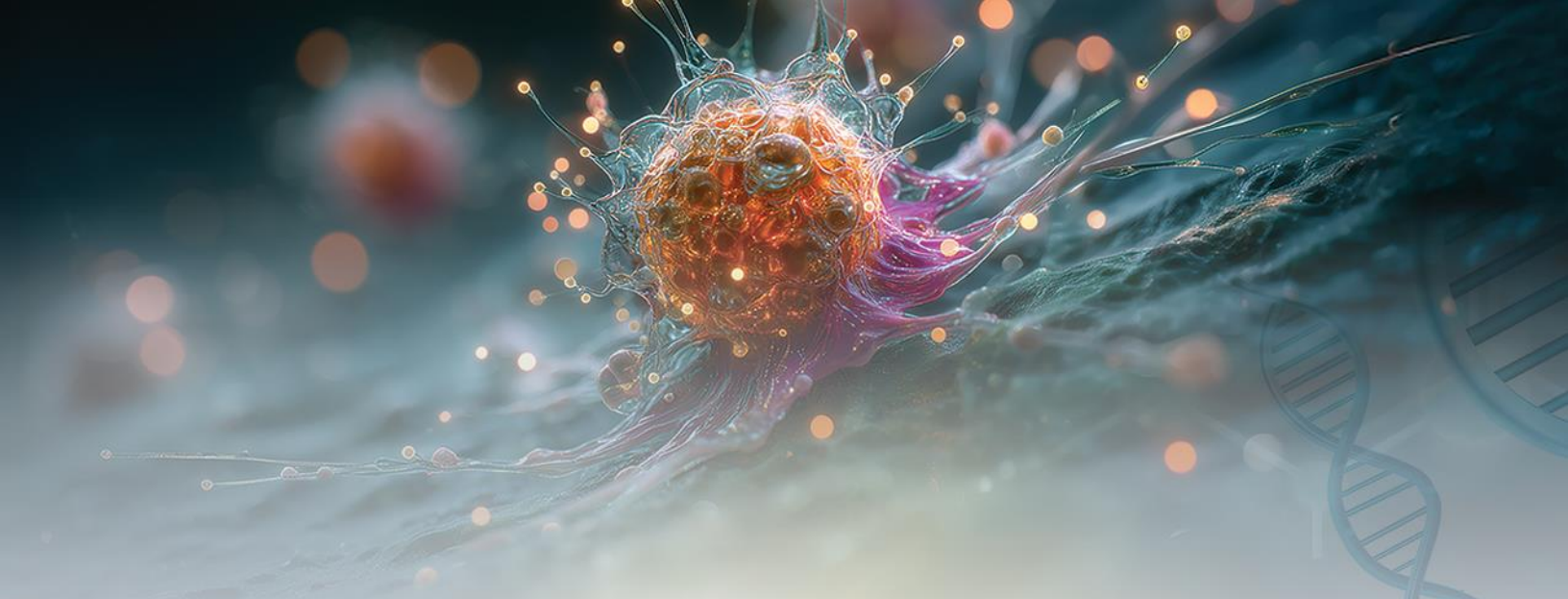


ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ

TEOD TEMEL ONKOLOJİ DERNEĞİ 2017

2023 MİDE ÖZOFAGUS CERRAHİSİ DERNEĞİ

Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği

"Tüm Paydaşları ile..."



BİLDİRİ KİTABI



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

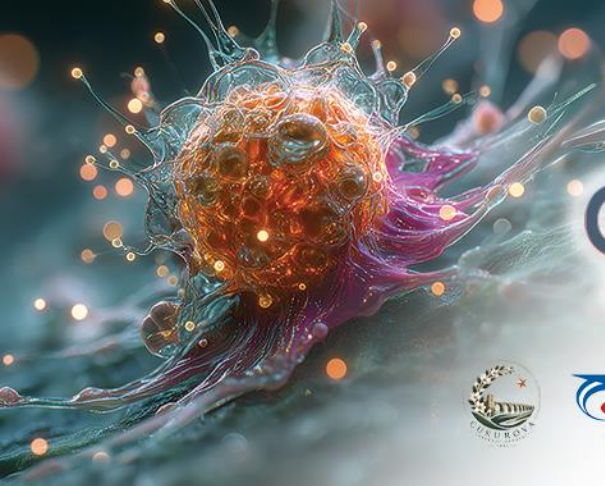
İÇİNDEKİLER

02 **KURULLAR**
GENEL CERRAHİ KURULLARI
MEDİKAL ONKOLOJİ KURULLARI
HEMŞİRELİK & BESLENME VE DİYETETİK KURULLARI

04 **BİLİMSEL PROGRAM**
SUNUM PROGRAMI VE ETKİNLİK AKIŞI

14 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI BİLDİRİLERİ**
GENEL CERRAHİ VE MEDİKAL ONKOLOJİ SÖZLÜ BİLDİRİLERİ
DİYETİSYENLİK SÖZLÜ BİLDİRİLERİ
HEMŞİRELİK SÖZLÜ BİLDİRİLERİ

80 **POSTER BİLDİRİLERİ**
KONGRE KAPSAMINDA POSTER SUNUMU OLARAK KABUL EDİLEN BİLDİRİ ÖZETLERİ



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

GENEL CERRAHİ KURULLARI

BAŞKAN

Dr. Gürhan SAKMAN

SEKRETERLER

Dr. Süleyman ÇETİNKÜNAR
Dr. Hüseyin Özgür AYTAÇ
Dr. İsmail Cem ERAY

DÜZENLEME KURULU

Dr. Abdullah ÜLKÜ
Dr. Adnan KUVVETLİ
Dr. Ahmet Gökhan SARITAŞ
Dr. Atılgan Tolga AKÇAM
Dr. Cemil YÜKSEL
Dr. Kubilay DALCI
Dr. Mehmet Onur GÜL
Dr. Orçun YALAV
Dr. Ramazan GÜNDOĞDU
Dr. Samet YARDIMCI
Dr. Serdar GÜMÜŞ
Dr. Turgut KARACA
Dr. Uğur TOPAL

BİLİMSEL KURUL

Dr. Abdullah ÜLKÜ
Dr. Abdullah YILMAZ
Dr. Abit YAMAN
Dr. Ahmet RENCÜZOĞULLARI
Dr. Ali DEMİR
Dr. Ali DURAN
Dr. Alper PARLAKGÜMÜŞ
Dr. Alper SÖZÜTEK
Dr. Anas MUSTAFA
Dr. Atılgan Tolga AKÇAM
Dr. Ayşe Gizem ÜNAL
Dr. Burak ŞAHİN
Dr. Caner ÇATAK
Dr. Cem Kaan PARSAK
Dr. Cumhur ÖZCAN
Dr. Doğuş PARLAK
Dr. E. Birol BOSTANCI
Dr. Ekrem TOPALCA
Dr. Emir ÇAPKINOĞLU
Dr. Erkan GÜLER
Dr. Evren DİLEKTAŞLI
Dr. Evren PEKER
Dr. Fatih AKKIN
Dr. Fatih DAL
Dr. Füsun ÖZMEN
Dr. Gizem HAMURCU KARAKUŞ
Dr. Gökhan SARITAŞ
Dr. Hakan CANBAZ
Dr. Hasan BASRİ KOÇ
Dr. Hilmi BOZKURT
Dr. İshak AYDIN
Dr. Kenan ÇALIŞKAN
Dr. Kubilay DALCI
Dr. M. Mahir ÖZMEN
Dr. M. Tahir ORUÇ
Dr. Mahsum BARÇİN
Dr. Mehmet Özgür TÜRKMENOĞLU
Dr. Melih TAŞKIN
Dr. Merih ALTIOK
Dr. Mohammad LAILA
Dr. Mohammad MANAVI
Dr. Mustafa BERKEŞOĞLU
Dr. Mustafa YILMAZ
Dr. Najmaddın ABBASLI
Dr. Nidal İFLAZOĞLU
Dr. Nihat AKSAKAL
Dr. Osman ERDOĞAN
Dr. Ömer YOLDAŞ
Dr. Özgül DÜZGÜN
Dr. Recep KAHRAMAN
Dr. Sami BENLİ
Dr. Selahattin Kağan KARA
Dr. Serdar GÜMÜŞ
Dr. Seren SELÇUK
Dr. Simge TUNA
Dr. Tahsin ÇOLAK
Dr. Tannaz ESLAMİ
Dr. Uğfe KUYUCUOĞLU
Dr. Uğur TOPAL
Dr. Varlık EROL
Dr. Veli MUTLU
Dr. Yunus Emre GAYBERİ
Dr. Zafer Can KESİKMİNARE
Dr. Zafer TEKE



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

MEDİKAL ONKOLOJİ KURULLARI

BAŞKAN

Dr. İ. Oğuz KARA

SEKRETERYA

Dr. Tolga KÖŞECİ
Dr. Ertuğrul BAYRAM

DÜZENLEME KURULU

Dr. Berksoy ŞAHİN
Dr. Özgür ÖZYILKAN
Dr. Timuçin ÇİL
Dr. Vehbi ERÇOLAK
Dr. Mutlu DOĞAN
Dr. Derya KIVRAK SALİM
Dr. Tarık SALMAN
Dr. Sinan YAVUZ

BİLİMSEL KURUL

Dr. Berna BOZKURT DUMAN
Dr. Cem MİRİLİ
Dr. Mahmut BÜYÜKŞİMŞEK
Dr. Evren YETİŞİR
Dr. Fatih KÖSE
Dr. Aykut BAHÇECİ
Dr. Ahmet GÜLMEZ
Dr. Mustafa GÜRBÜZ
Dr. Mert TOHUMCUOĞLU
Dr. Veysel HAKSÖYLER
Dr. Kadir ESER
Dr. Alper ATA
Dr. Erdinç NAYIR
Dr. Emel SEZER
Dr. Ali Murat SEDEF
Dr. Ali OĞUL
Dr. Umut DİŞEL
Dr. Züleyha ÇALIKUŞU
Dr. Ertuğrul SEYREK

HEMŞİRELİK & BESLENME VE DİYETETİK KURULLARI

HEMŞİRELİK DÜZENLEME KURULU

Hemşire Burcu ÜGÜ
Hemşire Şeyma YURTSEVEN
Hemşire Yasemin AKIL

BESLENME VE DİYETETİK DÜZENLEME KURULU

Dyt. Özgen ARI
Dyt. Merve Duygu ÖZBAY
Dyt. Pakize Gizem AKGÜL



17-19 EYLÜL 2026 / HİLTONSA HOTEL - ADANA

Bilimsel Program

Adana Onkoloji Kongresi güncel bilimsel programı.

17 EYLÜL 2026 - PERŞEMBE

A-SALONU

13:00-15:00
PANEL-1:

13:00-14:00
Oturum Başkanları
Berksoy ŞAHİN, Alper AKINOĞLU

Geçmişten günümüze kanserin tedavi tarihçesi ve gelecek perspektif
Bülent KARABULUT

14:00-15:00
Oturum Başkanları
Sinan YAVUZ, Nebil BAL

Onkoloji pratiğinde biyomarkır kullanımı, kime? Ne zaman?
Oğuz KARA

15:00-15:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

15:30-17:00
PANEL-2: PATOLOJİ VE BİYOMARKERLARIN ENTEGRASYONU

Oturum Başkanları
Tarık SALMAN, Emrah KOÇER

15:30-16:15
Olgu Sunumu-1: Erken evre kolorektal kanserde lokal ve sistemik tedavi yaklaşımı
Berkan KARADURMUŞ
Panelistler: Kıvılcım EREN ATEŞ, Burak Yasin AKTAŞ, Seval AY, İlknur ERENLER BAYRAKTAR, Ozan Cem GÜLER

16:15-17:00
Olgu Sunumu-2: Metastatik kolorektal kanserde lokal ve sistemik tedavi yaklaşımları
Burcu ARSLAN BENLİ
Panelistler: Tuğba TOYRAN, Timuçin ÇİL, Serdar GÜMÜŞ, Sinan SÖZÜTOK

18:00-18:15
AÇILIŞ KONUŞMALARI

18:15-19:00
AÇILIŞ KONFERANSI

Oturum Başkanları
Emin Uğur ERKOÇAK, Özgür ÖZYILKAN

18:15-19:00
Yapay zeka ve kanser
Oğuz KARA

18 EYLÜL 2026 - CUMA

A-SALONU

08:00-09:00
SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1

Oturum Başkanları
Erman AYTAÇ, Merih ALTIOK

08:25-08:32
SS-26 / Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisinde erken dönem deneyimimiz: Cerrahi ve onkolojik sonuçlar
Sami BENLİ

08:32-08:39
SS-3 / CDK4/6 İnhibitörü alan HR-Pozitif/HER2-Negatif metastatik meme kanseri hastalarında progesteron reseptör durumunun sağkalım üzerine etkisi
Esra ASARKAYA

08:39-08:46
SS-4 / Cerrahi adayı olmayan geriatrik rektum kanserli hastalarda (Kemo) radyoterapi sonrası klinik yanıt ve sağkalım sonuçları
Harun DEMİR

08:46-08:53
SS-5 / Nüks döneminde normal serum Ca125 düzeyi over kanserinde aktif hastalığı dışlar mı? Pet-Bt ile retrospektif karşılaştırma
Hatice ASOĞLU

08:53-09:00
SS-6 / Lokal ileri rektum kanserinde tedavi seçenekleri ve prognostik indeklerin patolojik yanıt üzerine etkisi
Şuheda ATAŞ İPEK

09:00-10:30
PANEL-3: KOLOREKTAL KANSERLERDE MULTİMODAL YÖNETİM

Oturum Başkanları
Tahsin ÇOLAK, Sinan YAVUZ

09:00-09:45
Olgu Sunumu-1: Erken evre rektum kanseri olgu sunumu
Yasemin AYDINALP CAMADAN
Panelistler: Cihangir AKYOL, Kadir ESER, Hamit Mert GÜZELDAĞ

09:45-10:30
Olgu Sunumu-2: MSI-H Kolon kanseri olgu sunumu; cerrahi artık gereksiz mi?
Salih TÜNBEKİCİ
Panelistler: Uğur TOPAL, Veysel HAKSÖYLER, Ali OĞUL, Kıvılcım EREN ATEŞ

10:30-11:00
KONFERANS-1:

Oturum Başkanı
Tahsin ÇOLAK

10:30-11:00
Kanserde dijital dönüşüm: Erken tanıdan robotik cerrahiye
M. Mahir ÖZMEN

11:00-11:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ



11:30-13:00

PANEL-5: TİROİD VE NÖROENDOKRİN TÜMÖRLER (NET)

Oturum Başkanları
Alper PARLAKGÜMÜŞ, Mehmet REYHAN

11:30-12:15

Olgu Sunumu-1: Diferansiye tiroid kanserlerinde RAI ve sistemik tedavi yaklaşımları.
Şüheda ATAŞ İPEK

Panelistler: Kubilay DALCI, Hasan Çağrı YILDIRIM, Aysun UĞUZ, İsa Burak GÜNEY

12:15-13:00

Olgu Sunumu-2: Nöroendokrin tümörlerde radyonüklid ve sistemik tedaviler
Murat MIDIK

Panelistler: Cem MİRİLİ, Tuba KARA, Zehra Pınar KOÇ

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

PANEL-7: ÖZOFAGUS VE MİDE KANSERLERİNDE SIRALAMA PROBLEMİ

Oturum Başkanları
Özgür YAĞMUR, Şuayib YALÇIN

14:00-14:45

Olgu Sunumu-1: Lokal ileri özofagus kanseri olgu sunumu
Sedat BİTER

Panelistler: Orçun YALAV, Mahmut BÜYÜKŞİMŞEK, Fundagül ANDİÇ, Pırıltı ÖZCAN

14:45-15:30

Olgu Sunumu-2: Lokal ileri mide kanseri olgu sunumu
Gürdal SAVSAR

Panelistler: Alper SÖZÜTEK, Dılşa MIZRAK KAYA, Hatice COŞKUN

15:30-16:00

Tartışma

16:00-16:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00

PANEL-9: MEME KANSERİ KARAR MEKANİZMALARI

16:30-17:00

Oturum Başkanları
Gürhan SAKMAN, Mutlu DOĞAN

İnteraktif Olgu Sunumu-1: HR(-)/Her-2 (+) erken evrede neoadjuvan/adjuvant endikasyonları
Esra ASARKAYA

Panelistler: Cihan URAS, Gül BAŞARAN, Meltem SERİN, Melek ERGİN

17:00-17:30

Oturum Başkanları
Nurkan TÖRER, Züleyha ÇALIKUŞU

İnteraktif Olgu Sunumu-2: HR(-)/Her-2 (+) metastatik vakalarda hedefli tedaviler.
Hatice ASOĞLU

Panelistler: Tamer ÇOLAKOĞLU, Derya KIVRAK SALİM, Ahmet GÜLMEZ, Filiz AKA BOLAT

17:30-18:00

Oturum Başkanları
Orhan DEMİRCAN, Özgür ÖZYILKAN

İnteraktif Olgu Sunumu-3: Üçlü Negatif hastalıkta erken evre metastatik vakalarda hedefli tedaviler
Güneş Dorukhan ÇAVUŞOĞLU

Panelistler: H. Özgür AYTAÇ, Vehbi ERÇOLAK, Polat OLGUN, Hüseyin Cem ÖNAL

B-SALONU

08:00-09:00

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-2

Oturum Başkanları
Ayşe Gizem ÜNAL, Mehmet Onur GÜL

08:00-08:07

SS-7 / Textbook Outcome her zaman onkolojik başarı anlamına gelir mi? Mide adenokarsinomunda cerrahi ve onkolojik kalitenin ayrışması
Adem ÖZCAN

08:07-08:14

SS-8 / Bethesda VI papiller tiroid mikrokarsinomlarında lenfatik invazyon: Tek merkezli retrospektif değerlendirme
Ali YILDIRIM

08:14-08:21

SS-9 / Üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde gözden kaçan özofagus kanserleri: Tek merkezli retrospektif analiz
Alişan Berk DENİZ

08:21-08:28

SS-10 / Anastomoz kaçakları retrospektif analiz
Doğukan ÜNSAL

08:28-08:35

SS-11 / Graves hastalığı ve multinodüler guatr zemininde gelişmiş klasik varyant papiller karsinomun yaş cinsiyet eşleştirilmiş analizi
Doğukan ÜNSAL

08:35-08:42

SS-12 / Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedaviye yanıtın prediktörleri: Suvmax değişimi, Ki-67 ve NLR'nin kombine analizi
Ekremcan YARAR

08:42-08:49

SS-13 / Erken evre meme kanserinde cerrahi merkez ve cerrah seçimini etkileyen faktörler
Emre TUNÇ

08:49-08:56

SS-14 / Mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılan hastalarda postoperatif komplikasyonlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi
Gökberk SEVÜK

08:56-09:00

Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

09:00-11:00

PANEL-4: İYİ DİFERANSİYE TİROİD KANSERİ: KLAVUZLAR, UYGULAMALAR, CERRAHİ TEKNİK VE İNOVASYON

Oturum Başkanları
Fatih TUNCA, Mehmet ULUDAĞ

09:00-09:10
Mikropapiller kanserde aktif izlem güvenli mi? Hangi hastaya cerrahi?
Beyza ÖZÇINAR

09:10-09:20
Soliter isthmus tümörlerinde isthmektomi mi? Lobektomi mi? Total mi?
Hüsnü AYDIN

09:20-09:30
Unilateral multifokal PTK de lobektomi /total tiroidektomi?
Tevfik AVCI

09:30-09:40
Total tiroidektomi (RAİ) için boyut sınırımız 1 cm mi? 4 cm mi?
Ahmet Yalın İŞCAN

09:40-09:50
Transoral endoskopik tiroidektomi (TOETVA): Öğrenme eğrisi ve hasta seçim kriterleri
Mehmet ULUDAĞ

09:50-10:00
Robotik tiroidektomi
Fatih TUNCA

10:00-10:10
İntraoperatif sinir monitörizasyonu (IONM): Sinyal kaybında karşı taraf cerrahisi ertelenmeli mi? Erteliyor muyuz?
Serkan SARI

10:10-10:20
RAİ tedavisi neden, kime, ne zaman, nasıl?
İsa Burak GÜNEY

10:20-11:00
Tartışma

11:00-11:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00

PANEL-6 : MİDE KANSERİ

Oturum Başkanları
E. Birol BOSTANCI, Alper ATA

11:30-11:40
Evre 1-2 mide kanserinde cerrahi önce? Neoadjuvan KT önce?
Alper SÖZÜTEK

11:40-11:50
Lokal ileri mide kanserinde (LİMK) neoadjuvan tedavide son gelişmeler?
Tolga KÖŞECİ

11:50-12:00
LİMK'nde cerrahi yaklaşım, lenfadenektomi sınırları ve D2'nin ötesinde genişletilmiş lenfadenektominin yeri?
Ali GÜNER

12:00-12:10
Oligo metastatikmide kanserinde son durum ?
Akın Fırat KOCAAY

12:10-12:20
Mide kanseri ve peritoneal karsinomatozis var. Medikal tedavi, HİPEK veya PİPAK'?
Yiğit Mehmet ÖZGÜN

12:20-12:30
Minimal invaziv mide kanseri cerrahisinde son durum?
Mehmet Akif ÜSTÜNER

12:30-13:00
Tartışma

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

PANEL-8: MEME KANSERİNDE PARADİGMA DEĞİŞİMİ

Oturum Başkanları
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, Orhan DEMİRCAN

14:00-14:10
SLNB ihmal edilebilir mi? Hangi hasta grubuna, ne zaman?
H. Özgür AYTAÇ

14:10-14:20
SLNB sonrası diseksiyon kime, hangi seviyede gerekli?
Mustafa TÜKENMEZ

14:20-14:30
Neoadjuvan KT öncesi pozitif aksillanın yönetim planı: Hangi yöntemler?
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

14:30-14:40
Lokal nüksde meme ve aksilla yönetimi nasıl olmalı?
Mehmet VELİDEDEOĞLU

14:40-14:50
Lobüler karsinoma insitu yaklaşımları
Ahmet DAĞ

14:50-15:00
Duktal karsinoma insitu yaklaşımları: Cerrahi sınır? Radyoterapi?
Kubilay DALCI

15:00-15:10
Genç yaş ve ailesel yatkınlığı olan meme kanserlerinde strateji
Sina FERAHMAN



09:00-11:00

PANEL-4: İYİ DİFERANSİYE TİROİD KANSERİ: KLAVUZLAR, UYGULAMALAR, CERRAHİ TEKNİK VE İNOVASYON

Oturum Başkanları
Fatih TUNCA, Mehmet ULUDAĞ

09:00-09:10
Mikropapiller kanserde aktif izlem güvenli mi? Hangi hastaya cerrahi?
Beyza ÖZÇINAR

09:10-09:20
Soliter isthmus tümörlerinde isthmektomi mi? Lobektomi mi? Total mi?
Hüsnü AYDIN

09:20-09:30
Unilateral multifokal PTK de lobektomi /total tiroidektomi?
Tevfik AVCI

09:30-09:40
Total tiroidektomi (RAİ) için boyut sınırımız 1 cm mi? 4 cm mi?
Ahmet Yalın İŞCAN

09:40-09:50
Transoral endoskopik tiroidektomi (TOETVA): Öğrenme eğrisi ve hasta seçim kriterleri
Mehmet ULUDAĞ

09:50-10:00
Robotik tiroidektomi
Fatih TUNCA

10:00-10:10
İntraoperatif sinir monitörizasyonu (IONM): Sinyal kaybında karşı taraf cerrahisi ertelenmeli mi? Erteliyor muyuz?
Serkan SARI

10:10-10:20
RAİ tedavisi neden, kime, ne zaman, nasıl?
İsa Burak GÜNEY

10:20-11:00
Tartışma

11:00-11:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00

PANEL-6 : MİDE KANSERİ

Oturum Başkanları
E. Birol BOSTANCI, Alper ATA

11:30-11:40
Evre 1-2 mide kanserinde cerrahi önce? Neoadjuvan KT önce?
Alper SÖZÜTEK

11:40-11:50
Lokal ileri mide kanserinde (LİMK) neoadjuvan tedavide son gelişmeler?
Tolga KÖŞECİ

11:50-12:00
LİMK'nde cerrahi yaklaşım, lenfadenektomi sınırları ve D2'nin ötesinde genişletilmiş lenfadenektominin yeri?
Ali GÜNER

12:00-12:10
Oligo metastatikmide kanserinde son durum ?
Akın Fırat KOCAAY

12:10-12:20
Mide kanseri ve peritoneal karsinomatozis var. Medikal tedavi, HİPEK veya PİPAK'?
Yiğit Mehmet ÖZGÜN

12:20-12:30
Minimal invaziv mide kanseri cerrahisinde son durum?
Mehmet Akif ÜSTÜNER

12:30-13:00
Tartışma

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

PANEL-8: MEME KANSERİNDE PARADİGMA DEĞİŞİMİ

Oturum Başkanları
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, Orhan DEMİRCAN

14:00-14:10
SLNB ihmal edilebilir mi? Hangi hasta grubuna, ne zaman?
H. Özgür AYTAÇ

14:10-14:20
SLNB sonrası diseksiyon kime, hangi seviyede gerekli?
Mustafa TÜKENMEZ

14:20-14:30
Neoadjuvan KT öncesi pozitif aksillanın yönetim planı: Hangi yöntemler?
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

14:30-14:40
Lokal nüksde meme ve aksilla yönetimi nasıl olmalı?
Mehmet VELİDEDEOĞLU

14:40-14:50
Lobüler karsinoma insitu yaklaşımları
Ahmet DAĞ

14:50-15:00
Duktal karsinoma insitu yaklaşımları: Cerrahi sınır? Radyoterapi?
Kubilay DALCI

15:00-15:10
Genç yaş ve ailesel yatkınlığı olan meme kanserlerinde strateji
Sina FERAHMAN

15:10-15:20
Kalıtsal meme kanserlerinde cerrahi strateji
Göktürk MARALCAN

15:20-16:00
Tartışma



16:00-16:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00

PANEL-10: ÖZOFAGUS KANSERİ

Oturum Başkanları
Sinan ERSİN, Osman YÜKSEL

16:30-16:45
Bileşke tümörleri, kara kutu artık açıldı mı?
Ali DURAN

16:45-17:00
Lokal ileri özofagus kanserinde KT yoksa KRT mi? (FLOT, CROSS ve ESOPEC çalışmaları, FLOT bekleneni verebildi mi?)
Cemil YÜKSEL

17:00-17:15
Rezektabl özefago-gastrik kanserlerde yeni immünoterapi veya hedefe yönelik tedavi stratejileri nelerdir? (Her-2 low, PDL-1 , Claudin 18.2)
Berksoy ŞAHİN

17:15-17:30
Klinik olarak tam yanıt ne zaman/nasıl değerlendirilmelidir? Klinik tam yanıt gelişen hastada beklerim / ameliyat ederim?
Orçun YALAV

17:30-17:45
Özofagusun kanseri (SCC/AC) için kanıta dayalı cerrahi yaklaşım hangisidir? (transhiatal, iki alan veya üç alan transtorasik)
E. Birol BOSTANCI

17:45-18:00
Olgu Sunumu-1:
Eray BALCI

Panelistler: Serdar GÜMÜŞ, Berksoy ŞAHİN, E. Birol BOSTANCI, Meltem SERİN, Mustafa KİBAR

C-SALONU

08:00-09:00

HEMŞİRELİK SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1

Oturum Başkanları
Sevgi DENİZ DOĞAN, Şule TUNUĞ

08:00-08:07
SS-1 / Cerrahi onkoloji hastalarının perioperatif süreçte uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi
Burcu ÜGÜ

08:07-08:14
SS-2 / Brid ileus tanılı bireylere abdominal sıcak su torbası uygulamasının ağrı ve barsak peristaltizmi üzerine etkisinin incelenmesi
Şirin YENEL KÖSE

08:14-08:21
SS-3 / Kolanjiyokarsinomda cerrahi tedavi ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı
Esma KURAL

08:21-08:28
SS-4 / Stoma torbasına yerleştirilen portakal çiçeği esansiyel yağının, stoması olan bireylerde sosyal izolasyon ve stoma uyumuna etkisi
Esra KAYA

08:28-08:35
SS-5 / Cerrahi hemşirelerinin basınç yaralanmalarını önleme konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları
Şeyma YURTSEVEN

08:35-09:00
Tartışma

09:00-11:00

PANEL-1 : ONKOLOJİDE GÜNCEL PERSPEKTİFLER VE GELECEĞE BAKIŞ

Oturum Başkanları
Ertuğrul BAYRAM, Figen BAY

09:00-09:15
Onkoloji hemşireliğinin hukuksal yönleri
Dilek ÖZCENGİZ

09:15-09:30
Prehabilitasyon ve kanıt temelli uygulamalar
Derya GEZER

09:30-09:45
Kanser hastalarında kırılganlık: Değerlendirme ve klinik önemi
Şeyma YURTSEVEN

09:45-10:00
Onkolojide hasta ve aile eğitimi
Pelin EĞRİSAKAL

10:00-10:15
Kemoterapik alanlarda ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi
Özcan ÖĞE

10:15-10:30
Kötü haber verme: Hasta yakınlarında yas süreci yönetimi
Ebubekir MERCİN

10:30-11:00
Tartışma

11:00-11:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00

PANEL-2 : MEME KANSERİNDE KLİNİK YÖNTEM: TANIDAN POSTOPERATİF BAKIMA MULTİDİSİPLİNER SÜREÇ

Oturum Başkanları
Sevilay ERDEN, Burcu ÜGÜ

11:30-11:45
Meme kanserinde erken tanı stratejileri: Risk faktörleri ve fizik muayene
Emir ÇAPKINOĞLU

11:45-12:00
Onkoloji hemşireliğinde güvenli yaklaşımlar: İnteraktif subkutan ilaç uygulama eğitimi
Oğuz KARA
Şule TUNUĞ
Selma ÇELİK

12:00-12:15
Meme kanserinde hemşirelik yönetimi ve kanıt temelli uygulamalar
Hamide ŞİŞMAN

12:15-12:30
Meme kanserinde cinsel sağlık ve yaşam kalitesi
Merve ÖZTÜRK

12:30-12:45
Meme kanseri cerrahisi sonrası lenfödem: Önleme, izlem ve hasta eğitimi
Nisa Ece ADIYAMAN

12:45-13:00
Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

13:00-14:00
ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00
PANEL-3 : CERRAHİ SONRASI KRİTİK SÜREÇ: GİS HASTALARINDA GÜVENLİ BAKIM VE İZLEM

Oturum Başkanları
Sevban ARSLAN, Tülay BAŞPINAR

14:00-14:15
Kolorektal cerrahide ERAS protokolleri: Perioperatif yönetimde kanıtların bakıma yansımaları
Dudu ALPTEKİN

14:15-14:30
HIPEC ve PIPAC uygulamaları sonrası güvenli iyileşme süreci
Burcu ÜGÜ

14:30-14:45
Özofajektomi sonrası pulmoner komplikasyonların önlemesinde hemşirenin rolü
Fatma TARGAN

14:45-15:00
GİS kanserli hastalarda malnütrisyon durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi
Dilara MURT

15:00-15:15
Kemoterapiye ve radyoterapiye bağlı mukozit
Leyla Hatice TOPRAK

15:15-16:00
Tartışma

16:00-16:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00
PANEL-4 : ONKOLOJİDE SEMPTOM YÖNETİMİ: KLİNİK ZORLUKLAR VE YENİLİKÇİ UYGULAMALAR

Oturum Başkanları
Dudu ALPTEKİN, Yasemin AKIL

16:30-16:45
Cerrahi onkolojide ağrı yönetimi: Konfordan iyileşmeye uzanan yol
Esma GÖKÇE

16:45-17:00
Cerrahi alan enfeksiyonların önlenmesinde hemşirelik stratejileri
Şenay KARACA

17:00-17:15
Tromboemboliyi önlemede hemşirelik: Erken tanıdan etkin profilaksiye
Hilal TUFAN ÇOBAN

17:15-17:30
Kemoterapi uygulamalarında güvenli uygulama yaklaşımları ve akut reaksiyonlar
Sultan YARDIMCI

17:30-17:45
Onkoloji hastalarında palyatif bakım
Demet GÜMÜŞ

17:45-18:00
Tartışma

19 EYLÜL 2026 - CUMARTESİ

A-SALONU

08:00-09:00
SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-3

Oturum Başkanları
Sezai LEVENTOĞLU, Metin KESKİN

08:00-08:07
SS-15 / Gastrik kanserde preoperatif modifiye Glasgow prognostik skorunun patolojik nodal yük ile ilişkisi: Klasik tümör belirteçleriyle karşılaştırmalı analiz
Gizem GÜNEŞ

08:07-08:14
SS-16 / Hemoglobinin ötesinde: Preoperatif ferritin/transferrin satürasyonu oranının kolorektal kanser cerrahisi sonrası Clavien–Dindo IIIa–IIIb komplikasyonlarını öngörmedeki değeri
Gizem GÜNEŞ

08:14-08:21
SS-17 / Bethesda kategori IV Tiroid nodüllerinde sistemik enflamatuar indekslerin maligniteyi öngörmede tanısal değeri ve ultrasonografik risk bulgularıyla karşılaştırmalı analizi
Halil GÜNEŞ

08:21-08:28
SS-18 / Distal rektum kanserlerinde cerrahi teknik seçimlerinin kısa ve uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması
İsmail Cem YURTÇU

08:28-08:35
SS-19 / Hematolojik ve onkolojik malignitelerde splenektomi uygulamalarımız: 117 olguluk tek merkez cerrahi ve takip sonuçları
Kazım İNCESOY

08:35-08:42
SS-20 / PIPAC (Basınçlı intraperitoneal aerosol kemoterapi) uygulamalarında güvenlik sorunları: Tek merkez deneyimi
Mahmut Kaan DEMİRCİOĞLU

08:42-08:49
SS-21 / Neoadjuvan tedavi sonrası distal rektum kanserinde koloanal anastomozun morbidite ve fonksiyonel sonuçları: 92 hastalık retrospektif bir çalışma
Mahmut Kaan DEMİRCİOĞLU

08:49-08:56
SS-22 / Triple negatif meme kanserinde tümör nekrozunun klinikopatolojik ve prognostik önemi: retrospektif bir kohort çalışması
Melih TAŞKIN

08:56-09:00
Tartışma

09:00-11:00
PANEL-11: VAKA TEMELLİ ORTAK PANEL: GERÇEK HAYATLA ÇOK UYGUN BAŞLIKLAR

Oturum Başkanları
Abdullah ÜLKÜ, Tulay KUŞ

09:00-09:30
Olgu Sunumu-1: Sistemik tedavi sonrası yanıt alınmış KRK karaciğer metastatik hastalık olgusu
Ekrem ANIK
Panelistler: A. Tolga AKÇAM, Tolga KÖŞECİ, Tülay EREN, Sinan SÖZÜTOK

09:30-10:00
Olgu Sunumu-2: Retroperitoneal sarkom olgu sunumu
Mehmet Mutlu KIDI
Panelistler: Süleyman ÇETİNKÜNAR, Mert BAŞARAN, Kemal KÖSEMEMETOĞLU, Suat ARSLANTAŞ

10:00-10:30
Olgu Sunumu-3: Kolorektal kanserde ctDNA'nın tedavi yönetimindeki entegrasyonu (Erken evre, metastatik evre)
Mustafa SEYYAR
Panelistler: Erdinç NAYIR, Kadir ESER, Burak BEREKETOĞLU, Cem Kaan PARSAK

10:30-11:00
Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

11:00-11:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00
PANEL-13: KARACİĞER, SAFRA YOLLARI VE PANKREAS KANSERLERİ

Oturum Başkanları
Enver REYHAN, Alper ATA

11:30-12:00
Olgu Sunumu-1: Lokal ileri/Borderline pankreatik adenokarsinom
Enes ERUL
Panelistler: A. Gökhan SARITAŞ, Emel SEZER, Sinan SÖZÜTOK, Hatice COŞKUN

12:00-12:30
Olgu Sunumu-2: İmmünoterapi/Anti-VEGF sonrası yanıt alınmış HCC olgusu
Gözde PEMPE
Panelistler: Abdullah ÜLKÜ, Mustafa GÜRBÜZ, Aykut BAHÇECİ, İsa Burak GÜNEY

12:30-13:00
Olgu Sunumu-3: İO/KT sonrası downstage olan UN-rezeke intrahepatik kolanjiokarsinom olgu sunumu
Ali TÜRKER
Panelistler: Hilmi BOZKURT, Ferhat Can PİŞKİN, Havva YEŞİL, Fatih KÖSE

13:00-14:00
ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00
PANEL-15: SENTEZ VE TARTIŞMA: İMMÜNOTERAPİ VE CERRAHİYE ETKİSİ

Oturum Başkanları
İsmail Cem ERAY, Berksoy ŞAHİN

14:00-14:30
İmmünoterapi gelecekte tedavi algoritmalarını değiştirir mi?
Mustafa ERMAN

14:30-15:30
İnteraktif Soru Paneli-Rektum Kanseri Olgu Sunumu: Neoadjuvan immünoterapi cerrahiyi daha mı zor, daha mı gereksiz kılar? Yanıt aldıysa cerrahi endikasyonu değiştirir mi?
Abdurrahman AYKUT
Panelistler: Sinan YAVUZ, Mustafa ATÇI, E. Birol BOSTANCI, Emrah KOÇER

