

Uluslararası Katılımlı

# AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

25-28 MART 2026

Sueno Deluxe Hotel, Belek/Antalya

*Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...*



## KLİNİK OLGU KONSEYİ

Dr. Elif Tanrıverdi

SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

- 68 yaş, E hasta
- **Şikayeti:** Nefes darlığı
- **Hikayesi:** Bir yıldır şikayetlerinde artış var. Önceleri yokuş çıkarken olurmuş, şimdilerde düz yolda da daralıyor
- **Özgeçmiş:**  
Bypass operasyonu (2016), hiperlipidemi, guatr, anksiyete bozukluğu
- **Alışkanlıkları:**  
Exsmoker, 7 yıl önce terk, 70 paket-yıl
- **Soygeçmiş:** Anne KC CA ex

## ➤ **Kullandığı ilaçlar**

- Salmeterol ksinafoat/Flutikazon propiyonat 250 mcg inhaler kapsül 2x1
- Metilprednizolon 16 mg tb 1x2 başlanmış, 5 gün kullanmış. Sonrasında 5 gün 1.5 tb almış, son 5 gündür 16 mg tb 1 x1 kullanıyor
- Rosuvastatin 40 mg tb 1X1
- Diltiazem 90 mg tb 2X1
- Klopidoğrel 75 mg tb 1X1
- Sitalopram 20 mg tb 1X1
- Levotiroksin sodyum 50 mcgram tb 1x1

➤ **Fizik Muayene**

➤ SPO2:%90 (oda havasında)

➤ NBZ:81/dk

➤ Bilateral arka alt alanlarda velcro ralleri mevcut

➤ Clubbing yok

➤ PTÖ -/-

# Mart 2023 PA AC Grafisi



➤ **Solunum Fonksiyon Testleri:**

➤ FVC:2.25 L (%54)

➤ FEV1:1.77 L (%55)

➤ FEV1/FVC:%78

➤ DLCO: 11.17 mL/dk/mmHg (%44)

➤ 6 DYT: 270 metre

SpO2:%93.....%87; NBZ:118/dk...105/dk

# Laboratuvar Testleri

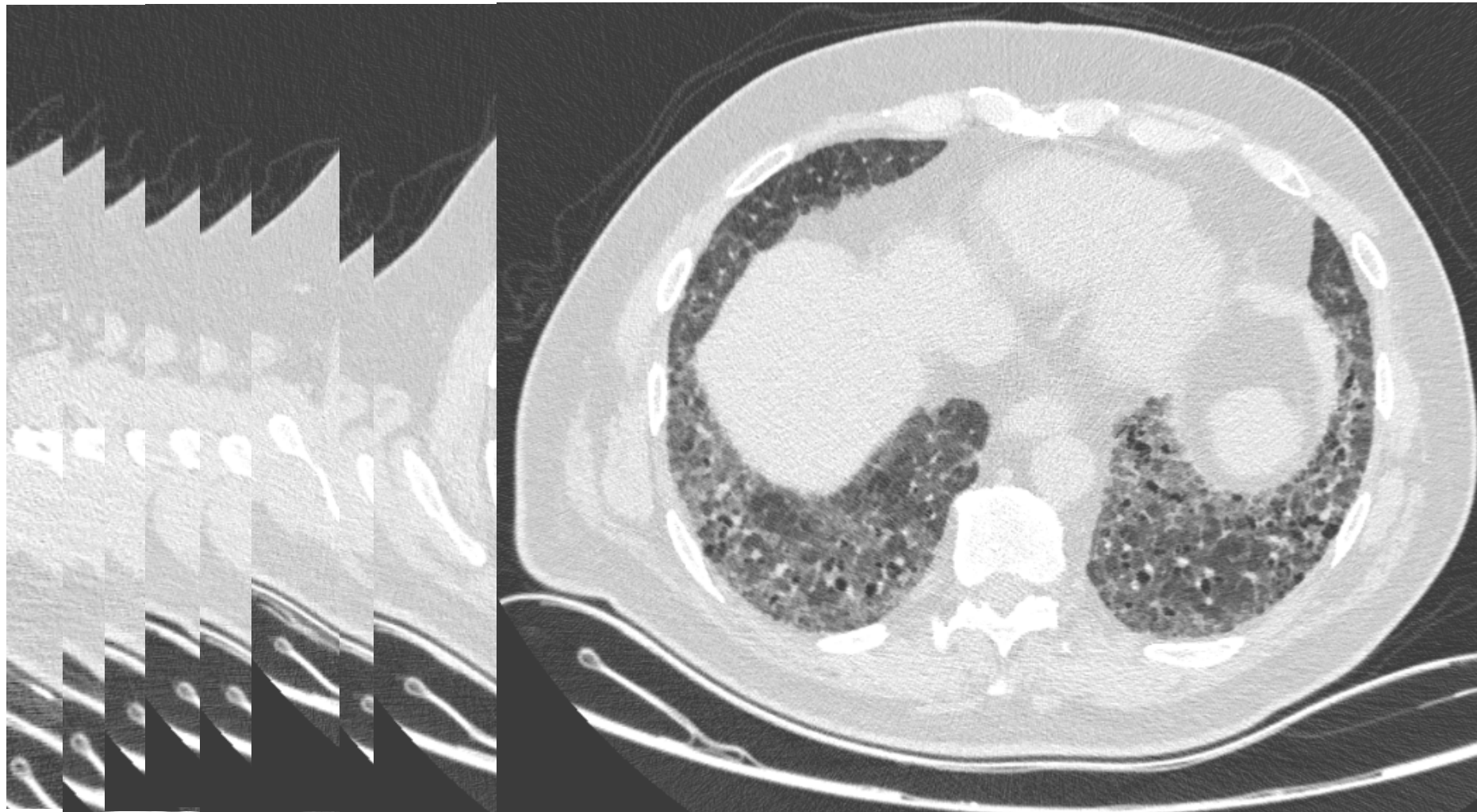
Materyal : HAZIR BARKODLU TUP (BANKO)			
ANTİ DS DNA . . .	• Normal	<10 NEGATİF	< 100
Anti histon antikor		NEGATIF	
<b>ANTİ NÜKLEER ANTİKOR (ANA)</b>	<b>↑ Yüksek</b>	<b>Pozitif</b>	Negatif
PATTERN : Nükleer membran (AC-11,12)			
TITRE : 2+ >=1/320 - <1/1000			
TITRE : < 1/100 Negatif			
Anti ribozomal P protein		NEGATIF	
ANTİ-JO1 (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
ANTİ-SCL 70 (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
ANTİ-SM (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
ANTİ-SM/RNP (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
ANTİ-SSA (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
ANTİ-SSB (İMMUNOBLOTTİNG)		NEGATIF	
CCP	• Normal	10	0 - 16
Nükleosom		NEGATIF	
RF	• Normal	< 10	< 14

Hemogram, Biyokimya: Normal

TSH: Normal

P-ANCA ve C-ANCA: Negatif

MART 2023



➤ **Meslek Hastalıkları Konsültasyon Notu:**

- Hastanın iş ve çevre anamnezinde bir etken saptanamamıştır
- ANA pozitifliği olan hasta için romatoloji konsültasyonu önerilir

➤ **Romatoloji Kliniği Konsültasyon Notu:**

- ANA pozitifliği İAH ile ilgili düşünülmemiştir. Öncelikle nonromatizmal nedenlerin düşünülmesi uygundur.

