

KANSER GÜNCEL MEME KANSERİ SEMPOZYUMU



Kanserde Güncel Gelişmeler 2019



BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

KANSER GÜNCEL MEME KANSERİ SEMPOZYUMU

Kanserde Güncel Gelişmeler 2019



SEMPOZYUM BAŞKANI

Dr. Metin ÖZKAN

SEMPOZYUM BİLİMSEL SEKRETERYASI

Dr. Ersin ÖZASLAN

Dr. Oktay BOZKURT

SEMPOZYUM BİLİMSEL KURULU

Dr. Metin ÖZKAN

Dr. Mevlüde İNANÇ

Dr. Oktay BOZKURT

Dr. Ersin ÖZASLAN

06 EYLÜL 2019 CUMA

1. OTURUM	08:45-09:00	AÇILIŞ	
	09:00-10:20	ERKEN-LOKAL İLER İEVRE, LOKAL/SİSTEMİK TEDAVİDE GELİŞMELER OTURUMU-1	
	09:00-09:20	Oturum başkanları: Abdurrahman Işıkdoğan, Abdullah Büyükçelik	
	09:20-09:40	Meme Kanseri Patolojisinde Klinisyenin Tedavi Kararını Yönlendirecek Noktalar?	
	09:40-10:00	Konuşmacı: Figen Öztürk	
	10:00-10:20	Meme Kanseri Tarama ve Tanısında Radyolojik Değerlendirme	
2. OTURUM	10:40-12:10	ERKEN-LOKAL İLERİ EVRE, LOKAL / SİSTEMİK TEDAVİDE GELİŞMELER OTURUMU-2	
	10:40-11:00	Oturum başkanları: Metin Özkan, Mehmet Bilici	
	11:00-11:20	Erken Evre Pre ve Post Menopozal Hastalarda Optimal Hormonal Tedavi Nasıl Olmalı?	
	11:20-11:40	Konuşmacı: Burak Civelek	
	11:40-12:00	Olgu Sunumu	
	12:00-12:10	Konuşmacı: Sedat Tarık Fırat	
ÖĞLE YEMEĞİ			
UYDU SEMPOZYUMU	14:00-14:40	UYDU SEMPOZYUMU HR(+) HER2(-) METASTATİK MEME KANSERİNDE YENİLİKLER VE ABEMACİCLİB:	
		FARKLI BİR CDK 4/6 İNHİBİTÖRÜ	
KAHVE ARASI			
3. OTURUM	15:00-16:00	ERKEN-LOKAL İLERİ EVRE, LOKAL / SİSTEMİK TEDAVİDE GELİŞMELER OTURUMU-3	
	15:00-15:20	Oturum başkanları: Mesut Şeker, Mehmet Ali Ustaoglu	
	15:20-15:40	Meme Kanseri Neoadjuvan Tedavi Yaklaşımları (Hangi Hasta Grubuna Hangi Tedavi?)	
	15:40-16:00	Konuşmacı: Faysal Dane	
UYDU SEMPOZYUMU	16:00-16:40	UYDU SEMPOZYUMU PERJETA VE KADCYLA İLE HER2 POZİTİF METASTATİK MEME KANSERİNDE TEDAVİ ALGORİTMASI	
		Oturum başkanı: Metin Özkan	
SÖZLÜ BİLDİRİLER	16:40-18:00	SÖZLÜ BİLDİRİLER OTURUMU	
		Oturum başkanları: Mevlüde İnanç, Gökhan Çelenkoğlu	
Konuşmacılar: Semiha Urvay, Mustafa Karaca, Senar Ebinç, Yasin Sezgin, Oğur Karhan, M. Muhammed Atıcı, Nilgün Yıldırım, Ahmet Bilgehan Şahin			
Tartışmacılar: Hacer Demir, Murat Araz, Oktay Bozkurt, Mahmut Uçar, Nadiye Akdeniz, Sinan Koca			

07 EYLÜL 2019 CUMARTESİ

1. OTURUM	09:00-09:40 09:00-09:20 09:20-09:40	METASTATİK MEME KANSERİ OTURUMU-1 Oturum başkanları: Özgür Özyılkan, Bülent Yalçın HR(+) Metastatik Meme Kanseri Tedavisindeki Gelişmeler Konuşmacı: Mahmut Gümüş HER2+ Meme Kanseri Tedavisinde Yeni Ajanlar ve Tedavi Sıralaması Konuşmacı: Mehmet Artaç	
UYDU SEMPOZYUMU	09:40-10:20	UYDU SEMPOZYUMU MEME KANSERİ TEDAVİSİNDE KEMİK METASTAZLARINA YAKLAŞIM Oturum başkanı: Ali Arıcan Konuşmacı: Cemil Bilir	
	10:20-10:40	KAHVE ARASI	
2. OTURUM	10:40-11:20 10:40-11:00 11:00-11:20	METASTATİK MEME KANSERİ OTURUMU-2 Oturum başkanı: Necati Alkış Metastatik TNBC Sistemik Tedavilerdeki Gelişmeler Konuşmacı: Gamze Gököz Doğu Metastatik Meme Kanseri İmmünoterapinin Rolü Konuşmacı: Mehmet Küçüköner	
UYDU SEMPOZYUMU	11:20-12:00	UYDU SEMPOZYUMU: HR+ METASTATİK MEME KANSERİ TEDAVİSİNDE VALAMOR ile ŞİMDİ GÜÇ ELİNİZDE Oturum Başkanı: İrfan Çiçin Konuşmacı: M. Ali Şendur	
	12:00-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
AKILCI İLAÇ	14:00-14:20	AKILCI İLAÇ SUNUMU Oturum başkanı: Lokman Koral Konuşmacı: Ersin Özasan	
3. OTURUM	14:20-15:20 14:20-14:40 14:40-15:00 15:00-15:20	MEME KANSERİNDE ÖZEL DURUMLAR OTURUMU Oturum başkanları: Doğan Uncu, Mehmet Türk Gebelikte Meme Kanseri Tedavisi Nasıl Olmalıdır? Konuşmacı: Ayşe Ocak Duran BRCA Mutant Hastada Tanı Tedavi ve Takip Nasıl Olmalıdır? Konuşmacı: Çağlayan Geredeli Adjuvan Tedavisi Tamamlanmış Meme Kanseri Hastasını Nasıl Takip Edelim ? Konuşmacı: Mevlûde İnanç	
	15:20-15:40	KAHVE ARASI	
SÖZLÜ BİLDİRİLER	15:40-17:10	SÖZLÜ BİLDİRİLER OTURUMU Oturum başkanları: Cemil Bilir, İlhan Hacıbekiroğlu Konuşmacılar: Nadiye Akdeniz, Seval Ay, Hayriye Şahinli, Hacer Demir, Serdar Arıcı, Mustafa Karaağaç, Ruhper Çekin, Aykut Demirkıran, Ender Doğan Tartışmacılar: Burak Civelek, Asude Aksoy, Zuhat Urakçı, Ersin Özasan, Mehmet Beşiroğlu	
	17:10-17:30	KAPANIŞ	

KANSER GÜNCEL MEME KANSERİ SEMPOZYUMU



Kanserde Güncel Gelişmeler 2019

SEMPOZYUM KURULU.....	02
SEMPOZYUM PROGRAMI.....	03
BİLDİRİ İNDEKS.....	05
SÖZEL BİLDİRİ 01.....	08
SÖZEL BİLDİRİ 02.....	06
SÖZEL BİLDİRİ 03.....	13
SÖZEL BİLDİRİ 04.....	15
SÖZEL BİLDİRİ 05.....	16
SÖZEL BİLDİRİ 06.....	17
SÖZEL BİLDİRİ 07.....	18
SÖZEL BİLDİRİ 08.....	20
SÖZEL BİLDİRİ 09.....	21
SÖZEL BİLDİRİ 10.....	23
SÖZEL BİLDİRİ 11.....	24
SÖZEL BİLDİRİ 12.....	25
SÖZEL BİLDİRİ 13.....	27
SÖZEL BİLDİRİ 14.....	31
SÖZEL BİLDİRİ 15.....	32
SÖZEL BİLDİRİ 16.....	33
SÖZEL BİLDİRİ 17.....	34
SÖZEL BİLDİRİ 18.....	35

Meme Kanserinde Neoadjuvan Kemoterapi Yanıtını Belirlemede 18F-FDG PET/CT ve MRG'nin Birlikte Kullanımı: Retrospektif Tek Merkez Çalışması

Semih Urvey¹

¹ Acıbadem Kayseri Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Günümüzde meme kanserinde neo-adjuvan kemoterapi. (NACT) sonrası klinik cevabı değerlendirmede standart yaklaşım yoktur. Klinik muayene, meme ultrasonografi veya meme MR (manyetik rezonans) incelemesi en sık kullanılan parametrelerdir. Bu çalışmanın amacı neoadjuvan kemoterapi alan meme kanseri hastalarında tümör yanıtını değerlendirmede meme MR ve 18F-FDGPET/ BT (fluorine-18 flurodeoxyglucose pozitron emisyon tomografisi) ile görüntülemenin tanısal doğruluğunu karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Meme kanseri tanısı ile neoadjuvan kemoterapi alan hastaların tedavi yanıtları cerrahi öncesi radyolojik olarak meme MR ve 18F-FDG PET/BT ile değerlendirildi. Bu sonuçlar patolojik yanıtlar ile karşılaştırıldı. Neoadjuvan tedaviye patolojik yanıtı belirlemede Miller Payne derecelendirmesi kullanıldı. Miller payne grade 1 cevap olması patolojik yanıtsızlık (pNR), grade 2-3-4 cevap olması patolojik kısmi yanıt (pPR) ve grade 5 cevap olması patolojik tam yanıt (pCR) olarak değerlendirildi. MR ile radyolojik yanıt değerlendirmesi RECIST kriterlerine göre yapıldı. 18F-FDG PET/BT 'de SUV (standardized uptake value) değerlerinin 2 ve altında olması tam yanıt olarak kabul edildi.

BULGULAR: Acıbadem Kayseri Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Haziran 2014-Mart 2019 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile tedavi gören hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Neoadjuvan kemoterapi alan hastalardan 36'sı uygun bulunarak çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaş 44 (25-67) saptandı. Hastaların 20(%55.5)'si hormon reseptörü pozitif, 12(%33.3)'si cerbb2 pozitif ve 8 (%22)'i triple negatif. Operasyonda 16 (%44.4) hastada patolojik tam yanıt, 16(%44.4)hastada patolojik kısmi yanıt ve 4 (%11.2)hastada patolojik stabil hastalık elde edildi. MR değerlendirmesinin patolojik tam yanıtı değerlendirmedeki duyarlılığı %50 ve özgüllüğü %83 iken PET BT nin duyarlılığı %100 özgüllüğü ise %30 olarak saptandı.

Neoadjuvan KT sonrası meme MR değerlendirmede radyolojik ve patolojik yanıtların karşılaştırılması				
Radyolojik cevap(r)	Patolojik cevap kategorisi (p)			
	pCR	pPR	pNR	Toplam
rCR	8	4	0	12
r PR	8	9	4	21
rSD	0	3	0	3
rPD	0	0	0	0
Toplam	16	16	4	36

Neoadjuvan KT sonrası PET-BT değerlendirmede radyolojik ve patolojik yanıtların karşılaştırılması				
Radyolojik cevap(r)	Patolojik cevap kategorisi (p)			
	pCR	pPR	pNR	Toplam
rCR	7	9	0	16
r PR	0	2	1	3
rSD	0	1	0	1
rPD	0	0	0	0
Toplam	7	12	1	20*

**Hastaların sadece 20'inde neoadjuvan kemoterapi öncesi ve sonrasında PET BT ile değerlendirme yapılmıştır.*

SONUÇ: Çalışmamızda NAC yanıtını değerlendirmede meme MRG kullanılmasının duyarlılığı düşük özgüllüğü yüksek iken 18F-FDG PET/BT'nin duyarlılığı yüksek özgüllüğü düşük saptanmıştır. NAC sonrası ameliyattan önce rezidüel hastalığı değerlendirmede PET ve MR değerlendirmeleri tamamlayıcı özellik taşımaktadır. Literatürde de çalışmamızla uyumlu şekilde PET görüntülemenin daha fazla hassasiyet sağlarken MR görüntülemenin daha fazla spesiflik sağladığı gösterilmiştir. Tedavi yanıtını anlamak ve değerlendirmek için iki modalitenin nasıl en iyi şekilde birleştirilebileceği konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır.

Meme Kanseri Subtipleri İle Vücut Kitle İndeksi ve Menapoz Durumunun Arasında Bir İlişki Varmıdır?