15:30-16:00
Tartışma

16:00-16:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00
PANEL-17 : KOMPLİKASYON, ETİK VE FRAJİL HASTALAR

Oturum Başkanları
Dilek ÖZCENGİZ, Oktay İRKÖRÜCÜ

16:30-17:00
Hekimlerin Hukuki ve Ceza sorumluluğu
Adnan KUVVETLİ

17:00-17:30
Frajil hastada agresif cerrahi sınırları, aşırı tedavi (overtreatment) riski.
Koray DAŞ

17:30-18:00
Olgu Sunumu:
Cihan ATAR
Panelistler: Ahmet HİLAL, Tuğçe KOCA YAVUZ, Adnan KUVVETLİ, Koray DAŞ

18:00-18:30
KAPANIŞ OTURUMU

B-SALONU

08:00-09:00
SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-4

Oturum Başkanları
Fahrettin ACAR, Osman ERDOĞAN

08:00-08:07
SS-23 / Kolon kanserinde tumor tomurcuklanmasının lenfatik ve hematogen yayılımdaki farklı prediktif rolleri: Tek merkez retrospektif kohort analizi
Mert ALTAŞ

08:07-08:14
SS-24 / Hemoroidektomi sonrası her spesmenin histopatolojik incelenmesi gerekli mi?
Mustafa ALÇIN

08:14-08:21
SS-25 / Mide kanserli hastalarda neoadjuvan kemoterapinin postoperatif morbidite ve mortaliteye etkisi
Mustafa YILMAZ

08:21-08:28
SS-2 / Royal Marsden Hospital (RMH) skorunun CDK4/6 inhibitörü alan HR+/HER2− metastatik meme kanseri hastalarında prognostik değeri
Enes ERUL

08:28-08:35
SS-27 / Papiller tiroid kanserinde Delphian lenf nodu metastazı: Yaygın bölgesel lenf nodu metastazının bir göstergesi
Sezer AKBULUT

08:35-08:42
SS-28 / Adrenokortikal karsinomda klinikopatolojik özellikler ve cerrahi yaklaşım: Tersiyer bir endokrin cerrahisi merkezinin deneyimi
Sezer AKBULUT

08:42-08:49
SS-29 / Preoperatif tek taraflı papiller tiroid kanserli hastalarda kontralateral gizli karsinomun sıklığı ve prediktif faktörleri
Sezer AKBULUT

08:49-08:56
SS-1 / RAS-Wild metastatik kolorektal kanserde nötrofil yüzdesi-albumin oranı(NPAR)'nın prognostik önemi
Ali Fuat GÜRBÜZ

08:56-09:00
Tartışma

09:00-11:00
PANEL-12: T4 KOLON KANSERİ

Oturum Başkanları
Feza KARAKAYALI, Sinan YAVUZ

09:00-09:20
FOxTROT, OPTICAL ve NICHE çalışmalarının gözden geçirilmesi
Mehmet Ali KOÇ

09:20-09:55
İnteraktif Olgu-1 : Rezektable ancak tıkayıcı kolon tümörüne yaklaşım
Özlem Zeliha SERT

09:55-10:30
İnteraktif Olgu-2 : Bulky/T4b kolon tümörüne yaklaşım
Hilmi BOZKURT
Panelistler: Cem TERZİ, Bengi GÜRSES, Ertuğrul BAYRAM, Kıvılcım EREN ATEŞ, Aras Emre CANDA, Ozan Cem GÜLER

10:30-11:00
Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

11:00-11:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00
PANEL-14: LOKAL İLERİ REKTUM KANSERİ

Oturum Başkanları
Emre BALIK, Sinan YAVUZ

11:30-11:50
PRODIGE 23, RAPIDO, OPRA ve son STELLAR çalışmalarının gözden geçirilmesi
Ahmet RENCÜZOĞULLARI

11:50-12:25
Olgu Sunumu-1: TNT standart tedavi mi olmalı? Protokol tercihini neye göre belirliyoruz? PROSPECT çalışmasının gözden geçirilmesi
İbrahim Halil ÖZATA

12:25-13:00
Olgu Sunumu-2: Herkese mi RT, seçilmişlere mi RT?
İshak AYDIN

Panelistler: Ayhan KUZU, Cem Kaan PARSAK, Bengi GÜRSES, Kıvılcım EREN ATEŞ, Tolga KÖŞECİ

13:00-14:00
ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00
PANEL-16 : MEME KANSERİ VE ÖZEL DURUMLAR

Oturum Başkanları
Cihan URAS, Gürhan SAKMAN

14:00-14:10
Multisentrik meme kanserinde MKC güvenli mi?
Sina FERAHMAN

14:10-14:20
Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi zamanlama ve sınırlar
Beyza ÖZÇINAR

14:20-14:30
Evre IV De-Nova Meme kanserinde primer tümör cerrahisinin sağ kalıma etkisi
Ali Uğur EMRE

14:30-14:40
Gebelikte meme kanseri yönetimi
Mustafa BERKEŞOĞLU

14:40-14:50
Okkült meme kanseri yönetimi
Sami BENLİ

14:50-15:00
Erkek meme kanseri yönetimi
Ümit TURAN

15:00-15:10
Yaşlı (Geriatrik) popülasyonda meme kanseri cerrahisi: "Less is more" yaklaşımı
Nidal İFLAZOĞLU

15:10-15:20
Genç yaşta meme kanseri: Fertilite (Doğurganlık) korunması ve onkolojik güvenlik
Mehmet VELİDEDEOĞLU

15:20-16:00
Tartışma

16:00-16:30
KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00
PANEL-18 : İLERİ EVRE VE ZOR VAKALAR & MOLEKÜLER BELİRTEÇLER VE YENİ YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanları
Mete DÜREN, Mehmet HACİYANLI

16:30-16:40
Laringotrakeal invazyon: Cerrahi strateji nasıl olmalı?
Mehmet ULUDAĞ

16:40-16:50
İnferior laringeal sinir tümörün içinde. Stratejimiz ne olmalı?
Serkan SARI

16:50-17:00
Şilöz yaralanmalar ve şilöz fistül yönetimi
Mehmet HACİYANLI

17:00-17:10
Total tiroidektomi sonrası normokalsemik asemptomatik bir süreç için stratejiler
Mete DÜREN

17:10-17:20
BRAF V600E Pozitifliği: Cerrahi stratejiyi değiştirir mi?
Beyza ÖZÇINAR

17:20-17:30
Medüller tiroid kanserinde boyun diseksiyonu sınırları ne olmalı? Kalsitonin ve CEA düzeylerine göre değişebilir mi ?
Kubilay DALCI

17:30-17:40
İDTK'de santral boyun diseksiyonu ne zaman, nasıl?
Fatih TUNCA

17:40-17:50
Lateral boyun diseksiyonu ne zaman, nasıl?
Nurcihan AYGÜN

17:50-18:00
Tartışma

C-SALONU

08:30-09:00
DİYETİSYENLİK SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1

Oturum Başkanları
Serdar GÜMÜŞ, Mevlüt Harun AĞCA

08:30-08:40
SS-1 / SS-1 / Bariatrik cerrahi öncesi kilo kaybı gerekli mi ?
Sena ÜNLÜ

08:40-08:50
SS-2 / Tat duyusu değişikliğinin hastanede yatan onkoloji hastalarında besin seçimlerine ve malnütrisyon göstergelerine etkisi
Gülseren ÖZSAÇ

08:50-09:00
Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

09:00-11:00

PANEL-1 : TEMEL ONKOLOJİK CERRAHİDE DİYETİSYEN YAKLAŞIMI

Oturum Başkanları
Dilşat BAŞ, Zehra ÖZGEN ARI

09:00-09:15
Onkoloji diyetisyenliğine multidisipliner yaklaşım ve kanser hastalarında nutrisyonel değerlendirme
Ebru MELEKOĞLU BAYRAM

09:15-09:30
Nutrisyon bozuklukları ve malnütrisonun tanımı ? (Kırılganlık, Kaşeksisi, Malnütrisyon, Sarkopeni)
Eda PARLAK

09:30-09:45
Kanser cerrahisinde beslenme yöntemleri
Orçun YALAV

09:45-10:00
Kanser cerrahisinde beslenme komplikasyonlarının yönetimi
Birgül DAĞ

10:00-10:15
Onkolojik cerrahide mikronütrientler
Aybala TAZEOĞLU

10:15-10:30
ERAS Protokolleri
Pakize Gizem AKGÜL

10:30-11:00
Tartışma

11:00-11:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00

PANEL-2: GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ONKOLOJİK CERRAHİSİNDE DİYETİSYEN YAKLAŞIMI

Oturum Başkanları
Birgül DAĞ, Betül GÜLŞEN

11:30-11:45
Hasta değerlendirmesinde kullanılan skorlama sistemleri ve testler
Şule YILDIRIM AKICI

11:45-12:00
Kolerektal cerrahide nutrisyon
Simge AKYEL

12:00-12:15
Üst GİS pre-op post- op beslenmesi
Nihal ÖZDEMİR

12:15-12:30
RT ve KT sırasında ve sonrasında beslenme yaklaşımı
Duygu ÖZBAY

12:30-12:45
Vaka sunumu: Refeeding sendromunun ne kadar farkındayız?
Filiz PARLATIR

12:45-13:00
Obez kanser hastalarını zayıflatalım mı?
Betül GÜLŞEN

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

PANEL-3: BAŞ-BOYUN KANSERLİ HASTALARDA DİYETİSYEN YAKLAŞIMI

Oturum Başkanları
Aybala TAZEOĞLU, Burcu USLU

14:00-14:15
Baş-Boyun kanserli hastalara hekim yaklaşımı
Ayşe Gizem ÜNAL

14:15-14:30
NG-PEG-PEJ ve cerrahi yöntemler, kime ne zaman?
Cumhur ÖZCAN

14:30-14:45
Enteral ve parenteral beslenme endikasyonları ve ürün seçimi
Zehra ÖZGEN ARI

14:45-15:00
Kanser tedavisinde beslenme davranışın psikolojik belirteçleri
Burcu USLU

15:00-15:15
Onkolojik hastalarda ketojenik diyetler ve farklı diyet yaklaşımları
Dilşat BAŞ

15:15-15:30
Baş-Boyun-Vaka
Emel ZORLU ÖLMEZ

15:30-16:00
Tartışma

16:00-16:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00

PANEL-4 : GERİATRİK ONKOLOJİK CERRAHİ HASTALARINDA DİYETİSYEN YAKLAŞIMI

Oturum Başkanları
Ebru MELEKOĞLU BAYRAM, Orçun YALAV

16:30-16:45
Geriatrik onkoloji hastalarında eşlik eden problemler ve yönetimi
Birgül DAĞ

16:45-17:00
Hastanede yatan geriatrik hastanın nütrisyon yönetimi/diyet ve ek besin öğeleri
Meltem KUDRET

17:00-17:15
Onkoloji tedavisinde probiyotik- prebiyotik kullanım yaklaşımı ve onkolojik tedavide vitamin ve mineraller
Dilşat BAŞ

17:15-17:30
Vaka-1 (Geriatrik onkoloji hastalarında eşlik eden problemler ve yönetimi)
Kader LALA KAYA

17:30-17:45
Vaka-2 (Geriatrik onkoloji hastalarında eşlik eden problemler ve yönetimi)
Havva Eda BİLEN TAŞKAYA

17:45-18:00
Tartışma

ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

D-SALONU

09:00-11:00

PANEL-1 : GERİATRİK VE NÖROLOJİK BAKIŞ

Oturum Başkanları
Teslime ATLI, Şebnem BIÇAKCI

09:00-09:20
Kanser hastasında temel klinik değerlendirme: Geriatri, nöroloji ve yutma fonksiyonları kronolojik yaş mı, kırılganlık mı?
Teslime ATLI

09:20-09:40
Kanser hastasında nörolojik bakış: Nerede? Ne zaman?
Şebnem BIÇAKCI

09:40-10:00
Baş-boyun kanseri ve radyaasyon disfajisi
Fundagül ANDİÇ

10:00-10:20
Enteral ulaşım yolları ve beslenme protokolleri
İbrahim ÇOĞAL

10:20-11:00
Tartışma

11:00-11:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

11:30-13:00

PANEL-2 : POLİFARMASİ, SARKOPENİ VE KIRILGANLIK ÜÇGENİNDE KANSER HASTASI

Oturum Başkanları
Teslime ATLI, Funda DATLI YAKARYILMAZ

11:30-11:45
Kırılganlık
Funda DATLI YAKARYILMAZ

11:45-12:00
Malnütrisyon ve sarkopeni
Ercüment ÖZTÜRK

12:00-12:15
Polifarmasi
Esra BOZKURT

12:15-12:30
Kırılgan hastada tümör lizis sendromu
Mevlüt Harun AĞCA

12:30-13:00
Tartışma

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

PANEL-3 : KANSER HASTASINDA NÖROLOJİK ACİLLER VE TANISAL TUZAKLAR: OLGULARLA YAKLAŞIM

Oturum Başkanları
Kezban ASLAN KARA, Başak KARAKURUM GÖKSEL

14:00-14:15
Kanser hastasında bilinç kaybına yaklaşım: Deliryum senkop mu, nöbet mi?
M. Taylan PEKÖZ

14:15-14:30
Kanser hastasında akut serebrovasküler olaylar
Turgay DEMİR

14:30-14:45
Kanser hastasında periferik sinir sistemi tutulumu
Duygu KURT GÖK

14:45-15:00
Paraneoplastik nörolojik sendromlar
Dilek İŞCAN

15:00-16:00
Tartışma

16:00-16:30

KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETİ

16:30-18:00

PANEL-4 : KANSER OLGULARINDA GÖZDEN KAÇANLARI GÖRMEK

Oturum Başkanları
Veysel HAKSÖYLER, Funda DATLI YAKARYILMAZ

16:30-16:50
Olgu-1: Yaşlı ve genç kanser hastasına onkolog gözüyle yaklaşım
Veysel HAKSÖYLER

16:50-17:10
Olgu-2: Yaşlı ve genç kanser hastasına geriatrist gözüyle yaklaşım
Funda DATLI YAKARYILMAZ

17:10-17:30
Olgu-3: Olgu sunumu
Fazirah HUSSEYİN

17:30-17:50
Olgu-4: Olgu sunumu
Burak YILDIZ

17:50-18:00
Tartışma



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -BİLDİRİLERİ=

-GENEL CERRAHİ-

&

-MEDİKAL ONKOLOJİ-

SÖZLÜ BİLDİRİLERİ



SS-1 / RAS-Wild metastatik kolorektal kanserde nötrofil yüzdesi-albumin oranı (NPAR)'nın prognostik önemi

Ali Fuat Gürbüz[1], Mehmet Zahid Koçak[2]

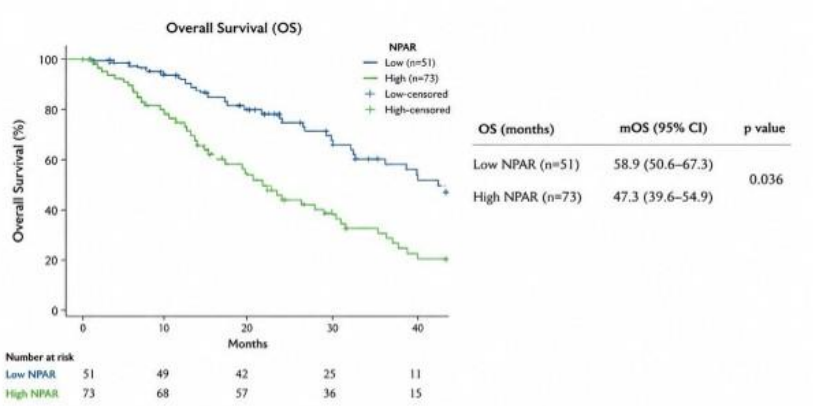
[1]Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Konya, Türkiye
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Konya, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Nötrofil yüzdesi-albümin oranı (NPAR), inflamasyon ve nütrisyonel durumu birleştiren, düşük maliyetli bir prognostik biyobelirteçtir ve çeşitli malignitelerde prognostik değeri gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, ilk basamak floropirimidin bazlı kemoterapi ile anti-EGFR tedavisi (setuksimab veya panitumumab) alan RAS-Wild tip metastatik kolorektal kanserli (mKRK) hastalarda tedavi öncesi NPAR'ın prognostik önemini değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Retrospektif, iki merkezli bu çalışmaya RAS-Wild tip mKRK tanılı 124 hasta dahil edildi. Optimal NPAR eşik değeri, Youden indeksi kullanılarak ROC eğrisi analiziyle belirlendi ve hastalar düşük ve yüksek NPAR gruplarına ayrıldı. Genel sağkalım (OS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS), Kaplan-Meier yöntemi ve Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR: ROC analizi 0,71 AUC değeri (duyarlılık %72, özgüllük %62) verdi. Hastalar düşük NPAR (n=51) ve yüksek NPAR (n=73) olarak gruplandırıldı; gruplar arasında temel özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Düşük NPAR grubunda medyan PFS 14,8 ay iken yüksek NPAR grubunda 11,2 aydı (p=0,001). Medyan OS, düşük NPAR grubunda 58,9 ay, yüksek NPAR grubunda 47,3 aydı (p=0,036)(Şekil 1). Çok değişkenli analizde düşük NPAR, hem OS (HR=0,40; %95 GA: 0,19–0,87; p=0,02) hem de PFS (HR=0,43; %95 GA: 0,27–0,68; p < 0,001) için bağımsız olumlu prognostik faktör olarak saptandı (Tablo 2).

Şekil 1



NPAR durumuna göre genel sağkalım (GS) için Kaplan–Meier eğrileri.

Tablo 1

Değişken	Düşük NPAR (n=51)	Yüksek NPAR (n=73)	P değeri
Yaş			**0,239**
<65 yaş	34 (%66,7)	41 (%56,2)	
≥65 yaş	17 (%33,3)	32 (%43,8)	
Cinsiyet			**0,941**
Erkek	22 (%43,1)	31 (%42,5)	
Kadın	29 (%56,9)	42 (%57,5)	
VKİ			**0,603**
<25 kg/m²	22 (%43,1)	25 (%34,2)	
25–30 kg/m²	21 (%41,2)	35 (%47,9)	
>30 kg/m²	8 (%15,7)	13 (%17,8)	
ECOG Performans Durumu			**0,069**
0	35 (%68,6)	36 (%49,3)	
1	16 (%31,4)	35 (%47,9)	
2	0 (%0,0)	2 (%2,7)	
Komorbidite			**0,163**
Yok	26 (%51,0)	28 (%38,4)	
Var	25 (%49,0)	45 (%61,6)	
Tümör tarafı			**0,231**
Sağ kolon	2 (%3,9)	7 (%9,6)	
Sol kolon	49 (%96,1)	66 (%90,4)	
De novo metastatik hastalık			**0,378**
Hayır	17 (%33,3)	19 (%26,0)	
Evet	34 (%66,7)	54 (%74,0)	
Adjuvan kemoterapi alan			**0,409**
Hayır	35 (%68,6)	55 (%75,3)	
Evet	16 (%31,4)	18 (%24,7)	
CEA düzeyi			**0,204**
<5 ng/mL	21 (%41,2)	22 (%30,1)	
≥5 ng/mL	30 (%58,8)	51 (%69,9)	
MMR durumu			**0,569**
dMMR	7 (%13,7)	6 (%8,2)	
pMMR	38 (%74,5)	56 (%76,7)	
Bilinmiyor	6 (%11,8)	11 (%15,1)	
Biyolojik ajan			**0,938**
Panitumumab	36 (%70,6)	52 (%71,2)	
Setuksimab	15 (%29,4)	21 (%28,8)	

NPAR düzeyine göre temel klinikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2

GS risk faktörleri						
Değişken	**HR**	**%95 GA**	**P**	**HR**	**%95 GA**	**P**
	Tek değişkenli			**Çok değişkenli**		
NPAR (Düşük ya Yüksek)	0,46	0,22–0,96	0,03	0,40	0,19–0,87	0,02
Yaş (≥65 ya <65)	1,40	0,73–2,70	0,08	1,46	0,74–2,90	0,27
Cinsiyet (Erkek ya Kadın)	1,09	0,59–2,01	0,78	—	—	—
VKİ 25–30 (Ref: <25)	0,81	0,43–1,55	0,53	—	—	—
VKİ >30	0,49	0,18–1,32	0,15	—	—	—
ECOG (1-2 ya 0)	1,64	0,82–2,17	0,13	—	—	—
Komorbidite (Var ya Yok)	1,53	0,81–2,08	0,09	1,40	0,87–2,02	0,07
Tümör tarafı (Sağ ya Sol)	1,69	0,51–5,61	0,39	—	—	—
De novo metastaz (Evet ya Hayır)	1,73	0,86–3,45	0,12	—	—	—
Biyolojik ajan (Setuksimab ya Panitumumab)	1,50	0,75–2,98	0,25	—	—	—
CEA (≥5 ya <5)	0,74	0,39–1,40	0,34	—	—	—

PFS risk faktörleri						
Değişken	**HR**	**%95 GA**	**P**	**HR**	**%95 GA**	**P**
	Tek değişkenli			**Çok değişkenli**		
NPAR (Düşük ya Yüksek)	0,49	0,32–0,76	0,001	0,43	0,27–0,68	<0,001
Yaş (≥65 ya <65)	0,95	0,63–1,44	0,82	0,97	0,64–1,48	0,88
Cinsiyet (Erkek ya Kadın)	1,19	0,79–1,77	0,40	—	—	—
VKİ 25–30 (Ref: <25)	1,00	0,65–1,53	0,98	0,98	0,63–1,53	0,94
VKİ >30	0,45	0,23–0,87	0,01	0,52	0,26–1,04	0,06
ECOG (1-2 ya 0)	1,24	0,68–2,37	0,16	—	—	—
Komorbidite (Var ya Yok)	1,33	0,90–1,98	0,15	1,48	0,94–2,32	0,09
Tümör tarafı (Sağ ya Sol)	1,02	0,41–2,52	0,96	—	—	—
De novo metastaz (Evet ya Hayır)	1,04	0,65–1,68	0,86	—	—	—
Biyolojik ajan (Setuksimab ya Panitumumab)	0,96	0,63–1,47	0,85	—	—	—
CEA (≥5 ya <5)	0,91	0,60–1,38	0,66	—	—	—

Genel sağkalım (GS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) için tek değişkenli ve çok değişkenli Cox regresyon analizleri

TARTIŞMA / SONUÇ: Tedavi öncesi NPAR, ilk basamak anti-EGFR bazlı tedavi alan RAS-Wild tip mKRK hastalarında bağımsız, ucuz ve kolay ulaşılabilir bir prognostik biyobelirteçtir. NPAR'ın anti-EGFR tedavisine yanıtla ilişkili immün aracılı mekanizmaları (antikor bağımlı hücresel sitotoksisite gibi) yansıtabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, NPAR'ın mevcut prognostik modelleri tamamlayabileceğini göstermekte olup, prospektif doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

SS-2 / Royal Marsden Hospital (RMH) skorunun CDK4/6 inhibitörü alan HR+/HER2− metastatik meme kanseri hastalarında prognostik değeri

Enes Erul[1], Nejat Emre Öksüz[1], Pınar Kubilay Tolunay[1], Hatime Arzu Yasar[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara 06620, Türkiye.

GİRİŞ / AMAÇ: Hormon reseptör pozitif (HR+)/insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 negatif (HER2−) metastatik meme kanserinde siklin bağımlı kinaz 4/6 (CDK4/6) inhibitörleri standart tedavi seçeneklerinden biridir.[1,2] Ancak bu tedavilerden fayda görecek hasta gruplarını öngörebilecek pratik prognostik araçlara ihtiyaç devam etmektedir. Royal Marsden Hospital (RMH) skoru; laktat dehidrogenaz yüksekliği, albümin düşüklüğü ve metastatik bölge sayısı gibi kolay erişilebilir parametrelerden oluşan basit bir skorlama sistemidir (3,4).[3,4] Bu çalışmada, CDK4/6 inhibitörü alan HR+/HER2− metastatik meme kanseri hastalarında RMH skorunun klinik sonuçlarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: CDK4/6 inhibitörü ve endokrin tedavi alan HR+/HER2− metastatik meme kanseri hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. RMH skoru tedavi başlangıcındaki laktat dehidrogenaz, albümin ve metastatik bölge sayısı kullanılarak hesaplandı. Hastalar RMH düşük risk grubu skoru 0–1 ve RMH yüksek risk grubu skoru 2–3 olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Primer sonlanım progresyonsuz sağkalım (PFS) olarak belirlendi. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier yöntemi, log-rank testi ve Cox regresyon analizi ile yapıldı.

BULGULAR: RMH skoru hesaplanabilen 91 hasta analize dahil edildi. Hastaların 71'i düşük risk, 20'si yüksek risk grubundaydı. RMH yüksek risk grubunda karaciğer metastazı anlamlı olarak daha sık izlendi (%42,9'a karşı %19,7; p=0,045); ileri tedavi basamağı ve endokrin direnç de bu grupta sayısal olarak daha sık gözlendi, ancak farklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Medyan PFS, RMH düşük risk grubunda 17,2 ay iken, RMH yüksek risk grubunda 8,0 aydı. RMH yüksek risk skoru anlamlı olarak daha kısa PFS ile ilişkili bulundu (HR: 2,82; %95 GA: 1,58–5,03; p < 0,001). Yaş, tedavi basamağı, karaciğer metastazı ve ECOG performans durumu ile düzeltilmiş analizde de RMH yüksek risk skoru bağımsız kötü prognostik faktör olarak kaldı (HR: 2,55; %95 GA: 1,31–4,98; p=0,006).

TARTIŞMA / SONUÇ: Bu gerçek yaşam kohortunda RMH skoru, CDK4/6 inhibitörü alan HR+/HER2− metastatik meme kanseri hastalarında güçlü bir prognostik belirteç olarak bulundu. Tedavi başlangıcında kolayca hesaplanabilen RMH skoru, klinik pratikte yüksek riskli hastaların tanımlanmasına ve takip stratejilerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

Yazar Notu: Çalışmamızın sözel bildiri olarak değerlendirilmesi uygun görülürse, bizleri onurlandıracaktır. Bilim Kurulu'nun değerli değerlendirmeleri için teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

SS-3 / CDK4/6 İnhibitörü alan HR-Pozitif/HER2-Negatif metastatik meme kanseri hastalarında progesteron reseptör durumunun sağkalım üzerine etkisi

Esra Asarkaya[1], Abdurrahman Aykut[1], Hatice Asoğlu[1], Güneş Çavuşoğlu[1], Melis Kadıoğlu[1], Tolga Köşeci[1]

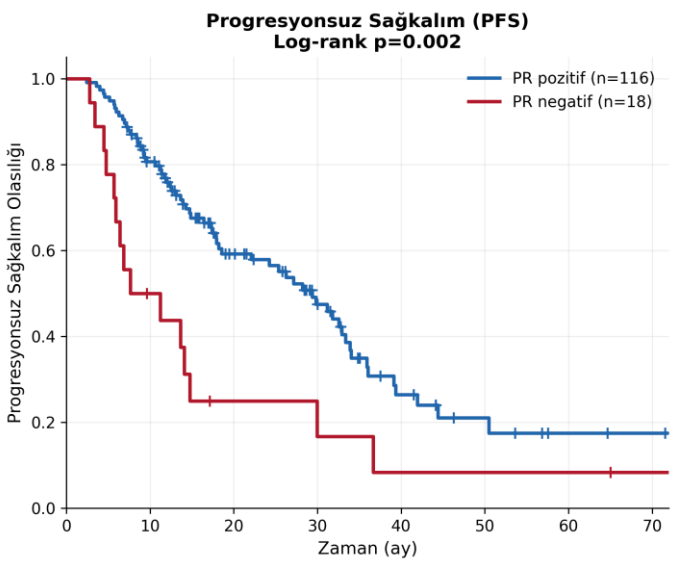
[1]Çukurova Üniversitesi

GİRİŞ / AMAÇ: Progesteron reseptörü (PR) kaybı, hormon reseptör (HR)-pozitif meme kanserinde endokrin duyarlılığın azalmasıyla ilişkilendirilen bir bulgudur. Bu çalışmada, CDK4/6 inhibitörü (CDK4/6i) alan HR-pozitif/HER2-negatif metastatik meme kanseri hastalarında PR durumunun genel sağkalım (OS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

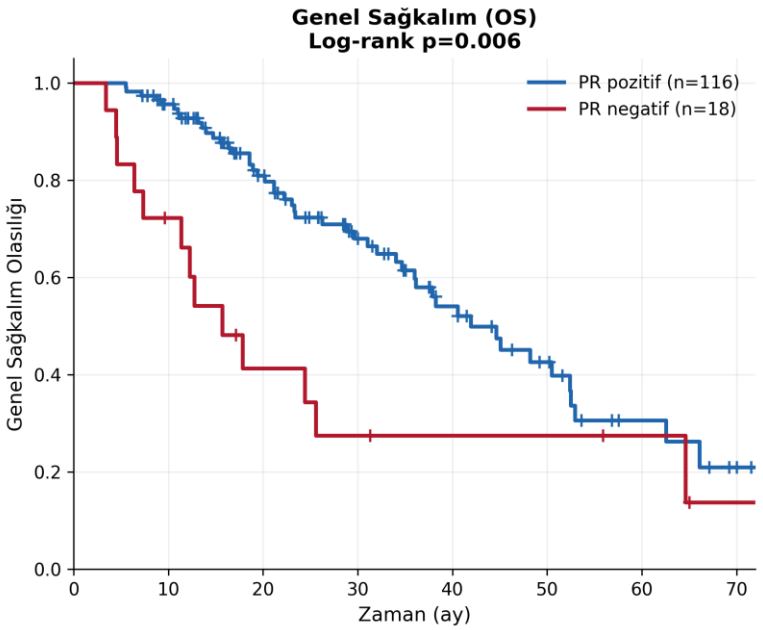
GEREÇ ve YÖNTEM: CDK4/6i (palbosiklib veya ribosiklib) ile tedavi edilen 153 hastalık retrospektif kohortumuzdan, östrojen reseptörü (ER) pozitif olan 134 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar PR durumuna göre pozitif (≥%1, n=116) ve negatif (< %1, n=18) olarak iki gruba ayrıldı. OS ve PFS, Kaplan-Meier yöntemi ile hesaplandı; gruplar log-rank testi ve Cox regresyon analizi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Medyan OS, PR-pozitif grupta 42.0 ay iken PR-negatif grupta 15.7 aya kısaldı (log-rank p=0.006). Cox regresyon analizinde PR-negatifliği, OS için bağımsız kötü prognostik faktör olarak belirlendi (HR: 2.34, %95 GA: 1.26–4.36, p=0.007). Medyan PFS ise PR-pozitif grupta 29.4 ay, PR-negatif grupta 7.6 ay olarak saptandı (log-rank p=0.002; HR: 2.41, %95 GA: 1.37–4.23, p=0.002). Her iki sonlanım noktasında da PR-negatif hastalar anlamlı olarak daha kötü sonuçlara sahipti.

PR-PFS İLİŞKİSİ



PR-OS İLİŞKİSİ



TARTIŞMA / SONUÇ: HR-pozitif/HER2-negatif metastatik meme kanserinde PR negatifliği, CDK4/6i tedavisi altında hem OS hem PFS için güçlü ve bağımsız bir kötü prognostik belirteç olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgu, PR durumunun tedavi öncesi risk sınıflandırmasında ve klinik karar alma sürecinde dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Sonuçlarımız, küçük örneklem büyüklüğüne (PR-negatif n=18) rağmen istatistiksel olarak anlamlı ve klinik açıdan belirgin bir fark göstermektedir; bulgunun daha büyük, çok merkezli kohortlarda doğrulanması önerilmektedir.

Yazar Notu:

SS-4 / Cerrahi adayı olmayan geriatrik rektum kanserli hastalarda (Kemo) radyoterapi sonrası klinik yanıt ve sağkalım sonuçları

Harun Demir[1], İbrahim Babalıoğlu[1]

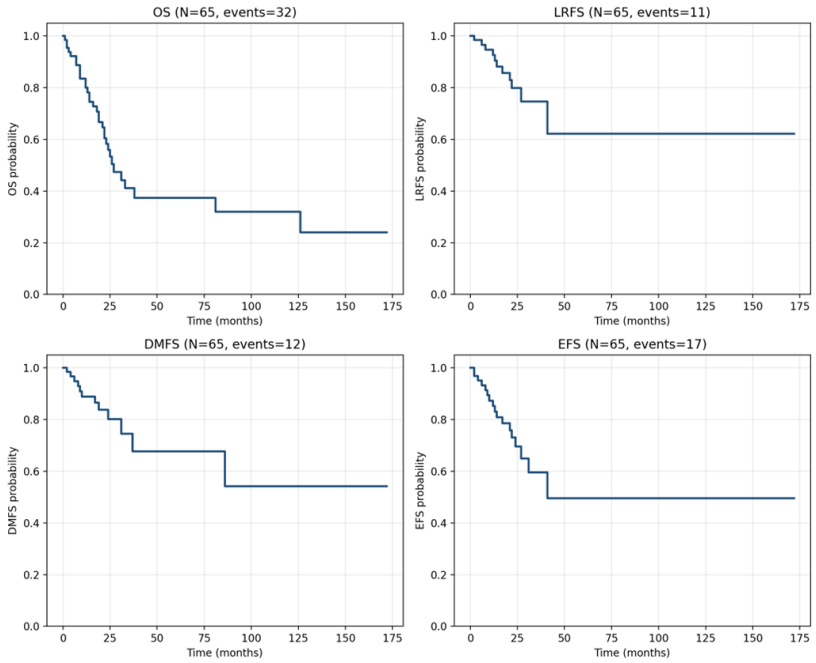
[1]Konya Şehir Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Konya, TÜRKİYE

GİRİŞ / AMAÇ: Rektum kanserli ileri yaş bazı vakalarda hasta ve tümör ilişkili nedenlerle primer cerrahi uygulanamamaktadır. Bu çalışmada, cerrahi uygulanmayan bu hastalarda definitif (kemo)radyoterapi sonrası sağkalım, klinik yanıt ve toksisite sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2015–Mart 2026 tarihleri arasında merkezimizde definitif (kemo)radyoterapi uygulanan, rektum adenokarsinomlu 65 geriatrik (≥65 yaş) hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Medyan yaş 74 (65–94) olup; %73,8'i erkek, %40,0'ı ECOG PS ≥2 idi. Hastaların %81,5'ine uzundönem konvansiyonel fraksiyonlu uygulandı; %75,4'üne eş zamanlı kemoterapi (çoğunlukla kapesitabin bazlı) verildi. Medyan takip süresi 19,8 aydı (IQR 9,6–27,5). Post-RT değerlendirilebilen 47 hastada T evresinde gerileme %59,6, N evresinde gerileme %55,3 hastada saptandı. Klinik tam yanıt (cT0N0) oranı %25,5 idi. Akut toksisite hastaların %58,5'inde gelişti; en sık proktit (%34,2) izlendi. Grade ≥2 akut toksisite oranı %27,7 olup, eş zamanlı kemoterapi hem univaryat (OR=7,97; p=0,054) hem de multivaryat analizde (OR=9,17; %95 GA 1,08–78,14; p=0,043) bağımsız risk faktörü olarak saptandı; grade 3 üzeri toksisite yalnızca 2 hastada (%3,1) görüldü, grade 4-5 toksisite izlenmedi. Tüm kohortta 11 lokobölgesel nüks (%16,9) ve 12 uzak metastaz (%18,5) kaydedildi. Medyan OS 27 ay olup 1-, 2- ve 3-yıllık OS oranları sırasıyla %80,0, %56,0 ve %41,1 idi. 1-, 2- ve 3-yıllık LRFS oranları %92,6/%79,9/%74,6; DMFS oranları %88,8/%80,2/%74,5 olarak hesaplandı. Univaryat analizde ileri yaş (> 75, p=0,017), ECOG ≥2 (p=0,052), M1 hastalık (p=0,030) ve evre III-IV (p=0,058) OS için kötü prognostik faktörler olarak öne çıkarken, eş zamanlı kemoradyoterapi alan hastalarda OS anlamlı derecede daha iyiydi (HR=0,24; %95 GA 0,10–0,55; p < 0,001). Bu etki, yaş, ECOG ve M evresi için düzeltilen multivaryat Cox modelinde de sınırda anlamlılığını korudu (düzeltilmiş HR=0,42; %95 GA 0,15–1,17; p=0,098).

Şekil 1



Şekil 1. Tüm kohort (N=65) için genel sağkalım (OS), lokal bölgesel nükssüz sağkalım (LRFS), uzak metastazsız sağkalım (DMFS) ve olaydan bağımsız sağkalım (EFS) için Kaplan-Meier grafikleri

Tablo 1

Özellik	n (%) / Medyan (IQR)
Yaş, yıl, medyan (IQR)	74 (70–79)
≤75 yaş / >75 yaş	27 (%41,5) / 38 (%58,5)
Cinsiyet, erkek / kadın	48 (%73,8) / 17 (%26,2)
ECOG PS 0 / 1 / 2 / 3	14 (%21,5) / 25 (%38,5) / 24 (%36,9) / 2 (%3,1)
Tümör yerleşimi, alt / orta / üst	30 (%46,2) / 20 (%30,8) / 15 (%23,1)
cT evresi, T1 / T2 / T3 / T4a / T4b	1 (%1,5) / 20 (%30,8) / 32 (%49,2) / 6 (%9,2) / 6 (%9,2)
cN evresi, N0 / N1 / N2	20 (%30,8) / 32 (%49,2) / 13 (%20,0)
cM evresi, M0 / M1a / M1b	57 (%87,7) / 5 (%7,7) / 3 (%4,6)
Genel evre, I-II / III / IV	18 (%27,7) / 38 (%58,5) / 9 (%13,8)
Tanı anında CEA >5 ng/mL*	9/26 (%34,6)
Cerrahi uygulanmama nedeni:	
Medikal inoperabilite	12 (%18,5)
Hasta reddi	22 (%33,8)
Hastalık progresyonu	3 (%4,6)
Belirtilmemiş / eksik veri	25 (%38,5) / 3 (%4,6)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; PS: performans durumu; CEA: karsinoembriyonik antijen.