## Bu aşamada yaklaşımınız nasıl olurdu?

1. Mevcut steroid tedavisi ile devam
2. Steroid tedavisini kesip antifibrotik tedavi
3. FOB eşliğinde BAL
4. BAL +kriyoTBAB
5. Tanısal VATS biyopsi

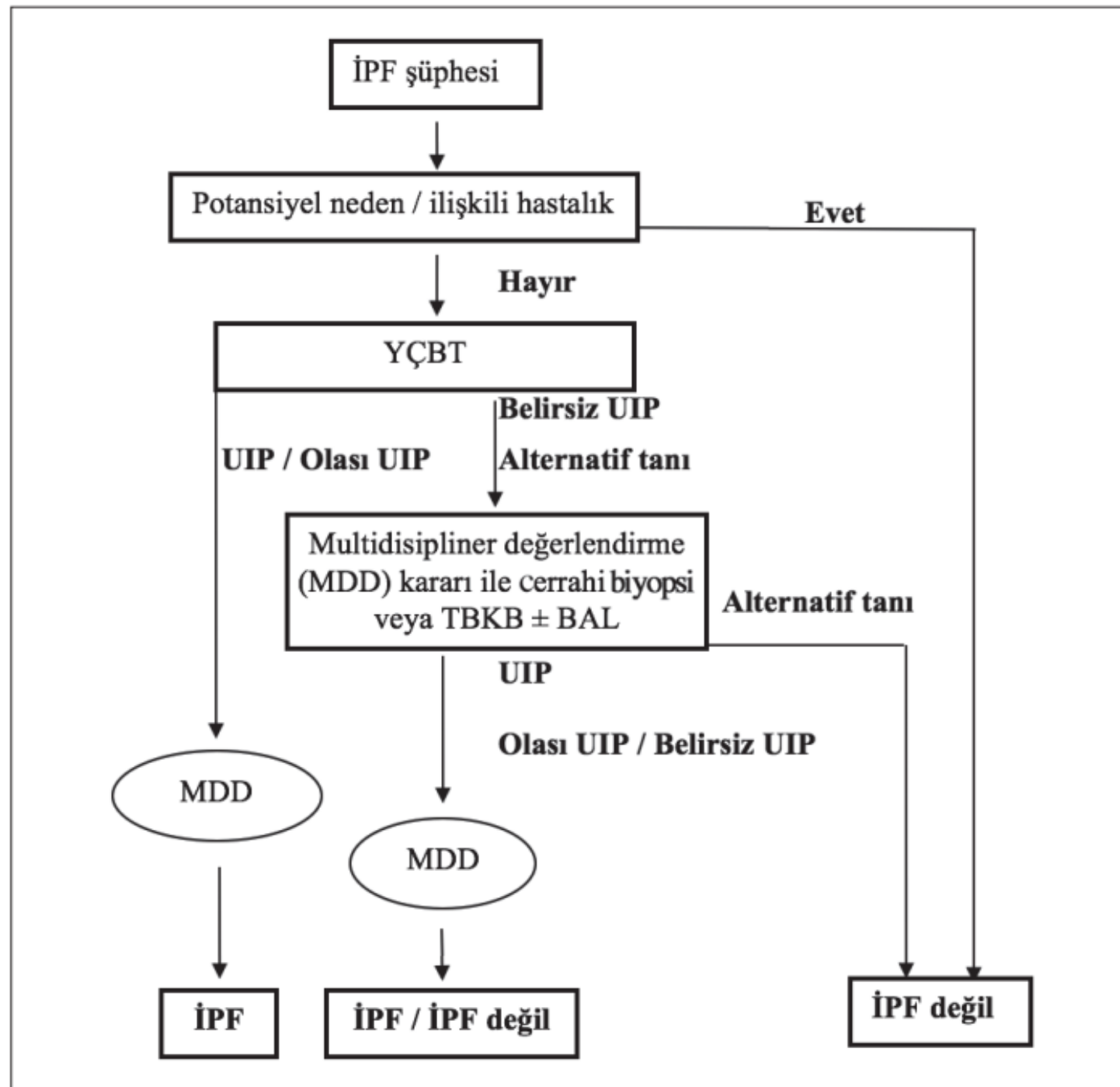
UIP*	Olası UIP**	Belirsiz UIP***	Alternatif tanı****
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subplevral ve bazal alanlarda yerleşim.</li> <li>• Sıklıkla heterojen (fibrozise eşlik eden normal akciğer alanları)</li> <li>• Bazen difüz</li> <li>• Asimetrik olabilir</li> <li>• Bal peteği ± traksiyon bronşektazi ve bronşiolektazi</li> <li>• İnterlobüler septada irregüler kalınlaşma olması</li> <li>• Hafif buzlu cam, retiküler patern, pulmoner ossifikasyon üzerine eklenebilir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subplevral ve bazal alanlarda yerleşim.</li> <li>• Sıklıkla heterojen (fibrozise eşlik eden normal akciğer alanları)</li> <li>• Retiküler patern + periferik traksiyon bronşektazisi veya bronşiolektazi</li> <li>• Hafif düzeyde buzlu cam olabilir</li> <li>• Subplevral korunma yok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subplevral dominans olmadan difüz dağılım.</li> <li>• Dağılımı veya özelliği spesifik bir etiyolojiyi düşündürmeyecek akciğer fibrozisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kistler</li> <li>• Belirgin mozaik görünümü veya 3 dansite bulgusu</li> <li>• Buzlu camın baskın olması</li> <li>• Yaygın mikronodüller</li> <li>• Sentrilobuler nodüller</li> <li>• Konsolidasyon</li> <li>• Peribronkovasküler tutulum ve subplevral korunma olması</li> <li>• Perilenfatik dağılımın baskın olması</li> <li>• Üst veya orta lobda dağılımın baskın olması</li> <li>• Plevral plaklar, dilate özefagus, distal klavikula erozyonu, aşırı LAP, plörezi, plevral kalınlaşma</li> </ul>

\*Tipik UIP paterni >%90 histopatolojik UIP paterni ile uyumludur.

\*\*Olası UIP paterni %70-89 histopatolojik UIP paterni ile uyumludur.

\*\*\*Belirsiz UIP paterni %51-69 histopatolojik UIP ile uyumludur

\*\*\*\* Alternatif tanı paterni <%50 histopatolojik UIP ile uyumludur



Asa Skoru	Ciddi Sistemik Hastalığı Olan Hasta,Günlük Aktiviteleri Etkilemeyen (
Endikasyonu	İAH
Anestezi	<input checked="" type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Genel 3 MG DORMICUM
Giriş Yolu	<input type="checkbox"/> Ağız <input checked="" type="checkbox"/> Burun
Larenks	DOĞAL, VOKAL KORDLAR HAREKETLİ
Trakea	ORTA HATTA, DOĞAL
Karina	ORTA HATTA, KESKİN
Sağ Bronş Sistemi	AÇIK VE DOĞAL
Sol Bronş Sistemi	AÇIK VE DOĞAL
Alınan Materyal	BAL KATETERİ İLE LINGULADAN 120 CC SF VERİLİP 96 CC TEKRAR ASPIRE EDİLEREK BAL YAPILDI. HÜCRE SAYIMI, LENFOSİT SUBGRUPLARI VE EOZİNOFİL SAYISI GÖNDERİLDİ.
Bronkoskopik Kanaat	
Yapan Doktor	ELİF TANRIVERDİ
2. Katılan Kişi	
3. Katılan Kişi	
4. Katılan Kişi	
Medula Açıklaması	İAH BAL KATETERİ İLE LINGULADAN 120 CC SF VERİLİP 96 CC TEKRAR ASPIRE EDİLEREK BAL YAPILDI. HÜCRE SAYIMI, LENFOSİT SUBGRUPLARI VE EOZİNOFİL SAYISI GÖNDERİLDİ.

