



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



KONGRE BİLDİRİ KİTABI



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Karadeniz Meme Kongresi'nin dokuzuncusunu Karadeniz'in incisi Samsun'da 03-05 Eylül 2026 tarihlerinde gerçekleştirmek üzere çalışmalarına başladık.

Meme kanseri tedavi yaklaşımları ve tedavi seçenekleriyle ilgili çalışmalar son yıllarda çok hızlanmıştır. Bu konuları ayrıntılı olarak ele almak, güncel gelişmeleri meslektaşlarımızla paylaşmak amacıyla sizlerle Samsun'da buluşmayı heyecanla bekliyoruz.

Kongremize, meme kanseri ile ilgili tüm branşların "cerrahi, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, patoloji, radyoloji vb." hekimlerinin katılacağı multidisipliner bir toplantı olması ve eğitim almakta olan asistan ve uzman katılımının özendirilmesi hedeflenmektedir. Katılımınız ve katkılarınız kongrenin hedeflerine ulaşabilmesinde büyük önem taşımaktadır.

Meme Kanseri, kompleks bir hastalık ailesini temsil etmekte olup tanı ve tedaviye yönelik yönetim stratejileri sürekli olarak güncellenmektedir. Bu hastalıkların biyolojisi hakkında bilgilerimiz arttıkça yeni sorular ve yeni tartışmalar da ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden en yüksek kalitede yönetim stratejilerinin klinik yaklaşımımıza entegre edilmesi zorunluluk arz etmektedir. Bu amaca uygun olarak meme kanseri tanı ve tedavilerine etkili ve ilham verici sunumlara yer vererek genç meslektaşlarımıza tecrübelerimizi aktarmayı hedeflemekteyiz.

Bu hedef doğrultusunda meme kanseri ve tedavisinde tüm yeniliklerin günlük pratiğimize nasıl entegre edeceğimizi öğreneceğimiz ve hasta bakımını iyileştireceğimiz multidisipliner kongremizi vereceğiniz öneri ve katkılarla birlikte gerçekleştireceğiz.

Sizlerin de katkıda bulunmanızı önemle arzu ediyor ve sizleri Atatürk Şehri Samsun'da ağırlamak için kongremize davet ediyoruz.

Sevgi ve Saygılarımızla,

Prof. Dr. Yasemin Kemal
Samsun Meme
Derneği Başkanı

Prof. Dr. Necati Özen
Kongre Başkanı

Prof. Dr. İdris Yücel
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Bahiddin Yılmaz
Kongre Blm. Sekreteri



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. İlkay Koray Bayrak

Prof. Dr. Şükriye Bilge Gürsel

Prof. Dr. Yasemin Kemal

Prof. Dr. Bekir Kuru

Prof. Dr. Necati Özen

Prof. Dr. Yurdanur Süllü

Prof. Dr. Bahiddin Yılmaz

Prof. Dr. İdris Yücel

Doç. Dr. Savaş Yürüker

Dr. Öğr. Üyesi Özlem K. Ocak

Uzm. Dr. Ahmet Baran

***Ünvana göre soyisim alfabetik dizilmiştir.**



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



9. KARADENİZ MEME KONGRESİ

BİLDİRİ LİSTESİ

- S-02 **Ali Mert Özdoğan**, Kubilay Özgür Öztütüncü, Hüseyin Kadioğlu
MEME KANSERİNDE PRİMER TÜMÖR 18F-FDG PET/BT SUVMAX DEĞERİ İLE KI-67 PROLİFERASYON İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
- S-03 Bahadır Köylü, **Nazan Demir**, Şeyda Gündüz
ESR1 MUTASYONU SAPTANAN HORMON RESEPTÖRÜ POZİTİF, HER2-NEGATİF METASTATİK MEME KANSERİNDE ELACESTRANT TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİLİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ
- S-04 Ece Zengin, **Büşra Şanal**
NEOADJUVAN KEMOTERAPİ SONRASI MEME KİTLESİ VE AKSİLLANIN ULTRASONOGRAFİK YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: 639 HASTALIK TEK MERKEZ DENEYİMİ
- S-05 **Cemal Uğur Dursun**, Mustafa Mert Hanılçe, Şölen Nasıfoğlu, Nursena Çiflik, Hüseyin Tepetam, Duygu Gedik, Şermin Kökten, Şule Karabulut Gül
ERKEK MEME KANSERİ: TEK MERKEZLİ 10 YILLIK KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ PATERNLERİ VE SAĞKALIM ANALİZİ
- S-06 **Davut Ünsal Çapkan**, Ayhan Duman
DİJİTAL MAMOGRAFİDE BAĞIMSIZ İKİNCİ OKUMANIN BI-RADS SINIFLANDIRMASI ÜZERİNE ETKİSİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF GÖZLEMCİ UYUM ÇALIŞMASI
- S-08 **Engin Hendem**, Mehmet Artaç
ERKEN EVRE MEME KANSERİNDE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN TAKSAN İLİŞKİLİ TOKSİSİTELER İLE İLİŞKİSİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI
- S-09 Yasin Emrah Soylu, **Muhammed Aydın**, Mehmet Bilici
GEBELİKTE TANI KONULAN MEME KANSERİNDE KLİNİK YÖNETİM: OLGU EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRME



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S-10 Aykut Turhan, **Neslihan Özyurt**

MEME KANSERİ HASTALARINDA AİLEDE KANSER ÖYKÜSÜNÜN TANI YAŞI İLE İLİŞKİSİ

S-11 Hikmet Pehlevan Özel, **Sabiha Nur Özmen**

AJCC 8. BASKI MEME KANSERİ EVRELEMESİNDE ANATOMİK VE PROGNOSTİK EVRELEMENİN KARŞILAŞTIRILMASI: EVRE KAYMASI, SAĞKALIM AYRIMI VE MODEL PERFORMANSI, TEK MERKEZ DENEYİMİ

S-12 **Selahattin Çelik**, Hatice Ayyıldız Sevim, Mehmetcan Atak

ÜÇLÜ POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI PATOLOJİK TAM YANITLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

S-13 **Mehmet Fatih Özbay**

KLİNİK EVRE I-IIA MEME KANSERİNDE BAŞLANGIÇ FDG-PET/BT TEDAVİ AMACINI NADİREN DEĞİŞTİRİR, ANCAK TANISAL BELİRSİZLİK YARATAN UZAK BULGULARI SIK SAPTAR

S-14 **Ender Kalacı**

MEME KANSERİNDE SOMATİK DNA HASAR ONARIMI GENİ MUTASYONLARININ PROGNOSTİK DEĞERİ: MSK-IMPACT KOHORTUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

S-16 **Düşsel Gerçelman Çataklı**, Hazal Arıkan Kalvo, Cemal Kaya

MEME KORUYUCU TEDAVİ SONRASI GELİŞEN RADYASYON İLİŞKİLİ MEME ANJİOSARKOMU: YANLIŞ NEGATİF TRU-CUT BİYOPSİ SONRASI TANI ALAN BİR OLGU

S-17 Enes Cebeci, **Veysel Cem Özcan**, Ezgi Altınsoy

RADYOİZOTOP YOKLUĞUNDA TEK BAŞINA İZOSÜLFAN MAVİSİ VEYA METİLEN MAVİSİ İLE YAPILAN SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİLERİNİN ONKOLOJİK ETKİNLİK, YAN ETKİ VE MALİYET YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

S-18 **Süleyman Burak Kılıçer**, Medine İlay Anlı, Hatice Kübra Işık, Handan Kaya, Mehmet Fuat Eren, Zerrin Özgen

POSTMASTEKTOMİ RADYOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERİ HASTALARINDA TEDAVİ ÖNCESİ SİSTEMİK İNFLAMATUVAR BİYOBELİRTEÇLER İLE STROMAL TÜMÖR İNFİLTRE EDEN LENFOSİTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S-19 **Müzeyyen Aslı Ergözoğlu**, Berksoy Şahin

HEREDİTER HEMOLİTİK ANEMİLİ HASTALARDA MEME KANSERİ YÖNETİMİ VE KLİNİK SONUÇLAR: 10 YILLIK TEK MERKEZLİ DENEYİM

S-20 **Azer Gökmen**, Erdoğan Şeyran

ERKEN EVRE HER2 POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN ÇİFT HER2 BLOKAJININ PATOLOJİK TAM YANIT VE ERKEN KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

S-21 **Bengü Dursun**, Sevinç Ballı

CDH1-MUTANT OLMAYAN İNVAZİV LOBULER KARSİNOMUN KLİNİK VE GENOMİK ÖZELLİKLERİ

S-22 **Mustafa Berk Yakabağı**, Emre Koyuncu, Tolga Selçuk Olgun, Zeyad Kamar, Celalettin Doğan, Berin Tuğtağ Demir, Funda Kocaay

TÜRKİYE'DE SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN KADINLARDA MEME KANSERİ FARKINDALIĞI VE TARAMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

S-23 Hüseyin Tepetam, Nursena Çiflik, Şölen Nasıfoğlu, Gün Günalp, **Şule Karabulut Gül**

MEME KORUYUCU CERRAHİ SONRASI ADJUVAN RADYOTERAPİDE FRAKSİYONASYON VE BOOST TEKNİKLERİNİN AKUT CİLT TOKSİSİTESİNE ETKİSİ

S-24 **Müge Sönmez**

RADYOLOJİK OLARAK KLİNİK NOD POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI YPNO DÖNÜŞÜMÜ VE AKSİLLER CERRAHİ UYGULAMALARI: TEK MERKEZLİ GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

S-25 **Ahmet Oruç**, Hüseyin Gülyer, Melek Karakurt Eryılmaz

HORMON RESEPTÖR POZİTİF VE HER2-NEGATİF METASTATİK MEME KANSERİNDE CDK4/6 İNHİBİTÖRÜ TEDAVİSİNİN İLK ÜÇ AYINDAKİ MCV DEĞİŞİMİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S-02

MEME KANSERİNDE PRİMER TÜMÖR 18F-FDG PET/BT SUVMAX DEĞERİ İLE Kİ-67 PROLİFERASYON İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ali Mert Özdoğan, Kubilay Özgür Öztütüncü, Hüseyin Kadioğlu

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Meme kanserinde Ki-67 proliferasyon indeksi, tümör biyolojisini ve klinik davranışı yansıtan önemli prognostik belirteçlerden biridir. 18F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (18F-FDG PET/BT) incelemesinde primer tümör maximum standardized uptake value (SUVmax) değeri ise tümörün metabolik aktivitesini göstermektedir. Bu çalışmada, primer meme kanseri tanılı hastalarda primer tümör SUVmax değeri ile Ki-67 proliferasyon indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezde meme kanseri tanısı ile değerlendirilen ve preoperatif 18F-FDG PET/BT incelemesi bulunan hastalar retrospektif olarak incelendi. Primer tümör SUVmax değeri ve patolojik değerlendirmede bildirilen Ki-67 yüzdesi kaydedildi. Primer tümör SUVmax değeri ile Ki-67 proliferasyon indeksi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ayrıca hastalar Ki-67 değeri <20 ve ≥ 20 olacak şekilde iki gruba ayrılarak primer tümör SUVmax değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya primer tümör SUVmax ve Ki-67 verisi değerlendirilebilen 88 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama primer tümör SUVmax değeri $7,43 \pm 7,68$, ortalama SUVmax değeri 4,40 idi. Ortalama Ki-67 değeri $28,65 \pm 21,97$, ortalama Ki-67 değeri 20 idi. Primer tümör SUVmax değeri ile Ki-67 proliferasyon indeksi arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Pearson korelasyon analizinde $r=0,577$, Spearman korelasyon analizinde $\rho=0,569$ olarak bulundu ve her iki analizde de ilişki anlamlıydı ($p<0,001$). Ki-67 ≥ 20 olan hastalarda primer tümör SUVmax ortalaması $10,58 \pm 8,60$ iken, Ki-67 <20 olan hastalarda $3,08 \pm 2,55$ olarak saptandı. Yüksek Ki-67 grubunda primer tümör SUVmax değeri anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$).

Sonuç: Primer meme kanserinde 18F-FDG PET/BT’de ölçülen primer tümör SUVmax değeri, Ki-67 proliferasyon indeksi ile anlamlı pozitif ilişki göstermektedir. Bu bulgular, PET/BT’deki metabolik aktivitenin tümörün proliferatif aktivitesini ve biyolojik agresifliğini yansıtabileceğini düşündürmektedir. Primer tümör SUVmax değeri, meme kanserinde tedavi öncesi biyolojik risk değerlendirmesinde klinik ve patolojik parametrelerle birlikte kullanılabilecek yardımcı bir görüntüleme belirteci olabilir.

Anahtar Kelimeler: 18F-FDG PET/BT, Ki-67, meme kanseri, primer tümör, SUVmax



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S-03

ESR1 MUTASYONU SAPTANAN HORMON RESEPTÖRÜ POZİTİF, HER2-NEGATİF METASTATİK MEME KANSERİNDE ELACESTRANT TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİLİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Bahadır Köylü^{1,2}, Nazan Demir¹, Şeyda Gündüz¹

¹Koç Üniversitesi Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada metastatik, hormon reseptörü-pozitif (HR+), HER2-negatif (HER2-) meme kanseri tanısı olup ESR1 geninde mutasyon saptanan ve elacestrant ile tedavi edilen hastalarda, elacestrant tedavisinin gerçek yaşam pratiğindeki etkinliğinin ve yan etki profilinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Koç Üniversitesi Hastanesi'nde, 31 Ocak 2023 – 30 Haziran 2026 tarihleri arasında, metastatik HR+/HER2- meme kanseri tanısı olup ESR1 geninde mutasyon saptanması sonrası elacestrant ile tedavi edilen hastalara ait klinik ve patolojik veriler ile bu hastalarda tespit edilen elacestrant ilişkili advers olaylar retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 5 hasta (%100 kadın) dahil edildi. Median (aralık) yaş 49 (36-60) olup hastaların %40'ı (n=2) premenopozal ve %60'ı (n=3) postmenopozal dönemde tanı almıştı. Tanı anında hastaların %20'sinde klinik evre IA (n=1), %20'sinde klinik evre IIB (n=1), %20'sinde klinik evre IIIA (n=1) ve %40'ında klinik evre IV (n=2) hastalık mevcuttu. Elacestrant öncesinde metastatik aşamada alınan median (aralık) tedavi basamağı sayısı 2 (1-6) idi. Hastaların %80'i (n=4) daha önce metastatik aşamada CDK4/6 inhibitörü, %60'ı (n=3) ise daha önce metastatik aşamada kemoterapi ajanı almıştı. ESR1 mutasyonu hastaların %40'ında (n=2) likit biyopsi ile, %60'ında (n=3) ise dokudan çalışılan somatik mutasyon analizi ile tespit edildi. Bir hastada (%20) eşlik eden PIK3CA E545K mutasyonu tespit edildi. Elacestrant tedavisine başlanmasından itibaren median takip süresi 7.3 aydı (%95 GA 4.2 – 10.4). Elacestrant tedavisi ile hiçbir hastada tam ya da parsiyel yanıt elde edilemezken, bir hastada (%20) stabil hastalık izlendi. Median progresyonsuz sağkalım süresi 2.3 ay (95% GA 1.2 – 3.3) bulundu. Elacestrant tedavisi altında hastaların %80'inde (n=4) karaciğerde, %40'ında (n=2) ise kemiklerde hastalık progresyonu izlendi. Hastaların %40'ında elacestrant tedavisi ile ilişkili herhangi bir derece advers olay görülürken, hiçbir hastada derece ≥3 advers olay görülmedi. Hastaların %20'sinde bulantı, %20'sinde halsizlik, %20'sinde artralji ve %20'sinde ALT/AST yüksekliği görüldü. Takip sürecinde meme kanseri nedeniyle hayatını kaybeden iki hastada elacestrant tedavisinin başlanmasından ölüme kadar geçen süre sırasıyla 1.5 ay ve 26.7 ay olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda az sayıda ve farklı tedavi basamaklarında elacestrant tedavisi alan hastalar olmasına rağmen, bulgularımız gerçek yaşam pratiğinde çoklu basamak sistemik tedavi almış hastalarda elacestrant tedavisinin güvenli bir seçenek olduğunu göstermektedir. Elacestrant tedavisinin etkinliği ise kısıtlıdır ve hastalar erken progresyon riski nedeniyle yakın takip edilmelidir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S04

NEOADJUVAN KEMOTERAPİ SONRASI MEME KİTLESİ VE AKSİLLANIN ULTRASONOGRAFİK YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: 639 HASTALIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ece Zengin, Büşra Şanal

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi, Radyoloji Anabilimdalı, Tokat

Amaç: Neoadjuvan kemoterapi (NAKT) sonrası primer meme kitlesi ve aksiller lenf nodlarının ultrasonografi (USG) ile yeniden değerlendirilmesinde radyolojik yanıt dağılımını belirlemek ve bulguları güncel literatürle karşılaştırmak.