Tablo 1. Bazal Demografik, Klinik ve Tümör Özellikleri

Tablo 2

Univaryat Analiz

Değişken	HR	%95 GA	p
Yaş >75 (vs ≤75)	2,43	1,17–5,06	**0,017**
ECOG ≥2 (vs 0-1)	2,00	0,99–4,02	0,052
Ek hastalık ≥2 (vs 0-1)	0,72	0,34–1,50	0,380
M1 (vs M0)	3,02	1,12–8,15	**0,030**
Eş zamanlı KT (var vs yok)	0,24	0,10–0,55	**<0,001**
RT dozu ≥45 Gy (vs 25 Gy)	0,29	0,12–0,75	**0,011**
Cinsiyet (kadın vs erkek)	1,36	0,61–3,04	0,458
Evre III-IV (vs I-II)	2,31	0,97–5,47	0,058

Multivaryat Analiz

Değişken	HR	%95 GA	p
Yaş >75 (vs ≤75)	2,02	0,86–4,73	0,107
ECOG ≥2 (vs 0-1)	1,32	0,58–3,01	0,511
M1 (vs M0)	2,14	0,63–7,31	0,224
Eş zamanlı KT (var vs yok)	0,42	0,15–1,17	0,098

Tablo 2. Genel Sağkalım (OS) için Cox Regresyon Analizi

TARTIŞMA / SONUÇ: Cerrahiye uygun olmayan geriatrik rektum kanserli hastalarda definitif radyoterapi, özellikle eş zamanlı kemoterapi ile birlikte uygulandığında, kabul edilebilir toksisite profiliyle anlamlı klinik yanıt ve sağkalım avantajı sağlamaktadır. Bu bulgular, seçilmiş geriatrik hastalarda kemoradyoterapinin güvenilir bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir.

Yazar Notu:

SS-5 / Nüks döneminde normal serum Ca125 düzeyi over kanserinde aktif hastalığı dışlar mı? Pet-Bt ile retrospektif karşılaştırma

Hatice Asoğlu[1], Ertuğrul Bayram[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilimdalı, Adana

GİRİŞ / AMAÇ: Serum CA125, over kanserinde tanı, tedavi yanıtı ve nüks takibinde en yaygın kullanılan belirteçtir; ancak hastalık yükünü ve yayılım paternini ne ölçüde yansıttığı tartışmalıdır. Bu çalışmada over/tuba/periton kanserli hastalarda CA125 düzeyinin klinikopatolojik özellikler ve PET-BT bulguları ile ilişkisi araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak-Ağustos 2025 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji ve Medikal Onkoloji birimlerinde değerlendirilen hastaların kayıtları retrospektif tarandı. Over, tuba veya periton kaynaklı malignitesi olanlar protokol numarasına göre tekilleştirildi; borderline tümörler ve primer odağı belirlenemeyenler dışlandı. Yaş, ECOG, histoloji, asit/plevral efüzyon, değerlendirme dönemi (tanı/evreleme veya nüks/takip), CA125 ve görüntüleme bulguları kaydedildi; değerlendirme sırasında ölçülen CA125 esas alındı. PET-BT bulguları pozitiflik ve supradiyafragmatik/torasik yayılım açısından kodlandı. Normal üst sınır 35 U/mL kabul edildi. Mann-Whitney U ve Fisher kesin testi kullanıldı.

BULGULAR: Altmış altı hasta değerlendirildi (medyan yaş 55, dağılım 25-84). Histolojinin %71,2'si yüksek dereceli seröz karsinom, %28,8'inde ECOG≥2 idi. Medyan CA125 310,8 U/mL (6,4-4552) olup 11 hastada (%16,7) normal sınırlardaydı (< 35 U/mL). CA125, asit veya plevral efüzyon varlığında anlamlı yüksekti (medyan 851,5 vs 164,9; p=0,001). Tanı/evreleme aşamasında CA125 normal olan hasta oranı %3,2 (1/31) iken, nüks/takip grubunda %28,6 (10/35) idi (p=0,007). PET-BT uygulanan 26 hastanın (%39,4) 25'inde (%96,2) aktif hastalık saptandı. CA125 normal olan sekiz hastanın yedisinde (%87,5) PET-BT pozitifti; tek negatif olgu tedavi almamış erken evre tubal karsinomdu. Supradiyafragmatik/torasik tutulum 12/26 hastada (%46,2) mevcut olup oran CA125 < 35 ve ≥35 gruplarında benzerdi (%50,0 vs %44,4; p=1,00); CA125 düzeyi yayılım paterniyle korele değildi (p=0,877).

TARTIŞMA / SONUÇ: CA125 tanı anında tümör yükü ve asit varlığı ile korelasyon gösterirken, nüks ve takip döneminde normal CA125 aktif hastalığı dışlamamaktadır. Normal CA125'li hastaların büyük çoğunluğunda PET-BT ile aktif hastalık, yarısında supradiyafragmatik yayılım gösterilmiştir. CA125 düzeyi yayılım paternini öngörmemektedir. Klinik veya radyolojik şüphede metabolik görüntüleme kararı CA125'ten bağımsız verilmelidir.

Yazar Notu:

SS-6 / Lokal ileri rektum kanserinde tedavi seçenekleri ve prognostik indeklerin patolojik yanıt üzerine etkisi

Şuheda Ataş İpek[1], Aysel Oğuz[2], Ali Kaan Güren[3], Gamze Emin[4], Tolga Köşeci[1]

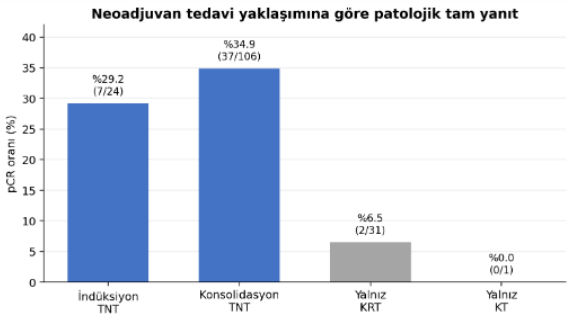
[1]Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği
[3]Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği
[4]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Total neoadjuvan tedavi (TNT), lokal ileri rektum kanserinde patolojik tam yanıtı (pCR) artırmaktadır.Farklı TNT modelleri ile hasta ve hastalık özelliklerine göre tedavi planlanbilmektedir. Hemoglobin, albümin, lenfosit ve trombosit değerlerinden hesaplanan HALP skoru olası bir immün-nütrisyonel yanıt belirteci olarak farklı malignitelerde incelenmiştir. Bu çalışmayı tasarlamakta amacımız neoadjuvan tedavi yaklaşımlarının pCR ile ilişkisini; tedavi öncesi ve neoadjuvan tedavi sonrası–cerrahi öncesi HALP değerlerinin pCR'ı öngörme gücünü araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. pCR, ypT0N0 olarak tanımlandı. Tedavi bilgisi eksik sekiz kayıt tüm analizlerden çıkarıldı. HALP; tedavi öncesi ve neoadjuvan tedavi tamamlandıktan sonra, cerrahi uygulanmadan önce alınan Hb, albümin, lenfosit ve trombosit değerleriyle hesaplandı. Albümin ve trombosit birimleri standardize edildi. Mann–Whitney U, ROC ve lojistik regresyon analizleri uygulandı; çok değişkenli model HALP, TNT, klinik T ve N evresini içerdi.

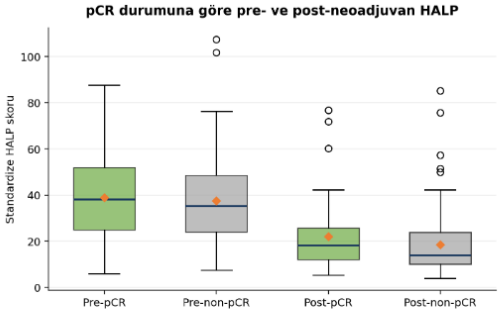
BULGULAR: 4 merkezden lokal ileri rektum kanseri tanılı 180 hastanın verileri analiz edildi. Toplam 162 hasta çalışma için yeterli veriye sahipti.Hastaların 46'sında (%28,4) pCR elde edildi. pCR oranları indüksiyon TNT ile %29,2, konsolidasyon TNT ile %34,9, yalnız kemoradyoterapi ile %6,5 idi. Birleştirilmiş TNT grubunda pCR oranı yalnız kemoradyoterapiye göre yüksekti (%33,8'e karşı %6,5; p=0,0017) ve ilişki çok değişkenli analizde korundu (OR 7,12; %95 GA 1,58–32,07; p=0,011). Tedavi öncesi HALP gruplar arasında benzerdi (p=0,693). Neoadjuvan tedavi sonrası–cerrahi öncesi HALP 161 hastada analiz edildi (pCR n=46; non-pCR n=115); medyan değerler sırasıyla 18,18 ve 13,83'tü. pCR grubundaki numerik yüksekliğe karşın fark istatistiksel anlamlı değildi (p=0,069; AUC=0,592).

Tedavi Seçenekleri PCR İlişkisi



Şekil 1. Neoadjuvan tedavi yaklaşımına göre pCR oranları.

HALP PCR



Şekil 2. pCR ve non-pCR gruplarında standardize pre- ve post-neoadjuvan HALP skorlarının dağılımı.

TARTIŞMA / SONUÇ: TNT, özellikle konsolidasyon yaklaşımı, daha yüksek pCR ile ilişkiliydi. Neoadjuvan tedavi sonrası–cerrahi öncesi HALP, pCR grubunda sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte bağımsız bir pCR belirteci değildi.Literatürde düşük başlangıç HALP skorunun TNT sonrası yetersiz tümör regresyonuyla ilişkili olduğu bildirilmekle birlikte, pre- ve post-TNT HALP değerleri ile HALP değişiminin strikt ypT0N0 patolojik tam yanıtla ilişkisini değerlendiren veriler sınırlıdır. Çalışmamız, HALP'ın dinamik değişimini pCR ile ilişkilendirmesi bakımından literatüre katkı sağlamaktadır.

Yazar Notu:

SS-7 / Textbook Outcome her zaman onkolojik başarı anlamına gelir mi? Mide adenokarsinomunda cerrahi ve onkolojik kalitenin ayrışması

Adem Ozcan[1], Gizem Güneş[1], Ali Bal[1], Abdulkadir Unsal[1], Mehmet Fatih Avşar[1], Yusuf Bayram Özoğul[1], Metin Ercan[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Textbook outcome, onkolojik cerrahi sonrasında komplikasyonsuz ve eksiksiz bir perioperatif süreci tanımlamak için kullanılmaktadır. Ancak cerrahi başarı, hastanın gerekli sistemik tedaviye zamanında ulaşmasını ve tedaviyi tamamlamasını her zaman garanti etmeyebilir. Bu çalışmada, mide adenokarsinomunda textbook outcome ile daha kapsamlı bir onkolojik kalite ölçütü olan textbook oncologic outcome arasındaki ayrışmanın değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2020–Temmuz 2026 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği'nde cM0 mide adenokarsinomu nedeniyle R0 gastrektomi uygulanan 188 hasta retrospektif olarak incelendi.Textbook outcome(TO); majör komplikasyon, reoperasyon, 30 günlük yeniden yatış, 90 günlük mortalite ve uzamış hastane yatışı bulunmaması şeklinde değerlendirildi. Textbook oncologic outcome(TOO) ise textbook outcome'a ek olarak evreye uygun sistemik tedavinin zamanında başlanması ve tamamlanmasını içerdi. İki sonlanımın elde edilme oranları karşılaştırıldı; textbook outcome sağlanmasına rağmen textbook oncologic outcome sağlanamayan hastaların özellikleri incelendi.

BULGULAR: Textbook outcome 122 hastada (%64,9), textbook oncologic outcome ise yalnızca 58 hastada (%30,9) sağlandı. İki sonuç arasındaki mutlak fark %34,0 olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$).Textbook outcome sağlanan 122 hastanın 64'ü (%52,5) textbook oncologic outcome kriterlerini karşılayamadı. Bu uyumsuz grubun 61'i evre II–III hastaydı. Bu hastaların 37'sine adjuvan tedavi başlanmazken, 27 hastada başlanan tedavi tamamlanamadı. Adjuvan tedavi alanlar arasında operasyon ile kemoterapi arasındaki süre TOO sağlanamayanlarda daha uzundu [6 hafta (ÇAA: 6–6) ve 5 hafta (ÇAA: 5–6); $p < 0,001$].TOO sağlanamayan hastalarda tümör çapı daha büyük [58,5 mm'ye karşı 41 mm; $p < 0,001$] ve metastatik lenf nodu sayısı daha yüksekti [3'e karşı 0; $p < 0,001$]. Textbook outcome ile textbook oncologic outcome arasındaki uyum sınırlıydı (Cohen κ=0,39).

TARTIŞMA / SONUÇ: Mide adenokarsinomunda komplikasyonsuz bir postoperatif süreç, tek başına eksiksiz onkolojik tedavi anlamına gelmemektedir. Textbook outcome sağlanan hastaların yarısından fazlasında, evreye uygun adjuvan tedavinin başlanamaması veya tamamlanamaması nedeniyle textbook oncologic outcome elde edilememiştir.Cerrahi kalite değerlendirmesinin yalnızca hastanede yatış ve komplikasyonlarla sınırlandırılmaması; sistemik tedaviye zamanında erişim ve tedavinin tamamlanmasını da içerecek şekilde genişletilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yazar Notu: Değerli Bilim Kuruluna görüşleri için teşekkür eder,iyi çalışmalar dileriz

SS-8 / Bethesda VI papiller tiroid mikrokarsinomlarında lenfatik invazyon: Tek merkezli retrospektif değerlendirme

Ali Yıldırım[1], Burak Aydoğan[1], Kadriye Dardağan[1], İbrahim Çoğal[1], Mevlüt Harun Ağca[1], Uğur Topal[1], Serdar Gümüş[1], İshak Aydın[1], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Kubilay Dalcı[1], Abdullah Ülkü[1], Gürhan Sakman[1]

[1]Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana

GİRİŞ / AMAÇ: Papiller tiroid mikrokarsinomlarında (PTMK) küçük tümör boyutu düşük risk göstergesi kabul edilmekte ve aktif izlem gibi konservatif yaklaşımlar öne çıkmaktadır. Ancak boyut, tümörün biyolojik davranışını her zaman yansıtmaz. Bu çalışmada Bethesda VI sitolojisiyle opere edilen bir kohortta lenfatik invazyonun (Lİ) santral lenf nodu metastazı ile ilişkisi ve Lİ pozitif mikrokarsinomların metastatik yükünün makrokarsinomlarla karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2015–Kasım 2025 arasında kliniğimizde Bethesda VI sitolojisiyle total tiroidektomi uygulanan 116 papiller tiroid karsinomu olgusu retrospektif incelendi. Olgular tümör çapına göre PTMK (≤10 mm, n=35) ve makrokarsinom (> 10 mm, n=81) olarak ayrıldı. Lenfatik ve vasküler invazyon H&E kesitlerinde ayrı ayrı değerlendirildi. Analizlerde Mann-Whitney U, ki-kare ve Fisher kesin testi kullanıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Etik kurul onayı alındı (Karar No: 28, 09.01.2026)

BULGULAR: Vasküler invazyon makrokarsinomlarda daha sıktı (%17,2 vs %2,8; p=0,035); lenfatik invazyon oranları benzerdi (%30,8 vs %22,9; p=0,385). Lenf nodu diseksiyonu veya örneklemesi yapılan PTMK alt grubunda (n=16) Lİ pozitif altı olgunun tamamında santral metastaz saptanırken, Lİ negatif on olgunun hiçbirinde metastaz izlenmedi ($p < 0,001$); ortalama metastatik lenf nodu sayısı sırasıyla 5,2±5,2 ve 0 idi. Tek değişkenli analizde tümör boyutu (> 5 mm/≤5 mm), multifokalite, yaş ve vasküler invazyon anlamlı bulunmadı. Lİ pozitif PTMK (n=8) ile Lİ pozitif makrokarsinomlar (n=25) arasında metastatik lenf nodu sayısı (5,2 vs 4,9; p=0,597) ve lenf nodu metastaz oranı (%45,2 vs %37,1; p=0,563) benzerdi. Çapı 5 mm olan bir olguda altı metastatik lenf nodu saptandı.

PTMK ve makrokarsinom gruplarının karşılaştırılması

Tablo 1. Çalışma kohortunun demografik ve histopatolojik özellikleri: Papiller tiroid mikrokarsinomu (PTMK) ile makrokarsinomun (Makro-PTK) karşılaştırılması

Özellik	PTMK (n=35)	Makro-PTK (n=81)	p değeri
Yaş (yıl), ort±SS	45,1±11,2	46,8±14,3	0,612
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	28/7	63/18	0,785
Tümör boyutu (mm), ort±SS	7,6±1,9	26,5±12,1	<0,001*
Multifokalite	12 (%34,3)	31 (%38,3)	0,684
Ekstratiroidal yayılım (ETY)	4 (%11,4)	23 (%28,4)	0,048*
Kapsül invazyonu	9 (%25,7)	46 (%56,8)	0,002*
İnvazyon tipi			
Lenfatik invazyon (Lİ)	8 (%22,9)	25 (%30,8)	0,385
Vasküler invazyon (Vİ)	1 (%2,8)	14 (%17,2)	0,035*
Santral LN metastazı (SLNM)	6 (%17,1)	28 (%34,6)	0,061

** p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. ort±SS: ortalama±standart sapma; LN: lenf nodu.*

Tablo 2. Lenf nodu diseksiyonu veya lenf nodu örneklemesi yapılan PTMK alt grubunda (n=16) lenfatik invazyon (Lİ) varlığı ile metastatik sonuçlar arasındaki ilişki

Özellik	Lenfatik invazyon (+) (n=6)	Lenfatik invazyon (−) (n=10)	p değeri
Santral LN metastazı			<0,001*
Var	6 (%100)	–	
Yok	–	10 (%100)	
Tümör fokalitesi			0,315
Unifokal	4 (%66,7)	7 (%70,0)	
Multifokal	2 (%33,3)	3 (%30,0)	
Ortalama metastatik LN sayısı	5,2±5,2	0	<0,001*

** p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. LN: lenf nodu.*

Lenfatik invazyon pozitif olgularda metastatik yükün karşılaştırılması

Tablo 3. Lenfatik invazyon pozitif mikrokarsinom ve makrokarsinomların metastatik yük açısından karşılaştırılması

Değişken	Lİ (+) PTMK (n=8)	Lİ (+) Makro-PTK (n=25)	p değeri
Tümör boyutu (mm)	7,6±1,9	26,5±12,1	<0,001*
Çıkarılan toplam LN sayısı	11,5±6,8	13,2±8,4	0,621
Metastatik LN sayısı	5,2±5,2	4,9±6,0	0,597
Maksimum metastatik LN (aralık)	1–15	1–21	–
LN metastaz oranı (LNO)	%45,2	%37,1	0,563

** p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. Lİ: lenfatik invazyon; LN: lenf nodu.*

Tablo 4. Agresif seyirli mikrokarsinom olgularının (n=5) preoperatif USG bulguları ve histopatolojik invazyon tipleri (lenfatik/vasküler)

Olgu No	Yaş/ Cinsiyet	Preoperatif USG bulguları	Patolojik boyut	Lenfatik invazyon	Vasküler invazyon	Metastatik LN
1	45/K	Mikrokalsifikasyon, düzensiz sınır	8,0 mm	(+)	(−)	2
2	52/K	Solid, belirgin hipoekoik	8,2 mm	(+)	(−)	1
3	29/K	Düzensiz sınır, "eninden uzun"	7,0 mm	(+)	(−)	4
4	31/E	Şüpheli LAP, mikrokalsifikasyon	5,0 mm	(+)	(+)	6
5	48/K	Dominant nodül, hipoekoik	9,0 mm	(+)	(−)	15

USG: ultrasonografi; LAP: lenfadenopati; LN: lenf nodu; K: kadın; E: erkek.

Santral lenf nodu metastazı için risk faktörleri

Tablo 5. Lenf nodu örneklemesi veya santral/lateral boyun diseksiyonu yapılan mikrokarsinom grubunda (n=16) lenf nodu metastazı gelişimi ile ilişkili risk faktörlerinin analizi

Risk faktörü	Metastaz VAR (n=6)	Metastaz YOK (n=10)	p değeri
Lenfatik invazyon			
Pozitif (+)	6 (%100)	0 (%0)	<0,001*
Negatif (−)	0 (%0)	10 (%100)	
Vasküler invazyon			
Pozitif (+)	1 (%16,7)	0 (%0)	0,375
Negatif (−)	5 (%83,3)	10 (%100)	
Tümör boyutu			
> 5 mm	5 (%83,3)	8 (%80,0)	1,000
≤ 5 mm	1 (%16,7)	2 (%20,0)	
Multifokalite			
Var	2 (%33,3)	3 (%30,0)	1,000
Yok (unifokal)	4 (%66,7)	7 (%70,0)	
Yaş			
< 45 yıl	4 (%66,7)	4 (%40,0)	0,315
≥ 45 yıl	2 (%33,3)	6 (%60,0)	

** p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. Analizler Fisher kesin testi ile yapılmıştır.*

TARTIŞMA / SONUÇ: Bulgularımız, Lİ varlığında mikrokarsinomların makrokarsinomlarla benzer metastatik yük sergileyebildiğini ve metastatik potansiyelin boyuttan bağımsız artabildiğini düşündürmektedir. Lİ pozitif olguların çoğunun unifokal olması, ≤1 cm boyut ve unifokalitenin tek başına yeterli güvenlik ölçütü olmadığını göstermektedir. Konservatif tedavi kararında Lİ dikkate alınmalıdır. Sınırlı örneklem ve seçilmiş yüksek riskli alt grup nedeniyle bulgular hipotez üreticidir; geniş serilerde doğrulanmalıdır.

Yazar Notu:

SS-9 / Üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde gözden kaçan özofagus kanserleri: Tek merkezli retrospektif analiz

Alişan Berk Deniz[1]

[1]Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde gözden kaçan özofagus kanserleri (MEC), erken teşhis fırsatlarının yitirilmesine neden olan ve sağkalımı olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Literatürde, rutin endoskopilerde gözden kaçan özofagus kanseri oranı ortalama %6,4'tür[1]. Bu çalışmada, ilk endoskopisi negatif olan ancak 36 ay içinde özofagus kanseri tanısı alan hastaların klinik ve endoskopik özelliklerini ve olası kaçırılma nedenlerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Şubat 2022-Ekim 2024 tarihleri arasında Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi ünitesinde yapılan üst GİS endoskopileri retrospektif tarandı. Endoskopik şüphe üzerine histopatolojik olarak primer özofagus kanseri tanısı teyit edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane otomasyonu ve e-Nabız üzerinden geçmiş kayıtlar incelendi. Teşhisten önceki 36 ay içerisinde işlem yapılıp malignite açısından negatif raporlanan vakalar "gözden kaçan özofagus kanseri" kabul edildi.

BULGULAR: Özofagus kanseri tanılı 96 hastanın kayıtları incelendi. Dört hastada (%4.1) tanıdan önceki 36 ay içinde yapılmış negatif endoskopi öyküsü saptandı. Gözden kaçan bu 4 hastanın yaş ortalaması 71.7, cinsiyet dağılımı 3 erkek, 1 kadındı. Tümörler; 2 hastada distal, 2 hastada orta özofagustaydı. İlk endoskopi raporlarında; 3 hastanın mukozası "normal" değerlendirilmiş ve biyopsi alınmamıştı. Bir hastada şüpheli lezyondan biyopsi alınmış, ancak histopatolojisi "glikojenik akantoz içeren hiperplastik skuamöz epitel" şeklinde benign raporlanmıştı.

Gözden Kaçan Özofagus Kanseri (MEC) Saptanan Hastaların Demografik, Klinik, Endoskopik ve Histopatolojik Özellikleri

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Histolojik Tip	Tümör Lokasyonu	İlk İşlemde Tanı	İlk İşlemde Sedasyon	İlk İşlemi Yapan Bölüm	İlk İşlemi Yapan Hekimin Tecrübesi	Alarm Semptom	Sigara	Alkol
1	Erkek	70	Malign Epitelyal Tümör	Distal	Normal	Evet	Gastroenteroloji	>5 yıl	Evet	Evet	Hayır
2	Erkek	73	Malign Epitelyal Tümör	Orta	Normal	Evet	Genel Cerrahi	>5 yıl	Evet	Evet	Hayır
3	Kadın	80	Skuamöz Hücreli Karsinom	Distal	Normal	Evet	Gastroenteroloji	>5 yıl	Evet	Hayır	Hayır
4	Erkek	64	Leiomyosarkom	Orta	Mukozadan 1 cm kabarık lezyon	Evet	Gastroenteroloji	>5 yıl	Evet	Evet	Hayır

TARTIŞMA / SONUÇ: Kohortumuzdaki %4,1'lik oran, çok merkezli çalışmalardaki %6,4'lük [1] orandan düşük olsa da klinik açıdan kritiktir. Vakaların %75'inde ilk endoskopide mukozanın normal değerlendirilip biyopsi alınmaması; ufak ve düz lezyonların fark edilememesi veya yetersiz örneklemeye işaret etmektedir [1,2]. Bu bulgular, özellikle yaşlı hastalarda ve risk faktörü bulunan bireylerde, normal görünümlü özofagus mukozasının dahi dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Rutin endoskopilerde özofagus mukozasının dikkatle incelenmesi, ufak yüzey düzensizliklerinden şüphelenilerek standart doku örneklemesi yapılması, tanı gecikmelerini önlemede en kritik adımdır. Yüksek kaliteli inceleme, atlanan lezyonları en aza indirecektir.

Yazar Notu:

SS-10 / Anastomoz kaçakları retrospektif analiz

Doğukan Ünsal[3], Yunus Kaycı[1], Kubilay Furkan Işıker[2], Mustafa Alçın[3], Burak Aydoğan[4], İbrahim Çoğal[5], Uğur Topal[5], Serdar Gümüş[5], İshak Aydın[3], Orçun Yalav[5], İsmail Cem Eray[3], Cem Kaan Parsak[5]

[1]Adana Şehir Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Bilim Dalı
[2]Adilcevaz Onkoloji Hastanesi Bitlis, Türkiye
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[4]Islahiye Devlet Hastanesi, Gaziantep
[5]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: Kolorektal cerrahide anastomoz kaçağı, morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir komplikasyondur. Bu çalışmada, kolorektal kanser nedeniyle opere edilen hastalarda anastomoz kaçağı gelişimini etkileyebilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2014-2024 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde kolorektal kanser nedeniyle opere edilen 482 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Anastomoz kaçağı; anastomoz tekniği (manuel/stapler), operasyon tipi, anastomoz şekli ve yeri, cerrahi yaklaşım (açık/laparoskopik), intrakorporeal veya ekstrakorporeal anastomoz, ASA skoru ve koruyucu stoma varlığı açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 482 hastanın 14'ünde (%2,9) anastomoz kaçağı saptandı. Manuel anastomozlarda kaçak oranı %5,66 (3/53), stapler kullanılanlarda %3,14 (11/350) idi. Low anterior rezeksiyon uygulanan 154 hastanın 7'sinde (%4,55), sağ hemikolektomi uygulanan 109 hastanın 2'sinde (%1,83) ve subtotal kolektomi uygulanan 9 hastanın 3'ünde (%33,3) kaçak gelişti. Uç-uca, yan-yana, uç-yan ve koloanal anastomozlarda kaçak oranları sırasıyla %3,19, %4,04, %2,94 ve %9,09 bulundu. Açık cerrahide kaçak oranı %2,9, laparoskopik cerrahide %2,91 idi. İntrakorporeal anastomozlarda oran %3,05, ekstrakorporeal anastomozlarda %4,72 olarak saptandı. ASA-1 ve ASA-2 hastalarda kaçak oranları sırasıyla %2,58 ve %4,23 idi. Koruyucu stoma bulunan hastalarda kaçak %2,06, stoma bulunmayanlarda %3,47 oranında görüldü. Kaçak gelişen 14 hastanın 2'si mortal seyretti.

TARTIŞMA / SONUÇ: Çalışmamızda anastomoz kaçağı oranı literatürle uyumlu olarak %2,9 bulundu. Manuel ve koloanal anastomozlarda kaçak oranının daha yüksek olduğu gözlendi. Artan ASA skoru ve koruyucu stoma uygulanmaması yüksek risk ile ilişkili görünmektedir. Anastomoz kaçağını azaltmada hasta özellikleri ve cerrahi tekniğin dikkatle değerlendirilmesi önemlidir.

Yazar Notu:

SS-11 / Graves hastalığı ve multinodüler guatr zemininde gelişmiş klasik varyant papiller karsinomun yaş cinsiyet eşleştirilmiş analizi

Doğukan Ünsal[1], Burak Aydoğan[2], Veysel Demiroğlu[1], Merve Yorgun Şiveri[1], İbrahim Çoğal[3], Uğur Topal[3], Serdar Gümüş[3], İshak Aydın[1], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Kubilay Dalcı[1], Abdullah Ülkü[1], Gürhan Sakman[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Islahiye Devlet Hastanesi, Gaziantep
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: Graves hastalığı zemininde gelişen papiller tiroid karsinomunun (PTK) prognozu ve agresifliği konusunda literatürde çelişkili veriler bulunmaktadır. Bu çalışmada, Graves hastalığı ve multinodüler guatr (MNG) zemininde tesadüfen saptanan klasik varyant papiller tiroid karsinomlarının histopatolojik özelliklerinin, propensity skoru eşleştirmesi kullanılarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde 2015–2025 yılları arasında benign endikasyonlarla total tiroidektomi uygulanan ve histopatolojik inceleme sonucunda klasik varyant papiller tiroid karsinomu saptanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Graves hastalığı tanısı; en az 2 yıl süreyle antitiroid ilaç kullanımı, TSH reseptör antikoru pozitifliği ve klinik/radyolojik oftalmopati bulgularının varlığı şeklindeki kriterlere göre belirlendi. Gruplar, yaş ve cinsiyet açısından 1:3 oranında propensity skoru eşleştirmesi ile dengelendi. Histopatolojik agresiflik parametreleri parametrik olmayan istatistiksel testler kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Benign endikasyonlarla gerçekleştirilen tiroidektomi sonrasında tesadüfen klasik varyant papiller tiroid karsinomu saptanan toplam 44 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 11'i Graves hastalığı, 33'ü ise multinodüler guatr grubunda yer aldı. Eşleştirme sonrasında tüm kovaryatlar için standartlaştırılmış ortalama farkın < 0,10 olduğu ve gruplar arasında yeterli denge sağlandığı görüldü. Medyan tümör boyutu Graves hastalığı grubunda multinodüler guatr grubuna kıyasla anlamlı olarak daha küçüktü (6,0 mm'ye karşı 10,0 mm; p=0,007). Graves hastalığı grubundaki hiçbir hastada lenfatik invazyon saptanmazken, multinodüler guatr grubunda lenfatik invazyon oranı %33,3 olarak bulundu (p=0,041). Ekstratiroidal yayılım, perinöral invazyon ve vasküler invazyon oranlarının da Graves hastalığı grubunda daha düşük olduğu görüldü. Medyan 44 aylık takip süresince hiçbir hastada nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA / SONUÇ: Graves hastalığı zemininde gelişen klasik varyant papiller tiroid karsinomlarının, multinodüler guatr zemininde gelişenlere kıyasla daha küçük boyutlu olduğu ve daha az invaziv histopatolojik özellikler gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, Graves hastalığındaki otoimmün mikroçevrenin tümör invazivitesi üzerinde potansiyel olarak koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Yazar Notu:

SS-12 / Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedaviye yanıtın prediktörleri: Suvmax değişimi, Kİ-67 ve NLR'nin kombine analizi

Ekremcan Yarar[1], Batuhan Kaya[5], Ali Yıldırım[1], Doğukan Ünsal[1], Zehra Biçercioğlu[1], Cihan Atar[4], Uğur Topal[2], Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Kubilay Dalcı[1], Atılgan Tolga Akçam[1], Gürhan Sakman[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Faükltesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Faükltesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Faükltesi Balcalı Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı
[4]Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[5]Hakkari Devlet Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedaviye yanıtı güvenilir biçimde öngörebilen parametreler halen net değildir. Bu çalışmada, PET/BT'de SUVmax değişiminin (ΔSUVmax), Ki-67 proliferasyon indeksinin ve nötrofil/lenfosit oranının (NLR) tek başına ve kombine kullanımının patolojik tam yanıtı (pCR) öngörmedeki değeri araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmaya 2014–2024 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde lokal ileri evre meme kanseri tanısıyla neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan 131 kadın hasta dahil edildi. Tanı anında ve tedavi sonrasında PET/BT'de ölçülen SUVmax değerleri kaydedilerek ΔSUVmax hesaplandı; tanı anındaki NLR ve tru-cut/postoperatif spesmenlerdeki Ki-67 düzeyleri değerlendirildi. Parametrelerin pCR öngörüsündeki bağımsız ve kombine etkileri lojistik regresyon ve ROC analizleri ile incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 53,1±10,4 yıldı. Tedavi sonrası meme SUVmax değeri 10,6±6,5'ten 2,24±2,86'ya gerileyerek anlamlı azalma gösterdi ($p < 0,001$); aksiller SUVmax'ta da benzer düşüş saptandı ($p < 0,001$). ΔSUVmax için ROC analizinde AUC 0,762 (%95 GA: 0,681–0,843) bulundu; %97 cut-off değerinde duyarlılık %64,2, özgüllük %87,5 idi. Ki-67 (AUC=0,486; p=0,788) ve NLR (p=0,704) tek başına anlamlı ayırt edicilik göstermedi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca ΔSUVmax pCR için bağımsız bir öngördürücü olarak saptandı (OR=0,97; $p < 0,001$). ΔSUVmax + Ki-67 + NLR kombine modelinin AUC değeri 0,771 (%95 GA: 0,690–0,852) olup, tekil ΔSUVmax modeline göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi (DeLong testi, p=0,287).

TARTIŞMA / SONUÇ: Lokal ileri evre meme kanserinde ΔSUVmax, neoadjuvan tedaviye yanıtı öngörmede yüksek prediktif değere sahip güçlü ve bağımsız bir metabolik belirteçtir. Ki-67 ve NLR tek başına sınırlı prediktif değer taşısa da, bu parametrelerin ΔSUVmax ile birlikte değerlendirilmesi tedavi yanıtının öngörülmesine katkı sağlayarak bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

Yazar Notu:

SS-13 / Erken evre meme kanserinde cerrahi merkez ve cerrah seçimini etkileyen faktörler

Emre Tunç[1], Ferit Aydın[2]

[1]Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Erken evre meme kanserinde meme koruyucu cerrahi ile mastektominin onkolojik eşdeğerliği, cerrahi seçimi tercihe duyarlı bir karara dönüştürmüştür. Literatürün büyük bölümü hangi ameliyatın seçildiğine odaklanmakta; oysa hastaya sunulacak seçenek yelpazesini belirleyen daha önceki bir karar vardır: Hangi merkez ve Hangi cerrah? Bu çalışmada, tümör özelliklerinden bağımsız olarak cerrahi merkez ve cerrah seçimini etkileyen sosyodemografik ve psikososyal faktörlerin tanımlanması amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak–Mart 2025 tarihleri arasında Ankara Etlik Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği'nde ameliyat edilen, klinik T1–T2 tümörü olan, neoadjuvan kemoterapi almamış ve tümüne sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanmış 48 kadın hastaya, araştırmacılar tarafından geliştirilen 31 maddelik yapılandırılmış anket yüz yüze uygulandı. Kategorik karşılaştırmalarda Fisher kesin testi ve Monte-Carlo yeniden örneklemeli ki-kare testi (B=20.000), etki büyüklüğü için Cramér V kullanıldı. Küçük örneklem nedeniyle çok değişkenli analizde Firth penalize lojistik regresyon ve profil-olabilirlik %95 güven aralıkları tercih edildi. Yüzdeler ilgili maddeyi yanıtlayan hasta sayısı üzerinden hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların %54,2'si 50 yaş üzeri, %62,5'i ortaokul ve altı eğitim düzeyinde, %66,7'si ev hanımı/çalışmıyordu. Merkez seçiminde en sık bildirilen gerekçeler hekimlerin uzmanlık alanı (%60,4) ve tavsiye (%41,7) iken, eve yakınlık dokuz gerekçe arasında altıncı sıradaydı (%20,8). Kararda etkili kişiler sorgulandığında hastaların %44,7'si aileyi işaretledi; %34,0'ı kararında kendi başına olduğunu bildirdi (n=47). Çalışıyor olmak, kararda kendi başına olma olasılığını artırdı (Firth OR 7,32; %95 GA 1,61–46,92; p=0,007); eğitim ve yaş için ilişki saptanmadı. Kozmetik sonucu "çok önemli" bulma ≤50 yaşta daha sıktı (%57,1 vs %20,0; OR 4,04; %95 GA 1,05–17,45; p=0,028). Bilgilendirmeye ayrılan süreyi yeterli bulanlarda cerraha "çok yüksek" güven %92,5 (37/40), yetersiz bulanlarda %25,0 (2/8) idi (p=0,0002; V=0,573); bilgilendiren hekimin unvanı ile güven arasında ilişki saptanmadı (p=1,00).