Mustafa Karaca ¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Obezite, başta tip 2 diyabet ve kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, meme kanseri ve çeşitli kanserler gibi birçok sağlık sorununa neden olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Literatürde epidemiyolojik çalışmalarda, obezite ile menopoza sonrası meme kanseri riski arasında pozitif bir ilişki gösterilirken premenopozal meme kanseri olan hastalarda negatif bir ilişki olduğu raporlanmıştır. Günümüzde obezitenin meme kanserinin immünohistokimyasal alt tipleri üzerindeki olası etkileri halen menopoza öncesi ve sonrası hastalarda belirsizdir. Biz bu çalışmada, BMI ile meme kanserinin immünohistokimyasal alt tipleri arasındaki ilişkiyi ve obezitenin menopoza öncesi ve sonrası bu hastalarda etkisinin olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu retrospektif ve araştırıcı analizde, 2005-2017 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji bölümünde takip edilen 956 Türk kadın meme kanseri hastasının tıbbi kayıtlarına ulaştık. Çalışmaya BMI verileri eksik olan (n: 96), östrojen ve progesteron reseptör durumu eksik (n: 160) hastalar dışlandı. Kalan 802 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, tümör histopatolojisi, tümör immün alt tipleri, tümör derecesi, lenfovasküler invazyon (LVI), perinöral invazyon (PNI), östrojen reseptör (ER), progesteron reseptör (PR) ve HER2 durumu kaydedildi. BMI, hastaların klinik bilgileri ve nihai durumları kaydedildi. St. Gallen'de sunulan meme kanseri alt tipleri için yeni sınıflandırma sistemi kullanıldı. Luminal A: ER (+) and/or PR (+), HER-2(-), Ki67<14%; Luminal B with HER-2 negative: ER(+) and/or PR(+), HER-2(-), Ki-67≥14%; Luminal B with HER-2 positive: ER(+) and / or PR(+), HER-2(+), any ki-67; HER-2 enriched: ER(-), PR(-), HER-2(+), any ki-67; Basal-like (triple negative): ER(-), PR(-), HER-2(-) olarak immün histopatolojik alt gruplara belirlendi. BMI, ağırlık (kg) / boy² (m²) formülü ile hesaplandı. BMI<18.5 (underweight), BMI:18.5-24.9 (normal weight), BMI: 25-29.9 (overweight), BMI:30-34.9 (class I obesity), BMI:35-39.9 (class II obesity), BMI:≥40 (class III obesity) olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların yaş ortalaması 51.5±11.3 idi. Premenopozal grupta yaş ortalaması 43±6.7 iken postmenopozal grupta 59±8.3 idi. Tüm hastaların ortalama vücut kitle indeksi 27.2±3.9 kg/m² iken premenopozal grupta 26.1±3.7 kg/m² ve postmenopozal grupta 28.1±3.9 kg/m² idi. 842 hastanın %52.1 'I' (n:418) BMI: 25-29.9 kilo fazlalığı grubunda olduğu saptandı. Obez hasta sayısı 162 (%20.2) olduğu görüldü. Çalışma 690 hastada (%86) rekürens saptanmazken 112 hastada (%14) rekürens görüldüğü saptandı. Meme kanserinden ölen hasta sayısı 69 (%8.6) olduğu saptandı (tablo 1). Hastalar meme kanserinin immünmoleküler subtipine göre değerlendirildiğinde hem premenopozal hem de postmenopozal grupta kilo fazlalığı olan grupta 5 subtipinde belirgin olarak daha çok hastada saptandığı görüldü. Ancak premenopozal grupta Luminal B with HER-2(-) olan grupta vücut kitle indeksi arttıkça hasta sayısının azaldığı saptandı. (Tablo 2)

Premenopozal hastalarda vücut kitle indeksine göre histopatolojik özellikler değerlendirildiğinde BMI>30 (kg/m²) olanlarda istatistiksel olarak lenfovasküler invazyon daha sık olduğu gözlemlendi (p:0.04) (Tablo 3)

Postmenopozal hastalarda vücut kitle indeksi >30 (kg/m²) olanlarda lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon istatistiksel olarak daha sık olduğu gözlemlendi (sırasıyla, p:0.034, p:0.046). Ayrıca postmenopozal

grupta HER-2 positive olanların HER-2 negative gruba göre vücut kitle indeksine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak daha sık olduğu gözlemlendi (p:0.05)(Tablo 4)

SONUÇ: Aşırı kilo ile ilgili kanser oranları kadınlarda erkeklerden daha yüksektir.Literatürde yapılan meta-analizler obezite ile kolorektal kanser, mide kanseri, endometrium kanseri, renal hücreli kanser, kolanjiyokarsinom, pankreas kanseri , meme kanseri, özefagus adenokarsinomu, over kanseri, multiple myelom, hepatoselüler karsinom gibi kanserler arasındaki ilişkiyi destekleyen güçlü kanıtlar bulmuştur . Bununla birlikte, BKİ ile ilişkili meme kanseri riski menopozal duruma göre farklılık gösterir. Menopoz sonrası kadınlar arasında daha yüksek bir BMI meme kanseri riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir.Yaptığımız çalışmada premenopozal hastaların 359'unun 215 'inde (%59.8) kilo fazlalığı ve obezite saptanırken postmenopozal hastaların 443'ünün 364'ünde (%82.1) kilo fazlalığı ve obezite saptandı. İstatistiksel olarak kilo fazlalığı ve obezite oranı postmenopozal hastalarda belirgin olarak daha fazla idi (p<0.001). Literatürde yapılan epidemiyolojik kanser riski çalışmalarının meta analizinde, BMI'si daha yüksek olan kadınlar menopoz sonrası meme kanseri riski artışı saptanmıştır (% 95 CI 1.1-1.2).Yaptığımız çalışmada ise premenopozal hastalarda BMI $\geq$ 30 olan hasta sayısı 50 (%13.9) iken postmenopozal hasta sayısı 117 (%26.4) idi. BMI ve postmenopozal meme kanseri riski arasındaki ilişki, östrojen öncüllerinin (adipoz dokudan) östrojene periferik dönüşümünden kaynaklanan yüksek östrojen seviyeleri ile açıklanabilir .Ayrıca, hiperinsülinemi de obezite-meme kanseri ilişkisini açıklayabilir çünkü yüksek bir BMI yüksek insülin seviyeleri ile ilişkilidir. Meme kanseri subtiplerinde her 2 durumu oldukça önemlidir ve pozitifliği agresif tumor davranışını gösterir(28). Artmış BKİ nden ziyade her 2 pozitif hastalıkta tümörün biyolojisi prognoz açısından önem arz eder. Çalışmamızda da her 2 pozitifliği ile BKİ artışı arasında ters ilişki olup her 2 negatif hastalık her 2 pozitif nazaran postmenopozal hasta grubunda BKİ artışı ile daha fazla gözlemlendi.Premenopozal hastalarda ise BKİ artışı ile her 2 negatif hastalık oranının azaldığı gözlemlendi.

Sonuçta bu çalışma BKİ artışı ile meme kanseri riskinde artışı olduğunu desteklemektedir ancak BKİ artışı ile premenopozal grupta her 2 negatif ve luminal B tip hastalığın azalması dışında moleküler subtip açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo 1

Age (median)-years	All patients	51.5±11.3
	Premenapausal	43±6.7
	Postmenapausal	59±8.3
BMI (Kg/m ² mean±SD	All patients	27.2±3.9
	Premenapausal	26.1±3.7
	Postmenapausal	28.1±3.9
Menopausal status (n, %)	Premenapausal	359 (44.8%)
	Postmenapausal	443 (55.2%)
Histological subtype (n, %)	IDC	737 (91.9%)
	ILC	35 (4.4%)
	IDC+ILC	29 (3.6%)
	Other	1 (0.1%)
BMI classification (Kg/m ² , n, %)	<18.5 (underweight)	2 (0.2%)
	18.5-24.9 (normal weight)	220 (27.4%)
	25-29.9 (overweight)	418 (52.1%)
	30-34.9(class I obesity)	136 (17%)
	35-39.9(class II obesity)	21 (2.6%)
	≥40 (class III obesity)	5 (0.6%)
Grade (n, %)	Grade 1	78 (9.7%)
	Grade 2	468 (58.4%)
	Grade 3	256 (31.9%)
Lymphovascular Invasion (n, %)	Positive	209 (26.1%)
	Negative	593 (73.9)
Perineural invasion (n, %)	Positive	95 (11.8%)
	Negative	707 (88.2%)
Neoadjuvant Chemotherapy (n, %)	Yes	68 (8.5 %)
	No	734 (91.5%)
Adjuvant Chemotherapy (n, %)	Yes	603 (75.2%)
	No	199 (24.8%)
Adjuvant Radiotherapy (n, %)	No	317 (39.5%)
	Yes	485 (60.5%)
Adjuvant Hormonotherapy(n,%)	No	121 (15.1%)
	Yes	681 (84.9%)
Recurrence (n,%)	No	690 (86%)
	Yes	112 (14%)
Patients status	Disease-free survival	654 (81.5%)
	Under treatment	77 (9.6%)
	Death from breast cancer	69 (8.6%)
	Death due to other causes	2 (0.2%)

Tablo 2

Molecular		BMI (kg/m ²) (n)						P
Subtypes		<18.5 (underweight)	18.5 - 24.9 (normal weight)	25 - 29.9 (overweight)	30-34.9 (class I obesity)	35 - 39.9 (class II obesity)	≥40 (class III obesity)	
Pre me nap aus al	Luminal A	1(0.5%)	81(40.1%)	100(49.5%)	16(7.9%)	3(1.5%)	1(0.5%)	0.810
	Luminal B with HER-2(-)	0	12(44.4%)	9(33.3%)	5(18.5%)	1(3.7%)	0	
	Luminal B with HER-2(+)	0	31(40.8%)	33(43.4%)	9(11.8)	3(3.9%)	0	
	HER2-enriched	0	6(23.1%)	15(57.7%)	5(19.2%)	0	0	
	Triple-negative/ basal-like	0	12(42.9%)9	14(50%)	2(7.1%)	0	0	
Pos t m ena pau sal	Luminal A	0	51(18%)	156(55.1%)	65(23%)	7(2.5%)	4(1.4%)	0.317
	Luminal B with HER-2(-)	0	4(14.8%)	13(48.1%)	10(37%)	0	0	
	Luminal B with HER-2(+)	1(1.4%)	17(23.6%)	39(54.2%)	10(13.9%)	5(6.9%)	0	
	HER2-enriched	0	4(14.3%)	17(60.7%)	6(21.4%)	1(3.6%)	0	
	Triple-negative/ basal-like	0	2(6.1%)	22(66.7%)	8(24.2%)	1(3%)	0	

Tablo 3

		BMI (kg/m ²)						P
		< 18.5 (underweight)	18.5 - 24.9 (normal weight)	25 - 29.9 (overweight)	30-34.9 (class I obesity)	35-39.9 (class II obesity)	≥40 (class III obesity)	
Age		58.0±0	55.9±8.3	58.5±7.6	62.7±9.2	59.3±4.6	62.5±6.8	<0.001 *
Histological subtype (n, %)	IDC	1(100%)	69(88.5%)	224(90.7%)	93(93.9%)	14(100%)	4(100%)	0.813
	ILC	0	4(5.1%)	15(6.1%)	2(2%)	0	0	
	IDC+ILC	0	5(6.4%)	8(3.2%)	4(4%)	0	0	
	Oher	0	0	0	0	0	0	
Grade (n,%)	Grade I	0	12(15.4%)	33(13.4%)	5(5%)	1(7.1%)	0	0.371
	Grade II	1(100%)	49(62.8%)	142(57.5%)	58(58.6%)	7(50%)	3(75%)	
	Grade III	0	17(21.8%)	72(29.1%)	36(36.4%)	6(42.9%)	1(25%)	
LVI(+)		0	12(15.4%)	61(24.7%)	28(28.3%)	8(57.1)	2(50%)	0.034
PNI(+)		0	6(7.7%)	24(9.7%)	16(16.2%)	3(21.4%)	2(50%)	0.046
ER	Negative	0	7(9)	45(18.2%)	17(17.2%)	3(21.4%)	0	0.410
	Positive	1(100%)	71(91%)	202(81.8%)	82(82.8%)	11(78.6%)	4(100%)	
PR	Negative	0	15(19.2%)	78(31.6%)	24(24.2%)	3(21.4%)	0	0.189
	Positive	1(100%)	63(80.8%)	169(68.4%)	75(75.8%)	11(78.6%)	4(100%)	
HER-2	Negative	0	57(73.1%)	191(77.3%)	83(83.8%)	8(57.1%)	4(100%)	0.050
	Positive	1(100%)	21(26.9%)	56(22.7%)	16(16.2%)	6(42.9%)	0	

Tablo 4

		BMI (kg/m ²)						P
		< 18.5 (underweight)	18.5 - 24.9 (normal weight)	25 - 29.9 (overweight)	30-34.9 (class I obesity)	35 - 39.9 (class II obesity)	≥40 (class III obesity)	
Age		31.0±0	39.9±6.7	44.0±6.1	43.0±5.9	47.1±7.2	46.0±0	<0.001*
Histological subtype (n, %)	IDC	1(100%)	131(92.3%)	157(91.8%)	35(94.6%)	7(100%)	1(100%)	0.709
	ILC	0	9(6.3%)	5(2.9%)	0	0	0	
	IDC+ILC	0	1(0.7%)	9(5.3%)	2(5.4%)	0	0	
	Other	0	1(0.7%)	0	0	0	0	
Grade (n,%)	Grade I	0	10(7%)	15(8.8%)	2(5.4%)	0	0	0.608
	Grade II	1(100%)	85(59.9%)	94(55%)	20(54.1%)	7(100%)	1(100%)	
	Grade III	0	47(33.1%)	62(36.3%)	15(40.5%)	0	0	
LVI(+)		0	35(24.6%)	51(29.8%)	9(24.3%)	3(42.9%)	0	0.947
PNI(+)		0	11(7.7%)	27(15.8%)	3(8.1%)	3(42.9%)	0	0.04
ER	Negative	0	19(13.4%)	32(18.7%)	9(24.3%)	1(14.3)	0	0.619
	Positive	1(100%)	123(86.6%)	139(81.3)	28(75.7%)	6(85.7%)	1(100%)	
PR	Negative	0	34(23.9%)	52(30.4%)	8(21.6%)	1(14.3%)	0	0.619
	Positive	1(100%)	108(76.1%)	119(69.6%)	29(78.4%)	6(85.7%)	1(100%)	
HER-2	Negative	1(100%)	105(73.9%)	123(71.9%)	23(62.2%)	4(57.1%)	1(100%)	0.620
	Positive	0	37(26.1%)	48(28.1%)	14(37.8%)	3(42.9%)	0	

Non-Metastatik Meme Kanseri Hastalarında Lenf Nodu Metastazını Etkileyen Faktörler

Senar Ebinç¹, Erkan Bilen ¹

¹ Dicle üniversitesi Tıp Fakültesi iç hastalıkları AD, Tıbbi onkoloji bilim dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri dünya çapında en sık teşhis konulan kanser türü olup kadınlarda özellikle 40-49 yaşları arasında kanserden ölümlerin önde gelen sebepleri arasında yer almaktadır. Bu hastalara sunulacak tedavi seçeneği hastalığın başlangıçtaki prezentasyon şekline göre değişmektedir. Gelişmiş olan ülkelerde hastalar daha çok non-metastatik evrede başvuruyorken bu durum gelişmekte olan ülkeler için geçerli olmayabilir. Hastalığın tedavi yaklaşımı tümör boyutu, lenf nodu tutulumu ve metastaz varlığına bağlı olarak farklılık arz etmektedir. Meme kanserinde aksiler nodal tutulum varlığı; tümörün boyutu, lokalizasyonu, histolojik gradı ve primer tümörde lenfatik invazyon varlığı ile ilişkilidir. Bir veya iki sentinel lenf nodu pozitifliği axiller disseksiyon gerektirmezken, üç veya daha fazla nod pozitifliği hastanın diğer özellikleriyle birlikte değerlendirilmek üzere axiller disseksiyonu gündeme getirmektedir. Diğer yandan axiller disseksiyon yapılan hastaların bir kısmında üst ekstremitede gelişen lenf ödem hastanın hayat kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Biz bu çalışmamızda non-metastatik meme kanseri hastalarında perinöral invazyon ve lenfovasküler invazyon varlığı ile lenf nodu tutulumu arasında bir ilişki olup olmadığını araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmamıza Ocak 2016 ile Mayıs 2019 tarihleri arasında hastanemize başvurmuş ve hastanemizde opere olmuş non metastatik 111 meme kanseri hastasını dahil ettik. Hastaların 2'si erkek ve 109'u kadın idi. hastaların dosyalarından retrospektif olarak tümör reseptör durumu, Ki 67 düzeyi, patolojik lenf nodu varlığı, patolojik tümör boyutu, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon varlığı tarandı. Lenf nodu tutulumu ve diğer parametrelerin istatistiksel olarak ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Hastalarımızın ortalama yaşı 48,6 (27-83) idi. Hastaların %27 Luminal A, %50,4 Luminal B, %10,8 HER2 pozitif grup ve %10,8 Triple negatif idi. 32 (%28,8) hastada perinöral invazyon, 56 (%50,5) kişide lenfovasküler invazyon mevcut idi. Lenf nodu tutulumu olan vaka oranı % 65,8 (73) idi. Bu hastalarda %60,3 pN1, %26 pN2, %13,7 pN3 hastalık vardı. Axiller lenf nodu tutulumu olan grubun %38,4 kadarında perinöral invazyon, %74 lenfovasküler invazyon izlenirken, aksiler lenf nodu metastazı olmayan grupta ise %10,5 perinöral invazyon ve %5,3 lenfovasküler invazyon mevcut idi.