### BAL(Mart 2023):

- %13 LENFOSİT
- %19 NÖTROFİL
- %3 EOZİNOFİL
- %50 MAKROFAJ
- %0.27 CD1A

➤ Hastada mevcut bulgular ile İAH MDK kararı ile IPF tanısı konuldu

➤ **Pirfenidone**

➤ 1. hafta 200 mg tb 4x1

➤ 2. hafta 200 mg tb 4x2

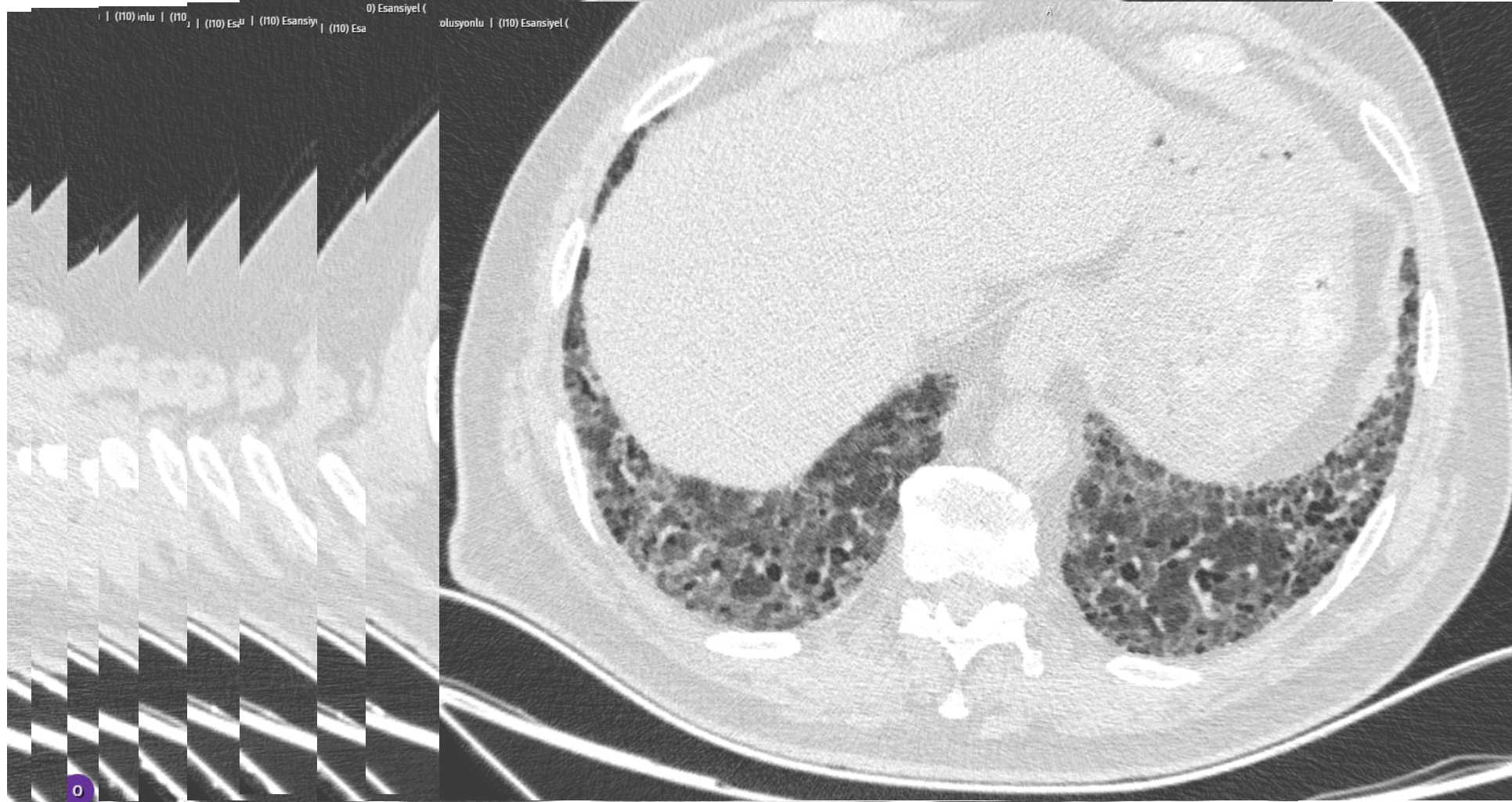
➤ 3. hafta 200 mg tb 4x3

➤ 4. hafta ve sonrasında 600 mg tb 4x1 tedavisi planlandı

Klinik seyir (Ağustos 2023): Kendimi daha iyi hissediyorum

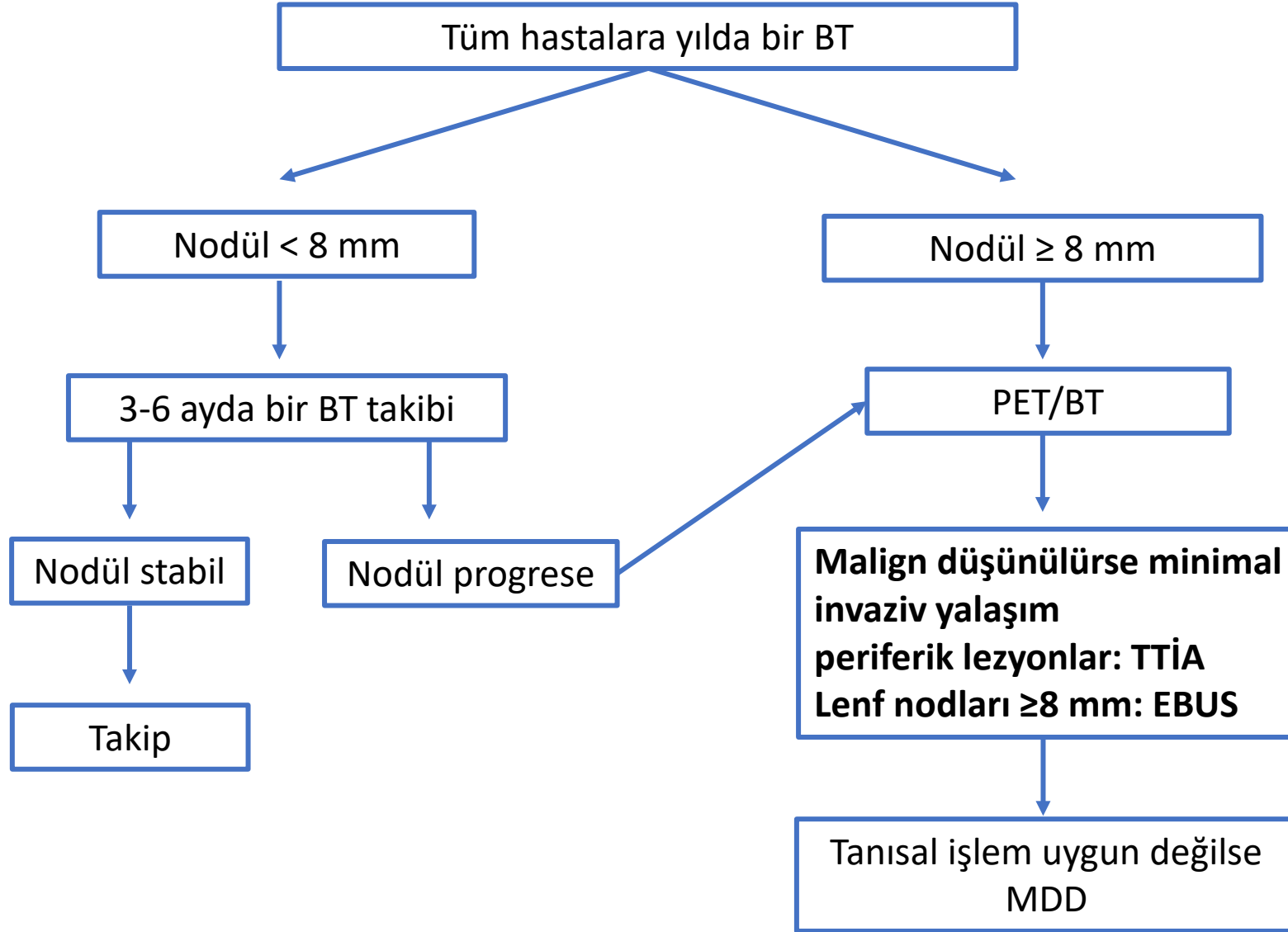
Tarih	FVC (%)	FEV1 (%)	FEV1/FVC	DLCO (%)	6 DYT (metre)	Tedavi
Mart 2023	54	55	78	44	270 (%87)	Pirfenidone
Ağustos 2023	58	67	90	33	264 (%91)	Pirfenidone