TARTIŞMA / SONUÇ: Bu kohortta merkez seçiminde hekim uzmanlığı ve tavsiye, yakınlıktan daha sık gerekçe olarak bildirildi; bu örüntü referans merkez tercihi olarak yorumlanabilir. Karar özerkliği eğitim veya yaşla değil istihdam durumu ilişkiliydi. Cerraha güven, hekimin akademik unvanıyla değil hastanın yeterince bilgilendirildiğini hissetmesiyle oluşmaktaydı.

Yazar Notu: Çalışmamız, erken evre meme kanserinde hastaların ameliyat olacakları merkezi ve cerrahı seçerken hangi faktörlerden etkilendiğini incelemektedir. Değerlendirmeniz için teşekkür ederiz.

SS-14 / Mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılan hastalarda postoperatif komplikasyonlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Gökberk Sevük[1], Natavan Guliyeva[3], Ali Yıldırım[1], Ekremcan Yarar[1], Uğur Topal[2]
Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Orçun Yalav[1], İsmail Cem Eray[1], Abdullah Ülkü[1], Atılgan Tolga Akçam[1], Cem Kaan Parsak[2]

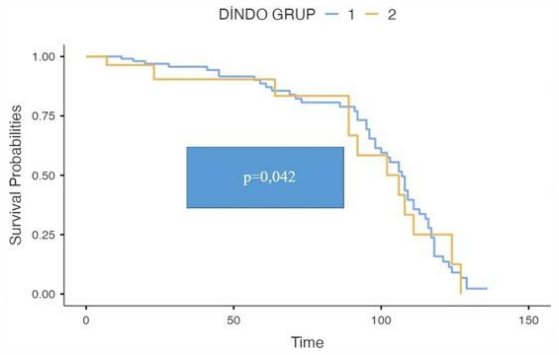
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Adana
[3]Göksun Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

GİRİŞ / AMAÇ: Mide kanseri, dünya genelinde en sık görülen malignitelerden biri olup, gastrointestinal sistem kanserleri arasında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Cerrahi rezeksiyon temel tedavi yöntemi olmakla birlikte, postoperatif komplikasyonlar hasta prognozunu doğrudan olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada, mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılan hastalarda postoperatif komplikasyonlarla ilişkili risk faktörlerinin Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirilmesi, sağkalım üzerine etkilerinin belirlenmesi ve bulguların güncel literatürle kıyaslanması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2015–Ocak 2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde mide adenokarsinomu nedeniyle gastrektomi uygulanan 189 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Clavien-Dindo derece 0–II (Grup 1, n=144) ve derece ≥III (Grup 2, n=45) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik, klinik ve patolojik veriler karşılaştırıldı; bağımsız risk faktörleri tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizleriyle, sağkalım Kaplan-Meier yöntemi ve Log-rank testiyle değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

BULGULAR: Grup 2'de ortalama yaş anlamlı olarak daha yüksekti (64,7 vs 59,5; p=0,038). Postoperatif 30 günlük mortalite Grup 2'de anlamlı olarak yüksekti (%22 vs %0,7; p=0,001). Grup 2'de ileri patolojik evre (3B-3C) ve metastatik lenf nodu sayısı anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,016; p=0,024). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde BMI≥30 kg/m² (HR=3,31; p=0,007), operasyon süresi > 240 dakika (HR=2,09; p=0,005) ve neoadjuvan kemoterapi alımı (HR=3,54; $p < 0,001$) mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi; iyi diferansiye tümör histolojisi ise bağımsız koruyucu faktördü (HR=0,54; p=0,039). Medyan sağkalım Grup 1'de 45,6 ay, Grup 2'de 9,7 ay olarak bulundu (p=0,042). Bir yıllık sağkalım oranları sırasıyla %88,2 ve %70,3 iken ($p < 0,001$), beş yıllık sağkalım farkı anlamlılığa ulaşmadı (p=0,229).

Grafik 1 . Clavien-Dindo Grup 1 ve Grup 2 hastalarında medyan sağkalım Kaplan-Meier analizi



Grafik 1. Clavien-Dindo Grup 1 ve Grup 2 hastalarında medyan sağkalım Kaplan-Meier analizi

TABLO 4

Tablo 4. Grupların Sağkalım Verileri

	Grup 1 (n=144)	Grup 2 (n=45)	p*
Sağkalım (Ay) overall	45,6 (%95 GA: 22,2-73,8)	9,7 (%95 GA: 6,0-18,8)	0,042
1 Yıllık Sağkalım	%88,2	%70,3	<0,001
5 Yıllık Sağkalım	%81,9	%46,9	0,229

*Log-rank testi. Sağkalım süreleri ay cinsindendir; parantez içindeki değerler %95 güven aralığıdır.

TABLO 5

Tablo 5. Sağkalımı Etkileyen Klinik ve Patolojik Faktörlerin Univaryant ve Multivaryant Cox Regresyon Analizi

Değişken	Kategori	Univaryant p*	HR	%95 GA	Multivaryant p*
Yaş grup	< 65	0,613	1,00		0,615
	> 65		0,88	(0,53–1,45)	
Cinsiyet	Erkek	0,232	1,00		0,232
	Kadın		0,74	(0,45–1,21)	
Patolojik Grade	Az diferansiye		1,00		
	İndiferansiye	0,455	0,65	(0,25–1,72)	0,455
	İyi diferansiye	0,039	0,54	(0,26–1,29)	0,039
	Orta diferansiye	0,638	0,45	–	0,638
BMI (kg/m²)	< 25		1,00		0,093
	25-30	0,069	1,63	(0,96–2,75)	0,069
	> 30	0,007	3,31	(1,39–7,89)	0,007
Operasyon süresi	≤ 240 dk	0,005	1,00		0,005
	> 240 dk		2,09	(1,25–3,51)	
Operasyon şekli	Açık	0,109	1,00		0,109
	Laparoskopik		4,20	(0,98–18,10)	0,054
Hipoalbuminemi	< 3,5 g/dl	0,028	1,00		0,086
	> 3,5 g/dl		1,57	(0,94–2,63)	
Neoadjuvan KT	Almamış	0,000	1,000		0,000
	Almış		3,03	(1,68–5,45)	

*Anlamlı bulgular (p<0,05) kırmızı ile vurgulanmıştır. Referans kategoriler HR=1,00 olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Clavien-Dindo komplikasyon gruplarına göre hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	**Grup 1 (n=144)**	**Grup 2 (n=45)**	**p***
Yaş (yıl), Ort±SS	59,5±14,4	64,7±14,6	0,038
Cinsiyet			**0,466**
Erkek	84 (%58,3)	29 (%64,4)	
Kadın	60 (%41,7)	16 (%35,6)	
ASA skoru			**0,098**
1	60 (%41,7)	13 (%28,9)	
2	59 (%41,0)	18 (%40,0)	
3	25 (%17,4)	14 (%31,1)	
BMI, Ort±SS	24,0±3,88	24,9±3,67	0,280
Eşlik eden hastalık			
DM	20 (%13,9)	6 (%13,3)	0,925
HT	32 (%22,0)	14 (%31,1)	0,225
KAH	18 (%12,5)	5 (%11,1)	0,804
Astım/KOAH	14 (%9,7)	4 (%8,9)	0,132
Yok	60 (%41,9)	16 (%35,6)	0,868
Neoadjuvan KT			
Almamış	**97 (%77,0)**	**29 (%70,9)**	**0,717**
Almış	47 (%23,0)	16 (%29,1)	
Hemoglobin (g/dl), Ort±SS	11,8±1,81	11,5±2,12	0,412
Albümin (g/dl), Ort±SS	3,18±0,72	3,4±0,67	0,310

Tablo 2. Gruplar arasında perioperatif ve postoperatif klinik sonuçların karşılaştırılması,

	Grup 1 (n: 144)		**Grup 2 (n: 45)**	**p***
Operasyon süresi (dk)	245±72,8		236±80,2	0,168
Ortalama oral alma süresi (gün)	4±1,35		5±2,01	**0,019***
Postoperatif mortalite (30 gün)	Var	1 (%0,7)	10 (%22)	**0,001***
	Yok	143 (%99,3)	35 (%78)	
Operayon tipi	Konvansiyonel	141	42	0,126
	Laparsokpik	3	3	
Postoperatif hastanede yatış süresi (gün)	8±3,2		18,1±13,2	**0,001***

Tablo 3. Tümör yerleşimi, tümör çapı, lenf nodu durumu, patolojik evre ve sağkalımın gruplar arasında karşılaştırılması

		Grup 1 (n: 144)	Grup 2 (n: 45)	p*
Tümör yerleşimi	Antrum	42(%29,2)	15 (%33,3)	0,447
	Büyük Kurvatur	4 (%2,8)	4 (%8,9)	
	Fundus	6 (%4)	3 (%6,7)	
	Kardiya	14 (%9,7)	4 (%8,9)	
	Korpus	37 (%25,7)	8 (%17,8)	
	Küçük Kurvatur	24 (%16,7)	4 (%8,9)	
	Linitis Plastika	9 (%6,3)	5 (%11,1)	
	ÖGJ	8 (%5,6)	2 (%4,4)	
Tümör Çapı	**<2**	39 (%27,1)	7 (%48,9)	0,172
	2-5	47 (%32,6)	22 (%48,9)	
	5>	51 (%35,4)	13 (%28,9)	
	Linitis Plastika	7 (%4,9)	3 (%6,7)	
Çıkarılan toplam lenf nodu sayısı (ort.) (min-max)		28,2±15,6 (0-69)	26,5±17,1 (0-62)	0,442
Metastatik lenf nodu sayısı (ort.) (min-max)		5,74±9,31 (0-47)	9,71±12,80 (0-38)	**0,024***
T Evresi	T1-2	38 (%26,5)	13 (%27,8)	0,821
	T3-4	106 (%73,5)	32 (%72,2)	
N Evresi	N0	73 (%50,8)	22 (%48,6)	
	N1	71 (%49,2)	23 (%51,4)	
M Evresi	M0	135 (%93,8)	42 (%91,7)	0,642
	M1	8 (%6,2)	3 (%8,3)	
PSTAGE	**0**	11 (7.6%)	2 (4.4%)	**0,016***
	1A	14 (9.7%)	5 (11.1%)	
	1B	6 (4.2%)	1 (2.2%)	
	2A	14 (9.7%)	4 (8.9%)	
	2B	30 (20.8%)	12 (26.7%)	
	3A	39 (27.1%)	2 (4.4%)	
	3B	19 (13.2%)	9 (20.0%)	
	3C	11 (7.6%)	10 (22.2%)	
Patolojik grade	Az differansiye	58 (40,3%)	19 (42,2%)	0,977
	İndifenransiye	29 (20,1%)	7 (15,6%)	
	İyi differansiye	29 (20,1%)	10 (22,2%)	
	Orta differansiye	28 (19,1%)	9 (20,0%)	

TARTIŞMA / SONUÇ: Obezite, uzamış operasyon süresi ve neoadjuvan tedavi, mide kanseri cerrahisi sonrası postoperatif komplikasyon ve mortalite riskini artıran güçlü bağımsız faktörler olarak saptanmıştır. Komplikasyonlar erken dönem sağkalımı olumsuz etkilerken, uzun dönem sağkalım daha çok tümör biyolojisi ve patolojik evre ile ilişkili bulunmuştur. Bu risk faktörlerinin preoperatif tanımlanması ve yönetilmesi, bireyselleştirilmiş yaklaşım ve ERAS protokolleriyle komplikasyonların azaltılabileceğini düşündürmektedir.

Yazar Notu:

SS-15 / Gastrik kanserde preoperatif modifiye Glasgow prognostik skorunun patolojik nodal yük ile ilişkisi: Klasik tümör belirteçleriyle karşılaştırmalı analiz

Gizem Güneş[1], Adem Özcan[1]

[1]Ankara Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji

GİRİŞ / AMAÇ: Gastrik kanserde lenf nodu metastazı, evreleme ve adjuvan tedavi kararlarının temel belirleyicilerindendir. Bu çalışmada modifiye Glasgow Prognostik Skoru'nun (mGPS) patolojik nodal pozitiflik ve nodal tümör yükü ile ilişkisini araştırmak ve performansını diğer preoperatif biyobelirteçlerle karşılaştırmak amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu retrospektif çalışma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği'nde 2022–2026 yılları arasında gastrik kanser nedeniyle opere edilen hastalar dahil edilerek gerçekleştirildi. Palyatif rezeksiyon uygulanan 14 hasta dışlandı ve küratif amaçlı rezeksiyon yapılan 192 hasta analize alındı. Preoperatif mGPS, C-reaktif protein (CRP), CALLY indeksi, prognostik nutrisyonel indeks (PNI), CEA ve CA 19-9 değerlendirildi. Primer sonlanım patolojik nodal pozitiflik (pN+/ypN+), ikincil sonlanımlar metastatik lenf nodu sayısı ve lenf nodu oranı (LNR) olarak belirlendi. Ayırt edici performans ROC analiziyle değerlendirildi; AUC değerleri için %95 güven aralıkları 2000 bootstrap örneklemiyle hesaplandı. Bağımsız ilişki yaş, cinsiyet, neoadjuvan tedavi, CEA ve CA 19-9 için düzeltilmiş lojistik regresyonla incelendi.

BULGULAR: Hastaların 127'sinde (%66,1) patolojik nodal pozitiflik saptandı. Nodal pozitiflik mGPS 0, 1 ve 2 gruplarında sırasıyla %55,4, %75,6 ve %92,3 idi (p=0,002). Metastatik lenf nodu sayısı [medyan 1 (0–4), 2 (1–5) ve 3 (2–4); p=0,002] ve LNR [0,029, 0,073 ve 0,088; p=0,003] artan mGPS düzeyiyle anlamlı olarak yükseldi. Nodal pozitifliğin ayrımında mGPS en yüksek AUC değerini gösterdi (AUC=0,636; %95 GA: 0,569–0,704). Çok değişkenli analizde mGPS'de her 1 puanlık artış nodal pozitiflik olasılığında 2,77 kat artışla bağımsız olarak ilişkiliydi (OR=2,77; %95 GA: 1,56–4,92; p < 0,001).

mGPS düzeylerine göre patolojik nodal yük

Değişken	mGPS 0 (n=101)	mGPS 1 (n=78)	mGPS 2 (n=13)	p
pN/ypN pozitifliği, n (%)	56 (55,4)	59 (75,6)	12 (92,3)	0,002
Metastatik LN sayısı, medyan (IQR)	1 (0–4)	2 (1–5)	3 (2–4)	0,002
LNR, medyan (IQR)	0,029 (0–0,129)	0,073 (0,026–0,200)	0,088 (0,068–0,160)	0,003

Veriler n (%), medyan ve çeyrekler arası aralık (IQR) olarak sunulmuştur. mGPS düzeyi arttıkça patolojik nodal pozitiflik, metastatik lenf nodu sayısı ve lenf nodu oranında anlamlı artış izlenmiştir. LN: lenf nodu; LNR: lenf nodu oranı; IQR: çeyrekler arası aralık; mGPS: modifiye Glasgow Prognostik Skoru.

TARTIŞMA / SONUÇ: Preoperatif mGPS, gastrik kanserde patolojik nodal pozitiflik ve artmış nodal tümör yükü ile bağımsız olarak ilişkilidir. Rutin laboratuvar parametrelerinden hesaplanabilen mGPS, preoperatif nodal risk sınıflamasına katkı sağlayabilecek pratik ve düşük maliyetli bir biyobelirteç olabilir.

Yazar Notu:

SS-16 / Hemoglobinin ötesinde: Preoperatif ferritin/transferrin satürasyonu oranının kolorektal kanser cerrahisi sonrası Clavien–Dindo IIIa–IIIb komplikasyonlarını öngörmedeki değeri

Gizem Güneş[1], Adem Özcan[1]

[1]Ankara Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Kolorektal kanser cerrahisi öncesinde risk değerlendirmesi çoğunlukla hemoglobin ve klasik inflamasyon göstergelerine dayanır. Ferritin demir depolarını ve inflamatuvar yanıtı, transferrin satürasyonu ise dolaşımdaki kullanılabilir demiri yansıtır. Bu çalışmada, preoperatif ferritin/transferrin satürasyonu oranının (FTSO) hemoglobinden bağımsız olarak müdahale gerektiren postoperatif komplikasyonlarla ilişkisi araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2022–2026 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniğinde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Aynı arşiv numarasına ait yinelenen kayıtlar dışlandıktan sonra 155 benzersiz ameliyat kaydı analize alındı. FTSO, preoperatif ferritin düzeyinin (ng/mL) transferrin satürasyonuna (%) bölünmesiyle hesaplandı. Birincil sonlanım, müdahale gerektiren Clavien–Dindo derece IIIa veya IIIb postoperatif komplikasyon olarak tanımlandı. FTSO gruplar arasında Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Ayırt edici performans ROC analiziyle değerlendirildi ve %95 güven aralığı 10.000 tekrarlı tabakalı bootstrap yöntemiyle hesaplandı. FTSO log2 dönüştürülerek ECOG performans durumu ≥2, acil cerrahi ve hemoglobin için düzeltilmiş lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Eşik değer, keşifsel olarak Youden indeksiyle belirlendi.

BULGULAR: Yirmi üç ameliyatta (%14,8) Clavien–Dindo IIIa–IIIb komplikasyon gelişti. FTSO, komplikasyon gelişen grupta daha yüksekti [6,48 (1,78–12,97) ve 2,46 (1,25–6,25); p=0,033]. FTSO'nun ayırt edici performansı sınırlı-orta düzeydeydi (AUC=0,639; %95 GA: 0,511–0,763). FTSO'daki her iki kat artış, komplikasyon olasılığında %34 artışla ilişkiliydi (OR=1,34; %95 GA: 1,04–1,71; p=0,022). İlişki ECOG ≥2, acil cerrahi ve hemoglobin için düzeltildikten sonra da korundu (düzeltilmiş OR=1,34; %95 GA: 1,03–1,76; p=0,032). Keşifsel FTSO eşiği ≥5,43'tü. Bu eşik üzerinde komplikasyon oranı %26,4, eşik altında %8,8 bulundu (OR=3,71; %95 GA: 1,48–9,28; p=0,007). Eşiğin duyarlılığı %60,9, özgüllüğü %70,5 ve negatif öngörü değeri %91,2'ydi.

Clavien-Dindo IIIa-IIIb komplikasyon durumuna göre temel özellikler

Değişken	CD IIIa-IIIb yok (n=132)	CD IIIa-IIIb var (n=23)	p
Yaş, yıl	66,00 (56,75-71,25)	69,00 (56,50-76,00)	0,250
ECOG ≥2	32 (%24,2)	13 (%56,5)	0,003
Acil cerrahi	7 (%5,3)	6 (%26,1)	0,005
Hemoglobin, g/dL	11,85 (10,60-13,22)	11,00 (9,65-12,30)	0,101
Ferritin, ng/mL	30,00 (12,75-66,00)	45,00 (24,00-139,50)	0,060
Transferrin satürasyonu, %	11,00 (7,00-17,00)	10,00 (6,50-18,50)	0,650
FTSO	2,46 (1,25-6,25)	6,48 (1,78-12,97)	0,033

Veriler sürekli değişkenler için medyan (çeyrekler arası aralık), kategorik değişkenler için n (%) olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerde Mann-Whitney U, kategorik değişkenlerde Fisher kesin testi kullanıldı.

FTSO'nun regresyon ve ROC analizi sonuçları

Analiz	Etki / performans	%95 GA	p
FTSO'da iki kat artış, tek değişkenli	OR=1,34	1,04-1,71	0,022
FTSO'da iki kat artış, düzeltilmiş model*	düzeltilmiş OR=1,34	1,03-1,76	0,032
FTSO ≥5,43 ve komplikasyon	OR=3,71	1,48–9,28	0,007
ROC alanı	AUC=0,639	0,511-0,763	-
Eşik performansı	Duyarlılık %60,9; özgüllük %70,5	-	-
Öngörü değerleri	Pozitif %26,4; negatif %91,2	-	-

*Model ECOG performans durumu ≥2, acil cerrahi ve hemoglobin için düzeltildi. FTSO log2 dönüştürüldü; OR her iki kat artış için verildi. ≥5,43 eşik değeri aynı hasta grubunda Youden indeksi kullanılarak belirlendiğinden ön değerlendirme niteliğindedir ve farklı hasta gruplarında doğrulanmalıdır. FTSO: ferritin/transferrin satürasyonu oranı; AUC: ROC eğrisi altında kalan alan; GA: güven aralığı.

TARTIŞMA / SONUÇ: Yüksek preoperatif FTSO, hemoglobin, ECOG performans durumu ve cerrahi aciliyet için düzeltme yapıldıktan sonra müdahale gerektiren Clavien–Dindo IIIa–IIIb komplikasyonlarla ilişkili bulundu. FTSO rutin laboratuvar verilerinden hesaplanabilen yardımcı bir risk belirteci adayıdır; ancak tek başına ayırt edici performansı sınırlı-orta düzeydedir. Çalışmada belirlenen ≥5,43 FTSO eşik değerinin klinik kullanımdan önce farklı hasta gruplarında doğrulanması gerekmektedir.

Yazar Notu:

SS-17 / Bethesda kategori IV Tiroid nodüllerinde sistemik enflamatuar indekslerin maligniteyi öngörmede tanısal değeri ve ultrasonografik risk bulgularıyla karşılaştırmalı analizi

Burak Aydoğan[1], Veysel Demiroğlu[1], Halil Güneş[1], Cihan Atar[3], İbrahim Çoğal[2], Uğur Topal[2], Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Kubilay Dalcı[1], Atılgan Tolga Akçam[1], Gürhan Sakman[1]

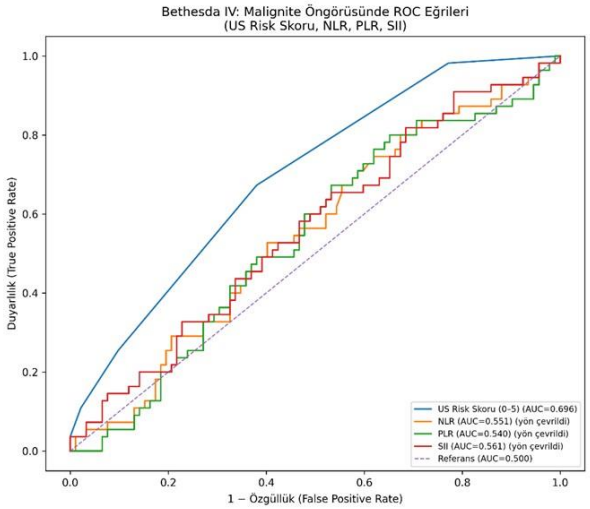
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı
[3]Osmaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Bethesda Sistemi'ne göre Kategori IV tiroid nodüllerinde malignite riskinin belirsizliği klinik yönetimde güçlük yaratmaktadır. Bu çalışmada, preoperatif sistemik enflamatuar indekslerin Bethesda IV nodüllerde maligniteyi öngörmedeki tanısal değerini değerlendirmek ve ultrasonografik risk bulguları ile karşılaştırmak amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tek merkezli retrospektif çalışmaya, 2015–2025 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde opere edilen Bethesda IV hastaları dahil edildi (Benign n=92, Malign n=55; toplam n=147). Tümör biyolojisi/agresivite ile ilişkili analizler için karşılaştırma grubu olarak Bethesda VI malign hastalar (n=116) eklendi. Preoperatif hemogram parametrelerinden Nötrofil/Lenfosit Oranı, Trombosit/Lenfosit Oranı, Sistemik İmmün-Enflamasyon İndeksi hesaplandı. Ultrasonografide mikrokalsifikasyon, hipoekojenite, düzensiz kenar ve taller-than-wide gibi risk bulguları kaydedildi. Ayrıca ultrasonografik bulguların birlikteliğini temsil etmek üzere US risk skoru (0–5) oluşturuldu.

BULGULAR: Bethesda IV kohortunda benign ve malign olgular arasında Nötrofil/Lenfosit Oranı, Trombosit/Lenfosit Oranı, Sistemik İmmün-Enflamasyon İndeksi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Ultrasonografik bulgulardan mikrokalsifikasyon ($p=0.002$) ve hipoekojenite ($p=0.015$) malignite ile anlamlı ilişkili bulundu. ROC analizinde en yüksek ayırt edicilik US risk skoru ile elde edildi (AUC=0.696) ve ≥2 kesim değerinde duyarlılık %67.3, özgüllük %62.0 olarak hesaplandı. Sistemik enflamatuar indekslerin maligniteyi öngörmedeki ROC performansları sınırlıydı (Nötrofil/Lenfosit Oranı AUC≈0.551; Trombosit/Lenfosit Oranı AUC≈0.540; Sistemik İmmün-Enflamasyon İndeksi AUC≈0.561). Tüm malign olgular vasküler invazyon varlığına göre analiz edildiğinde Nötrofil/Lenfosit Oranı, vasküler invazyon pozitif grupta daha yüksek bulundu ($p=0.010$) ve ROC analizinde AUC 0.677 (cut-off 1.91; duyarlılık %85, özgüllük %53.3) olarak hesaplandı.

ŞEKİL 1.



Bethesda IV Tiroid Nodüllerinde Maligniteyi Öngörmede Ultrasonografik Bulgular ve Sistemik İnflamatuar İndekslerin (ROC) Eğrileri ve (AUC) Değerleri

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Gruplara Göre Karşılaştırılması

Parametre	B4-Benign (n=92)	B4-Malign (n=55)	B6-Malign (n=116)	P Değeri * (Grup 1 ve 2)	P Değeri** (Grup 2 ve 3)
aş (Yıl)	50.0 (25-76)	44.0 (18-74)	47.0 (19-87)	0.048	0.529
Cinsiyet				0.898	0.127
- Kadın	79 (%85.9)	46 (%83.6)	83 (%71.6)		
- Erkek	13 (%14.1)	9 (%16.4)	33 (%28.4)		
Nodül Çapı (mm)	20.0 (8-54)	15.0 (8-45)	16.0 (5-55)	0.155	0.654

*P Değeri: Bethesda IV Benign ve Malign grupların karşılaştırması (Mann-Whitney U / Ki-Kare). **P Değeri: Bethesda IV Malign ve Bethesda VI Malign grupların karşılaştırması. Veriler Medyan (Min-Max) ve Sayı (Yüzde) olarak sunulmuştur.

Tablo 2. Bethesda IV Grubunda Benign ve Malign Olguların Ultrasonografik ve Hematolojik Parametreler Açısından Karşılaştırılması

Parametreler	Grup 1: B4-Benign (n=92)	Grup 2: B4-Malign (n=55)	P Değeri
Ultrasonografik Bulgular			
Mikrokalsifikasyon, n (%)	11 (12.0)	19 (34.5)	0.002*
Hipoekoik, n (%)	27 (29.3)	28 (50.9)	0.015*
Düzensiz Kenar, n (%)	15 (16.3)	15 (27.3)	0.166
Taller-than-Wide, n (%)	2 (2.2)	2 (3.6)	0.630†
US Risk Skoru (0–5)			
US Risk Skoru, Medyan (Min–Max)	1.00 (0–4)	2.00 (0–5)	<0.001*
Enflamatuar İndeksler			
NLR, Medyan (Min–Max)	1.88 (0.82–5.99)	1.73 (0.85–15.88)	0.305
PLR, Medyan (Min–Max)	122.8 (57.7–377.8)	114.5 (67.8–234.3)	0.420
SII, Medyan (Min–Max)	524 (202–1927)	457 (167–2081)	0.21

* İstatistiksel anlamlılık ($p < 0.05$). Veriler sayı (yüzde) ve medyan (minimum-maksimum) olarak sunulmuştur. NLR: Nötrofil/Lenfosit Oranı, PLR: Trombosit/Lenfosit Oranı, SII: Sistemik İmmün-Enflamasyon İndeksi.

TARTIŞMA / SONUÇ: Bethesda IV nodüllerde sistemik enflamatuar indekslerin benign/malign ayrımındaki tanısal değeri kısıtlı iken, ultrasonografik risk skoru daha yüksek ayırt edicilik göstermiştir. Klinik yönetimde ultrasonografi birincil tanı aracı, enflamatuar indeksler ise prognostik belirteç olarak değerlendirilmelidir.

Yazar Notu:

SS-18 / Distal rektum kanserlerinde cerrahi teknik seçimlerinin kısa ve uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması

Koray Demiryürek[1], Ersin Uslu[2], İsmail Cem Yurtçu[3], Muhammed Çağlar[3], Mevlüt Harun Ağca[3], Uğur Topal[4], Serdar Gümüş[4], İshak Aydın[3], Orçun Yalav[3], İsmail Cem Eray[3], Atılgan Tolga Akçam[3], Cem Kaan Parsak[4]

[1]Genel Cerrahi, Seyhan Devlet Hastanesi, Adana
[2]Genel Cerrahi, Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye
[3]Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[4]Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana

GİRİŞ / AMAÇ: Rektum kanseri tanı ve tedavisi, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren kompleks bir süreçtir. APR ve ULAR arasında klinik ve cerrahi sonuçlar açısından bazı farklılıklar olmakla birlikte, hasta seçiminde tümörün lokalizasyonu, invazyon durumu ve cerrahın deneyimi önemlidir. Günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesi ile birlikte hastaların yaşam kalitesi ve onkolojik sonuçları iyileştirilmiştir. Tercih edilecek yöntem hasta özelinde değerlendirilerek optimal fayda sağlanmaya çalışılmalıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Kliniğimizde 2015-2024 yılları arasında rektum kanseri nedeniyle opere edilen, yaşları 29-82 arasında olan 63 hastada tercih edilen abdominoperineal rezeksiyon ile ultra low anterior rezeksiyon yöntemlerinin hastalardaki pre/postoperatif sonuçlarını birbiriyle ve literatürle kıyasladık

BULGULAR: APR ve LAR grupları arasında yaş, cinsiyet ve BMI açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama yaş APR grubunda 59.73±9.73, LAR grubunda 59.48±14.11 yıl olarak bulunmuştur (p=0.935). Lenfatik, venöz ve perinöral invazyon oranları iki grup arasında benzer olup anlamlı farklılık göstermemiştir. Bağırsak obstrüksiyonu ve stoma komplikasyonları açısından da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Parastomal herni LAR grubunda %10 oranında görülürken APR grubunda izlenmemiştir. Açık ve laparoskopik cerrahi dağılımları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın distal cerrahi marj LAR grubunda 2.00 cm, APR grubunda 4.00 cm olup, LAR grubunda anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur (p=0.008).

TARTIŞMA / SONUÇ: Rektum kanserinde cerrahi tedavi, tümör lokalizasyonu, invazyon durumu ve hastaya özgü faktörlere göre planlanmaktadır. Bu çalışmada abdominoperineal rezeksiyon (APR) ile ultralow anterior rezeksiyon (ULAR) yöntemlerinin klinik ve cerrahi sonuçları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve BMI açısından farklılıklar saptanırken, lenfovasküler ve perinöral invazyon oranları benzer bulunmuştur. ULAR grubunda distal cerrahi marj daha kısa, parastomal herni oranı ise daha yüksek saptanmıştır. Açık ve laparoskopik cerrahi açısından onkolojik sonuçlarda belirgin farklılık izlenmemiştir. Sonuç olarak, cerrahi yöntem seçiminde tümör özellikleri, cerrah deneyimi ve hastanın fonksiyonel beklentileri dikkate alınmalı; bireyselleştirilmiş ve minimal invaziv yaklaşımlar tercih edilmelidir.

Yazar Notu:

SS-19 / Hematolojik ve onkolojik malignitelerde splenektomi uygulamalarımız: 117 olguluk tek merkez cerrahi ve takip sonuçları

Kazım İncesoy[1], Edip Akpınar[1]

[1]Adana Şehir Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Dalak rezeksiyonları; hematolojik malignitelerde tanı, hipersplenizm ve dirençli pansitopeni kontrolü amacıyla uygulanırken; solid organ neoplazmlarında (pankreas, mide, kolon, böbrek) R0 rezeksiyon sağlamak veya soliter dalak metastazları ile GİST invazyonlarında küratif amaçla yapılmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde hematolojik ve onkolojik maligniteler nedeniyle splenektomi uygulanan olguların etiyolojik dağılımı, cerrahi yaklaşımları ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Ocak 2020 – Aralık 2025 tarihleri arasında genel cerrahi kliniğimizde splenektomi yapılan 329 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Travmatik ve benign nedenlerle opere edilen hastalar çalışma dışı bırakılarak, hematolojik veya solid organ malignitesi bulunan 117 hasta (%35.6) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, cerrahi teknikleri (elektif/acil, açık/laparoskopik) ve histopatolojik tanıları analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 117 hastanın ortalama yaşı 62.2 ± 14.8 (20–90) yıl olup; hastaların %82.1'i (n=96) elektif, %17.9'u (n=21) acil şartlarda opere edilmiştir. Vakalar etiyolojik ve patolojik açıdan 3 ana grupta değerlendirilmiştir:Multivisseral Onkolojik Rezeksiyonlar (%65.0, n=76): Pankreas maligniteleri (n=43, distal pankreatektomi/Whipple + splenektomi), Mide kanserleri (n=15, gastrektomi + splenektomi), Kolorektal kanserler (n=7), Renal/Ürolojik neoplazmlar (n=6) ve Jinekolojik/Peritoneal neoplazmlar (n=5).Malign Hematolojik Hastalıklar (%17.9, n=21): Non-Hodgkin Lenfoma, Hodgkin Lenfoma, Splenik Marjinal Zon Lenfoma, Hairy Cell Lösemi, KML ve Myelofibrozis.Primer/Metastatik Tümörler ve GİST (%17.1, n=20): Soliter dalak metastazları (kolon, mide, over, böbrek ca metastazları), dalağa invaze GİST'ler ve primer splenik sarkomlar/mezotelyoma.Hematolojik olgularda splenektomi sonrası pansitopeninin belirgin şekilde gerilediği ve kemoterapi uyumunun arttığı; solid organ tümörlerinde ise en-blok rezeksiyonla R0 cerrahi sınırlara ulaşıldığı saptanmıştır.

Demografik, Klinik ve Cerrahi Parametrelerin Karşılaştırmalı İstatistiği

Parametre	Tüm Seri (n=329)	Onkolojik Grup (n=117)	Non-Onkolojik Grup (n=212)	p Değeri
Hasta Sayısı, n (%)	329 (%100)	117 (%35.6)	212 (%64.4)	—
Yaş (Yıl), Ortalama ± SD	50.7 ± 19.7	62.2 ± 14.8	44.4 ± 19.2	< 0.001*
Yaş (Yıl), Ortanca (Min–Max)	52 (18–91)	64 (20–90)	43 (18–91)	< 0.001*
Ameliyat Zamanlaması, n (%)				
Elektif Cerrahiler	176 (%53.5)	96 (%82.1)	80 (%37.7)	< 0.001*
Acil Cerrahiler	153 (%46.5)	21 (%17.9)	132 (%62.3)	
Cerrahi Teknik, n (%)				
Açık Splenektomi	311 (%94.5)	113 (%96.6)	198 (%93.4)	0.238
Laparoskopik / Konversiyon	18 (%5.5)	4 (%3.4)	14 (%6.6)	

Demografik, Klinik ve Cerrahi Parametrelerin Karşılaştırmalı İstatistiği

TARTIŞMA / SONUÇ: Onkolojik splenektomiler genel splenektomi serilerinin üçte birinden fazlasını oluşturmaktadır. Hematolojik malignitelerde pansitopeniyi düzelterek adjuvan tedavilere olanak sağlayan, solid organ malignitelerinde ise küratif R0 rezeksiyonun vazgeçilmez bir parçası olan splenektomi, multidisipliner yaklaşımla kabul edilebilir morbidite ile güvenle uygulanabilmektedir. Anahtar Kelimeler: Splenektomi, Multivisseral rezeksiyon, Hematolojik malignite, Pankreas kanseri, Dalak metastazı.

Yazar Notu: merhabalar, Adana şehir hastanesi genel cerrahi kliniği olarak 6 yılda yaptığımız splenektomilerin Onkolojik bakış açısıyla ilgili bir değerlendirme hazırladım, ilginize teşekkür ederim.