TARTIŞMA: Günümüzde meme kanserinde tümör boyutu, lenf nodu pozitifliği ve metastaz durumunun prognoz üzerindeki etkisi bilinmektedir. Daha önceki çalışmalarda tümör çapı, lenfovasküler tutulum, tümör gradı ve histolojisinin axiller lenf nodu pozitifliği üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Biz de çalışmamızda operable non metastatik meme kanseri hastalarında axiller lenf nodu tutulumunu etkileyen parametreleri araştırdık. Çalışmamızda hasta yaşı, tümör boyutu, HER2 durumu, progesteron reseptör durumunun lenf nodu tutulumu ile anlamlı ilişkisi olmadığını gözledik. Diğer taraftan estrogen reseptör pozitifliği ile lenf nodu tutulumu arasında sınırda anlamlı bulgu izlendi (p= 0,111). Perinöral invazyon (p=0,004) ve lenfovasküler invazyon (p<0,001) varlığı lenf nodu tutulumu ile yakından ilişkili idi. Lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyonun ikisi de N statusu arttıkça pozitiflik oranı artmakta idi. N1 hastalıkta bu oran sırasıyla %61,4 ve %13,6 iken N3 hastalıkta sırasıyla %100 ve %90 idi ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0,001).

SONUÇ: Meme kanseri tedavileri arasında yer alan axiller disseksiyonun hayat kalitesi ve postoperatif morbidite üzerinde etkisi bilinmektedir. Mastektomi materyalinden axiller durumunu gösteren belirteçlerin bilinmesi axiller yaklaşımda yol gösterici olacaktır. Biz de bu çalışmamızda lenf nodu pozitifliğini gösterebilecek parametreleri araştırdık. Perinöral invazyon ve lenfovasküler invazyonun axiller lenf nodu tutulumu ile ilişkili olduğunu tespit ettik.

Operable Meme Kanseri Hastalarda Tanı Anında Obezitenin Tümör Boyutu ve Lenf Nodu Tutulumu ile İlişkisi

Yasin Sezgin ¹, Zuhat Uraççı ¹

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, tüm dünyada kanserle ilişkili en sık ölüm sebeplerinden biridir. Obezite, meme kanserinde değiştirilebilir bir risk faktörü olup yapılan çalışmalarda tanı anında obezite varlığının daha büyük tümör boyutu ve aksiller tutulumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmamızda, operable meme kanserli kadın hastalarda obezitenin tanı anındaki tümör boyutu ve aksiller lenf nodu tutulumu ile ilişkisi değerlendirildi.

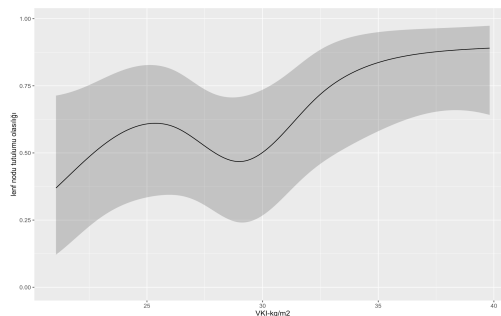
YÖNTEM: Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Haziran 2018 ile Mart 2019 tarihleri arasında meme kanseri teşhisi konulan hastalar retrospektif olarak tarandı. Operable meme kanseri tanısı olan 99 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmada tanı anında obezitenin ($VKİ \geq 30$ kg/m²) lenf nodu tutulumu (N0, N1, N2, N3) ve tümör boyutu (T1,T2,T3) ile ilişkisi değerlendirildi. Bu çalışmada penalize proportional odds logistik regresyon (pPOLR) kullanıldı. Primer sonlanım ile potansiyel prediktörler arasındaki ilişki odds oranı (OO) ve %95 güven aralığı (GA) ile belirlendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların ortalanca yaşı 47 idi. Hastaların ortalama VKİ 29.57 kg/m² (25.9-32.9 kg/m²) olarak saptandı. Tümör boyutuna göre hastalardan 29'u (%29,3) T1 tümör, 58'i (%58,6) T2 tümör ve 12'si (%12,1) ise T3 ve üstü tümördü. Lenf nodu tutulumuna göre; 35 (%35,4) hasta N0, 36 (%36,4) hasta N1, 18 (%18,2) hasta N2 ve 10 (%10,1) hasta ise N3'tü. Yapılan POLR analizinde, tanı anındaki tümör boyutu (T1-T2-T3) ile VKİ arasında bir ilişki saptanmazken (model LRX²=83, R²=0.547 ve c-index=0.856) (Tablo 1), tanı anındaki yüksek VKİ ile lenf nodu (N0, N1,N2,N3) tutulumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı (VKİ 25'ten 35'e, OO=2.98, %95 GA 1.42-6.28, p=0.004) (Tablo 2).

TARTIŞMA: Obezitenin meme kanseri ile ilişkisi hala tartışmalı bir konu olup bizim çalışmamızda, operable meme kanserli hastalarda tanı anında yüksek VKİ'nin lenf nodu tutulumu ile ilişkili olduğu saptanırken, tümör boyutu ile VKİ arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı.

SONUÇ: Tanı anında yüksek VKİ'ye sahip olan operable meme kanserli hastaların aksiller lenf nodu tutulumu açısından dikkatle değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu konuda daha fazla hasta sayısı ile prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 2



Triple Negatif Meme Kanserinde Nötrofil Lenfosit Oranı ile Trombosit Lenfosit Oranının Prognostik Değeri

Oğur Karhan¹, Halis Yerlikaya²

¹ Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bölümü

² Diyarbakır SB Gazi Yaşargil Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji

GİRİŞ VE AMAÇ: Triple negatif meme kanseri tüm meme kanserlerinin yaklaşık %15'ini oluşturur ve diğer alt tiplere göre daha agresif seyreder. Tümör mikroçevresi, inflamasyon ve immün cevap tümör progresyonu ve prognozu üzerinde etkilidir. Nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve trombosit lenfosit oranı (TLO) immün-inflamasyon indeksi olarak birçok solid organ tümöründe prognozu predikte etmektedir. Biz bu çalışma ile triple negatif meme kanserinde NLO ve TLO'nun prognozu predite edip etmediğini bulmayı amaçladık

YÖNTEM: 2014-2018 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran meme kanseri tanılı hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Triple negatif toplam 54 hasta saptandı, hastaların tanı anında metastatik olup olmadığı, nötrofil, trombosit , lenfosit değerleri ile nötrofil lenfosit ve trombosit lenfosit oranları hesaplandı. NLO için 2, TLO için 200 cut off değeri olarak kabul edildi.

BULGULAR: Toplam 54 hastadan 30 hastada progresyon gelişmiş olup 29 hasta takipler sırasında exitus olmuş. Trombosit/lenfosit oranı (TLO) ≤ 200 olanlar ile TLO >200 olanlar karşılaştırıldığında birinci grupta yer alan hastaların ortalama progresyonsuz sağ kalımı 49 ay iken TLO >200 olanların ortalama sağ kalımları 13 ay olarak saptandı (p:0,02). OS açısından bakıldığında ortalama genel sağkalım ilk grupta 61 ay ikinci grup 53 ay olarak saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. NLO ≤ 2 ile NLO >2 olarak değerlendirildiğinde iki grubun PFS ve OS değerleri benzer olarak bulunmuş olup istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Metastatik ve non-metastatik gruplar NLO ve TLO açısından değerlendirildiğinde; non-metastatik grupta ortalama TLO 152 iken metastatik grupta 221 olarak bulunmuş (p:0.009) NLO ise her iki grupta benzer olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildi.

SONUÇ: Triple negatif meme kanseri kötü prognozlu olup daha önceden yapılan çalışmalarda TLO ve NLO'nun yanıtı predikte edebileceği iddia edilmiştir. Biz bu çalışma ile TLO ≤ 200 altında olan hastalarda PFS daha iyi saptadık, yalnız genel sağkalım avantajı istatistiksel olarak anlamlı değildi. NLO'nun ise hem PFS hem OS'yi predikte etmediğini saptadık. Tanı anında metastatik ve non-metastatik gruplar değerlendirildiğinde tanı anında non-metastatik grupta TLO daha düşük olup, istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı.

Meme Kanseri Tanısı Sonrası BRCA Mutasyonu Saptanan Hastaların Demografik Özellikleri

M. Mustafa Atıcı¹, Çağlayan Geredeli¹

¹ SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanserleri dünya genelinde, kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanserdir. BRCA mutasyonu meme kanserli hastaların yaklaşık 5-6%'lık bir kısmında görülür. BRCA mutasyonu olan hastalarla ilgili çoğu çalışma metastatik hastalıkla ilgilidir ancak ülkemizde, daha erken evrelerde BRCA mutant hastaları konu alan çalışma sayısı oldukça azdır. Biz bu nedenle tüm evrelerde BRCA mutasyonu açısından incelenen ve mutasyon saptanan hastaların özelliklerini paylaşarak bu konuya dikkat çekmeyi amaçladık.

YÖNTEM: 2014-2018 yılları arasında, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde meme kanseri tanısı alan ve BRCA mutasyonu istenen hastalar tarandı. Hastaların BRCA istem sebepleri Tıbbi genetik poliklinik kayıtlarından alındı. Hastaların demografik, patolojik, laboratuvar ve tedavilerine ait veriler arşiv dosyalarından alındı.

BULGULAR: Çalışma amacıyla BRCA mutasyonu için genetik test istenen toplam 237 hasta dosyası tarandı. Hastaların 32 (13.5%)'sinde BRCA mutasyonu pozitif saptandı. Hastaların yaş ortalaması 44.09 olarak hesaplandı. Menapoz durumu açısından bakıldığında BRCA mutant hastaların 75% (n=24)'i premenapozaldi. Evre I, II, III ve IV hastalık oranları sırasıyla 12.5%(n=4), 25.0%(n=8), 46.9%(n=15) ve 15.6%(n=5) olarak hesaplandı. Mutant hastaların büyük bölümü hormon reseptör pozitif (59.3%). BRCA mutasyonu açısından genetik test isteminin en sık nedenleri sırasıyla <40 yaş hastalık, <60 yaş triple negatif hastalık ve birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü olmasıydı (n=97, 69 ve 46). BRCA mutasyonu saptanan 32 hasta istem nedenleri açısından incelendiğinde ise en sık nedenler sırasıyla <60 yaş triple negatif hastalık, <40 yaş hastalık ve birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü olmasıydı (n=12 (37.5%), 11(34.5%) ve 9(28%)). Lokal-lokal ileri evredeki 27 hastanın 12 (44.4%)'sinde 18 ay içerisinde metastaz gelişti.

SONUÇ: Çalışmamız tek merkez deneyimi olmasına rağmen, yeterli hasta sayısına sahiptir ve hekimin bir gerekçe ile BRCA testi istediği hastalarda mutasyon saptama oranının 5-6%'dan, 13-14% dolayına yükseldiğini ve BRCA mutant hastaların kısa süre içerisinde metastatik sürece geçtiklerini göstermesi açısından önemlidir. Ülkemiz şartlarında BRCA mutasyonu açısından test istenen hastalarda ortalama sonuç alınma süresi 2 aydır bu nedenle tedavi değişikliği yapmasa bile BRCA testinin daha erken süreçte istenmesi önemli olacaktır.

Senkron Bilateral Meme Kanseri Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri

Nilgün YILDIRIM¹

¹ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ: Bilateral senkron meme kanseri tüm meme kanserli olgular içinde %1-2,6 oranında görülmekte olup, unilateral meme kanserine oranla daha kötü prognoza sahiptir. Her ne kadar senkron meme kanseri tanımı literatürde farklılık gösterse de, meme kanserinin ilk teşhisini izleyen ilk 3 ay ya da 1 yıl içinde kontralateral memede kanser gelişimi olarak tanımlanmaktadır. Bilateral meme kanseri (BMK)'nin prognozunun daha kötü olduğu açık olmasına rağmen, nüks oranı ve hastalıksız sağkalım konusunda sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada bilateral senkron meme kanseri nedeniyle takip edilen hastaların demografik ve histopatolojik özellikler ile sağkalım süreleri incelenmiştir.

