



ONKOLOJİK  
BAKIŞ DERNEĞİ

xxx



# 2. ONKOLOJİ BAHAR GÜNCELLEME SEMPOZYUMU

17 - 18 Mayıs 2025

Dedeman Şanlıurfa Otel Toplantı Salonu

## Bilimsel Program ve Bildiri Kitapçığı



[onkolojikbakisdernegi.org](http://onkolojikbakisdernegi.org)



[@onkolojikbakis](https://www.instagram.com/onkolojikbakis)



ONKOLOJİK  
BAKİŞ DERNEĞİ



## 2. ONKOLOJİ BAHAR GÜNCELLEME SEMPOZYUMU

### BİLİMSEL SEKRETERYA

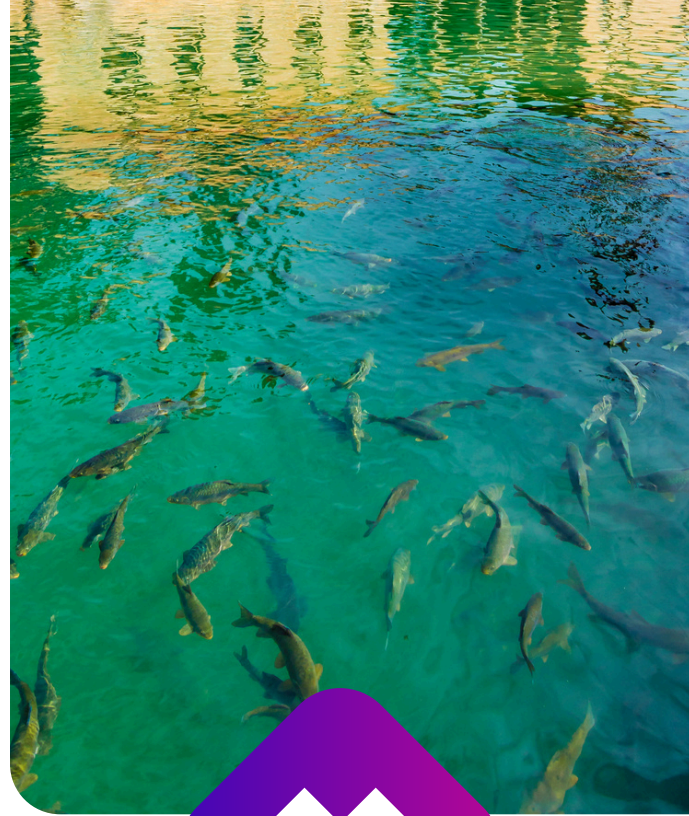
Onkolojik Bakış Derneği

Dr. Cem MİRİLİ

mail: cemirili@gmail.com

Dr. Mert TOHUMCUOĞLU

mail: drmerttohumcuoglu@gmail.com



Galeria İş Merkezi Reşat Bey Cad. No:14  
Seyhan / Adana

onkolojikbakisdernegi@gmail.com



onkolojikbakisdernegi.org





# 2. ONKOLOJİ BAHAR GÜNCELLEME SEMPOZYUMU

Dedeman Şanlıurfa Otelı Toplantı Salonu

~Şanlıurfa~

17 - 18 Mayıs 2025

## ORGANİZASYON SEKRETERYASI

SARUS DANIŞMANLIK  
ORGANİZASYON VE TİC. LTD. ŞTİ

T. +90 532 608 19 17  
sarusdanismanlik@gmail.com  
etkinliksarus@gmail.com



sarusdanismanlik.com.tr



# Sempozyum Programı

17 Mayıs  
Cumartesi

| 8.45-09.00                                          | Açılış Konuşması                                       | Cem MİRİLİ                                                                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.OTURUM<br>Akciğer Kanserinde Güncel<br>Gelişmeler |                                                        | Oturum Başkanları<br><b>Ahmet Taner Sümbül</b><br><b>Ahmet Sezer</b><br><b>Saadettin Kılıçkap</b> |
| SAAT                                                | KONU                                                   | KONUŞMACI                                                                                         |
| 09.00-09.20                                         | KHDAK' de Erken ve Lokal İleri Hastalık                | Erdoğan Nayır                                                                                     |
| 09.20-09.40                                         | KHDAK' de Driver Mutasyonu Olan Metastatik Hastalık    | Nuri Karadurmuş                                                                                   |
| 09.40-10.00                                         | KHDAK' de Driver Mutasyonu Olmayan Metastatik Hastalık | Ahmet Gülmez                                                                                      |
| 10.00-10.20                                         | Küçük Hücreli Akciğer Kanseri                          | İlgın Akbıyık                                                                                     |
| 10.20-10.40 KAHVE MOLASI                            |                                                        |                                                                                                   |