SS-20 / PIPAC (Basınçlı intraperitoneal aerosol kemoterapi) uygulamalarında güvenlik sorunları: Tek merkez deneyimi

Mahmut Kaan Demircioğlu[1], Özgül Düzgün[2]

[1]Denizli Devlet Hastanesi; Cerrahi Onkoloji Kliniği
[2]S.B.Ü Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi; Cerrahi Onkoloji Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Basınçlı intraperitoneal aerosol kemoterapi (PIPAC), peritoneal karsinomatozisli (PK) hastalarda sistemik kemoterapiye alternatif veya tamamlayıcı, minimal invaziv bir tedavi yöntemi olarak giderek yaygınlaşmaktadır. Ancak cerrahi girişim ve aerosolize kemoterapi uygulanması nedeniyle hasta ve sağlık çalışanı güvenliği önemli bir değerlendirme alanıdır. Bu çalışmada, merkezimizde uygulanan PIPAC işlemlerine ait güvenlik ve komplikasyon sonuçlarının literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Merkezimizde PIPAC uygulanan toplam 72 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 50'si (%69,4) kadın, 22'si (%30,6) erkekti. Primer tümör dağılımı; 26 mide (%36,1), 10 kolon (%13,9), 6 rektum (%8,3), 6 pankreas (%8,3), 10 over (%13,9) ve 14 diğer maligniteler (%19,5) şeklindeydi. Tüm işlemler standart laparoskopik PIPAC protokolüne uygun olarak gerçekleştirildi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 72 hastaya PIPAC uygulandı. Hastaların 50'si (%69,4) kadın, 22'si (%30,6) erkekti. Primer tümör dağılımı; mide kanseri 26 olgu (%36,1), kolon kanseri 10 olgu (%13,9), rektum kanseri 6 olgu (%8,3), pankreas kanseri 6 olgu (%8,3), over kanseri 10 olgu (%13,9) ve diğer maligniteler 14 olgu (%19,5) şeklindeydi.Tüm PIPAC işlemleri laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Peroperatif dönemde 1 olguda diyafram perforasyonu, 2 olguda ise ince barsak injurisi saptandı. Diyafram perforasyonu gelişen olgu laparoskopik sütür ile onarıldı. İnce barsak injurisi saptanan 2 olguda ise laparoskopik onarım mümkün olmayıp mini laparotomi ile primer onarım yapıldı.Postoperatif dönemde 2 olguda nekrotizan fasiit gelişti. Bu hastalarda erken tanı konularak acil cerrahi debridman ve uygun antibiyotik tedavisi uygulandı ve klinik iyileşme sağlandı.Hiçbir olguda perioperatif mortalite saptanmadı. Ayrıca, standart güvenlik önlemlerine uyulması sayesinde sağlık personelinde aerosol kemoterapiye maruziyete bağlı herhangi bir güvenlik sorunu bildirilmedi.

TARTIŞMA / SONUÇ: Tek merkez deneyimimize göre PIPAC, PK'li hastalarda kabul edilebilir ve yönetilebilir komplikasyon oranları ile güvenli bir tedavi yöntemidir. Gelişen majör komplikasyonlar erken tanı ve uygun cerrahi yaklaşımlar ile başarıyla tedavi edilmiştir. Literatürle uyumlu sonuçlarımız, uygun hasta seçimi, standart protokollere uyum ve deneyimli ekiplerle PIPAC'in güvenli bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

Yazar Notu: Ülkemizdeki en geniş PIPAC serilerinden birine sahip olan merkezimizin deneyimlerini tüm katılımcılarla paylaşmak için heyecan duymaktayız. Şimdiden dikkatli ve özverili değerlendirmeleriniz için ekip olarak teşekkür ederiz.

SS-21 / Neoadjuvan tedavi sonrası distal rektum kanserinde koloanal anastomozun morbidite ve fonksiyonel sonuçları: 92 hastalık retrospektif bir çalışma

Mahmut Kaan Demircioğlu[1], Mehmet Oduncu[2], Zülfi Zahidli[2], Pırıltı Özcan[3], Özgül Düzgün[2]

[1]Denizli Devlet Hastanesi; Cerrahi Onkoloji Kliniği
[2]S.B.Ü Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi; Cerrahi Onkoloji Kliniği
[3]Biruni Üniversitesi; Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Distal rektum kanserinde neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası tümörün anal kanala yakın yerleşimi nedeniyle standart kolorektal anastomoz her zaman mümkün olmamaktadır. Bu hastalarda koloanal anastomoz (KAA), kalıcı stoma gereksinimini azaltmayı hedefleyen sfinkter koruyucu bir cerrahi seçenek olarak uygulanmaktadır. Bununla birlikte, KAA özellikle anastomoz darlığı, anastomoz ayrışması ve ciddi fonksiyonel bozukluklar gibi önemli postoperatif komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı, neoadjuvan tedavi sonrası KAA uygulanan hastalarda gelişen komplikasyonları ve fonksiyonel sonuçları literatür eşliğinde değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Distal rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan tedavi alan ve kolorektal anastomoza uygun olmayıp koloanal anastomoz uygulanan toplam 92 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 61'i (%66,3) erkek, 31'i (%33,7) kadın olup ortalama yaş 64 idi. Cerrahi sonrası erken ve geç dönem komplikasyonlar değerlendirildi. Özellikle anal stenoz gelişimi, anal dilatasyon gereksinimi, koloanal anastomoz ayrışması, fekal inkontinans ve bu komplikasyonlar nedeniyle kalıcı uç kolostomi açılması kaydedildi.

BULGULAR: Postoperatif takipte 11 hastada (%12) anal stenoz gelişmiş ve bu olgular anal dilatasyon ile tedavi edilmiştir. Yedi hastada (%7,6) koloanal anastomozda ayrışma ve buna eşlik eden ciddi fekal inkontinans saptanmış olup, bu hastalarda kalıcı uç kolostomi açılması gerekmiştir. Literatürde bildirilen serilerle karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki anal stenoz ve kalıcı stoma oranlarının benzer aralıklarda olduğu görülmektedir. Özellikle neoadjuvan tedavi alan hastalarda anastomoz iyileşmesinin olumsuz etkilenmesi ve fonksiyonel sonuçların daha sorunlu olabileceği daha önceki çalışmalarda da vurgulanmıştır.

TARTIŞMA / SONUÇ: Koloanal anastomoz, neoadjuvan tedavi sonrası distal rektum kanserli hastalarda sfinkter koruyucu bir yaklaşım sunmakla birlikte, belirgin morbidite riski taşımaktadır. Anastomoz darlığı ve fonksiyonel bozukluklar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve bazı olgularda kalıcı stoma gereksinimi doğurabilmektedir. Bu nedenle hasta seçiminin dikkatle yapılması, cerrahi tekniğin titizlikle uygulanması ve postoperatif dönemde yakın izlem ile erken müdahalenin büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Daha geniş hasta serileri ve prospektif çalışmalar, KAA sonrası komplikasyonlar ve fonksiyonel sonuçları öngörebilecek faktörlerin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

Yazar Notu:

SS-22 / Triple negatif meme kanserinde tümör nekrozunun klinikopatolojik ve prognostik önemi: retrospektif bir kohort çalışması

Melih Taşkın[1], Erkan Güler[1], Sami Benli[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ / AMAÇ: Üçlü negatif meme kanseri (TNBC), belirgin biyolojik heterojenlik ve agresif bir klinik seyir ile karakterizedir. Tümör nekrozu, hızlı tümör büyümesini ve hipoksik stresi yansıtabilen histopatolojik bir özelliktir; ancak, TNBC'deki prognostik önemi belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışma, TNBC hastalarında histolojik tümör nekrozu, agresif klinikopatolojik özellikler ve sağkalım sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Üçüncü basamak bir referans merkezinde cerrahi tedavi gören, histolojik olarak doğrulanmış TNBC'li 113 hastayı retrospektif olarak analiz ettik. Hastalar, histolojik tümör nekrozunun varlığına veya yokluğuna göre sınıflandırıldı. Tümör boyutu, histolojik derece, Ki-67 proliferasyon indeksi, lenfovasküler invazyon ve lenf nodu tutulumu gibi klinikopatolojik değişkenler gruplar arasında karşılaştırıldı. Genel sağkalım (OS) ve hastalıksız sağkalım (DFS) Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak tahmin edildi ve log-rank testi kullanılarak karşılaştırıldı. OS'nin bağımsız yordayıcılarını belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli Cox orantılı riskler regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR: Değerlendirilen 110 hastanın 49'unda (%44,5) tümör nekrozu izlendi. Nekrozu olan hastalarda tümörler anlamlı düzeyde daha büyük (ortanca 30'a karşılık 25 mm; p=0,027) ve Ki-67 indeksi daha yüksekti (ortanca %50'ye karşılık %30; p=0,002). Derece 3 tümörler nekroz grubunda daha sık görülse de istatistiksel fark saptanmadı (p=0,266). Takipte 31 ölümün yaşandığı 85 hastanın sağkalım analizinde; tümör nekrozunun OS (p=0,159) veya DFS (p=0,659) ile anlamlı ilişkisi bulunmadı. Çok değişkenli analizde, patolojik tümör boyutu OS'nin tek bağımsız yordayıcısıydı ve her 10 mm'lik artış artmış ölüm riskiyle ilişkiliydi (HR 1,277; %95 CI 1,028–1,586; p=0,027). Tümör nekrozu bağımsız bir prognostik faktör olarak saptanmadı (p=0,091).

Tablo 1. Tümör Nekrozuna Göre Başlangıç Özellikleri (n=110)

Özellik	Genel	Nekroz yok	Tümör nekrozu	P
Yaş (yıl)	52.5 (43.0–65.5)	53.5 (44.2–67.5)	51.5 (40.5–62.2)	0.260
Patolojik tümör boyutu (mm)	25.0 (20.0–39.5)	25.0 (15.0–35.0)	30.0 (21.0–41.0)	0.027
Ki-67 (%)	40.0 (11.2–70.0)	30.0 (0.0–60.0)	50.0 (35.0–70.0)	0.002
Derece III	%73.6	%68.9	%79.6	0.292
LVI (Lenfovasküler İnvazyon)	%30.9	%31.1	%30.6	1.000
LN metastazı	%37.5	%38.0	%36.8	1.000
Neoadjuvan kemoterapi	%41.1	%48.9	%32.6	0.173
Radyoterapi	%54.4	%55.3	%53.5	1.000
Uzak metastaz	%30.5	%36.8	%22.9	0.183

Önemli Bulgu: Tümör nekrozu olan hastalar, nekrozu olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha büyük tümörlere (30 mm vs 25 mm, p=0.027) ve daha yüksek Ki-67 indeksine (%50 vs %30, p=0.002) sahipti.

Tablo 2. Genel Sağkalım Kaplan-Meier Sonuçları

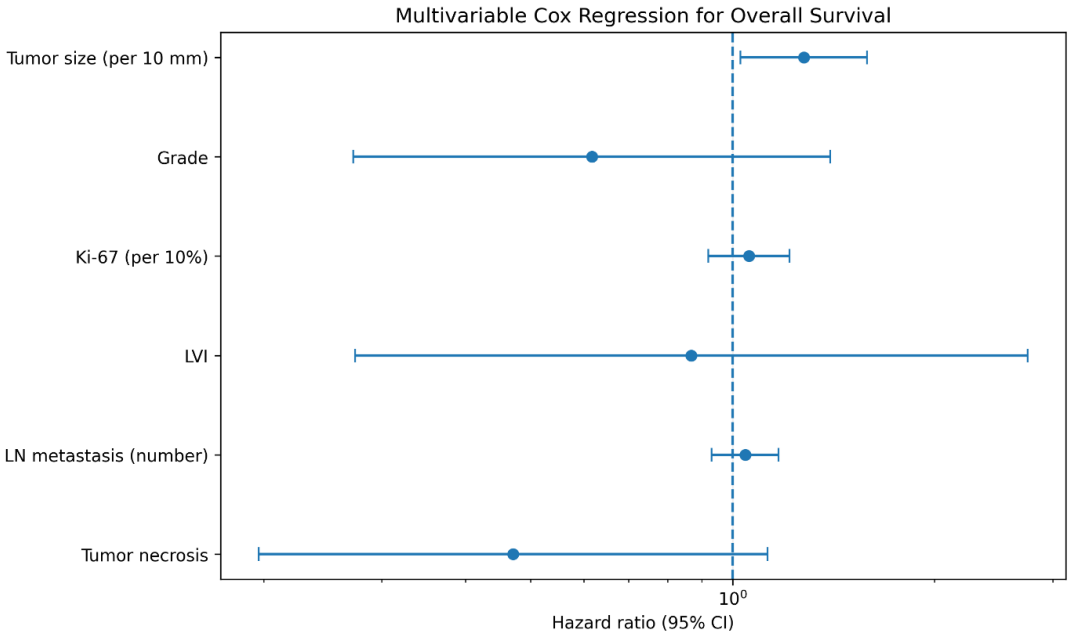
Parametre	**Nekroz yok**	**Nekroz var**
Hasta sayısı	47	38
Mortalite	20	11
Ortalama izlem süresi	64.6 ay	76.3 ay
Medyan izlem süresi	40.0 ay	68.5 ay
Reverse-KM medyan takip	101 ay	105 ay
1 yıllık OS	%91.5	%92.1
3 yıllık OS	%65.3	%75.5
5 yıllık OS	%57.2	%72.3

Tablo 3. Çok Değişkenli Cox Regresyonu – Genel Sağkalım

Değişken	**HR**	**%95 CI**	**P**
Tümör boyutu, her 10 mm için	1.257	1.013–1.559	0.038
Derece	0.632	0.276–1.445	0.277
Ki-67, her %10 için	1.044	0.912–1.196	0.531
LVI (Lenfovasküler İnvazyon)	0.614	0.180–2.091	0.435
LN metastazı	2.103	0.682–6.485	0.196
Tümör nekrozu	0.490	0.205–1.171	0.109

TARTIŞMA / SONUÇ: TNBC'de histolojik tümör nekrozu, agresif tümör biyolojisinin bir belirteci olarak rolünü destekleyecek şekilde daha büyük tümör boyutu ve daha yüksek proliferatif aktivite ile ilişkiliydi. Bununla birlikte, tümör nekrozu, yerleşik klinikopatolojik faktörlere göre ayarlama yapıldıktan sonra OS veya DFS ile bağımsız olarak ilişkili değildi. Buna karşılık,patolojik tümör boyutu OS'nin tek bağımsız yordayıcısı olmaya devam etmiştir. Bu bulgular, tümör nekrozunun, geleneksel tümör yükü ölçümlerinin ötesinde bağımsız prognostik bilgi sağlamaksızın agresif tümör biyolojisini yansıtabileceğini düşündürmektedir.

Genel sağkalım için çok değişkenli Cox orantılı riskler regresyon analizi



enel sağkalım için çok değişkenli Cox orantılı riskler regresyon analizine ait orman grafiği (forest plot). Patolojik tümör boyutu, histolojik derece, Ki-67 proliferasyon indeksi, lenfovasküler invazyon, lenf nodu metastazı ve tümör nekrozu için risk oranları (HR'ler) ve %95 güven aralıkları (CI'lar) gösterilmektedir. Tümör boyutu, genel sağkalımın tek bağımsız yordayıcısı olmuştur.

Yazar Notu:

SS-23 / Kolon kanserinde tumor tomurcuklanmasının lenfatik ve hematogen yayılımdaki farklı prediktif rolleri: Tek merkez retrospektif kohort analizi

Mert Altaş[1], Hikmet Pehlevan Özel[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Tümör tomurcuklanması (TB), tümörün invazif ön yüzündeki tek hücre veya dörtten az hücreden oluşan kümeler olarak tanımlanmakta; ITBCC 2016 kriterlerine göre düşük (Bd1), orta (Bd2) ve yüksek (Bd3) derece olarak sınıflandırılmaktadır. TB'nin lenfovasküler invazyon (LVI) ve diğer güçlü prediktörler kontrol altına alındığında nodal ve uzak metastaz için bağımsız prediktif değer taşıyıp taşımadığı hâlâ netlik kazanmamıştır. Bu çalışmada kolon kanserinde TB'nin lenfatik ve hematojen yayılım üzerindeki bağımsız prediktif rolleri araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2020-2025 yılları arasında kolon kanseri nedeniyle elektif cerrahi uygulanan hastalar retrospektif incelendi. TB verisi eksik, LN örneklemesi yetersiz (< 12 LN), neoadjuvan tedavi alan, nadir histolojik alt tipli ve acil cerrahi uygulanan hastalar dışlandı. Final kohort 455 hastadan oluştu. Tomurcuklanma tüm vakalarda ITBCC 2016 kriterlerine göre değerlendirildi. Nodal (N+ vs N0) ve uzak metastaz (M1 vs M0) için bağımsız prediktörler binary lojistik regresyon ile belirlendi. pT evresi; uzak metastaz modelinde complete separation oluşturması, nodal metastaz modelinde ise LVI üzerinden mediation düşündürmesi nedeniyle her iki modelden dışlandı.

BULGULAR: Yaş ortalaması 66.2±11.7 yıl, %59.3'ü erkekti. TB dağılımı: düşük n=262 (%57.6), orta n=123 (%27.0), yüksek n=70 (%15.4). TB, LVI (r=0.35), PNI (r=0.37) ve pT (r=0.23) ile anlamlı korelasyon gösterdi ($p < 0.001$). Nodal metastaz modelinde (Nagelkerke R^2=0.378) TB bağımsız prediktör olarak saptanmadı (p=0.076); LVI (OR=8.53, %95GA: 5.04-14.44, $p < 0.001$), grade 3 diferansiasyon (OR=11.89, p=0.002) ve dMMR (OR=0.31, p=0.004) bağımsız prediktörler olarak öne çıktı. Uzak metastaz modelinde (Nagelkerke R^2=0.148) ise yüksek TB, LVI kontrolünde bağımsız prediktif değerini korudu (OR=2.81, %95GA: 1.26-6.29, p=0.012).

Tablo 1. Tümör tomurcuklanmasına göre tanımlayıcı analiz tablosu

Değişken	**Düşük TB (0-4) n=262**	**Orta TB (5-9) n=123**	**Yüksek TB (≥10) n=70**	**Toplam n=455**	**p değeri**
Yaş (yıl), Ort ± SS	67.3 ± 10.8	64.0 ± 12.9	66.1 ± 12.6	66.2 ± 11.7	**0.041***
Cinsiyet Erkek, n (%) Kadın, n (%)	 157 (59.9%) 105 (40.1%)	 77 (62.6%) 46 (37.4%)	 36 (51.4%) 34 (48.6%)	 270 (59.3%) 185 (40.7%)	0.302
Histopatoloji Adenokanser Müsinöz adenokanser Kribriform-komedoadenokanser	 236 (90.1%) 15 (5.7%) 11 (4.2%)	 104 (84.6%) 16 (13.0%) 3 (2.4%)	 56 (80.0%) 2 (2.9%) 12 (17.1%)	 396 (87.0%) 33 (7.3%) 26 (5.7%)	**<0.001**
pT Evresi T1 T2 T3 T4	 9 (3.4%) 37 (14.1%) 179 (68.3%) 37 (14.1%)	 2 (1.6%) 5 (4.1%) 85 (69.1%) 31 (25.2%)	 0 (0.0%) 1 (1.4%) 49 (70.0%) 20 (28.6%)	 11 (2.4%) 43 (9.5%) 313 (68.8%) 88 (19.3%)	**<0.001**
Patolojik LN, Medyan (IQR)	0 (0–1)	1 (0–3)	2 (0–4)	0 (0–2)	**<0.001†**
pN Evresi N0 N1 N2	 177 (67.6%) 60 (22.9%) 25 (9.5%)	 51 (41.5%) 43 (35.0%) 29 (23.6%)	 23 (32.9%) 28 (40.0%) 19 (27.1%)	 251 (55.2%) 131 (28.8%) 73 (16.0%)	**<0.00**1
pM (Uzak Metastaz) M0 M1	 244 (93.1%) 18 (6.9%)	 101 (82.1%) 22 (17.9%)	 54 (77.1%) 16 (22.9%)	 399 (87.7%) 56 (12.3%)	**<0.001**
Evre Evre I Evre II Evre III Evre IV	 45 (17.2%) 128 (48.9%) 71 (27.1%) 18 (6.9%)	 6 (4.9%) 40 (32.5%) 55 (44.7%) 22 (17.9%)	 0 (0.0%) 22 (31.4%) 32 (45.7%) 16 (22.9%)	 51 (11.2%) 190 (41.8%) 158 (34.7%) 56 (12.3%)	**<0.001**
Diferansiasyon Grade 1 (İyi) Grade 2 (Orta) Grade 3 (Kötü)	 71 (27.1%) 184 (70.2%) 7 (2.7%)	 28 (22.8%) 84 (68.3%) 11 (8.9%)	 10 (14.3%) 57 (81.4%) 3 (4.3%)	 109 (24.0%) 325 (71.5%) 21 (4.6%)	**0.015**
LVI Var Yok	 111 (42.7%) 149 (57.3%)	 91 (74.0%) 32 (26.0%)	 58 (82.9%) 12 (17.1%)	 260 (57.5%) 193 (42.5%)	**<0.001**
PNI Var Yok	 69 (26.5%) 191 (73.5%)	 68 (56.2%) 53 (43.8%)	 49 (73.1%) 18 (26.9%)	 186 (41.1%) 262 (58.9%)	**<0.001**
MMR Durumu (n=424) pMMR dMMR	 205 (84.4%) 38 (15.6%)	 97 (82.9%) 20 (17.1%)	 62 (96.9%) 2 (3.1%)	 364 (85.8%) 60 (14.2%)	**0.021**
MSI Durumu (n=421) MSI Stabil Low MSI High MSI	 203 (83.9%) 5 (2.1%) 33 (13.6%)	 98 (83.1%) 1 (0.8%) 17 (14.4%)	 61 (95.3%) 1 (1.6%) 2 (3.1%)	 362 (86.0%) 7 (1.7%) 52 (12.4%)	0.151

TB: Tümör Tomurcuklanması; LN: Lenf Nodu; LVI: Lenfovasküler İnvazyon; PNI: Perinöral İnvazyon; MMR: Mismatch Repair; MSI: Mikrosatellit İnstabilite; IQR: Interquartile Range * One-Way ANOVA; † Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U, Bonferroni düzeltmeli); Kategorik değişkenler için Pearson Ki-kare testi

Tablo 2. Nodal Metastaz için lojistik regresyon modeli

Degisken	**OR**	**95% CI**	**p degeri**
Tumor tomurcuklanmasi (genel)	--	--	0.076
Orta vs Dusuk (referans)	1.898	1.108-3.249	**0.020**
Yuksek vs Dusuk (referans)	2.022	1.008-4.059	**0.048**
LVI (var vs yok)	8.529	5.037-14.444	**<0.001**
Diferansiasyon (genel)	--	--	**0.004**
Grade 2 vs Grade 1 (ref)	1.873	1.059-3.312	**0.031**
Grade 3 vs Grade 1 (ref)	11.891	2.449-57.737	**0.002**
dMMR vs pMMR	0.307	0.138-0.683	**0.004**

Modelden cikarilanlar: PNI (p=0.257), yas (p=0.174), cinsiyet (p=0.103).

Tablo 3. Uzak Metastaz icin Lojistik Regresyon

Degisken	OR	95% CI	p degeri
Tumor tomurcuklanmasi (genel)	--	--	0.030
Orta vs Dusuk (referans)	2.063	0.998-4.264	0.051
Yuksek vs Dusuk (referans)	2.809	1.255-6.285	0.012
LVI (var vs yok)	4.974	2.012-12.299	0.001

Modelden cikarilanlar: Diferansiasyon (p=0.721), dMMR (p=0.444), PNI (p=0.297), yas (p=0.159), cinsiyet (p=0.139).

TARTIŞMA / SONUÇ: TB kolon kanserinde lenfatik ve hematojen yayılım için farklı prediktif roller üstlenmektedir. Nodal metastaz üzerindeki etkisi LVI aracılığıyla çalışırken, uzak metastaz için LVI'dan bağımsız ek bir mekanizma içermektedir. LVI her iki yayılım yolu için en güçlü prediktördür; dMMR nodal metastaza karşı koruyucu etki göstermektedir. Bu bulgular TB'nin rutin patoloji raporlarında raporlanmasını ve klinik risk stratifikasyonunda kullanılmasını desteklemektedir.

Yazar Notu:

SS-24 / Hemoroidektomi sonrası her spesmenin histopatolojik incelenmesi gerekli mi?

Mustafa Alçın[1], İsmail Cem Yurtçu[1], Mevlüt Harun Ağca[1], İsa Armağan Çıklar[2], Natavan Guliyeva[3], Uğur Topal[4], Serdar Gümüş[4], İshak Aydın[1], Orçun Yalav[1], İsmail Cem Eray[1], Abdullah Ülkü[1], Cem Kaan Parsak[4]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
[2]Seyhan Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
[3]Göksun Devlet Hastanesi Genel cerrahi
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD

GİRİŞ / AMAÇ: Hemoroidektomi,hemoroidal hastalıklara bağlı şikayetlerle başvuran ve ileri tedavi gerektiren hastalarda sıkça tercih edilen operasyon türüdür.Bu işlemden sonra çıkan numuneler patoloji laboratuvarlarına gönderilir ve histopatolojik olarakta tanı alır.Bizde kendi kliniğimizde yapılan hemoroidektomiler sonrası histopatolojik tanılarla korelasyonu değerlendirip tüm hemoroidektomilerde mi yoksa cerrahın klinik olarak şüphede kaldığı veya gerekli gördüğü durumlarda mı numuneyi histopatolojik olarak çalışmaya göndermesi gerektiğini cevaplamaya çalıştık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmamızda kliniğimizde 2010 -2025 yılları arasında hemoroidal hastalık nedenli hemoroidektomi yapılan 165 hasta dahil edildi.Bu hastalar eksternal hemoroid,internal hemoroid,grade,pake sayısı,patoloji sonucu, klinik muayenede tipine göre değerlendirmeler yapıldı.

BULGULAR: Histopatolojik olarak değerlendirmesi bulunan 165 hastadan hemoroid gradeine göre 15 Tanesi Grade 3(%9,1),2 hastada Grade 2(%1,2), 83 hasta Grade 4(%50,3) olarak görüldü. Geriye kalan 65 hasta (%39,4)herhangi bir grade belirtilmemiş.pake sayısına göre;52 hastanın 1 adet(%30,1),51 hastanın 2 adet (%30,1),26 hastanın 3 adet (%15,8),5 hastanın 4 adet(%3)pakesi mevcuttu.32 hastanın ise(%19,4) pake sayısı belirtilmemiştir.Patoloji sonuçlarına göre değerlendirildiğinde Venöz Ekstazi/Hemanjiom 2 hasta (%1,2),Ektopik Gastrik Mukoza:1 hasta(%0,6),Fibroepitelyal Polip:2 hasta(%1,2),Kronik İltihap:5 hasta(%3,0),Mixt tip Hemoroid:155 hasta (%93,9) olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA / SONUÇ: Hemoroidektomi sonrası spesmenin patolojik incelemeye gönderilmesi rutin bir uygulama olarak kliniklerde uygulanmasına rağmen malignite lehine bulgu ile karşılaşmak çok nadir karşılaşılan bir durumdur.Preoperatif dönemde cerrah tarafından rektal tuşe ile muayene yapılması , gereklilik halinde rektoskopi yapılmalıdır.Preoperatif muayene ve intraoperatif değerlendirilmede cerrah tarafından şüpheli görülen durumlarda histopatolojik olarak değerlendirme gerekmektedir. Literatürde de ameliyat öncesi muayenede hemoroidal hastalık dışında şüpheli görünümü olan hemoroidektomi spemenlerinin seçili hastalarda histopatolojik olarak incelenmesi önermektedir.(2) Literatürde nadir de olsa malignitenin saptanacağı vurgulanmaktadır. Christiensen ve ark.(3)431 hemoroidektomi olgularının 1'inde, He ve ark. (4)8308 seride 17(% 0,16) olguda maligniteye ve yine Lohsiriwat ise 914 hemoroidektomi

örneğinde hemoroidde beklenen lezyonların haricinde 13(%1,4) histolojik anormalliğe (5) rastlandığını vurgulamışlardır. (7,8) Malignite durumunun nadiren görülmesi nedeniyle gereklilik halinde histolopatolojik inceleme yapılması rutin olarak incelemenin avantaj sağlamadığı 8) Malignite tartışmalı olması, bizim çalışmamızda ve bizimle benzer 8) Malignite8) Malignite saptanmaması nedeniyle operasyon sonrası rutin olarak histopatolojik değerlendirmeyi önermiyoruz.

Yazar Notu: Teşekkürler

SS-25 / Mide kanserli hastalarda neoadjuvan kemoterapinin postoperatif morbidite ve mortaliteye etkisi

Doğuş Parlak[1], Mustafa Yılmaz[1], Yunus Emre Gayberi[1], Özlem Zeliha Sert[1], Asena Ayça Özdemir[1], Kadir Eser[1], Tuba Kara[1], Enver Reyhan[1], Hilmi Bozkurt[1]

[1]Mersin Üniversitesi

GİRİŞ / AMAÇ: Mide adenokarsinomu nedeniyle küratif amaçlı gastrektomi uygulanan hastalarda neoadjuvan kemoterapinin postoperatif morbidite ve sağkalım sonuçları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu retrospektif, tek merkezli kohort çalışmasına Ocak 2020–Ağustos 2025 tarihleri arasında mide adenokarsinomu nedeniyle küratif amaçlı D2 lenfadenektomi ile total veya subtotal gastrektomi uygulanan 120 hasta dahil edildi. Hastalar neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi uygulananlar (n=56) ve doğrudan cerrahi uygulananlar (n=64) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar demografik ve klinik özellikler, perioperatif bulgular, postoperatif komplikasyonlar, patolojik sonuçlar, hastalıksız sağkalım ve genel sağkalım açısından karşılaştırıldı. Postoperatif komplikasyonlar Clavien–Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi. Sağkalım analizlerinde Kaplan–Meier yöntemi ve log-rank testi, bağımsız prognostik faktörlerin belirlenmesinde ise çok değişkenli Cox regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın 56'sına (%46,7) neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi, 64'üne (%53,3) ise doğrudan cerrahi uygulandı. Gruplar arasında 30 günlük postoperatif komplikasyonların Clavien–Dindo sınıflamasına göre dağılımı açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,364). Yara yeri enfeksiyonu doğrudan cerrahi grubunda daha sık görülürken (%15,6'ya karşı %1,8; p=0,010), hastanede yatış süresi neoadjuvan kemoterapi grubunda daha kısaydı (8,46'ya karşı 14,39 gün; p=0,005). Patolojik evreler benzer olmakla birlikte, lenfovasküler invazyon doğrudan cerrahi grubunda daha sık saptandı (%54,7'ye karşı %35,7; p=0,037). Ortalama genel sağkalım neoadjuvan kemoterapi grubunda daha uzundu (50,56'ya karşı 39,59 ay; p=0,022); hastalıksız sağkalım açısından ise anlamlı fark bulunmadı (47,92'ye karşı 41,83 ay; p=0,216). Çok değişkenli analizde hastanede yatış süresi (HR=1,07; %95 GA: 1,04–1,10; p < 0,001) ve lenfovasküler invazyon (HR=2,62; %95 GA: 1,33–5,20; p=0,006) genel sağkalımla bağımsız olarak ilişkiliydi.

TARTIŞMA / SONUÇ: Sonuç olarak, uygun hasta seçimiyle neoadjuvan kemoterapinin mide kanseri cerrahisi öncesinde güvenle uygulanabileceğini desteklemektedir.

Yazar Notu:

SS-26 / Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisinde erken dönem deneyimimiz: Cerrahi ve onkolojik sonuçlar

Akay Edizsoy[1], Sami Benli[2]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Cerrahi Onkoloji
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Cerrahi Onkoloji

GİRİŞ / AMAÇ: Laparoskopik cerrahi, kolorektal kanserlerin tedavisinde yaygın kullanılan minimal invaziv bir yaklaşımdır. Yeni oluşturulan cerrahi programlarda yaklaşımın güvenli uygulanması ve onkolojik prensiplerin korunması önemlidir. Bu çalışmada, merkezimizde laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi planlanan hastaların klinik, cerrahi ve patolojik özellikleri ile erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Haziran 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında Aydın ADÜ Genel Cerrahi kliniğinde kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik cerrahi planlanan 25 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler, cerrahi prosedürler, operasyon süreleri, konversiyon nedenleri, transfüzyon gereksinimi, patolojik özellikler, lenf nodu sayıları, çevresel rezeksiyon sınırı (CRM) ve erken postoperatif sonuçlar incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 25 hastanın 12'si (%48) kadın, 13'ü (%52) erkek, ortalama yaş 65,5±9,3 yıl idi. Tüm hastalar elektif koşullarda opere edildi. Cerrahi 21 hastada (%84) laparoskopik tamamlanırken, 4 hastada (%16) açık cerrahiye konversiyon gerekti; konversiyon nedenleri kanama (n=2) ve diseksiyon güçlüğü (n=2) idi. En sık uygulanan prosedür düşük anterior rezeksiyondu (n=11) ve 6 hastada koruyucu ileostomi oluşturuldu. Ortalama operasyon süresi rektum, sigmoid/rektosigmoid ve sağ kolon cerrahilerinde sırasıyla 320, 230 ve 140 dakika idi. Konversiyon hastaları dışında 3 hastada perioperatif eritrosit transfüzyonu gerekti. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 20,5±14,4 olup, 18 hastada (%72) ≥12 lenf nodu değerlendirildi. CRM bir hastada pozitifti. Postoperatif dönemde 2 hastada preperitoneal kanama, 1 hastada endoskopik hemostaz gerektiren anastomoz hattı kanaması, 1 hastada üreter yaralanması ve 1 hastada KOAH nedeniyle uzamış yoğun bakım izlemi görüldü. Anastomoz kaçağı ve perioperatif mortalite izlenmedi.

Grafik 1: Cerrahi Prosedürlerin Dağılımı



Cerrahi ve erken dönem sonuçlar

Değişken	Sonuç
Hasta Sayısı	25
Lapaoskopik Tamamlama	21 % (84)
Açık Cerrahiye Konversiyon	4 (%16)
Konversiyon Nedeni	Kanama: 2; Diseksiyon güçlüğü: 2
Koruyucu İleostomi	6 (%24)
Operasyon Süresi, dk	Rektum:320; Sigmoid / Rektosigmoid: 230; sağ kolon: 140
Çıkarılan Lenf Nodu, adet	20,5 ± 14,4
≥12 lenf nodu, adet	18 (%72)
CRM pozitifliği	1 (%4)
Anastomoz Kaçağı	0
Perioperatif Mortalite	0

TARTIŞMA / SONUÇ: Merkezimizin erken dönem deneyiminde laparoskopik planlanan kolorektal kanser cerrahilerinin %84'ü minimal invaziv olarak tamamlanmış ve perioperatif mortalite görülmemiştir. Anastomoz kaçağı izlenmemesi ile lenf nodu diseksiyonu ve cerrahi sınır sonuçları, erken deneyim döneminde laparoskopik yaklaşımın cerrahi güvenlik ve onkolojik prensipler korunarak uygulanabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, %16'lık konversiyon oranı ve gözlenen perioperatif komplikasyonlar, laparoskopik kolorektal cerrahide öğrenme sürecinde uygun hasta seçimi, diseksiyon tekniği ve komplikasyon yönetiminin önemini ortaya koymaktadır.

Yazar Notu:

SS-27 / Papiller tiroid kanserinde Delphian lenf nodu metastazı: Yaygın bölgesel lenf nodu metastazının bir göstergesi

Sezer Akbulut[1], Tuğba Matlım Özel[1], Aykut Çelik[1], Hüseyin Karatay[2], Serkan Sarı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Endokrin Cerrahisi Birimi, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, istanbul, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Papiller tiroid kanserinde (PTK) Delphian lenf nodu (DLN) metastazının yaygın bölgesel lenf nodu metastazını gösterebileceği bildirilmiştir. Ancak DLN metastazının klinik önemi ve bölgesel lenf nodu metastazını öngörmedeki değeri henüz tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışmanın amacı, DLN metastazının klinikopatolojik özelliklerle ilişkisini ve özellikle santral kompartman lenf nodu metastazını öngörmedeki rolünü değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Haziran 2020–Eylül 2025 tarihleri arasında, tersiyer bir endokrin cerrahisi merkezinde histopatolojik olarak papiller tiroid kanseri tanısı doğrulanan ve hastalık özelliklerine göre tiroidektomi ile birlikte santral ve/veya lateral boyun diseksiyonu uygulanan 529 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Delphian, pretrakeal, sağ ve sol paratrakeal lenf nodları ile gerektiğinde lateral boyun kompartmanları anatomik kompartmanlarına göre ayrı spesmenler halinde çıkarılarak patolojik incelemeye gönderildi. DLN metastazı ile ilişkili klinikopatolojik özellikler ile DLN metastazı ve bölgesel lenf nodu metastazı arasındaki ilişki, özellikle santral kompartmanın anatomik alt bölümleri dikkate alınarak değerlendirildi. DLN metastazının bağımsız belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR: DLN hastaların %60,1'inde saptandı ve saptanan DLN'lerin %29,6'sında metastaz izlendi. DLN metastazı; genç yaş, erkek cinsiyet, tümör çapının > 1 cm olması, klinik lenf nodu pozitifliği ve bilateral tümör varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Ayrıca, DLN metastazı ile sağ ve sol paratrakeal lenf nodu metastazı arasında güçlü bir ilişki saptandı (her ikisi için $p < 0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, tümör çapının > 1 cm olması (OR=8,18; p=0,002) ile sağ (OR=7,71; $p < 0,001$) ve sol (OR=5,58; $p < 0,001$) paratrakeal lenf nodu metastazı, DLN metastazının bağımsız belirleyicileri olarak saptandı.