YÖNTEM: Aynı zamanda bilateral meme kanseri tanısı alan 11 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların tanı anında yaş, histopatolojik özellikleri, evreleri ve aldıkları tedaviler ve sağkalım süreleri değerlendirildi.

BULGULAR: Tanıda ortalama yaş 58 idi (40-82). Median takip süresi 22 (6-73) aydı. Beş hasta (% 45) premenopozal ve altı (% 55) hasta tanı anında postmenapozal dönemdeydi. Sadece 1 hastanın ailesinde meme kanseri öyküsü olan birinci derece akrabası vardı. Histolojik kanser türü 8 hastada (% 73) 2 memede aynıydı ve 3 hastada (% 27) 2 memede farklıydı. 7 hastada histolojik olarak bilateral invaziv duktal karsinom (İDK) vardı. Bir hasta metaplastik /İDK, bir hastada invaziv papiller karsinoma /İDK, bir hasta İDK/Müsinöz karsinom, bir hasta bilateral invaziv lobuler karsinoma (İLK), bir hastada bilateral mikst (İDK+İLK) meme karsinomuna sahipti. 7 hastada östrojen reseptörleri (ER'ler) ve progesteron reseptörleri (PR'ler) yüksek pozitif. Tanıda metastatik olan 3 hastanın negatif ER'si, pozitif c-erbB2'si vardı. Pozitif hormon reseptörleri olan 2 hastada, c-erbB2 pozitifliği tespit edildi. Tümör hücrelerinde ER ve PR ile nükleer boyama oranı medyanı sırasıyla % 77 ve yaklaşık % 51 idi. Hastaların çoğu tanı anında ileri evre hastalığa sahipti. 1 hastanın evre 2, 5 hastanın evre 3 ve 5 hastanın da tanı anında evre 4 hastalığı mevcuttu. 2018 yılında tanı alan üç hasta neoadjuvan kemoterapi aldı ve opere oldu. Bu hastalardan birinde tanı anında tek kemik metastazı mevcuttu, tedavi sonrası metastazı kaybolan hasta bilateral MRM+AD sonrası hormonoterapi ile takip ediliyor. Tanı anında metastatik olan 5 hastanın üçünde yalnızca kemik metastazı, birinde de servikal lenf nodu metastazı mevcuttu. Visseral organ metastazı olmayan hastaların tümüne cerrahi uygulanmıştı. Pre-op PET-CT' sinde metastaz saptanmayan bilateral evre IIIB, IIIC olan hastaya cerrahi sonrası yapılan tetkiklerde kemik metastazı saptanmıştı. Hastaların ortalama sağkalım süresi 31(14-47) aydı. Tanı anında metastatik olan 3 hasta ile takipte metastaz gelişen bir hasta eks oldu. Hasta sayısının azlığı nedeniyle PFS analizi yapılamadı (Tablo 1).

SONUÇ: Her iki meme de saptanan tümörlerin histopatolojik özellikleri %80 karşı taraf ile uyumluydu. Hastaların büyük çoğunluğuna ileri evrede tanı konmuştu. Literatürde rapor edilen risk faktörlerinin dikkate alınarak karşı memede olası ikincil primer kanser gelişiminin erken evrede tespit edilmesi sağlanabilir. Senkron bilateral meme kanseri nadir görülür ve kötü prognozudur. Bu yüzden hastalar karşı memede kanser gelişimi açısından tanı aldıktan sonra dikkatli değerlendirilmelidir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve histopatolojik özellikleri

Hasta	Yaş	Menapoz	Histopatoloji	ÖR	PR	c-erbB2	pTNM	Evre	Neoadjuvan	OS
Z.B.	60	Postmenapoz	İDK/İDK	%80	%60	-	T3N0M0/ T3N3M0	IIB/IIIC	yok	42
M.Ö.	44	Premenapoz	İDK/İDK	-	%5	+	T3N2M1/ T3N2M1	IV	yok	26
N.B.	63	Postmenapoz	İDK/İDK	%90	%90	-	T4N3Mx/ T4N2Mx	IIIC/IIIB	yok	18
G.Ö.	40	Premenapoz	İDK/ İDK	%30	%60	-	T2N1Mx/ T1N3Mx	IIB/IIIC	yok	73
N.Ç.	73	Postmenapoz	Metaplastik/ İDK	-	-	+	T3NXM1	IV	yok	13
K.K.	72	Postmenapoz	İDK/Papiller Ca	%95	%95	-	T2N0M0/ T2N0M0	IIA	yok	31
T.G.	48	Premenapoz	İLK/ İLK	%90	%90	-	T1N1Mx/ TisN0	III-IV?	var	18
Ö.A.	47	Premenapoz	Mikst/ Mikst	%70	%50	-	T3N2M1/ T3N3M1	IV	var	24
S.K.	82	Postmenapoz	Müsinöz/ İDK	%90	%20	-	T2N1Mx/ T1N2Mx	IIB/IIIA	var	6
H.İ.	42	Premenapoz	İDK/İDK	-	%15	+		IV	yok	22
A.Ş.	67	Postmenapoz	İDK/İDK	-	-	+		IV	yok	10

HER2 Pozitif Metastatik Meme Kanserinde Tek Merkez Pertuzumab Deneyimi*Ahmet Bilgehan Şahin¹, Birol Ocak¹, Erdem Çubukçu¹**¹ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, BURSA*

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri, dünyada kadınlarda görülen en sık kanserdir ve kansere bağlı ölümlerin en önde gelen nedenidir. Meme kanseri teşhisi konan kadınların yüzde 5'inde metastatik hastalık mevcuttur. Meme kanserlerinin yaklaşık yüzde 20'si, bir epidermal büyüme faktörü reseptörü olan HER2'yi aşırı eksprese eder. HER2'yi hedef alan tedaviler, HER2-pozitif metastatik meme kanserinin doğal seyrini değiştirmiş olup hastalarda sağkalımı iyileştirmiştir. Pertuzumab, HER2'nin hücre dışı dimerizasyon bölgesini bağlayan ve kendisine veya EGFR ailesinin diğer üyelerine bağlanmasını önleyen bir monoklonal antikordur. HER2 pozitif yeni tanı metastatik hastalıkta pertuzumab, trastuzumab ve taksan kombinasyonu uluslararası rehberlerde öncelikli öneri olarak yerini almıştır. Bu çalışmada kliniğimizde bu kombinasyon tedavisi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bölümümüzce çıkarılmış raporlar arasından pertuzumab raporu çıkarılan hastalar retrospektif olarak tarandı. Metastatik evrede kemoterapisi tarafımızca verilen toplam 18 hastanın verileri incelendi. Hastaların ortalama yaşları, tümör özellikleri, kemoterapi süreleri, kemoterapi yanıtları, opere olan hastaların patolojik yanıtları, ortalama takip süreleri, kemoterapi yan etkileri ve progresyon bilgileri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı $46,7 \pm 10,5$ yılı. Hastaların %88,9'u yeni tanı metastatik hastayken, 2 hasta takipte iken nüks olan hastalardı. Hastaların %72,2'sinde primer tümör sol memedeydi. Hastaların histopatolojik değerlendirilmesinde; tamamı invaziv duktal karsinomu alt tipindeyken, yarısında hormon reseptörü pozitif. İki hastada FISH ile HER2 konfirmasyonuna ihtiyaç duyuldu. Hastaların tanı anında; %50'sinde karaciğer, %33'ünde kemik ve bölgesel olmayan lenf nodu, %28'inde akciğer ve %17'sinde adrenal bez metastazı saptandı. Takibini başka merkezde yaptırmak isteyen bir hasta dışında tüm hastalar 6 kür dosetaksel, pertuzumab, trastuzumab tedavisini tamamladı. 1 hastada ejeksiyon fraksiyonu düşerken bir hastada ileus tablosu gelişti. Bir hasta da dosetaksel allerjisi görüldü, paklitaksele geçildi. Altı kür sonrası PET BT ile değerlendirilen hastaların %65'inde tam yanıt gözlenirken kalan hastalarda parsiyel yanıt izlendi. 6 kür sonunda progrese hasta yoktu. On bir hastada primer tümör opere edildi. Opere edilen hastaların %82'sinde patolojik tam yanıt saptandı. İdame tedavi bir hastaya verilemezken bir hastanın idamesi tek ajan trastuzumab ile yapıldı. Kalan hastalara pertuzumab ve trastuzumab ile idame tedavi planlandı ve verildi. Ortalama takip süresi 8,0 (3,0-33,4) aydı. Takiplerde üç hastada idame tedavi altında nüks saptandı. Bunlardan birisi tekli trastuzumab alan hastaydı.

SONUÇ: HER2 pozitif metastatik meme kanserinde pertuzumabın tedaviye katılmasıyla dual blokaj tümör yanıt oranlarını anlamlı artırmış ve uluslararası rehberlerde yerini almıştır. Gerçek yaşam verileri bu bulguları desteklemektedir. Daha fazla hasta sayısı ile daha uzun takipli hastaların analizi gerekmektedir.

Neoadjuvan Kemoterapi Alan Luminal Grup Meme Kanserli Hastalarda Patolojik Tam Yanıt ile İlişkili Klinikopatolojik Faktörler

Nadiye Akdeniz¹

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

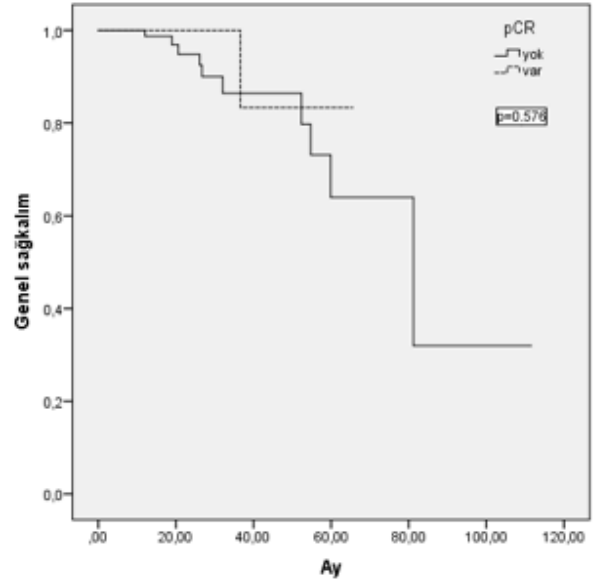
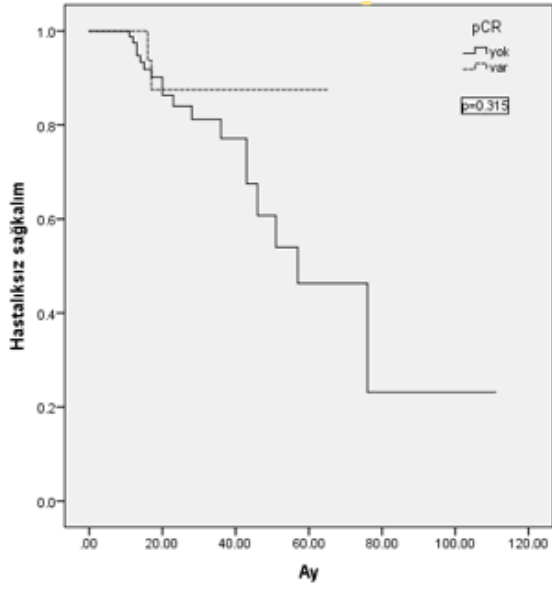
GİRİŞ VE AMAÇ: Neoadjuvan kemoterapi (NAKT) lokal ileri evre meme kanserli hastalarda primer tedavi opsiyonu olup patolojik tam yanıt (pCR) oranları sağkalımda iyileşme ile ilişkilidir. pCR ve sağkalım ilişkisi HER2 pozitif ve triple negatif grupta belirgin iken luminal grupta bunun yararı belirgin değildir. Çalışmadaki amaç NAKT alan luminal grup meme kanserli hastalarda pCR ile ilişkili klinik ve patolojik prediktif faktörleri araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya 2010-2018 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde NAKT alan luminal grup meme kanseri tanısı olan 122 hasta dahil edildi. Evre II ve III hastalar alındı. Neoadjuvan tedaviyi tamamlayamayan ve adjuvan tedavi alan hastalar hariç bırakıldı. Tedavi rejimleri antrasiklin, taxan veya kombinasyonlarını içermekteydi. HER2 pozitif hastalar trastuzumab almışlardı. NAKT'yi takiben hastalara meme koruyucu cerrahi veya modifiye radikal mastektomi yapılmıştı. pCR meme ve axiller rezidü tümör içermeyen dokuları tanımlamaktaydı.

BULGULAR: Ortanca tanı yaşı 44 (25-78) idi ve 77 (%63.1) hasta premenopozal idi. Primer tümör 66 (%54.1) hastada sol yerleşimliydi. Histopatolojik alt tip 95'inde (%77.9) invaziv duktal karsinom (İDK) idi. Hastalardan 94'ü (%77) Luminal B grupta idi. Klinik olarak lenf nodu pozitifliği 105 (%86.1) hastada saptanmıştı ve hastaların 74'ü (%60.7) evre III idi. pCR 27 (%22.1) hastada saptanmıştı. Menopoz durumu ve tümör yerleşim yeri ile pCR arasında ilişki saptanmadı ($p=0.638$, $p=0.791$, sırası ile). İDK patolojisine sahip hastalarda pCR izlenmiş olup diğer alt gruplarda saptanmamış idi ($p=0.001$). Progesteron reseptörü (PR) ile pCR arasında ilişki saptanmaz iken ($p=0.545$) östrojen reseptör (ER) negatifliği ($p=0.034$) ve CERB2 pozitifliği ($p=0.030$) ile pCR oranlarının arttığı görüldü. Klinik T evresi ile pCR arasında ilişki saptanmaz iken ($p=0.861$) lenf nodu negatif olan hastalarda pCR oranları daha fazla idi ($p=0.023$). Evre II hastalarda pCR oranları evre III hastalara göre daha yüksek saptandı ($p=0.051$). Ki 67 için cut off değeri olarak %20 alındığında Ki 67 %20'nin üzerinde olanlarda pCR oranları istatistiksel olarak anlamlılık sınırındaydı ($p=0.060$) (Tablo). Lojistik regresyon analizine göre ER ve lenf nodu pCR'ı predikte eden bağımsız faktörlerdi ($p=0.040$, $p=0.008$, sırası ile). Ortanca takip süresi 20.2 ay idi. Tüm hastalarda ortanca hastalıksız sağkalım (HSK) 76 ay (47.8-104.2 ay) idi. pCR elde edilen hastalarda HSK açısından pCR elde edilmeyen gruba göre farklılık izlenmedi ($p=0.315$) (Şekil 1). HSK'da pCR elde edilen grupta mediana ulaşılammıştı ancak 5 yıllık HSK oranları daha yüksek saptandı (%87.5, %46.3, sırası ile). Tüm hastalarda genel sağkalım (GSK) 81.2 ay (50.8-111.6 ay) idi. pCR elde edilen hastalarda GSK açısından pCR elde edilmeyen gruba göre farklılık izlenmedi ($p=0.576$) (Şekil 2). GSK'da pCR elde edilen grupta mediana ulaşılammıştı ancak 5 yıllık HSK oranları daha yüksek saptandı (%83, %64, sırası ile).