# AĞUSTOS 2023



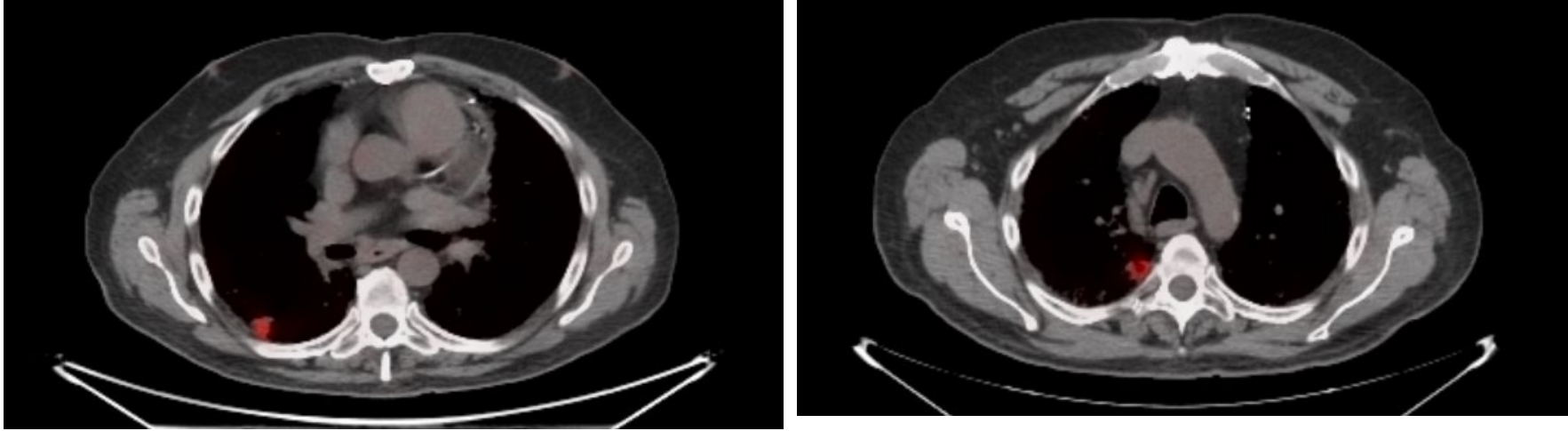
Bu aşamada öncelikli olarak yaklaşımınız nasıl olurdu?

1. Bronkoskopi
2. TTiA
3. Tanısal VATS biyopsi
4. 3 ay sonra kontrol toraks BT ile takip
5. PET/ BT



*Tzouvelekis A, et al. Patients with IPF and lung cancer: diagnosis and management. Lancet Respir Med. 2018*

# AĞUSTOS 2023 PET



- Sağ akciğer alt lob superior segment apikalinde periferik subplevral alanda lobule görünümde düzensiz sınırlı plevraya geniş tabanla oturan yaklaşık 15x13 mm boyutlu yoğun hipermetabolik (SUVmax:6.31) nodüler lezyon
- Sağ akciğer üst lob posterior segmentte paravertebral subplevral yerleşimli içerisinde kavitasyon alanı barındıran 14 mm boyutlu nodüler lezyonda orta-yoğun FDG tutulumu (SUVmax:5.6)

➤ **Sağ alt lob süperior yerleşimli nodülden TTiA:**

➤ Skuamöz Hücreli Karsinom ile uyumlu

➤ EGFR, ALK, ROS mutasyonları saptanmadı

➤ PDL-1 pozitif TPS 60

➤ Kontrastlı Kranial MR: Metastaz yok

# Bu aşamada tedavi yaklaşımınız nasıl olurdu?

- 1. Eş zamanlı KT+RT
- 2. Cerrahi
- 3. İki ayrı lezyona SBRT
- 4. İmmünoterapi+KT
- 5. Sadece KT

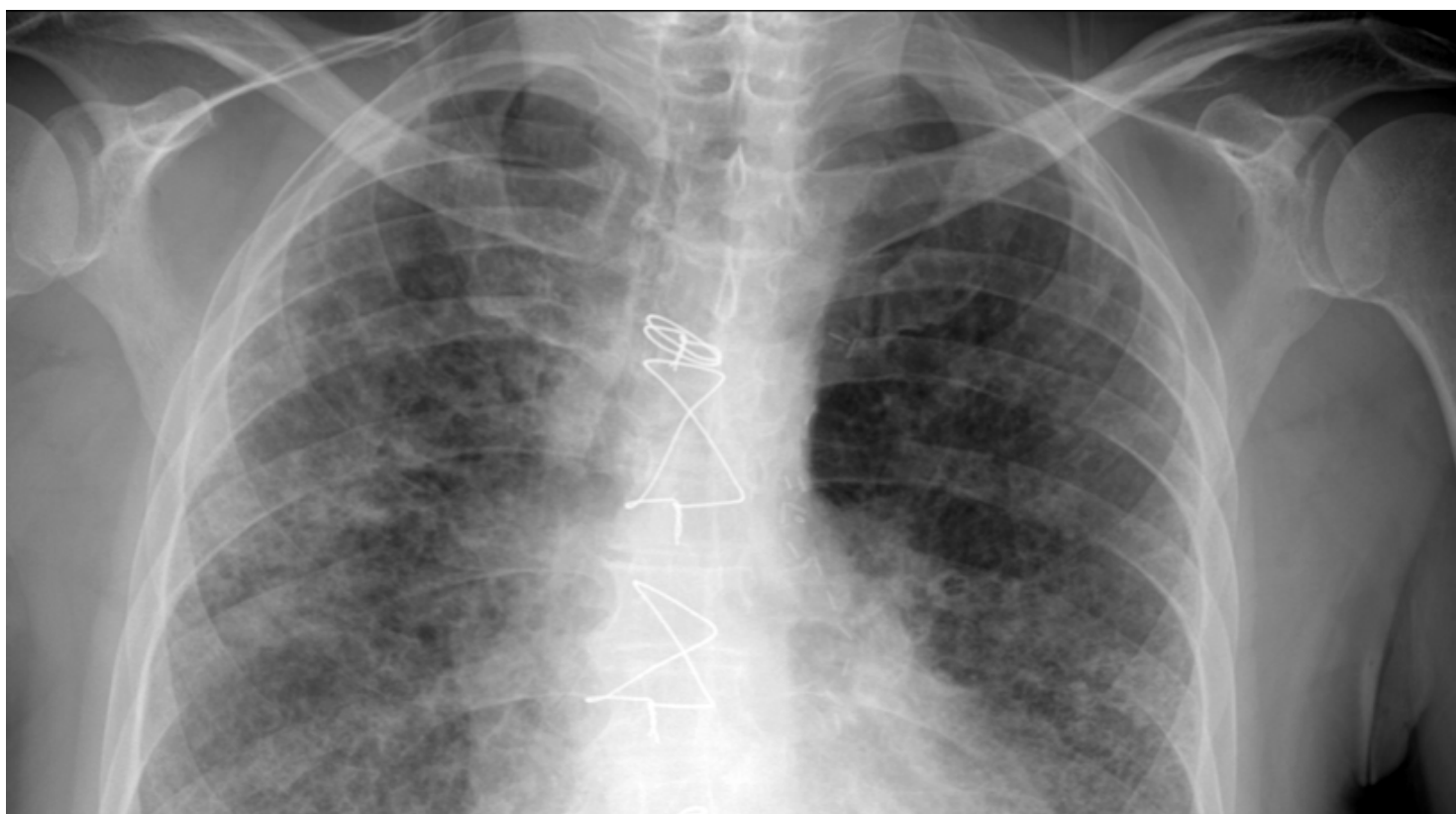
➤ **Onkoloji Poliklinik Notu:**

➤ Öncelikle her iki nodüle SBRT

(bitiş tarihi: 8 kasım 2023)