Yöntem: 1 Ocak 2015 ile 1 Temmuz 2026 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle NAKT uygulanan ve tedavi öncesi ile tedavi sonrası meme-aksilla USG değerlendirmeleri bulunan 639 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar NAKT tamamlandıktan sonra cerrahi öncesi dönemde USG ile yeniden değerlendirildi. Primer kitle yanıtı, tedavi öncesi ve sonrası USG raporlarında kaydedilen en uzun çap kullanılarak RECIST 1.1 çap değişikliği eşiklerine uyarlanmış sonografik kriterlerle sınıflandırıldı. Ölçülebilir rezidü kitlenin izlenmemesi tam yanıt, en uzun çapta en az %30 azalma parsiyel yanıt, en az %20 ve 5 mm mutlak artış veya yeni lezyon progresyon, diğer bulgular stabil hastalık kabul edildi. Tam ve parsiyel yanıt birlikte objektif USG yanıtı olarak tanımlandı. Aksiller değerlendirme en şüpheli lenf nodunun morfolojisine göre yapıldı. Oval şekilli, kortikal kalınlığı 3 mm veya daha az ve yağlı hilusu korunmuş nodlar normal; kortikal kalınlığı 3 mm'den fazla olan, fokal veya eksantrik kortikal kalınlaşma, yuvarlaklaşma ya da hilus basılanması veya kaybı gösteren nodlar şüpheli kabul edildi. Tedavi öncesinde klinik ve sonografik aksiller tutulum saptanan olguların %50'sinde metastaz, USG eşliğinde iğne biyopsisiyle sitolojik veya histopatolojik olarak doğrulandı. Oranlar için Wilson yöntemiyle %95 güven aralığı (GA) hesaplandı.

Bulgular: Meme USG'sinde 154 hastada (%24,1) tam ve 312 hastada (%48,8) parsiyel yanıt saptandı. Objektif USG yanıtı 466/639 hastada %72,9 (%95 GA: %69,4-%76,2) idi. Stabil hastalık 104 hastada (%16,3), progresyon 69 hastada (%10,8) görüldü. Tedavi sonrası aksiller USG'de 410 hastada (%64,2; %95 GA: %60,4-%67,8) normal morfoloji, 229 hastada (%35,8) şüpheli veya anormal morfoloji izlendi.

Sonuç: NAKT sonrasında hastaların yaklaşık dörtte üçünde primer meme kitlesinde objektif sonografik yanıt, yaklaşık üçte ikisinde aksillada normal USG morfolojisi saptandı. Bulgular genel literatürde bildirilen yanıt oranlarıyla uyumludur. USG, tedavi yanıtının izlenmesi ve cerrahi planlama öncesi yeniden değerlendirme açısından erişilebilir ve pratik bir yöntemdir. Bununla birlikte, tedavi sonrası normal aksiller USG patolojik nodal tam yanıtla eş anlamlı değildir; bu nedenle aksiller cerrahi ve patolojik evrelemenin yerine kullanılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri; neoadjuvan kemoterapi, ultrasonografi; aksilla; tedavi yanıtı



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S05

ERKEK MEME KANSERİ: TEK MERKEZLİ 10 YILLIK KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER, TEDAVİ PATERNLERİ VE SAĞKALIM ANALİZİ

Cemal Uğur Dursun¹, Mustafa Mert Hanılçe¹, Şölen Nasıfoğlu¹, Nursena Çiflik¹, Hüseyin Tepetam¹, Duygu Gedik¹, Şermin Kökten², Şule Karabulut Gül¹

¹SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi SUAM, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

²SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi SUAM, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Erkek meme kanseri (EMK), tüm meme kanserlerinin %1'inden azını oluşturan nadir bir hastalıktır ve prospektif veri kısıtlıdır. Bu çalışmada tek bir merkezde tedavi edilen erkek meme kanseri hastalarının klinikopatolojik özelliklerini, tedavi paternlerini ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2015–Aralık 2025 arasında kliniğimizde histopatolojik olarak doğrulanmış meme kanseri tanısıyla tedavi ve takip edilen 45 erkek hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik, klinik, patolojik ve tedaviye ilişkin veriler kayıtlardan elde edildi. Genel sağkalım (GS) ve hastalıksız sağkalım (HSS) Kaplan-Meier yöntemiyle hesaplandı; prognostik faktörler tek değişkenli Cox regresyonu ile değerlendirildi.

Bulgular: Medyan yaş 60 (dağılım 34–86) idi ve hastaların %91,1'i Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0–1 performans durumundaydı. Tümörlerin %95,6'sı invaziv duktal karsinom olup çoğunluğu retroareolar yerleşimliydi (%71,1) ve grade 2 baskındı (%60). Patolojik nodal tutulum %62,2 oranında saptandı. Östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği her biri için %88,9, insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2) pozitifliği %24,4 idi; olguların yalnızca biri triple-negatifti. Tüm hastalara cerrahi uygulandı ve %95,6'sına modifiye radikal mastektomi yapıldı. Endokrin tedavi hastaların %88,9'una (çoğunlukla tamoksifen), kemoterapi %73,3'üne, radyoterapi %64,4'üne uygulandı. Medyan 84 aylık takipte 11 hasta (%24,4) kaybedildi. Beş yıllık GS %85,3 (%95 güven aralığı [GA] 67,7–93,7), beş yıllık HSS %68,4 (%95 GA 48,9–81,7) olarak bulundu. Adjuvan radyoterapi alan 27 hastada alan içi nüks izlenmedi. Tek değişkenli Cox regresyon analizinde değerlendirilen klinikopatolojik değişkenlerin hiçbirisi GS veya HSS ile anlamlı ilişki göstermedi; grade 3 histoloji HSS açısından daha kötü seyir eğilimi göstermesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,099).

Sonuç: Serimizde erkek meme kanseri güçlü hormon reseptör pozitifliği, sık nodal tutulum ve HER2 pozitifliği ile karakterizedydi. Multimodal tedavi ile uzun dönem sağkalım sonuçları elde edilirken, adjuvan radyoterapi uygulanan hastalarda alan içi nüks izlenmedi. Daha geniş, çok merkezli çalışmalar bu bulguların doğrulanmasına ve prognostik faktörlerin daha güvenilir şekilde belirlenmesine katkı sağlayacaktır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S06

DİJİTAL MAMOGRAFİDE BAĞIMSIZ İKİNCİ OKUMANIN BI-RADS SINIFLANDIRMASI ÜZERİNE ETKİSİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF GÖZLEMCI UYUM ÇALIŞMASI

Davut Ünsal Çapkan, Ayhan Duman

Özel Medicalpoint Hastanesi Radyoloji Bölümü, Gaziantep

Amaç: Dijital mamografi raporlamasında bağımsız ikinci okuma, gözlemciler arası farklılıkların azaltılması ve raporlama standardizasyonunun sağlanmasında önemli bir kalite güvence yöntemidir. Bu çalışmada bağımsız ikinci okumanın güncel BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) sınıflandırması üzerindeki etkisinin, gözlemciler arası uyumun ve kategori değişikliklerine neden olan mamografik bulguların değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 01 Temmuz 2025 - 01 Haziran 2026 tarihleri arasında merkezimizde dijital mamografi yapılan 86 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Teknik olarak yetersiz incelemeler, eksik görüntüleri bulunan olgular ve aynı hastaya ait tekrarlayan mamografi incelemeleri çalışma dışı bırakıldı. İlk mamografi raporları kaydedildi. Tüm incelemeler, ilk raporlardan ve hastaların klinik bilgilerinden habersiz, meme görüntüleme konusunda deneyimli ikinci bir radyolog tarafından güncel BI-RADS kriterlerine göre yeniden değerlendirildi. BI-RADS kategorileri karşılaştırıldı ve gözlemciler arası uyum ağırlıklı kappa (κ) analizi ile değerlendirildi. BI-RADS kategorisi değişen olgularda değişikliğe neden olan temel mamografik bulgular (fokal asimetri, mikrokalsifikasyon, mimari distorsiyon ve kitle) ayrıca analiz edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $52,1 \pm 8,9$ yıl idi. İlk değerlendirme ile bağımsız ikinci okuma arasında 19 hastada (%22,1) BI-RADS kategorisi değişikliği saptandı. Bunların 11'inde kategori yükseltirken 8'inde kategori düşürüldü. Gözlemciler arası BI-RADS uyumu iyi düzeyde bulundu (ağırlıklı $\kappa=0,82$). BI-RADS 1, 2 ve 5 kategorilerinde yüksek uyum izlenirken, en düşük uyum BI-RADS 3 ile BI-RADS 4 arasındaki sınıflandırmada gözlemlendi. Kategori değişikliklerinin en sık nedeni, fokal asimetrinin yeniden yorumlanması olup değişikliklerin %57,9'unu oluşturdu. Bunu mikrokalsifikasyonların morfolojik değerlendirilmesindeki farklılıklar (%21,1), mimari distorsiyonun yorumlanması (%15,8) ve kitle kenar özelliklerinin farklı değerlendirilmesi (%5,2) izledi. Kategori yükseltile olguların büyük bölümü BI-RADS 3'ten BI-RADS 4'e, kategori düşürülen olguların ise BI-RADS 4'ten BI-RADS 3'e yeniden sınıflandırıldı.

Sonuç: Bağımsız ikinci okuma, dijital mamografi raporlamasında genel olarak yüksek düzeyde gözlemci uyumu sağlamaktadır. BI-RADS kategori farklılıklarının en sık fokal asimetri ve mikrokalsifikasyonların yorumlanmasından kaynaklandığı görülmüştür. Özellikle BI-RADS 3 ile BI-RADS 4 sınırındaki lezyonlarda ikinci okumanın raporlama standardizasyonuna katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Daha geniş hasta serileriyle yapılacak çalışmalar, ikinci okumanın klinik uygulamadaki rolünü daha ayrıntılı olarak ortaya koyacaktır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S08

ERKEN EVRE MEME KANSERİNDE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN TAKSAN İLİŞKİLİ TOKSİSİTELER İLE İLİŞKİSİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

Engin Hendem¹, Mehmet Artaç²

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Obezitenin taksan bazlı kemoterapiye bağlı toksisiteler üzerindeki bağımsız etkisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada erken evre meme kanserli hastalarda vücut kitle indeksinin (VKİ) taksan ilişkili hematolojik ve klinik toksisiteler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde 2016–2022 yılları arasında evre I–III meme kanseri nedeniyle neoadjuvan veya adjuvan taksan bazlı kemoterapi uygulanan 310 kadın hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre normal kilolu (VKİ 18,5–24,9 kg/m²), fazla kilolu (VKİ 25,0–29,9 kg/m²) ve obez (VKİ ≥30 kg/m²) olarak sınıflandırıldı. Primer sonlanım noktaları lenfopeni ve klinik olarak anlamlı toksisite (grade 3–4 nötropeni veya nöropati, febril nötropeni ya da doz azaltımı) idi. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Obezitenin klinik olarak anlamlı toksisite ile bağımsız ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaş, ECOG performans durumu, klinik evre, komorbidite ve taksan tipini içeren çok değişkenli lojistik regresyon modeli oluşturuldu.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 51,5 (26–76) yıl, ortalama VKİ değeri 30,8 kg/m² idi. Hastaların 49'u (%15,8) normal kilolu, 79'u (%25,5) fazla kilolu ve 182'si (%58,7) obezdi. Klinik olarak anlamlı toksisite oranı %26,5, lenfopeni oranı %27,4 idi. Tek değişkenli analizde obez hastalarda lenfopeni, VKİ <30 kg/m² olanlara göre daha düşüktü (%22,0'a karşı %35,2; OR=0,52; %95 GA: 0,31–0,86; p=0,011) ve VKİ arttıkça lenfopeni sıklığında anlamlı azalan eğilim gözlemlendi (p-trend=0,008). Üç VKİ kategorisi arasında klinik olarak anlamlı toksisite oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (normal kilolu %18,4, fazla kilolu %21,5, obez %30,8; p=0,112). Ancak VKİ ≥30 kg/m² olan hastalarda, VKİ <30 kg/m² olanlara göre klinik olarak anlamlı toksisite riski daha yüksekti (OR=1,74; %95 GA: 1,02–2,97; p=0,041). Grade 3–4 nöropati yalnızca obez hastalarda görüldü (%3,3'e karşı %0,0; p=0,044). Çok değişkenli analizde obezite, yaş, ECOG, komorbidite ve taksan tipinden bağımsız olarak klinik olarak anlamlı toksisite ile ilişkiliydi (düzeltilmiş OR=1,86; %95 GA: 1,05–3,30; p=0,034). Üç haftada bir dosetaksel ise en güçlü bağımsız belirleyiciydi (düzeltilmiş OR=3,35; %95 GA: 1,93–5,82; p<0,001).