SONUÇ: Çalışmada ER durumu ve LN pCR için bağımsız prediktif faktörlerdi. Ki 67 değeri yüksek olanlarda pCR oranları daha yüksek olma eğilimindeydi. Luminal grupta pCR prognostik değildi. Lenfovasküler invazyon ve tümör grade bilgilerine ulaşılammaması çalışmanın limitasyonlarıdır. Luminal grup meme kanserli hastalarda NAKT yanıtını predikte eden faktörleri belirlemek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şekil 1: pCR'a göre hastalıksız sağkalım Şekil 2: pCR'a göre genel sağkalım



Erken Evre Meme Kanseri Tedavi Seçimi Tek Merkez Deneyimi

Seval Ay¹, İlker Nihat Ökten¹, Özgecan Dülger¹, Uluğ Mutlu Günaydın¹, Mehmet Murat Zerey¹, Sinan Koca¹, Mahmut Gümüş¹

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuran cerrahi uygulanmış meme kanseri hastalarımızda adjuvan kemoterapi ve hormonoterapi açısından tedavi tercihlerimiz değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Merkezimizde takip edilen 221 hormon reseptör (HR) pozitif HER-2 negatif N0 hastalarda aldıkları kemoterapi, hormonoterapi ve patolojik evre ile uygulanan cerrahi arasındaki ilişkinin sağkalım verileri değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmada yer alan 221 hastanın ortalama yaşı 58 (28-94) olarak bulundu. Hastaların 68'i (%32.2) 50 yaş altı, 153 (%67.8) 50 yaş üstü olarak saptandı. 67 (%31) hasta premenopozal, 154 (%69) hasta postmenopozal dönemde saptandı. Hastalarımızın tümör (T) evresine bakıldığında 180 hasta T1, 21 hasta ise 3 cm altında T2 hastalardı. Hastaların 144'üne meme koruyucu cerrahi, 77'sine mastektomi yapıldığı görüldü. Cerrahi sonrası 91 (%41) hasta hormonoterapi ile izlenmiş; 130 (%59) tanesi ise adjuvan/neoadjuvan kemoterapi sonrası hormonoterapi almış olduğu görüldü. Hastalarımızın büyük çoğunluğu postmenapozal ve düşük riskli grupta olmasına rağmen kemoterapi kullanımının daha fazla oranda olduğu saptandı.

SONUÇ: Meme kanserinde adjuvan tedavinin amacı mikrometastazların eradikasyonu ile nüksü engellemektir. Son yıllarda yapılan genomik klinik çalışmalar eşliğinde adjuvan tedavilerde luminal hastalıklarda kemoterapiden görülecek fayda ile kıyaslandığında uzatılmış hormonoterapinin hastalıksız sağ kalımda anlamlı faydası olup kemoterapiye göre daha az toksik olması nedeniyle hormonoterapi tedavisinin özellikle ön planda olması gerektiğini düşünmekteyiz. Meme kanseri rekürens skor değerlendirme sistemlerinin daha sık kullanımları ile tedavilerin optimize edileceğini düşünülebilir.

Mean platelet volume/platelet oranının lokalize meme kanserli hastalarda prognostik etkisi

Hayriye Şahinli ¹, Esra Zeynelgil ¹

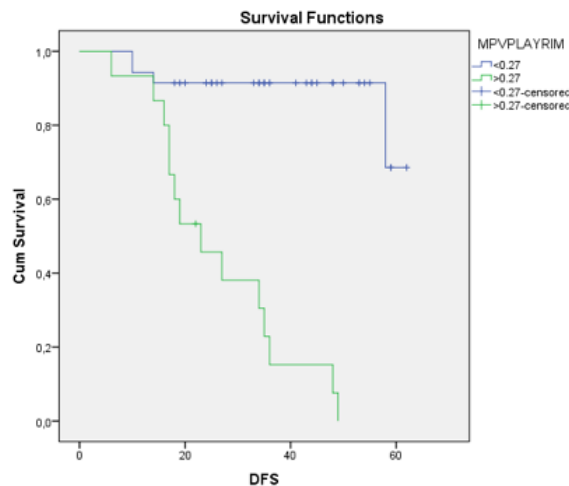
¹ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H, medikal onkoloji kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Kanser ilişkili inflamasyonun bir çok kanser türünde karsinogenez ve tümör progresyonunda önemli bir rol aldığı çalışmalarda gösterilmiştir. Kanserli hastalar anormal platelet sayısına ve aktivasyonuna sahiptir. Trombosit aktivasyonunun artması kanser hastalarında, hastalık aktivasyonunun önemli bir belirteci olduğu gösterilmiştir. Trombositler doğrudan veya dolaylı olarak tümörün büyümesini, progresyonunu ve tümörün yayılımını sağlayan, vasküler endotelial büyüme faktörü ve platelet-derived growth faktör gibi çeşitli büyüme faktörleri ve sitokinleri sekrete ederler. Dahası trombositozun metastaz ve kötü prognozla ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Mean platelet volumü(MPV) platelet aktivasyonunu gösteren bir markerdir. Meme kanserinde de trombosit ve trombosit ilişkili markerların önemli prognostik etkisi çalışmalarla gösterilmiştir. Bu retrospektif çalışmada MPV/trombosit oranının prognostik ve prediktif etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya 2013-2018 tarihleri arasında opere olmuş 50 meme kanserli hasta dahil edildi. Klinikopatolojik bilgiler hasta kayıtlarından temin edildi. Yaş, lenf nodu durumu, HER ve hormon reseptör durumu ile hastalıksız sağkalım (DFS) arasındaki ilişki univariant analiz ile değerlendirildi. MPV/trombosit cut off değeri için ROC analizi yapıldı. MPV/trombosit oranı 0.27'den yüksek ve düşük olarak kategorize edildi. DFS üzerine bağımsız etki eden faktörleri saptamak için multivariant cox regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR: Hastaların median yaşı 56 (26-88) idi. Median izlem süresi 41 ay idi. 18 (%34) hastada nüks görüldü. Takipte 4(%8) hasta exitus oldu. MPV/Plt oranı ROC analizi ile değerlendirildiğinde en iyi cut off 0.27 olarak tahmin edildi. (%77.8 sensitivite, %100 spesivite, eğri altında kalan alan 0,937). 35 (70) hastada 0.27 nin altında , 15(%30) hastada 0.27 nin üstünde saptandı. MPV/plt oranı 0.27' nin üstünde olan hastalarda median DFS 23 ay saptanırken, altında olan grupta median DFS' ye ulaşamadı (p=0.000). Lenf nodu metastazı, yaş, grade, her durumunun DFS üzerine etkisi saptanmadı. Multivariant cox regresyon analizi yapıldığında MPV/plt oranı, DFS (p<0.001) etkileyen bağımsız bir prediktif faktör olarak saptandı.

SONUÇ: MPV/trombosit oranı 0.27'nin üzerinde olan hastalarda DFS anlamlı derecede kısa saptandı. MPV/trombosit oranı ile DFS arasında negatif bir korelasyon tesbit edildi. Lokalize meme kanserli hastalarda MPV/trombosit oranı bağımsız prognostik bir marker olarak kullanılabilir. Ucuz, kolay erişilebilir ve basit bir markerdir. Daha fazla hasta sayısı ile yapılacak retrospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



40 Yaş Altı Meme Kanserli Hastalarımızın Klinikopatolojik Özellikleri ve Sağ Kalımlarının Değerlendirilmesi: Tek Mekez Deneyimi

Hacer Demir ¹, İsmail Beypınar ¹

¹ Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser olmasına rağmen 40 yaş altı kadınlarda görülme sıklığı daha azdır ve tüm meme kanseri tanısı konulmuş hastaların %7 sini oluşturmaktadır. Bu hastalarda yaşlı meme kanserli vakalara göre meme kanseri biyolojik olarak daha agresif seyirli ve daha kötü prognozludur. Önceki çalışmalarda bu hastaların sıklıkla daha ileri evrede tanı aldığı, kötü difereNsiye ve yüksek proliferasyon hızları olan sıklıkla hormon reseptörü negatif tümöre sahip hastalar olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı merkezimizde meme kanseri tanısı ile takip edilen 40 yaş altı hastaların klinikopatolojik özelliklerinin ve sağkalımlarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmamıza 2012 - 2019 tarihleri arasında Afyon Kocatepe üniversitesi tıbbi onkoloji kliniğinde takip edilen patolojik olarak konfirme meme kanseri tanısı konulan 1025 hastadan 40 yaş altında tanı alan dosya bilgilerine ulaşılabilen 107 meme kanserli hasta dahil edildi. Hasta demografik ve klinik bilgileri retrospektif olarak dosya taranarak elde edildi. Verilerin analizinde gruplar arası özelliklerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılırken, yaşın toplam sağ kalım üzerine etkisi Kaplan-Meier metodu ile değerlendirildi ve gruplar arasında sağ kalım oranlarının karşılaştırılmasında Log Rank testi kullanıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastalarda median yaş 35 (22-40) di. Hastaların çoğu bir şikayet ile başvurmuş olup en sık başvuru şekli palpable kitle idi. Hastaların % 12' sinde aile öyküsü mevcuttu. En sık histolojik alt tip invaziv duktal ca olup hastaların %46'sı yüksek gradeli tümörü vardı. Hastaların %29'u HER-2 pozitif, % 13 hastada triple negatif, %79.4'ü hormon reseptörü pozitifdi. Hastalarda en sık uygulanan cerrahi şekli meme koruyucu cerrahiydi. Tanı anında hastaların %26,6 sı T1, % 56,2 T2 %12,1 T3, %3,7 sinde T4 tümör varken 57 (%56,2) hastada lenf nodu pozitifdi.

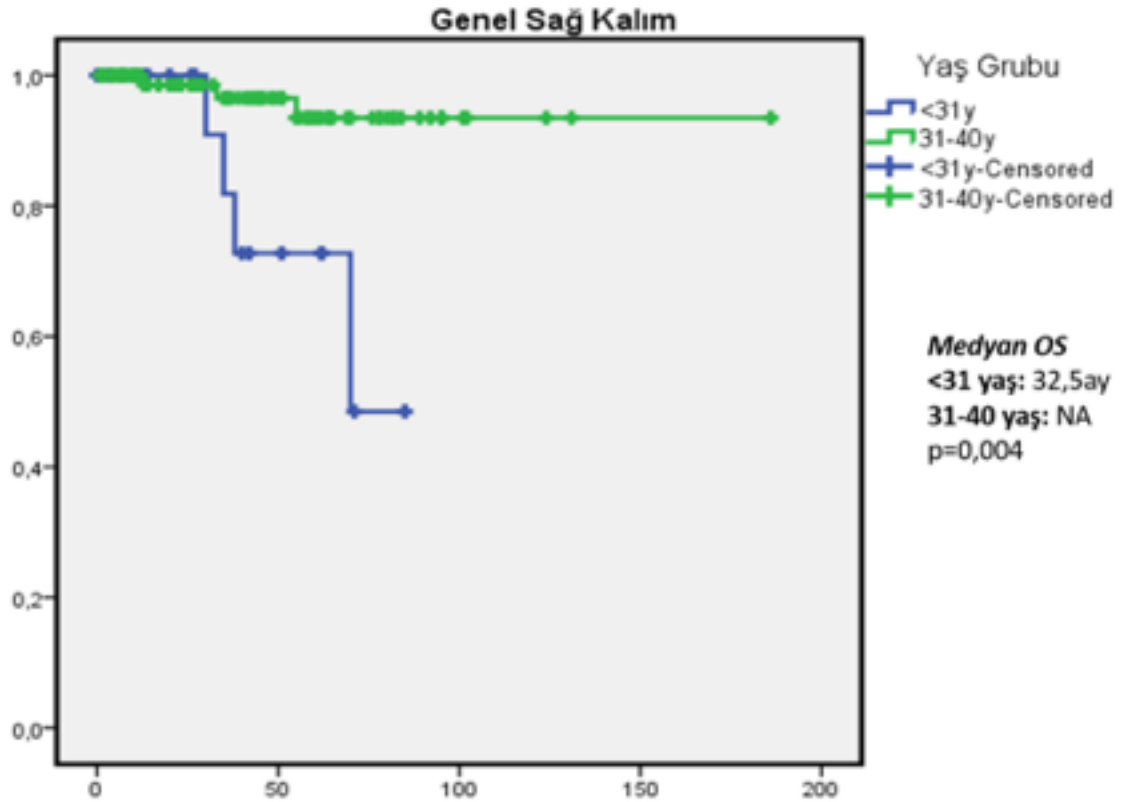
Sekiz hasta tanı anında metastatik evredeyken; takipleri sırasında hastaların % 12,9 da nüks saptandı ve en sık nüks izole kemik metastazı şeklindeydi. Hastalar yaşlarına göre 30 yaş altı ve 30- 40 yaş arası olarak gruplandırıldığında gruplar arasında histolojik alt tip, reseptör durumu, her 2 durumu, tanı anında t ve N evreleri, yapılan cerrahi, aldıkları tedavi bakımından fark saptanmazken (Tablo-1) median sağ kalımlarda istatistiksel anlamlı olarak 30 yaş altında daha düşük bir sağ kalım mevcuttu. Tüm hastaların median sağkalımlar 38 ay iken 30 yaş altındaki hastalarda median sağkalım 32.5 ay ; 30 -40 yaş hasta grubunda henüz median sağkalıma ulaşılmamıştı. (Tablo-2).