➤ IPF sebebiyle IO (immüno-onkoloji) düşünülmemiş olup  
Cisplatin+Paklitaksel KT rejimi planlanmış (1. Kür - 29.11.2023)

➤ Karboplatin (İşitme sorunu/tinnitus sebebiyle cisplatin verilmedi)  
+Paklitaksel



Klinik seyir (Aralık 2023): Stabil

Tarih	FVC (%)	FEV1 (%)	FEV1/FVC	DLCO (%)	6 DYT (metre)	Tedavi
Mart 2023	54	55	78	44	270 (%87)	Pirfenidone
Ağustos 2023	58	67	90	33	264 (%91)	Pirfenidone
Aralık 2023	54	65	93	36	308 (%87)	Pirfenidone USOT

# 26 ŞUBAT 2024 KAG/EKO

İşlem Notu:

6F sheath kullanılarak RADİAL arter yolu ile sağ ve sol Judkins, kateterler kullanılarak koroner anjiyografi yapıldı. Komplikasyon olmadı.

YORUM:

Sol Ana Koroner Arter (LMCA)

DİSTAL PLAKLI.

Sol Ön İnen Arter (LAD)

D1 %100 TAM TIKALI.

Sirkumfleks arter (CX)

OSTEAL PLAKLI. OM2 %100 TA

Sağ Koroner Arter (RCA)

PROKSİMAL %80 LEZYON.

Sol Ventrikülografi, Aortografi ve greftler

LİMA LAD AÇIK. AO-SAFEN-OM2 DİYAGONAL SEGUANTİAL AÇIK. DİSTALİ EKTAZİK.

AO RCA SAFEN AÇIK

Sol ventrikül ve aort basınçları

LV mmHg Aort: mmHg

SONUÇ : KAH

ÖNERİ: MEDİKAL TEDAVİ

SOL VENTRIKUL(MM) : 47

AORT KOKU (MM) : 34

**KEMOTERAPİ  
SONLANDIRILİYOR!...**

KUSURU

PAB: 43

HAFIF ORTA DERECEDE PULMONER HIPERTANSİYON

SAG ATRIUM ICİNDE OSTAKIAN VALF

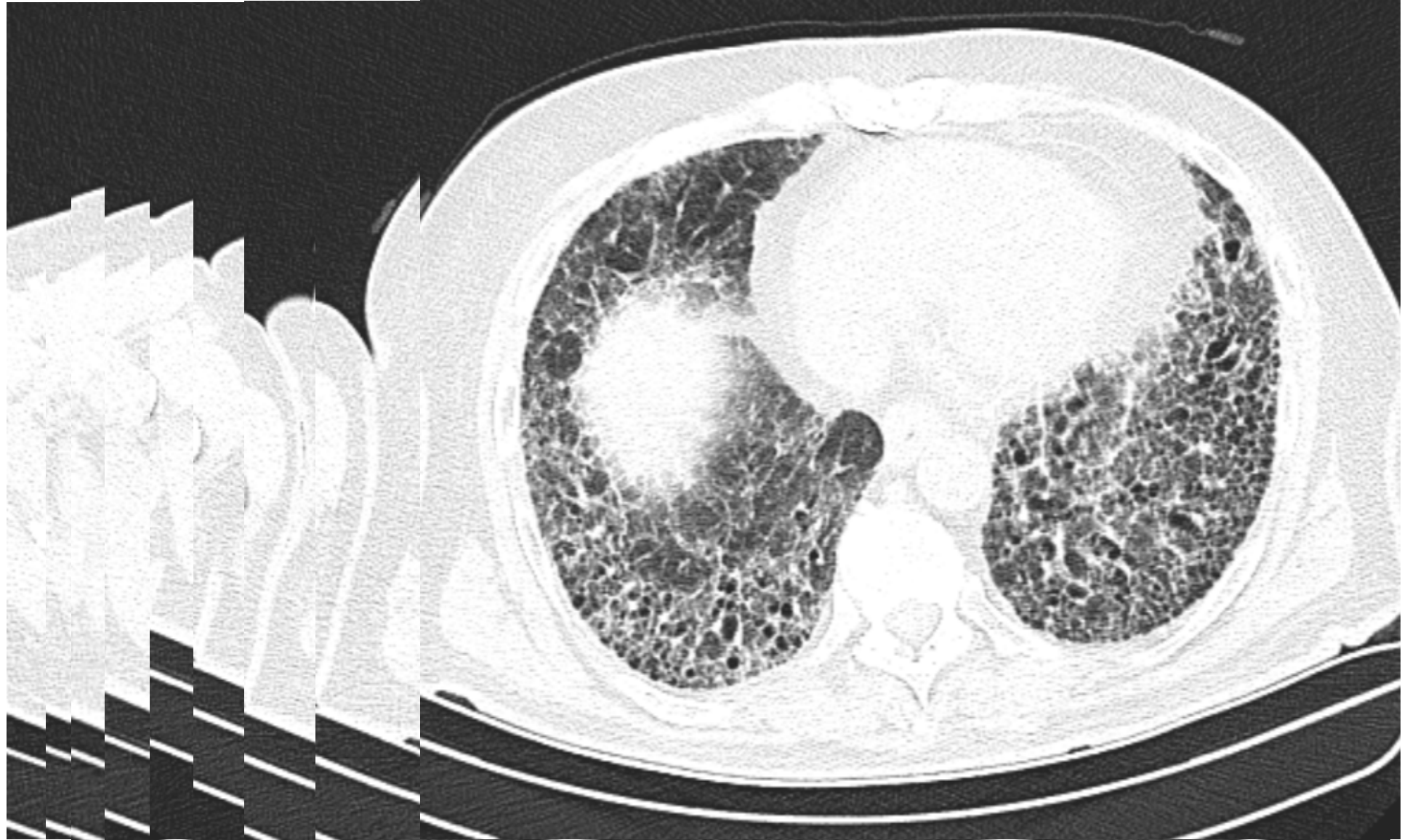
1-2+ TY

KALP TASIKARDİK

Klinik seyir (Haziran 2024): Şikayetlerde artış yok.

Tarih	FVC (%)	FEV1 (%)	FEV1/FVC	DLCO (%)	6 DYT (metre)	Tedavi
Mart 2023	54	55	78	44	270 (%87)	Pirfenidone
Ağustos 2023	58	67	90	33	264 (%91)	Pirfenidone
Aralık 2023	54	65	93	36	308 (%87)	Pirfenidone USOT
Haziran 2024	52	64	95	35	242(%92)	Pirfenidone USOT

HAZİRAN 2024



## MAYIS 2024

Yorum:

Hastanın 22.02.2024 tarihli PET/BT incelemesi ile karşılaştırıldığında;

Sağ akciğerde tanımlanan nodüler lezyonların ve mediastende tanımlanan lenfadenopatilerin progrese olduğu dikkati çekmektedir.

Tüm vücut diğer alanlarında tipik metastaz lehine patolojik artmış 18F-FDG tutulumu gösteren lezyon izlenmemektedir.

Saygılarımla,

## AĞUSTOS 2024

Yorum:

Hastanın 27.05.2024 tarihli PET/BT incelemesi ile karşılaştırıldığında;

1.Sağ akciğerde lezyonların boyut ve metabolik aktivitesinde progresyon göstermekte olup, sol akciğerde yeni ortaya çıkan metastatik lezyonlar izlenmektedir.

2.Mediastende tanımlanan lenfadenopatilerde anlamlı değişiklik izlenmemektedir.

