür.

Hastaların takip süresi boyunca malign tanılı hastalardan 2'sinde lokal rekürrens görülmüş olup borderline veya benign tanılı hastalarda nüks görülmemiştir.

Nüks görülen hastalardan birine tanı anında meme koruyucu cerrahi yapılmış olup nüks sonrası cilt koruyucu mastektomi+implant yapılmıştır.

Diğer hastaya tanı anında simple mastektomi uygulanmış olup adjuvan tedavi almamıştır, nüks sonrası yaygın metastaz nedeniyle sistemik kemoterapi almıştır.

Malign tanılı hastalardan 2'si takiplerde exitus olmuştur. Hastalardan birinin survey süresi 10 ay, diğerinin survey süresi 50 ay olarak görülmüştür.

50 ay takip edilen hasta postoperatif dönemde herhangibir tedavi almamış olup nüks sonrası sistemik kemoterapi almış ve kemoterapi süresinde exitus olmuştur.

Diğer hasta tanı anında 23x20x20 cmlik dev kitle ile opere edilmiştir. Simple mastektomi uygulanmış olup tanı anında akciğer metastazı mevcuttur.Hastaya sistemik kemoterapi başlanmış olup takiplerde surrenal metastazı, peritonitis karsinomatoza, over metastazı, retroperitoneal metastaz ve yumuşak doku metastazı gelişmiştir. Hasta operasyon tarihinden 10 ay sonra exitus olmuştur.

Malign tanılı hastalardan 5'i cerrahi sonrası yalnızca radyoterapi almış olup 1 hasta yalnızca kemoterapi almıştır. Hastalardan 1'i cerrahi sonrası kemoradyoterapi tedavisi görmüştür. 1 hasta cerrahi sonrası herhangibir tedavi almamış olup takiplerinde nüks gelişmesi üzerine kemoterapi tedavisi görmüştür.

Malign tanılı hastalarda nüks oranının ve ortalama 3 yıl üzerindeki takipte ölüm oranının %25 olduğu görülmüştür.

Nüks oranı tüm hastalarda %7,14 olarak görülmüştür.

Benign ve borderline tümörler için nüks oranı %0'dır.

TARTIŞMA

Filloides tümör nadir görülmesi nedeniyle standart cerrahi tedavi, aksiller yaklaşım, cerrahi sınırlar, adjuvan tedavi, nüks oranları açısından standart bulgulara sahip değildir. Bahsedilen açılardan tartışmalar mevcuttur.

Çalışmamızda demografik açıdan , tümör yerleşimi açısından literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Parker ve ark. Yaptığı çalışmada ortalama yaş 46 olarak belirtilirken çalışmamızda 47,9 olarak görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların %60,79'u benign, %10,71'i borderline, %28,6'sı malign tanılıdır.

Tan ve arkadaşlarının yaptığı 605 hastalık seride benign tanılı hastalar %72,7, borderline tanılı hastalar %18,4, malign tanılı hastalar %8,9'luk kısmı oluşturmaktadır.

Mitus ve ark yaptığı 340 hastadan oluşan vaka serisinde ise benign tanılı hastalar %55, borderline tanılı hastalar %11,8, malign tanılı hastalar %33,2'lik bir oran oluşturmaktadır. Çalışmamıza benzer sonuçlar görülmüştür.

Literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak bu çalışmada benign ve borderline tümörlü hastalarda nüks görülmemiştir. Borderline tümörlü hastaların tamamında cerrahi sınır negatifliği sağlanmıştır. Ancak benign tanılı hastaların %76,4'ünde cerrahi sınırın pozitif olduğu görülmüştür.

Wei ve ark tarafından yapılan ve toplamda 34 makaleyi içeren meta-analizde benign filloides tümörlerde marjinin 1 cm üstü veya altı olarak değerlendirilmesinin herhangibir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

Çalışmada borderline ve benign tümörlerde meme koruyucu cerrahi veya mastektomi uygulanmasının lokal rekürrens riskini değiştirmediği farkedilmiştir. Ancak malign tümörlerde meme koruyucu cerrahi lokal rekürrens riskini arttırmaktadır.

Aynı çalışmada filloides tümörün grade'ine bakılmaksızın cerrahi sınır pozitifliğinin lokal rekürrens riskini arttırdığı ortaya konmuştur.

Yapılan birçok çalışmada malign hastalarda tümör boyutunun diğer gruplara göre daha büyük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın saptandığı belirtilmektedir.

Tan ve ark yaptığı çalışmada maligite riskinin >3 cm olan tümörlerde daha fazla olduğu, >8 cm tümörlerde tüm histopatolojik sonuçların malign oldupu görülmüştür.

Ancak çalışmamızda borderline gruptaki tümör boyutu ve hacminin malign gruba göre daha büyük olduğu görülmüştür.

Bunun nedeninin borderline grupta yalnızca 3, malign grupta yalnızca 8 hasta olmasıdır.

Örneklemin küçük olması nedeniyle literatürden farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Bu durum çalışmanın en büyük zayıf tarafını oluşturmaktadır.

2019'da Cracow ve arkadaşları tarafından yapılan 340 hastalık vaka serisinde ortalama tümör boyutu 6 cm olarak görülmüştür. 2020 yılında Noordman ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınladığı 57 vakalık seride 3,4 cm, Tan ve ark yaptığı 605 vakalık seride ortalama boy 4 cm olarak görülmüştür.

Bu çalışma 6,8 cm ortalamayla diğer literatür çalışmalarından daha büyük tümör boyutuna sahiptir.

2019 yılında Yiwen Lu ve ark yaptığı meta-analizde malign hastalarda meme koruyucu cerrahi uygulananların lokal rekürrens riskinin daha yüksek olduğu 10 farklı çalışma ile ortaya konmuştur.

Yine aynı çalışmada cerrahi sınır pozitifliğinin yalnızca malign hastalarda lokal rekürrensi anlamlı arttırdığı görülmüştür.

Çalışmamızda benign ve borderline tümörlerde nüks izlenmezken malign tümörlerde %25 oranında nüks görülmüştür.

Yiwen Lu ve ark yaptığı 54 farklı çalışmanın incelendiği meta-analizde malign tümörlerdeki lokal rekürrens oranı %14-21 olarak görülmüştür.

Benign tümörlerde bu oran %6-9, borderline tümörlerde %11-16 olarak görülmüştür.

Hassouna ve ark yaptığı çalışmada 106 hastanın 43 aylık takiplerinde toplamda 13 hastada lokal rekürrens görülmüştür. Malign tanılı hastalarda oran %17,8, borderline hastalarda%31,2, benign tanılı hastalarda %4,8'dir.

Aynı çalışmada borderline ve malign tümrölerde lokal rekürrens oranının 10 cm'den büyük tümörlerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

SONUÇ

Literatürdeki benzer vaka serilerinde de belirtildiği gibi filloides tümörler; tanı, tedavi ve takip açısından tam anlamıyla aydınlatılamamış, standardize edilememiştir. Bu durum temel olarak hastalığın nadir görülmesi nedeniyle oluşmaktadır. Daha geniş vaka serileri ve araştırma sonrası standardize tanı, takip ve tedavinin oluşacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

Breast phyllodes tumor: A review of literature and a single center retrospective series analysis Gianluca Spitaleri a, ,1, Antonio Toesca b,1, Edoardo Botteri c, Luca Bottiglieri d, Nicole Rotmensz c, Sabrina Boselli a, Claudia Sangalli ba Department of Medicine, European Institute of Oncology, Milan, Italy

Phyllodes tumors of the breast. The treatment results for 340 patients from a single cancer centre J.W. Mitus a, b, * , P. Blecharz c , J. Jakubowicz c , M. Reinfuss d , T. Walasek d , W. Wysocki a a a Department of Surgical Oncology, Centre of Oncology, Maria Sklodowska-Curie Memorial Institute, Cracow Branch, ul. Garncarska 11, 31-115 Cracow, Poland

Management of Phyllodes Tumors of the Breast: Our Clinical Experience-Osman Erdoğan1, Alper Parlakgümüş1, Uğur Topal2, Zeynel Abidin Taş3, Oktay İrkorucu4-1Adana City Training and Research Hospital, Clinic of Surgical Oncology, Adana, Turkey

Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients Jamel Ben hassouna, M.D.a , Tarak Damak, M.D.a,*, Amor Gamoudi, Ph.D.b , Riadh Chargui, M.D.a , Fethi Khomsi, M.D.a , Slim Mahjoub, M.D.a , Maher Slimene, M.D.a , Tarak Ben Dhiab, Ph.D.a , Monia Hechiche, Ph.D.a , Hamouda Boussen, Ph.D.c , Khaled Rahal, Ph.D.a a Department of Surgical Oncology, Salah Azaiz Institute of Tunis, Boulevard 9, Avril, 1006 Tunis, Tunisia

How Wide Should Margins Be for Phyllodes Tumors of the Breast? Rosemarie Tremblay-LeMay, MD, MSc,* Jean-Charles Hogue, PhD, Departement de biologie moleculaire, biochimie medicale et pathologie, Universite Laval, Quebec City, Quebec, Canada

Changes in the clinical characteristics, treatment options, and therapy outcomes in patients with phyllodes tumor of the breast during 55 years of experience ABCDEF 1,2 Jerzy Władysław Mituś CDEF 3 Paweł Blecharz ACDF 4 Marian Reinfuss CDF 5 Jan Kanty Kulpa CDF 1 Piotr Skotnicki DEF 1 Wojciech Maria Wysocki-Department of Surgical Oncology, Centre of Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute, Cracow Branch, Cracow, Poland

Local Recurrence of Benign, Borderline, and Malignant Phyllodes Tumors of the Breast: A Systematic Review and Meta-analysis Yiwen Lu, MD1,2, Yanbo Chen, MD1,2, Liling Zhu, MD1,2, Paul Cartwright3 , Erwei Song, MD1,2, Lisa Jacobs, MD3 , and Kai Chen, MD1,2 1 Guangdong Provincial Key Laboratory of Malignant Tumor Epigenetics and Gene Regulation, Sun Yat-Sen Memorial Hospital,

Memenin filloides tümörlerinde tedavi yaklaşımları nasıl olmalı?

Turan Acar1, Ercüment Tarcan1, Mehmet Hacıyanlı1, Erdinç Kamer1, Mustafa Peşkersoy1, Seyran Yiğit2, Özlem Gür1, Necat Cin1, Ayşegül Akder Sarı2, Fatma Tatar1

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye2İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

9.World Health Organization, Histologic Typing of Breast Tumors, WHO, Geneva, Switzerland, 2nd edition, 1981.

10.Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. Postgrad Med J 2001; 77: 428-435.

S21 Granülomatöz mastit yönetimi

Ayşegül Aktaş
İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel cerrahi kliniği
draysegulaktas@gmail.com

Amaç

Granülomatöz mastit kronik benign inflamatuar meme hastalığıdır. Tam bir standart tedavi şekli yoktur. 2017 yılından sonra günümüze kadar granülomatöz mastit tanısı konmuş hastalara uyguladığımız tedavi yaklaşımı ve değişimleri değerlendirmek.

Yöntem

Retrospektif olarak hasta verileri incelendi.

Bulgular

2017-2020 yılları arasında granülomatöz mastit nedeni ile tedavisi planlanan 14 hastaya drenaj + sistemik steroid tedavisi verildi. Bu hastalardan 2'si bilateral , 5 tanesinde tedavi süresi veya sonrası nüks (%35,7) gelişti. Tam yanıt süreleri 3-24 ay arasında değişmekte idi. Nüks gelişen hastalara tekrar sistemik tedavi verildi.

2020-2021 yılları arasındaki 8 hastaya önce drenaj + sistemik steroid + topikal steroid tedavisi uygulandı. Nüks ya da yan etki nedeni ile devam edemeyen 5 hastaya (%62) drenaj ve topikal steroid yanına intralezyonel steroid tedavisi ile devam edildi. İntralezyonel tedavi sonrası yanıt hızlı ve tam yanıt şeklinde oldu. Tam yanıt süreleri 4-12 ay arasında değişmekte idi.

2022-2023 yılları arasında 4 hastaya drenaj + intralezyonel steroid tedavisi + topikal steroid uygulandı. Nüks saptanmadı. Tam yanıt süreleri yaklaşık 2-4 ay arasında seyretmekte idi.

2023 yılından günümüze 2 hastaya sadece topikal steroid + drenaj tedavisi uygulandı. Yanıt iyi intralezyonel steroid ihtiyacı takip sürelerinde olmadı.

Sonuç

Sistemik steroid tedavisi sonrası tedaviye yanıtsızlık ve nüks oranları yüksek olmakta ayrıca hastalara steroid tedavisinin yan etkileri eklenmektedir. Yıllar içindeki takiplerime göre ultrason eşliğinde drenajın etkili olduğunu ve intralezyonel steroid tedavisinin sistemik tedaviye göre yeterli olduğu ve daha az yan etkili olduğunu görmekteyiz.

Yıl	Hasta sayısı	Drenaj	Sistemik steroid	İntralezyonel steroid	Topikal steroid	Nüks	Yanıt
2017-2019	14	+	+	0	+	5	3-24 ay
2020-2021	8	+	+	5	+	5	4-12 ay
2022-2022	4	+	0	+	+	0	2-4 ay
2023-	2	+	0	0	+		

S22 Erken evre Luminal A moleküler alt tip meme kanseri hastalarının cinsiyetlere göre sağkalımını etkileyen faktörlerin araştırılması

Ahmet Necati Şanlı
Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Gaziantep

Özet

Amaç: Bu çalışmada erken evre Luminal A moleküler alt tip meme kanseri hastalarının cinsiyete göre sağkalımı etkileyen faktörleri incelemek amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Veriler Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) den alındı (SEER Research Plus 17 Registries). Çalışmaya 2010-2019 yılları arasındaki meme kanseri tanısı alan Luminal A tip moleküler alt tipi olan erken evre (evre 1A, 1B, 2A) hastalar dahil edildi. Klinik veriler olarak yaş, cinsiyet, medeni hal, ırk, tanı yılı ve ırk, onkolojik veriler olarak tümör lokalizasyonu (santral, üst dış, üst iç, alt dış, alt iç, örtüşen), lateralitesi (sağ/sol), grade, T ve N evresi cinsiyetlere göre değerlendirildi. Cerrahi durumu, radyoterapi ve kemoterapi alıp almadığı, ölüm sebebi, sağ kalım süresi SEER 17'den elde edildi. Eksik verisi olan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Bulgular: Çalışmaya 212227 (%99.3) kadın ve 1422 (%0.7) erkek olmak üzere toplam 213.649 hasta dahil edildi. Erkeklerin tanı anında yaş ortalaması kadınlara göre anlamlı olarak yüksekti (erkek: 66.47±12.43; kadın: 61.87±12.63; p:0.027, p<0.05). Erkeklerin evli olma durumu kadınlardan yüksek iken dul olma kadınlarda daha yüksekti (p:<0.001, p<0.05). Siyah ırk olma durumu erkeklerde daha fazlaydı (p:<0.001, p<0.05). 2018 ve 2019 yıllarında erkek ve kadınlarda meme kanseri sayısındaki artış diğer yıllara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0.017b, p<0.05) (Grafik 1). Kadınlarda en sık görülen lokalizasyon üst dış kadran iken; erkeklerde santral yerleşim daha fazlaydı. Lateralite açısından cinsiyetlere göre anlamlı farklılık saptanmadı (p: 0.109). Kadınlarda görülen erken evre Luminal A tip meme kanserleri daha çok grade 1 iken; erkelerde grade 2 ve 3 kanserler daha fazla idi (p:<0.001, p<0.05). T1 evresi kadınlarda, T2 evresi erkeklerde daha sıktı (p:<0.001, p<0.05). N0 evresi kadınlarda, Nmi ve N1 evresi erkeklerde daha fazla idi (p:<0.001, p<0.05). Evre 1A olma durumu kadınlarda daha fazla iken; evre 1B ve 2A olma durumu erkeklerde daha fazla idi (p:<0.001, p<0.05). Cerrahi tedavi açısından kadınlarda daha çok meme koruyucu cerrahi yapılırken; erkeklerde mastektomi daha sıktı (p:<0.001, p<0.05). Radyoterapi ve kemoterapi alma durumu kadınlarda anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla, p:<0.001, p=0,004, p<0.05); erkeklerde meme kanserine bağlı ölüm oranları daha yüksek idi (p:<0.001, p<0.05). Ortalama sağ kalım süresi 50.26±33.91 (0-119 ay) idi (Tablo 1). Genel sağ kalım ve meme kanserine spesifik sağ kalım kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, (kadın: %83.7, erkek %72.1, p<0.001), (kadın: %96.1, erkek %93.2, p<0.001)). (Grafik 2, 3)

Sonuç: Erken evre Luminal A tip meme kanserlerinde erkekler kadınlara göre daha ileri evrede tanı almakta olup; meme kanserine bağlı ölüm oranları erkeklerde daha yüksektir.