Oturum Başkanları  
**Gökhan Erdem**  
**Tamer Çolakoğlu**

## 2.OTURUM

### Meme Kansерinde Güncel Gelişmeler

| SAAT                    | KONU                               | KONUŞMACI       |
|-------------------------|------------------------------------|-----------------|
| 10.40-10.55             | Cerrahi Yaklaşım                   | Ayşe Gizem Ünal |
| 10.55-11.10             | Erken ve Lokal İleri Hastalık      | Ramazan Acar    |
| 11.10-11.25             | Hormon Pozitif Metastatik Hastalık | Cengiz Karaçin  |
| 11.25-11.40             | Her2 Pozitif Metastatik Hastalık   | Meral Günaldı   |
| 11.40-11.55             | Triple Negatif Metastatik Hastalık | Ahmet Sezer     |
| 11.55-12.15 Tartışma    |                                    |                 |
| 12.15-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ |                                    |                 |

|                                                                                             |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.OTURUM</b><br><b>Gastrointestinal Sistem</b><br><b>Kanserlerinde Güncel Gelişmeler</b> | Oturum Başkanları<br><b>Alper Parlakgümüş</b><br><b>Cem Mirili</b><br><b>Özgür Özyılkan</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

| SAAT        | KONU                                     | KONUŞMACI                |
|-------------|------------------------------------------|--------------------------|
| 13.30-13.45 | Hepatobiliyer Kanserler                  | Veysel Haksöyler         |
| 13.45-14.00 | Gastroözefageal Kanserler                | Dılşa Mızrak Kaya        |
| 14.00-14.15 | Kolorektal Kanserler                     | Yasemin Aydınalp Camadan |
| 14.15-14.30 | GİS Kanserlerinde Lokorejyonel Tedaviler | H. Tuğsan Ballı          |

**14.30-14.45 KAHVE MOLASI**

|                                                                     |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>UYDU SEMPOZYUMU</b><br>Oturum Başkanı<br><b>Ali Ayberk Beşen</b> |  |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| SAAT        | KONU                                                                      | KONUŞMACI        |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 14.45-15.15 | Dünden Bugüne Erbitux: Metastatik Kolorektal Kanserde Uzun Süreli Deneyim | İsmail Oğuz Kara |

**14.30-14.45 KAHVE MOLASI**

**4.OTURUM**

Olgu Sunumları

**Moderatör**

İsmail Oğuz Kara

| SAAT                            | KONU                                                             | MENTÖRLER                                                                                             |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15.25-15.45                     | <b>Hepatosellüler Kanser</b><br>Ahmet Kürşad Dişli               | Gökmen Aktaş<br>Kuntay Kaplan<br>Şafak Yıldırım Dişli<br>Tuğsan Ballı                                 |
| 15.45-16.05                     | <b>Metastatik Her2 Pozitif Meme Kanseri</b><br>Nurlan Memmedzade | Ahmet Sezer<br>Alper Parlakgümüş<br>Mert Tohumcuoğlu<br>Özlem Derinalp Or<br>Ramazan Acar             |
| 16.05-16.25                     | <b>Metastatik Rektum Kanseri</b><br>Ali Topkaç                   | Cengiz Karaçin<br>İsmail Ertürk<br>Kuntay Kaplan<br>Ozan Cem Güler<br>Serkan Gökçay<br>Teoman Şakalar |
| <b>16.25-16.40 KAHVE MOLASI</b> |                                                                  |                                                                                                       |
| 16.40-17.30                     | Sözel Bildiri Oturumu                                            | Oturum Başkanları<br><b>Tolga Köşeci</b><br><b>Mahmut Büyükkşimşek</b>                                |
| SAAT                            | KONU                                                             | KONUŞMACI                                                                                             |
|                                 |                                                                  |                                                                                                       |



# Sempozyum Programı

18 Mayıs  
Pazar

| 8.45-09.00                                                      | Akılcı İlaç Kullanımı    | Alper Yıldırım                                     |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>1.OTURUM</b><br>Genitoüriner Kanselerde<br>Güncel Gelişmeler |                          | Oturum Başkanları<br>Alper Ata<br>Züleyha Çalikuşu |
| SAAT                                                            | KONU                     | KONUŞMACI                                          |
| 09.00-09.15                                                     | Cerrahi Yaklaşım         | Volkan İzol                                        |
| 09.15-09.30                                                     | Prostat Kanseri          | Fatih Köse                                         |
| 09.30-09.45                                                     | Böbrek ve Mesane Kanseri | Hasan Çağrı Yıldırım                               |
| 09.45-10.00                                                     | Radyoterapi              | Hüseyin Cem Önal                                   |
| 10.00-10.15                                                     |                          | KAHVE MOLASI                                       |

UYDU SEMPOZYUMU  
Oturum Başkanı  
**Hüseyin Mertsoylu**

**SAAT****KONU****KONUŞMACI**

10.15-10.45

ERLEADA İLE GÜÇ SENİN ELİNDE

Mustafa Gürbüz

**10.45-11.00 ARA**

**2.OTURUM**  
Jinekolojik Kanserlerde Güncel  
Gelişmeler

Oturum Başkanları  
**Tolga Köşeci**  
**Zafer Arık**

**SAAT****KONU****KONUŞMACI**

11.00-11.20

Over Kanseri

İsmail Ertürk

11.20-11.40

Endometrium-Serviks  
Kanseri

Kadir Eser

11.40-12.00

Cerrahi Yaklaşım

Sevda Baş

**12.00-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ**

### 3.OTURUM

## Kanser Genetiği ve Destek Tedaviler

Oturum Başkanları  
**Birol Yıldız**  
**Teoman Yanmaz**

| SAAT                     | KONU                                       | KONUŞMACI        |
|--------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| 13.30-13.50              | Onkolojide Genetik Testler Kime? Ne zaman? | Umut Dişel       |
| 13.50-14.10              | Onkoloji Pratiğinde GCSF Kullanımı         | Buğra Öztosun    |
| 14.10-14.30              | Kanser Hastalarında Beslenme               | Mustafa Seyyar   |
| 14.30-14.50              | Ağrı Palyasyonu ve Emezis Yönetimi         | Şendağ Yaslıkaya |
| 14.50-15.00 KAHVE MOLASI |                                            |                  |