TARTIŞMA / SONUÇ: Papiller tiroid kanserinde DLN metastazı, özellikle paratrakeal lenf nodu metastazı ile yakın ilişkili olup santral kompartmandaki yaygın lenf nodu metastazını yansıtan önemli bir göstergedir. Delphian lenf nodunun intraoperatif değerlendirilmesi, cerrahi karar verme sürecini destekleyerek hastaya özgü cerrahi stratejilerin planlanmasına katkı sağlayabilir.

Yazar Notu:

SS-28 / Adrenokortikal karsinomda klinikopatolojik özellikler ve cerrahi yaklaşım: Tersiyer bir endokrin cerrahisi merkezinin deneyimi

Sezer Akbulut[1], Aykut Çelik[1], Nilsen Yıldırım Erdoğan[2], Tuğba Matlım Özel[1], Serkan Sarı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Endokrin Cerrahisi Birimi, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Adrenokortikal karsinom (ACC), nadir görülen ve agresif seyirli bir adrenal malignitedir. Değişken klinik ve hormonal bulgularla ortaya çıkabilmesi, ameliyat öncesinde tanınmasını güçleştirebilir. Bu çalışmada, adrenal cerrahi sonrasında histopatolojik olarak ACC tanısı alan hastaların klinikopatolojik özelliklerinin, cerrahi yaklaşımlarının ve erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Haziran 2020–Haziran 2026 tarihleri arasında, tersiyer endokrin cerrahisi merkezimizde adrenal cerrahi uygulanan ve histopatolojik olarak primer adrenokortikal karsinom (ACC) tanısı alan 14 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, preoperatif ön tanıları, cerrahi yaklaşımları, perioperatif sonuçları, histopatolojik özellikleri, ENSAT evreleri, Ki-67 proliferasyon indeksleri ve takip sonuçları incelendi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 51,3±17,1 yıl olup 11'i (%78,6) kadındı. Ortalama patolojik tümör çapı 9,7±4,9 cm (3,8–17 cm) idi; altı hastada (%42,9) tümör çapı ≥10 cm idi. Preoperatif değerlendirmede beş hastada (%35,7) ACC ön tanısı bulunurken, yedi hastada (%50) Cushing sendromu, iki hastada (%14,3) nonfonksiyone adrenal lezyon ön plandaydı. ENSAT evrelemesine göre üç hasta (%21,4) evre I, dört hasta (%28,6) evre II, altı hasta (%42,9) evre III ve bir hasta (%7,1) evre IV idi. Lenf nodu metastazı saptanmazken, bir hastada (%7,1) uzak metastaz mevcuttu. Medyan Ki-67 proliferasyon indeksi %11 (aralık: %3–60) idi. Ki-67 indeksi beş hastada (%35,7) < %10, üç hastada (%21,4) %10–19 ve altı hastada (%42,9) ≥%20 olarak saptandı. Beş hastaya primer açık cerrahi uygulanırken, dokuz hastada minimal invaziv yaklaşım planlandı (iki laparoskopik, yedi robotik); robotik yaklaşımla başlanan bir hastada açık cerrahiye konversiyon gerekti. Ortalama operasyon süresi 171,3±77,9 dakika, medyan hastanede yatış süresi 3,5 gün idi; dört hastada (%28,6) kan transfüzyonu gerekti. Medyan takip süresi 8 ay (1–52 ay) olup bir hastada nüks gelişti ve bir hasta kaybedildi.

TARTIŞMA / SONUÇ: Adrenokortikal karsinom, farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen ve preoperatif tanısı güç olabilen nadir bir adrenal malignitedir. Bu tersiyer merkez deneyimi, ACC'nin klinik heterojenitesini ve cerrahi yaklaşımın olgu özelliklerine göre şekillenebildiğini ortaya koymaktadır.

Yazar Notu: Adrenokortikal karsinom, dünya genelinde yılda yaklaşık 1–2/milyon kişide görülen, son derece nadir ve agresif bir endokrin malignitedir. Hastalığın bu düşük insidansı nedeniyle literatürde ayrıntılı klinikopatolojik veriler içeren tek merkez deneyimleri ve vaka serileri sınırlı sayıdadır. Çalışmamızda, tersiyer bir endokrin cerrahisi merkezinde tedavi edilen ACC olgularının klinik prezentasyonları, ENSAT evreleri, Ki-67 proliferasyon indeksleri, cerrahi yaklaşımları ve erken dönem onkolojik sonuçları birlikte değerlendirilmiştir. Bu serinin, nadir görülen bu malignitenin gerçek yaşam pratiğindeki heterojenliğini ve multidisipliner yönetimini yansıtması açısından bilimsel açıdan değerli katkı sağlayabileceğini düşünüyoruz.

SS-29 / Preoperatif tek taraflı papiller tiroid kanserli hastalarda kontralateral gizli karsinomun sıklığı ve prediktif faktörleri

Sezer Akbulut[1], Tuğba Matlım Özel[1], Aykut Çelik[1], Nilsen Yıldırım Erdoğan[2], Serkan Sarı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Endokrin Cerrahisi Birimi, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Preoperatif değerlendirmede saptanamayan, ancak postoperatif patolojik incelemede karşı lobda belirlenen gizli papiller tiroid kanseri (PTK), preoperatif olarak tek taraflı PTK tanısı alan hastalarda önemli bir klinik durumdur. Bu çalışmanın amacı, karşı lobunda ultrasonografik olarak malignite şüphesi bulunmayan preoperatif tek taraflı PTK hastalarında kontralateral gizli PTK'nın sıklığını ve klinikopatolojik prediktif faktörlerini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Haziran 2020–Ocak 2026 tarihleri arasında, tersiyer bir endokrin cerrahisi merkezinde preoperatif olarak tek taraflı papiller tiroid kanseri (Bethesda V–VI) tanısı alan, karşı lobunda ultrasonografik olarak nodül saptanmayan ve total tiroidektomi ile santral boyun diseksiyonu uygulanan 210 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif ultrasonografide karşı lobunda nodül saptananlar, istmus yerleşimli malign nodülü bulunanlar, papiller tiroid kanseri dışı patolojik tanı alanlar, boyun radyoterapisi öyküsü, uzak metastazı, nüks hastalığı veya eksik klinik verisi bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kontralateral gizli papiller tiroid kanserinin bağımsız prediktif faktörlerini belirlemek amacıyla tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR: Kontralateral gizli papiller tiroid kanseri hastaların %47,6'sında (100/210) saptandı. Bu hastaların %94,0'ında gizli tümör odaklarının çapı ≤5 mm idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde primer tümörün kapsüle komşu lokalizasyonu (OR=2,56; %95 GA: 1,18–5,59; p=0,018) ve ipsilateral multifokalite (OR=2,57; %95 GA: 1,45–4,56; p=0,001), kontralateral gizli papiller tiroid kanserinin bağımsız prediktif faktörleri olarak belirlendi. Çok değişkenli model orta düzeyde ayırt edici performans gösterdi (AUC=0,676; %95 GA: 0,603–0,749).

TARTIŞMA / SONUÇ: Preoperatif olarak tek taraflı papiller tiroid kanseri tanısı alan ve karşı lobunda ultrasonografik olarak nodül saptanmayan hastalarda kontralateral gizli papiller tiroid kanseri dikkate değer sıklıkta saptandı. İpsilateral multifokalite ve primer tümörün kapsüle komşu lokalizasyonu, kontralateral gizli papiller tiroid kanserinin bağımsız prediktif faktörleri olup tedavi planlaması ve bireyselleştirilmiş takip stratejilerinin belirlenmesine katkı sağlayabilir.

Yazar Notu:



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -BİLDİRİLERİ-

-DİYETİSYENLİK- SÖZLÜ BİLDİRİLERİ



SS-1 / Bariatrik cerrahi öncesi kilo kaybı gerekli mi?

Sena Ünlü[1]

[1]Op. Dr. İlker Sönmez Kliniği

GİRİŞ / AMAÇ: Bariatrik cerrahi öncesi hastalarda kilo kaybı sağlanması hastanın sürece uyumu ve cerrahi sonrası sürece katkı sağlaması için önerilmektedir. Preoperatif dönemde verilen kilonun karaciğer hacminin azaltılması, postoperatif döneme katkıda bulunması ve hastanın cerrahi öncesi beslenme değerlendirilmesi açısından olumlu etkileri görülmektedir. Bu çalışmada, bariatrik cerrahi öncesi verilen kilonun etkilerinin yapılan çalışmalar ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Pubmed ve ilgili makaleler de "kilo kaybı" , "bariatrik cerrahi " , preoperatif dönem" , "düşük kalorili diyet" anahtar kelimeleri ile literatür taraması yapıldı . Güncel kılavuz ve çalışmalar değerlendirilerek Preopareatif kilo kaybının obezite hastaları üzerindeki etkileri ve yapılan düşük kalorili diyetlerin postoperatif dönem de etkileri incelendi.

BULGULAR: Ameliyat öncesi dönem de yapılan çalışmalarda kilo kaybının sağlanmasının karaciğer hacmini ve viseral yağ dokusunu azalttığı ancak yağsız dokuyu etkilemediği görülmüştür. Bir başka çalışmada preoparatif dönemde uygulanan düşük karbonhidratlı diyetin glisemik indeksi düşürdüğü görülmüştür. Preoperatif dönemde %5 ila %10 kilo kaybının postoperatif dönemde fayda sağlayıp sağlanmadığına dair çalışmalar hala devam etmektedir.

TARTIŞMA / SONUÇ: Yapılan çalışmalar ve bulunan kanıtlarda bariatrik cerrahi öncesi kilo kaybının zorunlu tutulmasını gerektiren yeterli bir kanıt bulunamamaktadır. Ancak preoperatif dönem de beslenme değerlendirilmesi ve kilo kaybının sürece uyumu kolaylaştırdığı , karaciğer hacmini küçülttüğüne dair çalışmalar ile preoperatif dönemde hastaya uygulanan beslenme planlanmasının önemi de ön görülmektedir.

Yazar Notu:

SS-2 / Tat duyusu değişikliğinin hastanede yatan onkoloji hastalarında besin seçimlerine ve malnütrisyon göstergelerine etkisi

Gülseren Özsaç[1], Eda Parlak[1], Timuçin Çil[2]

[1]Toros Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Mersin, Türkiye
[2]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Adana, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Kemoterapiye (KT) bağlı tat değişiklikleri sık görülmesine rağmen çoğu zaman yeterince fark edilmemekte ve beslenme durumunun bozulmasına katkıda bulunabilmektedir. Bu çalışmada, KT alan hastalarda tat değişikliklerinin besin tercihleri, kas fonksiyonu ve malnütrisyonun erken belirteçleri üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu prospektif boylamsal çalışmaya yeni tanı almış 48 kanser hastası dahil edilmiştir. Hastalar KT öncesinde, birinci ve ikinci tedavi kürlerinden sonra değerlendirilmiştir. Hastalar tat değişikliği olan (n=24) ve olmayan (n=24) olarak iki gruba ayrılmıştır. Besin tüketimi, antropometrik ölçümler, el kavrama gücü, Hasta Odaklı Subjektif Global Değerlendirme (PG-SGA) aracı, iştah, hedonik açlık ve biyokimyasal parametreler değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların %50'sinde tat değişikliği saptanmış ve hastalarda en sık tuzlu tat etkilenmiştir. Düzeltilmiş analizlerde, tat değişiklikleri vücut ağırlığı ve BKİ'den bağımsız olarak daha düşük el kavrama gücü ve daha yüksek PG-SGA skorları ile ilişkili bulunmuştur (p=0.01). Tat değişikliği olan hastalarda el kavrama gücü ve üst orta kol çevresindeki (ÜOKÇ) azalma daha belirgin bulunmuştur. Yumurta tüketiminde anlamlı bir grup-zaman etkileşimi saptanmış olup (p=0.04), bu durum proteine dayalı besin tercihlerinde seçici değişimler olduğuna işaret etmektedir. İştah, KT sırasında azalmış (p=0.03); ancak tat değişiklikleriyle bağımsız bir şekilde ilişkili olmadığı görülmüştür.

TARTIŞMA / SONUÇ: Kemoterapiye bağlı tat değişiklikleri, vücut ağırlık kaybı görülmese dahi erken fonksiyonel gerileme ve artmış malnütrisyon riski ile ilişkilidir. El kavrama gücü gibi fonksiyonel ölçümlerin rutin beslenme değerlendirmesine dahil edilmesi, KT sürecinde malnütrisyonun erken tanınması ve yönetimine katkı sağlayabilir.

Yazar Notu:



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -BİLDİRİLERİ-

-HEMŞİRELİK- SÖZLÜ BİLDİRİLERİ



SS-1 / Cerrahi onkoloji hastalarının perioperatif süreçte uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi

Burcu Ügü[1], Derya Gezer[2], Hamide Şişman[3], Dudu Alptekin[4]

[1]Çukurova Üniversitesi, Genel Cerrahi AD
[2]Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
[3]Selçuk Üniversitesi, Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu
[4]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

GİRİŞ / AMAÇ: Giriş: Kanser, dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmekte olup, hastalık ve tedavi süreci bireylerde fiziksel ve psikolojik birçok semptomun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kanser hastalarında sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlardan biri kansere bağlı yorgunluktur. Kansere bağlı yorgunluk; kanserin kendisi, hastalığın ilerlemesi ve kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi gibi tedavi yöntemleriyle ilişkili olarak ortaya çıkabilmekte ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Uyku bozuklukları da kanser hastalarında yaygın görülen önemli sorunlardan biridir. Hastalık süreci, tedaviler, ağrı ve diğer fiziksel ve psikolojik faktörler uyku kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir. Uyku kalitesindeki bozulma ile yorgunluk birbirini etkileyebilen semptomlar olup, cerrahi süreçte hastanın iyilik halini ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle cerrahi onkoloji hastalarında uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin değerlendirilmesi, bu semptomların erken dönemde belirlenmesi ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Amaç: Bu çalışma, cerrahi onkoloji hastalarının perioperatif süreçte uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipte planlanan araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniğinde 6 Haziran 2025–Ağustos 2026 tarihleri arasında yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; 18 yaş ve üzerinde, akciğer, karaciğer, mide, kolorektal, pankreas, böbrek, mesane veya meme kanseri tanısı bulunan, genel anestezi altında elektif kanser cerrahisi geçiren, Türkçe okuyabilen, yazabilen, anlayabilen ve konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır. Tiroid kanseri nedeniyle ameliyat olan, nörolojik hastalığı bulunan ve ciddi bilişsel veya iletişim sorunlarına yol açabilecek ilaç kullanan hastalar çalışma dışında bırakılmaktadır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Çok Boyutlu Yorgunluk Envanteri-20 (MFI-20) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmaktadır. Veri toplama araçları ameliyat günü, hasta ameliyathaneye alınmadan önce uygulanmaktadır.

BULGULAR: Veri toplama aşaması devam etmektedir.

TARTIŞMA / SONUÇ: Veri toplama aşaması devam etmektedir.

Yazar Notu: Çalışmamızın veri toplama süreci bitmiş olup ve analiz sürecine geçilmiştir.

SS-2 / Brid ileus tanılı bireylere abdominal sıcak su torbası uygulamasının ağrı ve barsak peristaltizmi üzerine etkisinin incelenmesi

Şirin Yenel Köse[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Brid ileus tanısı alan bireylerde abdominal bölgeye uygulanan sıcak su torbası uygulamasının barsak peristaltizmi ve ağrı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan Hasta Kişisel Bilgi Formu, Vizüe Analog Skala ve gaz çıkarma ve steteskopla barsak seslerinin dinlenmesi ile değerlendirilmiştir. Deney grubuna sıcak uygulama; hastanın kliniğe yatışının 1. günden başlanarak abdominal bölgeye sabah 10 dk ve akşam 10 dk süreyle uygulanmıştır. Hasta ilk gazını çıkarana kadar sabah ve akşam 10 ar dakika süreyle uygulamaya devam etmiştir. Literatüre uygun şekilde sıcak su torbası içine 55 ± 2 °C sıcak su konulmuş su torbası 2 adet havlu ile sarılarak, suyun sıcaklığı, sıvı sıcaklığını ölçebilen termometre ile ölçülmüştür.

BULGULAR: Sabah ve akşam uygulaması için deney grubundaki 29 hastada VAS skorunda azalma saptanarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Deney grubunun ağrı skorlarındaki azalma kontrol grubuna göre anlamlı bulundu. Sabah ve akşam uygulaması sonrası sıcak su torbasının barsak hareketliliği ve ilk mobilizasyona etkisi, barsak peristaltizmindeki değişim farkı, deney grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur, bu da uygulamanın barsak motilitesini artırıcı etkisini göstermektedir. Ancak, aynı analizde ilk mobilizasyon süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Sabah ve akşam uygulamaları değerlendirildiğinde toplam mobilizasyon düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan analizlerde, modelin genel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Sabah ve akşam uygulamaları değerlendirildiğinde ağrı düzeyindeki değişimin mobilizasyon düzeyi üzerinde doğrudan belirleyici bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Ağrı yönetimi açısından, hem sabah hem akşam saatlerinde uygulanan sıcak su torbası, VAS skorunu anlamlı şekilde azaltmıştır.

BULGULAR

Değişken	Kategori	Deney		Kontrol	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	erkek	17	56,7%	17	56,7%
	kadın	13	43,3%	13	43,3%
Sigara Kullanımı	yok	10	33,3%	5	16,7%
	var	20	66,7%	25	83,3%
Sistemik Hastalık	yok	9	30,0%	14	46,7%
	var	21	70,0%	16	53,3%
Dışkılama Alışkanlığı (günlük - 2 günde 1 - kabızlık)	günlük	18	60,0%	16	53,3%
	2/1 gün	7	23,3%	10	33,3%
	3+/1 gün	5	16,7%	4	13,3%
Geçirilmiş Operasyon	var	30	100,0%	29	96,7%
	yok	0	0,0%	1	3,3%
Geçirdiği operasyon sayısı	1	17	56,7%	19	63,3%
	2	8	26,7%	6	20,0%
	3	5	16,7%	5	16,7%
Geçirdiği operasyonun süresi 1 saat	hayır	12	40,0%	6	20,0%
	evet	18	60,0%	24	80,0%
Geçirdiği operasyonun süresi 2 saat	hayır	24	80,0%	24	80,0%
	evet	6	20,0%	6	20,0%
Geçirdiği operasyonun süresi 3 saat veya üzeri	hayır	17	56,7%	26	86,7%
	evet	13	43,3%	4	13,3%
Abdominal cerrahi	hayır	0	0,0%	2	5,0%
	evet	30	100,0%	28	95,0%
İlk Mobilizasyon Süresi (saat)	0	11	36,7%	5	16,7%
	1	10	33,3%	12	40,0%
	2	9	30,0%	13	43,3%
Toplam Mobilizasyon (az - orta - çok)	1	10	33,3%	9	30,0%
	2	6	20,0%	10	33,3%
	3	14	46,7%	11	36,7%

BULGULAR

TARTIŞMA / SONUÇ: Sıcak su torbası uygulamasının ağrı ve barsak peristaltizmi üzerinde etkili olduğu, ilk mobiklizasyon süresi üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda brid ileus tanısı ile takip edilen hastalarda durmuş olan barsak peristaltizmi ve ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntem olarak sıcak uygulamanın hemşirelik bakımına eklenmesinin faydalı olduğu ve sıcak uygulamanın kolay, maliyetsiz, zararsız bir yöntem olması sebebiyle cerrahi hemşirelik girişiminde yaygınlaştırılması gerektiği önerilmektedir.

Yazar Notu:

SS-3 / Kolanjiyokarsinomda cerrahi tedavi ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı

Esma Gökçe[1], Esma Kural[1]

[1]Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

GİRİŞ / AMAÇ: Kolanjiyokarsinom (CCA, Cholangiocarcinoma), safra yolu epitelinden köken alan, agresif seyirli ve prognozu genellikle kötü olan heterojen bir malignitedir. Hastaların büyük bir bölümünün ileri evrede teşhis edilmesi nedeniyle cerrahi rezeksiyon şansı kısıtlıdır. Ancak cerrahi şansı bulunan hastalar için bu tedavi yaşam süresini uzatmada büyük öneme sahiptir. Hatta güncel yaklaşımlarla neoadjuvan tedavi sonrasında bile bazı hastalar için cerrahi veya transplantasyon şansı doğabilmektedir. Bu derleme; cerrahi onkoloji hemşirelerinin CCA tanılı hastaların risk faktörleri, klinik tablosu, güncel tedavileri ve semptom yönetimi hakkında bilgi düzeylerini artırmayı ve cerrahi uygulamadaki kanıta dayalı hemşirelik bakımına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu derleme; CCA'da cerrahi tedavi yöntemlerini, kanıta dayalı hemşirelik bakımı yaklaşımlarını inceleyen ulusal ve uluslararası güncel literatürün taranarak değerlendirildiği ve sentezlendiği bir çalışmadır.

BULGULAR: Kolanjiyokarsinom cerrahisi; intrahepatik (iCCA) veya perihiler (pCCA) yerleşimli tümörler için uygulanan majör karaciğer rezeksiyonlarını, distal (dCCA) yerleşimli tümörler için uygulanan Whipple prosedürünü veya seçilmiş vakalarda karaciğer transplantasyonunu içermektedir. Bu karmaşık cerrahi müdahaleler, hastalarda ciddi stres reaksiyonlarına, fizyolojik komplikasyonlara ve anksiyete ile depresyon gibi psikolojik yüklerin artmasına yol açmaktadır. Literatür bulguları, ameliyat sonrası hızlı iyileşme (ERAS/FTS, Enhanced Recovery After Surgery / Fast Track Surgery) protokollerinin uygulanmasının hastanede kalış süresini, ağrıyı ve morbiditeyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, motivasyonel destek, erken uyarı hemşirelik müdahaleleri, bilişsel davranışçı stres yönetimi ve uzman rehberliğinde yürütülen rehabilitasyon programlarının; yara iyileşmesini hızlandırdığı, komplikasyon riskini düşürdüğü, hastaların psikolojik sıkıntılarını hafifleterek yaşam kalitelerini ve manevi iyilik hallerini desteklediği saptanmıştır.

TARTIŞMA / SONUÇ: Kolanjiyokarsinom cerrahisinde kanıta dayalı hemşirelik müdahalelerinin hastaların iyileşme süreçleri üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Ancak CCA'ya özgü hemşirelik literatürünün kısıtlı olması, cerrahi onkoloji hemşirelerinin bakım ve semptom yönetiminde zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Özellikle perioperatif bakım yönetimi gibi spesifik alanlarda kanıta dayalı yeni klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Cerrahi onkoloji hemşirelerinin bu hasta popülasyonuna yönelik güncel rehberleri takip etmesi, bakım kalitesinin artırılması açısından önem arz etmektedir.

Yazar Notu:

SS-4 / Stoma torbasına yerleştirilen portakal çiçeği esansiyel yağının, stoması olan bireylerde sosyal izolasyon ve stoma uyumuna etkisi

Şirin Yenel Köse[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Stoması olan bireylerde stoma torbasına koyulan portakal çiçeği esansiyel yağının kokunun giderilmesine, sosyal izolasyona ve stoma uyumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Araştırmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu (06/09/2024-147), gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, aydınlatılmış onam formları doğrultusunda izin alınmıştır. Ölçeklerin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır. Örnekleme girme özelliklerini taşıyan, bilgilendirilmiş onamlar doğrultusunda çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yapılmıştır. Deney grubunu bilgilendirme formu doğrultusunda beslenme önerilerinde bulunulan ve stoma torbasının içinde portakal çiçeği esansiyel yağı kullanan hastalar, kontrol grubunu ise bilgilendirme formu doğrultusunda beslenme önerilerinde bulunulan hastalar oluşturmuştur. Kolostomi açılmasının üzerinden bir ay geçen hastalar ile ikinci görüşme sağlanarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Deney grubunda izolasyon puanı başlangıçta 25,77 ± 10,13 iken, sonrasında 19,03 ± 6,47'ye geriledi. Kontrol grubunda ise başlangıç ve son izolasyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu sonuçlar, esansiyel yağ asidi desteğinin sosyal izolasyonu azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Deney grubunda uyum puanı başlangıçta 81,33 ± 14,04 iken, müdahale sonrası 51,63 ± 10,23'e gerilemiş; bu azalma, uyumun arttığını göstermektedir. Kontrol grubunda ise puanlar 69,37 ± 14,86'dan 66,30 ± 13,88'e hafif şekilde azalmış; bu değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir. Esansiyel yağ asitleri ile destektelenen hastaların, kolostomili bireylerde hem sosyal izolasyonu anlamlı biçimde azalttığı, hem de uyumu belirgin şekilde artırdığı saptanmıştır. Bu bulgular, stoma açıldıktan sonrası için yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik destekleyici müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

bulgu

		Gruplar	
		Deney	Kontrol
Yas		54±10	51±10
		Sayı(%)	Sayı(%)
Cinsiyet	Erkek	22 (73,3%)	12 (40,0%)
	Kadın	8 (26,7%)	18 (60,0%)
Sigara içimi	Yok	11 (36,7%)	9(30,0%)
	Var	19 (63,3%)	21 (70,0%)
Sistemik hastalık varlığı	Yok	9 (30,0%)	10 (33,3%)
	Var	21 (70,0%)	20 (66,7%)
Düzenli kullandığı ilaç	Yok	8 (26,7%)	14 (46,7%)
	Var	22 (73,3%)	16 (53,3%)
Operasyon tipi	1	6 (20,0%)	2 (6,7%)
	2	8 (26,7%)	4 (13,3%)
	3	1 (3,3%)	0 (0,0%)
	4	10 (33,3%)	13 (43,3%)
	5	4 (13,3%)	5 (16,7%)
	6	1 (3,3%)	6 (20,0%)
Stoma torba değiştiren	Kendisi	14 (46,7%)	12 (40,0%)
	Başkası	16 (53,3%)	18 (60,0%)
Preoperatif tanı	1	5 (16,7%)	4 (13,3%)
	2	9 (30,0%)	4 (13,3%)
	3	1 (3,3%)	4 (13,3%)
	4	12 (40,0%)	4 (13,3%)
	5	0 (0,0%)	7 (23,3%)
	6	1 (3,3%)	6 (20,0%)
	7	2 (6,7%)	1 (3,3%)

TARTIŞMA / SONUÇ: Deney ve kontrol grubu hastaların; cinsiyet, preoperatif hastalığın tanısı ve kolostomi türü incelendiğinde ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür.Deney grubundaki hastaların birinci görüşmede sosyal izolasyon puanları ile ikinci görüşmedeki sosyal izolasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.Deney grubundaki hastaların birinci görüşmede stoma uyum puanları ile ikinci görüşmedeki stoma uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.Bu sonuçlar, portakal çiçeği esansiyel yağının sosyal izolasyonu azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Yazar Notu:

SS-5 / Cerrahi hemşirelerinin basınç yaralanmalarını önleme konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları

Şeyma Yurtseven[1], Sevgi Deniz Doğan[2], Fatma Nur Daldaban[1]

[1]Ç.Ü. Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
[2]ISUBÜ Uluborlu Selahattin Karasoy MYO Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

GİRİŞ / AMAÇ: Basınç yaralanmaları, cerrahi hastalarda bakım kalitesini ve hasta güvenliğini etkileyen önemli komplikasyonlardan biridir. Önlemede hemşirelerin güncel bilgi düzeylerinin yanı sıra koruyucu uygulamalara yönelik tutumları da önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik bilgi ve tutumlarını ve bunlar arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, Nisan–Temmuz 2025 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin cerrahi klinikleri ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 105 hemşire ile yürütüldü. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleri kullanıldı. Bilgi ve tutum puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Araştırmaya toplam 105 hemşire katılmış olup, katılımcıların yaş ortalaması 35,66±8,41 yıl ve %82,9'u kadındır. Katılımcıların Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 21,58±5,18, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi toplam puan ortalaması ise 34,15±6,66 olarak bulunmuştur. Tutum ölçeği toplam puanlarının cinsiyete ($p=0,002$), cerrahi klinikte çalışma süresine ($p=0,001$), alınan eğitimi birimde kullanma durumuna ($p < 0,001$) ve klinikte basınç yaralanmasıyla karşılaşma durumuna ($p < 0,001$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bilgi testi toplam puanları ise klinikte basınç yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,003$). Ayrıca bilgi testi toplam puanı ile tutum ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,341$; $p < 0,001$).

TARTIŞMA / SONUÇ: Cerrahi hemşirelerinin basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik bilgi düzeyleri ile tutumları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, bilgi düzeyi ile tutum arasındaki ilişkinin beklenen doğrusal yönde olmayabileceğini ve olumlu tutumun gelişiminde bilgi dışında farklı bireysel ve klinik etmenlerin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik eğitimlerin, yalnızca bilgi aktarımına odaklanmak yerine vaka temelli uygulamalar, klinik protokoller ve düzenli geri bildirimlerle desteklenmesi önerilmektedir.

Yazar Notu:



ADANA ONKOLOJİ KONGRESİ

17-19 EYLÜL 2026 - ADANA HILTONSA HOTEL

POSTER -BİLDİRİLERİ-



P - 01

Pembrolizumab ile Dev Lokal İleri Kutanöz Skuamöz Hücreli Yanak Karsinomunda Kalıcı Yanıt: Olgu Sunumu

Abdulkamil Abdullahi Adani[1], Berkan Karabuga[2], Cengiz Karacin[2]

[1]Mogadişu Somali Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Mogadişu, Somali
[2]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ / AMAÇ: Giriş: Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (cSCC) genellikle cerrahi eksizyon ile tedavi edilmektedir. Bununla birlikte, küratif cerrahi veya radyoterapiye uygun olmayan lokal ileri tümörlerin tedavisi önemli bir klinik zorluk oluşturmaktadır. Programlanmış hücre ölümü-1 (PD-1) yolağını hedefleyen immün kontrol noktası inhibitörleri, ileri evre cSCC'de etkili bir sistemik tedavi seçeneği olarak öne çıkmıştır.

OLGU: Olgu sunumu: Bölgesel lenf nodu tutulumu bulunan, yaklaşık 9 cm boyutunda lokal ileri yanak cSCC'si olan bir hasta sunulmaktadır. Biyopsi sonucunda orta derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom saptandı. Hasta cerrahi tedaviyi kabul etmedi ve sonrasında multidisipliner değerlendirme sonucunda definitif lokal tedavilere uygun olmadığına karar verildi. Tümörde PD-L1 ekspresyonu pozitif olup kombine pozitif skor (CPS) 7 olarak saptandı. Pembrolizumab monoterapisi başlandı. Dört kür sonrasında belirgin klinik yanıt gözlendi ve geniş fasiyal lezyonda önemli ölçüde gerileme izlendi. Uzun süreli pembrolizumab tedavisi sırasında yanıt devam etti ve iki yıldan uzun süre kalıcılığını korudu.

TARTIŞMA / SONUÇ: Sonuç: Bu olgu, definitif lokal tedavinin uygulanamadığı, yüksek tümör yüküne sahip lokal ileri cSCC'li seçilmiş hastalarda PD-1 blokajının uzun süreli hastalık kontrolü sağlayabileceğini göstermektedir.

Yazar Notu:

P - 02

Kistogastrostomiden acil laparotomite: Dev pankreatik kist hidatik

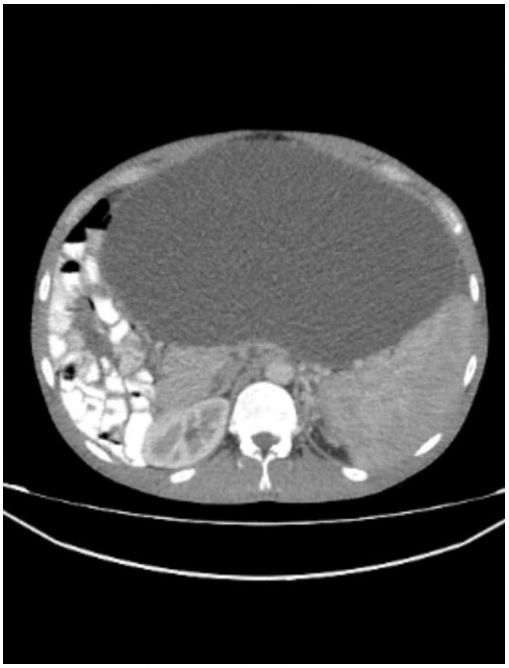
Ahmetrıza Erzurumlu[1], Natavan Guliyeva[3], Ayşe Daş Çerçi[4], Kıvılcım Eren Ateş[4], Uğur Topal[2], Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Abdullah Ülkü[1], Cem Kaan Parsak[2]

[1]Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı
[3]Göksun Devlet Hastanesi, Kahramanmaraş
[4]Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: Hidatik hastalık, Echinococcus granulosus'un neden olduğu zoonotik bir parazitozdur; karaciğer ve akciğer dışı tutulumlar nadirdir, pankreas tutulumu ise %2'nin altındadır. Pankreatik hidatik kistler (PHK), radyolojik olarak psödokist veya kistik neoplazmları taklit edebildiğinden ayırıcı tanıda zorluk yaratır. Tanıda kullanılan İndirekt Hemaglütinasyon (IHA) gibi serolojik testler, PHK'de karaciğer tutulumuna göre daha yüksek yanlış negatiflik oranına sahiptir. Preoperatif tanının netleşememesi, cerrahi veya girişimsel işlemler sırasında kist rüptürü, anafilaksi ve paraziter yayılım gibi ciddi komplikasyon risklerini artırır. Bu nedenle, özellikle endemik bölgelerden gelen hastalarda seroloji negatif olsa dahi pankreatik kistik lezyonlarda kist hidatik olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu sunumunda, literatürde nadir görülen (%0,14–2), pankreatik psödokisti taklit eden 37 cm'lik dev primer pankreatik kist hidatik vakası, cerrahi yönetimiyle birlikte sunulmaktadır.

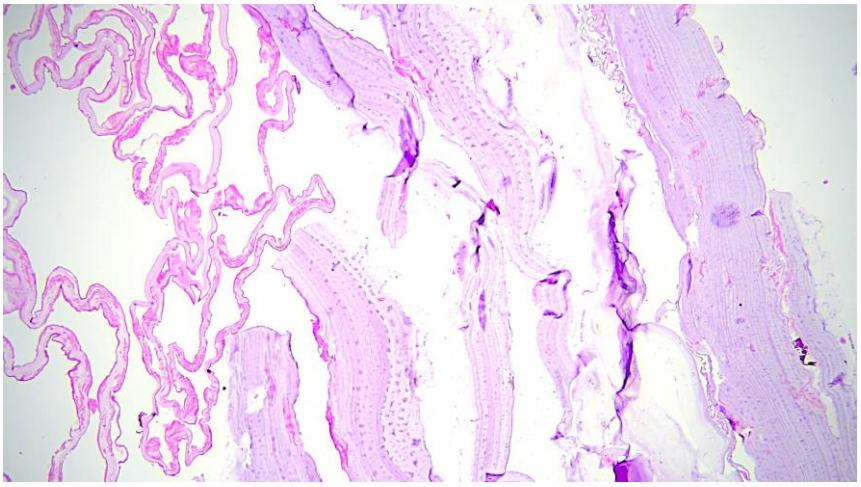
OLGU: 32 yaşında Suriyeli erkek hasta, iki aydır artan karın ağrısı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Dış merkezde pankreatik kist tanısıyla takip edildiği, kistin progresyon gösterdiği öğrenildi. Kontrastlı batın BT'de, batın orta hattını dolduran 14x20x37 cm boyutlarında pankreas kökenli dev kistik lezyon izlendi; kist IHA negatif saptandı. Hasta önce psödokist ön tanısıyla kistogastrostomiye alındı. İşlem sonrası gelişen şiddetli karın ağrısı üzerine çekilen BT'de serbest sıvı ve perforasyon bulguları saptandı. Acil operasyonda, pankreastan pelvise uzanan, mide ve transvers kolona yapışık, rüptüre dev kist görüldü; yaklaşık 12 litre seropürülan mayi aspire edildi. Distal pankreatektomi, total kist eksizyonu, mide perforasyonunun primer onarımı ve omentektomi uygulandı. Patoloji sonucu "Kist Hidatik" olarak raporlandı.

Figür 1: Transvers kesitte bilgisayarkı tomografi görüntüsü



Figür 2: Dev pankreatik kistin eksizyon görüntüsü





Figür 3 : 100X, H&E boyamada asellüler laminer membran görünümü

TARTIŞMA / SONUÇ: Pankreatik hidatik kistler tüm ekinokokkozis vakalarının %2'sinden azını oluşturur. Sunulan vaka, literatürdeki maksimum boyutları (18 cm) aşan 37 cm'lik boyutu ve nadir kuyruk yerleşimiyle dikkat çekicidir. IHA negatifliği tanıyı dışlamaz; PHK'de yanlış negatiflik oranı %46'ya ulaşabilir. Lezyonun psödokist sanılarak internal drenaj uygulanması, kist içeriğinin peritona yayılmasına ve akut batına yol açmıştır. Endemik bölge hastalarında pankreatik kistik kitlelerde PHK olasılığı mutlaka dışlanmalı, doğru cerrahi teknikle paraziter yayılım riski minimize edilmelidir.