Anahtar kelimeler: erken evre meme kanseri, Luminal A, hormon pozitif, sağkalım

Tablo 1: Hastaların klinik, patolojik ve onkolojik sonuçları

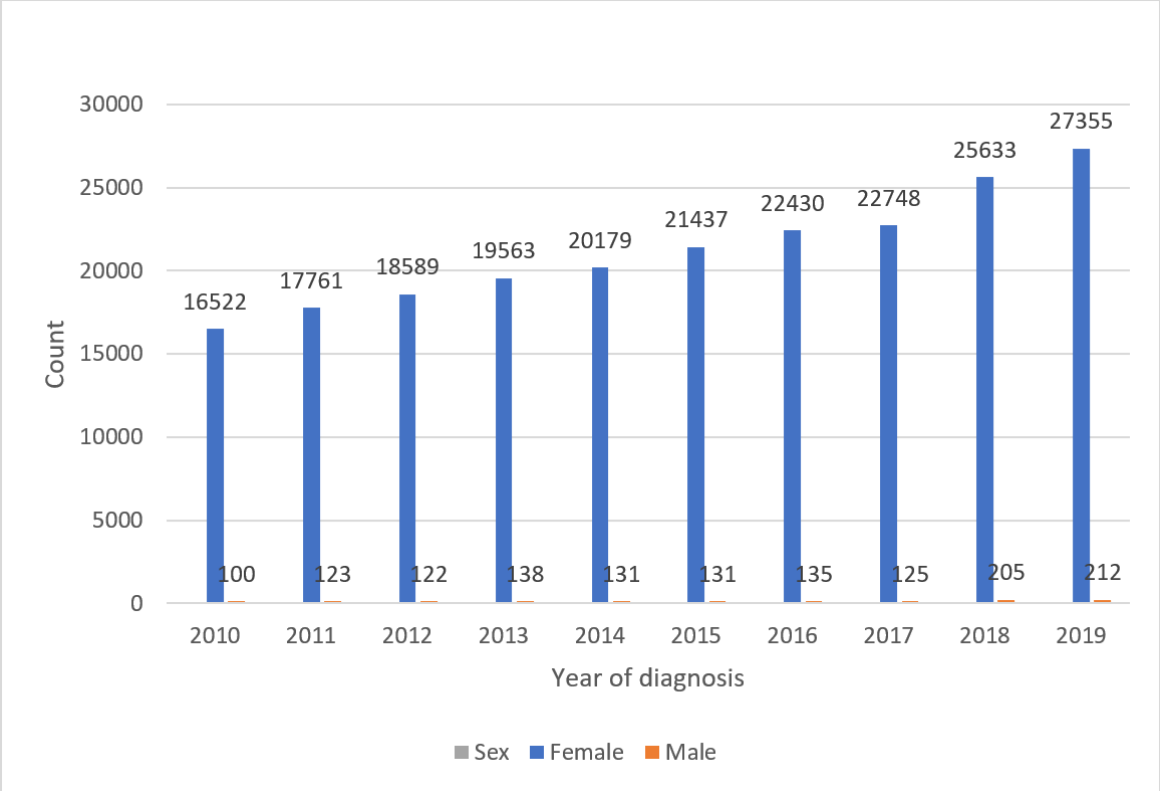
		Kadın (n (%)	Erkek n (%)	P
Cinsiyet		212227 (99.3)	1422 (0.7)	
Yaş (Ort±SS)		61.87±12.63	66.47±12.43	0.027a
Medeni hal	Evli	128008 (60.3)	1034 (72.7)	<0.001b
	Bekar	30930 (14.6)	202 (14.2)	
	Dul	27823 (13.1)	74 (5.2)	
	Boşanmış	23328 (11)	103 (7.2)	
	Ayrılmış	2128 (1)	9 (0.6)	
Tanı yılı	2010	16522 (99.4)	100 (0.6)	0.017b
	2011	17761 (99.3)	123(0.7)	

	2012	18589 (99.3)	122(0.7)	
	2013	19563 (99.3)	138(0.7)	
	2014	20179 (99.4)	131(0.6)	
	2015	21437 (99.4)	131(0.6)	
	2016	22430 (99.4)	135(0.6)	
	2017	22748 (99.5)	125(0.5)	
	2018	25633 (99.2)	205(0.8)	
	2019	27355 (99.2)	212(0.8)	
Irk	Beyaz	171457 (80.8)	1156 (81.3)	<0.001b
	Siyah	17121 (8.1)	170 (12)	
	Diğer ırklar	23639 (11.1)	96 (6.8)	
Tümör lokalizasyonu	Üst dış kadran	76074 (35.8)	203 (14.3)	<0.001b
	Üst iç kadran	30842 (14.5)	77 (5.4)	
	Alt dış kadran	16774 (7.9)	49 (3.4)	
	Alt iç kadran	12710 (6)	34 (2.4)	
	Santral	9272 (4.4)	657 (46.2)	
	Örtüşen lokalizasyon	50166 (23.6)	251 (17.7)	
	Belirtilmemiş	16379 (7.7)	151 (10.6)	
Lateralite	Sağ	104591 (49.3)	655 (46.1)	0.109b
	Sol	107603 (50.7)	767 (53.9)	
	Bilateral	3 (<0.1)	0	
	Taraf belirtilmemiş	20 (<0.1)	0	
Grade	1	72672 (34.2)	221 (15.5)	<0.001b
	2	106474 (50.2)	802 (56.4)	
	3	33071 (15.6)	399 (28.1)	
T	T0	28 (<0.1)	0	<0.001b
	T1	167416 (78.9)	895 (62.9)	
	T2	44773 (21.1)	527 (37.1)	
N	N0	183735 (86.6)	1110 (78.19	<0.001b
	Nmi	7350 (3.5)	71 (5)	
	N1	21132 (10)	241 (16.9)	
Evre	1A	150414 (70.9)	727 (51.1)	<0.001b
	1B	13520 (6.4)	163 (11.5)	
	2A	48283 (22.8)	532 (37.4)	
Cerahi	Meme koruyucu	148861 (70.1)	230 (16.2	<0.001b
	Mastektomi	58440 (27.5)	1149 (80.8)	
	Cerrahi yapılmayan	4916 (2.3)	43 (3)	
Radyoterapi	Aldı	124226 (58.5)	308 (21.7)	<0.001b
	Almadı	87991 (41.5)	1114 (78.3)	
Kemoterapi	Aldı	39421 (18.6)	306 (21.5)	0.004b
	Almadı	172796 (81.4)	1116 (78.5)	
Ölüm sebebi	Hayatta	198761 (93.7)	1225 (86.1)	<0.001b

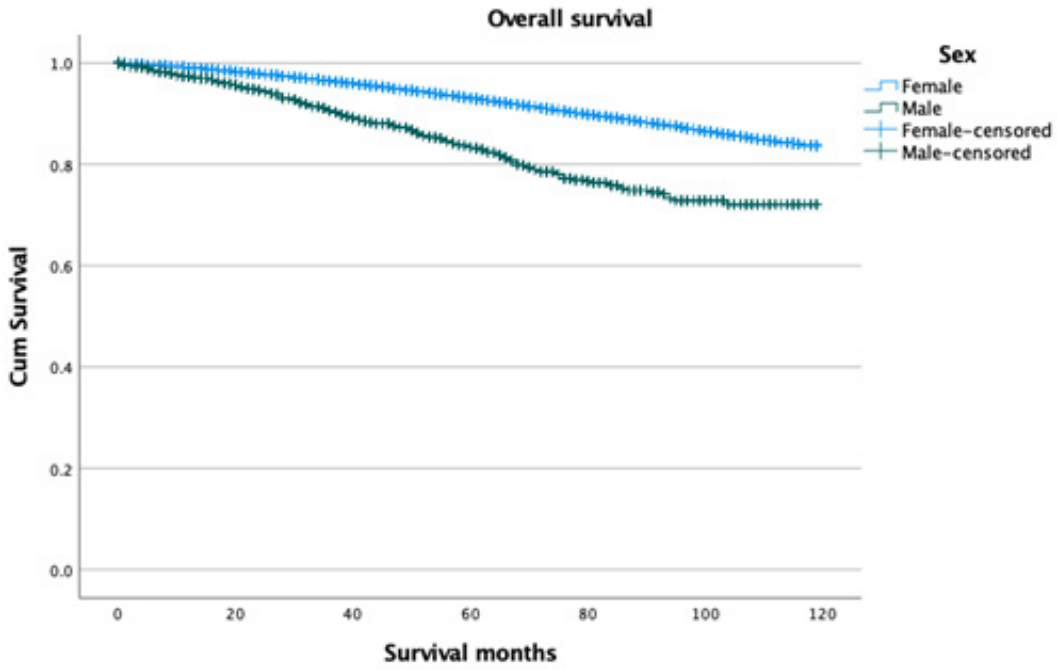
	Meme kanserinde bağlı ölüm	3330 (1.6)	44 (3.1)	
	Diğer nedenlere bağlı ölüm	10126 (4.8)	153 (10.8)	
Sağkalım süresi (Ort±SS (min -maks))	50.26±33.91 (0-119 ay)			

a: Independent samples t-test, b: Pearson Chi-Square Test

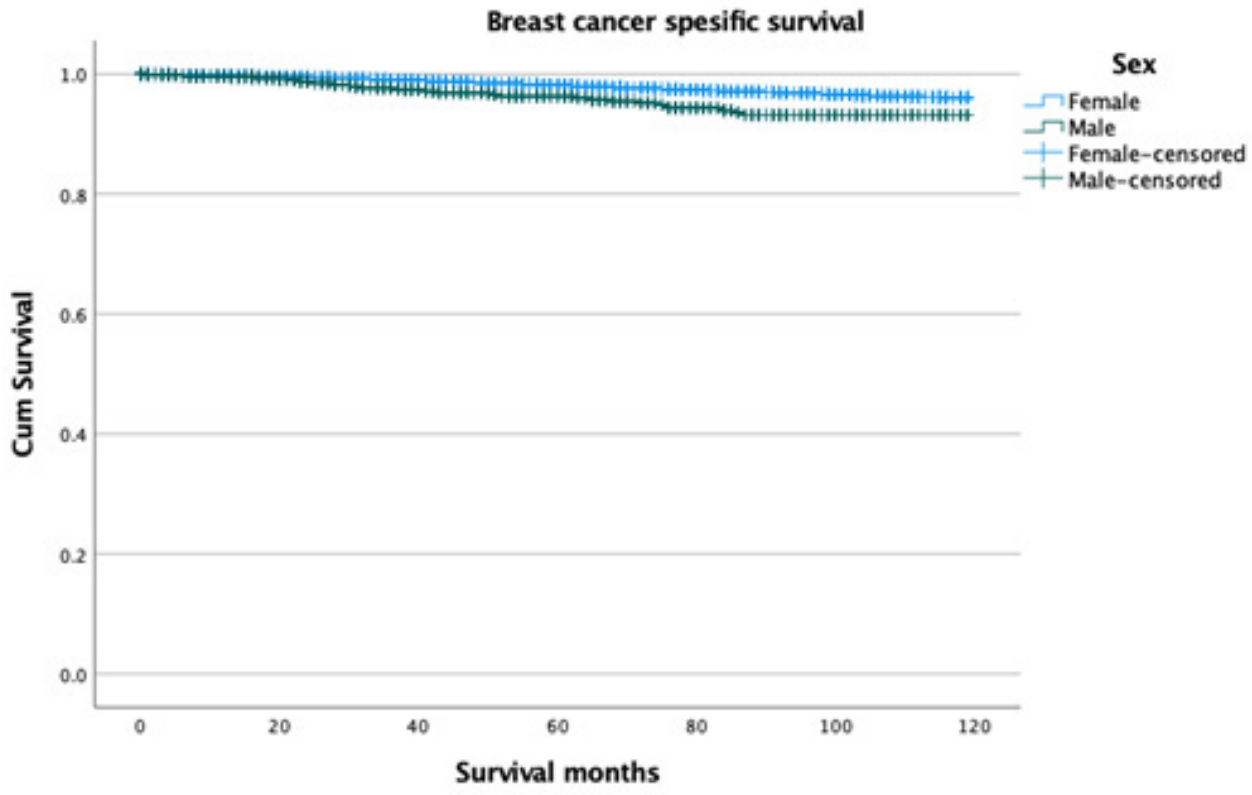
Grafik 1: Yıllara göre meme kanseri hastalarının dağılımı



Grafik 2: Cinsiyetlere göre genel sağ kalım kadınlarda daha yüksek (kadın: %83.7, erkek %72.1, p<0.001)



Grafik 2: Cinsiyetlere göre meme kanserine spesifik sağ kalım kadınlarda daha yüksek (kadın: %96.1, erkek %93.2, p<0.001)



S23 Hedefe yönelik ajanlarla neoadjuvan tedavi alan meme kanserli hastalarda yara komplikasyon oranlarında farklılık var mıdır?

Seda Karaçam*, Veysel Cem Özcan*, Özhan Albayrak, Eda Güner*, Cihangir Özaslan****
***SBÜ Dr A. Y. Ankara Onkoloji SUAM, Genel Cerrahi Kliniği**
****SBÜ Dr A. Y. Ankara Onkoloji SUAM, Cerrahi Onkoloji Kliniği**

Amaç

Meme kanserinde neoadjuvan kemoterapi (NAKT)'nin uygulanma endikasyonları son yıllarda oldukça artmış durumdadır; bu sayede hastaların meme koruyucu cerrahi şansları artmış ve aksiller diseksiyon oranları azalmıştır. Bununla beraber, sitotoksik ajanlarla NAKT alan hastalarda postoperatif komplikasyonların artabileceğine dair endişeler oluşmuştur. Son yıllarda NAKT'de hedefe yönelik ajanların gittikçe artan kullanımıyla beraber postoperatif dönemde yara iyileşmesine nasıl etki ettikleri henüz net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmamızda neoadjuvan tedavide kullanılan hedefe yönelik ajanların meme kanseri cerrahisindeki komplikasyonlara olan etkilerini değerlendirdik.