SONUÇ: 40 yaş altı hastalarda meme kanseri sık olmamakla birlikte daha kötü prognozlu seyretmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu ele gelen kitle şikayeti ile başvurmakta olup meme muayenesinin rutin muayeneye dahil edilmesi ve kadınların kendi kendine meme kontrolü konusunda bilinçlendirilmesi önemli hale gelmektedir. Çalışmamızda iki grup arasında prognostik belirteçler bakımından farklılık olmamasına rağmen 30 yaş altında tanı alan hastalarda sağkalımın daha kısa olması yaşın genç tanı alan hastalarda bağımsız bir prognozitik belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Grupların klinikopatolojik özellikleri

Değişken	30 yaş altı (n:20)	31-40 yaş arası (n:87)	P değeri
Sigara	2 (%10)	5 (%5,7)	0,48
Aile Öyküsü	2 (%10)	11 (%12,6)	0,74
Histolojik Tip (IDK/ILK/MED/Diğer)	18/0/2/0	81/1/1/3	0,14
Taraf (Sağ/Sol)	11/9	43/44	0,65
Cerrahi Tipi (MKC/MRM)	11/5	42/43	0,15
ER (var/yok)	16/4	69/18	0,94
PR (var/yok)	14/6	66/21	0,58
HER-2 (var/yok)	5/15	26/61	0,66
T (0/1/2/3/4)	0/5/12/3/0	2/23/48/10/4	0,84
N (0/1/2/3)	5/6/3/6	41/24/9/11	0,15
M (0/1)	18/2	80/6	0,64
Adj. RT	15/5	66/16	0,80
Neo/Adj. KT (var/yok)	17/3	77/9	0,56
Nüks (var/yok)	4/16	9/72	0,28

Tablo 2: Gruplara göre sağ kalım eğrisi



Meme kanserli hastalarda santral sinir sistemi metastazı tespiti için erken görüntüleme sağkalım açısından gerekli midir?

Mustafa Karaağaç¹, Murat Araz¹

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri en sık görülen 2. kanserdir. Kansere bağlı mortalite nedenleri arasında ise 5. sırada yer almaktadır. Ölümünün çoğu, meme kanserinin metastazları nedeniyle olmaktadır. Beyin metastazı gelişimi meme kanseri hastalarında sağ kalım süresini yaklaşık yarısı oranında kısaltan bir faktördür. Meme kanserinde beyin metastazı insidansı %10-15 dolaylarındayken, son yıllarda artan sağ kalım süreleri ile birlikte bu oran giderek yükselmektedir. Bununla birlikte güncel kılavuzlarda hasta semptomatik değilse beyin görüntülemesi yapılması önerilmemektedir. Fakat metastazları erken saptamanın hastaların yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkilerinin olacağına dair görüşler de bulunmaktadır.

Bu çalışmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı bünyesinde tedavi edilmiş olan meme kanserli hastalardan beyin metastazı gelişmiş olanlarında, sağkalım verileri üzerine etkisi olan parametrelerin belirlenmesi ve erken görüntüleme yapmanın gerekliliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu bir retrospektif kesitsel kohort çalışmasıdır. Meme kanseri tanısı ile kliniğimizde tedavi/takip edilmekte olan hastalardan, 1 Ocak 2009 - 31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki 5 yıllık süre diliminde beyin metastazı gelişmiş olanlar değerlendirildi. Verilerin kaydedilmesi ve işlenmesi için SPSS 22.0 (SPSS, Chicago, IL) istatistik yazılımı kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık için p değerinin <0.05 olması şartı arandı. Primer istatistiksel analizler tanımlayıcı verileri içermektedir. Sağkalım tanımlamaları beyin metastazı sonrası sağkalım süresinden (BMSS) ve tüm sağkalım süresinden (OS) oluşmaktadır. BMSS; Beyin metastazının saptandığı andan ölüme/sonvizite kadar geçen süreyi kapsamaktadır. OS ise meme kanserinin ilk saptandığı andan ölüme/sonvizite kadar geçen süreyi ifade etmektedir. Tüm hastalara BMS ve OS analizleri gerçekleştirildi. Sağkalım sürelerini etkileyen etmenlerin saptanması için univariate parametrelerin belirlenmesinde Kaplan Meier metodu, multivariate parametrelerin belirlenmesinde Cox regresyon metodu kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın tamamı kadındı. Ortalama tanı yaşları 47.8 yıldır (26-68). %50.9 hastada sağ meme primer odaklı. En çok saptanan yerleşim yeri ise üst-dış kadrandı (%49.1). Hastaların %90.6'sının histopatolojik alt tipi invaziv duktal karsinomaydı. Luminal grupta olan hasta sayısı 28 (%52.8) iken, 25 hastada ER (+), 27 hastada ise PR (+) saptandı. HER2 (+) saptanan hasta sayısı ise 26 (%49.1) idi. 9 hasta ise triple negatif (%17). Hastaların %50.9' u tanı anında evre-3 iken, %30.2' si evre-4 idi. Beyin metastazı yalnızca tek odakta olan hasta sayısı 21 iken, 27 hastada beyinde çok odakta metastaz vardı. 5 hastada (%9.4) ise yalnızca leptomeningeal metastaz vardı. 8 hastada (%15.1) beyin metastazının toplam çapı <1 cm iken, diğerlerinde ise ≥1 cm idi. 4 hasta (%7.5) beyin metastazları nedeniyle radyoterapi almayı kabul etmemişken, diğerlerine tüm beyin radyoterapisi uygulanmıştı. 13 hastanın (%24.5) beyin metastazlarında radyoterapiye rağmen progresyon saptandı. Beyin dışındaki bölgelere metastaz 51 hastada mevcuttu (96.2).

İlk tanı anından beyin metastazı saptanana kadar geçen ortalama süre 43.1 aydır (0-249.1). Bu süre luminal grupta 50.3 ay (0.3-169.5), HER2(+) grupta 31.3 ay (0.3-169.5), triple negatif grupta ise 60.3 ay

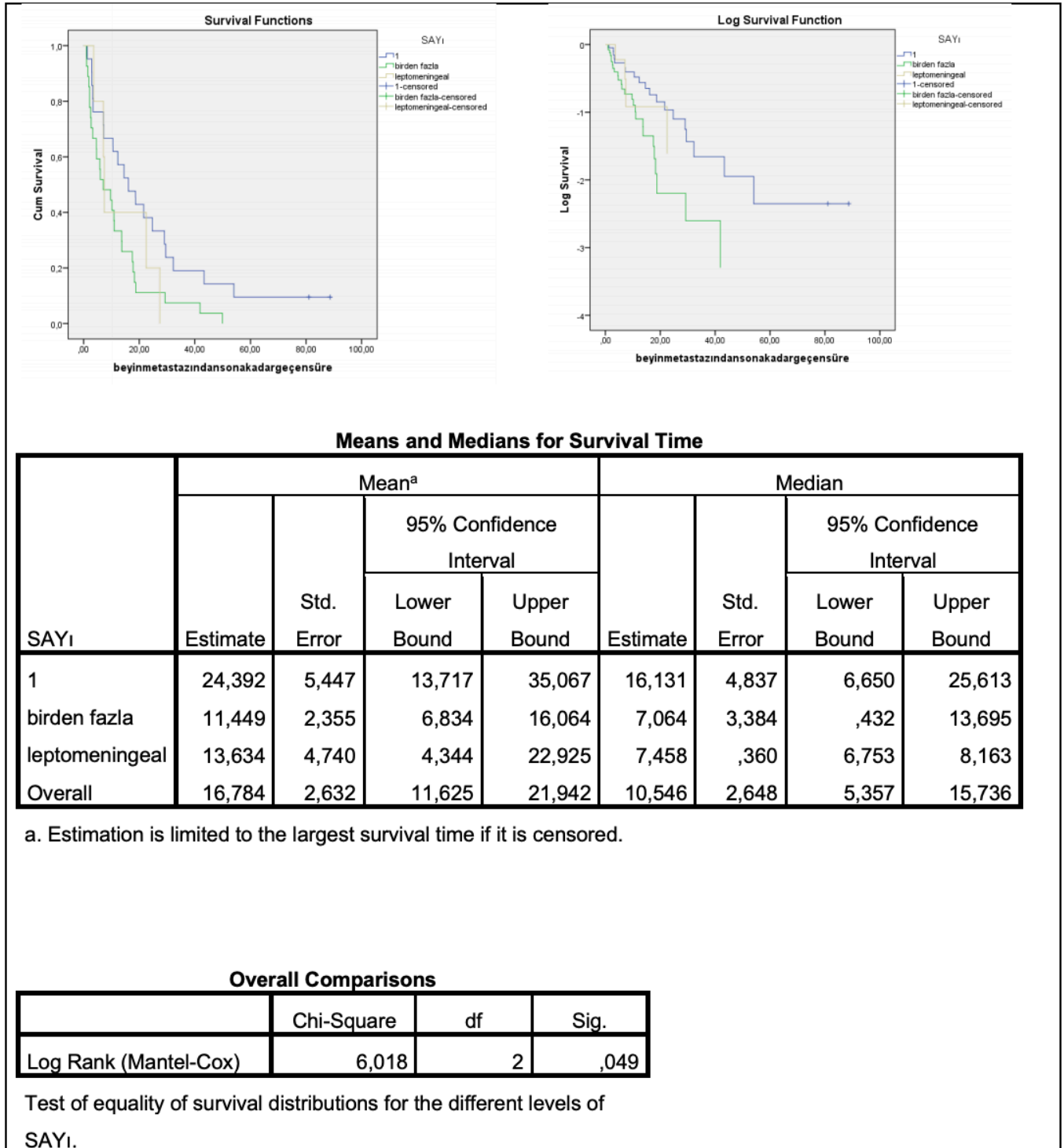
(5.4-249.1) olarak belirlendi. Ortalama BMSS 16.6 ay (1-88.6) iken, bu süre süre luminal grupta 18.0 ay (1.1-88.6), HER2(+) grupta 18.5 ay (1-81.1), triple negatif grupta ise 10.8 ay (1.3-43.3) olarak belirlendi. Ortalama OS 59.7 ay (2.8-266.6) olup, bu süre luminal grupta 68.3 ay (2.8-172.8), HER2(+) grupta 31.3 ay (0-169.5), triple negatif grupta ise 71.1 ay (9.9-266.6) olarak saptandı.

Univariate analizlerde beyin metastazı sayısının tek olmasının uzamış BMSS açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu belirlendi (p:0.049) (Tablo-1). Fakat bu anlamlılık multivariate analizlerde ortaya konamadı (Tablo-2). Ek olarak, bu anlamlılık OS açısından saptanmadı. Beyin metastazı toplam çapının <1cm vs. ≥1cm olmasının ne BMSS ne de OS açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadığı belirlendi.

Beyin metastazının sayısı veya çapı dışındaki diğer tüm değişkenler incelendiğinde ise BMSS açısından anlamlı bir sonuç saptanmadı. Bununla birlikte hormonoterapi uygulanmış olması hem univariate (p:0.002), hem de multivariate (Wald: 7.52, p:0.006) analizlerde uzamış OS açısından istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo-3).

SONUÇ: Meme kanseri hastalarında beyin metastazı gelişimi özellikle HER2 (+) grupta hastalığın ilk tanısından itibaren daha kısa sürede ortaya çıkmış ve yine bu grupta, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, daha kısa OS elde edilmiştir. Bu nedenle HER2(+) hastalar beyin metastazı gelişimi açısından daha yakın takip edilmelidirler. Bunun yanı sıra, triple negatif grupta beyin metastazı daha geç ortaya çıkmış, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, OS kısaltmamış, fakat daha kısa BMSS saptanmıştır. Triple negatif hastalarda beyin metastazı gelişiminden sonra BMSS' nin belirgin şekilde azaldığı akılda tutulmalı, hasta ve yakınları bundan sonraki süreçte hazırlanmalıdır. Ayrıca, beyin metastazı sayısının tek olarak saptanması ile uzamış BMSS açısından univariate analizlerde elde edilmiş, fakat multivariate analizlerle desteklenmemiş olan veriler meme kanserli hastalarda, özellikle riskli gruplarda, beyin görüntüleme yöntemlerinin asemptomatik hastalarda dahi daha erken yapılması açısından önemli olabilir. Çalışmamızdan elde edilen verilerin daha geniş sayıda hastaların yer aldığı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

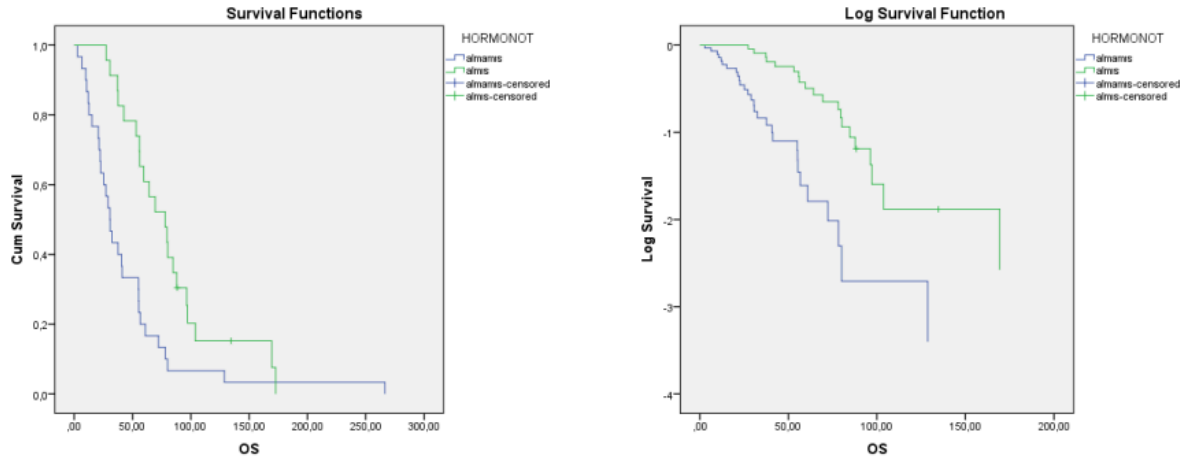
Tablo-1: Beyin metastazı sayısının tek olmasının uzamış BMSS ile ilişkisi (univariate analizler)



Tablo-2: Beyin metastazı sayısının tek olmasının uzamış BMSS ile ilişkisi (multivariate analizler)

Variables in the Equation						
	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
SAYı			,275	2	,872	
SAYı(1)	-,259	,506	,262	1	,609	,772
SAYı(2)	-,239	,496	,232	1	,630	,788

Tablo-3: Hormonoterapi uygulanmış olmasının uzamış OS ile ilişkisi (univariate & multivariate analizler)



Means and Medians for Survival Time

HORMONOT	Mean ^a				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
almanis	45,336	9,122	27,457	63,214	30,522	3,621	23,423	37,620
almis	82,166	9,428	63,688	100,644	78,127	12,278	54,062	102,193
Overall	62,289	7,525	47,540	77,039	54,965	7,892	39,498	70,433

a. Estimation is limited to the largest survival time if it is censored.