Yazar Notu:

P - 03

Nadir Bir OIlgu: Rektosigmoid Skuamöz Hücreli Karsinom

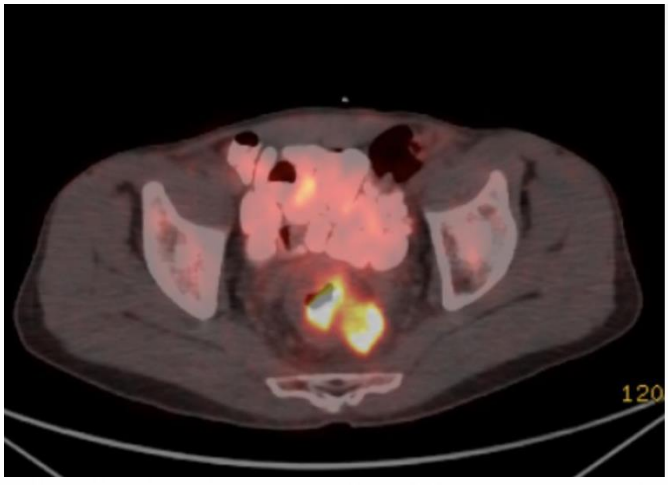
Ali Yıldırım[1], Burak Aydoğan[1], Muhammed Çağlar[1], Ayşe Büşra Bereketoğlu[2], Arbil Açıkalın[2], İbrahim Çoğal[1], İshak Aydın[1], Serdar Gümüş[1], Uğur Topal[1], İsmail Cem Eray[1]

[1]Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[2]Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana

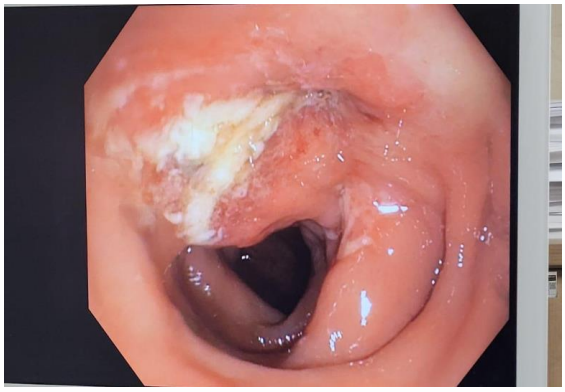
GİRİŞ / AMAÇ: Kolorektal malignitelerin %90'ından fazlası adenokarsinomdur; rektumun skuamöz hücreli karsinomu (SCC) kolorektal kanserlerin yalnızca 0,1/1000'inde görülür. Nadir olması nedeniyle etiyopatogenezi tam tanımlanmamış, optimal tedavi stratejisi netleşmemiştir. Nigro protokolü sonrası düşük anterior rezeksiyon ve koruyucu loop ileostomi uygulanan 46 yaşındaki bir rektal SCC olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Hematokezya yakınmasıyla başvuran 46 yaşındaki erkek hastada hemoglobin 12 g/dL, lökosit 5.140/mm³ ve biyokimya normaldi. Kolonoskopide anal verge'den 8 cm uzaklıkta ülseratif rektal kitle saptandı; biyopsi skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı, ek komponent izlenmedi. Abdominopelvik tomografide rektum düzeyinde komşu iki odakta ekstraserozal yayılım gösteren, büyüğü 38x47 mm kitlesel lezyonlar ve mezorektal alanda en büyüğü 7 mm birkaç lenfadenopati görüldü. PET-BT'de uzak metastaz yoktu; tümör T3N0M0, evre IIB olarak evrelendi. Multidisipliner konseyde lokalizasyon ve histopatoloji nedeniyle primer cerrahi yerine Nigro protokolü ile kemoradyoterapi kararı alındı. Üçüncü ay kontrolünde tümörde belirgin küçülme ve yalnızca rezidüel yumuşak doku izlendi; kolonoskopide 10. cm'de fistül traktı saptanması üzerine düşük anterior rezeksiyon ve koruyucu loop ileostomi uygulandı. Patolojik incelemede rezidüel tümör saptanmadı, bulgular tam yanıtla uyumluydu.

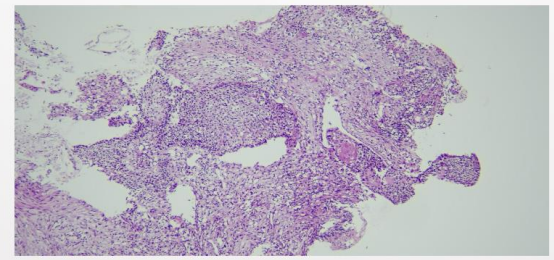
Pozitron Emisyon Tomografisi (PET CT)'de Kitle ile Uyumlu Alan

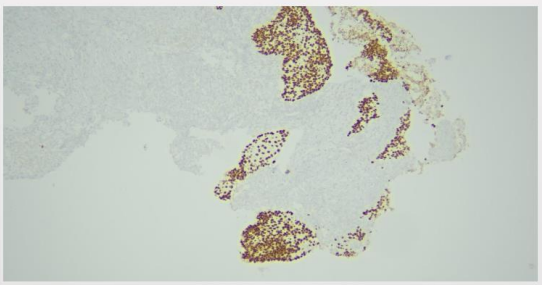


Kolonoskopi Görüntüsü



Patoloji Preparatları Görüntüsü





TARTIŞMA / SONUÇ: Rektal SCC etiyopatogenezinde inflamatuvar bağırsak hastalığı, enfeksiyon veya radyasyona bağlı kronik inflamasyonun skuamöz metaplaziye yol açtığı ileri sürülmekte, HPV ilişkisi de bildirilmektedir; olgumuzda abse içerikli fistül traktı dışında bu risk faktörleri yoktu. Klinik bulgular adenokarsinomdan ayırt edilemediğinden tanı endoskopik biyopsiyle konur; PET-BT alternatif primer odağın dışlanmasına yardımcıdır. Standart tedavi protokolü bulunmamakla birlikte anal SCC için kullanılan kemoradyoterapi rejimleri cerrahi sonrası adjuvan tedaviye üstün görünmektedir; 3.405 olguluk ulusal veri tabanı analizinde evre I-III hastalarda genel sağkalım yalnızca kemoradyoterapi ile 108 ay, yalnızca cerrahi ile 76 aydır. Olgumuzdaki patolojik tam yanıt, kemoradyoterapi öncelikli yaklaşımı desteklemekte ve bu nadir patolojinin patofizyolojisine yönelik ileri araştırma gerekliliğini vurgulamaktadır.

Yazar Notu:

P - 04

Nicotiana Rustica Linn (Maraş Otu) Kullanımının Sindirim Sistemi Maligniteleri ile İlişkisi; 55 Akut Apandisit Olgusunda Karşılaştırmalı Analiz, Bir Pilot Çalışma

Betül Güzelyüz[1]

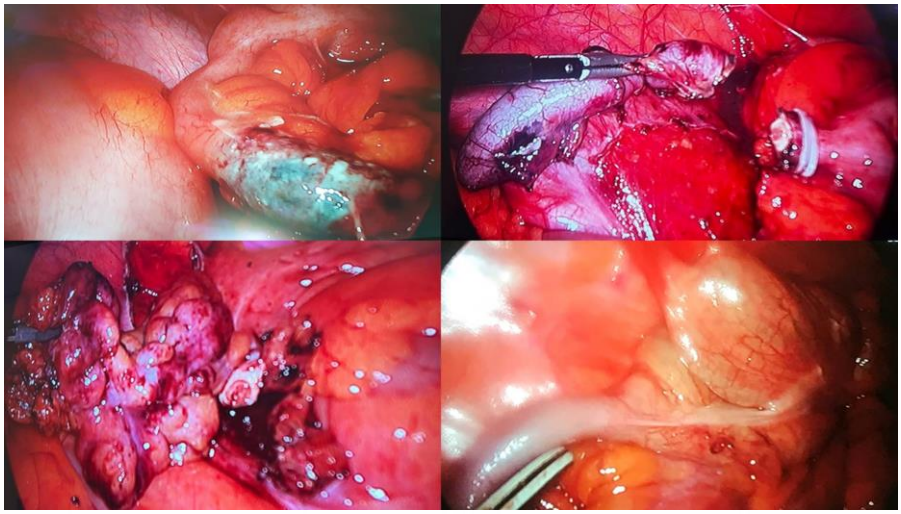
[1]Adana Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi, Cerrahi Onkoloji

GİRİŞ / AMAÇ: Maraş Otu kullanımının klinik ve biyokimyasal parametreler üzerindeki inflamatuvar sonuçları ile sindirim sistemi malignileriyle ilişkisini ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Kahramanmaraş'ın x ilçesinde 1 yılda ameliyat edilen tüm akut apandisit olguları preoperatif, perioperatif ve postoperatif olarak incelendi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 26(IBMSPSS,Türkiye) kullanıldı. Tanımlayıcı metodlar; nitel veriler için Pearson Chi-Square ve Fisher Freeman Halton Exact Test; nicel veriler için Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Independent Samples t ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Etki büyüklüğü Cohen's d istatistiği ile test edildi. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Ayrıca Maraş Otu kullananların klinikleri detaylandırıldı.

BULGULAR: Toplam 55 olgunun 8'inde Maraş Otu kullanımı olup yaş-cinsiyet dağılımı benzerdir. Preoperatif radyolojik bulgularda perfore apandisit oranı Maraş Otu kullanmayanlarda daha yüksek olup, kullananların hiçbirinde apendiks perfore değildir (p=0.293). Maraş Otu kullanan olgularda apendiks çapı daha düşüktür (p=0.026). Başvurudaki WBC, Neut% ve CRP değerleri Maraş Otu kullanan olgularda daha düşüktür (p=0.048, p=0.002 ve p=0.648). Biyokimyasal parametrelerdeki bu fark, WBC ve Neut% için anlamlı olup CRP için anlamlıya yakındır. Bununla birlikte Maraş Otu kullanımının Neut% sonuçlarına bu etkisi güçlüdür (Cohen's d: 1.231). Tüm olgular ameliyat edilmiş, histopatolojik incelemeleri akut apandisitle uyumlu bulunmuştur. Hiçbirinde komplikasyon gelişmemiştir. Ancak perioperatif süreçte Maraş Otu kullananlarda apendiks daha frajil, çekuma doğru inflamasyon bulguları, periapendiküler inflame yağ dokusu ve lenf nodu daha belirgin izlenmiştir.

Resim 1



Anamnezinde Nicotiana Rustica Linn (Maraş Otu) kullanan olgulardan birkaçına ait frajil ve inflame apendiks görüntüleri.

TARTIŞMA / SONUÇ: Maraş Otu kullanımında, tanıdan sonuca pek çok aşamada beklenenin dışında sonuçlar deneyimlenmiş olup; apendiks çaplarının daha düşük ve hiçbirinin perfore olmaması; WBC, Neut% ve CRP'nin daha düşük olması; ancak daha frajil ve inflame görünüm, inflamasyonun sistemik bulgularının değil lokal-sınırlayıcı bulguların belirginleştiğini düşündürmüştür. Sindirim sistemi malignitelerinen oral kavite ile ilgili iyi tanımlanan ve diğer sindirim organları için literatürdeki veriler yetersiz olan bu tütün ürünü, bu çalışma verileri ile birlikte incelendiğinde inflamatuvar bulgular ile birlikte diğer sindirim sistemi maligniteleri açısından anlamlı olabilir.

Yazar Notu:

P - 05

Batın İçi ve Gastrointestinal Amiloidoma

Doğukan Ünsal[2], Kubilay Furkan Işıker[1], İsa Armağan Çıklar[5], Ekremcan Yarar[2], Uğur Topal[4], İshak Aydın[2], Serdar Gümüş[4], İsmail Cem Eray[2], Kıvılcım Eren Ateş[3], Ayşe Daş Çerçi[3]

[1]Adilcevaz Onkoloji Hastanesi, Bitlis, Türkiye
[2]Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı
[5]Adana Seyhan Devlet Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Amiloidoz, yanlış katlanmış proteinlerin hücre dışı alanda birikimi ile karakterize, multisistemik tutuluma yol açabilen heterojen bir hastalık grubudur. Klinik bulgular tutulan organa göre değişkenlik gösterdiğinden tanı sıklıkla gecikmektedir. Gastrointestinal (GİS) sistem tutulumu nadir olup, omental tutulum daha da seyrektir. GİS ve omentumu eş zamanlı tutan AA amiloidoz olguları literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir. Bu yazıda, Crohn hastalığı ve Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) zemininde gelişen ve GİS ile omentumu birlikte tutan nadir bir AA amiloidoz olgusu sunulmuştur.

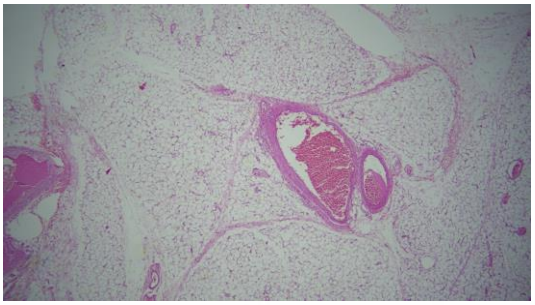
OLGU: Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, bilinen Crohn hastalığı ve FMF tanıları ile izlenmekteyken 3–4 gündür bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama şikâyetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde kolesistektomi ve appendektomi mevcuttu. Altı ay önce alınan mide biyopsisinde amiloidoz saptandığı öğrenildi. Fizik muayenede abdominal distansiyon ve hassasiyet vardı. Direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri izlendi. Bilgisayarlı tomografide geçirilmiş cerrahilere sekonder bridler ile mezenterik ve omental multipl nodüler lezyonlar saptandı. Mekanik ileus ön tanısıyla opere edilen hastaya bridektomi uygulandı ve omentumdan biyopsi alındı. Postoperatif dönemde barsak fonksiyonları düzelen hasta 5. günde taburcu edildi. Omental biyopsi sonucu amiloidoz ile uyumlu bulundu.

intraoperif görüntü



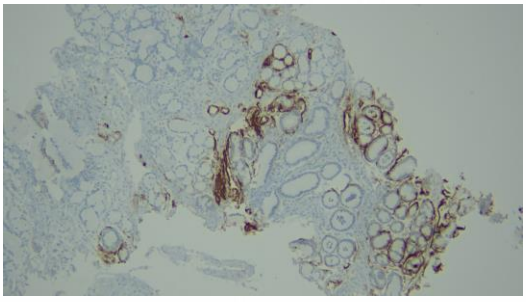
momentum ve mezenter tutulum

patoloji görüntüsü



eizonofilik depozit

patoloji görüntüsü



amiloid depoziti

TARTIŞMA / SONUÇ: Amiloidoz başlıca AL ve AA tiplerine ayrılır. AA amiloidoz, serum amiloid A proteinine bağlı olarak kronik inflamatuar hastalıklar zemininde gelişir. Crohn hastalığı ve FMF, sürekli inflamasyon yoluyla AA amiloidoz için önemli risk faktörleridir. GİS amiloidozu malabsorpsiyon, kanama, motilite bozukluğu ve nadiren mekanik obstrüksiyonla prezente olabilir. Omental ve mezenterik tutulum ise sıklıkla radyolojik veya histopatolojik incelemeler sırasında saptanır. Tanıda biyopsi ve Kongo kırmızısı boyaması altın standarttır. Kronik inflamatuar hastalığı olan ve açıklanamayan GİS semptomları gelişen hastalarda amiloidoz akılda tutulmalıdır. Erken tanı, organ hasarının önlenmesi ve prognozun iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu olgu, Crohn hastalığı ve FMF birlikteliğinde gelişen, GİS ve omentumu eş zamanlı tutan nadir bir AA amiloidoz örneği olarak literatüre katkı sağlamaktadır.

Yazar Notu:

P - 06

Retroperitoneal Yerleşimli Ekstraosseöz Osteosarkom

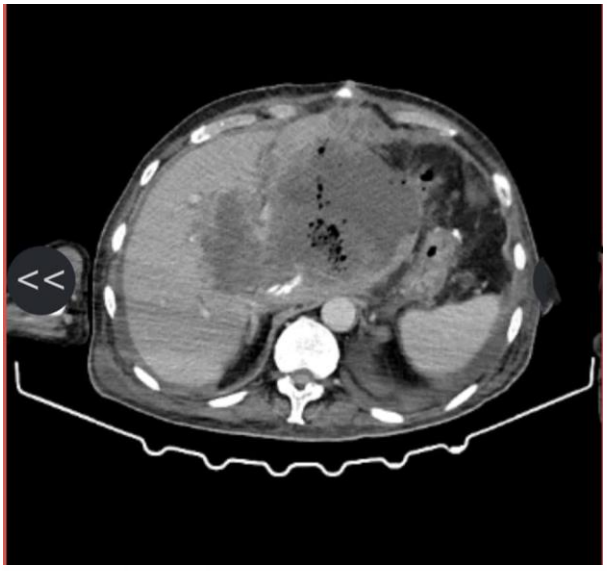
Ekremcan Yarar[1], Halil Güneş[1], Muhammed Çağlar[1], Merve Yorgun[1], Çağla Duru[2], Kıvılcım Eren Ateş[2], Uğur Topal[3], Serdar Gümüş[3], İshak Aydın[1], Atılgan Tolga Akçam[1], Cem Kaan Parsak[3]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerahi Anabilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerahi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: Ekstraosseöz osteosarkom (ESOS), kemik ve periost ile ilişkisi olmayan yumuşak dokulardan köken alan ve malign mezenkimal hücrelerin osteoid/kemiğe benzer matriks üretimiyle karakterize nadir ve agresif bir malignitedir. Gastrointestinal yerleşimli ESOS son derece nadirdir. Bu sunumda geniş viseral invazyon, tanısal gecikme ve acil cerrahi gereksinimiyle seyreden mide kaynaklı nadir bir ESOS olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU: 78 yaşında erkek hasta; HT, DM, geçirilmiş SVO(+sol hemiparezi), KAH(stent+), BPH ve karotis stenti öyküsüyle altı ay süren bulantı, kusma, karın ve sırt ağrısı şikayetleriyle farklı merkezlere başvurmuştur.Yapılan BT görüntülemede 14×16×21 cm boyutlarında, santral nekrotik ve kalsifik alanlar içeren, karaciğer , pankreas , duodenum ve omentuma invazyon gösteren dev solid kitle izlenmiş; portal konfluens ve vena cava inferior düzeyinde bası saptanmıştır. Endoskopide Evre C özofajit ve bulbus düzeyinde perfore ülser/fistül şüphesi görülmüş; Takipte üst gastrointestinal kanama ve hemodinamik instabilite gelişmesi üzerine hasta acil operasyona alınmıştır. Laparotomide tümörün mide duvarından köken aldığı ve komşu organlara invaze olduğu görülmüş; komplet rezeksiyon mümkün olmayarak debulking uygulanmış ve cerrahi sınır R2 olarak raporlanmıştır.Histopatolojik incelemede malign mezenkimal hücrelerin osteoid matriks ürettiği görülmüş; immünohistokimyada bulgular yüksek dereceli ekstraskeletal osteosarkom ile uyumlu bulunmuştur.Hasta postoperatif dönemde yeniden yoğun bakım ihtiyacı göstermiştir.

Olgumuza Ait BT Görüntüsü



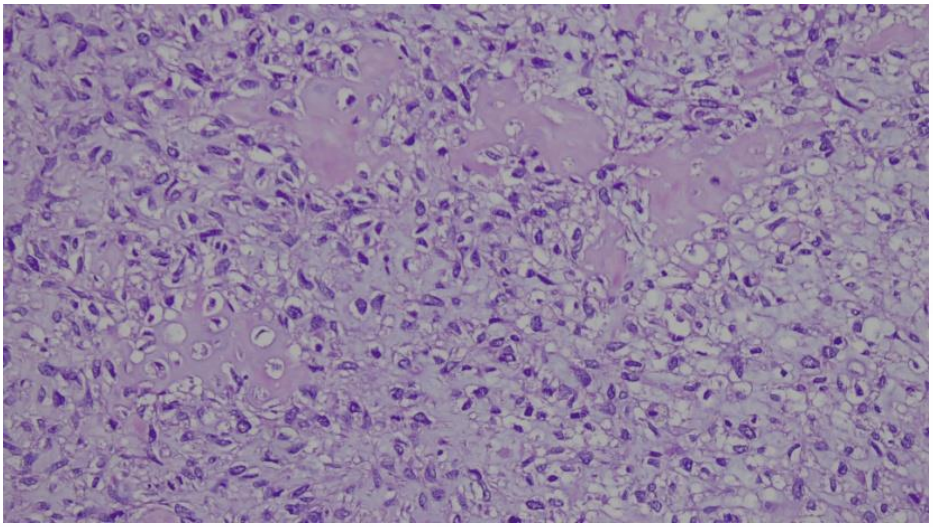
14×16×21 cm boyutlarında, santral nekrotik ve kalsifik alanlar içeren, karaciğer sol lobu, pankreas gövde-kuyruk, duodenum ve omentuma invazyon gösteren dev solid kitle

OLGUMUZA AİT PET GÖRÜNTÜSÜ



Dev Solid Kitle PET görüntüsü

Patoloji Görüntüsü



Oval Yuvarlak Hiperkromatik Nükleuslu, Geniş Eozinofilik Veya İğsi Sitoplazmalı, Sık Mitoz İçeren Hücrelerden Oluşan Malign Mezenkimal Tümör

TARTIŞMA / SONUÇ: ESOS nadir görülen ve tanısal zorluk oluşturan bir tümördür.Literatürde olguların önemli bir kısmında ilk başvuruda yanlış öntanı konduğu ve tanının geciktiği bildirilmektedir.Bizim olgumuzda da non-spesifik semptomlar nedeniyle farklı merkezlere başvuru yapılmış, EUS-biyopsi non-diagnostik kalmış ve kesin tanı ancak cerrahi materyal üzerinden konabilmiştir.Olgumuz 78 yaşında olup ileri yaş grubundadır.Ortalama tümör çapının 7–9 cm olduğu bildirilen serilerle karşılaştırıldığında olgumuzdaki 21 cm boyut literatürün yaklaşık üç katıdır.Gastrointestinal yerleşimli ESOS son derece nadir olup mide kaynaklı olgular sınırlı sayıdadır. olgumuz üst gastrointestinal kanama ile prezente olmuş ve acil rezeksiyon yapılmıştır.Çoklu viseral invazyon, cerrahi rezektabiliteyi kısıtlamış ve debulking uygulanmasına yol açmıştır.Bu özellikler yaş, boyut, lokalizasyon, invazyon paterni, acil cerrahi gereksinimi ve tanısal gecikme açısından olgumuzu literatürdeki mevcut ESOS olgularından ayırmaktadır.

Yazar Notu:

P - 07

Nadir Bir Olgu Sunumu: Aktinomices Enfeksiyonu Kaynaklı Batın İçi Kitle

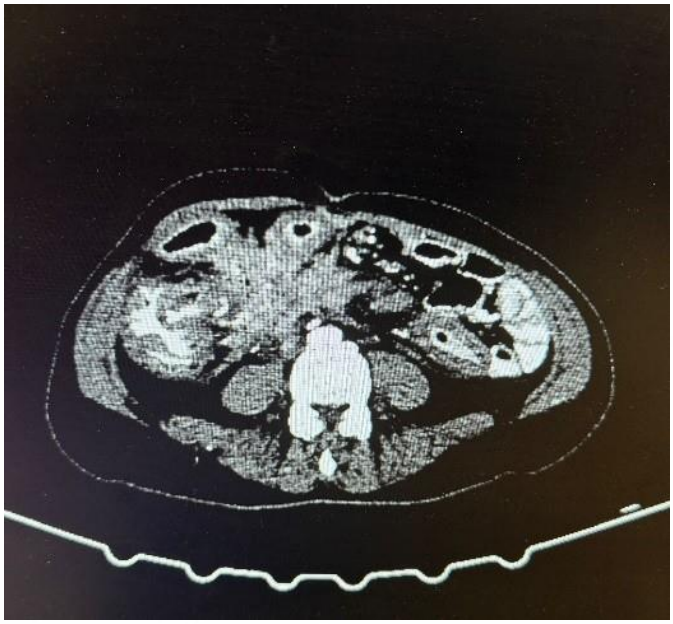
Gökberk Sevük[1], Burak Yavuz[5], Zülfi Zahidli[3], Burak Aydoğan[4], İshak Aydın[1], Serdar Gümüş[2], Uğur Topal[2], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Gürhan Sakman[1]

[1]Çukurova Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]SBÜ Ümraniye Eahğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İstanbul
[4]İslahiye Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[5] Koç Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ / AMAÇ: Aktinomikoz, gram-pozitif, filamentöz, asit-fast boyanma göstermeyen, anaerobik/mikroaerofilik Actinomyces türlerinin neden olduğu nadir, subakut veya kronik seyirli bir enfeksiyondur. Granülomatöz ve süpüratif inflamasyonla karakterizedir; kronik formda multipl apseleşme ve sülfür granülleri içeren granülasyon dokusu görülebilir. Olguların yaklaşık %70'inden A. israelii veya A. gerencseriae sorumludur. Etkenin izolasyonu uzun anaerobik kültür gerektirdiğinden tanı güçtür; enfeksiyon sıklıkla polimikrobiyaldir (Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Prevotella, Streptococcus, Enterobacteriaceae, Peptostreptococcus, Staphylococcus türleri eşlik edebilir).

OLGU: Elli beş yaşında erkek hasta, iki aydır süren 15 kg istemsiz kilo kaybı ve batında şişlikle başvurdu; özgeçmişinde ek hastalık veya batın cerrahisi öyküsü yoktu. Fizik muayenede palpabl kitle saptandı. Laboratuvarda CRP 213 mg/L, WBC 12,86×10³/µL, hematokrit %38,2, trombosit 261×10³/µL, CA 19-9 6 U/mL, AFP 3,16 ng/mL izlendi. BT'de sigmoid kolon-üst rektumda diffüz duvar kalınlaşması ve sağ alt kadranda komşu yapılara uzanan yaklaşık 57×74 mm kitle saptandı. Kolonoskopik biyopsiler önce aktif kronik eroziv inflamasyon, tekrarında total aktif kolit ve eozinofili olarak raporlandı. PET-BT'de terminal ileum-rektosigmoid bileşkeyi içeren, 83×64 mm, SUVmax 17,77 olan kitle izlendi. Elektif laparotomide kolon, distal ince barsak, duodenum, üreterler ve retroperitoneal alana invaze granülomatöz kitle saptanarak kolon segmenti ile debulking eksize edildi; rektum güdük bırakıldı, uç ileostomi açıldı. Histopatolojide Actinomyces enfeksiyonu, ksantogranülomatöz inflamasyon ve apse formasyonu saptandı. İV meropenem sonrası hasta klinik iyilikle taburcu edildi.

Resim 1: BT'de kitle görünümü (horizontal kesit)



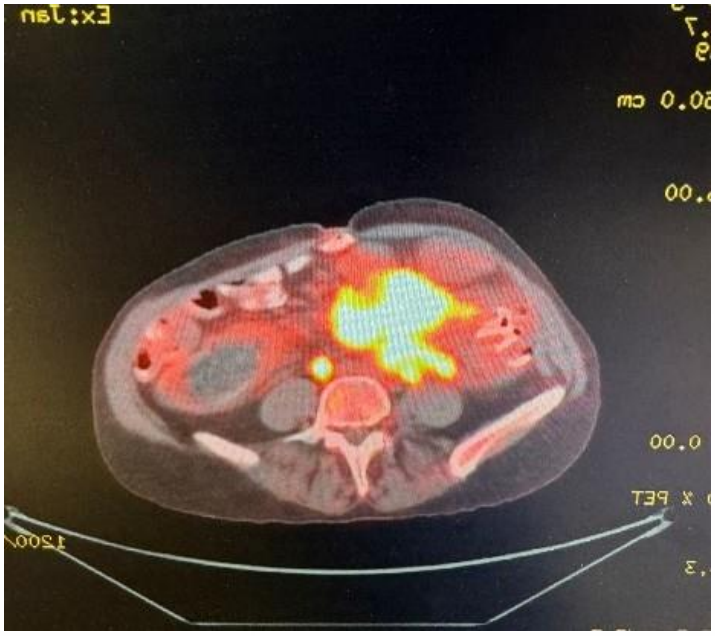
Resim 1: BT'de kitle görünümü (horizontal kesit)

Resim 2: BT'de kitle görünümü (koroner kesit)



Resim 2: BT'de kitle görünümü (koroner kesit)

Resim 3: PET CT'de kitlenin metabolik tutulumu (horizontal kesit)



Resim 3: PET CT'de kitlenin metabolik tutulumu (horizontal kesit)

TARTIŞMA / SONUÇ: Aktinomikoz erkeklerde 2-4 kat daha sık görülen kronik granülomatöz bir enfeksiyondur. Actinomyces türleri oral, gastrointestinal ve genital florada bulunur; sağlam mukozayı aşmaz. Travma, cerrahi, invaziv işlem veya diyabet gibi faktörler mukozal bütünlüğü bozarak enfeksiyonu kolaylaştırır; olgumuzda bu faktörlerden hiçbiri yoktu. Klinik bulgular tipik olmadığında batın içi kitleler, kolon/ince barsak maligniteleri ve mezenkimal tümörlerle karışabilir; BT ve MR ayırıcı tanıda önemlidir. Olgumuzda BT'deki lezyon nedeniyle kolonoskopi yapılmış, tanı koydurucu olmayan biyopsiler nedeniyle cerrahi eksplorasyona gidilmiştir. Aktinomikoz genellikle predispozan faktörler zemininde gelişse de, olgudaki gibi hiçbir risk faktörü olmadan da ortaya çıkabileceği akılda tutulmalı ve intraabdominal kitlelerin ayırıcı tanısında değerlendirilmelidir.

Yazar Notu:

P - 08

Prolabe Olmuş İleostominin Stapler Yardımıyla Revizyonu

Gökberk Sevük[1], İbrahim Çoğal[2], Zülfi Zahidli[3], İshak Aydın[1], Serdar Gümüş[2], Uğur Topal[2], Cihan Atar[4], İsmail Cem Eray[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana
[3]SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İstanbul
[4] Osmaniye Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Osmaniye

GİRİŞ / AMAÇ: Stoma prolapsusu, ileostomi ve kolostominin geç dönem komplikasyonlarından biri olup özellikle loop stomalarda %2-22 oranında görülmektedir. Obezite, karın içi basıncı artıran durumlar ve stoma oluşturulurken karın duvarında geniş açıklık bırakılması gibi faktörler prolapsus gelişiminde rol oynamakta ve genellikle cerrahi müdahale gerektirmektedir. Bu olgu sunumunda, rektum kanseri nedeniyle low anterior rezeksiyon uygulanmış bir hastada gelişen loop ileostomi prolapsusunun, laparotomi yapılmaksızın lineer stapler yardımıyla lokal olarak tedavi edilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: 56 yaşında, ek hastalığı olmayan erkek hasta, rektum kanseri nedeniyle bir ay önce low anterior rezeksiyon ve koruyucu loop ileostomi operasyonu geçirmişti. Ameliyattan yaklaşık bir ay sonra, ileostomiden bağırsak sarkması ve gaita deşarjının olmaması şikayetleriyle başvurdu. Muayenede batın rahat, defans ve rebound yoktu; ileostominin proksimal ucundan mukoza prolapsusu, belirgin ödem ve dolaşım bozukluğu gözlendi. Hasta acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında lineer stapler ileostomi lümenine yerleştirildi; prolabe segment saat 12 ve saat 6 hizalarından, cilde 0,5 cm mesafede sagittal düzlemde kesilerek iki parçaya ayrıldı. Her iki segment ayrı ayrı stapler ile tabanlarından, cilde paralel ve 0,5 cm uzaklıkta rezeke edildi; toplamda dört kartuş kullanıldı. Sarkan segment tamamen çıkarılarak stoma cilde 0,5 cm mesafede yeniden olgunlaştırıldı. Ameliyat 20 dakika sürdü, hasta postoperatif 24. saatte taburcu edildi. 10. gün kontrolünde prolapsus izlenmedi, gaz-gaita deşarjı mevcuttu ve yara iyileşmesi tamamlanmıştı.

RESİM 1: Prolabe Olmuş Loop İleostomi



RESİM 1; Prolabe Olmuş Loop İleostomi

RESİM 2: İleostomi Lümenine Stapler Yerleştirilmesi



RESİM 2: İleostomi Lümenine Stapler Yerleştirilmesi



RESİM 3: Ameliyattan 10 gün sonra İleostominin Görünümü

TARTIŞMA / SONUÇ: Loop stomalarda prolapsus genellikle distal segmentte görülse de, bu olguda proksimal segment etkilenmiş ve belirgin bir predispozan faktör saptanmamıştır. Cerrahi rezeksiyon ve button-pexy fiksasyonu gibi klasik yöntemler laparotomi, uzun yatış süresi, yara enfeksiyonu ve yüksek nüks riski taşımaktadır. Lineer stapler yardımıyla yapılan lokal revizyon, bu dezavantajlardan kaçınarak daha kısa ameliyat süresi, kısa yatış ve düşük komplikasyon riski sağlamaktadır. Sonuç olarak, stapler yardımlı stoma revizyonu, prolabe stoması olan hastalarda laparotomi gerektirmeyen, güvenli ve etkili bir tedavi alternatifidir.

Yazar Notu:

P - 09

BRCA Mutant İleri Evre Over Kanserinde İdame Olaparib Tedavisine Bağlı Gelişen Grade 4 Aneminin Yönetimi: Bir Olgu Sunumu

Güneş Dorukhan Çavuşoğlu[1], Abdurrahman Aykut[1], Esra Asarkaya[1], Hatice Asoğlu[1], Ecem Ümran Özbağ Çavuşoğlu[2], Tolga Köşeci[1]

[1]Çukurova Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: İleri evre over kanseri tedavisinde, özellikle BRCA mutasyonu taşıyan hastalarda platin bazlı kemoterapi sonrası idame olaparib tedavisi progresyonsuz sağkalımı belirgin şekilde uzatmaktadır. Ancak bu tedavinin anemi başta olmak üzere hematolojik yan etkileri sıklıkla görülmekte ve ciddi vakalarda doz modifikasyonları gerektirebilmektedir. Bu bildirinin amacı, idame olaparib kullanımı sırasında gelişen, kanama odağı saptanmayan Grade 4 aneminin, başarılı bir doz modifikasyonu ile yönetimini literatür eşliğinde sunmaktır.

OLGU: Elli sekiz yaşında, BRCA mutant yüksek dereceli seröz over karsinomu tanılı kadın hastaya 4 kür neoadjuvan paklitaksel ve karboplatin verilmiştir. Ardından hastaya interval sitoredüktif cerrahi ve sıcak kemoterapi (HIPEC) uygulanmıştır. Adjuvan 2 kür kemoterapisi Ocak 2026'da tamamlanan hasta, idame olaparib (2 x 300 mg) tedavisine alınmıştır. Takiplerinde yorgunluk ve derinleşen anemi nedeniyle başvuran hastanın tetkiklerinde Grade 4 anemi (Hgb: 5,5 g/dL) saptanmıştır. Etiyolojiye yönelik yapılan gastroskopi, kolonoskopi ve tam idrar tetkiğinde herhangi bir kanama odağı saptanmamış olup hematüri, melena, hematoşezi, hemoptizi de bulunmamaktadır. Hastaya semptomatik yaklaşımla 3 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmıştır. Derin aneminin olaparib toksisitesine sekonder olduğu düşünülerek tedaviye kısa süreli ara verilmiş, takiben olaparib dozu 2 x 200 mg'ye düşülerek idameye yeniden başlanmıştır. Doz azaltımı sonrası hastanın hemoglobin seviyesindeki düşüş durmuş ve laboratuvar stabilizasyonu sağlanmıştır.

TARTIŞMA / SONUÇ: PARP inhibitörlerine bağlı gelişen anemi, hastaların klinik tablosunu etkileyebilen ve sık karşılaşılan bir advers olaydır. Grade 4 anemi tablosunda gastrointestinal veya üriner sistem gibi olası kanama odaklarının endoskopik ve klinik yöntemlerle dışlanması elzemdir. Bu olgu, olaparibe bağlı gelişen şiddetli aneminin, tedaviyi tamamen sonlandırmak yerine yakın takip, destek tedaviler ve erken doz azaltımı (2 x 200 mg) stratejisi ile güvenle yönetilebileceğini göstermektedir.

Yazar Notu:

P - 10

İnce Bağırsağın Nadir Bir Tümörü: Medüller Karsinom Olgusu ve Literatür Eşliğinde Değerlendirme

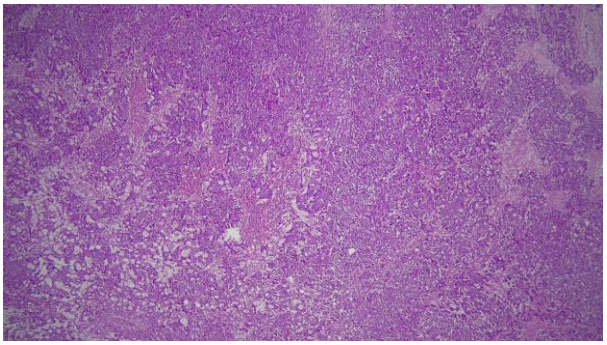
Halil Güneş[1], Batuhan Kaya[4], Doğukan Ünsal[1], Melis Ladin Yamaç[3], Kıvılcım Eren Ateş[3], Uğur Topal[2], Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Kubilay Dalcı[1], Orçun Yalav[1]

[1]Çukurova Üniversitsitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Çukurova Üniversitsitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı
[3]Çukurova Üniversitsitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı
[4]Hakkari Devlet Hastanesi

GİRİŞ / AMAÇ: Medüller karsinom, kolorektal adenokarsinomların nadir görülen (%0,2-0,3) bir alt tipi olup ince bağırsak yerleşimi son derece istisnaidir. Solid/sinsityal büyüme paterni, belirgin lenfositik infiltrasyon ve sıklıkla mikrosatellit instabilite-yüksek (MSI-H) / mismatch repair-deficient (dMMR) fenotipi ile karakterizedir; bu özellik immünoterapiye yanıt potansiyeli açısından önem taşır. Bu bildiride, ileri evrede tanı alan ve tedavi altında nüks gelişen ince bağırsak medüller karsinomlu bir olgu, tanı süreci ve tedavi yönetimi ile birlikte sunulmuştur.