Yöntem

Haziran 2021 - Ekim 2022 tarihleri arasında meme kanseri tanısıyla NAKT sonrası opere edilmiş 202 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların almış olduğu NAKT rejimleri; BMI, yaş, sistemik hastalık, sigara kullanımı durumları; preoperatif albümin, nötrofil yüzdesi, hemoglobin değerleri; son kemoterapi ile ameliyat arasındaki süre; dren çekilme süreleri ve postoperatif 45 gün içindeki komplikasyon durumları hasta dosyaları ve hastane bilgi yönetim sisteminden faydalanılarak kaydedildi. Veriler SPSS programı yardımıyla Ki-kare, T-testi ve lojistik regresyon analizleri kullanılarak karşılaştırıldı, $p<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 202 hastanın 85'inde (%42) postoperatif yara komplikasyonu geliştiği görüldü. Hastaların 56'sında (%27.8) seroma, 31'inde (%15.4) yara ayrışması, 11'inde (%6.5) enfeksiyon, 8'inde (%4) hematom, 7'sinde flep nekrozu (%3.5) mevcuttu. Hedefe yönelik NAKT almış 74 hastanın 32'sinde (%43.2), almamış 127 hastanın 53'ünde (%41.7) yara komplikasyonu geliştiği ve hedefe yönelik NAKT kullanımının postoperatif yara komplikasyonlarını anlamlı olarak arttırmadığı görüldü ($p = 0.8$). Yara komplikasyonuna etkili faktörler BMI, diyabet, preoperatif albümin değeri, ve son kemoterapi ile ameliyat arasındaki süre olarak bulundu. BMI değeri 30'un altında olan 119 hastanın 41'inde (%34.4), 30'un üzerinde olan 77 hastanın ise 41'inde (%53.2) yara komplikasyonu mevcuttu ($p = 0.009$). Diyabetik 29 hastanın 19'unda (%65.5), diyabeti olmayan 173 hastanın 66'sında (%38.1) komplikasyonu vardı ($p = 0.017$). Ortalama albümin değerleri yara komplikasyonu olmayan grupta 40.2 g/L, olan grupta ise 38.8 g/L ($p = 0.02$) idi. Son kemoterapi ile ameliyat arasındaki süre yara komplikasyonu olan grupta 36.3, olmayan grupta ise 31.5 olarak bulundu ($p = 0.038$).

Sonuç

Neoadjuvan tedavide kullanılan hedefe yönelik ajanlar, meme kanserinin cerrahi tedavisi sonrasındaki yara komplikasyonlarını arttırmamaktadır. Bu komplikasyonları hastaya bağlı faktörlerin arttırdığı görülmüştür.

S24 Preoperatif neoadjuvan kemoterapi öncesi ve sonrası ölçülen hemoglobin-albumin-lenfosit-platelet (HALP) skorlarının ve bu skorlarda tedavi sonrası gelişen değişimin meme kanserinde klinik ve patolojik yanıtlara etkisi

Elif Yüce[1], Serdar Karakullukçu[2], Hatice Bülbül[3], Celal Alandağ[4], İsmail Saygın[5], Halil Kavgacı[6]
[1]Karaman Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi onkoloji, Karaman, Türkiye,
[2]Rize İl Sağlık Müdürlüğü, Halk sağlığı, Rize, Türkiye,
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi– İç hastalıkları anabilim dalı, Trabzon, Türkiye,
[4]Sivas Numune Hastanesi – Tıbbi onkoloji, Sivas, Türkiye,
[5]Karadeniz Teknik Üniversitesi – Patoloji anabilim dalı,Trabzon, Türkiye,
[6]Medical Park Hastanesi – Tıbbi onkoloji, Trabzon, Türkiye

Amaç: Meme kanseri kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık sebeplerindendir.(1) Neoadjuvan kemoterapi (NAKT) ile elde edilen patolojik yanıtların prognostik önemi mevcuttur. Preoperatif NAKT öncesi-sonrası hemoglobin-albumin-lenfosit-platelet (HALP) skorlarının ve bunlarda NAKT sonrası oluşan değişimin klinik ve patolojik yanıtlara etkisini araştırdık.

Yöntem: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aralık 2009 ile Ocak 2019 arasında meme kanseri tanısı ile NAKT alan 127 hasta retrospektif incelenmiştir.

Bulgular: Medyan yaş 49 (min. 27, maks. 79) idi. Hastaların 125'i (%98.4) kadın, 2'si (%1.6) erkekti. Kadınların 54'ü (%42.5) premenopozal, 71'i (%55.9) postmenopozaldi. Hastaların 111'i (%92.5) invaziv duktal karsinom, 6'sı (%5) invaziv lobuler karsinomdu. 80 (%70.2) ≤T2, 34 (%29.8) >T2 idi. Lenf nodu statusu 99'unda (%83.2) pozitif, 20'sinde (%16.8) negatifti. 23 (%21.9) luminal A, 58 (%55.2) luminal B, 14 (%13.3) HER2-positive, 10 (%9.5) triple-negative'di. Hastaların 22'sinde (%28.9) Ki-67 ≤%10, 23'ünde (%30.3) %11-20, 31'inde (%40.8) >%20'di, 116'sına (%91.3) modifiye radical mastektomi, 11'ine (%8.7) meme koruyucu cerrahi yapılmıştı. Klinik yanıt oranları 27 (%21.3) tam yanıt, 76 (%59.8) parsiyel yanıt, 21 (%16.5) stabil hastalık, 3 (%2.4) progresif hastalıktı. Objektif yanıt oranı (ORR) 103'tü (%81.1). Meme ve aksillada patolojik tam yanıt (pCR) 24 (%18.9) hastada vardı. Ki-67 %20 olanlarda, ≤%10 ve %10-20 olanlara göre ORR daha yüksekti (sırasıyla, %90.3 vs %59.0 and %78.3, p: 0.027), pCR açısından fark yoktu. Hastaların preoperatif NAKT öncesi ve sonrası preoperatif nötrofil lenfosit oranı (NLR), platelet lenfosit oranı (PLR), prognostik nutrisyonel indeks (PNİ) ve HALP skorları ölçüldü. Ayrıca bu skorlarda (PNİ hariç) NAKT ile oluşan değişim hesaplanarak ORR ve pCR ile ilişkileri araştırıldı, istatistiksel anlamlı sonuç bulunamadı.

Sonuç: Çalışmamıza göre, meme kanserinde Ki-67>%20 olan hastalarda NAKT ile ORR elde etme oranı daha yüksektir, preoperatif NAKT öncesi-sonrası NLR, PLR, PNI ve HALP skorlarının ve (PNİ hariç) bunlarda NAKT sonrası oluşan değişimin meme kanserinde ORR ve pCR elde etmede etkisi olduğu gösterilememiştir.

Anahtar kelimeler: meme kanseri, objektif yanıt oranı (ORR), patolojik tam yanıt (pCR), hemoglobin-albumin-lenfosit-platelet (HALP) skor

S25 Kemik lezyonları ile seyreden renal osteodistrofili meme kanseri hastası: bir olgu

Dr. Demet Işık Bayraktar, Dr. Recep Türkel, Dr. Bahiddin Yılmaz, Dr. Aysu Başak Özbalcı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ:

Küresel olarak, meme kanseri en sık teşhis edilen malignitedir ve her yıl iki milyondan fazla yeni vaka bildirilmektedir(1). Meme kanseri ölüm oranları 1970'lerden beri azalmaktadır. Mortalitedeki bu azalma, gelişmiş meme kanseri taramasından ve adjuvan tedavideki gelişmelerden kaynaklanmaktadır(2).

Meme kanseri tarama programlarına sahip ülkelerde, çoğu hasta anormal bir mamografi nedeniyle başvurur. Tarama mamografilerine erişimi olmayan kadınlar ve rutin tarama programında olmayan 40 yaşın altındaki daha genç kadınlar, cilt değişiklikleri olan veya olmayan bir meme veya koltuk altı kitlesi ile başvurabilirler(3). Meme kanserlerinin %99'u kadınlarda görülmektedir.%75 kadarı postmenopozal dönemde tanı almaktadır. Kanserli bir lezyonun "klasik" özellikleri, düzensiz sınırları olan sert, hareketsiz, tek dominant bir lezyonu içerir. Bununla birlikte, bu özellikler benign veya malign ayrımını güvenilir bir şekilde yapamaz. En yaygın metastaz yaptığı bölgeler akciğer, karaciğer ve iskelet sistemidir. Evre IV meme kanseri hastalarında hormon reseptörü durumu ve HER2 pozitifliği uygulanacak tedavinin planlanması için çok önemlidir. Metastaz durumunun varlığının net bir şekilde ortaya konulması için uygun sistemik değerlendirme önem kazanmaktadır. Bu vaka sunumunda kemik lezyonlarında metastaz ve metabolik kemik hastalığı ayrımının önemine dikkat çekmekilmektedir.

OLGU SUNUMU:

Ş.G 53 yaşında kadın hasta. 20 yıldır diyabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği ile takipli ve haftada 3 gün hemodiyaliz programında takip ediliyormuş. Sağ memede kitle farketmesi üzerine çekilen; meme USG' de sağ memede 14x16 mm kitle lateralinde 8x7 mm ikinci bir kitle saptanmış. Meme tru cut biyopsi sonucu: İnvaziv meme karsinomu ER %100(+), PR %100(+), cerbB2(-), grade 1, Ki 67 %5 saptandı. Evreleme amaçlı çekilen Pet CT'de kraniumda, vertebral kolonda pelvik kemiklerde ve her iki femurda diffüz sklerotik, her iki asetabulum ve sol femur başında litik karakterde lezyonlar (yaygın kemik metastazları ile uyumlu) olarak raporlandı. Metastaz ayrımı net yapılamadığı için kemik sintigirafisi ve kalça MR planlandı. Kemik sintigrafisinde: Aksiyel ve apandiküler iskelette diffüz tarzda minimal artmış osteoblastik aktivite (öncelikle metabolik kemik hastalığı lehine) olarak yorumlandı. Kalça MR'da metastaz ile uyumlu lezyon ayırt edilmedi. Tüm kemik yapılarda kronik sistemik hastalığa sekonder kemik iliği rekonversiyonu ile uyumlu sinyal kaybı saptandı. Hastanın mevcut kemik lezyonlarının diyalize girdiği için metabolik kemik hastalığına bağlı olarak geliştiği düşünüldü ve hastaya sol meme koruyucu cerrahisinden sonra adjuvan tedavisi planlandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ:

Uzun yıllar kronik böbrek hastalığı ile takip edilen ve hemodiyalize giren bu olguda yeni tanı konmuş bir malignitenin sistemik değerlendirmesinin önemini vurgulamak için sunduğumuz bu vakada, memedeki erken evre bir tümör odağının bu kadar yaygın kemik metastazlarına neden olabileceği şüphe uyandırmıştır. Evreleme amaçlı yapılan PET BT'de saptanan metastatik kemik lezyonları ibaresi gerekirse bu hastada kemik biyopsisinin de tanıda gözönünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Multidisipliner tümör konseyimizde kemik sintigrafisi ve kalça MR ile metabolik kemik hastalığı lehine değerlendirdiğimiz hastamızın tedavisini de bu yönde düzenledik. Hastada kemik metastazı düşünülmemiş olup operasyon ve sonrasında adjuvan kemoterapi+radyoterapi ve hormonoterapisi planlanmıştır.

Referanslar:

1.Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin 2021; 71:7.

2.Kesson EM, Allardice GM, George WD, et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. BMJ 2012; 344:e2718.

2.Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med 2002; 347:1227.

S26 Memeye metastaz yapan over kanseri hastası: bir olgu

Dr. Recep Türkel[1], Dr. Demet Işık Bayraktar[1] , Dr. Murat Alan[1] , Dr. Bahiddin Yılmaz[1]
Dr. Yurdanur Süllü[2]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Kadınlarda primer meme tümörleri en sık görülen tümörler arasında yer alsada, nadiren meme parankimine metastazda görülmektedir. Klinik olarak memede ortaya çıkan tüm malign oluşumların yaklaşık %2' sini memeye yerleşen metastatik lezyonlar oluşturur (1). Meme parankimine en sık metastaz yapan kanserler; malign melanom , sarkomlar, akciğer, genito-üriner ve gastrointestinal sistem kanserleri olarak sayılabilir (2). Lösemi ve lenfomalarda memeyi tutabilmektedir. Klinik olarak ve görüntüleme yöntemleriyle meme metastazlarının malign veya benign meme lezyonlarından ayırmak oldukça güçtür. Over kanseri , kadınlarda görülen sık ölüme neden olan jinekolojik kanserdir. En sık tipi serözkarsinom olup sıklığı yaklaşık % 40 olup çoğu hasta ileri evrede tanı almaktadır. Over kanseri en sık intraperitoneal alana ve sonrasında Douglas boşluğu , parakolik alanlar, karaciğer, dalak , omentum ve mezentere metastaz yapar ve ekstra paritoneal yayılım oldukça nadirdir. Memeye over kanseri metastazları , tüm metastatik meme kanserlerinin yaklaşık % 0.03 ila % 0.6'sını oluşturur (3). Yakın tarihli bir çalışmada, birincil jinekolojik ve over kanserinden kaynaklanan metastatik meme kanseri insidansı, birincil kanserin ilk tanısından sonra 2 yıllık bir tanı aralığı ile hastaların sırasıyla %0.17 ve %0.07'sinde bildirilmiştir (4). Bununla birlikte, tedavisi ve prognozu önemli ölçüde farklı olduğundan, saptanması ve diğer primerlerden, özellikle primer meme kanserinden ayırt edilmesi önemlidir.Bu nadir duruma örnek olarak bu olguyu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU:

N.G. 67 yaşında kadın hasta. Bilinen hipotiroidi ve diyabet tanıları mevcut.Üç aydır olan karın şişkinliği ve kasık ağrısı şikayeti nedeniyle çekilen batın MR da sol overde kitle ve peritonitis karsinomatoza tespit edildi. Hastaya yapılan laparoskopik biyopsi sonucu yüksek dereceli serözadenokarsinom olarak yorumlandı ve immünhistokimyasal olarak östrojen , PAX8 , WT1 , sitokeratin8 pozitif olarak boyandı . Hastaya neoadjuvan kemoterapi sonrasında TAH+BSO ve Paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapıldı . Hastanın ameliyat materyali patolojisi biyopsi patoloji sonucu ile uyumlu olarak yorumlandı.Hasta yaklaşık 4 yıldır kliniğimizde takip edilmekte olup multıpl kemoterapi rejimleri almışdı.Hastanın takibinde sol memede kitle tespit edilmesi üzerine hastaya çekilen mamografide Sol meme orta dış kadranda lateralde 46x11 mm boyutlu lobüle konturlu , kistik alanlar içeren, semisolid görünümde , solid kısımları doppler bakıda kanlanan , heterojen görünümlü , kitle lezyonu izlendi. Histopatolojik inceleme önerilir sol memede BIRADS 5 lezyon tespit edildi. Hastaya yapılan kitle biyopsi sonucu genitel sistemin serözadenokarsinomu metastazı ile uyumlu , immunhistokimyasal boyama östrojen , PAX8 , WT1 pozitif olarak yorumlandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ:

Meme dışı kanser tanısı olan hastalarda meme kitlelerine şüphe ile yaklaşmalı ve primer hastalığın memeye metastazı olabileceği ihtimali akılda tutulmalıdır. Özellikle memedeki lezyonun primer meme tümörü zannedilerek tedaviye başlanması ve esas tümörün tespitinin gecikmesi tedaviye cevabın yetersizliğine ve başarısızlığına yol açacağından , hastalığın daha kötü prognoz ile seyretmesi kaçınılmazdır. Memeye metastazlarının tedavisi primer hastalığın tedavisidir. Meme metastazları oligometastaz şeklinde ise cerrahi sınırlar temiz olacak şekilde kitlenin çıkarılması çoğunlukla yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Akküçük S, Bulak H, Berk V, Oral S. Memede malign melanom metastazı. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(1): 53-4.