| 15.00-16.00    | Sözel Bildiri Oturumu                                                                                                                                                             | Oturum Başkanları<br><b>Abdullah Evren Yetişir</b><br><b>Mehmet Türker</b> |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| SAAT           | KONU                                                                                                                                                                              | KONUŞMACI                                                                  |
| 15.00-15.10    | Prostat Kanseri Hastalarında Vitamin D Düzeyinin Değerlendirilmesi                                                                                                                | <b>Mehmet Türker</b>                                                       |
| 15.10-15.20    | Neoadjuvan FLOT rejimi alan mide karsinomu tanılı hastalarda immün inflamasyon belirteçlerinin sağkalıma etkisi                                                                   | <b>Faruk Recep Özalp</b>                                                   |
| 15.20-15.30    | Mide kanserinde yeni bir olumsuz prognostik biyobelirteç; CPNE2                                                                                                                   | <b>Hasan Çağrı Yıldırım</b>                                                |
| 15.30-15.40    | Denovo Hormon Pozitif Her 2 Negatif Metastatik Meme Kanseri Hastalarda CDKİ Tedavisi Sırasında Primere Cerrahi Tedavi Yapılmasının Etkinlik Değerlendirilmesi Tek Merkez Deneyimi | <b>Teoman Şakalar</b>                                                      |
| 15.40-15.50    | Lenfoma Hastalarında Hepatit B ve C Prevalansı                                                                                                                                    | <b>Fatih Necip Arıcı</b>                                                   |
| POSTER BİLDİRİ | HER2 Pozitif Meme Kanseri Olgu Sunumu                                                                                                                                             | <b>Melin Aydan Ahmed</b>                                                   |



## Prostat Kanseri Hastalarında Vitamin Düzeyinin Değerlendirilmesi

**İrfan Alişan<sup>1</sup>, Mehmet Türker<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

**Giriş:** Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerden biridir. Yeni tanı alan erkek tümörlerinin yaklaşık %20'sini prostat kanseri oluşturmaktadır. Yaşam süresi uzadıkça görülme sıklığı artmaktadır. Tanı anında hastaların çoğunluğu erken evredeyken yaklaşık %5'i ileri evre hastalığa sahiptir. Hastalık evresi, gleason skorlaması, hastalık volümü, hasta performansı gibi parametreler prognositiktir. Obezite, fiziksel aktivite, sigara, antioksidan kullanımı gibi faktörler mortaliteyi etkilemektedir. D vitamininin kanserden korunmadaki rolü üzerine bazı kanıtlar vardır. D vitamini; hücre büyümesi, bazı genlerin aktivasyonu veya inhibisyonu gibi hücresel düzeyde etkilere sahiptir. D vitamini düzeyi ile kanserden korunma arasındaki en güçlü ilişki kolon kanserinde görülmektedir. Post menopozal kadınlarda kanser gelişiminin değerlendirildiği çalışmalarda D vitamini desteği alan kadınlarda kanser gelişme sıklığının daha düşük olduğu gözlenmiştir. D vitamini düzeyiyle lenfoma, böbrek, over, endometrium, mide, özofagus kanserleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Prostat ve pankreas kanseriyle ilişkisine dair yapılan çalışmalarda net sonuçlar alınamamıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızdaki veriler prostat kanseri tanısı almış ikinci bir malignite tanısı olmayan olguların dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi ile elde edildi. Daha önce D vitamini tedavisi almamış 85 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarda D vitamini düzeylerine bakıldı. Referans aralık D vitamini için 30-60 ng/ml kabul edildi. 20-29,9 ng/ml hafif, 10-19,9 ng/ml orta, <10 ng/ml ağır D vitamini eksikliği olarak kabul edildi.

**Sonuçlar:** Hastaların yaş ortalaması 71.9 (56-90) ve hastaların 53'ü (%62.4) metastatik, 32'i (%37.6) lokal evrede idi. 68 hastada (%80) D vitamini eksikliği saptandı. Bunlardan 19'u (%22,4) hafif, 39'u (%45.9) orta, 10'u (%11.8) ağır D vitamini eksikliğine sahipti. Hastalık evresi ile vitamin düzeyleri arasında ilişki bulunmadı.

**Tartışma:** D vitamini eksikliğinin bazı kanser türleri (kolon kanseri gibi) gelişimi için risk faktörü olmaktadır. Birçok kanser ile ilgili çalışma yapılmıştır. Yüksek doz D vitamini replasmanının prostat kanseri gelişimi riskini azalttığı düşünülmekle beraber kanıta dayalı çalışmalar sınırlıdır. Prostat kanseri ve D vitamini ile ilgili çalışmalar çelişkili olmakla beraber, sirküle vitamin D düzeyleri ile prostat kanseri mortalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda prostat kanseri hastalarında oldukça yüksek oranlarda D vitamini eksikliği saptandı. Hastalık evresi ile D vitamini düzeyleri arasında ilişki bulunmadı. Bu hastalarda daha geniş hasta gruplarıyla çalışmalara ihtiyaç vardır.