3.Karaciğerde bir adet metastaz ile uyumlu yeni ortaya çıkan lezyon izlenmektedir.

4.İskelet sisteminde tanımlanan metastatik kemik lezyonları ve deri altında tanımlanan implant lehine patolojik artmış 18F-FDG tutulumu gösteren lezyonlar yeni bulgudur.

Saygılarımla,

## SONUÇ: KRANİAL MR

- Sağ hemisferde serebellumda, arka temporal ve lateral ventrikül temporal horn komşuluğunda periventriküler ak maddede noktasal kontrast tutan metastaz ile uyumlu lezyonlar
- Sağ glob posterior kesiminde yeni ortaya çıkan koroidal metastaz ile uyumlu olabilecek T2A sekansta hipointens kontrastlanan lezyon.
- 4.ventrikül sağ lateral duvarında önceki incelemede olmayan yeni gelişen, kontrastlanması net seçilmeyen noktasal hemorajik lezyon; takip MRG'ler ile değerlendirilmesi önerilir.
- Ön ve arka sistemde stenoz, öklüzyon ya da anevrizma saptanmadı.

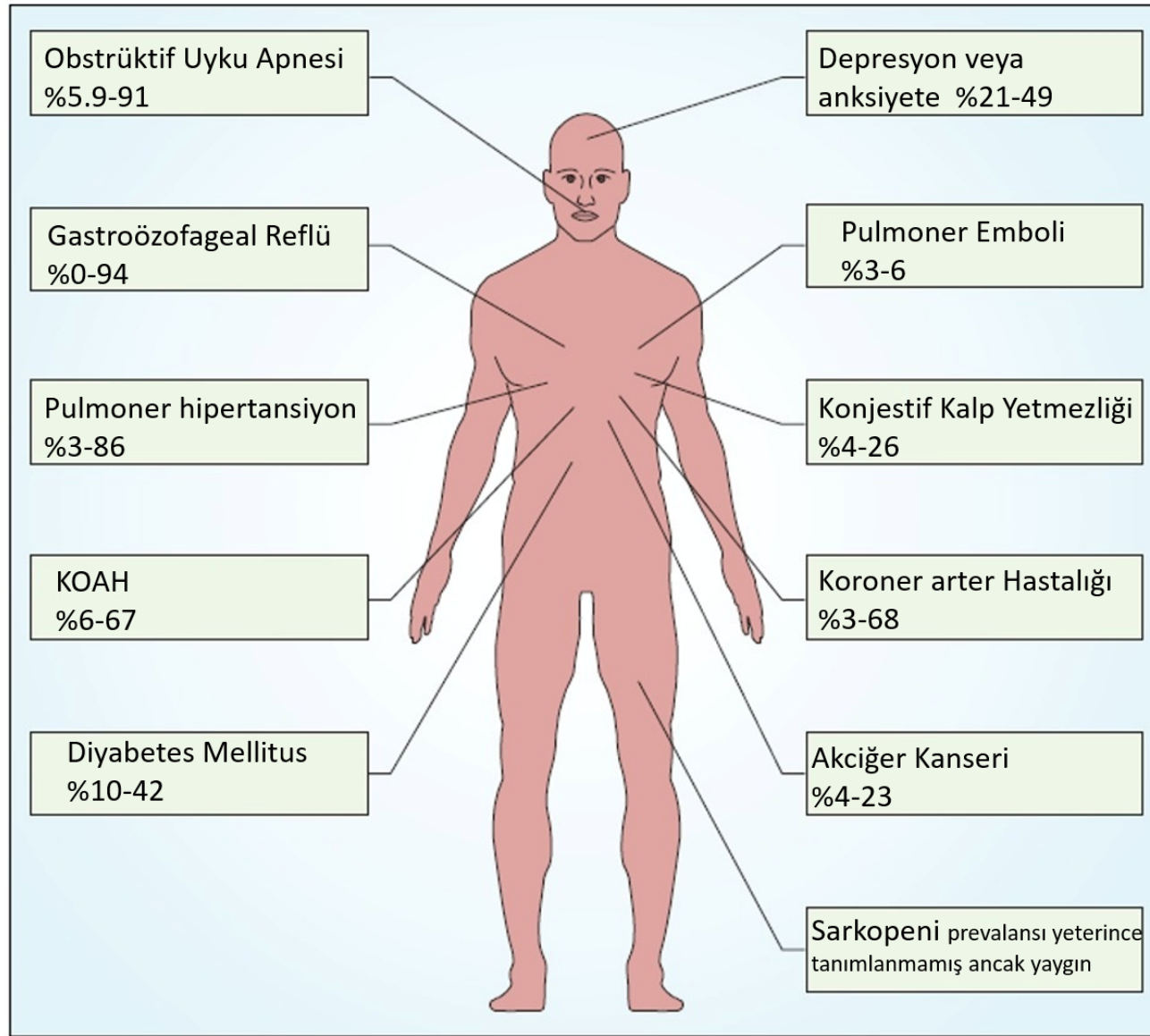
fi(Dusuk Doz)afi(Dusuk Doz) rafi(Dusuk Doz)



Windows'u Etkinleştir  
Windows'u etkinleştirmek için Aya

# Ben olsaydım böyle yapardım?

- 1. Malign tanısı alınca pirfenidone tedavisini kesip nintedanib tedavisine switch yapardım
- 2. İO+KT eş zamanlı verirdim
- 3. Metastatik lezyondan biyopsi
- 4. Sadece SBRT uygulardım
- 5. Hiçbiri



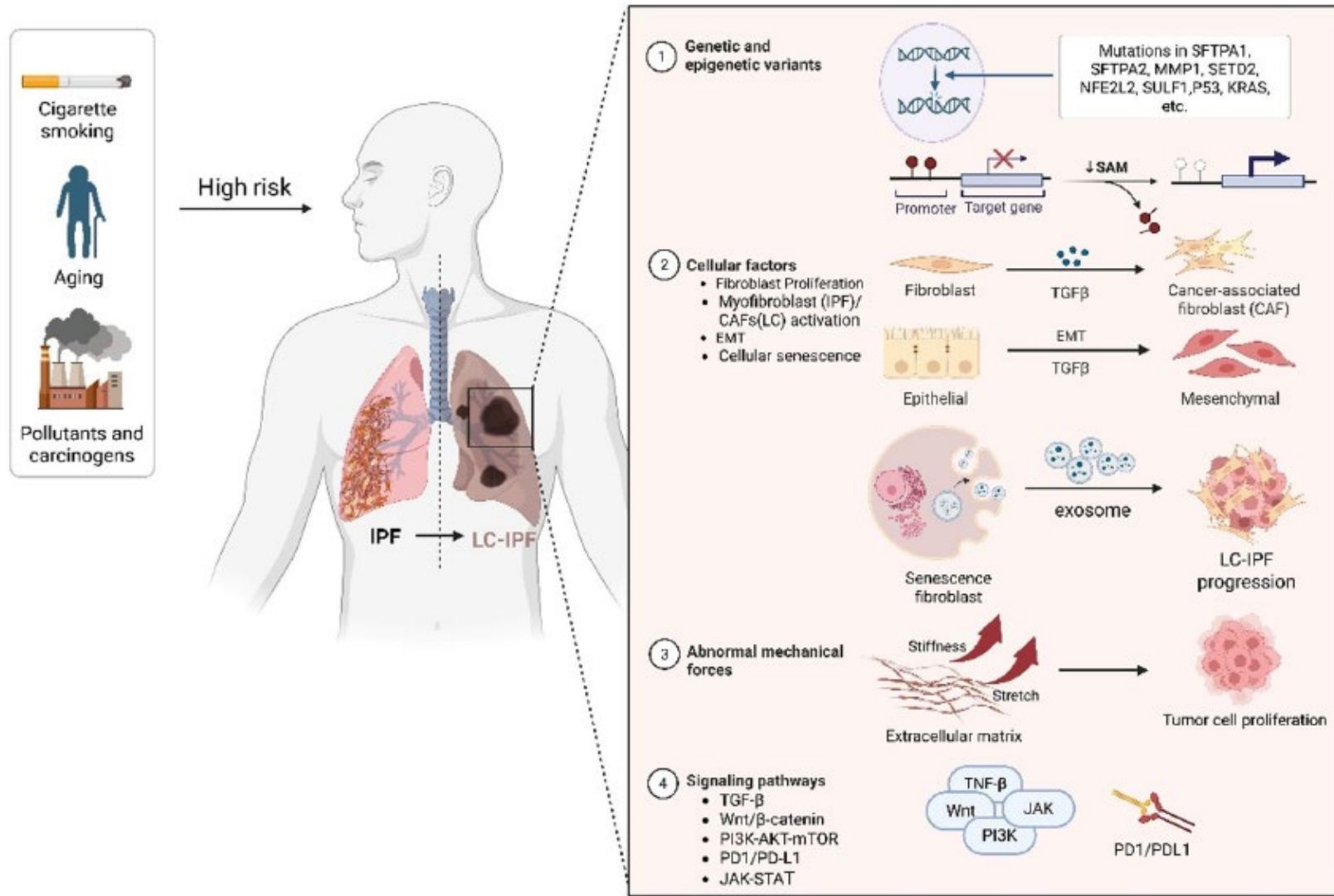
King CS, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis: effects and optimal management of comorbidities. *Lancet Respir Med.* 2017;5(1):72-84