2. Shi-ping LUH, Chih KUO, Thomas Chang-yao TSAO. Breast Metastasis from Small Cell Lung Carcinoma. J Zheijang Univ Sci B. 2008; 9(1): 39-43.

3. Surov A, Fiedler E, Holzhausen HJ, et al. Meme dışı malignitelerden memeye metastazlar: Primer tümörler, prevalans, klinik bulgular ve radyolojik özellikler. Acad Radyol. 2011; 18 :565–74.

4. Hajdu SI, Kentsel JA. Memeye metastatik kanserler. Kanser. 2015; 29 :1691–96.

S27 Genç ve Yaşlı Meme Kanseri Hastalarının Klinik Özelliklerinin ve Tedavi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Dr. Ela Delikgöz Soykut[1], Dr. Gülhan Güler Avcı[2]
[1] Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi
[2] Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi

Amaç: Meme kanseri halen dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 35 yaş altında tanı alan meme kanseri (MK) oranı oldukça düşüktür. Ancak genç yaşta tanı alan MK'nde seyrin daha agresif olduğu, özellikle yaşlılara göre daha kötü olduğu bilinmektedir. Ortalama yaşam beklentisi giderek arttığından dolayı yaşlı populasyonda MK tanısı alma sıklığı artmakta, 65 yaş üstünde tanı alan MK yaklaşık %50 civarındadır. Çalışmamızda kliniğimizde MK ile radyoterapi (RT) almış, 35 yaş altı ve 65 yaş üstü hastaların klinikopatolojik özelliklerini ve sağkalım sonuçlarını retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

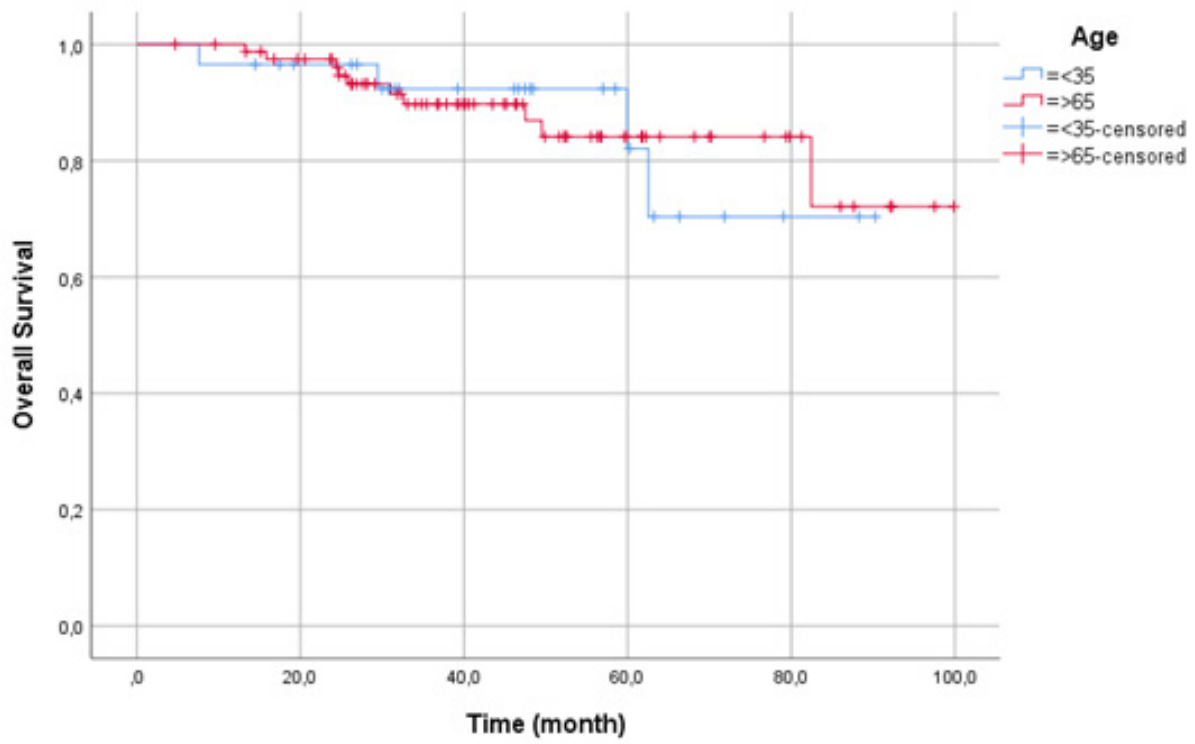
Gereç ve Yöntem: Çalışmada Ağustos 2014 ve Aralık 2020 tarihleri arasında MK ile RT uygulanan 35 yaş altı ve 65 yaş üstü hastalar incelendi. Hastalara ait veriler hasta dosyası ve otomasyon sistemi üzerinden elde edildi. Genel sağkalım (GS), hastalıksız sağkalım (HS) ve lokal bölgesel hastalıksız sağkalım (LBHS) oranları Kaplan Meier analizi ile, log-rank ile kıyaslanarak sağkalım üzerine etkili faktörler multivaryen Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

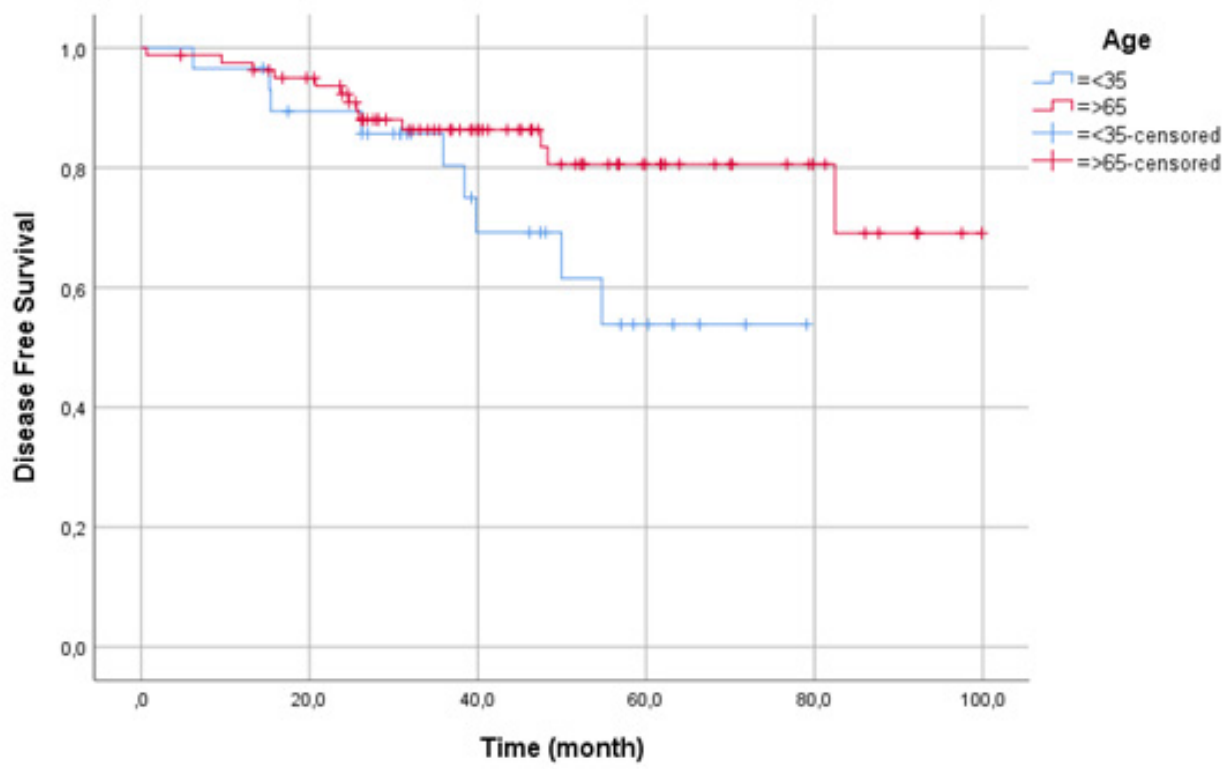
Bulgular: 110 hasta dahil edildi. Hastaların 29'u genç yaşta olup, 65 yaş üstü 81 hasta saptandı. Tedavi yaklaşımı açısından hastalar arasında yaşa göre fark olmayıp (p=0.117), yaşlı grubunda da %45.7'sine meme koruyucu yaklaşım ve 75%'inde kemoterapi uygulanmıştı. Gençlerde primer tümör boyutu (p=0.004), patolojik T evresi (p=0.048), EIC (p=0.021) ve uzak metastaz (p=0.001) daha yüksek saptandı. Medyan takip süresi 40.3 ay (4.7-99.9) olup 14 hasta kaybedilirken, 13'ünde uzak metastaz, 1'inde lokal bölgesel nüks izlendi. Her iki grup yaşa göre kıyaslandığında GS ve HS'da fark saptanmadı (p=0.909, p=0.079), genç ve yaşlılarda 5-y GS ve HS sırasıyla 82.1% vs 84.1% ve 53.8% vs 80.6% idi. Gençlerde univaryen analizde tümör evresi (p=0.001), evre (p=0.022), lenf nodu sayısı (p=0.020), hormonoterapi (p=0.042) GS üzerine; tümör evresi (p=0.013), nodal evre (p=0.033), evre (p=0.010), cerrahi sınır (p=0.008), lenf nodu sayısı (p=0.0007), EIC (p<0.001), EKY (p=0.033), aksiller diseksiyon tipi (p=0.045) HS üzerine etkili bulundu. Yaşlılarda univaryen analizde tümör evresi (p=0.004), grad (p=0.006), tümör boyutu (p<0.001), reseptör durumu (p=0.013), cerrahi tipi (p=0.031) GS üzerine; tümör evresi (p=0.001), grad (p=0.006), tümör boyutu (p<0.001), cerrahi tipi (p=0.007) HS üzerine etkili bulundu. Gençlerde multivaryen analizde sağkalım üzerine etkili faktör saptanmadı, yaşlılarda ise tümör boyutu 3 cm üzerinde olması hem GS hem HS üzerine anlamlı etkilediği saptandı (p=0.046, HR 8.03 95% CI 1.04-62.06; p=0.001, HR 10.73 95% CI 2.60-44.29).

Sonuç: Genç MK'nde, yaşlılara kıyasla daha agresif klinikopatolojik özellikler saptanmıştır, her ne kadar istatiksel olarak anlamlılık saptanamadıysa da özellikle yaşlı hastalara göre azalmış HS izlenmiştir. Daha kapsamlı çalışmalar ile desteklenmesi önerilmektedir.

	Genç Meme Kanseri	Yaşlı Meme Kanseri						
	GS	HS	GS	HS				
	Uni-varyen	Multi-varyen	Uni-varyen	Multi-varyen	Uni-varyen	Multi-varyen	Uni-varyen	Multi-varyen
Özellikler	p	p	p	p	p	p	p	p
Cerrahi tipi MKC vs MRM	0.378	-	0.099	-	0.031	0.160	0.007	0.135
Aksiller yaklaşım SLND vs AD	0.419	-	0.045	0.880	0.407	-	0.122	-
Endokrin tedavi Evet vs Hayır	0.042	0.936	0.861	-	0.787	-	0.501	-
Kemoterapi Evet vs Hayır	0.689	-	0.497	-	0.289	-	0.122	-
Grad 1-2 vs 3	0.052	-	0.669	-	0.006	0.337	0.006	0.069
LVI Hayır vs Evet	0.169	-	0.925	-	0.984	-	0.578	-
PNI Hayır vs Evet	0.357	-	0.826	-	0.628	-	0.431	-
EIC Hayır vs Evet	0.056	-	<0.001	0.314	0.617	-	0.151	-
Cerrahi sınır Hayır vs Evet	0.019	0.916	0.008	0.260	0.446	-	0.416	-
ECE Hayır vs Evet	0.249	-	0.033	0.975	0.407	-	0.904	-
ER +/-	0.179	-	0.802	-	0.757	-	0.434	-
PR +/-	0.416	-	0.382	-	0.379	-	0.089	-
Her 2 +/-	0.416	-	0.806	-	0.128	-	0.150	-
Moleküler alt tip Diğerleri vs triple neg	0.137	-	0.978	-	0.013	0.379	0.053	-
Tümör çapı < 3 cm vs ≥ 3 cm	0.779	-	0.400	-	<0.001	0.046	<0.001	0.001
Metastatik LN sayısı <5 vs ≥ 5	0.020	0.989	0.007	0.950	0.770	-	0.597	-

T evresi T1-2 vs T3	0.001	0.923	0.013	0.107	0.004	0.087	0.001	0.257
Nodal evre N0 vs N1-3	0.249	-	0.033	-	0.407	-	0.670	-
Evre 1-2 vs 3	0.022	0.991	0.010	0.947	0.459	-	0.191	-





S28 Radyoterapi Uygulanan Hormon Reseptörü Pozitif Meme Kanserinde Tedavi Sonuçlarımız

Dr. Ela Delikgöz Soykut[1], Dr. Gülhan Güler Avcı[2]
[1] Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi
[2] Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi

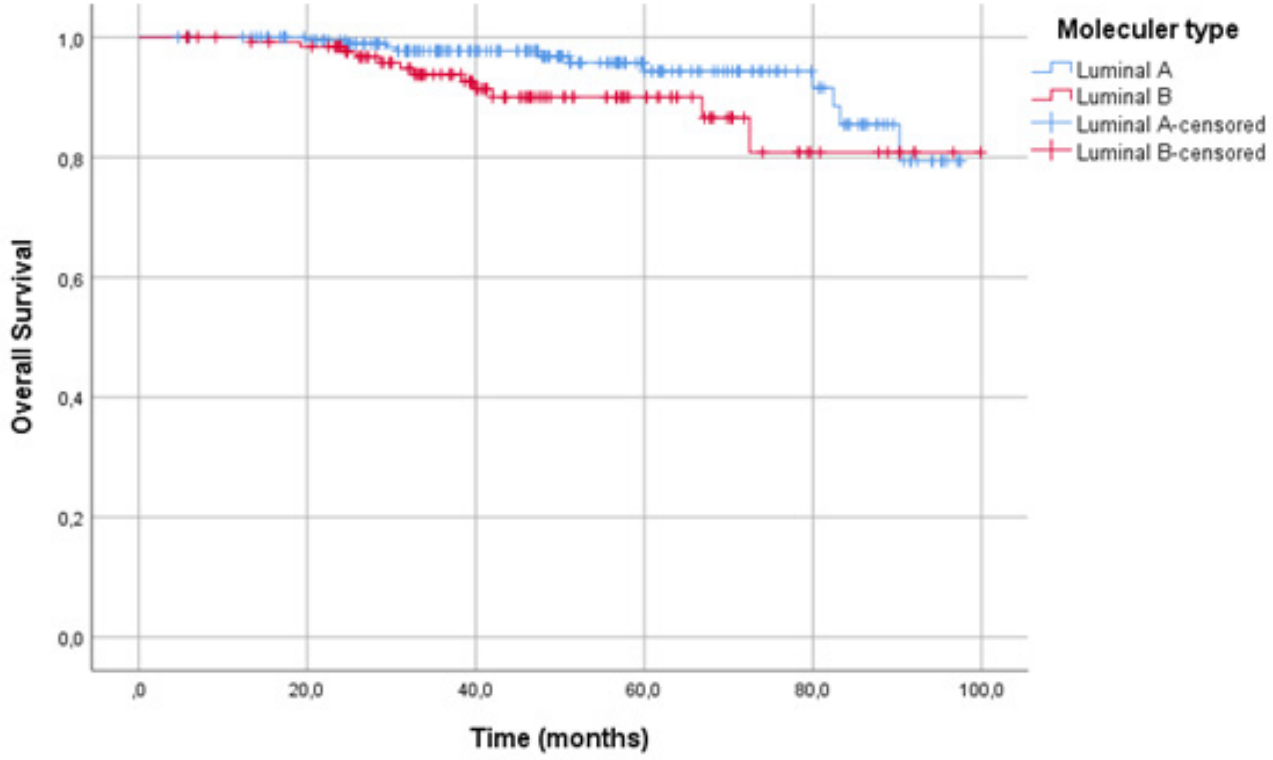
Amaç: Meme kanserinde (MK) hormon reseptör durumunun hem sağkalımı belirleyen prognostik bir faktör, hem de endokrin tedavi yanıtı için prediktif bir faktör olduğu bilinmektedir. Radyoterapi (RT) MK'inde meme koruyucu cerrahi (MKC) sonrası standart olarak, modifiye radikal mastektomi (MRM) sonrasında ise ileri patolojik evre ve risk faktörlerine göre değişmekle birlikte uygulanmakta olan adjuvan tedavidir. Çalışmamızda RT uygulanan hormon reseptörü pozitif (HRP) hastalarda sağkalım sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