Sonuç: Erken evre meme kanserinde obezite; yaş, ECOG performans durumu, komorbidite ve taksan tipinden bağımsız olarak klinik olarak anlamlı toksisite ile ilişkili bulundu. Buna karşın obez hastalarda lenfopeni daha düşük sıklıkta gözlemlendi. Üç haftada bir dosetaksel klinik olarak anlamlı toksisite gelişiminin en güçlü bağımsız belirleyiciydi. Bu bulgular, taksan tedavisi planlanırken hastaya ait metabolik özellikler ile seçilen kemoterapi rejiminin birlikte değerlendirilmesi ve yüksek riskli hastalarda daha yakın toksisite izlemine desteklemektedir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



Tablo 1. VKİ kategorilerine göre hasta, tümör ve tedavi özellikleri

Değişken	Toplam (N=310)	Normal kilolu (VKİ <25) (n=49)	Fazla kilolu (VKİ 25-29,9) (n=79)	Obez (VKİ ≥30) (n=182)	p değeri
Hasta Özellikleri					
Yaş, yıl, ortanca (IQR)	52 (43-59)	43 (38-49)	50 (44-54)	56 (46-61)	<0,001
Menopoz durumu, n (%)					<0,001
Premenopozal	137 (45,2)	37 (77,1)	44 (57,1)	56 (31,5)	
Postmenopozal	166 (54,8)	11 (22,9)	33 (42,9)	122 (68,5)	
ECOG performans skoru, n (%)					0,002
0	222 (71,6)	44 (89,8)	60 (75,9)	118 (64,8)	
1	88 (28,4)	5 (10,2)	19 (24,1)	64 (35,2)	
Komorbidite, n (%)	65 (21,0)	2 (4,1)	13 (16,5)	50 (27,5)	<0,001
Tümör Özellikleri					
Klinik evre, n (%)					0,492
Evre I	37 (12,3)	3 (6,2)	10 (12,8)	24 (13,8)	
Evre IIA	116 (38,7)	18 (37,5)	30 (38,5)	68 (39,1)	
Evre IIB	88 (29,3)	19 (39,6)	19 (24,4)	50 (28,7)	
Evre III	59 (19,7)	8 (16,7)	19 (24,4)	32 (18,4)	
Moleküler alt tip, n (%)					0,446
HR+/HER2-	169 (59,7)	27 (57,4)	42 (55,3)	100 (62,5)	
HER2+ (herhangi HR)	65 (23,0)	10 (21,3)	23 (30,3)	32 (20,0)	
Üçlü negatif	49 (17,3)	10 (21,3)	11 (14,5)	28 (17,5)	
Tedavi Özellikleri					
Tedavi amacı, n (%)					0,259
Adjuvan	248 (80,0)	35 (71,4)	65 (82,3)	148 (81,3)	
Neoadjuvan	62 (20,0)	14 (28,6)	14 (17,7)	34 (18,7)	
Taksan tipi, n (%)					0,030
Haftalık paklitaksel	171 (55,2)	28 (57,1)	53 (67,1)	90 (49,5)	
Üç haftada bir dosetaksel	139 (44,8)	21 (42,9)	26 (32,9)	92 (50,5)	
<i>Kısaltmalar: VKİ: Vücut Kitle İndeksi; IQR: Çeyrekler Arası Aralık; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; HR: Hormon Reseptörü; HER2: İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2;</i>					
<i>Sürekli değişkenler medyan (IQR), kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. p değerleri Kruskal-Wallis veya Ki-kare testi ile hesaplanmıştır. Kalın p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).</i>					

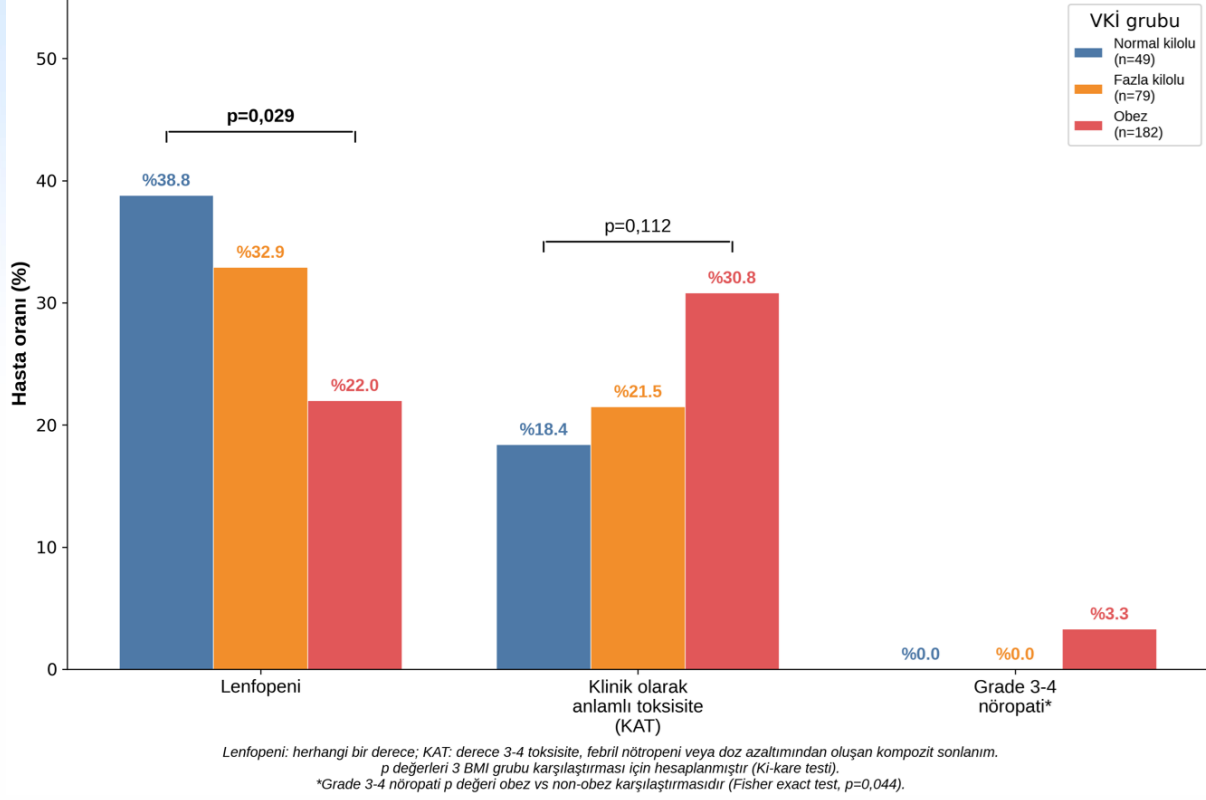


KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



Şekil 1. VKİ kategorilerine göre toksan ilişkili toksisitelerin karşılaştırılması



Klinik olarak anlamlı toksisite; grade 3–4 nötropeni veya nöropati, febril nötropeni ya da doz azaltımından oluşan kompozit sonlanım olarak tanımlandı.

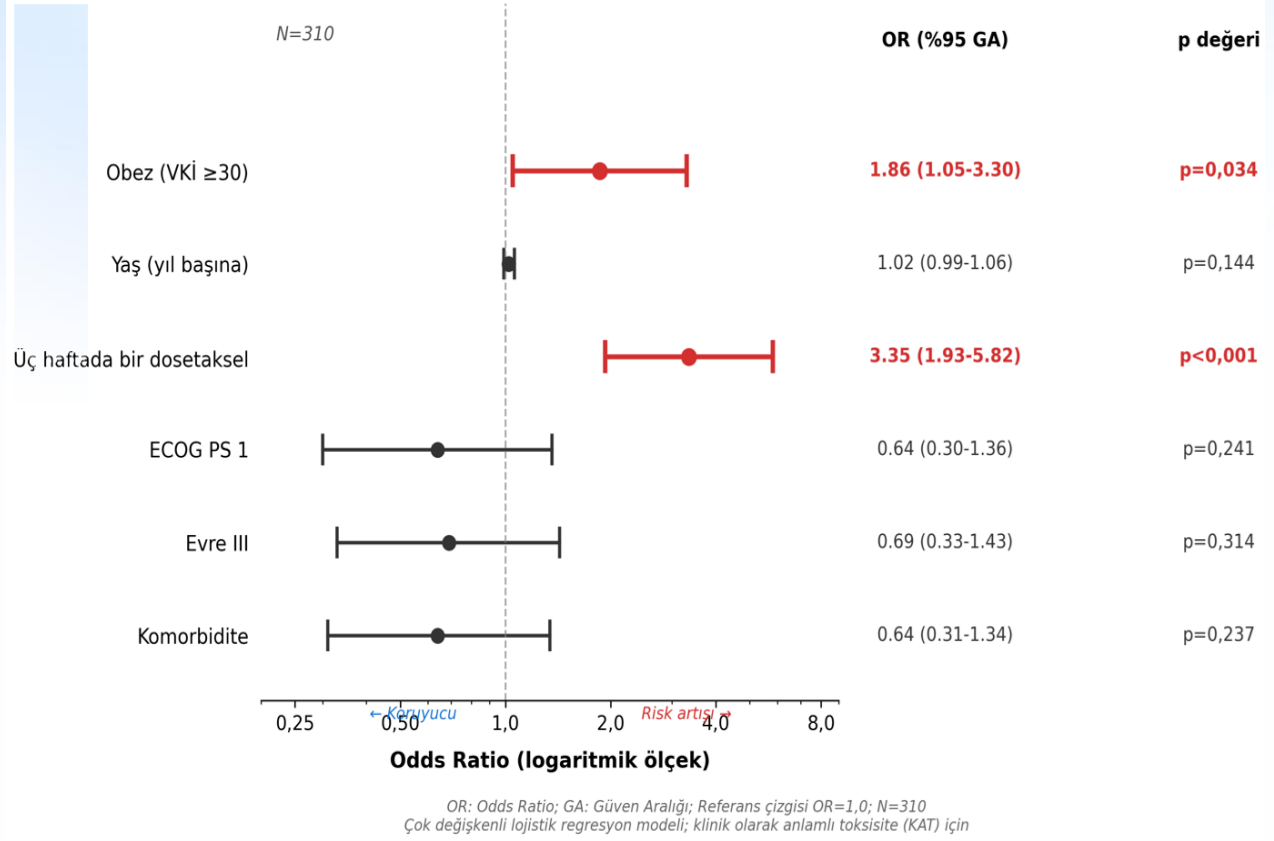


KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



Şekil 2. Klinik olarak anlamlı toksisite için çok değişkenli lojistik regresyon analizi



Noktalar odds ratio (OR), yatay çizgiler %95 güven aralıklarını göstermektedir. Kesikli dikey çizgi OR=1 referans değerini temsil etmektedir. Çok değişkenli analizde üç haftada bir dosetaksel kullanımı (OR 3,35; %95 GA: 1,93–5,82; p<0,001) ve obezite (OR 1,86; %95 GA: 1,05–3,30; p=0,034) klinik olarak anlamlı toksisite ile bağımsız olarak ilişkili bulundu.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S09

GEBELİKTE TANI KONULAN MEME KANSERİNDE KLİNİK YÖNETİM: OLGU EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRME

Yasin Emrah Soylu¹, Muhammed Aydın¹, Mehmet Bilici¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Gebelikte tanı konulan meme kanseri nadir görülmekte olup anne ve fetüs açısından karmaşık klinik kararlar gerektiren ve farklı uzmanlık alanlarının iş birliğinin büyük önem taşıdığı bir durumdur. Bu olgu sunumunda, gebelikte tanı konulan meme kanserli bir hastanın tanı ve tedavi süreci üzerinden güncel klinik yönetim stratejilerini tartışmayı amaçladık.

Olgu: Kırk üç yaşında, ECOG performans skoru 0 olan kadın hasta, gebeliğinin 29. haftasında (Mart 2025) her iki memede şişlik, akıntı ve yara şikâyetleriyle başvurmuş. Hastaya yapılan meme ultrasonografisinde bilateral BI-RADS-5 bulgular saptanmış. Bunun üzerine hastaya sağ memeden tru-cut biyopsi yapılmış. Sol memede açık yara olması ve cilt invazyonu düşünülmesi, memede belirgin hassasiyet bulunması nedeniyle sol memeden biyopsi yapılamamış. Sağ meme biyopsisinin patoloji raporu invaziv lobüler karsinom olarak saptanmış (östrojen reseptörü (ER) %40-45 ve progesteron reseptörü (PR) %75-80 pozitif, C-erbB2 negatif (skor +1), Ki-67 proliferasyon indeksi %60-65). Multidisipliner meme konseyinde değerlendirilmesinin ardından, hastanın da onayı sonrası, hastaya gebelik süreci içinde neoadjuvan 4 kür antrasiklin ve siklofosfamid (AC) kemoterapisi uygulanmış. Gebelik, 37 hafta 3 günlükken sezaryen ile sağlıklı bir bebeğin doğumu ile sonlandırılmış. Doğum sonrasında bilateral mastektomi uygulanan hastanın patolojik incelemesinde yine invaziv lobüler karsinom izlenmiş (ER %50-55 pozitif, PR negatif, C-erbB2 non-reaktif, Ki-67: %10-15). Cerrahi sınırlarda tümör negatif olan hasta, pT1cN0 olarak değerlendirilmiş. Sonrasında hastanın meme bölgesine 25 seans radyoterapi (RT) uygulanmış. Radyoterapi sonrası çekilen PET-CT ile servikal-torakal-lomber MR'lar radyoloji bölümü ile beraber değerlendirilmiş ve hasta, multipl kemik metastazlı olarak kabul edilerek hastaya letrozol, ribosiklib, GnRH analogu, denosumab ve kalsiyum+D vitamini tedavileri başlanmış (Kasım 2025). Hasta, halen bu tedavilere devam etmektedir. Hastaya son çekilen PET-CT, Haziran 2026 tarihli olup hasta; opere bilateral meme lojunda, bilateral aksiller alanda ve kemik lezyonlarında patolojik FDG tutulumu olmayan stabil hastalık ile izlenmektedir.

Tartışma: Gebelikte tanı konulan meme kanserinin teşhis ve tedavi sürecinde dikkatli bir denge kurulması gerekir. Özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde antrasiklin bazlı kemoterapiler, uygun hastalarda güvenle uygulanabilir. Sunduğumuz olguda gebelik sırasında verilen dört kür AC kemoterapisinin ardından sağlıklı doğum gerçekleşmiş, doğum sonrası cerrahi, RT ve sistemik tedavi ile hastalık kontrolü sağlanmıştır. Bu durum da gebelikte ortaya çıkan meme kanserinde bireyselleştirilmiş multidisipliner yaklaşımın hem maternal hem de fetal sonuçlar açısından başarılı bir klinik yönetim sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Gebelik, Multidisipliner Yaklaşım



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S10

MEME KANSERİ HASTALARINDA AİLEDE KANSER ÖYKÜSÜNÜN TANI YAŞI İLE İLİŞKİSİ

Aykut Turhan¹, Neslihan Özyurt¹

¹Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, meme kanseri hastalarında ailede kanser öyküsünün ve ailede birden fazla bireyde kanser bulunmasının tanı yaşı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 01.01.2015–30.09.2025 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde takip edilen meme kanseri tanılı hastalar dahil edildi. Aile öyküsü verileri eksiksiz olan toplam 163 kadın hasta çalışmaya alındı. Aile öyküsü; herhangi bir aile bireyinde kanser öyküsü bulunması, birinci derece ve ikinci/üçüncü derece akrabada kanser öyküsü varlığı ile ailede üçten fazla bireyde kanser öyküsü bulunması şeklinde değerlendirildi. Tanı yaşı dağılımı normal dağılım göstermediğinden karşılaştırmalar Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleri ile yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama tanı yaşı $57,95 \pm 13,29$ yıl idi. Hastaların %37,4'ünde ailesinde kanser öyküsü mevcuttu. Birinci derece akrabada kanser öyküsü %30,7, ikinci/üçüncü derece akrabada kanser öyküsü ise %19,6 oranında saptandı. Ailede üçten fazla bireyde kanser öyküsü bulunan hasta oranı %8,0 idi. Birinci derece akrabalarda en sık görülen kanser tipleri meme (%22,0), akciğer (%20,0), kolon (%12,0), beyin (%10,0) ve mide (%10,0) kanserleri idi.

Ailesinde kanser öyküsü olan hastalar, olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha genç yaşta tanı aldı ($54,05 \pm 13,29$ yıl vs. $60,28 \pm 12,79$ yıl; $p=0,002$). Birinci derece akrabasında kanser öyküsü bulunan hastalarda tanı yaşı daha düşüktü ($54,24 \pm 13,27$ yıl vs. $59,59 \pm 13,02$ yıl; $p=0,012$). İkinci/üçüncü derece akrabada kanser öyküsü bulunan hastalar da daha genç yaşta tanı aldı ($53,81 \pm 14,90$ yıl vs. $58,96 \pm 12,72$ yıl; $p=0,036$). Ailede üçten fazla bireyde kanser öyküsü bulunan hastalarda tanı yaşı belirgin şekilde daha erken saptandı ($47,38 \pm 10,82$ yıl vs. $58,87 \pm 13,11$ yıl; $p=0,003$).

Aile öyküsü olan hastalar yalnızca birinci derece, yalnızca ikinci/üçüncü derece ve her iki derecede kanser öyküsü bulunanlar şeklinde alt gruplara ayrıldığında gruplar arasında tanı yaşı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,908$). Ayrıca birinci derece akrabasında meme kanseri bulunan hastalar ile diğer kanser türleri bulunan hastalar arasında da tanı yaşı açısından anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,752$).

Sonuç: Ailesinde kanser öyküsü bulunan meme kanseri hastalarında tanı yaşı anlamlı derecede daha düşüktür. Bu etki yalnızca birinci derece akrabalarla sınırlı olmayıp ikinci/üçüncü derece akrabaları da kapsamaktadır. Özellikle ailede üçten fazla bireyde kanser öyküsü bulunması daha erken yaşta tanı ile güçlü şekilde ilişkilidir. Ancak kanserin akrabalık derecesi veya birinci derece akrabada görülen kanser tipi tanı yaşını anlamlı biçimde değiştirmemektedir. Bu bulgular, ailesel risk taşıyan bireylerde erken yaşta tarama stratejilerinin planlanmasının önemini desteklemektedir.