➤ IPF’li hastalarda akciğer kanseri insidansı normal popülasyona göre 5 kat daha yüksek

Study	Country	Years	Study design	Cases of IPF (n)	Incidence of lung cancer (%)
Liu et al., 2017	China	2008–2012	Retrospective;	268	17.16%
Yoo et al., 2018	USA	2000–2015	single-center	1108	2.8%
Tzouvelekis et al., 2020	Greece	2011–2018	Retrospective;	1016	10.03%
LEE et al., 2020	Korea	2009–2014	two centers	25,241	15.66%
Song et al., 2021	Korea	2012–2016	Retrospective;	7277	6.4%
Sun et al., 2022	China	2015–2021	eight centers	535	3.9%
Karampitsakos et al., 2023	Europe	2010–2021	Retrospective; multicenter	3178	10.2%
LEE et al., 2023	Korea	2011–2019	Retrospective; multicenter	21,111	3.34%
			Retrospective;		
			single-center		
			Retrospective; multicenter		
			Retrospective; multicenter		

*Zhang Y, et al. Pathogenesis and current status of the treatment of lung cancer associated with idiopathic pulmonary fibrosis. Respir Res. 2025*

- İPF'nin süresi kanser riskiyle ilişkilidir ve zamanla artmaktadır, insidans oranları
  - 1. yılda %1,1 –5,5
  - 3. yılda %4,7- %11,4
  - 5. yılda %12,2 -%15,9
  - 10. yılda %26,6-%54,7
- İPF genellikle AC CA'dan önce tanı alsa da, bazen AC CA tanısı İPF'den öncedir veya her iki durum aynı anda teşhis edilebilir
- Zaman aralığı ortanca 17,2- 41 ay, retrospektif bir kohort çalışmasında ortanca 120 ay



Zhang Y, et al. Pathogenesis and current status of the treatment of lung cancer associated with idiopathic pulmonary fibrosis. *Respir Res.* 2025

## ➤ **Alt tipler**

- NSCLC: %74.3–88% (SCC en sık: 33.3% -39%)
- Adenokarsinom daha az sıklıkta ve non-UIP hastalarda predominant subtipi papiller iken UIP'li hastalarda müsinöz
- SCLC: %13–19%

## ➤ **Lokasyon:**

- %77–82.9 akciğer periferinde
- %48.6–58.7 alt lob yerleşimli
- %74–77 fibrotik alana bitişik veya içinde, bu durum dens fibrotik alan ve malign lezyon ayrımını zorlaştırır

<b>YÖNTEM</b>	<b>TANISAL ZORLUKLAR</b>
<b>HRCT</b>	<p>Tümörler fibrotik lezyonlara doğrudan komşu olabilir ve tümör boyutu olduğundan küçük tahmin edilebilir.</p> <p>Mediastinal lenf nodlarının değerlendirilmesinde duyarlılık ve özgüllük azalır (reaktif mediastinal lenf nodu büyümesi, akciğer kanseri olmadan da interstisyel akciğer hastalıklarında görülebilir)</p>
<b>PET /BT</b>	<p>FDG-pozitif mediastinal lenf nodları, akciğer kanseri infiltrasyonundan ziyade reaktif olabilir</p>
<b>BT eşliğinde TTİA</b>	<p>Hareket artefaktları ve tümöre komşu fibrotik lezyonlardan biyopsi alınması sonuçların belirsiz olmasına neden olabilir.</p> <p>Pnömotoraks tedavisi daha zor olabilir</p>
<b>Bronkoskopik biyopsi</b>	<p>IPF alevlenmesi riski vardır. Fibrotik ortamda radial EBUS veya navigasyonel bronkoskopi ile tümörün saptanması, IPF olmayan hastalara göre daha zor olabilir</p>
<b>Cerrahi biyopsi</b>	<p>IPF alevlenme riskinde artış</p>

KHDAK Evresi	Tedavi Seçenekleri
<b>Evre I</b>	<p><b>Cerrahi rezeksiyon (lobektomi veya segmentektomi):</b> Stabil ve iyi kontrol edilen İAH'si olan, hafif-orta derecede akciğer fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda</p> <p><b>SBRT:</b> İAH, kötü akciğer fonksiyonu veya komorbiditeler nedeniyle cerrahiye uygun olmayan hastalarda cerrahiye alternatif. Pnömonit riskinin olası zararlı etkileri nedeniyle çok dikkatle seçilmiş az sayıda hastada seçenek olabilir</p> <p><b>Perkütan ablasyon:</b> Küçük tümörlü ve kötü akciğer fonksiyonuna sahip hastalarda düşünülebilir</p>
<b>Evre II</b>	<p><b>Cerrahi rezeksiyon:</b> Stabil ve iyi kontrol edilen İAH'si olan, hafif-orta derecede akciğer fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda</p> <p><b>SBRT:</b> İAH nedeniyle cerrahiye uygun olmayan hastalarda düşünülebilir. Pnömonit riski nedeniyle çok dikkatle seçilmiş az sayıda hastada seçenek olabilir</p>
<b>Evre III</b>	<p><b>Radyokemoterapi:</b> Lokal ileri KHDAK için standart tedavidir. İAH'li hastalarda tedavi kararı, pulmoner toksisite riskinin yüksek olması nedeniyle onkoloji konseyinde verilmelidir. Eş zamanlı yerine ardışık tedavi, pulmoner toksisite riskinde azalma ile ilişkili olabilir. Radyoterapi, pnömonit riski nedeniyle çok dikkatle seçilmiş az sayıda hastada seçenek olabilir</p> <p><b>İmmünoterapi:</b> Stabil İAH'si olan ve hafif-orta derecede akciğer fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda tedavi rejiminin bir parçası olarak düşünülebilir</p>
<b>Evre IV</b>	<p><b>Sistemik tedavi:</b> Hastanın performans durumu, İAH durumu ve komorbiditelere bağlı olarak kemoterapi, hedefe yönelik tedavi, immünoterapi veya bunların kombinasyonu</p> <p><b>Palyatif bakım:</b> İleri evre KHDAK veya son dönem İAH'de</p>