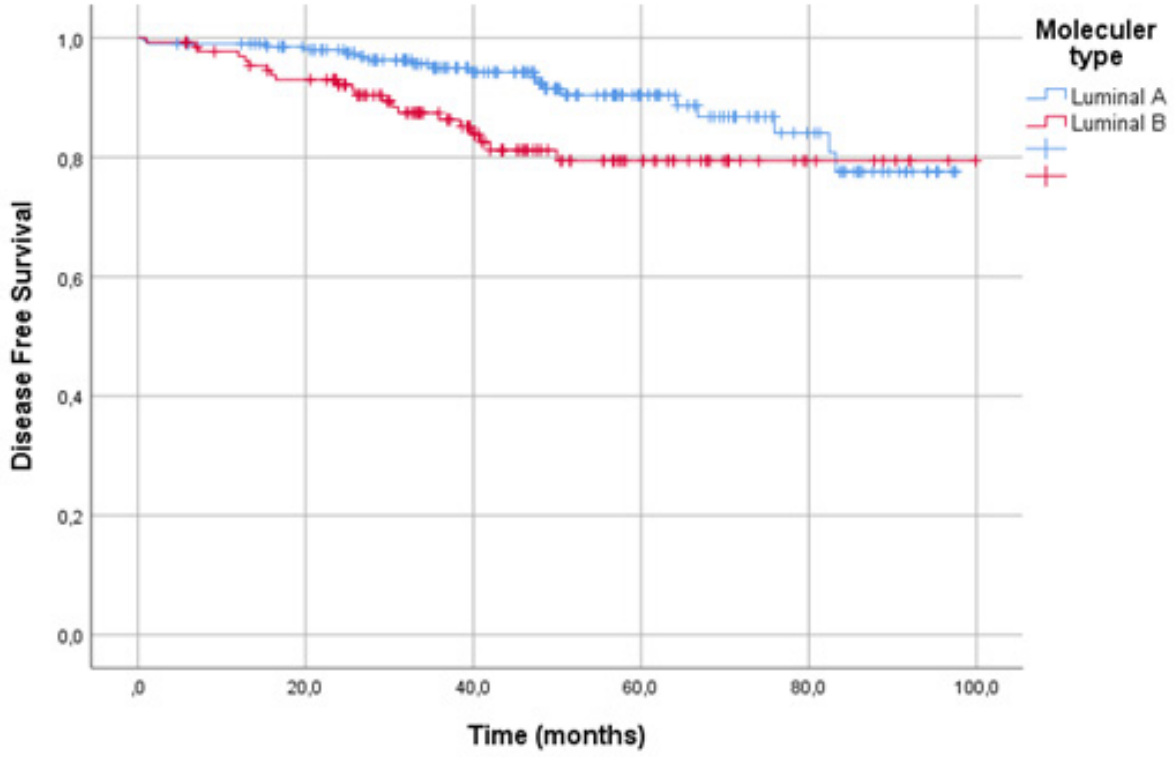
Gereç ve Yöntem: Çalışmada Ağustos 2014 ve Aralık 2020 tarihleri arasında MK ile RT alan HRP olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait veriler hasta dosyası ve otomasyon sistemi üzerinden elde edildi. Takip döneminde izlenen lokal nüks, uzak metastaz ve eksitus durumları kayıt edildi. Genel sağkalım (GS), hastalıksız sağkalım (HS) ve lokal bölgesel hastalıksız sağkalım (LBHS) oranları Kaplan Meier analizi ile, log-rank ile kıyaslanarak sağkalım üzerine etkili faktörler multivaryen Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: 336 hasta dahil edildi. Medyan yaş 55 (20-87) idi. Hastaların 54.8%'ine MKC, 45.2%'sine MRM uygulanmıştı. Hastaların %85.3'nde histolojik alt tip invaziv duktal karsinomdu. Hastaların %35.4'ünde tüm meme RT+boost; %19.4'ünde tüm meme RT+bölgesel lenfatik+boost; %45.2'sinde göğüs duvarı+bölgesel lenfatik ışınlanmıştı. Hastaların %60.7'si Luminal A, %39.3'ü Luminal B alt tipindeydi. Erken evrede saptanan 57 hastaya KT verilmemiş olup, adjuvan endokrin tedavi almıştı. KT uygulanan 279 hasta olup, %42.6'sında adjuvan, %29.3'ünde neoadjuvan olarak verilmişti. Medyan takip süresi 46.5 ay (4.7-99.9) olup, son kontrolde 23 hasta kaybedilirken, en sık kemik ve beyin olmak üzere 29'unda uzak metastaz gelişmişti. 5- ve 8-y GS, HS ve LBHS sırasıyla 92.6%, 79%; 86.1%, 76.8% ve 92.6%, 79% du. Univaryen analizde Luminal alt tip ile GS arasında anlamlı ilişki gösterilemedi (p=0.067). Grad (p=0.011), tümör boyutu (p=0.037), lenf nodu sayısı (p=0.036), tümör evresi (p<0.001), nodal evre (p=0.027), evre (p=0.007), cerrahi tipi (p=0.028), aksiller yaklaşım (p=0.022) GS üzerine etkili olduğu saptandı. Univaryen analizde Luminal A alt tipi ile HS arasında anlamlı ilişki gösterildi (p=0.022). Grad (p=0.017), tümör boyutu (p=0.007), Her 2 (p=0.003), lenf nodu sayısı (p=0.017), tümör evresi (p=0.001), nodal evre (p=0.025), evre (p=0.009), cerrahi tipi (p=0.028), aksiller yaklaşım (p=0.032) HS üzerine etkili olduğu saptandı. Multivaryen analizde ise tümör evresinin hem GS hem de HS üzerine istatiksel olarak anlamlı katkı sağladığı gösterildi (p=0.034, HR 3.84 95% CI 1.10-13.38; p=0.009, HR 6.43 95% CI 1.59-25.90).

Sonuç: Luminal A tipi ile HS'ın daha iyi olduğu gösterilmiştir, HRP hastalarda GS ve HS için en önemli prognostik faktör tümör evresi olarak saptanmıştır.

Tablo: Genel Sağkalım ve Hastalıksız Sağkalım için Univaryen ve Multivaryen Cox Regresyon Analizleri				
	GS	HS		
Özellikler	Univaryen	Multivaryen	Univaryen	Multivaryen
	p	p	p	p
Yaş ≤60 vs >60	0.409	-	0.546	-
Cerrahi tipi MKC vs MRM	0.028	0.573	0.003	0.926
Aksiller yaklaşım SLND vs AD	0.022	0.998	0.032	0.173
Kemoterapi Evet vs Hayır	0.073	-	0.082	-
Grad 1-2 vs 3	0.011	0.214	0.017	0.342
LVI Hayır vs Evet	0.238	-	0.202	-
PNI Hayır vs Evet	0.225	-	0.132	-
EIC Hayır vs Evet	0.700	-	0.247	-
Cerrahi sınır Hayır vs Evet	0.763		0.264	-
ECE Hayır vs Evet	0.222	-	0.095	-
Her 2 status +/-	0.070	-	0.003	0.416
Moleküler alt tip Luminal A vs B	0.067	-	0.022	0.984
Tümör çapı < 2 cm vs ≥ 2 cm	0.037	0.098	0.007	0.059
Metastatik LN sayısı <5 vs ≥ 5	0.036	0.322	0.017	0.266
T evre T1-2 vs T3	<0.001	0.034	0.001	0.009
Nodal evre N0-1 vs N2-3	0.027	0.876	0.025	0.956
Evre 1-2 vs 3	0.007	0.705	0.009	0.303


Moleculer type
Luminal A
Luminal B
Luminal A-censored
Luminal B-censored
Overall Survival
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,0
20,0
40,0
60,0
80,0
100,0
Time (months)


Moleculer type
Luminal A
Luminal B
Disease Free Survival
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,0
20,0
40,0
60,0
80,0
100,0
Time (months)

POSTER BİLDİRİLER

P01 Brca 1 Mutant, Triple Negatif Meme Kanserli (TNMK) olguda talazoparib deneyimi

Alper TOPAL
Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

TNMK, diğer meme kanserlerine göre agresif davranma eğilimindedir. TNMK'lı hastaların %20 kadarında BRCA (özellikle BRCA1) mutasyonu bulunur. BRCA mutasyonu olan meme kanserli hastalarda PARP inhibitörleri FDA onaylıdır. PARP inhibitörleri hematolojik yan etkileri belirgin olan ilaçlar olup, yan etki yönetimi ve gerekli doz redüksiyonları hasta tedavisinin devamı açısından önemlidir.

OLGU

24 yaşında kadın hasta, de novo metastatik olup çoklu hat tedavi almış. Tanı anında bakılan BRCA mutasyonu sonucu, BRCA 1 homozigot mutant olarak saptanan hastaya talazoparip 1mg/gün olarak başlanmıştır. Birinci ay kontrollerinde platelet:80bin olarak saptanan hastada doz redüksiyonu yapılarak ,0.75mg/gün olarak devam edilmiştir. 3. ay kontrollerinde, parsiyel yanıt elde edilen hastanın tedavisine devam edilmiştir. Tedavinin 5. ayında şiddetli hemoroidal kanama ve platelet:4bin olarak saptanan hastanın servise yatışı yapılıp, tedavisi durduruldu. Plateletler normale geldikten sonra 0.5mg/gün şeklinde talazoparib tedavisine devam edilen hastanın 6.ay kontrollerinde platelet:8bin ve kontrol görüntülemelerinde karaciğerde yeni gelişen metastazları olması üzerine talazoparib tedavisi durduruldu (PFS:6 AY). Tedavi değişimi yapıldı.

TARTIŞMA

PARP inhibitörleri, BRCA mutant meme kanserinde etkili ilaçlardır. Ancak hematolojik yan etkiler hastaların tedaviye devam etmesinin önündeki en büyük engel olarak görülmektedir.

P02 Memenin nükslerle seyreden malign filloides tümörü: Olgu sunumu

Taliha Güçlü Kantar, Tolga Doğan, Burçin Çakan Demirel, Melek Özdemir, Semra Taş, Arif Kuş, Burcu Yapar Taşköylü, Atike Gökçen Demiray, Serkan Değirmencioğlu, Arzu Yaren, Gamze Gököz Doğu
Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Filloides tümörler, fibroepitelyal neoplazm grubundan olup memenin nadir neoplazmlarındandır. Genelde 35-55 yaş arası kadınlarda görülür. Benign fibroadenomlara benzemekle beraber, fibroadenomlardan histolojik olarak artmış sellülerite ve klinik olarak lokal nüks ve metastatik yayılımı ile ayırt edilirler. Bu tümörler benign, borderline ve malign olarak sınıflandırılır.Yüksek gradlı malign filloidesler, tüm filloideslerin yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. Malign filloides tümörlerin ise yaklaşık %20'sinde uzak metastaz görülebilmektedir.

OLGU: Otuz beş yaşında kadın hasta sağ memede ağrısız ele gelen kitle nedeniyle başvuran hastada yapılan USG de BIRADS-4 lezyon saptandı. Kitleden yapılan tru-cut biyopsi ile malign filloides tümör tanısı konuldu. Hastaya sağ mastektomi ve sentinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Adjuvan radyoterapi verildi. Takibe alınan hastanın iki yıl sonra sol femur şaft bölgesinde kitle tespit edildi. Kitlenin rezeksiyonu yapıldı. Filloides tümör metastazı ile uyumlu saptandı. Hastaya 4 kür adriamisin-siklofosfamid kemoterapisi verildi. Tekrar takibe alınan hastanın yaklaşık iki yıl sonra Toraks Bt sinde sol akciğer üst lobta nodül saptanması üzerine wedge rezeksiyon yapıldı. Hastanın patolojisi filloides tümörü metastazı ile uyumlu saptandı. Hastaya tek ajan gemcitabin planlandı. Hastanın klinik takibi kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ: Sonuç olarak tüm filloides tümörler nüksetme potansiyeline sahip olmakla birlikte, sadece borderline ve malign grupta metastaz izlenebilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi filloides tümörün, en sık kemik ve akciğer metastazı yaptığı bildirilmiştir. Bu tümör tipinde genellikle radyoterapi ve kemoterapi etkinliği düşüktür. Bu tümörlerde rekürrens ve metastaz yapma ihtimalinden dolayı uzun dönem takip önemlidir. Radikal cerrahi girişim sonrası tedaviye radyoterapi veya kemoterapi eklenip eklenmemesi gerektiği halen tartışmalıdır. Memenin filloides tümörünün sıklığının düşüklüğü nedeniyle adjuvan tedavilerin yerinin tayin edilmesi için çok merkezli çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Malign filloides tümör, meme

P03 Metastatik Meme Kanserli Olguda Çoklu Sıra Tedavi Sonrası Gelişen Alveolar Hemoraji Olgu Sunumu

Burçin Çakan Demirel, Tolga Doğan, Melek Özdemir, Taliha Güçlü Kantar, Arif Kuş, Semra Taş, Burcu Yapar Taşköylü, Atike Gökçen Demiray, Serkan Değirmencioğlu, Gamze Gököz Doğu, Arzu Yaren
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Meme kanseri,Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık teşhis edilen cilt kanseri dışı kanserdir ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık ikinci nedenidir (1).Metastatik meme kanserli hasta grubunda,hastaların metastatik diğer kanserlere göre yaşam süresinin daha uzun olması, daha fazla antineoplastik ajana maruziyeti ve daha fazla ilaç toksisite riskini doğurmaktadır. Antineoplastik ajanla tedavi edilen tüm hastaların yüzde 10 ila 20'sinin bir tür akciğer toksisitesi gösterdiğini düşünülse de insidans spesifik ajana, doza ve diğer faktörlere bağlı olarak değişmektedir(2-3).Biz de çoklu sıra tedavi sonrası hastamızda karşılaştığımız alveolar hemoraji vakasından bahsetmek istedik.

Vaka Sunumu: Postmenapozal 40 yaşında kadın hastanın,vücudunda yaygın ağrı hissetmesi,karnında sağda belirgin ağrı ve huzursuzluk hissi, sol memede ele gelen kitle şikayeti olması üzerine dış merkezde tetkik edilmiş. İstenen batın MRI'da: karaciğerde en büyüğü 55 mm boyutunda yaygın pek çok adet metastaz ve hemanjiom açısından şüpheli çok sayıda lezyon görülmüş olup ön planda metastaz üzerinde durulmuş. Bunun üzerine girişimsel radyoloji tarafından karaciğerden yapılan biopsi sonucunda östrojen reseptör (ÖR) pozitif%90, progesteron reseptör (PR) pozitif %80, cerbB2 (-) ,ve Ki-67 %40 olarak saptanmış.Hastanın evreleme amaçlı istenen Pet CT'sinde:sol memede 38x24 mm boyutlarında primer kitle, sol aksillada lenf nodu pozitif,karaciğer ve kemikte yaygın metastaz görülmüş olup tümör yükü ve semptomlarının fazlaca olması nedeniyle öncelikle kemoterapi açısından uygun görülmüş ve adriamisin siklofosfomid tedavisi bir kür aldıktan sonra tarafımıza başvurmuş.Hasta klinik olarak dahi 1 kür sonrası belirgin rahatladığını söylemesi üzerine AC tedavisi 4 küre tamamlanıp yanına zolendronik asit tedavisi eklendi,sonrasında tedavisinde kemiklere yönelik radyoterapi planı yapılarak 12 hafta paklitaksel uygulandı.Hastanın kemik ve karaciğer yanıtı tama yakın sağlandıktan sonra idame olarak letrozol tedavisi ve zolendronik asit tedavisi ile takibe alındı.Yaklaşık 9 ay stabil seyrettikten sonra son kontrolünde PET CT'de :karaciğerde yeni gelişen metastaz, kemiklerdeki metastazlarda aktif FDG tutulumu görülmesi progresyon lehine yorumlandı ve hastaya palbosiklib+fulvestrant tedavisi başlandı.Düzenli takip edilen hastanın zolendronik asit kullanımına ilişkin çene osteonekrozu görülmesi üzerine zolendronik asit durduruldu.Palbosiklib+fulvestrant tedavisinin 10. ayında PET CT'de: karaciğer lezyonlarında belirgin progresyon görülmesi üzerine karaciğere lokal tedavi olarak TAKE için değerlendirildi.TAKE işlemi ile birlikte rebiopsi de yapılan hasta hormon pozitif olarak devam etmekte fakat hormon direncine ilişkin istenen PIK3CA mutasyonu yönünden incelendiğinde H1047R mutasyonu pozitif bulunmuştu.Hastanın kontrolsüz diyabet tanısı mevcut olduğundan alpelisilib başlanamadı.Hastaya paklitaksel ve karboplatin tedavisi başlandı.Hastanın önceden paklitaksel kullanımına ilişkin nöropatisi olması üzerine 3 haftada 1 olan protokol tercih edildi.4 kür sonrası yapılan değerlendirilmesinde karaciğer ve kemiklerde progresyonu tekrar etmesi üzerine hastaya gemsitabin ile birlikte kapesitabin başlandı.10 kür kullanan hastanın takibinde progresyon görülmesi yaygın tümör yükü re-biopsi kabul etmemesi üzerine ıxabepilone tedavisi başlandı. İlk kür aldıktan sonra öksürük, nefes darlığı , muaynesinde yaygın raller ve saturasyon düşüşü olması nedeniyle tedavi sonrası hasta yoğun bakıma alındı. Çekilen toraks CT'sinde: kemik yapılarda litik lezyonlar, alt loblarda belirgin peribronşiyal kalınlaşma ve daha çok üst loblarda belirgin santral peribronkovasküler alanda yamasal buzlu cam infiltrasyonları görülmüş olup hastanın hemoptizi şikayeti olması ve pulmoner CT anjiografisinde emboliye ilişkin bulgularının olmaması üzerine yaygın alveolar hemoraji düşünüldü.

Tartışma: Hormon pozitif meme kanseri güncel tedaviler ile uzun süreli sağkalımı olan bir kanser türüdür. Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerini yönetebilmenin hastaların sağkalımı üzerine etkisi tahmin edilenden fazladır. Diffüz alveolar hemoraji spesifik antineoplastik tedaviler sonrası görülme olasılığı mevcut olsa da ıxabepilone tedavisi sonrası gelişen vaka bildirimi literatürde rastlanmamıştır. Çoklu sıra tedavi alan hastalarda her zaman gelişebilecek tedavi komplikasyonları yönünden dikkatli olmak gerekmektedir.

Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021 [published correction appears in CA Cancer J Clin. 2021 Jul;71(4):359]. CA Cancer J Clin. 2021;71(1):7-33. doi:10.3322/caac.21654

Camus P, Fanton A, Bonniaud P, Camus C, Foucher P. Interstitial lung disease induced by drugs and radiation. Respiration. 2004;71(4):301-326. doi:10.1159/000079633

Bonniaud P, Georges M, Favrolt N, Camus P. Pneumopathies interstitielles iatrogéniques [Drug-induced interstitial lung diseases]. Rev Prat. 2014;64(7):951-956.

P04 Nadir Görülen Tekrarlayan Meme Malign Filloides Tümör Vakası

Melek Özdemir, Gamze Gököz Doğu, Arzu Yaren, Serkan Değirmencioğlu, Atike Gökçen Demiray, Burcu Yapar Taşköylü,, Burçin Çakan Demirel, Tolga Doğan, Taliha Güçlü Kantar, Semra Taş, Arif Kuş
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Filloid tümörler, fibroepitelyal meme tümörü olup nadir görülürler. Lokal nükslerle giden malign filloid tümörler agresif olmayıp, fibroadenom gibi davranır. Nadir olarak agresif seyirli filloid tümörler ise metastaz yapabilirler [1,2]. Bu olgu sunumunda nadir görülen meme tümörleri içinde yer alan malign filloid tümör vakası sunulacaktır.

OLGU:40 yaşında kadın hasta temmuz 2009 yılında memede ele gelen kitle nedeni ile doktora başvurmuş. Sol memeden exisyonel biyopsi yapılmış. Patolojisi benign filloides 3cm. tümör boyutu olarak raporlandı. Tedavisiz izlemde takip edildi. Kasım 2011 de sol memede ele gelen kitle tanısı ile sol meme subkutan mastektomi ve silikon protez operasyonu yapıldı. Patolojisi borderline filloides tümör olup tümör boyutu 3.5x2.3x2 cm olarak raporlandı. Eylül 2020 yapılan meme usg de 26mm+20mm+10 mm multiple fibroadenom düşündüren lezyonlar gözlendi. Meme başı korunarak simple mastektomi yapıldı. Patolojisi tümör boyutu 3cm. deri invazyonu olmayan cerrahi sınıra 0,1 cm mesafede olan malign filloides olarak raporlandı. Operasyon sonrası memeye adjuvan radyoterapi aldı. Tedavisiz izleme alınan hastanın son kontrolü ocak 2023 yapıldı. Aktif şikayeti olmayıp tetkikleri stabil olarak kontrol planları yapıldı. Hasta tedavisiz izleme alındı ve 13 yıl 4 aylık bir genel sağkalım elde edilen hastanın takipleri halen kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ: Borderline veya malign filloid tümörler için de 1 cm cerrahi sınır hedeflenerek tamamen eksize edilmelidir. Tümör yerleşimi nedeniyle cerrahi sınır negatifliği elde edilemediğinde, mastektomiden sonra adjuvan radyasyon tedavisi (RT) uygulanmalıdır. Bununla birlikte, yeterli cerrahi sınırlar elde edilebildiğinde, adjuvan RT ihtiyacı konusunda fikir birliği yoktur. Benign filloid tümörlü cerrahi sınır negatif rezeksiyon elde edilen hastalara adjuvan RT önerilmezken, borderline veya malign filloides tümörü için meme koruyucu cerrahi geçiren tüm hastalara adjuvan RT önerilmektedir. Filloid tümörler için adjuvan kemoterapi ile ilgili randomize çalışmalar yapılmamıştır. Adjuvan kemoterapiyi yüksek riskli (>10 cm) veya tekrarlayan malign filloid tümörlü hastalarda primer meme karsinomu yerine yumuşak doku sarkomları için önerilen adjuvan kemoterapi protokolleri önerilmelidir [1,2].

KAYNAKLAR:

1. Chaney AW, Pollack A, McNeese MD ve ark. Memenin sistosarkom fillodlarının birincil tedavisi. Kanser 2000; 89:1502.

2. Calhoun K, Allison KH, Kim JN, ve diğerleri.. Phyllodes tümörleri. In: Meme hastalıkları, Harris J, Lippman ME, Morrow M, Osborne KC (Eds), Lippincott Williams ve Wilkins, 2014.

P05 Memede Desmoid Fibromatosiz Olgusu

Faruk Aksu, Serhat Demirer

Giriş: Desmoid fibromatosiz agresif fibromatozis olarak da adlandırılır ve metastaz yapma eğilimi olmayan fibroblastik doku neoplazmlarını temsil ederler. Desmoid tümörler tam rezeksiyondan sonra bile lokal nüks eğilimi gösterir ve yüksek morbitide oranlarına sahiptirler. Bu olguda meme kitlesinin olağandışı bir nedeni olan desmoid fibromatosizi ele aldık.

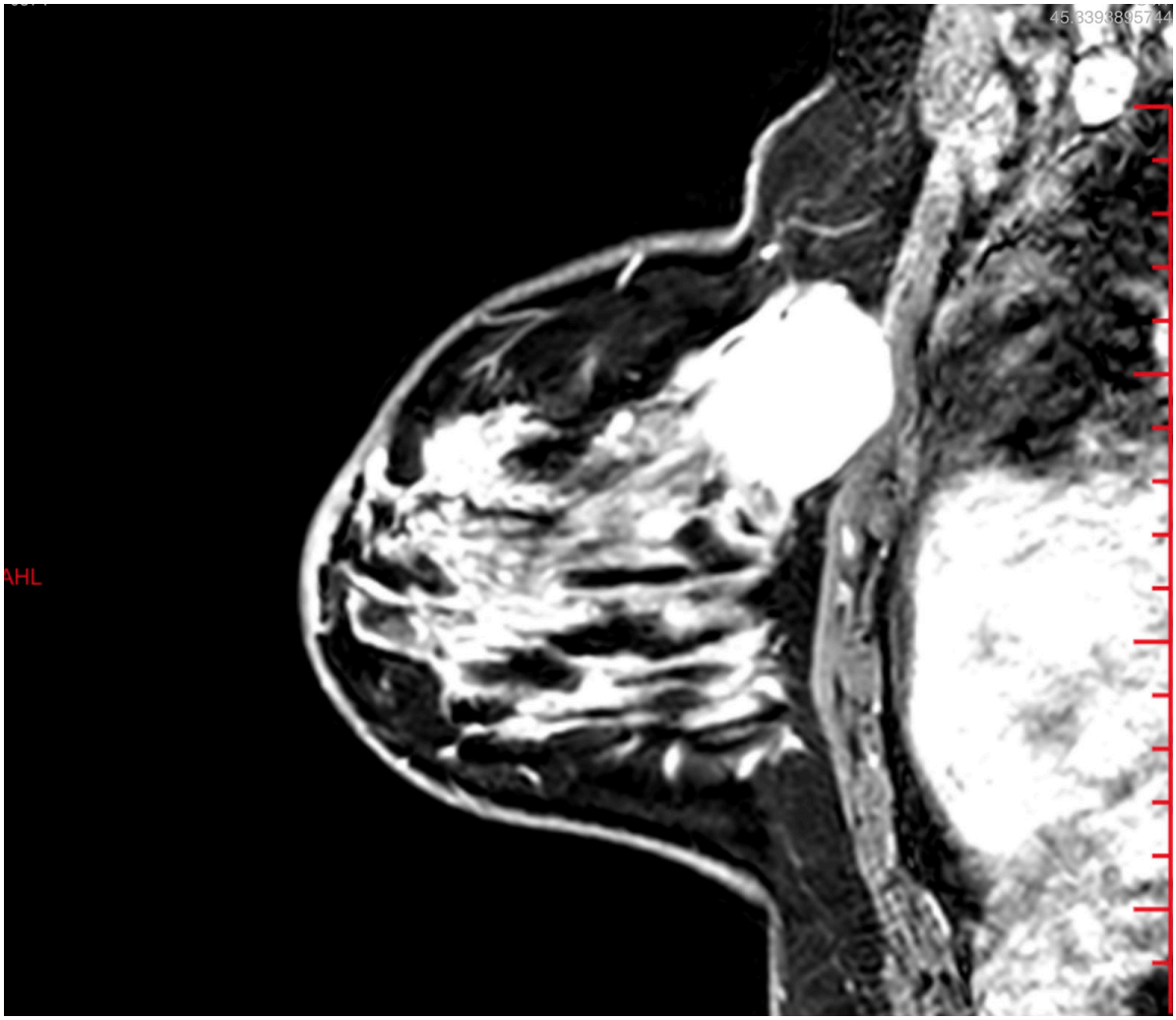
Olgu: 38 yaşında kadın hasta sol memede eline gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Hastanın meme USG'de orta iç kadranda 5 cm çapında, sınırları düzensiz kitle ve areolar sınırda 3,5 cm boyutuna ulaşan şekilsiz malign görünümlü olmak üzere iki kitle izlendi. Meme MR'da ise sol memede periferde meme sınırında orta hatta sternal düzeye ciltaltına da uzanan 35x30 mm boyutlarında medialde ve derinde lobüle konturlu T2 sinyali yüksek kitle derinde pektoral fasia sınırına dayanmış olarak izlendi. Diffüzyon kısıtlaması düşüktü. Tru cut patolojisinde iğsi hücreli lezyon, CD34:Negatif, S100:Negatif, SMA: Seyrek pozitif, Desmin: Negatif, Ki-67: %3-4 oranında pozitif olarak raporlandı. Filloides tümör şüphesi ile opere edildi. Patolojide filloides tümör irdelenmiş olup filloid patern izlenmemiş ve CD34 negatif saptanmış. Tümör boyutu: 7x4x4 cm saptanmış, posterior cerrahi sınırda tümör devam etmektedir. Tümör kas dokusunu infiltre etmiştir. Ki-67 %10 oranında saptandı. Yeniden cerrahiye uygun olmayan hasta radyasyon onkolojisi tarafından anatomik lokasyon nedeniyle radyoterapiyi uygun görmedi. Hastaya non steroid antiinflamatuar (NSAID) meloksikam başlandı. Bir yıldır stabil seyreden hastanın takibine devam edilmektedir.