S11

**AJCC 8. BASKI MEME KANSERİ EVRELEMESİNDE ANATOMİK VE PROGNOTİK EVRELEMENİN
KARŞILAŞTIRILMASI: EVRE KAYMASI, SAĞKALIM AYRIMI VE MODEL PERFORMANSI, TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Hikmet Pehlevan Özel¹, Sabiha Nur Özmen²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: AJCC (American Joint Committee on Cancer) 8. baskısında anatomik evrelemeye tümör biyolojisini yansıtan histolojik derece, östrojen reseptörü, progesteron reseptörü ve insan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2 (HER2) durumu eklenerek prognostik evreleme tanımlanmıştır. Bu çalışmada anatomik ve prognostik evreleme sistemlerinin evre kayması, sağkalım ayrımı ve prognostik performans açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif olarak değerlendirilen 322 invaziv meme kanserli hastaya AJCC 8. baskıya göre anatomik ve prognostik evre atandı. Evre değişiklikleri McNemar-Bowker testi ve ağırlıklı Kappa katsayısı ile değerlendirildi. Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım Kaplan-Meier yöntemi ve Cox regresyon analizi ile incelendi. Model performansı Harrell uyum indeksi ve Akaike bilgi kriteri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Medyan izlem süresi 107 aydı. İzlemde 11 ölüm ve 21 hastalık nüksü/uzak metastaz olayı gözlemlendi. Prognostik evreleme hastaların %45,0'inde evre değişikliğine neden oldu; bunların %35,7'si daha düşük, %9,3'ü daha yüksek evreye geçti ($p<0,001$). Anatomik ve prognostik evreleme sistemleri orta-güçlü uyum gösterdi (ağırlıklı Kappa=0,76). Çok değişkenli analizlerde her iki evreleme sistemi de prognostik bilgi sağladı. Model performansında genel sağkalım için anatomik, hastalıksız sağkalım için prognostik evreleme hafif üstün görünmekle birlikte, Harrell uyum indeksi ve Akaike bilgi kriteri farkları küçüktü ve hiçbir evreleme sistemi diğerine tutarlı bir üstünlük göstermedi.

Sonuç: AJCC 8. baskı prognostik evreleme sistemi hastaların yaklaşık yarısında evre değişikliğine yol açmış ve biyolojik özelliklerin evre dağılımını anlamlı biçimde etkilediğini göstermiştir. Bununla birlikte bu tek merkezli kohortta anatomik ve prognostik evreleme sistemleri arasında sağkalımı öngörme açısından belirgin bir üstünlük gösterilememiştir. Bulguların daha büyük ve çok merkezli serilerde doğrulanması gerekmektedir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S12

ÜÇLÜ POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI PATOLOJİK TAM YANITLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Selahattin Çelik¹, Hatice Ayyıldız Sevim¹, Mehmetcan Atak¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Amaç: Üçlü pozitif meme kanseri nedeniyle neoadjuvan tedavi uygulanan hastalarda patolojik tam yanıtla ilişkili klinik, patolojik, laboratuvar ve tedaviye ilişkin faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya, üçlü pozitif meme kanseri nedeniyle neoadjuvan tedavi alıp cerrahi uygulanan 88 kadın hasta dahil edildi. Patolojik tam yanıt, meme dokusunda rezidü invaziv tümör ve bölgesel lenf nodlarında metastaz bulunmaması olarak tanımlandı (ypT0/is ypN0). Demografik ve klinik özellikler, başlangıç evresi, histolojik grade, hormon reseptörleri, Ki-67, neoadjuvan rejim ve tedavi öncesi laboratuvar değerleri değerlendirildi. Sürekli değişkenler parametrik veya parametrik olmayan, kategorik değişkenler ki-kare veya exact testlerle karşılaştırıldı. İlişkili faktörler lojistik regresyonla incelendi; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 53,5 yıl idi. Hastaların %47,7'si postmenopozal, %19,3'ü klinik evre III ve %50'si histolojik grade 3 hastalığa sahipti. Medyan östrojen reseptörü düzeyi %90, progesteron reseptörü düzeyi %27,5 ve Ki-67 düzeyi %30 idi. Neoadjuvan tedavi kapsamında 75 hasta (%85,2) dört kür doksorubisin-siklofosfamid sonrasında dosetaksel/paklitaksel, trastuzumab ve pertuzumab içeren AC-THP; 13 hastaya (%14,8) ise dosetaksel, karboplatin, trastuzumab ve pertuzumab içeren TCHP rejimi aldı. Toplam 41 hastada (%46,6) patolojik tam yanıt elde edildi. Patolojik tam yanıt elde edilen ve edilmeyen gruplar arasında yaş, komorbidite, menopoz durumu, tümörün yerleşim tarafı, klinik evre, klinik T ve N evresi, histolojik grade, Ki-67 düzeyi ve tedavi öncesi laboratuvar parametreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Progesteron reseptörü düzeyi patolojik tam yanıt elde edilen grupta daha düşüktü [medyan %7,5'e karşı %50; $p=0,020$]. Tek değişkenli analizde progesteron reseptöründeki her %10 artış daha düşük patolojik tam yanıtla ilişkiliydi (OR=0,883; %95 GA=0,782–0,997; $p=0,045$). Östrojen reseptöründeki her %10 artış (OR=0,869; $p=0,051$), yaşın ≥ 65 olması (OR=0,366; $p=0,063$) ve antrasiklin içermeyen rejim kullanımı (OR=0,292; $p=0,078$) daha düşük patolojik tam yanıt yönünde eğilim gösterdi. Çok değişkenli analizde östrojen reseptöründeki her %10 artış (aOR=0,832; %95 GA=0,711–0,975; $p=0,023$), yaşın ≥ 65 olması (aOR=0,305; %95 GA=0,097–0,958; $p=0,042$) ve TCHP uygulanması (AC-THP'ye kıyasla; aOR=0,190; %95 GA=0,043–0,849; $p=0,030$) daha düşük patolojik tam yanıt olasılığıyla bağımsız olarak ilişkiliydi. Klinik evre III hastalık ile patolojik tam yanıt arasında anlamlı ilişki saptanmadı (aOR=0,512; %95 GA=0,161–1,625; $p=0,256$).

Sonuç: Üçlü pozitif meme kanserinde yüksek östrojen reseptörü düzeyi, ileri yaş ve TCHP rejimi daha düşük patolojik tam yanıt olasılığıyla bağımsız olarak ilişkili bulundu. Bu değişkenler neoadjuvan tedavi yanıtıyla ilişkili olabilir; ancak bulguların daha geniş ve çok merkezli çalışmalarda doğrulanması gereklidir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S13

KLİNİK EVRE I–IIA MEME KANSERİNDE BAŞLANGIÇ FDG-PET/BT TEDAVİ AMACINI NADİREN DEĞİŞTİRİR, ANCAK TANISAL BELİRSİZLİK YARATAN UZAK BULGULARI SIK SAPTAR

Mehmet Fatih Özbay¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Düşük anatomik evrede rutin sistemik görüntüleme önerilmemesine rağmen, klinik evre I–IIA meme kanserinde başlangıç evrelemesi amacıyla 18F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (FDG-PET/BT) kullanılabilmektedir. Bu çalışmada FDG-PET/BT'nin küratif amaçlı tedaviden metastatik hastalık yönetimine geçişe ne sıklıkta yol açtığı ve tedavi amacını değiştirmeyen şüpheli uzak bulguların klinik seyrinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2015–Şubat 2026 tarihleri arasında tek merkezde başlangıç evrelemesi amacıyla FDG-PET/BT yapılan, patolojik olarak doğrulanmış meme kanserli hastalar retrospektif olarak incelendi. PET/BT öncesi klinik evre; fizik muayene, mamografi, meme ve aksiller ultrasonografi ile mevcutsa meme manyetik rezonans görüntüleme bulguları kullanılarak, PET/BT ve cerrahi patoloji dikkate alınmadan yeniden oluşturuldu. Klinik evre I–IIA olan ve önceden uzak metastazı bulunmayan hastalar çalışmaya alındı. Birincil sonlanım noktası PET/BT sonucunda metastatik hastalık yönetimine geçiş; ikincil sonlanım noktası ise tedavi amacını değiştirmeyen, metastaz açısından şüpheli uzak bulguların sıklığı, oluşturduğu ek incelemeler ve takip sonuçlarıydı. Çalışma etik kurul tarafından onaylandı (TBAEK-547, 25 Haziran 2026).

Bulgular: Başlangıç evrelemesi için PET/BT yapılan 674 hasta tarandı; 170 hasta klinik evre I–IIA kohortuna dahil edildi ve 156 hasta birincil sonlanım açısından değerlendirilebildi. Değerlendirilebilir kohortta medyan izlem 18,9 aydı. FDG-PET/BT, 4 hastada küratif yaklaşımdan metastatik hastalık yönetimine geçişe yol açtı (%2,6; %95 güven aralığı: %0,7–6,4). Bu hastaların tamamında yaygın, multifokal iskelet veya çoklu organ tutulum paterni vardı. Buna karşılık 21 hastada (%13,5; %95 güven aralığı: %9,0–19,7) tedavi amacını değiştirmeyen şüpheli uzak bulgu saptandı. Bu hastaların 11'inde lezyona yönelik ek inceleme veya planlı yeniden değerlendirme yapıldı. Dört bulgu benign veya yanlış pozitif olarak sonuçlanırken, 17 bulgu izlem süresince belirsiz kaldı. Bir hastaya FDG tutulumu gösteren adrenal lezyon nedeniyle adrenalectomi uygulandı ve patoloji benign adrenokortikal adenom olarak raporlandı. Bu alt grupta medyan 12,1 aylık izlemde hiçbir hasta metastatik olarak yeniden sınıflandırılmadı.

Sonuç: Klinik evre I–IIA meme kanserinde başlangıç FDG-PET/BT, metastatik hastalık yönetimine geçiş nadiren sağlamakta; buna karşılık tedavi amacını değiştirmeyen, ek incelemelere ve tanisal belirsizliğe yol açan uzak bulguları daha sık saptamaktadır. Bulgular, düşük anatomik evrede rutin kullanım yerine seçici FDG-PET/BT kullanımını desteklemektedir.



S14

**MEME KANSERİNDE SOMATİK DNA HASAR ONARIMI GENİ MUTASYONLARININ PROGNOSTİK DEĞERİ:
MSK-IMPACT KOHORTUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

Ender Kalacı

Liv Hospital Ankara, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

Amaç: DNA hasar onarımı (DDR) yollarındaki bozukluklar, meme kanserinde PARP inhibitörleri ve platin duyarlılığının biyolojik temelini oluşturur. Bununla birlikte, somatik DDR gen mutasyonlarının hastalığın doğal seyri üzerindeki bağımsız prognostik etkisi halen net değildir. Bu çalışmada, somatik DDR alterasyonlarının genel sağkalım (OS) ve hastalıksız sağkalım (DFS) ile ilişkisi değerlendirildi.

Yöntem: cBioPortal üzerinden halka açık olarak erişilebilen, tümör-normal eşleşmeli MSK-IMPACT (Memorial Sloan Kettering–Integrated Mutation Profiling of Actionable Cancer Targets) paneliyle dizilenmiş meme kanseri kohortu retrospektif olarak analiz edildi. ATM, ATR, BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, RAD51C, RAD51D ve BARD1 genleri tek bir DDR grubu olarak değerlendirildi; bu genlerden herhangi birinde somatik mutasyon saptanan hastalar DDR alterasyonu pozitif kabul edildi. Sağkalım analizlerinde Kaplan–Meier yöntemi ve log-rank testi kullanıldı. Çok değişkenli analizler yaş, reseptör alt tipi, tanı evresi ve örnek tipi için düzeltilmiş Cox regresyon modeli ile gerçekleştirildi. DFS analizi yalnızca tanıda metastatik olmayan hastalarla sınırlandırıldı.

Bulgular: Hastaların 193'ünde (%11,0) somatik DDR alterasyonu saptandı. En sık mutasyona uğrayan genler BRCA2 (%3,3), ATM (%3,1) ve ATR (%2,3) idi. DDR alterasyonu taşıyan tümörler daha ileri evredeydi (evre III–IV: %50,8'e karşı %39,4; $p=0,015$), daha yüksek histolojik dereceye sahipti (%65,3'e karşı %60,4; $p=0,004$) ve tümör mutasyon yükü anlamlı olarak daha yüksekti (medyan 0,23'e karşı 0,10; $p<0,001$). Toplam 382 ölüm olayı gerçekleşti. Buna karşın, DDR alterasyonu varlığı OS açısından anlamlı bir farklılık göstermedi (log-rank $p=0,77$; beş yıllık OS %81,6'ya karşı %80,9). Benzer şekilde, DFS açısından da iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (log-rank $p=0,53$).

Sonuç: Somatik DDR mutasyon durumu, bu geniş MSK-IMPACT kohortunda OS veya DFS açısından bağımsız bir prognostik belirteç olarak bulunmadı. Buna karşın, DDR alterasyonu taşıyan tümörlerin daha ileri evre, daha yüksek histolojik derece ve artmış tümör mutasyon yükü ile ilişkili olması, bu değişikliklerin kötü prognozu doğrudan belirlemekten ziyade daha genomik instabil bir tümör biyolojisini yansıttığını düşündürmektedir. Bu gözlem, somatik DDR değişikliklerinin prognostik biyobelirteçten çok tedavi yanıtını öngören prediktif biyobelirteçler olarak daha fazla klinik önem taşıyabileceğine işaret etmektedir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S16

MEME KORUYUCU TEDAVİ SONRASI GELİŞEN RADYASYON İLİŞKİLİ MEME ANJİOSARKOMU: YANLIŞ NEGATİF TRU-CUT BİYOPSİ SONRASI TANI ALAN BİR OLGU

Düşsel Gerçelman Çataklı, Hazal Arıkan Kalvo, Cemal Kaya

Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Radyasyon ilişkili anjiosarkom (RİAS), meme koruyucu tedavi sonrasında uzun latent dönemde gelişebilen, nadir ancak agresif seyirli bir sekonder malignitedir. Bu olgu sunumunda, meme kanseri tedavisinden yaklaşık 10 yıl sonra ışınlanan sahada gelişen RİAS'ın tanınal özellikleri ve yönetimi tartışılmıştır.

Olgu: Kırk beş yaşındaki kadın hasta, sağ memede ağrı, cilt renginde koyulaşma ve yer yer kanamalı lezyonlar nedeniyle başvurdu. Öyküsünde yaklaşık 10 yıl önce sağ meme invaziv duktal karsinomu (histolojik grade 3, pT2N2, hormon reseptörü pozitif, human epidermal growth factor receptor 2 [HER2] pozitif) nedeniyle meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon uygulandığı, ardından adjuvan kemoterapi ve radyoterapi verildiği öğrenildi. Fizik muayenede ışınlanan sahada diffüz cilt kalınlaşması, ekimoz benzeri mor-kırmızı renk değişiklikleri ve kanamalı ülserasyon alanları izlendi. Mamografi ve meme manyetik rezonans görüntülemesinde kitlesel olmayan heterojen kontrastlanma ve yaygın cilt kalınlaşması saptandı. Lezyondan yapılan tru-cut biyopsi malignite lehine değerlendirilmedi. Ancak klinik şüphenin devam etmesi üzerine gerçekleştirilen cilt punch biyopsisinde anjiosarkom tanısı konuldu. İmmünohistokimyasal incelemede CD31 ve CD34 pozitifliği, pansitokeratin negatifliği ve %40 Ki-67 proliferasyon indeksi gösterildi. Pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografide sağ memede yaygın hipermetabolik tutulum ve metastatik hastalık açısından şüpheli plevral efüzyon izlendi. Radyoterapi öyküsü, lezyonun ışınlanan sahada ortaya çıkması ve yaklaşık 10 yıllık latent dönem göz önüne alınarak olgu sekonder RİAS olarak değerlendirildi. Olgu multidisipliner konseyde tartışıldı ve mastektomi planlandı.

Tartışma: RİAS, meme koruyucu tedavi ve radyoterapi sonrası nadir görülen ancak prognozu kötü bir sekonder malignitedir. Klinik olarak ekimoz benzeri cilt lezyonları, cilt kalınlaşması ve kanamalı ülserasyonlarla prezente olabilir. Tanıda CD31 ve CD34 gibi vasküler belirteçler yol göstericidir. Negatif cerrahi sınır elde edilmesini hedefleyen geniş rezeksiyon veya mastektomi temel tedavi yaklaşımını oluşturur. Sunulan olguda ilk tru-cut biyopsinin benign sonuçlanmasına rağmen klinik şüphenin devam etmesi tanıya ulaşılmasını sağlamış ve tekrarlayan biyopsilerin önemini ortaya koymuştur. Meme koruyucu tedavi sonrası ışınlanan sahada gelişen yeni cilt bulguları RİAS açısından yüksek klinik şüphe ile değerlendirilmeli, erken doku örnekleme ile histopatolojik doğrulama sağlanmalıdır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S17

RADYOİZOTOP YOKLUĞUNDA TEK BAŞINA İZOSÜLFAN MAVİSİ VEYA METİLEN MAVİSİ İLE YAPILAN SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİLERİNİN ONKOLOJİK ETKİNLİK, YAN ETKİ VE MALİYET YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

¹Enes Cebeci, ²Veysel Cem Özcan, ³Ezgi Altınsoy

¹Samsun Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Samsun

²Antalya Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

³Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Van

Amaç: Nükleer tıp altyapısı ve gama prob imkânı bulunmayan kliniklerde, meme kanseri cerrahisinde aksiller evreleme amacıyla tek başına İzosülfan Mavis (İSM) veya Metilen Mavis (MM) kullanımının sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) üzerindeki onkolojik etkinliğini, perioperatif sistemik ve lokal yan etki profillerini ve maliyet-etkinliğini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Kliniğimizde tek başına İSM (n=19, subareolar enjeksiyon) veya MM (n=33, peritümöral veya intradermal enjeksiyon) kullanılarak SLNB uygulanan ardışık 52 meme kanseri hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, lenf nodu saptama oranları, ortalama haritalama süreleri, çıkarılan lenf nodu sayıları, perioperatif sistemik/lokal komplikasyonlar ve maliyetleri kaydedildi. İstatistiksel analizlerde Fisher'ın kesin testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Sentinel lenf nodu saptama başarıları MM grubunda %93,9 (31/33), İSM grubunda ise %84,2 (16/19) olarak bulundu ve benzer onkolojik güvenilirlik sergiledi (p=0.3419). Ortalama nod saptama süreleri (MM: 11,6±2,9 dk, İSM: 12,3±3,0 dk; p=0.3593) ve çıkarılan ortalama nod sayıları (MM: 2,6±0,7, İSM: 2,9±0,7; p=0.0970) gruplar arasında benzerdi. Neoadjuvan kemoterapi (NAK) öyküsü olan hastalarda saptama başarıları sınırda bir olumsuz eğilim gösterdi (%72,7'ye karşı %95,1; p=0.0574). Sistemik alerjik reaksiyonlar ve "blue hives" (mavi kurdeşen) tablosu yalnızca İSM grubunda izlendi (%15,8'e karşı %0,0; p=0.0438) ve bu duruma geçici desatürasyonlar eşlik etti (%21,1'e karşı %6,1; p=0.1751); ancak tüm olgular intraoperatif basit müdahalelerle sekelsiz yönetildi. Lokal cilt nekrozu (%18,2'ye karşı %0,0; p=0.0746) ve kalıcı dövmelenme (tattooing) etkisi (%21,2'ye karşı %0,0; p=0.0390) ise yalnızca MM uygulanan ve intradermal enjeksiyon yapılan grupta gözlemlendi. MM grubu içinde yapılan alt analizde, eşlik eden Diabetes Mellitus (DM) varlığının lokal cilt nekrozu riskini dramatik ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde artırdığı saptandı (%60,0'a karşı %10,7; p=0.0313). Maliyet analizinde MM, ithal İSM'ye göre belirgin kurumsal ekonomik avantaj sağladı.

Sonuç: Radyoizotop bulunmayan koşullarda hem İSM hem de MM tek başına yüksek lenf nodu saptama başarılarıyla güvenilir birer aksiller haritalama ajanıdır. İSM, anestezi altında kolayca yönetilebilen sistemik alerjik reaksiyon ve mavi kurdeşen riski taşıırken; MM, paha biçilemez bir maliyet avantajı ve sistemik güvenlik sunar. Ancak MM kullanımında kozmetik ve lokal iskemik komplikasyonlardan kaçınmak adına, özellikle yüksek riskli diyabetik hastalarda intradermal enjeksiyon tekniğinden kesinlikle uzak durulmalıdır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S18

POSTMASTEKTOMİ RADYOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERİ HASTALARINDA TEDAVİ ÖNCESİ SİSTEMİK İNFLAMATUVAR BİYOBELİRTEÇLER İLE STROMAL TÜMÖR İNFİLTRE EDEN LENFOSİTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Süleyman Burak Kılıçer¹, Medine İlay Anlı¹, Hatice Kübra Işık², Handan Kaya³,
Mehmet Fuat Eren⁴, Zerrin Özgen¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

²Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

⁴Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

Amaç: Stromal tümör infiltrate eden lenfositler (sTIL), meme kanserinde tümör immün mikroçevresini yansıtan önemli biyobelirteçlerdir. Periferik kandan elde edilen sistemik inflamatuvar biyobelirteçlerin de tümör immünitesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada postmastektomi radyoterapi (PMRT) uygulanan meme kanseri hastalarında tedavi öncesi sistemik inflamatuvar biyobelirteçler ile stromal TIL düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif olarak mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi uygulanan 65 meme kanseri hastası değerlendirildi. Stromal TIL düzeyleri hematoksil-eozin (H&E) boyalı preparatlarda International TILs Working Group önerilerine göre değerlendirildi ve <%10 düşük, ≥%10 yüksek olarak sınıflandırıldı. Tedavi öncesi nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), lenfosit/monosit oranı (LMR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) rutin periferik kan sayımlarından hesaplandı. Sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler ise Fisher exact veya Fisher-Freeman-Halton exact testleri ile karşılaştırıldı. Yüksek stromal TIL ile ilişkili faktörler tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 56 yıl idi. Tümörlerin %95,4'ü östrojen reseptörü (ER) pozitif, %86,2'si progesteron reseptörü (PR) pozitif olup, hastaların %47,7'sinde Ki-67 düzeyi ≥%20 idi. Sekiz hastada (%12,3) yüksek stromal TIL saptandı. Yüksek stromal TIL grubunda tedavi öncesi NLR değeri düşük stromal TIL grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü (medyan 1,53'e karşı 2,41; p=0,038). PLR (p=0,704), LMR (p=0,583), SII (p=0,097), SIRI (p=0,268) ve yaş (p=0,353) ile stromal TIL düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yüksek stromal TIL düzeyi, yüksek Ki-67 ekspresyonu (%100'e karşı %40,4; p=0,002) ve histolojik grade 3 tümörler (p=0,002) ile anlamlı olarak ilişkiliydi. Yüksek stromal TIL saptanan tüm olgular grade 3 tümörlerden oluşuyordu. ER durumu (p=0,330), PR durumu (p=0,073), HER2 durumu (p=0,223), T evresi (p=0,555), N evresi (p=1,000), lenfovasküler invazyon (p=0,580), dermal lenfovasküler invazyon (p=1,000) ve ektranodal yayılım (p=0,639) ile stromal TIL düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde NLR, yüksek stromal TIL ile sınırda anlamlı ters yönlü ilişki gösterdi (OR=0,38; %95 GA: 0,13-1,08; p=0,070), ancak diğer inflamatuvar biyobelirteçlerin hiçbirisi yüksek stromal TIL ile anlamlı ilişki göstermedi.

Sonuç: PMRT uygulanan meme kanseri hastalarında yüksek stromal TIL düzeyi, düşük tedavi öncesi NLR ile birlikte yüksek Ki-67 ekspresyonu ve grade 3 histoloji gibi agresif patolojik özelliklerle ilişkili bulundu. Bulgularımız, stromal TIL değerlendirmesinin periferik inflamatuvar biyobelirteçlere kıyasla tümörün immün biyolojisini daha iyi yansıtabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş örneklemli prospektif çalışmalar, stromal TIL ile sistemik inflamatuvar biyobelirteçlerin birlikte değerlendirilmesinin prognostik değerini ve klinik kullanım potansiyelini ortaya koyacaktır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S19

HEREDİTER HEMOLİTİK ANEMİLİ HASTALARDA MEME KANSERİ YÖNETİMİ VE KLİNİK SONUÇLAR: 10 YILLIK TEK MERKEZLİ DENEYİM

Müzeyyen Aslı Ergözoğlu¹, Berksoy Şahin¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Meme kanseri tedavisinde standart kılavuzlar kullanılsa da, Orak Hücreli Anemi (SCA) ve Talasemi gibi Hereditör Hemolitik Anemi (HHA) eşlik eden olgularda klinik yönetim zorlaşmaktadır. Kronik anemi, organ hasarları, hipoksi riski ve onkolojik tedavilerin yarattığı kemik iliği süpresyonu tedaviyi komplike hale getirir. Özellikle hemolitik anemilerin endemik olduğu bölgelerde bu kesişim önemli bir zorluktur. Literatürde bu spesifik kohorta dair veri oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada, geniş veri tabanımız tarayarak HHA ve meme kanseri birlikteliği saptanan olguların klinik-patolojik özelliklerini, tedavi süreçlerini ve sağkalımlarını literatüre kazandırmayı amaçladık.

Yöntem: Merkezimizin 10 yıllık retrospektif onkoloji ve hematoloji kayıtları incelendi. Toplam 6909 meme kanseri, 683 SCA ve 1307 talasemi dosyası taranarak, her iki majör tanıyı taşıyan kohort izole edildi. Demografik veriler, menopoz, evre (TNM), reseptör durumları (ER, PR, HER2) ve Ki-67 indeksleri kaydedildi. Cerrahi yöntemler, sistemik tedaviler, granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF) gereksinimi, doz redüksiyonları, tedavi sırasındaki eritrosit transfüzyon ihtiyacı ve gelişen HHA krizleri analiz edildi. Genel sağkalım (OS) süreleri tanı tarihinden son kontrol veya ölüm tarihine kadar geçen süre (ay) cinsinden hesaplandı.

Bulgular: On yıllık taranan veride her iki tanıyı birlikte taşıyan üç nadir olgu saptandı. Tümünün HHA alt tipi SCA olup, meme kanseri tanıları takiplerinde almışlardı. Kanser tanı anında ortalama hemoglobin 8.6 g/dL, ortalama ferritin 730 ng/mL idi. Olguların %66.7'si premenopozal olup, hastaların tamamı (%100) erken (lokalize) evrede teşhis edilmiştir. İki hastaya mastektomi, birine meme koruyucu cerrahi uygulandı; postoperatif komplikasyon izlenmedi. Sistemik tedavi sürecinde hastaların %33.3'ünde G-CSF kullanım ihtiyacı doğarken, hiçbir olguda kemoterapi doz redüksiyonuna gidilmedi. Ancak süreçte olguların %66.7'sinde belirgin transfüzyon gereksinimi oluştu ve akut SCA krizi tetiklendi. Ortanca 86.4 aylık (dağılım: 40-116 ay) takip süresi sonucunda genel sağkalım (OS) oranı %66.7 olarak saptanmıştır. Bu süreçte bir hasta (116. ayda) HHA dışı nedenle ex olurken, diğer iki hasta remisyonda hayattadır.

Sonuç: On yıllık kurum verimiz bu kesişimin son derece nadir olduğunu teyit etmektedir. Bu spesifik kohortta cerrahi güvenle tolere edilse de, sistemik tedaviler hematolojik toksisiteyi ve HHA krizlerini yüksek oranda (%66.7) tetiklemektedir. Buna rağmen, yeterli hematolojik destekle standart onkolojik dozlar tolere edilebilmiş, doz kısıtlaması gerekmemiştir. Multidisipliner yönetim, yakın takip ve destekleyici bakım, bu hassas grupta tedavilerin güvenle tamamlanması ve uzun dönem sağkalım için elzemdir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S20

ERKEN EVRE HER2 POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN ÇİFT HER2 BLOKAJININ PATOLOJİK TAM YANIT VE ERKEN KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Azer Gökmen¹, Erdoğan Şeyran¹

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Amaç: İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2 (HER2) pozitif erken evre meme kanseri biyolojik olarak agresif seyir gösteren bir alt tiptir. Trastuzumab ve pertuzumab ile uygulanan çift HER2 blokajının neoadjuvan kemoterapiye eklenmesi, patolojik tam yanıt (pTY) oranlarını artırarak uzun dönem prognozu iyileştirmektedir. Bu çalışmada neoadjuvan çift HER2 blokajı uygulanan erken evre HER2 pozitif meme kanseri hastalarında tedavi yanıtı, cerrahi sonuçlar ve erken dönem klinik takip bulgularının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2021-Mayıs 2026 tarihleri arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi edilen 64 erken evre HER2 pozitif meme kanseri hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, tümör karakteristikleri, uygulanan neoadjuvan tedavi rejimleri, cerrahi yöntemleri, patolojik yanıtları ve takip sonuçları incelendi. Birincil sonlanım noktası pTY (ypT0/is ypN0), ikincil sonlanım noktaları ise meme koruyucu cerrahi oranı, nüks gelişimi ve erken sağkalım sonuçları olarak belirlendi.

Bulgular: Medyan yaş 51 (44-58) yıl olup hastaların %42,2'si premenopozal, %57,8'i postmenopozaldı. Hastaların %67,2'si Evre II, %18,7'si Evre III hastalığa sahipti. Hormon reseptör pozitifliği %71,9, HER2 immünohistokimyasal (IHK) 3+ ekspresyonu %84,4 ve floresan in situ hibridizasyon (FISH) pozitifliği %15,6 olarak saptandı. Hastaların %81,3'üne antrasiklin bazlı AC→THP, %15,6'sına TCHP tedavisi uygulandı. Cerrahi sonrasında hastaların %51,6'sına meme koruyucu cerrahi gerçekleştirildi. pTY oranı %60,9 olarak bulundu. pTY elde edilen hastalarda meme koruyucu cerrahi oranı rezidüel hastalığı bulunanlara göre daha yüksekti (%64,1 ve %32,0). Medyan takip süresi 33,8 ay olup izlemde %3,1 lokal nüks, %4,7 uzak metastaz ve %1,6 hastalık ilişkili ölüm gözlemlendi.