Overall Comparisons

	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	9,463	1	,002

Test of equality of survival distributions for the different levels of HORMONOT.

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
hormonpozitif	-,536	,470	1,298	1	,255	,585
HORMONOT	-1,331	,485	7,522	1	,006	,264

Neoadjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda PDL-1 Düzeyleri*Serdar Arıcı ¹, Nurgül Yaşar ¹**¹ SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği*

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanserleri dünya genelinde, kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanserdir. Erken evreli HER-2 pozitif veya triple negatif grup ile lokal ileri hastaların çoğunda neoadjuvan kemoterapi (NAKT) ön planda kullanılmaktadır. NAKT ile tedavide amaç cerrahi öncesi tümör yanıtı elde ederek hastayı meme koruyucu cerrahiye yönlendirmektir. Tümör yanıtının prediktif göstergesi olarak hormon durumu, HER-2 durumu, tümör boyutu ve histolojik grad gibi tümör ile ilgili özellikler bilinmektedir. Biz de çalışmamızda NAKT öncesi PDL-1 düzeylerinin klinik anlamı olup olmadığını incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği'nde takipli, meme kanseri için 2015-2017 yılları arasında NAKT alan ve tru-cut biyopsi materyali hastanemizde olan hastalar tarandı. Onamı alınan hastaların patoloji preperatlarından PDL-1 düzeyleri bakıldı. PDL-1 düzeyi >1% olan hastalar pozitif olarak kabul edildi. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri ile laboratuvar verileri arşiv dosyalarından alındı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 71 meme kanserli kadın hasta dahil edildi. Hastaların median yaşı 47.7 idi. Hastaların 34'ü (47.8%) triple-negatif, 19'u (26.7%) östrojen reseptör (ER) pozitif ve 18'i (25.5%) HER-2 pozitif. Miller-Payne yanıt sistemine göre 100% yanıt alan hasta sayısı 25' di (35.2%) ve 0% yanıt alan hasta sayısı 11' di (15.5%). Çalışmamızda PDL-1 düzeyi pozitiflik oranı 5.6% (n=4) olarak hesaplandı. Bu hastaların 3' ü triple negatif ve 1' i de HER-2 pozitif. PDL-1 pozitif hastaların yanıt oranları 90%'ın üzerindeydi. Ancak yanıt ile PDL-1 düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek için yeterli hasta sayısı yoktu.

SONUÇ: PDL-1 düzeyi çoğu kanser türünde çalışılmış olmasına rağmen NAKT üzerine etkisi olup olmadığını inceleyen çalışma yoktur. Yaptığımız çalışmada özellikle hormon negatif hasta grubunda PDL-1 pozitifliği önemlidir. Bu hasta grubunda PDL-1 düzeyinin daha yüksek orandaki pozitifliği hastalığın nüks veya metastatik süreci için tedavi yönetiminde önemli olabilir ancak bu ilişkinin gösterilmesi için yeterli sayıda hastanın dahil edildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Lokal İleri Evre Meme Kanseri ile Neoadjuvan Kemoterapi Alan ve İlk 2 Yıl İçerisinde Nüks/Metastaz Gelişen Hastaların Demografik Özellikleri

Ruhper Çekin¹, Şaban Seçmeler¹

¹ SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanserleri dünya genelinde, kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanserdir. Erken evreli HER-2 pozitif veya triple negatif grup ile lokal ileri hastaların çoğunda neoadjuvan kemoterapi (NAKT) ön planda kullanılmaktadır. NAKT ile tedavide amaç; cerrahi öncesi tümör yanıtı elde ederek hastayı meme koruyucu cerrahiye yönlendirmektir. Aynı zamanda genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım verileri de operasyon sonrası adjuvan kemoterapi verileri ile benzerdir. Biz çalışmamızda NAKT sonrası 24 ay içerisinde nüks/metastaz gelişen hastaların özelliklerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği'nde takipli, meme kanseri için 2013-2017 yılları arasında NAKT alan hastalar tarandı. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri ile laboratuvar verileri arşiv dosyalarından alındı. Nüks/metastaz süresi için esas alınan tarih hastaların tanı tarihiydi.

BULGULAR: Çalışmamız için NAKT alan meme kanserli 165 hasta dosyası tarandı ve ilk 24 ay içerisinde nüks/metastaz gelişen 19 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 48.3' tü. Histolojik olarak tüm hastalar invaziv duktal karsinoma tanılıydı. Tanı anında, tüm hastalar klinik ve/veya patolojik olarak lenf nodu pozitif ve hastaların NAKT sonrası cerrahi patolojilerinde de en azından 1 lenf nodu pozitif. Hormon reseptör pozitif hasta (östrojen ve/veya progesteron pozitif-HER-2 negatif) sayısı 8 (42%), HER-2 pozitif hasta sayısı 8 (42%) ve triple negatif hasta sayısı 3 (16%)' tü. Hastaların ortalama Ki-67 düzeyi 31 olarak hesaplandı. Hastaların NAKT sonrası meme patolojik yanıt oranlarına bakıldığında 79% (n=15) hastada Miller-Payne patolojik yanıt evreleme sistemine göre <90% altında yanıt almıştı. Adjuvan süreçte HER-2 pozitif hastalar trastuzumab ve HR pozitif hastalar tamoxifen/aromataz inhibitörü alırken hiçbir hasta adjuvan süreçte kemoterapi almamıştı.

SONUÇ: NAKT sonrası erken nüks/metastaz gelişen hastaların tamamı NAKT sonrasında da lenf nodu pozitif olan hastalardı ve hastaların büyük bir bölümü NAKT' ye orta-kötü yanıt alınan hastalardı. NAKT alan meme kanserli sonrası kötü patolojik yanıtı hastalarda adjuvan süreçte kemoterapi verilmesi önemli olabilir. Bu çalışma hormon durumundan bağımsız olarak kötü patolojik yanıtı hastalara ek tedavi yaklaşımları gerektiğine işaret etmekte ve bu amacı benimseyen çalışmalara yol göstermesi açısından önemlidir.

HER2 Pozitif Metastatik Meme Kanserinde Pertuzumab, Trastuzumab ve Dosetaksel Kombinasyon Tedavisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Aykut Demirkıran ¹, Melek Karakurt Eryılmaz ¹

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada visceral organ metastazlı her 2+ meme kanserinde pertuzumab+trastuzumab+taksan (PTT) kombinasyonunun sağkalım üzerine olan etkisini gerçek yaşam verileri olarak belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmada, 2016-2019 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıbbi Onkoloji polikliniğinde takip edilen HER 2+ metastatik meme kanserli tüm olgularının dosyaları retrospektif olarak tarandı. PTT tedavisi ile elde edilen genel sağkalım (GS) ve progresyonsuz sağkalım (PSK) süreleri analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 26 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama tanı yaşı 48 idi. Hastaların 16'sında (%61) tanı anında uzak organ metastazı mevcuttu. Hastaların % 50'sinde(n:13) ER negatif, %69.2'sinde (n:18) PR negatif idi. 21 (%80.8) hastada immunohistokimyasal olarak cerb b2 3+ idi, 5 (%19.2) hastada HER2 pozitifliği in situ hibridizasyon yöntemi ile tespit edilmişti. Takipleri sırasında 2'ü (%7.7) eksitus olmuştu, 24'ü (%92,3) ise hala yaşıyordu. Hastaların ortalama PSK ve ortalama GS süreleri sırasıyla 28,5 ay 39,5 ay olarak bulundu. Tanı anında metastatik olan hastalar adjuvan tedavi sonrası metastatik olanlar ile karşılaştırıldığında PSK (36.6 ay vs 14.4 ay,p:0,092) ve GS (40 ay vs 33,4 ay, p:0,755) süreleri daha uzun olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık izlenmedi.

SONUÇ: Bizim çalışmamızda PTT tedavisi ile HER2 pozitif metastatik meme kanserli hastalarda genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım verileri denova metastatik olanlarda sayısal olarak daha iyi saptandı ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa yansımadi. Sağkalımı belirleyen faktörlerin analizi için daha çok sayıda hasta ile yapılacak prospektif yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hasta özellikleri (n:26)	Sayı	%
Yaş	48	
Ortalama	27-73	
Minimum- maximum		
Denovo metastaz	16	61.5
Histopatoloji	14	53.8
İnvaziv duktal karsinom	11	42.3
Diğer	1	3.8
mix		
Hormon reseptör durumu	8	28.6
ER pozitif	13	50
PR pozitif	8	30.8
HER2 durumu	21	80.8
İHK 3+	5	19.2
İHK+SİSH		

Opere Üçlü Negatif Meme Kanseri Hastalarında Sistemik İmmün-Inflamatuvar İndeksin Sağkalım Üzerindeki Etkisi

Ender Doğan¹, Oktay Bozkurt¹

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji B.D, Kayseri

GİRİŞ VE AMAÇ: Sistemik inflamasyonun, meme kanseri de dahil olmak üzere bir çok kanser türünde kanser gelişimi ve ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı kanıtlanmıştır. Bu çalışmada erken evre üçlü negatif meme kanseri hastalarında tedavi öncesi bakılan sistemik immün inflamatuvar indeksi (Sİİ)'in sağkalım üzerinde olan etkisi araştırıldı.

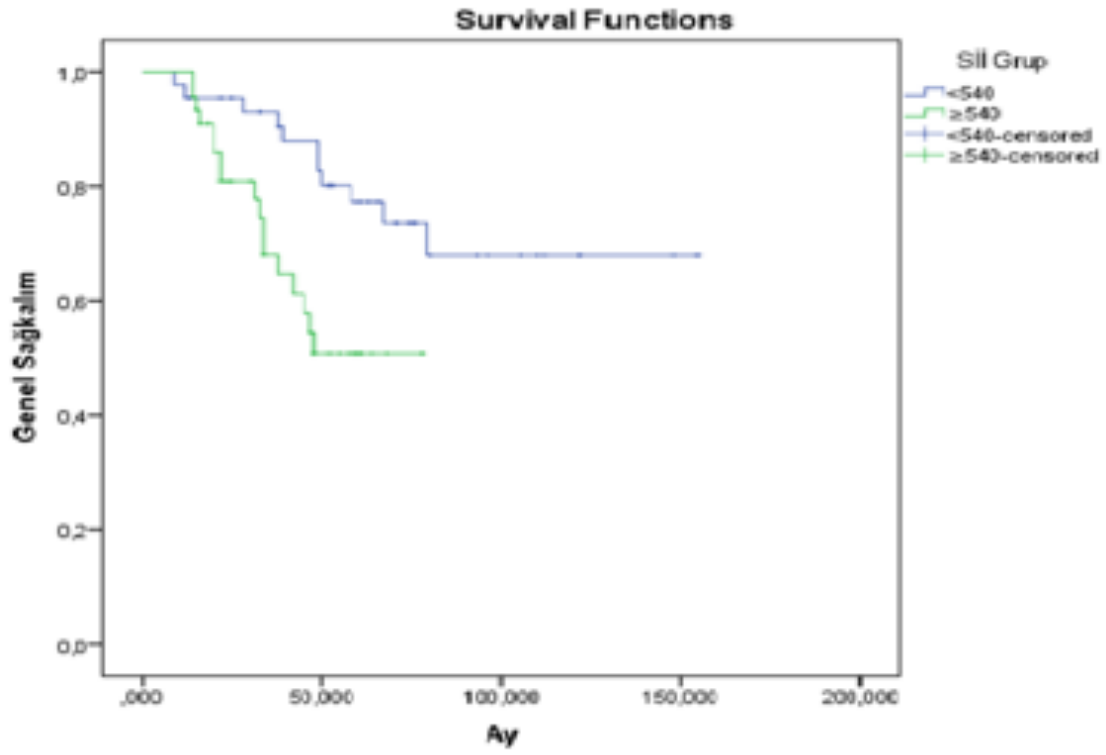
YÖNTEM: Çalışmaya 2001–2014 yıllarında merkezimizde takip edilen ve radikal rezeksiyon uygulanan 90 Evre 2–3 üçlü negatif meme kanseri hastası dahil edildi. Hastaların takip dosyaları incelendi ve gerekli bilgiler alındı. Sİİ'nin optimal cut-off değeri için receiver operating curve (ROC) analizi kullanıldı. Sİİ değeri nötrofil $\times$ trombosit / lenfosit formülü kullanılarak hesaplandı. Sİİ ile hastalıksız sağkalım (HSK) ve genel sağkalım (GSK) arasındaki potansiyel ilişki araştırıldı.

BULGULAR: Ortanca yaş 48 idi (aralık 28-76). Doksan hastanın 89 (% 98,9)'si kadın, 1(% 1,1)'i erkekti. ROC analizi ile belirlenen eşik değerlerine göre Sİİ(<540 ve $\geq$ 540) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Sİİ ile klinik parametreler arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Sİİ'si düşük olan grup yüksek olan grup ile karşılaştırıldığında daha uzun GSK'ya (120 ay'a karşı 55 ay; $p=0.017$)(Şekil-1) sahip iken, HSK (107 ay'a karşı 55 ay; $p=0.104$) açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Yaş, menopoz durumu, grade, tümör boyutu, tutulan lenf nodu sayısı, evre ve Sİİ içeren parametreler ile tek değişkenli analiz yapıldı. Tek değişkenli analizde bu parametrelerden sadece evre ile DFS (HR 2.06, $p=0.042$) arasında anlamlı ilişki bulundu. Genel sağkalım açısından Sİİ (HR 3.24, $p=0.005$) ve evre (HR 2.51, $p = 0.017$) anlamlı bulundu. Çok değişkenli analizde ise yüksek Sİİ (HR 2.74, $p = 0.012$) ve evre (HR 2.74, $p = 0.012$) ile kısa GSK arasında bağımsız korelasyon bulundu.