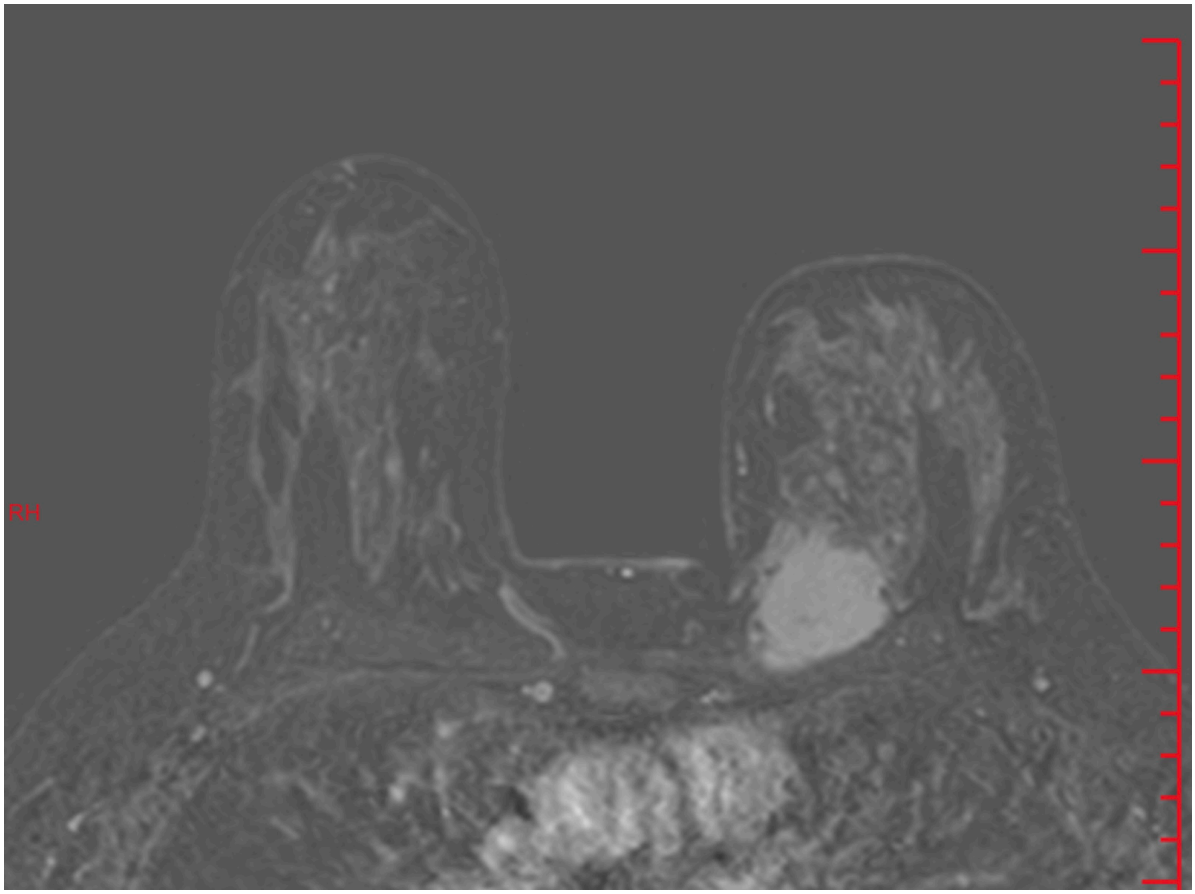
Tartışma-Sonuç: Desmoid tümörler meme kitlesinin olağandışı bir nedenidir ve meme kanseri ile karıştırılabilir. Meme desmoidlerinde görülen moleküler anormallikler; karın, gövde ve ekstremitelerin desmoid tümörlerine benzerdir. Desmoidleri malign yumuşak doku tümörlerinden güvenilir bir şekilde ayırt edebilen radyografik özellikler yoktur. Bölgesel veya uzak yayılmaya yatkın olmadıklarından, başka herhangi bir bölgede evreleme amaçlı radyolojik görüntülemeye gerek yoktur. Tedavi sonrası izlem için kanıta dayalı protokoller yoktur. Tipik olarak hastaları ilk üç yıl boyunca her altı ayda bir, ikinci üç yılda her 12 ayda bir ve daha sonra her iki yılda bir klinik muayene ve radyolojik çalışmalarla takip ediyoruz.

Anahtar Kelimeler: Desmoid tümör, fibromatosiz, memede kitle.

1. Neuman HB, Brogi E, Ebrahim A, Brennan MF, van Zee KJ. Desmoid tumors (fibromatoses) of the breast: A 25-year experience. Ann Surg Oncol. 2008 Jan;15(1):274–80.

2. Cho J, Gupta S, Cho H, ... MPC in, 2018 undefined. Role of nonsteroidal anti-inflammatory drug in treatment of extra-abdominal desmoid tumors. synapse.koreamed.org [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 21];


AHL


RH

P06 Ribosiklib Alan Olguda Uzamış KCFT Yüksekliği

Goncagül Akdağ,
Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

AMAÇ:

Metastatik hormon pozitif HER2- meme kanserinde klinik pratikte Aİ veya SERD ile kombine yaygın kullanılmaya başlanan CDK4/6 inhibitörleri (ribosiklib, abemasiklib, palbosiklib) progresyonsuz sağkalım süresini uzatmıştır. Bu ilaçların etkinlikleri benzerdir.Aradaki farklılığı yan etkiler oluşturmaktadır. Riboskilib için en yaygın QT uzaması (%12.5) ve karaciğer toksisitesi (%27.5), palbosiklib için nötropeni (%84.1) ve abemasiklib için en sık diyare (%87.1) olarak görülmüştür. İlaç doz redüksiyonu veya kesilmesi yan etki yönetiminde önemli basamaklardır.

OLGU:

38 yaşında kadın hasta Şubat 2018'de sağ memede ele gelen kitle nedeniyle tetkik edilmiş ve invaziv meme karsinomu tanısı almıştır. Tümör çapı 1,3 cm, lenfovasküler invazyonu ve lenf nodu tutulumu görülmemiştir. Tümör natürü ER%70 PR%1 Ki67 %30 (Luminal B) Grade 3 olarak bulunmuştur.Neoadjuvan adriamisin+ endoksan ve sonrasında paklitaksel tedavisi almıştır. Opere edildikten sonra radyoterapi verilmiş ve adjuvan dönemde hormonoterapiye (Aİ) geçilmiştir. Takibinde 3. yılda CEA: 33,5 CA 15-3: 232,9 'a yükselmiş ve sağ supraklavikuler, sağ aksiller lenf nodu ve kemik iliği metastazı gelişmiştir. Tedavisi ribosiklib 600 mg 1x1/gün, fulvestrant 500 mg 1x1/ay ve denosumab 1X1/ay olarak düzenlenmiştir. Bir sonraki incelemesi tam cevap ile uyumlu gelmiştir.3 ay sonra hastanın Pet-ct 'sinde yaygın kemik metastazları gelişmiş ,karaciğer her iki lobda büyüğü 16 mm lik 5-6 adet hipoekoik lezyon ve karaciğer enzim yüksekliği saptanmıştır.(AST:225 ALT:422 ALP:163 GGT:105 Total bilirubin/direkt bilirubin:1,7/0,93 INR:1,23) Takiplerinde ilaç tatili verilen hastada kcft gerilemiştir. (AST:106 ALT:44 ALP:78 GGT:57 T.bilirubin/direkt bilirubin:0,6/0,1)

TARTIŞMA:

CDK 4/6 inhibitörü tercihinde yan etki profili öne çıkmaktadır. Olgumuzda anlamlı PFS katkısı sağlayan ribosiklinin görece sık bir yan etkisini bildirdik.

P07 Metastatik rabdomyosarkomda meme radyoterapisi: bir vaka deneyimi ve literatürle tartışma

Şevval Alan, Mert Büyükulaş, Şükriye Bilge Gürsel
Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Amaç:

Posterimizde primer tedavi sonrası gelişen meme metastazına radyoterapi uygulanan kız çocuk rabdomyosarkom olgusunu sunacağız.

Vaka Sunumu ve Bulgular:

On iki yaşında kız hasta Haziran 2019'da sağ inguinal bölgede şişlik şikayetiyle dış merkezde hastaneye başvurmuş. Burada opere edilerek rabdomyosarkom tanısı almış ve immunohistokimyasal olarak alveolar tip rabdomyosarkomu telkin eden bulgular saptanmış. PET/BT'sinde sağ inguinal ve eksternal iliak metastaz öncelikli lenf nodları bulunan hastaya kemoterapi rejimini tamamladıktan sonra over transposyonu, sonra inguinal bölgeye adjuvan radyoterapi uygulandı.

Mart 2021'de hasta sol memede kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol meme saat 6 yönünde 2x3 cm mobil kitle mevcuttu. Ultrasonografisinde sol meme saat 6 radiusu areola komşuluğunda 30x21x30 mm boyutlarında lobüle konturlu kitle mevcut olup bilateral aksillada patolojik lenf nodu saptanmadı. PET/ BT'de sol memede yeni hipermetabolik lezyon görüldü. (Şekil 1) Tru cut biyopsi rabdomyosarkom infiltrasyonu olarak raporlandı. Kitle segmental mastektomiyle eksize edildi.

Patoloji: Rabdomyosarkom infiltrasyonu, Tümör boyutu: 2,5 cm, tümör en çok yaklaştığı yerde ventral yüz cerrahi sınırda tümör boyalı alanda izlenmemekle birlikte 1 mm'den yakındı.

Hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi, lokal kontrol altında başka metastazı olmayan ve oligometastazı rezeke edilmiş hastanın yakın cerrahi sınır nedeni ile yineleme riskine karşın radyoterapinin uygulanmasının yararlı olacağı kararı alındı.

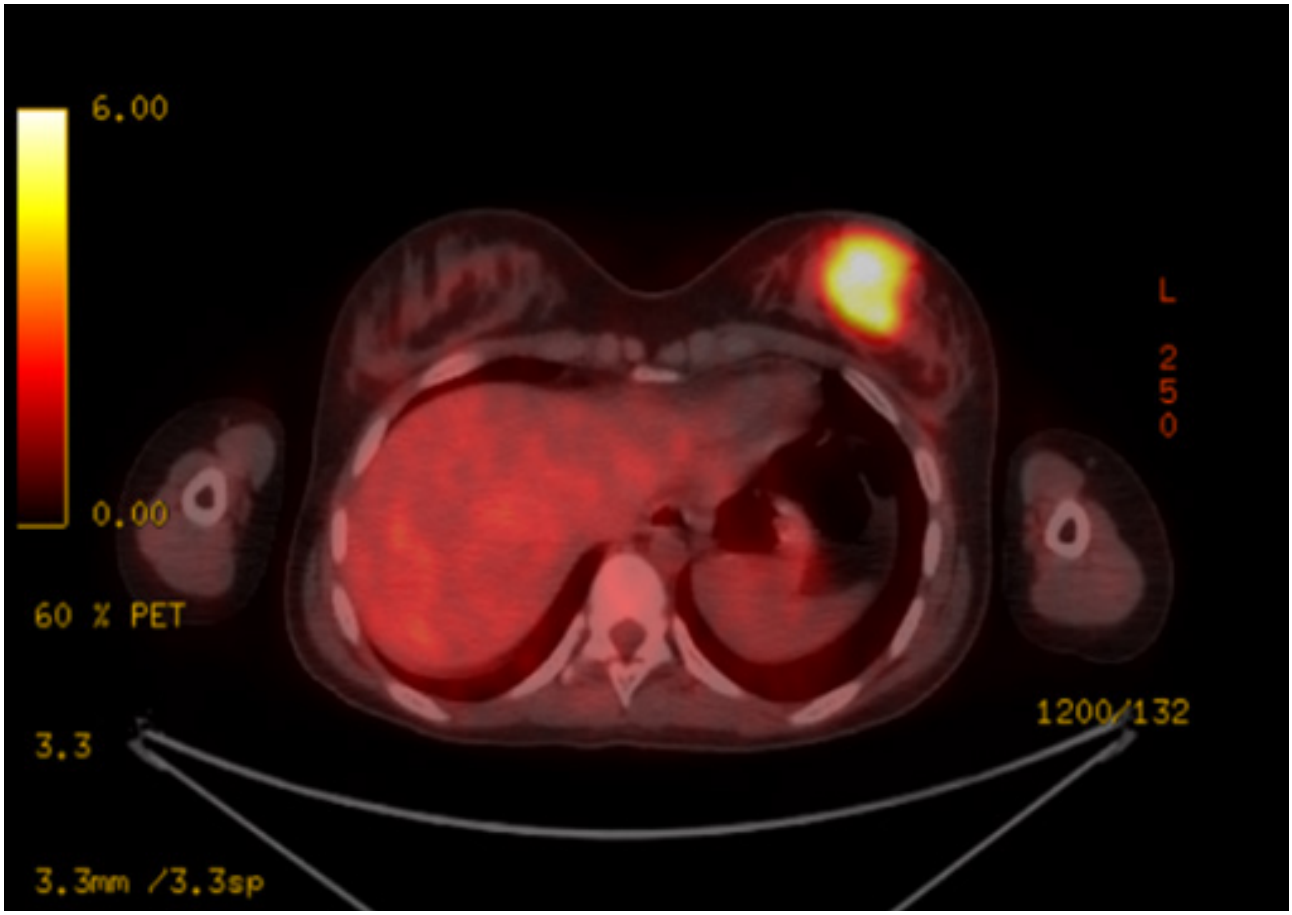
Ailesiyle görüşülerek oluşabilecek deformite, sekonder malignensi riskleri anlatılarak radyoterapi planlandı. Solunum kontrolü yapılarak simülasyon çekildi. Sol meme yerleşimli kitle loju klipsler dahil olacak şekilde konturlandı. 1 cm marj verilerek CTV oluşturuldu ve ciltten 0,3 cm geri çekildi. CTV' ye 0,5 cm marj verilerek PTV oluşturuldu ve ciltten 0,3 cm geri çekildi. VMAT yöntemiyle günlük 2 Gy 'den 20 fraksiyon toplam 40 Gy adjuvan radyoterapi uygulandı. (Şekil 2)

Takiplerinde 3 ay sonraki PET/BT'sinde yaygın metastazları olması üzerine sistemik tedavi başlandı. Sonraki PET/ BT'lerinde progresyon olan hastanın baş ağrısı ve frontal bölgede şişlik nedeniyle çekilen Beyin MR'ında metastazla uyumlu kitle olması üzerine tüm beyne 30 Gy palyatif radyoterapi uygulandı. Hastanın sistemik tedavisi devam etmektedir.