## Neoadjuvan FLOT Rejimi Alan Mide Karsinomu Tanılı Hastalarda İmmün İnflamasyon Belirteçlerinin Sağkalıma Etkisi

**Faruk Recep Özalp<sup>1</sup>, Halil İbrahim Ellez<sup>1</sup>, İlkay Tuğba Ünek<sup>1</sup>**

1-Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Lokal ileri mide karsinomu tanılı hastalarının önemli bir kısmı multimodal tedaviye rağmen nüks göstermekte, bu da biyobelirteçlere olan ihtiyacı işaret etmektedir. Panimmün inflamasyon değeri (PIV), Sistemik inflamasyon indeksi (SII) ve CRP-albumin oranı (CAR) kan sayımına dayalı olarak geliştirilmiş bir prognostik biyobelirteçtir. Bu çalışmada, neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi ile tedavi edilen lokal mide karsinom hastalarında klinikopatolojik parametreler, PIV, CAR, SII ile genel sağkalım arasındaki ilişkiyi değerlendirdik.

**Gereç-Yöntem:** Lokal ileri mide kanseri tanısı konmuş ve neoadjuvan sistemik kemoterapi alan toplam 115 hasta değerlendirilmiştir. Kemoterapi başlamadan önceki 24 saat içinde ölçülen laboratuvar değerleri kaydedilmiştir. SII şu formül kullanılarak hesaplanmıştır (nötrofil sayısı  $\times$  trombosit sayısı) / lenfosit sayısı. PIV ise (nötrofil sayısı  $\times$  trombosit sayısı  $\times$  monosit sayısı) / lenfosit sayısı formülünü kullanılarak elde edildi. CAR ise (CRP/albumin) formülü kullanılarak elde edildi. ROC analizi yapılarak genel sağkalımı tahmin etme açısından uygunlukları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 115 hastanın 83'ü (%72,2) erkek, 32'si (%27,8) kadındı ve ortalanca yaşları  $61 \pm 10,3$  yıldır. CAR, PIV ve SII'nın genel sağkalım açısından ROC analizinde saptanan AUCler sırasıyla 0.565, 0.602, 0.600 idi ( $p = 0.25, 0.06, 0.039$ ). ROC analizinde SII anlamlı gelmesi nedeniyle regresyon analizine dahil edildi. Optimal SII eşik değeri 508 olarak belirlendi. Çoklu değişkenli analizlerde genel sağkalım açısından pozitif lenf nodu sayısı (HR:1.06,  $p = 0.001$ ) ve SII (HR:1.1,  $p = 0.014$ ) anlamlı bulundu.

**Sonuç:** Neoadjuvan sistemik tedavi alan mide karsinomu tanılı hastalarda yüksek SII ve  $\geq 4$  pozitif lenf nodu varlığı OS açısından kötü prognostiktir.

Tablo 1:Hasta karakteristikleri

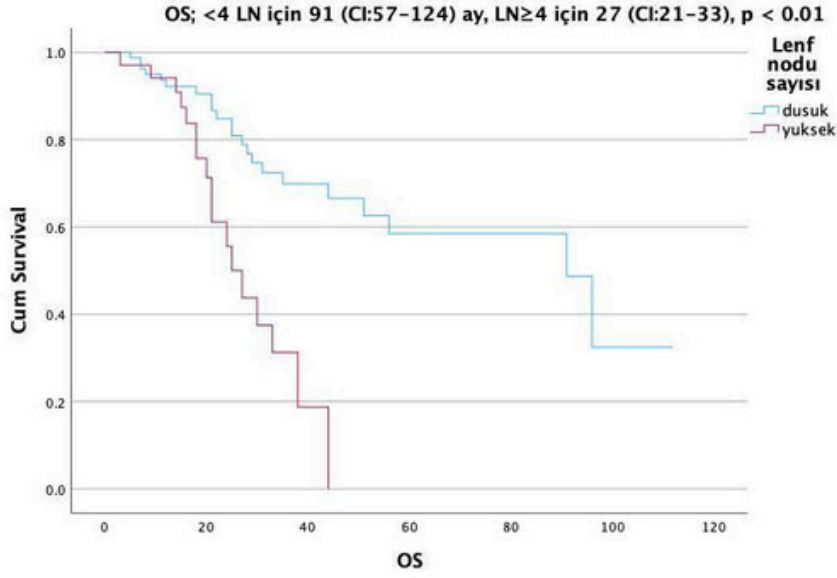
|                                   |                                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cinsiyet</b>                   | Erkek: 83 (%72)<br>Kadın: 32 (%28)                                                   |
| <b>Yaş</b>                        | Ortanca: 61 ± 10<br><65: 68 (%59)<br>≥65: 47 (%41)                                   |
| <b>ECOG PS</b>                    | 0: 76 (%66)<br>1: 39 (%34)                                                           |
| <b>Lauren Tipi</b>                | İntestinal: 40 (%35)<br>Diffüz: 40(%35)<br>Mikst: 17 (%14)<br>Belirtilmedi: 18 (%16) |
| <b>Tümör Lokasyonu</b>            | Mide: 76 (%66)<br>GEJ: 39 (%34)                                                      |
| <b>Histolojik Derece</b>          | G1: 27 (%24)<br>G2: 39 (%34)<br>G3: 49 (%42)                                         |
| <b>LVI</b>                        | Var: 53 (%48)<br>Yok: 55 (%46)<br>Kayıp:7 (%6)                                       |
| <b>PNI</b>                        | Var: 50 (%44)<br>Yok: 58 (%50)<br>Kayıp:7 (%6)                                       |
| <b>Taşlı Yüzük Hücre</b>          | Var: 26 (%77)<br>Belirtilmemiş: 89 (%23)                                             |
| <b>cT Evresi</b>                  | T1-2: 7 (%6)<br>T3-4: 108 (%94)                                                      |
| <b>Tümör regresyon derecesi</b>   | 1a: 6 (%5)<br>1b: 12 (%11)<br>2: 36 (%31)<br>3: 61 (%53)                             |
| <b>Çıkarılan lenf nodu sayısı</b> | <16: 6<br>≥16: 109                                                                   |
| <b>ypN evresi</b>                 | 0: 43 (%37)<br>1: 32 (%28)<br>2: 15 (%13)<br>3: 25 (%22)                             |
| <b>Gastrektomi</b>                | Total: 98 (%85)<br>Subtotal: 17 (%15)                                                |