Sonuç: Neoadjuvan çift HER2 blokajı uygulanan erken evre HER2 pozitif meme kanseri hastalarında yüksek pTY oranları elde edilmiştir. pTY gelişen hastalarda meme koruyucu cerrahi uygulanma olasılığı daha yüksek bulunmuş, erken takip döneminde lokal ve uzak nüks oranlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bulgularımız, neoadjuvan çift HER2 blokajının erken evre HER2 pozitif meme kanserinde etkili bir tedavi yaklaşımı olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: HER2 Pozitif Meme Kanseri, Neoadjuvan Tedavi, Trastuzumab, Pertuzumab, Patolojik Tam Yanıt



S21

CDH1-MUTANT OLMAYAN İNVAZİV LOBÜLER KARSİNOMUN KLİNİK VE GENOMİK ÖZELLİKLERİ

Bengü Dursun¹, Sevinç Ballı²

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

Samsun Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

Giriş: İnvaziv lobüler karsinom (İLK) , çoğunlukla CDH1 inaktivasyonu ve E-kaderin kaybı ile ilişkilidir. Ancak bazı olgularda somatik CDH1 mutasyonu bulunmaması, alternatif moleküler mekanizmaların rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, CDH1-wild-type invaziv lobüler karsinomun moleküler ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

Method: TCGA-BRCA PanCancer Atlas veri setinde somatik mutasyon profili bulunan 189 primer İLK olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar CDH1 mutasyon durumuna göre CDH1-mutant ve CDH1-wild type olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, T evresi, AJCC genel evre, nodal (N) tutulum, tümör mutasyon yükü (TMB), toplam mutasyon sayısı ve moleküler alt tip (PAM50) ve eşlik eden somatik mutasyonlar açısından karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerde Wilcoxon/Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ki-kare testi kullanıldı. Genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım Kaplan-Meier yöntemi ve log-rank testiyle değerlendirildi; $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuç: Toplam 189 hastanın 106'sı (%56,1) CDH1-mutant, 83'ü (%43,9) CDH1-wild-type gruptaydı. Tanı yaşı, AJCC evresi, T ve N kategorileri bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). CDH1-mutant grupta toplam mutasyon sayısı ve TMB daha yüksekti; medyan mutasyon sayısı sırasıyla 31 ve 23 ($p=0,0016$), medyan TMB ise 1,05 ve 0,77 mutasyon/Mb idi ($p=0,0044$). PAM50 alt tip dağılımında nominal farklılık izlendi ($p=0,0082$); Luminal A alt tipi CDH1-mutant grupta daha sıkken, CDH1-wild-type grupta Luminal B ve non-luminal alt tiplerin oranı daha yüksekti. CDH1-wild-type grupta en sık mutasyona uğrayan genler PIK3CA (%27,7) ve TTN (%14,5) idi (Şekil 1) . Bununla birlikte, genom çapındaki karşılaştırmada çoklu test düzeltmesi sonrasında CDH1-wild-type grupta anlamlı olarak zenginleşen herhangi bir gen saptanmadı. Progresyonsuz sağ kalım ve genel sağkalım açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.693$, $p=0,346$) (Şekil 2 ve 3).

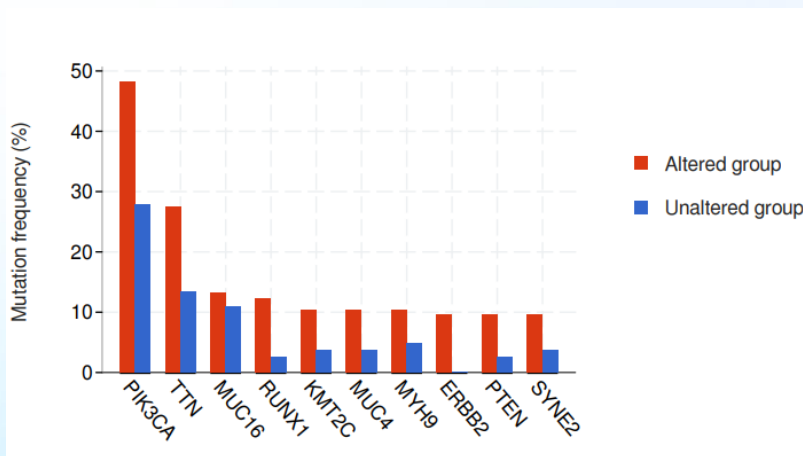
Sonuç: CDH1-wild-type İLK, tek bir alternatif sürücü mutasyonla açıklanamayan, heterojen bir moleküler profil göstermektedir. Bu grupta PIK3CA en sık görülen mutasyon olmakla birlikte, CDH1-wild-type tümörlere özgü ve çoklu karşılaştırma sonrasında anlamlı kalan bir genomik değişiklik belirlenememiştir. Klinik evre ve sağkalım sonuçlarının benzer olması, somatik CDH1 durumunun tek başına prognostik bir belirteç olmadığını düşündürmektedir. CDH1-wild-type İLK'nin biyolojik temelini açıklayabilmek için CDH1 ekspresyonu, DNA metilasyonu, kopya sayısı değişiklikleri ve E-kaderin protein düzeylerini birlikte değerlendiren çok katmanlı analizlere ihtiyaç vardır.



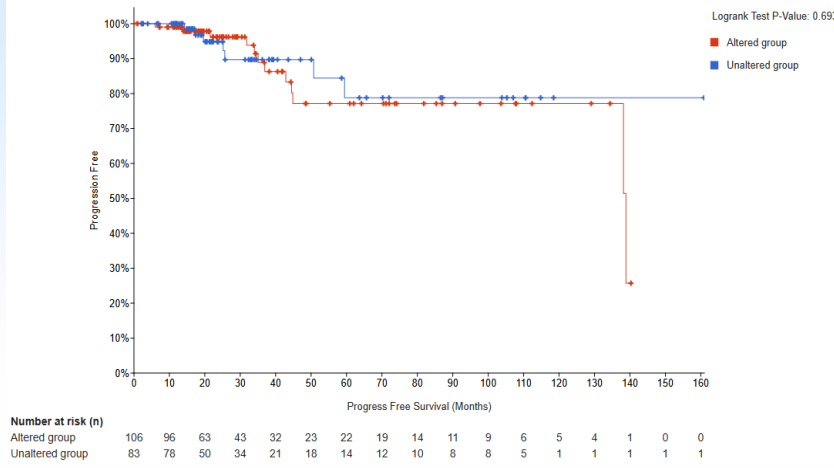
Tablo 1- CDH1 Mutasyon Durumuna Göre Klinik ve Moleküler Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken	CDH1-Mutant (n=106), %	CDH1-Wild Type (n=83)	p-değeri
Tanı Yaşı, medyan [IQR]	62 [53–68]	61 [50–71]	0.7979
AJCC Evre, n (%)			0.8256
Evre I	11 (%10.5)	11 (%13.4)	
Evre II	61 (%58.1)	46 (%56.1)	
Evre III	33 (%31.4)	25 (%30.5)	
T			0.5923
T1	17 (%16.0)	14 (%17.1)	
T2	56 (%52.8)	48 (%58.5)	
T3-4	34 (%32.1)	20 (%24.4)	
N			0.2087
N0	57 (%54.3)	35 (%42.7)	
N1	21 (%20.0)	27 (%32.9)	
N2	10 (%9.5)	6 (%7.3)	
N3	17 (%16.2)	14 (%17.1)	
Mutasyon Sayısı, medyan [IQR]	31 [24–47]	23 [0–56]	0.0016
TMB, mutasyon/Mb, medyan [IQR]	1.05 [0.80–1.62]	0.77 [0.00–1.90]	0.0044
Moleküler Alt Tip (PAM50), n (%)			0.0082
Luminal A	93 (%90.3)	41 (%69.5)	
Luminal B	4 (%3.9)	7 (%11.9)	
HER2-zengin	2 (%1.9)	1 (%1.7)	
Bazal benzeri	0 (%0.0)	2 (%3.4)	

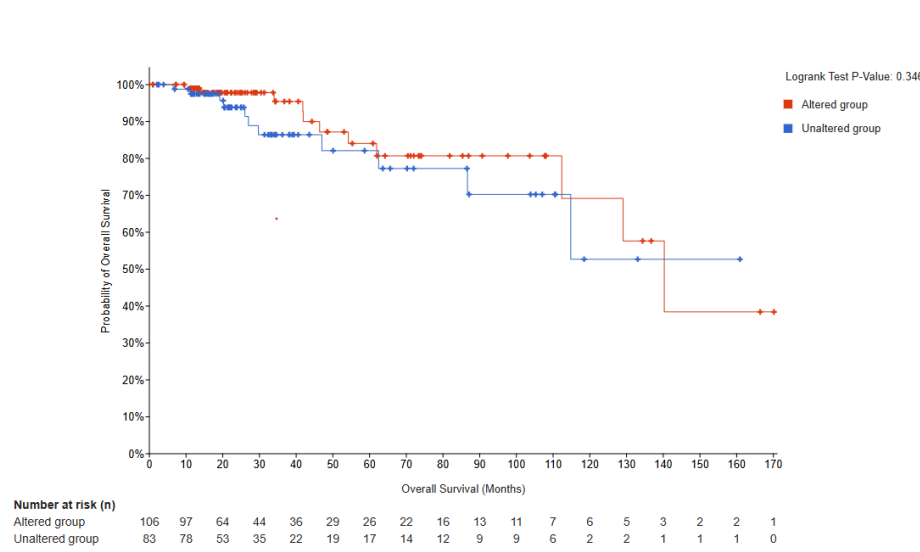
Şekil 1: CDH1-mutant ve CDH1-wild-type İLK’de en sık mutasyona uğrayan genlerin karşılaştırılması



Şekil 2- CDH1-mutant ve CDH1-wild-type İLK gruplarının progresyonsuz sağ kalımı



Şekil 3- CDH1-mutant ve CDH1-wild-type İLK gruplarının genel sağ kalımı





KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S22

TÜRKİYE'DE SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN KADINLARDA MEME KANSERİ FARKINDALIĞI VE TARAMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Berk Yakabağı¹, Emre Koyuncu¹, Tolga Selçuk Olgun¹, Zeyad Kamar¹,
Celalettin Doğan², Berin Tuğtaş Demir³, Funda Kocaay⁴

¹ Ankara Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

³ Ankara Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Ankara

⁴ Ankara Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olup erken tanı mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Türkiye’de ücretsiz ulusal tarama programları uygulanmasına rağmen mamografi katılım oranları istenen düzeyde değildir. Bu çalışmada, sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda meme kanseri farkındalık düzeyinin Breast Cancer Awareness Measure-Türkçe Formu (BCAM-TR) ile değerlendirilmesi, tarama davranışlarının incelenmesi ve farkındalığı etkileyen bağımsız belirleyicilerin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tipteki çalışma Mayıs 2026 tarihinde çeşitli hastane ve aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri 392 kadın ile gerçekleştirildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve BCAM-TR uygulandı. İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 21.0 kullanılarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Pearson ki-kare, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Meme kanseri farkındalığı ile ilişkili bağımsız değişkenler ordinal lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Çalışma için Ankara Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. (07.04.2026, Karar No: 77)

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 49,01±12,45 yıl idi. Kadınların %98,0’ı kendi kendine meme muayenesini, %95,9’u mamografiyi bildiğini belirtirken, 40 yaş ve üzerindeki kadınların %47,4’ü daha önce hiç mamografi yaptırmadığını ifade etti. En sık tanınan belirtiler aksiller kitle (%78,6) ve memede kitle/şişlik (%76,8) iken, meme derisinde kızarıklık (%45,7) en az tanınan belirtiydi. Ordinal lojistik regresyon analizinde sağlık sektöründe çalışma (OR=2,87; %95 GA: 1,77–4,67; p<0,001), düzenli mamografi yaptıрма (OR=1,76; %95 GA: 1,09–2,84; p=0,020) ve ileri yaş (OR=1,02; %95 GA: 1,00–1,04; p=0,048) daha yüksek farkındalık düzeyi ile bağımsız ilişkili bulundu. Eğitim düzeyi bağımsız bir belirleyici değildi. (p=0,852).

Sonuç: Sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda meme kanseri farkındalığı yüksek olmasına rağmen tarama davranışları istenen düzeyde değildir. Özellikle mamografiye katılımın artırılmasına ve palpabl olmayan meme kanseri belirtilerinin tanınmasına yönelik hedefe yönelik eğitim ve erişim odaklı müdahalelere ihtiyaç vardır. Kesitsel tasarım ve kolayda örnekleme yöntemi nedeniyle sonuçların toplum geneline genellenmesinde dikkatli olunmalıdır.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S23

MEME KORUYUCU CERRAHİ SONRASI ADJUVAN RADYOTERAPİDE FRAKSİYONASYON VE BOOST TEKNİKLERİNİN AKUT CİLT TOKSİSİTESİNE ETKİSİ

Hüseyin Tepetam¹, Nursena Çiflik¹, Şölen Nasıfoğlu¹, Gün Günalp¹, Şule Karabulut Gül¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

Amaç: Meme koruyucu cerrahi sonrası uygulanan adjuvan radyoterapide farklı fraksiyonasyon ve boost tekniklerinin akut cilt toksisitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Meme koruyucu cerrahi sonrası adjuvan radyoterapi uygulanan 84 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar uygulanan tedavi rejimine göre konvansiyonel fraksiyonasyon ve sekansiyel boost (50 Gy/25 fraksiyon + 10 Gy boost, n=17), hipofraksiyone sekansiyel boost (40–42,56 Gy/15–16 fraksiyon + 10 Gy boost, n=29) ve simultane integre boost (Simultaneous Integrated Boost, SIB) (tüm memeye 40 Gy/15 fraksiyon ve tümör yatağına eş zamanlı 48 Gy, n=38) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Tüm hastalar Helikal Tomoterapi cihazında tedavi edildi. Akut cilt toksisitesi ve deskuamasyon Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) kriterlerine göre değerlendirildi. Gruplar Pearson ki-kare testi ve uygun durumlarda Fisher's Exact Test testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 84 hastanın yaş ortalaması $53,9 \pm 10,0$ yılı. Tedavi grupları arasında akut cilt toksisitesinin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$). Grade 2–3 akut cilt toksisitesi konvansiyonel fraksiyonasyon grubunda %58,8, hipofraksiyone sekansiyel boost grubunda %13,7 ve SIB grubunda %5,3 olarak bulundu. Buna karşın akut cilt toksisitesi gelişmeyen hasta oranı sırasıyla %0, %34,5 ve %60,5 idi. Grade 3 akut cilt toksisitesi yalnızca konvansiyonel fraksiyonasyon ve hipofraksiyone sekansiyel boost gruplarında görülürken SIB grubunda izlenmedi. Deskuamasyon sıklığı da gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,001$). Yaş deskuamasyon konvansiyonel fraksiyonasyon grubunda %23,5, hipofraksiyone sekansiyel boost grubunda %3,4 oranında görülürken SIB grubunda yaş deskuamasyon izlenmedi.

Sonuç: Fraksiyonasyon ve boost tekniği, adjuvan meme radyoterapisinde akut cilt toksisitesini anlamlı düzeyde etkilemektedir. Hipofraksiyone tedavi yaklaşımları, özellikle SIB tekniği, konvansiyonel fraksiyonasyon ve sekansiyel boost uygulamalarına kıyasla daha düşük akut cilt toksisitesi ve deskuamasyon oranları ile ilişkili bulundu. Bu bulgular, hipofraksiyone SIB tekniğinin erken dönem cilt tolerabilitesi açısından avantaj sağlayabileceğini düşündürmektedir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S24

RADYOLOJİK OLARAK KLİNİK NOD POZİTİF MEME KANSERİNDE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI YPN0 DÖNÜŞÜMÜ VE AKSİLLER CERRAHİ UYGULAMALARI: TEK MERKEZLİ GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Müge Sönmez¹

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Ordu, Türkiye

Amaç: Başlangıçta radyolojik olarak klinik nod pozitif (cN+) kabul edilen meme kanseri hastalarında neoadjuvan tedavi sonrası ypN0 dönüşüm oranını belirlemek; nodal yanıt ile klinikopatolojik özellikleri ve ypN0 durumuna göre uygulanan aksiller cerrahi yaklaşımları, kaynakları sınırlı bir devlet hastanesinin gerçek yaşam koşulları içinde değerlendirmek amaçlandı. Bu analiz, çalışma dönemi boyunca ileri aksiller evreleme tekniklerine ve bazı güncel neoadjuvan tedavilere erişimin aynı düzeyde olmadığı bir kamu hastanesinin gerçek yaşam uygulamasını yansıtmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmada 2020–2025 yılları arasında neoadjuvan tedavi uygulanan 52 hasta tarandı. Aksiller radyolojik incelemelerle cN+ kabul edilen ve neoadjuvan tedavi sonrası patolojik nodal evresi bilinen 39 hasta analize dahil edildi. Aksiller downstaging, radyolojik cN+ hastalığın tedavi sonrası ypN0 olarak sınıflandırılması şeklinde tanımlandı. Birincil sonlanım, cN+'ın ypN0 dönüşüm oranıydı. İkincil sonlanımlar ise başlangıç cN evresi, histolojik grade, Ki-67, moleküler alt tip, HER2 ekspresyonu, meme cerrahisi ve aksiller cerrahi yaklaşımıyla nodal yanıt arasındaki ilişkilerdi. Kategorik değişkenler Fisher'ın kesin testi veya ki-kare testiyle karşılaştırıldı; tüm alt grup analizleri keşifsel olarak kabul edildi. Başlangıç nod biyopsisi/klipsleme, hedefli aksiller diseksiyon ve çıkarılan sentinel nod sayısına ilişkin teknik veriler tüm hastalarda standart biçimde belgelenemedi.