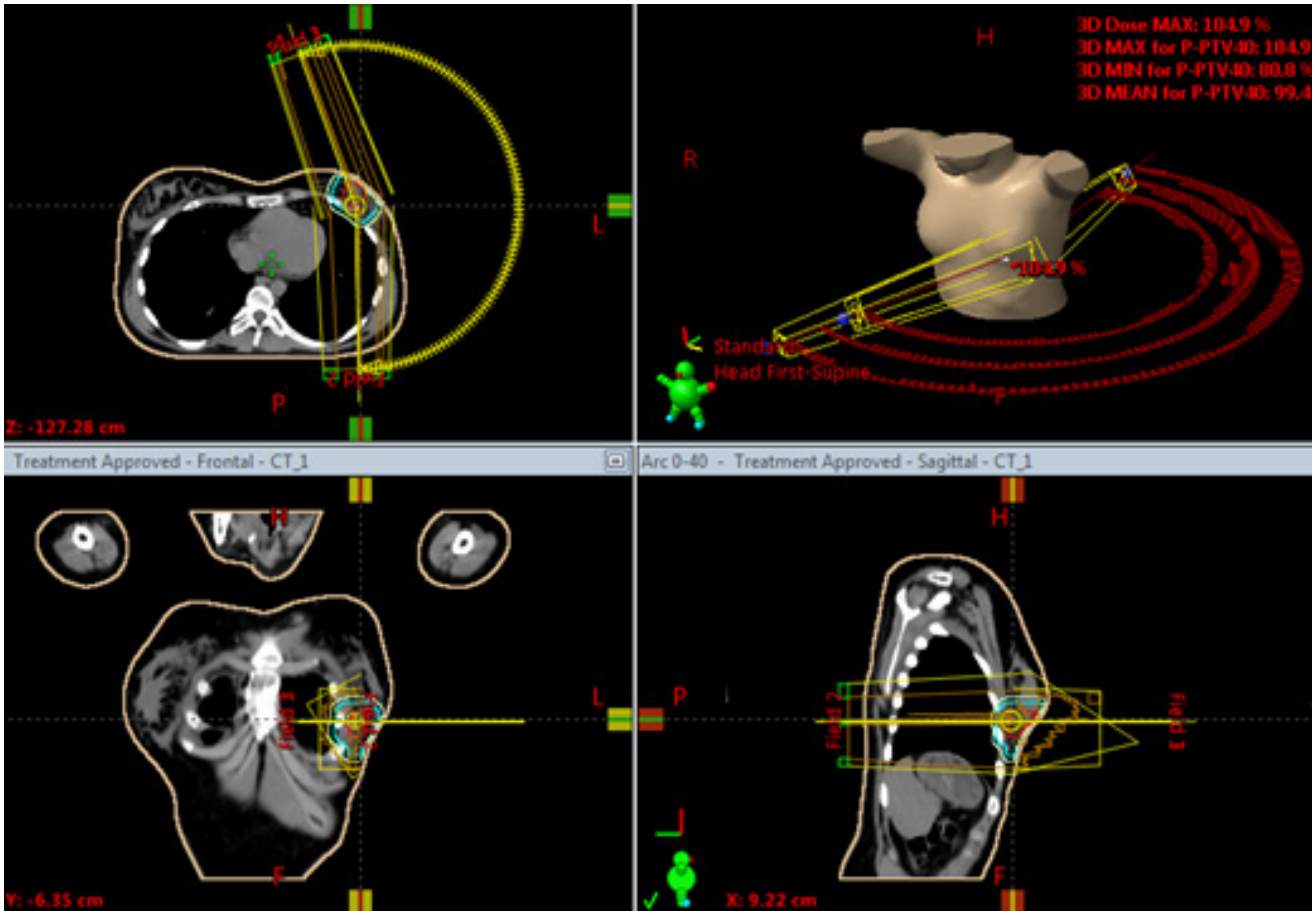
Sonuç ve Tartışma: Çocukluk çağında memede malignite olması oldukça nadirdir ve neredeyse tamamı metastatiktir. (1) Memeye radbomyosarkom metastazı ile ilgili literatürde vaka sunumları ve küçük seriler bildirilmiştir. Literatürdeki hastaların çoğu da daha ileri yaşta, alveolar histoloji ve kötü prognozlu olarak yorumlanmıştır. Vakamızda da ilk metastaz oligometastatik olarak memeye olup tam rezeke edilebilmiş ve lokal tedavi almış olsa da hızlı bir progresyon ve kötü gidişli seyretmiştir.

Kaynaklar:

1. Kebudi R, Koc BS, Gorgun O, Celik A, Kebudi A, Darendeliler E. Breast Metastases in Children and Adolescents With Rhabdomyosarcoma: A Large Single-Institution Experience and Literature Review. J Pediatr Hematol Oncol. 2017 Jan;39(1):67-71. doi: 10.1097/MPH.0000000000000680. PMID: 27820124.



Şekil 1: Sol memede 30x21x30 mm hipermetabolik lezyon.



Şekil 2: Hastamızın radyoterapi planı. VMAT yöntemi ile günlük 2 Gy/fraksiyon doz ile toplam 40 GY adjuvan radyoterapi uygulandı.

P08 Memeye Nadir Bir Metastaz Olgusu : Over Kanseri

Tolga Doğan, Burçin Çakan Demirel, Melek Özdemir, Taliha Güçlü Kantar,Semra Taş, Arif Kuş, Burcu Yapar Taşköylü, Atike Gökçen Demiray, Serkan Değirmencioğlu, Arzu Yaren, Gamze Gököz Doğu
Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji BD

Memenin primer kanseri çok sık olsa da memeye metastazlar nadirdir. Meme metastazlarının ise %0,03-%0,6 over kaynaklıdır. Over kanseri jinekolojik kanserler arasında sıklığı en yüksek 2.kanser olmasına rağmen mortalitesi en yüksek jinekolojik kanserdir. Hastaların yaklaşık %75'i tanı anında ileri evredir. Overin en sık uzak metastazları karaciğer, akciğer, kemik ve beyindir.

Olgumuz 54 yaş bayan hasta karın ağrısı nedeni ile yapılan tetkiklerde ocak 2011'de batın bt'de suprapubik alanda orta hattın sağında 15x11x14 cm ve bu kitlenin sol lateralinde 7x11x12 cm dev kitle görünümleri izlendi. Hastaya tah+bso+pelvik paraaortik lenf nodu disseksiyonu+omentektomi+appendektomi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucunda seröz papiller karsinom(bilateral over) nükleer grade 2, metastatik lenf nodu 4/48 olarak saptandı.6 kür adjuvan carboplatin-paklitaksel kemoterapisi aldı. Hasta tam yanıtlı olarak izleme alındı.2018 ocak ayında ca 125 değerlerinde artış olması üzerine çekilen pet'te sağ 11.kot cilt altı 36x23 mm nodül,t9-t10 interkostal kaslarda nodüler lezyonda tutulum saptandı. 11.kot göğüs cerrahisi tarafından rezeke edildi. Patolojisi malign epitelyal tümör metastazı(seröz papiller karsinom metastazı ile uyumlu) olarak geldi.6 kür karboplatin paklitaksel kt'si aldı. Yanıtlı olarak izleme alındı. Lezyon yerlerine palyatif radyoterapi aldı. Takiplerinde 2019 mart ayında ca 125 değerlerinde progresif yükselme oldu. Hasta ıntravenöz kemoterapiyi kabul etmedi.2 ay oral vinorelbine alan hasta vinorelbine altında progrese kabul edildi. Platin duyarlı olan hastaya 15 kür cisplatin-gemcitabin-bevasizumab kemoterapisi verildi(temmuz 2019-aralık 2020) yanıtlı olarak takip edilen hastanın ocak 2021 de çekilen pet'te sağ memede 24x32 mm boyutunda lezyon(suv max:6,4)sağ aksillada lenf nodları, sağ inguinal lenf nodlarında tutulum, plevral effüzyon saptandı. İkinci primer şüphesi ile sağ meme ve sağ aksilla lenf nodu trucut bx alındı. Patoloji sonucu malign epitelyal tümör metastazı er(+) pr(-)pax8(+),wt-1(+),gata3(-),p63(-) cd10(-),cd31(-) over seröz karsinom metastazı uyumlu olarak geldi. Brca 1 ve brca 2 mutasyonu negatif olan hastaya tekrar carboplatin-paklitaksel kemoterapisi başlandı. 10.kürünü almakta olan hastamız halen tedaviye yanıtlı olarak takiplerine devam etmektedir.

Literatürde overin meme metastazı ilk olarak 1953 yılında sıtzenfrey tarafından raporlanmış olsada overin meme metastazı nadir olarak görülmektedir. Memenin metastatik karsinomu genellikle nodüler tarzdadır ve üst kadranlarda daha sıktır. İnflamatuar meme kanserlerindeki gibi hassasiyet, eritem sık görülür. Memenin primer kanserlerinde ayırımı güçtür. Yaygın tutulumun göstergesi olduğundan prognoz kötüdür. Bizim vakamızda literatür ile uyumlu idi. Bizde bu olgu ile sıklığı az da olsa overin farklı ve uzak bir metastazına dikkat çekmeyi amaçladık.

KAYNAKLAR

1. Serous Carcinoma of the Ovary and Peritoneum With Metastases to the Breast and Axillary Lymph Nodes. Monica A. Recine, MD, Michael T. Deavers. Am J Surg Pathol 2004;28:1646–1651)

2. Ovarian carcinoma metastatic to the breast.J Wadhwa,R Dawar Clin Oncol (R Coll Radiol).

1999;11(6):419-21.

3. Metastatic serous carcinoma presenting as inflammatory carcinoma over the breast Gauri Panse, Veerle Bossuyt J Cutan Pathol. 2018 Mar;45(3):234-239.

P09 Hormon Duyarlı Meme Kanseri Tanısıyla Tamoksifen Kullanan Hastalarda Sitokrom P450 CYP2D6 Enzim Düzeylerinin İlaç Direnci Gelişmesindeki Rolü

Dr. Gökhan Çelenkoğlu
S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kl.

AMAÇ: Hormon duyarlı premenapozal kadın hastalarda kullanılan tamoksifenin metabolize olduğu sitokrom P450 CYP2D6 enzim düzeylerinin ilaç direnci gelişmesindeki önemini araştırmak.

GİRİŞ: Tamoksifen premenapozal er veya pr pozitif meme kanseri olan hastaların tedavisinde yaklaşık 50 yıldır ilk hedefe yönelik altın standart ilaç olarak halen yaygın olarak kullanılmaktadır.Tamoksifen karaciğerde sitokrom P450 enzimi ile metabolize olmaktadır.

Farmokogenetik hastaların genetik yapılarında bulunan varyasyonlar nedeni ile ilaçlara verdikleri yanıtlardaki değişiklikleri inceler.En sıkj yan etki oluşturan ilaçlar polimorfik enzimlerle metabolize olmaktadır.Tamoksifen de en çok polimorfizm gösteren sitokrom P450 enzim izoformlarından biri olan CYP2D6 ile metabolize olmaktadır.Bu polimorfizmler enzim aktivitesini değiştirerek hastalar arasında enzimin farklı çalışmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple hastalar standart tedavi dozlarına farklı yanıt verirler.

MATERYAL VE METOD: S.B. ANKARA E.A.H.'Onkoloji kl.'de toplam 12 hastadan alınan kan örnekleri genetik laboratuvarında Luminex® 200™ Sistem cihazında xTAG® CYP2D6 KİT V3 kitleri ile test edildi.

BULGULAR :

Tablo 1.Hasta özellikleri ve test sonuçları.

HASTANIN ADI	YAŞI	CİNSİYETİ	GENOTİP	FENOTİP
T.K.	48	K	1*/41*	Normal metabolizer
S.A.	45	K	1*/41*	Normal metabolizer
E.H.U.	31	K	1*/35*	Normal metabolizer
N.T.	48	K	2*/2*	Normal metabolizer
Z.K.	71	K	1*/2*	Normal matabolizer
A.K.	57	K	1*/41*,DUP	Fenotipi belli değil
Ş.N.	54	K	1*/41*	Normal metabolizer
G.D.	47	K	1*/10*	Normal metabolizer
G.Y.	50	K	1*/2*	Normal metabolizer
S.A.	56	K	1*/5*	Normal metabolizer
M.M.	58	K	2*/41*	Normal metabolizer
S.K.	50	K	2*/4*	Normal metabolizer

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Hastalarımızda yapmış olduğumuz analiz sonucu 12 hastanın 11 tanesinde CYP2D6 polimorfizmi normal metabolizer olarak bulundu.Bir tanesinde ise fenotipi belli değildi.Bu sonuçlarla tamoksifen kullanan hastalarımızın CYP2D6 enziminin normal düzeyde olduğunu böylece de ilaç için herhangi bir doz ayarlaması gerekmediğini gördük. Eğer CYP2D6 enzim düzeyi düşük saptanan hastamız olsaydı, ilacın metabolize edilme hızı yavaş olduğundan yan etkilerini azaltmak için dozunu azaltmak gerekecekti. CYP2D6 enzim düzeyi yüksek olsaydı ilaç hızlı metabolize olacağından dozu yetersiz kalacaktı ve doz arttırmaya gidilecekti. Literatürde de CYP2D6 polimorfizm düzeylerine bakılarak tamoksifen kullanan hastalarda etkinlik ile ilgili çalışmaların yapıldığını ve enzim düzeyi ile yan etki arasında ilişki olduğunun gösterildiğini saptadık.


Meme Derneği
Samsun 2004
TÜRK
TIBBİ
ONKOLOJİ
DERNEĞİ
Hayat için bilimin izinde...
TÜRK RADYASYON
ONKOLOJİSİ DERNEĞİ
Bilimin ışığıyla aydınlık yarınlara...

6. KARADENİZ MEME KONGRESİ

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Meme Derneği
Samsun 2004

TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ
Hayat için bilimin izinde...

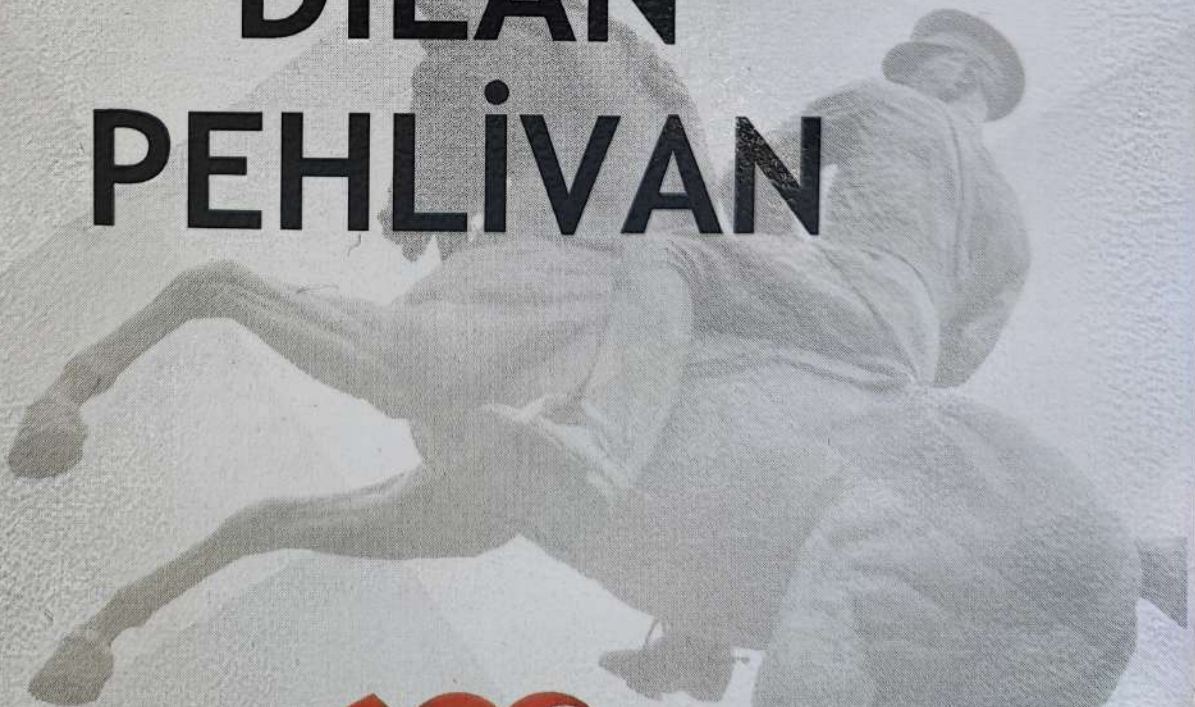
TÜRK RADYASYON ONKOLOJİSİ DERNEĞİ
Bilimin ışığıyla aydınlık yarınlara...

6. KARADENİZ MEME KONGRESİ

9-11 Mart 2023

Sheraton Otel, Samsun

DİLAN PEHLİVAN



100
CUMHURİYETİMİZİN 100. YILI