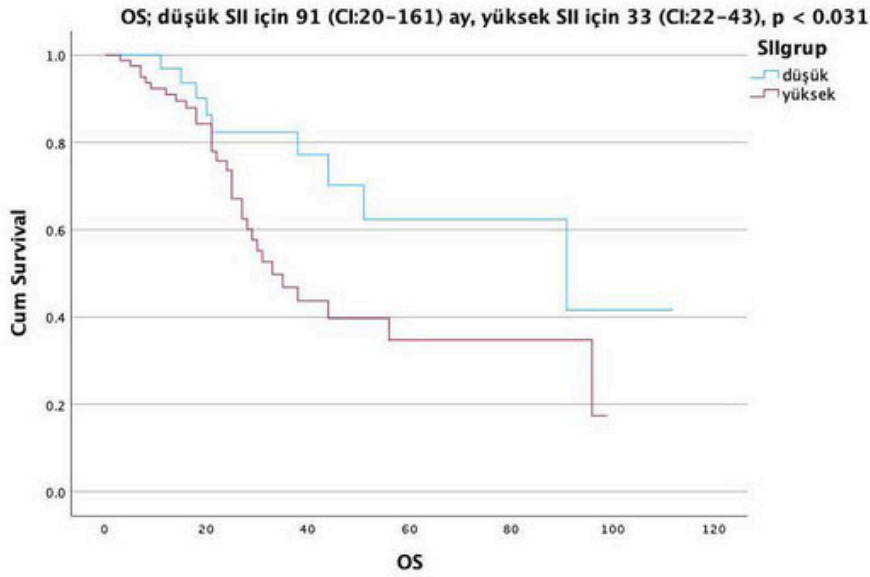
Tablo 2: OS için tek ve çok değişkenli analiz

|                                        | Univariate analysis<br>HR(95%CI)<br>value* | p-               | Multivariate analysis<br>HR(95%CI) | p- value*    |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--------------|
| Yaş (<70 vs >70)                       | 1.67 (0.73-3.83)                           | 0.22             |                                    |              |
| Cinsiyet (male vs female)              | 1.34 (0.66-2.71)                           | 0.42             |                                    |              |
| ECOG-PS<br>(0 vs 1)                    | 2.37 (1.25-4.47)                           | <b>0.008</b>     | 1.58 (0.78-3.26)                   | 0.19         |
| Lauren tipi<br>(Diffüz vs Intestinal)  | 0.76 (0.4-1.47)                            | 0.41             |                                    |              |
| Tümör Lokasyonu<br>(Gastrik vs GEJ)    | 1.1 (0.56-2.16)                            | 0.8              |                                    |              |
| Tumor grade<br>(G1-2 vs G3)            | 1.47 (0.77-2.8)                            | 0.25             |                                    |              |
| LVI<br>(yok vs var)                    | 1.46 (0.78-2.75)                           | 0.24             |                                    |              |
| PNI<br>(yok vs var)                    | 1.72 (0.9-3.2)                             | 0.1              |                                    |              |
| Taşlı yüzük hücresi<br>(yok vs var)    | 1.5 (0.7-3.19)                             | 0.29             |                                    |              |
| Tumor regresyon derecesi<br>(1 vs 2-3) | 4.29 (1.03-17.8)                           | <b>0.045</b>     | 1.05 (1.02-1.09)                   | 0.16         |
| Çıkarılan lenf nodu<br><16 vs ≥16      | 1.39 (0.33-5.8)                            | <b>0.006</b>     | 0.27 (0.06-1.25)                   | 0.09         |
| Pozitif lenf nodu sayısı               | 1.06 (1.03-1.96)                           | <b>&lt;0.001</b> | 1.06 (1.02-1.09)                   | <b>0.001</b> |
| Gasrektomi<br>Total vs subtotal        | 0.59 (0.18-1.94)                           | 0.39             |                                    |              |
| Cerrahi sınır<br>(yok vs var)          | 1.7 (0.4-7.12)                             | 0.47             |                                    |              |
| CAR                                    | 0.99 (0.96-1.02)                           | 0.68             |                                    |              |
| PIV                                    | 1 (1-1.01)                                 | 0.12             |                                    |              |

|     |           |       |             |       |
|-----|-----------|-------|-------------|-------|
| SII | 1 (1-1.3) | 0.022 | 1.1 (1-1.3) | 0.014 |
|-----|-----------|-------|-------------|-------|



Şekil 1: Lenf nodu sayısına göre sağkalım analizi



Şekil 2: SII alt gruplarına göre sağkalım analizi

## Mide Kanserinde Yeni Bir Olumsuz Prognostik Biyobelirteç; CPNE2

**Hasan Çağrı Yıldırım<sup>1</sup>, Fatih Yay<sup>1</sup>, Gökhan Şahin<sup>2</sup>, Fatih Kuş<sup>3</sup>, Şuayib Yalçın<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Giriş