Bulgular: Radyolojik cN+ 39 hastanın medyan yaşı 54; 22 hastanın (%56,4) cN1, 14 hastanın (%35,9) cN2 ve 3 hastanın (%7,7) cN3 olduğu belirlenmişti. Neoadjuvan tedavi sonrası 14 hastada (%35,9) ypN0, 25 hastada (%64,1) rezidüel nodal hastalık saptandı. ypN0 olan 14 hastanın 8'ine (%57,1) sadece sentinel lenf nodu biyopsisi, 6'sına (%42,9) ise aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulandı. ypN-pozitif 25 hastanın 24'ünde (%96,0) aksiller diseksiyon, birinde (%4,0) ise yalnızca sentinel lenf nodu biyopsisi yapıldı. cN1 hastaların 14'ü (%63,6) ypN0'a dönüşürken, cN2–3 grubunda ypN0 gözlenmedi ($p<0,001$). Grade 3 tümörlerde ypN0 oranı %66,7 iken, grade 1–2 tümörlerde %26,7 idi (keşifsel OR=5,50; $p=0,047$). ypN0 oranı HR-/HER2+ grupta sayısal olarak daha yüksek olmasına rağmen, moleküler alt tipler arasında anlamlı fark bulunmadı (%75,0'a karşı diğer alt tiplerde %22,2–37,5; $p=0,372$). HER2 ekspresyon grupları ($p=0,966$), Ki-67 düzeyi ($p=0,221$) ve meme cerrahisi tipiyle ($p=0,157$) ypN0 arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışma kohortunda, radyolojik cN+ hastaların %35,9'u neoadjuvan tedavi sonrası ypN0 olarak sınıflandırıldı ve dönüşüm yalnızca cN1 grubunda görüldü. Ayrıca, başlangıç nodal hastalığın tüm olgularda biyopsiyle doğrulanmaması, gerçek nodal patolojik tam yanıt oranının olduğundan daha yüksek tahmin edilmesine neden olabilir. Yalnızca sentinel lenf nodu biyopsisiyle ypN0 kabul edilen hastalarda, klipsli nodun çıkarılması, çift tracer kullanımı ve yeterli sayıda nod örneklenmesi gibi teknik ölçütlerin standart olarak belgelenmemesi, yanlış negatiflik riskinin değerlendirilmesini engeller. Bu nedenle, ypN0 olmasına rağmen aksiller diseksiyon uygulanan 6 hastanın cerrahi kararının teknik nedenleri bilinmeden 'aşırı tedavi' olarak nitelendirilemez.

Çalışmanın yürütüldüğü devlet hastanesinde nod klipsleme, hedefli aksiller diseksiyon ve çift işaretleyici kullanımıyla sentinel nod haritalaması gibi gelişmiş tekniklerin uygulanabilirliği, kurum altyapısı, ilgili birimlerin



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



erişilebilirliği ve malzeme teminine bağlı olarak değişiklik göstermiştir. Aynı şekilde, neoadjuvan sistemik tedavi seçenekleri de sabit değildir: HER2-pozitif hastalıkta çift HER2 blokajı ve üçlü negatif hastalıkta immünoterapi gibi güncel yaklaşımların geri ödeme koşulları, ilaç temini ve kurum içi uygulama imkânları 2020–2025 döneminde ve tüm hastalarda aynı olmamıştır. Bu heterojenlik, moleküler alt tipe göre nodal yanıt karşılaştırmalarını karmaşıktırabilir. Rejim bazlı detaylı veri olmadığı için erişim farklılıklarının ypN0 üzerindeki etkisi nicel olarak gösterilemez ve belirli bir tedavinin karşılaştırmalı etkinliğiyle ilgili kesin yargılar çıkarılamaz. Bulgular, ideal koşullardaki protokol etkinliğinden çok, kaynak ve geri ödeme kısıtlarının bulunduğu bir kamu hastanesinde gerçekleştirilen gerçek uygulamayı yansıtmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri; neoadjuvan tedavi; aksiller downstaging; ypN0; sentinel lenf nodu biyopsisi; aksiller diseksiyon; gerçek yaşam verisi.

1. GİRİŞ

Neoadjuvan sistemik tedavi, operabl veya lokal ileri meme kanserinde tümör yükünü azaltabilir, meme koruyucu cerrahi olasılığını artırabilir ve tedavi duyarlılığının in vivo olarak değerlendirilmesini mümkün kılabilir. Patolojik tam yanıt özellikle HER2-pozitif ve üçlü negatif hastalıkta daha sık görülür ve bireysel düzeyde daha iyi uzun dönem sonuçlarıyla ilişkilidir [1]. Aksilladaki yanıtın doğru belirlenmesi, aksiller lenf nodu diseksiyonuna (ALND) bağlı lenfödem ve omuz morbiditesini azaltabilecek cerrahi deeskalasyon stratejilerinin temelini oluşturur.

Başlangıçta nod pozitif olup neoadjuvan tedavi sonrasında klinik olarak nod negatif hale gelen hastalarda, yalnızca sentinel lenf nodu biyopsisinin (SLNB) güvenilirliği tekniğe bağlıdır. ACOSOG Z1071 ve SENTINA çalışmalarında yanlış negatiflik oranları sırasıyla %12,6 ve %14,2 olarak bildirilmiştir [2,3]. SN FNAC çalışmasında immünohistokimyanın kullanılması ve düşük hacimli nodal hastalığın pozitif kabul edilmesiyle bu oran %8,4'e düşmüştür [4]. Çift işaretleyici kullanımı, yeterli sayıda sentinel nodun çıkarılması ve başlangıçta biyopsiyle doğrulanıp klipslenen nodun hedeflenerek çıkarılması doğruluğu artırır [2,5].

Bu tekniklerin uygulanması; radyoloji, nükleer tıp, cerrahi ve patoloji birimleri arasında eşgüdümün yanı sıra uygun sarf malzemesine düzenli erişim gerektirir. Neoadjuvan sistemik tedavi seçenekleri, çalışma dönemine ve hastalar arasında da aynı değildir. Bu çalışmanın amacı, kaynakları sınırlı bir kamu hastanesinde radyolojik cN+ meme kanseri hastalarının ypN0 dönüşümünü, ilişkili klinikopatolojik özellikleri ve aksiller cerrahi uygulamalarını gerçek yaşam koşullarında incelemektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışma tasarımı ve hasta seçimi

Bu tek merkezli, retrospektif gözlemsel kohort çalışmasında 2020–2025 yılları arasında neoadjuvan sistemik tedavi alan 52 hasta tarandı. Başlangıç görüntülemesinde cN0 olan 13 hasta dışlandı. Radyolojik olarak cN1–3 kabul edilen, neoadjuvan tedavi sonrasında cerrahi uygulanan ve patolojik nodal evresi bilinen 39 kadın analize alındı. Başlangıç cN evresi rutin klinik ve görüntüleme kayıtlarından elde edildi. Şüpheli nod biyopsisi, nod klipsleme ve radyolojik evreleme ölçütleri tüm hastalarda standart biçimde uygulanıp belgelenmediğinden, çalışma popülasyonu “biyopsiyle doğrulanmış nod pozitif” değil, “radyolojik olarak cN+” olarak tanımlandı. cN2–3 sınıflaması dosyada kayıtlı klinik evreye dayanıyordu; tutulan nod istasyonunun her olguda ayrıntılı kaydı bulunmadığından bu grup birleşik olarak analiz edildi.

2.2. Değişkenler ve tanımlar



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



Yaş, menopoz durumu, histolojik tip ve grade, östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR), HER2, Ki-67, başlangıç cN evresi, neoadjuvan tedavi, meme ve aksilla cerrahisi ile ameliyat sonrası ypN evresi kaydedildi. Hormon reseptörü (HR) pozitifliği ER ve/veya PR pozitifliği olarak tanımlandı. Alt tipler HR+/HER2-, HR+/HER2+, HR-/HER2+ ve üçlü negatif olarak gruplandı. HER2 sınıflaması nihai patoloji kaydına dayandırıldı.

Birincil sonlanım radyolojik cN+ hastalığın neoadjuvan tedavi sonrası ypN0 olarak sınıflandırılmasıydı. ypN0, çıkarılan aksiller nodlarda rezidüel metastazın saptanmamasıyla kabul edildi. İzole tümör hücrelerinin [ypN0(i+)] ve mikrometastazların (ypN1mi) ayrıntılı sınıflandırması tüm olgularda mevcut değildi. İkincil sonlanımlar cN evresi, grade, moleküler alt tip, HER2 durumu, Ki-67 ve meme cerrahisi tipi ile ypN0 arasındaki ilişkiler ve ypN durumuna göre aksiller cerrahi dağılımıydı.

2.3. tedavi ve aksiller cerrahi

Neoadjuvan tedaviler antrasiklin-taksan temelli kemoterapiyi; uygun hastalarda trastuzumabı ve bazı hastalarda pertuzumabı içeriyordu. Tedavi seçimi; hastalık biyolojisi ve klinik durumun yanı sıra dönemsel geri ödeme, ilaç temini ve kurum içi uygulanabilirlikten etkilenmiş olabilir.

Aksiller işlemler yalnızca SLNB, SLNB sonrası ALND veya doğrudan ALND olarak kaydedildi. Başlangıç nodunun klipslenmesi, hedeflenmiş aksiller diseksiyon, kullanılan işaretleyici sayısı, çıkarılan sentinel nod sayısı ve haritalama başarısı tüm olgularda standart biçimde belgelenmedi. Bu nedenle çalışma, SLNB'nin tanısallık doğruluğunu veya aksiller cerrahi yaklaşımların onkolojik güvenliğini sınamak üzere tasarlanmadı.

2.4. İstatistiksel analiz

Sürekli değişkenler medyan (aralık) olarak, kategorik değişkenler ise n (%) olarak özetlendi. İki kategorili değişkenler Fisher kesin testiyle; seyrek hücreli çok kategorili tablolar ise Fisher-Freeman-Halton testinin 500.000 örneklemli Monte Carlo yaklaşımıyla değerlendirildi. Yaş ve Ki-67 dağılımları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Grade 3 için olasılık oranı (OR) ve %95 güven aralığı hesaplandı. İki yönlü $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Küçük örneklem nedeniyle çok değişkenli model kurulmadı; ikincil analizler keşifsel olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

3.1. Hasta ve tedavi özellikleri

Analize alınan 39 hastanın medyan yaşı 54 (28–83) yıl; 27'si (%69,2) postmenopozaldı. Otuz beş hastada (%89,7) invaziv duktal, üçünde (%7,7) medüller ve birinde (%2,6) lobüler karsinom vardı. Başlangıç nodal evre 22 hastada (%56,4) cN1, 14 hastada (%35,9) cN2 ve 3 hastada (%7,7) cN3'tü. Dokuz hastada (%23,1) grade 3 tümör saptandı. Nihai HER2 sonucu 22 hastada (%56,4) pozitif. Ki-67 verisi bulunan 37 hastada medyan değer %30'du (aralık %7–75). Medyan Ki-67 değeri ypN0 grubunda %32,5, ypN-pozitif grupta %25 olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,221$). Meme koruyucu cerrahi 13 (%33,3), mastektomi ise 26 (%66,7) hastaya uygulandı (Tablo 1).



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



Tablo 1. Klinikopatolojik özelliklerin ypN durumuna göre dağılımı

Değişken	Toplam (n=39)	ypN+ (n=25)	ypN0 (n=14)
Yaş, medyan (aralık), yıl	54 (28–83)	54 (28–75)	55 (43–83)
Postmenopoz	27 (69,2)	16 (64,0)	11 (78,6)
İnvaziv duktal histoloji	35 (89,7)	22 (88,0)	13 (92,9)
cN1	22 (56,4)	8 (32,0)	14 (100,0)
cN2	14 (35,9)	14 (56,0)	0
cN3	3 (7,7)	3 (12,0)	0
Grade 1–2	30 (76,9)	22 (88,0)	8 (57,1)
Grade 3	9 (23,1)	3 (12,0)	6 (42,9)
Ki-67, medyan (aralık), %*	30 (7–75)	25 (7–50)	32,5 (15–75)
HR+/HER2+	18 (46,2)	12 (48,0)	6 (42,9)
HR–/HER2+	4 (10,3)	1 (4,0)	3 (21,4)
HR+/HER2–	9 (23,1)	7 (28,0)	2 (14,3)
Üçlü negatif	8 (20,5)	5 (20,0)	3 (21,4)
HER2 pozitif	22 (56,4)	13 (52,0)	9 (64,3)
Meme koruyucu cerrahi	13 (33,3)	6 (24,0)	7 (50,0)
Mastektomi	26 (66,7)	19 (76,0)	7 (50,0)

Veriler aksi belirtilmedikçe n (%) olarak sunulmuştur. HR: hormon reseptörü. *Ki-67 verisi 37 hastada mevcuttu. ypN+ ve ypN0 grupları Mann–Whitney U testiyle karşılaştırıldı (p=0,221).



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



3.2. Nodal yanıt ve ilişkili değişkenler

Neoadjuvan tedavi sonrasında 14 hastada ypN0 saptandı (%35,9; %95 GA, %22,7–51,6); 25 hastada (%64,1) rezidüel nodal hastalık vardı. Rezidüel evre 15 hastada ypN1, 6 hastada ypN2 ve 4 hastada ypN3 olarak kaydedildi. Başlangıçta cN1 olan 22 hastanın 14'ünde (%63,6) ypN0 saptanırken, cN2–3 olan 17 hastanın hiçbirinde ypN0 görülmedi ($p<0,001$).

Grade 3 tümörlerde ypN0 oranı %66,7 (6/9), grade 1–2 tümörlerde ise %26,7 (8/30) idi. OR 5,50 (%95 GA 1,11–27,37) olup Fisher kesin testinde $p=0,047$ bulundu. En yüksek ypN0 oranı HR–/HER2+ alt tipteydi (%75,0; 3/4); ancak alt tipler arasındaki fark anlamlı değildi (Monte Carlo $p=0,372$). Nihai HER2 durumu, Ki-67 ve meme cerrahisi tipiyle ypN0 arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Klinikopatolojik değişkenlere göre ypN0 dönüşümü

Değişken	Kategori	ypN0, n/N (%)	p
Başlangıç cN evresi	cN1	14/22 (63,6)	<0,001
	cN2–3	0/17 (0,0)	
Histolojik grade	Grade 1–2	8/30 (26,7)	0,047
	Grade 3	6/9 (66,7)	
Moleküler alt tip	HR+/HER2+	6/18 (33,3)	0,372*
	HR–/HER2+	3/4 (75,0)	
	HR+/HER2–	2/9 (22,2)	
	Üçlü negatif	3/8 (37,5)	
Nihai HER2 durumu	Negatif	5/17 (29,4)	0,518
	Pozitif	9/22 (40,9)	
Meme cerrahisi	Mastektomi	7/26 (26,9)	0,157
	Meme koruyucu cerrahi	7/13 (53,8)	

* Fisher–Freeman–Halton testinin 500.000 örneklemlili Monte Carlo yaklaşımı. Ki-67 sürekli değişken için Mann–Whitney U testiyle $p=0,221$; yaş için $p=0,341$. Alt grup analizleri keşifseldir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



3.3. Aksiller cerrahi uygulamaları

Tüm kohortta 9 hastaya yalnızca SLNB, 3 hastaya SLNB sonrası ALND ve 27 hastaya doğrudan ALND uygulandı. Toplam 30 hasta (%76,9) herhangi bir aşamada ALND geçirdi. ypN0 grubunda 8 hastaya (%57,1) yalnızca SLNB, 1 hastaya SLNB sonrası ALND ve 5 hastaya doğrudan ALND uygulandı; böylece ypN0 grubunda herhangi bir ALND oranı %42,9 (6/14) oldu. ypN-pozitif 25 hastanın 24'üne herhangi bir aşamada ALND uygulanırken, ypN1 olarak kaydedilen bir hastada yalnızca SLNB vardı ve tamamlayıcı ALND yapılmama gerekçesi veri setinde yer almıyordu (Tablo 3).