SONUÇ: Tedavi öncesi yüksek Sİİ değeri evre ile birlikte opere üçlü negatif meme kanseri hastalarında kötü prognoz için bağımsız belirteçler olarak belirlenmiştir. Sİİ değeri, evre 2–3 üçlü negatif meme kanseri hastalarında radikal rezeksiyon öncesi prognostik bir parametre olarak kullanılabilir. Hastalarda rutin kan sayımı sırasında kolayca hesaplanması ve maliyet etkin olması bir avantajdır. Bu sonuçlar daha fazla hasta sayısı ve moleküler prognostik faktörler de dahil edilerek prospektif çalışmalar ile desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Sistemik immün-inflamatuvar indeks, üçlü negatif meme kanseri, prognoz

Şekil 1. Genel sağkalım için Sİİ düzeylerine göre Kaplan–Meier yaşam eğrisi



Meme Kanseriinde Yaş Gruplarının Klinikopatolojik ve Sağkalım Özelliklerinin Karşılaştırılması*Mukaddes Yılmaz¹**¹ Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü*

GİRİŞ VE AMAÇ: Meme kanseri hastalarının tanı anındaki yaşlarına göre yapılan alt gruplar arasında klinik, histopatolojik ve prognoz açısından farklılık olup-olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Onkoloji Merkezine 2007 ile 2013 yılları arasında başvuran meme kanseri tanısı almış 686 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar tanı anındaki yaşlarına göre ≤ 35 , 36-64 yaş arası ve ≥ 65 yaş olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Her gruptaki hastaların klinik, histopatolojik ve sağkalım özellikleri kaydedilmiştir. Hastaları tanımlayıcı testler, Kaplan Meier ve ki kare testleri yapılmıştır.

BULGULAR: Hastaların %6'sı (n=44) 35 yaş ve altında, %77'si (n=526) 36-64 yaş arasında ve %17'si (n=116) 65 yaş ve üzerindeydi. Anlamlı olarak 65 yaş ve üzeri hastalarda ek hastalık daha fazlaydı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1' de verilmiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da 65 yaş ve üzeri hastalarda daha yüksek oranda hormon reseptörü pozitifliği izlenirken, 35 yaş ve altında kötü diferansiye tümör oranı daha fazla tesbit edilmiştir. Tablo 2'de hastalara ait patolojik ve moleküler değerlendirme sonuçları özetlenmiştir. Hasta sayısı az olmakla birlikte 35 yaş ve altı hastalarda neoadjuvan kemoterapi (KT) uygulama oranı daha fazla izlenmiştir. Cerrahi olarak hastaların çoğunluğuna modifiye radikal mastektomi (MRM) ve aksiller diseksiyon (AD) yapılmıştır. Beklenildiği gibi 65 yaş ve üzeri hastalarda adjuvan KT ve radyoterapi (RT) oranları düşüken hormonoterapi (HT) kullanım oranları daha yüksek olarak izlenmiştir. Tablo 3'te hastaların yaş gruplarına göre aldığı tedavi modaliteleri ve takip sonuçları verilmiştir. Tablo 4'te hastaların yaş gruplarına göre sağkalım analizleri verilmiş olup 36-64 yaş arası grupta hastalıksız ve genel sağkalım oranları diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha iyi gözlenmiştir. Şekil 1 ve 2'de ise hastaların yaşa göre genel ve hastalıksız sağkalım eğrileri verilmiştir.

SONUÇ: Klinik ve patolojik özellikleri oldukça heterojen olan meme kanserinin yaş grupları açısından da farklı özelliklere sahip olabileceği görülmektedir. Yaşa göre tedavi seçiminin değişebileceği, ek hastalıkların yaşla birlikte doğru orantısal artışının da prognoza etkisi olduğu düşünülebilir. Aynı yaş gruplarında farklı özellikteki tümörlerle, benzer tümörlere sahip farklı yaş gruplarını değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, yaş grupları, klinik özellikler

Tablo 1. Hastaların yaş gruplarına göre demografik ve klinik özellikleri

Hasta sayısı n=686 (%)	≤ 35 yaş n=44 (%6)	36-64 yaş arası n=526 (%77)	≥65 yaş n=116 (%17)	p değeri
Ek hastalık				
Yok	36 (82)	308 (59)	43 (37)	<0,001
Var	8 (18)	218 (41)	73 (63)	
Ailede meme kanseri öyküsü				
Yok	31 (71)	387 (74)	88 (76)	0,770
Var	13 (29)	138 (26)	28 (24)	
Multisentrisite				
Yok	28 (93)	292 (82)	72 (88)	0,137
Var	2 (7)	65 (18)	10 (12)	
Bilateral meme karsinomu				
Yok	42 (96)	513 (98)	116 (100)	0,045
Var	2 (4)	13 (2)	-	
Evre				
1	7 (5)	73 (14)	30 (26)	0,047
2	16 (36)	227 (43)	33 (28)	
3	16 (36)	183 (35)	39 (34)	
4	4 (9)	24 (5)	10 (9)	
Bilinmiyor	-	7 (1)	1 (1)	
İn situ	1 (2)	12 (2)	3 (3)	

Tablo 2. Hastaların patolojik ve moleküler değerlendirme sonuçları

Hasta sayısı n=686 (%)	≤ 35 yaş n=44 (%6)	36-64 yaş arası n=526 (%77)	≥65 yaş n=116 (%17)	p değeri
Patoloji				
İnvaziv duktal karsinom	27 (61)	398 (76)	89 (77)	
İnvaziv lobüler karsinom	-	29 (5)	2 (2)	
Miks tip	6 (14)	37 (7)	10 (9)	0,049
Diğer tipler	10 (23)	50 (10)	12 (10)	
İnsitu karsinom	1 (2)	12 (2)	3 (2)	
ER				
Negatif	13 (32)	168 (32)	26 (23)	
Pozitif	28 (68)	346 (68)	87 (77)	0,145
PR				
Negatif	14 (34)	199 (39)	30 (26)	
Pozitif	27 (66)	310 (61)	83 (74)	0,041
HER2				
Negatif	20 (51)	275 (57)	62 (56)	
Pozitif	19 (49)	204 (43)	49 (44)	0,742
Moleküler alttipler				
Lum A	13 (33)	138 (28)	43 (38)	
Lum B (HER2-neg)	4 (10)	117 (24)	23 (21)	
Lum B (HER2-poz)	11 (28)	104 (21)	31 (28)	0,045
HER2-poz	5 (13)	50 (10)	6 (5)	
Üçlü negatif	6 (16)	81 (17)	9 (8)	
Grade				
İyi	5 (14)	108 (23)	37 (36)	
Orta	17 (49)	226 (49)	44 (43)	0,029
Kötü	13 (37)	128 (28)	21 (21)	
LVI				
Yok	13 (45)	160 (45)	41 (51)	
Var	16 (55)	199 (55)	39 (49)	0,552
PNI				
Yok	21 (81)	205 (65)	42 (58)	
Var	5 (19)	110 (35)	31 (42)	0,042

ER: Östrojen reseptörü, PR: Progesteron reseptörü, HER2: Human epidermal growth faktör reseptör2, Lum A: Luminal A, Lum B: Luminal B, LVI: Lenfovasküler invazyon, PNI: Perinöral invazyon

Tablo 3. Hastaların yaş gruplarına göre aldığı tedavi modaliteleri ve takip sonuçları

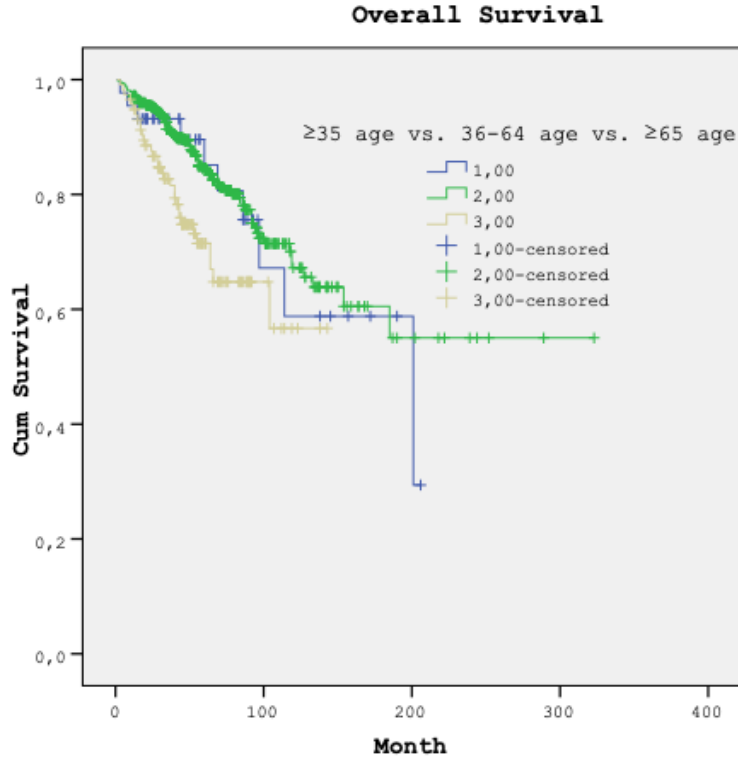
Hasta sayısı n=686 (%)	≤ 35 yaş n=44 (%6)	36-64 yaş arası n=526 (%77)	≥65 yaş n=116 (%17)	p değeri
NAKT				
Yok	38 (86)	498 (95)	110 (95)	0,074
Var	6 (14)	28 (5)	6 (5)	
Cerrahi				
Yok	4 (9)	21 (4)	9 (8)	0,298
MRM	27 (61)	318 (60)	67 (58)	
MKC	13 (30)	187 (36)	40 (34)	
Aksiller girişim				
Yok	5 (11)	29 (6)	13 (11)	0,113
SLNB	7 (16)	64 (12)	16 (14)	
ALND	32 (73)	433 (82)	87 (75)	
Adj. KT				
Yok	2 (4)	49 (9)	43 (37)	<0,001
Var	42 (96)	477 (91)	73 (63)	
Hormonoterapi				
Yok	17 (39)	162 (31)	21 (18)	0,009
Var	27 (61)	364 (69)	95 (82)	
RT				
Yok	13 (29)	134 (25)	54 (47)	<0,001
Var	31 (71)	392 (75)	62 (53)	
Nüks				
Yok	42 (96)	498 (95)	109 (94)	0,923
Var	2 (4)	28 (5)	7 (6)	
Metastaz				
Yok	33 (75)	418 (80)	92 (79)	0,781
Var	11 (25)	108 (20)	24 (21)	

NAKT: Neoadjuvan kemoterapi, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi, SLNB: Sentinal lenf nodu biyopsisi, ALND: Aksiller lenf nodu diseksiyonu, Adj. KT: Adjuvan kemoterapi, RT: Radyoterapi

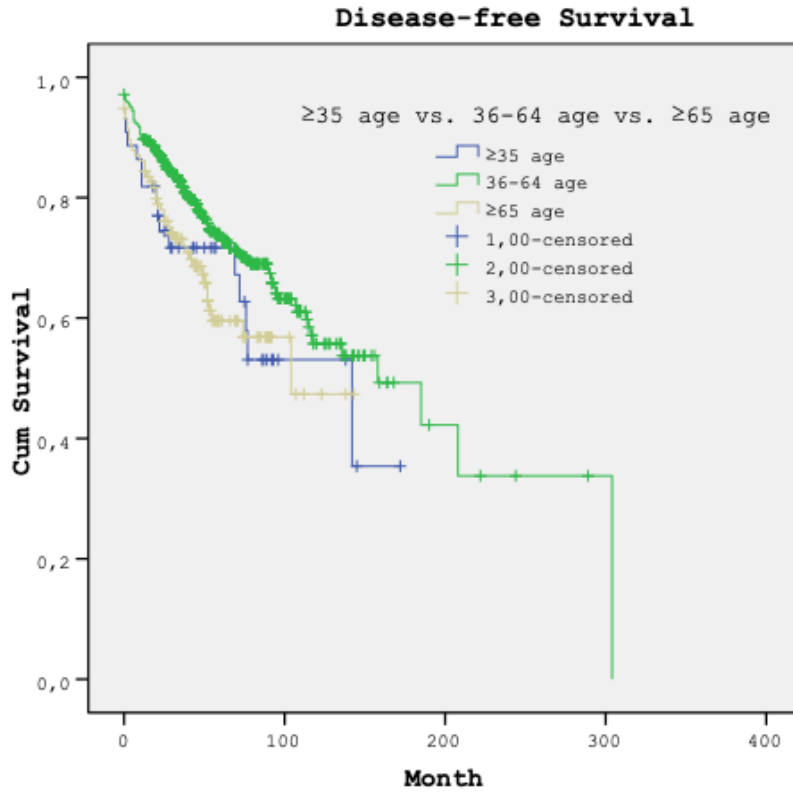
Tablo 4. Hastaların yaş gruplarına göre sağkalım analizleri

Hasta sayısı n=686 (%)	≤ 35 yaş n=44 (%6)	36-64 yaş arası n=526 (%77)	≥65 yaş n=116 (%17)	p değeri
5 yıllık DFS	%67	%74	%60	0,018
10 yıllık DFS	%53	%56	%47	
5 yıllık OS	%85	%85	%72	0,003
10 yıllık OS	%59	%67	%57	

Şekil 1. Meme kanseri hastalarında yaşa göre genel sağkalım eğrisi



Şekil 2. Meme kanseri hastalarında yaşa göre hastalıksız sağkalım eğrisi



KANSER GÜNCEL MEME KANSERİ SEMPOZYUMU



Kanserde Güncel Gelişmeler 2019



BİLDİRİ KİTAPÇIĞI