Mide kanseri, yüksek mortalite oranına sahip yaygın bir malignitedir ve HER2, Claudin 18.2 ve MSI durumu gibi biyobelirteçler hem prognostik hem de prediktif açıdan büyük öneme sahiptir. HER2 ve Claudin 18.2'yi hedefleyen tedaviler ile immün kontrol noktası inhibitörlerinin kullanımının, sağkalımda iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Ancak bu ilerlemelere rağmen prognoz hâlâ kötüdür. Bu nedenle, mide kanserinde rol oynayabilecek yeni prognostik biyobelirteçlerin tanımlanmasına ve bu molekülleri hedef alan çalışmaların yürütülmesine ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, tümör oluşumunda önemli rolü olduğu bilinen, ancak CPNE ailesinin daha önce araştırılmamış bir üyesi olan *CPNE2 (copines 2)* geninin mide kanseri prognozu üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

### Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmada, *CPNE2* gen ekspresyonunun normal ve tümör dokularındaki düzeyi ile kanser evresiyle ilişkisi; biyoinformatik veri tabanları kullanılarak analiz edilmiştir. *CPNE2* gen ekspresyonu ile genel sağkalım (OS) arasındaki ilişki, Kaplan-Meier Plotter web aracı ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, gen ekspresyonu ile immün hücre infiltrasyonu ve immün kontrol noktası inhibitör hedef genleri arasındaki korelasyonlar da incelenmiştir. Bunun yanı sıra, immün infiltrasyon ile prognoz arasındaki ilişki de analiz edilmiştir.

### Sonuç

*CPNE2* gen ekspresyonu, mide tümör örneklerinde normal dokulara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Evre 2, 3 ve 4 hastalarda, evre 1'e kıyasla daha yüksek *CPNE2* ekspresyonu tespit edilmiştir (sırasıyla  $p = 3.354200E-04$ ,  $p = 1.001900E-02$ ,  $p = 1.479070E-03$ ). *CPNE2* gen ekspresyonunun yüksek olması, hem GeneChip Gastric Cancer hem de RNAseq STAD veri tabanlarında daha kısa mOS ile ilişkili bulunmuştur. GeneChip veri



tabanında yapılan OS analizinde; hazard oranı (HR) 1.72 (1.37–2.16),  $p = 1.8e-6$ , yanlış keşif oranı (FDR) %1 ve kesim değeri 311 olarak hesaplanmıştır. "Düşük" ekspresyon grubunda medyan sağkalım 107.7 ay, "yüksek" ekspresyon grubunda ise 30.2 ay olarak saptanmıştır. RNAseq veri tabanında yapılan OS analizinde ise HR 1.4 (0.94–2.07),  $p = 0.098$ , kesim değeri 535 ve FDR %100 olarak hesaplanmıştır. CPNE2 ekspresyonunun yüksek olması, daha kısa hastalık ilerlemesiz sağkalım (PFS) ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir (HR = 1.85 (1.36–2.51),  $P = 6e-05$ , FDR = %2, kesim değeri = 216). Relapsız sağkalım (RFS) açısından ise CPNE2 gen ekspresyonu ile sayısal olarak anlamlı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır (HR = 2.2 (0.92–5.28),  $P = 0.07$ , FDR = %100, kesim değeri = 548). "Düşük" grupta üst çeyrek sağkalım 45.87 ay, "yüksek" grupta ise 24.57 ay olarak belirlenmiştir.

### **Tartışma**

Bu çalışma, CPNE2 gen ekspresyonunu mide kanserinde yeni bir prognostik belirteç olarak tanımlayan ilk çalışmadır. Araştırmamızda, ileri evre mide kanseri hastalarında erken evrelere kıyasla daha yüksek CPNE2 ekspresyonu saptanmış; yüksek CPNE2 düzeyinin kötü sağkalım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Biyoinformatik, mide kanseri, CPNE2 geni, prognostik belirteçler

## **Denovo Hormon Pozitif Her 2 Negatif Metastatik Meme Kanseri Hastalarda CDKİ Tedavisi Sırasında Primere Cerrahi Tedavi Yapılmasının Etkinlik Değerlendirilmesi Tek Merkez Deneyimi**

**Teoman Şakalar<sup>1</sup>**

1. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji B.D.

**GİRİŞ:**Siklin bağımlı kinaz 4 ve 6 inhibitörleri (CDK4/6İ) ,hormon reseptörü pozitif (HR+) ve insan epidermal büyüme reseptörü 2 negatif (HER2-) metastatik meme kanseri için standart tedavi haline gelmiş olup ,tek başına endokrin tedaviye kıyasla sağkalım sonuçlarını iyileştirmiştir..Metastatik meme kanserli hastalarda primere cerrahi tedavi tartışmalıdır. Bu çalışmada CDK4/6 inhibitörü alan metastatik meme kanseri hastalarında primere cerrahi yapılmasının etkinlik değerlendirilmesi amaçlandı.

**MATERYAL VE METOD:** Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde Ocak 2020 – Haziran 2024 tarihleri arasında ,CDKİ tedavisi ile takip edilen ,hormon reseptörü pozitif (HR+) ve insan epidermal büyüme reseptörü 2 negatif (HER2-) 54 metastatik meme kanseri hastası geriye dönük olarak değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Hastaların 1(%2) tanesi erkek 53(%98) tanesi kadındı.Hastaların yaş ortanca değeri 52 (27-74)idi.48((%88) hastada invaziv duktal karsinom 6(%12) hastada invaziv lobuler karsinom mevcuttu. 24(%44) tanesine takip sırasında primere cerrahi yapıldı.Hastaların 40 (%74) sinde tek organ (34 kemik,2 karaciğer,4 akciğer) metastazı vardı.Hastaların 14(%26) inde birden fazla organ(4 kemik+karaciğer,8 akciğer+kemik,2 kemik+karaciğer+akciğer) metastazı vardı

Ortanca izlem süresi 43.5 ay idi ve takipte 10 hasta (%18) exitus olmuştu.CDKİ tedavisi altında primere cerrahi yapılan hastaların ortanca progresyonsuz sağkalımı (PSK) 25 ay (8-44 ay) , primere cerrahi yapılmayan hastaların ortanca progresyonsuz sağkalımı (PSK) 22 ay (7-40 ay) saptandı.( PSK p:0.848). Primere cerrahi yapılan hastaların ortanca genel sağkalım (OS) 41 ay (19-54 ay),cerrahi yapılmayan hastaların ortanca genel sağkalımı (OS) 37 ay (16-54 ay) idi. (OS p:0.917).Primere cerrahi yapılan hastaların OS ve PSK değerleri cerrahi yapılmayan hastalardan daha uzun olmasına rağmen bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi.

**TARTIŞMA:** Metastatik meme kanserli hastalarda primere cerrahi tedavi hastalığın surveyine katkısı tartışmalıdır.Bazı retrospektif çalışmalarda primere cerrahi tedavinin surveyi uzattığı bildirilmiştir. bulunmustur.Ancak bu konuda daha net sonuçlara ulaşabilmesi için daha fazla hasta içeren geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.



## Lenfoma Hastalarında Hepatit B ve C Prevalansı

**Fatih Necip Arıcı<sup>1</sup>, Alper Yıldırım<sup>2</sup>**

1. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
2. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

**Giriş :** Hepatit B (HBV) ve C (HCV) virüslerinin lenfoid dokularda çoğalabildiği bilinmek ile birlikte lenfoproliferatif hastalıklar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Popülasyon tabanlı bir çalışmada, HBV ile enfekte hastalarda non-Hodgkin lenfoma (NHL) gelişme sıklığı 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hepatit C virüsü, seropozitifliği ve NHL gelişme riski arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlı birçok farklı ülkede çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların bazılarından elde edilen bulgular HCV ile özellikle B-hücre kökenli NHL gelişme riski arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda hepatit enfeksiyonunun kemoterapi sırasında reaktivasyonu lenfoma hastaları için önemli bir sorun oluşturmaktadır.

**Amaç :** Hastanemizde takip edilen lenfoma hastalarında HBV ve HCV sıklığını araştırmak.

**Gereç ve Yöntem :** Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2022-2025 yılları arasında takip edilen 18 yaş ve üzeri 1248 NHL ve Hodgkin lenfoma (HL) tanılı hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Kronik viral hepatit tanısı olan hastalar araştırıldı.

**Bulgular :** Takip edilen 18 yaş ve üzeri 1248 lenfoma tanılı hastanın 379'si HL, 869'u NHL tanısına sahipti. 379 HL tanılı hastanın 231'i erkek, 148'i kadın olmakla beraber erkeklerin yaş ortalaması 40.7 iken kadınların yaş ortalaması 42.8 idi. 329 HL hastasının aynı zamanda 1'inde (%0.3) kronik HCV, 21'inde (%6.3) kronik HBV tanısı mevcuttu.

869 NHL tanılı hastanın 505'i erkek, 364'ü kadın olmakla beraber erkeklerin yaş ortalaması 54.4, kadınların yaş ortalaması 57.8 idi. 866 NHL hastasının aynı zamanda 5'inde (%0.6) HCV, 91'inde (%11.1) kronik HBV tanısı mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç :** HBV ve HCV kemoterapi alan kanser hastaları için morbidite ve mortalitenin önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Kemoterapi alan HBV taşıyıcısı hastalarda %70'e varan reaktivasyon bildirilmiştir ve bunun ile birlikte mortalite oranı %5 ila %50 arasında gösterilmiştir. HBV'ye göre HCV reaktivasyonu ise daha az oranda morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Bunlara ek olarak reaktivasyon gelişen hastalarda kemoterapi tedavisinin ertelenmesinde sağkalım üzerine olumsuz etkileri mevcuttur. Ülkemizde yapılmış olan 18 yaş ve üzeri bireyleri dahil eden bir çalışmada HBsAg pozitifliği %4, Anti-HCV pozitifliği ise %0.5 - %1 aralığında tespit edilmiştir (9). Bizim çalışmamızda HL tanılı hastaların %0.3'ünde kronik HCV, %6.3'ünde ise kronik HBV birlikteliği saptanmıştır. NHL tanılı hastaların ise %0.6'sında kronik HCV, %11.1'inde kronik HBV birlikteliği saptanmıştır. Lenfoma tanısı ile kronik hepatit B ve C birlikteliğinin yüksek oranda saptanması, bu virüslerin etiyolojideki yerini düşündürmek ile birlikte aşılama programlarının yetersizliği de göz ardı edilmemelidir. Hastaların hepatit virüsleri ile enfeksiyonları sonrası ne kadar sürede lenfoma geliştiğinin belirlenememesi ve hastalık alt tiplerinde homojen dağılım olmaması çalışmamızın kısıtlayıcı noktasıydı. Sonuç olarak lenfoma hastalarında oldukça yüksek oranda HBV ve HCV pozitiflikleri saptanırken; çalışmamızda özellikle kronik hepatit B prevalansı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lenfoma tedavisi öncesi tüm hastaların bu enfeksiyonlar yönünden taranması oldukça önemlidir. Ayrıca bu enfeksiyonların önlenmesi ve gerektiğinde uygun şekilde tedavi edilmesi lenfoma insidansını azaltmada etkili olabilir.