Aksiller cerrahi	ypN0 (n=14)	ypN+ (n=25)	Toplam (n=39)
Yalnız SLNB	8 (57,1)	1 (4,0)	9 (23,1)
SLNB sonrası ALND	1 (7,1)	2 (8,0)	3 (7,7)
Doğrudan ALND	5 (35,7)	22 (88,0)	27 (69,2)
Herhangi bir ALND*	6 (42,9)	24 (96,0)	30 (76,9)

* Doğrudan ALND ile SLNB sonrası ALND'nin toplamı. ALND: aksiller lenf nodu diseksiyonu; SLNB: sentinel lenf nodu biyopsisi.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada radyolojik cN+ hastaların %35,9'u neoadjuvan tedavi sonrasında ypN0 olarak sınıflandırıldı; dönüşüm yalnızca cN1 grubunda görüldü. Grade 3 ile ypN0 arasındaki ilişki istatistiksel anlamlılık sınırındaydı ve çoklu keşifsel karşılaştırmalar bağlamında dikkatle yorumlanmalıdır. Moleküler alt tip, HER2 durumu, Ki-67 ve meme cerrahisi tipi arasında anlamlı bir ilişki gösterilememesi, küçük ve dengesiz alt gruplar nedeniyle ilişki olmadığı şeklinde yorumlanmamalıdır.

ACOSOG Z1071'de biyopsiyle doğrulanmış cN1 hastalarının yaklaşık %41'inde aksiller patolojik tam yanıt bildirilmiştir [2]. Bizim tüm kohort oranımız benzer büyüklükte olsa da, hasta grupları doğrudan karşılaştırılmaz. Başlangıçta nod pozitifliği her hastada biyopsiyle doğrulanmadığı için benign, ancak radyolojik olarak şüpheli nodların dahil edilmesi ypN0 dönüşümünü yükseltebilir. Öte yandan, kohortun %43,6'sının cN2-3 olması ve bu grupta ypN0 görülmemesi, genel oranı düşürmüş olabilir. Ayrıca, cN2-3 kayıtlarında tutulan nod istasyonu ayrıntılı olmadığından, "aksiller ypN0" ile başlangıç klinik evresinin anatomik kapsamı her olguda tam olarak eşleştirilememiştir.

HER2-pozitif ve üçlü negatif tümörlerde modern neoadjuvan rejimlerle yüksek patolojik yanıt oranları elde edilebilmektedir [1,6,7]. Bununla birlikte, çalışma döneminde çift HER2 blokajına ve immünoterapiye erişim bütün hastalarda ve yıllarda aynı değildi. İlaç geri ödemesi, temin ve kurum içi uygulanabilirlik tedavi heterojenliğine katkıda bulunmuş olabilir. Bu nedenle tedavi rejimi veya moleküler alt tipe göre karşılaştırmalı etkinlik çıkarımı yapılmamıştır; bu bağlamda bir açıklayıcı olasılık olarak değerlendirilmelidir.

Neoadjuvan tedavi sonrası sınırlı aksiller evrelemenin doğruluğu, hasta seçiminden bağımsız olarak teknik kaliteye bağlıdır. Çift işaretleyici, yeterli sentinel nod sayısı, immünohistokimya ve klipsli nodun çıkarılması yanlış negatifliği



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



azaltır [2–5]. Kohortumuzda yalnızca SLNB ile ypN0 kabul edilen 8 hastada bu ölçütler standart biçimde belgelenmediğinden, SLNB’nin yanlış negatiflik oranı hesaplanamaz. Aynı nedenle ypN0 olup ALND uygulanan altı hasta “aşırı tedavi” olarak nitelendirilemez; başlangıç nodal yükü, haritalama başarısızlığı, yetersiz örnekleme veya devam eden klinik şüphe cerrahi kararını açıklamış olabilir.

Seçilmiş ve teknik olarak uygun biçimde evrenlenmiş cN+→ypN0 hastalarda ALND’nin atlanmasının ardından düşük aksiller nüks oranları bildirilmiştir [8–10]. Ancak bu çalışma, aksiller nüks, hastalıksız sağkalım, bölgesel nodal radyoterapi, lenfödem veya hasta bildirimi sonuçlarını değerlendirmedir. Dolayısıyla bu çalışma, yalnızca SLNB uygulanmasının veya ALND’nin atlanmasının onkolojik güvenliği hakkında sonuç çıkarılmasına olanak sağlamamaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü kamu hastanesindeki teknik ve tedavi erişimi kısıtları, eksiklikleri ortadan kaldıran bir gerekçe değil; bulguların genellenebilirliğini belirleyen gerçek yaşam bağlamıdır. Güvenli deeskalasyon için radyoloji, nükleer tıp, cerrahi, patoloji, radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji arasında standart bir iş akışı gerekir.

4.1. Güçlü yönler ve sınırlılıklar

Çalışmanın güçlü yönleri, başlangıç nod durumunun “radyolojik cN+” olarak açıkça tanımlanması, cN1 ile cN2–3 gruplarının ayrı ayrı sunulması ve kaynakları sınırlı bir merkezdeki aksiller cerrahi heterojenliğini göstermesidir. Başlıca sınırlılıklar ise retrospektif tek merkezli tasarım, küçük örneklem, başlangıç nod biyopsisi ve radyolojik evreleme standardizasyonunun olmaması; klipsleme, işaretleyici yöntemi, çıkarılan sentinel nod sayısı ve hedeflenmiş aksiller diseksiyon verilerinin eksikliği; ypN0(i+) ve ypN1mi ayrımının yapılamaması; tedavi kayıtlarındaki uyumsuzluk; çoklu keşifsel karşılaştırmalar ve çok değişkenli analiz yapılamamasıdır. Takip ve morbidite sonuçlarının bulunmaması, cerrahi güvenlik yorumunu engeller.

5. SONUÇ

Radyolojik cN+ hastalardan oluşan bu küçük gerçek yaşam kohortunda, neoadjuvan tedavi sonrası ypN0 dönüşümü %35,9 olup, yalnızca cN1 grubunda gözlemlenmiştir. Grade 3 için saptanan ilişki sınırdan ve keşifsel niteliktedir. Başlangıç nod pozitifliğinin her hastada biyopsiyle doğrulanmaması ve postneoadjuvan aksiller evreleme tekniğinin standart belgelenememesi nedeniyle, sonuç biyopsiyle doğrulanmış nodal patolojik tam yanıt oranı veya SLNB güvenliği olarak yorumlanmamalıdır. ypN0 olmasına rağmen, ALND uygulanan hastaların uygunluğu teknik gerekçeler bilinmeden değerlendirilemez. Daha büyük, prospektif çalışmalar; nod biyopsisi/klipsleme, TAD veya nitelikli SLNB, sistemik tedavi ve bölgesel radyoterapi verileri içeren standart çalışmalar gerekmektedir.

BİLDİRİMLER

Etik kurul onayı: Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütüldü.

Çıkar çatışması: Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman: Bu çalışma için özel bir finansman sağlanmamıştır.

Veri erişimi: Hasta mahremiyeti ve kurum politikaları çerçevesinde, sorumlu yazardan gerekçeli talep üzerine değerlendirilebilir.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



KAYNAKLAR

1. Cortazar P, Zhang L, Untch M, et al. Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. *Lancet*. 2014;384:164–172. doi:10.1016/S0140-6736(13)62422-8.
2. Boughey JC, Suman VJ, Mittendorf EA, et al. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: ACOSOG Z1071. *JAMA*. 2013;310:1455–1461. doi:10.1001/jama.2013.278932.
3. Kuehn T, Bauerfeind I, Fehm T, et al. Sentinel-lymph-node biopsy in patients with breast cancer before and after neoadjuvant chemotherapy (SENTINA). *Lancet Oncol*. 2013;14:609–618. doi:10.1016/S1470-2045(13)70166-9.
4. Boileau JF, Poirier B, Basik M, et al. Sentinel node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in biopsy-proven node-positive breast cancer: the SN FNAC study. *J Clin Oncol*. 2015;33:258–264. doi:10.1200/JCO.2014.55.7827.
5. Caudle AS, Yang WT, Krishnamurthy S, et al. Improved axillary evaluation following neoadjuvant therapy using selective evaluation of clipped nodes: implementation of targeted axillary dissection. *J Clin Oncol*. 2016;34:1072–1078. doi:10.1200/JCO.2015.64.0094.
6. Gianni L, Pienkowski T, Im YH, et al. Efficacy and safety of neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab in women with locally advanced, inflammatory, or early HER2-positive breast cancer (NeoSphere). *Lancet Oncol*. 2012;13:25–32. doi:10.1016/S1470-2045(11)70336-9.
7. Schmid P, Cortes J, Pusztai L, et al. Pembrolizumab for early triple-negative breast cancer. *N Engl J Med*. 2020;382:810–821. doi:10.1056/NEJMoa1910549.
8. Montagna G, Mrdutt MM, Sun SX, et al. Omission of axillary dissection following nodal downstaging with neoadjuvant chemotherapy. *JAMA Oncol*. 2024;10:793–799. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0578.
9. Barrio AV, Montagna G, Mamtani A, et al. Nodal recurrence in patients with node-positive breast cancer treated with sentinel node biopsy alone after neoadjuvant chemotherapy—a rare event. *JAMA Oncol*. 2021;7:1851–1855. doi:10.1001/jamaoncol.2021.4394.
10. Cabioğlu N, Karanlık H, Gülçelik MA, et al. Oncologic safety of sentinel lymph node biopsy or targeted axillary dissection after neoadjuvant chemotherapy in node-positive breast cancer: the NEOSENTITURK MF-1803 study. *JAMA Surg*. 2025;160:125–134. doi:10.1001/jamasurg.2024.5913.



KARADENİZ MEME KONGRESİ

3 - 5 Eylül 2026 / Sheraton Grand Samsun Otel



S25

HORMON RESEPTÖR POZİTİF VE HER2-NEGATİF METASTATİK MEME KANSERİNDE CDK4/6 İNHİBİTÖRÜ TEDAVİSİNİN İLK ÜÇ AYINDAKİ MCV DEĞİŞİMİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

Ahmet Oruç¹, Hüseyin Gülyer¹, Melek Karakurt Eryılmaz¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Konya

Amaç: CDK4/6 inhibitörleri ile tedavi sırasında ortalama eritrosit hacminde (MCV) artış, sık gözlenen hematolojik değişikliklerden biridir. Bu değişikliğin tedavi etkinliğini yansıtan erken bir biyobelirteç olup olmadığına ilişkin veriler sınırlı ve heterojendir. Bu çalışmada, hormon reseptörü pozitif (HR) ve HER2-negatif metastatik meme kanserli hastalarda başlangıç ile tedavinin üçüncü ayı arasındaki MCV değişiminin progresyonsuz sağkalım (PFS) ve objektif tümör yanıtı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif ve tek merkezli olarak yürütülen çalışmaya, CDK4/6 inhibitörü tedavisi alan ve hem tedavi başlangıcında hem de üçüncü ayda MCV ölçümü bulunan 191 hasta dahil edildi. MCV değişimi (Δ MCV), üçüncü ay MCV değerinden başlangıç MCV değerinin çıkarılmasıyla hesaplandı. Başlangıç ve üçüncü ay MCV değerleri eşleştirilmiş örneklem t testi ile karşılaştırıldı. Üçüncü ayda elde edilen bir biyobelirtecin sağkalımla ilişkisinin değerlendirilmesinde erken olaylara bağlı yanlılığı azaltmak amacıyla 3 aylık landmark analizi uygulandı. Δ MCV'nin PFS ile ilişkisi Cox orantısız risk regresyonu ile incelendi; çok değişkenli modelde karaciğer metastazı ve CDK4/6 tedavi basamağı için düzeltme yapıldı. Ek olarak, Δ MCV çeyreklikleri, üçüncü ayda makrositoz gelişimi ($MCV \geq 100$ fL) ve objektif yanıt grupları (CR+PR ve SD+PD) ile ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $53,7 \pm 14,1$ yıl olup %87,8'i ECOG performans skoru 0-1 idi. Hastaların %81,7'si CDK4/6 inhibitörünü birinci basamakta kullanıyordu; %70,7'si ribosiklib ve %29,3'ü palbosiklib tedavisi almaktaydı. Kemik, akciğer ve karaciğer metastazları sırasıyla hastaların %80,6'sında, %37,2'sinde ve %26,2'sinde mevcuttu.

Medyan takip süresi 21 ay idi. Başlangıç ortalama MCV değeri $88,53 \pm 6,39$ fL iken üçüncü ayda $95,00 \pm 7,17$ fL'ye yükseldi; ortalama artış $6,47 \pm 5,34$ fL idi (%95 güven aralığı [GA], 5,71-7,23; $p < 0,001$). Tedavi başlangıcından hesaplanan tek değişkenli Cox analizinde daha yüksek Δ MCV daha düşük progresyon riski ile ilişkiliydi (HR=0,964; $p=0,036$). Bununla birlikte, 3 aylık landmark analizinde ilişki istatistiksel anlamlılık sınırında kaldı (HR=0,967; $p=0,054$). Çok değişkenli landmark analizinde Δ MCV bağımsız prognostik değer göstermedi (HR=0,980; %95 GA, 0,946-1,015; $p=0,248$); buna karşılık karaciğer metastazı (HR=2,180; %95 GA, 1,468-3,237; $p < 0,001$) ve ileri tedavi basamağı (HR=1,752; %95 GA, 1,136-2,702; $p=0,011$) daha kısa PFS ile bağımsız olarak ilişkiliydi.

Δ MCV çeyreklikleri arasında PFS açısından anlamlı fark saptanmadı (log-rank $p=0,181$). Üçüncü ayda 51 hastada (%26,7) $MCV \geq 100$ fL gelişti; makrositoz bulunan ve bulunmayan gruplarda medyan landmark-PFS sırasıyla 19.9 ve 22.8 ay olup anlamlı fark yoktu (log-rank $p=0,390$). CR+PR elde edilen hastalarda Δ MCV, SD+PD grubuna kıyasla numerik olarak daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($6,86 \pm 5,16$ fL ve $5,99 \pm 5,56$ fL; $p=0,268$).

Sonuç: CDK4/6 inhibitörü tedavisinin ilk üç ayında MCV'de anlamlı bir artış izlenmektedir. Ancak erken Δ MCV, üçüncü ay makrositozu veya MCV değişim büyüklüğü, landmark ve çok değişkenli analizlerde PFS'yi ya da objektif tedavi yanıtını bağımsız olarak öngörmemiştir. Bu bulgular, erken dönemdeki MCV artışının tek başına prognostik bir biyobelirteç olarak kullanılmasını desteklememektedir. MCV kinetiğinin klinik değerini netleştirmek için daha uzun süreli seri ölçümleri içeren ve zaman bağımlı analizlerin uygulandığı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: CDK4/6 inhibitörü; MCV; Makrositoz; Metastatik Meme Kanseri; Progresyonsuz Sağkalım

**ORGANİZASYON
SEKRETARYASI**



Yağmur Koçyiğit

E-Posta: yagmur.kocyigit@pinkongre.com

GSM: 0 532 051 35 85