## IPF hastalarında AC CA rezeksiyonu sırasında görülen akut alevlenmelerin sıklığı ve alevlenmelere bağlı ölüm oranı

Original Articles					
Author	Reference	Published Year	Number of Patients, n	Number of AEs, n (%)	Number of AE Deaths, n (%)
Kanazaki	[163]	2010	40	12 (30)	3 (25)
Park	[164]	2011	100	28 (28)	13 (46.7)
Maniwa	[165]	2013	89	8 (9)	1 (12.5)
Sato	[159]	2014	1763	164 (9.4)	72 (43.9)
Omori	[166]	2015	103	5 (4.90)	3 (60)
Joo	[167]	2016	80	6 (7.5)	NA
Kobayashi	[168]	2016	137	17 (12.4)	7(41.2)
Tsutani	[169]	2017	107	6 (5.6)	NA
Shao	[162]	2019	97	7(6.2)	5 (83.3)
Tang	[170]	2020	156	7 (4.5)	5 (71.4)
Kato	[171]	2023	68	8 (11.8)	1 (12.5)
Fujiwara	[172]	2023	91	14 (15.4)	9 (64)
Meta-analysis					
Hao	[160]	2022	2655	258 (9.7)	NA
Patel	[161]	2023	2202	322 (14.6)	NA

## Postoperatif alevlenme riskini artıran sebepler

- Yaş>75
- BT'de; bal peteği, >%5 buzlu cam, konsolidasyon varlığı, ana pulmoner arter >28 mm
- >4 saat operasyon süresi
- Rezeke edilen dokunun genişliği
- İleri evre kanser
- Postop dönemde steroid kullanılmaması
- Karşı AC'de fibrozis skorunun yüksek olması

## IPF-AC CA hastalarında onkolojik tedavi sırasında görülen akut alevlenmelerin sıklığı

- Birinci basamak KT alanlarda oran %8-13
- Docetaxel verilen hastalarda oran %28, Gemcitabine verilenlerde %43
- İmünoterapi (nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab) kullananlarda oran %14.5-61.5
- Kemoradyoterapi alanlarda oran %6-83

*Wang Y, et al. Front Oncol 2020 Minegishi Y, et al. ERJ Open Res 2020  
Kenmotsu H, et al. J Thorac Oncol 2011 Nishiyama N, et al. Int J Clin Oncol 2020  
Takahara Y, et al. Thorac Cancer 2021 Saha A, et al. Clin Oncol R Coll Radiol 2022*

## Kemo/immünoterapi sırasında alevlenme riskini artıran sebepler

- Sigara öyküsü
- CRP yüksekliği
- Bazal FVC düşüklüğü
- Karşı akciğerde FDG tutulumu
- Küçük hücreli akciğer kanseri varlığı

## IPF-AC CA hastalarında RT'ye bağlı pnömonit sıklığı

- Grade  $\geq 3$  pnömonit oranı %19.7 ( %8–46)
- Konvansiyonel RT ile oran %31.8 iken SBRT ile bu oran %12.5
- Grade 5 pnömonit %11.9 (%0–60)

## Radyasyon Pnömonitisi gelişiminde risk faktörleri

- FVC < %70
- İnterstisyel tutulumun >%10 olması
- ECOG 2-4
- Skuamöz hücreli karsinom varlığı
- Klinik evre T2
- SBRT öncesi düzenli steroid veya gemcitabine kullanımı
- Ortalama akciğer dozu  $\geq 12$  Gy
- Akciğer volümünün  $\geq$  %25'inde İAH varlığı
- Tedavi öncesi PET/CT'de fibrotik akciğer parankiminde FDG tutulumu olması

Study	Study Design	Years	Patients	Treatment Regimen	Outcomes
Hee-Young Yoon et al. 2025	Retrospective; multi-center	2004–2019	941 patients with IPF	<u>pirfenidone treatment</u> ( $n=386$ ) vs. non-pirfenidone treatment ( $n=555$ )	The pirfenidone group showed lower incidence than the non-pirfenidone group. <u>Pirfenidone use was independently associated with a reduced lung cancer risk</u>
Hyogo Naoi et al. 2022	Retrospective; multi-center	-	345 patients with IPF	<u>IPF antifibrotic therapy (+) group</u> ( $n=189$ ) vs. IPF antifibrotic therapy (-) group ( $n=156$ )	The incidence and prevalence of LC were significantly lower in patients with IPF receiving antifibrotic therapy than those not receiving. LC-related <u>mortality was significantly lower in patients with IPF receiving antifibrotic therapy.</u>
Kohei Otsubo et al. 2022	Prospective; multi-center	2017–2020	243 patients with LC-IPF	<u>The nintedanib plus chemotherapy</u> (carboplatin plus nanoparticle albumin-bound paclitaxel) group ( $n=121$ ) vs. the chemotherapy group ( $n=122$ )	Median EFS was 14.6 months in the nintedanib plus chemotherapy group and 11.8 months in the chemotherapy group (hazard ratio (HR) 0.89, 90% CI 0.67–1.17; $p=0.24$ ). Median progression-free survival was 6.2 and 5.5 months, respectively. Overall survival was <u>improved by nintedanib in patients with nonsquamous histology and in those at GAP (gender-age-physiology) stage I.</u>

Satoshi Ikeda et al. 2024	Prospective; multi-center	2019–2022	33 patients with unresectable SCLC-IPF	The patients received carboplatin, etoposide, and nintedanib.	The median observation period was 10.5 months. The incidence of IPF-AE at 28 days after the last administration of cytotoxic chemotherapy was 3.0%. The objective response rate was 68.8%. The median progression-free survival and overall survival times were 4.2 months and 13.4 months, respectively.
Masatoshi Kanayama et al. 2020	Retrospective; single-center	2011–2018	Surgically resected IPF-associated primary LC ( $n=100$ )	<u>Perioperative pirfenidone treatment (PPT) group</u> ( $n=28$ ) vs. no perioperative pirfenidone treatment (non-PPT) group ( $n=72$ )	In the low-risk subgroup, the postoperative AE rate was lower in the PPT group than in the non-PPT group (0.0% vs. 6.5%, $p=0.522$ ). In the intermediate/high-risk subgroup, the postoperative AE rate was lower in the PPT group than in the non-PPT group (4.5% vs. 19.5%, $p=0.048$ ). These findings suggest that PPT <u>may reduce postoperative AE.</u>
Tomonori Makiguchi et al. 2023	Multi-center; prospective	2016–2021	27 patients with IPF-NSCLC	The patients received carboplatin plus paclitaxel <u>with nintedanib.</u>	Median PFS and OS were <u>5.4 months and 15.8 months, respectively.</u> ORR and DCR were <u>40.7% and 88.9%, respectively.</u>

# ÖZETLE,

- İPF, akciğer kanseri için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilebilir
- İPF- AC CA birlikteliği olan hastaların genellikle prognozu kötüdür
- AC CA'nın erken tanısı hastaların yaşam sürelerini uzatmak için çok önemlidir. Bu nedenle yıllık BT taraması şiddetle tavsiye edilir
- Mevcut tedaviler, İPF hastalarında akciğer kanserinin ilerlemesini bir ölçüde geciktirebilse de, kapsamlı bir tedavi stratejisi için henüz bir fikir birliği yoktur
- Cerrahi rezeksiyon erken evrede etkilidir, ancak ameliyat sonrası komplikasyon riski yüksektir
- Bu hastalarda hem tanı aşamasında hem de tedavide yapılacak her işlem için akut alevlenme riski akılda tutulmalıdır
- Her hasta multidisipliner olarak değerlendirilmeli ve şahsa özgü tedavi planlanmalıdır

UASK 2026



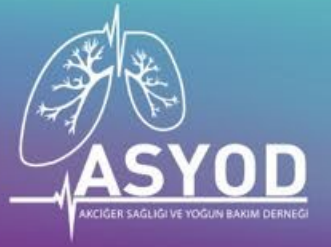
Uluslararası Katılımlı

# AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

25-28 MART 2026

Sueno Deluxe Hotel, Belek/Antalya

*Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...*



DİKKATİNİZ İÇİN  
TEŞEKKÜRLER...