# POSTER BİLDİRİ

## HER2 Pozitif Meme Kanseri Olgu Sunumu

Dr. Melin Aydan Ahmed<sup>1</sup>, Dr. Pınar Saip<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü

**Giriş:** Bu olgu sunumumuzda HER2 pozitif meme kanseri tanısıyla önce lokal hastalık ile başvuran, takiplerinde metastaz gelişen ve ilaç yan etkileri nedeniyle tedavi rejimi değiştirilen bir olgumuzun paylaşılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 63 yaşında postmenopozal kadın hasta. Menarş yaşı 13, 47 yaşında menopoza girmiş. 3 çocuğu var. 1 abortus öyküsü mevcut. Her bir çocuğunu en az bir yıl emzirmiş. Hiç oral kontraseptif kullanmamış. Sigara- alkol kullanmıyor.

Hipertansiyon tanısıyla ramipril ve tiazid kullanıyor. Soy geçmişinde kanser öyküsü yok.

3 yıl önce sol memede kitle ile başvurmuş. Meme korucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmış. pT2N, HER:POZİTİF, ER ve PR negatif meme kanseri tanısı almış. Sistemik taramasında metastaz saptanmamış. Hasta adjuvan olarak 4kür adriamisin-siklofosfomid sonrası paklitaksel-trastuzumab almış. Meme ve axillaya adjuvan radyoterapi uygulanmış. Trastuzumab tedavisinin 1 yıl olması planlanmış ancak COVID-19 pandemisi nedeni hasta sadece 11 kür tedavi alabilmiş. Pandemi nedeniyle 2 yıl kontrole gitmemiş.

Tarfımıza kontrol amaçlı başvurdu. Fizik muayenede özellik saptanmadı ancak ca15-3, 4kat yüksek, ALP ve GGT 2 kat yüksek saptandı. Hastaya batin USG çekildi. Karaciğerde metastaz görüldü. Bunun üzerine çekilen PET BT’de karaciğerde ve kemiklerde yaygın metastaz görüldü (Resim 1). Kranial MRI’da metastaz izlenmedi. Ekokardiyografide EF:%60 ölçüldü. HbsAg, Anti HCV Anti HIV, Anti HBcIgG negatif saptandı.

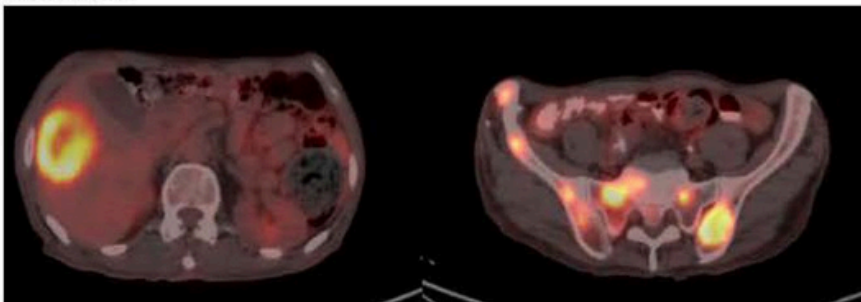
Hastaya evre 4 hastalık tanısıyla dosetaksel-trastuzumab-pertuzumab (DTP) başlandı. Kemik metastazlarına yönelik denosumab 120mg/ay tedaviye eklendi. Hastanın sol iliak kemiğine radyoterapi uygulandı (20Gy/5fx).

4kür DTP sonrası yanıtli hastalık görüldü. 9 kür sonrasında idame TP ile devam edildi ancak idame tedavinin 5.ayında karaciğer metastazları progrese oldu. Tedavi olarak trastuzumab emtansine 3.6mg/kg (TD-M1) başlandı. Tedavinin 3.kürü sonrasında CA-15-3 geriledi ancak hastada ALT-AST 5kat yükseldi. Acil çekilen batin USG ‘de karaciğer metastazlarının stabil olduğu, asit gelişmediği görüldü.

Başka hepatotoksik ilaç kullanmayan hastada trastuzumab emtansine bağlı hepatotoksiste düşünüldü. Sıradaki tedavi kürü verilmedi. ALT-AST normal değerlere geriledi. TD-M1 dozu 3mg/kg olarak azaltıldı ancak bir kür tedavi verildikten sonra tekrar yükseldi. Bu durum tekrar 1 ay hastanın tedavi alamamasına yol açtı. TD-M1 kesilerek hastaya lapatinib ile kapesitabin başlandı. Hasta tedavinin 3.ayında stabil hastalık ile tedavisine devam etmektedir.

**Sonuç:** Bu vakamızız ile meme kanserinde düzenli takibin önemi, tedavi sırasında yan etki takibinin önemi ve yan etkilere göre tedavi rejimlerinin değişebileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Resim 1:**





# İLETİŞİM



Telefon

+90 532 608 19 17



Mail

etkinliksarus@gmail.com



Lokasyon

Dedeman Şanlıurfa Oteli  
Toplantı Salonu



**SARUS**  
DANIŞMANLIK