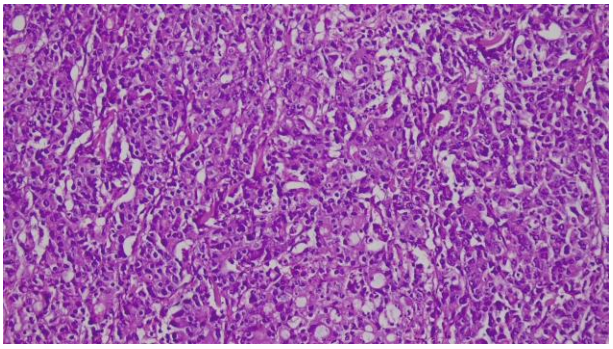
OLGU: 63 yaşında erkek hasta, bir yılı aşkın süredir devam eden demir eksikliği anemisi ve son altı ayda 10 kg kilo kaybı yakınmalarıyla değerlendirildi. Abdominal bilgisayarlı tomografide sigmoid kolona invaze, muhtemel ileal kökenli kitlesel lezyon ile konglomere lenfadenopati saptandı. Hastaya ince bağırsak segmenter rezeksiyon-anastomoz ve kolon segmenter rezeksiyon-anastomoz uygulandı. Patolojik incelemede ince bağırsak kaynaklı medüller karsinom, 5 metastatik mezenterik lenf nodu, perinöral ve lenfovasküler invazyon saptandı; immünohistokimyasal olarak MLH-1 kaybı izlendi ve Evre III (pT4bN2a) olarak belirlendi. Genetik incelemede MSI-H doğrulandı. Onkoloji değerlendirmesi sonrası adjuvan tedavi planlanarak hastaya 12 kür FOLFOX rejimi uygulandı. Takip sürecinde bilateral iliak lenf nodu tutulumu saptanması üzerine nüks kabul edilerek bilateral iliak lenf nodu diseksiyonu ve pubik kemik üzeri tümör eksizyonu gerçekleştirildi; patolojik inceleme nüks medüller karsinom metastazlarını doğruladı. MSI-H statüsü göz önünde bulundurularak hastaya pembrolizumab tedavisi planlandı.

Şekil 1.



Tümör dokusunun X40 büyütmede hematoksilen-eozin ile boyanmış görünümü. Barsak duvarını infiltre eden, solid ve geniş tabakalar (sheet-like) halinde büyüyen neoplastik infiltrasyon; çevre dokulara karşı itici (pushing) sınırlar ve stromada lenfoid hücre infiltrasyonu dikkati çekmektedir.

Şekil 2.



Aynı tümör alanının X400 büyütmede hematoksilen-eozin ile boyanmış görünümü; sinsityal büyüme paterni gösteren, üniform, poligonal tümör hücreleri ve eşlik eden lenfositik infiltrasyon izlenmektedir.

TARTIŞMA / SONUÇ: İnce bağırsak medüller karsinomu, açıklanamayan demir eksikliği anemisi ve kilo kaybı gibi nonspesifik bulgularla seyredebilen, tanısı genellikle ileri evrede konulan son derece nadir bir malignitedir. Literatürde bu tümörlerin MSI-H/dMMR fenotipi nedeniyle poorly differentiated morfolojiye rağmen görece iyi prognoza sahip olduğu bildirilmiş olsa da, olgumuzda adjuvan kemoterapiye rağmen erken dönemde nodal nüks gelişmesi, klinik seyrin her olguda öngörülebilir olmadığını göstermektedir. Duodenal yerleşimli MSI-H medüller karsinomda pembrolizumabın etkili bulunduğu bildirilmiştir; olgumuzda da nüks sonrası benzer bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu bulgular, medüller karsinomlarda MSI/MMR testinin rutin yapılmasının ve nüks/progresyon durumunda immün kontrol noktası inhibitörlerinin tedavi seçeneği olarak değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

TABLO 1.

Kaynak / Yıl	Yerleşim	Hasta / Sunum	Patoloji / Moleküler Bulgular	Tedavi	Sonuç
Bizim Olgumuz (2025–2026)	İnce bağırsak (sigmoid kolon invazyonu ile)	63 yaş, erkek; demir eksikliği anemisi, 6 ayda 10 kg kilo kaybı, karın ağrısı.	MLH-1 kaybı, MSI-H (dMMR); Evre III (pT4bN2a); 5 metastatik LN, perinöral/lenfovasküler invazyon.	İlk cerrahi + 12 kür adjuvan FOLFOX; nüks sonrası 2. cerrahi (bilateral iliak LN diseksiyonu) + planlanan pembrolizumab.	Adjuvan KT'ye rağmen ~7 ayda bilateral iliak nodal nüks; MSI-H nedeniyle immünoterapi planlandı, takip sürüyor.
Eisner, 2018	İleum	Olgu sunumu; o tarihe kadar ileumda bildirilen ilk olgulardan biri. Ayrıntılı demografik veri sınırlı.	Ayrıntılı IHC/MSI verisi erişilen kısımda yok.	Belirtilmemiş (tam metne erişim kısıtlı)	Belirtilmemiş
Liu ve ark., 2023	Duodenum	50 yaş, erkek; öyküde kolon adenokarsinomu ve ailede Lynch sendromu; karın ağrısı, bulantı, kusma, melena.	MLH1/PMS2 kaybı, MSI-H, TMB 37.4 mut/Mb, PD-L1 %60, germline MLH1 mutasyonu.	Pembrolizumab 200 mg/3 haftada bir (birinci basamak)	3. kürde semptomatik düzelme, görüntülemede stabil hastalık.
Szkudlarek ve ark., 2025	İnce bağırsak	70 yaş, erkek; tanı gecikmiş (COVID-19 dönemi); karaciğer ve dalak lezyonları mevcut.	Kalretinin+, pansitokeratin+, CK7+. Evre pT3N1M1 (karaciğer ve lenf nodu metastazı).	Cerrahi rezeksiyon (16 cm ince bağırsak segmenti)	İleri evre (metastatik) tanı; uzun dönem takip verisi sınırlı.
Vanoli ve ark., 2024/2025 (seri, 11 olgu)	Ağırlıklı jejunum (%64)	Medyan yaş 66, %55 kadın; %20'si çölyak hastalığı ile ilişkili.	dMMR %91, MLH1 metilasyonu, PD-L1 TPS≥1 %64/CPS≥1 %82, izole ARID1A kaybı %18.	Cerrahi rezeksiyon (retrospektif seri; spesifik rejim ayrıntılı verilmemiş)	Medyan 62 ay takipte hiçbir hastada kansere bağlı ölüm yok (p=0.020).
Al-Ishaq ve ark., 2023 (karşılaştırma — kolon)	Çekum (kolon)	40 yaş, erkek (tipik yaştan genç); sağ alt kadran ağrısı, ele gelen kitle, obstrüksiyon.	MSH2/MSH6 kaybı; CDX2 pozitif (nadir bulgu). pT4a pN2b (13/22 LN tutulumu).	Acil laparoskopik sağ hemikolektomi	Erken postoperatif dönem raporlanmış; uzun dönem takip verisi sınırlı.

Olgumuzun, literatürde bildirilmiş ince bağırsak (ve karşılaştırma amacıyla bir kolon) yerleşimli medüller karsinom olgularıyla klinik, patolojik ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması. LN: lenf nodu; MSI-H: yüksek mikrosatellit instabilitesi; dMMR: mismatch repair-deficient.

Yazar Notu:

P - 11

Sağ Sürrenal Loj Yerleşimli ve Hepatosellüler Karsinomu Taklit Eden Malign Mezotelyoma

İsmail Cem Yurtçu[1], Halil Güneş[1], Ekremcan Yarar[1], Arzu Demir[3], Kıvılcım Eren Ateş[3], Uğur Topal[2], Serdar Gümüş[2], İshak Aydın[1], Mevlüt Harun Ağca[1], Ahmet Gökhan Sarıtaş[1], Abdullah Ülkü[1], Atılgan Tolga Akçam[1]

[1]Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[2]Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[3]Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana

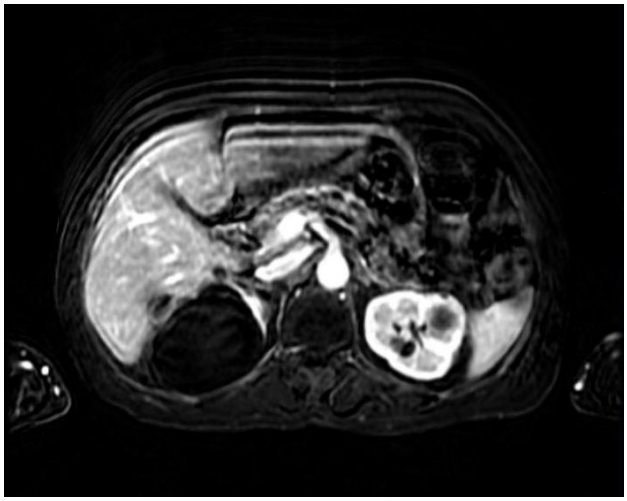
GİRİŞ / AMAÇ: Malign mezotelyoma (MM), seröz zarlardan (plevra, periton, perikard) köken alan, agresif seyirli ve nadir bir tümördür. Olguların yaklaşık %80-90'ı plevra kaynaklıdır; ancak peritondan köken alan ve çevre organlara invazyon gösteren vakalar tanısal zorluklar yaratabilmektedir [1]. Özellikle visseral organ lojlarında (sürrenal loj gibi) ortaya çıkan mezotelyomalar, radyolojik ve biyokimyasal olarak primer organ tümörlerini taklit edebilirler [2]. Bu olguda, karaciğer kitlesi ön tanısıyla takip edilen ve immünohistokimyasal (İHK) olarak hepatosellüler karsinomu (HCC) taklit eden, ancak sağ sürrenal loj yerleşimli olduğu saptanan nadir bir bifazik MM vakası tartışılmaktadır.

OLGU: 69 yaşında kadın hasta, halsizlik ve yorgunluk şikayetleriyle başvurmuştur. Laboratuvar tetkiklerinde saptanan hipokalemi nedeniyle primer hiperaldosteronizm ve Gitelman sendromu ön tanılarıyla tetkik edilmiştir. Radyolojik görüntülemede (MRG ve BT), karaciğer segment 6'da kapsülü yitiren, yaklaşık 2 cm çapında, diffüzyon kısıtlayan ve heterojen kontrastlanan malignite kuşkulu kitle saptanmıştır. FDG-PET/BT incelemesinde bu lezyonun SUVmax değeri 11.2 olarak ölçülmüştür.Hastaya yapılan Tru-cut biyopside, tümör hücrelerinde saptanan Glutamin Sentetaz ve Glipikan-3 (GPC3) pozitifliği nedeniyle öncelikle hepatosellüler karsinom (HCC) düşünülmüştür. Ancak cerrahi operasyonda kitlenin karaciğer parankiminden ayrı, sağ sürrenal lojunda yerleştiği gözlemlenmiş ve kitle eksize edilmiştir.

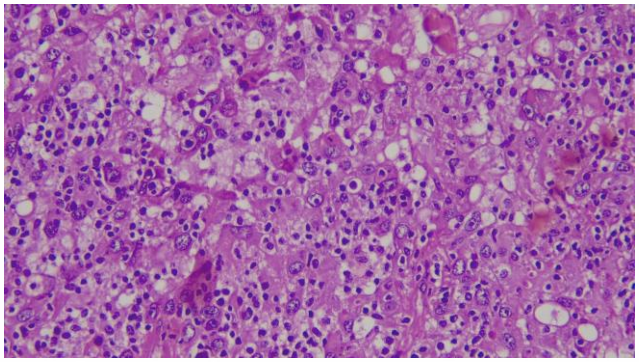
BT Görüntüsü



MR Görüntüsü



Preparat



Rezeksiyon materyalinin mikroskobik incelemesinde tümörün sarkomatoid ve epiteloid komponentlerden oluşan bifazik karakterde olduğu görülmüştür. İHK panelinde; Kalretinin (+), CK7 (+), Keratin (+), CK19 (+) ve BAP1 (korunmuş) saptanmıştır. HCC ve renal hücreli karsinomu dışlamak amacıyla yapılan Arginaz, AFP, SOX10 ve Pax8 boyamaları negatif sonuçlanmıştır. PD-L1 ekspresyonu tümör hücrelerinde %60, immün hücrelerde %70 (CPS: 90) olarak bulunmuştur. Bu bulgular ışığında hastaya "Malign Mezotelyoma (Bifazik tip)" tanısı konulmuştur.

TARTIŞMA / SONUÇ: Atipik yerleşimli MM, özellikle karaciğer ve sürrenal bölgesinde primer organ tümörlerini taklit edebilir. GPC3 pozitifliği yanıltıcı olabileceğinden, mezotelyal ve epitelyal belirteçleri içeren geniş İHK panelleri tanıda önemlidir. Yüksek PD-L1 ekspresyonu, immün kontrol noktası inhibitörleri açısından potansiyel tedavi seçeneğine işaret etmektedir. Biyopsi ve cerrahi anatomi arasında uyumsuzluk bulunan atipik abdominal kitlelerde MM mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Yazar Notu:

P - 12

Batın İçi Yerleşimli Ekstranodal Folliküler Dendritik Hücreli Sarkom

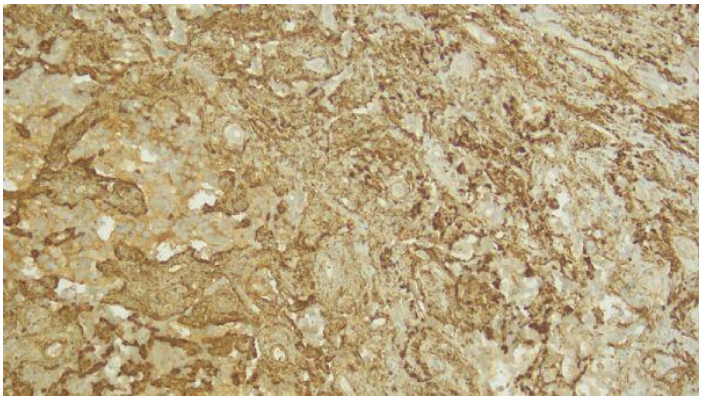
Burak Yavuz[1], Natavan Guliyeva[3], İsmail Cem Yurtçu[2], Halil Güneş[2], Ayşe Daş Çerçi[5], Kıvılcım Eren Ateş[5], İshak Aydın[2], Serdar Gümüş[4], Uğur Topal[4], Orçun Yalav[2], Cem Kaan Parsak[4]

[1]Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Koç Üniversitesi, İstanbul
[2]Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[3]Genel Cerrahi, Göksun Devlet Hastanesi, Kahramanmaraş
[4]Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana
[5]Patoloji Ana Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana

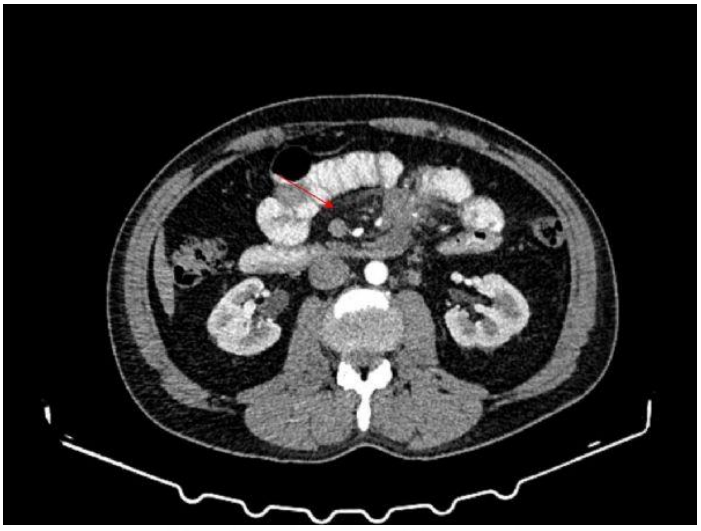
GİRİŞ / AMAÇ: Folliküler dendritik hücreler (FDH), lenfoid sistemin aksesuar hücreleridir ve antijen sunan hücreler olarak hümoral immün sistemin uyarılmasında görev alırlar. FDH'ler esas olarak lenf nodlarının germinal merkezlerinde bulunurlar, ancak ekstranodal bölgelerde de yaygın olarak bulunurlar. Folliküler dendritik hücreli sarkom (FDHS), folliküler dendritik hücrelerinden köken alan nadir bir neoplazidir. İlk olarak 1986 yılında Monda ve arkadaşları tarafından lenf nodu malignitesi olarak, dört vakalık bir seri ile tarif edilmiştir. Ekstranodal FDHS ise ilk kez 1994 yılında Chan ve arkadaşları tarafından oral kavitede tanımlanmıştır.

OLGU: 45 yaşında erkek hasta, nonspesifik karın ağrısı ve halsizlik şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Batın BT incelemesinde sol üst kadranda, barsak anslarının posteriorunda mezenterik düzeyde, yaklaşık 45×29 mm boyutlarında, lobüle konturlu yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu ile çevre mezenterde milimetrik lenf nodları ve mezenterik yağ dokusunda kirlenme izlendi; ayrıca karaciğerde hipodens lezyonlar saptandı. Kontrastlı üst ve alt abdomen MR incelemesinde, öncelikle solda jejunal anslar düzeyinde mezenterik kökenli sarkomatöz lezyon lehine değerlendirilen kitle izlenirken, karaciğer parankiminde çok sayıda metastatik odak saptandı ve histopatolojik değerlendirme önerildi. Karaciğer ve omentum biyopsilerinin patolojik incelemesinde atipik lenfoid proliferasyon tespit edilerek ön planda periferik T-hücreli lenfoma düşünüldü; ancak biyopsi örneğinin küçük olması nedeniyle daha ileri alt tiplendirme yapılamadı. Hasta kemoradyoterapi planlanması amacıyla onkolojiye yönlendirildi ve sonrasında cerrahi tedavi açısından operasyon planlaması için kliniğimize başvurdu.

Preparat



BT Görüntüsü



TARTIŞMA / SONUÇ: Folliküler dendritik hücreli sarkom (FDHS), folliküler dendritik hücrelerden gelişen, nadir ve tanısal güçlükler yaratabilen bir neoplazidir. Özellikle ekstranodal yerleşimli olgularda klinik ve radyolojik bulguların özgül olmaması nedeniyle yanlış tanı riski yüksektir. İnce barsak mezenterik yerleşimi oldukça nadir olup, olgumuzda yaygın metastatik lenfadenopatiler eşlik etmiştir. Yaklaşık 100 cm ince barsak segmenti rezeke edilerek anastomoz yapılmış ve debulking uygulanmıştır. Nihai histopatolojik değerlendirmede FDHS tanısı konulmuştur. Ekstranodal kitlelerin ayırıcı tanısında FDHS akılda tutulmalı; CD21, CD23 ve CXCL13 gibi özgül immünohistokimyasal belirteçler tanıda mutlaka değerlendirilmelidir.

<u>Yazar Notu</u>:

P - 13

Çekum Anjiodisplazisi

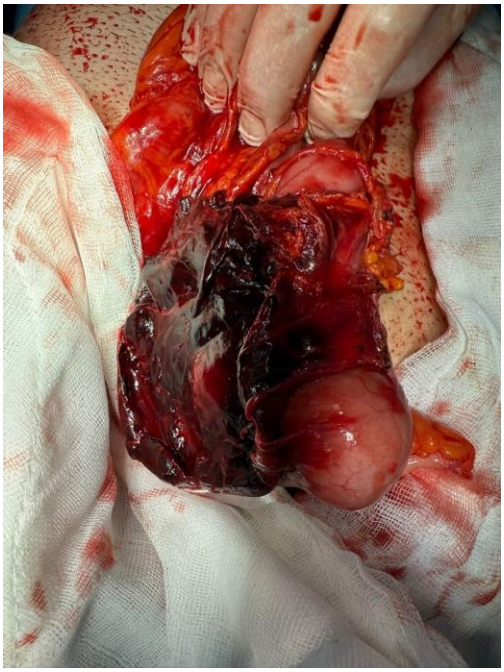
Kadriye Dardağan[1], Batuhan Kaya[2], Burak Aydoğan[3], Zehra Biçercioğlu[1], Öyküm Badur Gök[4], Kıvılcım Eren Ateş[4], Uğur Topal[5], Serdar Gümüş[5], İshak Aydın[1], İbrahim Çoğal[5], İsmail Cem Eray[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Hakkari Devlet Hastanesi
[3]İslahiye Devlet Hastanesi
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[5]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ / AMAÇ: Gastrointestinal anjiodisplaziler, tipik olarak submukozal venler ile mukozal kapillerler arasındaki patolojik dilatasyonlardan oluşurlar. Genellikle yaşlı popülasyonda görülmekte olup, en sık çekum ve çıkan kolonda lokalize olurlar. Klinik tablo, asemptomatik seyirden kronik DEA'ne veya hayatı tehdit eden masif gastrointestinal kanamalara kadar değişebilir. Ancak, gastrointestinal anjiodisplazilerin akut karın ile prezente olması ve radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bir görünüm sergilemesi nadir rastlanan bir durumdur. Bu sunumda, çekum kaynaklı hematomun kitle görüntüsü verdiği ve hemoperitoneuma yol açtığı anjiodisplazi olgusu sunulmaktadır.

OLGU: 66 yaş erkek hasta bilinen HT, DM öyküsüyle 3 gündür devam eden, sağ alt kadranda tarif edilen karın ağrısı şikayetiyle dış merkez acil servise başvurmuştur. Yapılan BT görüntülemede sağ alt kadranda barsak kaynaklı değerlendirilen yaklaşık 8 mm boyutlu santralinde vaskülarite bulunan solid lezyon izlenmiştir. İleri tetkik ve tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirilen hastanın takiplerinde HCT düşüşü gözlenmesi üzerine acil şartlarda operasyona alınmıştır. Eksplorasyonda batında bol miktarda hemorajik mayi olup hematomun çekum çevresinden kaynaklandığı görülmüştür. Hastaya sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapılmıştır. Patolojik incelemede anjiodisplazi ile uyumlu vasküler ektazi görülmüştür. Postoperatif serviste takip edilen hastanın uygun medikal tedavisi başlanmıştır ve 10. günde taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrası 2. günde rektal kanama şikayeti olan hastanın yoğun bakım yatışı yapılıp abdominal aorta BT anjiografi istenmiş normal değerlendirilmiştir. Hemodinamik stabil olan hasta servise alınmış sonrasında takiplerinde aktif şikayeti olmaması üzerine 3 ay sonra kontrol kolonoskopi planlanarak taburcu edilmiştir.

Çekumda Anjiodisplazi



çekum çevresinden kaynaklandığı görülen yaklaşık 8 mm boyutunda hematom

Çekumda Anjiodisplazi



çekum çevresinden kaynaklandığı görülen yaklaşık 8 mm boyutunda hematom

TARTIŞMA / SONUÇ: Olgumuzda saptanan solid lezyon görünümü, literatürdeki benzer vakalarda olduğu gibi başlangıçta NET, lenfoma, GIST şüphesi uyandırmıştır. Tanısal süreçte, hemodinamik stabil hastalarda endoskopi "altın standart" olarak kabul edilir; ancak aktif ve masif kanama durumunda BT anjiografi %85,2 duyarlılıkla yardımcı bir araçtır. Vakamızda uygulanan sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi, sağ kolon yerleşimli komplike anjiodisplazilerin yönetiminde literatürle uyumlu, efektif ve hayat kurtarıcı bir prosedürdür. Postoperatif süreçte ise hastaların tekrarlayan kanamalar açısından yakın takibi ve kontrol kolonoskopiler ile izlenmesi önem arz etmektedir.

Yazar Notu: Patoloji görsellerine ulaşılamadığından eklenememiştir, saygılarımla

P - 14

Progresif Gastrik Çıkış Obstrüksiyonuna Yol Açan İnflamatuvar Fibroid Polip: GİST ile Karışan Nadir Bir Olgu

Muhammed Çağlar[1], Ali Yıldırım[1], Serdar Gümüş[1], Uğur Topal[1], Ahmet Rıza Erzurumlu[1], Melis Ladin Yalvaç[2], Tuğba Toyran[2], İshak Aydın[1], Cem Kaan Parsak[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Genel Cerrahi ABD
[2]Çukurova Üniversitesi Patoloji ABD

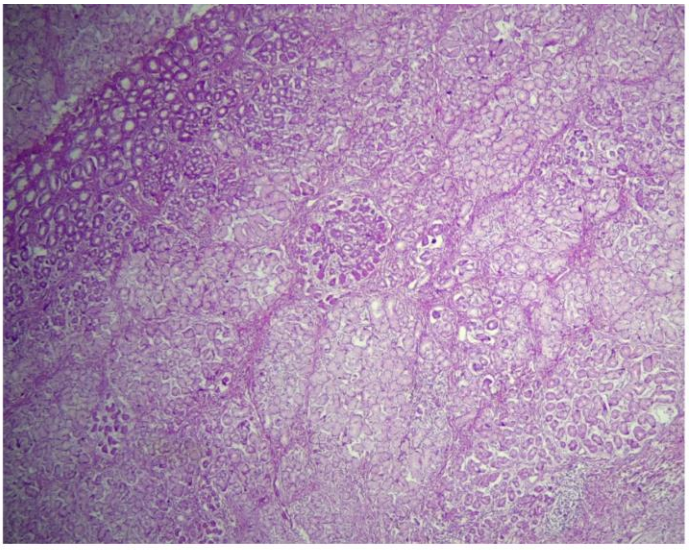
GİRİŞ / AMAÇ: Giriş: İnflamatuvar fibroid polip (İFP), gastrointestinal sistemin submukozasından köken alan nadir ve benign bir mezenkimal lezyondur. Submukozal yerleşimi ve iğsi hücreli morfolojisi nedeniyle özellikle gastrointestinal stromal tümör (GİST) olmak üzere diğer mezenkimal tümörleri taklit edebilir. Antrum yerleşimli ve progresyon gösteren lezyonlar gastrik çıkış obstrüksiyonuna neden olabilir.

OLGU: Olgu Sunumu: Kırk üç yaşında kadın hasta, 6 aydır devam eden dispeptik yakınmalar, sağ üst kadran ağrısı, regürjitasyon ve bulantı şikâyetleriyle başvurdu. Endoskopide mide antrumunda submukozal lezyon saptandı. EUS'da 15×15 mm boyutlarında, dördüncü tabakadan köken alan hipoekoik lezyon izlendi ve gastrik GİST ön tanısıyla takibe alındı. Bir yıllık takipte regürjitasyon, postprandiyal kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı gelişti. Kontrol EUS'da lezyon 20×14 mm boyutuna ulaşmıştı. Kontrastlı MRG'de GİST ile uyumlu kontrast tutulumu gösteren endolüminal polipoid lezyon izlendi. Progresif obstrüktif semptomlar ve malignitenin ekarte edilememesi nedeniyle laparoskopik antrektomi ve Billroth I anastomozu uygulandı. Histopatolojik incelemede iğsi hücre proliferasyonu, yoğun eozinofilik infiltrasyon ve perivasküler "soğan zarı" tarzı lenfoid agregatlar saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede CD34 pozitif, CD117 ve DOG-1 negatif, Ki-67 < %1 bulundu ve İFP tanısı konuldu.

Bt Görüntüsü

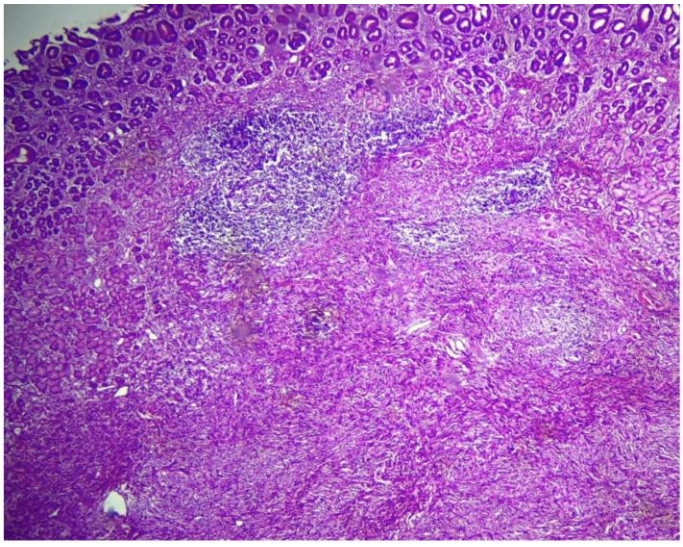


patoloji



X200 hematoksilen eozin

patoloji



X100 Hematoksilen eozin

TARTIŞMA / SONUÇ: Sonuç: İFP, nadir görülmesine rağmen özellikle antral yerleşimli ve progresyon gösteren olgularda gastrik çıkış obstrüksiyonuna neden olabilir ve preoperatif dönemde GİST'i taklit edebilir. Submukozal mide lezyonlarının değerlendirilmesinde İFP ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Yazar Notu:

P - 15

Retrorektal Kitlelerde Kraske Prosedürü

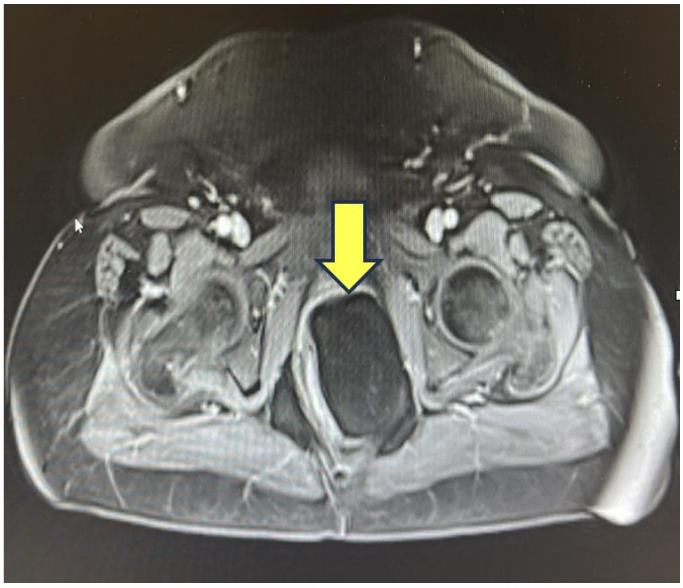
Mustafa Alçın[1], Muhammed Çağlar[1], Yunus Kaycı[2], Ersin Uslu[3], İshak Aydın[1], Serdar Gümüş[4], Uğur Topal[4], Orçun Yalav[1], Cem Kaan Parsak[4]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD
[2]Adana Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi BD
[3]Osmaniye Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD

GİRİŞ / AMAÇ: Retrorektal kitleler nadir görülen patolojiler olup genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte, bazı olgularda ağrı, bası semptomları veya enfeksiyon gelişimi gibi klinik bulgulara yol açabilir. Cerrahi eksizyon, semptomatik hastalarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu olgu sunumunda, retrorektal kitle nedeniyle tarafımıza başvuran ve Kraske prosedürü ile cerrahi eksizyon uygulanan bir hastanın klinik değerlendirmesi ve cerrahi yönetimi ele alınmıştır.

OLGU: 55 yaşında kadın hasta, dış merkeze sağ anorektal bölgede ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurmuş olup yapılan pelvik MR görüntülemesinde retrorektal kitle tespit edilmiştir. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus,koroner arter hastalığı ve geçirilmiş anjiyografi öyküsü mevcuttu.İleri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilen hastada,fizik muayenede anorektal bölgede derin yerleşimli,palpasyonla hassasiyet gösteren bir kitle saptandı.Sakrumun alt seviyesinden yapılan insizyon sonrası,retrorektal bölgeye diseksiyonla ulaşıldı.Rektumun anterior yüzü korunarak kitle perirektal dokulardan dikkatlice serbestleştirildi ve eksize edildi.Kanama kontrolü sağlandıktan sonra katmanlar anatomik olarak kapatıldı.Hasta postoperatif dönemde yakın takip edildi.Erken dönemde herhangi bir major komplikasyon gelişmedi.Postop süreçte sfinkter tonusu normaldi.Diyabet ve kardiyovasküler hastalık öyküsü nedeniyle metabolik parametreleri düzenli olarak izlendi.Oral gıda alımı tolere edildikten sonra taburculuk planlandı.

Pelvik Mr Görünümü



İntraoperatif Kitlesel Görüntü



İntraop. Kitle Eksizyon Sonrası Rektum Duvarı



TARTIŞMA / SONUÇ: Kraske prosedürü, özellikle düşük seviyede yerleşimli retrorektal kitlelerde tercih edilen posterior bir yaklaşımdır ve transanal veya abdominal yaklaşımlara kıyasla daha doğrudan bir erişim sağlar.Bu teknik, rektumu koruyarak minimal invaziv bir eksizyon imkânı sunar ve pelvik organlara zarar verme riskini azaltır.(1,3)Kraske prosedürünün avantajları arasında daha az invaziv olması,daha az postoperatif ağrı ve nispeten kısa hastanede kalış süresi yer almaktadır.Bizim olgumuzda,hastada ek risk faktörleri bulunmasına rağmen, postoperatif dönemde herhangi bir majör komplikasyon izlenmemiştir.Literatürde,retrorektal kitlelerin eksizyonu sonrasında hastaların uzun dönem prognozunun genellikle iyi olduğu bildirilmiştir.Özellikle benign lezyonlarda tam eksizyon sağlandığında nüks oranları oldukça düşüktür.Bununla birlikte,malign olgularda nüks riski daha yüksek olup,ek onkolojik tedavilerin gerekebileceği unutulmamalıdır.(2)Bu nedenle, histopatolojik inceleme sonuçları doğrultusunda hastalar uzun vadede düzenli takip edilmelidir.(4)Sonuç olarak, retrorektal kitlelerin yönetiminde cerrahi eksizyon altın standart olarak kabul edilmektedir.Kraske prosedürü, düşük seviyeli lezyonlar için güvenli ve etkin bir cerrahi seçenek olup,rektumun korunmasını sağlayarak komplikasyon oranlarını minimize etmektedir.

Yazar Notu: Teşekkürler

P - 16

Stoma Hastalarında Telefon Temelli Eğitim ve Danışmanlığın Stoma Uyumuna ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Şeyma Yurtseven[1], Sevgi Deniz Doğan[2], Yasemin Akıl[1]

[1]Ç.Ü. Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
[2]ISUBÜ Uluborlu Selahattin Karasoy MYO Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

GİRİŞ / AMAÇ: Stoma cerrahisi bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını önemli ölçüde etkileyebilmekte; taburculuk sonrası dönemde uyum güçlükleri ve stoma ilişkili komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, kolostomili bireylerde telefon temelli eğitim ve danışmanlığın stoma uyumu ve komplikasyon şiddeti üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tek merkezli, iki kollu, paralel gruplu randomize kontrollü çalışma, kolorektal cerrahi sonrası kolostomi açılan bireylerle yürütüldü. Uygunluk değerlendirmesi yapılan 83 hastanın 72'si 1:1 oranında eğitim (n=36) ve kontrol (n=36) gruplarına randomize edildi. Eğitim grubuna rutin bakıma ek olarak taburculuk sonrası 7. ve 14. günlerde ve 1., 2. ve 3. aylarda yapılandırılmış telefon eğitimi ve danışmanlığı verildi; kontrol grubu rutin stoma bakımı aldı. Sonuç ölçümleri postoperatif birinci gün, taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylarda Ostomi Uyum Ölçeği-23 (OAI-23) ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) ile değerlendirildi. Tam olgu analizine eğitim grubunda 32, kontrol grubunda 34 katılımcı dahil edildi.

BULGULAR: Grupların başlangıç özellikleri benzerdi ($p > 0,05$). Üçüncü ayda eğitim grubunun kabul puanı (27,22±5,41'e karşı 23,26±7,10; $p=0,007$) ve toplam OAI-23 puanı (67,25±13,71'e karşı 59,32±15,96; $p=0,013$) kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksekti. Anksiyeteli meşguliyet, sosyal uyum ve öfke alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Üçüncü ay toplam OCSI puanı eğitim grubunda daha düşüktü (0,22±0,49'a karşı 0,91±1,46; $p=0,026$).

TARTIŞMA / SONUÇ: elefon temelli eğitim ve danışmanlık alan bireylerin üçüncü ayda stoma kabulü ve toplam stoma uyum puanlarının daha yüksek, komplikasyon şiddetinin ise daha düşük olduğu belirlendi. Bulgular, yapılandırılmış hemşire liderliğindeki telefon izleminin kolostomili bireylerin stomaya uyumunu destekleyebileceğini ve komplikasyon şiddetinin azaltılmasına katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Bu yaklaşımın stoma bakımına entegre edilmesi, taburculuk sonrası bakımın sürekliliğini güçlendirebilir.

Yazar Notu: